

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Klára Milfaitová

**Copingové strategie u pacientů s bipolární poruchou v závislosti
na působení stresu a jednotlivých stresových událostech**

**Coping Strategies in Bipolar Disorder Patients on the Effects of
Stress and Stressful Events**

Praha 2021

Vedoucí práce: Mgr. Michaela Matušková

Poděkování

Především velice děkuji vedoucí práce, Mgr. Michaela Matuškové, za vlídný přístup, podporu a mnoho podnětných poznámek ohledně daného tématu. Dále chci poděkovat své rodině a přátelům za pevné nervy a Elišce za nikdy nekončící trpělivé konzultace.

Prohlášení

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

V Praze dne 10.05.2021


.....
Klára Milfaitová

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zaměřuje na tematiku stresu, jednotlivých stresových událostí a jejich frekvence a tematiku copingových strategií v životě pacientů s diagnózou bipolární poruchy. V rámci teoretické části práce je definován tento typ onemocnění a dále je popsán stres a jeho specifické působení na pacienty s touto diagnózou. Rovněž jsou popsány typy stresorů, jež mohou na pacienty působit. Druhé těžiště teoretické části spočívá v copingu a jednotlivých copingových strategiích.

Návrh výzkumného projektu se zabývá možným propojením konceptů copingových strategií, jednotlivých stresových událostí a působení stresu u osob s bipolární poruchou pomocí dotazníků SVF-78 a SRRS. Rovněž se jedná o ověření vybraných poznatků, které jsou popsány v teoretické části.

Klíčová slova

Stres, Stresory, Copingové strategie, Bipolární porucha

Abstract

This thesis is focused on stress, individual stress events and its frequency and coping strategies in lives of patients diagnosed with bipolar disorder. The theoretical part of thesis defines this type of disease, stress and its further effects on patients with this diagnosis. The following part describes the types of stressors that may affect patients. The second key part of this thesis is about coping and individual coping strategies.

The design of research project deals with the possible connection of the concepts of coping strategies, individual stress events and stress effect in people with bipolar disorder using SVF-78 and SRRS questionnaires. It is also about a verification of selected findings which are described in the theoretical part.

Keywords

Stress, Stressors, Coping strategies, Bipolar disorder

Obsah

Úvod	7
Literárně přehledová část	8
1. Bipolární afektivní porucha	8
1.1. Diagnostická klasifikace dle MKN-10 a DSM-5	8
1.2. Klinický obraz	10
2. Stres	13
2.1. Teoretické ukotvení	14
2.2. Působení stresu na pacienty s bipolární poruchou	16
2.3. Stresory	21
2.3.1. Klasifikace stresorů a jednotlivých životních událostí	22
3. Coping	26
3.1. Druhy copingových strategií	28
3.2. Coping u pacientů s bipolární poruchou	30
Návrh výzkumného projektu	33
4. Výzkumný problém, cíle výzkumu, hypotézy a výzkumné otázky	33
5. Design výzkumného projektu	35
5.1. Typ výzkumu	35
5.2. Metody získávání dat	36
5.3. Metody zpracování a analýzy dat	38
5.4. Etika výzkumu	39
6. Výzkumný soubor	39
7. Diskuse	41
Závěr	43
Seznam použité literatury	44
Seznam zkratk	50

Úvod

Bipolární porucha spadající do spektra afektivních onemocnění představuje velmi dynamickou a obtížně uchopitelnou diagnózu. Problematika tkví především v proměnlivosti, nestabilitě, individualitě, či riziku nesprávné diferenciatní diagnostiky. Často je přirovnávána k životu na houpačce, který má metaforicky vyjádřit právě její nestálost a v České republice je častější než cukrovka prvního typu.

I přesto, že přesný mechanismus vzniku bipolární poruchy není mezi odbornou veřejností prozatím známý, hovoří se o velmi vysokém vlivu genetické predispozice. I přesto se však jedná o interakci genetických a psychosociálních faktorů, jejichž vzájemné působení na organismus vede k rozvinutí, či nerozvinutí nemoci (Rowland & Marwana, 2018). I člověk s vrozenou, či získanou predispozicí nemusí bipolární poruchou onemocnět. Jako důležitý prediktor je považován stres a vliv stresových životních událostí, které mohou svým působením na jedince ovlivňovat adaptaci na psychickou zátěž a podporovat tak biochemické mozkové změny, které mohou později vyústit v projev onemocnění. Působení stresu a zatěžujících životních událostí může rovněž ovlivňovat nejen počátek, ale i průběh onemocnění.

V rámci této práce je mým cílem se zaměřit právě na tyto faktory, konkrétně stres, stresory a jednotlivé stresové události, a jejich působení na pacienty s diagnózou bipolární poruchy. Za důležité rovněž považuji, jakým způsobem se pacienti s přicházejícími stresory vyrovnávají, tudíž druhým těžištěm práce budou copingové strategie. Volba strategií, je klíčová ve zvládnutí potenciálně ohrožujících stresorů a je velmi důležitá pro úspěšné či neúspěšné zvládnutí události, se kterými se jedinec setká. Výsledné zpracování poté působí na výskyt či absenci stresu a jeho vliv na jednotlivé epizody onemocnění.

Větší porozumění interakci *stresor – coping – stres – diagnóza bipolární poruchy*, považuji za velmi důležité a klíčové pro rozšíření poznatků a následující intervence a způsoby léčby. Cílem práce je tudíž popsání výše zmíněných konceptů a jejich následné propojení ve výzkumné části.

V práci je citováno podle normy APA (American Psychological Association, 2020).

Literárně přehledová část

1. Bipolární afektivní porucha

Bipolárně afektivní porucha, dříve označovaná jako maniodepresivní psychóza je chronické rekurentní psychické onemocnění spadající do kategorie afektivních poruch, poruch nálady. Pro toto duševní onemocnění jsou příznačné chorobné změny nálad, které neodpovídají současné objektivní situaci a realitě, v níž se jedinec nachází (Orel, 2020). Patologická nálada má rovněž vliv na změny aktivity, jednání, uvažování, adaptaci či spánek. Postižena rovněž může být i kognice, především exekutivní funkce, reakční tempo, případně vizuální a verbální paměť (Lima et al., 2017). Charakteristické je zde střídání epizod mánie, hypománie a deprese, případně epizod smíšených. Jedná se o třetí nejčastější duševní poruchu, jíž trpí stejně často muži i ženy a postihuje více než 1 % světové populace (Vieta et al., 2018). Prevalence onemocnění aktuálně stoupá v rozvinutějších zemích, což může být způsobeno jemnější diagnostikou, destigmatizací, či změnami prostředí. Evropské výzkumy prevalence hovoří o početním zastoupení 1-2 %, studie ze Spojených států zmiňují čísla ještě o něco vyšší (Rowland & Marwaha, 2018). Tyto rozdíly mohou být rovněž způsobeny nuancemi v diagnostických manuálech, které budou odlišeny v následující podkapitole.

1.1. Diagnostická klasifikace dle MKN-10 a DSM-5

K diagnóze bipolární afektivní poruchy lze přistupovat z pohledu evropské Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN), případně dle amerického Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch (dále jen DSM). Tento manuál je podrobnější než MKN a v České republice je rovněž využíván ke zpřesnění stanovené diagnózy (srov. MKN-10, 2020 a DSM-5, 2013). Dichotomické vnímání poruch nálady, jež bylo v 60. letech minulého století zařazeno do klinické praxe přineslo jasné dělení na unipolární a bipolární psychické poruchy. I přesto, že je tento koncept všeobecně přijímán a promítl se do klasifikačních systémů, určité dělení je stále odlišné napříč manuály i přístupy a existují názory, jež se snaží na poruchy nálady opět nahlížet jako na kontinuum, na jejímž spektru leží jednotlivé poruchy (Novák, 2010). V současnosti můžeme pozorovat snahy o podrobnější vymezení a konkretizování symptomů, vzhledem ke skutečnosti, že až 40 % pacientů nebývá správně diagnostikováno. Nejčastěji bývá bipolárně afektivní porucha zaměňována s unipolární depresí, schizofrenií, ale i emočně nestabilní poruchou osobnosti

(Angst et al., 2011; Murru et al., 2015). Konkretizace a jasné vymezení je proto klíčové pro včasné a správné rozpoznání onemocnění i následnou léčbu. Pro účely této práce a správné definování onemocnění považuji za důležité uvést výčet klinických jednotek, hlavní rozdíly a pohledy obou diagnostických manuálů.

MKN-10 řadí bipolární poruchu mezi afektivní poruchy, poruchy nálady, jež v klasifikaci najdeme pod označením F31. Dále je rozčleněna na další podskupiny reflektující přesnější stav onemocnění jako je přítomnost či nepřítomnost psychotických symptomů, současná epizoda a hloubka deprese. Konkrétní klinické jednotky je možné vyhledat v současném vydání manuálu (MKN-10, 2020). V příštím roce by rovněž měla vstoupit v platnost připravovaná jedenáctá verze mezinárodní klasifikace a přinést tak změny pro diagnostiku v evropském prostředí. Hlavním a velmi pozitivním bodem je harmonizace mezi MKN-11 a DSM-5, kdy nejspíše nejsilnějším pojítkem bude nově rozdělení na bipolární poruchu prvního a druhého typu, jež v současné verzi manuálu úplně chybělo a bylo přítomno pouze v DSM-5. K diagnostice poruchy prvního typu bude nutná alespoň jedna minulá, případně současná manická, či smíšená epizoda. U poruchy druhého typu je nutná přítomnost alespoň jedné hypomanické a depresivní epizody (Angst et al., 2020). Nová verze například uvolní striktní diagnostická kritéria a ponechá větší volnost a prostor pro klinické posouzení. Nově nebude nutné tabulkově přesně splňovat počet symptomů, aby mohla být diagnostikována afektivní epizoda, vyjma deprese, a pravidla se rovněž rozvolní u minimální délky trvání hypomanických epizod. Změna nastane také ve vyřazení samostatně se vyskytující hypomanické fáze, manické fáze, smíšené epizody a rekurentních hypomanických epizod bez výskytu deprese, které již nadále nebudou považovány za samostatné diagnostické jednotky (Severus & Bauer, 2020).

DSM-5 dělí poruchy bipolárního spektra na bipolární poruchu I. a bipolární poruchu II. Jak bylo již zmíněno výše, oba manuály se více sjednotí s příchodem jedenácté revize MKN, avšak i tak mezi nimi zůstanou určité nuance, jako je například výskyt smíšených epizod, s kterými DSM nepracuje (DSM-5, 2013). Bipolární porucha prvního typu je dle DSM podmíněna výskytem alespoň jedné manické fáze. Až 5 % pacientů s poruchou tohoto typu zažijí během svého života pouze máni. Depresivní i hypomanické fáze se mohou vyskytnout rovněž, avšak pro diagnostiku je klíčový výskyt právě fáze manické. Bipolární porucha druhého typu je charakteristická střídáním fází hypománie a deprese, s převahou depresivních epizod. U tohoto typu je větší riziko chybné diagnostiky a záměny s unipolární depresí, vzhledem k převaze depresivních epizod a mírnějšímu průběhu hypomanických fází

(Vieta et al., 2018). Pacienti druhého typu se s onemocněním časově potýkají v průměru o 42 % déle než pacienti prvního typu. Agitovanost, psychotické příznaky v počátcích depresivních epizod, psychiatrická komorbidita a rovněž diagnóza bipolární poruchy II., se ukazují jako prediktor většího počtu depresivních fází (Serra et al., 2020). Rozdílně se manuál rovněž dívá na samostatný výskyt manické fáze. MKN charakterizuje bipolární poruchu střídáním nejméně dvou fází, načež DSM již první mánii řadí k diagnóze bipolární poruchy.

1.2. Klinický obraz

Bipolární afektivní porucha je příznačná střídáním depresivních, hypomanických a manických epizod se stavy remise. Dle MKN je průměrná doba trvání depresivní fáze šest měsíců, u manické epizody jsou to v průměru měsíce čtyři (MKN-10, 2020). Také se může objevit smíšená epizoda, která je charakteristická smíšenými, či rychleji se střídajícími manickými, hypomanickými a depresivními příznaky (Muneer, 2017). K rozvoji onemocnění nejčastěji dochází v časnějších dvacátých letech života. Příznaky se mohou objevit i dříve, ale zde narážíme na problematiku doby mezi rozvojem onemocnění a stanovení diagnózy. Průměrně se první epizoda vyskytuje mezi 20-30 lety (Rowland & Marwaha, 2018). Obecně však platí, že ve většině případů dojde k projevům nemoci do 35. roku života. Vzhledem k obecné heterogenitě onemocnění je možný i výskyt v mladším, či starším věku. Je však malé zastoupení výzkumníků, kteří by se věnovali problematice bipolární poruchy v dětském věku, především z důvodů aktuálně probíhajícího vývojového procesu, a tudíž obtížné uchopitelnosti symptomatologie, zahrnující převážně výkyvy nálad, jež jsou u dětské populace relativně běžné. Naopak pokud se první fáze onemocnění objevuje po 60. roku života, je pravděpodobnější, že příznaky budou mít organický původ jako je například mozkový tumor (Látalová, 2010).

Bipolární afektivní porucha je vysoce heterogenní psychické onemocnění. První epizoda bývá nejčastěji depresivní, ať už u mužů, či žen (Svoboda et al., 2015). Výzkumy českých pacientů uvádí statistiky, kdy na jednu manickou fázi připadají dvě fáze depresivní. Vyšší počet depresivních epizod obecně, se potvrzuje i v zahraničních studiích. Stejně tak je individuální nejen výskyt první epizody, ale i rychlost cyklace, relapsy, či výskyt, případně absence remisí (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015; Gay, 2010).

Manická epizoda

Mezi základní příznaky mánie patří porucha nálady. Jedinec nacházející se v této epizodě se může cítit expanzivně, energicky a plný sil. Může být však přítomna i vyšší iritabilita, či agrese. Pacienti se cítí velmi dobře jak fyzicky, tak duševně. Jejich nálada však není přiměřená situaci, ani osobnostním zvyklostem v běžném fungování (Aldinger & Schulze, 2017). Manické symptomy je možné rozdělit do čtyř hlavních subdimenzí. Patří sem hyperaktivní kognice, euforická aktivace, iritabilita a bezohledné sebevědomí (Ruggero et al., 2014). Charakteristickým projevem je popírání nemoci a přisuzování excitované nálady osobnostním charakteristikám. V manické epizodě rovněž často dochází k vysazování medikace v závislosti na popírání onemocnění a pocitu neohrožitelnosti. Manická fáze je spojena se sníženou potřebou spánku, konzumací jídla i tekutin. Naopak se zvyšuje sklon k nepřiměřené spotřebě alkoholu, či jiných látek. Pacienti mohou jednat ukvapeně, pouští se do spousty nových projektů, navazují nové kontakty nebo například nosí výrazné, barevné oblečení (Vágnerová, 2012).

