



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra pedagogiky a psychologie

Bakalářská práce

Strategie zvládnání bipolární afektivní poruchy

Vypracovala: Barbora Šmídová

Vedoucí práce: Mgr. Alena Nohavová, Ph.D.

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Dále prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 24. 4. 2018

.....

Barbora Šmídová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala především vedoucí své bakalářské práce Mgr. Aleně Nohavové, Ph.D. za trpělivost, podporu, odborné vedení a podnětné rady. Dále mé poděkování patří všem respondentům za ochotu podělit se o své zkušenosti, díky kterým jsem mohla zpracovat výzkumnou část této práce. Také děkuji své rodině za psychickou a finanční podporu během celého studia.

Abstrakt:

Bakalářská práce se snaží o podrobnější a hlubší prozkoumání copingu u bipolární afektivní poruchy prvního typu (BAP I). Teoretická část se věnuje dosavadním poznatkům v oblasti bipolární afektivní poruchy, copingu obecně a následně i specifik copingu u bipolární afektivní poruchy. Praktická část se pak prostřednictvím kvalitativního výzkumu snaží zachytit zdroje stresu a konkrétní copingové strategie užívané jedinci s BAP I v manické a depresivní fázi. Výzkumný soubor je tvořen čtyřmi jedinci, kteří trpí bipolární afektivní poruchou prvního typu (BAP I). Tito jedinci u sebe vnímají proměnlivost intenzity stresu v závislosti na střídání depresivní a manické fáze. Dále se u nich během jednotlivých symptomatických fází daného onemocnění vyskytují maladaptivní copingové strategie oproti adaptivním. Práce také předkládá přístup jedinců s bipolární afektivní poruchou k léčbě daného onemocnění a proces vyrovnávání se s danou diagnózou.

Klíčová slova:

bipolární afektivní porucha, stres, coping, copingové strategie

Abstract:

Bachelor thesis tries to explore in more details coping mechanisms in bipolar I disorder. The theoretical part is devoted to current knowledges about bipolar affective disorder, general coping mechanism and specific coping mechanism to bipolar affective disorder. The practical part tries to capture sources of stress and concrete coping strategies used by individuals with bipolar I disorder in manic and depressive phase through qualitative research. Research sample is created from four individuals with bipolar I disorder. These individuals perceive variability of stress intensity depending on changing of depressive and manic phase. There are more maladaptive coping strategies than adaptive during symptomatic phases. Furthermore, the thesis presents attitude of individuals with bipolar I affective disorder to treatment of this disorder and also the process of coming to terms with the given diagnosis.

Key words:

bipolar affective disorder, stress, coping, coping strategies

Obsah

Úvod	8
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1. Bipolární afektivní porucha (BAP)	9
1.1. Epidemiologie bipolární afektivní poruchy.....	10
1.2. Etiopatogenetické faktory bipolární afektivní poruchy.....	11
1.3. Klinický obraz bipolární afektivní poruchy	12
1.3.1. Mánie.....	13
1.3.2. Deprese.....	14
1.3.3. Smíšená epizoda	15
1.4. Průběh bipolární afektivní poruchy.....	15
1.5. Suicidalita u bipolární afektivní poruchy	16
1.6. Kognitivní deficit u bipolární afektivní poruchy	17
1.7. Léčba bipolární afektivní poruchy	18
1.7.1. Farmakoterapie	19
1.7.2. Psychoterapie	20
2. Zvládání stresu – coping	23
2.1. Stres a zátěž.....	23
2.2. Teorie homeostázy a alostázy	24
2.3. Teoretické přístupy ke stresu	25
2.3.1. Fyziologický přístup	26
2.3.2. Psychologický přístup	27
2.4. Dimenze stresu.....	29
2.5. Zdroje stresu – stresory.....	31
2.6. Adaptace a zvládání (coping).....	33
2.6.1. Adaptace.....	33
2.6.2. Zvládání (coping)	35
2.7. Copingové strategie a copingové styly	37
2.8. Teoretické přístupy ke copingu	39
2.8.1. Dispoziční přístup	39
2.8.2. Situační přístup.....	40
2.8.3. Interakční přístup	40
2.9. Adaptivní a maladaptivní coping	41
3. Specifika zvládání stresu u bipolární afektivní poruchy	43

II. PRAKTICKÁ ČÁST.....	45
4. Metodologie výzkumu.....	45
4.1. Výzkumné cíle.....	45
4.2. Výzkumné otázky.....	45
4.3. Výzkumný design.....	46
4.4. Specifikace výzkumného souboru	46
4.5. Metoda sběru dat.....	47
4.6. Metoda zpracování dat	48
4.7. Etika výzkumu.....	48
5. Podrobná analýza rozhovorů.....	50
5.1. Stres u BAP I	51
5.1.1. Stres v depresivní fázi BAP I.....	52
5.1.2. Stres v manické fázi BAP I.....	53
5.2. Zvládání stresu u BAP I	54
5.2.1. Zvládání stresu během depresivní fáze BAP I.....	55
5.2.2. Zvládání stresu během manické fáze BAP I.....	57
5.3. Přístup jedinců s BAP I k léčbě daného onemocnění	58
5.3.1. Farmakoterapie	58
5.3.2. Psychoterapie	59
5.4. Vyrovnávání se s diagnózou BAP I.....	60
6. Shrnutí výsledků výzkumu	62
7. Diskuze.....	66
Závěr	68
Zdroje	69
Seznam tabulek	75
Seznam příloh.....	76

Úvod

Každý někdy zažívá období, kdy jsme šťastní, aktivní, plní energie, optimističtí a někdy jsme naopak smutní, pesimističtí a vše se nám zdá obtížné. Proměny emočního prožívání jsou v určitých hranicích naprosto běžné a normální. Pokud však člověk onemocní bipolární afektivní poruchou, jeho kolísání nálad se dostává někdy až za unesitelné hranice a je zapotřebí vyhledat včas lékařskou pomoc. Život s touto poruchou bývá často přirovnáván k jízdě na horské dráze – jednou jsou bipolární pacienti nahoře a jednou dole. Většinou představuje „bipolárka“ dlouhodobé, nebo spíše celoživotní břemeno, které má vliv na mnoho aspektů života a také na to, co je pro daného člověka stresující a jak tento stres zvládá.

Motivací k volbě tématu bakalářské práce byl zejména můj zájem o bipolární afektivní poruchu obecně. Některé kvantitativní studie tohoto onemocnění dokládají funkční oslabení v oblasti exekutivních funkcí, které mají přímý vliv na tzv. coping, neboli zvládání stresu. Zdá se, že preference copingových strategií bipolárních pacientů se liší od preferencí zdravých jedinců, a to v akutní i asymptomatické fázi. Toto zjištění mě podnítilo k hlubšímu proniknutí do problematiky.

V první kapitole teoretické části se zabývám bipolární afektivní poruchou. Popisuji její příznaky, příčiny, průběh, možné kognitivní deficity a rizika spojená s touto nemocí a také možnosti léčby. Ve druhé kapitole pak přibližuji pojem stres – co obecně stres je, jaké jsou teoretické přístupy ke stresu, dimenze stresu a zdroje stresu. Dále se druhá kapitola zabývá zvládáním stresu, tj. copingovými strategiemi, copingovými styly a rozdílem mezi adaptivním a maladaptivním copingem. Ve třetí kapitole pak sumarizuji výsledky některých kvantitativních studií zabývajících se copingem u bipolární afektivní poruchy v porovnání se schizofrenními a „zdravými“ jedinci.

V praktické části prostřednictvím kvalitativního výzkumu zjišťuji u čtyř osob s BAP I, jaké konkrétní zdroje stresu pacienti vnímají v depresivní a manické fázi tohoto onemocnění, jaké copingové strategie používají ke zvládnutí daných stresorů, jaký mají vztah k farmakoterapii a psychoterapii a jak se vyrovnávají s diagnózou BAP I.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Bipolární afektivní porucha (BAP)

Bipolární afektivní porucha patří mezi afektivní poruchy, které jsou typické změnami nálad doprovázené změnou i v celkové aktivitě. Představují třetí nejčastější duševní poruchu a postihují asi jednu pětinu populace. (Raboch, Pavlovský, & Janotová, 2012) Dané změny nálad ovšem nejsou důsledkem účinku psychoaktivních látek. (Pavlovský, 2009) Dle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí (1992, s. 190) je bipolární afektivní porucha označována jako F31 a „*tkví v tom, že za určitých okolností je patrná zvýšená nálada, energie (hypománie anebo mánie), jindy zhoršení nálady a snížení aktivity a energie (deprese).*“

V dřívější terminologii byla bipolární afektivní porucha označována jako maniodepresivní psychóza. Z tohoto názvu jsou patrné dvě věci. První – v důsledku této poruchy se mohou u pacienta objevit psychotické příznaky. Druhá – základní fáze této poruchy představují mánie a deprese. (Látalová, 2010)

Již Angst (1998) poukázal na silnou heterogenitu této poruchy. Poukázal na existenci nejméně tří skupin bipolárních pacientů, kteří se významně liší převažující polaritou klinického průběhu onemocnění (převažují deprese, převažují mánie, mánie a deprese se vyskytují přibližně stejně). I v současnosti je na heterogenitu bipolární afektivní poruchy kladen důraz a je tedy dělena do několika klinických jednotek. (Látalová, 2010) MKN-10 (2008) rozlišuje tyto jednotky:

- Bipolární afektivní porucha, současná fáze hypomanická (F31.0)
- Bipolární afektivní porucha, současná fáze manická bez psychotických symptomů (F31.1)
- Bipolární afektivní porucha, současná fáze manická s psychotickými symptomy (F31.2)
- Bipolární afektivní porucha, současná fáze lehká nebo střední deprese (F31.3)
- Bipolární afektivní porucha, současná fáze těžké deprese bez psychotických symptomů (F31.4)
- Bipolární afektivní porucha, současná fáze těžká deprese s psychotickými symptomy (F31.5)
- Bipolární afektivní porucha, současná fáze, současná fáze smíšená (F31.6)
- Bipolární afektivní porucha, v současné době v remisi (F31.7)
- Jiné bipolární poruchy (F31.8)
- Bipolární afektivní porucha nespecifikovaná (F31.9)

V Diagnostickém statistickém manuálu duševních poruch (DSM.IV, 2008) se můžeme setkat s dělením na bipolární afektivní poruchu prvního (BAP I) a druhého (BAP II) typu. U bipolární afektivní poruchy prvního typu jsou nutnou podmínkou depresivní fáze vystřídání alespoň jednou plně vyjádřenou fází mánie, u bipolární afektivní poruchy druhého typu se mohou spolu s depresivními fázemi vyskytnout maximálně fáze hypománie, mánie nikoliv. (Látalová, 2010)

Když se podíváme na pojem mánie, již ve starověkém Řecku znali abnormálně povznesenou až bujarou náladu. Pro tyto stavy pak pojem mánie použil poprvé Soranus v prvním století před naším letopočtem. Již tenkrát také poukazyval na fakt, že stavy mánie jsou někdy střídány stavy tzv. melancholie, při níž jsou lidé smutní, unavení apod. Jako první popisoval situaci, kdy pacienti současně cítí hněv i radost (stav v současnosti označován jako smíšená fáze). V roce 150 našeho letopočtu Aretaeus z Kappadokie začal vnímat vztah mezi mánií a melancholií a popisoval euforickou mánií jako stav radosti, smíchu, tančení, pocitu všemohoucnosti. Aretaeus se ale zabýval i závažnější psychotickou mánií. Pacienti v této fázi dle něj mohou mít zostřené smysly, auditivní a vizuální halucinace či divné sny. (Látalová, 2010)

V 18. století došlo k jisté humanizaci psychiatrické péče. Začala být prováděna pečlivější klinická pozorování vedoucí k podrobným chorobopisům. Díky tomu Farlet v roce 1854 popsal tzv. „cirkulující mánií“ a Baillarger „mánií dvojí formy“. (Látalová, 2010) Farletovu koncepci doplnili Bourgeois a Marneros (2000) poznatkem, že jednotlivé ataky jsou obvykle střídány tzv. „lucidními intervaly“ (označení pro dnešní bezpříznaková období neboli remise). Autoři ve své práci shrnují, že čím častější je střídání a lucidní intervaly jsou kratší, tím prognóza daného onemocnění je závažnější.

Jedinečný přínos pro světovou psychiatrii představovalo sloučení melancholie a mánie do jedné nozologické jednotky. S tímto konceptem přišel Kraepelin (1921), současně vytvořil i metodologické zásady pozorování pacientů s danými příznaky.

1.1. Epidemiologie bipolární afektivní poruchy

V odborných zdrojích je uváděna rozdílná celoživotní prevalence bipolární afektivní poruchy prvního a druhého typu. BAP I se vyskytuje zhruba u 1 % populace, prevalence BAP II se pohybuje kolem 2–5 %. (Praško, Novák, & Záleský, 2007)

Můžeme se setkat i se zvýšenou prevalencí poruchy, a to u studií, které mají nastavena diagnostická kritéria volněji (Novák, 2010) Např. Látalová (2010) uvádí prevalenci až 5 % za předpokladu, že jsou do statistik zahrnovány i tzv. poruchy širšího spektra. Takové poruchy jsou příznačné abnormálními náladami, které ovšem nejsou plně vyjádřeny „čistou“ fází. Mezi takové fáze řadíme např. subdeprese, hypománie apod.

Zajímavým a zatím ne jednoznačně vysvětleným faktem je, že ve srovnání se schizofrenií je prevalence bipolární afektivní poruchy vyšší ve vyšší socioekonomické vrstvě. Vyšší výskyt bipolární poruchy můžeme také nalézt u jedinců, kteří nejsou sezdaní, žijí odděleně, rozvedli se, popř. ovdověli. (Novák, 2010)

1.2. Etiopatogenetické faktory bipolární afektivní poruchy.

Doposud není jednoznačná příčina bipolární afektivní poruchy známá. Mnohé úvahy o vzniku této poruchy přepokládají multifaktoriální etiologii s řadou patogenetických vlivů.

Z epidemiologických studií a ze studií dvojčat vychází, že jeden z významných etiopatogenetických faktorů představuje dědičnost, tedy genetické vlivy. (Praško, Novák, & Záleský, 2007) Studie zjistili, že pokud má BAP jedno z jednovaječných dvojčat, pravděpodobnost onemocnění druhého se pohybuje kolem 72 %. U dvojvaječných dvojčat je tato pravděpodobnost 1 %. Nedostatek v oblasti genetických faktorů představuje skutečnost, že i přes veškeré pokroky vědeckého zkoumání se zatím nepodařilo přesněji identifikovat konkrétní geny zodpovědné za hereditární dispozici pro bipolární afektivní poruchu. Duševní poruchy totiž nejsou způsobeny jedním specifickým genem, hraje zde roli mnoho dalších genů a každý z nich svým způsobem přispívá k určitému onemocnění. Výsledné riziko konkrétní psychické poruchy je pak dáno součtem nebo spíš určitou interakcí mezi kombinacemi genů. Ale ani toto riziko není stoprocentní. (Látalová, 2010)

Za další etiopatogenetické faktory jsou pak považovány neurotransmiterové abnormality (noradrenalin, dopamin, serotonin, acetylcholin, systém druhých poslů), neuroendokrinní faktory (tyreoidální osa), buněčná degradace, anatomické změny, rozladění biologických rytmů, vliv stresu, psychodynamické faktory atd. (Praško, Novák, & Záleský, 2007)

Základní etiologické úvahy předpokládají interakci mezi biologickými a psychosociálními faktory, v jejímž důsledku dojde k propuknutí dané poruchy. Za biologické faktory či dispozice jsou považovány hypersenzitivita a vulnerabilita, které samy o sobě nepředikují nevyhnutelně propuknutí nemoci. Vrozené předpoklady mohou být dlouho dobu, popř. i celoživotně inaktivní. K jejich aktivizaci dochází prostřednictvím negativních událostí, což může zapříčinit snížení adaptace na stres a postupné rozvíjení biochemických změn v mozku, které vyústí až do deprese či mánie. I zde je velká variabilita. Záleží jak na výraznosti vrozených dispozic, tak na závažnosti životních událostí či stresujících zážitků. Pokud jsou vrozené dispozice výrazné, či mnohočetné, stačí pak minimální podnět pro vznik epizody. (Látalová, 2010)

Stres tedy sehrává určitou roli jako spouštěč jednotlivých epizod. Výzkumy Johnsona a Millera (1995) prokázaly, že před propuknutím nemoci jedinci vnímali více závažných změn a událostí ve svém životě než soubor zdravých lidí. Dále např. Johnson a Roberts (1995) zjistili, že u pacientů s bipolární afektivní poruchou byl před propuknutím manické či depresivní epizody

přítomen psychosociální stres. Dříve se předpokládalo, že zvýšené působení psychosociálního stresu je přítomno pouze před prvními epizodami daného onemocnění. Tento předpoklad však vyvrátil výzkum (Hammen, Ellicott, & Gitlin, 1992), který dokázal, že stresory jsou přítomny u všech epizod bipolární afektivní poruchy.

Manické epizodě předcházejí většinou situace, které narušují pravidelný sociální rytmy, situace spojené s abúzem alkoholu a ponocováním. Naopak před rozvojem depresivní epizody jedinci s BAP zažívají zejména averzivní stresující situace, které bývají spojeny se ztrátou, frustrací či s interpersonálními konflikty. (Malkoff-Schwartz et al., 1998) V této souvislosti Látalová (2010) zdůrazňuje fakt, že propuknutí epizody nemusí předcházet pouze negativní, ale také mimořádně pozitivní životní události, jako je sňatek, narození dítěte či finanční úspěch.

Některé studie se snažily odhalit, zda se v rodinách jedinců s bipolární afektivní poruchou vyskytují určité vzorce chování, styly komunikace, vyjadřování emocí, které by mohly mít vliv na vznik poruchy. Nic takového však nebylo jednoznačně prokázáno. Z hlediska psychosociálních faktorů bylo však naznačeno, že okolí nemocného může svým chováním příznivě ovlivnit vývoj a průběh nemoci. (Látalová, 2010)

S postupným rozvojem bipolární afektivní poruchy byly také zkoumány negenetické a neurovývojové aspekty. Srovnávací studie perinatálních komplikací pacientů se schizofrenií a bipolární afektivní poruchy neprokázaly signifikantní rozdíly, avšak anamnestické údaje pacientů se schizofrenií uváděly větší množství komplikací spojených s porodem. (Canpillo et al. 1996)

1.3. Klinický obraz bipolární afektivní poruchy

Projevem bipolární afektivní poruchy je výskyt fází manických (popř. hypomanických), depresivních anebo smíšených (rychlé cyklování příznaků manických i depresivních anebo jejich současná přítomnost). Depresivní fáze jednoznačně převažují. Nemocný stráví až třikrát delší čas v depresi než v mánii. (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2015)

Cyklování nálad může mít různý charakter. Typické je pravidelné střídání mánie, deprese a remise, kdy se jedinec nachází v tzv. euthymii (psychická vyrovnanost). Pokud se u jedince rozvinou alespoň čtyři epizody za rok, mluvíme o rychlém cyklování. Může ovšem docházet i k ultrarychlým změnám symptomatiky v rámci epizod kratších než 24 hodin. (Raboch, Pavlovský, & Janotová, 2012)

Přetrvávající symptomy v období mezi jednotlivými epizodami zvyšují riziko recidiv až čtyřikrát. Riziko rekurence v rámci dvou let je asi 50 %. Pětileté riziko rekurence dosahuje až 70 %. (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2015)

Bezpříznakové období se nazývá remise. Jinými slovy to je období, kdy nejsou splněna kritéria pro depresivní, manickou či jakoukoli jinou afektivní poruchu. Nicméně i v remisi se můžeme setkat

se zbytkovými, neboli reziduálními příznaky, jako jsou znaky kognitivního postižení či zvýšená vulnerability vůči stresu. (DSM, 2004, dle Látalové, 2010)

1.3.1. Mánie

Mánie představuje závažný psychický stav, kdy dochází k psychosociální alteraci. Prožívání daného jedince se mění ve vztahu k okolí i k sobě samému. Typická je nepřiměřeně zvýšená nálada, která může být radostná, ale také nahněvaná a impulzivní. (Praško, Novák, & Záleský, 2007)

Během manické epizody se pacienti cítí výborně jak po fyzické, tak po psychické stránce. Mají hodně energie, necítí únavu, cítí se šťastní a úspěšní. Velice pozitivní subjektivní prožitek mánie zapříčiňuje absenci objektivního náhledu pacienta na závažnost dané situace. Pacienti se cítí naprosto zdraví a jejich potřeba situaci řešit je tedy minimální. Elace jejich nálady může pokračovat až do nekontrolovatelného vzrušení či agresivity. Dalšími negativními aspekty jsou zvýšená konzumace alkoholu, cigaret a jiných psychoaktivních látek, hazardování, riskování, nezodpovědné chování, hypersexualita, nadměrné utrácení a v důsledku toho zadlužování. (Látalová, 2010)

Významným charakteristickým rysem mánie je hyperaktivita. Pacienti jsou hektičtí, provádí nesmyslné aktivity. (Praško, Novák, & Záleský, 2007) V důsledku hyperaktivity nepotřebují tolik spánku a bývají odmítaví k jídlu a pití, což může vést k celkovému vyčerpání organismu a život ohrožujícím stavům, jako je např. dehydratace.

Pro okolní pozorovatele je jedinec v mánii velice nápadný, později obtížný až nesnesitelný. V důsledku zrychleného myšlení (myšlenkového trysku) může jeho projev přejít až v tzv. slovní salát, který bývá nesrozumitelný. V manické epizodě se mohou vyskytnout i bludy (zejm. erotomanické, extrapotenční, velikášské) a halucinace (zejm. auditivní). Dříve se předpokládalo, že přidružené bludy a halucinace jsou kompatibilní s povznesenou náladou. Na základě klinických pozorování však bylo odhaleno, že sice některé jsou opravdu kompatibilní, ale nemusí být, tj. mohou být neutrální či dokonce v rozporu s aktuálně prožívanou náladou. (Látalová, 2010)

Dle intenzity výše uvedených příznaků můžeme rozlišovat hypománii (mírná forma), mánii (výrazná forma) a mánii s psychotickými příznaky (nejzávažnější forma). (Praško, Novák, & Záleský, 2007) Gay (2010, s. 36) popisuje hypománii jako „*lehčí stupeň afektivní poruchy*“. Hypomanická epizoda bipolární afektivní poruchy je charakteristická stejnými příznaky jako manická, ovšem intenzita a počet těchto příznaků je menší. Někdy bývá chybně interpretována jako období remise, kdy je euforie vysvětlována např. jako úleva po skončení deprese. Příznaky pro diagnózu, podle kterých se lze orientovat pro rozpoznání hypománie, jsou nepřítomnost únavy, snížená doba spánku, zvýšená společenskost podporovaná snadným navazováním kontaktů, sebepřeceňování či zvýšená konzumace alkoholu, cigaret a jiných návykových látek. (Gay, 2010)

1.3.2. Deprese

Gay (2010) uvádí tři hlavní skupiny příznaků depresivní epizody, jsou jimi ztráta zájmu a schopnosti radovat se, zhoršení duševních funkcí a oslabení motorické a motivační složky. Anhedonie (neschopnost radovat se) se projevuje téměř ve všech případech deprese. Jak uvádějí i jiní autoři, např. Látalová (2010), člověk je v této epizodě smutný, má pocit bezmoci a beznaděje, ztrácí životní energii, podceňuje se, připadá si neschopný a k ničemu, ztrácí zájem o jakoukoliv činnost, příp. se mohou objevit i suicidální sklony. Hloubka prožívaného smutku může být dle autorky buď pouze na subjektivně vnímané úrovni (lehká depresivní epizoda) nebo může být zřejmá i objektivně (středně těžká depresivní epizoda). Nejhorším typem depresivní epizody je těžká depresivní epizoda.

Druhou hlavní skupinu příznaků deprese představuje dle Gaye (2010) zhoršení duševních funkcí. Toto zhoršení je obecně patrné na zpomaleném myšlení a omezeném slovníku. Depresivního jedince také provází problémy spojené se zhoršenou koncentrací, pozorností či pamětí.

Jako třetí poznávací znak deprese uvádí autor oslabení motoriky a motivační složky. Z hlediska motoriky dochází při depresi k celkovému omezení pohybu včetně mimiky obličeje. Pro pacienta jsou náročné i základní činnosti, jako je např. oblékání, mytí, či chůze, která je pomalá a pro nemocného velice namáhavá. Oslabení motivace souvisí s emoční složkou, která je v období deprese výrazně postižena. Jak je uvedeno výše, depresivní pacient ztrácí schopnost radovat se, těšit se na něco, což brzdí jeho iniciativu vytvářet plány. V důsledku toho je pro něj velice náročné započít jakoukoliv činnost. (Gay, 2010)

Jak uvádí Látalová (2010), pacienti nenalézají únik od deprese ani ve spánku. Ten je dle autorky nekvalitní, krátký, často přerušovaný a předčasně ukončovaný probouzením se v ranních hodinách. Nepřináší pacientům potřebný odpočinek a v důsledku toho mohou být přes den až nadměrně spaví. Patrná je i změna chuti k jídlu. Ve většině případů pacienti chuť k jídlu ztrácí a ubývají na váze, ale v některých případech se můžeme setkat naopak s hyperfagií (neukojitelný hlad).

Zhruba od poloviny minulého století se ujal koncept unipolární a bipolární deprese, který tvrdí, že tyto dvě depresivní epizody se od sebe významně liší. Bipolární deprese se vyskytuje v rámci bipolární afektivní poruchy, která je typická výskytem manických či hypomanických fází, které unipolární depresivní porucha postrádá. Prevalence unipolární deprese je vyšší u žen než mužů, věk nástupu onemocnění se pohybuje mezi 30–50 lety, zatímco s bipolární depresí se mohou setkat jedinci již v dospívání (13–20), popř. kolem 30 let. Další významný rozdíl nalézáme v trvání epizody. Bipolární deprese trvá přibližně 3–6 měsíců. Unipolární deprese může být až dvakrát delší. (Látalová, 2010) Rozsáhlejší přehled rozdílů mezi bipolární a unipolární depresí uvádí např. Praško, Novák, a Záleský (2007, s. 351).

1.3.3. Smíšená epizoda

Smíšenou epizodu můžeme chápat dvojitým způsobem. Buď jako stav, který vzniká při přesmyku z jedné fáze do druhé nebo jako svébytný stav, kdy se mísí jak manické, tak depresivní příznaky (Látalová, 2010) Gay (2010) označuje tuto podobu smíšené epizody jako tzv. „přechodný stav“. Dle autora je těžké odlišovat smíšenou epizodu od manické, protože u obou je zjevná nestabilita nálady. Nicméně uvádí, že toto rozlišení je velice důležité vzhledem ke zvýšenému riziku suicidálního chování během smíšené epizody.

Negativním aspektem smíšených epizod je také jejich tendence objevovat se spolu s psychotickými příznaky, což souvisí s nutností častější hospitalizace. Dále pomalejší přechod v remisi a vyšší riziko návratu. (Himmelhoch & Garfinkel, 1986)

Obtížím při diagnostice může přispět fakt, že manické příznaky bývají maskovány bagatelizací problémů, neochotou spolupracovat, asociálními projevy apod. Nezkoušený psychiatr může v takovém případě usuzovat na nepřítomnou poruchu osobnosti. (Látalová, 2010)

1.4. Průběh bipolární afektivní poruchy

První projevy bipolární afektivní poruchy se objevují u většiny případů mezi 15. a 30. rokem života. Průměrný věk výskytu první epizody je 21 let, nejčastěji pak od 15. do 24. roku. Vznik této poruchy v dětském či adolescentním věku není raritní. Často se ale ovšem skrývá pod drzostí, pubertálními projevy či poruchami chování. (Praško, Novák, & Záleský, 2007) Bipolární afektivní porucha ovšem může vznikat i po 60. roku věku, kdy dané příznaky mají ovšem somatický původ (cévní mozková příhoda, tumory mozku aj.).

První epizoda může být manická, hypomanická nebo depresivní. U mužů se vyskytuje iniciální manická epizoda častěji než u žen, nicméně u obou pohlaví převažuje iniciální epizoda depresivní. (Látalová, 2010) V souvislosti s prvními projevy bipolární afektivní poruchy se můžeme setkat s termínem pseudounipolární depresivní porucha. Toto označení se používá v případech, kdy prvními projevy bipolární afektivní poruchy jsou jedna či více depresivních epizod a epizody manické se rozvinou až později. (Raboch, Pavlovský, & Janotová, 2012)

Délka trvání jednotlivých epizod se pohybuje od čtyř do třinácti měsíců. Depresivní epizody bývají oproti manickým a hypomanickým epizodám delší. Ženy zažívají více depresivních epizod než manických či hypomanických, zatímco u mužů je daný poměr vyrovnaný.

Z hlediska počtu prožitých epizod v životě je už velice těžké v rámci bipolární afektivní poruchy zobecňovat. Klinický obraz tohoto onemocnění je totiž silně heterogenní. Spektrum nemoci zahrnuje pacienty, kteří jsou schopni velice dobře fungovat a po celou řadu let nezažívají jakékoliv

příznaky, tudíž prožijí jen málo epizod. Na druhé straně jsou ale ovšem pacienti chroničtí, sociálně dysfunkční, kteří zažívají opakované relapsy a nikdy nedojdou plné remise. (Látalová, 2010)

1.5. Suicidalita u bipolární afektivní poruchy

Jedním z příznaků bipolární afektivní poruchy jsou i suicidální myšlenky. Pacienti zažívají během epizod silné úzkosti spojené s pocity bezvýchodnosti, a to zejména v depresivních epizodách. Snaží se nalézt způsob, jakým z trýznivé situace uniknout, a právě v tomto bodě se může u pacientů vyjevit motivace k sebevraždě. Suicidální smýšlení, popř. i jednání, se může objevit i ve smíšených či manických epizodách (Látalová, 2010), zvláště pokud se jedná o manickou epizodu s psychotickými příznaky (Praško, Novák, & Záleský, 2007) nebo pokud je daná epizoda spojena s napětím, podrážděním a impulzivností. Sebevražedný pokus pak může být výsledkem impulzivního zkratu. Na druhé straně se ale objevují i pečlivě plánované sebevraždy. (Látalová, 2010)

Dle studie Insomneta et al. (1994) zemřelo v průběhu jednoho roku ve Finsku sebevraždou celkem 1371 lidí a bylo zjištěno, že 71 osob z toho trpělo bipolární afektivní poruchou. Dle autorů suicidovalo 11 % během smíšené epizody a stejné procento během manické epizody s psychotickými příznaky. Celých 78 % suicidovalo během depresivní epizody, což potvrzuje vysokou rizikovost této fáze.

Z hlediska predikovatelnosti suicidálního jednání pacienta s bipolární afektivní poruchou můžeme usuzovat na některé faktory zvyšující pravděpodobnost takového činu. Následující seznam shrnuje ty nejdůležitější. (volně dle Látalové, 2010)

- Bipolární afektivní porucha spojená s užíváním alkoholu a jiných návykových látek.
- Mužské pohlaví
- Kratší doba trvání poruchy a pouze několik zažitých epizod.
- Příznaky závažné úzkosti – např. záchvaty paniky, děsu apod.
- Sklony k impulzivnímu jednání.
- Nedávná hospitalizace v psychiatrické nemocnici.
- Sebevražedný pokus již v minulosti.
- Násilí či sebevražedné akty v příbuzenstvu.
- Zážitek nedávné nepříznivé životní události spojené se ztrátou blízké osoby – např. úmrtí v rodině, rozvod apod.
- Absence rodinných příslušníků a blízkých přátel.
- Nemožnost rychlého a přímého kontaktu s psychiatrem či psychoterapeutem.
- Pocity beznaděje do budoucna
- Nepřítomnost důležitých motivů, proč zůstat naživu – např. výchova dětí.

Výzkumy (např. (O'Rourke, Heisel, Canham, Sixsmith, & Hashimoto, 2017) dodávají jako další faktory zvyšující riziko suicidálního jednání např. nespokojenost se svým životem, nonadherenci k užívání medikace a kognitivní oslabení, zejména v percepci, paměti či oslabení v motorických funkcích. Dle jiných výzkumů můžeme v určitém věkovém rozmezí shledat jako možný ukazatel i např. kortizol. Giurgiucă (2017) porovnával hladinu kortizolu u tří skupin pacientů trpících bipolární poruchou prvního typu. První skupina pacientů nikdy nedisponovala jakýmkoli suicidálním chováním, ať už v podobě myšlenek či pokusů. Druhá skupina se někdy ve svém životě setkala se suicidálními myšlenkami (suicidal ideation) a třetí dokonce se suicidálním pokusem (suicide attempt), popř. více pokusy. Hladina kortizolu byla signifikantně vyšší u skupiny pacientů s myšlenkami na sebevraždu, než u pacientů bez jakéhokoli suicidálního chování a to ve věkovém rozmezí od 18 do 40 let.

Látalová (2010) uvádí, že suicidální riziko obecně u bipolární afektivní poruchy je až 15x vyšší než u zdravých osob. Minimálně jeden sebevražedný pokus učiní během života zhruba 50 % bipolárních pacientů a 15 % v důsledku suicidálního jednání dle autorky zemře. Svoboda, Češková a Kučerová (2015) tvrdí, že počet nemocných, kteří se pokusí o sebevraždu, může dosahovat až 25 %.

Dle nedávné studie se riziko sebevražedných pokusů u bipolární afektivní poruchy pohybuje v průměru okolo 31 %. Zjištěnou skutečností je, že toto riziko se signifikantně neliší mezi bipolární poruchou prvního a druhého typu (BAP I – 29,9 %, BAP II – 31,4 %). Rozdíl byl ovšem nalezen mezi pohlavími ve prospěch žen, které dosahují až 33,7 %. Riziko suicidálních pokusů u mužů se dle studie pohybuje okolo 25,5 %. (Tondo, Pompili, Forte, & Baldessarini, 2016)

1.6. Kognitivní deficit u bipolární afektivní poruchy

Kognitivní funkce představují schopnost udržet pozornost, soustředit se, pamatovat si a učit se. Tyto schopnosti pak následně ovlivňují schopnost plánování, zacílení jednání, setrvání v záměru a schopnost úspěšného dokončení daného plánu. Již od počátku 20. století je zkoumáno, zda je u bipolární afektivní poruchy přítomen kognitivní deficit, nicméně doposud neexistuje jednotný názor. Už v roce 1899 Weygandt připisoval maniodepresivní poruše (dnes BAP) přítomnost kognitivních dysfunkcí. Naopak ale dle Kraepelinova u dichotomického pojetí psychóz byl shledáván rozdíl mezi schizofrenií a bipolární afektivní poruchou a byla zjištěna právě absence kognitivního deficitu při bipolární afektivní poruše. (Látalová, 2010) Nedávná studie však uvádí, že u bipolární afektivní poruchy se vyskytuje kognitivní deficit jak během akutní fáze, tak i během remise. (Nehra, Grover, Vipyalakshmi & Sharma, 2016)

Základním předpokladem pro kognitivní funkce je pozornost. V důsledku špatné pozornosti se mohou objevovat poruchy paměti, psychomotorické obtíže či oslabení exekutivních funkcí. (Látalová, 2010) Goodwin a Jamison (1990) uvádí, že poruchou pozornosti v akutní fázi onemocnění trpí převážná většina pacientů: 71 % manických a 91 % depresivních. V mnoha studiích byl zkoumán

rozdíl pozornosti u schizofrenních a bipolárních pacientů. Někdy měli schizofrenní pacienti sníženou výkonnost oproti pacientům bipolárním, jindy nebyl signifikantní rozdíl nalezen. (Látalová, 2010)

Studie zaměřené na mnestické poruchy (poruchy paměti) u bipolární afektivní poruchy se soustředily zejména na depresivní epizody. Bylo zjištěno, že v oblasti deklarativní paměti vykazují bipolární pacienti ve většině případů jednoznačný deficit, zatímco nedeklarativní paměť bývá intaktní. Zmíněný deficit je způsoben narušeným kódováním informací, který je důsledkem poruchy pozornosti a soustředění. (McCrea, 2008)

Z hlediska inteligenčních schopností je uváděno, že výkonnost bipolárních jedinců ve srovnání se schizofrenními je podobná. (Hawkins, 1997) Obecně ale pacienti trpící bipolární afektivní poruchou vykazují nižší inteligenční kvocient než kontrolní skupina. (Rubinsztein, 2000). Dále se předpokládá, že BAP II není pro intelekt tolik devastující jako BAP I. (Silverstein, 2000, dle Látalová, 2010)

Zajímavým ukazatelem na afektivní poruchy je řeč. Rychlost řeči v podstatě kopíruje afektivitu. Depresivní pacienti obecně mají výrazně zpomalenou a tichou řeč. (Goodwin & Jamison, 1990)

Nedávná studie poukazuje na větší výskyt kognitivního deficitu v závislosti na historii manických epizod, suicidálních pokusů a psychotických příznaků během epizod. Ukázalo se, že kognitivní deficit je častější u pacientů, kteří prožívají manické epizody frekventovaněji (pozornost a exekutivní funkce se s opakováním epizod zhoršují) a jsou častěji hospitalizováni. Dále bylo zjištěno větší kognitivní oslabení vzhledem k suicidálnímu chování. Depresivní pacienti, kteří mají za sebou jeden či více sebevražedných pokusů mají mnohem znatelnější oslabení exekutivních funkcí, oproti pacientům bez jakýchkoli suicidálních pokusů. Také bylo prokázáno, že pacienti s historií psychotických příznaků jsou častěji hospitalizováni a vykazují oslabení v oblasti pozornosti, verbální paměti, exekutivních funkcí a v oblasti prostorové pracovní paměti. (Marinescu, Vrabie, Talasman, & Vuta, 2013)

1.7. Léčba bipolární afektivní poruchy

Bipolární afektivní porucha vyžaduje ve většině případů dlouhodobou léčbu, která je z hlediska prognózy onemocnění stěžejní. Nonadherence k léčbě, zejména k farmakoterapii, představuje pro pacienta jistá rizika. (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2015) Např. u neléčené deprese je tím nejhorším rizikem sebevražda. Jiným vyústěním může být ale např. i chronifikace, psychická devastace nemocného nebo zhoršení souběžných somatických onemocnění. (Látalová, 2010)

Nedodržování doporučené medikace vede až u 20 % nemocných k rehospitalizaci. Významným prediktorem pacientovy nonadherence je jeho postoj k léčbě a z toho plynoucí chování. (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2015)

V léčebných postupech bipolární afektivní poruchy jednoznačně převažuje farmakoterapie a jiné biologické léčby, nicméně i psychoterapie představuje důležitý aspekt. (Raboch, Pavlovský, & Janotová, 2012) Pod jinými biologickými léčbami si můžeme představit např. elektrokonvulzivní terapii, která se využívá zejména u těžce depresivních, suicidálních či psychotických pacientů. Může být také ale využita u těžké nebo rezistentní mánie, popř. k léčbě smíšených epizod.

Léčba akutní fáze bipolární afektivní poruchy se řídí dle dominujících příznaků, tj. zda se pacient nachází právě v manické, depresivní či smíšené fázi. (Praško, Novák, & Záleský, 2007)

1.7.1. Farmakoterapie

Při léčbě akutní manické (popř. hypomanické) epizody je hlavním cílem dostat pod kontrolu symptomy těchto epizod. Získání kontroly je důležité proto, že symptomy mánie mohou negativně ovlivňovat chování pacienta, které se může stát ohrožující pro něj samotného, ale i pro jeho okolí. (Látalová, 2010) Zvláště důležité je zmírnit případnou agitovanost či agresivitu. (Praško, Novák, & Záleský, 2007)

Z přístupných léků jsou využívána zejména lithium a valproát. (Raboch, Pavlovský, & Janotová, 2012) Vedle lithia a valproátu se v prvním kroku léčby používá také monoterapie olanzapinem. (Praško, Novák, & Záleský, 2007)

Lithium představuje vyhovující farmakum v profylaktické a udržovací léčbě bipolární afektivní poruchy. Akutní mánie často vyžaduje rychlejší zásah, než lithium může nabídnout. Přes jeho antimanický efekt nebývá tedy považován za lék první volby, většina doporučených postupů doporučuje léčit akutní mánie antipsychotiky, popř. kombinací lithia s jiným stabilizátorem nálady. (Látalová, 2010)

Pokud se pacient dostane do manické fáze obsahující psychotické rysy, většinou je vyžadována léčba antipsychotiky spolu se stabilizátory nálady. K léčbě akutní úzkosti či neklidu během této epizody je užitečné podávání benzodiazepinů (lorazepam, klonazepam). V průběhu léčby manické epizody by se mělo přerušit podávání antidepresiv. (Praško, Novák, & Záleský, 2007)

Při léčbě akutní depresivní epizody je stěžejním cílem zabránění suicida, pokud se takové riziko objevuje. Ve druhé řadě je potřeba redukovat depresivní příznaky (apatie, smutek, hypobolie, anxieta, poruchy spánku apod.) a dosáhnout asymptomatického období (remise). Za dlouhodobý cíl je pokládáno zabránění relapsu epizody stejného pólu či přesmyku do epizody opačného pólu (mánie/hypománie).

Zatímco u unipolární deprese jsou předepisovanými léky antidepresiva, u bipolární deprese jsou jimi stabilizátory nálady (lithium, lamotrigin). (Látalová, 2010) Použití antidepresiv u bipolární deprese totiž zvyšuje riziko přesmyku do mánie nebo vzniku rychlého cyklování. (Raboch, Pavlovský, & Janotová, 2012)

Obecně prvním farmakologickým krokem u depresivní epizody je nasazení lithia či lamotriginu, u vážněji nemocných pacientů může být léčba zahájena kombinací lithia a antidepresiva. Pokud není dosaženo úspěchu při postupu první volby, je doporučováno přidat např. bupropion, paroxetin či antidepresivum ze skupiny SSRI. Pokud se během depresivní epizody vyskytnou psychotické rysy, je nutné zařadit do léčby také antipsychotika. (Praško, Novák, & Záleský, 2007)

Stejně jako u manické epizody je potřeba u akutní smíšené epizody v první řadě zmírnit příznaky, aby byl možný návrat do remise. Studie zaměřené na účinnost jednotlivých psychofarmak během smíšené fáze prakticky neexistují. Obecně by měl být podáván stabilizátor nálady (stejně jako v ostatních fázích BAP), který má antimanickejší a/nebo antidepresivní účinek. (Látalová, 2010)

1.7.2. Psychoterapie

Jak je zmíněno výše, v léčbě bipolární afektivní poruchy jednoznačně převažuje farmakoterapie. Psychoterapie totiž symptomatologii jako takovou ovlivnit úplně nedokáže, nicméně může pacientovi pomoci s vyrovnáváním se s přítomností poruchy a vede ho k lepší adherenci, což v konečném důsledku zlepšuje jeho prognózu. (Látalová, 2010)

V minulosti se psychoterapie v léčbě bipolární afektivní poruchy prakticky nevyužívala. (Látalová, 2010) Ovšem stabilizátory nálady (lithium, karbamazepin) nedokázaly 20–40 % pacientů ochránit od recidiv nemoci. (Moncrieff, 1995)

Látalová (2010) shrnuje důvody k zařazení psychoterapie do léčby tohoto onemocnění. V první řadě je dle autorky nutné si uvědomit, že bipolární afektivní porucha je rekurentní a narušuje pacientovy schopnosti. Dále – léčba stabilizátory nálady a antipsychotiky má omezenou efektivnost a je značně ovlivněná případnou nespoluprací pacienta a v poslední řadě – významným „spouštěčem“ dalších epizod je především psychosociální stres, se kterým můžeme v rámci psychoterapie pracovat.

V rámci psychoterapeutických intervencí je primárním cílem snížit obavy související s daným onemocněním, zlepšit psychosociální fungování v asymptomatickém období a snížit pravděpodobnost, frekvenci, délku trvání či intenzitu následných epizod. (Praško, Novák, & Záleský, 2007)

Až v posledních pěti letech se začali rozvíjet specifické psychoterapeutické přístupy k BAP. Model vulnerabilita-stres předpokládá, že farmaka mají vliv na biologickou podstatu daného onemocnění, zatímco psychoterapie se zaměřuje na rodinné prostředí pacienta, rekonstruuje dysfunkční kognitivní procesy pacienta a učí ho systematizaci a plánování dne. Je tedy více než vhodné kombinovat farmakoterapii s psychosociální intervencí. (Látalová, 2010)

Praško, Novák a Záleský (2007) uvádí celkem čtyři specifické psychoterapeutické přístupy v BAP: (1) léčba zaměřená na rodinu (Family-focus treatment – FFT), (2) interpersonální terapie

a léčba sociálních rytmů (Interpersonal and social rhythm therapy – IPSRT), (3) monitorování prodromálních symptomů a (4) kognitivní terapie.

Léčba zaměřená na rodinu se zaměřuje na psychoedukaci rodinných příslušníků. Systematicky je s rodinou nacvičováno, jak řešit případné problémy. Pokud se totiž nemocný nachází v prostředí příbuzných, kteří nadměrně emočně expresivní či kritičtí, jeho průběh nemoci je pak signifikantně horší. (Praško, Novák, & Záleský, 2007) Miklowitz a kol. (2000) ve své studii zkoumal efekt léčby zaměřené na rodinu (v kombinaci s farmakoterapií) a zjistil, že tato léčba se ukazuje jako velice efektivní doplněk k farmakoterapii. Během následujícího roku došlo k menšímu počtu relapsů. U pacientů také došlo ke zlepšení v oblasti depresivních (nikoli manických) symptomů. Jako nejvýznamnější se tato léčba projevila pro pacienty, jejichž rodiny vykazovaly vysokou emoční expresivitu. Dle Látalové (2010) tento přístup terapie napomáhá zlepšovat rodinné fungování, oddalovat potřebu hospitalizace (či se jí úplně vyhnout) a má vliv na adherenci k medikaci a celkovou komplianci nemocného.

Interpersonální terapie a léčba sociálních rytmů je založena na hypotéze, že pokud má pacient pravidelný rytmus aktivit, a to zejména spánku, a snížený interpersonální stres, dochází ke zpevnění cirkadiánní rytmicity, což vede k poklesu stimulace a tím předcházení rozvoji epizod. (Praško, Novák, & Záleský, 2007) Frank (2000) porovnával mezi sebou dvě skupiny bipolárních pacientů. První byla léčena pouze farmakoterapií, druhá skupina měla farmakoterapii kombinovanou s interpersonální terapií. U pacientů s kombinovanou léčbou bylo nalezeno signifikantně méně depresivních i manických epizod a také méně hospitalizací. Nedávná studie (Hlastala et al., 2010) se zaměřovala na účinnost IPSRT (interpersonální terapie a léčba sociálních rytmů) u adolescentů. Byly administrovány celkem čtyři diagnostické dotazníky¹ před a následně po působení terapie. Po dvaceti týdnech vykazovali adolescenti signifikantní zlepšení ve všech čtyřech výsledcích. IPSRT dle autorů tedy představuje efektivní doplňkovou psychosociální léčbu.

Relaps u bipolární afektivní poruchy nepřichází z hodiny na hodinu, ale bývá většinou uváděn prodromálními příznaky. Tyto příznaky jsou samozřejmě interindividuálně odlišné a dokonce se mohou v průběhu času měnit i u jednotlivců. Ukazuje se jako velice užitečné si dané příznaky zapisovat a uchovávat pro jejich případné rozeznání. Jako prodromální příznaky mánie (popř. hypománie) si můžeme představit např. zvýšenou sebedůvěru, rychlou mluvu, seznamování se, zvýšené nakupování, spoustu nápadů a myšlenek, hazard, menší potřebu spánku apod. Nadcházející depresi mohou signalizovat např. úzkosti, smutek, prázdnota, apatie, únava, pocity viny, sebekritika aj. Teorie monitorování prodromálních symptomů předpokládá, že pokud jsou varovné příznaky včas rozpoznány a jsou rychle zajištěna jistá protiopatření, je možné zabránit hrozícímu

¹ The Brief Psychiatric Rating Scale for Children (BPRS-C), The Children's Global Assessment Scale (C-GAS), The Mania Rating Scale (MRS), The Beck Depression Inventory (BDI)

relapsu. (Látalová, 2010) Perry (1999) ve své studii rozdělil bipolární pacienty do dvou skupin. Jedna skupina byla běžně klinicky vedena, druhá docházela do intervenčních skupin, kde se pacienti učili rozpoznávat a monitorovat své prodromální symptomy a na základě toho včas vyhledat psychiatrickou pomoc. Tato intervence se ukázala jako významná v prevenci manických epizod, depresivních nikoli. Navíc pacienti docházející do intervenčních skupin dosáhli po sledovaném období (osmnáct měsíců) signifikantního zlepšení v sociálním fungování.

Kognitivní terapie se soustředí zejména na snížení celkového stresu u pacienta pomocí rytmického denního režimu a přepracování dysfunkčních kognitivních schémat (např. perfekcionismus, přehnaná očekávání aj.). Bipolární pacienti se rovněž v rámci kognitivní terapie učí monitorovat prodromální symptomy. (Látalová, 2010) V pilotní studii Lama a kol. (2000) byli studováni vulnerabilní pacienti užívající stabilizátory nálad, kteří zažívali časté relapsy. Tito pacienti byli rozdělení do skupiny intervenční (čtrnáct sezení kognitivní terapie) a do skupiny kontrolní (klinické vedení). Po absolvování léčby byly obě skupiny pacientů sledovány ještě šest měsíců. Intervenční skupina měla signifikantně méně epizod (manických i depresivních) než skupina kontrolní. V následujících letech pak Lam (2002) studoval stejným způsobem vulnerabilní pacienty s BAP I. Opět byli rozdělení na intervenční a kontrolní skupinu. Po dvanáctiměsíčním období vykazovali pacienti intervenční skupiny významně méně relapsů, navíc jejich vzniklé epizody byly kratší než u skupiny kontrolní.

2. Zvládání stresu – coping

Problematika stresu a zvládání zátěžových situací se týká všech lidí. Jistě se v životě každý dostal do stresující situace. Nutno však hned na úvod podotknout, že stres nemusí být vždy chápán v negativním slova smyslu, jak je vidět na použití tohoto slova laickou veřejností (a v laické psychologii), ale i na orientaci výzkumů.

V následující kapitole se zabývám jedním z ústředních témat této práce – zvládáním stresu, neboli copingem. Pokusím se tedy sumarizovat základní informace o stresu, jeho fyziologické, ale i psychologické koreláty, dimenze stresu a stresory. Dále se budu zabývat pojmy jako adaptace, coping, copingové strategie, copingové styly a nastíním i problematiku adaptivního a maladaptivního copingu.

2.1. Stres a zátěž

Slovo stres pochází z anglického slova „stress“ a to má původ v latinském slovesu „stringo, stringere, strinxi, strictum“, což překládáme jako „utahovati, stahovati – jako smyčku kolem krku“. Být ve stresu můžeme chápat jako být pod tlakem, být v tísní. (Křivohlavý, 1994)

Pojem stres můžeme nalézt již ve 14. století a můžeme si všimnout různých způsobů užití tohoto slova. Fyzik a biolog Robert Hooke stres definoval v 17. století jako toleranci vůči zátěži u stavby mostu. Postupně se užití slova stres přeneslo z fyziky i do jiných disciplín. Hookova definice ovlivnila pohled na stres ve fyziologii, psychologii a sociologii na počátku 20. století. (Baumgartner, 2001) Dodnes přetrvává myšlenka stresu jako externí zátěže na bytost představující jednotu psycho-bio-socio-spirituálně-ekologických systémů. (Hladký, 1993)

Během obou světových válek se stres dával do souvislosti s výzkumy tzv. válečných neuróz. Po skončení války se však začalo ukazovat, že lidé se dostávají do situací podobných těm válečným i v období míru. To odstartovalo zájem o zkoumání stresu a o to, jak rozpoznat jedince, kteří jsou vůči němu rezistentní, popř. jak je učit se stresem nakládat. Hlavní otázkou těsně po válce bylo, jaký efekt má stres na člověka a jak tento efekt můžeme vysvětlit a předpovídat. Brzy se ukázalo, že odpověď na tuto otázku není snadná. Proběhl experiment, ve kterém za stejných podmínek stres u jedinců lišil. Pro někoho dané podmínky představovali velký stres a pro někoho naopak skoro žádný. Stejně tak výkon v určitých stresujících podmínkách se u někoho výrazně zhoršil, u někoho se dokonce zlepšil a u někoho nebyla zaznamenána žádná změna. Pokud tedy chceme porozumět tomu, co stres s jedinci dělá, musíme zohlednit individuální rozdíly v motivačních a kognitivních proměnných, které intervenují mezi stresorem a jedincovou reakcí. (Lazarus, 1993)

Ovšem ani termín samotný není všemi badateli vymezován zcela shodně (je v nich ukazováno na rozdílné aspekty). Např. původní Selyeho definice říká, že „*stres je nespecifická (tj. nastávající po nejrůznějších zátěžích stereotypně) fyziologická reakce organismu na jakýkoliv nárok na organismus kladený*“. (Schreiber, 1992, s. 11) Dále např. Lazarus definuje stres jako „*nárok na jednotlivce, který přesahuje jeho schopnost se s nárokem vyrovnat*“ (Schreiber, 1992, s. 11)

Stres obecně vzato dle shrnutí mnoha definic představuje působení nějaké ohrožující síly na organismus, dále napětí (tenzi) při řešení nějakého problému, reakci na trauma, extrémně vyostřenou situaci, frustraci (neuspokojení základních potřeb) a s tím spojené subjektivně nepříjemné pocity - strach, nejistota, úzkost, bolest apod. Křivohlavý (1994, s. 10) uvádí shrnující definici, kde stres představuje „*vnitřní stav člověka, který je buď přímo něčím ohrožován, nebo takové ohrožení očekává a přitom se domnívá, že jeho obrana proti nepříznivým vlivům není dostatečně silná*.“

Původně stres sloužil ve prospěch člověka, sloužil k mobilizaci sil, které jedinec potřeboval k boji nebo útěku. energii vyvolanou stresem spotřeboval člověk k přežití. V dnešní době ale stresem vzniklá energie není dostatečně vydána, což většinou vede k negativním důsledkům. Např. studentovi před zkouškou se může roztlouci silně srdce, může začít zrychleně dýchat, potit se, cítit svalový tonus, avšak vzniklé energie je mnohem více, než absolvování zkoušky vyžaduje. To může zapříčinit např. ztrátu schopnosti přemýšlet, soustředit se apod. (Cungi & Šimková, 2001)

Se stresem souvisí pojem zátěž (load), kterým rozumíme běžné, popř. mírně zvýšené nároky kladené na jedince. Takové nároky je jedinec schopen zvládnout. Tím se zátěž liší od stresu, který pro člověka představuje nadlimitní zátěž. Tato „nadlimitnost“ je pak dána intenzitou nebo délkou trvání zátěže. (Kebza, 2005)

2.2. Teorie homeostázy a alostázy

Pro pochopení stresu a toho, jak na něj náš organismus reaguje, je v první řadě důležité vysvětlit teorii homeostázy a alostázy. Zejména pro fyziologický přístup ke stresu (o kterém se zmiňuji níže) je princip homeostázy stěžejní. Představitelé tohoto pojetí chápou stres jako „*reakci organismu na zátěžové podněty vyvádějící jej z rovnováhy (homeostázy)*“ (Paulík, 2017, s. 69)

Princip homeostázy spočívá v tom, že k zachování stability organismu musí být všechny parametry vnitřního prostředí udržovány konstantní. Stres pak představuje podnět, který způsobuje nerovnováhu organismu, a vzniklé odchylky jsou automaticky korigovány tzv. negativní zpětnou vazbou („negative feedback“). (Cannon, 1932) Např. normální krevní tlak je přibližně 110/70 mmHg. Pokud se zvýší vlivem stresu nad uvedenou hodnotu, dojde automaticky k dilataci cév a vylučování solí a vody ledvinami, což vede k obnovení normálního krevního tlaku. Proběhlo mnoho výzkumů,

kde byly orgány studovány izolovaně. Ukázalo se, že za takových podmínek, pracují velice dobře a potvrzují teorii homeostázy – např. slinivka začala vylučovat inzulin, jakmile byla zvýšena glukóza. Pokud je ale měření vnitřního prostředí provedeno v intaktním, neanestetizovaném organismu, získané údaje teorii homeostázy neodpovídají. (Sterling & Eyer, 1988)

Bevan a kol. (1969) ve své studii pozorovali krevní tlak u zdravého dospělého jedince po dobu jednoho dne. Výsledky ukázaly, že krevní tlak není vůbec konstantní. Během dne je jeho hodnota různě vysoká a dokonce můžeme tyto změny identifikovat se specifickým chováním jedince, např. když jedinec vykonával nějakou činnost, jeho tlak se držel po určitou dobu ve vyšších hodnotách, naopak během spaní byl jeho tlak stabilně nízký. Podle Sterlinga a Eyer (1988) je tedy zřejmé, že neexistuje jedna „normální“ hodnota krevního tlaku, kterou by se automatické mechanismy v organismu snažili neustále obnovovat, jak to tvrdí teorie homeostázy. Organismus musí flexibilně přecházet mezi určitými behaviorálními stavy a během každého přechodu, musí být krevní tlak „resetován“ tak, aby odpovídal novému behaviorálnímu stavu.

K udržení stability musí tedy organismus měnit všechny parametry svého vnitřního prostředí a vhodně je přizpůsobovat požadavkům okolního prostředí. Tento princip je nazýván alostáza, kterou můžeme definovat jako „*stabilitu prostřednictvím změny*“. (Sterling & Eyer, s. 637) Díky alostatickému systému je organismus schopný efektivně zvládat výzvy okolního prostředí. Pokud je ale tento systém přetěžován, dostává se organismus do tzv. alostatické zátěže (allostatic load), která může zapříčinit onemocnění. (McEwen, 1998)

2.3. Teoretické přístupy ke stresu

Na ohrožující zatěžující podnět, či situaci reaguje organismus stresem, který se projevuje na více úrovních. V této kapitole se pokusím nastínit nezákladnější přístupy v chápání stresové odezvy, ze kterých pak můžeme vycházet i při úvahách o zvládnání stresu.

Současné psychologické koncepce stresu vycházejí v podstatě ze tří hlavních teoretických přístupů, které kladou důraz buď na vnější, nebo vnitřní faktory, popř. na interakci těchto faktorů. První z teoretických přístupů se soustřeďuje na vnější síly, které působí na objekt a vyvolávají v něm vnitřní napětí a námahu. (Paulík, 2017) V důsledku vzniklého stresu si můžeme všimnout změn na svém těle – potí se nám ruce, zvyšuje se náš srdeční tep, svaly se dostávají do tenze, bolí nás hlava apod. Stres má tedy dopad na naše fyziologické funkce. Prožívání stresu se může projevit v psychické rovině – špatně se soustředíme, rozčílí nás i maličkost apod. (Wortman, Loftus & Marshall, 1992)

Na počátku zkoumání stresu převládal zájem o fyziologické změny v důsledku stresu, tj. fyziologický přístup. Mezi nejznámější představitelé tohoto proudu patří I. P. Pavlov, W. Cannon a H. Selye. V současnosti převažuje spíše psychologický přístup, který byl zásadně ovlivněn zejména

konceptem kognitivně-transakčního modelu stresu od Lazaruse a Folkmanové. (Wortman, Loftus & Marshall, 1992)

2.3.1. Fyziologický přístup

Fyziologický přístup se zaměřuje zejména na neurofyziologickou a biochemickou odezvu organismu při působení vnějších vlivů, které narušují jeho homeostázu. Stres je v tomto pojetí chápán jako „*následek vlivů působících na člověka*“. (Paulík, 2017, s. 71) Je podstatné poznamenat, že tento přístup působení vnitřních činitelů nepopírá, pouze jim nevěnuje takovou pozornost.

Studiem fyziologických změn při prožívání stresu se zabýval I. P. Pavlov. Prováděl pokusy na psech. Ve svých experimentech je vystavoval stresující situaci tím, že jím promítal podněty, které museli rozeznávat. Tyto podněty měly ale diametrálně odlišné následky, např. po expozici kružnice dostal pes nažrat a po expozici elipsy dostal elektrickou ránu. Odlišnost těchto podnětů byla postupně snižována až do chvíle, kdy pes nedokázal určit, o jaký podnět se jedná. I. P. Pavlov zkoumal fyziologické změny v dané situaci (např. rozbořem žaludečních šťáv) a také sledoval chování psů. Zjistil, že při překročení hranice rozeznatelnosti podnětů od sebe docházelo např. k tomu, že se pes vrhl na výzkumníky, nebo naopak zalezl do kouta a tam ustrnul v nehybné poloze. Již zde je patrná variabilita reakcí na stejný druh stresu o stejné intenzitě. (Křivohlavý, 1994)

Dalším významným výzkumníkem v oblasti fyziologických změn ve stresujících situacích byl W. Cannon. Stejně jako I. P. Pavlov prováděl pokusy na zvířatech a zjistil, že ve chvíli, kdy organismus vnímá nějakou hrozbu, jeho sympatický nervový systém a endokrinní systém zareagují a umožňují organismu buď zaútočit, nebo utéct. W. Cannon tento koncept pojmenoval „*fight-or-flight response*“ (tzn. „*boj nebo útěk*“). (Wortman, Loftus & Marshall, 1992)

Zřejmě nejvýznamnějším představitelem fyziologického přístupu je H. Selye (1966). Jeho teorie tvrdí, že každá stresová situace spouští u organismu totožné fyziologické změny, a to bez ohledu na druh stresové situace. Na základě tohoto zjištění definoval tzv. obecný adaptační syndrom (GAS – General Adaptation Syndrom), který chápe jako stabilní (nespecifický) vzor fyziologických odpovědí organismu na ohrožení. Obecný adaptační syndrom má tři fáze: poplachová fáze, fáze rezistence a fáze vyčerpanosti.

V poplachové fázi (alarm stage) dochází k mobilizaci organismu při střetnutí se stresorem. Mobilizace je řízena nadledvinkami, které zvyšují činnost sympatického nervového systému (zrychluje se dýchání a srdeční tep, zvyšuje se krevní tlak, krev je směřována do svalů, zpomaluje se trávení apod.) Organismus se připravuje na boj nebo útěk.

Ve fázi rezistence (resistance) dochází k vlastnímu boji se stresorem. Organismus se snaží v rámci specifických způsobů obran na stresor adaptovat. H. Selye zdůrazňuje, že pokud fáze rezistence trvá příliš dlouho, dochází k oslabování organismu, které se může projevat snížením

imunity nebo např. žaludečními vředy, hypertenzí, kardiovaskulárními onemocněními apod. Taková onemocnění nazývá H. Selye „nemoci adaptace“. Dnes bychom je nazvali jako „civilizační“.

Poslední fáze GAS, fáze vyčerpání (exhaustion), nastává ve chvíli, kdy se organismu nepodaří zvládnout stresovou situaci. To může zapříčinit např. nadměrná intenzita stresu, nedostatečnost adaptačních schopností, nebo abnormální adaptační reakce („nemoci adaptace“). Organismus v takové chvíli vyčerpá všechny své rezervy ke zvládnutí situace a následně se hrouť, což se může projevat např. příznaky deprese. Podle autora je tato fáze typická aktivací parasympatického systému.

Koncept GAS přináší obecný pohled na reakce organismu ve stresové situaci a práce Selyeho je tedy pro oblast zkoumání stresu velice důležitá. Avšak tato teorie se setkává i s kritikou a to hlavně z toho důvodu, že Selye opomíjí individuální psychologické faktory – všichni jedinci nereagují na potenciální stres totožným způsobem. (Wortman, Loftus & Marshall, 1992) Další vývoj v této oblasti ukázal, že fyziologická odezva organismu není nezávislá na typu podnětu, jak usuzoval Selye, nýbrž je specifická. Stresová odpověď organismu souvisí s psychickou stránkou, zejména s kognitivní a emocionální. (Paulík, 2017)

Mason (1975) poukázal především na roli zkušenosti ve stresové odezvě. V pokusech byla zvířata opakovaně vystavována stresorům (bolestivé podněty). Po čase, tj. po získání určité zkušenosti, zjistili, že daný stresor působí určitou dobu a přestane. Na základě toho je pak jejich stresová reakce odlišná od reakcí zvířat, která zažívají působení stresoru poprvé. Nově stresovaná zvířata se snažila působení podnětu uniknout, po chvíli však rezignovala a upadla do apatie. Oproti tomu „zkušená“ zvířata už neupadala do apatie, jen trpělivě snášela stresor, dokud nepřestal působit. Podobně funguje stresová odezva u člověka. Na většinu stresorů reaguje náš organismus nejdříve produkcí katecholaminů s cílem daný stresor překonat, odstranit, uniknout mu. Pokud to ale nepomůže a stresor působí dále, reaguje organismus produkcí kortikoidů a upadá do pasivity, apatie. Pokud již ale organismus má s takovým stresorem zkušenost a ví, že přestane po určité době působit, ke kortikoidní reakci nedojde.

Ani tato teorie se neukázala univerzálně platnou. Bylo zjištěno, že někteří jedinci při prvním setkání s určitým stresorem nereagují aktivní snahou zbavit se stresoru a produkcí katecholaminů. Není ale jasné, zda je jedná o sklon k těmto reakcím získaným učením (jak předpokládá např. Seligman u naučené bezmocnosti) nebo zda se jedná o „depresivní vlohu“, která vzniká na základě vrozené či získané slabosti a nízké účinnosti adrenergního systému. (Honzák, 1989)

2.3.2. Psychologický přístup

Psychologické pojetí definuje stres jako něco, co hodnotíme jako nepříjemné, ohrožující nebo náročné. (Lazarus & Folkman, 1984) Na rozdíl od Selyeho konceptu GAS je u tohoto přístupu brána

v úvahu variabilita prožívání stresu u různých jedinců ve stejné situaci. Někdo např. nezvládá časový nátlak při dokončování seminární práce na poslední chvíli, někdo naopak v takové situaci podává velice dobrý výkon, někdo se bojí výšek a někdo je fascinován horolezectvím apod. Obecně to, co někdo hodnotí a prožívá jako stresující, někdo jiný hodnotí jako něco normálního, nebo dokonce vzrušujícího. (Wortman, Loftus & Marshall, 1992)

Psychologický přístup se zaměřuje také na centrální nervový systém, který sehrává řídicí a integrující roli v rozvoji či inhibici stresových dějů. V psychologickém pohledu na stres je důležité to, že stres může vzniknout nejen na základě objektivně ohrožujících faktorů, ale také na základě interpretace významu situace a hodnocení míry ohrožení. Přičemž toto hodnocení nemusí vycházet z reálného stavu věci, ale může dojít k chybám hodnocení situace. Organismus může zareagovat stresem i pouze na základě anticipace (obavy z ohrožení v budoucnu). V souvislosti s anticipací mluví někteří autoři o tzv. nocebo efektu, který způsobuje nežádoucí účinky u organismu v důsledku obavy z naplnění očekávání. (Paulík, 2017)

Nejnámější koncepcí stresu reprezentující tento přístup představuje kognitivně-transakční model stresu od Lazaruse a Folkmanové (1984). Vychází z transakční teorie Lazaruse, kterou uveřejnil již v roce 1966 a dále ji společně s Folkmanovou rozpracoval. Tato teorie tvrdí (jak již bylo výše napsáno), že stresovou reakci nevyvolává samotný vnější stresor, ale také to, jaký význam mu jedinec dává. Kognitivně-transakční model zdůrazňuje tedy úlohu hodnocení jako kognitivního procesu (proto kognitivní) a zároveň klade důraz na vztah jedince s okolím (proto transakční). Člověk je podle kognitivně-transakčního modelu v neustálém dynamickém vztahu s okolím, který se neustále mění a platí oboustranně, tj. člověk působí na okolní prostředí a stejně tak okolní prostředí působí na člověka.

Lazarus a Folkmanová (1984) předpokládají, že vyrovnávání se se stresovou situací má tři fáze. První fází je tzv. prvotní hodnocení (primary appraisal), kdy jedinec vyhodnocuje vzniklou situaci – jak ohrožující pro něj je, ale také jaká pozitiva mu daná situace přináší. Je zde zdůrazněna individualita, protože jednu konkrétní situaci může vnímat každý jedinec jinak. Ve druhé fázi dochází k tzv. sekundárnímu hodnocení (secondary appraisal). Jedinec už má z první fáze utvořený obrázek o situaci a začíná přemýšlet, co by mohl ve vzniklé situaci udělat. Zhodnocuje vlastní možnosti, vlastnosti situace a anticipované důsledky svého jednání. Pokud jedinec chápe danou situaci jako výzvu nebo ohrožení, zvažuje hlavně své copingové zdroje. Výsledkem těchto dvou fází je volba konkrétní copingové strategie. Ve třetí fázi dochází k přehodnocení (reappraisal). V této fázi může jedinec získat další informace o dané situaci, a tak při zpětném nahlížení na ní se může změnit úhel pohledu. Navíc má zkušenosti s řešením stresové situace, které může dále uplatnit.

Dále např. D.Hamilton (cit. dle Paulík, 2017) přichází s informačním modelem stresu. Za rozhodující považuje autor interpretaci, která vychází z koncentrace pozornosti a kognitivního

hodnocení. K interpretaci působících podnětů v aktuální situaci potřebuje jedinec selektivně zaměřovat svou pozornost a rozhodovat o důležitosti podnětů. V tomto procesu se uplatňuje i minulé zkušenost s danými podněty, tedy paměť. Klasifikace působících podnětů má vliv na emoční reakci, která zpětně působí na kognitivní hodnocení. Informační zátěž narůstá s množstvím podnětů, ne však lineárně. Hamilton za hlavní stresory považuje anticipaci bolesti, sociální zavržení nebo izolaci, dále pak obecně situace obsahující nové podněty.

Podle D. S. Goldsteina (1995) způsobuje vznik stresu rozdíl mezi subjektivním přáním a vnímáním aktuální situace nebo očekáváním do budoucna. Tento rozpor narušuje homeostázu v organismu a navozuje kompenzační úsilí s cílem vzniklou nerovnováhu napravit. Přijímané informace o aktuální situaci jsou zpracovávány centrálně v mozku. Dle autora pak v různých částech organismu existují komparativní jednotky, tzv. homeostaty, kde dochází k porovnávání informací o možných reakcích na situaci a k přípravě dílčích změn, které jsou pak pomocí efektoru vykonány. Goldstein (1995) popisuje čtyři znaky distresu – uvědomění, nepříjemnost, pozorovatelné změny chování a neurohormonální reakce.

Tato teorie se vymezuje od Seyleho pojetí GAS hlavně tím, že je závislá na subjektivním významu a intenzitě stresoru. Navíc Goldstein definoval distres jako vědomý (Seyle neurčil, zda je vědomý či nevědomý) a stres podle něj nemusí být nutně příčinou onemocnění. (Paulík, 2017)

Na důležitost hodnocení prožívané situace poukazuje experiment (Speisman et al., 1964), kdy studenti zhlédli film zobrazující kmenové rituály. Před zhlédnutím filmu byli rozděleni do čtyř skupin. První skupina vyslechla čistě antropologický popis daných rituálů, druhé skupině byla popsána vzrušující atmosféra při provádění rituálů, třetí skupině byla zdůrazněna prožívaná bolest jedinců, kteří rituál podstoupili, a čtvrtá skupina zhlédla film bez jakéhokoli předchozího popisu filmu. Během filmu pozorovali u studentů frekvenci srdečního tepu, vodivost kůže a následně hodnotili i výpověď samotných studentů o tom, co během filmu prožívali. První dvě skupiny prožívali znatelně méně stresu než třetí a čtvrtá skupina.

2.4. Dimenze stresu

Výše bylo zmíněno rozlišení pojmů stres a zátěž. Stres můžeme ovšem dělit dále do několika dimenzí. Podle intenzity stresové reakce můžeme stres dělit na: hyperstres a hypostres. Pokud jsou při prožívání stresu překračovány hranice adaptability a schopnosti jedince se s danou situací vyrovnat, mluvíme o hyperstresu. Naopak hypostres představuje nízkou intenzitu stresové reakce. Je však důležité zmínit, že i hypostres může být škodlivý, a to při dlouhodobém působení. (Křivohlavý, 1994)

Mnohé studie stresu se zaměřují na jeho negativní dopady na náš organismus a díky tomu je stres často automaticky chápán jako něco problematického, nepříjemného. V takovém případě mluvíme o tzv. distresu, který Křivohlavý (2003, s. 171) popisuje jako: „*situace subjektivně prožívaného ohrožení dané osoby s jeho průvodními, často výrazně negativními emocionálními příznaky*“ nebo zkráceně jako „*negativně prožívaný stres*“. Dlouhodobé působení distresu může zapříčinit tělesné i psychické problémy. (Schreiber, 2000)

V dnešní době se často v souvislosti s distresem mluví o tzv. morálním distresu. Morální distres vzniká v situaci, kdy člověk nemůže udělat to, co v danou chvíli považuje za správné, je okolnostmi přinucen vykonat něco, s čím vnitřně nesouhlasí, nebo je naopak přinucen neudělat nic, i když si myslí, že by něco udělat měl (např. něčemu zabránit). Tento typ distresu (na rozdíl od somatického, psychologického či spirituálního) je specifický svým etickým rozměrem. (Mareš, 2017) Jako první morální distres definoval Andrew Jameton. Tvrdil, že „*morální distres vzniká v situacích, kdy jedinec ví, co je správné udělat, ale institucionální překážky činí téměř nemožné jednat tím správným způsobem*“. (Jameton, 1984, s. 6) Později svou definici upravil a napsal, že „*jedinec zažívá morální distres, když dospěje k morálnímu závěru o případu, který sám řeší, ale instituce nebo spolupracovníci mu zkomplikují nebo přímo znemožní jednat v duchu tohoto rozhodnutí*“. (Jameton, 1993, s. 542) Tento jev se často vyskytuje ve zdravotnictví, především u všeobecných sester, Jameton (2013) ale přiznává, že pojem morální distres se používá i u jiných profesí (např. lékaři, psychologové apod.) a dokonce se jeho užití rozšiřuje i mimo profesní sféru a začíná se užívat v úvahách o rizicích nových technologií, popř. o dopadech lidské činnosti na životní prostředí.

Opačný pól distresu představuje eustres, který je založený na stejných biologických procesech jako distres, avšak na rozdíl od distresu je doprovázen pozitivním a příjemným prožíváním. Mokrejš (2006, s. 16) definuje eustres jako „*pozitivní stres*“, popř. jako „*stres, který nám přináší příjemné zážitky*.“ takový stres můžeme zažívat v situacích příjemného napětí, jako je např. povýšení v práci, narození potomka, svatba apod. (Schreiber, 2000)

Stres můžeme dále dělit podle místa působení zátěže na fyzický a psychický. Fyzický stres vzniká na základě působení vnějších stresorů, jako je např. hluk, teplota, úraz, neuspokojení fyzických potřeb apod. Psychický stres vzniká v situaci nadměrného duševního vypětí. Stresory pak mohou představovat např. konfliktní situace, narušené mezilidské vztahy apod. (Hošek, 2003)

Z časového hlediska, jak uvádí Matoušek (2005), dělíme stres na akutní, chronický, posttraumatický a anticipační. Akutní reakci na stres rozumíme dle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených problémů (2008) přechodnou reakci na výjimečný fyzický a/nebo duševní stres, která obvykle odeznívá během několik hodin, popř. několika dnů. Intenzita této reakce je závislá na adaptační kapacitě jedince a na jeho zranitelnosti. (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2012)

Může být postihnuta jak psychika, tak somatické funkce, což se může projevovat ztrátou paměti, zmateným chováním, vznikem šoku, ztuhnutím apod. (Matoušek, 2005)

Chronický stres vzniká na základě působení jednoho či více stresorů v delším časovém úseku, popř. v nepravidelných intervalech. Intenzita těchto stresorů může kolísat, ale zpravidla bývá nižší než u akutního a posttraumatického stresu. (Matoušek, 2005) Příkladem těchto stresorů mohou být nevhodné pracovní podmínky, narušené mezilidské vztahy, časový nátlak v práci apod. Chronický stres se pak často projevuje na jedinci únavou, podrážděností, bolestí hlavy, svalovým napětím, poruchami spánku apod. Tyto příznaky pak mohou vést ke snížení výkonu, zhoršení kvality práce, zvýšené unavitelnosti apod. (Mayerová, 1997)

Posttraumatický stres, nebo také posttraumatická stresová porucha je „*opožděná a protahovaná reakce na stresovou situaci výjimečného nebo katastrofického charakteru.*“ (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2012, s. 228) Posttraumatický stres je typický znovuprožíváním traumatické události, nočními můrami, vyhýbání se situacím, které prožité trauma připomínají. Traumatické situace může představovat např. válka, znásilnění, přírodní katastrofa, závažná dopravní nehoda, zločin apod. (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2012)

Zvláštní typ stresu představuje stres anticipační. Od akutního, chronického a posttraumatického stresu se zásadně liší tím, že nevzniká jako reakce na určitou stresovou událost, ale vzniká pouze na základě očekávání této události. Jde tedy o určitou představu budoucích událostí, které by mohli jedince nějakým způsobem ohrozit, např. ztráta partnera, autority, role apod. Anticipační stres může jedinec prožívat i v pracovních podmínkách – např. nástup na novou pracovní pozici, zkouška ověřující pracovní schopnosti, změna v pracovních podmínkách apod. Projevuje se na počátku mírným emocionálním napětím, které se zvyšuje tím více, čím více se přibližuje očekávaná stresující událost. (Matoušek, 2005)

2.5. Zdroje stresu – stresory

Na otázku, co je to stresor, můžeme nalézt mnoho vysvětlení. Např. Křivohlavý (1994) popisuje stresory jako události, či faktory, které vedou k narušení rovnovážného stavu organismu (homeostázy) a vyvolávají u něj stresovou reakci. Ve své pozdější publikaci definuje stresory Křivohlavý (2003, s. 170) jako „*jednotlivé nepříznivé vlivy (tlaky), které mohou vést k tíživé osobní situaci člověka*“. Dále např. Cungi a Šimková (2001, s. 15) popisují stresory obecně jako zevní vlivy, popř. jako „*situace, které u jedince vyvolávají stres*“. Obecně můžeme stresory chápat jako negativní životní faktory. V odborné literatuře můžeme nalézt mnoho klasifikací těchto faktorů. Pro představu uvedu alespoň některé z nich.

Lazarus (1966) upozornil na to, že stres mohou vyvolávat nejen velké životní události, ale i méně závažné každodenní situace, které pojmenoval „daily hassles“ (např. dopravní zácpa, každodenní problémy v práci apod.) Tyto každodenní obtíže vyvolávají negativní emoce. Opak představují dle autora tzv. „daily uplifts“, neboli denní posily, což jsou drobné každodenní události, které vyvolávají pozitivní emoce. Kebza (2001) uvádí, že velké životní události a „daily hassles“ mohou vzájemně interagovat. Pokud prožíváme zátěžovou životní událost, můžeme díky tomu intenzivněji prožívat i každodenní drobné obtíže. Naopak každodenní drobné události (ať už „hassles“ či „uplifts“) mohou ovlivňovat naše prožívání velkých životních událostí.

Za posilující a povzbuzující faktory (stejně jako Lazarusovo „daily uplifts“) považuje Křivohlavý (2001) tzv. salutory, které v těžké životní situaci pomáhají člověku déle bojovat se stresem. Příkladem salutoru je např. smysluplnost vykonávané činnosti, pochvala a uznání od lidí, kterých si vážíme apod.

Z hlediska délky působení rozděluje Lazarus (1966) stresory na krátkodobě a dlouhodobě působící. Mezi krátkodobě působící patří např. bolest nebo vyrušení z činnosti a mezi dlouhodobě působící např. dlouhodobá obrana proti různým útokům, svěření vysoce odpovědného úkolu apod.

Seyle (1966) popsal dvě skupiny stresorů – fyzikální (prudké světlo, vysoká nebo naopak nízká teplota okolí, alkohol, drogy, nízký obsah kyslíku ve vzduchu, infekce atd.) a emocionální (úzkost, strach, nenávisť, zloba atd.)

B. Rule a A. Nesdale (1976, cit. dle Křivohlavý, 1994) popisují primární stresory, které působí přímo (např. hluk, teplota apod.) a sekundární stresory, které představují překážky v určité činnosti (např. zákazy apod.).

Další členění uvádí např. Křivohlavý (1994), který je dělí na mikrostressory a makrostressory. Mikrostressory jsou mírnějšími stresory, které vyvolávají hypostres. Jako takový mikrostressor si můžeme představit např. nudu, krátkodobou frustraci, stereotyp apod. Naopak makrostressory mohou mít zásadní vliv na člověka, makrostressor představuje např. ztráta zaměstnání, úmrtí blízké osoby apod.

Vašina a Strnadová (1998) rozdělují stresory na materiální (stresory spojené s obživou nebo finanční jistotou), fyziologické (základní biologické potřeby) a sociální (politické, rodinné, pracovní, ekonomické a interakční).

Jiné dělení uvádí Sotolářová (2007), která dělí stresory do pěti skupin:

- tělesné – hlad, žízeň, bolest aj.
- fyzikální – světlo/tma, hluk, chlad/ horko aj.
- emocionální – strach, zloba, obavy aj.
- biochemické – nikotin, kofein, alkohol, nedostatek kyslíku aj.

- kognitivní – postoje, očekávání, negativní myšlenky aj.
- komplexní – konfliktní situace, časový nátlak, změna povolání, nemoc, dopravní zácpa aj.

Paulík (2017) uvádí dělení stresorů na reálné a potencionální. Stresory reálné přímo ohrožují jedince a působí rušivě na jeho život. Naopak stresory potencionální představují situační aspekty, které mohou ohrozit jedince, ale jen při dosažení určité intenzity, frekvence, kumulace či doby trvání. Mezi tyto stresory patří např. hluk, chlad, nakumulování pracovních úkolů v časové tísní apod. Potencionální stresory se mohou samozřejmě stát reálnými stresory. Rozhodující vliv na to, zda se tak opravdu stane či nikoli má několik faktorů.

2.6. Adaptace a zvládání (coping)

V oblasti zvládání stresu je pozornost směřována především k příslušným dějům, které v zátěžové situaci probíhají. V tomto kontextu lze uvažovat o začátku, průběhu, ukončení, příp. o důsledcích příslušných procesů a dále můžeme také uvažovat o víceméně stabilních předpokladech jedince k dosažení určité úrovně procesů, které umožňují adaptaci na určité nároky.

Mezi základní pojmy zvládání stresu patří adaptace a zvládání, neboli coping. (Baumgartner, 2001) Z terminologického hlediska je vhodné tyto dva pojmy odlišovat. Hlavní rozdíly mezi pojmem adaptace a zvládání popisuje např. Křivohlavý (1994), který adaptaci chápe jako vyrovnávání se se zátěží, která se pohybuje v mezích našich zvládacích schopností a vyrovnávání se s ní probíhá tedy relativně snadno. Zvládání ovšem autor popisuje jako jakýsi vyšší stupeň adaptace. Člověk během zvládání bojuje se situací, která přesahuje jeho limity. Nemá na zvládnutí tohoto problému dostatečné schopnosti ani vědomosti a musí tedy řešení hledat, zkoušet a ověřovat, jak moc byl úspěšný.

Pro hlubší pochopení těchto pojmů věnuji každému z nich samostatnou podkapitolu. V rámci podkapitoly o copingu se také krátce zmiňuji o tzv. obranných mechanismech, o kterých můžeme mluvit ve spojitosti se zvládáním nepříjemných situací, které ohrožují náš obraz o sobě. (Paulík, 2017)

2.6.1. Adaptace

Adaptace pochází ze slova „ad-aptare“, kde „apto, aptare“ znamená připravit se k boji, popř. duševně se připravit na těžkou životní situaci. (Baumgartner, 2001) Pojem adaptace postihuje klíčovou vlastnost přírodních i umělých systémů. Představuje *„takové chování systémů, které jim umožňuje přizpůsobení se podmínkám (prostředí, okolí), v nichž existují, a tak je nezbytnou podmínkou jejich fungování a u živých organismů také přežití a vývoje“*. (Paulík, 2017, s. 13) Adaptaci

organismu zajišťuje především schopnost vyrovnávat se s působícími nároky okolí a s jejich změnami, a tím udržovat již zmiňovaný relativně stabilní stav vnitřní rovnováhy, tzv. homeostázy.

Homeostatické mechanismy fungují na biologické (korekce odchylek pomocí kompenzujících změn – např. zvýšení tlaku) a psychologické (realizována pomocí psychické regulace) úrovni. Psychická regulace probíhá ve třech základních rovinách. První rovina představuje instinktivní reakce, které probíhají reflexivně, pudově, bez přímé účasti vědomí. Tyto reakce si uvědomujeme až po té, co proběhnou. Druhá rovina je zvyková. Zvyková, neboli automatizovaná či naučená regulace probíhá na základě navyklých a naučených způsobů chování, které si většinou také nemusíme uvědomovat, protože probíhají automaticky. Třetí rovina regulace je rovina volní, která probíhá záměrně a úmyslně. (Paulík, 2017)

Adaptaci můžeme dělit do několika základních dimenzí, a to z několika různých hledisek. Paulík (2017) toto dělení sumarizuje z hlediska trvání na krátkodobou a dlouhodobou, dále dle adekvátnosti na přiměřenou a nepřiměřenou, dle rozsahu na úplnou a částečnou a dle subjektu na individuální a skupinovou.

Piaget (1999, s. 20) definuje adaptaci jako „*rovnováhu mezi činnostmi, jimiž organismus působí na prostředí, a činnostmi opačnými*“. Za klíčové pojmy týkající se této tematiky autor považuje asimilaci (assimilation) a akomodaci (accommodation). V původním a fyziologickém slova smyslu asimilace představuje proces, kdy organismus pohlcuje látky a mění je dle své povahy. Hartl a Hartlová (2000) uvádějí, že asimilace má mimo fyziologické stránky také stránku biologickou, psychologickou, popř. sociální. Z hlediska psychologického autoři shrnují popis asimilace J. Piageta a chápou tento pojem jako „*psychologický jev, kdy nově vnímané a pozorované objekty jsou upravovány v souvislosti s již dříve získanými a osvojenými poznatky*“. (Hartl & Hartlová, 2000, s. 56)

Komplementární, tedy obrácený proces asimilace, kdy prostředí působí na organismus, je ve shodě s biologickou terminologií označován jako akomodace. Obecně akomodace označuje činnost či proces, kdy se organismus uzpůsobuje svému okolí. Tento pojem bývá užíván v biologii (akomodace čočky), v sociologii (přizpůsobení se skupiny – v tomto hledisku můžeme využít i pojmu *adjustace*) a samozřejmě také v psychologii. (Hartl & Hartlová, 2000) Dle Piageta (1999) jedinec nikdy nepodléhá indiferentně okolním vlivům, nýbrž se těmito vlivům přizpůsobuje. Tlak prostředí tedy nevyvolává pasivní podrobení se, ale aktivní modifikace činnosti. V kognitivní sféře při akomodaci dochází k úpravě stávající kognitivní struktury poté, co ta původní nestačila ke zpracování nově vzniklé situace či zkušenosti. (Hartl & Hartlová, 2000) Na základě pochopení těchto dvou klíčových pojmů pak Piaget (1999, s. 20) zjednodušeně definuje adaptaci jako „*rovnováhu mezi asimilací a akomodací*“.

Mezi stěžejní oblasti, na které by se jedinec během života měl nezbytně adaptovat, patří kultura a společnost (kulturní a sociální adaptace) a práce (pracovní adaptace). Adaptace na kulturu,

v níž se člověk narodí, představuje základní socializační úkol. Jedinec se učí na základě nápodoby či identifikace s rodiči, pedagogy či jinými dospělými nebo dospívajícími, se kterými se setkává. Tito činitelé sociálního prostředí mu poskytují instrukce a zpětnou vazbu s informacemi o správnosti či nesprávnosti jeho jednání v dané kultuře. (Paulík, 20017)

Průcha (2014) uvádí, že náročnější bývá adaptace na kulturu, do které jsme se nenarodili, nýbrž se do ní dostáváme v rámci mezikulturní migrace. V této souvislosti autor mluví o tzv. akulturačním stresu (acculturative stress) Akulturační stres vzniká na straně imigrantů, kteří se přistěhují do etnicky odlišné země. V takové situaci se musí na novou zemi adaptovat po stránce jazykové, náboženské apod.

O pracovní adaptaci mluví např. autoři Black a Mendenhall (1990), kteří v této souvislosti často užívají dva základní pojmy – integrace a inkluze. Zásadní rozdíl mezi těmito pojmy shledávají autoři v tom, že při integraci se jedinec přizpůsobuje zvyklostem majoritní skupiny, do které vstupuje. Ač se může zdát, že skupina svůj systém fungování trochu poupravuje, aby vstup jedince byl snadnější, zásadně se v ničem nemění. Při inkluzi jsou pak předpokládány právě změny stávajícího systému prostředí, aby byl vstup jedince co nejoptimálnější.

2.6.2. Zvládání (coping)

Slovo „coping“ vychází z řeckého kořene „colaphos“, který se překládá jako přímý úder na ucho, volněji pak jako bojovat, přemoc, zvládnout. (Baumgartner, 2001) Termínem coping bývá označován aktivní a vědomý způsob zvládání stresu. (např. Paulík, 2017) Podobně Mareš (2001, s. 311) ve své studii vychází z definice, která vymezuje zvládání jako „*vědomé adaptování se na stresor*“. Tím autor odlišuje zvládání od obranných mechanismů.

Křivohlavý (1989) popisuje společné charakteristiky a odlišnosti copingových strategií a obranných mechanismů, které mohou být v procesu zvládání přítomny. Tvrdí, že hlavní odlišnost je ve vztahu k realitě. Obranné mechanismy jsou charakteristické zkreslenou, iluzorní realitou. Jedinec zkresluje skutečnost a popírá pravý zdroj svých obtíží. Účelem těchto mechanismů je v první řadě snížit úzkost prožívanou daným jedincem a v druhé řadě posílit jeho sebevědomí a kladné sebehodnocení. Copingové strategie naopak vychází z realistického pohledu na stresovou situaci, nedochází k žádnému zkreslení a u účinných zvládacích strategií jedinec věří, že danou situaci je možné vyřešit.

Paulík (2017, s. 115) uvádí, že „*obrné mechanismy jsou více či méně neuvědomované způsoby omezování úzkosti pramenící z ohrožení sebepojetí*“. Obrannými mechanismy se podrobně zabýval Freud (1926, dle Paulík, 2017), který jich definoval celkem 10, jeho dcera Anna Freudová (2006) k nim později přidala další. Použití obranných mechanismů může být v určitých situacích účelné a opodstatněné, avšak mnoho autorů, jako např. Balcar (1991), je považují pouze za náhradní

či neplnohodnotné způsoby adaptace na zátěž. Čáp a Mareš (2007) shrnují názory Ericksonové, Feldmana a Steinera (1997) a tvrdí, že adaptace může probíhat na základě obranných reakcí nebo zvládacích reakcí. Obranné i zvládací reakce jsou charakteristické tím, že ovlivňují emoce, snižují nežádoucí stres a rozvíjejí se s věkem. Odlišné charakteristiky pak sumarizuje následující tabulka převzatá z publikace Čápa a Mareše (2007, s. 532).

Obranné reakce	Zvládací reakce
obsahují implicitní operace	obsahují explicitní operace
aktivovány intrapsychicky	aktivovány prostředím, okolnostmi
obtížněji pozorovatelné	snadněji pozorovatelné
jedinec si je uvědomuje	jedinec je ovládá vůlí.
determinovány osobnostními rysy	determinovány jak osobnostně, tak situačně
základem je instinktivní chování	základem jsou kognitivní procesy
nepředchází zhodnocení situace	předchází zhodnocení situace i vlastních možností
výsledkem je automatické chování	výsledkem je promyšlené chování

Tab č. 1 – Charakteristiky obranných a zvládacích reakcí dle Čápa a Mareše (2007, s. 532).

Dle dostupných informací je zřejmé, že obranné mechanismy probíhají na nevědomé úrovni. Avšak v otázce vědomosti či nevědomosti copingu nebylo zatím mezi autory dosaženo konsenzu. Některé studie argumentují ve prospěch omezení copingu pouze na vědomé strategie. (Parker & Endler, 1996), zatímco jiní autoři přijímají také koncept nevědomého copingu. (Lazarus & Folkman, 1984)

Předními teoretiky v oblasti copingu jsou Lazarus a Folkmanová (1984). Pojem zvládnání autoři popisují jako behaviorální, kognitivní nebo sociální odpověď za účelem zregulovat napětí, které vyplývá z transakce osoby a prostředí. Dále např. Hartl a Hartlová (2000) definují coping jako „schopnost člověka vyrovnat se (adekvátně) s nároky, které jsou na něj kladeny, příp. zvládat nadlimitní zátěž.“ Podle těchto autorů může coping představovat i změnu vnímání situace, popř. změnu postoje. Dále např. Ulrichová (2012) chápe coping jako proces, který se zaměřuje na zvládnutí stresových situací, ve kterém mohou být přítomny i obranné mechanismy.

Výzkumníci se především snaží identifikovat efektivní a neefektivní způsoby zvládnání, aby mohli formulovat rady pro postup v reálných zátěžových situacích. Proces zvládnání je z tohoto důvodu zkoumán v různých typech situací a také u různých skupin lidí (např. u lidí s určitými poruchami). (Baumgartner, 2001) V posledních letech také stoupá zájem o zkoumání zvládnání každodenních nepříjemností (daily hassles), které sice nepředstavují takovou zátěž, ale mohou působit dlouhodobě a kumulovat se. (Mareš, 2001)

V obecném pojetí copingu uvažuje Lazarus (1993) a dvou základních typech podle toho, jak působí: coping zaměřený na problém (problem-focused coping) a coping zaměřený na emoce (emotion-focused coping). Použití určitého typu copingu je dle autora závislé na subjektivním hodnocení situace. Jestliže daný subjekt usoudí, že je možné ve vzniklé situaci něco dělat, volí coping zaměřený na problém. Tento typ copingu je charakteristický tím, že jedinec aktivně jedná, vykonává úsilí vedoucí ke změně situace, a to na základě úpravy okolností nebo vlastního chování. Pokud ale závěrem hodnocení situace je subjektivní pocit nemožnosti změny, převládne emocionálně zaměřený coping. Jedinec se snaží regulovat emoční doprovod stresových situací, snaží se reinterpretovat daný jev tak, aby byl pro něj přijatelnější, a pokouší se vyhnout myšlenkám na ohrožení. Lazarus a Folkmanová (1984) pak v této souvislosti mluví také o tendencích k vyhýbavým reakcím (avoidance coping) jako je např. denní snění, spánek, užívání drog apod.

Zvláštním postupem zvládání je hledání opory (podpory) u jiných lidí. Interakce s druhou osobou může přinést emocionální podporu, ale zároveň i získávání informací o možnostech řešení daného problému. Tento postup můžeme tedy zařadit někam na pomezí problémově zaměřeného a emocionálně zaměřeného zvládání. (Baumgartner, 2001)

Z hlediska časové perspektivy lze rozlišovat coping reaktivní a proaktivní. Reaktivním copingem je označováno zvládání stresu, který už nastal. Proaktivní coping je zaměřený na potenciální stresové situace. V této souvislosti uvažují další autoři, např. Pelcák (2013), o copingu anticipačním, který se uplatňuje při bezprostřední hrozbě a o copingu preventivním, který slouží ke zvládání hrozby pravděpodobné ve vzdálenější budoucnosti.

2.7. Copingové strategie a copingové styly

Můžeme uvažovat „o nějaké v čase relativně stabilizované osobnostní proměnné, případně o více proměnných tvořících základ, od něž se pak odvíjí tendence k určitému konzistentnímu způsobu chování ve stresových situacích“ (Paulík, 2017, s. 121). Tento konzistentní způsob zvládání, jímž se jedinec vyrovnává se stresory, které působí v různé době a v různých situacích, bývá označován jako zvládací (copingový) styl. (např. Mareš, 2001; Paulík, 2017) Copingový styl tedy chápeme jako obecnější a relativně neměnné vzorce prožívání a chování v zátěžové situaci, osobnostně zakotvené a podložené vrozenými činiteli. Oproti tomu zvládací (copingové) strategie jsou méně obecné a jsou více založené na učení určitých úkonů. (Paulík, 2017) Mareš (2001) definuje copingovou strategii jako reakci na bezprostředně přicházející nebo již působící stresor. Na základě svého copingového stylu jedinec preferuje určité strategické postupy. V tomto smyslu pak můžeme copingové strategie chápat jako prostředek realizace přihlížející k aktuálnímu psychosomatickému stavu jedince a k situačním podmínkám. (Paulík, 2017)

Mareš (2001) dokonce v kontextu zvládnání uvažuje i o složitější podobě a zmiňuje posloupnost: zvládací akce – zvládací taktika – zvládací strategie – zvládací styl.

Vzhledem k počtu různých zvládacích cest a způsobů, můžeme nalézt mnoho rozdílných členění zvládacích strategií. Např. Lazarus (1966) rozlišuje ve své práci čtyři kategorie strategií copingu:

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

Dále Paulmanová (cit. dle Baumgartner, 2001) rozlišuje tři formy copingových strategií:

- modifikace pozornosti
- změna subjektivního významu událostí, především generováním pozitivních emocí, jejich následkem dojde ke snížení tenze
- modifikace směru aktuálního vztahu jedinec – prostředí. Jestliže existuje konfrontace, pak vypracování plánu akce přispívá ke změně emočního stavu.

První z uvedených strategií, modifikace pozornosti, probíhá buď v podobě odmítání a vyhnutí (sport, hra apod.) nebo v podobě soustředění se na zdroj stresu. Dále do rámce modifikace pozornosti můžeme zařadit tzv. vigilanční coping, který má dvě formy. První je vyhledávání informací a druhou vytvoření plánu pro řešení problému. Vigilance představuje adaptivní styl rozhodování, při kterém pečlivě zpracováváme dostupné informace a zvažujeme možnosti řešení stresové situace. Maladaptivními styly rozhodování jsou pak: uspokojení, defenzivní vyhnutí a hypervigilance. Uspokojení ignoruje celý proces rozhodování a dojde ke zkratkovité reakci, kdy využijeme prvního řešení, které se naskytne. U defenzivního vyhnutí dochází k vyhnutí se zodpovědnosti, jedná se o prokrastinaci nebo racionalizaci. Unáhlené rozhodnutí, které učiníme v panice, tím pádem nestihneme zvážit všechny informace a možnosti, nazýváme hypervigilancí. (Baumgartner, 2001)

Např. Carver, Scheier a Weintraub (1989), počítá s určitými individuálními stabilními postupy zvládnání zátěžových situací, které jsou nezávislé na změnách podmínek v čase. Lazarus (1993) pak uvádí, že některé copingové strategie jsou relativně stabilnější než jiné (např snaha vyhledávat sociální oporu ovlivněná sociálním kontextem). Tyto strategie mají tendenci se konzistentně uplatňovat transsituačně, avšak i u těchto strategií je jejich změna někdy nezbytná. Jinými slovy, rozsah užití fixované preference určitých copingových strategií je dle autora limitován závažností změn situačních podmínek, které jsou pro jedince podstatné.

2.8. Teoretické přístupy ke copingu

2.8.1. Dispoziční přístup

Pojem zvládání můžeme chápat jako „*stabilní predispozici reagovat na stres určitým způsobem.*“ (Baumgartner, 2001, s. 199) Na základě toho odborníci předpokládají intraindividuální stabilitu a zároveň interindividuální rozdíly mezi lidmi ve volbě copingových strategií. (Baumgartner, 2001)

Carver, Scheirer a Weintraub (1989) se v oblasti studia copingu snažili definovat různé způsoby, jakými lidé odpovídají na stresovou situaci. Tato studie také umožnila počáteční zkoumání spojitosti mezi dispozičně a situačně podmíněným copingovými tendencemi. Jejich základním předpokladem je, že člověk má v sobě určité stabilní copingové styly a dispozice, se kterými vstupuje do zátěžové situace. K této situaci pak tedy jedinec nepřistupuje z nulového bodu, ale používá preferující a zafixované postupy zvládání, které v něm přetrvávají bez ohledu na měnící se podmínky a čas. Důležitou otázkou ovšem je, jak velká je konzistentnost v používání těchto postupů vzhledem k obrovské různorodosti prožívaných situací.

Carver a Scheirer (1994) se zabývali otázkou vztahu dispozičního copingového stylu a situační copingové strategie. Souhlasí, že coping se v každé konkrétní situaci mění, ale zároveň souhlasí i s názorem, že každý jedinec má dispoziční způsoby zvládání, které situační copingovou strategií ovlivňují. I kdyby jedinec používal neustále stejný způsob vyrovnávání se se stresem, nikdy nemůžeme přesně říci, zda a v jaké míře tento způsob používá v každé fázi stresové transakce.

Výsledky některých studií poukazují na to, že na zvládání mají vliv některé osobnostní rysy. Např. Holahan a Moos (1987) zkoumali vliv osobnostních a kontextuálních determinantů na coping. Sledovali vztah mezi sebeúctou (self-confidence) a volbou copingové strategie a zjistili, že lidé s vyšší úrovní sebeúcty používají více strategie orientované na problém v porovnání s jedinci s nižší úrovní sebeúcty. Zřejmě to souvisí s tím, že lidé s větším sebevědomím dokáží podnikat aktivní kroky k vyřešení problému. Podobně je to u vnitřní a vnější lokalizace kontroly. (Fleishman, 1984) Naopak strategie orientované na emoce využívají lidé s vysokým skórem neuroticizmu. (Carver, Scheirer, Weintraub, 1989) Výzkumem neuroticizmu se také zabývali Gunther, Cohen a Armeli (1999), kteří došli k tomu, že osoby s vysokým skórem neuroticizmu prožívají více interpersonálních stresů a jejich copingové strategie jsou méně adaptivní. Terry (1994) provedl longitudinální studii, kde se zaměřoval na míru vlivu stabilních dispozičních vlivů a situačních vlivů. Došel k předpokladu, že jedinci s interní kontrolou, vysokou sebeúctou a nízkým neuroticismem volí flexibilněji přiměřené copingové strategie vzhledem k podmínkám situace.

2.8.2. Situační přístup

Situační přístup k chápání copingu pokládá dispoziční teorie za chybné a jako určující příčinu chování vidí vliv situace. Představitelé tohoto přístupu tvrdí, že existují určité skupiny stresových situací, které vyvolávají u různých jedinců stejné typy zvládacích postupů. (Baumgartner, 2001)

McCrae (1984) popsal tři typy stresových situací, na které lidé odpovídají rozdílným chováním. Je důležité podotknout, že situace nerozděluje na dané typy podle vnějších kritérií, nýbrž podle subjektivního hodnocení dané situace jedincem. Prvním typem stresové situace je ztráta (loss), kterou může představovat např. rozvod, krádež nebo smrt blízké osoby. Autor ve svých studiích zjistil, že na tento typ lidé většinou reagují spíše pasivními copingovými odpověďmi, jako vírou, fatalismem nebo vyjádřením svých emocí. Víra a fatalismus společně se zbožnými přáními odpovídají možným reakcím jedince na druhý typ stresové situace, kterou je ohrožení (threat). Do takové situace se může jedinec dostat, když např. onemocní, nebo když je nezaměstnaný. Třetím typem stresové situace je výzva (challenge) – např. manželství, začátek studia, narození dítěte apod. Výzva v člověku vyvolává dle autora spíše aktivní a adaptivní odpovědi. Takovými odpověďmi jsou např. pozitivní myšlení, racionální jednání, vytrvalost, zdrženlivost, intelektuální popření, humor apod.

Nejdůležitější situační proměnné, které působí na hodnocení dané situace, jsou stresovost a míra kontrolovatelnosti dané situace. Vlivem situačních proměnných, resp. hodnocením těchto proměnných, se zabývali např. A. A. Stone a J. M. Neale (dle Baumgartner, 2001), kde se autoři zaměřovali na to, zda je situace hodnocena jako kontrolovatelná, neočekávaná, žádoucí, chápána jako výzva nebo ohrožení a na základě toho zjišťovali copingové tendence u jednotlivých proměnných. Na základě jejich studie bylo zjištěno, že pokud je situace vyhodnocena jako velmi ohrožující a stresující, jedinec se snaží situaci zvládnout pomocí copingu zaměřeného na emoce, tj. snaží se zredukovat distresové emoce a vnitřní napětí. Ke stejnému způsobu zvládnání dochází i v situacích, které se zdají být nekontrolovatelné. Naopak pokud se člověk vyrovnává se situací, kde má pocit větší míry kontroly, využívá coping zaměřený na problém. (Baumgartner, 2001)

2.8.3. Interakční přístup

Interakční neboli transakční přístup se snaží překonat jednostrannost dispozičního a situačního přístupu. Jako základ chování považuje interakci osobnosti a situace, z čehož můžeme předpokládat, že „*chování je funkcí nepřetržitého mnohosměrného procesu interakcí osoby a situace.*“ (Baumgartner, 2001, s. 201) Při determinaci výsledného chování hrají na straně osobnosti důležitou roli kognitivní, motivační a emoční faktory. Na straně situace je determinujícím faktorem psychologický význam situace. Opět je tedy zdůrazňováno, že chování neovlivňuje situace jako taková, ale to, jak si jedinec danou situaci vysvětluje, jak jí prožívá a vnímá. (Baumgartner, 2001)

Ruiselová (1994) uvádí přístup Perreza a Reicherts, který se zabývá objektivními a subjektivními psychologickými dimenzemi situace. Mezi objektivně rozpoznatelné charakteristiky stresu patří ztráta (odstranění žádoucí odměny nebo pozitivní operanty) a trest (výskyt averzivní situace). Objektivními dimenzemi situací jsou podle nich:

- valence (přirozená stresovost situace),
- kontrolovatelnost (možnost mít situace pod kontrolou),
- změnitelnost (pravděpodobnost, že se situace změní vlastní dynamikou),
- víceznačnost (situace postrádá nějakou informaci, nemůžeme jednoznačně určit její význam),
- opakovatelnost (pravděpodobnost opakování dané stresové situace).

Opět je dle Ruiselové (1994) velice důležitá subjektivní percepce a hlavně interpretace objektivních dimenzí situace, což také ovlivňuje tzv. familiarita, neboli známost ve významu osobní zkušenosti s danou situací.

2.9. Adaptivní a maladaptivní coping

Koncept adaptace a přizpůsobení představují centrální téma v oblasti efektivnosti copingu. S primární klasifikací chování na adaptivní a maladaptivní přišli autoři Haan a Vaillant (1977, cit. dle Zeidner & Saklofske, 1996). Maladaptivní chování v tomto pojetí představuje nižší úroveň obranného chování, které je rigidní, nevědomé, automatizované a umožňuje uspokojení impulzů skrze „úskokový“ coping (subterfuge coping). Oproti tomu vyšší úroveň představuje adaptivní chování, které je flexibilní, vědomé, účelné, orientované na budoucnost a realitu a umožňující otevřené uspokojení impulzů.

Nelze jednoznačně říci, který coping je tedy efektivní a který naopak není. Některé studie zjišťovaly efektivnost copingu vzhledem k jednomu z nejzákladnějších dělení na coping orientovaný na problém (problem-focused coping), na emoce (emotion-focused coping) a vyhýbavý coping (avoidance coping). Někteří autoři zdůrazňují pozitivní účinek problémově zaměřeného copingu a negativní účinek emočně zaměřeného copingu, zejména v situaci, kterou jedinec může přímo ovlivnit. (Lazarus & Folkman, 1984) Ačkoli emočně zaměřený coping nebo vyhýbání udržují emoční rovnováhu, adaptivní odpověď na stresující situaci vyžaduje strategie zaměřené na řešení problému. Tento aktivní coping je tedy často využíván pro jeho efektivnost v redukci stresu. (Gal & Lazarus, 1975) Pokud se však jedinec dostane do situace, kde původ stresu je neznámý, nebo není možné danou situaci ovlivnit, začnou být využívány strategie zaměřené na emoce či vyhýbání. (Pearlin & Schooler, 1978)

Efektivnost vyhýbání (popírání, útěk v myšlenkách mimo realitu, úmyslné odbíhání pozornosti od problému apod.) je na jedné straně vnímána jako negativní. (Aldwin & Revenson, 1987) Na druhé straně ale např. Suls a Fletcher (1985) uvádí, že kognitivní vyhýbání může být efektivní při zvládání krátkodobých stresorů.

Za adaptivní coping se dnes obecně považuje takový coping, který vede k dlouhodobější redukci napětí. (Baštecká & Goldmann, 2001) Dle některých autorů bývá označován jako ochranný a zahrnuje copingové strategie jako např. cvičení, meditace a vyhledávání sociální opory. (Holton, Barry, & Chaney, 2016) Oproti tomu maladaptivní coping stres nezmiřňuje, naopak může dojít v jeho důsledku k navýšení stresu. (Baštecká & Goldmann, 2001) Za maladaptivní copingové strategie může být považováno např. zneužívání drog či přejídání se. (Holton, Barry, & Chaney, 2016) Navíc je maladaptivní coping spojován s vyšší mírou stresu, a naopak s nižší mírou fyzické i duševní pohody (well-being). (Soderstrom et al., 2000)

Pokud ale půjdeme hlouběji do této tematiky, zjistíme, že nelze obecně definovat, které copingové strategie jsou adaptivní a které maladaptivní. Efektivnost konkrétní copingové strategie závisí, jak již bylo mnohokrát uvedeno – na situačních (povaha stresoru, jeho intenzita a délka působení) a osobnostních faktorech (osobnost celkově, schopnost pracovat se stresem, copingové zdroje apod.). (Zeidner & Saklofske, 1996)

Proto Lazarus (2000) v tomto kontextu mluví o tzv. situačně závislé copingové adaptivnosti, které je založena na individuálním zacházení se stresem a na heuristikách daného jedince. Každý používá tedy individuální coping závislý na specifických situacích. Obecně také dle autora lze říci, že čím častěji (tj. ve více různých situacích) používá jedinec jeden konkrétní coping (označováno jako „high-frequency coping“), tím méně adaptivním se tento proces stává. Takové chování bývá také někdy označováno jako rigidní schéma copingu. (Kramer et al., 2009)

3. Specifika zvládání stresu u bipolární afektivní poruchy

Mnoho studií (např. Lex, Bänzner, & Meyer, 2017) naznačuje, že stres sehrává majoritní roli v počátku a průběhu bipolární afektivní poruchy. Každá nepříznivá životní událost je v tomto pojetí vnímaná jako důležitý faktor přímo ovlivňující průběh daného onemocnění. (Post & Leverich, 2006) Většina pacientů se se stresujícími zkušenostmi velmi pravděpodobně setká, a tak se problematika stresu dostává také do popředí psychosociálních intervencí. (Grassi-Oliveira, Daruy-Filho, & Brietzke, 2010)

V nedávné studii (Streit et al., 2016) byl porovnáván vnímaný stres mezi pacienty s bipolární afektivní poruchou, pacienty se schizofrenií a kontrolní skupinou. Signifikantně vyšší míru vnímaného stresu vykazovali oproti kontrolní skupině obě skupiny pacientů (bipolární i schizofrenní), zároveň byl také statisticky významný rozdíl mezi hospitalizovanými pacienty a pacienty v remisi, kde hospitalizovaní pacienti dosahovali vyšších skóre.

Dle patofyziologického modelu bipolární afektivní poruchy (Kapczinski et al., 2008) copingové schopnosti nemocného mají přímý vliv na modulaci vztahu mezi stresem a recidivou epizod. Grassi-Oliveira, Daruy-Filho a Brietzke (2010) uvádí, že schopnost efektivního copingu závisí na kognitivních funkcích (zejm. exekutivních) a na aktivaci amygdaly. Se zvyšující se alostatickou zátěží (viz kapitola Teorie homeostázy a alostázy) a opakováním epizod dochází k anatomickým a funkčním změnám v oblasti exekutivních funkcí. Na oslabení exekutivních funkcí v důsledku vyšší kvantity prožitých epizod poukázal již např. Tham et al. (1997). Některé výzkumy (např. Lyoo et al., 2004) dokonce mluví o sníženém objemu šedé hmoty v dorzální prefrontální kůře.

V důsledku zmíněného oslabení nejsou pacienti s BAP schopni využít efektivních copingových strategií a jejich zranitelnost vůči stresu se zvyšuje. Dostávají se tedy do začarovaného kruhu, kdy neuropatologické a neuropsychologické abnormality způsobují používání neefektivních copingových mechanismů, které celkově snižují copingové schopnosti, což jim znemožňuje úspěšně zvládat stresové situace. Nezvládnutí stresových situací opět zvyšuje alostatické zatížení jedince a v důsledku toho dochází k dalším anatomickým a funkčním oslabením mozku. (Grassi-Oliveira, Daruy-Filho, & Brietzke, 2010)

Další oslabení v oblasti copingu u bipolárních pacientů představuje nedostatek uvědomování si používaných copingových strategií. Tento nedostatek je způsobený jejich obecně nízkým vhladem do vlastního fungování. (Lam & Wong, 1997)

Coping u bipolární afektivní poruchy představuje důležitý faktor ovlivňující zotavení se z nemoci. (Lam & Wong, 2005) Lam a Wong (1997) uvádí, že to, jaké copingové strategie pacienti využívají ke zvládnutí prodromálních symptomů mánie, má silnou spojitost s jejich fungováním v práci, v oblasti vztahů či v oblasti rodičovství. Za adaptivní copingové strategie v prodromálním

stádiu mánie považují autoři např. snahu omezit excesivní chování, zapojení se do uklidňujících aktivit či návštěvu lékaře. Naopak za maladaptivní coping považují užívání si euforického stavu („being high“), aktivní vyhledávání společnosti, neustále zapojování se do aktivit, utrácení peněz apod. Stejně tak autoři rozdělují copingové strategie při zvládnání prodromálních symptomů deprese. Adaptivními dle autorů jsou např. organizování času, vyhledávání sociální opory a distrakce od negativních myšlenek prostřednictvím nějakých aktivit a maladaptivními naopak zůstávání v posteli, zvýšené užívání předepsané medikace či užívání nepředepsané medikace apod.

Lam, Wong a Sham (2001) zkoumali, jaký typ copingu u prodromálních symptomů bipolární afektivní poruchy predikuje dobré fungování pacienta a menší pravděpodobnost relapsu. Výsledky prokázali, že u pacientů, kteří používali behaviorální copingové strategie (tj. aktivně se snažili modifikovat své chování např. tím, že se snažili redukovat množství činností), došlo k manickému relapsu déle (nebo vůbec) než u pacientů, kteří propadli pokušení zapojit se do co nejvíce aktivit. V prodromálním stádiu deprese byla zjištěna menší pravděpodobnost relapsu u pacientů, kteří se aktivně snažili zapojit do nějaké činnosti, oproti těm, kteří využívali pasivních copingových strategií (např. pití alkoholu, nic nedělání). Vzhledem k těmto zjištěním autoři předpokládají, že vhodnou intervencí pro bipolární pacienty je edukace kognitivních a behaviorálních technik ke zvládnutí prodromálních symptomů.

Coping u bipolární afektivní poruchy byl také sledován v souvislostech s rozdělením tohoto onemocnění na BAP I a BAP II. Byla zjištěna rozdílnost copingových mechanismů během zvládnání prodromálních symptomů mánie/hypománie. Pacienti trpící bipolární afektivní poruchou prvního typu mnohem pravděpodobněji během prodromálního stádia hypománie vyhledali lékařskou pomoc než pacienti trpící poruchou druhého typu. (Parikh et al., 2007)

Nedává studie (Nitzburg et al., 2016) zkoumala vztah mezi copingovými strategiemi, neurokognitivním výkonem a mírou pacientova postižení. Ukázalo se, že častější používání maladaptivního copingu (např. vzdávání se, sebeobviňování) je spojeno s větší mírou postižení, a to i vzhledem k věku a pohlaví. Dále bylo zjištěno, že pouze jedna neurokognitivní oblast (oblast verbálního učení) představuje významný prediktor míry postižení.

Obecně vzato bipolární pacienti v porovnání s kontrolními skupinami vykazují častější používání maladaptivního copingu. Více se u nich vyskytuje katastrofizace, ruminace, sebeobviňování, riskování a naopak méně vyhledávání emocionální podpory. (Nitzburg et al., 2016) Dále např. Fletcher, Parker a Manicavasagar (2013) poukazují u bipolární afektivní poruchy na vyšší výskyt copingu v podobě stahování se a sebeobviňování.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část této práce se zaměřuje na zvládání stresu u jedinců s bipolární afektivní poruchou prvního typu (BAP I) a slouží k hlubšímu a konkrétnějšímu prozkoumání této problematiky. Na aspekty zvládání stresu je zde nahlíženo z perspektivy jedinců s daným onemocněním.

4. Metodologie výzkumu

4.1. Výzkumné cíle

Z výzkumů je patrné, že vnímání stresu a coping se u bipolárních jedinců liší v porovnání se zdravými jedinci. Cílem této části práce je hlouběji prozkoumat a konkrétněji popsat zdroje stresu a copingové strategie (a to včetně nefunkčních copingových strategií) během manické a depresivní fáze BAP I. Smíšená fáze daného onemocnění není samostatně podrobněji zkoumána a uváděna ve výzkumných otázkách, neboť respondenti neuměli zdroje stresu a copingové strategie během této fáze konkrétněji specifikovat a odlišit je od zdrojů stresu a copingových strategií v depresivní a manické fázi.

4.2. Výzkumné otázky

Téma zvládání stresu bylo pro potřeby této práce rozčleněno do pěti základních výzkumných otázek, některé z nich obsahují specifické výzkumné otázky. Výzkumné otázky byly stanoveny následovně:

VO1: Jaké konkrétní zdroje (podněty, situace apod.) vyvolávají u jedinců s BAP I stres v jednotlivých symptomatických fázích dané poruchy?

SVO1: Jaké konkrétní zdroje vyvolávají u jedinců s BAP I stres v depresivní fázi?

SVO2: Jaké konkrétní zdroje vyvolávají u jedinců s BAP I stres v manické fázi?

VO2: Jaké konkrétní copingové strategie používají jedinci s BAP I ke zvládání zdrojů stresu v jednotlivých symptomatických fázích dané poruchy?

SVO3: Jaké konkrétní copingové strategie používají jedinci s BAP I ke zvládání zdrojů stresu v depresivní fázi?

SVO4: Jaké konkrétní copingové strategie používají jedinci s BAP I ke zvládání zdrojů stresu v manické fázi?

VO3: Jaké konkrétní copingové strategie ke zvládání zdrojů stresu jsou pro jedince s BAP I nefunkční a na základě čeho je jako nefunkční vyhodnocují?

VO4: Jaký je přístup jedinců s BAP I k léčbě daného onemocnění?

SV05: Jaký je přístup jedinců s BAP I k farmakoterapii daného onemocnění?

SV06: Jaký je přístup jedinců s BAP I k psychoterapii daného onemocnění?

VO5: Jak se jedinci s BAP I vyrovnávají s diagnózou daného onemocnění?

4.3. Výzkumný design

S ohledem na charakter výzkumného problému se pro tuto práci jeví jako nejvhodnější přístup kvalitativní design. Díky tomuto designu je možné dostat se do hloubky dané problematiky a získat rozsáhlejší a konkrétnější odpovědi než při použití kvantitativního designu. Tuto výhodu zdůrazňuje také např. Hendl (2005, s. 53), který tvrdí, že hlavní předností kvalitativního zkoumání je „získání hloubkového popisu případů. Nezůstáváme na jejich povrchu, provádíme podrobnou komparaci případů“.

Další přednost kvalitativního výzkumu shledává autor v jeho pružnosti. Je totiž možné v průběhu výzkumu, během sběru a analýzy dat modifikovat výzkumné otázky. Díky tomu lze zachytit veliké množství proměnných, které mají na zkoumaný jev vliv. Výzkumník navíc pracuje přímo v terénu, sleduje, jak se zkoumaný jev či jedinec chová v přirozeném prostředí, proč jedná určitým způsobem apod. Na konci zkoumání je vytvořen podrobný popis toho, co výzkumník pozoroval a zaznamenal, snaží se uvést všechny podrobnosti, co by mohli pomoci danou situaci pochopit.

4.4. Specifikace výzkumného souboru

Výzkumný soubor této studie tvořili dospělí jedinci trpící bipolární afektivní poruchou. Diagnóza bipolární afektivní poruchy jako takové nebyla ale dostačující podmínkou. Vzhledem k členění tohoto onemocnění na první (BAP I) a druhý (BAP II) typ bylo nutné pro tento výzkum splnit kritéria BAP I, tj. že respondenti museli prožít alespoň jednu plně vyjádřenou fázi mánie. Dále se jedinci museli momentálně nacházet v remisi, aby jejich výpovědi nebyly zkreslené aktuálním prožíváním depresivní, manické (popř. hypomanické) či smíšené fáze. Tím byla zajištěna základní homogenita respondentů a výzkum se tak mohl ubírat jedním konkrétním směrem.

Vyhledávání jedinců s BAP bylo velice náročné a nepraktické i v případě využití psychiatrických nemocnic jakožto prostředníků pro kontakt s těmito lidmi. Pokud by byl daný jedinec osloven přímo na půdě některé z nemocnic, dost pravděpodobně by se nenacházel v čisté remisi a byla by tím tedy porušena podmínka výběru k výzkumu. Pokud by mi byl poskytnut nemocnicí kontakt na některého z dřívějších pacientů, instituce by tím porušovala základní právo na ochranu osobních údajů a další. Zvolila jsem tedy postup, při kterém jsem dle předem daných podmínek výběru oslovila tyto lidi na sociální síti a s těmi, kteří byli ochotni mi poskytnout informace, jsem si následně sjednala osobní schůzku.

S celkem šesti respondenty bylo provedeno šetření prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru. Nutno podotknout, že dva z nich (Martin a Tomáš – viz tab. 2) byli posléze vyřazeni a rozhovory s nimi nebyly zpracovány a analyzovány. Martin sice u sebe popisoval příznaky téměř shodné s diagnózou bipolární afektivní poruchy, nicméně mu tato diagnóza nebyla nikdy lékařem stanovena a respondent se tedy pouze domníval, že touto nemocí trpí. Jeho domněnka byla založena na tom, že má od psychiatra předepsané stabilizátory nálad. Vzhledem k těmto okolnostem nesplnil respondent podmínky výběru. Tomáš také splňoval příznaky bipolární poruchy, nicméně dané změny nálad byly v jeho případě důsledkem účinku psychoaktivních látek.

Pro tuto práci není nezbytně nutné a etické uvádět všechny deskriptivní údaje o respondentech. Pro jejich úplnou anonymitu jsou změněna i jména. Následující tabulka shrnuje tedy pouze základní údaje účastníků výzkumu.

Respondent	Současný věk	Diagnóza	Věk stanovení diagnózy
Petr	43	BAP I	29
Lenka	21	BAP I	19
Martin	30	Diagnóza BAP nikdy lékařem nestanovena	—
Zuzana	20	BAP I	17
Tomáš	34	BAP I (jako důsledek účinku psychoaktivních látek)	—
Jana	22	BAP I	19

Tab č. 2 – Stručný přehled respondentů.

4.5. Metoda sběru dat

Vzhledem k tomu, že coping u pacientů s BAP nebyl zatím dopodrobna prozkoumán, je vhodné volit méně strukturované metody, které dávají participantům výzkumu větší prostor k vyjádření. Díky tomu pak můžeme objevovat nová témata dané problematiky a zjišťovat souvislosti mezi nimi. V této práci byl využit *polostrukturovaný rozhovor*. Bylo stanoveno několik základních otázek, které sloužily jako schéma pro rozhovor. Toto základní schéma bylo přizpůsobeno konkrétním situacím či tématům, která respondenti sami otevřou.

Základní schéma otázek tohoto výzkumu bylo sestaveno na základě hlavních témat, zdroje stresu a copingové strategie v depresivní a manické fázi BAP I. Otázky byly naformulovány tak, aby dotazovaný měl možnost otevřeně vyprávět a popisovat určité situace a nebyl tak ovlivňován či limitován ze strany výzkumníka. Dotazování pak vypadalo např. takto: „Popište mi, prosím, některou z prožitých depresivních epizod – jak to probíhalo?“, „Dostal/a jste se do nějaké stresující situace?“. Sondážní otázky byly např. tyto: „Můžete mi danou situaci popsat?“, „Co konkrétně se

v dané situaci dělo?“, „Co konkrétně si myslíte, že bylo v dané situaci nejvíce stresující?“, „Jak jste se v dané situaci cítil/a, zachoval/a?“ apod.

Každý rozhovor trval zhruba 35-50 minut. Vzhledem k časové náročnosti kvalitativního výzkumu byly první tři rozhovory provedeny již na konci září 2017, zbylé tři pak v polovině prosince 2017. Po šestém rozhovoru byl výzkum ukončen. Hned na úvod byli všichni respondenti prostřednictvím informovaného souhlasu seznámeni s tím, že za účelem fixace dat bude rozhovor nahráván na diktafon. V následující podkapitole je uvedeno, jak byl audiozáznam zpracováván.

4.6. Metoda zpracování dat

Pro podrobné vyhodnocení získaných dat v rámci kvalitativního postupu je nezbytně nutná transkripce, tj. proces převodu mluveného projevu (z audiozáznamu) do písemné podoby. V této práci byla zvolena technika doslovné transkripce. (Hendl, 2005) Rozhovor nebyl převáděn do spisovného jazyka, nýbrž byl ponechán ve své hovorové formě pro zachování své autenticity. Doslovná transkripce je velice časově náročná, nicméně výhodná. Jsou zachovány všechny výpovědi včetně těch, které by se na počátku zpracování dat zdají jako postradatelné a mimo zkoumané téma, mohou poskytovat důležité informace. Např. když respondent mluví obecně o svém přístupu k farmakoterapii, mohou se zde vyjevit situace, kdy léky využívá jako určitý způsob zvládnání situace.

Po transkripci dat bylo provedeno s využitím programu Atlas.ti otevřené kódování. Během tohoto kódování jsou lokalizovány základní témata v textu a přiřazovány jim označení (kódy). (Hendl, 2005) Po otevřeném kódování nastala fáze tzv. tematického kódování. Uspořádaná data jsou následně popsána pomocí tzv. techniky vyložení karet, která umožňuje srozumitelně převyprávět obsah jednotlivých kategorií. (Švaříček & Šedřová, 2007).

4.7. Etika výzkumu

Jak již zmiňuji výše, z důvodu zachování naprosté anonymity respondentů jsou jejich jména zaměněna na jiná, která nijak neodkazují na dotyčnou osobu a jsou vybrána zcela náhodně. Jakékoliv jiné osobní informace, které sami respondenti zmínili v průběhu rozhovoru, v této práci nejsou uvedeny.

Etiku předloženého výzkumu zajišťuje zejména podepsání tzv. informovaného souhlasu, kde jsou respondenti seznámeni s průběhem výzkumu a s ochranou osobních údajů. Dokument byl respondentům předložen ihned na začátku schůzky. Byl jim věnován dostatečný čas k pročetí a k následnému podepsání. Informovaný souhlas je k dispozici v příloze. Uvádím pouze jeho vzor z důvodu ochrany skutečných jmen respondentů.

Pro zajištění fyzického i psychického pohodlí respondentů si sami mohli zvolit prostředí, ve kterém se chtějí sejit a podělit o svůj příběh. Zároveň jsem každému z nich věnovala dostatek času a emočního bezpečí, zejména pokud během rozhovoru vyvstalo citlivější téma.

5. Podrobná analýza rozhovorů

Následující kapitola podrobně popisuje fázi tematického kódování. Předkládané kategorie se z větší části týkají zvládnání stresu u bipolární afektivní poruchy prvního typu a snaží se tuto problematiku co nejvíce přiblížit ze subjektivního pohledu jedinců s daným onemocněním. Dále se pokusím osvětlit jejich vztah k farmakoterapii, psychoterapii a také proces vyrovnávání se s daným onemocněním, neboť toto téma shledávám v oblasti zvládnání stresu za významné. Následující tabulka shrnuje kódy u jednotlivých respondentů dle zvolených tematických kategorií.

Kategorie	Petr	Lenka	Zuzana	Jana
Stres – depressivní fáze BAP I	<ul style="list-style-type: none"> - neschopnost určit stresor - absence motivace - Anhedonie - domácí povinnosti (nákup, vynášení koše) 	<ul style="list-style-type: none"> - absence motivace - pocity viny - pocit prázdnoty - iritace i oblíbenými činnostmi - osobní kontakt - škola 	<ul style="list-style-type: none"> - absence motivace - banality - osobní kontakt - neúspěch - škola 	<ul style="list-style-type: none"> - absence motivace - Anhedonie - osobní kontakt - škola - hádky rodičů - pomoc od druhých
Stres – manická fáze BAP I	<ul style="list-style-type: none"> - absence stresu - psychotické příznaky 	<ul style="list-style-type: none"> - absence stresu - neschopnost ostatních „držet krok“ - pocit nudy - konflikty s lidmi - nesoustředěnost 	<ul style="list-style-type: none"> - absence stresu - vědomí konečnosti euforického stavu - utěšování druhými 	<ul style="list-style-type: none"> - absence stresu - subjektivní pocit nedostatku udělané práce
Coping – depressivní fáze BAP I	<ul style="list-style-type: none"> - pouze chvilková úleva - čas se synem - péče o kočky - farmakoterapie - psychoterapie 	<ul style="list-style-type: none"> - pouze chvilková úleva - farmakoterapie - psaní s lidmi - psaní příběhů - psaní deníku - alkohol 	<ul style="list-style-type: none"> - farmakoterapie - psychoterapie - psaní s lidmi - psaní deníku - pláč 	<ul style="list-style-type: none"> - psychoterapie - řízení auta - zpívání - sebepoškozování
Coping – manická fáze BAP	<ul style="list-style-type: none"> - nemá potřebu něco zvládat - nakupování - vyhledávání společnosti 	<ul style="list-style-type: none"> - nemá potřebu něco zvládat - nakupování - vyhledávání společnosti - alkohol 	<ul style="list-style-type: none"> - nemá potřebu něco zvládat - nakupování - vyhledávání společnost - alkohol 	<ul style="list-style-type: none"> - nemá potřebu něco zvládat - klidnější aktivity

Nefunkční coping - depresivní fáze BAP I	- hudba - jídlo	- alkohol - hudba	- alkohol	- alkohol - hudba
Přístup k farmakoterapii	- účinnost léků - nutnost užívat léky pravidelně	- účinnost léků - obavy o zdraví - nutnost užívat léky pravidelně	- účinnost léků - nutnost užívat léky pravidelně	- neúčinnost léků - „léky na spaní“ - strach ze suicidálního pokusu prostřednictvím léků
Přístup k psychoterapii	- účinnost - hledání hlubší podstaty svého onemocnění	- nesmyslnost psychoterapie u BAP I	- účinnost - hledání hlubší podstaty svého onemocnění - nutnost vyhovujícího terapeuta	- účinnost - odmítání farmakoterapie
Vyrovňávání se s diagnózou BAP I	- přiznat si problém - psychoedukace - setkávání s lidmi s psychickou poruchou	- přiznat si problém	- přiznat si problém - opakované přiznání si problému - setkávání s lidmi s psychickou poruchou	- psychoedukace

Tab. č. 3 – Přehled kódů u jednotlivých respondentů dle tematických kategorií.

5.1. Stres u BAP I

Prožívání stresu jedinců s BAP I se dle výpovědí zásadně liší vzhledem k aktuální fázi daného onemocnění. Smíšenou epizodu nevyčleňuji jako samostatnou podkapitolu. Respondenti neuměli prožívání stresu v této fázi specifikovat oproti manické či depresivní fázi. Zároveň bylo pro ně těžké konkretizovat, co zapříčiňuje v dané fázi stres. Setkala jsem se pouze s jednou konkrétní výpovědí, kdy prožívání stresu ve smíšené fázi zapříčiňovaly suicidální myšlenky.

„Jsem měla asi dva týdny takový rychlý cyklování. To byla asi jedna z nejšílenějších věcí, co jsem zažila no. Takovej stav, ve kterým si dokážu představit, že by si člověk něco udělal, protože na jednu stranu máš hrozně moc energie, což třeba člověk v depresi mít nemusí a na druhou stranu se člověk cítí strašně prázdně a není mu dobře... Mě to tehdy právě dost děsilo, protože jsem věděla, že nechci, aby to takhle dopadlo, ale dost jsem směřovala k tomu, aby to tak dopadlo.“ (Lenka)

5.1.1. Stres v depresivní fázi BAP I

Při mém dotazování na stres v depresivní fázi začali respondenti popisovat v první řadě příznaky dané fáze (např. pocity viny a prázdnoty, Anhedonie, absence motivace) můžeme tedy usuzovat, že příznaky deprese jsou již samy o sobě pro nemocné stresující záležitostí. Petr u sebe navíc popisuje i neschopnost určit konkrétní stresor v konkrétní situaci.

„No jako ono je to takový, že spíš necítím nic a jako nemyslím si, že by mě něco jako stresovalo nebo tak. Je to spíš takový, že se cítím prázdně a nebejvam do ničeho motivovaná a tak no.“ (Lenka)

„(...) noo, dá se říct, že ten pocit je tak svazující, že člověk ani neví, z čeho je mu špatně. Jo že si to uvědomí až potom, ale nedokážu přesně popsat, co mi v té situaci vadilo...že nedokážu přesně určit, že mi vadil třeba tenhle ubrousek, nebo já nevím“ (Petr)

Obecně se zdá, že během depresivní fáze zažívají jedinci s BAP I zvýšenou vnímavost stresu. Popisují situace, kdy i úplná maličkost a banalita, která by je v remisi nerozhodila, je v depresivní fázi subjektivně prožívána velice špatně.

„No to se liší diametrálně, protože v remisi mě rozhodí to, co rozhodí normálního člověka, ale v depresi mě rozhodí i maličkost. Třeba v normálu mi nevadí, když mi někdo přinese dárek, ale v depresi bych ho s tím poslala do háje.“ (Jana)

Zuzana je během depresivní fáze stresována každým malým neúspěchem (např. nepovedený dort) a Lenka u sebe vnímá averzivní postoj ke všemu, co běžně má ráda, nebo co by ji jinak udělalo radost. Petr v této souvislosti uvádí pouze jako velice náročné během depresivní fáze běžné domácí povinnosti, jako je např. nákup či vynášení koše.

„No jako to bylo, když jsem byla často nešťastná z něčeho úplně banálního, jakože se mi třeba nepovede upíct dort a já si to strašně беру...“ (Zuzana)

„Když jsem měla tyhleto období, tak mě spíš iritovalo všechno, co jsem měla jinak ráda...“ (Lenka)

Postupně jsme se v rozhovoru dopracovali ke konkrétnějším stresujícím situacím, které jedinci s BAP I během deprese prožili. Např. Lenka a Zuzana považují za stresující v depresivní fázi BAP I školu, zejména zkoušky. Jana kromě školy uvádí např. hádky rodičů. Zdá se, že v depresi se jako stresující jeví tedy také ty situace, které jedince zatěžují i v období remise, nicméně intenzita subjektivního prožívání stresu je během depresivní fáze vyšší.

Ve výpovědích všech respondentů bylo zmíněno téma kontaktu s lidmi během depresivní fáze. Jana a Lenka hodnotí kontakt v podobě dopisování, chatování apod. pozitivně, ale osobní kontakt, v případě Jany i telefonování, se jeví jako zatěžující. Jako nejvíce stresující ze strany okolí hodnotí Jana pomáhání.

„(...) ráda jsem si psala i s lidma celkem. To byl tak jedinej kontakt, co jsem snášela v tu dobu.“ (Lenka)

„No to mě stresujou všichni, mě stresuje třeba i jen telefon. Třeba mamka mi řekne, ať zavolám doktorovi nebo tak a já jí prostě řeknu, že ne, že teď prostě nejsem ve stavu, kdy můžu volat.“ (Jana)

„Vadí mi blízcí lidé, protože už čekam, že se mi zase začnou snažit pomáhat – to je to nejhorší!“ (Jana)

Zuzana a Petr naopak vnímají osobní kontakt jako něco, co není stresující, ba co je dokonce uklidňuje a pomáhá jim zvládnout depresivní fázi. Petr v této souvislosti uvedl zejména trávení času se synem.

„Dokázala bys jmenovat něco, co ti opravdu pomáhá během deprese?“ (výzkumnice)

„No řekla bych, že když je se mnou nějakej kamarád nebo tak, ale jako musí mě fakt soustavně uklidňovat. Ale tam jde spíš už o ty nervy toho druhýho člověka, ktorej to musí vydržet fakt dlouho, dokud já si řeknu, že teda fakt nejsem zas tak hroznej člověk.“ (Zuzana)

5.1.2. Stres v manické fázi BAP I

„V mánii je v podstatě všechno příjemný.“ (Petr)

Hned na úvod této podkapitoly uvádím výrok jednoho z respondentů, který téměř vystihuje téma stresu v manické fázi bipolární afektivní poruchy. Z počátečních výpovědí jedinců s BAP I by si člověk mohl snadno utvořit představu o tom, že v mánii stres prakticky nepocítují.

„Všechno ti fakt přijde super, že nic nebude špatný, všechno je naprosto v pořádku, v nejlepším stavu, jak to je.“ (Zuzana)

Takto jednoduché a zobecnitelné to ale není. Pokud vytrváme a necháme respondenty v klidu vzpomínat na prožitá manická období, dopátráme se některých stresujících situací, byť se charakter těchto situací mezi respondenty liší. Lenka uvádí jako stresující pocity nudy, neschopnost ostatních „držet krok“ ve všech aktivitách, nesoustředěnost a konflikty s lidmi.

„Ty mánie byly takový trochu divočejší. U mě se to vždycky projevovalo tím, že jsem neměla tolik chuť dělat věci, který jsem byla zvyklá dělat, jako že už mi přišly nudný ty věci, na který jsem byla zvyklá (...)ty věci, co jsem měla zažitý mě už prostě nebavily. Takže jsem jako chtěla spíš objevovat něco nového a tak.“ (Lenka)

„Napadlo by tě něco, co tě stresuje v mánii?“ (výzkumnice)

„Asi hlavně to, když se mnou někdo nechce držet krok no. Člověk prostě chce dělat hrozně věci a chce, aby ostatní s nim ten krok drželi, ale zároveň to ty lidi nejsou asi moc schopný splnit no.“ (Lenka)

„Tohle bylo fakt takový, že jsem měla hrozně moc myšlenek různýma směrama a nedokázala jsem se prostě soustředit.“ (Lenka)

„Třeba u tý první epizody mě asi nejvíce stresovalo to kolem těch vztahů s lidma no, že jsem měla dost hádek a konfliktů s těma lidma no, tak tam byl asi takovej dost negativní faktor, jak jsem se pořád s někým dohadovala, hlavně s tím přítelem.“ (Lenka)

Jana popisuje jako stresující subjektivní pocit nedostatku udělané práce.

„No mě asi stresuje, že toho udělám málo. Když jsem třeba byla v tý práci, tak jsem jela hodně kusů, a i kvalitně, ale furt jsem měla pocit, že je to málo.“ (Jana)

Dále např. Petr popisoval prožívání stresu v důsledku psychotických příznaků mánie.

„Byl jsem takovej jakoby plnej energie a zároveň i takový nutkavý ne hlasy, to jsem neslyšel, ale nutkavý pocity, že mi chce někdo ublížit, nebo na střeše (...) já se pohyboval mezi zbraněma, tak že chce někdo střílet ze střechy.“ (Petr)

Během rozhovorů jsem se setkala s příkladem, kdy Zuzana uváděla, že jediné, co jí opravdu v poslední době během manických epizod trochu stresuje, je uvědomování si konečnosti tohoto příjemně prožívaného stavu.

„Možná tak to, že ten stav, ve kterým jsem, že skončí – maximálně to no. Ale to až později, to až teď poslední dobou, jinak jsem to neřešila, protože mi bylo dobře.“

5.2. Zvládání stresu u BAP I

Z rozdílnosti vnímání stresu během jednotlivých symptomatických fází bipolární afektivní poruchy vyplývá také rozdílnost copingu vzhledem k těmto fázím. Opět není možné specifikovat coping během smíšené epizody kvůli nedostatku získaných informačně nosných dat.

„Jako ono to bylo podobný jako v těch depresích a mániích no, protože to má od každého trochu.“ (Lenka)

5.2.1. Zvládání stresu během depresivní fáze BAP I

Ve výpovědích můžeme zaznamenat během depresivní fáze BAP I maladaptivní způsoby copingu, jako je např. pláč, vzteklost, zneužívání alkoholu a sebepoškozování.

„Vždycky začnu brečet, chodit po bytě, nadávat a někdy brečím fakt intenzivně.“ (Zuzana)

„No jednu dobu, asi 2 roky, jsem jako docela dost pila, fakt jako třeba 6 dnů v týdnu. A já ani nevím, proč jsem to dělala, protože člověk tak jako doufá, že by se to mohlo zlepšit aspoň jako třeba na ten den, tak nějak dočasně – a hodně lidem to jako pomáhá aspoň na ten jeden den, ale mně to nikdy nepomohlo ani na ten jeden den. Já jsem se vždycky cítila hůř i v ten konkrétní den, kdy jsem se napila. Takže já ani nevím, proč jsem to dělala, ale prostě dělala no.“ (Lenka)

„Poškozuju se, dřív jsem si třeba pálila ruku cigaretou, anebo hodně piju.“ (Jana)

Zároveň zde ale byly také zmiňovány aktivity, kterými se respondenti snaží odpoutat svoji pozornost od daného stavu a přijít na lepší myšlenky. Ve výpovědích Lenky a Zuzany bylo uváděno psaní, a to v podobě deníku, v podobě psaní si s lidmi, nebo také psaní smyšlených příběhů.

„Takový zásadní, co mi asi pomáhalo nejvíc, je psaní. Jako hlavně prostě psaní deníku, že tam si můžu fakt napsat, jak se cítím, co je špatně, co chci, aby bylo jinak, nějaký vzpomínky a tak. Prostě co si zrovna myslím v tu chvíli, co si myslím, nad čím přemýšlím. To mi pomáhalo nejvíc, anebo jsem někdy psala i takový příběhy nebo tak, případně ráda jsem si psala i s lidma.“ (Lenka)

„No možná něco ve stylu, když si vypíšu to na papír, něco jako deník, prostě ty svoje všechny pocity, co všechno mě štve a proč mě to štve a tak. Tak to mi asi dokáže trochu ulehčit.“ (Zuzana)

Dále se např. Petr snaží o distrakci pozornosti prostřednictvím času stráveným se synem, prohlížením starých fotek a vzpomínáním nebo prostřednictvím péče o mazlíčky. Jana využívá k rozptýlení řízení auta a zpívání.

„No teď mi pomáhá strávený čas se synem a třeba kočky. Krmit kočky, čistit jim záchod a česat. Máme dvě kočky.“ (Petr)

„Ale co mi pomáhá je třeba to, že se probírám starýma fotkama. Prostě vzpomínky. Jo zavzpomínat, prohlídnout si fotky.“ (Petr)

„Řízení auta. To fakt, když jsem ve stresu, tak prostě seberu auto, pustím si nahlas písničky a jedu (...) pak mě baví třeba zpívání – zpívám si v autě, u televize, když jsem doma sama.“ (Jana)

Lenkou je ale zdůrazňováno, že uvedenými copingovými strategiemi nedocílí vždy plné úlevy.

„A hlavně tyhle věci nejsou vůbec všemocný, ono to sice trochu pomůže, trochu mi to uleví na chvilku, ale vůbec to není tak, že bych něco udělala a najednou to bylo všechno dobrý.“ (Lenka)

Dalším aktivním způsobem zvládnání, který se v rozhovorech objevoval, bylo vyhledání lékařské pomoci (ať už v podobě psychoterapie či farmakoterapie). Při volbě této copingové strategie sehrává svou roli zkušenost s BAP, zkušenost sám se sebou a přiznání si, že jedinec danou poruchou trpí.

„Člověk neví, jak z kouta ven. Jo že je prostě sevřenej jakoby v koutě a jediný, co ho napadne, je prostě udělat něco jako účinnýho. A tohle (návštěva lékaře, pozn. autorky výzkumu) člověka s psychickým potížením napadne jako první. Jako ten, co má s tím zkušeností, sám se sebou.“ (Petr)

Důležitým faktorem pro volbu copingových strategií je intenzita deprese. Lenka a Petr uvádí, že pokud se nachází v těžké depresi, nemá sílu používat aktivní způsoby zvládnání, i když už třeba ví, co by mu v danou chvíli ulevilo. V takové situaci hodnotí za účinné léky.

„(...) sice jsem věděla, co mi pomáhá, ale ne vždycky jsem na to měla dostatek energie. Třeba v té fakt těžké depresi jsem si řekla, že si napíšu něco do toho deníku, ale napsala jsem pět řádků a byla jsem z toho tak vyčerpaná, že jsem si musela odpočinout.“ (Lenka)

„Ale pak když už se člověk ocitne fakt v těžký depresi, tak už to nejde - jediné léky.“ (Petr)

Ukazuje se, že copingové schopnosti jsou svým způsobem během depresivní fáze oslabeny a jedinci s BAP I nejsou schopni se vypořádávat se stresem stejným způsobem jako během remise.

„Tak v tom normálu to vezmu normálně a snažím se to řešit, protože mam jakoby čistou mysl. Takže, když mi třeba hoří něco ve škole, tak se snažím nějak rozložit třeba hodiny, abych stihla všechno udělat. Ale pak, když mam tu depresi, tak lítám po pokoji sem tam a říkám si, že to určitě nezvládnou.“ (Jana)

Jako nefunkční coping, tj. něco co jim nepomáhá v depresivní fázi, či to dokonce nepříjemné pocity prohlubuje, vnímají respondenti např. užívání alkoholu, jídlo, poslouchání hudby či procházky.

„No jednu dobu, asi 2 roky, jsem jako docela dost pila, fakt jako třeba 6 dnů v týdnu. A já ani nevím, proč jsem to dělala, protože člověk tak jako doufá, že by se to mohlo zlepšit aspoň jako třeba na ten den, tak nějak dočasně, ale mě to nikdy nepomohlo ani na ten jeden den.“ (Lenka)

„No třeba ta hudba no. Jsem doufala, že si jako poslechnu něco, co mam ráda, že mě to hodí do lepší nálady, že si třeba poslechnu něco pozitivního a budu pak pozitivní – tak to úplně jako nefunguje no.“ (Zuzana)

„To jsem zkoušel prostě pouštět si muziku dobrou, dobrý jídlo a nic nepomáhalo.“ (Petr)

„Třeba když si pustím hudbu. Já prostě když jsem smutná, tak si pouštím samý smutný písničky a to mi tu depresi akorát ještě víc prohloubí no.“ (Jana)

„Nebo i takový to, jak lidi vždycky říkaj: „jdi se třeba projít“ nebo tak, tak taky by se nedalo říct, že by mi to úplně pomáhalo. Jako je to spíš takový, že mě to ještě víc vysílí, ale že by mi to pomohlo, to úplně moc ne.“ (Lenka)

5.2.2. Zvládání stresu během manické fáze BAP I

Podkapitola o zvládání stresu během manické fáze bipolární afektivní poruchy je znatelně stručnější, a to z toho důvodu, že jedinci v manické fázi BAP I vnímají minimum stresových situací. V podstatě se vyskytuje minimum stresu, který je potřeba zvládnout.

„V tom je právě podle mě hlavní problém mánií, že člověku je všechno tak nějak jedno a vlastně se s tím nesnaží ani nic dělat. Jako je fakt, že si člověk třeba poničí nějaký věci v životě, ale v tu chvíli to nevnímá, takže tehdy jsem se nesnažila dělat nic moc no. Pak zpětně mě to mrzelo ale mockrát no.“ (Lenka)

Např. Jana se jen krátce zmínila o občasné agresivitě, když se jí něco nepodařilo podle jejích představ.

„No třeba pro příklad jsem v práci lepila krabičky, a když se mi jich pár nepovedlo, tak jsem s nima začala házet a začala jsem být takový agresivní no.“ (Jana)

Je ovšem možné se aspoň krátce věnovat tomu, jak jedinci s BAP I zvládají prodromální symptomy mánie. Je sporné, zda je na místě mluvit o zvládání prodromálních symptomů mánie jako

o copingu, protože jedinci v manické fázi BAP I tyto symptomy prožívají příjemně, nepřekonávají tudíž zátěž, jak tomu ve většině definic copingu je. Nicméně někteří autoři, jako např. Lam a Wong (1997) v této souvislosti o copingu mluví. Z výpovědí Petra, Lenky a Zuzany je patrné, že jsou při zvládnutí prodromálních symptomů téměř vždy používané maladaptivní copingové strategie, tj. užívání si euforického stavu, aktivní vyhledávání společnosti, přehnané nakupování, absence spánku, využívání přemíry energie k nejrůznějším aktivitám apod., nebo i nezvyklé činnosti, jako např. pití aviváže. Dále uvádím konkrétní příklady u jedinců.

„Celej den jsem se cítila, že mam fakt hodně energie, spala jsem fakt jen pár hodin denně, utratila jsem samozřejmě strašně moc peněz, strašně moc jsem chodila na jídlo s kamarádama, poznávala jsem nové lidi a dělala jsem takový blbý věci. Já ani nevím, jak mě to napadlo jo, ale zkoušela jsem i takový bizarní věci jako třeba pít aviváž a tak.“ (Lenka)

„Takže jsem blbnul doma. Přeskládal jsem knihovnu za noc, vytřel 3x po sobě byt, nebo umyl okna a tak jo. A ještě co jsem taky dělal, tak jsem chodil do restaurace, do non stopu a tam jsem mluvil s cizíma lidma“ (Petr)

„Vzpomínám si na jedno léto, kdy se fakt běžně dělo, že jsme šla ale jako fakt neuvěřitelně nakupovat. To byl jako fakt problém, že jsem dostávala výplatu týdně, takže jsem vždycky šla a koupila jsem si hromadu věcí, který jsem fakt k ničemu nepotřebovala. Někdy jsem pak zase snědla dost věcí. Prostě ano, totálně jsem se přejedla.“ (Zuzana)

Z adaptivních copingových strategií v období mánie se během rozhovorů vyskytla pouze jedna, a to konkrétně zapojení klidnějších aktivit do průběhu dne.

„No třeba když mi přijde ta mánie, tak se prostě snažím si dělat pauzy, třeba na cigaretu, nebo se snažím kouknout v klidu na film jo.“ (Jana)

5.3. Přístup jedinců s BAP I k léčbě daného onemocnění

Výše uvádím jako určitou copingovou strategii jedinců s BAP I vyhledávání lékařské pomoci. Ovšem ne všichni respondenti popisovali stejný přístup k léčebným postupům bipolární afektivní poruchy. Následující podkapitoly přibližují odlišnost náhledu na farmakoterapii a psychoterapii.

5.3.1. Farmakoterapie

Během svého zkoumání jsem se setkala s rozdílným nahlížením na farmakoterapii. Na jedné straně Petr, Lenka a Zuzana vnímají farmakoterapii jako pozitivní a přínosnou z důvodu účinnosti. Mírné nedostatky v tomto způsobu léčby shledávají daní respondenti v tom, že je nutné užívat léky

pravidelně a nezapomínat na ně. Dále se u Lenky objevují obavy o své zdraví vzhledem k dlouhodobému užívání farmak.

„Pro mě je to pozitivní, protože vím, že farmakoterapie působí.“ (Petr)

„Já si myslím, že je to hodně dobrý, protože mně to určitě hodně pomohlo. Jako věřím, že ne všem to takhle pomůže, ale určitě pro mě to bylo dost pozitivní, že jsem s tím začala. Vlastně od té doby, pokud beru léky tak, jak mam, tak je všechno v pohodě. Ani jako žádný vedlejší účinky bych neřekla, že bych měla, takže tak.“ (Zuzana)

„Takže mam tak akorát novou zkušenost, že je potřeba brát ty léky fakt pořádně. Jakmile člověk jednou začne, tak pak když začne vynechávat, tak můžou nastat problémy, jak jsem třeba mluvila o tom zkuškovým. Takže teď je pro mě ta léčba hodně důležitá no.“ (Lenka)

„Tak jako není to úplně ideální situace, ale pořád je to lepší, než mít ty příznaky, co jsem měla dřív. Vždycky hold musí člověk vybrat nějakou nejlepší možnost a v tomhle případě je nejlepší možnost asi tohle no. Nevadí mi ani tak to, že několikrát denně si musím něco vzít, spíš bych ráda vysadila časem kvůli zdraví, jakože kvůli játrům a tak.“ (Lenka)

Na druhé straně jsem se setkala i s negativním postojem k farmakoterapii. Jana nevnímá pozitivní efekt, navíc inklinuje k sebepoškozování, takže pokud má prášky při ruce, má strach, že je zneužije k suicidálnímu pokusu.

„Jsem řekla psychiatrovi, že léky nechci, protože za mamkou jsem jezdila na psychiatrii – ležela tam asi měsíc a já jsem viděla, jak tam ty lidi chodí bez duše, jak je ty léky jakoby uspávají a dělaj z nich takovou prázdnou schránku a já jsem se většinou s lékama předávkovávala, takže to u sebe nechci a radši se budu trápit, než být jakoby člověk bez citů. A ty lidi fakt skoro jenom spí, já říkám, že jsou to spíš prášky na spaní jo. Já jako nevím jak ostatním, ale mě to prostě nepomáhá, já to nechci brát, aby ze mě byla ta prázdná schránka.“ (Jana)

5.3.2. Psychoterapie

Ve výpovědích respondentů se objevil pozitivní ale i ambivalentní postoj k tomuto léčebnému postupu. Lenka, která vnímá své onemocnění čistě ve své biologické podstatě a nespojuje si ho s některými ze svých osobních problémů, zaujímá právě onen ambivalentní postoj. Shledává psychoterapii jako nepotřebnou, nicméně nepopírá, že někomu jinému by to mohlo pomoci.

„Já úplně jako nevím, jestli u bipolárky to někam vede jo. Jako u takových těch úzkostných poruch a tak to chápu, ale nevím, jestli u těchto geneticky podmíněných poruch, jako je bipolárka, jestli je to k něčemu no. Jako nikdy jsem to fakt nezkoušela a třeba by to bylo dobrý, ale nevím, co by se tím u mě jako vyřešilo. Myslím, že u mě ta porucha nepramení z nějakých traumat jo, nebo tak něco. Myslím fakt, jak u který diagnózy no – u něčeho to může být lepší než prášky a u něčeho asi úplně ne no.“ (Lenka)

Na druhé straně Petr, Zuzana a Jana, kteří hledají ve svém onemocnění hlubší podstatu, vnímají psychoterapii jako užitečnou, pokud je ovšem zvolen správný terapeut. Nebo pak např. v případě Jany je psychoterapie volena také z důvodu odmítání farmakoterapie.

„Tam jsem chodil třeba třikrát do měsíce, což si myslím, že stačilo. Nebylo potřeba každý den a to pomáhá. Člověk musí se snažit a nechat si i poradit.“ (Petr)

„A teďka zase dost přemýšlím, že bych vyhledala nějakou odbornou pomoc a myslím si, že lepší než psychiatr by bylo si zaplatit nějaký sezení u terapeuta, že mi přijde, že hodně lidí chodí, psychiatrovi, protože jim může předepsat nějaký léky a taky protože je prostě hrazený pojišťovnou. Ale to že si člověk zaplatí nějaký sezení a může tím svoje problémy fakt řešit, tak si myslím, že to psychický zdraví se fakt nedá zaplatit.“ (Zuzana)

„K tomu se stavím velice dobře, hlavně je to člověk, kterému můžu říct všechno, protože vím, že to nepůjde dál a hlavně mi vysvětlit jak fungují ty procesy a prostě už tak nějak poznám, kdy to na mě jde a snažím se s tím něco dělat.“ (Jana)

5.4. Vyrovnávání se s diagnózou BAP I

Ve všech proběhlých rozhovorech samovolně vyplynulo na povrch téma vyrovnávání se se samotnou diagnózou BAP I. Schopnost přiznat si dané onemocnění a problémy s ním spojené se jeví také jako důležité pro jedince preferenci efektivního copingu. Díky tomu je pak možné stresující situace efektivněji zvládat.

„Když si prostě člověk uvědomí, že to fakt má, tak s tím začne nějak pracovat.“ (Lenka)

„Je potřeba normálně realisticky říct, třeba jako u nás doma: „Hele Petře, tohle není řešení, když se teď budeš třeba týden, dva snažit to zvládat lékama, tak to třeba bude lepší.“ (Petr)

Do konfrontace s tímto nelehkým úkolem se jedinci s BAP I většinou dostávají zejména ve chvíli stanovení diagnózy lékařem, kdy může být těžké tuto skutečnost přijmout.

„No bylo to pro mě nečekaný, protože člověk si furt říká: „Jo, tak děje se mi tohle, ale tak to se děje přece každému.“, ale pak jako (...) jako bylo to docela zvláštní si to uvědomit, že to fakt mam. Asi nejtěžší je si to přiznat no.“ (Zuzana)

„Byl jsem z toho špatnej. Říkal jsem si: „Jak je to možný? Já? Takovej normální, odolnej člověk. Dá se říct pracovitej a všechno. Tak proč zrovna já?“ (Petr)

Proces vyrovnávání se s danou diagnózou může být někdy velice zdlouhavý. V období remise se jeví jako obzvlášť těžké pro jedince s BAP si přiznat, že opravdu trpí danou poruchou. Zuzana uvádí, že je nutné si danou skutečnost uvědomovat i opakovaně.

„Právě v době, kdy jsem to neřešila úplně aktivně s nějakou lékařskou pomocí, tak jsem si zas jako začínala říkat: „A dyť mě vlastně ani nic není“ a jako jsou i období, kdy tyhle stavy několik měsíců prostě nemam, neděje se mi nic extra špatnýho nebo dobrýho, ale pak to zase třeba přijde. Takže jde o to si to zase uvědomit, znovu si to přiznat a to je prostě takový těžký no. Takže se to změnilo hodně v tom, že jsem si to teď musela zase přiznat, protože člověk si furt říká: „Ne, já nemám problém“ a najednou si musí říct „Jo, mam tenhle problém“ a začít ho nějak řešit.“ (Zuzana)

V procesu vyrovnávání se s danou diagnózou vnímá Petr a Zuzana jako pozitivní setkávání se s lidmi, kteří trpí stejnou poruchou, popř. poruchou závažnější. Dále k vyrovnání dle Petra a Jany napomáhá psychoedukace, tj. nemocní jsou edukováni ohledně dané poruchy, snaží se porozumět tomu, co se s nimi děje a jaké jsou možnosti léčby.

„Ale tím, jak jsme měli i edukaci v tý léčebně, tak člověk se s tím srovná a jsem jako jeden z mála, kterej o tom dokáže normálně otevřeně mluvit.“ (Petr)

„Když říkáš, že se s tím člověk srovná, co ještě ti k tomu pomohlo?“ (výzkumnice)

„No, bejt mezi lidma, který jsou na tom ještě hůř než já. Mohl jsem si říct, že je to ještě dobrý, že bych na tom mohl být ještě hůř.“ (Petr)

6. Shrnutí výsledků výzkumu

Předkládaná kapitola představuje stručné shrnutí výše uvedených výsledků analýzy rozhovoru. Výsledky jsou soustředěny do pěti hlavních okruhů dle položených výzkumných otázek a pracují s tzv. technikou výkladu karet.

VO1: Jaké konkrétní zdroje (podněty, situace apod.) vyvolávají u jedinců s BAP I stres v jednotlivých symptomatických fázích dané poruchy?

První výzkumná otázka je dále rozčleněna na manickou a depresivní fázi. Smíšená fáze není samostatně uváděna z důvodu neschopnosti respondentů odlišit zdroje stresu v této fázi od zdrojů stresu ve fázi manické a depresivní. Byl specifikován pouze jeden zdroj stresu během smíšené fáze, a to suicidální myšlenky.

SVO1: Jaké konkrétní zdroje vyvolávají u jedinců s BAP I stres v depresivní fázi?

V depresivní fázi bipolární afektivní poruchy prvního typu jsou pro respondenty stresující ty situace, které u nich vyvolávají stres i v remisi (např. hádky rodičů, škola). Odlišnost stresujících situací v depresivní fázi oproti remisi je jedinci sledována v intenzitě prožívaného stresu. Stres je jedinci s BAP I pocíťován i během malých neúspěchů, maličkostí či banalit, kterými by se za normálních okolností nenechali rozhodit (např. nepovedený dort). Můžeme se setkat i s nepříjemným prožíváním činností, které jsou běžně hodnoceny kladně. Dále se jako stresující jeví příznaky deprese jako takové (např. Anhedonie, absence motivace, vůle apod.) Obzvláště stresující je pak pro některé z nich osobní kontakt, a to zejména v podobě pomoci ze strany okolí.

SVO2: Jaké konkrétní zdroje vyvolávají u jedinců s BAP I stres v manické fázi?

V manické fázi bipolární afektivní poruchy prvního typu je pátrání po zdrojích stresu znatelně náročnější. Opravdu málokterý podnět či situace vyvolají v manické fázi BAP I u daného jedince stres. Přesto mohu uvést dle výpovědí respondentů aspoň několik příkladů, kde ale intenzita prožívaného stresu je nižší než v depresivní fázi. Jako stresující či spíš nepříjemné jsou hodnoceny některé důsledky příznaků mánie na běžné fungování jedince. Např. během mánie je jedinec hyperaktivní a v důsledku toho je pro něj velice obtížné se na něco soustředit. Dále je často nepříjemně prožíván pocit nudy, neschopnost ostatních „držet krok“ (ve vykonávání nejrůznějších aktivit), konflikty s lidmi či vědomí konečnosti prožívaného euforického stavu.

VO2: Jaké konkrétní copingové strategie používají jedinci s BAP I ke zvládnání zdrojů stresu v jednotlivých symptomatických fázích dané poruchy?

Druhá výzkumná otázka je opět rozdělena pouze na fázi manickou a depresivní. Ve smíšené epizodě byla opět respondenty popisována pouze podobnost copingových strategií těm, které uváděli u manické a depresivní fáze. Vzhledem k nedostatku informačně nosných dat není tedy možné uvést konkrétní copingové strategie ve smíšené fázi BAP I.

SVO3: Jaké konkrétní copingové strategie používají jedinci s BAP I ke zvládnání zdrojů stresu v depresivní fázi?

V depresivní fázi bipolární afektivní poruchy prvního typu inklinují jedinci k používání maladaptivních copingových strategií, jako je např. pláč, vzteklost, sebepoškozování, zneužívání alkoholu, a to zejména při prožívání deprese vyšší intenzity. Dle výpovědí respondentů jsou ale užívány i aktivní copingové strategie, kterými se snaží stresující situaci nějakým způsobem vyřešit či se snaží odtáhnout svou pozornost od nepříjemného prožívání. K distrakci pozornosti využívají jedinci s BAP I např. zájmy (zpívání, řízení auta, péče o domácí mazlíčky), psaní (deníku, smyšlených příběhů, psaní s kamarády) či trávení času s rodinou. Mezi problémově zaměřené strategie v depresivní fázi patří zejména vyhledání lékařské pomoci, užívání předepsaných farmak, hospitalizace či docházení k psychologovi.

SVO4: Jaké konkrétní copingové strategie používají jedinci s BAP I ke zvládnání zdrojů stresu v manické fázi?

V manické fázi bylo nalezeno minimum konkrétních copingových strategií, protože tato fáze BAP I je daným jedincem prožívána téměř vždy příjemně. Jedna respondentka uvedla v této souvislosti projevy agresivity jako reakci na subjektivně nedostačující výsledek práce. Lam a Wong (1997) považují za coping také zvládnání prodromálních symptomů mánie. V tomto pojetí z rozhovorů vyplývá, že daní jedinci k zvládnutí manických symptomů používají zejména maladaptivní copingové strategie, konkrétně bylo uvedeno např. přehnané nakupování, aktivní vyhledávání společnosti, absence spánku, užívání si euforického stavu a neustálé vykonávání nějaké činnosti. Z adaptivních copingových strategií byla uvedena pouze jedna, a to záměrné vykonávání zklidňující činnosti (pravidelné pauzy během práce na cigaretu či sledování filmu).

VO3: Jaké konkrétní copingové strategie ke zvládnání zdrojů stresu jsou pro jedince s BAP I nefunkční a na základě čeho je jako nefunkční vyhodnocují?

Obecně pro všechny níže uvedené copingové strategie platí, že respondenty byly vyhodnoceny jako nefunkční proto, že po jejich aplikaci nedojde k uvolnění vnímaného stresu a s tím spojené úlevě. Také všechny uváděné příklady platí pro depresivní fázi bipolární afektivní poruchy.

Nejčastěji uváděným konkrétním příkladem nefunkčního copingu bylo užívání alkoholu. Při jeho požití to danému jedinci prožívanou depresi naopak prohloubilo. Dále uváděli jako negativní důsledek averzivní zážitky ve smyslu silné fyzické nevolnosti často způsobené kombinací alkoholu s užívanými farmaky.

Očekávaný pozitivní účinek dle výpovědí neplní ani poslouchání hudby. Jedinci v depresivní fázi BAP I inklinuje k poslouchání smutné hudby, která jeho depresi opět jen prohlubuje.

Pokud se jedinci nacházejí v těžké depresi, vyhodnocují jako nefunkční i většinu běžně používaných copingových strategií, jako např. psaní deníku. Vzhledem k vysoké intenzitě prožívané deprese psaní naopak ještě více vyčerpává a k očekávané úlevě nedochází.

VO4: Jaký je přístup jedinců s BAP I k léčbě daného onemocnění?

Vyhledání lékařské pomoci, dle výpovědí respondentů, slouží jako jejich určitá copingová strategie. Můžeme zde ale nalézt rozdíly v přístupech respondentů k farmakoterapii a psychoterapii.

SV05: Jaký je přístup jedinců s BAP k farmakoterapii daného onemocnění?

Pozitivní přístup k farmakoterapii uvedli tři ze čtyř respondentů. Léky vnímají jako něco účinného a důležitého při snaze o zachování co nejdelšího období remise. Mírný nedostatek shledávají v nutnosti brát léky v pravidelných dávkách a také v pravidelných časových intervalech dle doporučení jejich lékaře. Pokud tak neučiní, účinnost farmak se dle výpovědí znatelně snižuje. Ve výpovědích se také objevují obavy o zdraví v důsledku dlouhodobého užívání léků.

Čtvrtá respondentka přistupuje k farmakoterapii negativně. Nepozorovala u sebe pozitivní efekt léků, proto v tuto chvíli ani žádné neužívá. Farmaka také označuje jako „léky na spaní“. Dle její výpovědi psychofarmaka pacienty psychiatrie uspávají a dělají z nich „prázdnou schránku“. Navíc daná respondentka inklinuje k sebepoškozování a má obavy ze zneužití předepsaných farmak k suicidálnímu pokusu.

SVO6: Jaký je přístup jedinců s BAP k psychoterapii daného onemocnění?

U jedné respondentky, která vnímá své onemocnění čistě ve své biologické podstatě a nespojuje si ho s některými ze svých osobních problémů, chápe psychoterapii jako nepodstatnou či dokonce zbytečnou.

Na druhé straně respondenti hledající ve svém onemocnění hlubší opodstatnění a neztotožňující se čistě s genetickou etiopatogenezí bipolární afektivní poruchy považují psychoterapii za něco vysoce efektivního, ovšem za předpokladu, že najdou vyhovujícího psychoterapeuta. Dokonce pak uvádějí, že jen díky psychoterapii lze vyřešit své „problémy“ související s danou nemocí dlouhodobě.

VO5: Jak se jedinci s BAP I vyrovnávají s diagnózou daného onemocnění?

Vyrovňávání se s diagnózou bipolární afektivní poruchy může být velice zdoluhavý až nekonečný proces. Dle výpovědí respondentů je v tomto ohledu pozitivně hodnocena tzv. psychoedukace. Jedinci s BAP I jsou edukováni ohledně daného onemocnění, je jim vysvětlováno, co bipolární afektivní porucha obnáší, jaké jsou její příznaky, možnosti léčby apod. Díky tomu lépe chápou, co se s nimi děje a je pro ně snadnější se s danou diagnózou vyrovnat.

Dále respondenti uvedli jako velice prospěšné setkávání s lidmi, kteří trpí stejnou poruchou, popř. poruchou závažnější. Mohou díky tomu sdílet své obtíže a uvědomovat si, že na to nejsou sami nebo že na tom jsou někteří lidé i hůř.

7. Diskuze

Cílem praktické části této práce bylo prostřednictvím kvalitativního výzkumu hlouběji a konkrétněji prozkoumat oblast coping u jedinců, kteří trpí bipolární afektivní poruchou prvního typu (BAP I). Na základě výsledků analýzy získaných dat můžeme poukázat na některé shody s již provedenými kvantitativními studiemi, které uvádím v teoretické části práce, např. vyšší vnímavost stresu u bipolárních jedinců v depresivní fázi oproti remisi (Streit et al., 2016) či inklinace k častějšímu používání maladaptivních copingových strategií (Nitzburg et al., 2016). Předkládaný výzkum se také shoduje s názorem, který uvádí např. Svoboda, Češková a Kučerová (2015), kdy přístup jedince s BAP I k farmakoterapii je významným prediktorem případné nonadherence. Dále, ve shodě s Látalovou (2010), z výpovědí vyplývá, že farmakoterapie slouží primárně ke zvládnutí symptomatologie, a to zejména např. v těžkých depresivních fázích daného onemocnění. Psychoterapie slouží zejména k hlubšímu pochopení svého onemocnění a problémů s ním spojených. Vzhledem k povaze a limitům předkládaného výzkumu není ovšem možné dané výsledky takto jednoduše zobecňovat a ani to nebylo jeho cílem.

Limity můžeme shledat již v podstatě kvalitativního výzkumu jako takového. Získávání dat je relativně málo standardizované, hlavním instrumentem je totiž výzkumník sám. Výsledky mohou být snadno ovlivněny jeho osobními preferencemi. Z pozice „člověka“ hodnotím kvalitativní výzkum jako velice záživný a přínosný, z pozice „výzkumníka“ ovšem vnímám právě snadnou ovlivnitelnost respondentů výzkumníkovými jazykovými strukturami. Je velice obtížné držet se roviny čistého jazyka a nepřenášet svá očekávání do rozhovoru.

Další limit tohoto výzkumu jednoznačně představuje nízký počet respondentů. Kvůli časové náročnosti oslovování a domlouvání schůzek s respondenty, dále získávání, transkripce a analyzování dat u kvalitativního designu nebylo možné pracovat s více respondenty. Navíc někteří z nich se po proběhlém rozhovoru ukázali jako nevyhovující vzhledem k podmínkám výzkumného souboru.

Neopomenutelným nedostatkem je také to, že respondenti často nechápali, na co se jich ptám a nedokázali se tedy k dané problematice dostatečně vyjádřit. Právě v této chvíli jsem musela otázku více specifikovat a upřesňovat, kde mohlo dojít k sugesci na základě mých zvolených slov. Dále není možné zaručit, že předkládaný výzkum zachytil opravdu všechny zdroje stresu a všechny používané copingové strategie u respondentů. Výpovědi byly postaveny na tom, na co si daný respondent byl schopný vzpomenout. Snadno tak mohly být nějaké prožité zkušenosti opomenuty. Také nemusely být některé informačně cenné situace zmíněny z důvodu citlivosti jejich povahy.

Cílem předkládaného výzkumu nebylo hledání určitých pravidel či zobecnitelných teorií, nýbrž získání náhledu na to, jak stres a jeho zvládnutí subjektivně vnímají jedinci trpící bipolární afektivní poruchou prvního typu. Uvedená problematika se nachází teprve na počátku svého

zkoumání a patrně by si toto téma zasloužilo pozornost v podobě prozkoumání na větším vzorku populace. Možné navazující výzkumy by mohly hledat např. odpovědi na otázky, zda a jak se liší copingové strategie vzhledem k počtu prožitých jednotlivých symptomatických fází bipolární afektivní poruchy a s tím spojených stresujících situací. Přestože v získaných výpovědích, je tato souvislost pouze nastíněna, výzkum koncentrovaný na toto téma a provedený na větším vzorku osob by mohl hypotézu podpořit.

Závěr

Bakalářská práce nesoucí název Strategie zvládání bipolární afektivní poruchy si kladla za cíl hlouběji analyzovat a popsat konkrétní vnímané zdroje stresu a užívané copingové strategie u jedinců trpících bipolární afektivní poruchou prvního typu (BAP I) během manické a depresivní fáze. Za tímto účelem byla práce rozčleněna na teoretickou a praktickou část. V teoretické části popisují zejména příznaky, příčiny a možnosti léčby bipolární afektivní poruchy, dále shrnutí základních pojmů a teoretických přístupů v oblasti zvládání stresu a na závěr sumarizují specifika copingu vycházející z nedávných kvantitativních studií, které poukazují např. na rozdíly ve zvládání stresu jedinců s BAP, schizofrenií a zdravých jedinců, dále na odlišnost copingu v jednotlivých symptomatických fázích BAP oproti remisi a také rozdílnost copingu vzhledem k typu BAP, tj. BAP I a BAP II.

Praktická část je koncipována jako kvalitativní výzkum. Data byla získávána prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s jedinci trpícími bipolární afektivní poruchou prvního typu. Z rozhovorů byl pořízen audiozáznam, který následně prošel transkripcí. Získaná data byla kódována pomocí programu Atlas.ti. Prostřednictvím techniky vyložení karet byly následně představeny výsledky studie, které jsou tvořeny především odpověďmi na výzkumné otázky.

Shrnutí výsledků představuje, mimo jiné, konkrétní zdroje stresu a copingové strategie během manické a depresivní fáze BAP I. Smíšená epizoda není samostatně vyčleňována kvůli nedostatku získaných dat, respondenti neuměli zdroje stresu a coping obecně specifikovat a odlišit od manické a depresivní fáze. V dané kapitole je poukazováno na jisté shody s kvantitativními studii, jako např. vyšší vnímavost stresu během depresivní fáze oproti remisi (Streit et al., 2016), nebo častější používání maladaptivního copingu oproti adaptivnímu (Nitzburg et al., 2016). Farmakoterapie, na rozdíl od psychoterapie, je dle výpovědí sledována jako účinná při zvládání symptomatologie především při prožívání těžké depresivní fáze BAP I. (Látalová, 2010) Nicméně se můžeme setkat i s nonadherencí medikace, kdy významným prediktorem takového chování je negativní přístup a náhled na užívání farmak. (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2015) Psychoterapie, stejně jako uvádí Látalová (2010), představuje pro jedince s BAP I prostředek k hlubšímu porozumění své nemoci a problémům s ní spojených. Z výsledků je nadále patrné, že pozitivní efekt v procesu vyrovnávání se s diagnózou BAP přináší psychoedukace a setkávání s jedinci, kteří trpí stejnou či horší psychickou poruchou.

Zdroje

- Aldwin, C. M., & Revenson, T. A. (1987). Does Coping Help? A Reexamination of the Relation Between Coping and Mental Health. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 53(2), 337–348.
- Balcar, K. (1991). *Úvod do studia psychologie osobnosti*. Chrudim: Mach.
- Baštecká, B., & Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.
- Baumgartner, F. (2001). Zvládanie stresu – coping. In Slaměník, I., Výrost, J. (Eds.), *Aplikovaná sociální psychologie II* (s. 191-208). Praha: Grada.
- biases in behavioral research: A critical review of the literature and recommended remedies.
- Bourgeois, M. L. & Marneros, A. (2000). The prognosis of bipolar disorders: course and outcome. In Marneros, A., Angst, J. (Eds.), *Bipolar disorder: 100 years after manic-depressive insanity* (s. 405-436). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Cannon, W. B. (1932). *The wisdom of the body*. New York: W.W. Norton & Company, inc.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(1), 184–195.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283.
- Cungi, C., & Šimková, D. (2001). *Jak zvládat stres*. Praha: Portál.
- Fleishman, J. (1984). Personality Characteristics and Coping Patterns. *Journal of Health and Social Behavior*, 25(2), 229–244.
- Frank, E., Swartz, H. A., & Kupfer, D. J. (2000). Interpersonal and social rhythm therapy: managing the chaos of bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, 48(6), 593–604.
- Freudová, A. (2006). *Já a obranné mechanismy*. Praha: Portál.
- Gal, R., & Lazarus, R. S. (1975). The role of activity in anticipating and confronting stressful situations. *Journal Of Human Stress*, 1(4), 4–20.
- Gay, C. (2010). *Bipolární porucha: rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy*. Praha: Portál.
- Goldstein, D. S. (1995). *Stress, catecholamines, and cardiovascular disease*. New York: Oxford University Press.
- Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. (1990). *Manic-Depressive Illnes*. New York: Oxford University Press.
- Grassi-Oliveira, R., Daruy-Filho, L., & Brietzke, E. (2010). New perspectives on coping in bipolar disorder. *Psychology & Neuroscience*, 3(2), 161–165.
- Gunthert, K. C., Cohen, L. H., & Armeli, S. (1999). The role of neuroticism in daily stress and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(5), 1087–1100.

Hammen, C., Ellicott, A., & Gitlin, M. (1992). Stressors and sociotropy/autonomy: A longitudinal study of their relationship to the course of bipolar disorder. *Cognitive Therapy And Research*, 16(4), 409–418.

Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál

Hawkins, K. A., Hofmann, R. E., & Quinlan, D. M. (1997). Cognition, negative symptoms, and diagnosis: a comparison of schizophrenic, bipolar, and control samples. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Psychiatry*, 9, 81-89.

Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.

Himmelhoch, J., & Garfinkel, M. (1986). Sources of lithium resistance in mixed mania. *Psychopharmacology Bulletin*, 22(3), 613–620.

Hladký, A. (1993). *Zdravotní účinky zátěže a stresu*. Praha: Karolinum

Hlastala, S. A., Kotler, J. S., McClellan, J. M., & McCauley, E. A. (2010). Interpersonal and social rhythm therapy for adolescents with bipolar disorder: treatment development and results from an open trial. *Depression And Anxiety*, 27(5), 457–464.

Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(5), 946–955

Holton, M. K., Barry, A. E., & Chaney, J. D. (2016). Employee stress management: An examination of adaptive and maladaptive coping strategies on employee health. *Work*, 53(2), 299–305.

Honzák, R. (1989). *I v nemoci si buď přítelem*. Praha: Avicenum.

Hošek, V. (2003). *Psychologie odolnosti*. Praha: Karolinum.

Cho, Y. (2014). Critiquing research interviews from a CA perspective: Treating interview as social practice. *ARECLS* 11, 35–54.

Isometsa, E. T., Henriksson, M. M., Aro, H.M. & Lönnqvist, J. K. (1994). Suicide in bipolar disorder in Finland. *American Journal of Psychiatry*, 151(7), 1020–1024.

Jameton, A. (1984). *Nursing practice: The ethical issues*. Upper Saddle River: Prentice Hall.

Jameton, A. (1993). Dilemmas of moral distress: Moral responsibility and nursing practice. *AWHONN's Clinical Issues in Perinatal and Women's Health Nursing*, 4(4), 542–551.

Jameton, A. (2013). A reflection on moral distress in nursing together with a current application of the concept. *Journal of Bioethical Inquiry*, 10(3), 297–308.

Johnson, S. L., & Miller, I. (1997). Negative life events and time to recovery from episodes of bipolar disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(3), 449–457.

Johnson, S. L., & Roberts, J. E. (1995). Life events and bipolar disorder: Implications from biological theories. *Psychological Bulletin*, 117(3), 434–449.

- Kapczinski, F., Vieta, E., Andreazza, A. C., Frey, B. N., Gomes, F. A., Tramontina, J., et al. (2008). Allostatic load in bipolar disorder: Implications for pathophysiology and treatment. *Neuroscience*, 32(4), 675–692.
- Kebza, V. (2001). Sociální psychologie zdraví. In J. Výrost, I. Slaměník (Eds.), *Aplikovaná sociální psychologie II* (s. 19-36). Praha: Grada Publishing.
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
- Kraepelin, E. (1921). Manic Depressive Insanity and Paranoia. *Journal Of Nervous & Mental Disease*, 53(4), 350–350.
- Kramer, U., Drapeau, M., Khazaal, Y., & Bodenmann, G. (2009). Coping specificities in bipolar affective disorder: Relations with symptoms and therapeutic alliance. *German Journal Of Psychiatry*, 12(1), 19–25.
- Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Praha: Grada Publishing.
- Křivohlavý, J. (2003). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Lam, D. (2002). A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: Outcome of the first year. *Bipolar Disorders*, 4(1), 104–104.
- Lam, D. H., Bright, J., Jones, S., Hayward, P., Schuck, N., Chisholm, D., & Sham, P. (2000). Cognitive Therapy for Bipolar illness - A pilot study of relapse prevention. *Cognitive Therapy & Research*, 24(5), 503–520.
- Lam, D. H., Wong, G., & Sham, P. (2001). Prodromes, coping strategies and course of illness in bipolar affective disorder - a naturalistic study. *Psychological Medicine*, 31, 1397–1402.
- Lam, D., & Wong, G. (1997). Prodromes, coping strategies, insight and social functioning in bipolar affective disorders. *Psychological Medicine*, 27(5), 1091–1100.
- Lam, D., & Wong, G. (2005). Prodromes, coping strategies and psychological interventions in bipolar disorders. *Clinical Psychology Review*, 25(8), 1028–1042.
- Látalová, K. (2010). *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada.
- Lazarus, R. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review Of Psychology*, 44(1), 1-21.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological Stress and Coping Process*. New York: McGrawHill.
- Lazarus, R. S. (2000). Toward better research on stress and coping. *American Psychologist*, 55(6), 665–673.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress Appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lex, C., Bänzner, E., & Meyer, T. D. (2017). Does stress play a significant role in bipolar disorder? A meta-analysis. *Journal Of Affective Disorders*, 208, 298–308.

- Malkoff-Schwartz, S., Frank, E., Anderson, B., Sherrill, J. T., Siegel, L., Patterson, D., & Kupfer, D. J. (1998). Stressful Life Events and Social Rhythm Disruption in the Onset of Manic and Depressive Bipolar Episodes. *Archives Of General Psychiatry*, 55(8), 702–707.
- Mareš, J. (2017). Morální distres školních psychologů. *Pedagogická orientace*, 27(2), 308–343.
- Marinescu, V., Vrabie, M., Talasman, A., & Vuta, R. (2013). Relationship between cognitive deficits and history of manic episodes, suicide attempts and psychosis in bipolar affective disorder. *European Neuropsychopharmacology*, 23(2), 388–388.
- Mason, J. W. (1975). An historical view of the stress field. *Journal of Human Stress*, 1(2), 22–36.
- Matoušek, O. (2005). *Pracovní stres*. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce.
- Mayerová, M. (1997). *Stres, motivace a výkonnost*. Praha: Grada.
- McCrae, R. R. (1984). Situational determinants of coping responses: Loss, threat, and challenge. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 919–928.
- McCrea, S. M. (2008). Bipolar Disorder and Neurophysiologic mechanism. *Neuropsychiatry Disease and Treatment*, 4(6), 1129–1153.
- McEwen, B. S. (1998). Stress, Adaptation, and Disease: Allostasis and Allostatic Load. *Annals Of The New York Academy Of Sciences*, 840(1), 33–44.
- Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009.* (2008). Praha: Bomton Agency.
- Miklowitz, D. J., Simoneau, T. L., George, E. L., Richards, J. A., Kalbag, A., Suddath, R., & Sachs-Ericsson, N. (2000). Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-Year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biological Psychiatry*, 48(6), 582–592.
- Millová, K. (2012). *Psychologie celoživotního vývoje*. Brno: Host.
- Mokrejš, P. (2006). *Syndrom vyhoření policistů*. Bakalářská práce, Masarykova univerzita, Brno.
- Moncrieff, J. (1995). Lithium revisited. A re-examination of the placebo-controlled trials of lithium prophylaxis in manic-depressive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 167(5), 569–573.
- Nehra, R., Grover, S., Vipyalakshmi, V., & Sharma, S. (2016). Social Cognitive Deficits of Patients with Bipolar Affective Disorder in Remission. *International Journal of Psychology*, 51, 202–202.
- Nitzburg, G. C., Russo, M., Cuesta-Diaz, A., Ospina, L., Shanahan, M., Perez-Rodriguez, M., et al. (2016). Coping strategies and real-world functioning in bipolar disorder. *Journal Of Affective Disorders*, 198, 185–188.
- Novák, T. (2010). Bipolární porucha II – epidemiologie, diagnostika a léčba. *Psychiatrie pro praxi*, 11(1), 7–10.

- O'Rourke, N., Heisel, M. J., Canham, S. L., Sixsmith, A., & Hashimoto, K. (2017) Predictors of suicide ideation among older adults with bipolar disorder. *Plos One*, *12*(11), 1–13.
- Parikh, S. V., Streiner, D., Zaretsky, A., Velyvis, V., Yatham, L., Beaulieu, S., et al. (2007). Coping styles in prodromes of bipolar mania. *Bipolar Disorders*, *9*(6), 589-595.
- Parker, J. D. & Endler, N. S. (1996). Coping and defence: A historical review. In Zeidner, M., Endler, N. S. (Eds.), *Handbook of Coping: Theory, Research, Application* (s. 3-23). New York: John Wiley.
- Pavlovský, P. (2009). Speciální psychiatrie. In Pavlovský a kol., *Soudní psychiatrie a psychologie* (s. 38-99). Praha: Grada.
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal Of Health*, *19*(1), 2–21.
- Pelcák, S. (2013). *Osobnostní nezdolnost a zdraví*. Hradec Králové: Gaudeamus.
- Perry, A., TARRIER, N., MORRIS, R., MCCARTHY, E., & LIMB, K. (1999). Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *British Medical Journal*, *318*(7177), 149–153.
- Piaget, J. (1999). *Psychologie inteligence*. Praha: Portál.
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J. Y., & Podsakoff, N. P. (2003). Common method biases in behavioral research: A critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of Applied Psychology*. *88*(5). 879–903.
- Post, R. M., & Leverich, G. S. (2006). The role of psychosocial stress in the onset and progression of bipolar disorder and its comorbidities: the need for earlier and alternative modes of therapeutic intervention. *Development and Psychopathology*, *18*, 1181–1211.
- Praško, J., Novák, T. & Záleský, R. (2007). KBT bipolární afektivní poruchy. In Praško, J., Možný, P., Šlepecký, M. (Eds.) *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch* (s. 349-397). Praha: Triton.
- Průcha, J. (2004). *Interkulturní psychologie*. Praha: Portál.
- Raboch, J., Pavlovský, P., & Janotová, D. (2012). *Psychiatrie: minimum pro praxi*. Praha: Triton.
- Rubinsztein, J. S., Michael, A., Paykel, E. S., Sahakian, B. J. (2000). Cognitive impairment in remission in bipolar affective disorder. *Psychological Medicine*, *30*, 1025–1036.
- Ruiselová, Z. (1994). Charakteristiky situácie a zvládanie. In Ruiselová, Z., Ficková, E. (Eds.), *Poznávanie a zvládanie záťažových situácií I* (s. 3-16). Bratislava: ÚEP SAV.
- Selye, H. (1966). *Život a stres*. Bratislava: SPN.
- Schreiber, V. (1992). *Lidský stres*. Praha: Academia.
- Soderstrom, M., Dolbier, C., Leiferman, J., & Steinhardt, M. (2000). The relationship of hardiness, coping strategies, and perceived stress to symptoms of illness. *Journal of Behavioral Medicine*, *23*(3), 311–328.

- Speisman, J. C., Lazarus, R. S., Mordkoff, A., & Davison, L. (1964). Experimental reduction of stress based on ego-defense theory. *The Journal of Abnormal And Social Psychology*, 68(4), 367–380.
- Sterling, P., & Eyer, J. (1988). Allostasis: A new paradigm to explain arousal pathology. In Fisher, S., & Reason, J., (Eds.) *Handbook of Life Stress, Cognition and Health* (s. 629-649). New York: Wiley.
- Svoboda, M., Češková, E., & Kučerová, H. (2012). *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál.
- Svoboda, M., Češková, E., & Kučerová, H. (2015). *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál.
- Švaříček, R. & Šedřová, K. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.
- Švec, V., Nehyba, J., Svojanovský, P., Lawley, J., Šíp, R., Minaříková, E., et al. (2016). *Studenti učitelství mezi tacitními a explicitními znalostmi*. Brno: Masarykova univerzita.
- Terry, D. J. (1994). Determinants of coping: The role of stable and situational factors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(5), 895–910.
- Tondo, L., Pompili, M., Forte, A., & Baldessarini, R. J. (2016). Suicide attempts in bipolar disorders: comprehensive review of 101 reports. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 133(3), 174–186.
- Ulrichová, M. (2012). *Člověk, stres a osobnostní předpoklady: souvislost osobnostních rysů a odolnosti vůči stresu*. Ústí nad Orlicí: Oftis ve spolupráci s Pedagogickou fakultou Univerzity Hradec Králové.
- Vašina, L., Strnadová, V. (1998). *Psychologie osobnosti I*. Hradec Králové: Gaudeamus.
- Wortman, C. B., Loftus, E. F., & Marshall, M. E. (1992). *Psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Zeidner, M. & Saklofske, D. (1996). Adaptive and Maladaptive Coping. In Zeidner, M., Endler, N. S. (Eds.), *Handbook of Coping: Theory, Research, Application* (s.505-531). New York: John Wiley.

Seznam tabulek

<i>Tab č. 1 – Charakteristiky obranných a zvládacích reakcí dle Čápa a Mareše (2007, s. 532).</i>	<i>36</i>
<i>Tab č. 2 – Stručný přehled respondentů.</i>	<i>47</i>
<i>Tab č. 3 – Přehled kódů u jednotlivých respondentů dle tematických kategorií.</i>	<i>51</i>

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Vzor informovaného souhlasu

Informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru a dalších informací pro bakalářskou práci

Držitelka souhlasu:

Barbora Šmídová

(e-mail: Smidova.Ba@seznam.cz)

Předmět výzkumu a provedení:

Výzkum je prováděn v rámci zpracování bakalářské práce na katedře pedagogiky a psychologie Pedagogické fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Tématem bakalářské práce jsou „Strategie zvládnání bipolární afektivní poruchy“. Výzkum se tedy zaměřuje na zdroje stresu a konkrétní copingové strategie v jednotlivých symptomatických fázích bipolární afektivní poruchy, tj. během manické, depresivní či smíšené epizody. Výzkum proběhne ve formě hloubkových rozhovorů. Z rozhovorů bude pořízen audiozáznam, který následně poslouží pouze k doslovnému přepisu a nebude nikomu jinému k dispozici. Daný přepis pak bude anonymizován a tím bude zaručena ochrana a neidentifikovatelnost respondentů i osob zmíněných během rozhovoru.

Prohlášení:

- Rozumím výše uvedenému textu a souhlasím s veškerým jeho obsahem.
- Souhlasím s poskytnutím rozhovoru a souvisejících informací.
- Byly mi zodpovězeny všechny mé případné dotazy ohledně prováděného výzkumu.
- Jsem srozuměn/a s tím, že obsahem rozhovoru mohou být i osobní a citlivá témata.
- Jsem srozuměn/a, že mohu kdykoli zrušit mou účast v tomto výzkumu, a to bez udání důvodu.

Jméno a příjmení respondenta:

Datum:

Podpis respondenta: