

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Bakalářská práce



Matěj Kotrba

Copingová flexibilita u osob se schizofrenií

Coping flexibility in persons with schizophrenia

doc. Mgr. et Mgr. Tomáš Nikolai, Ph.D.

Praha, 2023

Poděkování

Velké poděkování patří doc. Mgr. et Mgr. Tomáši Nikolaiovi, Ph.D. za významnou podporu a pomoc při vedení práce, které se v tom nejtěžším momentě obětavě ujal. Děkuji také všem svým blízkým, kteří mě, i přes všechny komplikace, podporovali.

Prohlášení

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



Matěj Kotrba

V Praze dne 24. 7. 2023

Abstrakt

Téma této bakalářské práce je copingová flexibilita u osob se schizofrenií. Má za cíl čtenáři umožnit lepší, ucelenou orientaci v tomto tématu a poskytnout dostatečné podklady k dalšímu zkoumání problematiky copingové flexibility. Představené téma není v české odborné literatuře probíráno ve větším detailu a celá teorie není příliš sjednocená. V literárně přehledové části se proto zabýváme také teoretickým pozadím pojmů copingu a copingové flexibility, výběrem copingových strategií a schizofrenií. Následně probíráme copingovou flexibilitu u osob se schizofrenií.

V empirické části této práce představujeme návrh výzkumu, který by nám umožnil otestovat schopnost copingové flexibility u osob se schizofrenií a zhodnotit jejich copingové preference. Navrhujeme použít několik dotazníkových metod pro měření copingové flexibility jako je dotazník Strategie zvládání stresu (v originále Stressverarbeitungsfragebogens – neboli SVF-78), Ways of Coping Checklist/ Ways of Coping Questionnaire (WCC/WCQ) a Coping Flexibility Scale – Revised (CFS-R).

Naše očekávání je, že osoby se schizofrenií budou mít horší, či omezenou schopnost copingové flexibility a budou mít tendenci volit si potenciálně maladaptivní coping, v porovnání s neuro-typickou kontrolní skupinou. Výzkum copingové flexibility u osob se schizofrenií nám může poskytnout zásadní základ pro detailnější porozumění reakce na stres u této klinické populace.

Klíčová slova: copingová flexibilita; schizofrenie; coping; stres; copingové strategie

Abstract

The topic of this bachelor thesis concerns coping flexibility in persons with schizophrenia. The goal of this work is to present a summary of the current findings and to allow for better orientation in the topic. Our topic has not been extensively covered in Czech academic literature. The literature review section concerns the theoretical background of the terms coping and coping flexibility, as well as the mechanism of choosing a coping strategy. Furthermore we, in general terms, introduce our readers to schizophrenia. Furthermore, we discuss coping flexibility in persons with schizophrenia.

In the empirical part of this thesis, we introduce a research proposal, which would allow us to test coping flexibility in persons with schizophrenia and assess the preferences in coping among this clinical population. We propose the use of several questionnaire methods for coping flexibility assessment, namely the Strategies of coping with stress, or Stressverarbeitungsfragebogens (SVF – 78), Ways of Coping Checklist/ Ways of Coping Questionnaire (WCC/WCQ) and the Coping Flexibility Scale – Revised (CSF-R).

Our expectation is that persons with schizophrenia will exhibit worse coping flexibility and gravitate towards potentially maladaptive coping, as opposed to the control group collected from a neuro-typical population. Research into coping flexibility in persons in schizophrenia can provide a crucial baseline for further understanding the response to stress among this clinical population.

Key words: coping flexibility; schizophrenia; coping; stress; coping strategies

Obsah

Úvod.....	8
1. Coping.....	10
2. Copingová flexibilita.....	12
2.1 Jednotlivé Konceptualizace copingové flexibility	13
2.2 Teorie duálního procesu copingové flexibility.....	16
2.3 Další faktory ovlivňující copingovou flexibilitu.....	17
3. Schizofrenie.....	19
3.1. Diagnostická klasifikace podle DSM – 5 a MKN - 10.....	20
3.2. Ovlivnění funkcí během schizofrenie a průběh onemocnění	22
4. Coping a copingová flexibilita u osob se schizofrenií	25
4.1 Coping u osob se schizofrenií	25
4.2 Volba copingových strategií u osob se schizofrenií.....	26
Návrh výzkumného projektu.....	29
1. Výzkumné otázky a cíle výzkumného návrhu	29
1.1 Zkoumaný problém a cíle výzkumu.....	29
1.2 Výzkumné otázky.....	29
2. Design výzkumného návrhu.....	31
2.1 Výzkumný soubor	31
2.2 Postup sběru dat	32
2.3 Použité metody.....	32
3. Zpracování a analýza nasbíraných dat.....	35
4. Etika výzkumného návrhu.....	36
5. Diskuze.....	37
Závěr.....	40
Reference.....	41

Seznam zkratek

APA	American Psychological Association
CFS-R	Coping Flexibility Scale – Revised
DSM5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize
SVF-78	Stressverarbeitungsfragebogens (Dotazník Strategií zvládnání stresu)
VO	Výzkumná otázka
WCC/WCQ	Ways of Coping Checklist/ Ways of Coping Questionnaire

Úvod

V této práci se budu věnovat copingové flexibilitě u osob se schizofrenií. Téma copingu a vyrovnávání se se stresem je v dnešní době velmi aktuální a zejména flexibilitě copingové reakce se dostává stále víc pozornosti. Stres je v našich běžných životech všudypřítomný a schopnost se s ním vyrovnávat může být stěžejní pro naše psychické zdraví. Proto je volba, a hlavně adaptace copingových strategií tak zásadní. Máme za to, že flexibilita a procesy adaptace budou obecně čím dál více zkoumaným odvětvím, protože v dnešní rychle se měnící době, která klade vyšší nároky na přizpůsobivost člověka, je porozumění mechanismu adaptace ústřední pro náš obor. Z rešerše odborné literatury a dalších dostupných informací vyplývá, že naše téma není v české odborné literatuře prozkoumáno do patřičné hloubky a detailu. Je proto nutné, aby se literárně přehledová část této práce věnovala ve větším detailu také vybraným teoriím copingu a copingovým strategiím.

Literatury zabývající se tímto procesem je velké množství, ale pokud bychom si pro úvod práce dovolily pojem zobecnit, tak můžeme mluvit o copingu jako o procesu, kterým, reagujeme na stres či obdobnou překážku. Konkrétní copingový mechanismus není většinou ani špatný ani dobrý, ale záleží při něm na mnoho okolnostech, jako například člověku, který ho používá, nebo situaci ve které je proces uplatněn (Lazarus, 1993). Efektivní coping nám může pomoci snižovat obecnou hladinu stresu, zatímco neefektivní coping může mít opačný efekt a stres zvyšovat (Herman-Stabl, Stemmler & Petersen, 1995).

Copingovou flexibilitou pak rozumějme intraindividuální variabilitu uplatňování různých copingových strategií s dostatečnou rozmanitostí a tím způsobem, že tento proces podporuje adaptaci na různé životní situace (Cheng, Lau & Chan, 2014). V konceptu flexibility lidské reakce je vidět jistý posun, kterým se v dnešní době nahlíží na vyrovnávání se se stresovými situacemi. Pro některé autory je dokonce sama míra flexibilního procesu větším indikátorem rezistence, než volba nějakého konkrétního souboru copingových strategií (Stange, Alloy & Fresco, 2017). Důraz na adaptivní proces je ústřední a ukazuje se pro dnešní dobu vhodnější, než trvání na rigidní struktuře a na čistě dobrých či špatných strategiích (Kato, 2020).

Další autoři se spíše přiklánějí k tomu, že se nejedná ani tak o množství dostupných copingových strategií, ale spíše o jakýsi vyrovnaný výběr strategií, které jedinec využívá (Herman – Stahl, Stemmler & Petersen, 1995; Kaluza 2000).

Budeme se zabývat copingovou flexibilitou u osob, kterým byla diagnostikována schizofrenie dle kritérií stanovených v MKN-10 a DSM5. Tato klinická populace je více zranitelná a náchylnější k maladaptivnímu copingu, přičemž zvýšený, špatně zvládnutý stres se může velmi negativně podepsat na průběhu jejich onemocnění a v některých případech vést i k relapsu či případné patogenezi (Nuechterlein, Dawson, Gitlin, Ventura, Goldstein, Snyder, ...& Mintz, 1992). Je proto ústřední, abychom dokázali pochopit, jak takovým dopadům předejít a dostatečně flexibilní reakcí je alespoň částečně neutralizovat či je oslabit. V práci cituji podle normy APA (American Psychological Association, 2016).

1. Coping

V této kapitole se budu věnovat stručnému uvedení pojmu copingu. Jedná se o myšlení a chování, které se pojí ke zvládnání situací, které sám jedinec vnímá, jako stresující, a to nezávisle na tom, zda se jedná o externí, či interní stresor (Folkman & Moskowitz, 2013). Člověk a jeho prostředí jsou v neustálém vztahu a navzájem se ovlivňují. V zásadě se tak v případě copingu dá mluvit o pokusu jedince zpracovat svou stávající situaci, přičemž někteří autoři ještě přisuzují copingu dvě souběžně probíhající funkce (Lazarus & Folkman, 1987). Ta první, na problém zaměřená, má za úkol situaci zpracovat a změnit problematický vztah, mezi jedincem a jeho prostředím. Ta druhá je pak zaměřená na emoce a jejím úkolem je usměrňovat emocionální nesnáze (Lazarus, 1987).

V rámci tohoto takzvaného transakčního modelu probíhají dva procesy; appraisal a coping (Lazarus & Folkman, 1984). V reakci na podnět proběhnou dva aspekty záhy po sobě, konkrétně primární a sekundární appraisal, přičemž nejprve je stimul vyhodnocen jako stresor a posléze je analyzován, a to s ohledem na naše cíle a hodnoty (Lazarus, 1987; Kaiseler, Polman, & Nicholls, 2012). Zde se také rozhodne, zda je situace stresová, benigní nebo pozitivní. Pokud by situace hrozila jedinci újmou, či jinak vystavovala osobu nepříjemným dopadům, bude zařazena do stresové kategorie a bude doprovázena negativními emocemi (Lazarus, 1984). Podle některých autorů se jedná o prvotní zhodnocení toho, zda nám v dané situaci o něco „jde“ a v případě, že ano, tak o co. Pokud vyhodnotíme, že nám na situaci záleží, tak teprve potom se dostaví adekvátní emoční reakce (Lazarus, 1987).

Jakmile je člověk v situaci, kterou vyhodnotil jako hrozbu nebo výzvu, tak přechází do fáze, ve které se situací musí nějak naložit. Během sekundárního posouzení jedinec zhodnocuje, jaký coping, který je mu dostupný, může zvolit (Lazarus, 1984). Jinými slovy; zvažuje svoje možnosti. Výsledek nakonec záleží na kombinaci toho, co můžeme se situací dělat a také na její závažnosti (Lazarus, 1984). Množství stresu je pak odvozeno od vztahu člověka a jeho prostředí, přičemž oboje záleží na kombinaci závažnosti podnětu a posouzení copingových možností (Lazarus, 1984). Oba procesy jsou na sobě po celou dobu působení stresu závislé a naše první posouzení stresové situace není tesaň do kamene. Může se stát, že se situace vyvine tak, že co bylo původně vyhodnoceno, jako zvládnutelné, se postupně stane jen těžko překonatelné, protože původně uplatněné copingové zdroje nestačí (Folkman & Lazarus, 1985).

Mohlo by se zdát, že se jedná o velice mechanický a jasně daný proces, ale tak tomu není. Stresová situace je ve své podstatě velmi dynamická a může mít tendenci se proměňovat

(Folkman, 1985). Bylo by omylem, kdybychom si celou událost představovali jako uzavřený zážitek. V rámci proměnlivé situace se vyvíjí i lidská reakce. Člověk v průběhu celého zážitku může projít několika stádii a vystřídat několik různých emocí. Folkman tuto fluidní emoční situaci velmi trefně nazývá fluktuací (1985). Náš zvolený způsob copingu může velmi rychle přestat fungovat, či můžeme začít preferovat jiný. V tu chvíli přirozeně sáhneme po lépe uplatnitelné strategii. V této koncepci se tedy v zásadě jedná o přetrvávající snahu vyřešit konflikt mezi osobou a jejím okolím, který způsobuje stresovou reakci (Folkman, 1985).

Podstatnou součástí teorie copingu jsou výše zmíněné copingové strategie, tedy zvolený způsob vyrovnání se s danou stresovou situací. Konkrétní situace nevyvolává jakousi danou, předem jasnou hladinu stresu, která by byla univerzální. Teprve interakce člověkem uplatněné strategie se stresem může být zásadní faktor v dopadu na jeho prožívání a na úroveň prožívaného stresu (Garnefski & Kraaij, 2009). Pokud bychom byli schopní určit, které kombinace konkrétních copingových strategií a stresových situací mají pozitivní (případně negativní) dopad, mohli bychom pak zaměřeně intervenovat a funkčně přizpůsobovat léčbu. Zvláště u cílových skupin, které jsou více ohroženy (Garnefski, 2009).

2. Copingová flexibilita

V této kapitole se budeme ve větším detailu věnovat konceptu copingové flexibility. Ten je v naší literatuře zpracován jen velmi málo, a pro naši práci je ústřední. Proto je třeba ho rozebrat podrobněji. V průběhu života se každý jedinec setká s množstvím různých situací, které mu mohou působit stres a které budou ovlivňovat jeho prožívání. Reakcí na tyto podněty je coping, kterým jsme se zabývali v poslední kapitole. Z copingových teorií ale často uniká ústřední prvek naší reakce na stres, a to je reaktivita a schopnost coping adaptovat (Kato, 2020). Právě s tím pracuje copingová flexibilita, která je jakýmsi všeobecným shrnutím přizpůsobivé reakce jedince na stres a jeho snahy takovým situacím čelit (Cheng et al., 2014).

Kato (2012) uvádí podobný, ale ucelenější výklad našeho fenoménu; Copingová flexibilita je pro něj schopnost jedince opouštět nefunkční copingové strategie a zvolit si alternativní strategie, které jsou pro danou situaci vhodnější. Popisuje také, že se na pozadí tohoto fenoménu odehrávají primárně dva symbiotické procesy. První je evaluace, tedy schopnost průběžně hodnotit výsledky našeho copingu a opustit nefunkční strategie. A aby člověk zvolil lepší strategii, uplatní takzvanou adaptaci a zvolí si alternativu (Kato, 2012). Jeho teorii se nicméně budeme věnovat až v jedné z následujících podkapitol.

Vesměs můžeme mluvit o tom, že dobrá copingová flexibilita se projevuje širokým spektrem různých copingových strategií, které jsou variabilně uplatňovány v různých situacích (Cheng et al., 2014). Tato přizpůsobivá flexibilita se pak projevuje lepší adaptací jedince, lepším psychickým zdravím a menší depresivností u některých konkrétních zkoumaných skupin (Lester, 1994). Ukazuje se také to, že není možné uceleně říct, že jedna copingová strategie by měla zásadní vliv na stres a snižovala ho napříč situacemi. Jedná se spíše o to, že dobře adaptovaný člověk má k dispozici mnoho různých strategií a mezi nimi vybírá tu vhodnou (Lester, 1994). Z provedených výzkumů ale můžeme říct, že obecně vede lepší schopnost copingové flexibility k větší úrovni psychologického přizpůsobení (Kato, 2020).

Někteří autoři dokonce jdou až tak daleko, že snahu výzkumníků o pojmenování správných a špatných copingových strategií hodnotí celkově jako klam (Bonanno & Burton, 2013). Samo rozdělení na adaptivní a maladaptivní coping je podle autorů poněkud nešťastné, protože správné zhodnocení copingové reakce se zakládá na velmi variabilním posouzení interakce osobních a situačních faktorů, ve kterém intervenuje mnoho proměnných (Bonanno, 2013).

Jak je vidět, fenomén copingové flexibility není jednoduchá teorie, kterou by šlo úplně úzce shrnout a vymezit. Rozdělení konceptualizací v následující podkapitole bude čerpat v první řadě z komplexní metaanalýzy, kterou publikovala Cheng a její spoluautoři (2014) a to s ohledem na zdroje, které byly pro jednotlivé konceptualizace použity. Zároveň si dovoluji použít zavedené překlady, které k dané metaanalýze používá nedávno publikovaný článek, který vyšel v *Psychologie pro praxi* (Pavelková & Loneková, 2020) na téma copingové flexibility a jejího praktického využití.

Tato literatura zabývající se naším tématem zahrnuje několik obecných klasifikací copingové flexibility. Jedná se o broad coping repertoire (koncept širokého repertoáru), strategy-situation fit (vhodnost strategie v určité situaci), perceived ability to cope (koncept vnímané schopnosti), balanced profile (vyvážený profil) a cross-situation variability (variabilita napříč situacemi) (Cheng et al., 2014; Pavelková, 2020). Považuji za nezbytné, aby se naše práce do detailu věnovala jednotlivým konceptualizacím ve větším detailu a rozeberu je v následující podkapitole.

2.1 Jednotlivé Konceptualizace copingové flexibility

Koncept širokého repertoáru (broad coping repertoire)

Tato raná konceptualizace, stejně jako koncept vyváženého profilu pracuje se strukturou copingové reakce jedince, přičemž se zaměřuje na množství a šíři dostupných copingových strategií, které jedinec uplatňuje (Pearlin & Schooler, 1978). V tomto konceptu dominuje ten pohled, že čím větší množství dostupných strategií, tím lepší má jedinec šanci se pozitivně vyrovnávat se stresovými situacemi. K tomuto závěru dochází i autoři u velmi příbuzného tématu regulace emocí, byť tento proces neoznačují vyloženě za coping (Lougheed & Hollenstein, 2012).

Autory je zde usuzováno, že u zdravého jedince můžeme dohledat široký repertoár copingových odpovědí (strategií), kterými překonává vnitřní a vnější stresory (Offer, 1973). Širší repertoár je tak v této době vnímán, jako jeden z prediktorů normality (Offer, 1973). Nutno podotknout, že takový pohled je poněkud zjednodušující a dnes mírně zastaralý a v některých současnějších výzkumech se setkáme s mírnou skepsí k této konceptualizaci (Kato, 2020). Převážně jde o to, že více copingu nemusí nutně znamenat lepší coping, protože

naš repertoár sice môže byť veľmi široký, ale primárne môže obsahovať neefektívne stratégie, ktoré našu situáciu nijak nepomôžu (Kato, 2020).

Pro měření šíře repertoáru dostupných copingových strategií používáme WCQ/ WCC, (tedy Ways of Coping Questionnaire/ Checklist) a COPE inventář (Folkman & Lazarus, 1988a; Carver, Scheier & Weintraub, 1989). Tyto nástroje se používají k měření toho, jak často respondenti využívají jednotlivé copingové strategie a na základě jejich odpovědí se pak sestavuje šíře jejich repertoáru.

Vyvážený profil (balanced profile)

Zatímco se i tato konceptualizace zaměřuje na strukturu copingového profilu jedince, tak zde je u autorů studií (Hermann-Stahl et al., 1995) důraz spíše na dobré, vyvážené rozložení využívaných strategií oproti samotné šíři celkového jedincova copingového záběru (Kaluza, 2000). V rámci této kategorizace se copingová flexibilita projevuje jako menší míra rigidity. Jedinec nemá jednu preferovanou strategii a svůj přístup flexibilněji obměňuje. Naopak pokud je flexibilita nižší, tak máme tendenci rigidně nadužívat určité strategie a jiné upozadovat. Tímto je pak copingový profil nerovnoměrně rozložený a méně funkční (Cheng et al., 2014). Efektivita copingu je založena na široké variabilitě dostupných copingových strategií a pokud nám jde o to, aby jedinec správně zvládal stres, měli bychom se, podle autorů, soustředit na další rozšiřování tohoto záběru (Kaluza, 2000).

Zároveň je v literatuře rozebíráno, že efektivní coping nelze hodnotit na základě jednotlivé strategie. Ona zmiňovaná souhra více faktorů a správné rozložení je to co umožňuje flexibilní obměnu (Kaluza, 2000). Trénink zvládání stresu a intervence založená na této konceptualizaci pak neusiluje o přijetí či vyřazení jedné konkrétní copingové strategie, ale o celkovou obměnu copingových profilů a jejich správné vyvážení (Kaluza, 2000).

Vhodnost strategie v určité situaci (strategy-situation fit)

Konceptualizace vhodnosti strategie pracuje úzce s interakcí jedince a jeho prostředí. Konkrétně se jedná o to, že každá situace má svoje unikátní požadavky a vyžaduje tedy správně padnoucí copingovou strategii. Autoři hlásící se k této variantě copingové flexibility uvádějí, že se jedná o způsob adaptace copingové reakce na základě toho, nakolik má člověk situaci pod kontrolou (Watanabe, Iwanaga & Ozeki, 2002). Máme doloženo, že probandi s větší potřebou kontroly nad situací uplatňovali strategie zaměřené na problém, které ale neodpovídali jejich situaci. Objevil se zde tedy negativní efekt, kdy malá adaptabilita vedla

k vyššímu vynakládanému úsilí a stresu, aniž by zároveň vedla k požadovanému výsledku (Watanabe et al., 2002). Stejný efekt popsali i další autoři, konkrétně se pak jednalo o kombinaci nekontrolovatelné situace a na problém zaměřeného copingu, která pak negativně ovlivňovala úzkost a depresivní symptomy (Roubinov, Turner & Williams 2015).

Variabilita napříč situacemi (cross-situation variability)

Transakční teorie copingu usuzuje, že coping jako takový nastává během interakce osobních a situačních požadavků, přičemž se jedná o vyvíjející se proces (Cheng, 2014; Lazarus, 1987). Coping vnímá jako reaktivní a odehrávající se v odpovědi na konkrétní stresovou situaci. Proto se nám v tomto poddruhu copingové flexibility objevuje spíše důraz na proměnlivost copingu v závislosti na situaci než jasnější preference zaměření na problém, nebo na emoci (Cheng, 2014). Nezáleží ani tak na tom, jak zaměřený coping si volíme. Autoři postulují, že jsou situace, ve kterých se například coping zaměřený na problém hodí, ale také můžeme narazit na situace, ve kterých by taková reakce spíše škodila. Nevěnujeme se zde tedy primárně zvolené strategii, ale spíše celkovému charakteru copingu, jakožto flexibilní, dynamické odpovědi na stresující prostředí, kterému jedinec musí efektivně čelit (Lazarus, 1987; Cheng, 2014).

V rámci této konceptualizace narazíme i na relativně komplexní modely, která kladou důraz na to, že coping je multidimenzionální konstrukt, který kombinuje rozsah dostupných strategií (naš repertoár) a naši flexibilitu (Westman & Shirom, 1995). Tato vzájemná ovlivněnost je pro tuto kategorii ústřední myšlenkou.

Tato konceptualizace také čelí kritice, zejména kvůli tomu, že větší variabilita nutně nesouvisí s lepším psychickým přizpůsobením se požadavkům našeho prostředí a může se zde spíš objevit tendence k maladaptaci a změny strategií na základě osobních nálad a preferencí, nikoliv užitečnosti (Kato, 2020).

Koncept vnímané schopnosti (perceived ability to cope)

V porovnání s předchozími konceptualizacemi je koncept vnímané schopnosti poněkud odlišný. Cheng (2014) tento koncept nazývá fenomenologickým přístupem. Ústředním motivem zde totiž je subjektivní zhodnocení vlastních schopností v reakci na různé situace a měnící se prostředí (Pearman & Storandt, 2004). Autoři uvádějí, že samotné vnímání vlastní schopnosti může být ovlivněno jejich náhledem na sama sebe, a to dále může ovlivňovat jejich sebevědomí (Pearman, 2004).

Výzkumníci, kteří se zabývají touto konceptualizací se často odkazují na sebe-hodnotící kvalitativní metody, jelikož percepční procesy jdou nejlépe posoudit až z pohledu vlastní vnímající osoby (Creswell & Poth, 2016).

Vývoj a porovnání těchto konceptualizací nám umožňuje uchopit postupný posun směrem od prostého množství dostupných strategií až k adaptující se, fluidní reakci, na kterou má vliv souhra prostředí, jedince, jeho soubor dostupných strategií a jeho schopnost jakéhosi meta-zhodnocení celého procesu, kterému se budeme věnovat dál.

V úvodu této kapitoly jsem se zabýval definicemi copingové flexibility a jednu z nich budu opakovat i zde, a to do většího detailu. Jedná se o teorii, že aby vůbec mohlo docházet k adaptaci copingu, musí nejprve jedinec projevit schopnost zhodnotit a rozpoznat, že jejich zvolená strategie nefunguje a teprve potom se adaptuje (Kato, 2012).

2.2 Teorie duálního procesu copingové flexibility

Tento model copingové flexibility, který má pravděpodobně nejbližší ke konceptualizaci vnímané schopnosti, si zaslouží trochu větší pozornost. Úzce se pojí s metodou CFS-R, kterou bude využívat námi navrhovaný výzkum. Celý model byl detailně propracován v posledních letech a dá se považovat za vhodný, moderní příspěvek k našemu tématu (Kato, 2012, 2020). Definiuje velmi jasně, že copingová flexibilita je schopnost jedince zavrhnout nefunkční strategii a zvolit si novou, zatímco copingová rigidita je charakteristická tím, že trváme na strategii, která je neefektivní (Kato, 2020).

Podobný přístup se objevil už i v jiné odborné literatuře (Cheng et al., 2014), ale autoři tohoto pojetí uvádí jako zásadní důraz na nahraditelnost strategií (Kato, 2020). V rámci copingové flexibility jsou uváděny celkem čtyři procesy. Prvním je proces znovu-zhodnocení, při kterém je hodnocena efektivita vlastní copingové reakce. Na toto stádium navazují dva copingové procesy; těmi jsou opuštění a re-coping. Ve stádiu opuštění se zbavujeme strategie, kterou jsme vyhodnotili jako nefunkční a re-coping nám potom umožňuje uplatnit alternativní strategii. Posledním procesem je jakýsi nadstavený, meta-copingový proces, který slouží k monitorování celého procesu a jeho zhodnocení (Kato, 2012, 2020). Toto meta-hodnocení se jeví jako klíčová schopnost i u dalších modelů, které se zabývají flexibilitou lidského uvažování a umožňuje nám skutečně flexibilní odpověď (Bonanno, 2013). Autoři zdůrazňují, že existuje více možností, ze kterého zdroje toto zhodnocení přichází. Může se jednat o to, že

zhodnocení proběhne na úrovni samotného jedince, ale může mu k němu dopomoci i interakce s jeho okolím (Bonanno, 2013).

Meta-coping v teorii duálního procesu nicméně slouží o úroveň výš, tedy pro hodnocení celého procesu, nikoliv pouze jednotlivých stádií (Kato, 2020). Podle autora modelu se celý proces opakuje, dokud není jeho výsledek ve stádiu meta-copingu hodnocen pozitivně (Kato, 2020).

2.3 Další faktory ovlivňující copingovou flexibilitu

Copingová flexibilita nemusí být potenciálně ovlivněna pouze nějakou konkrétní zdravotní diagnózou, tak, jak to zkoumá námi předkládaný výzkumný návrh. Nelze říci, že by existovala jednotná, zdravá populace, se kterou porovnáváme námi zvolenou klinickou populaci. Proto je nutné zmínit alespoň několik dalších sociálních a kulturních faktorů, které by mohly copingovou flexibilitu ovlivňovat. A budou také s největší pravděpodobností ovlivňovat náš předkládaný návrh výzkumu v empirické části této práce.

Prvním faktorem, který může mít vliv, je věk. Pokud bychom vzali v potaz to, že jedním z ústředních aspektů copingové flexibility je adaptibilita, tak by se pravděpodobně dalo bezpečně předpokládat, že tato schopnost bude negativně ovlivněna s rostoucím věkem. Literatura se nicméně přiklání spíše k tomu, že s věkem se jedinec musí vyrovnávat se svým zhoršujícím se zdravím, případně s větší náročností života. Teoretizuje se u nich tedy silnější psychologické přizpůsobení situaci (Rothermund & Brandstädter, 2003, Cheng et al., 2014).

Spolu s věkem můžeme jako potenciální faktor i pohlaví. Studií, které se zabývají tímto tématem vyšlo mnoho, nicméně pro nás v tomto případě například zajímavý článek, který pojednává o tom, že ženy uváděly větší důraz na využití na emoce zaměřeného copingu a vyhledávání sociální opory, ale také se projevoval na problém zaměřený coping (Kaiseler, Polman & Nicholls, 2012). Jiné studie zase uvádějí širší repertoár využívaných copingových strategií u žen (Ptacek, Smith & Zanas, 1992).

V literatuře se nicméně setkáme ještě s jedním závažnějším a častěji zmiňovaným kulturním faktorem. Konkrétně se jedná o to, ke které kultuře náleží zkoumaná populace a kde na škále individualismu tato kultura leží. Z některé literatury se totiž objevuje důraz na to, že individualističtější kultury mohou spíše klást důraz na zachování jakési sebe-integrity než přizpůsobivé, flexibilní reakce a naopak kultury, které individualistické nejsou jsou spíše ochotné se zaměřit na změnu a přizpůsobení se (Cheng et al., 2014; Heine, Lehman, Markus,

& Kitayama, 1999). Cheng proto předkládá hypotézu, že jedinci z méně individualistických kultur budou mít silnější psychologické přizpůsobení a lepší copingovou flexibilitu (Cheng et al., 2014). Zdálo by se tedy, že nejhorší schopnost copingové flexibility bude projevovat jedinec mužského pohlaví, který je mladšího věku a pochází z individualistické kultury. Tedy, s velkou pravděpodobností, většina našich potenciálních respondentů v empirické části.

Nutno podotknout, že další zkoumání by bylo nezbytné, aby se přesnost těchto předkládaných výsledků opravdu pečlivě prověřila, a to ideálně na několika skupinách v rámci různých kultur a pokud možno s co největší vzájemnou porovnatelností. Je nicméně důležité, abychom při interpretaci našich vlastních výsledků vzali tyto další, intervenující faktory v potaz.

3. Schizofrenie

V této kapitole se budeme věnovat Schizofrenii, kterou je nutno pro účely naší práce operacionalizovat. Převážně budeme pracovat s Mezinárodní klasifikací nemocí, a to s jejím desátým vydáním (dále jen MKN-10). V platnost vešla už i jedenáctá revize této klasifikace, nicméně přeložená verze s funkčním prohlížečem existuje pouze pro desátou revizi, a proto budeme pracovat s ní (ÚZIS,2023). Obsahovou změnu mezi jednotlivými klasifikacemi nicméně probereme dál v této kapitole.

V neposlední řadě bude naším zdrojem i Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, dále jen DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Tento manuál doplníme informacemi z českých odborných učebnic, které se tímto tématem zabývají. Převážně proto, abychom komplexně pokryli celou tematiku. Dalším zdrojem pro nás bude Psychiatrický slovník (Campbell, 1989).

Schizofrenii charakterizují poruchy vnímání, myšlení a osobnosti. Nese s sebou poruchy emotivity, převážně její zploštění nebo nepřiměřené prožívání emocí obecně (APA, 2013; Dušek & Večeřová – Procházková, 2015). Původně byla nemoc označována jako *dementia praecox*, nicméně Eugen Beuler, autor termínu schizofrenie, toto označení odmítá, protože dle jeho pozorování nebyl v průběhu onemocnění nutně přítomný drastický rozpad intelektu. On sám popsal schizofrenii jako postupný, pomalý rozklad celé osobnosti jedince, které se projevuje poruchou myšlení, citění a chování, případně i odstoupením od reality (Campbell, 1989).

Během schizofrenie se objevují pozitivní a negativní symptomy. Pozitivní symptomy jsou takové, které zdravý jedinec neprojevuje (či je neprojevuje v takové míře) a v psychické konstrukci nemocného působí jako něco navíc. Sem se řadí například zmiňované bludy a halucinace, vzrušenost, raptý, impulsy a další. Druhou stranou mince jsou pak negativní symptomy. Ty naopak značí zploštělé či ochuzené složky jedincovi psychiky, jako je například menší reaktivita, alogie, abulie, ploché prožívání emocí či kupříkladu psychomotorický útlum (APA, 2013; Dušek, 2015). Můžeme najít i zmínky o emočním vyhasínání, které graduje až do postupné emoční otupělosti, dále i ztrátě vnímání reality a o postupné dezintegraci osobnosti i vnitřního světa schizofrenika (APA, 2013; Dušek, 2015).

Mezi negativní příznaky schizofrenie se také řadí kognitivní dysfunkce. Ovlivňuje poznávací schopnosti a sociální adaptabilitu jedince. Postihuje paměťové schopnosti osoby a ovlivňuje také exekutivní funkce (APA, 2013). Její průběh můžeme sledovat už před

onemocněním a trvá i po jeho ustoupení či v remisi (Češková & Kučerová, 2006).

Schizofrenii také může provázet deprese a pacienti jsou tak i riziková skupina, co se týká suicidálních tendencí. Normální život nemocných může kombinace kognitivní dysfunkce a deprese (u obou je totiž pravděpodobné, že budou pokračovat) velmi omezovat a bránit jim v resocializaci a spokojeném životě i po zaléčení schizofrenie (Češková, 2006).

Co se průběhu onemocnění týče, nejedná se o jednotný prožitek pro všechny s touto diagnózou. Byť se někdy jisté příznaky dají vysledovat už v dětství, nešlo by pravděpodobně s jistotou mluvit o schizofrenii, protože hodně zmiňovaných znaků může být pouze projevem intenzivně prožívaného dospívání (Orel, 2020). První atace předchází prodromální období, v rámci kterého můžeme sledovat objevující se negativní příznaky a následuje první psychotická příhoda, která může být velmi prudká (Orel, 2020). Jiní autoři popisují, že toto období může proběhnout opravdu velmi rychle a není úplně jasný předěl mezi úvodní fází a plně rozvinutým psychickým onemocněním. Jindy zase může trvat velmi dlouho a přerod do plné schizofrenie je pozvolný (Dušek, 2015). Postupně se může situace vylepšit až ustálit a nemocný může víceméně fungovat jako v normálu. Alespoň do chvíle, než se objeví další ataka (Orel, 2020).

U některých autorů se udává, že celkový výskyt v populaci je přibližně 1 % a je vyrovnaný jak napříč pohlavími, tak i kulturami. Onemocnění u žen začíná v pozdějším věku a jeho průběh je mírnější. Lépe fungují ve společnosti, léčba je úspěšnější a nedochází u nich tak často k hospitalizaci (Češková, 2006). Autorky dále uvádějí, že pro vznik choroby je zapotřebí jistá předchozí, biologická náchylnost (ať už získaná v mladém věku, nebo vrozená), která se při opakovaném zatěžování přerodí v první příznaky schizofrenie (Češková, 2006).

Oproti tomu je podle DSM-5 možné vysledovat rozdíl ve výskytu na základě rasy a etnického původu. Neuvádí však žádné další podklady k tomuto tvrzení. Pouze podotýká, že výskyt onemocnění spojeného s negativními příznaky a delším, těžším průběhem je častější u mužů (APA, 2013; Raboch, Hrdlička, Mohr, Pavlovský & Ptáček, 2015).

3.1. Diagnostická klasifikace podle DSM – 5 a MKN - 10

Podle Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch lze schizofrenii diagnostikovat, pokud některé její příznaky byly jednoznačně přítomné alespoň po dobu jednoho měsíce. Jedná se o bludy, halucinace, dezorganizovanou řeč, hrubou dezorganizaci chování a negativní příznaky, jako například nižší expresi emocí (APA, 2013).

MKN-10 řadí schizofrenii do duševních poruch a poruch chování. V této kategorii má schizofrenie a jí příbuzné poruchy svůj vlastní oddíl, konkrétně pod kódem F20. MKN - 10 mluví o schizofrenii jako o deformaci myšlení a vnímání (ÚZIS, 2023; Valle, 2020). Nemoc provází, mimo jiné, ozvučené myšlenky, bludy a halucinace, vkládání a vysílání myšlenek, poruchy myšlení a případné negativní příznaky (ÚZIS, 2023). Samotný průběh onemocnění pak může být trvalý nebo epizodický. Schizofrenii nelze diagnostikovat, pokud ji předchází manické chování a neměla by být diagnostikována v případě, že se její příznaky objevují během intoxikace, či nadužívání/ odnětí drog (ÚZIS, 2023). Dušek (2015) dále uvádí, že abychom mohli schizofrenii diagnostikovat podle MKN-10, musí se projevit minimálně jeden příznak z první skupiny, případně dva příznaky ze druhé skupiny. Celkový výčet je k dohledání v citované publikaci na stranách 229 a 230, nicméně pro představu čtenáře zde uvedu pár příkladů a některé rozvedu v další podkapitole.

V průběhu psaní této práce se zpracovává a validizuje česká verze MKN-11, která však ještě nevstoupila plně v platnost. Mimo jiné se v této verzi objevují i změny v pojetí schizofrenie. V 11. revizi MKN narážíme na mírné přeformulování diagnostických kritérií, odstranění některých symptomů (Valle, 2020). Dále je zajímavé, že nová standardizace už nebude pracovat s podtypy schizofrenie (tedy hebefrenní, paranoidní a podobně). Specifikace symptomatiky se blíží rozdělení v DSM-5 (Valle, 2020).

Do první skupiny spadá například vysílání myšlenek, sluchové halucinace (které spolu mohou hovořit navzájem, či oslovovat nemocného) a jiné. Do druhé skupiny se řadí dlouhodobé halucinace, inkohorentní myšlení, popřípadě katatonní projevy, jako třeba stupor či mutismus (ÚZIS, 2023; Dušek, 2015).

Další podmínkou MKN-10 pro diagnostikování schizofrenie je přetrvávání příznaků alespoň po dobu jednoho měsíce (Valle, 2020; Orel, 2020). DSM-5 je poněkud přísnější. Uvádí, že se musí vyskytovat dva a více vyjmenovaných příznaků, přičemž pro jakoukoliv diagnózu schizofrenie musí být přítomný alespoň jeden z následujících projevů: bludy, halucinace a dezorganizovaná řeč (APA, 2013). Dále musí být jednoznačně zhoršeny běžné funkce, jako osobní vztahy, či pracovní výkon. Příznaky se musí vyskytovat alespoň půl roku a z toho jeden měsíc se musí jednat o výskyt zmíněných aktivních příznaků. Při diferenciální diagnostice je zároveň zdůrazněno, že musí být vyloučeno, že psychická porucha není důsledkem nadužíváním různých substancí a nevychází z nemoci. Schizofrenie se může

diagnostikovat i v případě, že příznaky v rámci měsíce ustoupí, ale hrozí jejich návrat (APA, 2013; Raboch et al., 2015).

3.2. Ovlivnění funkcí během schizofrenie a průběh onemocnění

Považuji za podstatné v rámci tématu (byť částečně) nastítnit, jak jsou v rámci schizofrenie ovlivněny jednotlivé psychické funkce. V literatuře popsane dopady na psychické funkce a projevy tohoto onemocnění mohou posloužit jako podklad pro lepší odhad a přesnější stanovení cílů v rámci našeho výzkumu copingové flexibility. Můžeme totiž předpokládat, že právě s nemocí spojené poruchy myšlení a vnímání mohou mít zásadní dopad na to, jak pacient reaguje na stres, jaké strategie jsou mu vůbec dostupné a jaký je jeho prožitek. Či přímo mohou ovlivňovat, jaké stresory na něj působí a s čím se musí vyrovnávat.

Schizofrenie totiž postihuje myšlení pacienta velmi zásadně. Dušek (2015) definuje ovlivnění myšlení po formální a obsahové stránce. Formální postižení kognitace například obsahuje tvorbu vlastního jazyka, pomatené myšlení či zárazy v myšlení. Obsahové pak zahrnuje tak často se schizofrenií spojované bludy různého druhu (APA, 2013; Dušek, 2015). Bludy jsou v případě schizofrenie velmi přesvědčivé, hluboké a vesměs neotřesitelné i přes důkazy, které by je měly vyvrátit. Mohou obsahovat bludy perzekučního charakteru, mohou být vztahovačné či velikášské (APA, 2013). Poruchy myšlení jsou spolu s poruchami vnímání zásadními aspekty schizofrenie (ÚZIS, 2023; Češková, 2006).

U poruch vnímání pak můžeme uvést, že bludy často doprovází i halucinace či iluze (Valle, 2020). Velmi často se vyskytují ve formě sluchové, jedná se o iluzorní šumy a sluchové vjemy. Může ale dojít i na rozhovory, a to i takové, které se zdánlivě odehrávají mezi více osobami (Dušek, 2015). Dále se objevují ozvučené myšlenky, zdánlivá telepatie a vkládání myšlenek (Orel, 2020).

Schizofrenii doprovází celá řada dalších projevů. Takto komplexní a zásadní onemocnění samozřejmě ovlivňuje emotivitu, kterou jsem zmiňoval v úvodu této kapitoly. Nemocný se většinou stahuje a vnímá ploše (APA, 2013; Orel, 2020). Na začátku onemocnění však může docházet k velmi intenzivnímu prožívání a k výkyvům emotivity. Teprve postupně dochází k tomu, že schopnost prožívat emoce začíná vyhasínat.

Lhostejnost, kterou zmiňuji dál, se projevuje i zde a spolu s emočním neprožíváním může vést k postupné izolaci nemocného, rozpadu sociálních vazeb a hlubšímu osamění v rámci vlastního světa, který je produktem narušené psychiky pacienta (Dušek, 2015). Tento

vyvolaný svět může být velmi komplexní, protože zatímco se to tak může jevit kvůli pasivitě pacienta, tak intelekt ani paměť během schizofrenie zasaženy nejsou (Dušek, 2015).

Obecně se dá mluvit o tom, že chování jedince trpícího schizofrenií je výrazně jiné než u zdravého člověka. Velmi často může docházet k ochuzení zájmů a lhostejnosti (Dušek, 2015). Jednání nemocného mohou provázet nevypočitatelné činy, ať už pod vlivem bludů či halucinací, nebo jako impulzivní reakce na základě zdánlivě nepochopitelné motivace. V literatuře je uvedeno, že se pacienti mohou uchýlit i k sebezabití a trestné činnosti (Dušek, 2015), přičemž onemocnění také provází menší schopnost sebekontroly (Orel, 2020).

Pokud bychom chtěli konkretizovat dobu výskytu schizofrenie v rámci průměrného lidského života, tak se nejčastěji setkáme s tím, že se onemocnění začíná objevovat mezi 20. a 30. rokem života (u mužů spíše v těch prvních pěti letech, u žen blíže k horní hranici). Spolu s tímto rozpětím uvádí DSM-5 období mezi pozdní adolescencí a 35. rokem, jako širší okno výskytu (APA, 2013). Po 40. roce života jsou zásadněji zastoupeny vdané ženy (APA, 2013). Literatura se obecně shoduje v tom, že pomalejší nástup onemocnění je prediktorem těžšího průběhu (APA, 2013; Dušek, 2015). DSM-5 dále uvádí, že v průběhu života pacienta se objevuje postupné vymizení pozitivních příznaků a důvod vidí v úbytku dopaminu, ale uvádí také, že negativní příznaky jsou trvalejší (APA, 2013; Raboch et al., 2015).

Schizofrenie není jednotná diagnóza. Nese označení F20 a spadá pod ní několik specifikovaných subkategorií. Jmenujme tedy alespoň první tři, které se řadí mezi ty nejčastější. První je paranoidní schizofrenie s označením F20.0 (APA, 2013). Jedná se o nejčastější formu výskytu schizofrenie a provází jí spíše trvalé perzekuční bludy a výrazné halucinace (ÚZIS, 2023; Dušek, 2015). Pokud je postupný, pomalejší nástup, tak se může stát, že bludy vytvoří velmi pevný systém a propojí se navzájem. Pokud zapadnou do komplexního systému, tak se tato forma obtížně léčí (ÚZIS, 2023; Dušek, 2015). Paranoidní schizofrenie může vést k tomu, že pacient na základě svých bludů opravdu koná. Může se stát, že se obrátí proti svým zdánlivým pronásledovatelům, či například v extrémním případě spáchá sebevraždu za účelem vnímanému pronásledování uniknout (Campbell, 1989).

Dalším poddruhem je schizofrenie desorganizovaná, nebo hebefrenní s MKN označením F20.1. Tato specifikace se projevuje oploštěným prožíváním afektů, nekoherentní řečí, která je produktem poruchy myšlení, bezcílným chováním. Její rozvoj je spíše pomalý a o to je prognóza horší (Dušek, 2015). Negativní symptomy však nastupují relativně rychle (ÚZIS, 2023). Dále se uvádí výkyvy nálad od vzrušeného nadšení po plačtivost (Campbell, 1989), ale

MKN-10 naopak zdůrazňuje zmírněné, oploštěné prožívání afektů (ÚZIS, 2023).

V následujícím bodě se literatura poněkud rozchází, ale spíše se objevuje názor, že u hebefrenní varianty schizofrenie jsou bludy a halucinace mírnější a méně intenzivní (Dušek, 2015), či se nevyskytují vůbec (Orel, 2020). MKN-10 dále specifikuje, že bludy se vyskytují, ale nejsou příliš trvalé a komplexní a mohou pominout (ÚZIS, 2023).

Třetí variantou, kterou zmíníme je označení F20.2., tedy katatonní schizofrenie. Tu uvádím převážně proto, že v kontrastu s hebefrenní schizofrenií nám umožňuje popsat opačný začátek. Konkrétně se jedná o prudký nástup, ale zároveň relativně příznivější prognózu. Celkově by měl být dominantní alespoň jeden katatonní znak (Dušek, 2015). Nejvýraznějším znakem je narušená motorická koordinace a schopnost vědomě ovládat pohybové ústrojí (ÚZIS, 2023). To se může projevit bezcílnými pohyby či například strnutím, které může prudce vystřídat náhlý výbuch pohybu spojený s velkou emoční excitací (Orel, 2020). MKN-10 uvádí, že F20.2 „je charakterizována především výraznými psychomotorickými poruchami, které mohou oscilovat mezi hyperkinézou a stuporem...“ (ÚZIS, 2023, F20.2). Jak bylo nicméně uvedeno nahoře, tyto subkategorie jsou z nové, jedenácté revize MKN odstraněny (Valle, 2020).

4. Coping a copingová flexibilita u osob se schizofrenií

V minulých kapitolách jsme rozvedli koncept copingu, copingové flexibility a samotné schizofrenie. Nyní se tedy můžeme věnovat propojení těchto fenoménů, které nám poskytnou potřebný základ pro návrh výzkumu, který v této práci budu předkládat. Osoby se schizofrenií čelí obtížnému úkolu, podobně jako lidé s jinými závažnými psychickými obtížemi. Autoři uvádějí, že se musí vyrovnávat nejen se symptomy vlastní nemoci, jakou jsou například zvukové halucinace, ale také se společenským stigmatem, sebestigmatem, s dopadem jejich diagnózy na jejich osobní a profesní život a v neposlední řadě i s běžnými stresory, kterým čelí všichni zdraví jedinci (Holubova, Prasko, Hruby, Latalova, Kamaradova, Marackova, ... & Gubova, 2016; Phillips, Francey, Edwards, & McMurray, 2009).

Odborná literatura se primárně zaměřuje spíše na coping pacientů se schizofrenií v rámci vyrovnávání se s jejich vlastní diagnózou (Holubová et al., 2016), nikoliv na samu flexibilitu schizofreniky uplatňovaného copingu. Přesto nám i takové zdroje poslouží jako užitečný náhled. Dále si musíme pomoci výzkumy, které byly často prováděny na jiných cílových skupinách, které nám mohou pomoci analogicky rozvést naše téma.

Můžeme se například odkázat na výzkum, který proběhl na osobách trpících chronickými bolestmi hlavy, ve kterém se projevila signifikantní korelace mezi flexibilnější copingovou reakcí a menší intenzitou depresivních symptomů (Kato, 2015). Snížení depresivních symptomů v reakci na flexibilní copingovou reakci se neomezuje pouze na tento výzkum. K obdobným závěrům došel i tým zkoumající coping u depresivních studentů vysokých škol v Číně (Zong, Cao, Cao, Shi, Wang, Yan, ... & Chan, 2010). Zde se projevila nejen tendence depresivní populace volit si maladaptivní copingové strategie, ale též menší subjektivní dojem zvládnutelnosti situace, a naopak prospěšný vliv větší flexibility (Zong et al., 2010). Pro autory této studie je proto jedním z ústředních způsobů, jak předcházet rozvoji patologických symptomů jakási mediace tohoto procesu, kterou například může umožnit právě dobře rozvinutá schopnost copingové flexibility (Zong et al., 2010). Takový přístup by s největší pravděpodobností bylo možné aplikovat i na naši vybranou klinickou populaci.

4.1 Coping u osob se schizofrenií

Poměrně jistě můžeme říct, že vyšší úroveň psychosociálního stresu může negativně ovlivnit a nepříznivě rozvinout symptomy schizofrenie (Horan & Blanchard, 2003). Stejně tak autoři uvádějí, že coping je zásadním faktorem, který ovlivňuje kvalitu života u osob se

schizofrenií (Yanos & Moos, 2007). Nelze však jednoznačně určit jaké všechny faktory na tento proces působí.

Někteří autoři uvádějí, že u psychotických pacientů nejsilněji s lepší kvalitou života korelují strategie zaměřené na úkol a sociální vyhýbavost (Ritsner, Ben-Avi, Ponizovsky, Timinsky, Bistrov & Modai, 2003). Nutno podotknout, že zmiňovaný výzkum byl prováděn na pacientech, kteří byli momentálně v péči léčebných institucí a výsledek tím mohl být ovlivněn (Ristner et al., 2003).

Během výzkumu za využití metody SVF – 78 se projevila tendence schizofrenních probandů nadužívat negativní copingové strategie (Holubova et al., 2016). V jejich případě se jednalo primárně o zvýšené tíhnutí ke strategii resignace a k únikové tendenci (Holubova et al., 2016). Pozitivní strategie však byly používány průměrně stejně často, jako u kontrolní skupiny (Holubova et al., 2016). Zároveň byla objevena negativní korelace mezi používáním pozitivních copingových strategií a závažností průběhu schizofrenie (Holubova et al., 2016).

Stojí nicméně za zmínku, že co hodnotíme jako funkční strategii a co naopak jako nefunkční podléhá kontextu situace a nelze jednoznačně říci, co (a jak) je vždy škodlivé (Holubova et al., 2016). Tento výzkumný tým dále doložil, že schopnost užívat pozitivní copingové strategie koreluje s nižší úrovní sebe-stigmatu (Holubova et al., 2016). Pozitivní copingové strategie také korelují s větší vnímanou kvalitou života a jejím potenciálním zlepšením (Holubova, Prasko, Hruby, Kamaradova, Ociskova, Latalova & Grambal, 2015).

Tato zjištění jsou velmi podstatná, protože osoby se schizofrenií se jeví jako velmi ohrožená skupina. Onemocnění je provázeno zvýšenou úrovní stresu, která tuto cílovou skupinu může namáhat, podstatně zhoršovat jejich kvalitu života a potenciálně i způsobovat zvýšené riziko relapsu (Nuechterlein, et al., 1992). Autoři uvádějí, že přirozená, předem daná biologická zranitelnost interaguje se stresujícími vlivy z prostředí a toto pak může mít na jedince velmi negativní dopad (Nuechterlein et al., 1992). Stejně tak víme, že špatně zvládnutý stres, popřípadě nevhodně zvolený coping může hrát roli ve vzniku a rozvoji patologií (Phillips et al., 2009).

4.2 Volba copingových strategií u osob se schizofrenií

V literatuře pojednávající o konkrétních technikách nám Cohen & Berk (1985) definují devět konkrétních kategorií, které jejich probandi uplatňují. Jsou jimi odpor, oddech, izolovaný odklon, sociální odklon, modlitba, hospitalizace, návykové látky a pak bezmocné a

přijímající nicnedělání, přičemž nejčastěji uplatněná strategie byla odpor (Cohen, 1985). Obdobné strategie, které si osoby s touto diagnózou volí identifikoval také Carr (1988) ve své explorativní studii na velmi blízké příbuzné téma. Rozdíl obou studií je převážně v pojmenování jednotlivých kategorií; například odpor je dle Carrovi studie *kognitivní kontrola* (Carr, 1988).

Rozdílnosti názvosloví jednotlivých studií pro nás tak podstatné nejsou. Jde převážně o to, že tyto zdroje nám dokazují, že pacienti z této klinické populace nejsou pasivní a zauímají vůči své diagnóze aktivní roli. Schopnost copingu a aktivní volby strategií je u nich zachována, byť může být negativně ovlivněna (Carr, 1988). Mnoho probandů se také odkazovalo na to, že se spoléhají na techniky, které se naučili v rámci léčby a můžeme tedy říci, že tato schopnost se dá aktivně rozvíjet a máme možnost s ní pracovat (Cohen, 1985).

Téma adekvátní práce s copingovými strategiemi u osob se schizofrenií může výrazně pomoci při práci s touto cílovou skupinou, protože zranitelnější a v reakci na špatně aplikované copingové strategie může zažívat zvýšené projevy psychotických symptomů (Myin-Germeys, van Os, Schwartz, Stone & Delepaul, 2001). To samo o sobě nám dává dobrý důvod se hlouběji zabývat mechanismy, které tento coping provázejí, jako je například právě copingová flexibilita a zároveň důvod předpokládat, že tato schopnost může být průběhem onemocnění ovlivněna.

Osoby se schizofrenií (a nejen s touto diagnózou) pro svůj coping podle některých autorů nejčastěji volí strategii vyhýbání se a jejich strategie obecně směřují spíše na chování a behaviorální zmírňování úzkosti, kterou jim způsobuje jejich onemocnění (Böker, Brenner & Würzler, 1989). Další reportované, často využívané strategie u pacientů jsou tendence se „vzdát“, případně potřeba pomoci od okolí a obecně se skupina s touto diagnózou projevuje menší snahou mít kontrolu nad stresovou situací (Böker et al, 1989). Další častou volbou, při vyrovnávání se s negativními symptomy schizofrenie byl na emoce zaměřený coping, ale obecně nelze říct, že by konkrétní copingové strategie šly jednoznačně přiřadit ke konkrétním symptomům (Phillips et al., 2009). A pokud bychom mohli ještě doplnit další, analogický příklad maladaptace u klinické populace, tak při výzkumu copingové flexibility na vysokoškolských studentech s depresí se objevovala tendence si vybírat strategie, které se nehodí k situaci, které čelí a jsou hůře vybaveni na zvládnutí stresorů (Zong et al., 2010).

Na výzkum v této oblasti lze nahlížet kriticky z toho úhlu, že není úplně jasné, kde začíná a kde končí přirozený stresor u osoby, která trpí závažným psychickým onemocněním.

Porovnatelnost, byť běžného životního stresoru u zdravého jedince a schizofrenika může být relativně malá. Nicméně zvýšená stresová reakce a maladaptivní coping byl dokázán u schizofreniků po zemětřesení v Northridge, které se dá vnímat jako kontrolní událost s univerzálním prožitkem, které čelí jak schizofrenici, tak kontrolní skupina relativně shodně (Horan, Ventura, Mintz, Kopelowicz, Wirshing, Christian-Herman et al., 2007). Byla zaznamenána větší preference vyhýbavého copingu, nicméně nutno podotknout, že obdobný efekt byl naměřen i u bipolárních pacientů (byť na relativně malém vzorku). Nejedná se tedy, podle autorů, o specifikum osob se schizofrenií (Horan et al., 2007).

Tato studie ale není zajímavá pouze neortodoxní volbou stresoru. Úroveň stresu byla u schizofreniků skutečně vyšší a měření týden po zemětřesení odhalilo zvýšenou míru vyhýbavého copingu, ale při následných měřeních, která proběhla pět týdnů po katastrofě, byly naměřené průměry víceméně porovnatelné napříč všemi skupinami (Horan et al., 2007). Autoři navrhují, že zvýšená vyhýbavost může být adaptivní reakcí psychicky více zranitelného jedince a postupně je tato reakce zmírněna a přehodnocena, popřípadě opuštěna ve prospěch lepšího copingu (Horan et al., 2007). Výkyv prožívání byl jen krátkodobý a následovala adaptace. Můžeme usuzovat, že se zde projevil flexibilní coping; tedy že maladaptivní, dlouhodobě nefunkční strategie byla nakonec zavrhnuta a byla zvolena jiná, více funkční a spíše vyhovující situaci. Studie nám tak poskytuje dobrý podklad pro náš navrhovaný výzkum.

Návrh výzkumného projektu

1. Výzkumné otázky a cíle výzkumného návrhu

1.1 Zkoumaný problém a cíle výzkumu

V naší literárně přehledové části jsme se zabývali copingovou flexibilitou a problematikou schizofrenie. Spojili jsme také tyto dva koncepty a v této části se budeme zabývat návrhem výzkumu, který by nám pomohl ověřit a lépe prozkoumat, zda osoby s diagnostikovanou schizofrenií mohou potenciálně mít v návaznosti na svou diagnózu ovlivněnou schopnost copingové flexibility.

Náš návrh bude vycházet z výzkumů, které proběhly na jiných klinických populacích, protože na naší zvolené cílové skupině byly převážně provedeny pouze výzkumy příbuzných témat, a nikoliv tohoto konkrétního fenoménu. Nejprve načrtneme teoretické pozadí našeho výzkumu a hlavní zdroje inspirace.

Předně se jedná o výzkum, který provedl Zong na vysokoškolských studentech v Hong Kongu. Ve výzkumu byla zkoumána flexibilita copingu a volené vzorce copingu mezi studenty, kteří projevovali známky depresivních nálad (Zong et al., 2010). Dále se jedná o výzkum na téma copingových strategií a sebe-stigmatizace u pacientů se schizofrenií (Holubova et al., 2016). Když pomineme příbuzné téma tohoto výzkumu, tak je pro nás hodnotné také to, jak citovaný tým vybíral a následně pracoval s dotazníkovými metodami. V našem designu totiž navrhujeme použití dotazníkovou metodu SVF-78, která disponuje českým překladem a je cenné, že díky výzkumu tohoto týmu z Olomoucké univerzity máme data z naší lokální populace.

1.2 Výzkumné otázky

Na základě literární rešerše v předchozí části práce a proběhnuvších výzkumů na dalších klinických populacích si stanovujeme následující výzkumné otázky:

VO1: Jaké copingové strategie si osoby se schizofrenií volí nejčastěji?

VO2: Nadužívají osoby se schizofrenií konkrétní copingové strategie?

VO3: Mají osoby se schizofrenií větší komplikace s adaptací existujících, či volbou nových copingových strategií v porovnání se zdravou populací?

V reflexi na tyto zvolené výzkumné otázky si volíme následující výchozí, nultou hypotézu H0: Copingová flexibilita osob se schizofrenií se neliší od zdravé populace. Naše alternativní hypotéza H1 je následující: schopnost copingové flexibility u osob se schizofrenií bude nižší než u zdravé populace. Dále budeme ze získaných dat ověřovat hypotézu, že osoby se schizofrenií v porovnání s kontrolní skupinou nadužívají negativní copingové strategie, tak jak je definuje SVF-78. Stanovíme si tedy další nultou hypotézu H0a takto: Osoby se schizofrenií nenadužívají negativní copingové strategie. Toto ověření může posloužit pro případnou částečnou replikaci a ověření výsledků studie, která nedávno na tento fenomén poukázala (Holubova et al, 2016).

2. Design výzkumného návrhu

2.1 Výzkumný soubor

Naše primární výběrová skupina bude složena z osob starších 18 let, které spadají do diagnózy F20.0 – F20.2 podle MKN – 10 (ÚZIS, 2023; Valle, 2020), přičemž výběr bude probíhat nenáhodně a bezpodmínečně na základě jejich vlastní vůle. Jedná se tedy o samovýběrový soubor, u kterého se musíme spolehnout na částečnou podporu zdravotnických a výzkumných zařízení. Osoby budou obeznámeny s důvodem sběru dat a cílem našeho výzkumu.

Přijímání pro výzkum mohou být pouze probandi v remisi. Vylučující pro účast na našem výzkumu by byly závažné akutní symptomy nemoci, hospitalizace a také užívání nelegálních návykových látek případně abúzus alkoholu. Jak jsem naznačoval, bude osloven předně Národní ústav duševního zdraví (dále jen NUDZ), který disponuje jak lůžkovým, tak ambulantním oddělením. V tomto zařízení se s pacienty s vybranými diagnózami pracuje a byl jsem v kontaktu s konkrétními pracovníky, abych si ověřil, zda taková možnost skutečně existuje. Odpověď byla převážně pozitivní a ústav by byl nakloněn tomu organizaci výzkumu umožnit.

Pro zachování částečné realističnosti návrhu a zvládnutelnosti našeho designu budeme pracovat se skupinou čítající přibližně 60 respondentů. Cílem výzkumu je statistické porovnání dat, která budou nasbírána od klinické populace s výsledky, které nasbíráme u kontrolní skupiny. Té budou administrovány stejné dotazníkové metody.

Tato kontrolní skupina bude převážně složená z vysokoškolských studentů, kteří budou do výzkumu také vybráni na základě dobrovolného, nenáhodného samovýběru. Tento výběr bude probíhat převážně skrze sociální sítě, jako je Facebook a Instagram. Samotný sběr dat proběhne s ohledem na organizační důvody pravděpodobně online, bylo by možné použít například aplikaci SurveyMonkey, případně bude ke sběru dat použit alternativní nástroj. Pokud by bylo možné provést sběr dat osobně, byla by zvolena tato možnost.

Účast na výzkumu bude nabídnuta studentům naší katedry psychologie, a to rozesláním hromadného emailu všem ročníkům. Při power analýze za použití programu G*power nám vychází potřebná velikost našeho vzorku přibližně 51 respondentů pro každou skupinu (jedná se o výpočet pro střední efekt/ sílu testu 80 %). S ohledem na očekávané odpadlíky a na estetičnost vzorku bylo číslo o něco málo navýšeno na ideálních 60.

2.2 Postup sběru dat

Jak už bylo uvedeno, jedná se o kvantitativní výzkum s použitím vybraných dotazníkových metod. Jelikož se zabýváme porovnáním vzájemného vztahu proměnných, tak se v našem návrhu jedná o korelační studii.

Pro účely kategorizace dat a sociodemografického rámcování budou nejprve všichni účastníci odpovídat na základní otázky (psanou formou) – budeme zjišťovat jejich věk, pohlaví, vzdělání, stávající fázi jejich diagnózy a probandům z klinické skupiny bude umožněno stručně písemně odpovědět na otevřenou otázku k jejich motivaci pro účast na našem výzkumu. Posléze bude respondentům z klinické i kontrolní skupiny předložena identická dotazníková baterie, která se bude skládat z níže popsanych metod.

2.3 Použité metody

WCC/ WCQ

Ways of coping checklist/ questionnaire je jeden z nejpopulárnějších nástrojů, který využívají výzkumníci pro měření copingové flexibility (Cheng et al., 2014). Použita bude varianta WCQ, která obsahuje 66 položek, které sytí 8 škál. Každá je hodnocena na čtyřbodovém odpovědním spektru od 0 po 3, kde 0 znamená „neplatí vůbec“ a 3 znamená „využívám velmi často“.

Je možné, že s výsledky by potenciálně bylo nutné provést exploratorní analýzu, protože byly vzneseny pochyby, zda lze faktorová struktura u této metody uplatnit napříč různými populacemi (Van Liew, Santoro, Edwards, Kang & Cronan, 2016). Pochybnosti nad tím, zda faktorová struktura této metody zůstane nezměněna nalezneme už u samotných autorů, kteří toto podezření zmiňují (Folkman & Lazarus, 1988b). Pro účely našeho výzkumu byla zvažena i metoda COPE, nicméně v literatuře nalezneme upozornění, že tato metoda nebyla příliš poctivě validována pro měření copingové flexibility, a proto volíme metodu WCC/WCQ (Cheng et al., 2014).

SVF – 78

Jedná se o inventář pro dospělou populaci, který měří individuální tendence nasazovat různé strategie proti stresu. Je často využíván, protože je k dispozici česká standardizace, která u dalších uváděných metod není k dispozici. Tato zkrácená verze metody SVF 120 obsahuje celkem 78 položek, spadajících do 13 sub-škál, které hodnotí používání jednotlivých copingových strategií. Individuální výroky jsou skórovány na pětibodové stupnici, která

referuje o tom, nakolik se zmiňovaná strategie hodí ke způsobu, kterým respondent reaguje (od 1= „vůbec ne“ po 5= „velmi pravděpodobně“). Cronbachovo α pro českou verzi se pohybuje mezi 0.77 a 0.94 (Holubova, Prasko, Hruby, Latalova, Kamaradova, Marackova, ... & Gubova, 2016).

V dotazníku máme 13 škál (přičemž pod každou spadá 6 položek), které se na základě odpovědí hodnotí. Každá škála přitom odpovídá konkrétní copingové strategii, přičemž sedm je pozitivních, čtyři jsou negativní a dvě nejsou přiřazeny a jsou značené jako neutrální (Janke & Erdmann, 2003). Jedná se o Podhodnocení, Odmítání viny, Odklon, Náhradní uspokojení, Kontrola situace, Kontrola reakce, Pozitivní sebeinstrukce, Potřeba sociální opory (Neu.), Vyhýbání se (Neu.), Únikové tendence, Perseverace, Rezignace a Sebeobviňování (Janke, 2003). T-hodnoty a instrukce pro vyhodnocení jsou uvedeny v manuálu pro administraci metody, přičemž skóre od 40 do 60 značí průměrné užívání strategií. T-skór nad 60 potom značí vyšší užívání adekvátních copingových strategií a pod 40 naopak (Holubova, 2016).

Autor překladu uvádí, že je možné, že metoda může být ovlivněna sebeuposuzovací schopností a inteligencí probanda (Janke, 2003). K lepší interpretaci dotazníku, jehož český překlad čelil relativní kritice, budou použity podklady, které na toto téma představili další autoři (Balcar, Trnka & Kuška, 2011). Jejich faktorová analýza nicméně verzi přeloženou do českého jazyka podpořila. Metoda má velké potenciální využití při práci se stresem v různých odvětvích psychologie, kde je naším účelem poměřovat strategie vyrovnávání se se stresem (Balcar et al., 2011). Metoda nicméně není doporučována pro použití například při výběrových řízeních, protože snaha se „neprozradit“ by mohla negativně ovlivňovat uvedené odpovědi (Balcar et al., 2011).

Coping flexibility scale – revised (CFS – R)

CFS je psychometrický nástroj, který se používá pro měření hypotézy copingové flexibility (Kato, 2012). Pro účely našeho výzkumu bychom mohli použít verzi CFS – R, kterou vydal Kato (2020) o několik let později. Tato verze byla validována během tří studií na více, než 6,500 respondentech ve věku 20-98 let v rámci tří na sebe navazujících studií.

Obsahuje 12 položek, 3 pod-škály (každou sytí 4 položky) a jedná se o sebeuposuzovací inventář. Škály jsou opouštění, re-coping a meta-coping na základě Dual-process teorie (Kato, 2020). Jedná se tedy spíše o měření reakce respondenta a až tak se nezajímá o to, jakou konkrétní strategii volí. Hlavní je proces, kterým dochází k alternativnímu výběru (Kato,

2020). Vyšší skóre na této škále naznačuje větší flexibilitu u této i u původní CFS metody (Pavelková, 2022; Kato, 2020) Cronbachovo α japonské verze dotazníku je 0.73–0.92 napříč všemi třemi konstrukty.

I přes absenci překladu a nutnou práci před uplatněním, se pro účely naší práce tato metoda zdá velmi dobře teoreticky zakotvená v konkrétních teoriích, jako je například důraz na proces změny, která je nedílnou podmínkou fenoménu flexibility (Folkman & Lazarus, 1985). Autoři metody dále uvádí, že revidovaná verze je citlivější na opouštění a volbu nových strategií, či případné lpění na nefunkční strategii, a tak může pomoci při práci s populacemi, které mohou být náchylné k chronickému stresu a jejich coping je tak více zatížen (Kato, 2020). Další výhodou této verze je potom samozřejmě její aktuálnost a velký vzorek při standardizaci a velmi pěkně zpracovaný článek, který metodu představil (Kato, 2020).

3. Zpracování a analýza nasbíraných dat

Pro začátek v programu Microsoft Excel dojde k primárnímu zpracování datového souboru, abychom s daty mohli dále pracovat. Následující statistická analýza našich získaných dat, bude s největší pravděpodobností probíhat v programu Jamovi, který disponuje ideálním uživatelským rozhraním a jelikož naše analýza nebude tak složitá.

Nasbírané sociodemografické údaje, jako věk, pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání a jejich klinická diagnóza nám poslouží k prvotnímu rozdělení respondentů. Jako další si změříme základní údaje o našem nasbíraném souboru, jako je průměr, medián, min-max a také směrodatná odchylka. Toto proběhne u obou skupin odděleně, abychom získali přehled o jejich charakteristice. Stejně tak budeme postupovat i s hodnocením normality, které bude zároveň hodnotit i demografické proměnné a naměřená data z dotazníkových metod. Na toto testování si zvolíme tradiční test Shapiro-Wilk, ale s přihlédnutím k jeho velké citlivosti u relativně větších vzorků, která by mohla výsledky ovlivnit, tak navrhneme test doplnit také Q-Q grafem.

Naše hypotézy budou doplněny alternativními hypotézami, které přijmeme, pokud se nám nepodaří potvrdit původní nulté hypotézy, a to na hladině významnosti $\alpha = 0.05$. Naše hypotézy a k nim navazující alternativní hypotézy v případě jejich zamítnutí tedy vypadají takto:

H_0 : Copingová flexibilita osob se schizofrenií se neliší od zdravé populace

H_1 : *Schopnost copingové flexibility u osob se schizofrenií bude nižší než u zdravé populace*

H_{0a} : Osoby se schizofrenií využívají negativní copingové strategie stejně, jako kontrolní skupina (podle SVF-78).

H_{1a} : *Osoby se schizofrenií v porovnání s kontrolní skupinou nadužívají negativní copingové strategie (podle SVF-78)*

Kategorická data budeme hodnotit přes chí-kvadrát. Rozdíly v naměřených skórech budou měřeny za použití nezávislých, případně párových t-testů, pokud to bude situace vyžadovat. Alternativně může být použit Mann-Whitney U-test, který je jejich neparametrickou alternativou. Pravděpodobně totiž můžeme předpokládat, že naše data nemusí být nutně parametrická. Bylo by také možné provést obě varianty testů, tedy parametrický i neparametrický a v případě, že nám to výsledky dovolí (nebudou se významně lišit), tak použijeme parametrické varianty, pro jejich lepší porovnatelnost a

jednodušší interpretaci. V případě, že budou naše data normálně rozdělena, tak použijeme ANOVA pro porovnání průměrů skupin a jejich statistické významnosti.

Pro porovnání skupin navrhujeme použít Welchovu ANOVA, protože může být použita i pro vzorky u kterých můžeme očekávat narušení stejnosti rozptylů. Tímto zjistíme, nakolik (a pokud vůbec) jsou naměřené průměry našich skupin statisticky významně rozdílné. V případě neparametrických dat bude pak použit Kruskal-Wallis. Mimo výsledky těchto testů předložíme p-hodnotu, konfidenční intervaly a velikost efektu.

4. Etika výzkumného návrhu

Celý návrh výzkumu pracuje s tím, že by probíhal dle etických zásad, které vyžaduje Etický kodex psychologické profese (Českomoravská psychologická společnost, 2017) a také zásadami, které vede Americká psychologická asociace (APA, 2016).

Všichni účastníci výzkumu budou obeznámeni s průběhem sběru dat, cílech výzkumu a bude jim k podepsání předložen informovaný souhlas s jejich účastí a se zpracováním jejich dat. Jejich účast je samozřejmě čistě dobrovolná. Pro zachování anonymity budou jejich jednotlivá datová vlákna kódovány pod unikátní číselný kód, aby se předešlo následné možnosti identifikovat jednotlivé probandy. Za předpokladu, že by někdo z této skupiny projevil zájem o vlastní výsledky, budou mu jeho data poskytnuty. Sociodemografické údaje slouží pouze pro naše porozumění složení souboru respondentů a pro poskytnutí kontextu v rámci našeho souboru.

S daty bude pracováno bezpečně, nebudou poskytnuta mimo výzkumný tým (za předpokladu, že by při zpracování dat pomáhali studenti, tak budou informováni o tom, že data je zakázáno vynášet mimo výzkum). Kontrolní skupina bude sbírána výhradně anonymně, ale bude umožněno uvést vlastní kontakt na konci sběru dat, na který pak budou zaslány osobní výsledky, případně doplňující informace k tématu našeho výzkumu.

5. Diskuze

V této práci navrhovaný výzkum by se zaměřoval na prozkoumání schopnosti copingové flexibility u osob se schizofrenií. V posledních letech byla tato schopnost výzkumně zkoumána u dalších cílových skupin, jako například u studentů, kteří projevují známky deprese (Zong et al., 2010). Jedná se o poměrně neprozkoumaný konstrukt a pro místní odbornou literaturu by tak mohl být tento výzkum velkým přínosem.

Maladaptace na stres se u osob se schizofrenií může objevit a není nic vzácného. Můžeme tedy očekávat, že u osob se schizofrenií (byť v našem výzkumu se pracuje s pacienty v remisi) může být sociální reintegrace obtížnější i po odeznění nejzávažnějších symptomů nemoci. Náš výzkum má za cíl rozkrýt tyto vztahy a ukázat, zda potenciálně zhoršená schopnost flexibilně reagovat na stres a neschopnost vybírat si funkční (či alespoň vhodnější) copingové strategie může nést alespoň částečnou vinu.

To, že coping u schizofreniků je do jisté míry flexibilní je nasnadě a bylo to potvrzeno v literatuře (Horan et al., 2007). Dále víme, že tato klinická populace je proaktivní a vůči stresu (ať už spojenému s jejich diagnózou či obecně způsobenému životní situací) se aktivně staví, byť jejich schopnost copingu může být zhoršená (Carr, 1988). Z dalších výzkumů víme, že schizofrenici využívají pozitivní copingové strategie v podobné míře, jako zdravá populace, ale mají tendenci nadužívat negativní strategie (Holubová et al., 2016).

Na základě všech těchto zjištění je na místě zkoumat, jaká je schopnost copingové flexibility v rámci této klinické populace, protože by nám toto zjištění mohlo dopomoci k lepší intervenci. Výsledky mohou také pozitivně ovlivnit preventivní práci s pacienty. Víme, že přílišné užívání maladaptivních copingových strategií může vést ke zhoršení kvality života (Holubová et al., 2016). Adekvátní preventivní trénink stresového managementu by mohl mít pozitivní vliv na prožívání a kvalitu života, a to samozřejmě nejen u osob se schizofrenií.

Klíčová pro naši práci bude metoda CFS-R, která nám umožňuje skutečně nahlédnout do dynamiky celého procesu copingové flexibility. Nesoustředí se tolik na specifické strategie, jako například metoda SVF-78, což je mimo jiné u některých autorů zmiňováno jako potenciální nevýhoda daného dotazníku (Holubová et al., 2016). Je tu ale samozřejmě nutné zmínit to, že metoda není přeložena do českého jazyka a bylo by proto nutné se nejprve vypořádat s tímto problémem. Důraz na procesní charakter flexibility je v dnešní době nasnadě. Z vývoje odborného pohledu na věc a z moderních výzkumů (Kato, 2020)

usuzujeme, že rigidní definice, které se snaží detailně popsat konkrétní strategie v současnosti poněkud pokulhávají.

Pro náš výzkum se samozřejmě vyskytnou i další úskalí, než je pouhý překlad metod. Jedním z nich může být odpadávání respondentů z naší klinické skupiny. Tomu se snažíme předejít zvětšením výzkumného souboru, abychom zabránili případnému příliš malému vzorku. Výsledky mohou být ovlivněny poskytnutím informací o cílech výzkumu, které probandi na začátku s ohledem na etická pravidla obdrží. Potenciální riziko také představuje online administrace dotazníků, kde nelze zaručit absenci intervenujících vnějších vlivů, čemuž by šlo nejlépe předejít, pokud by se podařilo zorganizovat osobní testování u celé kontrolní skupiny najednou.

V ideálním případě bychom chtěli pracovat s dostatečně vyváženou skupinou, přestože je výskyt schizofrenie mírně častější u mužů. V takovém ideálním případě by totiž výsledky výzkumu mohli být do větší míry zobecnitelné na naší klinickou populaci. Pro další zkoumání by bylo jistě příhodné například kombinovat tento výzkum s měřením, které by proběhlo před, během, či případně hned po léčbě, přičemž schopnost copingové flexibility by následně mohla být porovnávána. Takový výzkum by nám mohl pomoci porozumět, jak v tomto aspektu prožívání pomáhá naší cílové skupině hospitalizace a práce odborníků. Pro uskutečnitelnost našeho výzkumu jsme si zvolili výzkumný soubor složený z pacientů v remisi. Tím nám samozřejmě odpadne jistá část schizofrenní populace a toto omezení je nutno zmínit. Případná práce s pacienty během aktivního průběhu nemoci by samozřejmě způsobovala další potenciální rizika, nicméně je tu prostor pro obdobně zaměřený výzkum právě s touto částí klinické populace. Ten by s největší pravděpodobností musel být kvalitativní a zaměřený na konkrétní, osobní zkušenost. Informace získané od těchto probandů by také mohly sloužit pro lepší, holistické porozumění celé problematice.

Jistou limitací, či potenciální problematickou částí, našeho výzkumu mohou být použité metody měření. Konkrétně se jedná o českou verzi metody SVF-78, kterou přeložil Josef Švancara a další dotazníky. Sběr dat se zakládá na sebereportování a může být ovlivněn nejen momentálním zdravotním stavem respondentů, ale také například sociální žádoucností a snahou probandů své odpovědi přizpůsobit.

Další metodou, která by například mohla budoucí výzkumy dobře doplnit je metoda CSFI neboli *Coping Styles and Flexibility Inventory*, kterou představil Williams (2002). V našem výzkumu byly zvoleny metody, které buď mají české překlady a byly už v minulosti využity

(SVF-78; Holubová et al., 2016), nebo jsou podpořeny extenzivní, moderní analýzou, jako například CSF-R (Kato, 2020). Samozřejmě se vyskytují další možnosti, kterými měřit copingovou flexibilitu a použití těchto nástrojů může odkrýt trochu jiné aspekty zkoumaného fenoménu a umožnit nám lepší orientaci v dané problematice.

Závěr

Tato práce se zabývala copingovou flexibilitou osob se schizofrenií. Toto téma není v odborné literatuře až tak detailně rozpracované, a proto bylo naším cílem v první řadě shrnout a rozebrat dosavadní poznatky o copingové flexibilitě a o schopnosti copingové flexibility u schizofreniků. Zaměřili jsme se také na popsání fenoménu copingu a schizofrenie.

Nejprve jsme představili sesbírané konceptualizace copingové flexibility, kterými se momentálně zabývá odborná literatura. Dále jsme uvedli i aktuální úvahy na téma samotného procesu flexibility, nikoliv pouze a v rámci tématu paradoxně rigidních, klasifikací, a úvahy některých autorů na to, kam by se měla pozornost budoucí práce s flexibilitou zaměřovat.

Na základě poznatků nasbíraných během podrobné rešerše dostupné odborné literatury jsme rozpracovali podrobněji to, jak může být schopnost copingové flexibility u osob se schizofrenií ovlivněna. Schopnost se aktivně postavit stresu je u našich probandů zachována i přes jejich diagnózu (Carr, 1988). Tato populace je nicméně zranitelnější, stresem ohrožena ve větší míře a špatná copingová reakce (potažmo maladaptivní vyrovnání se se stresem) může vést až k patogenezi a hlubším rozvoji symptomů. Také se ukázalo, že si osoby spadající do této klinické populace častěji volí strategie rezignace a vyhýbání se, což velmi často negativně ovlivňuje jejich well-being (Holubová et al., 2016). Pozitivní, aktivní copingová reakce je pro obecný well-being a kvalitu života velmi podstatná a víme, že schizofrenici inklinují spíše k negativním copingovým strategiím. Informovaná práce s copingovou odpovědí a její aktivní adaptací na stres je zásadní pro lepší prevenci, či případně intervenci, u pacientů s touto diagnózou.

Námi představený návrh výzkumu by mohl posloužit právě pro lepší orientaci v tématu, které zatím v naší odborné literatuře nemá dostatečné zastoupení. Mohlo by ho být využito jako podkladu pro další, extenzivnější zkoumání, nebo například hodnocení kvality léčby, pokud by se podařilo nasbírat longitudinální data před a po léčebné intervenci. Taková data by nám pomohla opravdu hlouběji pochopit, jak se copingová flexibilita u naší cílové skupiny vyvíjí v čase a zda na ní můžeme pozitivně působit. Zároveň by nám nasbíraná data mohla pomoci pro lepší kontextualizaci, pokud by se podařilo uskutečnit kvalitativní výzkum, založený na rozhovorech s probandy.

Reference

- American Psychiatric Association, D. S. M. T. F., & American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5, No. 5). Washington, DC: American psychiatric association.
- American Psychological Association. (2016). Revision of Ethical Standard 3.04 of the "Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct"(2002, as amended 2010). *The American Psychologist*, 71(9), 900.
- American Psychological Association. (2022). *Publication manual of the American psychological association* (No. 1, pp. 1-xxii).: American Psychological Association.
- Balcar, K., Trnka, R., & Kuška, M. (2011). How Many Ways to Deal With Stress? Stress coping factors in the SVF 78. *Activitas Nervosa Superior*, 53(1-2), 27–34.
- Bonanno, G. A., & Burton, C. L. (2013). Regulatory flexibility: An individual differences perspective on coping and emotion regulation. *Perspectives on psychological science*, 8(6), 591-612.
- Böker, W., Brenner, H. D., & Würigler, S. (1989). Vulnerability-linked deficiencies, psychopathology and coping behaviour of schizophrenics and their relatives. *The British Journal of Psychiatry*, 155(S5), 128-135.
- Campbell, R. J. (1989). *Psychiatric dictionary*. Oxford University Press.
- Carr, V. (1988). Patients' techniques for coping with schizophrenia: An exploratory study. *British Journal of Medical Psychology*, 61(4), 339-352.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267–283.
- Cohen, C. I., & Berk, L. A. (1985). Personal coping styles of schizophrenic outpatients. *Psychiatric Services*, 36(4), 407-410.
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2016). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Sage publications.
- Českomoravská psychologická společnost. (15.7.2023). CMPSY. <https://cmpsy.cz/?page=eticky-kodex>
- Češková, E., & Kučerová, H. (2006). *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. PORTÁL sro.
- Dušek K., & Večeřová – Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch: 2., přepracované vydání*. Grada Publishing as.
- Heine, S. J., Lehman, D. R., Markus, H. R., & Kitayama, S. (1999). Is there a universal need for positive self-regard?. *Psychological review*, 106(4), 766.

- Herman-Stabl, M. A., Stemmler, M., & Petersen, A. C. (1995). Approach and avoidant coping: Implications for adolescent mental health. *Journal of youth and adolescence*, 24(6), 649-665.
- Holubova, M., Prasko, J., Hruby, R., Kamaradova, D., Ociskova, M., Latalova, K., & Grambal, A. (2015). Coping strategies and quality of life in schizophrenia: cross-sectional study. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 3041-3048.
- Holubova, M., Prasko, J., Hruby, R., Latalova, K., Kamaradova, D., Marackova, M., ... & Gubova, T. (2016). Coping strategies and self-stigma in patients with schizophrenia-spectrum disorders. *Patient preference and adherence*, 1151-1158.
- Horan, W. P., & Blanchard, J. J. (2003). Emotional responses to psychosocial stress in schizophrenia: the role of individual differences in affective traits and coping. *Schizophrenia research*, 60(2-3), 271-283.
- Horan, W.P., Ventura, J., Mintz, J., Kopelowicz, A., Wirshing, D., Christian-Herman, J., et al. (2007). Stress and coping responses to a natural disaster in people with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 151, 7786.
- Cheng, C., Lau, H. P. B., & Chan, M. P. S. (2014). Coping flexibility and psychological adjustment to stressful life changes: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 140(6), 1582.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of health and social behavior*, 219-239.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of personality and social psychology*, 48(1), 150.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988a). *Manual for the ways of coping questionnaire*. Consulting Psychologists Press.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988b). The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research. *Social science & medicine*, 26(3), 309-317.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annu. Rev. Psychol.*, 55, 745-774.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2009). Cognitive Coping and Psychological Adjustment in Different Types of Stressful Life Events. *Individual Differences Research*, 7(3).
- International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11), World Health Organization (WHO) 2019/2021 <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/405565289>
- Janke, W., & Erdmann, G. *Strategie zvládání stresu – SVF 78*. 1. české vydání, přeložil a upravil Josef Švancara, Testcentrum, Praha, 2003.

- Kaiseler, M., Polman, R. C., & Nicholls, A. R. (2012). Gender differences in appraisal and coping: An examination of the situational and dispositional hypothesis. *International Journal of Sport Psychology*, 43, 1–14.
- Kaluza, G. (2000). Changing unbalanced coping profiles-A prospective controlled intervention trial in worksite health promotion. *Psychology and Health*, 15(3), 423-433.
- Kato, T. (2012). Development of the Coping Flexibility Scale: evidence for the coping flexibility hypothesis. *Journal of counseling psychology*, 59(2), 262.
- Kato, T. (2015). Effects of flexibility in coping with chronic headaches on depressive symptoms. *International journal of behavioral medicine*, 22, 506-511.
- Kato, T. (2020). Examination of the coping flexibility hypothesis using the coping flexibility scale-revised. *Frontiers in Psychology*, 11, 3494.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosomatic medicine*, 55(3), 234-247.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of personality*, 1(3), 141-169.
- Lester, N., Smart, L., & Baum, A. (1994). Measuring coping flexibility. *Psychology and Health*, 9(6), 409-424.
- Lougheed, J. P., & Hollenstein, T. (2012). A Limited Repertoire of Emotion Regulation Strategies is Associated with Internalizing Problems in Adolescence. *Social Development*, 21(4), 704–721.
- Myin-Germeys, I., van Os, J., Schwartz, J. E., Stone, A. A., & Delespaul, P. A. (2001). Emotional reactivity to daily life stress in psychosis. *Archives of general psychiatry*, 58(12), 1137-1144.
- Nuechterlein, K. H., Dawson, M. E., Gitlin, M., Ventura, J., Goldstein, M. J., Snyder, K. S., ... & Mintz, J. (1992). Developmental processes in schizophrenic disorders: longitudinal studies of vulnerability and stress. *Schizophrenia bulletin*, 18(3), 387-425.
- Offer, D. (1973). The concept of normality. *Psychiatric Annals*, 3(5), 20-29.
- Orel, M. (2020). *Psychopatologie: Nauka o nemocech duše, 3., aktualizované a doplněné vydání*. Grada Publishing as.
- Pavelková, M., & Loneková, K. (2020). Teorie copingové flexibility a její praktické využití (při práci s dotazníkovými metodami). *Psychologie pro praxi*, 55(2), 57-74.

- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of health and social behavior*, 2-21.
- Pearman, A., & Storandt, M. (2004). Predictors of subjective memory in older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 59(1), P4-P6.
- Phillips, L. J., Francey, S. M., Edwards, J., & McMurray, N. (2009). Strategies used by psychotic individuals to cope with life stress and symptoms of illness: a systematic review. *Anxiety, Stress, & Coping*, 22(4), 371-410.
- Ptacek, J. T., Smith, R. E., & Zanas, J. (1992). Gender, appraisal, and coping: A longitudinal analysis. *Journal of personality*, 60(4), 747-770.
- Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (2015). *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe-Testcentrum.
- Ritsner, M., Ben-Avi, I., Ponizovsky, A., Timinsky, I., Bistrov, E., & Modai, I. (2003). Quality of life and coping with schizophrenia symptoms. *Quality of life research*, 12, 1-9.
- Rothermund, K., & Brandstädter, J. (2003). Coping with deficits and losses in later life: from compensatory action to accommodation. *Psychology and aging*, 18(4), 896.
- Stange, J. P., Alloy, L. B., & Fresco, D. M. (2017). Inflexibility as a vulnerability to depression: A systematic qualitative review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 24(3), 245.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (21.7.2023). Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (10. revize). <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F20>
- Valle, R. (2020). Schizophrenia in ICD-11: Comparison of ICD-10 and DSM-5. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental (English Edition)*, 13(2), 95-104.
- Van Liew, C., Santoro, M. S., Edwards, L., Kang, J., & Cronan, T. A. (2016). Assessing the structure of the ways of coping questionnaire in fibromyalgia patients using common factor analytic approaches. *Pain research and management*, 2016.
- Watanabe, S., Iwanaga, M., & Ozeki, Y. (2002). Effects of controllability and desire for control on coping and stress responses. *Japanese Journal of Health Psychology*.
- Westman, M., & Shirom, A. (1995). Dimensions of coping behavior: A proposed conceptual framework. *Anxiety, Stress, and Coping*, 8(2), 87-100.
- Williams, N. L. (2002). *The cognitive interactional model of appraisal and coping: Implications for anxiety and depression*. George Mason University.

Yanos, P. T., & Moos, R. H. (2007). Determinants of functioning and well-being among individuals with schizophrenia: an integrated model. *Clinical Psychology Review*, 27(1), 58-77.

Zong, J. G., Cao, X. Y., Cao, Y., Shi, Y. F., Wang, Y. N., Yan, C., ... & Chan, R. C. (2010). Coping flexibility in college students with depressive symptoms. *Health and quality of life outcomes*, 8(1), 1-6.