

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

FILOZOFICKÁ FAKULTA

Katedra psychologie

HNĚV A JEHO SOUVISLOSTI U PACIENTŮ S ESENCIÁLNÍ HYPERTENZÍ

**ANGER IN ITS CONTEXT AMONG PATIENTS WITH ESSENTIAL
HYPERTENSION**



Magisterská diplomová práce

Autor: **Petra Willantová**

Vedoucí práce: **PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.**

Olomouc

2014

Prohlášení:

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Hněv a jeho souvislosti u pacientů s esenciální hypertenzí“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V.....dne.....

Podpis.....

Poděkování

PhDr. Martinu Lečbychovi, Ph.D.

za odborné vedení práce, rady a připomínky

MUDr. Sedláčkovi a jeho ženě, paní Sedláčkové, MUDr. Veselíkové, MUDr. Deákové,
MUDr. Troubilovi, MUDr. Kalábovi a MUDr. Marciánovi

za svolení s výzkumem na jejich pracovišti a ochotnou spolupráci

Mgr. Karlu Flaškovi

za praktické rady a slova ujištění

Všem účastníkům výzkumu

Rodině a přátelům

za to, že mi byli radostí a oporou i během psaní této práce

Tuto práci bych ráda věnovala své rodině

za neutuchající lásku a podporu nejen ve studiu, ale i v životě a osobním rozvoji

Obsah

Úvod.....	7
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 Psychosomatická medicína.....	8
1.1 Co je psychosomatická medicína	8
1.2 Co psychosomatická medicína není	9
1.3 Pojetí psychosomatického onemocnění	9
1.4 Vývoj psychosomatiky a jejích koncepcí.....	12
1.4.1 Specifické koncepce	13
1.4.2 Nespecifické koncepce	17
1.5 Psychosomatika v ČR	22
2 'Coping'	24
2.1 Copingové strategie.....	24
2.2 Výzkumy v oblasti copingových strategií.....	27
3 Hypertenze.....	29
3.1 Hypertenze z pohledu psychologie	30
3.2 Rizikové faktory.....	31
3.2.1 Psychologické a sociální činitele	31
3.2.2 Biologické činitele	32
3.3 Prevence a léčba hypertenze	33
3.4 Hypertenze bílého pláště a 'návrat k průměru'	34
4 Postavení hněvu v jeho souvislostech	37
4.1 Jak a kdy vzniká hněv a agrese?	40
4.2 Hněv a jeho fyziologický doprovod.....	45
4.3 Výzkumy vztahu mezi zvládním hněvu a esenciální hypertenzí	46
VÝZKUMNÁ ČÁST	50
5 Výzkumný problém a cíle práce.....	50
5.1 Hypotézy	52
6 Metodologický rámec výzkumu	53
6.1 Výzkumný soubor	53
6.1.1 Způsob a kritéria výběru	53
6.1.2 Charakteristiky výběrového souboru	54

6.2	Použité metody.....	55
6.3	Způsob administrace	60
6.4	Statistické zpracování a analýza dat.....	62
6.5	Etické aspekty výzkumu	62
7	Výsledky.....	64
7.1	Výsledky porovnání skupin v testu PFT	64
7.2	Výsledky porovnání skupin v Hand testu	65
7.3	Výsledky porovnání skupin v dotazníku STAXI.....	67
7.4	Výsledky porovnání skupin v dotazníku SVF 78	69
7.5	Skóry dané pohlavím a věkem	71
7.6	K platnosti hypotéz	73
8	Diskuze	74
9	Závěry.....	79
	Souhrn.....	80
	Literatura.....	83
	Seznam příloh	93

ÚVOD

Psychosomatický přístup k člověku a jeho obtížím se postupně etabluje jak ve světě, tak i na našem území. V rámci systému, který je nastolen v oblasti klasické medicíny, se nezdá, že na individuální přístup k pacientovi není čas ani prostor. Stále více pacientů i odborníků si však uvědomuje, že pouhé zaměření na tělo nepostačuje, neboť ve většině případů znamená přinejlepším léčbu symptomů, ale nikoliv léčbu příčin potíží, které mohou sídlit v jiných oblastech jedincovy bytosti.

V bio-psycho-sociálně-spirituálním pojetí může být na jakémkoliv onemocnění nahlíženo jako na psychosomatické. My jsme si však pro účely této práce museli vytyčit užší okruh výzkumného zájmu. Vycházeli jsme přitom z poznatků, ke kterým jsme dospěli v rámci tvorby postupové práce na téma 'Zvládání životní zátěže a její vliv na vznik psychosomatického onemocnění'. Z rešerší vyplynulo nakolik aktuální a závažné je téma esenciální hypertenze, a to v celosvětovém měřítku.

Tato diagnóza přitom není na poli psychosomatického přístupu žádným nováčkem. V minulosti byla dávána do souvislosti s prožíváním a zpracováváním stresu, úzkosti, deprese, nebo právě hněvu a agrese. Zájem o zkoumání těchto oblastí v souvislosti s diagnózou hypertenze přetrvává dodnes a v zahraničí stále vzniká velké množství studií na dané téma. Je tedy až s podivem, jak málo výzkumné pozornosti bylo zaměřeno tímto směrem v naší zemi.

Za cíl této práce jsme si tedy dali bližší prozkoumání hněvu v širším kontextu agrese a copingových strategií u pacientů s esenciální hypertenzí v porovnání s kontrolní skupinou. Věříme, že se jedná o velice aktuální téma, které se do určité míry týká každého z nás. Pokud ne skrze téma hypertenze, pak dozajista skrze tak hluboce zakořeněné všelidské otázky, jakými jsou zvládání a zpracování hněvu, agrese nebo zátěžových situací.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PSYCHOSOMATICKÁ MEDICÍNA

Psychosomatická medicína vytváří jakýsi rámec naší práce, a proto si klademe za povinnost nejprve s tímto termínem čtenáře podrobněji seznámit.

1.1 CO JE PSYCHOSOMATICKÁ MEDICÍNA

Termín 'psychosomatika' vznikl spojením dvou řeckých slov, a to **psyché** (duše) a **soma** (tělo). Prožívání pocitů na tělesné úrovni, stejně jako tělesné prožívání doprovázené pocity, jdou při lidském fungování ruku v ruce a jsou jeho zcela přirozenou a potřebnou součástí. Dle Morschitzkého a Satora (2007) se psychosomatická medicína **zabývá právě těmi patologickými formami vztahu mezi tělem a duší.**

Psychosomatická medicína (=biopsychosociální, celostní, holistická, anebo i tzv. behaviorální) se **soustředí především na to, aby byl v celém procesu léčby brán zřetel jak na biologické, tak i psychologické, sociální a popřípadě i spirituální činitele.** Podle dnešní psychosomatické medicíny by měl být brán v úvahu vliv působení těchto složek v případě **každé nemoci**, stejně tak jako při prevenci onemocnění (Honzák & Chvála, 2014). Ve vědecké sféře ale stále dochází ke kategorizaci psychosomatických onemocnění na ty v **nejširším, užším a nejužším** pojetí (viz kapitola 1.3).

Pacient je zde vnímán a pojímán ve své individualitě a jedinečnosti. Lékař se snaží o širší (celostní) prozkoumání problematiky včetně minulosti pacienta a jeho obtíží a jeho vztahů, a pokouší se o predikci dalšího vývoje. Tento model je oproti klasické medicíně o mnoho bližší například stylu rodinného lékaře, který se blíže seznamuje se životem a vztahy pacienta (Šavlík & Hnízdil, 2001).

Psychosomatická medicína by měla být vnímána jako rozšíření modelu klasické medicíny, ve kterém je na pacienta nahlíženo jako člověka v kontextu jeho osobní historie a ne jako na 'biologický preparát'. Jak uvádí Honzák a Chvála (2014), léčí se přednostně pacient a ne nemoc.

1.2 CO PSYCHOSOMATICKÁ MEDICÍNA NENÍ

Jak již uvádíme dříve, **nejedná se o alternativu ke klasické medicíně**, ale o snahu o její rozšíření. Stejně tak **se nejedná o obor, který by spadal pod psychiatrii**. Honzák a Chvála (2014) uvádí, jak je dokonce oddělení těchto dvou specializací potřebné, a to za účelem odstranění stigma spojeného s pojmem 'psychosomatické onemocnění'.

Podle Danzera (2001) je ještě i dnes psychosomatické onemocnění chápáno a používáno v nepřesném či zavádějícím smyslu a to nejen pacienti, ale i mnohými lékaři a psychology. Jsou mezi ně totiž často chybně řazeny psychické obtíže vzniklé sekundárně v důsledku nějakého dlouhodobého somatického onemocnění (Mohapl, 1990). Tak tomu bývá například u dlouho přetrvávajících depresí nebo psychopatologických syndromů při některých interních onemocněních. Tyto obtíže však patří do kategorie '**somatopsychických poruch**' (Honzák, 1985).

Psychosomatika může vytvářet klamný dojem, že se nemoci mohou rozlišit na 'somatické' (tělesné), 'psychické' (duševní), nebo jejich sloučením 'psychosomatické'. Je to ale vždy člověk jako 'bio-psycho-sociální' jednotka, který onemocní. Byť může být narušení některého z aspektů výraznější, nikdy se nebude jednat o primární onemocnění pouze duše, ducha nebo těla. Při teoretickém rozdělení biologických, psychických a sociálních entit je tedy třeba mít na paměti komplexnost jejich působení, přičemž psychické funkce představují hierarchicky nejvyšší řídicí oblast (Baštecký, Šavlík, & Šimek, 1993).

1.3 POJETÍ PSYCHOSOMATICKÉHO ONEMOCNĚNÍ

V teoretickém pojetí psychosomatických onemocnění však v minulosti nepanovala, a ještě ani dnes nepanuje, jasná shoda. I když by se dle Honzáka (2014) mělo na každou nemoc pohlížet z celostního pohledu, a každá nemoc tak může být označena jako psychosomatická, ve vědeckých kruzích můžeme najít rozmanité názory na to, co ještě/už může být klasifikováno jako psychosomatické onemocnění, a co ne. Pro lepší přehlednost tedy uvádíme rozdělení psychosomatických onemocnění v nejširším, užším a nejužším pojetí, jak je zmiňují například Baštecký et al. (1993).

Právě Honzákův náhled by spadal do **nejširšího pojetí** psychosomatiky, kde můžeme prakticky na jakoukoliv nemoc nahlížet z hlediska bio-psycho-sociální jednoty člověka. V klinické praxi je pak velice důležitým východiskem právě osobnost jedince a jeho individuální historie, které mohou hrát významnou roli při vzniku či průběhu nemoci, a stejně tak i v průběhu léčby.

Užší pojetí již nabývá poněkud konkrétnějších rysů. Patří tam takové somatické poruchy, které jsou zřetelně a jasně **ovlivněny psychosociálními faktory v etiopatogenezi a průběhu, nebo prevenci onemocnění**. V tomto pojetí může být každá choroba u někoho psychosomatická, u jiného pouze somatická.

V **nejužším pojetí** se jedná o psychosomatické jednotky či choroby, u kterých mají psychosociální faktory své charakteristické místo při vzniku onemocnění (ibid). **Jedná se o takové poškození orgánů či poruchy tělesných funkcí, u kterých je role psychosociálních faktorů natolik výrazná, že organické příčiny samy nemohou tyto procesy dostatečně vysvětlit** (Morschitzky & Sator, 2007). Dříve byly tyto symptomy také označovány jako klasická psychosomatická onemocnění (Mohapl, 1990), ale dnes se definují jako **'psychologické faktory a vlivy chování u nemocí jinak klasifikovaných'** a řadí se sem typicky např. astma bronchiale, ulcerózní choroby gastrointestinálního traktu, esenciální hypertenze, dermatitis, kopřivka a další (Morschitzky & Sator, 2007). Dle Bašteckého et al. (1993) je toto pojetí v dnešní době už do značné míry překonáno. Například u průduškového astmatu či vředového onemocnění se zjistilo, že mohou vznikat i bez působení psychických činitelů (Hašto, 2004).

Franz Alexander ve svém díle 'Psychosomatika' z roku 1950 rozlišil psychosomatické syndromy do tří kategorií (in Hašto, 2004):

1. **Konverzní poruchy** - vycházejí z poznatků Freuda a psychoanalýzy o konverzním mechanismu u hysterie. Dle této teorie je příčinou intrapsychický konflikt, který vzniká působením dvou protichůdných tendencí. Na jednu stranu je člověk puzen určitými nevědomými impulzy, představami či přáními, na druhou stranu na něj působí jeho vlastní svědomí a také společenské očekávání a konvence, takže tyto impulzy nemůže realizovat a dochází k jejich potlačení. V důsledku toho se vytváří **disociace** (rozštěpení duševního a tělesného prožívání), takže si tělesný pochod dokáže zajistit projev i přesto, že stále působí psychické obrany. Tak dochází k somatizaci konfliktu. V tomto chápání představuje somatický symptom kompromis, či symbol vytěsněného přání.

2. **Vegetativní poruchy** - vznikají působením dlouhodobě přetrvávajících nebo periodicky se opakujících emočních stavů napětí či konfliktů. Na rozdíl od konverzních poruch se zde nejedná o symbolické vyjádření konfliktu, ale o vegetativní doprovod více či méně nevědomé emoce.
3. **Psychosomatózy** - v Alexandrově rozdělení by odpovídaly nejužšímu pojetí psychosomatického onemocnění (viz výše).

Hašto následně velmi přehledně propojuje Alexandrovo rozdělení psychosomatických syndromů s tím, jak jsou pojímány v současné diagnostice dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Jeho pojmy konverzní poruchy a vegetativní neurózy se nověji, jak je vidět v následující tabulce, více diferencují.

ALEXANDER	MKN - 10
Konverzní poruchy	<u>Disociativní konverzní poruchy (F44)</u> Disociativní poruchy citlivosti a senzorycké poruchy Disociativní křeče <u>Somatizační porucha (F45)</u> Nediferencovaná somatizační porucha (F45.1) Somatoformní algická porucha (F45.4)
Vegetativní neurózy	Somatoformní autonomní porucha (F45.3) kardiovaskulární systém horní GIT dolní GIT respirační trakt urogenitální trakt
Psychosomatózy	Psychologické a behaviorální faktory, spojené s chorobami nebo poruchami, zařazenými jinde (F54)
Alexander, 1971	WHO, MKN - 10, 1991

Tab. 1: Porovnání starší (Alexandrově) a novější terminologie MKN - 10 (Hašto, 2004, 111-113)

K lepšímu pochopení toho, proč je psychosomatika natolik složitý a z mnoha různých úhlů pojímaný koncept, nám snad pomůže pohled na její vývoj.

1.4 VÝVOJ PSYCHOSOMATIKY A JEJÍCH KONCEPCÍ

Slovo 'psychosomatika' se poprvé objevilo v roce 1818 v díle lékaře Heinrotha 'Učebnice poruch duševního života' v souvislosti s poruchami spánku. Domníval se, že za špatný spánek mohou určité duševní stavy a nálady. Tomuto názoru však nebyla v tehdejší době věnována přílišná pozornost. Než se z tohoto pojmu vytvořil určitý postoj a forma medicíny, trvalo téměř dalších sto let (Danzer, 2001).

Základy psychosomatiky můžeme ale najít už v období antiky, kde byl člověk pojímán jako jednotný, integrální celek duše, mysli a těla a tak k němu bylo i přistupováno. Platón poznamenal: „*Nikdy se nesnažte léčit oko, aniž byste zároveň nevěnovali pozornost hlavě. A věnujete-li pozornost hlavě a nevěnujete-li pozornost celému tělu, neděláte dobře. Stejně tak nedobře jednáte, když léčíte tělo a nevěnujete pozornost duši. Léčení jedné části by nikdy nemělo probíhat bez pozornosti věnované druhým částem.*“ (in Faleide, Lian, & Faleide, 2010, 9). Přístup lékaře Hippokrata, který tvrdil, že tělesné tekutiny jsou zodpovědné za temperament člověka, ale i duševní a tělesné potíže, bývá také označován jako psychosomatický (Mohapl, 1990).

V období renesance je propojení fyziologické a psychické činnosti považováno za nevědecké. Postupně, s možností zkoumat tělo při pitvách (16. století), se medicína začala orientovat výhradně biologickým směrem a propojení mysli, duše a těla bylo opět výhradní doménou filozofů a teologů. Vrcholné upevnění těchto myšlenek představoval tzv. **biologický redukcionismus** v 17. století, tedy pojetí francouzského filozofa Descarta, který věřil, že jediné, co potřebujeme k porozumění člověku, je znalost biologických jevů, což mělo obrovský vliv na přístup lékařů v teorii i praxi, a bylo považováno za jedinou možnou pravdu zhruba do 20. století (Faleide et al., 2010).

Právě tehdy (počátkem 20. století) začala vznikat psychosomatika tak, jak ji známe dnes v rámci psychoanalýzy. Freud, byť toto slovo nikdy nepoužil, uvedl problematiku **konverze**, kterou vysvětlil jako symbolické vyjádření intrapsychieho konfliktu na tělesné úrovni a popsal vznik tělesných a vegetativních reakcí jako doprovod emočního prožívání u neuróz. Jeho žák Groddeck pak rozvinul teorii konverze do monistické teorie psychogenní etiologie tělesných onemocnění. Věřil tedy, že onemocnění má jednu konkrétní psychickou příčinu, která je symbolickým vyjádřením Id v tělesné oblasti (Baštecký et al., 1993). Rovněž prohlásil, že každé onemocnění má v sobě pro daného jedince určitý význam, který v sobě obsahuje určitou intenci, ať už vědomě či nevědomě, a

nemoc pak může být vyléčená odhalením této intence, tohoto významu (Evans, Marks, Murray, & Willing, 2000).

Pojem psychosomatika zavedl znovu v roce 1927 další psychoanalytik a tím byl Deutsch, jenž se pokusil formulovat i její základní koncepci. Důležitým krokem bylo i to, že aplikoval Freudovu koncepci konverze i na jiná onemocnění než neurózy. Většina psychoanalytiků byla židovského původu, a tak s nástupem nacistů k moci mnoho z nich emigrovalo do USA, kde se také psychosomatika dále rozvíjela. Tato etapa vrcholí v roce 1950 výše zmíněným Alexandrovým konceptem (Baštecký et al., 1993).

Výše popsané období psychosomatické medicíny bývá nazýváno jako **psychosomatické hnutí**. Jeho začátek se datuje na **přelom 19. a 20. století**, kdy vzniklo jako reakce na krizi evropského lékařství, které bylo zaměřeno především výhradně na hledání organických a infekčních příčin nemocí. V té době výrazně převládalo přesvědčení, že se každá nemoc dá vysvětlit pomocí lineární kauzality. Psychosomatické hnutí rozpracovalo koncepci psychogeneze, čímž výrazně přispělo k rozvoji moderně pojaté psychosomatické medicíny.

Ve 40. letech 20. století však došlo k rozdělení psychosomatické medicíny do dvou odlišných směrů dle základní koncepce, a to na **specifické** (psychoanalytické) a **nespecifické** (neanalytické) koncepce.

1.4.1 Specifické koncepce

V rámci specifických koncepcí je sice člověk pojímán jako jednotka bio-psycho-sociální, ale interakce mezi těmito složkami je interpretována jako lineární. Do této kategorie spadají původní psychosomatické hypotézy, které vycházely z předpokladu, že **za nemoc je zodpovědný jeden specifický vnitřní konflikt vyvolávající specifické emoční psychofyziologické pochody, jež poté vedou ke vzniku specifického onemocnění**. Tato myšlenka se ale ani v revidované podobě výzkumu neprokázala - především pak ne její specifičnost. I když psychosociální faktory mají svůj vztah k vyššímu výskytu onemocnění, kauzalita tohoto vztahu ještě prokázána nebyla (Honzák, 1985).

Jinak by se dalo toto pojetí označit za snahu o **rozvoj koncepce psychogeneze na základě psychoanalytických teorií**. Spadá sem např. teorie nevědomých konfliktů, teorie

specifických změn emocí, teorie specifických osobnostních profilů, teorie specifických postojů vůči konfliktům nebo z části i další, stojící na rozmezí specifické a nespecifické koncepce - koncepce alexithymie a teorie operativního myšlení. (Baštecký et al., 1993).

Psychoanalytické koncepce

Tyto koncepce, jak bylo již řečeno výše, staví při hledání specifických příčin psychosomatického onemocnění na základních myšlenkách a teoriích S. Freuda, tedy na teoriích intrapsychických konfliktů, obranných mechanismů, konverze, regrese atd. (Mohapl, 1990). Různí zastánci této koncepce se v určitých ohledech liší. To, na čem se ale shodují, je výklad prvních dvou let života (orální, anální fáze dle Freudova vývoje pudových sil) jako nejdůležitějšího období pro utváření emoční reaktivity jedince. Tehdy se utvářejí a fixují také základní fyziologické reakční vzorce, které emocionalitu doprovází na tělesné rovině (Baštecký et al., 1993).

Na teorii intrapsychického konfliktu a konverzních mechanismů navázal i **F. Alexander** v 50. letech (detailněji popsáno v podkapitole 1.3). Ve svých pracích si však uvědomoval složitost celého procesu vzniku onemocnění. Intrapsychický konflikt tedy nepovažuje za dostatečný důvod ke vzniku onemocnění. Záleží na dalších vnějších (událost vyvolávající konflikt) i vnitřních podmínkách (vrozená zranitelnost orgánů). Zároveň vycházel z předpokladu, že každý konflikt je specifický pro určité onemocnění. Na tomto základě vybral **sedm klasických psychosomatických onemocnění** (někdy označovaných také jako 'chicagská sedma') - **bronchiální astma, revmatoidní artritida, ulcerózní kolitida, esenciální hypertenze, neurodermatitida, tyreotoxikóza a duodenální peptický vřed**. Ve snaze o objektivní prokázání této teorie vytvořil studii, ve které se snažil zjistit, zda je možné stanovit diagnózu některého z těchto sedmi onemocnění na základě psychoanalytického vyšetření nemocných. Asi u poloviny pacientů sice nebylo možné provést správnou diagnózu, ale i tak se dá hovořit o velkém přínosu této teorie. Až dnes totiž víme, že vznik nemoci je výsledkem mnoha různých faktorů a jediná příčina zodpovědná za vznik onemocnění se vyskytuje vcelku výjimečně. Vzhledem k tomu by se dalo Alexandrovo snažení tedy označit za poměrně úspěšné (Baštecký, 1993).

Faleide et al. (2010) dodává, že v případě chápání Alexandrova pojetí dochází často k dezinterpretaci. V minulosti byl například kritizován za to, že se jeho výklad

psychosomatických vztahů týká jen oněch sedmi onemocnění. On sám ale bral tato onemocnění pouze jako modely vývoje různých onemocnění.

Důležité je zřejmě zmínit i to, že za mechanismy, skrze které se projevuje somatizace, považoval **vegetativní nervový systém** (sympatikus, parasympatikus) i centrálně řízené hormony. Mechanismy patogeneze pak rozděluje na ty, které připravují jedince na boj či útěk - řízené **sympatikem**; nebo které souvisí s příjmem potravy a metabolickými procesy - řízené **parasympatikem**. Toto pojetí bylo částečně potvrzeno i výzkumy v rámci kortikoviscerální koncepce (Baštecký, 1993).

Další v řadě psychoanalytiků byla i lékařka **H. F. Dunbarová**, která došla k závěru, že specifický konflikt může být příčinou onemocnění, ale rozhodně jím nelze vysvětlit každou chorobu. Na základě toho začala hledat vztah 'osobnostního profilu' ke vzniku nemoci (Mohapl, 1990).

Z psychoanalytického základu vycházely i následující významné koncepce **alexithymie** a **hopelessness-helplessness syndromu** (Baštecký, 1993).

Koncepce alexithymie

Vznikla v 70. letech 20. století v návaznosti na práce francouzských psychoanalytiků Martyho a M'uzana a jejich termínu 'pensée opératoire' označujícího charakteristický typ myšlení určitých psychosomatických pacientů, kteří nebyli schopni nijakého emočního doprovodu. Veškeré jejich vyjadřování i uvažování bylo velice strohé a konkrétní, bez fantazie, zaměřené na přítomnost. S pojmem alexithymie přišli Sifneos a Nemiah vycházejíce přitom ze spojení řeckých slov 'a/lexi/thymos' doslova přeložených jako 'žádná slova (pro) pocity'. Označují tím určitý osobnostní styl, který jedince do jisté míry předurčuje k somatizaci (migrénám, zažívacím obtížím, žaludečním vředům, některým typům astmatu, kožním onemocněním aj.). Definice alexitymických osob zahrnuje tyto tři znaky - podobně jako u 'pensée opératoire' (Uher, Bob & Ptáček, 2010):

- 1) neschopnost rozeznat, identifikovat a popsat vlastní emoce, emoční a tělesné počítky
- 2) nedostatek fantazijních a imaginativních schopností
- 3) zaměření na vnější události jednoznačně převládá nad vnitřními prožitky

Alexithymie může být definovaná jako „*deficit ve zpracování a regulaci emocí, což vede k maladaptivním stylům emoční regulace. Jde tedy o verbální a neverbální poruchu poznávání emocí a překladač emocí do slov*“ (Procházka, 2009, 35). Může být rovněž chápána jako určitý typ obrany proti nepříjemným pocitům. Na rozdíl od disociace v takovém případě ale nedochází k úplnému oddělení těchto pocitů od vědomí. Potlačení se projevuje právě neschopností porozumět pocitům, což má za následek odvrácení od vnitřního světa k vnějšímu. Teorií vzniku tohoto jevu je mnohem více (včetně například teorie neurofyziologické), jejich přehled poskytuje ve své práci, mimo jiných, i R. Procházka (ibidem).

Tito pacienti si často stěžují na frustraci a podráždění, nudu, neklid, prázdnotu, mají výrazné potíže při hledání slov k vyjádření emocí, sny si pamatují jen velmi vzácně, mají nepřiměřené afekty a jejich interpersonální vztahy jsou obvykle velmi špatné. (Baštecký et al., 1993).