V MKN najdeme rozdělení mánie na manickou epizodu bez psychotických příznaků (F30.1) a manickou epizodu s psychotickými příznaky (F30.2). Nejčastějšími psychotickými příznaky u F30.2 jsou bludy (například erotomanické, či velikášské). Dále se mohou vyskytovat halucinace, nejčastěji sluchové (MKN-10, 2020). Na základě nadměrné excitace se pacient může dostat do vážných problémů, a to nejen na úrovni organismu v důsledku nedostatku spánku a základních sytících potřeb, ale i v sociální a ekonomické sféře (Barlow et al., 2018).

Hypomanická epizoda

Hypománie je mírnější stav manické epizody, pro který jsou charakteristické veškeré příznaky mánie, avšak s nižší intenzitou a menšími biologicko-psychosociálními dopady na život pacienta (Swartz & Suppes, 2019). Epizoda má obvykle rychlý, náhlý počátek a nepřilíš dlouhé trvání. Diagnostikována může být nejméně od čtvrtého dne trvání a obvykle odeznívá do jednoho týdne. Výjimečně může trvat několik týdnů, případně měsíců. Vzhledem ke skutečnosti, že je pacientům stav, ve kterém se nachází povětšinou příjemný, nemají potřebu vyhledat pomoc odborníka. Je však nutno poznamenat, že hypomanická epizoda může být prodromálním syndromem mánie, především u dlouhodobě léčených pacientů, a včasné odhalení a farmakologická intervence by mohla zabránit přechodu do stavu manického (Barlow et al., 2018; Goodwin, 2018).

Depresivní epizoda

Depresivní epizody se v rámci onemocnění bipolární afektivní poruchou vyskytují nejfrekventovaněji a pacient stráví v depresi až třikrát delší čas než v manické epizodě (Svoboda et al., 2015). Mezi hlavní příznaky depresivní fáze patří pokles energie, snížená sebedůvěra, hypersomnie, smutná nálada, pocit bezmoci, beznaděje a sociální distance. Chybí motivace, a naopak přichází anhedonie a lhostejnost k dříve pozitivně vnímaným aktivitám, či životu obecně (Vieta et al., 2018). Deprese má rovněž vliv na kognici a psychomotorické tempo, což se může projevit například v nesoustředěnosti, zhoršením schopnosti koncentrace, zhoršením paměti, či pomalejším tempem myšlení a rozhodování (Bora & Özerdem, 2017). Pro možnost diagnostiky by příznaky měly trvat minimálně dva týdny. Velkým rizikem jsou suicidální myšlenky, které pro pacienty představují formu úniku z bezvýchodné životní situace, či sebe-trestu. Strakowski (2014) zmiňuje, že největší riziko dokonaných sebevražedných pokusů se nachází mezi pátým, až desátým rokem onemocnění. Kuberberg et al. (2021) poukázali na to, že aktivní myšlenky na sebevraždu v tomto typu epizody, jsou predikovány výskytem psychotických symptomů.

Smíšená epizoda

Smíšená epizoda může vznikat při přesmyku neboli přechodu z jedné epizody do druhé, anebo stojí sama o sobě a představuje stádium, ve kterém dochází k průniku výše zmíněných fází, a tudíž i symptomů. V takovém případě se symptomy mohou střídát v rámci hodin, či dnů. Ukazuje se, že pacienti, kteří trpí na smíšené epizody mají závažnější průběh onemocnění a vyšší komorbiditu. K diagnostice se přistupuje, pokud fáze trvá minimálně dva týdny (Solé et al., 2016).

Remise

Remisí rozumíme bezpříznakové období, jež může nabývat trvání od měsíců, až po několik let. Předpokládá se stabilizovaná nálada pacienta a schopnost přiměřeného fungování v běžném životě. Je však možný výskyt reziduálních příznaků a pacienti jsou v tomto období více vulnerabilní vůči stresu (Craighead et al., 2013). Zároveň je však nutné zmínit, že i přesto, že je dnešní psychiatrií využíváno rozdělení na jednotlivé epizody, objevují se i názory hovořící o určitém „slévání hranic“. Například MUDr. Filip Španiel z Národního ústavu duševního zdraví hovoří o prostupnosti jednotlivých epizod a určitém splývání, kdy jedna epizoda prostupuje postupně druhou. Zde by se nabízela otázka, zda vůbec existuje fáze remise (a pomyslného odpočinku) jako taková, nebo zda pacienti žijí v neustálé tenzi a pod tíží dané diagnózy (Španiel, 2021).

2. Stres

Problematika stresu se stala nedílnou součástí dnešní společnosti a zájem laické i vědecké populace vzhledem k propojenosti s každodenním životem pochopitelně roste. Samotný pojem v doslovném překladu z latinského „stringere“, neboli „být napjatý“, symbolizuje určitou elasticitu a pružnost. Stres si můžeme představit jako tenzi, jež vzniká na popud určité síly, která působí na organismus a narušuje ekvilibrium (Lovallo, 2016). Metaforické přirovnání spojené s elasticitou je možno chápat například v souvislosti s intenzitou a délkou působících stresorů, a specifické odpovědi organismu v závislosti na individuálních proměnlivých faktorech, které moderují sílu vlivu, potažmo případného poškození (Kebza, 2005). Stres je v literatuře skloňován především dvěma způsoby. V závislosti na události, které je jedinec vystaven a která mu způsobuje tenzi, a v závislosti na odpovědi jedince na samotnou událost. Oba přístupy jsou poté vztahovány na vztah stresu a zdraví (Harkness & Hayden, 2020).

Termín „stres“ se začal využívat přibližně na přelomu 14. a 15. století, kdy se jednalo o vyjádření strastí, trápení, či nepřízně osudu. Význam a chápání slova se v průběhu let měnilo a například Kebza (2005) ho vnímá jako psychickou i fyzickou zátěž působící na naši mysl a organismus. Stres může být rovněž definován jako souhrn vlivů, jež působí na jedince a jeho chování i prožívání.

Autoři ale rovněž rozlišují mezi pojmem stres a zátěž. Zátěž může být chápána jako působení rozličných vnitřních, či vnějších vlivů a požadavků, na které je jedinec schopný se adaptovat a je v jeho silách se s nimi vyrovnat a zvládat je bez újmy, či poškození. Stresem je pak rozuměna nadměrná zátěž, jež překračuje subjektivní hranici únosnosti. Dalším způsobem, jak stres definovat je existence určitého energetického nároku na organismus, jehož zvládnutí je podmíněno individuální odolností jedince a jeho schopností se vyrovnávat s obtížně zvladatelnými a zatěžujícími vlivy (Paulík, 2017). Současné výzkumy a literatura rovněž poukazují na propojení stresu s fyzickým i psychickým zdravím (Cooper & Quick, 2017). I přesto, že se termín stal téměř nadužívaným pro širokou populaci a zároveň zaujal čestné místo v takzvaných „self-help“ postupech a populární literatuře, je dále nedílnou součástí zájmu odborné veřejnosti i výzkumu.

Pokud bychom na stres nahlédli z evolučního hlediska, překonávání obtížných životních situací je rovněž chápáno jako prostředek vývoje a socializace. Stres tudíž nemusí být vnímán pouze v negativních konotacích (Gunnar, 2017). V psychologii a sociologii

odlišujeme pozitivní stres – eustres a negativní stres – distres. Eustres je pozitivní forma, díky níž je náš organismus nabuzený, působí motivačně a stimuluje jedince k lepším výkonům. Tlak, který eustres v jedinci vyvolá je podnětem pro překonávání hranic, adaptaci, a zároveň může být zdrojem individuálního vývoje. Biomedicínský pohled eustres spojuje se zdravím, lepší adaptací a delší šancí k přežití, nehledě na vnímání události, jež eustres způsobila (Bienertova-Vasku et al., 2020). Těžiště této práce však nespočívá v eustresu, proto již dále nebude zmiňován. Dále rozlišujeme mezi stresem akutním a chronickým. Akutní stres je krátkodobějšího, avšak intenzivního charakteru a může trvat minuty, hodiny, případně dny. Dochází k mobilizaci energie a stresová reakce vzniká bezprostředně po zážitku. Chronický stres má podstatně delší trvání a vzniká na základě jednoho, či více stresorů jejichž intenzita může v čase kolísat, avšak bývá nižší než u akutního stresu (Harkness & Hayden, 2020).

Mezi odborníky obecně nepanuje ve vymezení termínu „stres“ shoda. Výše byly uvedeny konkrétní pohledy na tuto tematiku, ale je nutné nastínit problém, které toto nejasné dělení a definice přináší (především odlišení pojmů stres a zátěž). I přesto, že se autoři neshodují a teorie se mohou překrývat, doplňovat, ale v některých případech i vyvracet, je nutné si definovat, jak jsou pojmy chápány pro účel této práce. Stres bude nahlížen jako tenze, intrapsychický stav jedince potenciálně vyvolávající změny a ohrožující organismus. Vzniká v důsledku nadměrně působící zátěže, a jako zátěž jsou v rámci této práce chápány stresory.

2.1. Teoretické ukotvení

Za otce teorií a výzkumu stresu je považován Hans Selye. Lékař, který začal o konceptu uvažovat při návštěvách nemocničních pacientů, jimž byla sice správně určena diagnóza na základě jejich historie, symptomů a fyziologických nálezů, avšak u velkého množství z nich byli pozorovatelné ještě další společné příznaky (špatná nálada aj.), nehledě na určenou diagnózu. Selye byl prvním vědcem, který upozornil na známky stresu jako průvodce nemoci a díky svým experimentům s krysami propojil vliv stresorů s biologickou stránkou a odpovědí organismu (Selye 2013; Tan & Yip, 2018).

Stres, o kterém v celé práci bude pojednáváno je chápán jako tenze, která je vyvolána působícími stresory a má negativní vliv na psychickou i fyzickou stránku člověka (Kebza, 2005). Označení stres však stále není jednoznačně specifikováno a existuje více vědeckých

přístupů k této problematice. Pro teoretické ukotvení uvedu hlavní psychologické koncepce, jakými je možné na tematiku stresu nahlížet.

Čistě fyziologická předválečná teorie **W. B. Cannon**, spadající do biologických pojetí stresu, rozlišovala tělesné reakce na útěk (flight), či útok (fight), při nichž docházelo ke zvyšování arousal, taktéž vybuzení energie, v závislosti na působícím stresu. Později byla rovněž doplněna o reakci ztuhnutí/zamrznutí (freeze) (Milosevic & McCabe, 2015).

Na Cannonovu koncepci navázal již dříve zmíněný **H. Selye**, který vnímá stres jako reakci a odezvu organismu na podněty, které narušují homeostázu. Jedinec je nucen se adaptovat a neustále reagovat na vnější vlivy a podmínky, jež jsou nekonečně proměnlivé (Paulík, 2017). Cannonovy poplašné reakce útěk a útok považoval Selye za příliš zjednodušující a neúplné, proto je doplnil o další fáze pomocí modelu *GAS* – *General Adaptation Syndrom*, v češtině Obecný adaptační syndrom. Zde vysvětlil tři stádia, kterými organismus prochází v reakci na působící stresor. Jedná se o *poplachovou reakci*, poté nastává fáze *rezistence* a relativního zklidnění, a třetí fází je *vyčerpání*. Poplachová reakce je charakteristická šokem, jímž organismus prochází, velkým výdejem energie a aktivací sympatiku. Druhou fází je rezistence. Zde dochází k relativnímu zklidnění, organismus se již nenachází v takovém vypětí jako při první fázi, adaptace na stres je maximální. Pokud však působení stresu trvá, dochází opět k mobilizaci energie a toto stádium může být velmi náročné. V důsledku dlouhotrvajícího působení stresu poté ve třetí fázi dochází k vyčerpání organismu, který se již nedokáže na nadměrnou působící zátěž adaptovat (Selye, 2013; Vodáčková et al., 2007). Selye původně stres chápal jako nespecifickou reakci organismu na působící podněty různé intenzity a trvání, který vždy vedl k aktivaci GAS. Ukázalo se však, že odpověď organismu na stresový podnět je vždy specifická, nikoliv nezávislá, a stresová odpověď souvisí s dalšími subjektivními vlivy, jako jsou například emoce, či kognice (Paulík, 2017).

Biologický přístup se zabývá pouze biochemickými a fyziologickými reakcemi a odpověďmi organismu. Obě výše zmíněné teorie položily dobrý základ pro další zkoumání stresu, avšak interakci organismu a stresoru vnímají pouze jako jednostrannou a pasivní, ze strany jedince. Dnešní poznatky biologické reakce na stres se na stresovou reakci již ne dívají pouze jako na nouzový systém, ale spíše jako na stále probíhající proces, díky kterému se jedinec postupně adaptuje a reaguje na každodenní situace (McEwen & Akil, 2020).

Dalším přístupem je psychologické pojetí stresu, jehož hlavním zástupcem je **R. S. Lazarus** s transakční teorií. Namísto zkoumání pouze fyziologických reakcí a změn organismu se zabývá i stresem, který se projevuje na úrovni změn chování a prožívání a zahrnuje psychologické faktory. Lazarus již nevidí jedince jako pouhého pasivního příjemce externích vlivů, ale stres definuje jako: „vztah mezi jedincem a prostředím, který je zhodnocen jako vytěžující či přesahující jedincovy zdroje, a který ohrožuje jedincovu pohodu či blahobyt (well-being)“ (Lazarus & Folkman, 1984, str. 19). Stres dle něj vzniká v reálné situaci, kdy hrozí fyzické ohrožení, ale i pokud situaci neobjektivně a nesprávně jako ohrožující vyhodnotíme. Zde můžeme hovořit o takzvaném kognitivním hodnocení, které dále Lazarus dělí na primární, v níž dochází k vyhodnocování dané situace a jejích rizik, a sekundární, ve které jsou hodnoceny východiska a možnosti zvládnutí dané situace, coping. Na základě výsledků primárního a sekundárního zhodnocení se rozhodne, zda proběhne, či neproběhne stresová reakce. V procesu zhodnocování situace rovněž hraje roli individuální vulnerabilita jedince (Lazarus & Folkman, 1984).

