

# Stres a jeho zvládání v kontextu psychosomatiky a metabolických poruch

---

**Pavel Humpolíček**

Psychologický ústav FFMU, Brno

[info@psychologon.cz](mailto:info@psychologon.cz)

*Když slýcháme slovo stres, představujeme si obvykle spíše jeho negativní vlastnosti, které bývají spojeny s obtížemi a trápením. Již Hans Selye však popsal vůči této perspektivě i protichůdnou stránku stresu a definoval pojmy eustres a distres. Dnes je toho o stresu již známo mnohem víc a konkrétně z hlediska psychosomatiky vztažené k metabolickým poruchám se mnohé o stresu dozvíte v tomto článku.*

*When we hear something about „stress“ we usually connect it with its negatives, troubles and discomfort. However, Hans Selye suggested the other perspective to judge stress phenomenon and described eustress and distress. Today we have reached many more findings about stress and from psychosomatic point of view related to metabolic disorders you can increase your knowledge by reading this paper.*

*Klíčová slova: Stres, psychosomatika, metabolické poruchy, stresor*

*Key words: Stress, psychosomatics, metabolic disorder, stressor*

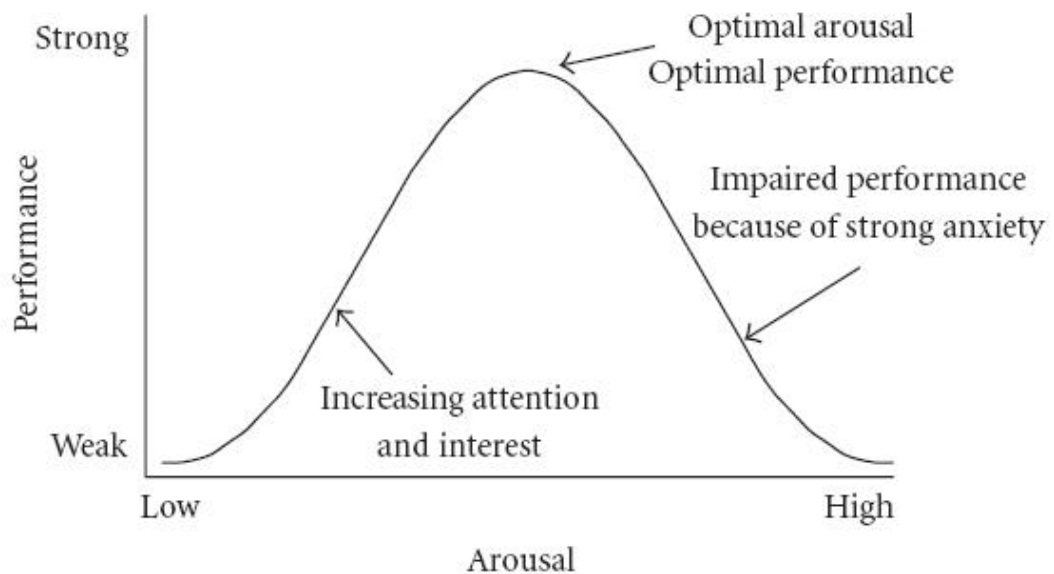
---

## 1.1 Stres

Na cestě za adaptací nám obvykle stojí různé překážky. Pokud jsou tyto překážky větší, obtížnější, než jsou adaptační možnosti organismu za daných podmínek, můžeme mluvit o stresu.

Stres je slovo, které nás provází celým životem. Co víc, není to jen prázdný pojem, ale, jak uvádí Hartl a Hartlová (2010), je to „fyziologická odpověď organismu na nadměrnou zátěž neúnikového druhu, která vede ke stresové reakci“. Je to tedy stav živého organismu, který je vyveden ze své rovnováhy a musí hledat možnosti, jak se do rovnováhy, která vede k adaptaci, opět navrátit. Tuto nerovnováhu způsobují stresory, které mohou být různého druhu.

Když slyšíme „stres“, většina z nás si představí jeho negativní část spojenou s obtížemi a trápením. Podle Yerkes-Dodsonova zákona to tak ale být nemusí.



Obr. 1 [Yerkes-Dodsonův zákon](#)

Na Obr. 1 je vidět, že určitá úroveň stresu a vzrušení nás může motivovat k vyšší výkonnosti. Pokud je intenzita stresorů v únosné míře, jsme výkonnější. Naopak ale, pokud už toho je na náš organismus moc, výkonnost prudce klesá. To odpovídá teorii [H. Selyeho](#), který stres, který se nachází v první, levé polovině křivky, nazval eustres a druhou část distres.

### 1.1.1 Stresové situace, stresory

Například podle Atkinson (2002) to mohou být traumatické události, neovlivnitelné události, požadavky, které zasahují za hranice našich schopností a našeho sebepojetí, nebo vnitřní konflikty.

Paulík (2010) obecně popisuje všechny stresové situace jako ty, ve kterých dochází k rozporu mezi expozičními a dispozičními faktory. Tedy tam, kde jsou nároky na jedince silnější, déle trvající nebo kumulované (v těchto případech mluvíme o stresorech), než jaké jsou jeho dispozice a výkonová kapacita. Nebo naopak v situacích, kdy se jedinci nedostává dostatečné stimulace a on tak nevyužívá svoji pracovní kapacitu. (Paulík 2010)

O tom zda se ze stresorů potenciálních stanou stresory opravdu reálné, rozhoduje více faktorů. Podílí se na tom nejen subjektivní hodnocení a individuální osobnostní charakteristiky ve spojitosti s hodnocením zátěže, ale také způsob vyrovnávání se se zátěží (coping, obranné reakce), přítomnost závažných nepříznivých životních událostí a různých denních nepříjemností (daily hassles), dosavadní zkušenosti jedince se stresem, sociální opora a sociální status. Zátěž můžeme diferenciovat také dle délky působení, emoční odezvy a intenzity podnětů. (Paulík, 2010)

K situacím, ve kterých nejčastěji dochází ke stresovým okamžikům můžeme řadit problém, kdy jedinec není spokojen se současnou situací a touží po změně. Po změně jistě touží i ten, kdo prožívá frustraci, tedy „stav zklamání, zmarnění“ (Hartl, Hartlová, 2010), kdy je jedinec motivován k dosažení vytyčeného cíle, ale brání mu v tom různé překážky. Poměrně častou reakcí na frustraci může být intra- nebo extrapunitivní agrese. Konfliktní situace, ve kterých může docházet ke srážce dvou protichůdných sil, zájmů, cílů, lze rozdělit na intra- a interpersonální. Stres může způsobovat i strach, anebo úzkost - ať už v podobě úzkostnosti (anxiety) jako osobnostního rysu, nebo reakci na aktuální příčiny. Nemalou skupinou stresorů mohou být nemoci a choroby a na ně nasedající bolest, strádání a utrpení. Pokud dojde k nahromadění více stresorů a stresová zátěž se stane hraniční, můžeme mluvit o krizi (např. akutní, kumulovaná, chronická, situační, vývojová, psychopatologická, psychospirituální, případně i přírodně-klimatické a sociálně-ekonomické katastrofy). (Paulík, 2010)

## **1.1.2 Teoretická pojetí stresu v psychologii**

### **1.1.2.1 Biologické pojetí stresu**

Autoři, kteří se zabývají [biologickým pojetí stresu](#) (I. P. Pavlov, W. B. Cannon, H. Selye), zaměřují svou pozornost především na neurobiologickou a biochemickou odezvu organismu na vnější podněty.

H. Selye (1983 aj.), stejně jako C. Bernard a W. B. Cannon považuje stres za nespecifickou odpověď organismu na podněty, které narušují jeho homeostázu. Pro udržení této rovnováhy musí jedinec neustále reagovat na měnící se okolní prostředí. Tato reakce GAS (General Adaptation Syndrom) probíhá podle třífázového schématu, jedině, co se mění, je její intenzita.

Obecný adaptační syndrom (GAS) vypadá takto:

1. Poplachová reakce - první reakce organismu na stresor. V této fázi se může objevit šok a utlumení obranných reakcí. Po chvíli (někdy i delším časovém úseku) se jedinec adaptuje na vzniklou situaci, obnoví se obrany a zvýší jeho aktivace. Na endokrinním a neuropsychickém pozadí mezitím probíhají biochemické změny ovlivňované (vylučování adrenalinu a noradrenalinu dřením nadledvin, glukózy), které umožní rychlou reakci - útok nebo útek (Cannonův stres). (Paulík 2010)

Americký fyziolog Cannon popisuje tuto reakci jako cestu, kdy se informace o stresoru přenesou prostřednictvím čidel do hypotalamu, který prostřednictvím sympatiku aktivuje dřeň nadledvinek, které rázem vyprodukují velké množství katecholaminů (adrenalin a noradrenalin) a vypustí je do krevního oběhu.

2. Stadium resistance - v tomto stádiu dochází k relativnímu zklidnění organismu, zajišťování zdrojů pro získání další energie a probíhá zde i vyhodnocování, zda je potřeba udržet stresovou reakci aktivní, nebo zda nebezpečí už pominulo.
3. Stadium vyčerpání - pokud se jedinec nedokáže na situaci adaptovat, případně ji vyřešit - stres je nadměrně intenzivní nebo se objevila porucha adaptačních mechanismů (např. aktivace sympatoadrenálního či hypotalamo-hypofyzárního systému) dochází k vyčerpání organismu. To může pokračovat až k negativním důsledkům. (Paulík, 2010)

Přestože se tato teorie dá v některých ohledech považovat již za překonanou, její základy stále platí. Některé stresory se staly spíše chronickými a vyvolávají více dlouhodobějších stavů.

### 1.1.2.2 Psychologické pojetí stresu

Přestože se Selye zabýval především endokrinologickou odezvou organismu, připustil, že na míře, jakou se nás stres dotýká, se podílí více faktorů. Velký vliv hraje interpretace významu situace a hodnocení míry potencionálního nebezpečí. V rámci anticipace lze mluvit o tzv. nocebo efektu, kdy pouhé očekávání, předvídání jedince přinese nežádoucí účinky. (Paulík, 2010)

R. S. Lazarus, autor jedné z nejznámějších teorií stresu (1966, 1993), tvrdí, že stres vzniká v důsledku fyzického ohrožení (i pokud situaci jako nebezpečnou hodnotíme bez odpovídajících podkladů). Stres je tedy vztah mezi člověkem a prostředím, přičemž obě tyto složky se vyvíjí, mění a vzájemně ovlivňují. Kognitivní hodnocení situace Lazarus dělí na primární, které popisuje nebezpečnost situace (ztráta, hrozba, výzva), ohrožení nebo naopak možný rozvoj well-beingu jedince, a sekundární, které se dotýká možnosti úspěšného zvládnutí situace a volby copingu. (Paulík, 2010)

V původní Lazarusově kognitivní teorii stresu byl velmi důležitý pocit kontroly stresové situace, která snižuje pocit ohrožení a stresu.

Primární zhodnocení kontroly spočívá:

- v preexistujících názorech, postojích společnosti, ve které se jedinec pohybuje;
- v osobnostních charakteristikách hodnotících míru kontroly v každodenních situacích (Rotterův koncept locus of control);
- v hodnotách, postojích a zaměřenosti;
- situačních faktorech (původ a podstata ohrožení, novost, načasování). (Folkman, 1984)

Jedinec tedy zhodnotí stresor a možnost vlastní kontroly dané situace dle předchozích faktorů. Po té následuje sekundární zhodnocení, tedy hledání odpovědi na otázku „Co můžu udělat?“ a zmapování zdrojů (fyzických, sociálních, psychologických a materiálních). (Folkman, 1984)

Nicméně další výzkumy dokazují, že kontrola je poměrně význačný pojem a jedinec může ke svému užítku záměrně kontrolovat různé proměnné.

Z klasických teorií je zde na místě zmínit hlubinnou psychologii a pudové síly (Freud), vědomé a nevědomé zážitky a konflikty, které mohou stres způsobovat. V behaviorální psychologii se specifickými osobnostními profily a v důsledku i zvládnutím stresu zabývali například Eysenck (introverze/extroverze, stabilita/neuroticismus) nebo Rosenman (kardiovaskulární typy A, B, později i C-karcinogenní a D-depresivní). (Bartůňková, 2010)

### **1.1.2.3 Teorie integrující biologické a psychologické pojetí stresu**

Alexander (1950) si byl vědom vzájemného propojení mezi fyziologickým a psychologickým zpracováním stresu. Všiml si, že při vývoji onemocnění se objeví vnitřní predispozice (zahrnující typ osobnosti, minulé prožitky i vnitřní konflikty), vnější noxy (události, stresory) a zprostředkující mechanismy (autonomní nervstvo a hormony, viz kapitola 2.4 Neurobiologie stresu). (Bartůňková, 2010)

Právě Alexander, v návaznosti na holistické pojetí stresu, stanovil sedm prvních psychosomatických onemocnění: bronchiální astma, esenciální hypertenze, neurodermatitida, revmatoidní artritida, ulcerózní kolitida, tyreotoxikóza a duodenální peptický vřed. Propojení biologického a psychologického pojetí stresu podnítilo vznik a rozvoj oborů jako je psychofyziologie a neuropsychologie. (Bartůňková, 2010)

Za zmínku v této kategorii jistě stojí Coxova Interakční teorie stresu, Informační model stresu a další. Z důvodu oddálenosti od mého tématu je zde nebudu zmiňovat, nicméně krátký přehled nabízí například Paulík (2010).

### **1.1.3 Psychická reakce na stres**

Můžeme předpokládat, že na stresovou zátěž přichází nejen fyziologická reakce organismu (která je popsána v kapitole 2.6.2.1 Biologické pojetí stresu), ale i psychická.

Ta může podle závažnosti přecházet od veselí až po úzkost, vztek vedoucí k agresi, skleslost a smutek. Někdy dokonce kolísá, mohou se objevit i ambivalentní emoce. Pokud jsou tyto emoce protrahované, může docházet k dlouhodobějším psychickým poruchám, jako je například posttraumatická stresová porucha nebo klinická deprese.

Opakované nezvládání stresových situací může vést k apatii a naučené bezmocnosti, pokud stresovaný považuje stresor za hrozbu, kterou nedokáže ovlivnit. Na bezmocnost potom často nasedají pocity méněcennosti. (Seligman, 1975, cit. dle Nolen-Hoeksema a kol., 2012)

Důsledkem výrazného stresu, emočního vypětí nebo perseverací může být i oslabení kognitivních funkcí, snížená schopnost koncentrace pozornosti a logického usuzování, nedostatek nápadů pro kreativní řešení problémů. (Nolen-Hoeksema a kol., 2012)

### **1.1.4 Krátkodobý x dlouhodobý stres**

Jak jsme již zmiňovali výše, stresor může působit krátkodobě, později buď jeho působení pomine, nebo se na něj adaptujeme a stres dále nepociťujeme. V jiném případě může stresová situace přetrvávat dlouhodoběji a my si na ni přivykneme, reakce našeho těla není tak akutní jako je popsáno v rámci GAS, nicméně určitou hladinu znepokojení, negativních emocí, stresu, stále pociťujeme. Přestože si tyto pocity často ani neuvědomujeme, naše tělo s nimi pracuje. (Song, 2004)

Z metaanalýzy více než 300 studií publikované v Psychological Bulletin (časopis Americké Psychologické Asociace) vyšlo najevo, že stres způsobuje různé změny v imunitním systému - některé z nich mohou být prospěšné pro naše zdraví, některé už méně. Záleží na tom, jak dlouho stres trvá a jestli vidíme jeho možné ukončení, vyřešení situace v dohledné době. (Song, 2004)

Odpověď organismu na náhlý, krátkodobý stres jako je například mluvení na veřejnosti vyvolává rychlou imunitní odpověď, která je podobná, jako když naše tělo bojuje s nenadálou infekcí nebo hojí rány. V těle takto krátkodobě stresovaných respondentů se v krvi objevilo až dvakrát více buněk (natural killer cells) připravených bojovat s infekcí. Jako by krátkodobé působení stresorů bylo pro naše tělo očkováním. (Song, 2004)

Jinak ale reaguje naše tělo na krátkodobé stresory s nejistotou úspěchu (např. akademické a profesní zkoušky). V těchto chvílích potlačuje buňky Th1, což naopak může zvýšit koncentraci buněk Th2, které mohou zhoršit alergie. (Song, 2004)

Na téměř všechny imunitní funkce mají negativní vliv chronické stresory, které mění sebedůvěru a sociální roli jedince a nevykazují žádnou známku brzkého pominutí (např. nezaměstnanost, péče o vážně nemocného partnera nebo rodiče). Výzkumy prokazují, že dlouhodobé přepracování má spojitost s onemocněními srdce a chronický stres v práci nebo ve vztahu se pojí s dvojnásobnou pravděpodobností, že jedinec onemocní chřipkou či nachlazením. (Song, 2004)

### **1.1.5 Důsledky stresu**

Dopad stresové zátěže na zdraví organismu je stále objektem výzkumu, objevují se dva přístupy. Jeden z nich propojuje psychiku a somatiku člověka vylučuje, v nemocnicích se

setkáme s mnoha lékaři, které ani nenapadne řešit psychiku člověka. Z vlastní zkušenosti víme, že v některých případech lze mluvit až o iatropatogenii. Lékaři nemají čas, vzdělání a často ani zájem detailněji prozkoumat situaci pacienta a možné příčiny jeho onemocnění. Ve druhé skupině můžeme najít ty, kteří tyto dvě oblasti týkající se člověka spojují do psychosomatiky, potažmo somatopsychologie a uvědomují si, že společným činitelem v etiopatogenezi některých nemocí se objevuje stres.

### **1.1.5.1 Psychologické důsledky stresu**

Stresové situace jakéhokoliv rozměru a jakékoliv podoby v nás vyvolávají únavu a emocionální změny. Tyto důsledky se dají rozdělit do dvou skupin:

- bezprostřední projevy zátěže a stresu (emoční změny, únava, mentální přesycení, ztráta motivace, pokles výkonnosti, dočasný kognitivní deficit, ze somatických změn bolesti, brady/tachykardie, změněná dechová frekvence, z behaviorálních potom agresivita a hostilita, pasivita);
- účinky trvalejšího rázu (nespokojenost, únava, vyčerpání, somatické bolesti, respirační a oběhové problémy, p. pohybového ústrojí, sexuální dysfunkce, negativní změny chování, zvýšená nemocnost, poruchy duševního zdraví). (Paulík, 2010)

Někdy se může stát, že reakce na stresovou událost nastoupí až opožděně, s odstupem několika týdnů až měsíců a trvá déle než v případě akutního stresu. Pokud se vzpomínky a vybavování traumatizující události objeví do šesti měsíců a opakuje se, můžeme dle MKN-10 (2006) mluvit o F43.1 Posttraumatické stresové poruše. I tady lze najít propojení psychiky s tělem, protože se k navracejícím se vzpomínkám a představám, poruchám nálady a abnormálnímu chování přidávají i vegetativní projevy.

Naopak post traumatic growth, česky posttraumatický růst, který lze vysvětlit jako pozitivní změny, které člověk zažije po vyrovnávání se s traumatickým zážitkem (Blix a kol., 2013), přispívají k osobnostnímu rozvoji jedince. Podle teorie Calhouna a Tedeschiové lze jako hlavní zisky označit bližší a intimnější vztahy, snaha pomoci ostatním, rozvoj spirituality, vyšší ocenění života a přestavení žebříčku hodnot.



### 1.1.5.2 Neurobiologické důsledky stresu

V posledních letech se výzkum stresu a jeho zpracování na fyziologické úrovni stal objektem zájmu. Jednou z možností, jak toto zkoumat jsou tzv. animal models, zvířecí modely, kdy výzkumníci poměrně jednoduše mohou vyvolat psychologický i fyziologický stres a následovně pozorovat změny v chování, emotivitě a dalších u zvířat pozorovatelných charakteristik a jejich vývoj případně progredující až k některým psychiatrickým poruchám. (Kumar a kol., 2013)

Přenos vzruchů mezi neurony v naší nervové soustavě probíhá skrze neurotransmitery - nízkomolekulární chemické látky. Jejich množství naší nervové soustavě také reaguje na vnější okolnosti, pro přehled zde zmíníme ty, které souvisí se zpracováním stresu:

- GABA

GABA je neurotransmitter CNS, jeho obsah je zvyšován stresem a podílí se na vzniku úzkosti, epilepsie a nespavosti. Tuto excitaci způsobuje také glutamát.

- Dopamin

Hormon, který ovlivňuje motorickou aktivitu.

- Norepinefrin

Hormon, který slouží jako alarmující systém, který v případě ohrožení snižuje neurovegetativní funkce (např. příjem potravy, potřeba spánku). Dále aktivuje amygdalu (chování spojené se strachem), existuje také určitá spojitost se sekrecí noradrenalinu a CRF při prožívání stresové události.

- Serotonin

Hladina tzv. hormonu štěstí, serotoninu, se ve chvílích psychosociálních konfliktů zvyšuje, obecně lze však tvrdit, že čím nižší je hladina serotoninu, tím méně reagujeme na stres.

- Melatonin

Melatonin je hormon, který se nejvíce syntetizuje za tmy, ovlivňuje kvalitu spánku a zamezuje vzniku volných radikálů. (Kumar a kol., 2013)

Stejně jako se naše vědomí (někdy spíše nevědomí) musí vyrovnávat se stresem, i naše tělo v průběhu evoluce vyvinulo mechanismy k jeho zpracování. Například dlouhodobý stres dokáže upravit neurohormonální a hormonální funkce, což může indukovat pocíťovanou úzkost, poruchy emotivity, poruchy příjmu potravy atd. a fyziologickou reakci (aktivace osy

hypofýza-kůra nadledvin, tzn. uvolnění glukokortikoidů do krve). Tyto stresory stimulují arousal a vedou k vegetativním (tachykardie, tělesná teplota) a behaviorálním změnám. (Kumar a kol., 2013)

Stresor tedy aktivuje hypothalamo-hypofyzárně-adrenální osu (hypothalamic pituitary adrenal axis, HPA) a sympatické nervstvo. Copingové strategie ovlivňují důsledky a míru působení stresoru a posttraumatický, postkrizový vývoj jedince. (Kumar a kol., 2013)

### **1.1.5.3 Neurohumorální důsledky stresu**

A jak tedy funguje HPA osa? Stresové podněty aktivují sekreci CRF (kortikotropin-releasing faktor) z hypotalamu, který vyvolá uvolnění ACTH (adrenokortikotropin) z adenohipofýzy a ten stimuluje kůru nadledvin, která vyprodukuje glukokortikosteroidy do krevního řečiště. Tyto glukokortikosteroidy hrají hlavní roli v hormonálním zpracování stresu a mají vliv na kognitivní funkce. (Kumar a kol., 2013)

Poruchy neuroendokrinní regulace stresu mohou vést k narušenému růstu a vývoji a snížit odolnost vůči psychiatrickým, metabolickým a autoimunitním onemocněním.

Stres aktivuje HPA osu a indukuje zvýšení hladiny CRH v mozkových centrech strachu a emocí (např. v amygdale), což při jeho dlouhodobějším působení vyvolává anxieta a depresi, později také degeneraci neuronů vedoucí k neurodegenerativním onemocněním. Hormony vylučované tělem při stresu (CRH) ovlivňují i růstové a pohlavní hormony a pokud stres působí dlouhodobě, může dojít ke zpomalení růstu a vývoje. (Kumar a kol., 2013)

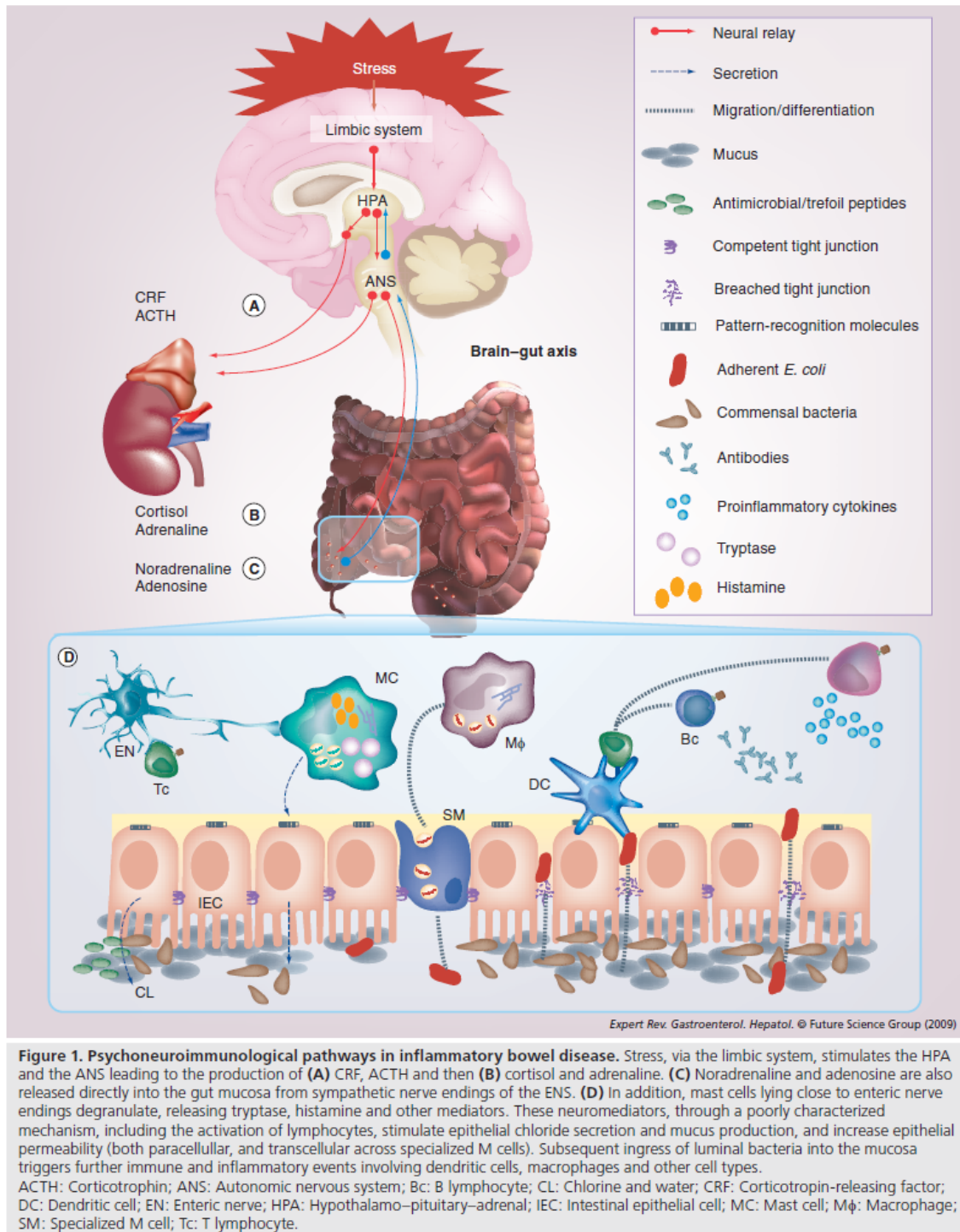
V poslední době se ozývají hlasy, které prosazují medicínské propojení neurohumorálního systému s imunitním. Ten může být ovlivněn stresem a jeho funkčnost tak snížena. Otázkou však zůstává, do jaké míry je tato závislost způsobena nižší fyzickou aktivitou a třeba i méně zdravým jídelníčkem lidí v závislosti na vyšší míře depresivnosti a úzkostnosti dlouhodobě stresovaných. Tomuto tématu se budeme více věnovat v samostatné kapitole.

#### **1.1.5.4 Vliv stresu na imunitní systém**

Imunitní systém je komplexní mechanismus, který brání naše tělo před ohrožením zvnějšku (např. proti virům, bakteriím, toxinům a parazitům) i zevnitř (proti špatně fungujícím buňkám). Zajímavé je, že většinou dokáže rozlišit mezi tím, co je pro organismus škodlivé a co není. Někdy, a to v případě autoimunitních onemocnění, se však zmýlí.

Vliv stresu na dobře fungující systém byl prokázán, závisí však na intenzitě a délce trvání stresoru. Velmi krátkodobý stres může na organismus působit jako očkování a způsobit tak lepší fungování imunity. Ale akutnější a trvalejší stresy (např. zkoušky) ji mohou částečně potlačit. Úměrně k tomu, chronický stres je pro imunitní systém nejvíce ohrožující a může způsobit i jeho trvalejší poškození. (Aldwin, 2009)

Z výzkumů vyplývá například to, že stresovaní jedinci snáze podléhají chřipce (Cohen, 1998) a stresovaní studenti mají nižší hladinu cytokinů, které regulují zánětlivé a uzdravující procesy. Nicméně většina výzkumů je založena spíše na korelaci než na kauzalitě. (Aldwin, 2009)



Obr. 2 Psychoneuroimmunologie v lidském těle (Goodhand, Wahed, Rampton, 2009)

## 1.2 Zvládání stresu

Jak už jsme zmínili výše, se stresem se můžeme vypořádat více způsoby. Někdy se stane, že příčina sama vymizí a život jde dál. Někdy zůstane a my se se stresem musíme vyrovnat jinak, například vyřešit problém nebo od něj utéct. Opět se vracíme k prastarému útěk (pasivní reakce) nebo útok (aktivní reakce). Ať už je to tak, či tak, stresový zážitek v nás většinou zanechá nějakou stopu, vzpomínku. A to, jaká tato vzpomínka bude, často záleží na tom, jakým způsobem jsme danou situaci řešili, případně se s ní vyrovnali.

V této teoretické části se budeme jen krátce věnovat obranným mechanismům, více potom rozpracujeme copingové strategie dle jednotlivých teorií. Někteří autoři tyto dvě skupiny zvládacích mechanismů nerozlišují, my je však oddělíme tak, jak to uvádí Paulík (2010) a Vašina (2002). Hlavní rozdíl vidíme v tom, že obranné mechanismy se nesnaží zátěžovou situaci měnit, spíše nevědomě chrání integritu osobnosti. Další odlišnosti jsou přehledně zpracovány v *Tab. 1*.

Obranná reakce	Copingová strategie
Obsahují implicitní reakce.	Obsahují explicitní reakce.
Aktivovány intrapsychicky.	Aktivovány prostředím, okolnostmi.
Obtížněji pozorovatelné.	Snadněji pozorovatelné.
Jedinec si je někdy ani neuvědomuje.	Jedinec je ovládá vůlí.
Determinovány osobnostními rysy.	Determinovány osobnostně i situačně.
Základem je instinktivní chování.	Základem jsou kognitivní procesy.
Nepředchází zhodnocení situace.	Předchází zhodnocení situace i vlastních možností.
Výsledkem je automatické chování.	Výsledkem je promyšlené chování.

*Tab. 1* Obranné mechanismy a copingové strategie (dle Paulík,2010)

### **1.2.1 Obranné mechanismy**

Pro úspěšnou adaptaci a překonání situace, která ohrožuje náš sebeobraz a pocity jistoty nám slouží obranné mechanismy, povětšinou neuvědomované strategie omezující naši úzkost. Důležité je, že nemění situaci ani se o to nesnaží, mění pouze naše vnímání a hodnocení této situace s cílem dočasně udržet integritu osobnosti, dokud stresor nevyvymizí nebo situaci nevyřešíme jinak. Jak uvádí Vašina (2002), může jít o určitý prvek sebeklamu. Pokud jsou ale tyto mechanismy plně zakomponovány do struktury osobnosti a jedinec jich nadužívá, ztrácí se schopnost nahlédu a může vznikat falešné sebepojetí, nedochází k úspěšné adaptaci a v některých případech může dojít k duševním a psychosomatickým onemocněním. (Vašina, 2002)

Vašina uvádí tyto obranné mechanismy: agrese, hostilita, únik, potlačení, vytěsnění, racionalizace, introjekce, projekce, intelektualizace, splývání, retroflexe, kompenzace, substituce, sublimace, odčinění a reaktivní výtvor. (Vašina, 2002)

Paulík (2010) do této kategorie řadí také Seligmanův koncept naučené bezmocnosti a záměrné sebeznevýhodňování.

### **1.2.2 Copingové strategie**

Pod pojmem copingové strategie můžeme rozumět vědomé a aktivní způsoby zvládnání stresu, tedy náročnějších životních situací, kdy je potřeba vyvinout větší úsilí pro jejich překonání. Hartl a Hartlová (2010) popisují coping jako „schopnost člověka vyrovnat se odpovídajícím způsobem s nároky, které jsou na něj kladeny, příp. zvládat nadlimitní zátěže; může mít i podobu změny vnímání situace nebo změny postoje“. Tato charakteristika koresponduje s definicí Folkmanové (1986), dle kterého coping jsou „behaviorální, kognitivní nebo sociální odpovědi související s úsilím osoby eliminovat, zvládat či tolerovat vnitřní nebo vnější tlaky a tenze pocházející z interakce osobnosti a prostředí“ (cit. dle Paulík, 2010).

#### **1.2.2.1 Teorie copingových strategií**

Na využívání různých strategií se podílí více faktorů. Jedním z nich jsou osobnostní charakteristiky, které spolurozhodují o úspěšnosti copingu a následné adaptace.

Důležité jsou také situace, ve kterých se lidé nacházejí. Pokud se opakují stresové události, jejichž změnu ani vývoj jedinec není schopen nijak ovlivnit, kontrolovat, zažívá bezmocnost, stává se pasivním a následně třeba i depresivním. Toto se může objevovat zejména v situacích dlouhodobějších pocitů osamocení a úzkosti, které narušují zranitelnost člověka. (Shanan a kol., 1976)

Další pohled nabízí Pearlin a Schooler (1978), kteří uvádí, že vliv osobnostních charakteristik na úspěšný coping závisí také na stresové situaci, podmínkách. Osobnostní charakteristiky nám pomáhají zvládat situace, ve kterých máme menší možnost kontroly (např. v práci), zatímco copingové strategie se uplatňují spíše tam, kde tuto možnost máme vyšší a je vyžadováno naše úsilí ke zvládnutí stresové situace (Pearlin, Schooler, 1978). Pokud bychom do tohoto přístupu zakomponovali Paulíkovo rozdělení na vnitřní, nevědomé obranné reakce a vědomé copingové mechanismy (viz výše v *Tab. 1*), vznikl by poměrně srozumitelný a komplexní rámec.

Lazarus a Folkmanová (1984, 1986) identifikovali dva procesy, které se podílí na zvládnutí stresového vztahu jedince a jeho okolí a na případných krátko- či dlouhodobých dopadech - kognitivní zhodnocení a coping.

Jak je již zmíněno výše, kognitivní zhodnocení je posouzení potencionálně stresové situace, kdy se jedinec rozhoduje, zda může ohrozit jeho well-being a případně jak. V rámci primárního ohrožení potom jedinec řeší aktuální stav, hrozbu, případně zisky a podílí se na něm nejrůznější osobnostní charakteristiky (např. hodnoty, cíle, self-esteem). V sekundárním hodnocení se potom zamýšlíme, zda lze nějakým způsobem hrozbě předejít či zisky zvětšit. V těchto situacích potom využíváme copingové strategie jako je změna situace, přijmutí, vyhledávání dalších informací apod. (Lazarus, Folkman, 1986)

Coping tedy nasedá na toto zhodnocení a odpovídá kognitivnímu a behaviorálnímu úsilí odpovědět na požadavky, které právě ze zhodnocení vyplývají. A protože se na kognitivním zhodnocení podílí osobnostní i kognitivní složka, i tady rozlišujeme na problém zaměřený coping (problem-focused coping, úsilí působit na prostředí, analýza problému a sestavení plánu, jednání) a na emoce zaměřený, regulující coping (emotion-focused coping, v souvislosti s nemocí také paliativní coping, přiměřené přijetí situace, exprese emocí, reinterpretace jevů), které se často vzájemně doplňují, ale i odlišují. Také lze doplnit copingovou strategií orientace na únik, která zahrnuje denní snění, spánek nebo užívání drog. Výzkumy například ukazují, že

pokud cítíme aktuální ohrožení naší osoby (především našeho self-esteem), jsme zodpovědnější a jako copingové strategie volíme ty s vyšší kontrolou, případně únikové, které nakonec vedou k nespokojenosti. Naopak pokud jsou v ohrožení „pouze“ naše cíle a zaměřenost, volíme spíše copingové strategie zaměřené na řešení problému. (Lazarus, Folkman, 1986)

Dalším faktorem při volbě copingové strategie (toto rozhodování probíhá většinou nevědomě) je pocit kontroly nad situací. U těch, které jsou změnitelné, námi ovlivnitelné, dáváme přednost na problém zaměřeným copingovým strategiím. Někdy může být sama kontrola situace copingovou strategií. Například na emoce zaměřený coping jako je devalvace problému a soustředění se na jeho pozitivní přínos mohou podpořit jedincův pocit kontroly nad vlastním stresem. (Folkman, 1984)

Rothbaum a kol. (1982) koncept kontrolovatelnosti dále rozvádějí v dvoustupňovém modelu vnímané kontroly. Pod pojmem primární kontrola si můžeme představit situaci, kdy se jedinec snaží změnit své prostředí s účelem vyřešit problém (na problém zaměřené copingové strategie). Při sekundární kontrole naopak mění sám sebe, svá očekávání, naděje a interpretace situací (na emoce zaměřený coping). Další klasifikace kontroly vypadá takto:

1. Prediktivní - Jedinec chápe své limity a zná své možnosti a to ho chrání před zklamáním z neúspěchu.
2. Iluzorní (klamná) - Jedinec získá pocit kontroly díky náhodě.
3. Zástupná - Jedinec přisoudí kontrolu někomu jinému, „lepšímu“.
4. Výkladová - Jedinec se snaží pochopit nekontrolovatelné události, aby je mohl akceptovat. (Raudenská, Javůrková, 2011)

### **1.2.2.2 Zdroje pro zvládání stresu**

Stejně jako výše zmíněná psychosomatická medicína zaměřená na interpersonální vztahy i některé teorie copingových strategií tvrdí, že sociální opora je primární zdroj pro zvládání a odolnost. Kohn ji dokonce označuje jako tzv. „stress-buffer“, tedy stresový nárazník (1972, 1977). Wheaton (1982) se zamýšlí nad vlivem kultury, ve které jedinec vyrůstá a dochází k závěru, že úspěšné zvládání stresu souvisí s nižším fatalismem a určitou strnulostí, rigidností (inflexibility). Zjistil také, že mexikáni jsou ale méně odolní chronickému stresu, než vzorek Angloameričanů. Z těchto výsledků autor usuzuje, že tato zranitelnost souvisí s větší



důležitostí, kterou přisuzují sociální opoře. Ta jim však při chronickém stresu mnoho nepomáhá. (Wheaton, 1982). Toto je však, dle našeho názoru, odvážná interpretace.

Kobasa (1979) zavedla pojem hardiness jako vzorec osobnostních charakteristik, které mají vliv na úspěšné zvládnání stresu a udržení zdravého stavu. Do češtiny je hardiness překládáno jako odolnost vůči zátěži nebo osobnostní nezdolnost, z důvodu záměny s resiliencí budeme v této práci využívat anglické pojmy. Tento osobnostní vzorec se skládá z těchto postojů: závazek (commitment), kontrola (control) a výzva (challenge). Výzva nám pomáhá uvědomit si, že život stresující obvykle je, ale záleží na nás, jak se s ním vyrovnáme a jak zátěžové situace přijmeme. Tato složka by mohla souviset s výše zmíněným fatalismem. Závazek nám pomáhá zůstat v situaci, neunikat a nevyhýbat se jí, a tudíž dojít k nějakému řešení. A kontrola nám umožňuje situaci změnit. Pokud máme všechny tyto tři složky, máme správné předpoklady k úspěšnému copingu a tedy snížení stresové reakce, to však vyžaduje značné úsilí. Musíme dokázat přeměnit stresovou situaci ve výzvu a ve výhodu, dobře identifikovat stresové situace, analyzovat možné postupy, vybrat ten nejlepší a ten potom zrealizovat. Potřebujeme k tomu také odpovídající sociální oporu a péči o sebe samé (relaxace, pravidelná a vyvážená strava, fyzická aktivita). (Maddi, 2013)

Resilience (překládána jako nezdolnost, houževnatost, nezlomnost) je vysvětlována jako schopnost zachovat zdraví a výkon i v zátěžových situacích, s hardiness tedy velmi souvisí. (Maddi, 2013)

### 1.2.2.3 Charakteristiky copingových strategií

Při zamyšlení se nad copingovými strategiemi s ohledem na pohlaví, bychom měli vzít v úvahu rozdílné kulturní a sociální postoje k nim a nároky, které jsou na muže a ženy kladeny.

Z výsledků amerického výzkumu vysokoškolských studentů vyplývá, že ženy obecně více zažívají stres, především v oblasti rodinných a jiných sociálních vztahů a financí, a využívají více negativních a na emoce zaměřených copingových strategií. Muži také zvládnou využívat na emoce zaměřené strategie, a to i ty pozitivní. Nicméně únik od problému a sebeobviňování používají obě pohlaví, především v reakci na drobné denní mrzutosti (daily hassles). Nicméně i tady zůstává otázka, do jaké míry jsou tyto výsledky ovlivněny americkou

kulturou a zkrácením vyplývajícím z dat získaných z dotazníků a očekávanou sociální rolí (Brougham a kol., 2009).

Vliv pohlaví je však s přihlédnutím k hormonálnímu a biologickému pozadí pravděpodobný. Například oxytocin, jehož účinek je u žen posilován estrogenem, potlačuje produkci kortizolu, vyvolává přátelštější a pomáhající chování. Naopak mužský testosteron podporuje agresivní a aktivní projevy. V dlouhodobé nemoci ženy upřednostňují ventilaci emocí, sebeobviňování a obrácení se k náboženství, zatímco muži preferují aktivní reakci - boj nebo útěk. (Paulík, 2012)

Realizované výzkumy (tentokrát na české populaci, Paulík, 2010) uvádějí souvislost s osobnostními charakteristikami. Vyšší míra neuroticismu u žen souvisí s tendencí vyhledávat sociální oporu a ventilovat emoce a s menším využitím humoru ve stresových situacích. Naopak extravertovaní muži využívají humor a pozitivní přeznačení. Vyšší skóre otevřenosti negativně koreluje se strategií popření. (Paulík, 2012)

Paulík v roce 2010 realizoval rozsáhlý výzkum, kde sledoval souvislost mezi maskulinitou/feminitou, optimismem, věkem a délkou praxe. Z výsledků vyplývá, že optimisté volí efektivnější, aktivnější přístupy k řešení problému, chtějí si zachovat kontrolu nad situací, kognitivně restrukturují s cílem pozitivního přerámování a vyhledávají sociální oporu, což podporuje jejich sebejistotu, nezávislost, asertivitu a lepší náladovost. S věkem se u žen zvýšila tendence k větší sociální izolaci, zatímco u mužů se tendence vyhledávat pomoc u druhých zvýšila. U obou pohlaví se prokázala vyšší kognitivní restrukturační a adaptivní kognitivní chování. (Paulík, 2012)

V souvislosti se strategiemi kontroly, zde zmíníme vliv Rotterova locus of control na volbu copingových strategií. Koncept externího vs. interního locus of control (místo kontroly, většinou se tento pojem nepřekládá do češtiny, 1966) vypovídá o přesvědčení člověka, do jaké míry kontroluje, ovlivňuje to, co se mu děje. Člověk s interním locus of control nahlíží na svůj život jako na výsledek vlastní práce, vlastních záměrů a chování. Naopak ten s externím locus of control vidí příčinu těchto dějů ve štěstí, náhodě, osudu, v moci jiných. Rotter uvádí, že zvažování a očekávání vlastní kontroly má největší vliv v neočekávaných a nových situacích, kde se objevuje i nejasnost a neznámost prostředí. Tato situace je jako projektivní test, kde člověk musí využít své schopnosti a zkušenosti, aby pochopil, co se kolem odehrává. (Folkman, 1984)

#### **1.2.2.4 Vliv copingu na well-being**

Výzkumy prováděné v poslední době prokazují, že pokud volíme vhodné, dle slovníku SVF 78 pozitivní zvládací strategie, snižujeme tak pocit stresu a zlepšujeme psychologický i somatický well-being. Například plánované řešení problému, prioritizace prokazatelně snižuje depresi. Naopak zvýšení depresivity může být způsobeno vyhýbavým chováním či únikem. (Neal, Hammer, 2009)

Pozitivní vliv na problém zaměřeného copingu a pozitivní restrukturalizace (zde můžeme vidět spojitost s přerámováním hrozby na výzvu v rámci konceptu hardiness, jak uvádí Kobasa, 1979) na subjektivní pocit životní pohody. (Sanjuán, Magallares, 2013)

#### **1.2.2.5 Vztah stresu a copingu u chronicky nemocných**

Schéma zvládnání stresu u zdravých lidí je sice složitější, ale zjednodušeně můžeme tvrdit, že se se stresem vyrovnáváme skrze copingové strategie. U chronicky nemocných je do tohoto vztahu zapojena další proměnná - pacientovo pojetí nemoci (illness perception). Vyšší úroveň stresu způsobuje, že pacient vnímá nižší kontrolu nad svou nemocí a její důsledky hodnotí jako horší. Dále bylo zjištěno, že životní stres u chronicky nemocných vyvolává paliativní (bolest zmírňující, na emoce zaměřený) coping. Tito pacienti potom například upřednostňují zůstat doma v posteli, stylizují se do role nemocného, volí strategie, které jim pomohou znovu nabýt sílu a energii a snížit zažívaný emoční diskomfort. Vyjadřují také více negativních emocí (např. strach a starosti o své zdraví). Zajímavým zjištěním tohoto výzkumu bylo, že vyšší úroveň stresu způsobuje, že pacient považuje svoje onemocnění za více ohrožující, což způsobuje více starostí o jeho zdraví a využívání více paliativních copingových strategií. (Karademas, Karamvakalis, Zarogiannos, 2009)

U copingových strategií lze rozlišit skupinu speciálních, na nemoc zaměřených mechanismů (illness-related, palliative coping strategies). Škála Coping with Health Injuries and Problem Scale (CHIP; Ender, Parker, Summerfeldt, 1998, cit. dle Karademas a kol., 2009) rozlišuje tyto:

- Instrumentální coping (podobné jako na řešení zaměřené strategie, vyhledávání informací a odborné pomoci;

- Následování lékařských rad a doporučení;
- Paliativní coping (spíše zklidňující strategie zaměřené na emoce);
- Denní snění a pozitivní myšlení;
- Emocionální reakce (emocionální důsledky onemocnění).

Tyto strategie jsou pro pacienty s chronickým onemocněním jistě velmi důležité a pomáhají jim vyrovnat se s jejich postižením. My se však v této práci budeme věnovat spíše vyrovnávacím mechanismům, které nám pomáhají v boji s každodenním stresem.

### **1.2.2.6 Coping u pacientů s IBD**

U somatických onemocnění je většinou malá míra možné kontroly pacientem, tudíž budou využívat spíše sekundární kontrolu - na emoce zaměřený coping, zástupnou kontrolu při přisuzování zodpovědnosti lékařům a výkladovou kontrolu ve snaze pochopit onemocnění a jeho spouštěče. (Zaag-Loonen, 2004)

Z výzkumů vyplývá, že adolescenti trpící jedním ze zánětlivých střevních onemocnění využívají stejné copingové strategie jako jejich zdraví vrstevníci s jedinou výjimkou - vyhýbavé chování. Důvodem mohou být nepříjemné projevy nemoci, které mohou být pro pacienty ztrapňující, tudíž o nich moc nemluví. Toto se následně přeneso i na další nepříjemné situace a každodenní problémy, o kterých nakonec také nemluví. (Zaag-Loonen, 2004)

Domníváme se, že zde by bylo vhodné zmínit, jak moc jsou pacienti onemocněním omezeni. Pokud jim jejich symptomy dovolují účastnit se sociálního života a víceméně fungovat v každodenních povinnostech, budou jejich copingové strategie pravděpodobně jiné, než kdyby byli připoutáni na lůžku.

Moradkhani a kol. (2011) zjistili, že aktivnější coping, plánování a vyhledávání podpory u pacientů s IBD souvisí s větší informovaností. Protože jejich onemocnění je nevyzpytatelné, narušuje jejich stabilitu a posiluje ztrátu kontroly na jejich životy. Pokud jim lékař nebo jiná podpora poskytne podstatné informace, zvýší to jejich proaktivitu, následně i pocit kontroly a stability. Pacienti jsou pak schopni volit vhodnější copingové strategie, což snižuje jejich úzkost, distres a nespokojenost. (Moradkhani a kol., 2011)

V souvislosti s výše zmíněným nás napadá, do jaké míry za tímto zlepšením stojí pouhá informovanost, nebo spíše blízký a důvěrný vztah s pacientovým ošetřujícím lékařem či jinak vyškoleným personálem. Možná by se zde dalo mluvit o zástupné kontrole podle Rothbaumova dělení.

### **Zdroj článku:**

Adolfová, Lucie (2014). Zvládání stresu u pacientů s idiopatickými střevními záněty. Masarykova univerzita: Brno. (diplomová práce).  
[https://is.muni.cz/auth/th/362509/ff\\_m/Lucie\\_Adolfova\\_DP.pdf](https://is.muni.cz/auth/th/362509/ff_m/Lucie_Adolfova_DP.pdf) (s. 23-43)

Adolfová, Lucie (2014). Stress Coping in Patients with Inflammatory Bowel Diseases. Masaryk university: Brno. (diploma thesis)

**Autorka textu:** <https://is.muni.cz/auth/osoba/362509>

**Vedoucí diplomové práce:** <https://is.muni.cz/auth/osoba/11191>

1. Aldwin, C. M. (2009). *Stress, Coping, and Development. An Integrative Perspective*. New York: The Guilford Press.
2. App helps teens manage IBD.(2012, May 10). *Mississauga News*, pp. 1.
3. Atkinson, R. L.; Atkinson, R. C.; Smith, E. E.; Bem, D. J.; Nolen-Hoeksema, S. (2002). *Psychologie*. Praha: Portál.
4. Bartůňková, S. (2010). *Stres a jeho mechanismy*. Praha: Nakladatelství Karolinum.
5. Blix, I., Bang Hansen, M., Skogbrott Birkeland, M., Nissen, A., Heir, T. (2013). Posttraumatic growth, posttraumatic stress and psychological adjustment in the aftermath of the 2011 Oslo bombing attack. *Health & Quality Of Life Outcomes*, 11(1), 1-6.
6. Brougham, R., Zail, C., Mendoza, C., Miller, J. (2009). Stress, Sex Differences, and Coping Strategies Among College Students. *Current Psychology*, 28(2), 85-97.
7. Folkman, S. (1984). Personal Control and Stress and Coping Processes: A Theoretical Analysis. *Journal Of Personality & Social Psychology*, 46(4), 839-852.
8. Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. L., DeLongis, A. (1986). Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms. *Journal Of Personality & Social Psychology*, 50(3), 571-579.
9. Goodhand, J. R., Wahed, M., Rampton, D. S. (2009). Management of stress in inflammatory bowel disease: A therapeutic option? *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology*, 3(6), 661-679.
10. Hartl, P.; Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.

11. Karademas, E. C., Karamvakalis, N., Zarogiannos, A. (2009). Life context and the experience of chronic illness: is the stress of life associated with illness perceptions and coping?. *Stress & Health: Journal Of The International Society For The Investigation Of Stress*, 25(5), 405-412.
12. Kohn, M. L. (1972). Class, family, and schizophrenia. *Social Forces*. 50, 295-302.
13. Kumar, A., Rinwa, P., Kaur, G., Machawal, L. (2013). Stress: Neurobiology, consequences and management. *Journal Of Pharmacy & Bioallied Sciences*, 5(2), 91-97.
14. Maddi, S. R. (2013). *Hardiness. SpringerBriefs in Psychology*. Springer.
15. Moradkhani, A., Kerwin, L., Dudley-Brown, S., Tabibian, J. (2011). Disease-Specific Knowledge, Coping, and Adherence in Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Digestive Diseases & Sciences*, 56(10), 2972-2977.
16. Neal, M. B., Hammer, L. B. (2009). Dual-Earner Couples in the Sandwiched Generation: Effects of Coping Strategies Over Time. *Psychologist-Manager Journal (Taylor & Francis Ltd)*, 12(4), 205-234.
17. Nolen-Hoeksema, S., Friedrickson, B. L., Loftus, G. R., Wagenaar, W. A. (2012). *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. Praha: Portál.
18. Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada Publishing.
19. Paulík, K. (2012). *Psychologické aspekty zvládání zátěže muži a ženami*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.
20. Pearlin, L. I., Schooler, C. (1978). The structure of coping. *J. Health Behavior*, 19, 2-21.

21. Raudenská, J.; Javůrková, A. (2011). *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing.
22. Rothbaum, F., Weisz, J. R., Snyder, S. S. (1982). Changing the World and Changing the Self: A Two-Process Model of Perceived Control. *Journal Of Personality & Social Psychology*, 42(1), 5-37.
23. Sanjuán, P., Magallares, A. (2014). Coping Strategies as Mediating Variables Between Self-serving Attributional Bias and Subjective Well-Being. *Journal Of Happiness Studies*, 15(2), 443-453.
24. Selye, H. (1983). The stress concept: Past, present, and future. In C. L. Cooper (Ed.), *Stress research: Issues for the eighties*. New York, NY: John Wiley.
25. Song, S. (2004). The price of pressure. *Time International (South Pacific Edition)*, (28), 54-55.
26. van der Zaag-Loonen, H. J., Grootenhuis, M. A., Last, B. F., Derkx, H. F. (2004). Coping Strategies and Quality of Life of Adolescents with Inflammatory Bowel Disease. *Quality Of Life Research*, 13(5), 1011-1019.
27. Vašina, L. (2002). *Klinická psychologie a somatická psychoterapie, díl I*. Brno: NEPTUN.
28. Wheaton, B. (1982). A comparison of the moderating effects of personal coping resources on the impact of exposure to stress in two groups. *Journal Of Community Psychology*, 10(4), 293-311.

Doplňené interaktivní odkazy:

[http://en.wikipedia.org/wiki/Stress\\_\(biology\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Stress_(biology))

[http://en.wikipedia.org/wiki/Yerkes%E2%80%93Dodson\\_law](http://en.wikipedia.org/wiki/Yerkes%E2%80%93Dodson_law)

[http://en.wikipedia.org/wiki/Hans\\_Selye](http://en.wikipedia.org/wiki/Hans_Selye)

<http://en.wikipedia.org/wiki/Lazarus>