Alexithymie byla prokázána u celé řady nemocí, například somatoformní poruchy, panická porucha, deprese, posttraumatická stresová porucha, porucha příjmu potravy a dalších, přičemž ale není nutnou podmínkou jejich vzniku (Procházka, 2009).

Koncepce hopelessness - helplessness

Teorii **beznaděje a naučené bezmocnosti** (někde překládaná i jako koncepce beznaděje-bezpomoci) formuloval v 70. letech M. E. P. **Seligman**. Popisuje situace zažívaného distresu, ve kterých se jedinec snaží bojovat s nastalými podmínkami (s tím, co ho ohrožuje), ale veškeré jeho pokusy končí neúspěchem. Pokud tyto stresující podmínky přetrvávají dostatečně dlouhou dobu a jedinec stále není s to je zvládnout, nastává stav, který Seligman označuje termínem 'naučená bezmocnost'. V této fázi nabývá člověk přesvědčení, že už mu nic nepomůže a selhává i v situacích, které by mohl reálně zvládnout. Svou roli přitom hraje i vyčerpání kognitivních a energetických zdrojů (Křivohlavý, 2001).

Později byla tato teorie obohacena o prvek 'beznaděje', která vyjadřuje očekávání, že se buď nedostaví žádoucí výsledky, nebo se naopak stane nežádoucí a člověk to nebude schopen nijak změnit (Baštecká & Goldmann, 2001). Vzhledem k tomu, že důležitým

aspektem prožívání beznaděje je i pocit neschopnosti ovlivnění situace, dalo by se uvažovat i nad souvislostí beznaděje s místem kontroly, jak jej formuloval Rotter¹.

Tento koncept doplňuje reakce na stres typu 'boj' nebo 'útěk' o další možnost - tzv. **zamrznutí** (freeze), což je stav kvalitativně zcela odlišný svou pasivitou. V podstatě vysvětluje takové jevy jako mdloby či útlum imunity při zátěži. Těmto stavům obvykle předchází toto prožívání (Baštecký et al., 1993, 52): 1. bolestný pocit beznaděje a bezmoci v určité situaci, 2. subjektivní pocit snížené schopnosti zvládnout situaci, 3. pocit ohrožení a menšího uspokojení ze vztahů k ostatním a z role ve společnosti, 4. ztráta souvislosti mezi minulostí a budoucností, snížená schopnost důvěry a naděje, 5. tendence oživovat a znovuprožívat dřívější deprivace a selhání (ibidem).

1.4.2 Nespecifické koncepce

Tyto koncepce se od specifických liší hlavně tím, že za kauzální vliv psychosomatického onemocnění při jeho etiopatogenezi i patogenezi pokládají vliv **působení psychosociální zátěže**. Ve svých úvahách a výzkumech vycházejí ze Selyeho koncepce všeobecného adaptačního syndromu, Cannonových prací o psychofyziologii nemocí, z prací týkajících se limbického systému, experimentálních a klinických zkušeností s psychofarmaky, z teorií učení a z Pavlovova učení o podmíněných reflexech (kortikoviscerální teorie). Od 60. let toto pojetí převládá a postupně se z něj vyvinuly teorie všeobecného emočního vzrušení, teorie konstituční zranitelnosti, teorie diferentních podnětových situací, teorie učení orgánové odpovědi, teorie vegetativního učení a hypotéza o chování typu A. V jejím rámci vzniklo i studium životních událostí Holmesa a Raheho, popisované níže (Baštecký et al., 1993).

Koncepce životních událostí

Američtí vědci **Holmes** a **Rahe** vypracovali na základě klinických výzkumů tzv. 'Inventář životních událostí', ve kterém přidělili důležitým a významným životním událostem určitou hodnotu v bodech. Jestliže daný člověk překročí v průběhu roku

¹ Konkrétně se jedná o tzv. 'vnější místo kontroly'. Lidé s tímto nastavením očekávají vyřešení situace zvenjšku - věří tedy, že je jejich život řízen něčím, co nemohou ovlivnit (osud, štěstí nebo smůla apod.).

empiricky stanovenou hranici 250 bodů, velmi pravděpodobně dojde k rozvoji psychického či somatického onemocnění. Největší počet bodů představuje úmrtí partnera (100 bodů), dále pak rozvod nebo rozvrat manželství, úraz nebo vážné onemocnění. Jako stresující činitelé mohou působit ale i události všeobecně uznávané jako pozitivní (například sňatek nebo narození dítěte). U každého faktoru záleží samozřejmě i na celé řadě faktorů jiných - míra sociální opory, postoje člověka k situaci, způsob přijetí a vypořádávání se se situací atd. Tato teorie se váže nejen k onemocněním, u kterých se obecně počítá s vlivem stresu při jeho vzniku, ale i k onemocněním ryze 'biologickým', například nádorovým (Bouček et al., 2006).

Výsledky výzkumů ukázaly, že tento inventář lépe predikuje vznik psychických onemocnění než somatických. I tak lze ale dosavadní výsledky považovat za podporu teze, že životní zátěž přispívá ke vzniku psychosomatických chorob (Baštecký et al., 1993).

Kortikoviscerální koncepce

Vznikla v 50. letech 20. století, a to především díky pracím **Bykova** a **Kurcina**, kteří navázali na Pavlovovu teorii o podmíněných reflexech. Prokázali těsný vztah mezi vyšší nervovou činností a somatickými, vegetativními funkcemi organismu. Důležitým zjištěním bylo i to, že řadu fyziologických reakcí lze ovlivnit (např. imunitní odpověď) jak vnějšími, tak i různými vnitřními podněty. Za patogenní faktory považují dlouhotrvající intenzivní emoce, hlavně pak ty negativního charakteru jako **smutek, úzkost a strach** (Baštecký et al., 1993).

Onemocnění, jako vředová choroba žaludku a dvanáctníku, počáteční stadium hypertonické nemoci, srdeční a žaludeční neurózy, dyskineze trávicího ústrojí a žlučových cest, bronchiální astma a jiná, dle nich vznikají následujícím **procesem**: Nejdříve dojde k podráždění ohniska v mozkové kůře, což vyvolá změny v centrální vegetativní regulaci. Při zvýšeném a dlouhodobém přepětí korových buněk vzniká v mozkové kůře nadhraniční útlum, který vede k indukci podkorových center mozku (thalamus, hypothalamus). Podkorová a korová dynamika je tím narušena, činnost vegetativních funkcí chaotická, což nejdříve vede k funkčním poruchám orgánů a orgánových systémů, později k jejich strukturálním ireverzibilním změnám (ibidem).

Teorie stresu

Už **Cannon** (považovaný za jednoho z tvůrců teorie stresu) popisoval na začátku 20. století vliv různých emocí na fyziologické změny funkce organismu (Bouček, 2006). Mezi jeho nejvýznamnější koncepce, které vyvinul, patří především koncepce homeostázy a poplachové reakce. Odhalil klíčovou roli **sympatoadrenálního systému** při vzniku emocí **strachu, úzkosti a vzteku**, jež vedou k obranné reakci (při ohrožení - stresu), projevující se v základní formě buď jako **útok** nebo **útěk** (fight or flight). Někdy se ještě přidává třetí možnost reakce, a tím je tzv. '**zamrznutí**' (freeze) (Baštecká & Goldmann, 2001).

V 50. letech 20. století pak Wiener zařadil problematiku stresu do oblasti psychosomatiky. Vycházel přitom z předpokladu, že u jedinců s určitou psychologickou nebo osobnostní charakteristikou a somatickou dispozicí může dojít v důsledku stresu k rozvoji psychosomatického onemocnění (Bouček, 2006). Zhruba ve stejné době přišel **H. Selye** se svým **kortikoidním pojetím stresu** (zjistil, že se při stresu zvyšuje funkce nadledvinek) a stejně jako i Cannon, vycházel ve svém studiu především z výzkumů prováděných na zvířatech. Při něm se zaměřil především na **činnost endokrinního systému** a zjistil, že bez ohledu na druh stresoru dochází vždy k poměrně stálé odpovědi organismu. Tento stabilní vzor odpovědi organismu na stres nazval '**obecný adaptační syndrom**' (GAS-'General adaptation syndrome') a rozdělil jej do tří fází:

- 1) *Poplachová fáze GAS*, při které dochází k nabuzení a mobilizaci všech obranných možností organismu. Aktivitou výrazně převažuje sympatický nervový systém a do krve se zvýšeně vylučuje adrenalin, což má za následek zvýšení krevního tlaku a srdečního tepu, exkrece potních žláz, zrychlení dechu, shromáždění krve v končetinách a další.
- 2) *Fáze rezistence v rámci GAS* je samotný boj organismu se stresorem (Křivohlavý, 2001). Tehdy je adaptace organismu na stres největší (i kůra nadledvin je plně rozvinuta - dochází k **vylučování kortizolu**). Tato reakce vzniká při trvalém nebo opakovaném působení stresu (Mohapl, 1990). Při dlouhodobém setrvávání organismu v této fázi však dochází k tzv. 'nemocem adaptace', mezi které zařadil Selye žaludeční a dvanáctíkové vředy, hypertenzi, kardiovaskulární onemocnění, hyperthyreoidismus (zvýšená činnost štítné žlázy), bronchiální astma atd. - tedy

nemoci řazené mezi psychosomatická onemocnění. Dalším souvisejícím negativem tohoto stavu je snížená imunita (Křivohlavý, 2001).

- 3) *Fáze vyčerpání v rámci GAS* je charakteristická dominancí činnosti parasympatického nervového systému. Zde se organismus pod vlivem stresoru vzdává. Rezistence je buď nedostatečná, nebo se vytrácí z důvodu nadměrné intenzity stresu, poruchy adaptačních reakcí nebo abnormálnosti adaptačních reakcí (Mohapl, 1990). Tato fáze se za určitých okolností může projevovat depresí, v horších případech i exitem (Křivohlavý, 2001).

R. Lazarus se od Cannona a Selyeho, kteří zkoumali především reakce zvířat na zatěžující situace, odlišil svým zaměřením přímo na člověka a ještě konkrétněji na jeho **kognitivní** (poznávací a myšlenkovou) složku při zvládnání náročných životních událostí. (ibid). Došel k závěru, že to, co ovlivňuje přítomnost stresu, je **způsob, jakým situaci vnímáme a jak ji vyhodnocujeme**. Potom tedy „*člověk reaguje na ohrožení jako na ohrožení tehdy, když ho za ohrožení považuje*“ (Baštecká & Goldmann, 2001, 242). Pokud vnímáme situaci jako přesahující naše adaptační zdroje, prožíváme stres (Davison, Neale, 1994, in Baštecká & Goldmann, 2001).

Bio-psycho-sociální model

Tento model klinické medicíny poprvé popsal **Engel** v 70. letech 20. století. Vyšel ze zjištění, že podstata vzniku nemoci nemůže být popsána a vysvětlena pouhými biochemickými a biofyzikálními poškozeními. Člověk se během svého vývoje nachází v neustálé interakci všech tří složek, na které se váže množství rizikových faktorů, jakými jsou psychosociální, biologické i environmentální stresory, různé vývojové formativní vlivy, charakterové rysy i hereditární predispozice a temperament. V průběhu léčby by tedy měly být mapovány 4 hlavní okruhy: 1) biologický, 2) psychologický (osobnost, terapeutický vztah), 3) užší sociální (rodina), 4) širší sociální (pracoviště, společnost, lidstvo). Přičemž se předpokládá primární vliv biologický (genetické faktory, křehké nebo nevyrovnané založení organismu), který ale sám o sobě ke vzniku onemocnění nepostačuje. Podpořit nemoc mohou rané poruchy vývoje, špatná rodinná situace, dlouhodobý či opakovaný stres dítěte apod. Teprve kombinací více vlivů dochází ke zvýšené zranitelnosti - **vulnerabilitě**. Ta je při zátěži základem vzniku onemocnění.

Spouštěč (stresovou situaci, která vyvolala onemocnění) není opět vzhledem ke komplexnosti zátěžových prvků snadné určit. Může jím být určitý stresový podnět, ale i soubor frustrujících událostí. Životní události nebo biologické a sezonní stresory samy o sobě nemoc nevyvolávají, spíše působí jako determinanty začátku onemocnění (Praško, 2011).

Chování typu A, B, C a D

V souvislosti s osobnostními rysy zde uvádím i známé chování (někde uváděno také jako osobnost) typu A, B, C a D. Už ve 40. letech poukázal **Friedman s Kasaninem** na možnost, že emoční faktory mohou mít vliv na vznik srdeční choroby (dle výsledků výzkumů jednovaječných dvojčat). Poté Friedman s Rosenmanem vypracovali diagnostické a intervenční metody určené k odhalení a kontrole chování typu A (CHTA). Pozdější výzkumy přinášely rozporuplné výsledky, byť v 80. letech bylo CHTA na základě předešlého bádání uznáno Státním ústavem pro srdeční, plicní a krevní choroby za faktor zvyšující riziko kardiovaskulárních onemocnění. Tuto rozporuplnost vysvětloval Friedman špatnou diagnostikou CHTA ve výzkumech (Šolcová, 2007).

Jedinci s CHTA vykazují zvýšenou reaktivitu na stresogenní situace, což znamená, že zažívají v situacích, ve kterých ztrácí kontrolu nad děním, intenzivnější emoční i psychofyziologické reakce, než lidé s jiným typem chování. Tato skutečnost je dána jejich kognitivním i emočním nastavením. Rosenman (1982, in Šolcová, 2007) vidí původ CHTA ve třech komponentách - vnitřní emoční složky jednice, stresory ze zevního prostředí a konečně jejich interpretace.

U těchto osob převažují výrazné snahy k co nejvyššímu výkonu a počtu úkonů vykonaných v co nejnižším čase, potřeba kontroly nad situací, kompetitivnost, ale i iritabilita a zvýšená hostilita, a s tím související nízký práh frustrační tolerance. Především pak hostilita se ve výzkumech ukazuje jako nejvýraznější prediktor kardiovaskulárních onemocnění, vysoká korelace je i mezi ní a úmrtností obecně (ibidem).

V souvislosti s kardiovaskulárním onemocněním se od 90. let hovoří i o osobnosti typu D, pojmu vytvořeném belgickým psychologem Denollem. Písmeno D, zde znamená 'distressed'. Toto chování podle posledních výzkumů vystihuje náchyllost ke zdravotním problémům se srdcem lépe než CHTA. Je charakteristické vysokou tendencí k prožívání negativních emocí a zároveň jejich potlačením v expresi kvůli společenským a jiným

důvodům. Potlačování emocí (především hněvu) je typické i pro chování typu C, které se vyskytuje hlavně u lidí s vysokou potřebou konformity, se sklony ke snadné rezignaci a tendencí k používání obranných mechanismů jako potlačení a popření. Tento typ chování je zkoumán jako možný rizikový faktor při vzniku nádorového onemocnění. Zatímco u chování typu C se jedná o nevědomý proces potlačení (represe), u osobnosti typu D je toto potlačení na vědomé úrovni (suprese) (ibidem).

Často je v souvislosti s ČHTA zmiňováno i tzv. chování typu B, které k němu tvoří jakýsi protiklad. Taková osobnost je převážně uvolněná, přívětivá, klidná, letargická, vyrovnané povahy, bezstarostná, relativně pomalá v řeči a vyjadřování, s filozofickým přístupem k životu apod. Osobnost typu A by tak v Galénově pojetí nejvíce odpovídala cholericovi, zatímco osobnost typu B flegmatikovi (Evans et al., 2000).

1.5 PSYCHOSOMATIKA V ČR

Psychosomatické medicíně u nás za totalitních režimů nebylo přáno, a tak na sebe musela nechat dlouhou dobu čekat. Komunisty byla řazena (např. spolu s psychoanalýzou) mezi buržoazní pavědy a ani po pádu režimu u nás nebyla nijak uznána. Orientace na čistě biologickou složku byla ražena jak v řadách lékařů a odborníků, tak i očekávaná v řadách pacientů. Jak píše Chvála (2014a), výsledkem této tendence je markantní navýšení nákladů na zdravotnictví, přičemž se neustále zvyšuje počet pacientů s chronickým průběhem neinfekčních a nenádorových onemocnění. Ti už teď tvoří okolo 40% případů. Právě u těchto onemocnění se psychické a sociální faktory ukázaly být jako stěžejní, a léky tedy jako málo účinné. Vytváří se zde vcelku velký prostor pro efektivnější využití financí i efektivnější způsob léčby (ibidem).

Pro představu uvádíme rozdělení rozpočtu ČR pro zdravotnictví v roce 2008 (MZ ČR a PS ČLS JEP, 2008, in Novák, 2010):

- Zdravotnictví celkově: 262,654 mld. Kč
- Farmaceutické prostředky: 72,250 mld. Kč
- Psychosomatická péče: 0,150 mld. Kč

Na této ukázce je vidět nepoměr investic, které u nás plynou na medikamentózní léčbu a které jdou na léčbu psychosomatickou. Také, na rozdíl od systému, který je třeba

zaveden v Německu, u nás zatím neexistují žádné psychosomatické kódy a pojišťovna hradí psychosomatickou terapii jen na určitých pracovištích, které s ní mají smlouvu (Chvála, 2014b).

I přesto však na našem území existuje celá řada psychosomaticky orientovaných pracovišť. Mezi ty nejznámější patří nejspíše Psychosomatická klinika v Praze, Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci nebo Centrum komplexní péče v Dobřichovicích. Jen v Praze lze ale najít více než dvacet míst s psychosomatickým zaměřením. Další taková pracoviště najdeme i v Brně, Olomouci, Zlíně, Hradci Králové, Českých Budějovicích, Děčíně a celé další řadě jiných měst (Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny v Liberci, o.p.s., Litarps, o.p.s., 4. července 2014; Seznam psychosomaticky orientovaných pracovišť, 2010).

Nově také vznikla Společnost psychosomatické medicíny ČLS JEP., která usiluje o rozvoj psychosomatické medicíny. Každoročně (letos po 15.) je v Liberci pořádána také psychosomatická konference (Chvála, 2014c). Za významný mezník lze považovat i návrh psychosomatiky jako nastavbového oboru ve vzdělávání, který vládě předložilo ministerstvo zdravotnictví v roce 2013 (Myslivcová, 2013). Zdá se tedy, že si psychosomatika své místo na poli medicíny v ČR postupně etabluje.

2 'COPING'

Ve výzkumné části této práce se zaměříme mimo jiné i na to, zda u jedinců s diagnózou esenciální hypertenze převládá určitý typ copingových strategií. Považujeme proto za zásadní nejprve čtenáře s tímto konceptem v následujících řádcích seznámit.

Pojem 'coping' se používá jako označení pro zvládání obzvláště obtížných nebo stresujících situací. Především *„se uplatňuje v případech, kdy je zátěž vzhledem k odolnosti osobnosti nadlimitní nebo podlimitní, a je tedy potřebné vyvinout zvýšené úsilí k vyrovnání se s ní.“* (Paulík, 2010, 79).

„Zvládním se rozumí proces řízení vnějších i vnitřních faktorů, které jsou člověkem ve stresu hodnoceny jako ohrožující jeho zdroje“ (Lazarus, 1966; in Křivohlavý, 2001, 69). Dle Lazaruse (1966) je to rovněž vědomé využití snah k ovládnutí vnitřních i vnějších vlivů a konfliktů mezi nimi, které na člověka působí, a to za pomoci jak intrapsychických dějů, tak určité aktivity. Od takové aktivity je nutné odlišit tzv. **copingové reakce**, které jsou zcela vrozené, a tedy i zautomatizované a probíhají nevědomě (Křivohlavý, 2001).

V rámci copingu se můžeme ještě setkat s pojmy jako **zvládací schopnosti** (souhrn osobnostních dispozic ke zvládnutí situace), **zvládací zdroje** (kam spadá aktuální psychosomatický stav jedince, ale i sociální opora, materiální podmínky apod.), **zvládací procesy** (psychofyzilogické děje organismu jako reakce na stres) a **copingové strategie**, kterým se bude následující podkapitola věnovat podrobněji (ibidem).

2.1 COPINGOVÉ STRATEGIE

S prvními zmínkami o typu copingových strategií, kterými jsou **obranné mechanismy**, se setkáváme již v rámci psychodynamické školy (Blatný, Kohoutek & Bréda, 2003). Lazarus považuje obranné mechanismy za specifický typ copingových strategií, jako psychické metody sloužící ke snížení frustrace a ohrožení (Šiška, 2003). Psychodynamická škola kladla důraz především na vliv ontogeneze (hlavně ontogeneze těchto mechanismů) na strukturu osobnosti a tím v podstatě ztotožnila osobnost s charakteristikami zvládnutí. Zastánci situačního a **transakčního přístupu** naopak zastávali tezi, že copingové strategie jsou vzhledem k osobnostním charakteristikám záležitostí spíše nestabilní než stabilní. Trend současných výzkumů se však opět ubírá

směrem zaměřujícím se na vztah mezi osobností a copingem. K tomuto přístupu může přispívat i postupný rozvoj osobnostních koncepcí, jejichž rysy ve vysoké míře korelují s charakteristikami copingu (a to na úrovni kolem 0,3). Takovým příkladem je Eysenckovo pojetí temperamentu nebo Big Five (Blatný et al., 2003).

Podle Medvěd'ové (1996; in Šiška, 2003) se ale dají všechny novodobé teorie zaměřené na zvládání stresu, byť se na první pohled velmi liší, rozdělit (v souladu s Lazarusovým pojetím) do dvou skupin dle svého zaměření:

- 1) **zaměření na cíl** (řešení problému)
- 2) **zaměření na proces** (zlepšení emoční bilance)

Zatímco v prvním případě převládá snaha ovládnout faktory prostředí, jež jsou vnímány jako stresující, v druhém případě se více jedná o snahu regulovat vlastní emoce v průběhu stresové epizody. Strategii řešení problému využívají už malé děti, zatímco strategie zaměřená na zklidnění nálady se u lidí vyskytuje až v adolescenci (ibidem).

Lazarus a Folkmanová (1980) zmiňují, že tyto dvě strategie se u většiny lidí vyskytují vedle sebe. Jiné studie se zaměřily na individuální rozdíly v užívání těchto strategií a zjistily, že preferovaná strategie je asi z 30% vrozená (Taylor, 1995). Dalšími ovlivňujícími faktory jsou pak rodinná výchova a kulturní prostředí (in Křivohlavý, 2001).

Ve své starší práci z 60. let popisuje Lazarus **čtyři kategorie strategií copingu** (Paulík, 2010, 80):

- 1) útok na obtěžující a rušivý fenomén (noxa)
- 2) různé druhy aktivit směřujících k posilování vlastní obranyschopnosti vůči noxám
- 3) vyhýbání se noxám
- 4) apatie (pocit beznaděje, deprese, bezmocnosti)

Výše zmíněné kategorie se dají odvodit od základních reakcí na zátěž typu útěk, útok nebo zamrznutí (Baštecká & Goldmann, 2001).

Z Lazarusova pojetí vychází i **hierarchický model copingu** používaný i v Inventáři copingových strategií - CSI, jehož autorem je D. L. Tobin.

Příklonové strategie	Zaměřené na problém	Řešení problému
		Kognitivní restrukturační
	Zaměřené na emoce	Vyjadřování emocí
		Sociální podpora
Odklonové strategie	Zaměřené na problém	Vyhýbání se problému
		Fantazijní únik
	Zaměřené na emoce	Sebeobviňování
		Sociální izolace

Tab. 2: Tříúrovňový hierarchický model copingu (Tobin, Holroyd, & Reynolds, 1984; in Blatný et al., 2003).

Příklonové strategie jsou zaměřené na problém a umožňují, na rozdíl od odklonových strategií, efektivní adaptaci. Patří mezi ně:

- 1) řešení problému - kategorie označující behaviorální a kognitivní strategie, které by měly vést k aktivní eliminaci zdroje stresu
- 2) kognitivní restrukturační - všechny kognitivní strategie, které vedou ke změně ve vnímání situace, díky čemuž se událost stává subjektivně méně ohrožující, je na ni nahlíženo z nového úhlu pohledu (s důrazem na její pozitivní aspekty)
- 3) vyhledávání sociální opory - hledání emocionální podpory u ostatních lidí, přátel a rodiny
- 4) vyjadřování emocí - umožňuje uvolnění a expresi emocí

Pod odklonové strategie spadá:

- 1) vyhýbání se problému - odmítání problému, myšlenek a akcí, které se týkají stresové situace
- 2) fantazijní únik - kognitivní strategie, které nevedou k přeformulování či proměně významu situace (z důvodu neochoty, neschopnosti)
- 3) sociální izolace - v důsledku emocionální reakce na stresor dochází ke stažení se od rodiny, přátel,...
- 4) sebekritika - sebeobviňování za vznik situace, kritika sebe sama

Z **Lazarusovy teorie stresu** vychází i dotazník **SVF 78**, vytvořený autory W. Janke a G. Erdmannovou (Janke & Erdmannová, 2003). Právě tento dotazník jsme se

rozhodli použít i pro účely této práce, a jeho podrobnější popis tedy naleznete ve výzkumné části.

Je velmi obtížné stanovit nejuspěšnější metody zvládání stresu a zátěže, neboť tento proces podléhá mnoha faktorům, které je potřeba vzít v úvahu (biologické, psychologické, sociální i spirituální). Úspěch reakce záleží právě na jedinečné kombinaci a interakci těchto faktorů. Někteří autoři (Forsythe & Compas, 1987, in Šiška, 2003) kladou důraz na potřebu vyvarovat se různých zjednodušujících modelů, ve kterých vyznívají některé metody zvládání stresu za každých okolností jako ty nejlepší. Poukazují na to, že při studiu copingových technik je nutné brát ohled na komplexnost a jedinečnost celé situace. Zdůrazňují, jak výhodné je, pokud ovládá jedinec vícero různých způsobů, které může vhodně použít vzhledem ke kontextu situace. Tak se také může vyvarovat maladjustaci v důsledku rigidní snahy o použití určité odpovědi za všech okolností.

2.2 VÝZKUMY V OBLASTI COPINGOVÝCH STRATEGIÍ

Předchozí text byl věnován objasnění tématu copingu všeobecně. Nyní se však zaměříme na jeho propojení s psychosomatickými onemocněními, a to uvedením některých výzkumů. Jako první zmíníme zahraniční výzkum (Vingerhoets & Heck, 1990), který se zabýval rozdíly mezi muži a ženami v užívání copingových strategií ve vztahu k **psychosomatickým chorobám**. Dle jejich výsledků užívají **muži** nejčastěji strategie zaměřené na řešení problému, plánované a racionální konání, pozitivní myšlení, zaměření na osobní růst a humor, a fantazijní únik. **Ženy** preferují strategie zaměřené na emoce - vyjadřování emocí, vyhledávání sociální opory a sebeobviňování. I přes genderové rozdíly ve výběru copingových strategií prokázaly výsledky této studie signifikantní vztah mezi zvládáním zátěže a zdravotními obtížemi, a to u obou pohlaví. Výsledky byly v obecnosti stejné pro muže i ženy.

Zkoumání copingových strategií proběhlo i u 275 dětí s psychosomatickými obtížemi ve věku 11-16 let. Použity byly přitom dotazníky PSS (The Psychosomatic Questionnaire for Children and Adolescents), obsahující 35 možných psychosomatických symptomů, a SUO (The Coping Strategies Inventory for Children and Adolescents), který měří četnost užívání i efektivitu copingových strategií při stresujících událostech. Více než polovina všech dětí (60%) indikovala 6-15 z nabízených 35 symptomů v PSS za poslední

tři měsíce. Nejčastěji uváděné byly únava a pocity slabosti (72%), bolesti hlavy (69%) a nevolnost (56%). Oproti předchozímu výzkumu byly navíc pomocí ANOVY zjištěny signifikantní rozdíly u věku a pohlaví. **Celkový počet psychosomatických symptomů byl vyšší u dívek** a pouze u nich měly symptomy tendenci **přibývat s věkem**. V tomto vzorku korelovaly nejvíce s hlášením **psychosomatických potíží strategie vyjadřování emocí a vyhýbání se u dívek a vyhýbání se problému u chlapců**. Druhý pól tvořily **děti, které vyhledávaly podporu své rodiny, ty hlásily méně fyzických symptomů**. To by odpovídalo teorii o tom, že **aktivní způsoby copingu** (změření na řešení problému, kognitivní restrukturační, zklidnění sebe sama, vyhledávání soc. opory) **přispívají k lepší adaptaci a úbytku psychosomatických symptomů** (Vulić-Prtorić, Sorić, & Penezić, 2006).

Propojení koncepcí copingu, stresu, životních událostí a psychosomatických obtíží poskytuje výzkum provedený na 681 dětech ve věku 12-14 let. V něm prokázaly signifikantní souvislost životního stresu ($p < 0,01$) s mírou úzkosti, psychosomatických symptomů, depresí a širokou varietou problémů s chováním. V tomto výzkumu vyšly **strategie 'vyhýbání se stresující životní události' jako nejužitečnější** (Dise-Lewis, 1988).

Další zajímavé spojení copingových strategií, psychického stresu, sociální opory, a psychosomatických symptomů se objevuje ve výzkumu 1009 středoškolských studentů. Výsledky odhalily, že **psychický stres, sociální opora, pozitivní i pasivní copingový styl** (např. bezradnost, vzdání se) **mají signifikantní přímý vliv na symptomy a jejich množství**. U psychického stresu, sociální opory a pasivních copingových strategií byl rovněž zjištěn signifikantní nepřímý vliv na množství symptomů. **Sociální opora a pasivní coping u mužů měl přitom menší přímý dopad na psychosomatické symptomy, než tomu bylo u žen** (Yu & Zheng, 2008).

3 HYPERTENZE

Význam zkoumání hypertenze, její léčby, příčin a faktorů přispívajících k jejímu vzniku, je v dnešní době již neoddiskutovatelný. Dle nejnovějších údajů má totiž smutné prvenství mezi ostatními onemocněními jako **nejčastější příčina úmrtí a třetí nejfrekventovanější příčina celoživotního zdravotního postižení**. Je také považována za nejvýznamnější rizikový faktor u většiny kardiovaskulárních a renálních (ledvinových) onemocnění (Holaj, 2014). Widimský a kolektiv (2004) uvádí **prevalenci** arteriální hypertenze v dospělé populaci pohybující se mezi **20-30%**. Ani vyhlídky do budoucna, bohužel, nevypadají příznivě. Dle odhadu Kearneyho a jeho kolegů (2005) se bude v roce 2025 počet nemocných s hypertenzí pohybovat okolo 1,56 miliardy na celém světě (nárůst o 60% oproti stavu zjištěném v roce 2005).

Diagnóza arteriální hypertenze je stanovena v případech, kdy opakovaně dochází ke zvyšování tlaku ≥ 140 mm Hg a/nebo diastolického tlaku ≥ 90 mm Hg. To musí být zjištěno minimálně během dvou až tří měření. Mimo toho se lze setkat i s tzv. izolovanou hypertenzí, která se vyskytuje zejména u starších osob a je charakteristická hladinami systolického tlaku ≥ 140 mm Hg a diastolického tlaku < 90 mm Hg (Widimský et al. 2004). Pro představu uvádíme, že za **optimální tlak krve (TK)** je považována hodnota systolického tlaku < 120 mm Hg a diastolického < 80 mm Hg. Za normální je pak ještě považována hodnota v rozmezí 120-129 mm Hg systolického a 80-84 mm Hg diastolického TK. Přičemž zvýšené riziko vzniku kardiovaskulárních obtíží bylo zjištěno už i osob s tzv. vysokým normálním tlakem – tzn. 130-139 mm Hg systolický TK a 85-89 mm Hg (ibidem).

Hypertenze je tradičně dělena na tzv. **primární (neboli esenciální)** a **sekundární** hypertenzi, a to podle etiopatogenetických charakteristik (Sovová et al., 2008). Za sekundární hypertenzi jsou označovány ty případy, kdy je „*zvýšení krevního tlaku důsledkem jediného, přesně definovaného patogenetického stavu*“ (ibidem, 21). Jedná se tedy o případy, kdy je možné diagnostikovat určitou příčinu, zodpovědnou za zvýšení TK (Widimský, 2004). Dle údajů ale zastupuje tato skupina naprosté minimum, tj. 5% pacientů trpících hypertenzí. Právě **esenciální hypertenze**, která je charakteristická tím, že nelze jednoznačně určit příčinu onemocnění (Messerli, Williams, & Ritz, 2007), zastupuje až **95% případů** (Sovová et al., 2008).

3.1 HYPERTENZE Z POHLEDU PSYCHOLOGIE

Doposud uvedené informace, týkající se hypertenze byly spíše medicínského rázu. Můžeme ale říct, že své místo má tato diagnóza i na poli psychologie. V následujících řádcích se jej pokusíme vymezit pomocí krátké rekapitulace již dříve zmíněných koncepcí (viz podkapitoly 1.4.1 a 1.4.2). Uvádíme pak především ty, které jsou s hypertenzí více provázány.

MKN-10 (WHO, 2006) poskytuje pro esenciální hypertenzi z psychosomatického hlediska kategorii '**Psychologické a behaviorální faktory, spojené s chorobami nebo poruchami, zařazenými jinde**' (F54)². Již Alexandr řadil hypertenzi mezi sedm klasických psychosomatických onemocnění a podle jeho klasifikace by spadala pod tzv. **psychosomatózy**. Za hlavní mechanismy, skrze které se somatizace manifestuje, považoval **vegetativní nervový systém** (především pak **sympatikus**³, který je aktivní obzvláště při stresových reakcích) a **endokrinní systém**. Dá se říci, že tato myšlenka byla později potvrzena výzkumy zaměřenými na **kortikoviscerální koncepci** (Baštecký, 1993). Je také součástí Cannonovy teorie o poplachové reakci a Selyeovy teorie popisující odpověď organismu na stres, označovanou jako '**obecný adaptační syndrom**' (GAS). Základní myšlenkou těchto teorií je, že dlouhodobé působení stresu postupně vede k závažným ireverzibilním změnám v organismu, jež se později projeví jako onemocnění. Uvědomíme-li si, kolik stresorů na nás denně působí, může se takový závěr zdát beznadějný. Jak ale Lazarus vhodně doplňuje, jako stres prožíváme jen to, co považujeme za ohrožující nebo překračující naše schopnosti (Baštecká & Goldmann, 2001). Důležité je tedy hlavně naše **kognitivní nastavení** a to už nám dává jisté možnosti, jak se stresem dále pracovat. Stejně tak naše postoje rozhodují i při zpracování **frustrace** (Bouček et al., 2006).

Další teorie se přesunuly k poněkud širšímu pojetí, a poskytují tak více zastřešující koncept pro problematiku stresu – zaměřily se na **osobnost** jedince. S kardiovaskulárními onemocněními je pak spojena především '**osobnost (nebo chování) typu A a D**'. Obě osobnosti se přitom vyznačují zvýšenou reaktivitou na stresující podněty s tím rozdílem, že

² Obecnější kategorii tvoří 'Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory' (F50-F59) (WHO, 2006).

³ Aktivace sympatiku má za následek zrychlení činnosti srdce, zvýšení TK, rozšíření průdušek, zpomalení činnosti trávicího ústrojí apod. (Vokurka & Hugo, 2005).

u osobnosti typu A dochází k ventilaci hněvivých impulsů, zatímco u osobnosti typu D naopak k jejich potlačení (Šolcová, 2007).

Jiní autoři se zase zaměřili více na zátěž způsobenou vnějšími okolnostmi a sociálními podmínkami, jako je tomu u Holmesa a Raheho. Ve svém '**Inventáři životních událostí**' přiřadili každé ze situací (např. narození dítěte, smrt partnera) určitý počet bodů podle jejich závažnosti (Bouček et al., 2006).

Nejkomplexnější náhled ale nejspíše poskytuje koncept **vulnerability** (zvýšené zranitelnosti), který spadá pod bio-psycho-sociální model a bere v potaz jak psychosociální, tak i biologické a environmentální stresory s tím, že teprve kombinace různých vlivů vede k nárůstu vulnerability (Praško, 2011).

3.2 RIZIKOVÉ FAKTORY

Pro prevenci a pozdější léčbu je velice zásadní porozumět různým rizikům, která k onemocnění hypertenzí vedou, a které jej udržují. V návaznosti na předchozí text se zde budeme nejdříve věnovat psychologickým a sociálním rizikovým faktorům.

3.2.1 *Psychologické a sociální činitele*

Výše zmíněné teorie tedy vesměs navrhují jako rizikové faktory: **hněv, chronický stres, zátěž způsobenou vnějšími událostmi a zvýšenou osobní zranitelnost (vulnerabilitu)**. V oblasti výzkumu potom jednoznačně převládá zaměření na působení **hněvu, stresu a deprese**. Přičemž každá z těchto oblastí našla své potvrzení v celé řadě longitudinálních studií (Rutledge & Hogan, 2002). Detailněji se tím však zabýváme v kapitole 4.3.

Ve výzkumu Räikkönen, Matthews a Kuller (2001) se navíc jako významní prediktory vzniku hypertenze ukázaly i **vysoká úroveň anxiety a snížená míra sociální opory**. Z metaanalýzy studií na toto téma vyplynuly ještě jako rizikové faktory, mimo výše zmíněných, i vysoké pracovní vytížení, přehnaná tendence se bránit a zvýšená emoční reaktivita na různé situace (Rutledge & Hogan, 2002).

3.2.2 *Biologické činitele*

Mezi lékaři uznávané rizikové faktory patří především **genetické činitele, kouření, alkohol, zvýšený příjem kuchyňské soli, dysfunkce autonomního nervového systému, dyslipidemie⁴, diabetes a obezita** (Špinar, Vítovec, Zicha et al., 1999).

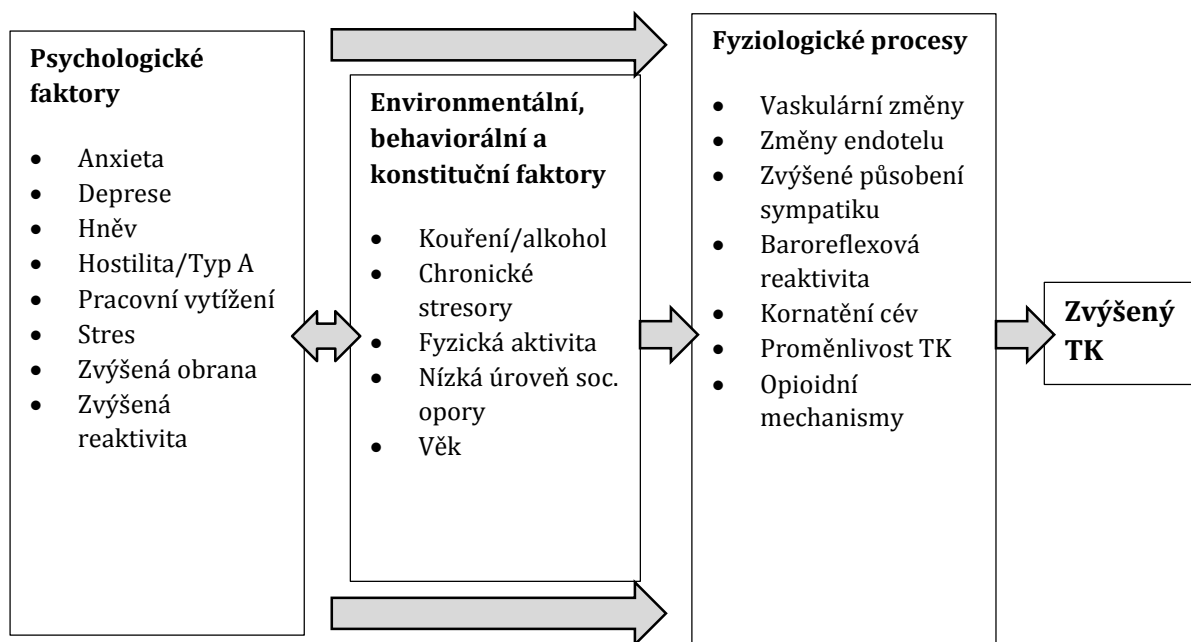
Dle Horkého (1994) je význam genetické složky při vzniku hypertenze až 30% (in Špinar et al., 1999). Vždy se ale spíše jedná o výsledek **interakce genetických dispozic s mnohočetnými environmentálními faktory** (Ellervik, Tarnow, & Pedersen, 2009). Vysoká pozitivní korelace je zmiňována i v souvislosti hypertenze a diabetu. Odhaduje se, že k výskytu hypertenze dochází až u 50% nemocných diabetem.

V případě kouření a dyslipidemie se jedná spíše o korelaci nepřímou, přesto o jejich vlivu není pochyb. Po vykouření jedné cigarety například dochází k okamžitému vzestupu TK, který trvá okolo třiceti minut. Dyslipidemie zase přispívá k ateroskleróze a je často spojená se zvýšenou tělesnou hmotností, malou fyzickou aktivitou a diabetem. Stěžejní role alkoholu byla prokázána i u zhruba 5-11% pacientů s hypertenzí, kdy po omezení příjmu alkoholu došlo ke snížení TK⁵ (Špinar et al., 1999). I když je obezita všeobecně uznávána jako rizikový faktor nejen při vzniku hypertenze, ale i ischemické choroby srdeční, selhání srdce a dalších kardiovaskulárních onemocnění (KVO), někteří autoři ji označují za protektivní faktor. Hovoří se o tzv. '**paradoxu obezity**', kdy mají pacienti s KVO a zvýšenou hodnotou BMI dokonce lepší prognózu než ostatní. Tento fenomén je ale ve velké míře zpochybňován a i když nebyl doposud vyvrácen, jeho vznik je připisován metodologickým pochybením. Dle Rosolové (2013) může tento jev také souviset s nevhodně indikovanou léčbou.

⁴ Porucha normálního rozložení tuků v krvi (Vokurka, Hugo, 2005).

⁵ Maximum doporučené dávky alkoholu na den je 30ml etanolu, tj. 0,8l piva, 0,30l vína, anebo 0,06l whisky (Špinar et al., 1999).

Pro shrnutí psychologických, environmentálních i biologických rizikových faktorů a jejich spolupůsobení při vzniku hypertenze nyní uvádíme následující obrázek.



Obr. 1: Návrh dráhy působení biologických a behaviorálních faktorů spojených se zvýšeným rizikem vzniku hypertenze (Rutledge & Hogan, 2002).

3.3 PREVENCE A LÉČBA HYPERTENZE

Zatímco s genetickými faktory lze jen těžko něco udělat, existuje celá řada faktorů, které ovlivnit můžeme. Při léčbě hypertenze se potom postupuje buď cestou **farmakologické**, nebo **nefarmakologické** léčby, přičemž často se vzájemně doplňují. Vzhledem k zaměření této práce se zde však budeme věnovat pouze možnostem léčby nefarmakologické.

V zásadě se jedná o behaviorální intervence ve smyslu proměn vyžadujících **změnu životního stylu**. Jedním ze základních doporučení při prevenci i léčbě hypertenze je **navýšení fyzické aktivity**. Tato varianta je obzvláště nasnadě pro její dostupnost a účinnost. WHO (World Health Organization, Světová zdravotnická organizace) sice při léčbě doporučuje jak fyzickou aktivitu rekreačního, tak i pracovního charakteru. Z metaanalýzy 13 studií však vyplynulo, že pozitivní účinky na snížení rizika a kontrolu hypertenze má jen rekreační pohyb (ze zájmu, ve volném čase), zatímco u fyzické aktivity spojené s pracovními povinnostmi takový efekt prokázán nebyl (Holaj, 2014).

Mezi další doporučení patří i obměna **jídelníčku**, **omezení příjmu kuchyňské soli**, **snížení BMI** a v neposlední řadě omezení **alkoholu** a **kouření** (Sovová et al., 2008). Souhrn těchto doporučení a jejich vliv na snížení TK, naleznete v následující tabulce (Tab. 2).

Faktor	Doporučení	Průměrný pokles systolického TK
Pokles tělesné hmotnosti	Dosažení BMI 18,5-24,9	5-20 mm Hg na pokles hmotnosti o každých 10kg
Dieta	Dieta bohatá na ovoce a zeleninu, mléčné výrobky s nízkým obsahem tuku a redukce nasycených mastných kyselin a celkových tuků	8-14 mm Hg
Redukce příjmu soli	NaCl 5-6g/den	4-8mm Hg
Fyzická aktivita	Aerobní fyzická aktivita – rychlá chůze 30-45 minut 3x-4x týdně	4-9mm Hg
Úprava příjmu alkoholu	Restrikce příjmu alkoholu na ≤ 30g denně, u žen a mužů menší postavy 15-29g denně	2-4mmHg

Tab. 2: Nefarmakologická léčba hypertenze (Widimský et al., 2004, 168)

Dále je ještě uváděno **snížení izometrické zátěže** (kulturistika, fitness), nebo omezení příjmu **kofeinu** na 1-2 šálky denně (Špinar et al., 1999).

Výše zmíněná doporučení se týkají spíše biologické stránky věci. Existují ale i návody zaměřené na psychickou vyrovnanost a zvládnání dysforických emocí. Do této skupiny patří především **relaxace**, **biofeedback**, nebo **meditace**. Cílem je snížení aktivity sympatiku, který je typicky aktivován při stresových situacích a má za následek navýšení TK. Jedná se o běh na dlouhou trať, neboť nácvik těchto technik se pohybuje v řádu měsíců, a to jak za přítomnosti terapeuta, tak doma o samotě (Křivohlavý, 2004). Zároveň jde ale o investici do osobního rozvoje, který může napomoci k zlepšení nejen zdraví, ale i kvality života.

3.4 HYPERTENZE BÍLÉHO PLÁŠTĚ A 'NÁVRAT K PRŮMĚRU'

Poměrně zajímavým a zároveň významným fenoménem v této oblasti je i tzv. **hypertenze bílého pláště** (*white-coat hypertension*, **WCH**). Tento termín označuje

případy, kdy je pacientovi v přítomnosti lékaře naměřen vysoký krevní tlak, ale při měření v denní periodě mimo ordinaci má tlak normativní (Filipovský, 2014). Takový rapidní nárůst krevního tlaku v ordinaci je vysvětlován tím, že setkání s lékařem spouští v pacientovi veškerý stres a anticipační úzkost, kterou má spojenou s lékařským prostředím a různými zákroky (Verdecchia et al., 2002). Nejedná se přitom vůbec o zanedbatelnou část pacientů, protože je WCH diagnostikováno až u **32 % případů hypertenze**. Nejčastěji se vyskytuje u žen, starších osob a nekuřáků (Filipovský, 2014).

V lékařských kruzích vystává otázka, nakolik je to jen například znakem větší emoční reaktivity a nakolik se jedná o důkaz genetické predispozice pro pozdější rozvoj hypertenze. Různé studie o tom, jak je tomu dobrým zvykem, přináší různé výsledky. Z metaanalýzy studií zaměřených na toto téma, kterou provedli Pierdomenico a Cuccurullo v roce 2011 však vyplývá, že se riziko kardiovaskulárního onemocnění nijak významně neliší u pacientů s WCH oproti pacientům s normativním tlakem. Velice ale záleží na tom, jak úzce je pojem WCH při výzkumu vymezen. V longitudinální studii, probíhající po dobu šestnácti let například zjistili, že se riziko vzniku kardiovaskulárních obtíží neliší u skupiny pacientů s normativním tlakem od těch s tzv. pravou WCH (tlak je normativní mimo ordinaci, a to jak při měření doma, tak při ambulatorním monitorování TK – po dobu 24 hodin). V případě tzv. částečné WCH, kdy stále dochází k navýšení alespoň při jednom z měření mimo ordinaci (doma nebo při ambulatorním monitorování TK) je riziko kardiovaskulárního onemocnění již významné (Mancia et al., 2013). Filipovský (2014) tedy doporučuje alespoň úpravu životosprávy a pravidelné kontroly tlaku u pacientů s WCH. V případě WCH spojeného s dalšími riziky jako například vyšší glykemie nebo vyšší hladina cholesterolu a BMI, je pak dle něj namístě zvážit léčbu farmakologickou (ibidem).

Obdobně záhadným fenoménem je i tzv. '**návrat k průměru**' (regression to the mean), při kterém se u některých pacientů stává, že se jejich hladina TK upraví postupem času na normativní hladinu bez jakéhokoliv zásahu farmakologickou nebo nefarmakologickou léčbou (Dubbart, 1995). Stejně tak se prokázal efekt placebo na snížení tlaku. Jeho účinek je sice variabilní, ale v některých případech vede ke klinicky významným změnám. V Australském terapeutickém centru specializujícím se na lehkou hypertenzi dokumentují, že k významnému poklesu hypertenze došlo jak u skupiny léčené pomocí medikamentů, tak u skupiny, která přijímala pouze placebo. Pokles TK

nastal téměř u poloviny (48%) pacientů ze skupiny s placebem (Doyle, 1983). U těchto jevů se vysvětlení pomocí působení psychických faktorů zdá být snad ještě více nasnadě.

4 POSTAVENÍ HNĚVU V JEHO SOUVISLOSTECH

Pojmy, jakými jsou **hněv**, **agrese**, **agresivita** a **hostilita**, může být mnohdy velmi těžké vzájemně odlišit. Často totiž působí jako určitý komplex, ve kterém se hněv vyskytuje například spolu s agresí a hostilitou a jeden impuls snadno přechází v druhý (Čermák, 1998). K jejich nepřesnému vymezení a záměně přitom nedochází jen v běžném životě a praxi, ale i v některých výzkumech a odborných pracích (Stuchlíková & Man, 2003). Proto si v této kapitole klademe za cíl především jejich srozumitelné vydefinování a přiblížení.

Prvním z pojmů, na které se v krátkosti zaměříme, je **hostilita**. Ta je definována jako negativní postoj vůči určitému člověku nebo lidem všeobecně (Čermák, 1998). Tento postoj se pak projevuje především hněvem, kritičností, případně i nenávistí a nedůvěrou vůči ostatním lidem nebo věcem. Jak je možné vidět z tohoto popisu, pojem hostilita hněv sice zahrnuje, ale celkově se jedná o komplexnější strukturu, jejíž základ stojí na celé řadě dalších emocí a přesvědčení. Jedná se o obecný negativistický pocit plný nedůvěry vůči světu (Stuchlíková & Man, 2003).

Především termíny jako agrese a agresivita bývají v běžném životě volně zaměňovány a ztotožňovány. **Agresivita** označuje všeobecný předpoklad nebo **přípravenost k agresivnímu chování**. Jedinec s vysokou mírou agresivity se tedy bude snadněji uchýlovat k agresí, a to v různých životních situacích (Berkowitz, 1993, in Čermák 1998).

Agrese je pak označením pro každé **záměrné konání, jehož motivem je způsobit někomu nebo něčemu škodu, křivdu nebo bolest** (otevřeně nebo symbolicky). Obdobně je agrese popisována i v Psychologickém slovníku, a to jako „*útočné či výbojné jednání, projev nepřátelství vůči určitému objektu, úmyslný útok na překážku, osobu, předmět stojící v cestě k uspokojení potřeby*“ (Hartl & Hartlová, 2004, 22). Obě definice zdůrazňují **záměr ublížit**. Právě tento úmysl je přitom jak základním stavebním kamenem této definice, tak i kamenem úrazu. Agresivní chování může totiž nabývat mnoha různých podob a mnohdy se dá úmysl jen velmi těžko určit (Jenő, 1982).

Pro svou mnohoznačnost je tedy agrese dělena podle určitých kritérií. Prvním kritériem je například morální charakter jednání. Tak lze rozlišit **antisociální**

(protispolečenskou) agresivitu od **prosociální** (př. výchovný trest). U Fromma (2007) se v této souvislosti setkáváme s termíny benigní a maligní agrese. Jak dále upřesňuje, v případě **benigní** agrese se jedná o biologicky adaptivní, životu sloužící agresi, zatímco u agrese **maligní** o biologicky neadaptivní, kruté, destruktivní a pro člověka škodlivé jednání, které narušuje sociální struktury.

