

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



DIPLOMOVÁ PRÁCE

Mgr. BcA. Petra Doležalová, MBA

Egodystonní záchvaty hněvu u matek malých dětí

Ego-dystonic Anger Attacks in Mothers of Young Children

Poděkování

Touto cestou děkuji PhDr. Markétě Niederlové, Ph.D. za její trpělivost, vstřícnost a morální podporu při vedení této práce. Děkuji také Mgr. Kateřině Čížkové za nezištnou spolupráci při překladu inventářů, Mgr. Karolíně Vlčkové za pomoc a cenné konzultace při zpracování získaných dat, Mgr. Lucii Scheerové, Mgr. Ing. Pavle Cerhové Kořínkové, Mgr. Pavle Kupčo, a všem přátelům a známým, kteří mi ochotně pomáhali se sběrem dat. V neposlední řadě ještě jednou děkuji všem matkám, které věnovaly díl svého drahocenného času a energie své sebereflexi a zároveň i vědě. Ze srdce děkuji své rodině za jejich obětavou podporu, bez níž by tato práce neměla šanci vzniknout. Věnuji ji všem vzteklým matkám. Svému synovi Šimonovi slibuji, že už brzy zas začnu pečovat i o sebe a své vlastní potřeby, abych mu – občas určitě trochu zdravě naštvaná, ale jinak snad o dost víc v pohodě – mohla být k dispozici jako milující a dost dobrá máma.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 31.7.2020

.....

Petra Doležalová

Abstrakt

Hněv v kontextu mateřství je stále málo diskutovaným a nepříliš probádaným tématem. Literárně-přehledová část této diplomové práce shrnuje poznatky z oblasti hněvu, konkrétně pak jeho náhlých egodystonních záchvatů, stresu a psychosociálních potřeb, respektive motivačních cílů a schémat vedoucích k jejich naplňování nebo předcházení jejich frustraci, v kontextu mateřství hledá možné příčiny hněvu a poukazuje na jeho důsledky.

Praktická část práce je založena na kvantitativním výzkumném designu, konkrétně průřezovém šetření administrovaném online, pro něž byly pro české prostředí lokalizovány čtyři inventáře – Dotazník záchvatů hněvu (AAQ), Dotazník záchvatů vzteku (RAQ-R), Dotazník k analýze motivačních schémat (FAMOS) a Dotazník inkongruence (INK). Posledním použitým nástrojem byla Škála vnímaného stresu (PSS). Výzkumný vzorek tvořilo 257 dospělých žen s právě jedním dítětem do 36 měsíců věku a šetření zjišťovalo rozdíly v subjektivním prožívání matek se záchvaty hněvu (N = 138) a bez nich (N = 119) s ohledem na poslední tři měsíce.

V oblasti psychosociálních potřeb se u matek se záchvaty hněvu projeví největší intraindividuální deficity ve škálách Rozmanitosti, Sebeocení, Afilie / Sociability, Vzdělávání / Vědomostí, Statusu, Uznání / Respektu, Autonomie a Kontroly. Tyto matky zároveň prožívaly přemíru Vulnerability / Ztráty kontroly, Hostility / Napětí, Bezmoci a Selhání. Matky se záchvaty hněvu výrazně častěji prožívaly vztek a vyšší míru stresu než matky bez záchvatů hněvu. Významné odlišnosti mezi oběma skupinami matek byly zjištěny u téměř všech škál apetentních cílů i averzivních motivů. Statisticky nejvýznamnější rozdíly byly zaznamenány ve škálách Hostility / Napětí, Selhání a Kontroly, ale i rozdíly ostatních škál (mimo Altruismus) vyšly signifikantní. Matky se záchvaty hněvu sice projeví mírně vyšší preferenci averzivních motivů než matky bez záchvatů, nicméně absolutně preferovaly cíle apetentní, což lze považovat za výsledek zdravého motivačního přístupu.

Klíčová slova

Hněv, stres, psychosociální potřeby, motivační schémata, mateřství

Abstract

Anger in the context of motherhood is still an insufficiently discussed and underresearched topic. The theoretical part of this thesis summarizes knowledge from the domains of anger, and in particular its sudden ego-dystonic attacks, stress, and psychosocial needs, or more precisely motivational goals and schemata, which lead to their satisfaction or prevent their frustration, and in the context of motherhood seeks potential causes of anger and highlights its consequences.

The empirical part of this thesis is based on quantitative research design, namely an online administered cross-sectional study, for which four inventories – Anger Attacks Questionnaire (AAQ), Rage Attacks Questionnaire (RAQ-R), Inventory of Approach and Avoidance Motivation (FAMOS), and Incongruence Questionnaire (INK) – were localized into the Czech setting. Perceived Stress Scale (PSS) was the last instrument used in this study. The research sample consisted of 257 adult women with an only child of up to 36 months of age and the study looked into the differences in subjective experience of mothers with anger attacks (N = 138) and without anger attacks (N = 119) with regard to the last three months.

In the domain of psychosocial needs, the greatest intraindividual deficits for mothers with anger attacks emerged in the following scales: Variety, Self-Reward, Affiliation / Sociability, Education / Knowledge, Status, Recognition / Respect, Autonomy, and Control. At the same time, these mothers experienced excess Vulnerability / Loss of Control, Hostility / Tension, Helplessness, and Failure. Mothers with anger attacks experienced rage significantly more often and also higher levels of stress than mothers without anger attacks. Significant differences between both groups of mothers were discovered in almost all approach goals as well as avoidance motives scales. Statistically most significant differences were found in the Hostility / Tension, Failure, and Control scales, but also the differences of other scales (except for Altruism) turned out significant. Mothers with anger attacks did demonstrate slightly higher preference for avoidance motives than mothers without anger attacks, however their absolute preference was for approach goals, which may be considered a result of a healthy motivational approach.

Keywords

Anger, stress, psychosocial needs, motivational schemata, motherhood

Obsah

Úvod.....	6
Literárně přehledová část	9
1. Hněv	9
1.1 Původ a funkce hněvu	9
1.2 Mechanismy a spouštěče hněvu.....	10
1.3 Valence a morální aspekty hněvu	11
1.4 Projevy hněvu.....	13
1.4.1 Záchvaty hněvu.....	13
1.5 Specifika hněvu mužů a žen	16
1.6 Koreláty a negativní důsledky hněvu.....	17
1.7 Regulace hněvu a jeho projevů.....	19
2. Stres.....	21
2.1 Zátěžové situace a vybrané stresory.....	21
2.2 Vybrané teorie stresu	22
2.3 Důsledky stresu.....	24
3. Psychosociální potřeby a motivační schémata.....	26
3.1 Teorie konzistence a základních psychosociálních potřeb	26
3.1.1 Motivační schémata	28
4. Hněv v kontextu mateřství	31
4.1 Potenciální příčiny mateřského hněvu	31
4.1 Důsledky dysregulovaných projevů hněvu pro vývoj dítěte	34
Výzkumná část	36
5. Výzkumný problém, cíle výzkumu a hypotézy nebo výzkumné otázky	36
5.1 Hlavní hypotézy	37
5.2 Vedlejší hypotézy	37
5.3 Operacionalizace proměnných.....	37
6. Design výzkumného projektu.....	39

6.1 Typ výzkumu.....	39
6.2 Metody získávání dat	39
6.2.1 AAQ.....	40
6.2.2 RAQ-R	41
6.2.3 PSS.....	41
6.2.4 FAMOS	42
6.2.5 INK	43
6.3 Metody zpracování a analýzy dat	44
6.4 Etika výzkumu.....	45
7. Výzkumný soubor	47
8. Výsledky	48
7.1 Záchvaty hněvu.....	49
8.1 Výsledky hlavních výzkumných hypotéz.....	52
8.2 Výsledky vedlejších výzkumných hypotéz	55
8.3 Doplňkové výsledky	56
9. Diskuse	59
Závěr	70
Seznam použité literatury	72
Seznam grafů	84
Seznam obrázků.....	85
Seznam tabulek.....	86
Seznam zkratk.....	87
Příloha 1.	I
Příloha 2.	II
Příloha 3.	III
Příloha 4.	IV

Úvod

Mateřství bývá často označováno za nejvýznamnější a zároveň nejšťastnější období v životě ženy. Reklamy a sociální sítě prezentují jednu spokojenou rodinu za druhou – odpočaté, skvěle upravené a vždy dobře naladěné matky s milujícími partnery po boku a prospívajícími a usměvavými dětmi v náruči. Jako by rodičovství bylo procházkou růžovým sadem zalitým sluncem bez hrozby jediného mráčku na obzoru. Prohlédneme-li ale za tyto zkreslené obrazy, zjistíme, že matky během procházky může opakovaně zastihnout dost silná bouřka – totiž jejich vlastní hněv, vztek a související projevy se všemi jejich důsledky. Nejčastější představa laické veřejnosti o hněvu jako negativní emoci je ovšem přinejmenším příliš jednostranná a krátkozraká. Člověk totiž ve svém životě potřebuje v rozumné míře prožívat širokou paletu emocí. Stejně jako všechny ostatní emoce – včetně těch označovaných za ryze pozitivní – má i hněv svůj smysl, je nám dobrým sluhou, ale zlým pánem. Podobně jako u bouřky, která přináší potenciálně ničivé, ale pro krajinu zároveň blahodárné účinky, a vyčistí se po ní vzduch, je tomu i u hněvu. Negativní dopady na lidské zdraví a jejich mezilidské vztahy totiž nepřinášejí emoce samotné, nýbrž jejich přílišná frekvence, vysoká intenzita, délka trvání a nedostatečná regulace jejich projevů.

Pole literatury mapující změny, jimiž procházejí novopečené matky během přivykání si na svou novou roli je poměrně široké. Ve srovnání se vztekem u dětí je však v odborných publikacích stále relativně málo prostoru věnováno hněvu a vzteku mateřskému, který může ale také nemusí ústít v agresivní chování nebo dokonce týrání. Četné výzkumy opakovaně potvrzují, že rodičovská vřelost predikuje příznivý, zatímco hostilita nepříznivý vývoj dětí. Zároveň mohou časté a intenzivní projevy hněvu přispívat ke konfliktům mezi rodiči a negativně tak ovlivňovat jak jejich partnerský vztah, tak i výchovu jejich dětí. Otázka hněvu, jeho intenzity a způsobu projevů se tedy netýká jen osobního blaha žen-matek a jejich partnerských (a dalších) vztahů, ale i blaha a emočního vývoje jejich dětí.

Náhlé a zaplavující záchvaty hněvu byly dosud popsány jak v několika případových studiích, tak ve výzkumech deprese a úzkosti na klinické populaci včetně matek s klinickou diagnózou deprese. Jejich výskytu u běžné populace, natož u běžné populace matek, však výzkumná pozornost dosud věnována nebyla. Cílem této diplomové práce je tuto mezeru alespoň částečně zaplnit relevantními a aktuálními teoretickými i praktickými východisky a souvislostmi.

V rámci této práce se tedy pokouším zhodnotit dostupné informace z oblasti hněvu a konkrétně pak jeho náhlých záchvatů, stresu a psychosociálních potřeb, respektive cílů a motivů vedoucích k jejich naplňování. Dále se zabývám potenciálními příčinami stresu, frustrace potřeb a hněvu specifickými pro kontext mateřství. Cílem výzkumu je porovnat, jak se liší prožívání matek malých dětí, které mají zkušenosti s vlastními záchvaty hněvu, a těch, které tuto zkušenost nemají, na základě zjištěných poznatků navrhnout oblasti zájmu pro další výzkum a v aplikované rovině pak formulovat doporučení pro praxi v oblasti psychoterapie, prevence a další odborné práce s matkami a celými rodinami. V neposlední řadě je mým záměrem poukázat na tento relativně rozšířený, avšak zároveň stále příliš skrytý fenomén, a otevřít ho další odborné i laické diskusi.

Po základním úvodu do problematiky mateřství se v první kapitole literárně přehledové části nejdříve zabývám oblastí **hněvu**, jeho základními funkcemi, mechanismy a spouštěči, jeho valenci, projevy – specificky pak ve formě **náhlých egodystonních záchvatů**, genderovými specifiky, dále pak jeho koreláty, důsledky a regulaci jeho prožívání i projevů.

Druhou kapitolu věnuji definici zátěžových situací, příkladům stresorů, v rámci vybraných teorií pak mechanismům **stresu**, krátce i souvisejícím obranným mechanismům a copingovým strategiím a také jeho bio-psycho-sociálním důsledkům.

Ve třetí kapitole se zabírám základními **psychosociálními potřebami**, respektive druhy **cílů a motivů určených k jejich naplnění**, a důsledky jejich **inkongruence**. Samostatnou kapitolu zde věnuji teorii konzistence, z níž vychází dva inventáře použité ve výzkumné části.

V poslední čtvrté kapitole literárně-přehledové části pak v **kontextu mateřství** prozkoumávám potenciální stresory, příčiny frustrace základních potřeb a hněvu specifické pro toto období, obzvlášť pak pro jeho několik prvních let, kdy se žena vžívá do své nové (do)životní role a nutně se jí – a částečně i si ji – přizpůsobuje.

Ve výzkumné části představuji svůj **výzkumný projekt**, stanovuji hlavní a vedlejší hypotézy, popisuji jeho design včetně zvolených metod získávání a analýzy dat, uvádím výsledky průřezového šetření provedeném na vzorku neklinické populace matek jediného dítěte do 36 měsíců věku a analyzuji souvislosti výše uvedených konstruktů a jejich rozdíly u skupiny matek se záchvaty hněvu a bez nich.

V závěrečné **diskusi** pak v návaznosti na poznatky uvedené v teoretické části práce rozebírám jednotlivé výsledky a porovnávám je s dostupnými výsledky dalších výzkumníků. Poukazuji zde na limity a přínosy provedeného výzkumu, navrhuji další možnosti bádání v dané oblasti a uvádím několik doporučení pro práci s hněvem v kontextu mateřství.

V této práci jsem se snažila čerpat jak z české, tak zejména cizojazyčné relevantní literatury s hlavním těžištěm v publikacích renomovaných odborných nakladatelství a časopisů s datem vydání od roku 2000 dále.

Veškeré překlady cizojazyčných zdrojů jsou mé vlastní. Zavedené pojmy, a obzvlášť pak ty, které nemají jednoznačný český ekvivalent, ponechávám v původní verzi psané kurzívou, případně se je snažím srozumitelně popsat.

V práci užívám citační normu APA, 2010.

Literárně přehledová část

V teoretické části práce se postupně ve třech kapitolách v obecné rovině zabývám třemi hlavními konstrukty a jejich detailnějšími charakteristikami – hněvem, stresem a psychosociálními potřebami, respektive motivačními schémata určenými k jejich uspokojení nebo vyhnutí se jejich frustraci. V poslední kapitole pak tyto konstrukty rozebírám v kontextu mateřství.

1. Hněv

„Kdo si připouští hněv, ten věří, že ještě může život změnit. Kdo už si hněv nepřipouští, ten už v to nedoufá.“ (Kast, 2010, p. 26)

Emoce jsou neodmyslitelně spjaty s naším každodenním životem – naším prožíváním, myšlením a jednáním a ve značné míře ho dokonce určují. Už od narození mají základní emoce funkci komunikačního kanálu mezi dítětem a rodičem a jejich vzájemný vztah postupně také ovlivňují. Zároveň jsou nezbytné pro vnímavé, citlivé a efektivní, rodičovství. Pokud je jich však příliš málo, příliš moc anebo neladí s výchovnými cíli, tak maří jak výchovu, tak vývoj dítěte (Dix, 1991).

1.1 Původ a funkce hněvu

Hněv je obecně považován za jednu ze základních a univerzálních lidských emocí; za původně vrozený a autonomní sklon ke zlepšování biologické zdatnosti lidského druhu a jeho adaptability prostřednictvím ochrany potravy, partnera, dětí a příbuzenstva (Cherry & Flanagan, 2018). Jeho původní funkcí byla a nadále zůstává **aktivace organismu k překonávání překážek nebo hrozeb při snaze o dosažení zvoleného cíle**, respektive během cílesměrného jednání (Cherry & Flanagan, 2018; Kast, 2010; Lemerise & Harper, 2010; Nakonečný, 2000). Hněv je tedy důsledkem narušení do budoucna orientované apetentní motivace jedince (Carver & Harmon-Jones, 2009). V procesu dosahování stanovených cílů hněv zároveň slouží k potlačení strachu, bolesti a studu a zachování sebeúcty (Lewis, 2010; Novaco, 2016). Golden (2020) naproti tomu hněv popisuje jako do minulosti zacílený antagonismus vůči někomu nebo něčemu, koho nebo co shledáváme vinným za naše, případně i cizí utrpení.

V odborné obci nepanuje shoda ohledně toho, zda je hněv emocí primární nebo sekundární. Zastánci hněvu jako primární emoce argumentují tím, že je pozorovatelný již u

velmi malých dětí (Novaco, 2016), případně že subjektivní kognitivní zhodnocení často označované za pravou příčinu hněvu ovlivňuje pouze jeho intenzitu a nikoli druh emoce (Berkowitz & Harmon-Jones, 2004). Jiní autoři hněv považují za emoci sekundární, které předcházejí primární emoce jako strach nebo smutek a která je zásadně ovlivňována primární výchovou a další socializací ve specifickém sociálně-kulturním prostředí. Vedle sociálně podmíněného původu hněvu, pak existují i **sociální funkce hněvu** – včetně již zmíněného zachování sebeúcty, vymezování svých hranic vůči ostatním, posílení sociální hierarchie, respektive zabránění nějakému prohřešku (Kast, 2010).

1.2 Mechanismy a spouštěče hněvu

Vzhledem k evolučně podmíněné funkci hněvu vypořádat se s iminentní hrozbou a připravit organismus k útoku se hněvivé rozpoložení na tělesné úrovni vyznačuje aktivací kardiovaskulárního, endokrinního a centrálního nervového systému a současným napětím kosterního svalstva (Novaco, 2016). Někteří autoři zdůrazňují, že jisté „prekognitivní“ emoce nastupují okamžitě bez předešlého vědomého zhodnocení, ovšem ve většině případů je součástí emocí, a tedy i hněvu, několik složek – fyziologická, kognitivní, prožitková a expresivní. Různí lidé své identické fyziologické nabuzení mohou interpretovat různými způsoby, prožívat při nich zcela odlišné emoční stavy a také je odlišně projevovat. K prožitku hněvu má tedy docházet teprve na základě **kognitivního zpracování a jeho interpretace** jako nějaké rodící se úzkosti nebo strádání v kombinaci s dispozicí reagovat na takové interpretace negativně (Barrett, 2018). Mezi kognitivními, fyziologickými a behaviorálními systémy hněvu a jeho vnějšími spouštěči existují úzké zpětnovazební mechanismy, díky kterým může být prožívání hněvu prodlouženo nebo znovu oživeno za přispění kognitivních procesů jako například ruminace, představ a symbolických podnětů. Hněv jako spouštěč antagonistického počínání dokáže prostřednictvím eskalace agresivního chování zvýrazňovat negativní aspekty okolností, které stály za jeho prvotní aktivací a negativní emoční naladění posiluje intenzivnější vnímání negativních aspektů vnějších okolností, čímž přispívá k vyvolání hněvu a vzteklé reakce. Vzhledem k tomu, že hněv oslabuje schopnost sebekontroly, tak se rozhněvanému jedinci v záplavě emocí často nedaří zůstat objektivním sebezpozorovatelem a dopídit se skutečného zdroje svého hněvu, kterým nebývá vnímaný spouštěč sám o sobě, ale to, jak člověk vzniklou situaci interpretuje a co konkrétně svým hněvem brání (Goleman, 1997; Novaco, 2016). I generalizace hněvu, tedy postupné nabalování zdánlivě triviálních nepříjemností, může udržovat relativně

vysokou hladinu neuvědomované bazální podrážděnosti, z níž už je pak jen krůček k výbuchu vzteku (Kast, 2010).

Dalším významným aspektem hněvu je jeho frekvence. Stálý a konzistentní vzorec nebo dispozice k prožívání hněvu poukazuje na hněv jako osobnostní **rys**, zatímco situačně podmíněnou emoční reakcí na vnímanou nespravedlnost se vyznačuje hněv jako **stav**. Oba mohou být provázeny agresivním chováním, hněv jako rys pak zároveň i hostilitou v tzv. AHA (*Anger–Hostility–Aggression*) syndromu (C. D. Spielberger & Sarason, 2005).

Z často jmenovaných potenciálních spouštěčů hněvu lze uvést například frustraci, ohrožení hodnot, autonomie, autority nebo reputace, neúctu a urážky, porušení norem nebo pravidel a pocit nespravedlnosti (Novaco, 2016; Potegal & Stemmler, 2010), ale také překážky na cestě k vytyčenému cíli ve formě neživých předmětů, (např. časových) komplikací a blokujících událostí při vyvíjeném úsilí nebo nečekané rozdílnosti názorů (Cherry & Flanagan, 2018). Podobně může být spouštěčem hněvu bránění v uspokojování fyziologických, emocionálních a interpersonálních potřeb (Potegal & Stemmler, 2010). Podle Kastové (2010) může být hněv a s ním spjaté destruktivní chování projevem pocitu nedostatečné vlastní hodnoty, ale zároveň i reakcí na skutečné vnější hrozby a z nich pramenící chronický stres z dlouhodobě nenaplňovaných psychosociálních potřeb. Takové podmínky pak mohou mít dopad na sílu ega, a tedy i schopnost se s každodenními frustracemi vypořádat.

1.3 Valence a morální aspekty hněvu

Hněv je obecně považován za emoci negativní (Paulík, 2017), averzivní a nepřátelskou (Harmon-Jones, 2004), která **oslabuje zapojení kognitivních procesů a sebekontroly** a podněcuje k poškozování druhých. Pro ty, pro něž je udržování sebekontroly důležitou psychosociální potřebou, může být prožívání vzteku obzvlášť nepříjemné, protože jasně ukazuje na její selhání. Právě v těchto případech na něj může nasedat i stud (Kast, 2010).

Hněv však nemusí přinášet pouze negativní chování nebo důsledky. V kontextu adaptace a motivace je hněv spojován v první řadě s pozitivními účinky a vytrvalostí (Novaco, 2016). Je třeba zmínit jeho přínos při **mobilizaci energie, motivace a pozornosti** při řešení problémů a překonávání překážek na cestě ke stanoveným cílům a pro motivaci ke konstruktivní mezilidské interakci. Může být označen za citlivého posla negativních emocí vůči druhým, vytříbený detektor nespravedlnosti a ochránce sebeúcty a zároveň

nástroj, jehož pomocí lze druhého člověka přimět k nápravě způsobené křivdy (Carver & Harmon-Jones, 2009; Cherry & Flanagan, 2018; Novaco, 2016; Potegal & Stemmler, 2010).

Na základě morálního hlediska uvádějí Cherry a Flanagan (2018) tyto druhy hněvu:

- Hněv za účelem pomsty za způsobenou újmu;
- Hněv za účelem přenést újmu způsobenou někým nebo něčím na někoho/něco jiného, kdo/co tuto újmu nezpůsobil/o;
- Instrumentální hněv za účelem přimět druhého ke správnému chování, omluvě nebo nápravě;
- Hněv za účelem získání, udržení nebo obnovení uznání, úcty a vlastní hodnoty;
- Předstíraný hněv, respektive pouze vyjádření hněvu, který je ve skutečnosti prožíván jen v omezené míře, za účelem přimět druhého k dodržení pravidel;
- Hněv směřovaný vůči určitému jednání, které není v souladu s lidskými právy;
- Neosobní hněv vyjadřující hrůzu a vztek v reakci na osud, přírodní katastrofy anebo lidské zlo a hloupost. Patří sem i hněv kvůli subjektivně vnímané nespravedlnosti, urážce uznávaných hodnot nebo porušování ctěných pravidel (Kast, 2010).

První dva druhy hněvu jsou považovány za nemorální, protože jejich primárním záměrem je způsobit újmu. Hlavním záměrem ostatních pěti druhů je však směřování k „dobru věci“ a lze je tedy označit za přijatelné i přes to, že i ty mohou zapříčinit újmu.

K negativním důsledkům hněvu, o nichž se více rozepisují v kapitole 1.6, dochází teprve v souvislosti vysokou, nedostatečně regulovanou intenzitou a negativní atribucí v průběhu kognitivního zpracování a behaviorální reakce (Phillips, 2013). Oddělení prožívané emoce a následného jednání je zásadní i podle Křivohlavého (2004). Hněv je podle něj emocí pohotovostní a energizující a až chování ho pak rozděluje na konstruktivní nebo destruktivní. V každém případě je však emocí apetentní, která na rozdíl od strachu nebo smutku, a podobně jako radost, usiluje o kontakt člověka s okolím za účelem jeho přiblížení se k danému cíli (Carver & Harmon-Jones, 2009; Darwin in Lewis, 2010). V tomto ohledu je tedy vhodné se zaměřit na pozitivní účinky prožívání hněvu (a konfliktu vůbec) a zároveň na negativa jeho dlouhodobého potlačování.

1.4 Projevy hněvu

Stejně jako jiné emoce je i hněv spojen s určitým výrazem, projevem a jednáním. Evolučně podmíněná a ontogeneticky primitivní je tendence k **explozi** a **vnější agresi** (Potegal & Stemmler, 2010) a podle Leungové a Slepové (2006) mají někteří lidé skutečně tendenci k otevřenému vyjadřování hněvu, a to jak prostřednictvím verbálního (hádky, sarkasmus), tak fyzického (útok na druhé, práskání dveřmi) agresivního chování. Tyto autorky popisují rozdíly ve stylech vyjadřování hněvu jako relativně stálé a nezávislé na konkrétní situaci. Sociálně podmíněný je naopak sklon k **implozi** a **potlačování hněvu** (Kast, 2010), ovšem hněv je u člověka možné detekovat i v případech, že tvrdí, že se nehněvá, a to jak z jeho slov, tak i postoje a výrazu tváře (Cherry & Flanagan, 2018). Implikacemi obou způsobů vyjadřování hněvu se zabývám v kapitole 1.7.

Jak hněv samotný, tak způsoby jeho vyjádření a reakce na ně jsou **závislé na cíli a sociálním kontextu** (Cherry & Flanagan, 2018; Potegal & Stemmler, 2010) a zároveň jsou silně **ovlivňovány specifickou kulturou, jazykem a sociálními** – genderovými, věkovými, statusovými, sociálně-rolovými a profesními – **koncepty a normami**, které stanovují, jaké prožívání, respektive chování je v dané situaci normální a společensky přijatelnou reakcí. Z mezikulturních a dalších studií vyplývá, že již zmiňovaná univerzální vrozená dispozice k prožívání hněvu je tvárná a regulovatelná jak prostřednictvím kulturně-sociálních norem, tak individuální vůlí a seberozvojem (Cherry & Flanagan, 2018). Hněv je tedy modifikovatelnou emocií a zdaleka ne každé rozhněvání se projeví agresi. Přestože hněv není ani nutnou, ani dostatečnou podmínkou agresivního chování, často ho spouští a pohání, obzvláště pak v případech, kdy intenzita hněvu převáží nad seberegulačními mechanismy člověka.