Fyzický stres (například nepřiměřené teploty, bolest, a další), na nějž se tedy zaměřuje Cannon i Selye, negativně působí na jedince přímou cestou, psychologický stres, jímž se zabýval Lazarus ovlivňuje organismus nepřímo. Dnes již pracujeme s výsledky novějších výzkumů, které poukázaly na neoddělitelnost obou typů stresu, které jsou pevně svázány.

2.2. Působení stresu na pacienty s bipolární poruchou

Onemocnění bipolárně afektivní poruchou je zpravidla podmíněné vrozenou, či získanou genetickou predispozicí, která se může a nemusí za života projevit (Kemner, 2017). Přesný mechanismus vzniku poruchy není mezi odbornou veřejností prozatím známý, avšak hovoří se o kombinaci vrozených a externích faktorů (Rowland & Marwana, 2018; Vieta et al., 2018). Za důležitý prediktor je považován stres a vliv stresorů, které mohou svým působením na jedince ovlivňovat adaptaci na psychickou zátěž a podporovat tak biochemické mozkové změny, které mohou později vyústit v projev onemocnění. Vliv stresu a událostí s kterými se jedinec za život setká, se považuje za důležitý faktor pro potenciální rozvoj onemocnění ale i pro následné působení na průběh, jednotlivé fáze a remise (Kemner, 2017). Je nutné poznamenat, že stres se na vzniku onemocnění podílí, avšak neznamená to, že je považován za jeho příčinu. Nahlížíme na něj spíše jako na spouštěč/modifikátor jednotlivých fází onemocnění. V následujícím textu bude nejprve uveden bio-medicínský pohled zasazující problematiku do širšího kontextu, reflektující důležitost stresu, jeho

propojení s diagnózou a aktuální otázky. Následně bude popsán konkrétní vliv stresu a jeho frekvence na onemocnění, a rizikové stresory mezi něž jsou v této práci řazeny především životní stresové události. V této kapitole tak bude shrnut pohled jak bio-medicínský, tak psychologický, pro komplexní popsání daného tématu.

Bio-medicínský pohled

Teorie zabývající se dynamikou dominance-submise v přírodě, vidí v průběhu bipolární poruchy a jejích fází analogii k chování zvířat, pomocí kterého dávají najevo svůj sociální status. Mánie, která je charakteristická svou expanzivností, výřečností a zrychlením, může symbolizovat dominantní postavení, a naopak deprese společně se svou neprůbojností, nízkou motivací a smutkem může symbolizovat submisi hierarchicky níže postavených jedinců. I přesto, že se tato hypotéza nezabývá specifikací genů a alel, které jsou zodpovědné za genetickou predispozici onemocnění, poukazuje na to, že jedinci, kteří predispozici mají, mohou být náchylnější na spouštěče stresu (stresory, náročné životní události), a mohou selhávat v emoční regulaci i identifikaci stop signálů (Rantala et al., 2021).

Zkoumání bipolární poruchy na poli současné psychiatrie se zaměřuje například na vliv oxidačního stresu, který způsobuje biologické změny a poškození na úrovni DNA i RNA. Rovněž je aktuální určení biomarkerů, které budou typické pro tento typ onemocnění a povedou ke zpřesnění diagnostiky i léčby. Bipolární porucha je velmi komplexní onemocnění, u kterého často dochází ke špatné diagnostice, a tudíž i medikaci a léčbě. K častým záměnám dochází například s depresivní poruchou a pacienti jsou léčeni antidepressivy, avšak bez podání stabilizátoru nálady. I proto jsou neměnicí se přístupy k diagnóze podrobeny velké kritice a v tomto sporu sehrává zkoumání biologické odezvy na stres a změny velkou roli v jejich standardizaci (Brown et. al., 2014). Dalšími biologickými faktory, které je možné pozorovat, jsou zvýšené hladiny kortizolu především ve spojitosti s mánií, a hyperaktivita osy hypothalamus – hypofýza – nadledviny (HPA). Zvýšená činnost HPA osy dominuje především u smíšených a depresivních epizod, více než u manických fází. Výzkumy ukazují na propojení činnosti HPA osy s klinickými projevy, avšak ne s přímým rizikem rozvoje poruchy. Dále studie poukazují na možnou spojitost bipolární poruchy s abnormalitami molekulárních drah souvisejících se stresem v několika mozkových oblastech (Murri et al., 2015; Young et al., 2021).

Počátek a průběh onemocnění

Dnes předpokládáme, že se reaktivita na stres u pacientů s bipolární poruchou mění v průběhu života. Zpočátku se malé stresy manifestují menšími výkyvy nálady, avšak postupně dochází k větší senzitivizaci a k budoucí modifikaci reakce. Jedinec, jehož nervový systém je postupně senzitivizován reaguje v čase větší a výraznější změnou nálady na menší stres. Později se může deprese, či mánie objevovat i bez vnější příčiny, často i sezónně a jednotlivé epizody jsou na stres vázány méně (Dienes et al., 2006; Harkness, Hayden & Lopez-Duran, 2015). Senzitivizace je rovněž spojena s vystavením stresu v časných životních stádiích, které může mít později vliv na reaktivitu v dospělém věku (Post & Kalivas, 2013). Pro propuknutí první epizody je nutná součinnost vrozeného předpokladu a působícího stresu. Biologické podmínění zapříčiňuje nedostatečnou, či nadměrnou produkci neuromediátorů, případně nízkou, či nadměrnou senzitivitu receptorů. Může dojít i ke kombinaci výše uvedeného. Při překročení tolerovaného výkyvu se může projevit porucha nálady a první epizoda. Vrozené předpoklady mohou být inaktivní velmi dlouho, ale i celoživotně. K jejich aktivizaci a projevu onemocnění může dojít právě vlivem stresujících zážitků a životních událostí, které aktivují doposud pasivní předpoklad k rozvoji nemoci. Rovněž záleží na výraznosti předpokladů a jejich síle, kdy pro rozvoj postačí i méně traumatizující událost (Bender & Alloy, 2011; Látalová, 2010).

Stresující životní události rovněž ovlivňují remisi a relaps (častěji u deprese). Zde je však úskalím, že existuje více studií, které se zabývají unipolární depresí více než bipolární poruchou. Efekt prožitých událostí je nižší, pokud se jedná již o opakovanou epizodu, zvláště ve velmi závažných případech a těžkých typech onemocnění. U bipolární poruchy se zdá být vliv stresujících životních událostí slabší než u unipolární deprese, avšak můžou být velmi důležité při první epizodě. Rovněž je pravděpodobné, že toto tvrzení se týká především predikce pro manické epizody, jež jsou stresovými událostmi modifikovány méně než depresivní. Životní události mají tedy pravděpodobně větší vliv a sílu pro rozvoj depresivní epizody před manickou (Paykel, 2003).

Sociální prostředí, životní styl a životní změny nejspíše rovněž ovlivňují frekvenci a načasování epizod. V roce 1988 poukázal na sílu vlivu stresujícího prostředí Miklowitz s kolegy, kdy provedli studii, ve které se ukázalo, že jedinci, kteří zažívají vysokou míru negativních interakcí a setkávají se s negativními postoji v rodině, mají pětkrát větší pravděpodobnost relapsu onemocnění do devíti měsíců od těchto událostí (Johnson &

Roberts, 1995). Ambelas (1979) zaznamenal, že bipolární pacienti zažili v časovém horizontu čtyř týdnů před přijetím k léčbě až čtyřikrát více ohrožujících událostí než kontrolní skupina pacientů bez diagnózy odpovídající věkem, etnikem, pohlavím, i sociálním postavením. Další výzkumy poukazují na to, že až 50 % pacientů si vzpomíná na důležitou stresující událost, či životní změnu, která předcházela příchodu epizody (Johnson & Roberts, 1995). Bebbington et al. (1993) zaznamenali vyšší míru na sobě nezávislých stresorů v časovém horizontu šesti měsíců před hospitalizací. Poukázali i na genderové rozdíly, kdy ženy referovaly více stresových událostí tři měsíce před nástupem léčby než muži.

Signifikantně se ukazuje, že pacienti zažijí v časovém intervalu dvanácti měsíců před akutní epizodou více stresujících životních událostí než ve stabilním období. Většina studií tento jev zkoumá retrospektivně, tudíž je nutné počítat s možností subjektivního zkreslení, či se zkreslením v důsledku oddáleného vybavení. Pacienti rovněž reportují více událostí než zdraví jedinci. V porovnání s dalšími psychickými onemocněními jako je například schizofrenie, či unipolární deprese, se výsledky referovaných zážitků neliší nikterak výrazně. Vulnerabilita vůči externím stresovým faktorům napříč diagnózou potvrzuje zranitelnost a riziko prvotního rozvoje symptomů, či stimulaci dalších fází onemocnění. Srovnání působení stresu je rovněž možné s fyzicky nemocnými pacienty. Zde se ukazuje, že pacienti s bipolární poruchou jsou nejspíše vystaveni většímu počtu stresorů, avšak pouze pokud se jedná o akutní fyzické onemocnění. V porovnání s chronickou problematikou se rozdílnost značně snižuje (Lex et al., 2017).

Mnoho studií poukázalo na to, že pacienti s afektivním psychickým onemocněním, jsou stresu více vystaveni a setkají se signifikantně častěji s náročnými životními událostmi než kontrolní skupina bez onemocnění (Kemner, 2017). Zde se však nabízí otázka, zda jsou životní události pouze spouštěčem nových epizod, anebo zda mohou být i následkem epizody minulé a být výsledkem předchozí dysbalance nálady. Asociace mezi životní událostí a následnou epizodou se ukazují silnější u bipolární poruchy prvního typu. Koenders et al. (2014) ve svém výzkumu poukázali na to, že mánie předcházela pozitivním událostem a deprese negativním událostem. Vzhledem k proměnlivosti onemocnění je však stále ještě obtížné otázku vlivu, či následku zodpovědět a není jasné, zda to vůbec někdy možné bude.

Rizikové stresory a životní události

Stres se obecně podílí na rozvoji afektivních poruch. Nejčastěji se poukazuje na spojitost mezi životními událostmi a vznikem deprese (Assari & Lankarani, 2016). Specificky se jedná o sociálně nežádoucí životní události jako je úmrtí blízkého člověka, či přerušování společných vztahů. Ukazuje se, že klíčovou roli hraje kvantita stresových situací, životních událostí a změn, které stres vyvolávají, a které mohou být negativní, ale i pozitivní (i Holmes a Rahe zahrnovali do své škály pozitivní události jako je např. svatba).

Johnson & Robertson (1995) zpracovali vůbec první přehledovou studii, která se týkala vztahu bipolární poruchy a životních událostí, a dali tak podnět k dalšímu a metodologicky přesnějšímu zkoumání. Typy stresujících událostí začali členit do kategorií (například na týkající se dosahování vysokých cílů, potenciálních ztrát, či odměn). Mezi životními událostmi, jež ovlivňují průběh onemocnění negativně, se nachází události týkající se dosahování cílů, narušování sociálního rytmu, či sezónních faktorů, a dále pak situace vyvolávající extrémně emotivní prožívání. Výzkumná pozornost byla rovněž zaměřena na události, které mohou být klasifikovány jako nezávislé a jedinec je nemá pod svojí kontrolou. Pokud takovýto typ události pacient zaznamenal rok před nástupem epizody, predikovala rychlejší relapsy a pomalejší návrat do remise.

I přesto, že nebyly nalezeny významné rozdíly mezi jednotlivými psychiatrickými diagnózami, existují specifické události, jež vyvolávají rozdílnou míru reaktivity. U bipolárních pacientů se jako rizikovější událost jeví například narození dítěte. Reaktivita byla zkoumána na mužských pacientech, především z důvodu vyloučení hormonální dysbalance u žen po porodu. Pacienti byli po této události častěji náchylnější k rozvoji epizody, více než u unipolární deprese, či schizofrenie. Je však nutné říci, že narození dítěte může být událostí jak pozitivní, tak negativní, dle vnímání v individuálním kontextu. Pokud bychom však usuzovali na pravděpodobnější pozitivní konotaci, je možné působení na rozvoj manické epizody (Lex et al., 2017). U mánie je rovněž možná role specifických událostí a změn narušujících běžný sociální rytmus. Například delší cestování, které narušuje rytmy biologické, ale i sociální, může být potenciálním faktorem, podporujícím start manické epizody (Paykel, 2003).

Mezi další potenciálně ohrožující stresory patří traumatické zážitky v dětství, které dysregulují funkci imunitního systému a jsou spojeny s potenciálními psychickými i fyzickými onemocněními (Baumeister et al., 2016).

Látalová (2010) mezi rizikové stresory v souvislosti s provokací epizody řadí: mimořádné negativní životní události (např. ztráta práce, rozvod, úmrtí blízkého, pracovní nebo studijní neúspěch). Dále pak mimořádně pozitivní životní události (např. láska, sňatek, narození dítěte). Abúzus alkoholu a psychoaktivních látek, nedostatek spánku, přechody časových pásem, pobyty v jiných klimatických pásmech, změny režimu, problémy ve vztazích a rodině. Mezi rizikové faktory relapsů onemocnění dále řadí: stresující životní události (stejně jako u první epizody), abúzus alkoholu a drog, spánkovou deprivaci, samotu, chaotický životní styl, časté změny at' už bydliště, zaměstnání, či nezakotvení ve společnosti a střídání známostí.

I přesto, že existuje pojitko mezi bipolární poruchou a působením stresu, je nutné počítat i s dalšími modifikačními vlivy, které onemocnění ovlivňují, jako je například správné užívání medikace. Dopad nepříznivého sociálního prostředí, životní situace, zátěžových událostí, ale i současné fáze onemocnění může mít za následek vysazení medikace a následný relaps, či zhoršení stavu. Stres proto může průběh poruchy ovlivňovat i takto nepřímou a nemusí se proto jednat pouze o přímou linku, kdy větší kumulace stresorů zvyšuje pravděpodobnost opětovného příchodu epizody (Jawad et al., 2018).

2.3. Stresory

Křivohlavý (1994) vymezuje termín „stresor“ jako „negativně na člověka působící vliv.“ Stresory mohou na jedince působit samostatně, ale i v komplexnějších celcích a rovněž se vyskytují jako externí, ale i interní podněty. Stresor je jakýsi na jedince působící faktor, který se může manifestovat například jako nepříjemný podnět, ale i nešťastná událost, a může v jedince vyvolat stres a stresovou reakci. Jedná se o negativní faktory, které vyvolávají tenzi, mohou způsobovat narušení homeostázy a spustit stresovou reakci organismu. V rámci této práce stresor symbolizuje zátěž, která na jedince působí a může potenciálně vyvolat stres a stresovou reakci.

Již výše zmíněný H. Selye věřil, že veškeré podněty, které na organismus působí, mají potenciál vyvolat stresovou reakci. Důraz kladl na reakci organismu, ne však na jednotlivé působící podněty, jejichž charakteristika a různorodost dle něj neovlivňovala průběh stresové reakce. Tento úhel pohledu se stal podnětem pro další teoretiky a výzkumy, k hledání existence skutečného vztahu mezi specifickými konkrétními stresory a životními událostmi s duševním onemocněním. Přímým oponentem Selyeho přístupu byli například environmentalisti, kteří chápali stres jako funkci podnětu, jež na organismus působí.

Předpokladem tohoto přístupu byla skutečnost, že psychosociální faktory mohou vzbuzovat stejné fyziologické reakce, jako fyzické stresory (Cassidy, 1999; Selye, 1978). Mezi další oponenty se řadil D. S. Goldstein, dle něž je stresová reakce závislá na intenzitě, subjektivním významu a charakteru stresoru. Dnes je tento předpoklad chápán spíše na úrovni paradigmatu, i vzhledem k transformaci duálního pohledu na tělo a mysl, na holistický (Paulík, 2017).

Dle interakčního přístupu, který rozpracoval R. S. Lazarus (1984) záleží nejvíce na individuálním kognitivním zhodnocení stresoru a na tom, za jak ohrožující situaci považujeme. Na proměnu potenciálního stresoru na reálný má však vliv více faktorů, mezi které se řadí nejen výše zmíněné subjektivní hodnocení, ale i osobnostní charakteristiky, způsoby zvládání zátěže, sociální podpora, či stresová historie. Mimo ně je nutné upozornit i na přítomnost „daily hassles“, které označují každodenní nesnáze, jejichž kumulace může mít dopad na zdraví jedince, ale i na jeho vulnerabilitu vůči dalším stresorům (Harkness & Hayden, 2020). I přesto, že Lazarus již nenahlíží interakci stresoru s jedincem jako jednostrannou, dává důraz především na kognitivní zhodnocení jedince samotného. Dle mého názoru tak nepřikládá velký důraz působení konkrétního stresoru. Výzkumy však poukazují na to, že se vyskytují situace, životní události, jež vyvolávají stresovou reakci častěji než jiné (Ogden, 2007).

2.3.1. Klasifikace stresorů a jednotlivých životních událostí

Dělení stresorů je velice obsáhlé a skládá se z více přístupů a pohledů množství autorů. Přístupy se často překrývají, ale i doplňují. I z tohoto důvodu uvádím v následující části výčet některých klasifikací a dělení, od bazálních, elementárních stresorů, až po ty komplexní, pro co nejpodrobnější postihnoutí dané problematiky. Bude zde uvedeno dělení dle úrovně působení, intenzity, dle místa působení, a další klasifikace rizikových stresorů, které se mohou vyskytovat. Dále se budu věnovat koncepci jednotlivých životních událostí (life-events), s kterou budu později pracovat v rámci empirické části.

Podle Sotolářové (2007) lze mezi nejčastější stresory zařadit stresory: *tělesné* (žízeň, hlad, bolest), *fyzikální* (hlučné prostředí, tma, změna tlaku), *biochemické* (alkohol, kofein), *kognitivní* (myšlenky, fantazie), *emocionální* (nejistota, strach) a *komplexní* (konflikty, časový nátlak, změna povolání). Dle Křivohlavého (1994) jsou fyzikální stresory ty, které působí na organismus přímo a jedná se o změny ročních období, změny teploty, onemocnění,

drogy, změny tlaku, těhotenství, úrazy, aj. Mezi emocionální stresory můžeme řadit například strach, zármutek, úzkost, zlost, či anticipaci.

Křivohlavý (1994) dále odlišuje stresory dle intenzity na *mikrostresory*, jež se objevují jako nepatrné, skoro až zanedbatelné mírnější stresory, které způsobují hypostres, a *makrostresory*, způsobující hyperstres. Jako mikrostresory můžeme vnímat například krátkodobou frustraci, či nudu. Tyto stresory nejsou běžně považovány jako nebezpečné, problematickými se stávají až v případě kumulace. Makrostresory mají intenzivnější charakter a přicházejí náhle. Jedinec je vnímá jako velmi silné, častokrát přinášející životní změny. Může se jednat o úmrtí v rodině, ztrátu partnera, nemoc a další události tohoto charakteru (Křivohlavý, 2003).

Dále můžeme stresory odlišovat dle místa jejich působení na *externí* a *interní*. Externí stresory působí na jedince z vnějšího prostředí a dále se dělí na fyzikální (například dlouhodobější působení výkyvu teplot) a sociální (zatěžující životní události jako je například rozvod, ztráta zaměstnání, či úmrtí v rodině). Interní stresory dále dělíme na fyzické (bolest, dlouhodobé onemocnění, únava, nedostatek spánku, aj.) a psychické. Sociální a psychologické stresory můžeme již řadit ke komplexnějším stresogenním faktorům (Zacharová, 2017).

Stock (2010) aplikující svou teorii spíše na oblast pracovní psychologie rozlišuje stresory na *fyzické*, *psychické* a *sociální*. Jako fyzické stresory označuje např. vydýchané prostředí, náročnou práci na směny, hluk, aj. Psychické aspekty představuje nedostatečným, případně neúměrným vytížením, časovou tísní, aj. Sociálními stresory rozumí nepříjemné situace v kolektivu, jako jsou hádky, rivalita, šikana a další. Toto teoretické rozdělení je možné aplikovat i na mimopracovní prostředí.

Bernstein (2005) vnímá naopak většinu stresorů jako kombinaci fyzického a psychického napětí, které od sebe nelze jednoduše oddělit. Nabízí klasifikaci následujících psychologických stresorů: *katastrofické životní události* (catastrophic events), *chronické stresory* (chronic stressors), *životní změny a napětí* (life changes and strains) a *běžné každodenní starosti* (daily hassles).

Ogden (2007) zmiňuje kategorie stresorů, které vyvolávají stresovou reakci s větší pravděpodobností než jiné, a jeví se jako rizikové. Zmiňuje *přetížení*, kde poukazuje na vliv multitaskingu a přehlcení. Tuto kategorii je možné propojit s výše zmíněnými daily hassles,

kdy zdánlivě malé zátěžové situace způsobují problém v případě jejich kumulace. Pokud by ten samý stresor působil sám o sobě, měl by na jedince malý, nebo žádný vliv. Pokud ale působí společně s dalšími stresory, dochází ke zvýšení napětí. Hromadění menších stresogenních faktorů může mít na jedince stejný, ale i horší vliv než silné stresové události (Harkness & Hayden, 2020). Dalším faktorem rizikovosti je *stupeň vnímané kontroly*. Pokud jsme schopni stresor identifikovat a rozeznat, považujeme ho za méně stresující (Ogden, 2007). Tento jev se prokázal například v experimentální studii Glasse a Singera, kdy byly testovány hlasité výbuchy. I přesto, že se jednalo o externí fyzikálně stresující podněty, zažívali účastníci nižší míru stresu, pokud byly výbuchy kontrolované a věděli, v jakou chvíli je uslyší (Glass & Singer, in Gatersleben & Griffin, 2016).

Pohledy na dělení a kategorizaci stresorů se napříč autory různí a neexistuje univerzální propojení. Jako stresory mohou působit faktory fyziologické, chemické, biochemické, emocionální, kognitivní, sociální i psychologické. Může se jednat o stresor působící sám o sobě, či v kombinaci s dalšími stresory stejné i jiné kategorie. Specifickou a komplexní skupinou stresorů, v nichž mohou být reflektovány faktory ze všech výše zmíněných kategorií, jsou životní události a situace.

Koncepce životních událostí (life-events)

Zmínky o stresových událostech a situacích se objevovaly již ve výše zmíněných děleních. Je možné je chápat jako komplexní stresory, jež přesahují únosnou míru zátěže. Dle dělení Křivohlavého (1994) by byly životní události zařazeny do kategorie makrostresorů a Bernsteinovo dělení (2005) psychologických stresorů se dá rovněž chápat jako klasifikace životních událostí různé intenzity a délky trvání. Mohou představovat stresor samy o sobě, ale rovněž se stát původcem jiných stresorů, které z nich později pramení.

Hanzlíček (in Baštecká, Goldmann, 2001, s. 248) vymezuje životní události jako: "Skutečnosti, které se mohou v životě jedince vyskytovat nezávisle na jeho vůli a jež přitom závažně a dlouhodobě ovlivní navykklé činnosti či celý životní styl. Přinášejí někdy chtěnou a někdy vnucenou změnu". V této definici Hanzlíček zachycuje pohled na životní situace a události, jež definuje jako samovolně se vyskytující, často neovlivnitelné a přicházející s potenciálem změny. V této definici je nevymezuje pouze jako negativní, vzhledem k předpokladu, že na životní dynamiku působí i situace s pozitivní konotací. Avšak právě dynamika a změny se mohou stát nosnými pro zátěž, potažmo stres. Životní události tak

mohou být spouštěčem biologické i psychické vulnerability jedince. Nejčastěji se pak jedná o sociální a interpersonální události jako je manželství, rozvod, problémy v práci, tlak na výkon, zrada milované osoby, ale i o fyzické události jako je zranění, či nemoc (Durand, 2018).

Během života může být jedinec konfrontován s událostmi důležitými jak individuálně (např. smrt blízkého), tak společensky (záplavy, zemětřesení) (Nolen-Hoeksema et al., 2012). Někteří autoři chápou životní události převážně jako nežádoucí negativní situaci (Komárková et al., 2001), někteří do této skupiny zahrnují i pozitivní události, které však způsobují určité změny, jež mohou být pro jedince rovněž zatěžující (Holmes & Rahe, 1967). Životní události mohou nabývat různé intenzity. Představit si je můžeme například pomocí osy, na jejímž počátku se nachází běžné denní nepříjemnosti (daily hassles) jejichž kumulace vytváří riziko pro daného jedince, a na jejímž konci leží traumatické a katastrofické životní události jako je například úmrtí v rodině (Bernstein, 2005). Pokud bychom se odkazovali na definici životních událostí od Hanzlíčka, nehledě na intenzitu a délku trvání, náročná situace s sebou přináší zátěž a změnu, se kterou je jedinec nucen se vyrovnávat.

Nolen-Hoeksema et al. (2012) uvádí následující kategorie životních událostí a situací: *traumatické události* (přesahující běžný rámec lidských zkušeností), *nepředvídatelné situace* (např. úraz, vážné onemocnění), *neovlivnitelné situace* (např. smrt blízkého člověka, rozpad manželství), *vnitřní konflikty* (neslučitelnost cílů, ambivalentní pocity a jednání), *události představující zásadní změnu životních podmínek*.

Ogden (2007) zmiňuje rizikovost *nejednoznačných událostí*. Pokud je náročná situace pro jedince jasná, pro její zvládnutí využívá různé strategie, které si v průběhu života osvojil a považuje je za účinné. Problém nastává, pokud se setká s nejednoznačnou událostí, kdy spotřebovává svou energii i čas jejím rozklíčováním a hledáním vhodné strategie pro nestandardní situaci, namísto okamžitého řešení. Klíčové poté jsou i *subjektivně důležité události*. Důležitost zásadních životních domén jako je rodina, práce, či láska je velmi individuální, avšak pokud se jedná o stresory, které působí v oblasti pro jedince subjektivně významné, způsobují větší zátěž než stresory z oblastí periferních, subjektivně méně důležitých.

Holmes a Rahe (1967) vnímají životní události jako situace, které přináší změnu dosud známých životních vzorců nebo představují životní změnu samy o sobě. V roce 1967

vytvořili bodovanou škálu potenciálně stresujících zážitků, které se mohou člověku přihodit. Zařadili do ní 43 událostí a podle jejich závažnosti jim přiřadili určitou bodovou hodnotu a pokusili se tak o kvantifikaci stresu a zátěže, které s sebou životní události přináší. Body, které respondent na škále získá, se mezi sebou sčítají (například pokud člověku umřel rodinný příslušník a zároveň prochází rozvodem), a zaznamenávají se v průběhu jednoho roku. Výzkumem bylo dokázáno, že pokud výsledný součet přesáhl 300 bodů, vyskytlo se u 79 % respondentů vážné onemocnění. U 51 % respondentů se projeví závažnější změny zdravotního stavu při skóru 200-299 bodů a u 37 % došlo ke zhoršení zdravotního stavu při skóru 150-199 bodů. Vyšší počet bodů, a tudíž větší akumulace závažných životních událostí vykazuje nadměrné zatížení nad hranice únosnosti a zhoršení zdravotního stavu. Mezi bodově nejpočetněji hodnocené, tudíž nejvíce zatěžující události patří úmrtí partnera, rozvod, rozvrat manželství, úraz/vážné onemocnění, uvěznění, úmrtí blízkého člena rodiny. Na druhé straně spektra naopak stojí přestupek (protizákonný) a jeho projednávání, Vánoce, změny stravovacích zvyklostí, změny v širší rodině a změny spánku. Pozdější výzkumy poté poukázaly na to, že asociace životních událostí s psychiatrickým onemocněním je silnější než asociace s fyziologickými obtížemi (Salleh, 2008). Aktuální je zkoumání vztahů biologických predispozic, nebiologických faktorů a externího působení stresu, a jejich vliv na psychické zdraví a psychopatologii (Kemner et al., 2015).

Pacienti s bipolární poruchou jsou obecně citlivější na nestabilitu, životní změny či narušení rytmů, které s sebou životní události přináší. Tyto události, které jsou v rámci práce považovány za typ stresorů, mohou potenciálně vyvolat stres a stresovou reakci, a jsou proto pro počátek a průběh onemocnění ohrožující (jak bylo již zmíněno v kapitole 2.2.). Z tohoto důvodu bude v empirické části práce zvolen dotazník měřící právě life-events.