Další rozlišení se odvíjí od toho, zda je agresivní čin prostředkem, nebo cílem. Pokud slouží k dosažení něčeho, hovoříme o **instrumentální** agresi. Pokud je naopak hlavním cílem jen někomu nebo něčemu ublížit, jedná se o **emocionální agresi**. Zřejmě není nutné zdůrazňovat, že tyto intence jdou mnohdy ruku v ruce.

Setkat se můžeme i s rozlišením mezi **útočnou** a **obrannou** agresí (Jenő, 1982). Dle Fromma (2007) je obranná agrese naší přirozeností a jejím hlavním smyslem je ochrana pro nás životně důležitých zájmů. Fromm (2007) však ve své knize přichází ještě s dalšími děleními a zmiňuje například **pseudoagresi** (jejímž cílem není ublížit, ale která ublížit může) nebo **konformní** agresi (bez vlastní intence - pod rozkazem, nebo na nátlak skupiny).

Důležitým aspektem je také **směr agrese**. Buď může být zaměřena **vůči předmětům, druhým lidem** (blízkým nebo i nahodile přítomným), nebo i proti sobě - **autoagrese** (Jobánková, 2002).

Projevy agrese se pak mohou pohybovat na široké škále **intenzity** - od velmi výrazných forem útočného chování (fyzický útok, slovní napadání a urážky, zastrašující mimika) až k velmi nenápadným a subtilním, leč neméně obtěžujícím formám, jakými jsou jízlivost, ironie, sarkasmus a zlomyslnost. I autoagrese má své výraznější a méně výrazné projevy. Sebetřýznění a sebevražedné snahy jsou projevy velice výrazné, zatímco nezdravý životní styl nebo sebeobviňování jsou podoby mnohem nenápadnější (ibidem).

Agrese je tedy velice komplexním jevem a může se projevovat skrze velké množství různých faset. Stejně tak se za těmito maskami může skrývat mnoho příčin. Jedním z jevů, spojovaných s agresi, je právě **hněv**. Ten je definován jako **silný emocionální stav**, pro který jsou charakteristické pocity **podráždění** a **napětí** spojené s aktivací autonomního nervového systému (Spielberger et al., 1983). Projevovat se může jako roztrpčení a celková podrážděnost, podezřívavost, negativismus, verbální agrese nebo fyzický útok (Stuchlíková, 2002).

Z odborného hlediska je hněv považován za jednu ze **základních emocí** (spolu se štěstím, smutkem, strachem nebo znechucením) a je k němu přistupováno jako k jednodimenzionálnímu konceptu. To znamená, že se jeho projevy v zásadě odlišují jen svou **intenzitou** (např. na hněv, vztek, zuřivost). Jak popisuje Stuchlíková (2002), emoce jsou z **evolučního hlediska** chápány jako mechanismy, napomáhající k přizpůsobení se v určitých podmínkách nebo situacích. Primární emoce pak slouží jako **základní filtr**, dělící změny uvnitř či vně organismu na libé (žádoucí) a nelibé (nežádoucí).

Dle Čermáka (1998) je **hněv** stavem, který **agresi často doprovází**. Někdy bývají spolu s **hostilitou** označovány jako **tzv. AHA-syndrom** (anger-hostility-aggression). V tomto modelu bývá hněv chápán jako emoční odpověď na určité jednání, agrese pak představuje behaviorální složku dané odpovědi a hostilita složku kognitivní (Stuchlíková, 2002). Hněv ale není nutnou součástí agresivních impulzů a naopak. Stejně jako se rozhněvaný člověk nemusí nutně projevit agresivně, agresivní chování nemusí být následkem hněvu - může jít například o čistě účelové (instrumentální) jednání (Berkowitz, 1993, in Čermák 1998).

I přesto má hněv pro většinu z nás především negativní konotaci. Křivohlavý (2004) to vysvětluje tím, že často zapomínáme oddělovat **hněv jako emoci** (různé intenzity) od **hněvivého až zlostného chování**. Jak popisujeme později, na hněv je také možno pohlížet jako na určitou pobídku k akci. Je pak na nás, jestli ji dokážeme využít konstruktivně nebo negativně. Emoce hněvu tedy nemusí nutně vést k agresivnímu jednání, ale může nás například motivovat k řešení situace, 'rozseknutí problému' apod.

To, nakolik bude naše reakce hněvivá, vyplývá například z toho, zda chování druhého připisujeme zlý záměr, nebo zda se nám jeho reakce zdá neoprávněná (Stuchlíková, 2002). Můžeme tedy říci, že v každé situaci rozhoduje, jak ji kognitivně vyhodnotíme. U některých jedinců se ale s hněvivými reakcemi setkáváme častěji než u jiných. V takovém případě hodnotíme **hněv jako rys** (Stuchlíková & Man, 2003).

Pro zajímavost uvádíme výsledky z Averillovy studie (1983), ze kterých vyplynulo, že se nejčastěji hněváme na své nejbližší (29%), a lidi, které známe a máme rádi (24%). Pouze asi 8% případů hněvivých epizod se zaměřovalo na známé, které nemáme rádi a 13% na neznámé osoby. To může být způsobeno například tím, že s přáteli a milovanými osobami trávíme více času než s neznámými nebo neoblíbenými osobami. Stejně tak jsme na jejich chování mnohem citlivější, protože pro nás hodně znamenají apod.

4.1 JAK A KDY VZNIKÁ HNĚV A AGRESE?

Hněv nejčastěji nastupuje v okamžicích **frustrace**, v situacích, kdy se cítíme být nějak **obtěžováni, poškozováni** nebo když máme pocit, že nám bylo **ukřivděno** (Stuchlíková & Man, 2003). Emoce hněvu ale může vzniknout i jako **druhotná reakce**. Často se za ní mohou ukrývat emoce jako smutek nebo deprese. To je možné pozorovat například u lidí, kteří prožívají ztrátu milované osoby nebo u dětí v nemocnicích či mateřských školkách, které jsou odloučeny od rodičů. V takových případech jde hněv a hluboký smutek mnohdy ruku v ruce (Čermák, 1998).

Otázkou, odkud vyvěrá hněv, se zabývaly i následující teorie, které zde uvádíme s tím, že více pozornosti věnujeme těm, které jsou s touto prací více provázány.

Agrese jako pud

Některé teorie se zakládají na tom, že agrese je pro člověka vrozenou součástí, od které se není možné nijak oddělit. Tyto teorie jsou souhrnně označovány jako **instinktivistické** a za přední představitele jsou považováni především S. Freud a K. Lorenz (Fromm, 2007).

Freud vycházel z domněnky, že kromě tvořivého a sebezáchovného pudu života, musí v každém z nás existovat i jeho protipól - pud smrti, který se projevuje tendencemi ničit a vracet živé do původního anorganického stavu (Freud, 1998). Z tohoto pohledu nevzniká agrese jako reakce na určité podráždění. Naopak, je to něco, co je pevně zakořeněno v biologické podstatě člověka a působí tak trvale, čímž před tím není úniku. Tato síla je pak buď namířena dovnitř – proti sobě samému, nebo navenek – proti ostatním organismům. Dle jeho teorie se také může spojit s pudem sexuálním a projevit se tak v sadismu nebo masochismu. Právě zvědomení těchto sil však umožňuje jejich lepší zpracování a jejich zaměření. I když se v dnešní době dají tyto domněnky považovat částečně za překonané, v tehdejší době představovaly důležitý přelom. Znamenaly totiž přesun od čistě fyziologicko-mechanistického náhledu k přístupu biologickému, a tedy i více komplexnímu pojetí organismu jako celku, i komplexnějšímu náhledu na jevy, jakými jsou třeba láska a nenávisť (Fromm, 2007).

Zatímco Freudova teorie se vyznačovala odbornou složitostí, **Lorenz** dokázal teorii pudů více přiblížit veřejnosti (Fromm, 2007). Podle něj je lidská agresivita pudem syceným z energie, která proudí bez ustání. Tato energie se postupně kupí v určitých nervových centrech do té doby, než dojde k jejímu uvolnění (výbuchu). Stejně jako Freud, i Lorenz zastává názor, že k tomu není zapotřebí působení vnějšího podnětu. Lidé i zvířata si však tyto podněty často hledají a někdy i sami vytvářejí (Lorenz, 2003).

Dle výše zmíněných přístupů se jedná o něco, co nám bylo dáno do vínku, o lidskou přirozenost a součást vlastní podstaty. Myšlenka, že ke konfliktům dochází z naší biologické podstaty, může přinášet úlevu ve smyslu zbavení se zodpovědnosti za „zlo“ ve světě i v každodenních životech (Fromm, 2007). Dnes je však již nepopíratelné, že při vzniku agresivních tendencí a jejich ustálení v rejstříku našich reakcí, hrají významnou roli i naše dosavadní **zkušenosti a sociální učení** (Jenő, 1982).

Vliv sociálního učení a prostředí

Behavioristické teorie představují opačný pól k Freudovým a Lorenzovým teoriím. Nehodnotí se totiž příčina, ale pouze viditelné chování. Jedině to je podle nich totiž pozorovatelné, a tedy i vědecké. Je však otázkou, nakolik můžeme hodnotit a pochopit agresivní čin, odhlédneme-li od daného člověka a jeho motivace (Fromm, 2007).

Základními silami formující učení jsou, dle behavioristů, především **odměna a trest**. Posílení určitého chování tak nastane podle toho, zda po něm následuje kladná nebo záporná odezva (Stuchlíková, 2002). Jak přibližuje Fromm toto stanovisko (2007, 54): „*Podstata je v tom, že jednáme, cítíme a myslíme způsobem, který se nám osvědčil jako úspěšná metoda k dosažení toho, co jsme chtěli mít. Agresivita je jako jiné formy chování jen a jen naučená a založená na tom, že se snažíme dosáhnout co největších výhod*“. Pokud si tedy dítě vynutí čokoládu tím, že ztropí scénu uprostřed supermarketu, můžeme počítat s tím, že se toto chování bude vyskytovat častěji.

K obdobným závěrům jako behavioristé došla i Goodenoughová (1931, in Jenő, 1982), která si všimla, že reakce zlosti nemají u dětí do dvou let záměr ani cíl. Podle ní jde jen o emocionální vyprázdnění, které se projevuje pláčem, kopáním a reflektuje především zoufalost a bezmoc dítěte. Samo dítě si zpočátku vůbec neuvědomuje, že by takové

výbuchy mohly nějakým způsobem vyřešit daný problém. Teprve postupem času (rozvoj intelektu a nárůst zkušeností) si ověří účelnost tohoto chování a může tak dojít k jeho posílení. Od dvou let věku se tyto výbuchy zlosti stávají stále uvědomělejší a zaměřují se buď na někoho, nebo na něco. Právě v tomto okamžiku už nehovoříme o bezcílném emocionálním výbuchu, ale o **hněvu**.

Těmto reakcím se učíme nejen vlastní zkušeností, ale i sledováním lidí ve svém okolí. Podle toho, zda je chování tzv. **modelu** úspěšné, nebo ne, jej pak budeme buď napodobovat, nebo se mu vyhýbat. Tento koncept představil A. **Bandura** a nazval jej teorií sociálního učení (Bandura, 1971).

Hněv a agrese jako reakce na frustraci

V roce 1939 přišli Dollard a jeho spolupracovníci (in Jenő, 1982) k závěru, že agrese vzniká jako reakce na frustraci. Dle jejich teorie probouzí frustrace **tendence k agresi**, a pokud není těmto tendencím dán průchod, vzniká **hněv**. Nejdříve se ale blíže podívejme na to, co se pod pojmem frustrace skrývá.

Frustrace je stav, který osoba prožívá, pokud se při činnosti, směřující k naplnění určitého cíle nebo potřeb, setká s překážkou. Jedná se vlastně o **emocionální projekci neúspěchu** (Jenő, 1982). Frustrované potřeby přitom mohou být geneticky dané - *biologické* - příjem vody, kyslíku, potravy, sexuálního uspokojení; *psychické* - pud sebezáchovy, obživy, dýchání, obrany, zachování rodu; či získané, naučené *sociální potřeby* - potřeba změny, sociálního kontaktu, soukromí atd. (Bouček et al., 2006).

Jak uvádí Cofer a Appley (1964; in Nakonečný, 1996) frustrace může označovat tři odlišné, ale zároveň navzájem propojené jevy:

- 1) frustraci jako bariéru ve vnějším světě, která nám znemožňuje uspokojení potřeby
- 2) frustraci jako vnitřní psychický stav, který v nás situace vyvolává
- 3) frustraci jako zvláštní způsoby chování, které mají sloužit k uvolnění napětí, vyvolaného danou situací a vnitřním stavem jedince, a k vypořádání se s ní

Míra frustrace se může samozřejmě lišit v závislosti na kvantitě i kvalitě překážky, motivovanosti jedince apod. Následkem setkání s překážkou je směsice pocitů (mučivá

úzkost, bezmocná zlost, hanba a pokoření atd.), která může vyústit v **hněv**. Ten vzniká, pokud emocionální energie frustrace souvisí s příčinou frustrace a **motivuje organismus k útoku**. Hněv tedy nemusí být nutně negativní, ale může na něj být nahlíženo i jako na pobídku k akci (odstranění příčiny). Kvalita hněvu (kladný versus záporný pocit) potom závisí od úspěšnosti této akce. Teprve ve chvíli, kdy je realizace hněvu z nějakého důvodu neúspěšná, hovoříme o '**frustrovaném hněvu**', tedy záporné emoci (Jenő, 1982).

Frustrace, a z ní vyplývající hněv, tedy může působit jak konstruktivně, tak škodlivě. Konstruktivní je v tom smyslu, že může člověka lépe nasměrovat k cíli, k použití jiných prostředků pro dosažení cíle, či k neustálému zlepšování a zdokonalování, nebo ke zvolení jiného, vhodnějšího cíle. Bohužel však při těchto procesech často vzniká celá řada dalších negativních emocí (strach, úzkost, bezmoc atd.), které nejen zaslepují úsudek a rozhodování, ale také ovlivňují organismus a další nastavení, chování a prožívání jedince. Každý se při zvládání/nezvládání frustrace liší tzv. '**frustrační tolerancí**', označující odolnost vůči frustrující situaci, jež je opravdu velmi individuální (Bouček et al., 2006).

Dlouhodobě působící, nezvládnutá frustrace přitom může vést k neurotickým poruchám, návykovým poruchám (závislost na alkoholu nebo na drogách) či **právě psychosomatickému onemocnění** (ibidem).

Americký psycholog S. Rozenzweig pracoval s předpokladem, že agrese vzniká jako reakce na frustraci, a rozlišil její projevy dle **směru a typu**. Směr agrese zahrnuje tři různé formy. První je tzv. **extrapunitivní** reakce (z lat. extra = ven, punio = trestám), orientovaná do vnějšího prostředí, jež se nejčastěji projevuje hostilitou, obviňováním okolí, nebo zlostným a konfliktním jednáním. Hlavním motivem je odmítání vlastní možné zodpovědnosti za vzniklé pocity frustrace, naopak tuto vinu přisuzují zásadně osobám či věcem mimo sebe. Ačkoliv může toto chování způsobit za určitých okolností mnoho škod, jeho výhodou je 'otevření' určitých problémů a tím i jejich možné řešení. Druhou, dá se říci protikladnou formou, je **intrapunitivní** reakce (z lat. intro = dovnitř), která se naopak projevuje stažením do sebe a uzavřením před světem, sebeobviňováním, případně i sebetrestáním. Pro tento typ jsou typické velmi výrazné pocity viny. V mírnější formě může ale tato zvýšená sebekritičnost vést k zamyšlení a ke změně povahy k lepšímu. Třetí a poslední popisovanou formou je reakce **impunitivní** (z lat. im = ne), tedy jednání netrestající, s rozpaky, omlouváním sebe i okolí, potlačením problémů, sněním a náhradním uspokojením. Takový jedinec pokládá frustraci za nevyhnutelnou a vinu svádí na obecné principy jako osud, smůla, nešťastné okolnosti atd. I tento 'přístup' má svou

druhou stranu mince a tím je sociálně kladně přijímaná nekonfliktnost (Bouček et al., 2006; Buchtová et al., 2001).

Také **typy** reakcí jsou trojí. Prvním je tzv. '**převládání překážky**' (obstacle-dominance), kde se jedinec soustředí především na překážku, která způsobuje frustraci. Druhým typem je tzv. '**obrana já**' (ego-defense), ve které klade daná osoba důraz na své ego (buď se sama obviňuje, nebo se brání, nebo omlouvá toho, kdo je za frustraci zodpovědný). Posledním typem je pak '**trvalost potřeby**' (need-persistence), kde převládá orientace na řešení frustrující situace (Rosenzweig, 1945).

Charakteristiky chování popsané Rosenzweigem se podobají více diskutovaným a v souvislosti s psychosomatickými onemocněními zkoumaným typům chování (osobnosti) A, C a D. Extrapunitivní typ chování by tak svým popisem souhlasil s chováním typu A, které se vyznačuje hostilitou, pocity časové tísně, vysokou soutěživostí apod. Stažení do sebe (impunitivní typ) by zase odpovídalo chování typu D a chování typu C intrapunitivnímu typu.

Hněv jako copingová strategie

Jak je patrné z dříve uvedených informací, hněv nemusí být vždy nutně negativní odpovědí na události. Nahlížíme-li na problematiku hněvu z hlediska **Cannonovy teorie**, vidíme, že hněv a případně i agrese, v zásadě odpovídají jedné z možných reakcí na stres, a tím je **útok** (mezi další patří útek a zamrznutí). Tedy reakce, která je v nás **evolučně** zakódována a v mnoha krajních situacích napomáhá k přežití (Baštecká & Goldmann, 2001). I z **teorie frustrace** můžeme vidět, že hněv nemusí být vždy nutně zápornou emocií. Emoce hněvu totiž vede k nabuzení organismu (dokonce účinněji než třeba zájem nebo příjemné vzrušení), čímž dochází ke spuštění celé řady mechanismů regulujících fyziologické i psychické procesy zaměřených na obranu 'Já'. Z **evolučního hlediska** je tedy primární funkcí hněvu excitace organismu, která je potřebná k překonání překážky. Hněv tak plní důležitou **adaptivní funkci** (Stuchlíková, 2002).

Důležitá je samozřejmě hladina jeho působení. Pokud se hněv dostane až na úroveň zuřivosti, sledujeme spíše opačné účinky – dočasná dezorganizace psychických funkcí, tunelové vidění, neadekvátní reakce apod. (Stuchlíková & Man, 2003). Hněv nás ale může

namotivovat k potřebnému jednání, a napomoci tak k vyřešení situace. Jindy zase jeho uvolnění napomáhá otevřít určité téma a dává tak možnost k jeho prodiskutování. Těžko můžeme například dosáhnout toho, že naši blízcí přestanou s určitým chováním, pokud ani nevědí o tom, že nás to hněvá. Jak píše Kennedy-Moore a Watson (2001), **emoce jsou zdrojem informací o vztahu mezi námi a naším prostředím**. Jejich vyjádření je prostředkem k jejich zpracování a sdílení s okolím, což může být učiněno buď **adaptivně**, nebo **maladaptivně**. Adaptivní vyjádření pocitů může napomoci k jejich přijetí („Tyhle pocity jsou sice nepříjemné, ale unesu je.“), nebo k lepšímu porozumění sobě samému („Tohle je něco, co je pro mě opravdu důležité.“ nebo „Kvůli tomuhle jsem cítil vinu po mnoho let, ale nebyla to moje chyba.“). Může také přispět k vyjasnění některých nedorozumění nebo dokonce napomocť k žádané změně chování na obou stranách. V případě maladaptivního řešení dojde naopak spíše k utužení konfliktu, pocitům viny nebo studu, k pocitům křivdy a ke zhoršení vztahů. Dá se tedy říct, že dysforické emoce nám mohou být i nápomocné. **Jejich benefity ale nepramení přímo nebo automaticky z jejich vyjádření. Namísto toho jde především o to, jak je dokážeme vyjádřit** (ibidem).

4.2 HNĚV A JEHO FYZIOLOGICKÝ DOPROVOD

Pospíšil (1999) ve své knize srozumitelně popisuje, co se odehrává v našem mozku a následně i v našem těle při prožívání hněvu. Hněv, zlost a agresivní chování považuje za vnější **projevy stresu**, které vznikají jako reakce na situaci, kdy máme pocit, že jsou v ohrožení buď naše postoje, názory, hodnoty nebo naše potřeby. V takové chvíli automaticky spouští kortex, thalamus a amygdala antistresovou reakci.

Amygdala tak začne proces, při kterém dochází k vyplavení katecholaminů, jež mají zase za následek nabuzení svalů a mozku – probouzí se pocity hněvu až zuřivosti. Celý proces je řízen vegetativním nervstvem a trvá jen v řádu několika minut. I když ale hněv postupně opadá, nadledvinky zůstávají stále aktivní a po několik hodin až dní neustále vyplavují adrenalin a noradrenalin, které udržují mozek v pohotovosti. Nyní se již jedná o pomalou část stresové reakce, která je řízená hormonálně. V této fázi je jedinec přecitlivělý a k opětovnému spuštění reakce stačí i malý a jindy bezvýznamný podnět. Často tak dochází k přenášení frustrace, hněvu a nepohody do dalších oblastí života (z práce domů

apod.). Pokud dojde k dalšímu podráždění, přičemž to první se ještě nestačilo zcela odbourat, je snadnější zůstat uvězněni v tomto začarovaném kruhu. Jedinou cestou z tohoto bludného kruhu je zvědomení si těchto mechanismů.

4.3 VÝZKUMY VZTAHU MEZI ZVLÁDÁNÍM HNĚVU A ESENCIÁLNÍ HYPERTENZÍ

Cizojazyčná odborná literatura, na rozdíl od tuzemských prací, nabízí celou řadu studií zaměřených na spojitost mezi zvládáním (prožíváním a vyjadřováním) hněvu a vznikem hypertenze. Jelikož není v našich silách pojmout zde celé kvantum těchto výzkumů, uvádíme zde nyní pouze ty, které považujeme vzhledem k účelům této práce za relevantní.

Velké výzkumné pozornosti se dostalo především rozdílům ve vyjadřování hněvu mezi **muži a ženami**. K této oblasti se vztahuje i studie Koppera (1993) zkoumající souvislost mezi způsobem vyjadřování hněvu a sexuální rolí. Z výsledků vyplynulo, že tzv. maskulinní typy byly celkově náchylnější k prožívání hněvu a vůči ostatním lidem nebo objektům ho vyjadřovaly otevřeně. Naopak u tzv. feminních typů převažovaly tendence k potlačování hněvu nebo jeho kontrole. Feminní typy navíc dosahovaly vyšších skóre u nepřímé hostility, iritability, závislosti a deprese, zatímco maskulinní typy zase skórovaly výše u položek jako 'agresivita' nebo 'útok'.

V případě výše zmíněné studie se pracuje se sociálním konstruktem pohlaví spíše než s jeho biologickým základem. Proto se zdá být nasnadě vysvětlit tyto rozdíly pomocí **kulturních vzorců a sociálního učení**, které hrají obrovskou roli v tom, co je uznáváno za společensky uznávané chování a co ne. Jak podotýkají Vögele, Jarvis a Cheeseman (1997), od mužů a žen se mnohdy očekává úplně odlišné chování. Zatímco potlačení hněvu u mužů může být chápáno jako maladaptivní copingová strategie, u žen na to může být nahlíženo jako na rozsáhlejší strategii zaměřenou na získání a udržení sociální podpory.

V návaznosti na to uvádíme další výzkumy (Helmerts, Baker, & Tobe, 2000; Harburg, Kaciroti, Gleiberman, & Schork, 2003), které sice prokázaly **vliv potlačování hněvu na rozvoj hypertenze, ale pouze u žen, u mužů nikoliv**. Ve studii Harburga et al. (2003) dokonce pozorovali opačný trend u mužů. Ti z nich, u kterých se prokázalo potlačení hněvu, totiž spadali do méně rizikové skupiny.

Jako nejlepší strategie zpracování hněvu u žen se dle výzkumných závěrů Andersona a Lawlera (1995, in Harburg, et al., 2003) ukázalo **asertivní chování**. V této studii byly vysokoškolské studentky požádány, aby si vybavily okamžik, kdy byly opravdu rozzlobené. Jejich odpovědi byly následně kódovány do 4 skupin: potlačení, uvědomění, asertivita, agrese. Jejich puls a krevní tlak byl měřen před a po interview. **U žen, které použily jako strategii potlačení hněvu, došlo ke zvýšení krevního tlaku, zatímco u žen, které se projevíly asertivně, došlo k nejmenším změnám.** Celkově nejvyšší reaktivitu pak měly studentky s kombinací **Typu A**, které zároveň svůj hněv potlačili a nejnižší reaktivitu studentky **Typu B**, které se zachovaly asertivně.

Toto zjištění autoři interpretují tak, že reakce na útok v podobě potlačení hněvu se může snadno proměnit v pocity zášti a zatrpklosti. **Každý útok, při kterém dochází k potlačení hněvu, zůstává v paměti a je z ní neustále vyvoláván znovu a znovu, přičemž fyziologický doprovod takových vzpomínek je stejný, jako kdyby tato situace aktuálně probíhala** (ibidem). Takto na nás může hněv působit i dlouho poté, co jeho spouštěč již dávno odezněl a ovlivňovat tak i fungování našeho organismu.

Mimo rozdílů pohlaví však byly v tomto kontextu sledovány i další proměnné, jako například **věk, vzdělání, heredita** nebo působení **deprese** (popřípadě jiných dysforických emocí). To, že se výskyt hypertenze zvyšuje s věkem, bylo prokázáno mimo jiné i ve studii zahrnující 5 296 participantů (Lloyd-Jones, Evans, & Levy, 2005). Poměrně zajímavým zjištěním v této práci byl ale i rozdíl v hodnotách systolického a diastolického tlaku v závislosti na věku. Se stoupajícím věkem (60 let a více) se totiž častěji vyskytoval jak zvýšený systolický tlak, tak i snížený diastolický tlak.

Souvislost mezi **vzděláním** a působením hněvu byla zase prokázána v práci Hosseini, Mokhberi, Mohammadpour, Mehrabianfard a Lashak (2011). Signifikantní vztah byl v této práci nalezen především mezi vzděláním a položkou **'trait anger'**, kde je hněv brán jako rys osobnosti. Nejčastěji se totiž tato položka objevovala u jedinců, kteří neuměli číst ani psát. Následovníci byli skupinou 'pod stupněm středoškolského vzdělání', a ti zase skupinou 's maturitou'. Nejméně se tato položka vyskytovala u jedinců s 'ukončeným vysokoškolským vzděláním'.

Stejná studie odhalila i to, že pacienti s esenciální hypertenzí skórovali signifikantně výše v položce 'anger-in' (potlačování hněvu). Souvislost mezi hněvem a

položkou 'anger-out' (vyjadřování hněvu navenek) však v tomto výzkumu prokázána nebyla (ibidem).

Doris (2010) ve svém přehledu prací zaměřených na **dědičnost** hypertenze uvádí, že se role genetických faktorů při vzniku hypertenze odhaduje na 30-70%. Doposud ale není zjištěno, zda za tím stojí jeden genový lokus⁶ s rozsáhlým působením, nebo zda je jich za to zodpovědných více. V souvislosti s tím se zdá zajímavé i to, že byl potvrzen vzájemný vztah mezi potlačováním hněvu a výskytem hypertenze v rodině (Hosseini et al., 2011). Jak ale podotýká Ellervik a kolegové (2009), při vzniku hypertenze je důležitá především interakce genetických dispozic s různými environmentálními faktory.

Ewart a Kolodner (1994) si ve své studii položili otázku, zda může **emoční stres** obecně vést až k rozvoji esenciální hypertenze. Testovali přitom 228 školáků, u kterých bylo zjištěno riziko jejího rozvoje. Ukázalo se, že hněv jako osobnostní rys ('trait anger') a dominující negativní styl prožívání (**deprese, úzkost**) jsou doprovázeny zvýšeným krevním tlakem (předzvěst esenciální hypertenze a s tím spojených kardiovaskulárních obtíží). Hladinu TK bylo dokonce možné předpovědět na základě toho, zda byl jedinec celkově náchylný k prožívání deprese nebo ke zvýšenému prožívání hněvu. Negativní styl prožívání byl přitom ještě významnějším a spolehlivějším prediktorem zvýšeného TK než hněv. Především **deprese** se zde ukázala jako důležitý faktor.

Jiná práce (Everson, Goldberg, Kaplan, Julkunen, & Salonen, 1998) zkoumala vztah mezi stylem vyjadřování hněvu a výskytem hypertenze na vzorku 537 mužů středního věku s původně normativním tlakem. Tito účastníci byli sledováni po dobu 4 let a k rozvoji hypertenze došlo u 104 z nich. Způsob vyjadřování hněvu byl zjišťován pomocí Spielbergerova dotazníku STAXI. Ukázalo se, že takové faktory jako **BMI (body mass index), kouření, alkohol, fyzická aktivita, stravování a historie hypertenze v rodině měli jen malý vliv na vznik hypertenze**. Oproti tomu byl každý nárůst o jeden bod na škále 'anger-out' doprovázen **zvýšením rizika hypertenze o 12%**. Stejně tak tomu bylo i u položek 'anger-in' (každý nárůst o jeden bod se rovnal zvýšení rizika hypertenze o 12%). Především pak muži, u kterých se snoubil vysoký stupeň hněvu směřovaného na okolí ('anger-out') spolu s cynismem a všeobecnou nedůvěrou vůči lidem, spadali do **nejrizikovější skupiny**. Riziko vzniku hypertenze u nich bylo až o dvě třetiny vyšší než u

⁶ Genový lokus označuje konkrétní umístění genu na chromosomu nebo jeho části (Vokurka & Hugo, 2005)

ostatních. **Naopak u mužů, kteří se pokoušeli o kontrolu svých projevů, docházelo ke snížení rizika vzniku.**

Zmíněná studie **potvrzuje hypotézu, že k neblahým kardiovaskulárním obtížím vede zvýšené prožívání hněvu obecně, a to nezávisle na směru** (zaměřené dovnitř na vlastní osobu, nebo ven na osoby jiné). Autoři se přiklání k tvrzení, že se v obou případech – ať už směřování hněvu dovnitř nebo ven – jedná o styly reakcí, které pocity hněvu a resentimentu pouze podporují a tím udržují vysoké hladiny krevního tlaku. Nevyjádřený hněv například vede k neustálému znovuprožívání pocitu nespravedlivého zacházení a s ním spojeného vnitřního přetlaku a resentimentu. Na druhou stranu, přílišně vyjadřovaný hněv může narušovat vztahy s okolím a vyvolávat další konflikty, které jen vytváří další živnou půdu pro vznik příštích hněvivých reakcí (ibidem).

Tento výzkum poskytuje i možné vysvětlení toho, proč se mezi sebou studie o potlačování/vyjadřování hněvu neustále rozcházejí. Zatímco jedny studie tvrdí, že k hypertenzi výrazně přispívá potlačování hněvu (následujíc Alexandrovu hypotézu), jiné trvají na tom, že za vznik hypertenze zodpovídá přílišná exprese hněvu a hostilita. Zároveň by tak mohla být i potvrzením pro oba modely osobnosti – **'osobnost typu A' a 'osobnost typu D'** (viz podkapitola 1.4.2). S ohledem na zjištěné odlišnosti v prožívání hněvu a jeho důsledcích mezi muži a ženami (viz výše v této kapitole) by bylo ale zajímavé vidět, jak by se výsledky této studie lišily, kdyby byly doplněny o vzorek žen.

Jak je vidět ze studií uvedených v této práci, většina empiricky ověřovaných a zkoumaných poznatků, týkajících se hypertenze a její souvislosti s hněvem, popřípadě agresí, pramení ze zahraničních zdrojů. Je tedy otázkou, nakolik by tyto výsledky odpovídaly i české populaci, která vychází ze zcela odlišného historického a kulturního prostředí. Většina českých badatelů pouze však odkazuje na výsledky zahraničních studií. I proto jsme se rozhodli učinit téma hypertenze, a způsoby zvládnutí hněvu v jeho širším kontextu předmětem výzkumu v této diplomové práci.

VÝZKUMNÁ ČÁST

5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍLE PRÁCE

Při studiu dostupné literatury (Holaj, 2014; Widimský et al., 2004; Kearney et al., 2005, Messerli, Williams, & Ritz, 2007) vytanulo na povrch, že právě hypertenze představuje pro dnešní dobu velice aktuální téma. Dle nejnovějších informací patří mezi vůbec nejčastější příčinu úmrtí a častou příčinu celoživotního zdravotního postižení. V tomto kontextu připomínáme, že esenciální hypertenze tvoří až 95% všech případů hypertenze (Sovová et al., 2008).

Výzkumná pozornost byla, mimo typicky medicínsky uznávaným rizikovým a přitěžujícím faktorům (kouření, obezita, apod.), věnována i kontextu širšímu, tedy psychosomatickému. Zatímco v zahraničí vznikla a stále vzniká celá řada studií zaměřených na toto téma, u nás jich existuje jen poskrovnu a majorita tuzemských odborníků se ve svých pracích odkazuje na výsledky cizojazyčných studií. Existuje tedy určité riziko, že zahraniční výsledky neodpovídají charakteristikám naší populace. Dalším aspektem těchto studií, který by se dal označit za problematický, je i to, že mezi jednotlivými výzkumy nepanuje velká shoda. Většina psychosomaticky orientovaných studií (viz. kapitola 4.3) se sice shoduje na tom, že faktory jako hněv, agrese, stres, úzkost nebo deprese mají signifikantní vliv na rozvoj hypertenze. Začínají se ale rozcházet ve chvíli, kdy se pokouší o konkrétnější popis těchto vlivů a jejich důsledků. V případě spojení hněvu a esenciální hypertenze se můžeme setkat s odlišnými výsledky, například co do forem hněvu (zaměřený dovnitř nebo ven, či snaha o kontrolu) a z nich vyplývajících dopadů, nebo rozdílů mezi zvládnutím hněvu u mužů a žen apod.

Studium souvislostí mezi preferovanými copingovými strategiemi a psychosomatickými obtížemi není žádnou novinkou, jak je ostatně patrné i z výzkumů, uvedených v kapitole 2.2. Nahlížíme-li na hněv a agresi jako na možné reakce na zátěžové (stresující) nebo frustrující situace (viz. kapitola 4.1), téma copingových strategií se zdá být namístě. Nasnadě je otázka, zda může volba určitých copingových strategií souviset s mírou prožívaného hněvu, popřípadě agrese.

V této práci jsme se tedy rozhodli zaměřit na oblast hněvu v širším kontextu agrese a copingových strategií u pacientů s esenciální hypertenzí, abychom zjistili, zda se v těchto otázkách nějak liší od kontrolní skupiny zdravých osob. Jako **výzkumnou otázku** jsme si tedy stanovili následující:

Jak se liší v expresi hněvu a jeho souvislostech pacienti s esenciální hypertenzí od kontrolní skupiny?

Pro zkoumání výše zmíněných oblastí hněvu, agrese a copingových strategií jsme se rozhodli využít dvou dotazníků a dvou projektivních metod. K mapování copingových strategií nám sloužil dotazník Strategie zvládání stresu (SVF 78). Tento nástroj byl vybrán především pro, v našem případě, vcelku účelné rozdělení strategií zvládání stresu na ty pozitivní (stres redukující) a negativní (stres zvyšující). Další použitou metodou v našem výzkumu byl Spielbergerův Inventář hněvu jako stavu a rysu a jejich výrazu (STAXI), který se soustředí na rozdíly ve vyjadřování hněvu (zaměření hněvu do okolí, dovnitř, nebo snaha o jeho kontrolu), a pro náš výzkum se tak ukázal být velice užitečným.

Jelikož se mnohé zahraniční výzkumy (viz. kapitola 4.3) přiklání k tomu, že potlačování hněvu má vliv na rozvoj hypertenze, rozhodli jsme se i my věnovat pozornost těmto skrytým tendencím. Jako vhodné se nám k tomu jevily právě projektivní metody pro jejich schopnost zachytit mnohdy neuvědomované nebo potlačované obsahy (Svoboda, 2010).

Jako nejvíce relevantní se nám v tomto případě jevil Rosenzweigův frustrační test (PFT), který, jak vyplývá ostatně i z jeho názvu, vychází přímo z teorie frustrace Saura Rosenzweiga. V tomto testu je sledován směr a typ agrese (viz kapitola 4.1). Koncept agrese je zde s projevy hněvu dokonce provázán, neboť například popis *extrapunitivního* směru agrese sestává z hněvivého až hostilního chování.

Jako doplněk pro kontrolu agresivních tendencí jsme zvolili ještě Hand test, konkrétně jeho položku AGG (agresivita). Stejně tak jsme se rozhodli věnovat pozornost položce TEN (tenzní odpovědi), která by mohla podhalit potlačování emocí všeobecně.

Za **výzkumný cíl** jsme si tedy stanovili prozkoumat, jak se liší zpracování hněvu a agrese, a stejně tak výběr copingových strategií u pacientů s esenciální hypertenzí ve srovnání s kontrolní skupinou. Využít jsme se k tomu rozhodli dva dotazníky (SVF 78, STAXI) a dvě projektivní metody (PFT, Hand test).

HYPOTÉZY

Vycházejíc z dostupné literatury a výzkumů, stejně jako cílů a metod této práce, jsme si ke sledování vymezili nejdůležitější oblasti. Zastupují je následující hypotézy.

Sledování pomocí metody **PFT**:

H1: Existuje statisticky významný rozdíl ve **směru agrese** (E, I, M) u pacientů s esenciální hypertenzí a kontrolní skupinou osob.

H2: Existuje statisticky významný rozdíl v **typu agrese** (O-D, E-D, N-P) u pacientů s esenciální hypertenzí a kontrolní skupinou osob.

Sledování pomocí metody **Hand test**:

H3: Existuje statisticky významný rozdíl v kategorii **AGG** (agresivita) mezi skupinou pacientů s esenciální hypertenzí a kontrolní skupinou.

H4: Pacienti s esenciální hypertenzí budou skórovat signifikantně výše v kategorii **TEN** (tenze) oproti kontrolní skupině.

Sledování pomocí metody **STAXI**:

H5: Existuje statisticky významný rozdíl v kategorii **výraz hněvu** (Anger expression, AX/EX) mezi skupinou pacientů s esenciální hypertenzí a kontrolní skupinou.

H6: Pacienti s esenciální hypertenzí budou skórovat signifikantně výše v kategorii **potlačování hněvu** (Anger-in, AX/In) oproti kontrolní skupině.

H7: Existuje statisticky významný rozdíl v kategorii **exprese hněvu navenek** (Anger-out, AX/Out) mezi skupinou pacientů s esenciální hypertenzí a kontrolní skupinou.

Sledování pomocí metody **SVF 78**:

H8: Pacienti s esenciální hypertenzí budou skórovat signifikantně výše v kategorii **negativní strategie zvládnání stresu** (NEG) oproti kontrolní skupině.

6 METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU

Jsme si vědomi faktu, že nemůžeme obsáhnout téma esenciální hypertenze v kontextu psychosomatické medicíny v celém jeho rozsahu a komplexnosti. Proto jsme se rozhodli postupovat ve stylu **kvantitativního výzkumu**, ve kterém se soustředíme pouze na určité proměnné a vztahy mezi nimi. Další důvodem pro tuto volbu je i to, že si neklademe za cíl tvorbu nových teorií nebo konceptů. Naopak při formulaci hypotéz vycházíme z již známých teoretických východisek a aktuálních výzkumů (viz. Teoretická část práce), které se snažíme ověřit (Punch, 2008). V této práci provádíme **diferenční studii**, kdy srovnáváme skupinu pacientů s esenciální hypertenzí s kontrolní skupinou. Do určité míry se v našem případě jedná i o **explorační studii**. Je tomu tak především proto, že takto zaměřený výzkum, pokud nám je známo, na našem území ještě proveden nebyl. Pro svůj výzkum jsme zvolili **neexperimentální metodu a plán** ve snaze mapovat proměnné, které se ve výzkumném vzorku vyskytují přirozeně. Manipulaci s proměnnými jsme tedy neprováděli (ibidem).

6.1 VÝZKUMNÝ SOUBOR

6.1.1 *Způsob a kritéria výběru*

K pacientům s esenciální hypertenzí jsme získali přístup skrze spolupráci s kardiologickým oddělením ve Fakultní nemocnici Olomouc a potom pěti ordinacemi – ordinace MUDr. Deákové, MUDr. Sedláčka a ordinace manželů Willantových ve Svitavách, ordinace MUDr. Veselíkové v Litomyšli a ordinace MUDr. Troubila v Olomouci. Jedinci do výzkumného souboru byli oslovováni na základě diagnózy esenciální hypertenze, která nám byla sdělena lékařem. Pacienty do výzkumného vzorku jsme tedy získávali **příležitostným výběrem** (Ferjenčík, 2010). Do výzkumu jsme potom na základě úvodního dotazování zařadili všechny pacienty s diagnózou esenciální hypertenze:

- u kterých nebyla přítomna žádná organická porucha
- u kterých nebyla aktuálně přítomna žádná psychiatrická diagnóza dle MKN-10

- kteří nebyli v minulosti trestáni za agresivní chování
- kteří nesplňovali kritéria pro diagnózu alkoholismu dle MKN-10

U jedinců oslovovaných do **kontrolní skupiny** probíhal výběr dle stejných kritérií s tím, že u těchto osob samozřejmě nesměla být přítomná diagnóza esenciální hypertenze nebo jiných kardiovaskulárních obtíží. Ideální metodou výběru do kontrolní skupiny by byla metoda párování. Byť jsme původně zamýšleli jít touto cestou, v praxi se nám to nepodařilo uskutečnit a kontrolní skupina byla sestavena metodou **příležitostného výběru**. Výběr jedinců do kontrolní skupiny probíhal ve snaze o větší věkové vyvážení vzorku rovněž z výše zmíněných ordinací.

6.1.2 Charakteristiky výběrového souboru

Do výzkumu jsme zařadili celkem 53 osob, přičemž klinická skupina sestávala z 29 účastníků a kontrolní skupina z 24 účastníků. Základní sociodemografické charakteristiky obou souborů pro snadnou přehlednost uvádíme v následující tabulce (Tab. 1).

Proměnné ve skupině	Klinická skupina (n=29)	Kontrolní skupina (n=24)	p-hodnota (Mann-Whitneyův U- test)
Pohlaví			
muži	11	11	/
ženy	18	13	/
Věk			
průměr	67,3 (+/- 5,8)	45,7 (+/- 16,3)	< 0,001*
Vzdělání			
ZŠ	11	0	
SŠ	17	14	
VŠ	1	10	

Tabulka č. 1: Sociodemografické charakteristiky obou skupin spolu s p-hodnotami významnosti rozdílu mezi skupinami vypočítaného pomocí Mann-Whitneyho U-testu. Hvězdička (*) u p-hodnoty znamená, že se daná skupina významně liší v parametru od druhé skupiny.

Rozdíl ve věku mezi skupinami je, jak odhalil Mann-Whitneyův U-test, signifikantní ($p < 0,001$), čímž narůstá riziko zkreslení našich výsledků v důsledku

působení této proměnné. Této skutečnosti jsme si vědomi a rozhodli jsme se proto zaměřit na korelaci věku s proměnnými ve skupinách i v rámci našeho statistického šetření. Také rozložení pohlaví ve skupinách je nestejněměrné. Položili jsme si tedy doplňující otázku, zda muži a ženy skórují ve škálách odlišně. Výsledky statistického ověření vlivu těchto proměnných (věk, pohlaví) podrobněji uvádíme v kapitole 7.5.

Mimo výše uvedených charakteristik jsme u obou skupin mapovali také délku trvání hypertenze, přítomnost diabetu a jiných dlouhodobých onemocnění, kouření, četnost užívání alkoholu nebo míru fyzické aktivity. Ptali jsme se i na to, zda někdy v minulosti navštívili psychologa/psychiatra a za jakým účelem.

Vyšetření u psychologa/psychiatra absolvovaly jen 3 osoby v klinické skupině a 5 osob v kontrolní skupině. Tato setkání proběhla ve většině případů z důvodu pracovního výběru. Pouze ve dvou případech se jednalo o vážnější problémy, které však již nebyly aktuální. Ve vzorku jsme se rovněž snažili eliminovat další komorbidní diagnózy, což se nám povedlo ve 41 případech. Jiné dlouhodobé onemocnění se vyskytovalo pouze u 6 osob z klinické skupiny a 6 osob z kontrolní skupiny. V klinické skupině se ve třech případech jednalo o revmatické onemocnění, v jednom případě o problémy s prostatou a v dalším případě o onkologickou diagnózu. V kontrolní skupině šlo konkrétně o hypofunkci štítné žlázy v jednom případě, onkologické onemocnění ve 2 případech a ve 3 případech o revmatické onemocnění.

6.2 POUŽITÉ METODY

Naše testová baterie sestávala ze dvou dotazníků, konkrétně dotazníku STAXI a SVF 78, a dvou projektivních metod - PFT a Hand test. V následujících řádcích se je proto pokusíme více přiblížit.

Rosenzweigův obrázkový frustrační test (PFT, Picture – Frustration Test)

Tato metoda byla sestavena již v roce 1945, a to samotným Saulem Rosenzweigem, který při její tvorbě vycházel ze své teorie frustrace (viz kapitola 4.1). Do češtiny byla

přeložena Diamantem a Srnecem v roce 1958 a nyní se aktualizaci a standardizaci této metody u nás věnuje D. Čáp (Čáp, 2010).

Konkrétně se jedná o verbálně-tematickou projektivní metodu, která je založena na vědomé či nevědomé identifikaci testovaného s frustrovanými osobami na obrázku. Do odpovědi se tak promítá vlastní nastavení a reaktivita testované osoby včetně latentních agresivních tendencí (Svoboda, 2010).

Agrese se pak může lišit ve svém **směru** nebo **typu**. Podrobně tyto kritéria sice popisujeme v kapitole 4.1. Pro snadnější návaznost je však uvádíme i zde, tak jak je popisuje Rosenzweig (1945).

Směr agrese:

- **Extrapunitivní reakce** (E, extrapunitiveness) – zaměření agrese do okolí na živé či neživé objekty (frustrující situace je zveličována, nese za ni odpovědnost někdo jiný, nebo je řešení očekáváno od jiné osoby)
- **Intrapunitivní reakce** (I, intropunitiveness) – zaměření agrese proti sobě samému (frustrující podnět je vnímán jako prospěšný, subjekt uznává vlastní vinu, nebo si přisuzuje zodpovědnost za řešení vzniklé situace)
- **Impunitivní reakce** (M, impunitiveness) – snaha vyhnout se agresi (frustrace je vnímána jako nepodstatná, není za ni nikdo viněn, ani se od nikoho neočekává, že ji vyřeší).

Typ agrese:

- **'Převládání překážky'** (O-D, obstacle – dominance) – důraz je v odpovědi kladen na frustrující překážku (situace je buď brána jako nesmírně závažná, interpretována jako následek vlastního pochybení, nebo jí je připsán jen minimální význam)
- **'Obrana Já'** (E-D, ego – defense) – v těchto odpovědích je v popředí ego subjektu (buď obviňuje někoho druhého, sebe sama, nebo je toho názoru, že vinu nelze připsat nikomu)
- **'Trvalost překážky'** (N – P, need – persistence) – zde směřuje odpověď k řešení frustrující situace (řešení je vyžadováno od druhé osoby, za řešení je brána vlastní zodpovědnost, nebo se situace přirozeně vyřeší sama)

Mimo těchto skóreů jsme ve svém výzkumu sledovali i tzv. Hodnocení shodnosti se skupinou (**GCR**, Group Conformity Rating), které značí, nakolik se odpovědi subjektu shodují s obvyklými odpověďmi.

Přestože se na standardizaci této metody u nás teprve pracuje, jedná se o test s dlouhou tradicí užívání (Čáp, 2010). Stančák (1982) uvádí celou řadu využití této metody ve výzkumu, mezi nimi právě i v oblasti psychosomatiky. Z tohoto hlediska se nám jevil jako vhodný nástroj i pro náš výzkum. Test PFT je navíc empirickým vyústěním Rosenzweigovi teorie frustrace, která je s agresí, a ostatně i hněvem, zcela propojena. Vybrali jsme jej především pro schopnost odhalovat latentní agresivní tendence subjektu (Svoboda, 2010) a své hypotézy stavíme na předpokladu, že mezi pacienty s esenciální hypertenzí a kontrolní skupinou budou existovat rozdíly v typu a směru hněvu.

Test ruky (Hand test)

Test ruky je v klinické praxi používán už přes čtyřicet let od doby, kdy ho poprvé publikoval E. E. Wagner. O jeho překlad a standardizaci na území tehdejšího Československa se postarali Fridrich a Nociar v roce 1991 (Fridrich & Nociar, 1991). V současné době je tato metoda považována především za nástroj zaměřený na predikci agresivního chování (Svoboda, 2010). Jak ale dodává Lečbych (2013) nebo například Svoboda (2010), tato metoda v sobě obsahuje mnohem širší možnosti využití. Test byl součástí opravdu širokého výzkumného spektra, týkajícího se například posuzování duševních nebo kognitivních poruch, mentální retardace, jevů spojených s traumatem, dopravní psychologie nebo právě psychosomatických souvislostí (Lečbych, 2013).

Mezi nepopíratelné výhody testu patří především jeho jednoduchost a rychlost administrace i vyhodnocení. Zároveň byl za svou dobu užívání prověřen mnoha studii. V rámci našeho výzkumu jsme si ale museli dát pozor i na limity této metody. Tam patří jeho snadná ovlivnitelnost současným psychickým stavem subjektu nebo možným záměrem testovaného vypadat před administrátorem 'lépe'. Hand test by měl být proto ideálně kombinován s dalšími metodami (Lečbych, 2013), jako tomu bylo ostatně i v našem případě.

Odpovědi jsou během vyhodnocení řazeny do čtyř nadřazených kategorií – INT (interpersonální), ENV (environmentální), MAL (maladjustivní) a WITH (odstup, stažení

se). Mimo toho se však sleduje například i počet odpovědí (R), skóre PATH (patologie) nebo AOR (poměr acting-out) – neboli poměr mezi sociálně pozitivními kooperativními postoji (AOR-L) a direktivními a agresivními odpověďmi (AOR-R). Ve své práci a hypotézách jsme se potom konkrétně zaměřili na položky AGG a TEN, které zde proto blíže představujeme (Fridrich & Nociar, 1991):

- **AGG** (agresivita) – takto označované odpovědi obsahují projevy agrese, hostility a mohou se vyznačovat i působením bolesti (např. „Úder do zubů.“, nebo „Mlátí zlé dítě.“)
- **TEN** (tenze) – v těchto odpovědích je přítomná určitá úzkost, tenze nebo pocit nepokoje; je vydáváno množství energie, které však nepřináší žádný užitek

Další skórovací kategorie Hand testu

Právě pro dlouholetou tradici užívání tohoto testu a jeho zaměření na odhalování skrytých akčních tendencí (Lečbych, 2013) se nám Hand test jevil jako vhodná součást naší testové baterie. Především pak položka AGG nám sloužila jako doplněk k testu PFT v otázkách kontroly agresivních tendencí. Na základě zahraničních výzkumů (např. Everson et al., 1998) předpokládáme, že se budou výsledky pacientů s esenciální hypertenzí v kategorii AGG lišit od výsledků kontrolní skupiny.

Položku TEN jsme sledovali kvůli zaměření na potlačování akčních tendencí (Lečbych, 2013). Dle našeho názoru by mohli zvýšené skóry v této položce poukazovat na potlačování emocí obecně a předpokládáme tedy, že v ní budou pacienti s esenciální hypertenzí skórovat výše.

Inventář hněvu jako stavu a rysu a jejich výrazu (STAXI, State-Trait Anger Expression Inventory)

Dotazník STAXI byl Spielbergerem publikován v roce 1988 a českého překladu se dočkal díky práci Stuchlíkové a Mana v roce 1994. Stejnými autory byla česká verze později ještě upravena a aplikována při výzkumu 216 studentů Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Tato verze se skládá částečně z položek amerického originálu a částečně z položek převzatých z německé verze testu (Stuchlíková & Man, 2003). Celkem je tvořena 44 položkami, které sledují (Spielberger, 1988):

- **Stav hněvu** (S-Anger, položky 1-10) – měří intenzitu hněvu v dané situaci
- **Rys hněvu** (T-Anger, položky 11-20) – měří individuální rozdíly, co do dispozice k prožívání hněvu a skládá se ze dvou subškál – **temperament** hněvu (T-Anger/T, vyjadřuje všeobecné nastavení k prožívání a otevřenému vyjadřování hněvu bez nutnosti větší provokace) a **reakci** hněvu (T-Anger/R, dispozice k prožívání hněvu jako reakce na kritiku nebo neférové zacházení)
- **Výraz hněvu** (AX/EX, položky 21-44) – vyjadřuje, jak často je hněv prožíván bez ohledu na směr vyjádření, přičemž v sobě kombinuje subškály potlačení hněvu (AX/In, Anger-in), exprese hněvu navenek (AX/Out, Anger-out) a kontrola hněvu (AX/Con, Anger Control)

Pro náš výzkum jsou pak především důležité položky:

- **Výraz hněvu** (AX/EX, anger expression)
- **Potlačování hněvu** (AX/In, Anger-in) – měří frekvenci, s jakou jsou pocity hněvu zadržovány uvnitř nebo potlačovány
- **Exprese hněvu navenek** (AX/Out, Anger-out) – měří, jak často vyjadřuje subjekt svůj hněv vůči osobám nebo objektům se svým okolím

Metoda STAXI je v oblasti výzkumu souvislostí mezi hypertenzí a zvládním hněvu používána již zcela standardně (viz. kapitola 4.3). I my jsme se tedy rozhodli pro využití STAXI pro účely našeho výzkumu s tím, že se zaměříme na položky Anger-In a Anger-Out, a souhrnou položku Anger expression, abychom získali možnost srovnat své výsledky s výsledky zahraničních studií.

Strategie zvládnání stresu (SVF 78, Stressverarbeitungsfragebogen)

Tento dotazník byl vytvořen Wilhelmem Jankem a Giselou Erdmannovou v roce 2002 a v české verzi byl vydán již rok na to ve Švancarově překladu (Janke & Erdmannová, 2003). Dotazník navazuje na Lazarusovo pojetí stresu, byť nesouhlasí s myšlenkou, že stres musí nutně souviset s negativními emocemi, a snaží se o zachycení copingových strategií subjektu (více viz. kapitola 2).

V tomto dotazníku jsou strategie zvládnání hněvu rozděleny na **pozitivní** (stres **snížující**) a **negativní** (stres **zvyšující**) a dva subtesty stojící mimo tyto kategorie – 'Potřeba sociální opory' a 'Vyhybání se' (snaha vyhnout se nebo předcházet zátěžové situaci). U těchto subškál záleží na jejich pozici vůči ostatním strategiím. Následuje přehled jednotlivých subtestů s uvedením příkladů. Méně srozumitelné subtesty v krátkosti vysvětlujeme (ibidem).

Mezi **pozitivní strategie** patří:

- Podhodnocení – tendence hodnotit vlastní reakce příznivěji ve srovnání s ostatními (*„Vyrovnam se s tím rychleji než ostatní.“*)
- Odmítání viny (*„Řeknu si, že za to nemohu.“*)
- Odklon – snaha o odvrácené zátěže, stejně jako snaha o navození stres redukujících psychických stavů (*„Dělám něco, co mě od toho odvádí.“*)
- Náhradní uspokojení (*„Udělám něco dobrého pro sebe.“*)
- Kontrola situace (*„Udělám vše, abych odstranil/a příčinu.“*)
- Kontrola reakce (*„Snažím se potlačit své vzrušení.“*)
- Pozitivní sebeintrukce (*„Řeknu si: Nesmíš to v žádném případě vzdát.“*)

Mezi **negativní strategie** patří:

- Úniková tendence (*„Přepadají mne myšlenky na útěk.“*)
- Perseverace (*„Zabývám se pak ještě dlouho touto situací.“*)
- Rezignace (*„Všechno se mně zdá tak beznadějně.“*)
- Sebeobviňování (*„Dělám si výčitky.“*)

Tento dotazník jsme zvolili právě pro jeho schopnost dělit strategie copingu na ty stres zvyšující a stres redukující. V našich úvahách se přikláníme k názoru, že u pacientů s esenciální hypertenzí budou převažovat právě ty negativní, tedy stres zvyšující strategie.

6.3 ZPŮSOB ADMINISTRACE

Administrace byla vždy prováděná autorkou, a to **individuálně**. Délka jednoho setkání se pohybovala v rozmezí 40-70 minut. U některých, většinou starších, probandů i déle. Setkání vždy probíhalo v následujícím pořadí, a to: 1) představení sebe a výzkumu,

informovaný souhlas; 2) úvodní interview, demografické údaje a doplňující otázky (5minut); 3) Hand test (10 - 15 minut); 4) SVF 78 (10-20 minut); 5) PFT (20 minut); 6) STAXI (10 minut); 7) poděkování a rozloučení, případně rozhovor na daná témata hněv, agrese a zvládání stresu.

Všichni účastníci výzkumu byli před začátkem dotazování informováni o **účelu a anonymitě** výzkumu s tím, že účast na něm je založena na zcela **dobrovolné** bázi a mohou tedy kdykoliv v průběhu skončit. Rovněž, pokud by se z jakéhokoliv důvodu po ukončení rozhodli, že si nepřejí, aby jejich data byla použita, bude toto rozhodnutí plně respektováno. Jako téma jsme jim sdělili poněkud obecnější název, a to 'zkoumání spojitosti mezi určitými osobnostními charakteristikami a diagnózou esenciální hypertenze'. Jednali jsme tak ve snaze snížit možné, byť i nevědomé, zkreslení výsledků ze strany probandů, které by mohlo nastat, kdyby věděli, že se zaměřujeme na témata jako hněv a agrese, která často ve vnímání lidí doprovází negativní konotace. Pokud se ale zajímali o konkrétnější zaměření dotazníků, po skončení administrace jsme vše konkrétně popsali a vytvořili prostor pro prodiskutování daných témat, čehož někteří probandi k naší radosti i využili.

S jejich **ústním souhlasem** a ujištěním, že již nemají žádné doplňující otázky, jsme zahájili úvodní rozhovor a poté i administraci jednotlivých testů ve výše uvedeném pořadí s tím, že se na nás mohou se svými dotazy obrátit kdykoliv během testování.

Metodu Hand test jsme si dovolili zařadit hned na začátek testovací baterie vzhledem k její jednoduchosti a poměrně krátké administraci. S vědomím toho, že je tato metoda velmi citlivá na psychický stav, ve kterém se zkoumaná osoba aktuálně nachází (Lečbych, 2013), jsme se snažili o co nejdůkladnější snížení úzkosti z testování (například ujištěním o tom, že se nejedná o výkonovou situaci a nejsou zde 'špatné' ani 'správné' odpovědi, apod.).

Metody SVF 78 a PFT se během pilotní studie ukázaly být nejnáročnější, co do délky a požadavků na udržení pozornosti. Proto jsme se je rozhodli zařadit doprostřed naší testovací baterie, kde byli uchazeči ještě pozorní a motivovaní.

Metodu STAXI jsme zařadili na konec testové baterie, neboť svými formulacemi nejvíce odhalovala oblast našeho výzkumného zájmu. Během pilotní studie se navíc ukázala jako nejméně náročná a bylo tedy pravděpodobné, že si udrží svou výpovědní

hodnotu i přes kognitivní únavu účastníků, která se ke konci testování pochopitelně dostavovala.

Po skončení administrace jsme účastníkům poděkovali, pokud měli zájem, sdělili jsme jim konkrétní oblast našeho výzkumu, popřípadě i zmínili výsledky dosavadních studií na toto téma apod. Někteří vyjádřili zájem o zaslání výsledků, s čímž jsme samozřejmě souhlasili.

6.4 STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZA DAT

V rámci statistického zpracování dat jsme použili metody deskriptivní i induktivní statistiky. Vzhledem k tomu, že získaná data neodpovídala normální distribuci, jsme pro účely testování výzkumných hypotéz použili **Mann-Whitneyův U-test**, který je neparametrickou obměnou Studentova t-testu. Při podrobnějším zkoumání dat jsme ještě použili **Spearmanův koeficient pořadové korelace**. Pracovali jsme pouze s hrubými skóry testových výsledků. Veškerá data jsme zpracovali v prostředí statistického softwaru STATISTICA, verze 12 (StatSoft Inc., 2014).

6.5 ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU

V otázkách etiky jsme se řídili platnými etickými normami APA (2010). Na začátku kontaktu byli probandi uvědomeni o **účelu** práce, zachování **anonymity** a naprosté **dobrovolnosti** jejich účasti s tím, že od ní mohou odstoupit kdykoliv během našeho testování. Stejně tak jsme přislíbili, že pokud si nebudou přát, abychom jejich data použili, tak se tak nestane. V administraci jsme potom pokračovali jedině na základě jejich ústního **informovaného souhlasu**. Téma našeho výzkumu jsme představili v poněkud obecnějším znění jako 'zkoumání spojitosti mezi určitými osobnostními charakteristikami a diagnózou esenciální hypertenze'. Konkrétní oblasti (hněv, agrese a zvládání zátěže) našeho zkoumání jsme však objasnili ihned po dokončení testové baterie a nabídli prostor k jejich prodiskutování.

Celkově jsme se snažili o navození příjemné, bezpečné a přijímající atmosféry. Troufáme si říct, že daný průběh administrace probíhal s plným respektem a ohledem k účastníkům a nebyl tak nijak škodlivý. V mnohých dokonce vzbudil zvědavost, a někteří

z nich projevili zájem o zaslání výsledků, což jsme jim přislíbili. Po skončení jsme, bohužel, nemohli probandy odměnit jinak než naším poděkováním a časem, který jsme nabídli k rozhovoru na daná témata, případně zasláním výsledků.

Anonymita byla dodržena během celého procesu výzkumu, kdy jsme pracovali jen a pouze s číselnými kódy probandů.

7 VÝSLEDKY

V této kapitole představujeme výsledky statistického testování v souladu s pořadím, v jakém jsme formulovali naše hypotézy.

7.1 VÝSLEDKY POROVNÁNÍ SKUPIN V TESTU PFT

V rámci statistického testování hypotéz H1 a H2 jsme se v testu PFT zaměřili na dimenze směr a typ agrese. Již z popisné statistiky je však patrné, že obě skupiny odpovídaly rovnoměrně a co do typu reakce, dosahovaly nejnižších hodnot u skóru O-D (obstacle – dominance = převládání překážky) a nejvyšších hodnot u skóru E-D (ego – defense = obrana 'já'). V dimenzi směru agrese zase skórovaly obě skupiny převážně extrapunitivně (agrese zaměřená do okolí). Více popisuje rozložení skóre mezi skupinami následující tabulka (Tab. 1) s uvedenými hodnotami průměru (\bar{x}), směrodatných odchylek (s), minimálních (Min) a maximálních (Max) hodnot.

	Klinická skupina (n=29)				Kontrolní skupina (n=24)			
	\bar{x}	Min	Max	s	\bar{x}	Min	Max	s
E	10,91	6,5	17	2,67	11,02	6	17	2,79
I	7,14	2	11,5	2,04	6,31	2,5	10,5	1,75
M	5,95	3	10	1,77	6,67	3	10	1,57
O-D	3,84	0,5	7	2,11	4,75	1	9	2,01
E-D	11,67	7	16	2,67	11,04	6	15	2,34
N-P	8,48	3	14,5	3,29	8,21	1	14,5	3,37
GCR	6,29	2,5	10,5	1,86	7,02	2	10	2,05

Tab. 1: Popis dosažených hodnot v testu PFT u klinické a kontrolní skupiny (\bar{x} =aritmetický průměr, Min=minimální hodnota, Max=maximální hodnota, s=směrodatná odchylka).

Rovněž statistické testování potvrdilo vyrovnané odpovědi mezi oběma skupinami. Jak přehledně shrnuje následující tabulka (Tab. 2), Mann-Whitneyův U-test neprokázal žádný signifikantní rozdíl ve směru agrese (E, I, M) ani typu agrese (O-D, E-D, N-P). Hypotézy **H1** a **H2** tedy zamítáme.

Proměnná	Součet pořadí		U	Z	p-hodnota (Mann-Whitneyův U- test)
	Klinická skupina (n=29)	Kontrolní skupina (n=24)			
E	770,0	661,0	335,0	-0,22	0,823
I	870,0	561,0	261,0	1,55	0,122
M	675,5	755,5	240,5	-1,91	0,056
O-D	709,5	721,5	274,5	-1,30	0,192
E-D	825,0	606,0	306,0	0,74	0,458
N-P	787,5	643,5	343,5	0,07	0,943
GCR	710,5	720,5	275,5	-1,29	0,198

Tab. 2: Statistické porovnání rozdílů hodnot kategorií v PFT u klinické a kontrolní skupiny.

7.2 VÝSLEDKY POROVNÁNÍ SKUPIN V HAND TESTU

Rovněž skóry probandů v Hand testu jsme nejdříve podrobili popisné statistice. Výsledky pro úplnost uvádíme v následující Tab. 3.

	Klinická skupina (n=29)				Kontrolní skupina (n=24)			
	\bar{x}	Min	Max	s	\bar{x}	Min	Max	s
R	11,07	8	24	2,78	12,96	9	27	4,29
INT	5,34	2	15	2,8	7,25	2	12	2,31
ENV	4,24	1	7	1,96	4,71	2	13	2,69
MAL	1,17	0	5	1,17	1,00	0	4	0,18
WITH	0,45	0	4	0,99	0,04	0	1	0,204
PATH	2,10	0	9	2,62	1,13	0	4	1,19
AOR-L	3,03	0	8	2,03	4,96	2	9	1,78
AOR-P	1,93	0	4	1,19	2,70	1	7	1,49
AGG	0,76	0	4	0,83	1,17	0	2	0,64
TEN	0,48	0	2	0,69	0,46	0	2	0,66

Tab. 3: Popis dosažených hodnot v Hand testu u klinické a kontrolní skupiny (\bar{x} =aritmetický průměr, Min=minimální hodnota, Max=maximální hodnota, s=směrodatná odchylka).

Ve statistickém šetření jsme se na základě stanovených hypotéz H3 a H4 soustředili především na skóry v položkách AGG (agresivita) a TEN (tenze) s tím, že jsme věnovali pozornost rozložení odpovědí i u ostatních skóru. Výsledky nejdříve uvádíme v Tab. 4.

Proměnná	Součet pořadí Klinická skupina (n=29)	Součet pořadí Kontrolní skupina (n=24)	U	Z	p-hodnota (Mann-Whitneyův U- test)
R	676,0	755,0	241,0	-1,90	0,057
INT	607,5	823,5	172,5	-3,13	0,002**
ENV	767,5	663,5	332,5	-0,27	0,788
MAL	822,0	609,0	309,0	0,69	0,491
WITH	854,0	577,0	277,0	1,26	0,208
PATH	843,0	588,0	288,0	1,06	0,288
AOR-L	595,0	836,0	160,0	-3,35	< 0,001***
AOR-P	711,5	719,5	276,5	-1,27	0,205
AGG	656,0	775,0	221,0	-2,26	0,024*
TEN	787,0	644,0	344,0	0,06	0,950

Tab. 4: Statistické porovnání rozdílů hodnot kategorií v Hand testu u klinické a kontrolní skupiny.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Ze statistických výsledků je patrný signifikantní rozdíl mezi skupinami v položce **AGG** ($p < 0,05$), na základě čehož můžeme přijmout hypotézu **H3**. V této kategorii dosahovala signifikantně vyšších skóru kontrolní skupina.

Totéž však nelze říct o položce TEN. Rozdíl mezi skupinami v tenzních odpovědích se neukázal jako signifikantní a hypotézu **H4** proto zamítáme.

Statistické šetření odhalilo nad rámec našich hypotéz signifikantní rozdíl mezi skupinami ve skóru **INT** (interpersonální odpovědi), a to na hladině významnosti 0,01. Osoby v kontrolní skupině skórovaly v položce INT signifikantně častěji než pacienti v klinické skupině. Mimo stanovených hypotéz poukázaly statistické výsledky i na to, že mezi skupinami existuje signifikantní rozdíl ve skóru **AOR-L** ($p < 0,001$), který v sobě obsahuje sociálně žádoucí proměnné jako AFF (náklonnost), DEP (závislost) a COM (komunikace). I u této položky to byla právě kontrolní skupina, která v ní skórovala

signifikantně častěji. Rozdíl mezi skupinami v počtu odpovědí (R) se sice neukázal jako signifikantní, nutno však podotknout, že se pohyboval v hraničním pásmu. Přičemž nižší počet odpovědí se objevoval častěji u pacientů s esenciální hypertenzí.

Shrnujeme, že kontrolní skupina v Hand testu dosahovala signifikantně vyšších skóreů jak v kategoriích AGG, tak i v kategoriích INT a AOR-L oproti klinické skupině pacientů s hypertenzí.

7.3 VÝSLEDKY POROVNÁNÍ SKUPIN V DOTAZNÍKU STAXI

Pomocí dotazníku STAXI jsme sledovali kategorie AX/EX (výraz hněvu), Anger-in (potlačování hněvu) a Anger-out (exprese hněvu navenek). Popisná statistika však poukázala na velice vyrovnané výsledky mezi skupinami ve všech položkách (viz Tab. 5).

	Klinická skupina (n=29)				Kontrolní skupina (n=24)			
	\bar{x}	Min	Max	s	\bar{x}	Min	Max	s
S-Anger	10,86	10	15	1,64	10,75	10	15	1,67
T-Anger	18,21	10	28	4,55	19,46	12	31	4,98
T-Anger/T	8,41	5	15	2,80	8,67	5	13	2,51
T-Anger/R	9,79	5	16	2,72	10,79	7	19	3,46
AX/In	16,28	8	27	5,30	15,75	8	24	4,39
AX/Out	11,79	8	20	3,98	12,46	8	18	3,49
AX/Con	23,21	13	32	5,30	23,08	16	31	4,03
AX/EX	20,24	2	47	10,67	21,54	7	41	8,67

Tab. 5: Popis dosažených hodnot v dotazníku STAXI u klinické a kontrolní skupiny (\bar{x} =aritmetický průměr, Min=minimální hodnota, Max=maximální hodnota, s=směrodatná odchylka).

Vyrovnanost odpovědí mezi skupinami následně potvrdily i statistické výpočty. Signifikantní rozdíl mezi skupinami nebyl prokázán ani u sledovaných položek AX/EX, Anger-in a Anger-out, ani u zbylých skóre dotazníku (viz. Tab. 6). V důsledku čehož hypotézy **H5**, **H6** a **H7** zamítáme.

Proměnná	Součet pořadí Klinická skupina (n=29)	Součet pořadí Kontrolní skupina (n=24)	U	Z	p-hodnota (Mann-Whitneyův U-test)
S-Anger	792,0	639,0	339,0	0,15	0,879
T-Anger	734,5	696,5	299,5	-0,86	0,391
T-Anger/T	755,5	675,5	320,5	-0,48	0,630
T-Anger/R	736,5	694,5	301,5	-0,82	0,411
AX/In	802,5	628,5	328,5	0,34	0,734
AX/Out	736,5	694,5	301,5	-0,82	0,411
AX/Con	792,5	638,5	338,5	0,16	0,872
AX/EX	749,0	682,0	314,0	-0,60	0,549

Tab. 6: Statistické porovnání rozdílů hodnot kategorií v dotazníku STAXI u klinické a kontrolní skupiny.

7.4 VÝSLEDKY POROVNÁNÍ SKUPIN V DOTAZNÍKU SVF 78

Dotazník SVF 78 obsahuje velké množství položek, přičemž my jsme se ve svém výzkumu zaměřili na skóry v kategorii NEG (negativní strategie zvládnání stresu). Pro lepší představu o celkovém rozložení odpovědí mezi skupinami zde však uvádíme výsledky popisné statistiky všech subtestů (viz. Tab. 7).

	Klinická skupina (n=29)				Kontrolní skupina (n=24)			
	\bar{x}	Min	Max	s	\bar{x}	Min	Max	s
POZ	14,96	6	22	3,39	13,88	9	18	2,38
NEG	11,28	2	17	3,75	11,79	6	17	3,05
Podhodnocení	12,79	3	22	4,43	9,71	1	21	4,66
Omítání viny	13,10	5	22	4,82	11,29	5	19	3,62
Odklon	15,66	7	24	4,30	14,04	8	19	2,99
Náhradní uspokojení	11,69	3	24	6,22	10,88	1	19	4,57
Kontrola situace	15,93	0	24	6,54	17,83	5	24	4,91
Kontrola reakcí	16,66	3	23	4,83	16,42	10	22	3,19
Pozitivní sebeinstrukce	18,38	4	24	4,47	16,46	10	24	3,83
Potřeba sociální opory	10,59	0	24	6,88	12,46	1	24	5,07
Vyhýbání se	16,55	2	24	6,09	15,29	4	24	4,65
Únikové tendence	9,86	0	18	4,47	9,42	0	18	4,19
Perseverace	12,34	0	24	6,33	14,63	1	24	6,11
Rezignace	8,06	0	15	4,28	8,13	2	17	3,97
Sebeobviňování	10,14	0	18	4,85	10	0	17	4,06

Tab. 7: Popis dosažených hodnot v dotazníku SVF 78 u klinické a kontrolní skupiny (\bar{x} =aritmetický průměr, Min=minimální hodnota, Max=maximální hodnota, s=směrodatná odchylka).

Statistické výsledky (viz. Tab. 8) nepotvrdily převahu negativních strategií zvládnání stresu u pacientů s esenciální hypertenzí nad kontrolní skupinou. Poslední z hypotéz, hypotézu **H8** tedy rovněž zamítáme. I tak, ale mezi skupinami existují signifikantní rozdíly, které prezentuje následující tabulka (Tab. 8).

Proměnná	Součet pořadí Klinická skupina (n=29)	Součet pořadí Kontrolní skupina (n=24)	U	Z	p-hodnota (Mann- Whitneyův U- test)
POZ	863,0	568,0	268,0	1,42	0,155
NEG	769,5	661,5	334,5	-0,23	0,816
Podhodnocení	914,0	517,0	217,0	2,33	0,020*
Omítání viny	843,5	587,5	287,5	1,07	0,284
Odklon	886,0	545,0	245,0	1,83	0,067
Náhradní uspokojení	792,0	639,0	339,0	0,15	0,879
Kontrola situace	731,5	699,5	296,5	-0,91	0,362
Kontrola reakcí	823,0	608,0	308,0	0,71	0,480
Pozitivní sebeinstrukce	900,5	530,5	230,5	2,09	0,037*
Potřeba sociální opory	741,0	690,0	306,0	-0,74154	0,458
Vyhýbání se	871,0	560,0	260,0	1,56350	0,118
Únikové tendence	809,0	622,0	322,0	0,45565	0,649
Perseverace	710,5	720,5	275,5	-1,28654	0,198
Rezignace	798,0	633,0	333,0	0,25909	0,796
Sebeobviňování	795,5	635,5	335,0	0,21442	0,830

Tab. 8: Statistické porovnání rozdílů hodnot kategorií v dotazníku SVF 78 u klinické a kontrolní skupiny.

* $p < 0,05$

Z výsledků Mann-Whitneyova U-testu je patrné, že mezi kontrolní a klinickou skupinou existuje signifikantní rozdíl v hodnotách subtestů **Podhodnocení** a **Pozitivní sebeinstrukce**. Přičemž oba subtesty se vyskytovaly signifikantně častěji u klinické skupiny pacientů s esenciální hypertenzí.

7.5 SKÓRY DANÉ POHLAVÍM A VĚKEM

V důsledku **nestejnoměrného rozložení pohlaví** ve skupinách jsme se rozhodli ověřit, zda muži a ženy skórují ve škálách výrazně odlišně. Ani u jedné ze zkoumaných skupin nebyl zjištěn signifikantní rozdíl na žádné ze škál Hand testu mezi pohlavími. Stejně tak tomu bylo u dotazníku STAXI.

V testu PFT však Mann-Whitneyův U-test odhalil signifikantní rozdíly mezi pohlavími u kontrolní skupiny, a to konkrétně ve skórech **N-P** (need-persistence = trvalost potřeby) a **GCR** (Group Conformity Rating = hodnocení shodnosti se skupinou). Skór N-P, který označuje typ reakcí zaměřených na řešení frustrujícího problému, byl signifikantně vyšší u mužů a skóry GCR zase signifikantně vyšší u žen.

Významný rozdíl mezi pohlavími ve skupinách byl prokázán (opět pomocí Mann-Whitneyova U-testu) i v testu SVF 78. Ve skupině pacientů s esenciální hypertenzí skórovaly muži signifikantně výše v subtestu 'Odklon'. V klinické skupině zase skórovaly ženy signifikantně výše v subtestu 'Náhradní uspokojení'.

Mezi skupinami také existuje **signifikantní rozdíl ve věku**, jak odhalil Mann-Whitneyův U-test ($p < 0,001$). Pomocí Spearmanova koeficientu pořadové korelace pro neparametrická data jsme tedy ověřili korelaci věku s proměnnými ve skupinách. S výjimkou dvou proměnných - kategorie **INT** v Hand testu a položky '**Odmítání viny**' v dotazníku SVF 78 – se neukázala korelace s věkem jako signifikantní. Nutno podotknout, že korelace s věkem u kategorie INT se neprokázala v obou skupinách, ale pouze ve skupině kontrolní ($R = -0,43$; $p < 0,05$). Počet interpersonálních odpovědí v kontrolní skupině dle těchto výsledků s rostoucím věkem klesá.

Spearmanův korelační koeficient poukázal i na korelaci věku v kategorii AOR-L u metody Hand test, a to dokonce v případě obou skupin. Při bližším prozkoumání se však ukázalo, že se v každé skupině jedná o zcela opačné tendence (klinická skupina $R = -0,5$ na hladině významnosti $< 0,05$ a kontrolní skupina $R = 0,034$ na hladině významnosti $< 0,05$). Na základě tohoto výsledku tedy uzavíráme, že kategorie AOR-L není zatížena věkem a její rozdíl mezi skupinami je signifikantní bez ohledu na věk.

Rovněž rozdíl v **počtu odpovědí (R)** v Hand testu se pohyboval na hraničním pásmu statistické významnosti a proto jsme jej podrobili testování na korelaci s věkem.

Spearmanův koeficient pořadové korelace pro neparametrická data ale korelaci s věkem nepotvrdil.

7.6 K PLATNOSTI HYPOTÉZ

Sledování pomocí metody **PFT**:

H1: Existuje statisticky významný rozdíl ve **směru agrese** (E, I, M) u pacientů s esenciální hypertenzí a kontrolní skupinou osob. → ZAMÍTÁME

H2: Existuje statisticky významný rozdíl v **typu agrese** (O-D, E-D, N-P) u pacientů s esenciální hypertenzí a kontrolní skupinou osob. → ZAMÍTÁME

Sledování pomocí metody **Hand test**:

H3: Existuje statisticky významný rozdíl v kategorii **AGG** (agresivita) mezi skupinou pacientů s esenciální hypertenzí a kontrolní skupinou. → PŘIJÍMÁME

H4: Pacienti s esenciální hypertenzí budou skórovat signifikantně výše v kategorii **TEN** (tenze) oproti kontrolní skupině. → ZAMÍTÁME

Sledování pomocí metody **STAXI**:

H5: Existuje statisticky významný rozdíl v kategorii **výraz hněvu** (Anger expression, AX/EX) mezi skupinou pacientů s esenciální hypertenzí a kontrolní skupinou. → ZAMÍTÁME

H6: Pacienti s esenciální hypertenzí budou skórovat signifikantně výše v kategorii **potlačování hněvu** (Anger-in, AX/In) oproti kontrolní skupině. → ZAMÍTÁME

H7: Existuje statisticky významný rozdíl v kategorii **exprese hněvu navenek** (Anger-out, AX/Out) mezi skupinou pacientů s esenciální hypertenzí a kontrolní skupinou. → ZAMÍTÁME

Sledování pomocí metody **SVF 78**:

H8: Pacienti s esenciální hypertenzí budou skórovat signifikantně výše v kategorii **negativní strategie zvládání stresu** (NEG) oproti kontrolní skupině. → ZAMÍTÁME

8 DISKUZE

Cílem této práce bylo prozkoumat, jak se liší pacienti s esenciální hypertenzí od kontrolní skupiny ve zvládnání hněvu, agrese a volbě copingových strategií. Za tímto účelem jsme si vytvořili metodologický rámec výzkumu a oslovili pacienty s diagnózou esenciální hypertenze do klinické skupiny a participanty do skupiny kontrolní. Na základě dostupné literatury a výsledků dosavadních výzkumů jsme si stanovili osm hypotéz, které jsme se rozhodli ověřit pomocí dvou dotazníků a dvou projektivních metod. Statistické výsledky však potvrdili jen jednu z hypotéz. Sedm ze stanovených hypotéz, v kontrastu oproti dosavadním trendům v závěrech zahraničních výzkumů, se statistickým šetřením nepotvrdilo a museli jsme je tedy zamítnout. Testy však poskytly řadu relevantních výsledků mimo rámec našich hypotéz. V následujících řádcích se budeme věnovat problematickým oblastem našeho výzkumu, interpretaci našich výsledků a jejich srovnání s postupy a výsledky zahraničních studií.

Domníváme se, že první kritickou oblastí našeho výzkumu byl právě **výběr účastníků** do kontrolní skupiny. Původně zamýšlenou variantou byla metoda párování, kterou se nám ale v praxi nepodařilo dodržet. Důvodem bylo, že jsme ve svém okolí nenašli dostatek osob, které by odpovídaly osobám z klinické skupiny ve vzdělání, pohlaví a především pak věku. Pravděpodobnost výskytu hypertenze totiž roste s věkem (Lloyd-Jones, Evans, & Levy, 2005), což se potvrdilo a odrazilo i na našem vzorku klinické skupiny sestávající především z osob ve věku nad 65 let. Ve snaze o získání starších účastníků jsme se tedy rozhodli pro metodu příležitostného výběru do kontrolní skupiny v ordinacích, přičemž hlavním kritériem pro výběr byla nepřítomnost diagnózy hypertenze, stejně jako nepřítomnost jiného kardiovaskulárního onemocnění. Jsme si vědomi toho, že tímto způsobem vznikl další prostor pro působení nežádoucích proměnných v podobě jiných onemocnění či zdravotních obtíží. Proto jsme se ve svém výběru pokusili mapovat a omezit výskyt jiných komorbidních diagnóz, což se nám, v rámci obou skupin, povedlo v 41 případech z 53. S vyšším věkem je ale celkově obtížnější najít jak pacienty s esenciální hypertenzí, u kterých by se zároveň nevyskytovaly jiné zdravotní obtíže, tak i účastníky do kontrolní skupiny, u kterých by se neobjevovala nějaká jiná onemocnění.

Účastníky jsme do klinické skupiny pacientů s esenciální hypertenzí oslovovali a radili na základě sdělení lékaře s tím, že jsme si tuto skutečnost ověřovali i u samotných

probandů v úvodním rozhovoru. Stejně tak jsme do kontrolní skupiny řadili probandy na základě jejich sdělení (případně sdělení lékaře) o zdravotním stavu a normativních hodnotách tlaku. Mohlo se však stát, že se do kontrolní skupiny dostaly i osoby, u kterých byla esenciální hypertenze přítomna, pouze nebyla zjištěna, nebo byly přítomné předpoklady pro její rozvoj, ale ještě se u dané osoby nestihly projevit. Tomuto potencialem zkreslení je možné zabránit dlouhodobým sledováním s pravidelným měřením tlaku, jako tomu bylo například v longitudinální studii Everson a kolegů (1998). Takový přístup ale prozatím nebyl ani v našich možnostech, ani v našich kompetencích.

Příležitostný výběr účastníků do kontrolní skupiny vedl k nestejně rozložené věku, vzdělání a pohlaví mezi skupinami. S faktory věku a pohlaví jsme se proto v rámci statistického šetření rozhodli dále pracovat, což nám přineslo řadu zajímavých výsledků. Pro zachování určité posloupnosti zde však nejdříve uvedeme výsledky vztahující se k našim hlavním hypotézám stejně jako relevantní výsledky, ke kterým jsme dospěli nad rámec našich hypotéz. Jejich propojení se skóry ovlivněných věkem a pohlavím přitom budou samozřejmě nedílnou součástí.

Ve svém výzkumu jsme stanovili osm hypotéz, přičemž jsme na základě statistického šetření přijali pouze jedinou, konkrétně hypotézu H3, která předpokládala statisticky významný rozdíl v kategorii **AGG** (agresivita) v Hand testu mezi skupinou pacientů s esenciální hypertenzí a kontrolní skupinou. Výsledky odhalily, že v této kategorii dosahovala signifikantně vyšších skóre kontrolní skupina ($p < 0,05$). Skóre AGG odpovědí se u pacientů s esenciální hypertenzí celkově pohybovalo v nižších hodnotách ($\bar{x} = 0,76$) než je tomu v případě norem standardizovaného vzorku pro muže ($\bar{x} = 1$) a ženy ($\bar{x} = 0,9$) uvedených Fridrichem a Nociarem (1991). Nižší skóre AGG u pacientů s esenciální hypertenzí by mohly v souladu s Alexandrovým pojetím indikovat právě potlačovaný hněv, který zůstává nevyjádřen - ať už z důvodu jeho případné sociální nepříjemnosti nebo z toho důvodu, že se tato emoce ani nedostane do vědomí a zůstává samotnému pacientovi skryta. K této domněnce přispívá i fakt, že se u pacientů s esenciální hypertenzí v Hand testu vyskytoval nižší počet odpovědí (rozdíl oproti kontrolní skupině se pohyboval na hranici významnosti), což by rovněž naznačovalo, že při odpovědích působil určitý mechanismus tlumení. Stejně tak ale k nižšímu počtu odpovědí mohl přispět i fakt, že u pacientů s hypertenzí převládala nižší úroveň dosaženého vzdělání než u kontrolní skupiny. Svou roli mohlo hrát i to, že pacienti s esenciální hypertenzí věděli, že jsou zkoumanou skupinou, což se mohlo odrazit na jejich celkové otevřenosti vůči testování.

Komplexnější náhled na kategorii AGG a její význam v našich výsledcích získáme, uvědomíme-li si, že odpovědi AGG spolu se sociálně kladnými odpověďmi v Hand testu značí schopnost zdravého a asertivního sebeprosazení (Lečbych, 2013). Míru sociálně pozitivních odpovědí v testu představuje právě kategorie **AOR-L**, která se u kontrolní skupiny rovněž vykytovala spolu s AGG skóry signifikantně častěji než u klinické skupiny a to dokonce na hladině významnosti $p < 0,001$. Nižší skóry AGG a AOR-L u pacientů s esenciální hypertenzí oproti kontrolní skupině by tak mohly nasvědčovat právě snížené schopnosti asertivního sebeprosazení, což dle Andersona a Lawlera (1995, in Harburg, et al., 2003) vede v důsledku resentimentu a opakovaného znovuprožívání hněvu spolu s jeho fyziologickým doprovodem ke zvyšování tlaku.

V rámci metody Hand test přineslo statistické šetření zajímavé výsledky i pro kategorii **INT** (interpersonální odpovědi). I v této položce totiž dosahovaly osoby v kontrolní skupině signifikantně vyšších hodnot ($p < 0,01$) než pacienti ve skupině klinické. Nutno podotknout, že interpersonální odpovědi INT vytváří nadřazenou kategorii pro řadu dalších kategorií – AFF (náklonnost), DEP (závislost), COM (komunikace) EXH (exhibice), DIR (řízení) a AGG (agresivita). Kategorie INT je tedy do určité míry tvořena jak skupinou odpovědí AGG, tak i skupinou AOR-L, která sestává z kategorií AFF, DEP a COM. Je tedy patrné, že oblast interpersonálních odpovědí představuje široké pole možných interpretací, přičemž v tuto chvíli nevíme, jaký vliv a význam má působení jednotlivých proměnných. V budoucnu bychom tedy tuto oblast rádi podrobili faktorové analýze.

V případě kategorie INT musíme navíc zhodnotit působení rozdílu věku, které bylo odhaleno pomocí Spearmanova koeficientu pořadové korelace pro neparametrická data. Korelace s věkem u kategorie INT se totiž prokázala pouze v kontrolní skupině ($R = -0,43$; $p < 0,05$), přičemž počet interpersonálních odpovědí, dle těchto výsledků, s rostoucím věkem klesá. Vzniká tedy otázka, jak je možné, že se taková odlišnost nevyskytla i v rámci klinické skupiny pacientů s esenciální hypertenzí. Osobně se domníváme, že vysvětlení tkví právě ve velkém věkovém rozptylu (22-70 let), který se vyskytuje v kontrolní skupině, ale nikoliv ve skupině klinické. Rozdíl v rozsáhlosti sociálních kontaktů je odlišný u osob kolem dvacátého a šedesátého roku života a zdá se nám tedy logické, že s vyšším věkem se těchto kontaktů vyskytuje méně, což se může odrazit i na nižším počtu interpersonálně orientovaných odpovědí.

Metoda Hand test nám poskytla zajímavé výsledky, a s nimi i nové podněty k dalšímu zkoumání. Mimo faktorové analýzy jednotlivých kategorií v interpersonálních odpovědích INT by mohla být přínosná i obsahová analýza jednotlivých agresivních odpovědí AGG se zaměřením na nuance ve vyjádřeních mezi skupinami. U pacientů s esenciální hypertenzí by mohla být formulace, spadající pod kategorii AGG například méně přímá, více maskovaná. Pro zachování rozumného rozsahu této práce si však tyto podněty necháváme pro plánovaný navazující výzkum k rigorózní práci. Výsledky Hand testu rovněž bereme především jako určité ukazatele, které bychom v budoucnu ještě rádi ověřily i jinými cestami. Je tomu tak především proto, že Hand test vnímáme jako orientační metodu a věříme, že jeho výsledky je třeba interpretovat s velkou opatrností. V našem případě o to více, že je nemůžeme doplnit například o výsledky testu PFT, ve kterém se sledované rozdíly mezi skupinami neukázaly být nijak signifikantní.

Jediné výsledky dosažené metodou PFT vycházely z rozdílů mezi pohlavími. Zjištěný signifikantní rozdíl mezi pohlavími se vyskytoval pouze v rámci kontrolní skupiny. Jednalo se konkrétně o významně vyšší skóry **N-P** (need-persistence = trvalost potřeby) u mužů a významně vyšší hodnoty **GCR** (Group Conformity Rating = hodnocení shodnosti se skupinou) u žen. Skór N-P v sobě zahrnuje reakce, které kladou důraz na řešení problému, ať už je řešení vyžadováno od druhé osoby, nebo je za řešení brána vlastní zodpovědnost či se očekává, že se situace přirozeně vyřeší sama. Byť metoda PFT není primárně zaměřena na otázku copingových strategií, takový výsledek vcelku zřetelně odpovídá závěrům studie s tímto zaměřením, kterou provedl Vingerhoets a Heck (1990). Z jejich výzkumu vyplývá, že muži nejčastěji používají strategie na řešení problému. Vysoké skóry konformity GCR obecně značí zvýšenou hladinu adaptace na sociální skupinu (Rosenzweig, 1945) a u žen v kontrolní skupině by tak mohly poukazovat na jejich převažující sociální a vztahovou orientaci.

Výsledky získané statistickým vyhodnocením dotazníku SVF 78 sice nepoukázaly na převahu negativních strategií u osob v klinické skupině, jak jsme předpokládali. Odhalily však, že pacienti s esenciální hypertenzí skórovali signifikantně výše v subtestu **Podhodnocení**. Tato strategie sestává z výroků jako: „Vyrovnam se s tím rychleji než ostatní.“, „Jsem rád(a), že nejsem tak přecitlivělý(-á) jako druzí.“, „Řeknu si, že druzí by to tak snadno nestrávili.“ apod. Daný subtest je řazen mezi pozitivní, tedy stres redukující strategie. Je však nasnadě pochybnost, zda může taková strategie přispívat ke snížení stresu i z dlouhodobého hlediska. Tento poněkud bagatelizující přístup možná přinese

krátkodobou úlevu v podobě odsunutí problému, ale pravděpodobně nepovede k jeho řešení. Působení problematických faktorů a emocí s nimi spojených tak přetrvává. Klademe si tedy otázku, nakolik je tento subtest sycen právě popřením problému, popřením vnímané slabosti a emocí vyvolaných zátěžovou situací.

Přidáme-li k výše uvedenému skutečnost, že pacienti s esenciální hypertenzí skórovaly signifikantně výše i v subtestu **Pozitivní sebeinstrukce** („Řeknu si, že to vydržím.“, Nesmíš to v žádném případě vzdát.“,...), získáváme opět poněkud komplexnější obraz. Subtest Pozitivní sebeinstrukce je stejně jako Podhodnocení řazen mezi pozitivní strategie. V určitém kontextu ale může skrze svou výkonovou povahu k prožívání stresu spíše přispívat. Právě výkonost je jednou ze základních charakteristik tzv. Osobnosti typu A (Šolcová, 2007). Ta je ale spojena i s otevřenou expresí hněvu až hostilitou, což se ve výsledcích jiných testů v našem výzkumu neprokázalo. V našich celkových výsledcích nacházíme naopak indikátory možného tlumení reakcí a jejich popření, což by odpovídalo spíše tzv. Osobnosti typu D (ibidem), která se uchyluje k potlačování emocí kvůli společenským vlivům, přičemž toto potlačení probíhá na vědomé úrovni (suprese). Osobnosti obou typů se vyznačují zvýšenou reaktivitou na stresující situace, což by bylo potřeba ověřit dalším testováním, jelikož jsme se této otázce ve svém výzkumu nevěnovali. Jistě to však představuje zajímavou oblast pro budoucí zkoumání.

Dotazník STAXI nám jako jediný nepřinesl žádné výsledky, přestože je v oblasti zkoumání vztahu mezi hněvem a psychosomatickými obtížemi často používanou metodou (Hosseini et al., 2011; Ewart & Kolodner, 1994; Everson et al., 1998). Klademe si tedy otázku, zda právě v případě této metody nemohlo dojít ke zkreslení výsledků v důsledku vědomého či nevědomého popření hněvu. Tato metoda totiž, dle našeho názoru, oproti ostatním použitým metodám nejvíce odhaluje své zaměření na zpracování hněvu, které se dá snadno vyčíst z jednotlivých položek. Z našich prozatímních výsledků se zdá, že důkazy o působení mechanismů popření lze najít spíše nepřímou cestou.

Zjištění týkající se převládajících copingových strategií, stejně jako souvislost s nižší schopností asertivního sebeprosazení pacientů s esenciální hypertenzí oproti osobám z kontrolní skupiny přináší řadu podnětů pro praktické využití v rámci klinické či terapeutické praxe. Je však nutné podotknout, že výsledky našeho zkoumání nelze vzhledem k malému vzorku probandů zcela zobecnit. Je tedy potřeba pojímat dané výsledky spíše jako určité ukazatele na cestě k dalšímu podrobnějšímu bádání.

9 ZÁVĚRY

Dle výsledků získaných z metod PFT a STAXI konstatujeme, že nebyl nalezen signifikantní rozdíl mezi skupinami, co do směru agrese, typu agrese, ani prožívání hněvu či způsobu jeho vyjádření (potlačení hněvu nebo jeho exprese zaměřená do okolí). Indikátory potlačování agresivity byly ale nalezeny v Hand testu, v rámci kterého byl prokázán signifikantní rozdíl mezi klinickou a kontrolní skupinou v kategorii AGG (agresivita), přičemž pacienti s esenciální hypertenzí dosahovaly nižších skóre. Spojení signifikantně nižších hodnot v kategorii AGG spolu se signifikantně nižšími skóry v kategorii AOR-L (sociálně žádoucí proměnné) u pacientů s esenciální hypertenzí nasvědčuje oproti osobám z kontrolní skupiny na sníženou schopnost asertivního sebeprosazení. Pro potlačování emocí obecně u pacientů s esenciální hypertenzí nasvědčují signifikantně vyšší hodnoty v subtestu 'Podhodnocení' v dotazníku SVF 78. Na výkonové zaměření u osob z klinické skupiny zase poukazuje subtest 'Pozitivní sebeintrukce', ve kterém skórovaly signifikantně výše.

Dané výsledky však nelze vzhledem k malému rozsahu výzkumného souboru jednoznačně zobecnit. Pro jejich ověření by bylo potřeba rozšířit kontrolní soubor o další účastníky, a to nejlépe metodou párování, aby se tak omezilo působení proměnných, jakými jsou věk, vzdělání a pohlaví. V zájmu prohloubení problematiky a odhalení dalších souvislostí by se měl budoucí výzkum zaměřit především na obsahový rozbor odpovědí v kategorii AGG (agresivita), stejně jako doplnit výsledky o faktorovou analýzu jednotlivých kategorií spadajících pod skupinu INT (interpersonální odpovědi) v Hand testu.

SOUHRN

Tato práce vznikla za účelem bližšího prozkoumání hněvu a s ním, dle našeho názoru, úzce propojených témat jakými jsou agrese a strategie zvládnání stresu u pacientů s esenciální hypertenzí. Rámcem tohoto zaměření pro nás byla oblast psychosomatické medicíny, která nahlíží na člověka v jeho celistvosti a jedinečnosti.

Právě psychosomatické medicíně věnujeme celou první kapitolu teoretické části této práce, ve které jsme si stanovili za cíl přiblížit, co pojem psychosomatická medicína představuje, jak bylo označení psychosomatické onemocnění vnímáno dříve a jak je vnímáno dnes, vývoj oblasti psychosomatiky a s tím spojených koncepcí. Právě psychosomatickým koncepcím zde věnujeme zvláštní pozornost, neboť představují samotné teoretické jádro problematiky a opakovaně se k nim odkazujeme v celém průběhu naší práce. Kapitulu poté uzavíráme informacemi o aktuálním stavu psychosomatické medicíny v České republice, kterou uvádíme pro úplnost dané tematiky.

Témata 'copingu' a především copingových strategií jsou rovněž součástí našeho výzkumného zájmu, a proto jim alespoň v krátkosti věnujeme druhou kapitolu. Zde pojem 'coping' definujeme, uvádíme různé typy copingových strategií a v závěru zmiňujeme výsledky výzkumů zaměřených na vztah mezi převládajícími copingovými strategiemi a výskytem psychosomatických obtíží. Náplní třetí kapitoly je samotné téma hypertenze, které pojímáme nejdříve z medicínského a poté z psychologického hlediska. Stejně dělení (na medicínský a psychologický náhled) dodržujeme i při popisu rizikových faktorů, možností prevence a léčby s tím, že se poté pokoušíme o propojení těchto dvou pohledů. Nakonec se pro zajímavost věnujeme problematice hypertenze bílého pláště a problematice tzv. návratu k průměru, které se v praxi často vyskytují.

Obsahem čtvrté kapitoly je potom hněv v souvislosti s příbuznými pojmy, jakými jsou agrese, agresivita a hostilita. Pozornost je zprvu věnována definici a popisu daných termínů s tím, že se následně pokoušíme o nastínění vzájemných vztahů a spojitostí mezi nimi. Dále se blíže věnujeme tomu, jak hněv a agrese vznikají a činíme tak skrze propojení s relevantními teoriemi. Neopomíjíme ani fyziologický doprovod hněvu. V závěru uvádíme přehled dosavadních výzkumů na téma hněvu, agrese a psychosomatických obtíží, čímž vytváříme pomyslný můstek mezi částí teoretickou a praktickou.

Ve výzkumné části nejdříve seznamujeme čtenáře s výzkumným problémem - osvětlujeme jeho aktuálnost a význam, shrnujeme aktuální stav poznání dané problematiky na poli vědy. Jako hlavní výzkumný cíl si stanovujeme prozkoumat, jak se liší zpracování hněvu a agrese, a stejně tak výběr copingových strategií u pacientů s esenciální hypertenzí ve srovnání s kontrolní skupinou. Následně představujeme osm hypotéz, které jsme sestavili na základě dosavadních teoretických a výzkumných poznatků.

Metodologický rámec výzkumu pak tvoří další velkou kapitolu, ve které vysvětlujeme důvody volby kvantitativního výzkumu pro naši práci, přičemž v našem případě se jedná o diferenční a z části i explorační studii s neexperimentálním designem. Dále uvádíme detaily týkající se způsobu a kritérií výběru vzorku, jeho charakteristiky a uvádíme s tím spojené komplikace. Do výzkumu jsme zařadili celkem 53 osob, které jsme oslovili v šesti různých zdravotnických zařízeních. Z toho spadalo 29 pacientů s esenciální hypertenzí do skupiny klinické a 24 probandů do skupiny kontrolní. Účastníky do obou skupin jsme získaly příležitostným výběrem, čímž jsme byli nuceni zohlednit nestejně rozložení věku, pohlaví a vzdělání mezi skupinami.

Poté blíže představujeme a popisujeme dva dotazníky (STAXI, SVF 78) a dvě projektivní metody (PFT a Hand test), které jsme se pro svůj výzkum rozhodli použít. K užití projektivních metod jsme se rozhodli především pro jejich schopnost odhalovat skryté či latentní tendence (Svoboda, 2010). Dotazník STAXI jsme potom do testové baterie zařadili proto, že se v zahraničních studiích, zaměřených na souvislost mezi hněvem a rozvojem hypertenze, používá poměrně často (Hosseini et al., 2011; Ewart & Kolodner, 1994; Everson et al., 1998). Dotazník SVF 78 jsme zase zvolili pro jeho schopnost dělit strategie copingu na ty stres zvyšující a stres redukující, což bylo rovněž oblastí zájmu našeho zkoumání.

Rovněž popisujeme způsob administrace, který jsme používali v rámci každého testování a uvádíme, jakým způsobem jsme následně získaná data zpracovali a analyzovali. Samotná administrace (40-70 minut) byla vždy prováděna individuálně, a to v přesně sledovaném pořadí metod. K následnému zpracování dat bylo užito jak statistiky deskriptivní, tak i statistiky induktivní. Vzhledem k tomu, že získaná data neodpovídala normální distribuci, jsme k testování hypotéz použili neparametrickou metodu, tedy Mann-Whitneyův U-test. Pro účely podrobnějšího prozkoumání dat jsme využili i Spearmanova

koeficientu pořadové korelace. Na posledním místě v kapitole, nikoliv však významem, zmiňujeme i téma etických aspektů našeho výzkumu.

Výsledkům našeho výzkumu je věnována další samostatná kapitola. Zde uvádíme základní výsledky popisné statistiky a výsledky statistiky induktivní, na jejímž podkladě zamítáme sedm z osmi stanovených hypotéz. Mezi skupinami nebyl nalezen signifikantní rozdíl ve směru agrese, typu agrese, ani prožívání hněvu či způsobu jeho vyjádření (hněv zaměřený dovnitř nebo vně) pomocí metod PFT a STAXI. Statistická analýza však odhalila, že osoby z kontrolní skupiny dosahovaly signifikantně vyšších skóre v rámci metody Hand test v těchto kategoriích: AGG (agresivita), INT (interpersonální odpovědi) a AOR-L (sociálně žádoucí proměnné). Statistické zpracování poukázalo rovněž na signifikantní rozdíl mezi skupinami v subtestech 'Podhodnocení' a 'Pozitivní sebeintrukce' v dotazníku SVF 78, přičemž v obou subtestech skórovaly výše pacienti s esenciální hypertenzí. Mimo jiné v této kapitole uvádíme i skóre ovlivněné pohlavím a věkem.

V rámci diskuze zasazujeme výsledky do širšího kontextu dosavadních teoretických a výzkumných poznatků, přičemž dodáváme vlastní interpretace o vzájemných vztazích významu daných výsledků. Neopomíjíme přitom ani oblast možných nedostatků v provedení našeho výzkumu, který se týká především výběru našeho výzkumného vzorku. Stejně tak nastiňujeme možnosti dalšího zkoumání, které vnímáme především v rozšíření vzorku v kontrolní skupině, získaného metodou párování, v obsahové analýze odpovědí, spadajících pod kategorii AGG (agresivita), stejně jako faktorové analýze jednotlivých kategorií spadající pod INT (interpersonální odpovědi) v Hand testu.

Z hlediska cíle naší práce uzavíráme, že mezi pacienty s esenciální hypertenzí a osobami v kontrolní skupině existují určité rozdíly ve vyjadřování agresivity, na které poukazují především výsledky Hand testu, a rozdíly v převažujících copingových strategiích. Signifikantní rozdíl mezi skupinami, co do směru agrese, typu agrese, ani prožívání hněvu či způsobu jeho vyjádření však prokázán nebyl. Varujeme však před zobecněním daných výsledků z důvodu malého rozsahu našeho výzkumného vzorku a nestejněměrného rozložení věku, vzdělání a pohlaví mezi skupinami. I přesto ale představují zjištěná data zajímavé podněty pro praktické využití v klinické či terapeutické praxi a ukazují cestu pro další výzkum. Především pak odhalují další možnosti analýzy odpovědí získaných pomocí metody Hand test.

LITERATURA

- Averill, J. R. (1983). Studies on anger and aggression: Implications for theories of emotion. *American psychologist*, 38(11), 1145. Získáno 1. listopadu 2014 z [http://dtserv2.compsy.uni-jena.de/__C1257A94004D98B0.nsf/0/B838BDFABA962FB6C1257A9A002F6622/\\$FILE/Averill_1983_StudiesOnAngerAggression.pdf](http://dtserv2.compsy.uni-jena.de/__C1257A94004D98B0.nsf/0/B838BDFABA962FB6C1257A9A002F6622/$FILE/Averill_1983_StudiesOnAngerAggression.pdf)
- APA (2010). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. Washington DC: American Psychological Association. Získáno 13. listopadu 2014 z <http://www.apa.org/ethics/code/principles.pdf>
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New York: General Learning Press. Získáno 1. října 2014 z http://www.esludwig.com/uploads/2/6/1/0/26105457/bandura_sociallearningtheory.pdf
- Baštecká, B., Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: portál.
- Baštecký, J., Šavlík, J., & Šimek, J. (1993). *Psychosomatická medicína*. Praha: Avicenum.
- Blatný M., Kohoutek, T., & Bréda, M. (2003). *Zdravotní stesky, copingové strategie a kognitivně-emoční typologie osobnosti: Analýza vzájemných souvislostí*. In Svoboda, M., Humpolíček, P. & Humpolíčková, J. (Eds.), *Sociální procesy a osobnost* (147-156). Brno: Psychologický ústav FF MU v Brně.
- Bouček, J., et al. (2006). *Lékařská psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Buchtová, B. et al. (2001). *Člověk - psychosomatická bytost*. Brno: Masarykova univerzita Ekonomicko - správní fakulta.
- Čáp, D. (2010). *Rosenzweigův obrázkový frustrační test. PFT (C-W). Příručka*. (Rigorózní práce). Univerzita Karlova v Praze.
- Čermák, I. (1998). *Lidská agrese a její souvislosti*. Žďár nad Sázavou: Fakta.

- Danzer, G. (2001). *Psychosomatika. Celostný pohled na zdraví těla i duše*. Praha: Portál.
- Dise-Lewis, J. E. (1988). The life events and coping inventory: an assessment of stress in children. *Psychosomatic Medicine*, 50(5), 484-499. Získáno 15. března 2012 z <http://www.psychosomaticmedicine.org/content/50/5/484.full.pdf+html>
- Doris, P. A. (2011). The Genetics of Blood Pressure and Hypertension: The Role of Rare Variation. *Cardiovascular Therapeutics*, 29(1), 37-45. doi:10.1111/j.1755-5922.2010.00246.x
- Doyle, A. E. (1983). Response to placebo treatment in hypertension. *Hypertension*, 5 (5 Pt 2), III3. Získáno 5. října 2014 z http://hyper.ahajournals.org/content/5/5_Pt_2/III3.full.pdf
- Dubbert, P. M. (1995). Behavioral (life-style) modification in the prevention and treatment of hypertension. *Clinical Psychology Review*, 15(3), 187-216. Získáno 5. října 2014 z <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=2&sid=438e472b-af0f-4f63-bd3d-ab8abeb87111%40sessionmgr4002&hid=4206&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=psyh&AN=1995-44940-001>
- Ellervik, C., Tarnow, L., & Pedersen, E. (2009). Genetics and hypertension. *Ugeskrift For Laeger*, 171(24), 2012-2015. Získáno 13. října 2014 z <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=91b9e33a-9222-406f-861d-e1c71190ea3d%40sessionmgr4001&vid=0&hid=4201&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mdc&AN=19523364>
- Evans, B., Marks, D. F., Murray, M., & Willing, C. (2000). *Health psychology*. London: Sage publications.
- Everson, S. A., Goldberg, D. E., Kaplan, G. A., Julkunen, J., & Salonen, J. T. (1998). Anger expression and incident hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 60(6), 730-735. Získáno 5. října 2014 z http://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Abstract/1998/11000/Anger_Expression_and_Incident_Hypertension.14.aspx

- Ewart, C. K., & Kolodner, K. B. (1994). Negative affect, gender, and expressive style predict elevated ambulatory blood pressure in adolescents. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(3), 596. Získáno 5. října 2014 <http://psycnet.apa.org/journals/psp/66/3/596/>
- Faleide, A. O., Lian, L. B., & Faleide, E. K. (2010). *Vliv psychiky na zdraví*. Praha: Grada Publishing.
- Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.
- Filipovský, J. (2014). *Hypertenze bílého pláště: léčit či neléčit?* In Widimský et al. (Eds.), *Arteriální hypertenze – současné klinické trendy XII* (125-131). Praha/Kroměříž: Triton.
- Freud (1998). *Nespokojenost v kultuře*. Praha: Hynek.
- Fromm, E. (2007). *Anatomie lidské destruktivity*. Praha: Aurora.
- Harburg, E., Julius, M., Kaciroti, N., Gleiberman, L., & Schork, A. M. (2003). Expressive/Suppressive Anger-Coping Responses, Gender, and Types of Mortality: a 17-Year Follow-Up (Tecumseh, Michigan, 1971-1988). *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 588-597. Získáno 10. října 2014 z http://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Abstract/2003/07000/Expressive_Suppressive_Anger_Coping_Responses,.17.aspx
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2004). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hašto, J. (2004). K psychogenéze a psychodynamice psychosomatických porúch. *Psychosom*, 2(3), 108-120.
- Helmers, K. F., Baker, B., O'Kelly, B., & Tobe, S. (2000). Anger expression, gender, and ambulatory blood pressure in mild, unmedicated adults with hypertension. *Annals of Behavioral Medicine*, 22(1), 60-64. Získáno 5. října 2014 http://download.springer.com/static/pdf/349/art%253A10.1007%252FBF02895168.pdf?auth66=1416159602_57674c0b34cec6cec6f2b87535a6a032&ext=.pdf

- Holaj, R. (2014). *Fyzická aktivita a riziko hypertenze*. In Widimský et al. (Eds.), *Arteriální hypertenze – současné klinické trendy XII* (117-124). Praha/Kroměříž: Triton.
- Honzák, R. (1985). *Psychické změny a poruchy při interních chorobách*. Praha: Avicenum.
- Honzák R., Chvála V. (2014). Psychosomatická medicína. *Psychosom* 2014; 12 (2). s. 97-107. Získáno 28. září 2014 z http://www.psychosom.cz/?page_id=3263
- Hosseini, S. H., Mokhberi, V., Mohammadpour, R. A., Mehrabianfard, M., & Lashak, N. B. (2011). Anger expression and suppression among patients with essential hypertension. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 15(3), 214-218. Získáno 16. září 2014 z <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=a54d6753-4eb7-4c7b-ae8d-fd2beb766f6c%40sessionmgr4002&hid=4209>
- Chvála, V. (2014a). *Byla založena odborná společnost psychosomatické medicíny ČLS JEP*. Získáno 25. září 2014 z *Psychosom*: http://www.psychosom.cz/?page_id=3295
- Chvála, V. (2014b). *Jak je hrazená*. Získáno 25. září 2014 z Společnost psychosomatické medicíny ČLS: http://www.psychosomatika-cls.cz/?page_id=548
- Chvála, V. (2014c). *Identita psychosomatické medicíny*. Získáno 28. září 2014 z 15. psychosomatická konference: <http://konference.psychosomatika.cz/>
- Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny v Liberci, o.p.s. (4. července 2014). *Seznam zdravotnických pracovišť, která se věnují psychosomatice*. Získáno 10. listopadu 2014 z Lirtaps, o.p.s.: http://www.lirtaps.cz/seznam_mapa.htm
- Janke, W., Erdmannová, G. (2003). *Strategie zvládnání stresu – SVF 78. Příručka*. Praha: Testcentrum.
- Jenő, R. (1982). *Strach, hněv a agresivita*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladatel'stvo.
- Jobánková, M. a kol. (2002). *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně.

- Kearney, P. M., Whelton, M., Reynolds, K., Muntner, P., Whelton, P. K., & He, J. (2005). Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *The Lancet*, 365(9455), 217-223. Získáno 20. září 2014 z <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=5a720aad-0d0f-4d86-a38e-ee727d449129%40sessionmgr113&vid=0&hid=107>
- Kebza, V. (2008). *Vulnerabilita, resilience a zdraví*. In Dosedlová, J., Slováčková, Z. (Eds.), *Předpoklady zdraví a životní spokojenosti* (7-32). Brno: MSD.
- Kennedy-Moore, E., & Watson, J. C. (2001). How and when does emotional expression help?. *Review of General Psychology*, 5(3), 187. DOI: 10.1037//1089-2680.5.3.187
- Kopper, B. A. (1993). Role of gender, sex role identity, and Type A behavior in anger expression and mental health functioning. *Journal of Counseling Psychology*, 40(2), 232. Získáno 2. září 2014 z <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=a54d6753-4eb7-4c7b-ae8d-fd2beb766f6c%40sessionmgr4002&hid=4209>
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál
- Křivohlavý, J. (2004). *Jak přežít vztek, zlost a agresi*. Praha: Grada.
- Lečbych, M. (2013). *Wagnerův Hand test: aplikace ve výzkumu a praxi*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Lloyd-Jones, D. M., Evans, J. C., & Levy, D. (2005). Hypertension in adults across the age spectrum: current outcomes and control in the community. *Jama*, 294(4), 466-472. Získáno 3. října 2014 z <http://pmmp.cnki.net/Resources/CDDPdf/evd%5C200801%5CJAMA%5C%E9%98%9F%E5%88%97%E7%A0%94%E7%A9%B6%5Cjama200529407466.pdf>
- Lorenz, K. (2003). *Takzvané zlo*. Praha: Academia.
- Mancia, G., Bombelli, M., Brambilla, G., Facchetti, R., Sega, R., Toso, E., & Grassi, G. (2013). Long-Term Prognostic Value of White Coat Hypertension. *Hypertension* (0194911X), 62(1), 168-174. Získáno 23. září 2014 z

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=13&sid=d9378c43-d131-4047-8db9-952ed099f571%40sessionmgr4004&hid=4212&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=s3h&AN=88788808>

Messerli, F. H., Williams, B., & Ritz, E. (2007). Essential hypertension. *The Lancet*, 370(9587), 591-603. Získáno 21. září 2014 z <http://search.proquest.com/docview/198978457?accountid=16730>

Mohapl, P. (1990). *Vybrané kapitoly z klinické psychologie*. Olomouc: Rektorát Univerzity Palackého.

Morschitzky, H., & Sator, S. (2007). *Když duše mluví řečí těla. Stručný přehled psychosomatiky*. Praha: Portál.

Myslívová, N. (2013). *Psychosomatika jako nový medicínský obor - ano či ne?* Získáno 20. září 2014 z Doktorka. cz: <http://psychologie.doktorka.cz/psychosomatika-jako-novy-medicinsky-obor-ano-ci-ne/>

Nakonečný, M. (1996). *Motivace lidského chování*. Praha: Academia

Novák, M. (režisér). (2010). *Hranice v psychosomatice* [dokumentární film]. Česká televize.

Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada Publishing.

Pierdomenico, S. D., & Cuccurullo, F. (2011). Prognostic value of white-coat and masked hypertension diagnosed by ambulatory monitoring in initially untreated subjects: an updated meta analysis. *American journal of hypertension*, 24(1), 52-58. Získáno 21. září 2014 z <http://web.b.ebscohost.com/ehost/search/basic?sid=e4b46a77-d292-43ba-b471-7a6805b6866c%40sessionmgr110&vid=0&hid=107>

Pospíšil, M. (1999). *Zlost, hněv, rozčilení, aneb jak ze slepé uličky krizové komunikace s dospělými i dětmi*. Plzeň: Miroslav Pospíšil.

Praško, J. a kol. (2011). *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci Lékařská fakulta.

- Procházka, R. (2009). Soudobé koncepce alexithymie. *E - psychologie*, 3(3), 34-45.
Získáno 20. února 2012 z <http://e-psycholog.eu/pdf/prochazka.pdf>
- Punch, K. F. (2008). *Základy kvantitativního šetření*. Praha: Portál.
- Räikkönen, K., Matthews, K. A., & Kuller, L. H. (2001). Trajectory of psychological risk and incident hypertension in middle-aged women. *Hypertension*, 38(4), 798-802.
Získáno 4. října 2014 z <http://hyper.ahajournals.org/content/38/4/798.full>
- Rosenzweig, S. (1945). The picture-association method and its application in a study of reactions to frustration. *Journal of Personality*, 14(1), 3-23. Získáno 1. října 2014 z <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=86dd0d3f-c5ae-4a5a-aab7-5396363f4fb3%40sessionmgr4003&vid=0&hid=4104>
- Rosolová, H. (2013). Paradox obezity. In Widimský et al. (Eds.), *Arteriální hypertenze – současné klinické trendy XI (19-27)*. Praha/Kroměříž: Triton.
- Rutledge, T., & Hogan, B. E. (2002). A quantitative review of prospective evidence linking psychological factors with hypertension development. *Psychosomatic Medicine*, 64(5), 758-766. DOI: 10.1097/01.PSY.0000031578.42041.1C
- Seznam psychosomaticky orientovaných pracovišť*. (2010). Získáno 10. listopadu 2014 z Fibromyalgik: <http://fibromyalgik.webnode.cz/news/seznam-psychosomaticky-orientovanych-pracovist/>.
- Sovová, E., Hřčková, Y., Marečková J., & Kmoníčková A. (2008). *Hypertenze pro praxi: pro lékaře, studenty, sestry, pacienty*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Spielberger, C. D., Jacobs, G., Russell, S., & Crane, R. S. (1983). Assessment of anger: The state-trait anger scale. *Advances in personality assessment*, 2, 159-187.
- Spielberger, C. D. (1988). *State–Trait Anger Expression Inventory (STAXI). Research edition. Professional manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Stančák, A. (1982). *Klinická psychodiagnostika*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy.

- StatSoft, Inc. (2014). *STATISTICA (data analysis software system), version 12*. URL: <http://www.statsoft.com/>
- Stuchlíková, I. (2002). *Základy psychologie emocí*. Praha: Portál.
- Stuchlíková, I., Man, F. (2003). *Hněv a výraz hněvu*. In Čermák, I., Hřebíčková, M., Macek, P. (Eds.), *Agrese, identita, osobnost* (134-157). Brno: Psychologický ústav AV ČR; Tišnov: Sdružení SCAN.
- Svoboda, M. (2010). *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál.
- Šavlík J., Hnízdil J. (2001). *Krize současné medicíny, ideové a organizačně metodické možnosti řešení*. Získáno 28. září 2014 z <http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/krize.htm>.
- Šiška, E. (2003). *K terminologii a vymezení stresu, stresorů a tzv. „coping“*. *Varia psychologica IX*, 33 - 2003, 47 - 58.
- Šolcová, I. (2007). *Některé psychofyziologické souvislosti resilience*. Praha: Psychologický ústav AV ČR.
- Špinar, J., Vítovec, J., & Zicha, J. et al. (1999). *Hypertenze—diagnostika a léčba*. Praha: Grada Publishing.
- Uher, T., Bob, P., & Ptáček, R. (2010). Alexithymie a psychosomatická onemocnění. *Československá psychologie*, 54(5), 496-504.
- Verdecchia, P., Staessen, J. A., White, W. B., Imai, Y., & O'Brien, E. T. (2002). Properly defining white coat hypertension. *European heart journal*, 23(2), 106-109. Získáno 21. září 2014 z <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/ehj/23/2/106.full.pdf>
- Vingerhoets, J. M., & Heck, Van G. L. (1990). Gender, coping and psychosomatic symptoms. *Psychological Medicine*, 20, 125-135. DOI: 10.1017/S0033291700013301.
- Vögele, C., Jarvis, A., & Cheeseman, K. (1997). Anger suppression, reactivity, and hypertension risk: Gender makes a difference. *Annals of Behavioral Medicine*,

19(1), 61-69. Získáno 3. října 2014 z
http://download.springer.com/static/pdf/693/art%253A10.1007%252FBBF02883428.pdf?auth66=1416160692_9bb8743c169dedbe9e0a538bf65601ec&ext=.pdf

Vokurka, M., Hugo, J. (2005). *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf.

Vulić-Prtorić, A., Sorić, I., & Penezić, Z. (2006). *Coping strategies and psychosomatic symptoms in children*. Získáno 15. března 2012 z
<http://djelatnici.unizd.hr/~avulic/data/rad063.pdf>

WHO (2006). MKN-10. *Duševní poruchy a poruchy chování*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.

Widimský, J. et al. (2004). *Hypertenze*. Praha: Triton.

Yu, X., & Zhang, X. (2008). A structural equation modeling of psychological stress, social support, coping style and psychosomatic symptoms for junior middle school students. *Chinese Mental Health Journal*, 22(2), 83-86. Získáno 16. března 2012 z
<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=6e7e09b8-5868-4e46-826b-510f2f0ba248%40sessionmgr14&vid=1&hid=17&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=psyh&AN=2008-02988-002>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Formulář zadání DP

Příloha 2: Abstrakt česky a anglicky

Příloha 1: Formulář zadání DP

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2014/2015

Studijní program: Psychologie
Forma: Prezenční
Obor/komb.: Psychologie (PS)

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
WILLANTOVÁ Petra	Jugoslávská 1, Svitavy	F09306

TÉMA ČESKY:

Hněv a jeho souvislosti u pacientů s esenciální hypertenzí

NÁZEV ANGLICKY:

Anger in Its Context Among Patients With Essential Hypertension

VEDOUCÍ PRÁCE:

PhDr. Martin Lečbych, Ph.D. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Seznámení se s manuálem pro psaní diplomových prací na Katedře psychologie FF UP v Olomouci a citačních norem Americké psychologické asociace.
2. Studium odborné literatury z oblasti klinické psychologie, lékařství, psychopatologie, psychologie emocí, psychosomatiky. Důraz na dosavadní výzkumy emocí u psychosomatických pacientů.
3. Zpracování přehledu dosavadního výzkumu - využití databáze EBSCO - zpracování přehledu dosavadního výzkumu do teoretické části DP.
4. V teoretické části bude hlavní zaměření na problematiku psychosomatických poruch, zejména hypertenze, psychologických aspektů, aspektů psycho-sociálních. Zaměření na problematiku psychologie emocí.
5. Osnova teoretické části:
 - a. Psychosomatické teorie;
 - b. Problematika hypertenze;
 - c. Psychologie emocí - důraz na hněv a jeho zvládnání;
 - d. Copingové strategie;
 - e. Stres;
 - f. Přehled studií.
6. Konzultace výzkumného projektu s vedoucím DP před realizací sběru dat. Dosavadní pracovní předpoklad je:
 - a. Zmapovat prožívání hněvu a negativních emocí u pacientů s hypertenzí (ideálně v úzce vymezeném klinickém souboru pacientů s esenciální hypertenzí);
 - b. Porovnat prožívání a zvládnání hněvu v rámci souboru (muži, ženy, věk...), porovnat získaná data s kontrolním souborem (předpokladem je párování kontrolní skupiny s klinickým souborem);
 - c. Využití sebeposuzovacích škál na zvládnání a prožívání hněvu, využití projektivních technik (ke zvážení HAND test, Rosenzweigův test, škála hněvivosti a nahněvanosti, strategie zvládnání stresu, rozhovor - dle zvážení autorky).
7. Předpokladem je získání klinického vzorku cca 20 osob s dg. hypertenze a získání srovnatelného klinického souboru.
8. Integrace výzkumných dat do smysluplného celku. Diskuse s rozvahou o výsledcích, přínosem pro praxi, doporučením dalšího upřesňujícího výzkumu.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- 1) Baštecká, B. (2003). Klinická psychologie v praxi. Praha: portál.
- 2) Baštecký, J., Šavlík, J., & Šimek, J. (1993). Psychosomatická medicína. Praha: Avicenum.
- 3) Blatný M., Kohoutek, T., & Bréda, M. (2003). Zdravotní stesky, copingové strategie a kognitivně-emoční typologie osobnosti: Analýza vzájemných souvislostí. In Svoboda, M., Humpolíček, P. & Humpolíčková, J. (Eds.), Sociální procesy a osobnost (147-156). Brno: Psychologický ústav FF MU v Brně.
- 4) Bouček, J., et al. (2006). Lékařská psychologie. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- 5) Hašto, J. (2004). K psychogenéze a psychodynamice psychosomatických poruch. Psychosom, 2(3), 108-120.
- 6) Křivohlavý, J. (2001). Psychologie zdraví. Praha: Portál.
- 7) Morschitzky, H., & Sator, S. (2007). Když duše mluví řečí těla. Stručný přehled psychosomatiky. Praha: Portál.
- 8) Paulík, K. (2010). Psychologie lidské odolnosti. Praha: Grada Publishing.
- 9) Stuchlíková, I. (2007). Základy psychologie emocí. Praha: Portál.
- 10) Šolcová, I. (2007). Některé psychofyziologické souvislosti resilience. Praha: Psychologický ústav AV ČR.

Příloha 2: Abstrakt česky a anglicky

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Hněv a jeho souvislosti u pacientů s esenciální hypertenzí

Autor práce: Petra Willantová

Vedoucí práce: PhDr. Martin Lečbých, Ph.D.

Počet stran a znaků: 90 (169 040 znaků)

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 86

Abstrakt: V této práci se konkrétně zaměřujeme na rozdíly ve zpracování hněvu, agrese a volbě copingových strategií u pacientů s esenciální hypertenzí ve srovnání s kontrolní skupinou. Do našeho výzkumu bylo zařazeno celkem 53 osob, které jsme získali příležitostným výběrem v šesti různých zdravotnických zařízeních. Z toho 29 účastníků tvořilo klinickou skupinu a 24 skupinu kontrolní. Pro svůj výzkum jsme využili dvou projektivních metod – Rosenzweigův frustrační test (PFT) a Test ruky (Hand test), a dvou dotazníků – Strategie zvládnání stresu (SVF 78) a Inventář hněvu jako stavu a rysu a jejich výrazu (STAXI). Výsledky získané pomocí metod PFT a STAXI neodhalily signifikantní rozdíl mezi skupinami, co do směru agrese, typu agrese, ani prožívání hněvu či způsobu jeho vyjádření (potlačení hněvu nebo exprese zaměřená do okolí). Pacienti s esenciální hypertenzí však dosahovali signifikantně nižších skóre v kategoriích AGG (agresivita) a AOR-L (sociálně žádoucí proměnné) v Hand testu, což může poukazovat na sníženou schopnost asertivního sebeprosazení oproti kontrolní skupině. Osoby z klinické skupiny rovněž dosahovaly vyšších skóre v subtestech 'Podhodnocení' a 'Pozitivní sebeintrukce' v dotazníku SVF 78, což může být spojeno s potlačováním emocí obecně a se zvýšenou orientací na výkon.

Klíčová slova: esenciální hypertenze, psychosomatická medicína, hněv, agrese, copingové strategie

ABSTRACT OF THESIS

Title: Anger in Its Context among Patients with Essential Hypertension

Author: Petra Willantová

Supervisor: PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

Number of pages and characters: 90 (169 040 characters)

Number of appendices: 2

Number of references: 86

Abstract: The objective of this study was to examine differences in anger and aggression management as well as dissimilarities in coping strategies among individuals with essential hypertension in comparison to a control group. Our research sample consisted of 53 randomly selected individuals that were recruited in six different medical institutions. Clinical sample was formed out of 29 patients with essential hypertension while control group comprised 24 participants. Two projective methods – Rosenzweig frustration test (PFT), Hand test and two questionnaires – Coping Strategies Inventory (SVF 78), State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI) were used in our research. The results arising from the methods PFT and STAXI have not revealed any significant differences between groups towards direction or type of aggression nor anger expression (anger suppressed or anger expressed toward other people or objects). Nonetheless, patients with essential hypertension reached lower scores in AGG (aggressiveness) category and in AOR-L (socially positive items) category in Hand test. Such results may possibly indicate lower ability of self-assertion. Moreover, patients from the clinical group scored significantly higher in 'Undervaluation' subtest as well as in 'Positive self-instruction' subtest in SVF 78, which may be linked to suppression of emotions in general and to increased performance orientation.

Key Words: essential hypertension, psychosomatic medicine, anger, aggression, coping strategies