1.4.1 Záchvaty hněvu

Hněv může nabývat různých stupňů intenzity od podrážděnosti, rozhořčení a zlosti až po vztek a zuřivost, nicméně jejich rozlišení je spíše otázkou jazykového citu konkrétního jednotlivce na přesných definicích (Schmale-Riedel, 2019). V nejvyšších stupních intenzity se lidé svým hněvem cítí ve značné míře pohlceni a jednají jinak než obvykle. Na rozdíl od běžného stavu, kdy kontrola jednání probíhá zejména v dorzální části mozkové kůry, se při takových záchvatech „slepé zuřivosti“¹ kontroly nad rozhodováním zmocňuje

¹ „Zatmělo se mi před očima“, „byla jsem vzteky bez sebe“, „málem jsem vyletěla z kůže“, „když..., tak se neznám/vidím rudě“... (Kast, 2010)

orbitofrontální kůra a související limbické struktury. Goleman (1997) tyto vypjaté emoční stavy označuje jako „emoční únosy“, protože představují ty případy, kdy nějaký podnět, který by za jiných okolností byl pomaleji a racionálně zpracován kortikálními strukturami mozku, v tomto „iracionálním“ limbickém systému mozku spustí okamžitou, zahlcující a tomuto podnětu neúměrnou reakci. Z těchto důvodů lidé takovou reakci často provázenou disinhibovanou agresí považují za alespoň částečně nedobrovolnou, a tedy **egodystonní** (Potegal & Stemmler, 2010) nebo také **inkongruentní**. Egodystonní vnímání hněvu spočívá v tom, že člověk projevy svého hněvivého prožívání, pocitů a chování nepovažuje za součást svého *self* a vnitřně se od nich distancuje, protože jsou **v nesouladu s jeho sebepojetím**². V Rogersově pojetí představuje inkongruence rozpor mezi skutečnou zkušeností organismu z vnitřního či vnějšího světa a sebeobrazem člověka ve vztahu k této zkušenosti. Rozsah inkongruence mezi jeho sebepercepcí a sociálně vnímanou realitou představuje míru jeho vulnerability a rozsah uvědomění si této inkongruence míru jeho vnitřní tenze, a potažmo jeho defenzivního chování. V současné společnosti s mnoha protichůdnými hodnotami, cíli a názory tak pozitivní sebeúcta jedince často bývá vystavena značnému množství interních konfliktů (Rogers, 2012).

Afektivní egodystonní záchvaty hněvu jsou tedy doprovázeny **náhlou a silnou vlnou stenického nabuzení autonomního nervového systému za souběžného pocitu zahlcení a ztráty kontroly**. Lze je tedy připodobnit k panickým atakám, ovšem bez manifestní komponenty strachu a úzkosti. Po odeznění jsou obvykle, nikoli však výlučně, následovány **pocity viny nebo lítosti**. Vzhledem k tomu, že ti, kteří těmito záchvaty trpí často, uvádějí, že takové prožívání a **chování je pro ně netypické** (Fava et al., 1991), zdá se, že neindikují hněv jako rys. Společnými znaky záchvatů hněvu jsou vedle jejich náhlosti, krátkého trvání a egodystonního charakteru i **výrazná subjektivně vnímaná disproportionálna k vyvolávajícím psychosociálním stresorům**, a často i **verbálně či fyzicky agresivní chování**. Riziko záchvatů hněvu vzrůstá spolu s rostoucí mírou každodenního stresu a subjektivního přetížení. Intenzita prožívání a jednání pak nebývá přiměřená podnětu ale mnohem vyšší a vztek nebývá zacílen na konkrétní cíl, ale spíše slouží k **vybití nahromaděného vnitřního napětí** (Schmale-Riedel, 2019).

² Naproti tomu egosyntonní vnímání je v souladu s tím, jak se člověk sám vidí. To, co prožívá, jaké má představy, myšlenky, vlastnosti a typické chování přijímá jako nedílnou součást své osobnosti.

Jedny z prvních zmínek o záchvatech hněvu v rámci vědeckých publikací pocházejí z případových studií a následně i výzkumů u pacientů s depresivní poruchou, u nichž byly tyto záchvaty považovány za specifické symptomy jejich duševního onemocnění. Fava (1991) uvádí čtyři podmínky pro klinickou diagnózu záchvatů hněvu, a to dlouhodobou podrážděnost, přehnaně hněvivé reakce na drobné nepříjemnosti, minimální frekvenci jednoho záchvatu za měsíc, při němž člověk zaznamená minimálně čtyři projevy z následujících třinácti:

- zrychlený tep, bušení srdce nebo srdeční palpitace
- napětí v hrudníku, bolest nebo tlak na hrudi³
- návaly horka nebo zčervenání obličeje
- pocit znecitlivění nebo mravenčení v rukou či nohou
- malátnost, závratě nebo pocity nestability
- dušnost nebo potíže s dýcháním
- pocení
- třes nebo chvění
- intenzivní strach, pocity paniky nebo úzkost
- pocit, že se člověk nemá pod kontrolu nebo že brzy vybuchne
- chuť na někoho fyzicky zaútočit nebo křičet
- fyzický nebo slovní útok na druhého
- házení věcmi nebo ničení předmětů

Výzkumná činnost byla v této oblasti dosud zaměřena spíše na klinickou populaci, a to zejména na pacienty s depresivními a úzkostnými, případně dalšími duševními poruchami. Se záchvaty hněvu se sice potýká i zdravá populace, nicméně jejich nejvyšší prevalence byla zaznamenána právě u pacientů s depresí a z tohoto důvodu bývají nejčastěji klasifikovány jako přidružený rys, korelát či dokonce prediktor deprese. Téměř jedna polovina pacientů s klinickou depresí zažívá i záchvaty hněvu (Fava et al., 1991; Fava et al., 1993; Gould et al., 1996). Další hypotézou je, že záchvaty hněvu mohou být variantou panických atak u jedinců s vysokou úrovní hněvu, u nichž se prodromální stádium autonomního nabuzení podobá panickým symptomům a reakci útok-útěk (Fava et al., 1990; Gould et al., 1996). U pacientů se záchvaty hněvu byl v centrální nervové soustavě zjištěn snížený metabolismus serotoninu a tito pacienti opakovaně dobře reagovali na podávání

³ První dva uvedené projevy jsou zároveň příznaky stresu (WHO in Křivohlavý, 1994).

psychofarmak používaných v léčbě depresivních a úzkostných poruch, konkrétně pak serotonergických antidepresiv (Fava et al., 1991, 1993; Fava & Rosenbaum, 1998; O. Mammen et al., 1997). Záchvaty hněvu v kontextu deprese a úzkosti jsou tedy popsány jak na případových studiích, tak v rámci výzkumů na klinické populaci (de Bles et al., 2019; Fava & Rosenbaum, 1998; Gould et al., 1996; O. K. Mammen et al., 1999; Painuly et al., 2005), a Mammen (1997) s kolegy je zkoumal konkrétně i u matek s klinickou diagnózou deprese. Bylo zjištěno, že podobně definované záchvaty vzteku, které byly zkoumány u pacientů s Tourettovým syndromem, významně snižují kvalitu jejich života (Müller-Vahl et al., 2020). Záchvatům hněvu u běžné populace, natož u běžné populace matek, však výzkumná pozornost dosud věnována nebyla, což jsem se v rámci této práce rozhodla napravit.

1.5 Specifika hněvu mužů a žen

Emoce obecně bývají laickou veřejností nejčastěji považovány za ženskou záležitost, zatímco speciálně hněv za výhradní doménu mužů. Ve skutečnosti se ženy zlobí v podobné intenzitě, podobně dlouho a často jako muži, jen svůj hněv vyjadřují jiným způsobem (Novaco, 2016). Zatímco muži, kteří byli spíše socializováni k soutěživosti a průbojnosti a ve svých projevech hněvu navenek podporováni, se častěji uchylují k otevřeným a přímým formám vyjadřování hněvu včetně verbální agrese, hádek, rvaček, ničení předmětů a spíše se rozhněvají na veřejném místě nebo v reakci na neosobní spouštěče, tak **ženy mají tendenci se uchýlovat k nepřímé agresi** – jako např. ostrakizaci nebo pomlouvání – **potlačování projevů hněvu** (Archer, 2004; Deffenbacher et al., 1996; Fernandez, 2013), případně svému hněvu nechávají průchod **spíše v soukromí** nebo **v reakci na zklamání někým blízkým**. Krom toho je pravděpodobnější, že **své pocity hněvu budou sdílet** – ať už s jeho strůjcem nebo s třetí důvěrnou osobou (Fernandez, 2013). Vzhledem k tomu, že ženy byly spíše socializovány a vychovávány směrem k starostlivosti a pečujícímu a podpůrnému jednání, které je v nesouladu s otevřenou agresi (Schmale-Riedel, 2019), tak vykazují výrazně vyšší pravděpodobnost, že budou v hněvivé situaci **prožívat bezmoc a místo projevů agrese se rozpláčou** (Fischer & LaFrance, 2015). Míra ženského potlačování hněvu tedy souvisí se sociálním očekáváním a desirabilitou a ženy tak v podstatě sebenaplnují své prorocství. Pokud svůj potlačený a neuvědomovaný hněv navenek běžně neprojevují, tak je pochopitelné, že je může zaskočit, pokud je zdánlivě zčista jasná zcela zahltlí.

1.6 Koreláty a negativní důsledky hněvu

Emoce se pouze výjimečně objevují zcela samostatně a mnohem častěji vytvářejí pole několika spřízněných emocí. Někteří autoři tedy hovoří o hněvu nikoli jako o unikátní emoci, ale vždy jako o součásti jistého komplexu nejrůznějších emocí a reakcí na cokoli, co se nám zrovna nezamlouvá (Cherry & Flanagan, 2018; Kast, 2010). Hněv se v takovém poli pak může potkávat například se **smutkem, zklamáním, frustrací, studem, závisí nebo žárlivostí**. Často jde ruku v ruce s **úzkostí a strachem**, a to jak z vlastních projevů hněvu, tak z jeho důsledků a reakcí okolí, což se vždy nemusí manifestovat přímo, ale například ve snech nebo fantaziích (Busch, 2009; Kast, 2010; Schmale-Riedel, 2019). Při pocitu ohrožení je aktivován systém útok-útek a hněv má velmi blízko ke strachu v tom smyslu, že z něj vychází, ovšem na rozdíl od strachu je charakterizován pocitem kontroly s přesvědčením skutečnému či domnělému ohrožení čelit. Rozhněvaný člověk tedy na rozdíl od člověka prožívajícího strach zaměřuje svou pozornost ven směrem ke zdroji ohrožení a pokouší se s nastalou situací vyrovnat aktivním způsobem. To, zda v takových případech jedinec tíhne k prožívání strachu nebo hněvu, je zásadně ovlivněno jeho ranou zkušeností s uplatňováním vlastní kontroly (Barlow, 2002). Některé výzkumy ukázaly, že sklony k prožívání hněvu často souvisí i s prožitkem úzkosti. Zároveň pacienti s depresí provázenou iritabilitou a úzkostí zaznamenávají záchvaty hněvu častěji než pacienti s depresí nebo úzkostí samotnou (de Bles et al., 2019; Jha et al., 2020). Obě emoce jsou však spjaty s odlišnými neurobiologickými a motivačními systémy – hněv s apetentním, zatímco strach nebo úzkost s averzivním (Carver & Harmon-Jones, 2009).

Signifikantní souvislosti byly nalezeny mezi nadměrným hněvem a rizikovými faktory na straně rodičů (dlouhodobé poruchy nálad, zneužívání návykových látek a alkoholu a behaviorální problémy), událostmi v dětství (psychické, fyzické nebo sexuální zneužívání a zanedbávání) a událostmi v dospělosti (fyzické nebo sexuální zneužívání, soužití s nadměrným konzumentem alkoholu). Hněv je také ústředním nebo přidruženým symptomem širokého spektra duševních onemocnění – poruch afektivních, poruch osobnosti, poruch chování a závislostí na návykových látkách (Okuda et al., 2015). Někteří autoři tvrdí, že prekuzory těchto poruch lze identifikovat už během prvních let života (Phillips, 2013).

Vedle energizujících a motivačních účinků hněvu přinášejí některé jeho formy celou škálu negativních důsledků. Zejména ve formě náhlých intenzivních záchvatů a vzteku je hněv doprovázen **stavem vysokého neurofyzilogického nabuzení**, který – pokud je

aktivován opakovaně – může představovat **interní stresor** a způsobovat závažné **zdravotní potíže**, např. bolesti hlavy, náchylnost ke kardiovaskulárním chorobám (Mostofsky et al., 2014) a celkové opotřebením organismu (Novaco, 2016). Vedle generování energie jí hněv zároveň značnou míru vyžaduje a spotřebovává a pokud ho člověk zažívá často, může přispívat k **vyčerpání a chronické únavě organismu** (Praško, 2006).

Autonomní reakce organismu při prožitcích hněvu zkreslují neurální aktivitu a příslušné fyziologické a behaviorální projevy. Tím negativně ovlivňují pozornost včetně vizuálního zpracování informací a v důsledku pak **snižují rychlost a efektivitu kognitivního zpracování, potažmo rozhodování** (Garfinkel et al., 2016). V behaviorální rovině pak hněv může být **spouštěčem agresivního jednání** – ať už vůči sobě nebo druhým (Novaco, 2016).

Vedle hněvu samotného však s sebou potenciálně škodlivé účinky přináší i jeho **potlačování** a přílišná regulace, která sice snižuje projevy přímé agrese, ovšem zároveň způsobuje, že nevyjádřený nesouhlas a frustrace jsou obráceny směrem dovnitř. Při dlouhodobě opakované aktivaci imploze se navenek neprojevený, nezpracovaný a dovnitř obrácený hněv může transformovat do nevědomě udržovaného křečovitého držení těla, zaťaté čelisti nebo pěstí. Tendence k potlačování hněvu zapříčiněná intrapsychickými konflikty – např. vulnerabilitou vůči pocitům viny nebo strachu ze ztráty nebo odmítnutí druhými – hraje za přispění obranných mechanismů významnou roli v rozvoji a udržování deprese (Kast, 2010). Potlačování hněvu je dále spojováno s **kognitivním ulpíváním a ruminací**, které paradoxně prodlužují jeho trvání a podobně jako otevřené intenzivní záchvaty způsobují zvýšenou aktivaci sympatického nervového systému (Novaco, 2016), čímž jak na rovině duševní, tak fyzické, potažmo psychosomatické přispívají k nejrůznějším typům obtíží včetně rizika vzniku závislostí (Kast, 2010; Ross & Willigen, 1996). Potlačování emocí obecně pozitivně koreluje s depresí, úzkostí, prožíváním bolesti (Burns et al., 2008; Quartana & Burns, 2007), chronickým onemocněním, rakovinou, kardiovaskulárním onemocněním a předčasným úmrtím (Chapman et al., 2013).

V psychologické rovině s sebou hněv může přinášet **pocity viny, studu a selhání**, zatímco mezi sociální důsledky hněvu lze zařadit **odpuzování okolí, sociální cenzuru, poškození či úplnou ztrátu blízkých vztahů** (Novaco, 2016) a obecně snížené psychosociální fungování (Okuda et al., 2015). Dalším důsledkům hněvu v kontextu mateřství se věnuji v kapitole 4.1.

1.7 Regulace hněvu a jeho projevů

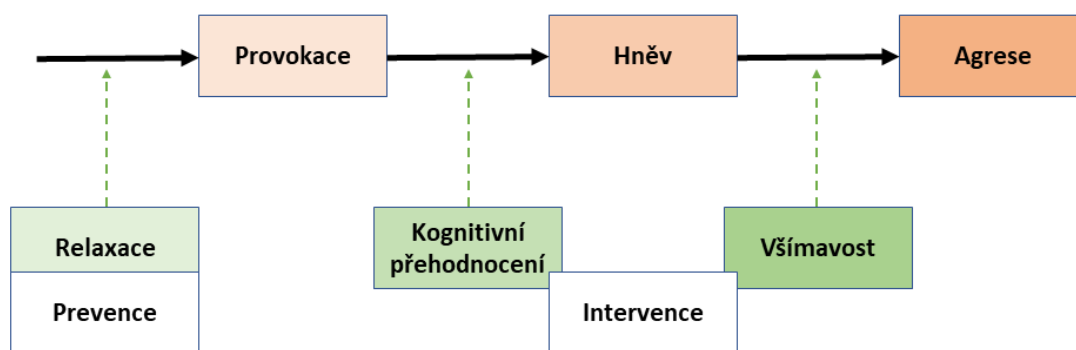
V mechanismech regulace hněvu existují dvě hlavní možnosti: Místo vlastního prožitku hněvu nastupují **automatické a podvědomé obranné mechanismy** – např. popření hněvu, jeho projekce na druhé, reaktivní výtvar v podobě starosti, pocity viny a schvalování „zaslouženého“ trestu, nebo přímo identifikace s útočníkem, případně přesun agrese na jiný nevinný objekt. Tyto mechanismy však brání vhodným způsobům vyjádření hněvu a znemožňují postavit se problému který ho vyvolal (Busch, 2009; Kast, 2010). V druhém případě člověk volí **vědomé copingové strategie**, jak se se svým hněvem vypořádat. Více se rozdílu mezi obrannými mechanismy a copingovými strategiemi věnuji v kapitole 2.2.

Kastová (2010) popisuje hněv na hněv – situace, kdy se člověk zlobí, že se zlobí, protože hněv je pro něj emoci nejen nepříjemnou, ale dokonce nepřijatelnou. Pokud je totiž během socializace v dítěti opakovaně upevňováno přesvědčení, že hněv je něco negativního, zlého a nemorálního – zkrátka nežádoucího, pak tato emoce může být vědomě či nevědomě považována za něco nepřijatelného a zavrženíhodného, za co je třeba se stydět. Tento stud může následně vést k **potlačování hněvu**⁴, jehož důsledky jsem se zabývala v předchozí kapitole. Člověk si v takovém případě hněv vůbec není schopný připustit, natož ho vědomě prožívat. V psychoanalytické literatuře se pak například objevuje hypotéza o hněvu jako nevyjádřeném smutku právě v reakci na jeho potlačování.

Hněvu je ideální předcházet, případně brzdit jeho projevy už v raných stádiích – tedy mezi provokací a fantazií, a ještě před agresivním projevem. Pokud je hněv však již příliš silný, může se jeho brždění stát nežádoucí až nebezpečné a místo úlevy přinášet pocity viny nebo úzkosti. V takovém případě se nabízí vybití hněvivé energie náhradní aktivitou, která člověka ze stavu „hněvem bez sebe“ dostává **zpět do kontaktu se sebou**, aby po opadnutí autonomního nabuzení organismu byl schopen konflikt produktivně řešit (Kast, 2010). Zatímco odvedení pozornosti napomáhá rychlému snížení hladiny hněvu (Denson et al., 2012), dlouhodobě lepší výsledky než potlačování hněvu přináší jeho **kognitivní přehodnocení**, které napomáhá jeho **adaptivnímu zpracování** (Szasz et al., 2011). Za jeden ze způsobů kognitivně-emocionálního přehodnocení hněvu se dá považovat **vědomé prohlubování prosociálních emocí** a kompetencí přispívajících k pocitu sounáležitosti s druhými. Regulace hněvu prostřednictvím vcítění se do druhého přispívá k uvědomění, že i člověk sám, respektive jeho chování – ať už je či není záměrné, je pro druhé příčinou

⁴ V Jungově analytické psychologii by se jednalo o *stín*.

frustrace a hněvu (Kast, 2010). Vedle prohlubování prosociálních emocí se jako slibný regulátor hněvu jeví **soucit se sebou** (Gilbert, 2014), který je charakteristický laskavostí vůči sobě, pocitem společné lidskosti, a tedy i utrpení, a všímavostí, tedy nehodnotícím sledováním veškerých myšlenek a emocí bez toho, aby je člověk potlačoval nebo se jim vyhýbal (Neff, 2003). Vhodné typy intervencí podle aktuálního stádia hněvu uvádím na Obrázku 1.



Obrázek 1. Typy intervencí podle stádia hněvu (volně podle Denson, 2015)

V kapitole 1.4.1 jsem uvedla, že záchvaty hněvu u klinické populace dobře reagují na léčbu antidepresivy. Podmínkou k nalezení vhodnějších způsobů zacházení s hněvem a vztekem je si tyto emoce uvědomit a připustit, poté akceptovat, vyjádřit a porozumět jejich smyslu. Pak je totiž teprve možné začít odhalovat afekty a přesvědčení, které se skrývají za ním. Mezi široce rozšířené nefarmakologické intervence, které v rámci zdravé i klinické populace konzistentně přinášejí minimálně mírné výsledky, patří kognitivně-behaviorální terapie (Lee & DiGiuseppe, 2018; McIntyre et al., 2019), nicméně v závislosti na druhu hněvu se osvědčily i další typy intervencí – mezi nimiž byly obecně nejvyšší velikosti účinku zaznamenány u psychodynamické psychoterapie, vícesložkového přístupu, tréninku dovedností a kognitivní terapie (Saini, 2009). Kognitivní terapie se osvědčila mimo jiné u potlačovaného hněvu a hněvu jako osobnostního rysu, zatímco pro hněv jako stav je vhodným typem intervence relaxace (Del Vecchio & O’Leary, 2004). Ač výše uvedené poznatky vycházejí převážně z výsledků metaanalýz, nelze je považovat za vyčerpávající výčet možností práce s hněvem. Co se týká psychoterapeutických typů intervencí, opakovaně se ukazuje že nejdůležitějším léčebným prvkem není konkrétní psychoterapeutický směr, ale spíše osobnostní charakteristiky terapeuta a kvalita terapeutické aliance s klientem (Beutler et al., 2005; Falkenström et al., 2014; Horvath et al., 2011; Lambert & Barley, 2001).

2. Stres

S hněvem sdílí spoustu společných aspektů i stres, jemuž se věnuji v této kapitole. I na něj se dá pohlížet několika různými způsoby. V biologii označuje faktory prostředí, které ovlivňují buňku nebo orgán, ve fyziologii pak reakci organismu a v psychologii se jím rozumí negativně vnímaný faktor nebo situace (Bienertova-Vasku et al., 2020).

2.1 Zátěžové situace a vybrané stresory

V průběhu života lidský organismus udržuje stav vnitřní rovnováhy tím, že se neustále adaptuje na nové situace a okolnosti. Pokud se jedná o situace, které jsou pro člověka z různých důvodů subjektivně náročné, neprobíhá tato adaptace vždy jednoduše a bez vnitřních a vnějších překážek. V případě, že je člověk vnější či vnitřní požadavky schopen splnit a v nastalých situacích schopen obstát, lze obtíže při adaptaci označit za biologickou, fyzickou, senzoryckou, emocionální nebo mentální zátěž (Paulík, 2017) považovanou za více méně stimulující faktor (Kebza, 2005). Za stresogenní situace pak člověk považuje ty, které na něj z hlediska svého obsahu, rozsahu, nebo času kladou **požadavky nadměrné nebo naopak příliš nízké anebo jsou vnímány jako nepředvídatelné či neovlivnitelné**. Základní přehled potenciálních stresorů poskytuje z dnešního hlediska už poněkud zastaralý, nicméně stále využívaný Inventář zátěžových událostí (Holmes & Rahe, 1967), uvedený v Příloze 1 této práce. Stres tedy člověk prožívá zejména v situacích, kdy na sebe pocítuje **nároky, které jsou silnější, déle trvající nebo kumulované, než jaké má osobní dispozice a aktuální kapacitu jim čelit, případně naopak v situacích, kdy se necítí dostatečně stimulován**. Za významnou související příčinu a zároveň důsledek stresu lze považovat nedostatek odpočinku (Kebza, 2005) a spánku, respektive z nich vyplývající únavu, mezi jejíž negativní důsledky se řadí zhoršení pozornosti a koncentrace, obtíže při rozhodování, deprese, úzkosti (Giallo et al., 2013) a snížená obranyschopnost organismu (Imeri & Opp, 2009).

Za potenciální stresor lze považovat například i letošní koronavirovou epidemii, a to nejen ohrožení samotným virem, ale i s ním spojená celostátní karanténní opatření. Lze předpokládat, že tato dosud bezprecedentní a zcela mimořádná opatření měla a aktuálně stále mají vliv na míru stresu v celé populaci, a obzvlášť pak u některých exponovaných nebo více zranitelných skupin. Tento specifický potenciální stresor zde uvádím z důvodu jeho zahrnutí do výzkumné části práce. Specifické stresory v kontextu mateřství uvádím v kapitole 4.1.

Podobně jako je tomu u hněvu, tak i k prožívání stresu dochází v případech, kdy je člověk motivován k dosažení vytyčeného cíle, ale brání mu v tom různé překážky. O tom, zda se ze stresorů potenciálních stanou stresory reálné, rozhoduje jak jejich **intenzita a délka působení**, tak i **valence emoční odezvy**, kterou vyvolávají a jejich **subjektivní hodnocení** jedincem. Tyto moderátory závisí na osobnostních charakteristikách, využívaných copingových strategiích, sociálním postavení, sociální opoře, dosavadní zkušenosti se stresem a případné současné přítomnosti významných životních událostí, změn nebo drobných denních nepříjemností (Paulík, 2017).

2.2 Vybrané teorie stresu

O vysvětlení etiologie tak komplexního a multifaktoriálního fenoménu, jakým je psychologický stres, se pokouší bezpočet teoretických modelů, které na něj nahlízejí buď jako na vnější podnět, reakci, interakci nebo transakci mezi jedincem a prostředím.

Za reakci stres považuje například Selye, který definoval eustres jako stimulující a motivující reakci na pozitivní zátěž, zatímco distres jako zdraví škodlivou reakci na negativně vnímané stresory⁵. V biologickém pojetí, za jehož zástupce lze považovat např. I.P. Pavlova, W. B. Cannon nebo právě Hanse Selyeho, tedy stres neoznačuje zátěž doléhající na organismus, ale sled nespecifických fyziologických reakcí organismu na podněty narušující homeostázu. Tento soubor neurobiologických a biochemických reakcí nezávislý na druhu zátěže pojmenoval Hans Selye obecným adaptačním syndromem (General Adaptation Syndrom – GAS) a popsal jeho fáze (Selye in Paulík, 2017). V poplachové fázi⁶ se organismus po střetnutí se stresem připravuje k útokové nebo útěkové reakci, přechodně redukuje svou obranyschopnost a mobilizuje veškeré své obranné možnosti, což se projevuje zvýšenou činností sympatického nervového systému, hladinou adrenalinu v krvi, krevního tlaku a tepu, sekrece potních žláz a zrychleným dýcháním. Pokud situace nebyla vyřešena v rámci poplachové fáze prostřednictvím útoku či útěku, dochází k další alostatické⁷ fázi resistance, jejíž délka trvání závisí jak na síle stresoru tak na odolnosti nebo naopak vulnerabilitě organismu (Křivohlavý, 1994). V případě úspěšného boje se stresem se organismus ze stresu zotaví. V opačném případě, pokud se organismus na stresor nedokáže adaptovat nebo ho vyřešit, může po dlouhodobém alostatickém přetížení

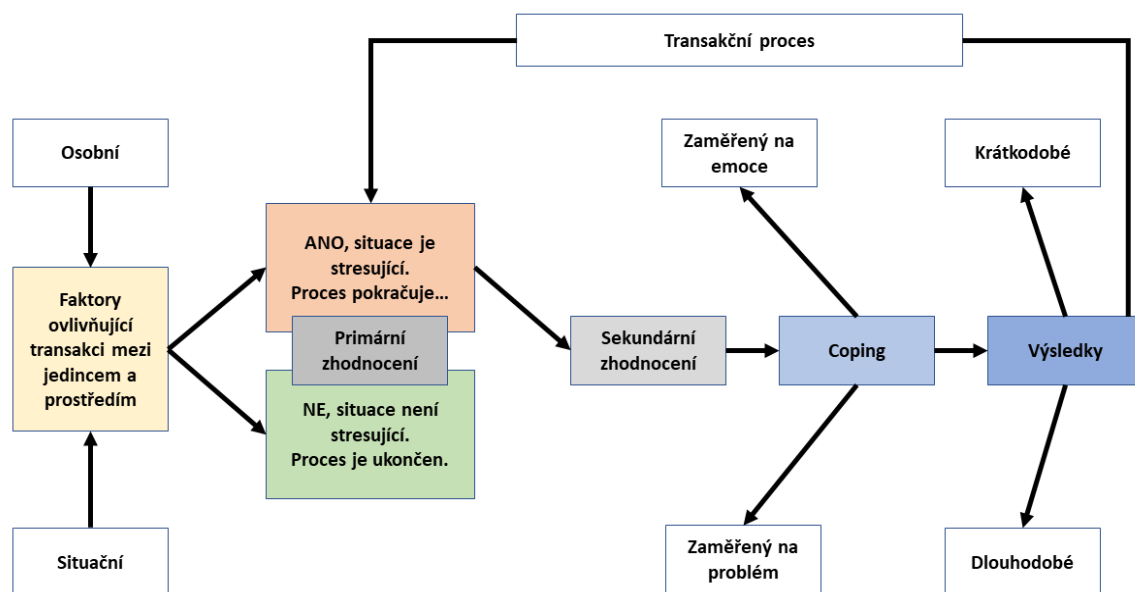
⁵ Bienertová Vašková a kolegové (2020) ukazují na neurčitost, nepodloženost a tedy i zbytečnost tohoto rozlišení stresu, který považují jednoduše za adaptační reakci bez jakékoli valence.

⁶ Cannonova emergentní reakce

⁷ Alostáza = adaptační změna, jejímž cílem je opětovné navození homeostázy a stability organismu.

nastat fáze vyčerpání až selhání organismu, jehož projevy jsou doprovázeny (závažnými) fyzickými i psychickými obtížemi. Tato pravděpodobnost se zvyšuje s intenzitou, délkou trvání, součinností několika stresorů a zároveň mírou vnitřní vulnerability jedince, která není dána pouze jeho charakteristikou (např. věkem, osobnostními rysy apod.), ale i jeho zkušeností – zranitelnější bývá ten, kdo se v dané situaci ocitá poprvé, zatímco odolnější ten, kdo už jí úspěšně čelil.

Vedle odolnosti či vulnerability organismu a výše uvedených okolností však důležitou roli při zvládnání stresorů hraje i jejich **kognitivní zpracování**, respektive jejich **interpretace**. Jedním z nejrozšířenějších, nejvíce nápomocných a zároveň diskutovaných a doplňovaných modelů pro porozumění jeho mechanismům je transakční teorie Lazaruse a Folkmanové zdůrazňující dynamickou roli obousměrných transakcí jedinec-prostředí ve vzniku stresu (Biggs et al., 2017). V rámci této teorie je klíčový model dvojího kognitivního hodnocení znázorněný na Obrázku 2.



Obrázek 2. Transakční model dvojího kognitivního hodnocení (podle Schuster et al., 2006)

Ve fázi primárního hodnocení se člověk rozhoduje, **zda situaci zhodnotí jako stresující, nebo ne**. Pokud situaci zhodnotí jako subjektivně bezpečnou, lze ji považovat za pozitivně motivující zátěž neboli eustres. Pokud ji však zhodnotí jako subjektivně nebezpečnou, z neutrální zátěže se stává stres, respektive distres. Primární hodnocení je ovlivňováno několika faktory, a to postoji a názory kultury a společnosti, v níž člověk žije, v konfrontaci s jeho vlastními hodnotami, postoji a zaměřením, dále pak jeho osobnostními charakteristikami a v neposlední řadě také situačními faktory. Poté přichází na řadu fáze

sekundárního hodnocení, kdy si člověk klade otázku, **zda a jakými mechanismy je situaci schopný zvládnout**, a rozhoduje se o využití nevhodnější **copingové strategie**. Ty lze rozlišit na strategie útoku či útoků a také **strategie zaměřené na emoce**, kdy člověk pracuje se svou emoční reakcí na stresor, nebo **strategie zaměřené na problém**, kdy se snaží změnit samotnou stresující situaci (Lazarus & Folkman, 1984). Na podobném principu je založena **autoplastická adaptace**, při níž se člověk spíše přizpůsobuje svému prostředí a **aloplastická adaptace**, kdy se své prostředí spíše pokouší změnit (Ferenczi, 2002). Základní odlišnosti již dříve zmíněných obranných mechanismů a copingových strategií jsou uvedeny v Tabulce 1. Na základě krátkodobých a dlouhodobých výsledků vybrané strategie ji člověk průběžně přehodnocuje a buď ji volí znovu nebo se se situací pokouší vyrovnat jiným způsobem (Lazarus & Folkman, 1984).

	Obranné reakce	Copingové strategie
Kognice	Implicitní / nevědomé	Explicitní / vědomé, ovládané vůlí
	Založeny na instinktech	Založeny na kognitivních procesech
	Intrapsychická aktivace	Aktivace prostředím
	Determinace osobnostními rysy	Determinace osobnostními rysy a situací
	Absence zhodnocení situace	Zhodnocení situace, vlastních možností a schopností
Konace	Automatické chování	Promyšlené chování

Tabulka 1. Obranné mechanismy a copingové strategie (volně podle Čáp & Mareš, 2007 in Paulík, 2017)

2.3 Důsledky stresu

Podobně jako tomu je u hněvu, tak i stres může být krátkodobou, situační a pozitivní silou, která motivuje výkon. Nadměrný a dlouhotrvající stres je však přímo či nepřímo spojován se sníženou obranyschopností organismu, fyzickými i s psychickými obtížemi a syndromem vyhoření (Denollet et al., 2010; Kebza, 2005) a s mnoha z hlavními příčinami úmrtnosti v rozvinutých zemích (Cooper & Quick, 2017). Co se duševních poruch týká, tak stres hraje významnou roli u úzkostných a depresivních poruch, bipolární poruše, fobiích a schizofrenii (Fink, 2016).

O *nocebo* účinku negativní anticipace lze hovořit v případech, kdy nežádoucí účinky přináší pouze přesvědčení o nežádoucích účincích stresu (McGonigal, 2015; Paulík, 2017). Zajímavou hypotézou je tvrzení, že jak lidé úzkostní, tak ti se sklony k prožívání stresu mohou sdílet stejnou biologickou vulnerabilitu k „falešným alarmům“ neboli přehnané reakci na stres, ovšem identické nabuzení organismu pak mohou prožívat buď jako útok

nebo jako útek. Jedinci s osobností typu A se sklony k prožívání stresu s ním nemají spojenou žádnou úzkost vzhledem k tomu, že zůstávají zaměřeni na externí úkoly, tvrdou práci, stálou pozornost dosahování výsledků a – na rozdíl od jedinců úzkostných – i pozoruhodné sebevědomí ve své schopnosti čelit problémům. Tato externí orientace je u nich však pouhou iluzí ovládní a kontroly; ve skutečnosti nedostatek pozornosti a citlivosti vůči vnitřnímu dění a signálům potenciálního selhávání neprospívá jejich fyzickému a duševnímu zdraví (Barlow, 2002).

3. Psychosociální potřeby a motivační schémata

Potřeby, tedy **subjektivně vnímaný nedostatek něčeho**, lze považovat za součást **motivace lidského chování**, protože jsou-li frustrovány, motivují člověka k jejich uspokojení (Kohoutek, 1998). Zatímco uspokojování psychologických potřeb přispívá k proaktivitě, integraci osobnosti a osobní pohodě, tak jejich dlouhodobá frustrace vede k pasivitě, fragmentaci osobnosti a osobní nepohodě (Grawe, 2007; Chen et al., 2015; Vansteenkiste & Ryan, 2013). Vážná frustrace základních potřeb je zároveň příčinou vzniku i klíčovým faktorem v přetrvávání duševních onemocnění (Grawe, 2007; Sol & Branco Vasco, 2017).

Osobní pohoda člověka tedy ve značné míře závisí na tom, do jaké míry je v souladu to, co považuje za subjektivně významné a oč usiluje, s tím, co ve skutečnosti prožívá (Grawe, 2004; Higgins, 1987; Holtforth et al., 2007; Tamir et al., 2017). Na tomto principu souladu či rozporu mezi intenzitou základních psychosociálních potřeb a aktuální míře jejich uspokojení je založena mimo jiné i teorie konzistence Klause Graweho, kterou představím v následující kapitole a z níž vycházejí dva inventáře použité ve výzkumné části této práce. Tato teorie je výsledkem kritického zhodnocení několika dalších teorií včetně Powersovy teorie kontroly a Epsteinovy teorie kognitivně-zkušenostního *self* a Grawem byla rozpracována zejména pro potřeby psychoterapeutické praxe (Grawe, 2007).

3.1 Teorie konzistence a základních psychosociálních potřeb

Teorie konzistence předpokládá, že podobně jako lidský organismus usiluje o vnitřní homeostázu nejrůznějších biologických veličin, tak jeho psychický systém usiluje o **kompatibilitu a soulad současně probíhajících neurobiologických a psychologických procesů**, tedy **konzistenci** (Grawe, 2004; Holtforth & Grawe, 2003). Čím vyšší konzistence organismus dosahuje, tím je zdravější. Konzistence je velmi blízká *flow* (Csikszentmihalyi, 1990) – stavu intrinsické motivace a plného zapojení do činnosti za souladu aktuálně sledovaných cílů se základními potřebami, hodnotami a záměry – a je považována za klíčový princip psychického fungování.

Grawe ve své teorii popisuje čtyři základní psychosociální potřeby, jejichž uspokojení je pro udržování konzistence klíčové. Jsou jimi

- **Citová vazba** k významným druhým – pocit blízkosti a sounáležitosti;
- **Kontrola / orientace** – pocit seberegulace a regulace okolního prostředí;

- Zvyšování nebo ochrana **sebeúcty** – pocit respektu a uznání;
- **Libost / vyhýbání se nelibosti.**

Význam citové vazby a „bezpečné základny“ pro vývoj jedince popsal ve své teorii Bowlby (2018), zatímco v Československu se tématu dlouhodobě věnoval Matějček, který zformuloval pět hlavních psychických potřeb dítěte, k jejichž uspokojování dochází v interakci s jeho primárními pečovateli. Řadí se mezi ně potřeba stimulace, tedy přiměřeného množství, proměnlivosti a kvality vnějších podnětů, potřeba smysluplného světa – jeho určité stálosti a řádu, potřeba lásky, jistoty a citového bezpečí, potřeba identity a společenské hodnoty, a potřeba životní perspektivy a otevřené budoucnosti. Tyto potřeby nejsou omezeny pouze na dětský věk, ale zůstávají aktivní po celý život (Matějček, 2005). Potřeby citové vazby a kontroly / orientace mají své hluboce zakořeněné neurobiologické markery a jsou vzájemně úzce provázány. Z výše uvedených čtyř potřeb se vyvíjejí jako první a představují vůbec nejvýznamnější hnací mechanismy chování. Zatímco potřeby jsou považovány za univerzální, tak cíle, motivy a chování jsou velmi individualizované. Za **motivační cíle** lze označit takové stavy, jichž se lidé snaží dosáhnout a udržet je anebo se jim vyhnout a jsou **zaměřeny na uspokojení výše uvedených potřeb**. Pozitivní vztah mezi dosahováním cílů a osobní pohodou byl opakovaně empiricky ověřen (např. Diener et al., 1999; Ryan & Deci, 2001).

Podobně jako může docházet k rozporu mezi sebeobrazem člověka a skutečnou zkušeností organismu (Rogers, 2012) nebo mezi aktuálním, ideálním a požadovaným Já (Higgins, 1987), může existovat také nesoulad neboli inkongruence mezi tím, co člověk považuje za významné, a tím, v jaké míře to skutečně prožívá. Inkongruence v humanistickém pojetí se odehrává mezi sledovanými cíli a skutečnými potřebami. Inkongruence v Powersově teorii kontroly (1973) odpovídá psychickým systémem stanoveným rozdílům při srovnávání mentálních reprezentací vjemů z prostředí s referenčními signály, které Grawe označuje za výše uvedené motivační cíle. Vnímaná významnost nebo také intenzita těchto cílů udává jejich individuální referenční hodnotu a úsilí o konzistenci prostřednictvím uspokojení a ochrany základních potřeb lze pak chápat jako **úsilí o kongruenci mezi touto intenzitou a uskutečňováním motivačních cílů**. Lidská psychika v něm využívá různých převážně nevědomých kontinuálních zpětnovazebních mechanismů, které jedince průběžně informují o tom, jak do jaké míry se jeho vjemy shodují s výše uvedenou referenční hodnotou. Výsledkem tohoto srovnávacího procesu je míra uspokojení daného cíle, tedy kongruence. Motivační **inkongruenci** v teorii

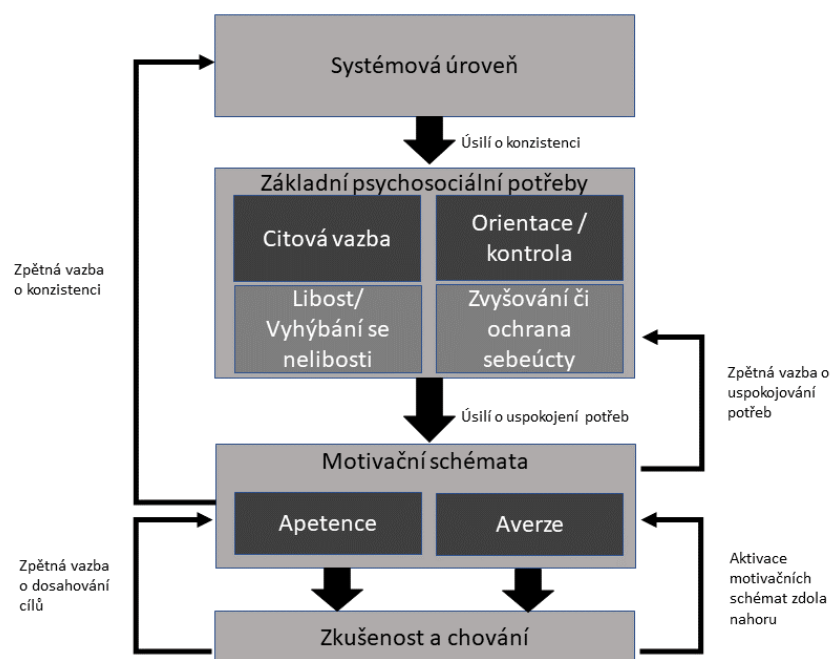
konzistence lze tedy definovat jako **zaznamenanou diskrepanci mezi motivačními cíli a realitou** (Holtforth & Grawe, 2003) a rozumí se jí nedostatečná realizace těchto cílů v interakci s prostředím (Grawe, 2007; Holtforth et al., 2007; Powers, 1973). Grawe (2007) předpokládá, že inkongruence představuje jeden z hlavních faktorů vzniku nebo trvání psychických problémů, poruch a přispívá tak k pocitům subjektivní nepohody (Holtforth et al., 2007). Případné psychické poruchy zároveň představují zdroje inkongruence (Holtforth & Grawe, 2003).

3.1.1 Motivační schémata

V interakci s prostředím se v průběhu života vyvíjejí **motivační schémata** cílesměrného jednání, která jsou zodpovědná za řízení zkušeností a počinání jedince ve vztahu k prostředí i k sobě samému (Holtforth & Grawe, 2003). Podobně jako u Grayových dvou behaviorálních systémů – aktivačního, citlivého na odměnu a inhibičního, citlivého na trest (Gray, 1981), se jedná o neurobiologické sítě, které lze rozlišit na interakční schémata **apetence** neboli přibližování fungující zejména na neurálních drahách kortikálních procesů, jejichž cílem je uspokojování výše jmenovaných základních potřeb. Zejména na drahách limbického systému pak operují schémata **averze** neboli vyhýbání se, jejichž úkolem je předcházení frustraci, ohrožení nebo zklamání základních potřeb⁸. Všechny klíčové prvky teorie konzistence a jejich vzájemné vztahy jsou znázorněny na Obrázku 3.

V případě apetentní motivace je chování člověka podněcováno pozitivními nebo žádoucími událostmi či možnostmi, kdežto v případě averzivní motivace pak událostmi negativními či nežádoucími (Carver & Scheier, 1998). U lidí, u nichž převažuje preference averzivních motivů nad apetentními cíli, tedy dominance averze, lze předpokládat, že budou prožívat méně pozitivních emocí a nižší míru uspokojení svých potřeb a tím i větší osobní nepohodu a horší duševní zdraví (Grawe, 2007). Důležitou roli v míře úspěšnosti dosahování cílů a pozitivních účinků jejich dosažení na osobní pohodu hraje jejich **soulad se základními hodnotami a intrinsickými zájmy jedince** (Sheldon & Elliot, 1999) neboli organismická koherence a dále pak funkční koherence, při níž **dosažení jednoho cíle umožňuje dosažení cílů dalších či vyšších** (Sheldon & Kasser, 1995).

⁸ Podobně tyto tendence zpracoval už Kurt Lewin v rámci své teorie konfliktů.



Obrázek 3. Model teorie konzistence (Grawe, 2007)

Bowlbyho teorie citové vazby (2018) poskytuje pro motivační schémata klíčová východiska a zároveň i vysvětlení, jak se u dětí s jistou citovou vazbou rozvíjejí zejména apertní motivační schémata, zatímco u dětí s vazbou nejistou schémata averzivní. Pokud člověk – zejména pak v období raného dětství – vyrůstá v prostředí orientovaném na uspokojení jeho základních potřeb, rozvíjejí se u něj zejména pozitivní schémata apertence, která zároveň zahrnují odpovídající očekávání a repertoár chování k realizaci jeho cílů za různých podmínek. Pokud jsou však jeho potřeby často a dlouhodobě frustrovány, pak se u něj pravděpodobně rozvinou schémata averzivní vedoucí k nejistému a úzkostnému prožívání a vyhýbavému chování (Grawe, 2007).

V prostředí, které člověkem není vnímáno jako bezpečné, se jak implicitní tak i explicitní⁹ averzivní schémata mohou stát přechodnou adaptivní volbou, ovšem jejich dlouhodobé, zautomatizované a nekritické upřednostňování může zamezovat pozitivnímu uspokojování potřeb i tehdy, kdy to není na místě (Michalak & Holtforth, 2006). V kontextu psychoterapie pak redukce averzivní motivace vede k vyššímu uspokojení motivačních cílů a tím k lepším terapeutickým výsledkům (Grawe, 2004). Pokud jsou averzivní schémata dlouhodobě silnější než schémata apertence, znamená to, že člověk toužící po dosažení nějakého cíle se neodvážá k realizaci chování, které by ho k tomuto cíli přiblížilo. V takovém

⁹ Jako implicitní se označují nevědomé motivy, jako explicitní pak vědomé cíle.

případě dochází k **inkongruenci apetence**. Pokud naopak dojde k něčemu, čeho se člověk obával a chtěl se tomu vyhnout, jedná se o **inkongruenci averze**. Pokud se schémata přibližování a vyhýbání aktivují souběžně a vzájemně se inhibují, dochází k **motivační diskordanci** (nesouladu). Diskordance může také nastat v případě, že jsou souběžně aktivovány dva cíle přiblížení nebo dva cíle vyhýbání. Inkongruence a diskordance představují dvě zvláště důležité formy inkonzistence v rámci psychologických jevů. Konzistence je dosaženo teprve tehdy, jsou-li základní potřeby vyvážené a motivační cíle naplněné (Grawe, 2007).

Momentálním vnitřním ukazatelem toho, zda člověk úspěšně směřuje k cíli nebo se úspěšně vzdaluje od hrozby, jsou jeho emoce. Pokud postupuje žádoucím směrem, objevují se pozitivní emoce, pokud nikoli, tak nastupují emoce negativní, a **oba typy emocí tedy mohou souviset s oběma typy motivačních schémat**. Zároveň je důležité zdůraznit, že úsilí o dosažení úspěchu není to samé jako úsilí o vyhnutí se selhání, podobně jako snaha o získání přátel není to samé jako snaha o vyhnutí se osamění. V případě nezdaru tyto dva druhy motivačních schémat v mnoha případech přinášejí odlišné výsledky (Carver & Harmon-Jones, 2009).

Jak frustrace základních psychosociálních potřeb kvůli nedosažení osobních motivačních cílů nebo uskutečnění hrozeb, tak rozpor mezi očekáváním a realitou může vést k negativním emocím, podrážděnosti, hněvu až výbuchům vzteku. Klinická praxe i výzkumy indikují, že čím více apetentních schémat člověk používá, tím je v životě úspěšnější a spokojenější, a naopak, čím více používá schémat averzivních, tím méně se mu daří dosahovat své cíle a uspokojovat své potřeby, což vede k pocitům subjektivní nepohody (Grawe, 2007; Holtforth et al., 2007; Michalak & Holtforth, 2006; Sheldon & Elliot, 1999). Averzivní motivy mají negativní dopad na schopnost dosahování cílů apetentních a množství dalších nepříznivých účinků včetně zvýšené osobní nepohody, pesimismu, deprese a somatické symptomatiky (Grawe, 2007). Preference averzivních schémat navíc pozitivně koreluje s neuroticismem a nízkou důvěrou ve vlastní dovednosti (Elliot et al., 1997). V kontextu psychoterapie vede redukce averzivní motivace k vyššímu uspokojení motivačních cílů a tím k lepším terapeutickým výsledkům (Grawe, 2004). Dominanci averze lze úspěšně snižovat například prostřednictvím ambulantní psychoterapie a její změna souvisí s dalšími výsledky terapie (Holtforth et al., 2005).

4. Hněv v kontextu mateřství

V předchozích kapitolách se ukázalo, že hněv a stres sdílejí podobné neurobiologické a fyziologické mechanismy a na mnoha rovinách se vzájemně prolínají. Zatímco dosud jsem se věnovala zejména obecným charakteristikám uvedených psychologických konstruktů, v této kapitole se zamýšlím nad možnými příčinami a důsledky hněvu v souvislosti se stresem a frustrací potřeb v kontextu mateřství.

4.1 Potenciální příčiny mateřského hněvu

Přestože rodičovství se pro mnoho rodičů řadí mezi ty nejvíce obohacující zkušenosti, tak hledání rovnováhy mezi uspokojováním vlastních potřeb a potřeb druhých – zejména pak nově narozeného dítěte – bývá obzvlášť v raných fázích mateřství poměrně náročné. Zkušenosti rodičů po narození nebo osvojení jejich prvního dítěte, které ovlivňují jejich emoční prožívání a míru stresu, závisejí na spoustě okolností, respektive moderujících proměnných, mezi něž lze zařadit jak ty demografické (např. pohlaví, věk, zdravotní a rodinný stav, socioekonomický status a zaměstnanost rodičů, pohlaví, věk a počet dětí a jejich zdravotní stav ad.), psychologické (temperament a osobnostní rysy jak rodičů, tak dítěte, výchovný styl, kvalita partnerského vztahu, sociální podpora ad.), tak i situační (významné životní události, kumulace běžných každodenních starostí ad.) a pokusy o výzkumné zachycení jejich možných souvislostí jsou touto komplexitou nevyhnutelně zatíženy. Výsledky výzkumů osobní nepohody rodičů jsou protichůdné a například z rozsáhlé přehledové studie Nelson-Coffeyové a kolegů (2014) vyplývá, že na problematickou adaptaci na rodičovskou roli má vliv bezpočet proměnných, a to jak na straně rodičů, tak na straně dítěte. Mezi moderátory osobní nepohody rodičů patří jejich mládí, nesezdanost, vysoký socioekonomický status¹⁰, nízká sociální opora, nejistá rodičovská vazba, výchova malých dětí, rodičovství bez svěřenecké péče a děti s náročným temperamentem nebo psychologickými problémy.

Po narození prvního potomka rodiče často zažívají více stresu a nespokojenosti v partnerství (Doss et al., 2009). Výzkum Hildingssonové a Thomase (2014) odhalil vyšší míru **stresu** u matek dětí do jednoho roku než u otců těchto dětí a u obou skupin jeho pozitivní a

¹⁰ Mezi rodiči s vysokým socioekonomickým statutem bývá rodičovství vnímáno méně pozitivně, přikládá se mu nižší hodnota, přináší jim méně naplnění a je spojováno s nižší mírou vnímané smysluplnosti – obzvlášť pak ve chvílích péče o děti. Tito rodiče také spíše zažívají vyšší stres z nedostatku času stejně jako vyšší náklady obětované příležitosti, tzn. že ve skutečnosti by chtěli nebo potřebovali věnovat čas jiným aktivitám než péči o své děti. Zároveň tím, že dávají přednost jiným než rodičovským rolím, mohou častěji zažívat konflikt mezi různými osobními cíli.

silnou korelaci s negativními emocemi v těhotenství, v období kolem porodu a během raného mateřství. V prvních dnech, týdnech, měsících a letech rodičovství se matky ocitají v mnoha biologicky, fyzicky, sensoricky, emocionálně i mentálně zátěžových a stresogenních situacích. Z Inventáře zátěžových událostí (Holmes & Rahe, 1967) lze vybrat následující potenciální stresory (seřazeny od objektivně nejvýše ohodnocených): těhotenství, sexuální potíže¹¹, příchod nového člena do rodiny, změna zaměstnání/v pracovním zařazení/náplně práce a odpovědnosti, změna finanční situace, zvýšení počtu hádek s partnerem, změna životních podmínek, změna osobních zvyků, změna pracovní doby, změna společenských aktivit, změna spánkových aktivit a změna stravovacích návyků. Mimo tyto zátěžové situace lze za potenciální stresory a mnohdy i jejich důsledky jistě považovat i způsob a průběh porodu, ne/kojení, hormonální a tělesné změny, chronickou únavu (Dunning & Giallo, 2012), zásadní změnu životní role, psychickou či mnemonickou zátěž (Ciciolla & Luthar, 2019), omezení fyzické i psychické autonomie (Atkins-Boyce, 2016) a prostoru pro partnerský život, partnerské neshody na poli výchovy a organizace domácích povinností (Lockman, 2019), vliv zkresleného mediálního obrazu mateřství (Masopustová et al., 2019) a v neposlední řadě jistě také nároky vlastního dítěte – jeho pláč a další hlasité projevy a starost a strach o ně (Phillips, 2013). Jak už jsem uvedla v kapitole 2.2, stres může navíc způsobovat i kumulace běžných starostí a nepříjemných situací. Z výše uvedeného výčtu je zřejmé, že předpoklady k prožívání stresu v kontextu mateřství jsou vysoké a některé z uvedených stresorů zároveň úzce souvisí s frustrací základních psychologických potřeb uvedených v kapitole 3.1.

Ženě, která se poprvé stává matkou, se ze dne na den mění celý život a tato změna je o to zásadnější, oč méně se dosud ve svém životě setkávala s mateřstvím druhých. Říká se, že k výchově dítěte je zapotřebí celé vesnice a tradičně s tímto úkolem rodičům pomáhali jak prarodiče, tak další příbuzní a blízcí lidé. V dnešní společnosti, v níž převládá model nukleárních rodin vzdálených od příbuzenstva, je však toto uspořádání už poměrně vzácné. Není tedy divu, že pro většinu rodičů jsou nejméně příjemnými aspekty rodičovství **neustálá pohotovost a nedostatek času pro sebe** (Feldman & Nash, 1984). Matkám bez systematické podpory dalších členů rodiny, přátel či placené chůvy nebo možnosti využití předškolního zařízení pro nejmenší děti, která v české společnosti na rozdíl od jiných evropských zemí stále nejsou příliš rozšířená ani podporovaná, nezbývá příliš prostoru pro dostatečný

¹¹ V souvislosti s porodními poraněními a hormonálními výkyvy spojenými s porodem a následnou laktací

odpočinek, péči o sebe, natož pak seberealizaci mimo mateřství, což může vést k dlouhodobému zanedbávání jejich vlastních osobních cílů a frustraci základních potřeb.

Ve skutečnosti se tedy zdá být zcela přirozené, že vedle prožitků většího životního smyslu a pozitivních emocí z narození potomka, může být osobní pohoda matek ovlivněna negativními emocemi. Průměrné matky malých dětí prožívají pozitivní i negativní emoce ve vyšší intenzitě a frekvenci než ženy bezdětné, matky s dětmi nemocnými, hendikepovanými nebo agresivními pak ještě častěji. Sacksová (2019) hněv spolu s dalšími negativně vnímanými emocemi považuje za **normální projev přechodu do mateřství**, tedy období tzv. *matrescence*, při níž matky mohou prožívat podobně bouřlivé změny jako během adolescence. S *matrescencí* tak přirozeně významně zesilují i pocity hněvu, potažmo vzteku, které člověk dosud nevnímal nebo je nevnímal zdaleka v takové míře. Náhlý výbuch hněvu pak může přijít zdánlivě zčista jasna. Ve skutečnosti mu však mohla předcházet řada nepovšimnutých a vědomě i nevědomě potlačených spouštěčů (Kast, 2010). I velmi silný hněv se tak může objevit jako reakce na zdánlivě triviální podnět.

Mezi jedny z nejčastějších zjevných příčin mateřského hněvu lze zařadit **chování dítěte**, které je matkou vnímáno jako **iritující** nebo **vzdorovité**. Takové chování však může mít několik vlastních příčin – od vývojového stádia dítěte, temperamentu dítěte a matky přes neefektivní výchovu až po prožívaný stres ať už matky nebo dítěte. U malých dětí s dosud nevyzrálými kortikálními strukturami, a tedy i sebekontrolou, jsou záchvaty vzteku považovány za normální a běžnou, i když ne nutně příjemnou součást jejich vývoje související s rozvojem jejich autonomie. O to významnější úlohu v tomto období hraje sebekontrola matky. Matky, které nad svým dítětem nepociťují dostatečnou kontrolu, prožívají větší autonomní nabuzení, mohou se cítit více zmatené a vystresované nebo dokonce ohrožené jeho chováním, mít větší problémy s regulací svých vlastních emocí a vyjadřovat je – podobně jako své požadavky a dodržování pravidel – otevřenou verbální či fyzickou agresí, která však nežádoucí chování dítěte často dále zhoršuje. Způsob, kterým matky interpretují a prožívají, potažmo regulují své emoce vyvolané chováním dítěte, je tedy ovlivněn **nízkou mírou *self-efficacy***¹² a kontroly dítěte (Shay & Knutson, 2008; Teti & Cole, 2011). Zesílenou potřebu kontroly, jejíž naplňování může být nepředvídatelností (raného) rodičovství ohroženo, vykazují matky s vysokou mírou **sebekritiky** (Blatt, 2008). Tyto matky více než jiné usilují o rigidní dodržování vysokých vlastních standardů

¹² Sebedůvěra ve vlastní schopnosti a přesvědčení o vlastní schopnosti plánovat a jednat způsobem vedoucím k dosažení nějakého cíle, zvládnutí nějaké situace nebo úkolu (Bandura, 1986).

s ohledem na svou práci i péči o dítě, jsou náchylné k pocitům selhání a nedostatečnosti a na nepředvídatelné okolnosti nejsou schopny nebo ochotny reagovat dostatečně pružně. Tyto charakteristiky u nich mohou přispívat k stresu a frustraci, podněcovat jejich hněv a zároveň se prostřednictvím výchovy mezigeneračně přenášet na dítě (Casalin et al., 2014).

Vysoké požadavky na sebe často souvisejí i s volbou výchovného stylu. Spousta matek se v posledních letech na základě dostupných informací v dobré víře a úsilí o maximální prospěch svých dětí dostala do tlaku **intenzivního stylu výchovy**, který předpokládá jejich zapojení i do nejmenších drobností každodenního života jejich dítěte a maximální možnou míru stimulace, příležitostí pro všestranný rozvoj a obohacující péče v průběhu jeho psychomotorického vývoje (Liss et al., 2012; Masopustová et al., 2019; Warner, 2005). Mohou se tak cítit pod poměrně silným sociálním tlakem věnovat pozornost zejména potřebám dítěte bez ohledu na všechny a všechno ostatní, a obětovat tedy i své vlastní cíle a potřeby (E. J. Lee, 2008). Podobně jako tzv. helikoptérové mateřství neblaze působí na autonomii dětí, tak intenzivní mateřství negativně ovlivňuje autonomii a prostor pro sebezpečí matek a negativně koreluje s jejich duševním zdravím (Rizzo et al., 2012). V rámci preferovaného výchovného stylu se způsob chování matek vůči dítěti během dne výrazně mění, a to ve značné závislosti na uspokojení nebo frustraci potřeb rodičů, které jeho chování mohou přiklánět buď k výchově podporující autonomii dítěte nebo k výchově psychologicky kontrolující. Uspokojování potřeb a vyhýbání se jejich frustraci je tedy pro matky důležitým prediktorem vhodného chování vůči dítěti (Mabbe et al., 2018).

4.2 Důsledky dysregulovaných projevů hněvu pro vývoj dítěte

Podle Eisenbergové a kol. (1998) probíhá socializace emocí u dítěte třemi způsoby – prostřednictvím reakcí rodičů na emoce druhých, mluvením o emocích a vyjadřování emocí rodiči. Období péče o dítě tedy na matku v oblasti regulace emocí a jejich vyjadřování klade specifické požadavky. Způsob jejich projevů hněvu má značný vliv na interpersonální vztahy v rodině a hraje významnou roli v regulaci emocí jejich dítěte, obzvláště pak během raného období jeho vývoje (Dix, 1991; Gould et al., 1996; Rutherford et al., 2015). Vhodně kognitivně regulované emoční prožívání a vyjadřování hněvu je spojováno s citlivou a angažovanou výchovou (Crandall et al., 2015). Čím více je však součástí běžného repertoáru chování matky otevřené a zároveň neregulované vyjadřování hněvu, tím větší tendenci matka má reagovat na nevhodné chování dítěte nepřiměřeným způsobem (Leung & Slep, 2006). Neregulované projevy hněvu směřované vůči dítěti mu mohou způsobovat jak **fyzickou, tak psychickou újmu** včetně **ohrožení citové vazby** mezi matkou a dítětem, i

v méně závažných případech přispívají k **dysregulaci jeho vlastních emocí a chování** a poskytují mu **nevhodný copingový vzor** (Alpert et al., 2003; Dix, 1991; O. Mammen et al., 1997). V případě zahlcení silnými emocemi se je děti mohou pokoušet regulovat prostřednictvím z dlouhodobého hlediska neefektivních strategií, jako jsou sociální stažení nebo naopak agování. Takové chování snižuje pravděpodobnost podporujících interakcí s dospělými i vrstevníky, a tím i šanci na prohloubení vhodných sociálně-emočních kompetencí (Lemerise & Harper, 2010).

Phillipsová (2013) upozorňuje, že pro vyvíjející se dítě jsou obzvláště důležité i způsoby vyjádření hněvu mezi rodiči. Projevy hněvu obou rodičů jsou malými dětmi totiž zřetelně vnímány a často u nich vyvolávají stresovou reakci, jejíž pravděpodobnost se zvyšuje, pokud hněvivé interakce rodičů zahrnují i fyzický útok. Děti opakovaně vystavované projevům hněvu mezi rodiči inklinují k negativním emočním reakcím a aktivnímu zapojení se do konfliktu. Pokud jsou děti svědky takových zkušeností často, mohou **ohrozit jejich pocit bezpečí** s ohledem na sociální prostředí, v němž se pohybují a (Cummings et al., 1981).

Nízká kapacita emocionální a kognitivní kontroly matek zvyšuje **riziko nevhodného zacházení s dětmi** (Crandall et al., 2015) a jejich styl hněvu, tedy jak snadno se rozčílí, jak snadno jsou svůj hněv schopny ovládat a jakým způsobem ho vyjadřují, souvisí rizikem používání **násilí ve výchově**. Výzkumná zjištění naznačují, že při autoritářském stylu výchovy – konkrétně pak při eskalaci z verbálních k fyzickým trestům nebo z mírných fyzických trestů na tvrdé – hrají iritabilita a hněv hlavní úlohu (Leung & Slep, 2006; Shay & Knutson, 2008). Výzkumy sledování projevů negativních emocí ve výchově ukazují, že bez ohledu na to, zda jsou směřovány přímo na dítě, predikují **snížení množství a kvality hry a explorační dítětem, jeho zvýšené vyhýbání se rodičům, negativní emoce** jako smutek, hněv a strach a **zhoršení problémů jeho chování** (Teti & Cole, 2011).

Hněv v kontextu mateřství lze tedy považovat za **komplexní** a navíc **dynamickou** záležitost. Vzájemně na sebe působí nejen s mírou frustrace základních psychosociálních potřeb a stresu, ale závisí také na temperamentu, osobnostních rysech matky i dítěte a mnoha dalších okolnostech.

Výzkumná část

5. Výzkumný problém, cíle výzkumu a hypotézy nebo výzkumné otázky

Problém, který jsem si zvolila k výzkumu, a design výzkumného projektu přímo navazuje na poznatky uvedené v literárně-přehledové části. Na základě poznatků uvedených v literárně-přehledové části jsem dospěla k názoru, že matky s malými dětmi by mohly být náchylnější k prožívání stresu, frustrace základních psychosociálních potřeb, respektive cílů a motivů určených k jejich uspokojení a hněvu, či vzteku. Zatímco hněv, stres a psychosociální potřeby jsou v různých podobách předmětem empirických studií velmi často, troufám si tvrdit, že jejich souvislosti v kontextu mateřství dosud u neklinické populace nebyly prozkoumány téměř vůbec anebo jen velmi málo, což platí obzvláště pro české prostředí.

Cílem tohoto výzkumu tedy bylo **zjistit míru subjektivně prožívaného stresu a uspokojení či frustrace psychosociálních potřeb u matek malých dětí, které mají zkušenost se náhlými záchvaty hněvu, a porovnat, zda a v jaké míře se jejich výsledky liší od výsledků matek, které tuto zkušenost nemají.** Mým dalším záměrem bylo zjistit, v kterých doménách (škálách) apetentních cílů a averzivních motivů matky se záchvaty hněvu zaznamenávají nejvyšší inkongruenci a jaké prožívají **rozdíly mezi tím, co je pro ně důležité dosáhnout nebo se tomu chtějí vyhnout a tím, jak se to uskutečňuje.** Jak už jsem uvedla v kapitole 3.1.1, averzivní motivy mají negativní dopad na schopnost dosahování apetentních cílů a množství dalších nepříznivých účinků včetně zvýšené osobní nepohody, pesimismu, deprese a somatické symptomatiky (Grawe, 2007). V neposlední řadě mě tedy zajímalo, zda matky se záchvaty hněvu mají vyšší tendenci k **preferenci averzivních motivů.**

Vzhledem k tomu, že výzkum probíhal v období, kdy nejen v České republice v souvislosti s epidemií koronaviru panoval nouzový stav, v němž platila plošná karanténní opatření, zařadila jsem za účelem zachycení případného intervenujícího účinku na sledované proměnné do úvodní části šetření na toto téma několik doplňujících otázek, a to na kvalitu života (a doplňkově i míru podráždění a míru konfliktů s partnerem) během karantény ve srovnání s předchozím stavem, abych zjistila do jaké míry tato opatření mohla ovlivnit subjektivně vnímanou kvalitu života, respektive prožívání hněvu.

Výše uvedené problémy formuluji v následujících odstavcích ve formě hlavních a vedlejších výzkumných hypotéz a následně operacionalizuji jejich proměnné.

5.1 Hlavní hypotézy

H1: Existuje statisticky významný rozdíl ve skóru frekvence **záchvatů vzteku** u matek se záchvaty hněvu a matek bez záchvatů hněvu.

H2: Existuje statisticky významný rozdíl ve skóru **vnímaného stresu** u matek se záchvaty hněvu a matek bez záchvatů hněvu.

H3: Existuje statisticky významný rozdíl ve skóru **inkongruence jednotlivých škál apetentních cílů** u matek se záchvaty hněvu a matek bez záchvatů hněvu.

H4: Existuje statisticky významný rozdíl ve skóru **inkongruence jednotlivých škál averzivních motivů** u matek se záchvaty hněvu a matek bez záchvatů hněvu.

H5: Existuje statisticky významný rozdíl ve skóru **diskrepance apetentních cílů** u matek se záchvaty hněvu a matek bez záchvatů hněvu.

H6: Existuje statisticky významný rozdíl ve skóru **diskrepance averzivních motivů** u matek se záchvaty hněvu a matek bez záchvatů hněvu.

H7: Existuje statisticky významný rozdíl ve skóru **dominance averzivních motivů** u matek se záchvaty hněvu a matek bez záchvatů hněvu.

5.2 Vedlejší hypotézy

H8: Existuje statisticky významný rozdíl v hodnocení **kvality života** matek před zavedením opatření souvisejících s epidemií koronaviru a po jejich zavedení.

H9: Existuje statisticky významný rozdíl v hodnocení **rozdílu kvality života** před zavedením opatření souvisejících s epidemií koronaviru a po jejich zavedení u matek se záchvaty hněvu a matek bez záchvatů hněvu.

5.3 Operacionalizace proměnných

Pro zodpovězení výše uvedených hypotéz bylo třeba upřesnit některé proměnné, případně vytvořit nové. Jejich operacionalizaci uvádím níže vždy pro příslušnou hypotézu. Bližší informace o použitých škálách jsou uvedeny v kapitole 6.2.

H1-H7, H9: **Záchvaty hněvu** jsou měřeny prostřednictvím škály AAQ a nabývají dichotomické hodnoty 0 (Ne) nebo 1 (Ano).

„Typ“ matky, respektive její zařazení do jedné ze skupin – (0) matky bez záchvatů hněvu nebo (1) matky se záchvaty hněvu je v tomto výzkumu nezávislou proměnnou. Závislými proměnnými jsou pak další jednotlivé proměnné uvedené v této kapitole.

H1: **Záchvaty vzteku** jsou měřeny prostřednictvím škály RAQ-R, jejímž výsledkem je suma skóre jednotlivých položek.

H2: **Stres** je měřen prostřednictvím škály PSS, jejímž výsledkem je suma skóre jednotlivých položek.

Psychosociální potřeby, respektive **apetentní cíle a averzivní motivy** vedoucí k jejich uspokojení nebo frustraci

- **Intenzita apetentních cílů a averzivních motivů** je měřena prostřednictvím škály FAMOS, jejímž výsledkem je suma skóre jednotlivých položek.
- H3, H4: **Inkongruence** (= uspokojení / frustrace) **apetentních cílů a averzivních motivů** je měřena prostřednictvím škály INK, jejímž výsledkem je suma skóre jednotlivých položek.
- H5: **Diskrepance apetentních cílů** = rozdíl mezi intenzitou apetentních cílů a jejich inkongruencí
- H6: **Diskrepance averzivních motivů** = rozdíl mezi intenzitou averzivních motivů a jejich inkongruencí
- H7: **Dominance averzivních motivů** = poměr průměrů intenzity averzivních motivů a apetentních cílů

H8, H9: **Hodnocení kvality života** je měřeno prostřednictvím Likertovy škály, na níž (1) udává nejnižší a (7) nejvyšší kvalitu života.

6. Design výzkumného projektu

V této kapitole se věnuji zdůvodnění a podrobnému popisu svého výzkumného projektu a jeho realizace.

6.1 Typ výzkumu

Za účelem ověření stanovených výzkumných hypotéz jsem se rozhodla provést **kvantitativní jednorázové průřezové šetření** prožívání hněvu a vzteku, stresu a intenzity a inkongruence apotentních cílů a averzivních motivů směřujících k uspokojení či frustraci psychosociálních potřeb matek. Vycházela jsem z předpokladu, že matky, které mají zkušenost se záchvaty hněvu a vzteku, by mohly prožívat více stresu a zároveň by jejich klíčové psychosociální potřeby mohly být uspokojeny v menší míře než u matek, které s takovými záchvaty zkušenosti nemají. Proto jsem se rozhodla výsledky těchto dvou skupin matek porovnat a zjistit, zda se od sebe statisticky významně liší.

6.2 Metody získávání dat

Na základě průzkumu, jehož cílem bylo pro můj výzkumný záměr najít adekvátní metody, jsem zjistila, že kromě nástroje určeného k měření stresu dosud neexistují české lokalizace vybraných inventářů k zjišťování prožívaného hněvu ani intenzity a uspokojení/frustrace cílů a motivů souvisejících s psychosociálními potřebami¹³. Vzhledem k vysoké relevanci jejich obsahu a cíli tohoto šetření jsem se nakonec rozhodla použít inventáře bez české lokalizace a tedy i na úkor toho, že nebudou k dispozici české normy.

Pro účely šetření jsem tedy vytvořila baterii složenou z úvodních demografických otázek a celkem pěti sebehodnotících škál – AAQ, RAQ-R, PSS, FAMOS a INK, které jednotlivě popisují v následujících kapitolách. Jediná škála, která je k dispozici v české verzi, je PSS. U všech ostatních škál bylo nutné provést překlad do češtiny – AAQ z anglického a RAQ-R, FAMOS a INK z německého jazyka. Všechny překlady byly provedeny nezávisle vždy dvěma překladateli, jedním z nichž jsem vždy byla já, a sporné položky byly konzultovány jak s třetími osobami – rodilými mluvčími češtiny (včetně psychologa), tak s rodilými mluvčími příslušného jazyka. U škál RAQ-R, FAMOS a INK jsem pro upřesnění významu některých položek zároveň využila porovnání původní německé verze a anglického překladu. Vybrané metody se dotazují na rozdílně dlouhé

¹³ Původně jsem zvažovala využití Balanced Measure of Psychological Need Scale (Sheldon & Hilpert, 2012), ale na základě analýzy položek jsem se rozhodla využít FAMOS a INK, které nakonec pro účely tohoto šetření považuji za obsahově vhodnější volbu.

období od posledních 2 týdnů až po 6 měsíců. Po zralém uvážení jsem se v zájmu co největší možné jednoduchosti vyplňování pro respondentky rozhodla pro sjednocení období zájmu na poslední 3 měsíce. Vzhledem k cílové skupině jsem všechny položky formulovala v ženském rodě.

Za účelem kontroly gramatické a stylistické správnosti, srozumitelnosti položek, odhadu průměrného času potřebného k vyplnění a odhalení případných nedostatků jsem před oficiální distribucí šetření požádala pět matek, které z nějakého důvodu nevyhovovaly výběrovým kritériím pro toto šetření (více dětí, starší děti), o jeho předběžné vyplnění. Ve zpětné vazbě mi tyto respondentky šetření popsaly jako obsáhlé, ale zároveň srozumitelné a zajímavé. Finální podoba šetření byla distribuována prostřednictvím aplikace Google Forms.

Data jsem sbírala metodou příležitostného výběru a virtuální sněhové koule (Baltar & Brunet, 2012), čímž jsem získala nepravděpodobnostní výběr. Vzhledem k specifičnosti cílové skupiny jsem šetření sdílela prostřednictvím svého vlastního profilu a četných zájmových skupin souvisejících s mateřstvím, výchovou a mateřským hněvem (Vztek matek, Jak na hněv v mateřství) na sociálních sítích a zároveň žádala o jeho další šíření. Odpovědi jsem přijímala od 11.5. do 26.6.2020.

6.2.1 AAQ

Dotazník záchvatů hněvu (*Anger Attack Questionnaire – AAQ*) (Fava et al., 1991) je využíván zejména jako doplňkový nástroj během klinického rozhovoru s pacienty a dosud neprošel žádnou validizační studií. V roce 2006 provedli Winkler a kolegové (2006) pouze validizační studii zjednodušeného AAQ, a to konkrétně v kontextu diagnostiky deprese, pro jejíž účely byl dotazník původně vytvořen. Z tohoto důvodu jsem se pro kontrolu kriteriální validity zvoleného AAQ rozhodla použít ještě jeden konstruktově podobný dotazník, který popisují v následující kapitole.

Specifikum tohoto dotazníku vyplývá z jeho určení pro klinickou praxi. Zjišťuje totiž naplnění jednotlivých kritérií, jimiž jsou

- podrážděnost,
- přehnané hněvivé reakce na drobné nepříjemnosti,
- alespoň jeden záchvat hněvu za poslední měsíc,
- a během záchvatu hněvu alespoň čtyři z uvedených symptomů.

V rámci této položky respondent může označit jak symptomy somatické (např. zrychlený tep, tlak na hrudi, pocení, ad.), tak emocionální (strach nebo pocit, že se nemáte pod kontrolou) a behaviorální (fyzický útok na druhého, házení a ničení předmětů). Dotazník dále zjišťuje, zda jsou záchvaty hněvu pro respondenta něčím atypickým a zda se za ně cítí provinile nebo svého jednání během nich lituje. Celý dotazník je k dispozici v Příloze 2.

6.2.2 RAQ-R

Přepřpracovaná verze Dotazníku záchvatů vzteku (*Rage Attacks Questionnaire-Revised* – RAQ-R) byla vytvořena pro účely posouzení záchvatů vzteku u pacientů s Tourettovým syndromem, nicméně protože jeho položky významově dobře odpovídají položkám AAQ, tak při hledání dalšího vhodného nástroje pro měření vzteku se ukázal jako vhodný doplněk tomuto spíše pro klinickou praxi určenému dotazníku.

Tento inventář byl vytvořen za použití analýzy hlavních komponent a vykazuje dobré až vynikající psychometrické vlastnosti. Obsahuje 22 tvrzení a závažnost záchvatů vzteku se vyhodnocuje jednoduše pomocí hrubého skóru – čím vyšší skór, tím závažnější je jejich intenzita / frekvence. Respondent odpovídá na tvrzení na Likertově škále 0-3, kde 0 odpovídá „vůbec ne / nikdy“ a 3 „velmi silně / velmi často“. Příkladem mohou být následující položky:

- Když se rozzlobím, chovám se úplně jinak než obvykle.
- Dokážu se rozzlobit velmi rychle („z nuly na sto“).
- Když se zlobím, může se stát, že rozbívám předměty (Müller-Vahl et al., 2020)

Celý dotazník je ke zhlédnutí v Příloze 3.

6.2.3 PSS

Dalším použitým dotazníkem v tomto výzkumu je **Škála vnímaného stresu** (*Perceived Stress Scale* – PSS). Jedná se o rozšířený, spolehlivý a stručným nástroj měření aktuální hladiny subjektivně vnímaného stresu (Cohen et al., 1983). Škála obsahuje 10 položek, respektive otázek – pro představu např.:

- Jak často jste v posledním měsíci měla pocit, že nemáte pod kontrolou důležité věci ve Vašem životě?
- Jak často jste měl v posledním měsíci pocit, že věci jdou tak, jak byste si představoval? (reverzní položka)

- Jak často jste se v posledním měsíci rozhněvala kvůli věcem, které byly mimo Vaši kontrolu?

Respondent odpovídá na tvrzení na Likertově škále 0-4, kde 0 odpovídá „nikdy“ a 4 „velmi často“. Celkový vnímaný stres je po reverzi skórování čtyř pozitivně zformulovaných položek získán výpočtem hrubého skóru. Pozitivně skórované položky odpovídají faktoru kontroly na životem a reverzně skórované položky faktoru vnímané bezmoci.

Ověření psychometrických vlastností české verze škály PSS, mimo jiné i za využití konfirmační faktorové analýzy, potvrdilo její validitu i vysokou vnitřní konzistenci (Bursíková Brabcová & Kohout, 2018). Vzhledem k tomu, že tato škála nebyla ani v originální verzi určena pro diagnostické účely, nejsou k ní dispozici normy vysvětlující jednotlivé úrovně stresu a jejich implikace. Je tedy pouze rychlým nástrojem pro získání představy o hladině vnímaného stresu. Celé znění škály PSS je uvedeno v Příloze 4.

6.2.4 FAMOS

Dotazník k analýze motivačních schémat (*Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata – FAMOS*¹⁴) vycházející mimo jiné z Graweho teorie základních potřeb byl podobně jako AAQ vytvořen primárně pro potřeby klinické praxe. Jeho účelem je umožnit terapeutovi získat rychlý přehled o **nejdůležitějších apertních cílech a averzivních motivech** klienta a hned na počátku terapie posoudit, zda by snížení jeho vyhýbavé motivace, tedy averze vůči některým zážitkům mohl být jedním z nezávislých terapeutických cílů. FAMOS zároveň umožňuje identifikovat specifické oblasti, jimž se klient vyhýbá obzvláště silně. Inventář obsahuje celkem 94 položek, z nichž je 57 zjišťuje **intenzitu** apertních cílů a 37 intenzitu averzivních motivů. Příkladem může být apertní cíl „Mít situaci pod kontrolou“ a averzivní motiv „Jednat s druhými agresivně“. V části zkoumající intenzitu apetence jsou respondenti žádáni, aby uvedli, jak moc je pro ně to, co je v jednotlivých položkách uvedeno, **důležité** bez ohledu na to, zda je to pro ně v současné době uskutečnitelné, nebo zda toho již dosáhli. V druhé části inventáře zaměřené na intenzitu averze, pak uvádějí, jak moc je to pro ně **nepříjemné**. Položky jsou skórovány na 5bodové Likertově škále od „vůbec není důležité“ (1) po „je mimořádně důležité“ (5) pro apertní cíle a od „vůbec není nepříjemné“ (1) po „je mimořádně nepříjemné“ (5) pro averzivní

¹⁴ Z německého originálu do angličtiny přeložený jako Inventář apertní a averzivní motivace (Inventory of Approach and Avoidance Motivation – IAAM).

motivy. Faktorovou analýzou bylo vždy 3 až 5 položek (cílů) sloučeno do následujících škál (seřazeno podle míry vysvětlené variance):

- **Apetentní cíle (14):** Intimita / Citová vazba, Afiliace / Sociabilita, Altruismus, Pomoc, Uznání / Respekt, Status, Autonomie, Výkon, Kontrola, Vzdělání / Vědomosti, Spiritualita / Smysl, Rozmanitost, Sebedůvěra, Sebeocení
- **Averzivní motivy (9):** Osamělost / Odloučení, Znevážení, Ponížení / Zostuzení, Výtky / Kritika, Závislost / Ztráta autonomie, Hostilita / Napětí, Vulnerabilita / Ztráta kontroly, Bezmoc, Selhání

Pro každou z výše uvedených škál lze vypočítat průměrný skór. Kromě výsledných skóru jednotlivých škál reprezentujících různé motivační cíle FAMOS poskytuje **celkové hodnoty jak pro apetentní cíle a averzivní motivy**, tak hodnotu vyjadřující poměr averze vůči apetenci, tedy **dominanci averze**. Celkové skóry poskytují informaci o tom, zda je klient motivován převážně apetentně (pozitivně) nebo averzivně (negativně). Apetence a averze spolu korelují jen slabě, což poukazuje na nezávislost obou systémů. Člověk se silnými averzivními cíli tedy zároveň může mít jak silné, tak slabé apetentní cíle. Jak už bylo nastíněno v teoretické části, tak nadbytek averzivních motivů člověku v každém případě znesnadňuje realizaci jeho apetentních cílů.

Inventář vykazuje uspokojivé psychometrické vlastnosti s vnitřní homogenitou a test-retestovou reliabilitou s přijatelnými až dobrými hodnotami a zároveň i zjevnou, obsahovou a kriteriální validitu (Holtforth & Grawe, 2000).

6.2.5 INK

Druhou škálou, která byla vytvořena na základě Graweho teorie základních potřeb je **Dotazník inkongruence** (*Der Inkongruenzfragebogen – INK¹⁵*). Stejně jako FAMOS obsahuje celkem 94 obsahově identických položek (cílů) v rámci již uvedených škál, ovšem s tím, že INK zjišťuje míru jejich **uspokojení nebo frustrace**. Respondenti v něm tedy uvádějí, jak se jim v poslední době **dařilo uskutečňovat dané apetentní cíle**, respektive do jaké míry **zažívali uvedené averzivní stavy či situace**. Příkladem za všechny může být apetentní položka „měla jsem situaci pod kontrolou“ a averzivní položka „jednala jsem s druhými agresivně“. Položky v celém inventáři jsou opět skórovány na 5bodové Likertově

¹⁵ V angličtině Incongruence Questionnaire – INC.

škál od „příliš málo“ (1) po „dostatečně“ (5), respektive „vůbec neplatí“ (1) po „zcela platí“ (5).

I tento nástroj umožňuje pro každou z výše uvedených 14 apetentních a 9 averzivních škál vypočítat průměrný skór a celkové hodnoty míry uskutečňování apetentních cílů a setkávání se s averzivními stavy či situacemi, které autoři nazývají **apetentní**, respektive **averzivní inkongruencí** (Holtforth & Grawe, 2003). Tyto pojmy stejně jako název celého inventáře v tomto kontextu osobně považuji za poněkud zavádějící. Vzhledem k zvoleným možnostem odpovědí („příliš málo“ a „dostatečně“ u apetentní subškály), je zde zajisté možné hovořit o in/kongruenci uspokojení/frustraci cílů, nicméně osobně se domnívám, že vzhledem k dříve uvedeným teoretickým poznatkům by za přesnější míru in/kongruence bylo vhodnější považovat **rozdíl mezi intenzitou apetentních cílů a averzivních motivů**, kterou zjišťuje FAMOS, a autory INKu uváděnou **inkongruencí**, respektive mírou, do jaké se člověku daří uskutečňovat apetentní cíle nebo zažívá stavy či situace, které považuje za nepříjemné. V kapitole 5.3 jsem uvedla, jak jsem se tuto významovou „inkongruencí“ vyřešila v rámci tohoto výzkumného projektu, a to vytvořením nových proměnných – apetentní a averzivní diskrepance, které tedy osobně považuji za přesnější míru skutečné in/kongruence popsané v tomto odstavci.

Tento nástroj tedy umožňuje získat informace jak o hladině motivační inkongruence, tak o zdrojích této inkongruence, kterým je pak – podobně jako nejdůležitějším cílům a motivům zjištěným prostřednictvím FAMOSu – možné se dále věnovat v rámci klinických rozhovorů a psychoterapie. FAMOS i INK, respektive jejich administrace na počátku a v průběhu psychoterapie a výsledné profily, jsou zároveň vhodnými nástroji pro měření jejího účinku (Grawe, 2007).

6.3 Metody zpracování a analýzy dat

Výsledná data z jednotlivých škál jsem nejprve zkontrolovala. Vzhledem k tomu, že tento výzkum je zaměřen na neklinickou populaci, vyřadila jsem ze vzorku 21 odpovědí, v nichž respondentky uvedly, že aktuálně trpí duševním onemocněním, které jim bylo diagnostikováno odborníkem (psychiatrem).

Veškeré analýzy jsem prováděla v programu SPSS, verze 26.0 a – není-li uvedeno jinak – všechny hypotézy jsem testovala na **hladině významnosti $\alpha = 0,05$** běžné pro psychologický výzkum.

Nejprve jsem prostřednictvím deskriptivní statistiky zpracovala základní parametry výzkumného vzorku a poté jsem přistoupila ke statistice indukční a testování stanovených hypotéz příslušnými statistickými metodami.

Pomocí Kolmogorov-Smirnova testu jsem získaná data otestovala na normální rozdělení a vzhledem k počtu respondentek a faktu, že většina sledovaných proměnných normálního rozdělení nenabyla nebo se jedná o ordinální proměnné, jsem se rozhodla o plošné použití neparametrických testů – **Mann-Whitneyova testu** pro porovnávání výsledných hodnot dvou nezávislých výběrů matek se záchvaty hněvu a bez nich a **Wilcoxonova testu** pro porovnání hodnocení kvality života všech matek před zavedením omezení souvisejících s epidemií koronaviru a po jejich zavedení s cílem porovnat jejich průměrné hodnoty ve sledovaných charakteristikách.

6.4 Etika výzkumu

Na úvod šetření jsem respondentkám, které projevíly zájem se ho zúčastnit, krátce představila jeho hlavní cíle a uvedla, že během šetření budou hodnotit své subjektivní prožívání s ohledem na poslední tři měsíce. Poté jsem respondentky ujistila, že veškeré informace, které v rámci tohoto šetření poskytnou, budou využity **pouze ke zpracování výzkumu**, že data budou **zpracována anonymně** a přístup k nim budu mít pouze já, vedoucí a konzultanti této práce. Respondentky jsem zároveň upozornila, že vyplněním a odesláním šetření **poskytují souhlas se zpracováním odeslaných údajů**. V případě zájmu o výsledky celé studie, měly respondentky na konci šetření možnost zadat svou e-mailovou adresu, na níž jim bude diplomová práce zaslána. Této možnosti využilo celkem 143 žen. Zároveň jsem přidala upozornění, že pokud se respondentky rozhodnou svou e-mailovou adresu poskytnout, **souhlas se zpracováním poskytnutých informací zároveň mohou kdykoli vzít zpět**. V rámci úvodu šetření jsem respondentky zároveň seznámila s kritérii a přibližnou délkou potřebnou k vyplnění šetření (20-30 minut). V závěru jsem uvedla svou e-mailovou adresu, na niž se respondentky mohly obrátit v případě bližších dotazů k výzkumu, a vyjádřila vděk za ochotu se výzkumu zúčastnit. Na konci celého šetření jsem pak respondentkám nabídla textové pole, kde se mohly volně vyjádřit k tomu, jak prožívají svou současnou situaci. Pro citaci všech výpovědí uvedených v kapitole 8.3 jsem si od respondentek zvlášť vyžádala **informovaný souhlas**.

Výzkumná studie byla součástí obsáhlejšího sběru dat. Záměrem je využít je později pro účely rigorózní nebo doktorské práce.

Vzhledem k tomu, že inventáře FAMOS a INK jsou standardizovanými a zároveň licencovanými metodami, jejichž použití bylo autory povoleno výhradně pro výzkumné účely, nejsou součástí příloh této práce. Zbylé použité metody jsou veřejně dostupné a jsou tedy v přílohách ke zhlédnutí.

7. Výzkumný soubor

Výzkumného šetření se mohly zúčastnit ženy, které dosáhly **minimálního věku 18 let**, a v době jeho vyplňování byly **matkou právě jednoho narozeného dítě ve věku do 36 měsíců**¹⁶. Vzhledem k relativní komplexnosti šetření a zároveň omezené cílové skupině bylo mým počátečním záměrem získat 200 respondentek. Celé šetření nakonec vyplnilo 278 žen, z čehož jsem na základě výše uvedeného exkluzivního kritéria duševního onemocnění vyřadila 21 odpovědí. Ve výsledné analýze tedy bylo použito **257 odpovědí**, což vzhledem k původnímu záměru považuji za dostatečný počet.

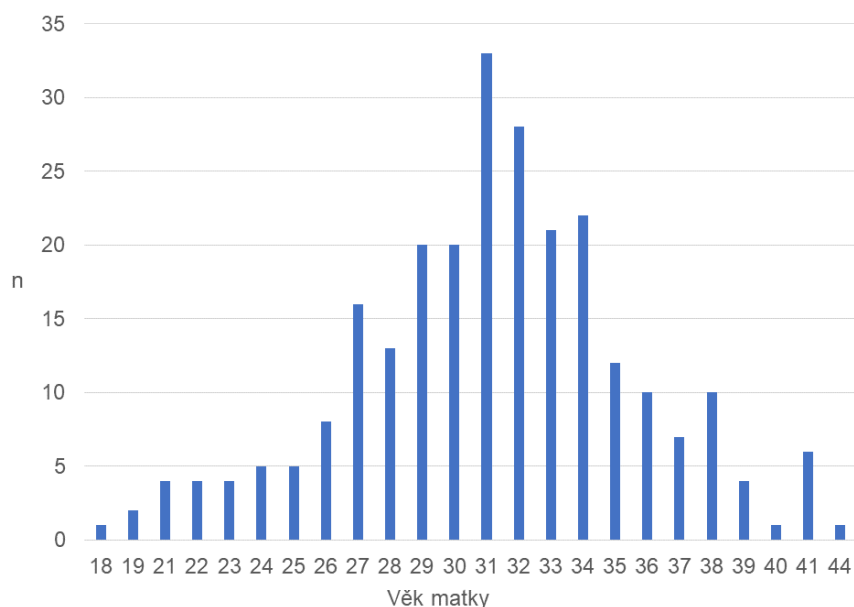
Spodní věkovou hranici respondentek jsem ohraničila dospělostí, zatímco horní jsem neuváděla. K omezení výběru vzorku na matky s prvním dítětem do 36 měsíců věku jsem se rozhodla v zájmu minimalizace intervenujících proměnných. Narození prvního potomka pro většinu matek představuje vstup do nové sociální role a zároveň zásadní životní změnu, která pak s případným dalším přírůstkem už nebývá tak výrazná. Novorozenecké, kojenecké a batolecí období je – a obzvláště pak v České republice – tradičně spojeno s péčí o dítě na mateřské a rodičovské dovolené jako převládající a intenzivní činností a zodpovědností matky. V pozdějším věku už většina dětí nastupuje do předškolního zařízení a – pokud je dítě jedináček – získává jeho matka více příležitostí rozšířit svou činnost i o další oblasti.

¹⁶ Ve výzkumném vzorku jsem se rozhodla ponechat i jednu respondentku, která ve volitelné textové odpovědi uvedla, že má dvojčata.

8. Výsledky

V této části nejprve popíšu výsledky deskriptivních statistik nejdůležitějších sledovaných proměnných a poté se přesunu k výsledkům výzkumných hypotéz. Veškeré výsledky pak podrobněji komentuji v závěrečné Diskusi.

Kritériím pro zařazení do výzkumného vzorku tedy nakonec vyhovělo 257 žen ve věku od 18 do 44 let ($M = 31,2$ let; $SD = 4,5$). Věkové rozložení vzorku je uvedeno v Grafu 1.



Graf 1. Rozložení věku matek

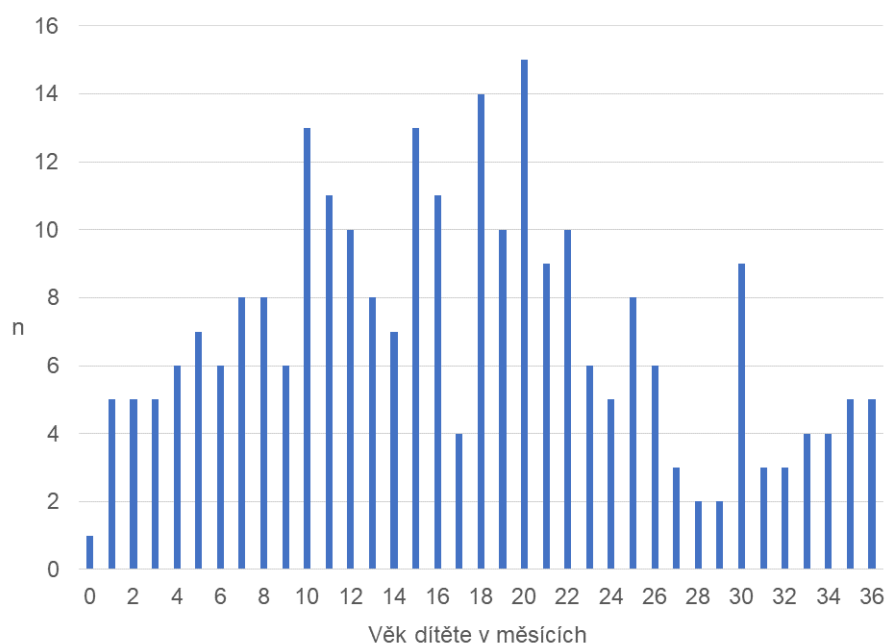
Nejvyšší zastoupení mají ve vzorku matky s vysokoškolským vzděláním (64,2 %), 7 % uvedlo vzdělání vyšší odborné, 25,3 % středoškolské a 3,5% základní. Jejich nejčastějším bydlištěm je velkoměsto s 36,6 %, na periferii velkoměsta pak žije 5,8 %, v krajském městě 11,7 %, v okresním 18,7 % a v menší obci 27,2 % matek.

Více než polovina, konkrétně 57 % matek se věnuje výhradně péči o dítě, 39 % zároveň i pracovní, případně studijní (i dobrovolnické) aktivitě na částečný a 4 % na plný úvazek. Ty, které se věnují i jiné pracovní nebo studijní aktivitě ($N = 115$), tak činí nejčastěji jak z domova, tak z místa mimo domov (51 %), méně často pouze z domova (33 %) a nejméně často pak pouze z místa mimo domov (16 %).

Valná většina žen (96 %) sdílí domácnost se svým partnerem. 86,4 % žen je spokojeno (61,1 %) nebo spíše spokojeno (25,3 %) se svým partnerským vztahem a 11,5 % spíše nespokojeno (7,4 %) nebo nespokojeno (3,1 %) a 3,1 % žen je aktuálně bez partnera.

80 % matek uvedlo, že jsou po tělesné i duševní stránce zdravý nebo jen s minimálními potížemi, 17 % pak s potížemi přechodnými a 3 % se potýká se vážnějšími dlouhodobými zdravotními potížemi.

Pro 84 % matek bylo jejich těhotenství plánované, pro 16 % neplánované. Věkové rozmezí dítěte bylo určeno vstupními kritérii ($M = 16,9$ měsíců, $SD = 9,1$) a věkové rozložení vzorku je uvedeno v Grafu 2. Valná většina dětí (96 %) byla po tělesné i duševní stránce zdravá nebo jen s minimálními potížemi, 4 % pak s potížemi přechodnými.



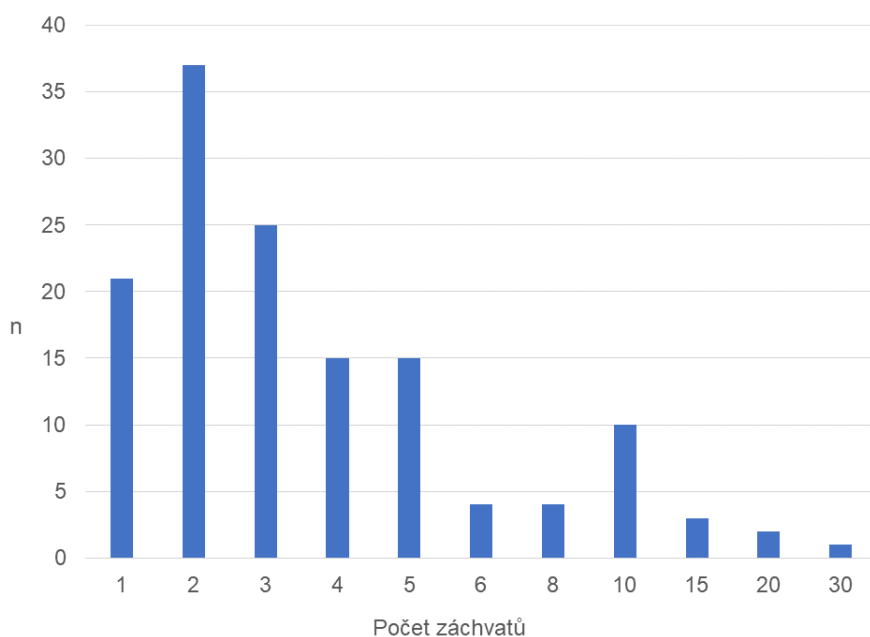
Graf 2. Rozložení věku dětí

8.1 Záchvaty hněvu

V posledních třech měsících s ohledem na průběh šetření se minimálně někdy cítilo podrážděných nebo snadno rozzlobených 87 % všech matek se, 34 % z nich dokonce často nebo vždycky. Na drobné nepříjemnosti nebo triviální záležitosti reagovalo přehnaně hněvivě nebo vztekale 71 % všech matek.

Vzhledem k účelu šetření, jsem na základě souhlasné odpovědi na otázku „Zažila jste v posledních 3 měsících „záchvaty hněvu“ – epizody, při kterých jste se na druhé rozzlobila a rozzuřila způsobem, který jste považovala za nepřiměřený nebo nevhodný pro danou situaci?“ z klinického dotazníku AAQ určila skupinu **matek se záchvaty hněvu**. Představují více než polovinu výzkumného vzorku ($N = 138$; 53,7 %). Zbytek vzorku pak tvoří **matky bez záchvatů hněvu** ($N = 119$; 46,3 %).

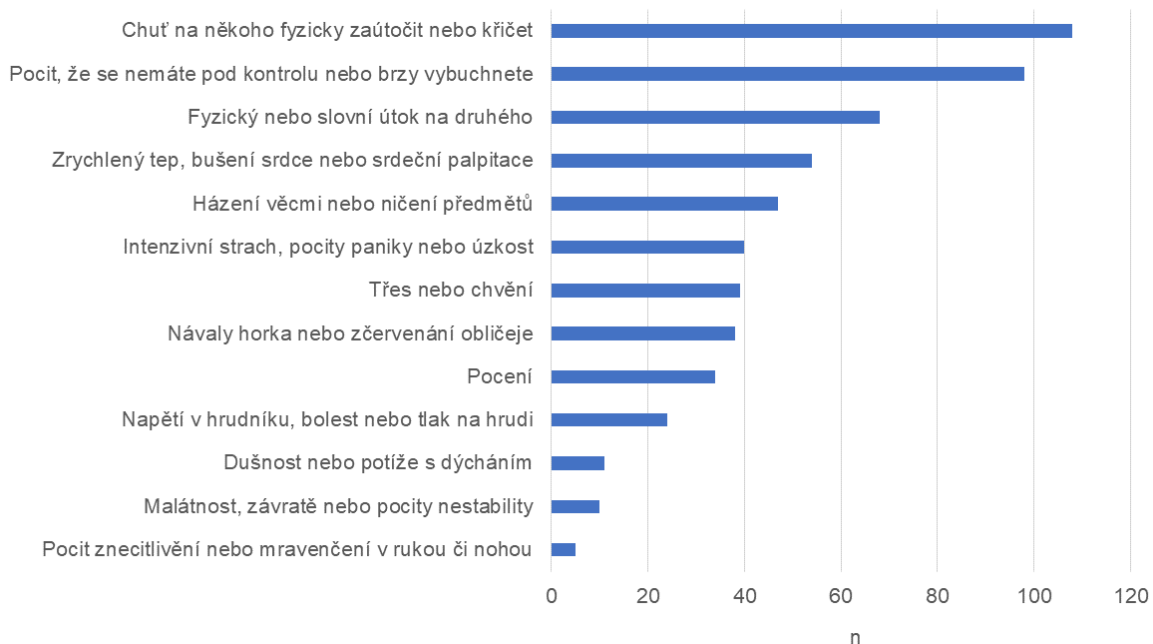
Matky se záchvaty hněvu prožily nejčastěji 2, resp. do 5 záchvatů hněvu za měsíc, celkem 16 z nich jich prožilo 10 a více – viz Graf 3. V průměru tyto matky za měsíc prožily 4 záchvaty hněvu.



Graf 3. Frekvence záchvatů hněvu za jeden měsíc

Společně se záchvaty hněvu zaznamenala cílová skupina matek 1 až 11 ze 13 uvedených příznaků, průměrně to pak byly 4 příznaky. Mezi zdaleka nejčastější subjektivně zaznamenané příznaky – viz Graf 4 – patří symptomy navenek nevyjádřené – „chut’ na někoho fyzicky zaútočit nebo křičet“ a „pocit, že se nemáte pod kontrolou a brzy vybuchnete“. Dalšími častými příznaky jsou vyjádřené projevy „fyzický nebo slovní útok na druhého“ a „házení věcmi nebo ničení předmětů“. Nejčastěji zaznamenaným tělesným symptomem je „zrychlený tep, bušení srdce nebo srdeční palpitace“. Necelá třetina matek uvedla, že při záchvatech vzteku prožívá „intenzivní strach, pocit paniky nebo úzkost“.

Za pro sebe netypické tyto záchvaty považuje 59 % matek (N = 81). Tato položka indikuje egodystonní povahu těchto záchvatů a lze předpokládat, že jsou to právě matky s egodystonními typy záchvatů, které jsou svými projevy hněvu nejvíce zaskočeny. Pro další statistickou analýzu jsem se nicméně s ohledem na nejednoznačnost této položky a zároveň na velikost souboru rozhodla použít výše uvedenou skupinu matek se záchvaty hněvu.



Graf 4. Nejčastější příznaky záchvatů hněvu

Nejvyšší **inkongruenci v rámci apetentních cílů matky se záchvaty hněvu** prožívají ve škále **rozmanitosti** (vést rozmanitý a vzrušující život, užívat si; $M = 2,30$, $SD = 0,96$) a **afiliace / sociability** (mít spoustu přátel, známých a kontaktů a podnikat s nimi spoustu aktivit; $M = 2,31$, $SD = 0,93$), následuje **sebeocenení**, respektive **sebepečce** (relaxovat, něco si dopřát, dělat něco pro sebe; $M = 2,59$, $SD = 1,02$), **vzdělání / vědomosti** (dál se vzdělávat, mít dostatek vědomostí a zájmů, chápat souvislosti; $M = 2,75$, $SD = 0,81$), **status** (vynikat nad druhými a dělat na ně dojem, být obdivována; $M = 2,77$, $SD = 0,88$), **autonomie** (být nezávislá a soběstačná, sama o sobě rozhodovat, mít svůj prostor a svobodu; $M = 2,96$, $SD = 0,81$), **uznání / respekt** (být vážená a respektovaná, být druhými přijímána; $M = 2,96$, $SD = 0,90$) a **kontrola** (mít pod kontrolou situaci a samu sebe; $M = 2,98$, $SD = 0,75$). Průměrné hodnocení ostatních škál překročilo střední hodnotu a jejich apetentní cíle lze tedy považovat za velmi mírně uspokojené (M v rozmezí 3,16 – 3,33). Podrobné výsledky jsou k dispozici v Tabulce 2.

V rámci **averzivních motivů matky se záchvaty hněvu** prožívají zdaleka nejvyšší **inkongruenci** ve škále **vulnerability / ztráty kontroly** (být přemožena emocemi, projevovat vlastní potřeby, ukazovat své slabé stránky; $M = 3,79$, $SD = 0,75$), následuje **hostilita / napětí** (jednat s druhými agresivně, zraňovat je, hádat se s nimi; $M = 3,33$, $SD = 0,97$), **bezmoc** (být nějaké situaci vydána na milost, být bezradná; $M = 3,31$, $SD = 0,93$) a **selhání** (cítit se nedostatečná, být neschopná; $M = 3,29$, $SD = 1,08$). Průměrné hodnocení

ostatních škál nepřekročilo střední hodnotu a jejich motivy lze tedy považovat za pouze mírně uskutečněné (M v rozmezí 2,97 – 2,05). Podrobné výsledky jsou k dispozici v Tabulce 3.

Inkongruence škály apetentních cílů ¹⁷	M	SD
Rozmanitost	2,30	0,96
Afiliace / Sociabilita	2,31	0,93
Sebeocení	2,59	1,02
Vzdělání / Vědomosti	2,75	0,81
Status	2,77	0,88
Autonomie	2,96	0,81
Uznání / Respekt	2,96	0,90
Kontrola	2,98	0,75
Spiritualita / Smysl	3,16	0,93
Intimita / Citová vazba	3,19	1,14
Pomoc	3,23	0,93
Výkon	3,24	0,87
Altruismus	3,27	0,93
Sebedůvěra	3,33	0,84

Tabulka 2. Inkongruence apetentních cílů u matek se záchvaty hněvu – průměrné hodnocení škál na Likkertově škále (1-5)

Inkongruence škály averzivních motivů	M	SD
Vulnerabilita / Ztráta kontroly	3,79	0,75
Hostilita / Napětí	3,33	0,97
Bezmoc	3,31	0,93
Selhání	3,29	1,08
Osamělost / Odloučení	2,97	0,81
Výtky / Kritika	2,93	1,12
Závislost / Ztráta autonomie	2,90	0,98
Znevážení	2,64	1,09
Ponížení / Zostuzení	2,05	0,90

Tabulka 3. Inkongruence averzivních motivů u matek se záchvaty hněvu – průměrné hodnocení škál na Likkertově škále (1-5)

8.1 Výsledky hlavních výzkumných hypotéz

H1: Záchvaty vzteku jsou výrazně častější u matek, které prožívají záchvaty hněvu ($Mdn = 38$) než u těch, které je neprožívají ($Mdn = 19$), $U = 2654$, $p < 0,001$, $r = 0,58$.

¹⁷ Na vyšší inkongruenci poukazuje nižší uspokojení jednotlivých škál a tedy jejich nižší průměrné hodnocení.

H2: Matky se záchvaty hněvu ($Mdn = 23$) uvádějí **vyšší míru vnímaného stresu** než matky bez záchvatů hněvu ($Mdn = 16$), $U = 3917,5$, $p < 0,001$, $r = 0,45$.

H3: U matek se záchvaty hněvu se vyskytuje **mírně až významně vyšší inkongruence u jednotlivých škál apetentních cílů**¹⁸ než matek bez záchvatů hněvu, a to i po použití Bonferroniho korekce pro násobné testování hypotéz ($p = 0,003$). To **neplatí pro škálu Altruismu**, u níž signifikantní rozdíl mezi oběma skupinami prokázán nebyl a nelze zde tedy zamítnout nulovou hypotézu. V Tabulce 4 prezentuji výsledky inkongruence jednotlivých škál apetentních cílů seřazených od nejvyšší síly účinku po nejnižší.

H4: U matek se záchvaty hněvu se vyskytuje **středně až významně vyšší inkongruence u jednotlivých škál averzivních motivů** než u matek bez záchvatů hněvu, a to i po použití Bonferroniho korekce pro násobné testování hypotéz ($p = 0,006$). V Tabulce 5 prezentuji výsledky inkongruence jednotlivých škál averzivních motivů seřazených od nejvyšší síly účinku po nejnižší.

H5: Matky se záchvaty hněvu ($Mdn = 45,5$) vykazují **vyšší diskrepanci apetentních cílů** než matky bez záchvatů hněvu ($Mdn = 10$), $U = 4391,5$, $p < 0,001$, $r = 0,40$. To znamená, že u matek se záchvaty hněvu existují větší rozdíly mezi tím, co je pro ně důležité a v jaké míře se jim toho daří dosáhnout než u matek bez záchvatů hněvu.

H6: Matky se záchvaty hněvu ($Mdn = 35,5$) vykazují **nižší diskrepanci averzivních motivů** než matky bez záchvatů hněvu ($Mdn = 64$), $U = 4283$, $p < 0,001$, $r = 0,41$. To znamená, že u matek se záchvaty hněvu existují menší rozdíly mezi tím, co považují za nepříjemné a v jaké míře to prožívají než u matek bez záchvatů hněvu¹⁹.

H7: U matek se záchvaty hněvu ($Mdn = 0,69$) je patrná **mírně vyšší dominance averzivních motivů** než u matek bez záchvatů hněvu ($Mdn = 0,67$), $U = 6623$, $p < 0,001$, $r = 0,17$. To znamená, že pro matky se záchvaty hněvu je mírně důležitější něčemu se vyhýbat než pro matky bez záchvatů, nicméně ani u jedné ze skupin nepřesáhl průměrný skóre intenzity averzivních motivů průměrný skóre intenzity apetentních cílů.

¹⁸ Vyšší inkongruence zde poukazuje na nižší uspokojení jednotlivých škál a je tedy reprezentována nižšími mediány. Východiskem pro zde uvedené mediány jsou sumy jednotlivých škál.

¹⁹ Pokud je pro člověka něco mimořádně nepříjemné (5) a zároveň to pro něj zcela platí (zažívá to) (5), prožívá hněv. Pokud je pro něj něco mimořádně důležité, ale neplatí pro něj (nezažívá to), hněv neprožívá. Pokud pro něj něco vůbec není důležité, je mu pravděpodobně vcelku jedno, jestli to pro něj platí nebo ne.

Inkongruence škály apetentních cílů	Skupina	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Kontrola	se záchvaty	12	3470	<0,001	0,5
	bez záchvatů	15			
Sebedůvěra	se záchvaty	13	4767	<0,001	0,36
	bez záchvatů	16			
Intimita / Citová vazba	se záchvaty	17	4796	<0,001	0,36
	bez záchvatů	21			
Rozmanitost	se záchvaty	11	4897	<0,001	0,35
	bez záchvatů	15			
Autonomie	se záchvaty	12	5161	<0,001	0,32
	bez záchvatů	14			
Sebeocení	se záchvaty	7	5209,5	<0,001	0,32
	bez záchvatů	10			
Výkon	se záchvaty	13	5275	<0,001	0,31
	bez záchvatů	15			
Spiritualita / Smysl	se záchvaty	12	5377,5	<0,001	0,3
	bez záchvatů	15			
Uznání / Respekt	se záchvaty	12	5586	<0,001	0,28
	bez záchvatů	14			
Pomoc	se záchvaty	13	5600,5	<0,001	0,27
	bez záchvatů	16			
Status	se záchvaty	11	5779	<0,001	0,26
	bez záchvatů	13			
Vzdělání / Vědomosti	se záchvaty	10	6057,5	<0,001	0,23
	bez záchvatů	12			
Afiliace / Sociabilita	se záchvaty	9	6313,5	0,001	0,2
	bez záchvatů	11			
Altruismus	se záchvaty	13	6819	0,019	0,15
	bez záchvatů	15			

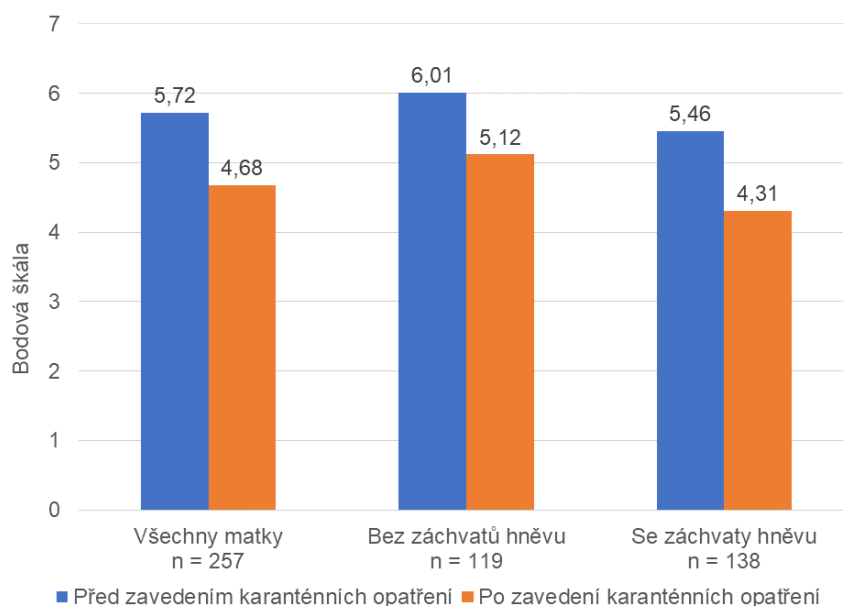
Tabulka 4. Inkongruence jednotlivých škál apetentních cílů u matek se záchvaty hněvu a bez záchvatů hněvu

Inkongruence škály averzivních motivů	Skupina	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Hostilita / Napětí	se záchvaty	13	2845	<0,001	0,56
	bez záchvatů	8			
Selhání	se záchvaty	14	3436	<0,001	0,5
	bez záchvatů	8			
Vulnerabilita / Ztráta kontroly	se záchvaty	11	3720	<0,001	0,47
	bez záchvatů	9			
Bezmoc	se záchvaty	13	3879,5	<0,001	0,46
	bez záchvatů	9			
Ponížení / Zostuzení	se záchvaty	7,5	4654,5	<0,001	0,38
	bez záchvatů	5			
Osamělost / Odloučení	se záchvaty	15	4617,5	<0,001	0,38
	bez záchvatů	10			
Znevážení	se záchvaty	12,5	4684,5	<0,001	0,37
	bez záchvatů	8			
Výtky / Kritika	se záchvaty	8	4711	<0,001	0,37
	bez záchvatů	6			
Závislost / Ztráta autonomie	se záchvaty	14	5075,5	<0,001	0,33
	bez záchvatů	10			

Tabulka 5. Inkongruence jednotlivých škál averzivních motivů u matek se záchvaty hněvu a bez záchvatů hněvu

8.2 Výsledky vedlejších výzkumných hypotéz

Před zavedením karanténních opatření hodnotily matky svou kvalitu života na škále od 1 do 7 průměrně 5,7 body a po jejich zavedení průměrně je 4,7 body. Jejich kvalita života se tedy po zavedení omezení zhoršila průměrně o 1 bod. Matky se záchvaty hněvu uváděly v průměru nižší kvalitu života už před zavedením opatření. Po jejich zavedení se rozdíl mezi oběma skupinami matek ještě zvětšil. Výsledky hodnocení kvality života před a po zavedení karanténních opatření všech matek a matek bez záchvatů a se záchvaty uvádím v Grafu 5.



Graf 5. Hodnocení kvality života v souvislosti s epidemií koronaviru

Ve srovnání s normálním stavem uvedlo během karanténních opatření 37 % matek vyšší, 56 % přibližně stejnou a 7 % nižší míru podráždění a 23 % vyšší, 61 % přibližně stejnou a 12,5 % nižší míru konfliktů s partnerem.

H8: Kvalita života matek se po zavedení opatření souvisejících s epidemií koronaviru ($Mdn = 4$) oproti době před jejich zavedením ($Mdn = 6$) **výrazně zhoršila**, $Z = -9,80$, $p < 0,001$, $r = 0,6$.

H9: V hodnocení rozdílu kvality života před zavedením opatření souvisejících s epidemií koronaviru a po jejich zavedení se matky se záchvaty hněvu ($M = 1,15$) statisticky významně neliší od matek bez záchvatů hněvu ($M = 0,89$), $U = 7156$, $p = 0,07$.

Přesto, že kvalita života se po zavedení opatření souvisejících s epidemií koronaviru subjektivně výrazně zhoršila, tak nebyla prokázána statisticky významná souvislost tohoto zhoršení se záchvaty hněvu. Výsledek tohoto zjištění lze interpretovat tak, že záchvaty hněvu pravděpodobně souvisejí s jinými okolnostmi.

8.3 Doplnkové výsledky

Považuji za důležité uvést zde několik ilustrativních příkladů toho, co ženy se záchvaty hněvu mohou prožívat, které jsem vybrala z volitelných textových výpovědí v závěru šetření:

- „...velkou roli u nás hraje to, že manžel je celý týden pracovně mimo domov, vídáme se o víkendech. Většinu času jsem tedy s dítětem sama, což moje prožívání zásadně ovlivňuje negativním způsobem. Máme to tak již od porodu, takže mám pocit, že už od porodu "jedu na dluh". Chybí mi hlavně podpora a společně strávený čas, sdílení...“
- „...V posledních třech měsících se stala řada věcí, které byly mimo moji kontrolu – jednak synův vývoj (který podporuji, ale děje se nezávisle na mně), infarkt mojí mamky a koronavirová izolace. Můj život před 3 měsíci se zdá zcela odlišný od toho dnes a těžko se mi to generalizuje.“
- „Nejvíc mě na tom všem štve manžel, mám pocit, že mou autoritu u našeho dítěte podkopává to mi vůbec nepomáhá. Asi i proto jsem dost často nervózní. Chci, aby mě dítě respektovalo, ne aby ze mě měla srandu, protože táta dovolí to, co zakáže máma.“
- „...celé období krize jsem ve třetím trimestru těhotenství, jsem bez energie a výrazně mi to ztěžuje fungování se synem, a právě kvůli mému jinému stavu dochází ke konfliktům. Fyzicky nejsem fit, a proto je pro mě těžší konfliktu předejít nebo jej překonat. Zároveň si uvědomuji, že jsem zranitelnější než obvykle, a tudíž závislejší na manželovi a laskavosti okolí. Není to příjemné, ovšem musím tento fakt přijmout.“
- „Karanténa byla pro mě zatím nejradostnějším obdobím mého rodinného života. Trávili jsme společně s mužem a dcerou tolik času jako nikdy před tím a hodně nám to pomohlo. Přála bych si, aby to tak bylo i dál. Abychom byli víc spolu.“
- „Díky náročné dceři jsem přestala na dva a půl roku dělat skoro všechny věci, kterými jsem dřív žila...přestala jsem sportovat...tomu přisuzuji své záchvaty vzteku, které poměrně často mám. Mateřství se snažím chápat jako největší životní školu, ale rozhodně mi bude ještě dlouho trvat, než se dostanu do osobního klidu a spokojenosti s tím, jak se chovám a jak se druzí chovají ke mně.“
- „Myslím si, že je vše o tom, jak to mám pro sebe nastavené než o tom, co se reálně děje, aneb ach ty nároky.“

Hlavní témata dalších výpovědí, jejichž autorky jsem nemohla požádat o souhlas s jejich zveřejněním, protože neuvedly svou e-mailovou adresu nebo mi na mou žádost o svolení ke zveřejnění neodpověděly, lze shrnout následovně: velká životní změna; závislost dítěte na matce; nedostatek svobody a lehkosti; náročnost péče o dítě, další potřebné členy

rodiny (nemocné rodiče) a domácnost; nedostatek spánku; stres a tlak okolí; pocity osamocení, lítosti a viny; děs z vlastních projevů vzteku a agrese; pozitivní vliv pobytu v přírodě v průběhu karantény v kontrastu s náročnými situacemi, stresem a vztekem po návratu do města apod.

Z těchto výpovědí je patrný subjektivní vliv stresujících okolností a neuspokojených potřeb i některé důsledky projevů hněvu. Zároveň jsou v souladu s tím, co se lze dočíst na sociálních fórech zaměřených na hněv v mateřství a zkušenostmi psychologek a terapeutek z projektů Vztek matek a Jak na vztek v mateřství, které s cílovou skupinou dlouhodobě pracují a potvrzují multifaktoriální povahu a celkovou komplexitu problému.

Ideálně bychom se dívali na rozdíl mezi intenzitou cílů a zkušeností u každé škály apetence i averze, což nebylo z časového hlediska proveditelné.

9. Diskuse

Cílem provedeného průřezového šetření bylo zjistit míru subjektivně prožívaného stresu a uspokojení či frustrace psychosociálních potřeb u matek malých dětí, které mají zkušenosti se náhlými záchvaty hněvu, a porovnat, jak se jejich výsledky liší od výsledků matek, které tuto zkušenost nemají. Mým záměrem bylo ukázat, že i v české společnosti se nejedná o marginální problém ani z hlediska jeho prožívání a dopadů na osobní pohodu matek, ani z hlediska jeho prevalence. Přestože je pravděpodobné, že šetření se zúčastnilo více matek, kterých se toto téma osobně dotýká, ukázalo se, že s hněvem, vztekem a náhlými záchvaty těchto nejčastěji negativně vnímaných a prožívaných emocí, se potýká výrazná část matek malých dětí. V tomto konkrétním vzorku se jednalo o více než polovinu všech matek. Při generalizaci výzkumných výsledků je však nutné brát na zřetel fakt, že vzhledem ke způsobu výběru výzkumného vzorku ho není možné považovat za reprezentativní.

Na téma hněvu v mateřství se mi bohužel nepodařilo dohledat žádné knihy české provenience určené pro širokou veřejnost, natož pak publikace odborné a dle mého vědomí v tomto ohledu aktuálně ani není vyvíjena žádná odborná výzkumná činnost. V rámci zahraniční odborné literatury na téma mateřského hněvu je situace o něco málo lepší, nicméně záchvatům hněvu u matek malých dětí a jejich postupné detabuizaci se dle mého průzkumu věnují zejména média.

Na základě mého vlastního šetření i rozhovorů s kolegyněmi z psychologické a psychoterapeutické praxe stojícími za iniciativami Vztek matek a Jak na hněv v mateřství, kteří se hněvu a vzteku u této cílové skupiny dlouhodobě věnují, se ukázalo, že matky jsou těmito intenzivními emocemi nepříjemně zaskočeny. Představují pro ně problém, který před narozením svého dítěte vůbec nebo v takové míře nepocítovaly, který je trápí, a s nímž se potřebují a zároveň i obávají svěřit. To potvrzují i výpovědi matek, které se rozhodly sdílet svou zkušenost v závěru šetření; některé z nich jsem uvedla v kapitole 8.3. Lze v nich odhalit další možné koreláty a příčiny hněvu, k nimž bych se pouze kvantitativním způsobem nebyla schopna dostat.

Shrnutí a srovnání výzkumných zjištění

Složení výzkumného vzorku neodráží složení populace. Je v něm pouze 3,5 % matek se základním vzděláním, naopak nejvíce zastoupenou skupinou jsou vysokoškolačky (64,2 %), což bývá u podobných nehonorovaných výzkumů pravidlem. Lze předpokládat, že vysokoškolačky toto téma více zajímá, případně je možné, že by se s ním mohly samy častěji

potýkat, což by však bylo nutné ověřit. Zjišťovala jsem i některé další informace o životě a situaci respondentek (např. věk matky a dítěte, vzdělání, pracovní aktivitu a zdraví matky, zdraví dítěte, spokojenost s partnerským vztahem apod.). Na základě jejich analýzy jsem dospěla k závěru, že by neměly představovat významné intervenující proměnné.

Záchvaty hněvu

Více než třetina všech matek se v posledních třech měsících s ohledem na průběh šetření cítila často nebo vždycky podrážděná nebo snadno rozzlobená. Na drobné nepříjemnosti nebo triviální záležitosti přehnaně hněvivě nebo vztekle reagovaly dokonce téměř tři čtvrtiny všech matek. Záchvaty hněvu pak zažila více než polovina všech matek zkoumaného vzorku. Tato čísla se jeví jako poměrně vysoká, zároveň je však třeba brát v potaz fakt, že se jedná o data z příležitostného výběru, která byla sbírána i v sociálních skupinách zaměřených na hněv v mateřství. Z výsledků tedy není možné usuzovat na prevalenci hněvu v cílové populaci, nicméně výše uvedená čísla přesto indikují, že se nejedná o okrajový problém. Mammen a kolegové (1997) se též domnívají, že vzhledem k tomu, že matky své záchvaty hněvu v klinických rozhovorech potvrzovaly až teprve na základě přímého dotazu, lze předpokládat, že jejich celková prevalence bývá podceňována.

Co se týká symptomů záchvatů hněvu, tak mezi zdaleka nejčastější subjektivně zaznamenané příznaky patřily ty navenek nevyjádřené (viz Mammen et al., 1997) – „chuť na někoho fyzicky zaútočit nebo křičet“ a „pocit, že se nemáte pod kontrolou a brzy vybuchnete“. Zdá se tedy, že většina matek prožívala silné návaly hněvu a vzteku, ale dokázala jejich projevy potlačovat nebo je vědomě ovládat, což je v souladu s poznatky uvedených studií věnujících se genderovým rozdílům ve vyjadřování hněvu (Archer, 2004; Deffenbacher et al., 1996; Fernandez, 2013; Novaco, 2016). V rozporu s nimi jsou pak další už vyjádřené projevy agrese „fyzický nebo slovní útok na druhého“ a „házení věcmi nebo ničení předmětů“, což může vypovídat o značné intenzitě prožívaného hněvu či vzteku, kterou už seberegulační mechanismy nejsou schopny udržet a zvládnout. Nejčastěji zaznamenaným tělesným příznakem byl „zrychlený tep, bušení srdce nebo srdeční palpitace“ – tedy typický symptom autonomního nabuzení spojovaný se stresem. U žen, které k němu navíc prožívaly „intenzivní strach, pocit paniky nebo úzkost“ a další tělesné příznaky jako „třes nebo chvění“, „návaly horka nebo zčervenání obličeje“, „pocení“, nebo „napětí v hrudníku, bolest nebo tlak na hrudi“, mohly záchvaty hněvu být alternativními projevy úzkosti (Fava et al., 1990; Gould et al., 1996).

Souhlasnou odpověď na otázku „Považujete tyto záchvaty hněvu za něco, co je pro vás netypické?“ uvedlo celkem 81 žen ze 138 se záchvaty hněvu. Tuto otázku jsem nakonec nepoužila jako kritérium pro další zúžení vzorku, protože bez možnosti bližšího prozkoumání subjektivního významu „netypičnosti“ nebylo možné rozpoznat, zda nesouhlasná odpověď skutečně indikuje jiný než egodystonní charakter prožívaných záchvatů – například hněv jako rys – anebo pouze poukazuje na jejich relativně četnou frekvenci.

Na základě obsahové analýzy položek dotazníků AAQ a RAQ-R a signifikantního výsledku H1, tedy výrazně častějších záchvatů vzteku u matek se záchvaty hněvu, lze předpokládat, že obě škály měří velmi podobné konstrukty. Z obou dotazníků by tedy bylo možné vycházet při případné tvorbě nového nástroje zaměřeného specificky na hněv v mateřství.

Stres

Průměrná úroveň prožívaného stresu u matek se záchvaty hněvu byla statisticky významně vyšší (22,67 bodů), než u matek bez záchvatů hněvu (19,03), zatímco ta už byla zároveň mírně vyšší než průměrná hodnota (18,59 bodu) české ověřovací studie psychometrických vlastností škály PSS, prováděné na vzorku VŠ studentů (Buršíková Brabcová & Kohout, 2018). Ve výzkumu Hildingssonové a Thomase (2014) míra stresu matek malých dětí pozitivně a silně korelovala s negativními emocemi v těhotenství, kolem porodu a během raného mateřství. Vzhledem k tomu, jak subjektivním a zároveň multifaktoriálním konstruktem stres je, lze pouze spekulovat, zda vyšší hladina stresu může být prekurzorem záchvatů hněvu, jeho následkem, nebo je jejich vztah obousměrný.

Psychosociální potřeby, motivační cíle a schémata

V následujícím odstavci shrnuji, v kterých oblastech základních psychosociálních potřeb pociťují matky se záchvaty hněvu nejvyšší míru frustrace. Domnívám se, že v zájmu maximalizace výpovědní hodnoty výsledků by bylo ideální analyzovat rozdíl, respektive diskrepanci mezi intenzitou jednotlivých apertentních cílů nebo averzivních motivů a jejich inkongruencí, což však v rámci této práce přesahuje mé možnosti. Nicméně pro další výzkum a zejména v kontextu individuálního přístupu v psychologické a psychoterapeutické praxi tento postup pokládám za vhodný. Výsledky inkongruence jsou velmi komplexní, nicméně se z nich dají vyvodit jisté hypotézy o možných souvislostech.

Matkám se záchvaty hněvu se nejvíce nedostávalo rozmanitosti a potěšení ze života, sebepečce, sociálního kontaktu s druhými, prostoru k dalšímu vzdělávání a provozování svých zájmů, projevů obdivu a uznání, nezávislosti a kontroly nad sebou i okolím. Naopak trpěly přemírou vlastní zranitelnosti a intenzivních emocí, hostility a agrese vůči druhým, bezmoci a pocitů selhání. Tyto hlavní deficity postihují různé cíle a motivy, které je přesto možné se pokusit shrnout do několika oblastí reprezentujících Grawem formulované základní psychologické potřeby, tedy potřebu vyhledávání příjemných prožitků a vyhýbání se prožitkům nepříjemným, potřebu citové vazby k druhým, blízkosti a sounáležitosti, potřebu udržování sebeúcty a potřebu sebekontroly a vlivu na okolní prostředí. Z výsledků této studie vyplývá, že matky, které prožívají záchvaty hněvu pociťují deficity ve všech výše uvedených potřebách. Tyto deficity mohou souviset jak s objektivními okolnostmi, v nichž se žena na počátku mateřství nachází – tedy zvýšenou únavou (Dunning & Giallo, 2012), nedostatkem času na sebe, partnera a své zájmy, sociální izolací, přerušením pracovní činnosti, apod. – tak se způsobem kognitivního zpracování vnějších událostí (Brenning et al., 2019), s jejími osobnostními rysy – například sebekritikou (Blatt, 2008), jejími úzkostnými nebo depresivními sklony (Grawe, 2007) atd. Stres a frustrace potřeb je v každém případě významným prediktorem nevhodného rodičovského chování vůči dítěti (Mabbe et al., 2018).

V dalších odstavcích srovnávám výsledky inkongruence apetentních cílů a averzivních motivů jednotlivých škál s ohledem na rozdíly jejich výsledků mezi matkami se záchvaty hněvu a bez nich. Všechny rozdíly – až na škálu altruismu – vyšly signifikantně významné. Nesignifikantní rozdíl u škály altruismu lze vyložit tak, že pomoc a ochrana slabších je pro valnou většinu matek na denním pořádku, a tudíž ani mezi oběma skupinami neexistuje významný rozdíl v míře uspokojení tohoto cíle. Mimo výše zmíněný altruismus, se však matkám se záchvaty hněvu významně méně dařilo uspokojovat své apetentní cíle než matkám bez záchvatů a zároveň se jim ještě výrazněji nedařilo se vyhýbat uskutečnění svých averzivních motivů²⁰. Pokud i u této cílové skupiny platí stejné premisy jako u populace psychoterapeutických klientů, pak tento výsledek indikuje jasnou souvislost s prožíváním osobní nepohody (Holtforth et al., 2007; Holtforth & Grawe, 2003). Veškeré následující interpretace se vztahují k rozdílům mezi matkami se záchvaty hněvu a písmena

²⁰ U averzivních motivů jsou síly účinků obecně ještě vyšší než u apetentních cílů.

v závorkách indikují, zda se jedná o nedosažený apetentní cíl (AP) nebo uskutečněný averzivní motiv (AV).

Podle očekávání jsem vůbec nejvyšší a zároveň statisticky výrazně významný rozdíl mezi oběma skupinami zjistila ve škále hostility / napětí (AV), kterou charakterizují otevřené projevy agrese vůči druhým. Další významně vysoký rozdíl se objevil ve škále selhání (AV), jíž vystihují pocity nedostatečnosti nebo neschopnosti, což pravděpodobně souvisí se středně vysokým rozdílem v sebedůvěře (AP). Matkám se záchvaty hněvu na rozdíl od matek bez záchvatů se podle předpokladu také významně více nedařilo uspokojovat své cíle zejména v oblasti kontroly – tedy sebeovládání a kontroly okolí (AP) a tento výsledek se zrcadlí ve středně vysokém rozdílu ve škále vulnerabilitě / ztrátě kontroly (AV) a bezmoci (AV). Matky se záchvaty hněvu se také cítily více poníženy / zostuzeny (AV). Výše uvedené výsledky jsou v souladu s poznatky Juthové a kolegů (2008), podle nichž nedostatek sebedůvěry predikuje více negativního afektu a vyšší závažnost stresu, zatímco Galanakis a kolegové (2016) došli k závěru, že nízká sebedůvěra a stres se oboustranně ovlivňují. Podle Dixe (1991) se rodiče s nízkou mírou *self-efficacy* a kontroly mohou cítit více zmatení, vystresovaní nebo ohrožení chováním svého dítěte než rodiče s vysokou mírou těchto charakteristik, mohou mít větší problémy s regulací svých vlastních emocí a vyjadřovat je – podobně jako své požadavky a dodržování pravidel – otevřenou agresí. Kastová (2010) tvrdí, že pro ty, pro něž je důležitou psychosociální potřebou udržování sebekontroly, je vztek obzvlášť nepříjemnou emocí, protože jasně ukazuje na její selhání; právě v těchto případech se vztekem může souviset i stud.

Středně vysoký meziskupinový rozdíl ve výsledcích osamělosti / odloučení (AV) ukázal, že matky se záchvaty hněvu se cítily více sociálně izolované a více se jim nedostávalo lásky a náklonnosti. Zároveň je zajímavé, že středně vysoký rozdíl se objevil i u intimity / citové vazby (AP) ač většina matek v souboru uvedla, že se svým partnerským vztahem je spokojena – zde by tedy jistě stálo za to prozkoumat, jaké konkrétní položky tyto deficity způsobily.

Další škálou, v níž matky se záchvaty hněvu skórovaly výrazně hůře, je rozmanitost (AP) a sebeocnění (AP), což naznačuje, že si méně užívaly života a méně o sebe pečovaly – buď neměly příležitost nebo si to méně dovolily, což by souhlasilo s poznatky Livelyové a kolegů (2010), že ženy jsou ve větší míře než muži citlivější vůči subjektivnímu prožitku

přílišného (nezaslouženého) prospěchu, tedy pocitu, že toho v partnerství a pro rodinu dělají příliš málo.

Smysluplná souvislost se vynořuje i u středně významných meziskupinových rozdílů ve škálách autonomie (AP) a její ztráty neboli závislosti (AV). Matkám se záchvaty hněvu se také více nedařilo být dostatečně výkonnými (AP), což by mohlo souviset s jejich vyšší mírou sebekritiky (Blatt, 2008), a nacházet v životě smysl (AP), což by mohlo odrážet jejich vyšší existenciální tíseň nebo případné sklony k depresi. Z výzkumu Tamirové a kolegů (2017), kteří zkoumali souvislosti mezi inkongruencí emocí, po nichž lidé touží, a které ve skutečnosti zažívají, osobní nepohodou a depresivními symptomy vyplynulo, že vyšší inkongruence pozitivně korelovala s nižší životní spokojeností a více depresivními symptomy. Podobně u matek se záchvaty hněvu existují větší rozdíly mezi cíli a motivy, které považují za významné, a v jaké míře se jim jich dařilo dosáhnout a zároveň menší rozdíly mezi tím, co považují za nepříjemné, a v jaké míře se s tím setkávaly než u matek bez záchvatů hněvu. To znamená, že matkám se záchvaty hněvu se ve vyšší míře nedařilo dosahovat cílů, které jsou pro ně důležité, a zároveň se vyhýbat skutečnostem, které považují za nepříjemné. Jejich potřeby tak byly uspokojovány v menší míře než potřeby matek, které záchvaty hněvu netrpěly.

Zároveň se u matek se záchvaty hněvu potvrdila mírně vyšší preference averzivních motivů než u matek bez záchvatů, nicméně ani u jedné skupiny tato preference nepřesáhla preferenci apotentních cílů. To lze považovat za výsledek zdravého motivačního přístupu, který by u obou skupin neměl významně přispívat k pocitům osobní nepohody a pravděpodobně ani hněvu (Grawe, 2007).

Na základě dříve provedeného výzkumu na vzorku zdravé i klinické populace (Grawe, 2007) lze i u populace matek malých dětí očekávat statisticky významnou souvislost míry preference averzivních motivů a inkongruence apotentních cílů. To znamená, že čím více by pro ženu bylo důležité vyhnout se nepříjemnostem, tím méně by se jí zároveň dařilo uskutečňovat toho, co je pro ni důležité, s čímž by mohly souviset i záchvaty hněvu. Výsledek této hypotézy, dosud nepodrobené statistické analýze, by jistě stálo za to ověřit v rámci dalšího zpracování dat.

Vzhledem k designu výzkumu nelze z výsledků šetření vyvozovat kauzální vztah mezi proměnnými, nicméně získaná data jsou bohatá na informace a s ohledem na statisticky významné výsledky se domnívám, že by mohlo být přínosné data zpracovat pomocí regresní

analýzy. Jak už jsem uvedla, mým záměrem je jejich další analýzu provést v rámci další výzkumné (spolu)práce.

Kvalita života

Z volitelných textových výpovědí vyplývá, že matky vnímaly „dobu koronavirovou“ velmi rozdílně. Zatímco podle kvantitativních výsledků to pro většinu žen bylo období náročné, pro některé se jednalo o „nejradostnější období jejich rodinného života“, protože mohly trávit více času s rodinou. Přání „být takhle víc spolu i dál“ ukazuje potřebu blízkosti a sounáležitosti, která je pro tyto matky důležitá. Průměrná kvalita života všech matek se po zavedení opatření v souvislosti s epidemií koronaviru nicméně statisticky významně zhoršila – na sedmibodové škále v průměru o jeden bod.

Matky se záchvaty hněvu uváděly v průměru nižší kvalitu života už před zavedením karanténních opatření. Po jejich zavedení se rozdíl mezi oběma skupinami matek ještě o něco zvětšil, ovšem nikoli statisticky významně. Přesto, že kvalita života se po zavedení opatření souvisejících s epidemií koronaviru tedy subjektivně zhoršila, tak nebyla prokázána statisticky významná souvislost tohoto zhoršení se záchvaty hněvu. Výsledek tohoto zjištění lze interpretovat tak, že záchvaty hněvu s karanténními opatřeními pravděpodobně nesouvisejí a jejich příčiny lze hledat jinde.

Limity výzkumu

Zvolená výzkumná metoda jednorázového průřezového šetření poskytuje pouze aktuální snímek zkoumaného problému a s tím i riziko získání odlišných výsledků v jiném časovém bodě. Zároveň i přes snahu o eliminaci intervenujících proměnných prostřednictvím doplňujících otázek nelze vyloučit, že do výsledků nějaké zasahují. Omezující opatření související s dnem okolo koronaviru, u nichž se dalo předpokládat, že by mohla představovat významnou intervenující proměnnou, sice měla negativní dopad na kvalitu života žen z mého výzkumného vzorku, ovšem jejich souvislost s hněvem tedy prokázána nebyla. Přesto jsem z některých textových odpovědí získala pocit, že respondentky mohly šetření považovat za výzkum jejich prožívání právě v souvislosti s karanténními opatřeními. Případnou replikaci výzkumu by tedy bylo vhodné provést za „standardního“ stavu.

Až na PSS jsem všechny dotazníkové metody překládala za pomoci kolegyně-psycholožky, konzultací s rodilými mluvčími a v případě škál RAQ-R, FAMOS a INK i

porovnání jejich původní německé a anglické verze. Pro další případné využití těchto škál, které osobně minimálně pro potřeby psychologické i psychoterapeutické praxe vnímám za velmi přínosné, doporučuji lokalizaci provést standardním postupem zpětného překladu rodilým mluvčím a jeho ověření na cílové populaci.

Výhodou anonymního dotazníkového šetření prostřednictvím sebehodnotících škál je minimalizace ovlivnění odpovědí sociální desirabilitou, nevýhodou pak potenciálně vysoké subjektivní rozdíly v hodnocení, i když zrovna v tomto výzkumu nám právě o ně jde. K vyrovnání individuální subjektivity výsledků dotazníku AAQ přispívá seznam somatických, emocionálních i behaviorálních příznaků, z nichž respondentky vybíraly ty, které u sebe zaznamenaly. Přesto v případných dalších výzkumech považuji za přínosné srovnat projevy záchvatů hněvu matek na základě jejich vlastních výpovědí a pozorování třetí strany (zejména partnera a případně i starších dětí).

Většina použitých metod sběru dat, zejména pak dotazník AAQ, je určena primárně pro využití v klinické praxi a méně už pro výzkumné účely. U těchto dotazníků se v praxi předpokládá, že budou doplněny klinickým rozhovorem a doptáváním se na případné podrobnosti, nesrovnalosti nebo další okolnosti. V tomto konkrétním výzkumu jsem se však záchvaty hněvu rozhodla definovat na základě kladné odpovědi na jedinou otázku.

Fakt, že averzivně motivovaný strach a úzkost odlišuje apetentně podmíněné záchvaty hněvu od panických atak je teoreticky podložen (Carver & Harmon-Jones, 2009). Vzhledem k tomu, že záchvaty hněvu byly samotnými autory dotazníku AAQ odlišeny od panických atak právě absencí strachu a úzkosti, považuji za vhodné, aby položky „intenzivní strach, pocity paniky nebo úzkost“ a další položky označující fyzické symptomy úzkosti byly brány spíše jako potenciální diferencially diagnostická kritéria, než specifické symptomy záchvatů hněvu. Toto doporučuji brát v potaz při případném dalším výzkumném i praktickém využití tohoto dotazníku.

Jak už jsem uvedla v kapitole 6.2.5, navrhuji zvážit přejmenování stávajícího inventáře inkongruence (INK) tak, aby lépe odpovídal obsahu, tedy zjišťování míry výskytu jednotlivých tvrzení. Teprve pokud je totiž pro člověka něco důležité, což zjistíme prostřednictvím inventáře FAMOS, můžeme tvrdit, do jaké míry to bylo uspokojeno nebo frustrováno. Pokud to pro něj důležité není, domnívám se, že místo uspokojení či frustrace můžeme hovořit pouze o zaznamenaném výskytu. Za skutečnou in/kongruenci (v tomto

výzkumu označenou jako diskrepance) považují tedy až rozdíl mezi intenzitou cíle či motivu a jeho výskytem.

Za výhodu online administrace šetření považují relativní rychlost a jednoduchost jeho dalšího šíření, a tedy i dosažení dostatečné velikosti i relativní rozmanitosti vzorku. Za nevýhodu samovýběru při tomto způsobu administrace považují nemožnost zkontrolovat, zda účastnice skutečně splňují daná kritéria výběru.

Vzhledem k tomu, v rámci šetření jsem sledovala zkušenosti z posledních 3 měsíců, je třeba zvažovat potenciální zkreslení výpovědí vyplývající ze zpětného vybavování.

V zájmu důslednosti sledování hněvu až v mateřství a nikoli i během těhotenství jsem vzhledem ke zvolené době 3 měsíců zpětně zvažovala z analýzy vyřadit matky s dítětem ve věku do 3 měsíců, nicméně tím bych tento výzkum ochudila o zkušenosti některých matek v rané fázi rodičovství.

Přínos a možnosti dalšího výzkumu

Vedle výše uvedených konkrétních poznatků o roli stresu, specifických psychosociálních potřeb a schémat jejich uspokojování v prožívání náhlých záchvatů hněvu v kontextu mateřství shledávám přínos tohoto výzkumu v potvrzení předpokladu, že tyto záchvaty nejsou u neklinické populace matek malých dětí výjimečnou záležitostí, ale něčím, s čím se značná část z nich potýká relativně často. Toto téma je třeba otevřít jak odborné, tak i laické diskusi, abychom pochopili jeho detailnější souvislosti a implikace. Domnívám se, že by bylo přínosné pokusit se lépe identifikovat specifika matek, u nichž přechod do mateřské role způsobuje výrazně intenzivnější prožívání hněvu. V případných navazujících výzkumech jsem tedy pro zvážení hledání souvislostí mateřského hněvu s dalšími proměnnými – např. způsobem porodu (zejména u matek v rané fázi mateřství), osobnostními charakteristikami matky, temperamentem dítěte, dalšími zátěžovými situacemi přímo nesouvisejícími s mateřstvím apod., následně pak příčin a důsledků mateřského hněvu a navržení vhodných intervenčních opatření, jak mu předcházet, účinně a zároveň citlivě ho regulovat a zmírnit tak dopady jeho projevů na děti a celý rodinný systém. Dále by bylo vhodné, sledovat prostřednictvím longitudinálních studií změny frekvence a intenzity záchvatů hněvu v čase a zhodnotit vliv stresorů uvedených v kapitole 4.1 na míru mateřského hněvu.

Na základě reakcí na tento výzkum a projeveného zájmu z řad veřejnosti doporučuji zaměřit se i na matky více dětí a dětí starších. Rovněž by stálo za to hlouběji prozkoumat hlavní příčiny hněvu mezi rodiči, respektive souvislosti psychické či mnemonické zátěže, genderové nerovnosti a hněvu. Zcela jistě by specificky v kontextu mateřství bylo vhodné blíže prozkoumat souvislosti hněvu, úzkosti a deprese a s ohledem na zkušenosti s pozitivními účinky antidepressivní léčby při záchvatech hněvu by bylo zajímavé zkoumat, jakou úlohu hraje překonaná postnatální deprese v přetrvávající zvýšené náchylnosti k hněvu. Užitečné by jistě bylo i srovnání záchvatů hněvu a jeho korelátů u zdravé a klinické populace matek a v neposlední řadě by určitě stálo za to prozkoumat, jak jsou na tom s hněvem otcové.

V tomto výzkumu jsem se tedy pokusila o jakousi prvotní sondu do této problematiky. Vzhledem k zřejmé nosnosti tématu se domnívám, že obsahová analýza médií – včetně těch sociálních – a hloubkové rozhovory, jak s matkami (a jejich partnery), tak s odborníky z praxe, kteří se tomuto tématu dlouhodobě věnují, by pro další výzkum mohly přinést důležité podněty.

Doporučení pro praxi

Za účelem naplnění hlavních psychosociálních potřeb lze matkám doporučit vyhledávání každodenních uspokojujících interakcí s vlastním dítětem. Ty jim v dlouhodobě náročné roli mohou dodávat energii a přispívat k pozitivnímu afektu, což jim umožní se k dítěti vztahovat citlivým a trpělivým způsobem (Dix, 1991).

Ze strany odborné veřejnosti a médií je nutné pokračovat ve zvyšování povědomí o mateřském stresu, hněvu a dalších negativně vnímaných emocích a přispět tak k jejich detabuizaci proto, aby se matky nebály sdílet své skutečné pocity a případně si vyžádat pomoc svého okolí anebo odborníka (Sacks, 2019). Při tom je třeba neopomínat negativní vliv častých a intenzivních projevů hněvu na partnerský vztah, výchovu a vývoj dětí. Blízkost k druhým totiž přímo souvisí s frekvencí konfliktů s nimi a bývá tak i častým zdrojem hněvu. Zároveň je v takových případech o to důležitější, aby konflikty vycházely na povrch a byly pokud možno včas a v klidu řešeny (Kast, 2010). Zároveň je třeba zvýšit povědomí o škodlivých účincích stresu a frustrace potřeb na mateřskou spokojenost a způsob výchovy (Mabbe et al., 2018).

Osobně považuji za smysluplné věnovat mateřskému hněvu pozornost i v rámci psychoterapeutické praxe, a to jak ve formě individuální a párové/rodinné terapie tak i ve formě mateřských či rodičovských skupin, která jsou vhodným, účinným a motivujícím, leč u nás bohužel stále poměrně málo běžným způsobem sdílení a svépomocné podpory v mateřství. V rámci psychologické a psychoterapeutické praxe je u matek se záchvaty hněvu při přechodu do mateřství vhodné prozkoumat jejich míru sebekritiky a nároků, zvyšovat jejich resilienci vůči prožívání stresu a pocitům zklamání (Brenning et al., 2019) a zároveň rozvíjet jejich ochotu a schopnost nemít věci stále pod kontrolou (Griscom & Volkman, 2010). Na základě výsledků výzkumných studií existují přesvědčivé důvody pro rozvoj screeningových, preventivních a raně intervenčních nástrojů, které by umožnily rozpoznat, respektive vhodně regulovat hněv v jeho různých formách (Denson, 2015). Za přispění vhodných intervencí jako všímavosti nebo dle individuálních potřeb prožitkově, emočně či kognitivně-behaviorálně zaměřené psychoterapie je možné zvyšovat schopnost regulovat reakce na stresogenní situace, zároveň si zachovat citlivost vůči emočním projevům okolí a zejména dítěte, zamezit tak přenosu nevhodných schémat zvládnání stresu a vzteku na dítě (Rutherford et al., 2015) a naopak mu modelovat vhodné copingové strategie (Kast, 2010).

Závěr

Cílem této práce bylo zmapování aktuálních poznatků o hněvu v mateřství se specifickým zaměřením na náhlé záchvaty hněvu u matek malých dětí, prozkoumání jejich souvislostí se stresem, základními psychosociálními potřebami motivačními cíli a schémata, které matky využívají k jejich uspokojení, a v neposlední řadě pak poukázání na tento relativně rozšířený, avšak zároveň stále poměrně skrytý a částečně i tabuizovaný fenomén, poněkud ho tím znormalizovat a otevřít další odborné i laické diskusi. Cílem výzkumné části pak bylo porovnání odlišností subjektivního prožívání výše uvedených konstruktů u matek malých dětí do tří let věku, které mají zkušenosti s vlastními záchvaty hněvu, a těch, které tuto zkušenost nemají, na základě výsledků navrhnout klíčové oblasti pro další výzkum a v aplikované rovině pak doporučení pro praxi v oblasti psychoterapie, prevence a další odborné práce s matkami a celými rodinami.

V literárně přehledové části této práce jsem shrnula obecné teoretické a výzkumné poznatky týkající se hněvu a jeho náhlých záchvatů, zátěže a stresu, psychosociálních potřeb, respektive apertních cílů a averzivních motivů, jejichž cílem je uspokojování či předcházení frustraci těchto potřeb, a všechny tyto konstrukty znovu prozkoumala v kontextu mateřství. Zjistila jsem, že všechny tři konstrukty jsou na mnoha rovinách úzce propojené, sdílejí podobné neurobiologické a fyziologické mechanismy a vzájemně na sebe působí. Předpoklady k prožívání stresu a hněvu v kontextu mateřství jsou vysoké a některé z nich zároveň úzce souvisejí s frustrací základních psychologických potřeb. Ve valné většině případů důsledky projevů občasného mateřského hněvu naštěstí nejsou fatální, nicméně opakované prožívání intenzivních – a obzvláště pak egodystonických – záchvatů hněvu negativně a oboustranně působí na mateřskou osobní pohodu, sebepojetí a *self-efficacy*, zatímco jejich dysregulované projevy ohrožují partnerský vztah a výchovu a vývoj dětí.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že s prožíváním záchvatů hněvu souvisí jak míra subjektivně vnímaného stresu, tak míra naplnění apertních cílů a averzivních motivů vedoucích k uspokojování či frustraci základních psychologických potřeb. Matky se záchvaty hněvu ve srovnání s matkami bez záchvatů výrazně častěji zaznamenaly vztek a vyšší míru stresu. V oblasti psychosociálních potřeb prožívaly největší deficity v rozmanitosti a potěšení ze života, sebepěči, sociálním kontaktu s druhými, prostoru k dalšímu vzdělávání a provozování svých zájmů, projevech obdivu a uznání, nezávislosti a kontrole nad sebou i okolím. Trpěly však i přemírou vlastní zranitelnosti a intenzivních

emocí, hostility a agrese vůči druhým, bezmoci a pocitů selhání. Mimo péči a podporu druhých se matkám se záchvaty hněvu ve srovnání s matkami bez záchvatů významně méně dařilo uspokojovat své apetentní cíle a zároveň se jim ještě výrazněji nedařilo vyhýbat uskutečnění svých averzivních motivů. Významné odlišnosti mezi oběma skupinami byly nalezeny u všech škál averzivních motivů a téměř všech škál apetentních cílů. Statisticky nejvýznamnější rozdíly mezi skupinami matek se záchvaty hněvu a bez nich byly zaznamenány ve škálách hostility, selhání a kontroly, středně významné pak u vulnerability, bezmoci, ponížení, osamělosti, sebedůvěry, znevážení, výtek, intimity, rozmanitosti, závislosti, autonomie, sebeocení, výkonu a spirituality. U dalších škál se pak jednalo o mírně významné odlišnosti. Potřeby matek se záchvaty hněvu tedy byly uspokojovány v nižší míře než potřeby matek, které záchvaty hněvu netrpěly. Matky se záchvaty hněvu sice projeví mírně vyšší preferenci averzivních motivů než matky bez záchvatů, nicméně absolutně preferovaly cíle apetentní, což lze považovat za výsledek zdravého motivačního přístupu. Přesto lze předpokládat, že výše uvedené deficity v naplňování psychosociálních potřeb jim do života přinášejí osobní nepohodu, stres a mohou být potenciálním zdrojem jejich hněvu.

Je zřejmé, že tempo života většinové společnosti v posledních desetiletích příliš nepřispívá k prožitkům klidu a míru. Těžko si ale představit, že hněv v kontextu mateřství představuje problém jen několika posledních let. Spíš se – podobně jako dítě – konečně dere na světlo světa; chce být viděn, vyslyšen a opečován. Náhlé egodystonní záchvaty hněvu pro matky představují útok na jejich mateřské sebepojetí vytvořené na základě často neúplných a zkreslených představ, které o mateřství ve společnosti panují. Citlivé a angažované mateřství se neobejde bez intenzivních emocí; vyznačuje se však vhodnou kognitivní regulací jejich prožívání a projevů.

Jednou z hlavních funkcí hněvu je aktivace energie pro zdolávání překážek nebo hrozeb na cestě ke zvolenému cíli. Matky by svůj hněv tedy neměly považovat za nepřítele a neměly by se bát věnovat mu – podobně jako svému dítěti – plnou a laskavou pozornost. Teprve potom ho totiž mohou začít nějak rozumově uchopovat, respektive zamýšlet se nad jeho příčinami a spouštěči a pochopit, co je vlastně těmi cíli a překážkami, na které se je jejich hněv snaží upozornit.

Seznam použité literatury

- Alpert, J., Petersen, T. J., Roffi, P. A., Papakostas, G. I., Freed, R. E., Smith, M. M., Spector, A. R., Nierenberg, A. A., Rosenbaum, J. F., & Fava, M. (2003). Behavioral and Emotional Disturbances in the Offspring of Depressed Parents with Anger Attacks. *Psychotherapy and Psychosomatics*.
<https://doi.org/10.1159/000068682>
- Archer, J. (2004). Sex Differences in Aggression in Real-World Settings: A Meta-Analytic Review. *Review of General Psychology*, 8(4), 291–322. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.8.4.291>
- Atkins-Boyce, K. (2016, březen 31). *Getting In Touch with the “Touched Out” Feeling*. La Leche League USA. <https://llusa.org/getting-in-touch-with-the-touched-out-feeling-2/>
- Baltar, F., & Brunet, I. (2012). Social research 2.0: Virtual snowball sampling method using Facebook. *Internet Research*, 22(1), 57–74. <https://doi.org/10.1108/10662241211199960>
- Bandura, A. (1986). The Explanatory and Predictive Scope of Self-Efficacy Theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4(3), 359–373. <https://doi.org/10.1521/jscp.1986.4.3.359>
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed). Guilford Press.
- Barrett, L. F. (2018). *How emotions are made: The secret life of the brain*.
- Berkowitz, L., & Harmon-Jones, E. (2004). Toward an Understanding of the Determinants of Anger. *Emotion*, 4(2), 107–130. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.4.2.107>
- Beutler, L. E., Consoli, A. J., & Lane, G. (2005). Systematic Treatment Selection and Prescriptive Psychotherapy: An Integrative Eclectic Approach. In L. E. Beutler, A. J. Consoli, & G. Lane, *Handbook of Psychotherapy Integration* (s. 121–144). Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195165791.003.0006>
- Bienertova-Vasku, J., Lenart, P., & Scheringer, M. (2020). Eustress and Distress: Neither Good Nor Bad, but Rather the Same? *BioEssays*, 42(7), 1900238. <https://doi.org/10.1002/bies.201900238>
- Biggs, A., Brough, P., & Drummond, S. (2017). Lazarus and Folkman’s Psychological Stress and Coping Theory. In C. L. Cooper & J. C. Quick (Ed.), *The Handbook of Stress and Health* (s. 349–364). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781118993811.ch21>
- Blatt, S. J. (2008). *Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/11749-000>

- Bowlby, J. (2018). The nature of the child's tie to his mother 1. In A. C. Furman & S. T. Levy (Ed.), *Influential Papers from the 1950s* (1. vyd., s. 222–273). Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9780429475931-15>
- Brenning, K., Soenens, B., Mabbe, E., & Vansteenkiste, M. (2019). Ups and Downs in the Joy of Motherhood: Maternal Well-Being as a Function of Psychological Needs, Personality, and Infant Temperament. *Journal of Happiness Studies*, 20(1), 229–250. <https://doi.org/10.1007/s10902-017-9936-0>
- Burns, J. W., Quartana, P., Gilliam, W., Gray, E., Matsuura, J., Nappi, C., Wolfe, B., & Lofland, K. (2008). Effects of anger suppression on pain severity and pain behaviors among chronic pain patients: Evaluation of an ironic process model. *Health Psychology*, 27(5), 645–652.
<https://doi.org/10.1037/a0013044>
- Buršíková Brabcová, D., & Kohout, J. (2018). Psychometrické ověření české verze Škály vnímaného stresu. *E-psychologie*, 12(1), 37–52. <https://doi.org/10.29364/epsy.311>
- Busch, F. N. (2009). Anger and depression. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(4), 271–278.
<https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.004937>
- Carver, C. S., & Harmon-Jones, E. (2009). Anger is an approach-related affect: Evidence and implications. *Psychological Bulletin*, 135(2), 183–204. <https://doi.org/10.1037/a0013965>
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1998). *On the Self-Regulation of Behavior* (1. vyd.). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139174794>
- Casalin, S., Luyten, P., Besser, A., Wouters, S., & Vliegen, N. (2014). A Longitudinal Cross-Lagged Study of the Role of Parental Self-Criticism, Dependency, Depression, and Parenting Stress in the Development of Child Negative Affectivity. *Self and Identity*, 13(4), 491–511.
<https://doi.org/10.1080/15298868.2013.873076>
- Ciciolla, L., & Luthar, S. S. (2019). Invisible Household Labor and Ramifications for Adjustment: Mothers as Captains of Households. *Sex Roles*, 81(7–8), 467–486. <https://doi.org/10.1007/s11199-018-1001-x>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Cooper, C. L., & Quick, J. C. (Ed.). (2017). *The handbook of stress and health: A guide to research and practice*. John Wiley & Sons Ltd./Wiley Blackwell.

- Crandall, A., Deater-Deckard, K., & Riley, A. W. (2015). Maternal emotion and cognitive control capacities and parenting: A conceptual framework. *Developmental Review, 36*, 105–126.
<https://doi.org/10.1016/j.dr.2015.01.004>
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience* (1st ed). Harper & Row.
- Cummings, E. M., Zahn-Waxler, C., & Radke-Yarrow, M. (1981). Young Children's Responses to Expressions of Anger and Affection by Others in the Family. *Child Development, 52*(4), 1274.
<https://doi.org/10.2307/1129516>
- de Bles, N. J., Rius Ottenheim, N., van Hemert, A. M., Pütz, L. E. H., van der Does, A. J. W., Penninx, B. W. J. H., & Giltay, E. J. (2019). Trait anger and anger attacks in relation to depressive and anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders, 259*, 259–265. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.023>
- Deffenbacher, J. L., Oetting, E. R., Lynch, R. S., & Morris, C. D. (1996). The expression of anger and its consequences. *Behaviour Research and Therapy, 34*(7), 575–590. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(96\)00018-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(96)00018-6)
- Del Vecchio, T., & O'Leary, K. D. (2004). Effectiveness of anger treatments for specific anger problems: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 24*(1), 15–34.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2003.09.006>
- Denollet, J., Schiffer, A. A., & Spek, V. (2010). A General Propensity to Psychological Distress Affects Cardiovascular Outcomes: Evidence From Research on the Type D (Distressed) Personality Profile. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes, 3*(5), 546–557.
<https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.109.934406>
- Denson, T. F. (2015). Four promising psychological interventions for reducing reactive aggression. *Current Opinion in Behavioral Sciences, 3*, 136–141. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2015.04.003>
- Denson, T. F., Moulds, M. L., & Grisham, J. R. (2012). The Effects of Analytical Rumination, Reappraisal, and Distraction on Anger Experience. *Behavior Therapy, 43*(2), 355–364.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.08.001>
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin, 125*(2), 276–302. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276>
- Dix, T. (1991). The affective organization of parenting: Adaptive and maladaptive processes. *Psychological Bulletin, 110*(1), 3–25. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.110.1.3>

- Doss, B. D., Rhoades, G. K., Stanley, S. M., & Markman, H. J. (2009). The effect of the transition to parenthood on relationship quality: An 8-year prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology, 96*(3), 601–619. <https://doi.org/10.1037/a0013969>
- Dunning, M. J., & Giallo, R. (2012). Fatigue, parenting stress, self-efficacy and satisfaction in mothers of infants and young children. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 30*(2), 145–159. <https://doi.org/10.1080/02646838.2012.693910>
- Eisenberg, N., Cumberland, A., & Spinrad, T. L. (1998). Parental Socialization of Emotion. *Psychological Inquiry, 9*(4), 241–273. https://doi.org/10.1207/s15327965pli0904_1
- Elliot, A. J., Sheldon, K. M., & Church, M. A. (1997). Avoidance Personal Goals and Subjective Well-Being. *Personality and Social Psychology Bulletin, 23*(9), 915–927. <https://doi.org/10.1177/0146167297239001>
- Falkenström, F., Granström, F., & Holmqvist, R. (2014). Working alliance predicts psychotherapy outcome even while controlling for prior symptom improvement. *Psychotherapy Research, 24*(2), 146–159. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.847985>
- Fava, M., Anderson, K., & Rosenbaum, J. F. (1990). „Anger attacks“: Possible variants of panic and major depressive disorders. *American Journal of Psychiatry, 147*(7), 867–870. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.7.867>
- Fava, M., & Rosenbaum, J. F. (1998). Anger attacks in depression. *Depression & Anxiety (1091-4269), 8*, 59–63. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6394\(1998\)8:1+<59::AID-DA9>3.0.CO;2-Y](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6394(1998)8:1+<59::AID-DA9>3.0.CO;2-Y)
- Fava, M., Rosenbaum, J. F., McCarthy, M. K., Pava, J. A., Steingard, R. J., & Bless, E. (1991). Anger attacks in depressed outpatients and their response to fluoxetine. *Psychopharmacology Bulletin, 27*(3), 275–279.
- Fava, M., Rosenbaum, J. F., Pava, J., McCarthy, M., Steingard, R., & Bouffides, E. (1993). Anger attacks in unipolar depression, Part 1: Clinical correlates and response to fluoxetine treatment. *American Journal of Psychiatry, 150*(8), 1158–1163. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.8.1158>
- Feldman, S. S., & Nash, S. C. (1984). The transition from expectancy to parenthood: Impact of the firstborn child on men and women. *Sex Roles, 11*(1–2), 61–78. <https://doi.org/10.1007/BF00287441>
- Ferenczi, S. (2002). *Final contributions to the problems and methods of psycho-analysis* (M. Balint, Ed.). Karnac Books. <http://www.dawsonera.com/depp/reader/protected/external/AbstractView/S9781849401654>

- Fernandez, E. (Ed.). (2013). *Treatments for anger in specific populations: Theory, application, and outcome*. Oxford University Press.
- Fink, G. (Ed.). (2016). *Stress: Concepts, cognition, emotion, and behavior*. Boston : Academic Press, an imprint of Elsevier.
- Fischer, A., & LaFrance, M. (2015). What Drives the Smile and the Tear: Why Women Are More Emotionally Expressive Than Men. *Emotion Review*, 7(1), 22–29.
<https://doi.org/10.1177/1754073914544406>
- Galanakis, M. J., Palaiologou, A., Patsi, G., Velegraki, I.-M., & Darviri, C. (2016). A Literature Review on the Connection between Stress and Self-Esteem. *Psychology*, 07(05), 687–694.
<https://doi.org/10.4236/psych.2016.75071>
- Garfinkel, S. N., Zorab, E., Navaratnam, N., Engels, M., Mallorquí-Bagué, N., Minati, L., Dowell, N. G., Brosschot, J. F., Thayer, J. F., & Critchley, H. D. (2016). Anger in brain and body: The neural and physiological perturbation of decision-making by emotion. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 11(1), 150–158. <https://doi.org/10.1093/scan/nsv099>
- Giallo, R., Rose, N., Cooklin, A., & McCormack, D. (2013). In survival mode: Mothers and fathers' experiences of fatigue in the early parenting period. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31(1), 31–45. <https://doi.org/10.1080/02646838.2012.751584>
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6–41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- Golden, B. (2020, duben 11). How Do Anger and Anxiety Interact? *Psychology Today*.
<https://www.psychologytoday.com/us/blog/overcoming-destructive-anger/202004/how-do-anger-and-anxiety-interact>
- Goleman, D. (1997). *Emoční inteligence*. Columbus.
- Gould, R. A., Ball, S., Kaspi, S. P., Otto, M. W., Pollack, M. H., Shekhar, A., & Fava, M. (1996). Prevalence and correlates of anger attacks: A two site study. *Journal of Affective Disorders*, 39(1), 31–38.
[https://doi.org/10.1016/0165-0327\(96\)00017-1](https://doi.org/10.1016/0165-0327(96)00017-1)
- Grawe, K. (2004). *Psychological Therapy*. Hogrefe Publishing.
- Grawe, K. (2007). *Neuropsychotherapy: How the neurosciences inform effective psychotherapy*. Lawrence Erlbaum.

- Gray, J. A. (1981). A Critique of Eysenck's Theory of Personality. In H. J. Eysenck (Ed.), *A Model for Personality* (s. 246–276). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-67783-0_8
- Griscom, R., & Volkman, A. (2010, prosinec 7). *Let's talk parenting taboos*. TEDWomen, Washington, D.C. https://www.ted.com/talks/rufus_griscom_alisa_volkman_let_s_talk_parenting_taboos#t-16844
- Harmon-Jones, E. (2004). On the relationship of frontal brain activity and anger: Examining the role of attitude toward anger. *Cognition & Emotion*, *18*(3), 337–361. <https://doi.org/10.1080/02699930341000059>
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, *94*(3), 319–340. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.94.3.319>
- Hildingsson, I., & Thomas, J. (2014). Parental stress in mothers and fathers one year after birth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *32*(1), 41–56. <https://doi.org/10.1080/02646838.2013.840882>
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, *11*(2), 213–218. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)
- Holtforth, M. G., & Grawe, K. (2000). Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (FAMOS). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, *29*(3), 170–179. <https://doi.org/10.1026//0084-5345.29.3.170>
- Holtforth, M. G., & Grawe, K. (2003). Der Inkongruenzfragebogen (INK). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, *32*(4), 315–323. <https://doi.org/10.1026/0084-5345.32.4.315>
- Holtforth, M. G., Grawe, K., Egger, O., & Berking, M. (2005). Reducing the dreaded: Change of avoidance motivation in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, *15*(3), 261–271. <https://doi.org/10.1080/10503300512331334968>
- Holtforth, M. G., Pincus, A. L., Grawe, K., Mauler, B., & Castonguay, L. G. (2007). When What You Want is Not What You Get: Motivational Correlates of Interpersonal Problems in Clinical and Nonclinical Samples. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *26*(10), 1095–1119. <https://doi.org/10.1521/jscp.2007.26.10.1095>
- Honzák, R., & Chvála, V. (2014). Psychosomatická medicína. *Psychosom*, *12*(2), 97–107.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, *48*(1), 9–16. <https://doi.org/10.1037/a0022186>

- Chapman, B. P., Fiscella, K., Kawachi, I., Duberstein, P., & Muennig, P. (2013). Emotion suppression and mortality risk over a 12-year follow-up. *Journal of Psychosomatic Research, 75*(4), 381–385. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.07.014>
- Chen, B., Vansteenkiste, M., Beyers, W., Boone, L., Deci, E. L., Kaap-Deeder, J. V. der, Duriez, B., Lens, W., Matos, L., Mouratidis, A., Ryan, R. M., Sheldon, K. M., Soenens, B., Petegem, S. V., & Verstuyf, J. (2015). Basic psychological need satisfaction, need frustration, and need strength across four cultures. *Motivation and Emotion, 39*(2), 216–236. <https://doi.org/10.1007/s11031-014-9450-1>
- Cherry, M. V., & Flanagan, O. (Ed.). (2018). *The moral psychology of anger*. Rowman & Littlefield International.
- Imeri, L., & Opp, M. R. (2009). How (and why) the immune system makes us sleep. *Nature Reviews Neuroscience, 10*(3), 199–210. <https://doi.org/10.1038/nrn2576>
- Jha, M. K., Fava, M., Minhajuddin, A., Chin Fatt, C., Mischoulon, D., Wakhlu, N., Trombello, J. M., Cusin, C., & Trivedi, M. H. (2020). Anger attacks are associated with persistently elevated irritability in MDD: Findings from the EMBARC study. *Psychological Medicine, 1*–9. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000112>
- Juth, V., Smyth, J. M., & Santuzzi, A. M. (2008). How Do You Feel?: Self-esteem Predicts Affect, Stress, Social Interaction, and Symptom Severity during Daily Life in Patients with Chronic Illness. *Journal of Health Psychology, 13*(7), 884–894. <https://doi.org/10.1177/1359105308095062>
- Kast, V. (2010). *Hněv a jeho smysl: Podněty k seberozvoji*. Portál.
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Academia.
- Kohoutek, R. (1998). *Základy sociální psychologie*. CERM.
- Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Grada.
- Křivohlavý, J. (2004). *Jak přežít vztek, zlost a agresi*. Grada.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*(4), 357–361. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.357>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping* (11. [print.]). Springer.
- Lee, A. H., & DiGiuseppe, R. (2018). Anger and aggression treatments: A review of meta-analyses. *Current Opinion in Psychology, 19*, 65–74. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.04.004>

- Lee, E. J. (2008). Living with risk in the age of 'intensive motherhood': Maternal identity and infant feeding. *Health, Risk & Society, 10*(5), 467–477. <https://doi.org/10.1080/13698570802383432>
- Lemerise, E. A., & Harper, B. D. (2010). The Development of Anger from Preschool to Middle Childhood: Expressing, Understanding, and Regulating Anger. In M. Potegal, G. Stemmler, & C. Spielberger (Ed.), *International Handbook of Anger* (s. 219–229). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-0-387-89676-2_13
- Leung, D. W., & Slep, A. M. S. (2006). Predicting inept discipline: The role of parental depressive symptoms, anger, and attributions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(3), 524–534. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.3.524>
- Lewis, M. (2010). The Development of Anger. In M. Potegal, G. Stemmler, & C. Spielberger (Ed.), *International Handbook of Anger* (s. 177–191). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-0-387-89676-2_11
- Liss, M., Schiffrin, H. H., Mackintosh, V. H., Miles-McLean, H., & Erchull, M. J. (2012). Development and Validation of a Quantitative Measure of Intensive Parenting Attitudes. *Journal of Child and Family Studies, 22*(5), 621–636. <https://doi.org/10.1007/s10826-012-9616-y>
- Lively, K. J., Steelman, L. C., & Powell, B. (2010). Equity, Emotion, and Household Division of Labor Response. *Social Psychology Quarterly, 73*(4), 358–379. <https://doi.org/10.1177/0190272510389012>
- Lockman, D. (2019). *All the rage: Mothers, fathers, and the myth of equal partnership* (First edition). Harper.
- Mabbe, E., Soenens, B., Vansteenkiste, M., van der Kaap-Deeder, J., & Mouratidis, A. (2018). Day-to-day Variation in Autonomy-Supportive and Psychologically Controlling Parenting: The Role of Parents' Daily Experiences of Need Satisfaction and Need Frustration. *Parenting, 18*(2), 86–109. <https://doi.org/10.1080/15295192.2018.1444131>
- Mammen, O. K., Shear, M. K., Pilkonis, P. A., Kolko, D. J., Thase, M. E., & Greeno, C. G. (1999). Anger Attacks: Correlates and Significance of an Underrecognized Symptom. *The Journal of Clinical Psychiatry, 60*(9), 633–642.
- Mammen, O., Shear, K., Jennings, K., & Popper, S. (1997). Case Study: Ego-Dystonic Anger Attacks in Mothers of Young Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36*(10), 1374–1377. <https://doi.org/10.1097/00004583-199710000-00019>

- Masopustová, Z., Daňsová, P., & Lacinová, L. (2019). *Jak to mají mámy: Psychologický výzkum mateřství*. Munipress.
- Matějček, Z. (2005). *Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte: Normy vývoje a vývojové milníky z pohledu psychologa : základní duševní potřeby dítěte : dítě a lidský svět*. Grada.
- McGonigal, K. (2015). *The Upside of Stress Why Stress Is Good for You, and How to Get Good at It*. Penguin Publishing Group. <http://public.eblib.com/choice/PublicFullRecord.aspx?p=6054313>
- McIntyre, K. M., Mogle, J. A., Scodes, J. M., Pavlicova, M., Shapiro, P. A., Gorenstein, E. E., Tager, F. A., Monk, C., Almeida, D. M., & Sloan, R. P. (2019). Anger-Reduction Treatment Reduces Negative Affect Reactivity to Daily Stressors. *JOURNAL OF CONSULTING AND CLINICAL PSYCHOLOGY*, 87(2), 141–150. <https://doi.org/10.1037/ccp0000359>
- Michalak, J., & Holtforth, M. G. (2006). Where Do We Go From Here? The Goal Perspective in Psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(4), 346–365. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2006.00048.x>
- Mostofsky, E., Penner, E. A., & Mittleman, M. A. (2014). Outbursts of anger as a trigger of acute cardiovascular events: A systematic review and meta-analysis. *European Heart Journal*, 35(21), 1404–1410. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehu033>
- Müller-Vahl, K. R., Kayser, L., Pisarenko, A., Haas, M., Psathakis, N., Palm, L., & Jakubovski, E. (2020). The Rage Attack Questionnaire-Revised (RAQ-R): Assessing Rage Attacks in Adults With Tourette Syndrome. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 956. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00956>
- Nakonečný, M. (2000). *Lidské emoce* (Vyd. 1). Academia.
- Neff, K. (2003). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85–101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>
- Nelson-Coffey, S. K., Kushlev, K., & Lyubomirsky, S. (2014). The pains and pleasures of parenting: When, why, and how is parenthood associated with more or less well-being? *Psychological bulletin*. <https://doi.org/10.1037/a0035444>
- Novaco, R. W. (2016). Anger. In G. Fink (Ed.), *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior* (s. 285–292). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800951-2.00035-2>
- Okuda, M., Picazo, J., Olfson, M., Hasin, D. S., Liu, S.-M., Bernardi, S., & Blanco, C. (2015). Prevalence and correlates of anger in the community: Results from a national survey. *CNS Spectrums*, 20(2), 130–139. <https://doi.org/10.1017/S1092852914000182>

- Painuly, N., Sharan, P., & Mattoo, S. K. (2005). Relationship of anger and anger attacks with depression: A brief review. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 255(4), 215–222.
<https://doi.org/10.1007/s00406-004-0539-5>
- Paulík, K. (2017). *Psychologie lidské odolnosti*. Grada.
- Phillips, R. (2013). *Exploring the salience of anger for new mothers, their partners, and their young offspring*.
- Potegal, M., & Stemmler, G. (2010). Cross-Disciplinary Views of Anger: Consensus and Controversy. In C. Spielberger (Ed.), *International Handbook of Anger* (s. 3–7). Springer New York.
https://doi.org/10.1007/978-0-387-89676-2_1
- Powers, W. T. (1973). *Behavior: The control of perception*. Aldine Pub. Co.
- Praško, J. (2006). *Chronická únava: Zvládání chronického únavového syndromu*. Portál.
- Quartana, P. J., & Burns, J. W. (2007). Painful consequences of anger suppression. *Emotion*, 7(2), 400–414.
<https://doi.org/10.1037/1528-3542.7.2.400>
- Rizzo, K. M., Schiffrin, H. H., & Liss, M. (2012). Insight into the Parenthood Paradox: Mental Health Outcomes of Intensive Mothering. *Journal of Child and Family Studies*, 22(5), 614–620.
<https://doi.org/10.1007/s10826-012-9615-z>
- Rogers, C. (2012). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin Harcourt.
<http://www.myilibrary.com?id=521599>
- Ross, C. E., & Willigen, M. V. (1996). Gender, Parenthood, and Anger. *Journal of Marriage and the Family*, 58(3), 572. <https://doi.org/10.2307/353718>
- Rutherford, H. J. V., Wallace, N. S., Laurent, H. K., & Mayes, L. C. (2015). Emotion regulation in parenthood. *Developmental Review*, 36, 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2014.12.008>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141–166.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Sacks, A. (2019, duben 8). *Matrescence: The Developmental Transition to Motherhood*. Psychology Today.
<https://www.psychologytoday.com/us/blog/motherhood-unfiltered/201904/matrescence-the-developmental-transition-motherhood>

- Saini, M. (2009). A meta-analysis of the psychological treatment of anger: Developing guidelines for evidence-based practice. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 37(4), 473–488.
- Shay, N. L., & Knutson, J. F. (2008). Maternal Depression and Trait Anger as Risk Factors for Escalated Physical Discipline. *Child Maltreatment*, 13(1), 39–49. <https://doi.org/10.1177/1077559507310611>
- Sheldon, K. M., & Elliot, A. J. (1999). Goal striving, need satisfaction, and longitudinal well-being: The self-concordance model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(3), 482–497. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.76.3.482>
- Sheldon, K. M., & Hilpert, J. C. (2012). The balanced measure of psychological needs (BMPN) scale: An alternative domain general measure of need satisfaction. *Motivation and Emotion*, 36(4), 439–451. <https://doi.org/10.1007/s11031-012-9279-4>
- Sheldon, K. M., & Kasser, T. (1995). Coherence and congruence: Two aspects of personality integration. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(3), 531–543. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.68.3.531>
- Schmale-Riedel, A. (2019). *Rozhňevaná žena: Objevte potenciál uvolněné energie*.
- Schuster, R., Hammitt, W. E., & Moore, D. (2006). Stress Appraisal and Coping Response to Hassles Experienced in Outdoor Recreation Settings. *Leisure Sciences*, 28(2), 97–113. <https://doi.org/10.1080/01490400500483919>
- Sol, A., & Branco Vasco, A. (2017). Relationships between the regulation of psychological needs satisfaction and symptomatology. *PSICOLOGIA*, 31(1), 1. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v31i1.1135>
- Spielberger, C. D., & Sarason, I. G. (2005). *Stress and emotion: Anxiety, anger, and curiosity*. Routledge.
- Szasz, P. L., Szentagotai, A., & Hofmann, S. G. (2011). The effect of emotion regulation strategies on anger. *Behaviour Research and Therapy*, 49(2), 114–119. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.11.011>
- Tamir, M., Schwartz, S. H., Oishi, S., & Kim, M. Y. (2017). The secret to happiness: Feeling good or feeling right? *Journal of Experimental Psychology: General*, 146(10), 1448–1459. <https://doi.org/10.1037/xge0000303>
- Teti, D. M., & Cole, P. M. (2011). Parenting at risk: New perspectives, new approaches. *Journal of Family Psychology*, 25(5), 625–634. <https://doi.org/10.1037/a0025287>

- Vansteenkiste, M., & Ryan, R. M. (2013). On psychological growth and vulnerability: Basic psychological need satisfaction and need frustration as a unifying principle. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(3), 263–280. <https://doi.org/10.1037/a0032359>
- Warner, J. (2005). *Perfect madness: Motherhood in the age of anxiety*. Riverhead Books.
- Winkler, D., Pjrek, E., Kindler, J., Heiden, A., & Kasper, S. (2006). Validation of a Simplified Definition of Anger Attacks. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(2), 103–106. <https://doi.org/10.1159/000090894>

Seznam grafů

Graf 1: Rozložení věku matek	48
Graf 2: Rozložení věku dětí.....	49
Graf 3: Frekvence záchvatů hněvu za jeden měsíc.....	50
Graf 4: Nejčastější příznaky záchvatů hněvu	51
Graf 5: Hodnocení kvality života v souvislosti s epidemií koronaviru	56

Seznam obrázků

Obrázek 1: Typy intervencí podle stádia hněvu	20
Obrázek 2: Transakční model dvojího kognitivního hodnocení	23
Obrázek 3: Model teorie konzistence.....	29

Seznam tabulek

Tabulka 1: Obranné mechanismy a copingové strategie.....	24
Tabulka 2: Inkongruence apetentních cílů u matek se záchvaty hněvu – průměrné hodnocení škál na Likkertově škále (1-5)	52
Tabulka 3: Inkongruence averzivních motivů u matek se záchvaty hněvu – průměrné hodnocení škál na Likkertově škále (1-5)	52
Tabulka 4: Inkongruence jednotlivých škál apetentních cílů u matek se záchvaty hněvu a bez záchvatů hněvu	54
Tabulka 5: Tabulka 5. Inkongruence jednotlivých škál averzivních motivů u matek se záchvaty hněvu a bez záchvatů hněvu	55

Seznam zkratek

AHA	Anger-Hostility-Aggression
APA	American Psychological Association
BAS	Behavioral Activation System
BIS	Behavioral Inhibition System
FAMOS	Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata
GAS	General Adaptation Syndrome
INK	Inkongruenzfragebogen
PSS	Perceived Stress Scale
RAQ-R	Rage Attacks Questionnaire-Revised

Příloha 1.

Inventář životních událostí	
Úmrtí partnera.....	100
Rozvod.....	73
Rozvrat manželství.....	65
Uvěznění	63
Úmrtí blízkého člena rodiny.....	63
Úraz nebo vážné onemocnění.....	53
Sňatek.....	50
Ztráta zaměstnání	47
Usmíření nebo přebudování manželství... ..	45
Odchod do důchodu.....	45
Změna zdravotního stavu člena rodiny... ..	44
Těhotenství.....	40
Sexuální potíže.....	39
Přírůstek nového člena rodiny	39
Změna zaměstnání	39
Změna finančního stavu	38
Úmrtí blízkého přítele.....	37
Přeřazení na jinou práci.....	36
Závažné neshody s partnerem.....	35
Půjčka vyšší než průměrný roční plat... ..	31
Splatnost půjčky.....	30
Změna odpovědnosti v zaměstnání.....	29
Syn nebo dcera opouští domov.....	29
Konflikty s tchánem/tchyní/zetěm/snachou	29
Mimořádný osobní čin nebo výkon.....	28
Manžel/ka nastupuje či končí zaměstnání.	26
Vstup do školy nebo její ukončení.....	26
Změna životních podmínek.....	25
Změna životních zvyklostí.....	24
Problémy a konflikty se šéfem.....	23
Změna pracovní doby nebo podmínek.....	20
Změna bydliště.....	20
Změna školy.....	20
Změna církve nebo politické strany.....	19
Změna sociálních aktivit	18
Půjčka menší než průměrný roční plat.... ..	17
Změna spánkových zvyklostí a režimu.....	16
Změny v širší rodině (sňatky, úmrtí).....	15
Změna stravovacích zvyklostí.....	15
Dovolená.....	13
Vánoce.....	12
Přestupek a jeho projednání.....	11

Příloha 2.

Dotazník záchvatů hněvu (Anger Attacks Questionnaire – AAQ)

1.	Cítíte se v posledních 3 měsících podrážděná nebo snadno rozzlobená?	Vždy	Často
		Někdy	Nikdy
2.	Máte pocit, že jste v posledních 3 měsících reagovala přehnaně hněvivě nebo vztekla na drobné nepříjemnosti nebo triviální záležitosti?	Ano	Ne
3.	Zažila jste v posledních 3 měsících „záchvaty hněvu“ - epizody, při kterých jste se na druhé rozzlobila a rozzuřila způsobem, který jste považovala za nepřiměřený nebo nevhodný pro danou situaci?	Ano	Ne
4.	Pokud jste na předchozí otázku odpověděla "Ano", kolik takových záchvatů jste zažila za poslední měsíc?		
5.	Zaznamenala jste během alespoň jednoho ze záchvatů hněvu některý z následujících příznaků? Prosím označte všechny příznaky, které jste zaznamenala.		
	<input type="checkbox"/> zrychlený tep, bušení srdce nebo srdeční palpitace		
	<input type="checkbox"/> návaly horka nebo zčervenání obličeje		
	<input type="checkbox"/> napětí v hrudníku, bolest nebo tlak na hrudi		
	<input type="checkbox"/> pocit znecitlivění nebo mravenčení v rukou či nohou		
	<input type="checkbox"/> malátnost, závratě nebo pocity nestability		
	<input type="checkbox"/> dušnost nebo potíže s dýcháním		
	<input type="checkbox"/> pocení		
	<input type="checkbox"/> třes nebo chvění		
	<input type="checkbox"/> intenzivní strach, pocity paniky nebo úzkost		
	<input type="checkbox"/> pocit, že se nemáte pod kontrolu nebo brzy vybuchnete		
	<input type="checkbox"/> chuť na někoho fyzicky zaútočit nebo křičet		
	<input type="checkbox"/> fyzický nebo slovní útok na druhého		
	<input type="checkbox"/> házení věcmi nebo ničení předmětů		
6.	Považujete tyto záchvaty hněvu za něco, co je pro vás netypické?	Ano	Ne
7.	Cítíte se za tyto záchvaty hněvu provinile nebo poté litujete svého jednání?	Ano	Ne

Příloha 3.

Dotazník záchvatů vzteku – přepracovaná verze (Rage Attacks Questionnaire Revised – RAQ-R)

		Vůbec ne / Nikdy			Velmi silně / Velmi často
1.	Mám sklony k záchvatům vzteku.	0	1	2	3
2.	Když se rozzlobím, chovám se úplně jinak než obvykle.	0	1	2	3
3.	Přála bych si, abych své záchvaty vzteku dokázala lépe kontrolovat.	0	1	2	3
4.	Zcela odlišné situace mi mohou přivodit záchvat vzteku.	0	1	2	3
5.	Bojím se projevů svých vlastních záchvatů vzteku.	0	1	2	3
6.	Vybuchnu zlostí víc, než bych si přála.	0	1	2	3
7.	Není mi příjemné být svědkem svých záchvatů vzteku.	0	1	2	3
8.	Dokážu se rozzlobit velmi rychle („z nuly na sto“).	0	1	2	3
9.	Když jsem rozzlobená, může se stát, že druhým nadávám a urážím je.	0	1	2	3
10.	Mám pocit, že mě mé záchvaty vzteku poškozují.	0	1	2	3
11.	Dokážu se nepřiměřeně rozzlobit.	0	1	2	3
12.	Kvůli svým záchvatům vzteku mám problémy s druhými lidmi.	0	1	2	3
13.	Zpětně svých záchvatů vzteku lituji.	0	1	2	3
14.	Po záchvatech vzteku cítím i napětí.	0	1	2	3
15.	Když se rozzlobím, ztrácím nad sebou kontrolu.	0	1	2	3
16.	To, že se rozzlobím, se může stát náhle a nečekaně.	0	1	2	3
17.	Jakmile se rozzlobím, těžko se uklidňuji.	0	1	2	3
18.	Někdy reaguji naštvaneji, než je pro danou situaci přiměřené.	0	1	2	3
19.	Kvůli svým záchvatům vzteku bych se měla léčit.	0	1	2	3
20.	Když se zlobím, může se stát, že rozbím předměty.	0	1	2	3
21.	Mívám záchvaty vzteku, za které bych se měla omluvit.	0	1	2	3
22.	Když se rozzlobím, může se stát, že se udeřím nebo zraním.	0	1	2	3

Příloha 4.

Škála vnímaného stresu (Perceived Stress Scale – PSS)

		Nikdy				Velmi Často
1.	Jak často jste byla v posledních 3 měsících rozrušená kvůli něčemu, co se stalo nečekaně?	0	1	2	3	4
2.	Jak často jste měla v posledních 3 měsících pocit, že nemáte pod kontrolou důležité věci ve Vašem životě?	0	1	2	3	4
3.	Jak často jste se cítila v posledních 3 měsících nervózní a “vystresovaná”?	0	1	2	3	4
4.	Jak často jste si v posledních 3 měsících věřila v tom, že jste schopna zvládat své osobní problémy?	0	1	2	3	4
5.	Jak často jste měla v posledních 3 měsících pocit, že věci jdou tak, jak byste si představovala?	0	1	2	3	4
6.	Jak často jste v posledních 3 měsících pociťovala, že se nemůžete vypořádat se vším, co byste měla zařídit?	0	1	2	3	4
7.	Jak často jste byla v posledních 3 měsících schopna mít pod kontrolou věci, které Vás iritují?	0	1	2	3	4
8.	Jak často jste měla v posledních 3 měsících pocit, že jste nad věcí?	0	1	2	3	4
9.	Jak často jste se v posledních 3 měsících rozhněvala kvůli věcem, které byly mimo Vaši kontrolu?	0	1	2	3	4
10.	Jak často jste měla v posledních 3 měsících pocit, že se potíže hromadí natolik, že je nejste schopna překonat?	0	1	2	3	4

Pozn. Položky 4, 5, 7 a 8 jsou skórovány reverzně.