3. Coping

Výraz coping, který lze do českého jazyka přeložit jako zvládání zátěže, je obecně definován jako vyrovnávání se s náročnou situací, či nadlimitní zátěží (Křivohlavý, 1994). Spojení „copingové strategie“, využívané v kontextu stresu, vychází z anglického slova „to cope“ neboli zvládat, vyrovnávat se s něčím. Jedinec, který byl vystaven zátěži, či stresu a situaci kognitivně vyhodnotí jako ohrožující, vyvine obvykle určité úsilí vedoucí k překonání nepříjemného prožitku. To, jakým způsobem jedinec na situaci zareaguje a jak se ji pokusí zvládnout, je potenciálně určující pro výsledný vliv, který na jeho organismus a zdraví bude situace mít. Zvolená strategie zvládání může účinek stresu snížit, ale i zvýšit

(Garnefski & Kraaij, 2009). Coping je regulační proces, který může snížit negativní vliv vyplývající ze stresujících faktorů a událostí. Můžeme jej rovněž chápat jako určité konání ve smyslu změny chování a myšlenek, které směřuje k zvládnutí vnějších, či vnitřních stresorů (Afshar et al., 2015).

Coping vzniká jako reakce na stres a zátěžové situace s cílem jejich působení snížit, či úplně eliminovat a bránit se negativním důsledkům. Copingové strategie tak jsou jedincovou odpovědí na jednotlivé stresory a mohou být úspěšné, či neúspěšné, pozitivní, ale i negativní. Aby nabývaly pozitivní účinnosti a byly pro jedince efektivní, měly by dle Seawarda (2011) sloužit ke zvědomení problému, zpracování informací, k následné úpravě chování a klidnému řešení. Copingové strategie se rovněž vyvíjí s časem. Jiné využíváme v dětském, adolescentním i dospělém věku. K modifikaci dochází i v závislosti na jejich efektivitě a funkčnosti nebo dle úrovně zátěže a zkušeností, kterým je jedinec vystaven (Folkman et al., 1987). Pokud hovoříme o zvládnutí zátěže, je nutné si připomenout již výše zmíněné rozdělení na zátěž a stres.

V návaznosti na zvládnutí zátěže obecně se můžeme setkat s dvěma pojmy, coping a adaptace. Rozdílem však je, že jedinec adaptaci využívá při kontaktu a vyrovnávání s relativně běžnou a přiměřenou zátěží, oproti copingu, který je komplexnější, a je využíván při kontaktu s nadměrnou, intenzivnější zátěží - stresem (Křivohlavý, 1994). Adaptace 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, str. 13). I Foster (1997) chápe adaptaci v širším měřítku jako prostředek zvyšování souladu s prostředím. Oproti tomu coping definuje jako „komplexní odpověď na stresující nebo náročnou situaci, která má často defenzivní charakter“ (Foster, 1997, str. 190).

Mezi autory (např. Wortman, Silver, Millon, Wallace, Lifton) existují diskuse, zdali coping a způsoby zvládnutí obecně, odráží spíše rysy a vrozené dispozice jedince, anebo zda se jedná o dynamický proces, který je ovlivněný situačními faktory. Tento konflikt je odrážen i v rozdílné terminologii, která se v souvislosti s copingem využívá. V literatuře se můžeme setkat s označením copingový styl (odrážející spíše dispoziční charakteristiku), či copingové procesy a strategie (vztahující se spíše na dynamický proces a odrážející změnu v závislosti na vývoji a zkušenostech, či v závislosti na konkrétním stresoru/stresové události na kterou jedinec reaguje).

Aldwin et al. (2007) uvádí tři teoretické koncepce, kterými můžeme na problematiku zvládání stresu nahlížet.

- Osobnostní přístup – příznivci tohoto přístupu považují za základními determinanty zvládání stresu osobnostní charakteristiky jedince a usuzují na určitou míru stability a konstantnosti prostředí.
- Environmentální přístup – strategie zvládání stresu se dle environmentalistů odvíjí primárně od typu působícího stresoru.
- Interakcionistický přístup – představuje snahu sjednotit výše uvedené přístupy a důraz klást na vzájemnou interakci mezi osobnostními charakteristikami a působícím stresorem.

3.1. Druhy copingových strategií

Kategorizace a pohledy na coping a copingové strategie nejsou jednotné a lze je vnímat z více úhlů pohledu. Mezi teoretiky a výzkumníky zabývajícími se kategorizací copingu a copingových strategií nepanuje shoda. Výsledky výzkumů poté vychází rozličně a nabízí se otázka, zda se jedná o natolik nestabilní a obtížně měřitelnou koncepci, anebo zda rozdílné výsledky vznikají na základě rozdílného teoretického ukotvení, operacionalizace copingu samotného i jeho dělení. Problémem je rovněž to, že coping se nedá jednoznačně reflektovat a změřit (Skinner E. A. & Zimmer-Gembeck M. J., 2016). V rámci měření strategií zvládání stresu a zátěže existuje množství metod. Celosvětově například CISS, COPE, BRIEF COPE, CSI, SPSS, PCI a další. V českém prostředí Dotazník zvládání zátěže, Stress profile, či SVF-78, jež bude využit i v rámci této práce pro návrh výzkumu.

Lazarus v roce 1966 rozdělil copingové strategie následovně: strategie útočící na stresor, strategie posilující vlastní zdroje, strategie vyhýbání se stresoru a apatie. Endler a Parker (1990) uvedli dělení na *copingové strategie zaměřené na emoce*, *copingové strategie zaměřené na problém* a *vyhýbání se*. U copingu zaměřeného na emoce je cílem strategie změnit pocity prožívané v dané situaci, avšak bez snahy ovlivnit situaci a problém jako takový. Jedinec se zaměřuje na sebe, na snižování úzkosti, pojmenovávání či uvědomování probíhajících pocitů. Jedná se ale i o emoční odpovědi a reakce jako je sebeobviňování, ruminace či vztek. Coping zaměřený na problém je zaměřen na akci a znamená, že jedinec usiluje o konstruktivní restrukturalizace a změnu situace, ve které se nachází a která mu způsobuje nepříjemnosti. Může tomu tak být například formou pozitivní reinterpretace a

snahou o následný růst, změnou podmínek, díky nimž na jedince stres působí, či pomocí aktivního plánování k řešení dané situace. Vyhýbavý styl zvládnání je pasivní a dá se popsat jako behaviorální i kognitivní úsilí vydané k minimalizaci, popření, či ignorování řešení stresové situace. Dle aktivity se můžeme rovněž u některých autorů setkat s dělením na coping *aktivní* a *vyhýbavý* (Holahan & Moos, 1987 in Baumstarck et al., 2017). Dělení na strategie zaměřené na emoce, nebo problém uvádí i Atkinson (2003).

Dále se odlišuje coping *adaptivní* a *maladaptivní*. Adaptivním copingem jsou myšleny funkční a zdravé postupy vedoucí ke snižování působení stresu na organismus, maladaptivní coping představuje neefektivní, častokrát i jedinci škodlivé chování, které je zacílené na zvládnutí situace, avšak může být efektivní pouze krátkodobě, anebo vůbec. Za adaptivní jsou považovány například aktivní strategie chování směřující k řešení situace. Mezi neefektivní strategie patří například užívání alkoholu a jiných látek, kouření, přejídání, či ruminace, jež jsou často spojeny s depresivními stavy. Toto dělení však není jednoznačné. Existují i situace, ve kterých se maladaptivní strategie ukazují jako efektivnější. Jedná se například o naprosto nekontrolovatelné a nezvladatelné stresory, které jedinec nemůže ovládat a mít nad nimi moc. Obecně však platí to, že vyšší úspěšnost mají strategie adaptivní, mezi něž patří například výše uvedené strategie zaměřené na problém (Fletcher, 2013; Metzger et al., 2017; Zeidner & Saklofske, 1996).

Pomyslná hierarchie copingu je dále reflektována dělením na *kategorie nižšího řádu* „*lower-order categories*“ a *kategorie vyššího řádu* „*high-order categories*“. Kategorie nižšího řádu představují konkrétní copingové strategie jako je například pozitivní kognitivní restrukturalizace, vyhledání emocionální podpory, přímá akce, sebeobviňování, relaxace, vyhledávání informací, popření, beznaděj, peer podpora, útěk, vyjádření emocí, katastrofizování a další (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2016; Skinner et al, 2003). Nad konkrétními strategiemi stojí kategorie vyššího řádu. Jedná se například o již výše zmíněný coping zaměřený na emoce, na řešení problému, příklon či vyhýbání. Toto klasické dělení se však dnes jeví již jako neefektivní vzhledem ke svému zjednodušení problematiky a pomalu se od jeho využívání upouští. Tyto kategorie jsou vyčleněny pouze dle své funkce, kterou strategie do ní spadající plní, avšak nereflexuje následek jejich využití. Například využití copingu zaměřeného na emoce může mít vliv nejen na emocionální stránku, ale i na behaviorální, či kognitivní stránku, tudíž i na problém. Nejstarší dělení na přiblížení se a vyhýbání, se stalo během let synonymem k adaptivním a maladaptivním strategiím v rámci své efektivity. Přesto však strategie spadající do skupiny vyhýbání nemusí být nutně

negativní (například v rámci zklidnění či sběru sil) a strategie přiblížení nutně pozitivní. Toto dělení se tudíž ukazuje jako zkratkovité a rovněž neefektivní.

Novější typologie dělí 12 kategorií vyššího řádu, které zařazuje do tří skupin:

- Koordinace akcí a nepředvídatelných událostí (řešení problému, vyhledávání informací, bezmocnost, útek)
- Koordinace důvěry a dostupnosti sociálních zdrojů (sebeuklidnění, vyhledávání podpory, delegace, sociální izolace)
- Koordinace preferencí a dostupných možností (přizpůsobení, vyjednávání, submise, opozice)

Konkrétní kategorie je vždy pojmenována dle akce, kterou jedinec při kontaktu se stresem zvolí, a u každé kategorie je popsána její funkce v adaptivním procesu a skupina strategií (kategorií nižšího řádu), která je u tohoto typu chování volena. Vzniká tak nová klasifikace copingu a copingových strategií, která by měla zefektivnit ucelení teorie, výzkumy zabývající se těmito fenomény a následné procesy intervencí (Skinner E. A. & Zimmer-Gembeck M. J., 2016).

3.2. Coping u pacientů s bipolární poruchou

I přesto, že je bipolární porucha považována za silně geneticky predisponované onemocnění, sílí uznání vlivu psychologických faktorů, které značně působí na počátky i průběh onemocnění. Komplexní schopnost zvládat svou diagnózu, současné afektivní stavy i celkový dopad na biopsychosociální sféru života je velmi důležitým faktorem pro průběh onemocnění a celkovou kvalitu života. Svou roli nehrají pouze afektivní stavy stojící samy o sobě, ale i pacientova odpověď na ně. Copingové strategie se prokazují svou schopností ovlivňovat průběh afektivních poruch a stávají se tak cílem psychologických intervencí (Fletcher, 2013). Studie Lam et al. (2001) poukázala na spojení mezi prodromálním stádiem, copingem a nástupem epizody. Pacienti, kteří se účastnili studie, byli schopni identifikovat své prodromální symptomy, ať už se jednalo o prodromální stádium mánie, či deprese. Signifikantně menší množství pacientů, kteří dokázali symptom identifikovat a referovali na využití behaviorální copingové strategie, zažilo epizodu. Správná volba strategie může rovněž sloužit jako preventivní faktor manického stavu díky efektivnímu zvládnutí prodromálních symptomů. Pacienti jsou v léčbě vedeni k sebezpozorování a rozeznávání potenciálně ohrožujících stresorů a symptomů, které v nich vyvolávají. Tento proces je velmi důležitý pro včasné rozpoznání ohrožujících faktorů a následné využití vhodné adaptivní

strategie a zastavení příchodu epizody (Parikh et al., 2007). Rovněž byly zaznamenány kladné efekty u intervencí pacientů, jež zahrnovaly adaptivní coping. Naopak maladaptivní strategie jako je nízká hladina přijetí a popření, se ukazují jako problematické (Fletcher, 2013).

Pacienti s bipolární poruchou mohou tíhnout k využívání maladaptivních strategií častěji než lidé bez diagnózy. Studie Moon et al. (2014) se zaměřila na zkoumání charakteristik copingu u pacientů s bipolární poruchou a ukázalo se, že pacienti preferují maladaptivní strategie zaměřené na vyhledávání potěšení (kouření, masturbace, krádeže) častěji než zdravá kontrolní skupina. Ta naopak více volila sociální strategie jako je například obklopení se společností, vídání se s přáteli, zaměstnání se příjemnou aktivitou a komunikace problému. Pacienti rovněž častěji volili impulzivnější řešení problému, což poukazuje na možný vliv tohoto přetrvávajícího rysu nejen v manické epizodě, ale i v remisi.

Studie zkoumající psychologické faktory klinického i personálního zotavení poukazuje na nedostatky dosavadních výzkumů, jež se především soustředily na klinické zotavení (zaměření na symptomy a prevence relapsů). Důraz na klinické zotavení opomíjí dle autorů zotavení osobnostní, do nějž patří dle CHIME modelu: naděje, optimismus pro budoucnost, identita, smysl, propojení a pocit vlastní účinnosti a moci, které mají rovněž klíčový vliv na průběh onemocnění (Law et al., 2016). V souvislosti s copingovými strategiemi autoři poukázali na propojení negativního sebehodnocení, dysfunkčních postojů a horších výsledků v obou typech zotavení. Dále na lepší osobnostní, ale horších klinické výsledky související s mánii, či hypománii, kterých dosahovali pacienti využívající adaptivní copingové strategie. Autoři tento jev vysvětlují tím, že adaptivní coping (jako je aktivita, hledání řešení, vyhledávání nového) může sloužit jako efektivní distraktor před depresivní fází, avšak může vést i k nadměrné stimulaci a narušení cirkadiálního systému, a tudíž k přesmyku do hypománie, či mánie. Je proto možné, že adaptivní strategie jsou efektivní pro depresivní symptomy, avšak mohou být neúčinné pro mánii a hypománii, pokud při nich dojde k nadměrnému rozptýlení. Ukazuje se však, že využívání adaptivního copingu může podpořit zlepšení ve všech kategoriích CHIME modelu, a tak nepřímo podpořit zlepšení v personálním zotavování (Mezes et al. 2021).

Rozdíly ve volbě strategií se ukazují mezi pacienty s bipolární poruchou I. a bipolární poruchou II.. Pacienti prvního typu mají tendence používat celkově širší škálu jednotlivých strategií a rovněž častěji vyhledávají odbornou pomoc. Naopak pacienti s poruchou druhého

typu častěji využívají strategie popření, obviňování, ale i na problém zaměřený coping (Parikh et al., 2007). Mimo jiné je volba rozdílných zvládacích strategií také spojena s adherencí k léčbě u bipolární poruchy prvního typu (Greenhouse et al., 2000).

Ve srovnání s diagnózou unipolární deprese využívají bipolární pacienti více vyhýbavých a na úkol zaměřených strategií. Tento rozdíl byl signifikantní i po vyřazení vlivu depresivních symptomů při srovnání pacientů, kteří se momentálně nenacházeli v depresivní fázi. Pokud se ale depresivní symptomatika zhoršovala, rozdíly ve volbě jednotlivých strategií se snižovaly (Suh et al., 2020).

Vzhledem k afektivnímu typu onemocnění je emocionální regulace, coping zaměřený na emoce a individuální reaktivita velmi důležitá. Bipolární pacienti jsou schopni využívat na emoce zaměřené adaptivní strategie jako je řešení problému, přesměrování pozornosti či přijetí, ale častěji volí ty maladaptivní, jako jsou ruminace, tlumení, sebeobviňování a katastrofizování (Dodd et al., 2019). Výzkumy ukazují na to, že pokud jsou ruminace využívány jako odpověď na nepříjemnou situaci a rozpoložení, vedou k prohloubení deprese a jsou rovněž spojovány s psychopatií (Lyubomirsky et al., 2015). To koresponduje s předpokladem, že některé na emoce zaměřené strategie, včetně ruminací, mohou psychopatii spíše podporovat než napomáhat obraně jedince. Nevhodné volby zvládnání poté mají negativní vliv na symptomy a náladu, ale mohou i nepřímo ovlivňovat rozvoj onemocnění, díky neefektivním reakcím na zátěžové situace. Ve srovnání s unipolární depresí vycházely výsledky volených strategií zvládnání velmi podobně (Dodd et al., 2019).

Výzkumy ukazují, že stres ovlivňuje první, ale i následující nástupy epizod u jedinců s bipolární poruchou. I přesto, že pacienti nemohou plně ovlivnit veškeré stresory, které na ně působí, mohou ovlivnit jejich včasnou identifikaci a to, jak na ně zareagují, a jak je zvládnou. V literárně přehledové části bylo popsáno onemocnění bipolární poruchou jako takové a byla uvedena jeho specifika. Dále byl popsán stres a jednotlivé stresory, které mohou na jedince působit, společně s charakteristikou specifík vlivu stresu na konkrétní typ onemocnění. Další část se věnovala definování copingu, jeho druhům a opět propojením s bipolární poruchou. V návrhu výzkumu se budu věnovat hlavním oblastem literárně přehledové části a jejich propojení.

Návrh výzkumného projektu

Výzkumný projekt se zaměří na koncepty, jež byly popsány v literárně přehledové části, a to na jednotlivé životní události, jejich množství, prožitý stres a copingové strategie u pacientů s bipolární poruchou.

Důležitost stresu v životě pacientů s bipolární poruchou a jeho vliv na onemocnění byly představeny v teoretické části. V návaznosti na tyto poznatky bude cílem navrhovaného výzkumu nalezení potenciálního propojení mezi výše zmíněnými koncepty. Důraz bude kladen na to, zda existují vazby mezi copingovými strategiemi, prožitým stresem a jednotlivými životními událostmi. Potenciální korelace životních událostí a strategií by byla v souladu s pohledem, který nahlíží na coping jako na dynamickou strukturu (více v kapitole 3.) a vnímá zvládání stresu jako interakci jedince a prostředí. Potenciální korelace prožitého stresu a strategií by pak mohla pomoci v lepším pochopení mechanismu volby copingových strategií. Vzhledem k tomu, že je coping prokazatelně důležitý pro průběh onemocnění a stává se tak cílem psychologických intervencí, je cílem navrhovaného výzkumu lépe porozumět jeho mechanismům, díky nimž je možné správně a efektivně intervenci zacílit.

Vedlejším cílem navrhovaného výzkumu bude sledování množství výskytu jednotlivých životních událostí a prožitého stresu v životě pacientů a rovněž sledování volených copingových strategií, které pacienti k zvládání zátěže využívají. Tyto data budou poté srovnávána s kontrolní skupinou. Zde se jedná o ověření a případné rozšíření poznatků, jež byly uvedeny v literárně přehledové části, v rámci českého prostředí.

4. Výzkumný problém, cíle výzkumu, hypotézy a výzkumné otázky

Primárním cílem výzkumu bude zodpovědět následující výzkumné otázky:

- 1) *Existuje vztah mezi životními událostmi a volbou copingových strategií u pacientů s bipolární poruchou?*
- 2) *Existuje vztah mezi prožitým stresem a volbou copingových strategií u pacientů s bipolární poruchou?*

Půjde tedy o explorační korelační výzkum a otázkou rovněž je, zda se korelace prokáže jak u klinické, tak u kontrolní zdravé skupiny. Pokud výše uvedené vztahy budou existovat, považuji za důležité provést srovnání se zdravou populací, aby bylo možné říci, zda bipolární porucha působí jako modifikátor tohoto vztahu. Vzhledem k tomu, že se jedná

o hledání vztahu mezi těmito koncepty, je tento zájem vyjádřen výzkumnou otázkou bez hypotézy. Pokud by se našlo více korelujících jednotek a dalo by se usuzovat na vzájemný vztah. Podnětem pro další výzkumy by například bylo stanovení konkrétních hypotéz (například smrt v rodině koreluje s volbou strategie úniku). V tomto návrhu výzkumu se však jedná o nalezení spojitostí, proto by byla hypotéza vygenerovaná pro tyto účely příliš obecná a je tak ponechána ve formě výzkumné otázky.

Vedlejším cílem výzkumu bude mapování a deskripce *množství prožitých životních událostí, prožitého stresu* a nejčastěji volených *copingových strategií* u pacientů s bipolární poruchou ve srovnání s kontrolní neklinickou skupinou.

V závislosti na teoretické části práce si kladu otázky, zda je klinická populace v českém prostředí vystavena vyššímu počtu životních událostí, tudíž většímu stresu, oproti neklinické populaci. Vzhledem k zaměření práce na stres a jednotlivé stresové události je nutné si stanovit, jak budou tyto pojmy operacionalizovány v rámci navrhovaného výzkumu. Postihnout stres a veškeré stresory je velmi obtížné, proto bude množství prožitého stresu a stresorů měřeno pomocí konceptu life-events, modifikovaným dotazníkem SRRS, který je obecně hojně využíván v rámci testování životních událostí a stresu. V rámci tématu copingových strategií je cílem prozkoumat nejčastěji volené strategie u této klinické populace pomocí dotazníku SVF-78 a ověřit preference ve srovnání s kontrolní skupinou. Tyto otázky vycházejí z již existujících výzkumů, které však doporučují další zkoumání a mým cílem je jejich výsledky ověřit v rámci české populace. Výsledky klinické populace budou srovnávány rovněž s neklinickou skupinou respondentů.

Na základě výzkumných otázek, které jsou podloženy dřívějšími studiemi, byly stanoveny následující hypotézy:

- 1) Pacienti s bipolární poruchou budou v dotazníku SRRS disponovat vyšším skórem v počtu prožitých životních událostí než kontrolní skupina.
- 2) Pacienti s bipolární poruchou budou v dotazníku SRRS disponovat vyšším skórem na škále subjektivní míry stresu.
- 3) Skór negativních copingových strategií u pacientů s bipolární poruchou bude vyšší než skór u respondentů z kontrolní skupiny.

Výše uvedené hypotézy tak ověřují již existující data a výzkumy, které jsou zmíněny v literárně přehledové části.

5. Design výzkumného projektu

Pro získání co nejvíce možného počtu respondentů bude výzkum probíhat celorepublikově. V první fázi výzkumu bude formován výzkumný tým. Jedná se o oslovení administrátorů z řad psychologů, kteří by měli zájem se na výzkumu podílet a jejich následné proškolení. Dále budou využívané výzkumné metody zformovány do online podoby, budou vytvořeny informativní emaily pro prostředníky, pacienty a kontrolní skupinu. V druhé fázi výzkumu budou oslovena psychiatrická pracoviště, denní stacionáře, jednotliví psychologové a psychiatři, kteří poté budou distribuovat nabídku s účastí na výzkumu mezi svými pacienty, kteří budou splňovat zvolená kritéria pro zařazení do studie. Proběhne rozeslání dotazníkových setů a sběr dat. Ve třetí fázi bude distribuována nabídka účasti na výzkumu v neklinické populaci. Dle demografických údajů klinické skupiny bude vybrán korespondující vzorek respondentů, dojde k rozeslání dotazníkových setů a sběru dat. Fáze čtvrtá bude zaměřena na anonymizování veškerých získaných dat, zpracování a analýzu. V páté a poslední fázi bude vytvořen prostor pro debriefing jak pro zapojené účastníky, tak pro administrátory.

Časová dotace výzkumu bude činit 8 měsíců. Počítá se s časem, který zabere oslovování pracovišť, psychologů a lékařů, rovněž prodleva mezi přihlašováním jednotlivých klinických účastníků, proškolení administrátorů testových metod, oslovování a administrace testů pro kontrolní skupinu a následné zpracování dat. Na práci s klinickou skupinou jsou vymezeny přibližně 4 měsíce, 2 měsíce jsou k dispozici pro práci s kontrolní skupinou a 2 měsíce na analýzu a zpracování dat.

5.1. Typ výzkumu

Výzkum bude proveden kvantitativně, vzhledem ke skutečnosti, že se jedná o ověření a rozšíření jednotlivých předpokladů, teorií a dřívějších výzkumů zabývajících se tímto tématem. Na získaných datech bude provedena korelační analýza pro zjištění síly vztahu mezi proměnnými, v tomto případě mezi prožitým stresem a copingovými strategiemi a mezi jednotlivými životními událostmi a copingovými strategiemi. Dále bude porovnáno množství prožitého stresu, životních událostí a volené strategie u klinické a kontrolní výzkumné skupiny, dle výsledných dat z dotazníků. Bude se tudíž jednat o výzkum korelační a komparativní.

5.2. Metody získávání dat

Sběr dat bude koncipován použitím dvou dotazníkových metod - Social Readjustment Rating Scale (SRRS) a SVF-78.

Social Readjustment Rating Scale (SRRS)

Pro účely měření životních událostí bude využita Škála sociální readjustace Holmese a Raheho (Holmes & Rahe, 1967) konkrétně novější revize z osmdesátých let dle De Meuse (De Meuse, 1985). Škála je složena ze 43 událostí, z nichž každá je ohodnocena určitým bodovým skórem, který představuje míru přizpůsobení, jakou událost od jedince vyžaduje. Zobrazuje tak rovněž nárok a míru zátěže, kterou pro jedince přináší. Respondent musí označit všechny události, s kterými se za poslední rok setkal. Pokud se tak u některé položky stalo vícekrát, respondent tuto informaci rovněž vyplní do dalšího samostatného pole. Checklist nám proto dobře poslouží pro mapování množství jednotlivých událostí, se kterými se respondenti v posledním roce setkali. Je vhodný i pro porovnání mezi klinickou a neklinickou skupinou.

Kritika tohoto dotazníku je zaměřena na předem určenou váhu událostí (jak moc stresující pro jedince událost byla), kterou určili samotní autoři (Ogden, 2007). Z dotazníku se tak vytrácí možnost subjektivního zhodnocení míry stresu, kterou respondent v souvislosti s životní událostí zažívá. Autoři usuzují na určitou konstantnost závažnosti jednotlivých událostí a opomíjí tak individualitu. Každá položka bude tudíž doplněna o škálu subjektivní míry stresu, na které respondent označí, jak moc stresující pro něj událost byla na škále 0 – 5 (0 = nejméně zatěžující, 5 = nejvíce zatěžující). V dotazníku nebude záměrně použito označení „stresující, stres“, ale „zátěž, zatěžující“ vzhledem ke snaze o konstantnost s dotazníkem SVF-78, kde rovněž není slovo stres záměrně využíváno. Jde zde o snahu vyhnout se negativní konotaci, kterou s sebou slovo stres často přináší. Díky tomuto doplnku pak bude možné sledovat prožitý stres, který bude vyjádřen bodovým součtem skóre na škále subjektivní míry stresu, kterého respondent dosáhne.

Dotazník bude využit především kvůli obsahové skladbě, která i přes jeho relativní stáří zachycuje klíčové životní momenty, změny a prožitý stres, jejichž výskyt bude později statisticky zpracován ve spojitosti s copingovými strategiemi. Dalším benefitem je zaměření na události posledního roku. Samozřejmě by bylo možné respondentům zadat dotazník, který by postihl delší časový horizont, avšak tento postup by obnášel větší riziko spojené se zkreslením v důsledku chyb paměti, či potlačení vzpomínek. Tato metoda je rovněž volena

z toho důvodu, že měření veškerých stresorů je vzhledem k jejich šíři velmi složité a koncept životních událostí/life-events je vhodnou operacionalizací a bývá výzkumně často využíván.

Dotazník nám tak poskytne data ohledně množství životních událostí, které respondent zažil v posledním roce (dojde tak k potvrzení či vyvrácení H_1) a rovněž reflektuje prožitý stres, který je definován součtem bodů na škále subjektivní míry stresu, který je poté důležitý pro H_2 a korelační analýzu v rámci výzkumné otázky č.2.

SVF-78

Dotazník SVF-78 bude zvolen především z důvodu existence standardizace na české populaci a jeho častému využívání. Jedná se o sebepozorovací inventář, jehož autory jsou Janke & Erdmann (2003), a který byl do českého jazyka přeložen Josefem Švancarou. Dotazník se skládá ze 13 subtestů ověřující strategie zvládání zátěžových situací:

- podhodnocení – přisuzování si nižší míry stresu ve srovnání s ostatními
- odmítání viny – zdůraznění faktu, že za to, co se stalo, nejsem odpovědný
- odklon – odklon od stresujících, zátěžových situací, či aktivit
- náhradní uspokojení – přesunutí se k pozitivním situacím, či aktivitám
- kontrola situace – vědomé analyzování, plánování, akce a řešení problému
- kontrola reakcí – kontrola svého chování a reakcí
- pozitivní sebeinstrukce – důvěra ve vlastní sebeúčinnost, víra ve vlastní kompetenci/kontrolu situace
- potřeba sociální opory – potřeba rozhovoru, pomoci a podpory z okolí
- vyhýbání se – zamezení či vyhýbání se zátěžím
- úniková tendence – rezignace, tendence uniknout situaci
- perseverace – ulpívavé myšlení na událost, neschopnost se od ní odpoutat
- rezignace – pocit bezmoci, beznaděj, vzdávání se
- sebeobviňování – přisuzování příčin zátěže vlastnímu chování

Dotazník poté pracuje s rozdělením na pozitivní a negativní strategie. Mezi pozitivní strategie řadí autoři podhodnocení, odmítání viny, odklon, náhradní uspokojení, kontrola situace, kontrola reakcí a pozitivní sebeinstrukce. Mezi negativní strategie autoři zahrnují perseveraci, únikové tendence, sebeobviňování a rezignaci. Potřeba sociální opory a vyhýbání patří do strategií zřídka se vyskytujících (Janke & Erdmann, 2003).

Respondent v dotazníku odpovídá na výroky a pomocí čtyřstupňové škály vyjadřuje míru souhlasu, či nesouhlasu s nimi (0 – vůbec ne, 1 – spíše ne, 2 – možná, 3 – pravděpodobně, 4 – velmi pravděpodobně).

Dotazník je v českém prostředí standardizován, často využíván a disponuje poměrně vysokou reliabilitou. Výhodou je krátký čas vyplňování, tudíž předcházíme nepozornosti či únavě respondenta, a jednoduchá administrace. Je proto uživatelsky příjemný jak pro respondenty, tak pro výzkumníky. Dotazník by měl být vyplňován v podobě tužka-papír, avšak pro účely tohoto návrhu výzkumu by byly otázky převedeny do elektronické podoby. Nevýhodou je však absence validizačních studií či relativní teoretická neukotvenost, kterou autoři sami přiznávají. Janke a Erdmann rovněž chápou strategie zvládnutí zátěže jako relativně stabilní v čase a nezávislé na vnějším podnětu, což je v rozporu s předpokladem závislosti copingové strategie na konkrétním stresoru (podrobněji uvedeno v kapitole 3.). Výzkumná otázka se však zabývá existencí, či neexistencí tohoto vztahu, a proto se domnívám, že tato konstrukce dotazníku by neměla být překážkou pro zkoumání, a využití této metody považuji za zajímavé v rámci kontrastu, který přináší.

5.3. Metody zpracování a analýzy dat

Navrhovaný výzkum je kvantitativní, tudíž budou data zpracovávána primárně statisticky. Sesbíraná data budou anonymizována a popsána deskriptivní statistikou pro přesnou představu o složení skupin. Jako první budou deskriptivně popsána data klinické skupiny, dle nichž budou později sestavena kritéria (pohlaví, věk, vzdělání) pro skupinu srovnávací. Následně bude vytvořena tabulka s daty jednotlivých testů jak u klinické, tak neklinické skupiny.

U stanovených hypotéz se pracuje s nominálními daty (skupina s bipolární poruchou a skupina zdravých jedinců) a s daty poměrovými (výsledky jednotlivých testů), jež budou vyhodnoceny dle testových manuálů. Pro porovnání obou skupin bude využit dvou-výběrový t-test. V rámci odpovědi na výzkumné otázky, bude provedena korelační analýza, zjišťující vzájemný vztah.

5.4. Etika výzkumu

Do tohoto výzkumu budou zapojeni pouze plnoletí respondenti, kteří se sami přihlásí, tudíž účast bude zcela dobrovolná. Oslovování respondentů spadajících do klinické populace bude probíhat přes prostředníky, kteří jejich diagnózu znají a nebude proto docházet k předávání informací dalším osobám a získávání údajů od pacientů, kteří by se studie například zúčastnit nechtěli. Respondenti ze srovnávací skupiny se rovněž sami rozhodnou, zda se výzkumu účastnit, či nikoliv. Všichni účastníci vyplní pomocí online formuláře informovaný souhlas o účasti na výzkumu a v případě zájmu budou mít možnost požádat o individuální debriefing. Pokud budou dotazníkové otázky někomu nepříjemné, je rovněž možnost vyplňování kdykoliv přerušit a účast na výzkumu odmítnout.

Účastníci budou informováni o anonymizaci svých údajů hned na počátku studie. Každý respondent získá identifikační číslo, pod nímž poté budou jeho data zpracovávána a případně publikována. K údajům bude mít přístup pouze výzkumný tým, a to v rámci možnosti individuálního debriefingu, o který budou moci účastníci zažádat v rámci půlroční časové dotace. Tato možnost je i způsobem motivace vzhledem k tomu, že účast na studii není nijak finančně ohodnocená. Získané osobní údaje budou po uplynutí doby určené k debriefingu smazány v rámci ochrany dat.

6. Výzkumný soubor

Výzkumný soubor budou tvořit dvě skupiny. Skupina osob s diagnózou bipolární poruchy a srovnávací skupina zdravých účastníků. Cílem je získat alespoň 100 respondentů u obou skupin, v rámci relevantnosti výzkumu.

Skupina osob s bipolární poruchou

V rámci výzkumu budou respondenti spadající do této skupiny oslovováni přes psychiatrická pracoviště, denní stacionáře, psychology a psychiatry. Bude se jednat o typologický výběr respondentů, kdy diagnóza a současný stav pacienta nebudou ověřovány výzkumnými pracovníky, ale pomocí expertního posudku prostředníka (lékaře, případně psychologa). Pacienti budou obeznámeni s možností účasti na výzkumu a v případě zájmu jim budou poskytnuty kontaktní údaje, přes které se můžou přihlásit a svou účast potvrdit. Oslovování skrze odborné prostředníky ať už se jedná o organizace, či konkrétní psychology a lékaře je voleno v rámci pre-screeningu účastníků, jež bude rovněž probíhat

přes tyto prostředníky, kterým budou poskytnuta následující výběrová kritéria pro zařazení do studie:

- Věk 20 – 64 let (voleno dle normovacího vzorku dotazníku SVF-78)
- Psychiatricky stanovená diagnóza bipolární poruchy
- Stabilizovaní jedinci v remisi docházející do ambulantní léčby
- Vyloučení komorbidních a dalších onemocnění

Pokud budou respondenti souhlasit se zapojením do výzkumu, bude jim na emailovou adresu odeslán dotazníkový set, který bude možné vyplnit online. Online varianta je volena z důvodu většího pohodlí účastníků. Rovněž je předpokládáno, že s využitím této metody bude získáno větší množství respondentů.

Srovnávací skupina zdravých osob

Srovnávací skupina bude vytvořena v závislosti na klinické. Respondenti budou vybíráni tak, aby rozložení demografických charakteristik jako je pohlaví, věk, či vzdělání, odpovídalo klinické skupině. Nejdříve proto proběhne sběr dat ve skupině respondentů s bipolární poruchou, poté bude vybrána a zapojena skupina kontrolní. Účastníci budou oslovováni prostřednictvím internetu, kdy budou dotazníky šířeny především za pomoci sociálních médií, v rámci největšího možného dosahu a získání požadovaného množství respondentů. Kritéria pro zařazení do studie budou následující:

- Věk 20 – 64 let
- Absence psychiatrické diagnózy bipolární poruchy
- Absence bipolární poruchy v rodinné anamnéze
- Absence jiného psychiatrického onemocnění

7. Diskuse

V teoretické části byly shrnuty poznatky z psychiatrické ale i psychologické literatury, výzkumů a článků. Bipolární porucha je někdy popisovaná jako jízda na tankodromu, či život na houpačce. Již z této nestability a náročnosti, které s sebou onemocnění přináší lze usuzovat na častý kontakt se stresem a jeho následky. Jakým způsobem tedy pacienti s touto diagnózou zvládají své onemocnění a kontakt se stresory způsobující stres obecně, je velmi důležitou otázkou. Přístupy ke copingu, stresu, ale i stresorům se různí. Z tohoto důvodu je v teoretické části uveden co nejširší výčet možných pohledů. Návrh výzkumu se snaží tyto oblasti propojit a pomoci zodpovědět alespoň některé z otázek, které v rámci tohoto tématu vyvstávají.

Pro administraci zvolených výzkumných metod byla využita online verze, která je výhodná z hlediska časové, personální a finanční úlevy. Je však nutno poznamenat, že to s sebou nese úskalí jak socioekonomické, vzhledem k tomu, že bude nutnost, aby měl každý účastník elektronické zařízení, na kterém bude možné dotazníky vyplnit, tak kontrolní (nemůžeme si být jisti, že dotazníky vyplní opravdu zvolený respondent). Na druhé straně je tímto způsobem zajištěn komfort účastníků i minimalizován jejich čas strávený na účasti, a vyšší pravděpodobnost získání většího počtu respondentů. Rovněž je tímto způsobem ušetřen čas administrátorů i institucí a jejich finanční ohodnocení, kteří by museli být osloveni v závislosti na získávání prostorů, ve kterých by bylo možné metody administrovat.

Dalším úskalím je výběr respondentů do klinické skupiny. I kvůli proměnlivosti a nestabilitě tohoto typu onemocnění může být složité získat pacienty, kteří se nachází ve fázi remise. Pokud se tak pomocí prostředníků podaří, je možný přesmyk do jiné epizody onemocnění a odstoupení z výzkumu, či účast pacienta nespĺňujícího výběrová kritéria. Pokud se jedná o měřené životní události, dosavadní výzkumy byly prováděny převážně retrospektivně. Díky tomu mohly poukázat na souvislost výskytu většího množství životních událostí a následující epizody. Tento návrh výzkumu však nesleduje spojitost životních událostí s epizodou, ale pouze jejich výskyt ve fázi remise v porovnání se srovnávací skupinou bez ohledu na to, kdy pacienti zažili minulou epizodu, či bez následujícího follow-upu, pro zjištění následující epizody po testování. Tato tematika nebyla hlavním předmětem navrhovaného výzkumu, ale považuji za důležité zmínit tento rozdíl oproti dřívějším výzkumům, vzhledem ke zvážení vlivu těchto dalších faktorů, které do studie zahrnuté nebyly.

V rámci testovacích metod je nutné zmínit úskalí Social Readjustment Rating Scale (SRRS). I přesto, že byla využita přepracovaná novější verze, stále se jedná o relativně starší metodu, která nemusí přesně reflektovat veškeré klíčové zátěžové události v 21. století. Považuji ji však za dostačující pro účely tohoto výzkumu, i vzhledem k tomu, že opravdu zátěžové a stresující situace (jako je smrt, rozvod, a další), které jsou aktuální i dnes, jsou v dotazníku zahrnuty. Navíc se jedná o výzkum především explorační a za důležité je považováno nalezení či nenalezení korelací mezi copingovými strategiemi, životními událostmi a prožitým stresem. Kriticky je nutné nahlížet rovněž na přidanou škálu subjektivní míry stresu. Jedná se o individuální posouzení událostí, které se u respondenta vyskytly v posledním roce. Je zde tudíž možné vzpomínkové zkreslení a vnímání stresu může být modifikováno onemocněním. Metoda SVF-78 je v České republice standardizována, poměrně často využívána a prokazuje se vysokou reliabilitou. Autoři dotazníku si coping definují jako neměnný a relativně nezávislý na situaci, což nekoresponduje s myšlenkou závislosti copingové strategie na konkrétním stresoru, avšak právě proto považují využití této metody jako zajímavé v rámci kontrastu, který přináší, a nevidím konstrukci dotazníku jako překážku pro jeho využití.

V rámci copingu u pacientů s bipolární poruchou poukazují studie na preferenci maladaptivního, neefektivního a na emoce zaměřeného copingu. Vzhledem k nejasnostem ohledně struktury copingu a ohledně otázky, zda se jedná o neměnný rys, či interagující proces, však není možné identifikovat konkrétní volbu strategií. Pokud by se ukázaly korelace mezi jednotlivými strategiemi a událostmi, bylo by možné usuzovat na existenci nějakého vztahu mezi těmito koncepty a zároveň tak na nestálost a proměnlivost copingu. To samé by potvrdilo vztah mezi prožitým stresem a volbou strategie. Další studie by se mohly zabývat ověřováním hypotéz, které by potvrdovaly, či vyvracely vztahy mezi konkrétními strategiemi a událostmi, a následně ověřováním jejich efektivity. Pokud by se prokázal vztah mezi strategiemi a prožitým stresem, dalo by se usuzovat na modifikaci strategií v závislosti na působícím stresu. Podnětem pro další studie je rovněž zohlednění osobnostních charakteristik, jež nebyly v tomto výzkumu zkoumány, a mohly by vstupovat jako moderátor vzájemného vztahu výše uvedených konceptů. Hlubší porozumění problematice stresu, jednotlivých stresových událostí a copingových strategií je důležité pro vhodné intervence, prevence relapsů, nácviky reakcí na konkrétní situace a pro aplikaci do léčby pacientů s bipolární poruchou. Tyto poznatky by mohly přinést větší pocit kontroly a stability do nestabilního života jedinců žijících s tímto typem diagnózy.

Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo představení komplexní tematiky stresu, jednotlivých stresorů, životních událostí a následných strategií zvládnání v životě pacientů s diagnózou bipolární poruchy. V literárně přehledové části jsem se zabývala problematikou samotné diagnózy, odlišnými pohledy na stres, dále působením stresu na počátek a průběh onemocnění i jednotlivými stresory a životními událostmi, se kterými se mohou pacienti setkat, a které mohou být pro jejich životní cestu velmi náročné. Druhým pilířem práce byl coping a copingové strategie. Za klíčové považuji představení výsledků jednotlivých studií, jež se tématem na populaci pacientů s touto diagnózou zabývaly. V empirické části byl poté představen návrh výzkumu, který by ověřoval a propojoval poznatky popsané v literárně přehledové části. Důraz byl kladen na ověření množství stresu a událostí, se kterými se pacienti běžně setkávají a jaké copingové strategie v životě využívají. I přesto, že se výzkumy touto tematikou již nějaký čas zabývají, vzhledem k nestabilitě a obtížnosti uchopení samotné diagnózy je dle autorů výsledky nutno nadále ověřovat a rozšiřovat. Klíčovou otázkou navrhovaného výzkumu bylo, zda existuje propojení mezi jednotlivou životní událostí a volenou copingovou strategií a mezi prožitým stresem a volbou strategie. Pokud by byl coping stabilní a byl by spíše rysem osobnosti, bylo by možné pracovat na strategiích, které jsou typické pro konkrétního pacienta, případně na jejich změně, ale pokud by byl závislý na události, která mu předcházela, bylo by podnětem pro další výzkumy nalézt spojitosti, které se vyskytují nejčastěji, zaměřit se na nejúčinnější strategie pro konkrétní události a tyto poznatky poté zakomponovat do intervencí a ověřit jejich účinnost. Výsledky by však mohly přispět k lepšímu pochopení výše uvedených konceptů ovlivňujících diagnózu, širšímu poznání a možností uplatnění do intervencí a léčby.

Seznam použité literatury

- Afshar, H., Roohafza, H. R., Keshteli, A. H., Mazaheri, M., Feizi, A., & Peyman, A. (2015). The association of personality traits and coping styles according to stress level. *Journal of Research in Medical Sciences*, 20(4), 353-358
- Aldinger, F., & Schulze, T. G. (2017). Environmental factors, life events, and trauma in the course of bipolar disorder. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 71(1), 6–17.
- Aldwin, C. M. (2007). *Stress, coping, and development: An integrative perspective* (2nd ed.). Guilford Press.
- Ambelas, A. (1979). Psychologically Stressful Events in the Precipitation of Manic Episodes. *British Journal of Psychiatry*, 135(1), 15-21
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Angst, J., Ajdacic-Gross, V., & Rössler, W. (2020). Bipolar disorders in ICD-11: current status and strengths. *International Journal of Bipolar Disorders*, 8(1).
- Angst, J., Azorin, J. M., Bowden, C. L., Perugi, G., Vieta, E., Gamma, A., Young, A. H., & BRIDGE Study Group (2011). Prevalence and characteristics of undiagnosed bipolar disorders in patients with a major depressive episode: the BRIDGE study. *Archives of general psychiatry*, 68(8), 791–798.
- APA (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6th Ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Assari, S., & Lankarani, M. M. (2016). Association Between Stressful Life Events and Depression; Intersection of Race and Gender. *Journal of racial and ethnic health disparities*, 3(2), 349–356.
- Barlow, D. H., Durand, V. M., & Hofmann, S. G. (2018). *Abnormal psychology: an integrative approach*. Cengage learning.
- Bartůňková, S. (2010). *Stres a jeho mechanismy*. Praha: Karolinum.
- Baštecká, B., Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál, 2001.
- Baumeister, D., Akhtar, R., Ciufolini, S., Pariante, C. M., & Mondelli, V. (2016). Childhood trauma and adulthood inflammation: a meta-analysis of peripheral C-reactive protein, interleukin-6 and tumour necrosis factor- α . *Molecular psychiatry*, 21(5), 642–649.

- Bebbington, P., Wilkins, S., Jones, P., Foerster, A., Murray, R., Toone, B., & Lewis, S. (1993). Life events and psychosis: Initial results from the Camberwell Collaborative Psychosis Study. *British Journal of Psychiatry*, 162, 72-79.
- Belvederi Murri, M., Prestia, D., Mondelli, V., Pariante, C., Patti, S., Olivieri, B., Arzani, C., Masotti, M., Respino, M., Antonioli, M., Vassallo, L., Serafini, G., Perna, G., Pompili, M., & Amore, M. (2016). The HPA axis in bipolar disorder: *Systematic review and meta-analysis*. *Psychoneuroendocrinology*, 63, 327–342.
- Bender, R. E., & Alloy, L. B., Life stress and kindling in bipolar disorder: Review of the evidence and integration with emerging biopsychosocial theories, *Clinical Psychology Review*, 31(3), 2011.
- Bernstein, D. A., & Nash, P. W. (2005). *Essentials of Psychology*. 3rd Edition. Boston: Houghton Mifflin.
- Bienertova-Vasku, J., Lenart, P., & Scheringer, M. (2020). Eustress and distress: Neither good nor bad, but rather the same? *BioEssays*, 42(7).
- Bora, E., & Özerdem, A. (2017). Meta-analysis of longitudinal studies of cognition in bipolar disorder: comparison with healthy controls and schizophrenia. *Psychological medicine*, 47(16), 2753–2766.
- Brown N. C., Andreatza A. C., & Young T. L., (2014). An updated meta-analysis of oxidative stress markers in bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 218, (1–2), 61-68.
- Cooper, C. L., & Quick, J. C. (Eds.). (2017). *The handbook of stress and health: a guide to research and practice*. Wiley-Blackwell.
- Craighead, W. E., Miklowitz, D. J., & Craighead, L. W. (2013). *Psychopathology: history, diagnosis, and empirical foundations* (4th ed). John Wiley & Sons.
- De Meuse, K. P. (1985). The Life Events Stress-Performance Linkage: An Exploratory Study, *Journal of Human Stress*, 11(3), 111-117.
- Dienes, K. A., Hammen, C., Henry, R. M., Cohen, A. N., & Daley, S. E. (2006). The stress sensitization hypothesis: Understanding the course of bipolar disorder, *Journal of Affective Disorders*, 95 (1–3), 43-49.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). *Coping Inventory for Stressful Situations* (CISS). Toronto: Multi-Health Systems.
- Fletcher, K., Parker, G. B., & Manicavasagar, V. (2013). Coping profiles in bipolar disorder. *Comprehensive psychiatry*, 54(8), 1177–1184.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Pimley, S., & Novacek, J. (1987). Age differences in stress and coping processes. *Psychology and Aging*, 2(2), 171-184.

- Gatersleben B., & Griffin I. (2017). *Environmental Stress*. In: Fleury-Bahi G., Pol E., Navarro O. (eds) *Handbook of Environmental Psychology and Quality of Life Research*. International Handbooks of Quality-of-Life. Springer, Cham.
- Goodwin, G. (2002). Hypomania: What's in a name? *British Journal of Psychiatry*, 181(2), 94-95.
- Gunnar, M. R. (2017). Social buffering of stress in development: A career perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 12(3), 355–373.
- Harkness, K. L., & Hayden, E. P. (Eds.). (2020). *The Oxford handbook of stress and mental health*. Oxford University Press.
- Harkness, K. L., Hayden, E. P., & Lopez-Duran, N. L. (2015). Stress sensitivity and stress sensitization in psychopathology: An introduction to the special section. *Journal of Abnormal Psychology*, 124(1), 1–3.
- Harrison, P. J., Geddes, J. R., & Tunbridge, E. M. (2018). The Emerging Neurobiology of Bipolar Disorder. *Trends in Neurosciences*, 41(1), 18–30.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Johnson, S. L., & Roberts, J. E. (1995). Life events and bipolar disorder: Implications from biological theories. *Psychological Bulletin*, 117(3), 434–449.
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005.
- Kebza, V., & Šolcová, I. (2008). Hlavní koncepce psychické odolnosti. *Československá psychologie*, 52(1), 1-19.
- Kemner, S. (2017). Life events and bipolar disorder: The influence of life events on the onset and course of bipolar disorder. *University of Groningen*.
- Kemner, S. M., van Haren, N. E., Bootsman, F., Eijkemans, M. J., Vonk, R., van der Schot, A. C., Nolen, W. A., & Hillegers, M. H. (2015). The influence of life events on first and recurrent admissions in bipolar disorder. *International journal of bipolar disorders*, 3, 6.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1–11.
- Komárková, R., Slaměnik, I., & Výrost, J. (Eds.). (2001). *Aplikovaná sociální psychologie*. Praha: Grada Publishing.
- Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Praha: Grada Avicenum.
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2003). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.

- Law, H., Shryane, N., Bentall, R., & Morrison, A. (2016). Longitudinal predictors of subjective recovery in psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 209(1), 48-53.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. NY: Springer Publishing Company.
- 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.
- Lima, I., Peckham, A. D., & Johnson, S. L. (2018). Cognitive deficits in bipolar disorders: Implications for emotion. *Clinical psychology review*, 59, 126–136.
- Lyubomirsky, S., Layous, K., Chancellor, J., & Nelson S. K. (2015). Thinking About Rumination: The Scholarly Contributions and Intellectual Legacy of Susan Nolen-Hoeksema. *Annu. Rev. Clin. Psychology*, 11, 1–22.
- Maddi, S. (2007). Relevance of Hardiness Assessment and Training to the Military Context. *Military Psychology*, 19(1), 61-70.
- McEwen, B. S., & Akil, H. (2020). Revisiting the Stress Concept: Implications for Affective Disorders. *Journal of Neuroscience*, 40(1), 12-21.
- Metzger, I. W., Blevins, C., Calhoun, C. D., Ritchwood, T. D., Gilmore, A. K., Stewart, R., & Bountress, K. E. (2017). An examination of the impact of maladaptive coping on the association between stressor type and alcohol use in college. *Journal of American college health*, 65(8), 534–541.
- Mezes, B., Lobban, F., Costain, D., Longson, D., & Jones, S. H. (2021). Psychological factors in personal and clinical recovery in bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 280 (Pt A), 326–337.
- Milosevic, I., & McCabe, R. E. (2015). *Phobias: The Psychology of Irrational Fear*. Greenwood.
- MKN-10: *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: obsahová aktualizace k 1.1.2018*. (2018). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- Moon E., Chang, J. S., Choi, S., Ha, H. T., Cha, B., Cho H., S., Park, J. M., Lee, B. D., Lee, Y., M., Choi, Y., & Ha, K. (2014). Characteristics of stress-coping behaviors in patients with bipolar disorders, *Psychiatry Research*, 218(1–2), 69-74.
- Muneer, A. (2017). Mixed States in Bipolar Disorder: Etiology, Pathogenesis and Treatment. *Chonnam Medical Journal*, 53, 1-13.
- Murru, A., Primavera, D., Oliva, M., Meloni, M. L., Vieta, E., & Carpiniello, B. (2015). The role of comorbidities in duration of untreated illness for bipolar spectrum disorders. *Journal of Affective Disorders*, 188, 319–323.

- Nolen-Hoeksema, S., Fredrickson, B. L., Loftus, G. R., & Wagenaar, W. A. (2012). *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. Praha: Portál.
- Novák, T. (2010). Bipolární porucha II – epidemiologie, diagnostika a léčba. *Psychiatrie pro praxi*, 11(1), 7–10.
- Ogden, J. (2007). *Health psychology: A text book*. Open university press.
- Orel, M. (2020). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše* (3., aktualizované a doplněné vydání). Grada.
- Paulík, K. (2017). *Psychologie lidské odolnosti*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada.
- Paykel E. S. (2003). Life events and affective disorders. *Acta psychiatrica Scandinavica Supplementum*, (418), 61–66.
- Post, R., & Kalivas, P. (2013). Bipolar disorder and substance misuse: Pathological and therapeutic implications of their comorbidity and cross-sensitisation. *British Journal of Psychiatry*, 202(3), 172-176.
- Rowland, T. A., & Marwaha, S. (2018). Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 8(9), 251–269.
- Salleh, M. R. (2008). Life Event, Stress and Illness. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, 15(4), 9-18.
- Seaward, B. L. (2011). *Managing Stress: Principles and Strategies for Health and Well Being* (7th ed.). Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Selye, H. (1978). *Stress of Life*. McGraw-Hill.
- Selye, H. (2013). *Stress in Health and Disease*. Butterworth-Heinemann.
- Serra, G., Koukopoulos, A., De Chiara, L., Koukopoulos, A., Sani, G., Tondo, L., & Baldessarini, R. (2017). Early clinical predictors and correlates of long-term morbidity in bipolar disorder. *European Psychiatry*, 43, 35-43.
- Severus, E., & Bauer, M. (2020). Diagnosing bipolar disorders: ICD-11 and beyond. *International Journal of Bipolar Disorders*, 8(1).
- Skinner, E. A. & Zimmer-Gembeck, M. J., (2016). *The Development of Coping*. Springer
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216–269
- Sotolářová, M. (2007). *Posttraumatický intervenční tým HZS ČR*. Interní materiály HZS ČR pro výcvik posttraumatických intervenčních týmů.

- Stock, Ch. (2010). *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada.
- Strakowski, S. M. (2014). *Bipolar disorder*. Oxford university press.
- Svoboda, M., Češková, E., & Kučerová, H. (2015). *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy* (3. vydání). Praha: Portál.
- Swartz, H. A., & Suppes, T. (Eds.). (2019). *Bipolar ii disorder: Recognition, understanding, and treatment*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association Publishing.
- Španiel, F. (host). (2021, 1. dubna). *Co sledují chytré náramky a nestane se z psychiatrie velký bratr? O tom mluví v Diagnóze F lékař a vědec Filip Španiel* [audio podcast]. Dostupné z <https://wave.rozhlas.cz/bipolarni-porucha-je-i-mimo-manie-a-deprese-jako-jizda-na-tankodromu-rika-8459487>.
- Tan, S. Y., & Yip, A. (2018). Hans Selye (1907-1982): Founder of the stress theory. *Singapore medical journal*, 59(4), 170–171.
- Tschuschke, V. (2004). *Psychoonkologie*. Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (2012). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál.
- Vieta, E., Berk, M., Schulze, T. G., Carvalho, A. F., Suppes, T., Calabrese, J. R., Gao, K., Miskowiak, K. W., & Grande, I. (2018). Bipolar disorders. *Nature reviews. Disease primers*, 4, 18008.
- Vodáčková, D., et al. (2007). *Krizová intervence*. Praha: Portál.
- Young, E. S., Doom, J. R., Farrell, A. K., Carlson, E. A., Englund, M. M., Miller, G. E., Gunnar, M. R., Roisman, G. I., & Simpson, J. A. (2021). Life stress and cortisol reactivity: An exploratory analysis of the effects of stress exposure across life on HPA-axis functioning. *Development and psychopathology*, 33(1), 301-312.
- Zacharová, E. (2017). *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing.
- Zeidner, M., & Saklofske, D. (1996). Adaptive and maladaptive coping. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (p. 505–531). John Wiley & Sons.

Seznam zkratk

APA	American Psychological Association
DSM-5	Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí