

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**VZTAH MEZI TRAUMATEM PROŽITÝM V DĚTSTVÍ
A SYMPTOMY DEPRESE, DISOCIACE
A LIMBICKÉ IRITABILITY V MLADÉ DOSPĚLOSTI**

THE RELATIONSHIP BETWEEN CHILDHOOD TRAUMA
AND SYMPTOMS OF DEPRESSION, DISSOCIATION
AND LIMBIC IRRITABILITY IN YOUNG ADULTHOOD



Bakalářská diplomová práce

Autor: Kateřina Janošová

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Olomouc

2019

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala své rodině, přede všemi mamince, bratrovi a Kubovi, za pomoc a nekonečnou podporu při psaní této práce. Děkuji také vedoucímu práce PhDr. Mgr. Romanu Procházkovi, Ph.D., za jeho trpělivost při zodpovídání dotazů, povzbudivá slova a pomoc ve chvílích ztráty směru i smyslu práce.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou prací na téma „Vztah mezi traumatem prožitým v dětství a symptomy deprese, disociace a limbické iritability v mladé dospělosti“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 26. března 2019

Podpis

Obsah

ÚVOD	5
TEORETICKÁ ČÁST	6
1 Trauma.....	7
1.1 Reakce na prožité trauma	8
1.2 Trauma v dětství a v dospívání	11
1.3 Trauma způsobené blízkou osobou.....	15
1.4 Týrání, zneužívání a zanedbávání jako zdroj traumatu.....	16
1.5 Traumatizované dítě v ústavní péči.....	21
1.6 Vliv traumatu na lidský mozek	24
1.7 Odolnost vůči prožitému traumatu.....	26
1.8 Následky dětského traumatu v dospělosti	27
2 Deprese	31
2.1 Prevalence deprese	32
2.2 Příčiny a teorie deprese	32
2.3 Léčba deprese.....	33
2.4 Klasifikace deprese podle MKN-10.....	34
2.5 Vztah mezi traumatem způsobeným špatným zacházením a depresí	35
3 Disociace	37
3.1 Prevalence disociace	37
3.2 Příčiny a teorie disociace	37
3.3 Léčba disociace	39
3.4 Klasifikace disociace podle MKN-10	40
3.5 Vztah mezi traumatem způsobeným špatným zacházením a disociací.....	41
4 Limibická iritabilita	43
4.1 Vztah mezi traumatem způsobeným špatným zacházením a disociací.....	44
EMPIRICKÁ ČÁST	48
5 Výzkumný problém	49
6 Výzkumný cíl	50
7 Výzkumné hypotézy	51
7.1 Hlavní výzkumné hypotézy.....	51
7.2 Vedlejší výzkumné hypotézy	51

8	Design výzkumu	53
9	Metoda získávání dat	54
	9.1 Dotazník CTQ-25: Childhood Trauma Questionnaire-25	54
	9.2 Dotazník BDI-II: Beck Depression Inventory-II	55
	9.3 Dotazník DES: Dissociative Experience Scale	56
	9.4 Dotazník LSCL-33: Limbic System Checklist-33	57
10	Metoda zpracování a analýzy dat	58
11	Výzkumný soubor	59
12	Etické aspekty výzkumu	62
13	Analýza dat a její výsledky	63
	13.1 Popisné statistiky	63
	13.2 Ověření předpokladu normality proměnných	64
	13.3 Ověření platnosti stanovených hypotéz	65
	13.4 Shrnutí zjištěných výsledků	73
14	Diskuze	75
	14.1 Limity provedeného výzkumu	81
	14.2 Doporučení pro další výzkum a praxi	82
15	Závěr	84
16	Souhrn	86
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY	89
	PŘÍLOHY	95

Úvod

Tato práce se zabývá problematikou vztahu mezi prožitým traumatem v důsledku týraní, zneužívání a zanedbávání v dětství anebo dospívání a výskytem vybraných psychopatologických symptomů u osob s touto životní zkušeností. V oblasti psychického prožívání sledují příznaky deprese, disociace a limbické iritability.

Z řady výzkumů vyplývá, že zkušenost s týráním, zneužíváním anebo zanedbáváním v dětském věku má zatěžující vliv na člověka, činí jej zranitelnějším vůči působení dalších stresujících událostí, a tím jej predisponuje k rozvoji psychického onemocnění. Lidé, kteří si ze vztahu s nejbližšími osobami, tedy s rodiči či jinými pečovateli, odnesli traumatickou zkušenost, se později výrazně častěji potýkají s depresemi, úzkostmi, fobiemi, disociativními poruchami i poruchami osobnosti, s mnohem větší pravděpodobností se také stávají závislími na alkoholu a drogách. Je prokázáno, že efekty traumatického stresu v raném období života se nemusí dostavit ihned po jeho odeznění, nýbrž neočekávaně, po delším období latence, ve fázi adolescence či dospělosti. Současné poznatky naznačují, že trauma prožité v dětství má potenciál ovlivnit funkci mozku, a dokonce i některé jeho struktury. Nevýraznější změny byly doposud zjištěny v oblastech limbického systému a prefrontální kůry, tedy v okruzích zodpovědných zejména za emoční prožívání.

Inspirací ke zpracování tohoto tématu mi byla pracovní zkušenost ze zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, kde jsem se setkala s řadou dětí, které byly akutně odebrány z rodiny, zpravidla pro některou z forem špatného zacházení, nejčastěji pro zanedbávání péče. Dosavadní životní zkušenosti těchto dětí byly často děsivé a jejich vyhlídky do budoucna nepříliš optimistické. Část dětí na základě rozhodnutí soudu odcházela do dětských domovů, část se sice vracela do svých rodin, ale o jejich funkčnosti však lze více než pochybovat. Mé časté úvahy o dalším osudu těchto dětí, poznamenaných zkušenostmi s hrubým fyzickým týráním, sexuálním zneužíváním anebo emocionálním zanedbáváním, byly prvotním impulzem k napsání této práce, jejímž cílem je ověřit teoretickou koncepci o souvislosti traumatu prožitého v dětském věku a projevy psychopatologie v pozdějším věku.

Vzhledem ke skutečnosti, že v České republice v poslední době nebyly uveřejněny studie, které by se daným tématem hlouběji zabývaly, navazuji ve své práci zejména na zahraniční výzkumy, které přinášejí důkazy o jednoznačně negativním vlivu špatného zacházení s dítětem na jeho budoucí psychické zdraví.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Trauma

Trauma je stav rozvíjející se na podkladě setkání člověka se závažnou událostí, kterou není možné zpracovat obvyklým způsobem. Toto setkání je nečekané a velmi intenzivní. Člověk je ochromen, prožitá skutečnost jej srazí na kolena a vezme mu pocit bezpečí, jistoty a kontroly (Levine & Klineová, 2012).

Trauma je obvykle vymezováno na základě charakteristiky působícího podnětu jako stav rozvíjející se na podkladě stresové události nebo situace, která je extrémně ohrožující nebo katastrofická a způsobila by silné rozrušení u každého člověka. Zdrojem traumatu je natolik silný zážitek, že ohrožuje tělesnou i psychickou integritu člověka. Traumatická událost může mít řadu podob. K těm, které mají silný traumatizující potenciál, řadíme teroristický útok, únos, mučení, přepadení, znásilnění, tragickou nehodu, válku nebo přírodní katastrofu. Zdrojem traumatu nemusí být pouze přímá zkušenost s traumatizujícím podnětem, i pouhé svědectví extrémní události má potenciál způsobit trauma. Důležitým kritériem rozvoje traumatu u člověka je intenzita prožité události, nicméně trauma nedefinuje pouze situace samotná. Významnou roli hraje fakt, jaký má událost osobní význam pro člověka. To znamená, že stejná situace může u jednoho člověka způsobit trauma a jiného vůbec neovlivnit (Levine & Klineová, 2012; MKN-10, 2017).

Trauma je do značné míry dáno rovněž povahou reakce člověka. Odpověď na trauma se pojí s intenzivním prožíváním strachu, beznaděje a hrůzy a uvědoměním si vlastní malosti, bezmoci a nedůležitosti. Traumatizující událost dalece přesahuje běžný scénář obranné reakce člověka. Způsoby, které daný člověk používá k překonání náročných situací v běžném životě, v těchto vyhrocených případech nefungují. Situace je natolik extrémní, že člověka zcela zahltní a nedovolí mu znovu získat kontrolu nad dnem (Baštecká & Mach, 2015; Doležalová a kol., 2017).

Trauma, které člověk prožije ve vztahu s druhou osobou, je označováno jako interpersonální trauma. Do této kategorie patří zkušenost s týráním, zneužíváním a zanedbáváním v dětském věku, v dospělém věku může jít o znásilnění, domácí násilí anebo přepadení. Interpersonální trauma způsobené blízkou osobou negativně ovlivňuje sebepojetí člověka, jeho přesvědčení o druhých lidech a významně ovlivňuje vztahovou vazbu, kterou si člověk s druhými vytváří. Lidé, kteří prožili interpersonální trauma, častěji trpí somatickými problémy, potýkají se s depresemi, úzkostmi, závislostmi na alkoholu a na drogách a mají výraznější sklony k antisociálnímu jednání (Matoušek, 2017; Wiltgen, Arbona, Frankel, & Frueh, 2015).

Člověk může být traumatizován jednorázově nebo opakovaně. Ukazuje se, že četnost traumat prožitých v dětském věku souvisí se závažností jejich důsledků pro duševní zdraví v dospělosti. Kumulativní traumatická zkušenost nepochybně zvyšuje riziko rozvoje závažných psychických onemocnění. Opakované nebo dlouhodobé vystavení traumatizaci vede k naučenému používání konkrétních obranných reakcí, které se postupně stávají maladaptivními a negativně ovlivňují kvalitu života jedince. Významnou roli zde hraje učení podmiňováním. Pokud si člověk v dětském věku osvojí, že zamrznutí je prostředek ke zvládnutí nepříjemné události, s vysokou pravděpodobností bude tuto strategii používat i ve svém dalším životě (Hašto & Vojtová, 2014; Matoušek, 2017).

Trauma ovlivňuje člověka jako celek, zasahuje jeho biologickou, psychickou i sociální rovinu. Trauma je spojeno s celou řadou emocí, zpravidla se objevuje strach, bezmoc, zoufalství. Odráží se na úrovni myšlení, kde nejčastěji dochází k myšlenkovému útlumu. Změněny jsou i další psychické funkce, což se projevuje zúžením rozsahu vnímání, poruchami paměti, kvalitativním poruchami vědomí, přičemž obvykle jde o mráкотný stav, prožitky depersonalizace a derealizace. Zasažena je i oblast sociálních vztahů, kde pozorujeme buď izolaci od druhých nebo naopak intenzivní vyhledávání společnosti. Tělo reaguje na působení traumatického stresu řadou neurofyziologických a neuroendokrinních dějů, které mají nejrůznější vnější symptomy – zvýšený krevní tlak, zvýšená tepová a dechová frekvence, zvýšení svalového napětí, třes. Významně je ovlivněn autonomní nervový systém, hypotalamo-hypofyzární-adrenální osa, noradrenergický systém a okruh spojující limbický systém a prefrontální kůru (Hašto & Vojtová, 2014; Levine & Klineová, 2012).

1.1 Reakce na prožité trauma

Setkání s traumatizující událostí stojí na počátku komplexní obranné reakce organismu, jež zahrnuje změny stavu těla, psychiky i chování. Tato reakce má člověku zajistit obnovení vnitřní rovnováhy a pomyslné přežití. Odpověď člověka na traumatický stres se odvíjí v jisté časové posloupnosti. Na počátku je akutní stresová reakce, která se objevuje okamžitě po vystavení traumatickému podnětu a mizí obvykle během několika hodin. Její projevy můžeme rozdělit do několika fází – ostražitě zamrznutí, útok, útek, zamrznutí, případně úplný kolaps (Hašto & Vojtová, 2014).

Pocit bezpečí dovoluje člověku setrvat ve stavu relaxace. Ve chvíli, kdy se objeví nebezpečný podnět, organismus přejde do fáze ostražitého zamrznutí, mozek hlásí poplach,

aktivuje se sympatikus, zrychlí se tep a dech, svaly jsou aktivní, připravené na pohyb, v prožívání převažuje pocit strachu. Následně organismus přechází do další fáze, která se liší v závislosti na kognitivním zhodnocení ohrožujícího podnětu (Hašto & Vojtová, 2014).

Pokud je nebezpečí vyhodnoceno jako zvládnutelné, dochází k útěku nebo útoku. Obě tyto reakce jsou provázeny silnou aktivací sympatického nervového systému, zrychleným dýcháním, zvýšeným tepem, pocením. Útěk doprovází strach nebo panika, tělesná energie je směřována do nohou. Reakce útoku je naopak spojena s hněvem a agresí, člověk vkládá energii do horních či dolních končetin, které jsou impulzivně vedeny k úderu nebo kopnutí. V jeho těle je vyplavován adrenalin pro případ vzniku zranění (Hašto & Vojtová, 2014).

Podněty, které člověk vyhodnotí jako nezvládnutelné, nedokáže s nimi bojovat, ani před nimi uniknout, způsobí reakci označovanou jako zamrznutí. Jedná se o pasivní formu obrany spojenou s prožitkem strachu nebo hrůzy, paralýzou svalstva, změněným stavem vědomí, zrychleným tepem a bušením srdce, rychlým a mělkým dechem. Současná aktivace sympatiku a parasympatiku při této reakci paradoxně způsobuje ochabnutí a ustrnutí v situaci akutního stresu. Zamrznutí může přejít v totální kolaps organismu. V tomto stavu dominuje parasympatikus, dochází k ochabnutí svalstva, vyplavení endogenních opiátů a totální imobilizaci. Kolaps provází disociace vědomí, otupením smyslů a prožitek beznaděje a zoufalství (Hašto & Vojtová, 2014).

V závislosti na povaze traumatické události mohou být všechny reakce adaptivní, avšak jen za předpokladu, že po odeznění hrozby i ony postupně odezní. Dlouhodobé přetrvávání obranné reakce může naopak vést k psychickým problémům. Dle povahy obranné reakce přitom můžeme rozlišovat dvě cesty následného psychopatologického rozvoje. Aktivní obranné reakce (útok, útěk) spějí častěji k fobické úzkostné poruše, závislostem na psychoaktivních látkách, zatímco pasivní reakce (zamrznutí, případně kolaps) se pojí spíše s depresivními a disociativními poruchami (Hašto & Vojtová, 2014).

Podle Levineho a Klineové (2012) je člověk traumatem nejvíce ohrožen, pokud na nebezpečný podnět reaguje mechanismem zamrznutí. Takto na trauma reagují nejčastěji osoby, které mají omezené možnosti aktivní obrany. Boj i únik před traumatizujícím podnětem jsou pro ně vzhledem k jejich tělesným nebo psychickým omezením či závislosti na péči jiných osob obvykle nemožné. Takto zranitelnými jsou zejména děti, senioři a lidé s hendikepem.

Po akutní reakci na traumatickou událost následují další fáze vyrovnávání se s vlastními prožitky. Povaha, časová souslednost i délka trvání těchto fází se může u

jednotlivců lišit. Záleží na povaze traumatické události, zranitelnosti člověka i zdrojích rezistence. Obecně popsala fáze reakce na traumatickou událost Baštecká (2015):

Fáze výkřiku a omámení – se objevuje po traumatické události a odeznívá v řádu hodin až tří dní. Dochází k uvolnění tělesného a psychického napětí, které se projevuje jako třes, pláč, rozčilení, vyčerpání, odmítání, bloudění nebo ztuhnutí. Člověk se ocitá ve stavu šoku, je omámený dopadem traumatické události. Šoková reakce má aktivní (činorodost, agitovanost, agrese) nebo pasivní (ztuhlost, apatie, izolace) podobu. Běžné jsou prožitky neskutečnosti okolního dění i vlastního prožívání (derealizace, depersonalizace). Člověk ztrácí pojem o čase, jeho myšlenky se vrací k bezprostředně prožité události.

Fáze popření a znovuprožívání – běžně trvá první týden až měsíc. Dominantní je snaha zpracovat traumatickou událost a začlenit ji do svého životního příběhu. V této fázi se v mozku vytváří vzpomínka na událost, člověk získává zkušenost. Znovuprožívání traumatu střídá snaha o popření zažitého. Člověk se vrací k traumatické situaci, rozebírá ji a hodnotí své chování. Může prožívat pocit viny za vlastní reakci na trauma. Obvykle se lidé obviňují za to, že se nedokázali v dané situaci zachovat jinak. Znovuprožívání traumatu může probíhat také mimovolně v podobě nočních můr a flashbacků, které jsou subjektivně hodnoceny jako velmi nepříjemné. Člověk má tendenci se vědomě i nevědomě vyhýbat vzpomínkám na trauma, stejně tak i místům, situacím a činnostem s ním spojeným či ho evokujícím. Takovéto chování má zamezit zopakování trýznivé události, případně se vyhnout bolesti. Běžným symptomem je také výrazné vybudení, které má podobu podrážděnosti, nespavosti nebo nepřiměřené úlekové reakce. Člověk setrvává ve stavu ostražitosti, je připraven znovu čelit hrozbě. Tyto psychické děje přirozeně doprovází značné emoční výkyvy.

Fáze hledání smyslu – přichází po odeznění šoku a může trvat i řadu let. Člověk se snaží událost pochopit a najít její smysl. Často se ptá: „Proč se mi tohle stalo?“. Znat smysl událostí mu dovoluje žít s pocitem, že rozumí okolnímu dění a má možnost ho ovlivňovat. Nalezený smysl nemusí být konečný, v průběhu času může být význam události člověkem přehodnocen. Vědomí, že svět a dění v něm je smysluplné, orientuje člověka na budoucnost.

Fáze uzavření, učení a růstu – nemá podobně jako předchozí fáze jednoznačné časové vymezení, může trvat v rozmezí týdne až několika let. Způsob návratu do života je v mnohém určován tím, jak člověk zpracuje traumatickou zkušenost a zda získá potřebný náhled. Uzavřít událost v obecné rovině znamená získat schopnost rozlišovat traumatické a běžné okolnosti a podněty, získat kontrolu nad prožíváním zraňujících vzpomínek na trauma, osvobodit se od znovuprožívání traumatu v podobných situacích. Trauma člověk

z paměti nemůže vymazat, může s ním však naložit tak, aby jej dále nezraňovalo. Traumatická událost může člověka zcitlivět nebo naopak zocelit. Člověk, který dokáže překonat svoje trauma, má potenciál růst a pozitivně se měnit. Mluvíme pak o posttraumatickém růstu.

Jiné rozdělení fází reakce na trauma, již konkrétně zaměřené na prožitky traumatizovaného dítěte, nabídli Vizinová a Preiss (1999):

Fáze vyplakání – zahrnuje okamžitou reakci na traumatizující událost, která má podobu akutní reakce na stres. Dítě si zcela neuvědomuje význam události, avšak prožívá intenzivní pocit úzkosti.

Fáze popření – se u dítěte projevuje nespavostí, poruchou paměti, tělesnou ochablostí, stažením se do sebe, běžné jsou somatické potíže.

Fáze intruze – je charakteristická emoční labilitou dítěte. Typicky dochází ke znovuprožívání zážitku, objevují se nepřiměřené úlekové reakce a chronické stavy neklidu, které negativně ovlivňují kvalitu psychického prožívání.

Fáze zpracování – je spojena se snahou dítěte vysvětlit si traumatickou událost a pochopit vlastní prožívání. Dítě postupně získává naději na odeznění nepříjemných prožitků a na návrat do normálního života.

1.2 Trauma v dětství a v dospívání

Podle legislativy České republiky je dítětem každý člověk do 18 let věku. Z pohledu vývojové psychologie není období dětství shora jednoznačně ohraničeno. Věk, kdy se člověk stává dospělým, definují jednotliví autoři různě. Stejně tak se různí dělení vývojových etap člověka. Langmeier a Krejčířová (2006) rozlišují tyto fáze: prenatální období, novorozenecké období, kojenecké období, batolecí období, předškolní období, mladší školní období, starší školní období (pubescence) a období adolescence. Každá vývojová fáze s sebou přináší specifické potřeby a vývojové úkoly. K narušení psychického vývoje člověka může dojít v kterékoli fázi života, nicméně v období dětství a dospívání je ohrožení jednoznačně největší, zejména s ohledem na akcelerovaný vývoj a senzitivitu dítěte.

Bez ohledu na věk dítěte existují jisté základní potřeby, jež mají být uspokojovány, jak u novorozence, předškolního dítěte, tak i adolescenta, aby byl zajištěn jeho zdravý psychický vývoj. Matějček (1995) definoval základní psychické potřeby dítěte takto:

Potřeba stimulace – je naplňována, pokud má dítě dostatek podnětů z okolního prostředí a může rozvíjet svůj mozek. Ty musí být různé kvality a složitosti. Podstatné však je, aby byly adekvátní vývojové fázi dítěte a dítě jimi nebylo přehlceno.

Potřeba smysluplného světa – znamená, že dítě potřebuje dění kolem sebe rozumět, potřebuje řád a rytmus, aby pro něj okolní svět byl srozumitelný a mohlo se v něm cítit bezpečně.

Potřeba životní jistoty – je naplněna za předpokladu, že dítě vyrůstá ve stabilním prostředí, ve kterém najde útočiště v krizové situaci. Pokud dítě tyto jistoty vytvářené mezilidskými vztahy má, může objevovat svět a rozvíjet vlastní osobnost.

Potřeba pozitivní identity a vlastní společenské hodnoty – je uspokojena, pokud má dítě navázaný bezpečný vztah s rodičem nebo jinou pečující osobou, v rámci něhož může zažívat pocit vlastní hodnoty a důležitosti.

Potřeba otevřené budoucnosti – se projevuje jako touha těšit se na něco, k něčemu směřovat, o něco usilovat. Dítě potřebuje znát svoji minulost, která tvoří současnost a jednou přejde v budoucnost.

Trauma prožité v dětském věku se od traumatu v dospělosti odlišuje v mnoha ohledech. Rozdíl je jak v událostech, které působí trauma, tak v reakci na toto trauma. Dítě se od dospělého odlišuje ve způsobu vnímání, myšlení i prožívání, jeho zranitelnost souvisí s nevyzrálostí mozku, tělesnou slabostí, závislostí na péči dospělých. Zvláště zranitelné jsou přitom děti velmi malé, slabé, nemocné, postižené a děti vyrůstající v ústavní péči (Doležalová a kol., 2017; Levine & Klineová, 2012).

K událostem, které děti nejčastěji traumatizují, můžeme zařadit autonehody, chirurgické a lékařské zákroky, život ohrožující a bolestivá onemocnění, topení se, dušení, nehody a pády, napadení zvířetem, vystavení násilí, svědectví násilí, únos, výslech na policii nebo šikanu. Traumatizujícím podnětem může být pro dítě taktéž odloučení od rodičů či pečující osoby, závažná nemoc nebo smrt rodičů či jiného blízkého člověka, psychické onemocnění rodiče, užívání alkoholu a drog u rodičů nebo extrémní chudoba rodiny. Trauma může dítěti přivodit také rozvod rodičů, konflikty mezi nimi a domácí násilí. Dítě může být traumatizováno rovněž živelnou či jinou pohromou (zemětřesením, povodní, požárem), zcela jistě pak válkou, teroristickým útokem nebo hladomorem, což v našich podmínkách naštěstí není aktuální. K jednoznačně traumatizujícím událostem pak patří týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte ve všech jeho podobách. (Doležalová a kol., 2017; Matoušek, 2017).

Reakce dítěte na traumatickou událost se v některých ohledech liší od reakce dospělých. Rozdíly v traumatické reakci jsou dány především vyzrálostí centrálního

nervového systému a psychických funkcí dítěte. Ačkoliv se řada traumatických reakcí objevuje napříč jednotlivými fázemi dětství, některé projevy traumatu jsou specifické pro určité vývojové období. Posttraumatické prožívání je u dětí předškolního a mladšího školního věku výrazné v oblasti somatických symptomů. U dětí staršího školního věku nacházíme daleko více problémů v rovině psychického prožívání. Traumatická reakce adolescentů se vesměs výrazně neliší od prožívání dospělých. Doležalová a kolektiv (2017) sestavili přehled nejčastějších reakcí na trauma u dětí a dospívajících. Reakce jsou rozděleny podle věku dítěte takto:

Traumatická reakce u předškolních dětí (2-5 let) – nesoustředěnost, hyperaktivita, zapomětlivost, vývojový regres, opoždění vývoje řeči, neschopnost ovládat negativní emoce, vystrašenost, pláč, křik, agrese, neklidný spánek, noční můry, noční pomočování, stydlivost nebo naopak průbojnost, extrémní potřeba citové vazby, fyzického kontaktu a pozornosti, bolest nejasného původu, únava, ospalost.

Traumatická reakce u dětí školního věku (6-8 let) – narušená koncentrace, hyperaktivita, zapomětlivost, regrese na nižší vývojový stupeň, negativní a opoziční chování, emoční labilita, vystrašenost, pláč, křik, agrese, neklidný spánek, noční můry, noční pomočování, stydlivost nebo naopak bojovnost, extrémní potřeba citové vazby a fyzického kontaktu, přílišné vyžadování pozornosti, bolesti břicha, únava, problémy se vstáváním, problémy s důvěrou v druhé a ztráta sebedůvěry.

Traumatická reakce u dětí školního věku (9-12 let) – poruchy pozornosti, hyperaktivita, zapomětlivost, negativní a opoziční chování (vulgarismy, lhaní, drobné krádeže, agrese), snížená schopnost regulovat negativní emoce, úzkostnost, deprese, panika, poruchy a rizika v citové vazbě, poruchy spánku, problémy se školní docházkou, bolesti břicha, hlavy, únava, problémy se vstáváním, problémy s důvěrou v druhé a ztráta sebedůvěry.

Traumatická reakce v období adolescence (13-17 let) – nesoustředěnost, hyperaktivita, zapomětlivost, negativní a opoziční chování (vulgarismy, lhaní, krádeže, chování v rozporu se zákonem), ataky zlosti a agrese, úzkosti, deprese, panika, idealizace, fantazírování, snaha oddělit se od svých pocitů, poruchy a rizika v citové vazbě, ztráta zájmů, narušená komunikace v rodině i ve škole, problémy se školní docházkou, zhoršený prospěch, poruchy spánku, poruchy příjmu potravy, bolesti různého druhu, narušení důvěry ve svět a druhé lidi, ztráta sebedůvěry, nízké sebevědomí, užívání alkoholu a drog, promiskuitní chování, sebepoškozování.

Levine a Klineová (2012) se popisu symptomů traumatu v jednotlivých stádiích dětství věnují o něco podrobněji, přiznávají přitom jisté zjednodušení vývojové periodizace:

Trauma u velmi malých dětí (od novorozenců po předškoláky) – není výjimkou, že trauma může postihnout i velmi malé děti. Zjišťování traumatu u malých dětí bývá náročné, proto se objevují názory, že nejmenší děti nemohou být traumatizovány. Nejmenší děti mají omezené pohybové i jazykové schopnosti, nedokážou se pro svou slabost bránit tak jako starší děti nebo dospělí. Útok a útěk je pro ně často nemožný, obvykle se tak brání mechanismem zamrznutí. Pakliže mají možnost před nebezpečím uniknout, obvykle hledají útočiště u rodiče nebo jiné dospělé osoby. Ke zpracování traumatu potřebují bezpečí, jistotu, klid a útěchu dospělého. Postupný vývoj řeči neumožňuje dětem dostatečně vyjádřit svoje pocity a sdílet svoji zkušenost. U novorozenců a kojenců se v důsledku prožitého traumatu objevuje pláč, neklid, podrážděnost, protestování, stažení, ztuhlost, omezení interakce s okolím, nepřítomný výraz, problémy s kmením a somatické potíže. Traumatizovaná batolata a děti předškolního věku se projevují hyperaktivitou, nepozorností, apatií, únavou, strnulostí, nadměrnou stydlivostí, izolací od druhých, hrou s netradičními prvky (znovuprožívání traumatu skrze hru), narušeným spánkem (noční děsy), mrzutou náladou, záchvaty intenzivních emocí (zlost, úzkost, strach, agrese, pláč), regresí na nižší vývojový stupeň, lpěním na přítomnosti rodiče, somatickými potížemi a problémy s jídlem.

Trauma u dětí školního věku – zahrnuje běžné symptomy, k nimž patří disociace, znovuprožívání, znečitlivění nebo prožívání bezmoci. Děti školního věku mají k dispozici širší možnosti obrany, jejich myšlení i řeč jsou rozvinutější, jsou tělesně zdatnější, dovedou se rychle pohybovat, s nástupem do školy získávají širší sociální oporu, rozvíjí cit pro morálku a altruismus. U dětí školního věku provází traumatickou reakci problémy se spánkem, somatické potíže, fobie, znovuprožívání události při hře nebo ve vyprávění, strach z budoucnosti. Trauma se u dětí tohoto věku projevuje ve škole, kde jsou vystaveny tlaku školních požadavků a socializace. Znakem prožitého traumatu je nepozornost, problémy s učením, hyperaktivita, problémové chování (agrese, neposlušnost), někdy únava, nadměrné denní snění, extrémní stydlivost, odtažitost až izolace. U těchto dětí lze sledovat některé rozdíly mezi symptomy traumatu u chlapců a dívek. Dívky mají tendenci prožívání traumatu obracet dovnitř, častěji se u nich setkáme s depresivními a úzkostnými stavy, somatickými problémy a s nízkým sebevědomím. Chlapci zpravidla symptomy traumatu projevují navenek, objevují se u nich problémy v chování a hyperkinetické poruchy.

Trauma u dospívajících – se v celé řadě projevů podobá traumatické reakci dospělých. Nelze se přitom domnívat, že trauma v dospívání je méně závažné než trauma

v raném věku. Skutečností je, že dospívající mají k dispozici širší škálu zdrojů, které jim mohou sloužit k vyrovnání se s traumatem. Zároveň prochází kritickou vývojovou etapou, která je spojena s výraznými tělesnými, psychickými i sociálními změnami. Prožití traumatu v tomto zranitelném období může významně narušit zdravý vývoj osobnosti. K projevům traumatu u dospívajících jsou řazeny náhlé změny ve vztazích, otažitost a stažení se do sebe, změny v oblasti školního prospěchu, chování, životního postoje nebo vzhledu, emoční labilita, podrážděnost, změny nálady (úzkost, deprese, sebevražedné myšlenky), poruchy spánku, závislost na alkoholu a drogách, sebepoškozující chování, nezáměr o oblíbené koníčky, nadměrné denní snění, záchvaty zlosti, touha se pomstít, sexuální promiskuita.

1.3 Trauma způsobené blízkou osobou

Teorie traumatu zrady (z anglického *betrayal trauma*) mluví o následcích traumatu způsobeného blízkou osobou. Trauma v blízkém vztahu je zvláště škodlivé, neboť s sebou přináší nejen bolest, ponížení a pocit viny, ale také ztrátu důvěry v nejbližší osoby. Traumatizací v blízkém vztahu jsou ohroženy zejména děti, které jsou na vztahu s pečující osobou závislé (Kaščáková a kol., 2016).

Dítě si během prvních let života vytváří s primární pečující osobou zcela klíčovou vazbu. Mozek dítěte aktivuje v případě, že jsou adekvátně uspokojovány jeho potřeby ze strany pečující osoby, zcela jiná spojení, než pokud dochází k jejich nenaplnění či dokonce k pocitu ohrožení. V prvním případě, kdy jsou reakce dospělého plně sladěny s potřebami dítěte, vzniká jistá vazba, jež je pokládána za nezbytnou podmínku zdravého vývoje. Pokud rodič či jiná pečující osoba nereaguje na potřeby, požadavky a tužby dítěte adekvátním způsobem, vytváří se mezi nimi vazby nejisté, nejčastěji hovoříme o vyhýbavé vazbě, kdy dítě potlačuje emocionální projevy, na něž dospělý reaguje negativně, případně se snaží naklonit si pečující osobu svým jakoby dospělým, vyrovnaným přístupem, eventuálně se pokouší se bez této blízké osoby zcela obejít. Dalším typem nejisté vazby je vazba ambivalentní. Strategie dítěte s ambivalentní vazbou spočívá v tom, že se nejprve snaží získat si pozornost rodičů či jiných blízkých osob přehnanými emočními projevy, přičemž když tuto jejich pozornost získá, při dalším kontaktu se projevuje zdrženlivě nebo závisle. U dětí týraných, zneužívaných, vyrůstajících v nefunkčních rodinách s neuspořádanými vztahy je popisována takzvaná desorganizovaná vazba. Reakce těchto dětí na dospělé jsou nepředvídatelné a nepochopitelné (Matoušek, 2017).

Dítě, kterému ubližuje rodič nebo jiná blízká osoba, jež má být zdrojem péče, uspokojování potřeb a ochrany, tzn. působí mu zranění, bolest, stres, strach a další negativní prožitky a zkušenosti, zažívá vnitřní konflikt, kdy na jedné straně je pro něho rodič zdrojem stresu, na straně druhé postavou, která mu zajišťuje přežití. Tuto zkušenost dítě silně prožívá. Proto, aby se ubránilo negativním prožitkům, překonalo nepříznivou situaci a zároveň si uchovalo vztah k pečovateli, používá jisté obranné mechanismy, mezi nimi i mechanismus disociace. Přestože je tento způsob obrany zjevně patologický, dítě pečovatele potřebuje k uspokojení základních potřeb. Dítě, jež disociuje traumatickou událost, se stává jakoby slepé a dokáže některé události nevnímat. U dospělých, kteří byli oběťmi týrání, zneužívání a zanedbávání v dětství, kdy byl pachatelem rodič nebo jiná pečující osoba, se setkáváme s vyšší mírou disociace, v extrémní formě i s totální amnézií, v porovnání s oběťmi, kde nebyla pachatelem pečující osoba, a lidmi bez zkušenosti špatného zacházení. Disociace není jediný způsob, jak se dítě vypořádává s traumatem způsobeným blízkou osobou. Další formou ochrany je sebeobvinění a idealizace pachatele. Tím, že dítě vezme vinu za celou událost na sebe nebo zhodnotí chování pachatele jako přijatelné, může snížit míru vlastní kognitivní disonance a udržet si tak vztah k trýzniteli. Tento psychický mechanismus umožňuje dítěti přežít v prostředí, kde je mu ubližováno (Fenerci & Allen, 2018; Freyd, 1994).

1.4 Týrání, zneužívání a zanedbávání jako zdroj traumatu

Týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte (neboli syndrom CAN, z anglického child abuse and neglect) je označení pro záměrné, vědomé i nevědomé jednání pečující osoby, které je ve společnosti nepřijatelné, poškozuje dítě v rovině tělesné, psychické i sociální a závažně narušuje jeho zdravý vývoj, v extrémním případě může vést i k usmrcení dítěte (Dunovský a kol., 1995).

Týrání dítěte je chápáno jako ublížení dítěti anebo úmyslné odmítnutí ochrany a péče o dítě. Způsoby poškození jsou rozmanité. Obecně je dělíme dle zaměření na tělesné a psychické týrání a podle aktivity pachatele na aktivní a pasivní formy. Tělesné týrání je spojeno s fyzickým násilím na dítěti a často končí jeho poraněním. Některé formy zanechávají na dítěti viditelné stopy, obvykle se jedná o bití, kopání, pálení, nepřiměřené tělesné trestání. Jiné způsoby jsou méně nápadné – dušení, škrcení, topení nebo trávení. Tělesné týrání v pasivní podobě se vyznačuje jako opomenutí péče o důležité tělesné potřeby dítěte. Tělesným týráním jsou nejvíce ohroženy malé děti, které se pro svou slabost a nevyzrálou nemohou bránit. Tělesné týrání bývá doprovázeno týráním psychickým.

Psychické či emocionální týrání je označení pro jednání, jež závažným způsobem poškozuje psychický vývoj dítěte. Odpírání citových projevů, ignorování dítěte, jeho ponižování, zesměšňování, zastrašování, rovněž nadměrné omezování a izolace dítěte nebo nepřiměřené psychické trestání, to jsou příklady aktivního psychického týrání. O pasivním psychickém týrání hovoříme v případech, kdy dochází k záměrnému nenaplňování psychických potřeb dítěte. Hranice mezi psychickým týráním a zanedbáváním je velmi úzká. Vůči psychickému týrání jsou nejzranitelnější předškolní děti a dospívající. Někteří autoři rozlišují psychické a emocionální týrání, stejně tak činí i v případě zanedbávání, přičemž emocionální týrání vymezují jako jednu z možných forem psychického týrání. V tomto textu jsou oba pojmy používány jako synonyma (Bechyňová, 2007; Dunovský a kol., 1995).

Zanedbávání je definováno jako nedostatečná nebo zcela chybějící péče o dítě, která narušuje jeho psychický i tělesný vývoj nebo samotnou existenci. Tělesné zanedbávání spočívá v nedostatečném uspokojování tělesných potřeb. Dítě tělesně zanedbané strádá nedostatkem jídla, oblečení, hygieny, lékařské nebo výchovné péče. Psychické či emocionální zanedbávání znamená nedostatečné sycení psychických potřeb dítěte, kam řadíme potřebu lásky, přijetí, vztahu, porozumění a podnětů z okolí. Zanedbávání není jev výhradně vázaný na prostředí s nízkým socioekonomickým statusem. Zanedbané děti vyrůstají i v rodinách, které jsou finančně dobře zajištěny, mají vhodné hygienické návyky, poskytují potomkům adekvátní ubytování, ošacení, zdravotní péči a prostor pro vzdělávání i volnočasové aktivity. Důvodem zanedbanosti těchto dětí je absence projevů lásky a podpory ze strany nejbližších osob. Zanedbávání je nejčastější typ špatného zacházení, který řeší Orgán sociálně-právní ochrany dětí (Dunovský a kol., 1995; Matoušek, 2017).

O zneužívání dítěte mluvíme v situaci, kdy dospělý uspokojuje vlastní potřeby skrze dítě, využívá vlastního postavení a síly. Dítě je snadno zneužitelné pro svou slabost a současně závislost na pečujícím dospělém. Zneužívání dětí se odehrává v několika rovinách, mluvíme o sexuálním zneužívání, fyzickém zneužívání a emocionálním zneužívání. V tomto textu, ve shodě s odbornou literaturou, je zneužívání chápáno výhradně ve smyslu sexuálního zneužívání. Za sexuálním zneužíváním je považováno jakékoli nepatřičné vystavení dítěte sexuálním aktivitám, které vedou k uspokojení sexuálních potřeb pachatele. Rozlišujeme sexuální zneužívání spojené s tělesným kontaktem (pohlavní styk s dítětem, orální i anální sex, nucení dítěte k masturbaci pachatele nebo sebe sama, osahávání a laskání intimních míst dítěte) a sexuální zneužívání bez tělesného kontaktu (sledování pornografie, setkání s exhibicionistou, obnažování a masturbace před dítětem, přihlížení sexuálním

aktivitám dospělých). Oběťmi sexuálního zneužívání se častěji stávají dívky (Dunovský a kol., 1995; Gjuričová, Koucourková, & Koutek, 2000).

K týrání, zneužívání a zanedbávání dětí dochází nejčastěji v rámci rodiny, pachateli jsou tedy blízcí lidé, obvykle rodiče. Pro psychický vývoj dítěte je zkušenost ohrožení ze strany nejbližších extrémně nebezpečná. Dítě potřebuje v rodině zažívat pocit bezpečí, lásky, podpory a pomoci. Pokud rodina tuto funkci závažným způsobem nenaplnuje, ztrácí dítě základní pocit jistoty a nemůže se zdravě vyvíjet. Závažnost týrání, zneužívání a zanedbávání v rodinném prostředí je alarmující, zejména pokud si uvědomíme, že dítě ztrácí prostředí, ve kterém by se mělo s traumatickou událostí vyrovnávat. Primárním předpokladem zvládnutí traumatu u dětí je podpora rodičů, případně dalších členů rodiny, což je v případě nefungujících či narušených rodinných vazeb zcela nemožné. Pravděpodobnost zvládnutí traumatu se dramaticky snižuje, pokud rodinný systém nedokáže dítě adekvátně podpořit (Bechyňová, 2007; Matoušek, 2017).

Způsob poškozování dítěte ze strany pečujících osob se zpravidla postupem času vyvíjí a proměňuje. Obvykle dochází ke stupňování intenzity násilí na dítěti, rovněž je běžné střídání, případně kombinování, různých forem poškozujícího chování, tj. fyzického týrání, psychického týrání, sexuálního zneužívání a fyzického i psychického zanedbávání. Působení špatného zacházení často není jednorázové, nýbrž má tendenci se rozvíjet a dlouhodobě přetrvávat. S touto skutečností se nejčastěji setkáme u dětí zanedbávaných a psychicky týraných, tyto formy jsou méně nápadné a snadno tak uniknou pozornosti okolí. Podobně je tomu u dětí sexuálně zneužívaných, kde se u okolí objevuje strach z obvinění pachatele a z odhalení sexuálního násilí. Symptomy týrání, zneužívání i zanedbávání mohou být pro okolí dlouho skryty. Řada dětí žije v nepříznivých podmínkách dlouhá léta, některé bohužel po dobu celého dětství i dospívání (Bechyňová, 2007; Matoušek, 2017).

Děti, které se stanou obětí poškozujícího jednání pečovatelů v brzkém věku, mají malou šanci vymanit se z působení pachatele. Pro svou nevyzrálost mají jen omezené možnosti obrany. Tyto děti odkryjí svoje zkušenosti nejdříve v období mladšího školního věku, kdy se dostávají mimo vlastní rodinu, rozšiřují svoji sociální síť a mají možnost srovnávat vlastní zkušenosti se svými vrstevníky. Odhalení negativních zkušeností tedy předpokládá určitou vývojovou úroveň dítěte. Nicméně ani dosažení jistého věku není zárukou toho, že dítě bude své zkušenosti se špatným zacházením sdílet. Dítě, které žije v nepříznivých podmínkách dlouhodobě, může mít pocit, že jde o něco normálního, běžného. Často je také přesvědčeno, že má na celé situaci svůj podíl viny. Nedůvěra v druhé lidi, pramenící ze zkušenosti, že druzí způsobují bolest a nelze jim věřit, mu pak brání

vyhledat pomoc v okolí. Důležitá je také skutečnost, že děti mají tendenci týrání, zneužívání i zanedbávání popírat, případně bagatelizovat. Snaží se tak vyhnout dalším negativním zkušenostem a současně chtějí chránit rodiče, ke kterým mají vytvořenou jistou citovou vazbu, byť jsou pro ně zdrojem ohrožení. Odhalení nepříznivé situace dítěte tak mnohdy zůstává na okolí, které je v ideálním případě dostatečně vnímavé, uvědomělé a schopné pomoci (Bechyňová, 2007).

Na straně dětí i pečujících osob nacházíme některé rizikové faktory rozvoje týrání, zneužívání a zanedbávání. Existují některé typy dětí, které se častěji stávají oběťmi a zároveň někteří dospělí mají blíže k tomu ublížit dítěti. U dětí jsou rizikovými činiteli zejména předčasné narození, mentální retardace, tělesné postižení nebo porucha chování a učení. Rizikové jsou také děti obtížně vychovatelné, neklidné, impulzivní, emočně labilní a děti, které svým chováním vyvolávají u rodičů či pečovatelů frustraci. V kontextu sexuálního zneužívání také děti nepoučené. Rizikovými faktory u dospělých jsou podprůměrný intelekt, agresivita, nízký věk a s tím související osobnostní nezralost a nedostatek znalostí o výchově dítěte, rovněž duševní onemocnění, narušená osobnost a závislost na alkoholu a drogách. Častým spouštěčem násilí je také frustrace dospělého zapříčiněná nedostatkem financí, nestabilními podmínkami bydlení nebo absencí sociální opory. Vyšší riziko ublížení dítěti existuje u dospělých osob, které dlouhodobě nezvládají stresovou zátěž, které samy zažily partnerské násilí, bouřlivý rozchod, zejména však u těch, kteří byli sami v dětství týráni, zneužíváni nebo zanedbáváni (Bechyňová, 2007).

Zvláštní formu špatného zacházení je systémové týrání a zanedbávání dítěte. Jedná se o sekundární poškozování dítěte různými opatřeními, která mají primárně sloužit k ochraně jedince, nicméně v konečném důsledku je spíše psychicky poškozují. Systémové týrání má povahu sekundární traumatizace. Dítě, které prožilo traumatizující událost, je znovu poškozeno systémem, jehož smyslem je pomoc dítěti a jeho rodině. O systémovém týrání mluvíme v situaci, kdy je dítě zbytečně podrobena výslechu na policii, soudnímu slyšení nebo nepříjemnému lékařskému vyšetření. Zdrojem sekundárního poškození dítěte může být také odebrání z rodiny a umístění do ústavní nebo náhradní rodinné péče, a to v případě, kdy by se situace dala řešit sanací rodiny, tedy podporou fungování a zachování rodiny dítěte. I samotný pobyt v ústavní péči lze v některých ohledech považovat za reviktimizaci dítěte, a to i přes veškeré snahy zajistit adekvátní péči odebraným dětem. Děti žijící v ústavní péči sice nejsou fyzicky napadány, netrpí nedostatkem jídla, ošacení ani lékařské péče, mají přístup ke vzdělávání a často je jim zajištěn pestrý program, přesto strádají nedostatečným uspokojováním psychických potřeb. Odebráním dítěte z nefunkční

rodiny se sice zamezí špatnému zacházení ze strany rodičů či pečujících osob, nicméně jeho umístěním do ústavního zařízení se dítěti dostává pouze jiná forma neplnohodnotné péče (Dunovský a kol., 1995; Langmeier & Krejčířová, 2006).

V České republice bylo dle dostupných informací provedeno pouze několik reprezentativních studií mapujících výskyt špatného zacházení s dětmi v naší populaci. Tyto studie ukazují, že 69,1 % respondentů výzkumu se v dětství setkala s některou z forem psychického týrání a 83,1 % dotázaných uvedlo, že byli v dětství anebo dospívání vystaveni násilí ve formě tělesného týrání anebo trestání (Bosáková, Bosák, Kučera, & Lainová, 2003; Ryšánková, Bosák, Kučera, & Lainová, 2004).

Podle Sakaře (2010), který ve své studii na reprezentativním vzorku dospělých žen a mužů zjišťoval prevalenci a základní charakteristiky sexuálního zneužívání dětí v české populaci, se obětí sexuálního násilí stalo 7 % respondentů, opakovanou zkušenost přitom měly 2 % osob z celého souboru. Nejběžnější formu sexuálního zneužití bylo osahávání oběti, následoval požadavek dráždění genitálu pachatele, k penetrativnímu sexuálnímu zneužití došlo u 3 % žen a 1 % mužů. Věk obětí se nejčastěji pohyboval v rozmezí 13-15 let. Pachateli byly v 93 % případů muži, u ženských obětí byl pachatelem vždy muž, na nezletilých mužích se dopustily násilí i ženy. Zhruba dvě třetiny pachatelů sexuálního zneužívání tvořily osoby, se kterými se oběť znala. V rámci výzkumu byly zjišťovány také následky sexuálního zneužívání. Oběti nejčastěji uváděly nedostatek sebevědomí, úzkosti a deprese, partnerské problémy i sexuální poruchy, ženské oběti pak také strach z mužů.

O aktuální situaci v České republice lze získat jistou představu i z údajů uvedených ve statistické ročence Ministerstva práce a sociálních věcí, ve které jsou uvedeny počty nových případů týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí. V roce 2017 bylo Orgánu sociálně-právní ochrany dítěte nahlášeno 8929 nových případů týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte. Předpokládá se, že zachycené případy představují jen pomyslnou špičku ledovce a skutečný počet takto ohrožených dětí je daleko vyšší. Jednoznačně nejčastější formou špatného zacházení bylo v daném roce zanedbávání dětí, hojně zastoupeno bylo rovněž psychické týrání a sexuální zneužívání. Převážná většina případů sexuálního zneužívání a dětské pornografie se týkala děvčat, u ostatních forem špatného zacházení byl počet případů u obou pohlaví srovnatelný. Co se týče prostředí, docházelo k týrání, zneužívání a zanedbávání dětí nejčastěji v biologické rodině. Z hlediska věku bylo nejvíce případů špatného zacházení nahlášeno ve věkové skupině 6-15 let. Přehled veškerých čísel je uveden v tabulce č. 1 (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2018).

Tabulka č. 1: Počet týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí podle věku dítěte a sociálního prostředí v roce 2017 (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2018, 82)

		Počet dětí													
		Tělesné týrání		Psychické týrání		Sexuální zneužívání		Dětská pornografie		Dětská prostituce		Zanedbávání		Celkem	
		Chlapci	Divky	Chlapci	Divky	Chlapci	Divky	Chlapci	Divky	Chlapci	Divky	Chlapci	Divky	Chlapci	Divky
Nahlášen o případy	do 1 roku	16	10	12	18	0	1	0	0	0	0	248	269	276	298
	od 1 roku do 3 let	37	18	46	50	4	9	0	0	0	0	333	360	420	437
	od 3 do 6 let	60	49	80	80	20	51	0	1	0	0	559	506	719	687
	od 6 do 15 let	203	172	270	249	82	444	6	74	2	5	1828	1698	2391	2642
	od 15 do 18 let	23	47	41	63	14	104	2	36	0	2	382	345	462	597
Sociální prostředí dítěte	v péči rodičů	311	273	444	447	111	531	7	110	2	5	3186	2990	4061	4356
	náhradní rodinná péče	15	15	5	8	4	23	0	1	0	1	104	121	128	169
	ústavní péče/ZDVOP	13	8	0	5	5	55	1	0	0	1	60	67	79	136
Celkem ČR		339	296	449	460	120	609	8	111	2	7	3350	3178	4268	4661

Ve výsledku lze konstatovat, že prevalence syndromu týrání, zneužívání a zanedbávání v České republice se významně neliší od hodnot zjištěných v jiných vyspělých státech, kde je výskyt jednotlivých forem následující – fyzické týrání 4-16%, psychické týrání 4-9%, zanedbávání 6-10%, sexuální zneužívání 15-30% u dívek a 5-15% u chlapců (Gilbert a kol., 2009).

1.5 Traumatizované dítě v ústavní péči

Řízením péče o děti ohrožené špatným zacházením v rodině je v České republice pověřen Orgán sociálně-právní ochrany dítěte (OSPOD), jehož hlavním úkolem je zajistit dítěti bezpečné prostředí pro život, zamezit jeho poškozování negativními vlivy a poskytnout jemu i jeho rodině pomoc a podporu. Na péči o traumatizované dítě se podílejí kromě pracovníků OSPOD i další odborníci z oblasti státních i nestátních organizací zaměřených na ozdravení rodinného systému. Aktivní mezioborová spolupráce OSPOD s vybranými organizacemi nabízí traumatizovanému dítěti i jeho rodině komplexní pomoc a přispívá k ochraně práv a zájmů dítěte. Způsob následné péče o traumatizované dítě je projednán na případové konferenci za účasti ohroženého dítěte, jeho rodiny, blízkých osob a zainteresovaných odborníků. Předmětem setkání je zhodnocení nepříznivé situace dítěte, budování podpůrné sítě sociálních služeb pro rodinu, stanovení způsobu řešení a společné plánování dalšího postupu. Obecným cílem případové konference v první fázi řešení případu

je podpořit změnu způsobu péče o dítě přímo v rodině, hledat nejrůznější formy sanace rodinného systému a zabránit tak umístění dítěte do ústavní, případně rodinné, náhradní péče. V případě, že je dítě v domácím prostředí vystaveno akutnímu ohrožení, může jej OSPOD z rodiny okamžitě odebrat a předat buď do zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP) nebo do pěstounské péče na přechodnou dobu (PPPD). Pokud se dlouhodobě nedaří s rodinou spolupracovat, veškeré snahy ze strany sociálních pracovníků a podpůrných organizací selhávají, je dítě na základě rozhodnutí soudu svěřeno do náhradní výchovné péče, přičemž forma rodinné péče (pěstounská péče, svěření dítěte do péče jiné fyzické osoby než rodiče, poručenství, pokud poručník o dítě osobně pečuje, osvojení) má vždy přednost před ústavní výchovou (kojenecké ústavy, dětské domovy pro děti 0-3 roky, dětská centra, dětské diagnostické ústavy, dětské domovy, dětské domovy se školou, dětské výchovné ústavy, domovy pro děti se zdravotním postižením, ZDVOP) (Matoušek, 2017; Nadace J&T, 2015).

Úlohou ústavní péče je zajistit traumatizovanému dítěti adekvátní výchovu a vzdělání. Především však má uspokojovat veškeré jeho biologické a psychické potřeby a napomoci mu překonat nepříznivé události a dále se vyvíjet zdravým způsobem. Ačkoliv jsou děti do ústavní péče umisťovány se záměrem ochrany a pomoci, pro některé z nich může být přechod z rodinného prostředí, byť nefunkčního, do ústavu zdrojem dalšího traumatu. Odchod z rodiny totiž znamená ztrátu blízkých lidí a zcela nový způsob života. Z pohledu teorie citové vazby je přirozeností dítěte vytvářet si k pečujícím osobám vztah. Tento vztah si dítě tvoří od prvních okamžiků života na základě zkušenosti s rodičem. Pokud dítě ve vztahu s rodičem zažívá citlivý přístup, láskyplné projevy, stabilní péči a uspokojování psychických i tělesných potřeb, rozvíjí se u něho jistá vazba. V případě dětí, které rodiče týrali, zneužívali nebo zanedbávali, lze předpokládat spíše nejistou citovou vazbu, v extrémních případech citové deprivace dokonce její úplnou absenci. Dítě, které si nikdy neosvojilo vazebné chování, je závažným způsobem poškozeno, neboť nedokáže vytvořit stabilní citové pouto k dospělému člověku a prožít takto pocit bezpečí, lásky a přijetí. Bez ohledu na kvalitu citové vazby vyvolává odloučení dítěte od rodiče zpravidla strach, nejistotu, smutek až zoufalství. Velmi významnou roli proto hraje včasná a kvalitní psychologická péče o dítě odebrané z rodiny, stejně jako empatický přístup pracovníků přímé péče. Pobyt traumatizovaného dítěte v ústavním zařízení může vést k jeho zotavení. Dítě v bezpečném a podpůrném prostředí pobytového zařízení může získat korektivní zkušenost a dokáže nepřízeň osudu překonat. U řady dětí však ústavní péče vede k prohloubení jejich problémů a k závažnému narušení jejich vývoje. Důvody selhání

náhradní péče mohou být různé, např. neadekvátní přístup k dítěti ze strany náhradních pečovatelů, psychická deprivace způsobená samotným pobytem v ústavu, časté střídání náhradních pečovatelů a prostředí, vysoká míra psychického poškození vlivem prožitého traumatu, ale také vrozené dispozice dítěte (Buriánová, 2017; Matoušek, 2017; Nadace J&T, 2015).

Z výzkumů zaměřených na dopady ústavní výchovy na traumatizované dítě vyplývá, že tyto ústavy nedokáží zabezpečit kvalitní a plnohodnotnou péči, zejména vzhledem k absenci citlivé, neměnné a stále dostupné pečující osoby, díky které by dítě zvládlo zpracovat traumatickou událost a s níž by si vytvořilo bezpečný vztah, jenž je předpokladem naplnění jeho psychických potřeb. V prostředí kolektivní péče, kde má pečující pracovník na starost více dětí a střídá se ve směnném provozu s dalšími kolegy, respektive spíše kolegyněmi, je často náročné, ne-li nemožné, nabídnout dítěti korektivní zkušenost citové vazby a stabilně reagovat na jeho aktuální potřeby (Buriánová, 2017).

Jeden z posledních výzkumů v této oblasti přinesl následující zjištění. Fischer a kolektiv (2016) zkoumali vztah mezi zkušeností s interpersonálním traumatem, případně kumulovaným interpersonálním traumatem, prožitým v dětství a rozvojem psychopatologie v dospívání v populaci adolescentů vyrůstajících v zařízeních zajišťujících ústavní péči. Problematiku zkoumali z pohledu samotných adolescentů a zároveň získali objektivní pohled jejich pečovatelů. Z jejich studie vyplynulo, že zhruba 80 % adolescentů vyrůstajících v ústavní péči se v životě setkalo minimálně s jednou interpersonální traumatickou událostí, což je výrazně víc než ukazují statistiky provedené v běžné populaci. Zhruba 30 % adolescentů měla zkušenost s jedním interpersonálním traumatem. Kumulativní traumatickou zkušenost pak uvedlo přibližně 30 % adolescentů. Z hlediska pohlaví, uváděly kumulativní traumatickou zkušenost častěji dívky než chlapci. Vyšší výskyt kumulativní traumatické zkušenosti byl zjištěn u adolescentů, kteří žili ve více zařízeních institucionální péče. Adolescenti, kteří zažili nějaké interpersonální trauma, ať už v jedné nebo více oblastech, častěji trpěli, v porovnání s adolescenty bez interpersonálního traumatu, tělesnými potížemi, porušovali pravidla zařízení a uchýlovali se k agresivnímu chování. Závažnost a typ psychopatologické reakce se lišil v závislosti na frekvenci traumatické zkušenosti. U adolescentů s kumulovanou zkušeností interpersonálního traumatu byly výše jmenované problémy závažnější a zároveň se u nich objevovala úzkost, deprese a poruchy myšlení, sebepoškozování, sebevražedné tendence, oproti adolescentům traumatizovaným v jedné oblasti. U adolescentů s kumulovanou traumatickou zkušeností se

častěji objevovaly psychické symptomy spojené s internalizací problému spíše než s jeho externalizací.

Vědci dále zjistili, že vztah mezi interpersonálním traumatem a mírou psychopatologie je určován pachatelem. Následky traumatizace byly horší v případě, kdy byl agresorem někdo známý. Adolescenti traumatizovaní blízkou osobou vykazovali závažnější problémy než adolescenti, kteří pachatele neznali. Adolescenti traumatizovaní v blízkém vztahu měli častěji diagnostikovanou poruchu ze spektra afektivních poruch nebo poruchu myšlení. Kumulované interpersonální trauma souviselo s udělením psychiatrické diagnózy a komorbiditou psychických poruch. U chlapců šlo nejčastěji o společný výskyt látkové závislosti a afektivní poruchy. U dívek byla pozorována zvýšená náchylnost k rozvoji poruch pozornosti a poruch emocí a chování. Významný je také poznatek o tom, že pouhých 5 % adolescentů naplňovalo kritérium pro diagnózu posttraumatické stresové poruchy. Výsledky studie napovídají tomu, že interpersonální trauma, zejména kumulované, má vazbu na rozvoj duševních poruch, spíše než na projevy posttraumatické stresové poruchy. Z výzkumu taktéž vyplynulo, že pečovatelé mají tendenci podhodnocovat psychopatologické symptomy dětí a adolescentů v ústavní péči, výpovědi samotných klientů se významně lišili od zpráv podaných pečujícími pracovníky (Fischer a kol., 2016).

1.6 Vliv traumatu na lidský mozek

Vztah mezi traumatem prožitým v dětském věku a patologickými změnami ve struktuře a funkci mozku je v posledních letech předmětem intenzivního zkoumání. Předpokládá se, že za psychickými potížemi rozvíjejícími se v kontextu prožitého traumatu stojí strukturální a funkční změny mozku a jeho částí, především hipokampu (*hippocampus*), amygdaly (*corpus amygdaloideum*) a oblasti prefrontální kůry (asociační oblast čelního laloku), vyplývající z chronické nebo opakované aktivace hypotalamo-hypofyzární-adrenální osy a jejího vlivu na genetické a epigenetické procesy během citlivých období raného vývoje (Cross, Fani, Powers, & Bradley, 2017; Kaiser a kol., 2018).

Prožívání traumatické události spouští v mozku a dále i v těle akutní stresovou reakci. Na pomyslném vrcholu stojí amygdala, která vyhodnotí situaci, v níž se jedinec nachází, a skrze signalizaci do hypotalamu zahájí stresovou reakci těla. Aktivací hypotalamo-hypofyzární-adrenální osy je zahájena kaskáda endokrinních reakcí, na jejímž konci dojde k vyplavení kortizolu do krve. Zvýšená hladina kortizolu zvyšuje činnost amygdaly, což následně vede k dalšímu nárůstu aktivity hypotalamo-hypofyzární-adrenální osy. Je-li

člověk vystaven hrozbě dlouhodobě, nadměrně vysoké hladiny kortizolu narušují mechanismy hipokampu, které za normálního stavu aktivitu této osy zpomalují. Chronické působení traumatu narušuje rovněž fungování prefrontální kůry, která je s limbickým systémem funkčně spojena a má podíl na regulaci jeho aktivity. Povaha kortikolimbické aktivity, jež udržuje zdravou emoční regulaci, je vysoce komplexní. Úspěšná emoční regulace je zřejmě spojena s obousměrnou regulací obou systémů navzájem, přičemž záleží nejen na množství spojů, ale také na povaze jejich fungování. Na rozdíl od běžného propojení a obousměrné regulace v kortikolimbickém okruhu u dospělých nestižených traumatem z dětství, lze u obětí dětského traumatu pozorovat změněnou komunikaci mezi oblastmi prefrontální kůry a amygdaly a jinou reakci kortikolimbického okruhu na stresové podněty vyžadující regulaci emocí. Prožití traumatizující události v dětském věku má tedy potenciál měnit způsob fungování kortikolimbického obvodu v negativním směru a činit tak člověka zranitelnými vůči působení dalších stresových podnětů (Cross a kol., 2017; Kaiser a kol., 2018).

Vzhledem k tomu, že dětství je kritickým obdobím pro rozvoj mozkových systémů, dochází k neurogenезi, růstu synapsí, utváření funkčních neuronálních okruhů, které se podílejí na regulaci emocí, včetně amygdaly a prefrontální kůry, vystavení dítěte závažným traumatům může v tomto období způsobit hypersenzitivitu amygdaly, tím oslabit schopnost emoční regulace a zvýšit reaktivitu stresového systému těla. V dlouhodobé perspektivě vede chronické působení stresových hormonů k úbytku neuronů v kortikolimbickém systému a k narušení regulace HPA osy. Tyto závěry podporují výsledky výzkumů s dospělými, kteří byli vystaveni v dětském věku traumatu a u nichž byl zjištěn snížený objem limbických oblastí, úbytek neuronálních spojů v kortikolimbickém okruhu a snížená reaktivita na stresové situace (Kaiser a kol., 2018; Teicher, Samson, Anderson, & K., 2016; Tottenham, 2014).

V současné době mají vědci k dispozici nové zobrazovací metody, které jim umožňují mozek přesněji zkoumat a které poskytují množství informací o strukturálních i chemických změnách mozku traumatizovaných lidí. Provedené studie dokazují, že trauma ovlivňuje mozek ve třech hlavních rovinách. Zaprvé se jedná o změny ve struktuře mozku, kdy bylo pozorováno zmenšení objemu celého mozku, ale i jeho částí, především hipokampu, amygdaly, bílého tělesa (*corpus callosum*), mozečkového červu (*vermis cerebelli*), rovněž byla zjištěna výrazná asymetrie v oblasti frontálního laloku (*lobus frontalis*) a horní oblasti spánkového laloku (*lobus temporalis*). Zadruhé dochází ke změně funkce mozku. Mění se hustota neuronů, jejich metabolismus, a tedy i aktivita neuronálních

sítí. Třetí rovinou je neurochemie mozku, kdy byly zjištěny rozdílné koncentrace některých neuromediátorů a hormonů, a rovněž i změněná funkce neuroreceptorů. Přestože výsledky studií se někdy liší, zdá se, že závažné trauma v dětském věku má potenciál měnit charakteristiky mozku, stejně jako jeho funkci a chemii (Cross a kol., 2017; Gilbert a kol., 2009; Teicher a kol., 2016).

1.7 Odolnost vůči prožitému traumatu

Vztah mezi traumatickou zkušeností a rozvojem psychopatologie není přímý, je ovlivněn souhrou mnoha okolností, které existují na straně daného člověka, prostředí, v němž se pohybuje, a konkrétní situace. Z tohoto pohledu je třeba přemýšlet o traumatu jako o rizikovém faktoru, spíše než jako o jednoznačně determinantě psychických problémů. Následky prožití traumatické události nelze předem předpovědět. Bylo by chybou se domnívat, že trauma stojí za veškerými problémy, které se v životě člověka po prožití traumatické události vyskytnou. Takto zjednodušený pohled na věc by v podstatě odmítal možnost, že je člověk schopen úspěšně se adaptovat a sebeuzdravit (Novotný, 2014; Šolcová, 2009).

To, co umožňuje člověku překonat nepříznivou životní událost, zotavit se z traumatu a dál se vyvíjet zdravým způsobem, označujeme pojmem resilience (v češtině nezdolnost, houževnatost, pružnost). Resilience byla nejprve chápána jako osobnostní vlastnost, díky níž se jedinec stává odolnějším vůči nepřízni osudu. Vědci se snažili zjistit, který osobnostní rys způsobuje, že někteří lidé dokážou překonat nepříznivou událost, aniž by se to projevilo na jejich duševním i tělesném zdraví, a u jiných dojde k maladaptaci. Existují teorie Hardiness, kterou vytvořili psychologové S. C. Kobasová a S. R. Madi, teorie Locus of Control, jejímž autorem je J. B. Rotter, teorie Self-efficacy A. Bandury a teorie Sense of Coherence, kterou rozvíjel sociolog A. Antonovsky. Postupem času se pohled na resilienci změnil, neboť se ukázalo, že za psychickou odolností člověka nestojí pouze jeden rys osobnosti, ale jde o souhru mnoha faktorů. Výše uvedené teorie jsou i přes toto zjištění, stále platné a nadále zkoumané. V současném pojetí je resilience chápána jako výsledek dynamického procesu vzájemného působení osobnostních, vztahových a environmentálních faktorů v konkrétním čase a prostoru a umožňuje komplexní pohled na proces vyrovnání se s jednoznačně negativními životními situacemi. Výzkum se tak dnes zaměřuje především na protektivní faktory, méně už pak na mechanismy, na jejichž základě tyto faktory fungují (Novotný, 2014; Šolcová, 2009).

Cílem řady výzkumů bylo odhalit protektivní faktory, působící proti rizikovým faktorům, jež člověka oslabují a zvyšují pravděpodobnost výskytu negativních důsledků prožitého traumatu v rovině psychického a tělesného zdraví, pracovního výkonu a sociálního přizpůsobení. Vědci nakonec došli k závěru, že neexistují protektivní faktory, které by platily univerzálně, některé z nich však mají preventivnější účinek. V odborné literatuře existuje řada různých výčtů těchto faktorů, obecně však lze říci, že zdroje resilience nacházíme na úrovni jedince, rodiny a širšího společenství (Novotný, 2014; Šolcová, 2009).

Na úrovni jedince řadíme mezi zdroje resilience jednak schopnost daného člověka řešit problémy, zvládat stres, plánovat, rozhodovat se, což úzce souvisí mimo jiné s jeho intelektem, pozitivním sebepojetím, sebevědomím a temperamentem, rovněž i s jeho trvalým hodnotovým systémem, houževnatostí, odhodláním, nepochybně pak i s úrovní tolerance k negativním emocím. V případě dětí sehrávají významnou roli vřelé citové vazby s dospělými, s vrstevníky, školní a mimoškolní aktivity, sport, zájmy, koníčky. Obecně nelze opomenout dobré zdraví a samozřejmě smysl pro humor (Šolcová, 2009).

Zdrojem resilience na úrovni rodiny je bezpochyby bezkonfliktní rodinné prostředí, které tvoří zejména milující, pečující a respektující rodič či rodiče, v němž dítě pocítuje podporu a zájem ze strany svých nejbližších, ocenění jeho dovedností a talentu, kde je svědkem rodinné soudržnosti, srozumitelné a otevřené komunikace mezi členy rodiny, jejich schopnosti a ochoty řešit konflikty a zvládat náročné životní situace (Šolcová, 2009).

Posledním zdrojem resilience je širší společenství, určitá komunita lidí nebo obecně sociální prostředí. Patří sem u dětí školka a škola, u dospělých jejich pracovní kolektiv, dále také zájmové kroužky, sportovní kluby, společenské organizace, náboženská seskupení, apod. Uznání a respekt okolí, vzájemně dobré vztahy, soudržnost, společné zážitky, úspěch ve škole, zaměstnání, sportu či jiných volnočasových aktivitách, podpora a pochopení ze strany učitelů, zaměstnavatelů, trenérů, vedoucích a dalších autorit, to vše má jednoznačně pozitivní vliv na schopnost zdravě překonat prožitou traumatizující událost (Šolcová, 2009).

1.8 Následky dětského traumatu v dospělosti

Z výsledků řady studií vyplývá, že traumatické události prožité v dětství mají dopad na psychické zdraví člověka, zasahují však i oblast tělesného zdraví a sociálních vztahů. Z hlediska pravděpodobnosti výskytu negativních dopadů v dalším životě traumatizovaného člověka je zvláště ohrožující traumatická zkušenost prožitá ve vztahu s blízkou osobou, stejně jako opakované nebo chronické vystavení traumatizujícím událostem. Z výzkumů na téma

vztahu mezi týráním, zneužíváním a zanedbáváním v dětství a tělesným a psychickým zdravím v dospělosti vyplývá, že špatné zacházení je významným rizikovým faktorem pro rozvoj duševních poruch v dalším životě člověka. V posledních 30 letech vědci systematicky zkoumali následky traumatu způsobeného týráním, zneužíváním anebo zanedbáváním v dospělosti. Vznikla řada studií, které přinesly poznatky o vazbě mezi špatným zacházením a celkovým zdravím člověka. Jejich výsledky se pak staly podkladem pro později provedené metaanalytické studie, které systematicky shrnují závěry již provedených studií a poskytují spolehlivější a objektivnější informace než jednotlivé studie samostatně. Zdrojem prezentovaných informací jsou tedy v tomto kontextu právě tyto metaanalytické studie (Norman a kol., 2012).

Podle Normana a kol. (2012), kteří systematicky shrnuli výsledky publikovaných studií zaměřených na dopady týrání a zanedbávání jedince v dětství, existuje u fyzicky a psychicky týraných a zanedbávaných lidí prokazatelně vyšší riziko výskytu depresivní poruchy, úzkostné poruchy, užívání drog, sebevražedného chování, sexuálně přenosných onemocnění a rizikového sexuálního chování než u lidí bez této zkušenosti.

U lidí fyzicky týraných se prožívaná úzkost rozvíjela ve směru diagnózy posttraumatické stresové poruchy a panické poruchy. Podle vědců je u lidí se zkušeností s fyzickým týráním v dětství vyšší pravděpodobnost rozvoje poruchy příjmu potravy v porovnání s lidmi, kteří se v dětství nestali obětí špatného zacházení. U fyzicky týraných jedinců se s mnohem vyšší pravděpodobností objevily poruchy chování v dětství a v adolescenci oproti zdravě se vyvíjející populaci (Norman a kol., 2012).

Dále bylo zjištěno, že u lidí, kteří byli v dětství týráni nebo zanedbáváni, existuje vyšší pravděpodobnost výskytu rizikového sexuálního chování a nákazy sexuálně přenosnou chorobou. Vědci také zkoumali, zda týráním a zanedbáváním souvisí s rizikovým životním stylem, výskytem chronických onemocnění a dalších tělesných potíží. Ukázalo se, že fyzické i psychické týráním zvyšuje riziko rozvoje obezity, stejně jako kouření. Ze zkoumání tohoto vztahu vyplynulo, že existuje vztah mezi fyzickým týráním a výskytem artritidy, vředových onemocnění, bolestí hlavy a migrén v dospělém věku. Vliv špatného zacházení na diabetes typu 2, hypertenzi, omezený tělesný pohyb, kardiovaskulární potíže, respirační problémy, neurologické poruchy a onkologické onemocnění je velmi slabý, případně rozporný v rámci různých studií. Z výsledků tohoto zkoumání vyplynulo, že týráním a zanedbáváním se významným způsobem nepodílí na vzniku chronických onemocnění (Norman a kol., 2012).

Vědci potvrdili, že rozvoj duševního onemocnění souvisí s opakováním, frekvencí a závažností týrání a zanedbávání. Dále prokázali, že zkušenost s více typy týrání a

zanedbávání v dětství s sebou přináší závažnější psychické problémy. Rovněž zdůraznili, že zanedbávání je stejně závažné jako ostatní typy špatného zacházení (Norman a kol., 2012).

Výsledky publikovaných metaanalytických studií lze shrnout zhruba následujícím způsobem (viz tabulka č. 2):

Tabulka č. 2: Vztah mezi vybranými typy špatného zacházení a jejich dopady na zdraví (Norman a kol., 2012, 21)

	Silný vztah	Slabý/rozporuplný vztah	Omezený/minimální vztah
Fyzické týrání	depresivní poruchy	kardiovaskulární onemocnění	alergická onemocnění
	úzkostné poruchy	diabetes mellitus 2. typu	onkologická onemocnění
	poruchy příjmu potravy	obezita	neurologická onemocnění
	poruchy chování v dětství a dospívání	arteriální hypertenze	podváha, podvýživa
	sebevražedné chování	kouření	nezhoubné nádory dělohy
	zneužívání drog	vředová onemocnění	chronické bolesti zad
	rizikové sexuální chování	bolesti hlavy, migrény	schizofrenie
	sexuálně přenosné choroby	revmatoidní artritida	záněty průdušek
	zneužívání alkoholu	astma	
Psychické týrání	depresivní poruchy	poruchy příjmu potravy	kardiovaskulární onemocnění
	úzkostné poruchy	diabetes mellitus 2. typu	schizofrenie
	sebevražedné chování	obezita	bolesti hlavy, migrény
	zneužívání drog	kouření	
	rizikové sexuální chování	zneužívání alkoholu	
	sexuálně přenosné choroby		
Zanedbávání	depresivní poruchy	poruchy příjmu potravy	revmatoidní artritida
	úzkostné poruchy	poruchy chování v dětství a dospívání	bolesti hlavy, migrény
	sebevražedné chování	kardiovaskulární onemocnění	chronické bolesti zad
	zneužívání drog	diabetes mellitus 2. typu	kouření
	rizikové sexuální chování	zneužívání alkoholu	
	sexuálně přenosné choroby	obezita	

Z Manigliho metaanalytické studie (2009) zaměřené výhradně na dlouhodobé dopady sexuálního zneužívání v dětství vyplývá, že lidé, kteří se stali obětí sexuálního zneužívání, jsou vystaveni vyššímu riziku rozvoje depresivních poruch, úzkostných poruch, včetně obsedantně-kompulzivní poruchy a různých forem fobie. Dále u těchto lidí existuje vyšší pravděpodobnost rozvoje symptomů posttraumatické stresové poruchy, disociace, somatizace, rovněž je pravděpodobný i výskyt psychotických příznaků, mezi nimiž dominují paranoidní myšlenky. Zážitek sexuálního zneužívání člověka dále predisponuje k rozvoji poruchy příjmu potravy a poruchy osobnosti, mezi kterými u sexuálně zneužitých jedinců převládá hraniční porucha osobnosti. U lidí postižených traumatem způsobeným sexuálním zneužíváním bylo zjištěno závažné narušení sebevědomí a sebepojetí, tendence k

sebevražednému a sebepoškozujícímu chování, k závislosti na psychoaktivních látkách, rovněž tak sexuální dysfunkce a rizikové sexuální chování (promiskuita, prostituce). Nelze opomenout také problémy v sociální interakci a v mezilidských vztazích, projevy silně negativních emocí (nepřátelství, zlost), poruchy učení, zhoršený školní prospěch. Vyskytují se i chronické neepileptické záchvaty, u žen bolesti v pánevním dně. Současně u této populace hrozí vysoké riziko reviktimizace.

2 Deprese

Deprese je psychický stav, který se vyznačuje skleslou náladou, anhedonií a sníženou aktivitou. V depresi jako by člověk ztratil schopnost radovat se, potěšení mu nepřináší ani jeho vlastní záliby. Depresivní nálada není vůlí ovlivnitelná a přetrvává bez ohledu na vnější události. U lidí trpících depresí se v důsledku neschopnosti odpočinout si objevuje úbytek energie, který se odráží ve sníženém výkonu, nízké motivaci a zpomaleném psychomotorickém tempu. Uvedené symptomy, tj. depresivní nálada po většinu dne, ztráta zájmu a radosti, zvýšená unavitelnost, jsou hlavními diagnostickými vodítky při určování depresivních epizod. Deprese se však projevuje řadou dalších psychických a somatických příznaků. K těm psychickým patří snížení paměťových funkcí, zhoršení pozornosti a soustředění, přítomné jsou rovněž i změny v oblasti myšlení a uvažování. Pesimistické výhledy do budoucnosti, myšlenky o vlastní nedostatečnosti, bezcennosti, neschopnosti, případně vině, jsou pro depresivní pacienty typické, stejně tak jako nízké sebehodnocení a absence sebedůvěry. Prožitky beznaděje, marnosti a bezvýchodnosti situace mají tendenci eskalovat a mohou vyústit v pokus o sebepoškození nebo sebevraždu. Depresi může v některých případech doprovázet úzkost, strach, podrážděnost a psychomotorický neklid, u závažných depresivních stavů se mohou objevit i psychotické symptomy, tj. halucinace a bludy. Součástí obrazu deprese jsou také somatické symptomy, obvyklým projevem je změna chuti k jídlu a změna tělesné hmotnosti. Při lehké depresi může být chuť k jídlu zvýšená, závažnější stavy se však naopak projevují ztrátou zájmu o jídlo, v jejímž důsledku dochází k úbytku tělesné váhy. Depresi provází i poruchy spánku, časté jsou problémy s usínáním a předčasné ranní buzení, a rozmanité tělesné problémy, zejména bolesti těla, hlavy, končetin, objevit se mohou rovněž trávící obtíže nebo tlak na hrudi. Projevy deprese se odráží také v chování a neverbálním projevu. Nápadný je zkroušený výraz, ohnuté tělo, snížená mimika, omezená gestikulace, minimální úprava zevnějšku. Depresivní stav může doprovázet i pláč, jako výraz naprosté beznaděje. Také verbální projev bývá pozměněn, řeč je pomalejší, tišší, s chudým obsahem. Známkou deprese je taktéž ztráta zájmu o druhé lidi, omezení sociálních kontaktů, případně úplná izolace od společnosti (Fišar, 2009; Orel, 2016).

2.1 Prevalence deprese

Celoživotní prevalence deprese v populaci se pohybuje v rozmezí 5-16 %, přičemž ženy se s depresí potýkají zhruba dvakrát častěji než muži. Obecně se u nich celoživotní prevalence udává kolem 20 %. Předpokládá se, že skutečný výskyt deprese je v populaci vyšší, podle odhadů vyhledá odbornou pomoc jen polovina lidí s depresivní symptomatikou. Deprese je onemocnění, jež má tendenci k opakovanému výskytu, zhruba 80 % nemocných prožije více než jednu depresivní epizodu. Depresivní poruchou trpí převážně dospělí, nicméně deprese se nevyhýbá ani dětem, zejména pak těm dospívajícím. Deprese se také často vyskytuje současně se somatickými onemocněními s chronickým průběhem, obvykle doprovází onkologická, kardiovaskulární a neurologická onemocnění, nevyhýbá se také pacientům s chronickou bolestí, běžná je také komorbidita s jinými psychickými poruchami (Fišar, 2009; Janů & Racková, 2007; Raboch & Červený, 2018).

2.2 Příčiny a teorie deprese

Etiopatogeneze depresivní poruchy je multifaktoriální. Obecně můžeme říci, že významnou roli sehrávají vrozené predispozice (genetické poškození, prenatální infekce, působení chemických látek na plod, perinatální komplikace) a zátěžové události, se kterými se člověk v životě setká. Mluvíme o biologických rizikových faktorech (prodělaná onemocnění, závažné úrazy, intoxikace), ale také o psychické zátěži a prožitých traumatech (ztráta blízké osoby, tragická nehoda, chronické konflikty v mezilidských vztazích, dlouhodobá frustrace). Na podkladě vzájemné interakce těchto faktorů se pak při setkání se spouštěčem, respektive stresovou situací, rozvíjí příznaky depresivní poruchy. Iniciujícím stresem může být jakákoliv událost, která přesahuje aktuální zvládací schopnosti jedince, může jít o jednorázovou událost nebo souběh několika závažných okolností. Symptomy deprese v rovině psychického prožívání přitom existují v úzké vazbě na změny koncentrace neuropřenašečů a změny jejich receptorů v určitých částech mozku. Deprese je nejčastěji spojována s deficitem noradrenalinu, serotoninu, případně dopaminu, existuje přitom více teorií o biologických příčinách deprese (Janů & Racková, 2007; Kryl, 2001).

K objasnění příčin deprese přispěly také některé psychologické koncepce. K těm významnějším patří bezesporu psychodynamická teorie, kognitivní teorie a teorie naučené bezmocnosti. Z pohledu psychodynamické teorie vzniká deprese vlivem intrapsychického konfliktu člověka, způsobeného ranou frustrací z nenaplněné potřeby láskyplného vztahu

s rodičem, případně jinou pečující osobou. Příznaky deprese se objevují na podkladě negativního působení zvnitřnělého obrazu odmítajícího, kritického, případně agresivního pečovatele existujícího v superegu (část osobnosti, pomyslný soudce jedince), který trýzní člověka pro jeho nedokonalost, neustále mu připomíná, že neodpovídá požadavkům ideální a lásky hodné bytosti. Tyto vnitřní prožitky následně vedou k rozvoji depresivního myšlení a emocionálního ladění. Kognitivní teorie A. Becka dává depresivní poruchu do souvislosti s produkcí negativních myšlenek, kognitivních schémat a omylů, které se u depresivního člověka projevují kognitivní triádou, záporně zkresleným pohledem na sebe sama, svět i budoucnost. Depresivní člověk ve svém myšlení produkuje nežádoucí přesvědčení o vlastní nedostatečnosti, neschopnosti a nedůležitosti, vytváří představu nekonečně složitého, ohrožujícího a pro žití náročného světa. O budoucnosti smýšlí v pojmech utrpení a zmaru. Jiný pohled na příčiny deprese přináší teorie naučené bezmocnosti M. Seligmána, která spojuje rozvoj deprese s prožitkem ztráty vlivu na události. Pokud člověk opakovaně nedokáže získat kontrolu nad působením negativních vlivů, upadá do stavu pasivity a postupně nabývá dojmu, že není schopen zvládat vlastní život. Tato zkušenost je následně impulzem k depresivnímu prožívání (Höschl, 1999; Praško, Prašková, & Prašková, 2008).

2.3 Léčba deprese

Deprese je relativně dobře léčitelná. Základními metodami léčby je jednak farmakoterapie, jež si klade za cíl prostřednictvím antidepresiv ovlivnit hladiny neuroprénašečů a odstranit biochemickou příčinu depresivního prožívání, a dále psychoterapie, jejímž smyslem je podpořit pacienta, poskytnout mu naději a porozumění, umožnit mu náhled na jeho dosavadní život a učít ho novým způsobům zvládnání životních těžkostí a překážek. Nástrojem psychoterapie je přitom bezpečný vztah mezi psychoterapeutem a pacientem. Kombinace obou postupů v léčbě deprese se jeví jako vysoce efektivní. K prostředkům léčby deprese patří i další biologické metody, např. elektrokonvulzivní terapie, fototerapie, spánková deprivace nebo repetitivně transkraniální magnetická stimulace. Průběh onemocnění a úspěšnost léčby deprese záleží na řadě okolností. Mezi činitele, které mají na léčebný proces jednoznačně negativní vliv, se řadí výskyt depresivní poruchy v rodině, nástup onemocnění před 25. rokem nebo po 60. roce života, špatné sociální začlenění, předchozí depresivní epizody, současný výskyt dystymie a jiných psychických onemocnění, narušení funkce hypotalamo-hypofyzární-adrenální osy, určité charakteristiky spánku nebo chronické onemocnění. Léčba deprese je zpravidla

dlouhodobá, obvykle probíhá několik měsíců až jeden rok. Na fázi akutní léčby, která trvá zhruba 6-12 týdnů a končí odezněním akutních příznaků nemoci, navazuje 4-9 měsíců dlouhá pokračující farmakoterapie, jejímž cílem je zamezit relapsu depresivní epizody. V závislosti na psychickém stavu pacienta a předchozích epizodách deprese může být nastavena další, případně i setrvalá medikace antidepresivy. V případech, kdy se člověk s depresí neléčí, dochází v horizontu 6-12 měsíců ke spontánnímu odeznění potíží nebo chronifikaci onemocnění. Léčbu deprese nicméně nelze podcenit, neléčená deprese snižuje nejen kvalitu života, ale má také reálný dopad na mozek člověka, zejména dochází k degeneraci neuronů v oblastech, které se podílí na regulaci emocí (Fišar, 2009; Janů & Racková, 2007; Kryl, 2006).

2.4 Klasifikace deprese podle MKN-10

Z pohledu MKN-10 rozlišujeme několik forem deprese. Aby byla naplněna diagnostická kritéria depresivní epizody, musí být u pacienta přítomny přinejmenším 2 hlavní a 2 vedlejší příznaky, a to po dobu alespoň 2 týdnů. Vyskytne-li se deprese jednou za život, mluvíme o depresivní epizodě. Podle počtu, typu a závažnosti přítomných symptomů rozlišujeme lehkou, středně těžkou a těžkou depresivní epizodu. U těžké deprese sledujeme přítomnost psychotických příznaků a hovoříme buď o depresivní epizodě s psychotickou symptomatikou nebo bez psychotických příznaků. Další diagnostickou kategorií jsou jiné depresivní epizody, kam patří např. atypická a maskovaná deprese, charakteristická nejrůznějšími somatickými symptomy. Pokud se depresivní epizody v životě člověka vyskytují opakovaně, hovoříme o periodické (rekurentní) depresivní poruše. Podle závažnosti akutně probíhající depresivní epizody rozlišujeme lehkou, středně těžkou, těžkou rekurentní depresi a rekurentní depresi v remisi. Podobně jako u depresivních epizod existují pro atypické formy periodické depresivní poruchy speciální kategorie. Střídají-li se epizody deprese s epizodami mánie, mluvíme o bipolární afektivní poruše. Období patologicky zvýšené nálady, euforie, optimismu a nadměrné aktivity pozvolna přechází v období deprese, přičemž jednotlivá období se mohou objevovat v různém poměru a s různou závažností. Přetrvávající depresivní náladu, která nenaplnuje kritéria lehké depresivní poruchy a má tendenci kolísat, nazýváme dystymie. Dystymie nejčastěji začíná v období mladé dospělosti, začátek poruchy však může být i v dětství nebo v pozdní dospělosti. Jsou-li období subdeprese střídána fázemi mírného zvýšení nálady, hovoříme o cyklotymii. Trvalé poruchy nálady nejsou natolik závažné, nicméně znepříjemňují člověku život dlouhodobě,

trvají dva i více let, někdy celý život. Za určitých okolností se mohou překlenout do skutečné depresivní fáze, respektive manické fáze. Symptomaticky se deprese vyskytuje i u řady dalších psychických poruch, typicky provází neurotické poruchy, poruchy osobnosti, poruchy vyvolané stresem, poruchy příjmu potravy (Kryl, 2001; MKN-10, 2017; Raboch & Červený, 2018).

2.5 Vztah mezi traumatem způsobeným špatným zacházením a depresí

Vliv zkušenosti s traumatem způsobeným týráním, zneužíváním a zanedbáváním v dětství na rozvoj depresivních symptomů v dospělosti byl předmětem intenzivního zkoumání řady výzkumných týmů, jejichž výsledky systematicky shrnují Nelson, Klumpparendt, Doeblner a Ehring (2017) v nedávno provedené metaanalýze. Cílem této studie bylo nejen zkoumání souvislosti mezi špatným zacházením a výskytem deprese, zohledněny byly rovněž proměnné, jako je závažnost depresivních příznaků, věk první depresivní epizody, průběh onemocnění a reakce na léčbu. Celkově bylo analyzováno 184 dříve publikovaných studií, které sledovaly vztah mezi týráním a zanedbáváním, v obou případech jak fyzickým, tak i psychickým, a sexuálním zneužíváním v dětském věku na jedné straně a symptomy deprese u dospělé populace na straně druhé. Z výsledků současné studie vyplývá, že osoby, které se staly obětí špatného zacházení, trpí depresí výrazně častěji než osoby bez této negativní zkušenosti, přičemž závažnost následně se rozvíjejících depresivních symptomů se liší v závislosti na charakteru špatného zacházení. Nejzávažnější stavy deprese se objevují u lidí emočně týraných, naopak nejslabší závislost je mezi depresí a fyzickým zanedbáváním. Výsledky analýzy dále hovoří o závažnějších projevech deprese u lidí, kteří byli vystaveni intenzivnějšímu poškozování. Dále bylo zjištěno, že průměrný nástup deprese je u traumatem postižených jedinců ve srovnání s jednotlivci bez takovéto minulosti časnější, a to zhruba o čtyři roky. Rovněž se ukázalo, že se u nich dvakrát častěji rozvíjí chronická forma deprese. Z pohledu průběhu a úspěšnosti léčby byla u těchto lidí zjištěna vyšší pravděpodobnost rezistence vůči farmakoterapii. Zajímavý je rovněž fakt, že téměř polovina pacientů léčených pro depresivní poruchu se ve svém dětství setkala s nějakou formou špatného zacházení, nejčastěji se jedná o emocionální zanedbávání. Souhrnně lze tedy říct, že špatná péče, zejména ve formě emocionálního týrání a zanedbávání, představuje významný rizikový faktor pro rozvoj deprese s časným nástupem, chronickým průběhem a rezistencí vůči léčbě.

Pokud bychom chtěli porovnávat vazbu mezi traumatem způsobeným špatným zacházením v raném věku a rozvojem deprese v dospělosti z genderového hlediska, je třeba zmínit nedávno provedenou metaanalytickou studii, v rámci níž Gallo, Munhoz, Loret de Mola, & Murray (2018) zkoumali vliv psychického týrání a sexuálního zneužívání na projevy deprese a úzkosti u mužů a u žen. Z výsledků metaanalýzy vyplývá, že vazba mezi fyzickým týráním, sexuálním zneužíváním a projevy deprese, stejně jako úzkosti je výraznější u žen nežli u mužů, nicméně zjištěný rozdíl nebyl v provedené studii statisticky významný. Zatím tedy neexistuje dostatek důkazů pro přijetí závěru o významu genderových rozdílů na dopady špatného zacházení.

3 Disociace

Disociace je obranný mechanismus lidské psychiky, který slouží k uchování vnitřní integrity člověka. Bezděčné odsunutí nepříjemných psychických obsahů, zraňujících pocitů, vzpomínek a myšlenek mimo vědomí je dočasně fungující způsob řešení problémů a těžkostí. Ačkoliv je disociace v první řadě prostředek ochrany psychického zdraví, paradoxně může ve výsledku zapříčinit závažné psychické poruchy. Disociované prožitky, které člověk adekvátně nezpracuje, a tím ani nezačlení mezi své vědomé zkušenosti, mohou být následně, ve svém důsledku, prapůvodcem nejrůznějších psychických a somatických symptomů. K obvyklým psychickým projevům disociace patří poruchy paměti, retrogradní amnézie, prožitky depersonalizace, charakteristické změněným vnímáním sebe sama, či derealizace, při nichž člověk prožívá okolní svět jako nereálný či změněný. Lze se setkat rovněž se stavy posedlosti. V případě transformace neúnosných prožitků do podoby tělesných příznaků mluvíme o konverzi, pro kterou jsou typické motorické poruchy, např. paréza, křeče, afonie, a sensorické poruchy, obvykle anestezie, zřídka psychogenní slepota. Tyto tělesné symptomy mohou být neobvyklé a velmi dramatické, často pak navozují dojem akutních příznaků závažného tělesného onemocnění. Veškeré projevy disociace přicházejí zpravidla náhle a stejně tak i odeznívají. Výsledkem disociativního procesu je stav částečné nebo úplné ztráty schopnosti sjednotit vlastní vzpomínky, momentální pocity, tělesné procesy a vědomí vlastní identity (Orel, 2016; Praško a kol., 2007).

3.1 Prevalence disociace

Kvalitní epidemiologické studie nejsou dostupné a výskyt disociativních poruch v populaci se pouze odhaduje. V běžné populaci jde zhruba o 1 %, v populaci psychiatrických pacientů se mluví o 3 %, přičemž 5-24 % psychiatrických pacientů má v anamnéze disociativní symptomatiku. Z hlediska pohlaví disociativními poruchami trpí častěji ženy než muži, a to v poměru 9:1 (Herman a kol., 2008; Praško a kol., 2007).

3.2 Příčiny a teorie disociace

Předpokládá se, že za disociativními poruchami stojí prožitky psychického traumatu. Z dětských traumat se pro rozvoj patologické disociace jeví jako nejvýznamnější zkušenost se sexuálním zneužíváním a psychickým i tělesným týráním. Spouštěčem disociativní

poruchy může být také vývoj dítěte v emočně chladném až odmítavém prostředí, v němž dochází k dlouhodobé frustraci jeho psychických potřeb. Za rizikovou je považována také výchova, při níž je dítěti bráněno v jakýchkoliv projevech negativních emocí a nesouhlasu. Veškeré tyto nepříznivé události znemožňují dítěti naučit se zvládat silné afekty a životní těžkosti a směřují jej k disociaci neúnosných a nezpracovatelných pocitů. Disociace se tak stává mechanismem obrany první volby a může být používána opakovaně při setkání s tíživými událostmi v dalším dospělém životě. K patologické disociaci mohou vést i traumata prožitá v dospělém věku. Patří k nim zážitek tělesného napadení, znásilnění nebo svědectví závažné nehody či přírodní katastrofy. Z řady studií také vyplývá, že patologickou disociaci může vyprovokovat i závažná emoční ztráta, např. smrt blízkého člověka, odloučení, případně separace od rodiny, rozvod nebo neúnosné či neřešitelné problémy, mezi něž lze zařadit třeba narušené rodinné vztahy, partnerský nesoulad, mezilidské konflikty, závažná onemocnění i ztrátu zaměstnání. Přestože dokážeme určit, které události mají potenciál vyvolat disociativní poruchu, samotný proces disociace a konverze nám stále není zcela jasný. Existuje tak více teorií, psychologických i neurobiologických, které usilují o objasnění těchto mechanismů (Herman a kol., 2008; Praško a kol., 2007).

Koncept disociace se vyvíjel zároveň s psychoanalýzou, tedy v době J. M. Charcota, P. Janeta a S. Freuda, kteří se zabývali studiem hysterických pacientů a zkoumali účinky hypnózy. Samotný termín disociace zavedl a popsal P. Janet. Povšiml si, že lidé s mentálním deficitem, kteří prožívají stres, mají tendenci snižovat psychickou úzkost či napětí disociací a integrovat zkušenost primitivním způsobem. Disociaci chápal jako rozdvojení vědomí u lidí s nižší mentální úrovní. Ačkoli je dnešní chápání disociace jiné, Janet byl první, kdo upozornil na vazbu mezi traumatem a disociací (Ptáček & Bob, 2009a).

Zhruba ve stejné době zavedl S. Freud pojem potlačení. Ačkoli se může zdát, že oba autoři přichází zároveň se stejným konceptem, je třeba upozornit na významné rozdíly mezi disociací a potlačením. Potlačení je mechanismus redukující intrapsychické konflikty, zatímco disociace je obranou před ohrožením z vnějšího prostředí. Prožití traumatizující události tedy bude předpokladem k rozvoji disociace. Potlačení směřuje k jednotě v sebepojetí, zatímco disociace způsobuje jeho rozdělení. Disociace se od potlačení liší i z hlediska aktivity psychického dění, kdy disociace je spíše pasivní proces, můžeme říct, že se člověku stane, zatímco potlačení je aktivní proces, kdy člověk odmítá nějaký nepřijatelný obsah ve svém vědomí (Ptáček & Bob, 2009a).

Vývoj problematiky disociace je spjatý také se jménem C. G. Junga a jeho teorií komplexů. Jung popisuje disociaci jako proces odštěpení části osobní zkušenosti a její

přeměnu v komplex, a to na základě traumatického stresu. Komplex popisuje jako soubor zážitků a vzorců chování, které jsou neslučitelné s vědomým postojem a které existují v osobním nevědomí. Vznik komplexů přitom chápe jako nepatologický proces, běžný pro fungování lidské psychiky, nicméně zdůrazňuje možnost přerodu neškodného komplexu do jeho patologické podoby, vedoucí ke vzniku disociativní poruchy nebo mnohočetné poruchy osobnosti (Ptáček & Bob, 2009a).

K vysvětlení problematiky disociace přispěl také E. Hilgard svojí nedisociativní teorií. Podobně jako v případě Janeta i tato teorie vznikla v souvislosti s výzkumem hypnózy. Hilgardova teorie předpokládá existenci systému kognitivních struktur, které jsou sice vzájemně nezávislé, ale zároveň funkčně provázané. Uspořádání kognitivních systémů je hierarchické, platí zde princip nadřazenosti systémů, přičemž centrální řídicí strukturou je výkonné ego. Hilgard tvrdí, že takové uspořádání kognice je nutné, pokud by neexistovalo, vědomí by bylo zahlceno mentálními procesy, což by nutně vedlo k rozkladu lidské psychiky. V rámci tohoto konceptu Hilgard mluví o sekundárně disociovaném vědomí, které označuje termínem „skrytý pozorovatel“. Jedná se o kognitivní strukturu, která funguje odděleně od kognitivního systému a zpracovává v sobě informace z paralelních proudů vědomí (Ptáček & Bob, 2009a).

Disociativní jevy jsou v Hilgardově koncepci chápány jako běžná součást lidského prožívání. Oproti Jantově teorii, v níž je disociace chápána jako abnormální projev psychicky nemocných jedinců, je jeho model disociace o něco smířlivější a poukazuje na fakt, že i psychicky zdraví lidé zažívají disociativní fenomény, byť v jiné míře a kvalitě. V současné době je disociace pojímána jako jev, který má svou patologickou a nepatologickou dimenzi, a snahou vědců je odhalit hranici mezi těmito dvěma formami disociace. Z dosavadních studií vyplývá, že určité disociativní projevy jsou nepatologickým vyjádřením lidské psychicky (denní snění), jiné mají jednoznačně chorobný základ (změna osobní identity, depersonalizace a derealizace, disociativní amnézie) (Pastucha, Praško, & Andrea, 2011).

3.3 Léčba disociace

Disociace zpravidla odeznívá během několika týdnů až měsíců po traumatizujícím zážitku, může však přetrvávat a přejít v chronickou patologickou formu. Disociativní stavy, které přetrvávají 1 až 2 roky a nejsou adekvátně léčeny, bývají vůči pozdější terapii často rezistentní. Lidé s disociativními symptomy se do psychiatrické péče zpravidla dostávají na

doporučení jiného specialisty, který vyloučí biologický základ problémů, pro které ho dotyční vyhledali. V léčbě disociativních poruch dominuje psychoterapie, a to s ohledem na předpokládaný psychogenní původ disociace, doporučená je dynamická psychoterapie, kognitivně-behaviorální terapie a hypnóza. Cílem terapeutického snažení je navrátit zpět do vědomí pacienta odštěpené části jeho psychické zkušenosti a pomoci mu najít způsob, jak je adaptivním způsobem zpracovat. Podmínkou psychoterapeutické práce je vytvoření bezpečného a podpůrného vztahu mezi pacientem a terapeutem. Farmakoterapie se užívá spíše symptomaticky a její efekt není jednoznačný. Ke zmírnění depresivních a úzkostných příznaků se podávají antidepresiva, v určitých případech mohou být nasazena i anxiolytika. Vyskytnou-li se u pacienta psychotické příznaky, je na místě léčba antipsychotiky (Herman a kol., 2008; Praško a kol., 2007).

3.4 Klasifikace disociace podle MKN-10

Podle MKN-10 je pro stanovení diagnózy disociativní poruchy nutné vyloučit somatický původ potíží a prokázat psychickou příčinu disociativních stavů. Musí být zjevná souvislost mezi nástupem patologických příznaků a traumatickou událostí, závažnými životními problémy nebo narušenými mezilidskými vztahy. V rámci MKN-10 jsou disociativní poruchy rozděleny do několika forem. Disociativní amnézie se projevuje jako ztráta paměti po nedávné traumatické události. Člověk si nedokáže vybavit určité časové úseky z minulosti, výpadky vzpomínek si přitom zpravidla neuvědomuje. Období, na které se amnézie vztahuje, může být různě dlouhé, a to v řádu minut i měsíců. Postižena je výhradně epizodická paměť. Mezi disociativními poruchami je tato forma nejběžnější a častěji se objevuje v dospívání a v časně dospělosti. Disociativní fuga je relativně vzácná disociativní porucha, charakterizuje ji zdánlivě racionální cestování do nejrůznějších míst, zejména těch, která jsou člověku blízká. Fuga zpravidla po krátké době spontánně odeznívá, nicméně na prožité události vzniká amnézie. Zvláštností tohoto stavu je možná změna identity člověka po dobu cestování. Disociativní stupor je výrazný abnormální pasivitou postiženého člověka, charakterizuje ho vymizení spontánních pohybů, absence řečového projevu a snížené nebo žádné reagování na okolní podněty. Člověk ve stuporu je bdělý, kvalita jeho vědomí je však významně změněna. Jinou podobu disociativní poruchy nacházíme u stavů transu a posedlosti, které jsou subjektivně prožívány jako velmi nepříjemné, přicházejí samovolně a nevztahují se k žádné náboženské nebo kulturní tradici. Trans provází změny v prožívání vlastní identity, odcizení se od okolního dění a nápadné

tělesné projevy, typicky křik, pláč nebo zvláštní pohyby. U stavu posedlosti je rovněž narušena osobní identita, postižený člověk sebe sama prožívá jako ovládnutého cizí osobností (duchem, božstvem, silou). Stav provází bizarní chování, nápadné pro okolí. Posedlost se od transu liší úplnou amnézií na prožité skutečnosti, jedince postižené transem ztráta paměti postihuje zřídka. Disociativní poruchy motoriky, citlivosti a poruchy senzorycké připomínají svými projevy závažná tělesná onemocnění, ve skutečnosti však nemají tělesnou příčinu. Příznaky mohou být velmi pestré, nejčastěji se setkáváme s ochrnutím, třesem, omezenou hybností nebo úplnou neschopností pohybu některé části těla. Běžná je i ztráta citlivosti, brnění nebo třes ve vybraných tělesných oblastech, nejčastěji v končetinách. Úplné narušení smyslového vnímání bývá výjimečné, psychogenní hluchota a slepota jsou spíše vzácné, nejčastěji dochází k částečnému snížení kvality zraku, sluchu, případně i čichu a chuti. Disociativní křeče, jinak také psychogenní neepileptické záchvaty, se na první pohled mohou jevit jako epileptický záchvat, při bližším zkoumání ovšem nacházíme četné rozdíly. Disociativní záchvaty mají nestálý průběh, jsou provokovány emočním výkyvem, rozvíjí se zvolna, nejčastěji v místnosti a v přítomnosti druhých lidí. K poranění dochází spíše výjimečně, vzácné je také pomočení a pokousání jazyka. Spíše výjimečnou, zato zajímavou disociativní poruchou, je mnohočetná porucha osobnosti, jejímž hlavním specifickým je existence dvou a více oddělených identit u jednoho člověka. Všechny osobnosti jedince jsou vzájemně nezávislé a liší se ve způsobu prožívání i chování, mají různé zvyky, vzpomínky i postoje. Ke střídání identit u postiženého člověka dochází zpravidla po prožití další traumatické události. Přítomna je vždy jen jedna osobnost, která v daný moment nemá přístup ke svým alternacím (Herman a kol., 2008; Praško a kol., 2007).

3.5 Vztah mezi traumatem způsobeným špatným zacházením a disociací

Projevy disociace v dospělém věku jsou dávány do souvislosti s týráním, zneužíváním a zanedbáváním v dětství. Zkoumáním daného vztahu se v uplynulých letech zabývala řada studií, které však přinesly, s ohledem na různé formy špatného zacházení, zneužívání nebo zanedbání v dětství a odlišné charakteristiky traumatem stížených jedinců, odlišné výsledky. Nejnovější metaanalýza, o níž zde hovořím, systematicky shrnuje výsledky 65 provedených studií, jež za použití dotazníku DES zkoumaly vztah mezi dětskými traumaty a disociací celkem u 7352 týraných, zneužívaných nebo zanedbávaných osob. Kromě symptomů disociace sledovaly tyto studie také to, o jaký typ špatného zacházení se jednalo, jaká byla vazba mezi dítětem a pachatelem tohoto týrání, zneužívání

či zanedbávání, v jakém období k němu docházelo, a kdy byl jeho počátek. Z výsledků vyplývá, že vyšší míru disociace vykazují oběti všech typů špatného zacházení v porovnání s jedinci bez takovéto negativní zkušenosti z dětství, přičemž vyššího skóre dosahují oběti fyzického týrání a sexuálního zneužívání oproti těm emočně týraným či zanedbávaným. Nejvyšší DES skóre přitom vykazují oběti sexuálního zneužívání a současně fyzického týrání. Hypotéza o vyšší míře disociace u lidí, kteří zažili penetrativní sexuální zneužívání, se nepotvrdila. Ačkoliv jsou z hlediska negativních dopadů na psychické zdraví někdy zkušenosti s týráním a sexuálním zneužíváním hodnoceny jako závažnější než zkušenosti se zanedbáváním, výsledky metaanalýzy naznačují, že patologická disociace se projevuje i u jedinců s těmito zkušenostmi. Vyšší míra disociativních symptomů byla vysledována u jedinců, u nichž došlo k zanedbání péče již v raném věku, a rovněž u těch, kteří byli negativním vlivům vystaveni dlouhodobě, a v neposlední řadě také těch, na nichž se dopustili násilí vlastní rodiče (Vonderlin a kol., 2018).

4 Limbická iritabilita

Limbický systém je tvořen souborem několika vzájemně propojených korových a podkorových struktur. Dříve byl limbický systém spojován s čichovým vnímání, dnes víme, že je rovněž centrem emocí, paměti i motivace. Limbický systém je hustou sítí nervových vláken spojen s mozkovou kůrou, retikulární formací, hypotalamem a řadou dalších struktur centrální nervové soustavy. Skrze tato spojení zajišťuje nejen prožívání emocí a paměťové procesy, podílí se i na řízení vegetativních a endokrinních procesů, má vliv na pudové chování (sexuální aktivita, získávání potravy), pozornost a aktivitu organismu. Limbický systém hraje významnou roli také v řízení akutní stresové reakce. Bohaté spojení limbického systému s hypotalamem umožňuje regulovat stresový systém těla, tedy hypotalamo-hypofyzární-adrenální osu. Z hlediska funkce jsou významnou součástí limbického systému zejména dvě mozkové struktury. Jedná se o amygdalu a hipokampus. Amygdala je uložena v temporálním laloku. Přichází do ní informace ze smyslů, které jako první vyhodnocuje ještě, než se dostanou do kortikální oblasti, a tedy i do vědomí. Pokud přichází informaci vyhodnotí jako ohrožující, mobilizuje celý mozek, zejména hypotalamus a sympatický nervový systém, který spustí obrannou reakci těla a ovlivní tak prožívání i chování zároveň. Amygdala je rovněž centrem emoční paměti, uchovává především informace se silným citovým nábojem. Amygdala je struktura, která je již při narození zralá a plně funkční. Hipokampus je umístěn stejně jako amygdala v temporálním laloku. Jeho hlavní úlohou je tvorba a uchovávání paměťových stop. Je tedy centrem dlouhodobé paměti. Částečně se také podílí na regulaci akutní stresové reakce (Šmarda a kol., 2007).

Opakující se, případně chronicky přetrvávající, traumatické zážitky negativním způsobem ovlivňují fungování limbického systému. Kromě poruch paměti, včetně poruchy integrace vzpomínek v podobě disociace, a dysregulace emočního prožívání se traumatizace odráží ve zvýšené citlivosti struktur limbického systému vůči dalším stresovým podnětům. Předpokládá se, že opakované působení traumatizujících podnětů mění prostřednictvím komplexních neurobiologických mechanismů funkci inhibičních neuropřenašečů a jejich neuroreceptorů zodpovědných za regulaci šíření nervového vzruchu. Výsledkem snížené funkce inhibičních systémů je pak hyperexcitace nervové tkáně limbického systému. Stav zvýšené citlivosti limbického systému, projevující se patologickými změnami afektivity, kognitivních procesů i behaviorálních projevů, které odpovídají symptomům temporální epilepsie, je označován jako limbická iritabilita (Bob & Vymětal, 2005; Fišar, 2009; Teicher a kol., 2003).

Limbecká iritabilita způsobená prožitím závažného traumatu je dáována do souvislosti s mechanismem kindlingu (česky rozněcování), který lze vysvětlit jako proces postupného zvyšování reaktivity neuronů určité mozkové oblasti vlivem jejich periodické stimulace vedoucí k jejich hypersynchronizaci a následně i epileptické aktivitě. Model kindlingu byl experimentálně ověřen na zvířatech, u nichž byl opakovaným elektrickým drážděním temporálních mozkových oblastí navozen stav epileptického záchvatu. V kontextu těchto zjištění je možné pozorovat jistou analogii mezi opakovaným vystavením jedince traumatickému stresu a umělým drážděním neuronů elektrickými podněty v experimentálních podmínkách a vyvodit závěr, že traumatický zážitek může vyvolat skrze zcitlivění nervové tkáně limbického systému epileptický proces v temporální oblasti mozku. Výše uvedená zjištění podporují výsledky studií, které poukazují na častější výskyt abnormální aktivity ve frontotemporálních oblastech mozku lidí, u nichž v předchozím životě došlo k traumatickým událostem než u traumatem nestižených osob. Z provedených studií dále vyplývá, že u řady pacientů trpících afektivními poruchami, schizofrenií a dalšími psychiatrickými onemocněními, dochází ke zlepšení stavu při farmakoterapii antiepileptiky. V tomto rámci je zajímavé rovněž zjištění, že frekvence a závažnost epileptických záchvatů u lidí postižených epilepsií má vztah k prožívanému stresu. Neméně významné jsou rovněž poznatky o souvislosti mezi projevy disociace a výskytem epileptických symptomů u pacientů, majících v anamnéze zmínku o zkušenosti s traumatem. V návaznosti na tato zjištění začali vědci zkoumat míru senzitivizace limbického systému způsobenou závažnou traumatizací u traumatem postižených jedinců, prostřednictvím hodnocení přítomnosti a závažnosti psychopatologických a behaviorálních projevů odpovídajících právě parciální epilepsii. K tomuto účelu sestavil M. H. Teicher s kolegy dotazník LSCL-33, který ve 33 položkách zjišťuje symptomy typické pro epilepsii temporálního laloku, k nimž patří somatické poruchy, krátké halucinatorní stavy, poruchy vnímání, motorické automatismy a disociativní jevy (Bob & Vymětal, 2005; Fišar, 2009; Teicher a kol., 2003).

4.1 Vztah mezi traumatem způsobeným špatným zacházením a disociací

Výzkumů o vlivu zkušeností s týráním, zneužíváním a zanedbáváním v dětství na limbickou iritabilitu v pozdějším věku je v porovnání s výzkumy zaměřenými na vztah mezi těmito negativními zkušenostmi v raném věku a depresí či disociací v dospělosti podstatně méně, respektive studií zaměřených na zkoumání vztahu špatného zacházení, včetně jeho jednotlivých forem, a příznaků limbické iritability za použití dotazníku LSLC-33 je jen

hrstka. V současné době, kdy je možné zkoumat dopady traumatických událostí na funkci a strukturu mozku pomocí zobrazovací metod, je z hlediska množství a kvality zjištěných informací výhodnější použít právě tuto metodologii. S ohledem na tuto skutečnost zde uvádím pouze několik studií.

Teicher, Glod, Surrey a Swett (1993) zjistili, že dospělí pacienti v ambulantní péči psychiatra, kteří se v dětství setkali s fyzickým týráním nebo sexuálním zneužíváním, dosahují významně vyšších hodnot v dotazníku LSCL-33 než pacienti bez této psychické zátěže. U pacientů, kteří mají v anamnéze jak fyzické týráním, tak sexuální zneužívání, je míra limbické iritability dramaticky zvýšená v porovnání s těmi, u kterých nedošlo ke kumulaci různých forem špatného zacházení.

Později Teicher, Samson, Polcari a McGreenery (2006) sledovali dopady sexuálního zneužívání a fyzického či psychického týráním na limbickou iritabilitu (hodnocenou dotazníkem LSCL-33), přičemž se zaměřili zejména na vliv rodičovské verbální agrese jakožto formy emocionálního týráním. V rámci studie hodnotili rovněž projevy deprese a disociace. Z prezentovaných výsledků této studie vyplývá, že verbální agrese vůči dítěti ze strany pečujících osob má z hlediska závažnosti zhruba srovnatelné dopady na projevy limbické iritability jako fyzické týráním nebo sexuální zneužívání. Provedená analýza potvrdila, že všechny sledované typy špatného zacházení mají vliv na projevy zvýšené dráždivosti limbického systému, přičemž nebyl zjištěn rozdíl v míře těchto projevů mezi muži a ženami. Dále bylo zjištěno, že pokud je dítě vedle verbální agrese vystaveno i dalším formám špatného zacházení, významně to zvyšuje riziko rozvoje závažnějších projevů limbické iritability. Osoby, které byly v dětství vystaveny současně více formám špatného zacházení, dosahovaly významně vyšších skóre limbické iritability v porovnání s těmi, kteří byli vystaveni pouze jedné z nich. Dopady verbální agrese, stejně jako všech dalších sledovaných forem, měly rovněž vliv na projevy deprese a disociace. Lidé, kteří zažili v dětství násilí v jakékoli jeho podobě, dosahovali významně vyššího skóre v obou sledovaných psychických projevech, přičemž i zde platí vztah úměry, tedy že čím více zkušeností se špatným zacházením, tím vyšší pravděpodobnost závažnějších projevů psychopatologie. Stejně, jako v případě symptomů limbické iritability, nezjistili autoři studie v míře projevů deprese a disociace rozdíl mezi pohlavími.

Dackis, Rogosch, Oshri a Cicchetti (2012) zjišťovali, zda ve vztahu mezi špatným zacházením a symptomy deprese či disociace hraje roli limbická iritabilita (hodnocená dotazníkem LSCL-33) a specifický gen FKBP5 podílející se na fungování glukokortikoidových receptorů, které najdeme v limbickém systému a které mají podstatnou

úlohu v regulaci stresové odpovědi. Za použití metod vícerozměrné statistiky zjistili, že traumata způsobená dítěti vlivem jednoznačně poškozující péče mohou vést k rozvoji symptomů deprese a disociace, a to prostřednictvím zvýšené dráždivosti limbického systému, přičemž určitá variace zkoumaného genu zvyšuje riziko postižení limbického systému a jeho dysfunkce. Z výsledků této studie rovněž vyplynulo, že mezi symptomy limbické iritability a symptomy deprese i disociace existuje statisticky významná pozitivní korelace.

Postavení limbické iritability v rámci vzájemné vazby mezi špatným zacházením a výskytem některých symptomů psychopatologie (deprese, úzkosti, agresivity či somatizace) v dospělosti, zkoumal Ashy a jeho kolegové (2017), a to za pomoci dotazníku LSCL-33. Současně se vědci zabývali i dalšími intervenujícími faktory, z nichž nejzajímavější je, z hlediska výsledků, faktor resilience. Z výsledků této studie vyplývá, že zkušenost se špatným zacházením v dětství jednoznačně zvyšuje pravděpodobnost rozvoje psychopatologie, včetně deprese. Významnou roli v této souvislosti sehrává přítomnost limbické iritability, respektive zdá se, že limbická iritabilita tento vztah zprostředkovává, zatímco přítomnost resilience hraje spíše protektivní roli, tedy tlumí negativní následky závažných událostí. Vědci dále došli k závěru, že u mužů traumatizovaných v důsledku špatného zacházení v dětství je významně vyšší výskyt agresivních projevů než u žen. Naopak u žen je patrný vyšší výskyt depresivních a úzkostných symptomů, stejně jako projevů somatizace psychických konfliktů. Při hodnocení limbické iritability se rozdíl mezi pohlavími neprojevil. Tato studie rovněž přinesla důkazy o tom, že mezi symptomy limbické iritability a symptomy deprese existuje statisticky významná pozitivní korelace, a to u obou pohlaví.

Jak jsem již zmínila, významné poznatky o dopadech traumatu na mozek člověka získáváme z výzkumů, které využívají metody zobrazující mozek a jeho funkce. V tomto kontextu zde prezentuji studii Dannlowskiho a jeho kolegů (2012), jež zkoumá neurobiologické základy asociace mezi traumatem způsobeným týráním, zneužíváním nebo zanedbáváním a rozvojem posttraumatické stresové poruchy a deprese. Autoři vycházeli z předpokladu, že zkušenost se špatným zacházením v dětství vede k funkčním a strukturálním změnám mozku u dosud neléčených dospělých s touto zkušeností, a to s ohledem na skutečnost, že jak deprese, tak PTSD jsou spojeny se zvýšenou citlivostí amygdaly na negativní stimuly a se sníženým objemem hipokampu. Vědci za použití funkční magnetické rezonance pozorovali silný vztah mezi dosaženým skórem CTQ-25 a reaktivitou amygdaly na obličejové vzbuzující emoci ohrožení. Nejvýraznější reaktivita amygdaly byla

přítom přítomna u osob psychicky týraných a zanedbávaných. U zkoumaných osob dále zjistili nižší objem šedé hmoty v hipokampu (*hippocampus*), ostrovním laloku (*lobus insularis*), orbitofrontální kůře (*cortex orbitofrontalis*), v předním cingulárním závitě (*gyrus cinguli*) a na ocasatém jádru (*nucleus caudatus*). Jejich výsledky naznačily, že hyperreaktivita limbického systému a současně snížený objem hippocampu by mohly být mediátorem vztahu mezi traumatem z dětství a nástupem emočních poruch v dospělosti.

EMPIRICKÁ ČÁST

5 Výzkumný problém

Jak jsem již nastínila v teoretické části práce, týrání, zneužívání a zanedbávání, které lze považovat za pro dítě jednoznačně traumatizující události, mají dopad na jeho další, dospělou etapu života. Vystavení dítěte některé z těchto forem špatného zacházení se dává do souvislosti s řadou následných psychických problémů. Mezi ty, které u obětí špatné péče sledujeme nejčastěji, lze zařadit depresivní a úzkostné poruchy, disociativní poruchy, závislosti na psychoaktivních látkách či sebevražedné chování, rovněž tak některé tělesné potíže anebo rizikový životní styl. Provedené výzkumy mozku rovněž poukazují na negativní dopady traumatu způsobeného špatným zacházením v dětství na strukturu i funkci mozkových oblastí. Ve studiích používajících neurovizuální metody byly opakovaně prokázány změny v oblasti limbického systému, bílého tělesa i frontálního a spánkového laloku. Ukazuje se, že zkoumaný vztah mezi traumatem z dětství a následným rozvojem psychopatologie je určován povahou traumatizující zkušenosti. Jinými slovy, záleží na tom, jestli je dítě poškozováno fyzickým násilím, sexuálním zneužíváním, psychickým terorem nebo nenaplňováním jeho základních potřeb. Významný vliv má také to, kdo se násilí na dítěti dopouští a po jak dlouhou dobu. V návaznosti na poznatky psychologů i neurovědčů o existenci senzitivních fází ve vývoji dítěte se zdá, že i období první negativní zkušenosti může ovlivnit sledovanou vazbu. V souvislosti s těmito zjištěními by bylo chybou se domnívat, že vztah mezi traumatem způsobeným špatnou péčí a rozvojem psychopatologie je přímý. Je nutné vždy vzít v úvahu efekt jeho jednotlivých forem. Nelson a kolektiv (2017) uvádějí, že nejzávažnější stavy deprese se rozvíjejí u jedinců, kteří byli v dětství emočně týráni. Naopak nejslabší projevy deprese mají lidé v dětství fyzicky zanedbávaní. Podle Vonderlina a jeho kolegů (2018) je zase fyzické týrání, podobně jako sexuální zneužívání, spojeno s vyšší mírou disociativních projevů než emocionálního týraní a zanedbávání. V kontextu problematiky limbické iritability je třeba zmínit, že v provedených studiích byla pozorována výrazná korelace mezi zkušeností se špatným zacházením a dráždivostí limbických struktur. Dackis, Rogosch, Oshri a Cicchetti (2012) nadto označili limbickou iritabilitu za mediátor sledovaného vztahu. Výše popsaná problematika je zkoumána převážně v zahraničí, v České republice, dle mně dostupných informací, nebyl doposud v tomto rozsahu a za použití dané metodologie proveden žádný podobný výzkum.

6 Výzkumný cíl

S ohledem na skutečnosti uvedené v předchozí kapitole je mým cílem v rámci této práce prozkoumat vztah mezi traumatem prožitým v dětství nebo v dospívání a symptomy deprese, disociace a limbické iritability v mladé dospělosti, a ověřit tak teoretickou koncepci o traumatické zkušenosti jako psychické zátěži a současně riziku pro rozvoj psychopatologie v dalším životě traumatem postiženého člověka. Vzhledem k rozsahu možných traumatizujících událostí se v této práci omezím pouze na zkoumání vlivu traumatu spojeného s týráním, zneužíváním a zanedbáváním v dětství na vybrané psychopatologické projevy psychického dění. Záměrem této práce je analyzovat dopady samotného traumatu, ale také jeho povahu, tedy zkoumat projevy deprese, disociace a limbické iritability ve vztahu k fyzickému a psychickému týrání, zanedbávání či dokonce sexuálnímu zneužívání.

Vedlejším cílem této práce je porovnat výskyt jednotlivých typů špatného zacházení, respektive fyzického a psychického týrání, sexuálního zneužívání nebo zanedbávání, mezi jednotlivými pohlavími. Stejně tak chci ověřit vliv pohlaví na výskyt zvolených psychopatologických projevů. Dalším úkolem, který si v této práci kladu, je prověření souvislosti mezi limbickou iritabilitou a disociativními jevy a symptomy deprese.

7 Výzkumné hypotézy

Na základě vědeckých poznatků prezentovaných v teoretické části předpokládám, že se u lidí traumatizovaných vlivem týrání, zneužívání nebo zanedbávání v dětství vyskytují v mnohem větší míře projevy deprese a disociace, čtenější jsou také symptomy limbické iritability. Dále očekávám rozdíl v míře psychopatologických projevů mezi muži a ženami, stíženými takovouto minulostí. S odkazem na publikované studie současně předpokládám, že existuje souvislost mezi projevy deprese, disociace i limbické iritability a charakterem špatného zacházení v dětství nebo dospívání. Výsledkem mého zkoumání by mělo být mimo jiné ověření existence vztahu mezi přítomností limbické iritability a příznaky deprese a disociace. Zkušenost s týráním, zneužíváním a zanedbáváním zjišťuji pomocí dotazníku CTQ-25, míru deprese a disociace měřím dotazníky DES a BDI-II. K posouzení závažnosti limbické iritability používám dotazník LSCL-33.

7.1 Hlavní výzkumné hypotézy

- Hypotéza č. 1: Míra týrání, zneužívání a zanedbávání v dětství anebo v dospívání měřená dotazníkem CTQ-25 je ve výzkumném souboru vyšší než v kontrolní skupině.
- Hypotéza č. 2: Míra týrání, zneužívání a zanedbávání v dětství anebo v dospívání měřená dotazníkem CTQ-25 je v jednotlivých subškálách ve výzkumném souboru vyšší než v kontrolní skupině.
- Hypotéza č. 3: Míra depresivních symptomů měřená dotazníkem BDI-II je ve výzkumném souboru vyšší než v kontrolní skupině.
- Hypotéza č. 4: Míra disociativních symptomů měřená dotazníkem DES je ve výzkumném souboru vyšší než v kontrolní skupině.
- Hypotéza č. 5: Míra symptomů limbické iritability měřená dotazníkem LSCL-33 je ve výzkumném souboru vyšší než v kontrolní skupině.

7.2 Vedlejší výzkumné hypotézy

- Hypotéza č. 6: Míra zanedbávání, týrání a zneužívání v dětství anebo v dospívání měřená dotazníkem CTQ-25 se liší v závislosti na pohlaví.

- Hypotéza č. 7: Míra zanedbávání, týrání a zneužívání v dětství anebo v dospívání měřená dotazníkem CTQ-25 se v jednotlivých subškálách liší v závislosti na pohlaví.
- Hypotéza č. 8: Míra depresivních symptomů měřená dotazníkem BDI-II se liší v závislosti na pohlaví.
- Hypotéza č. 9: Míra disociativních symptomů měřená dotazníkem DES se liší v závislosti na pohlaví.
- Hypotéza č. 10: Míra symptomů limbické iritability měřená dotazníkem LSCL-33 se liší v závislosti na pohlaví.
- Hypotéza č. 11: Existuje souvislost mezi výsledným skóre v dotazníku LSCL-33 a skóre v dotazníku BDI-II.
- Hypotéza č. 12: Existuje souvislost mezi výsledným skóre v dotazníku LSCL-33 a skóre v dotazníku DES.

8 Design výzkumu

K výzkumnému problému přistupuji z pozice kvantitativní metodologie, a to s ohledem na výše definované cíle výzkumu. Ve vztahu k hlavním výzkumným hypotézám, které hovoří o vlivu traumatické zkušenosti jedince na příznaky deprese, disociace a limbické iritability, má výzkum povahu ex post facto studie. Z pohledu vedlejších výzkumných hypotéz lze hovořit také o designu diferenční studie, neboť ověřuji předpoklad o rozdílu ve zmíněných proměnných mezi muži a ženami. Pracuji tak na pomezí deskriptivních a korelačních designů.

Ex post facto výzkum mi nabízí retrospektivní pohled na zkoumanou problematiku, umožňuje mi zkoumat vliv nezávisle proměnné vyskytující se přirozeně bez experimentální intervence, tj. vliv setkání s traumatem způsobeným týráním, zneužíváním a zanedbáváním v období dětství, na povahu závisle proměnné, tj. na přítomnost deprese, disociace a limbické iritability. Prostřednictvím této metody mohu mapovat vztahy a souvislosti mezi proměnnými, které nelze z etických důvodů v rovině kvantitativní metodologie zkoumat experimentálně, neboť je nemyslitelné za účelem výzkumu působit nějakému dítěti traumatické zážitky a následně u něho měřit psychické jevy. Při volbě tohoto designu jsem se inspirovala zahraničními studiemi, které tento typ výzkumu hojně používají (Polit & Beck, 2004).

9 Metoda získávání dat

Ve výzkumu jsem použila baterii 4 dotazníků. Pro zhodnocení rozsahu a povahy traumatizace v dětském věku jsem zvolila dotazník CTQ-25. Závažnost disociativních projevů jsem posuzovala pomocí dotazníku DES a ke zmapování úrovně depresivního ladění jsem zařadila dotazník BDI-II. Tyto dotazníky jsem doplnila dotazníkem LSCL-33 pro screening limbické iritability. Baterie dotazníků obsahovala také krátký anamnestický dotazník, který sloužil k zachycení základních charakteristik respondentů (pohlaví, věk, typ péče). Dotazníky byly respondentům předkládány v pořadí anamnestický dotazník, DES, LSCL-33, BDI-II a CTQ-25. Tuto souslednost jsem zvolila s ohledem na povahu jednotlivých metod. Snažila jsem se metody střídat podle formátu otázek a odpovědí, dotazníky s širěji formulovanými otázkami jsem prokládala dotazníky s úspornými položkami. Zároveň jsem usilovala o co nejpřiměřenější uspořádání dotazníků z hlediska citlivosti zjišťovaných údajů, dotazníky vztahující se k závažnějším tématům jsem proto umístila do závěrečné části baterie. Čas potřebný k vyplnění všech protokolů se pohyboval v rozmezí 20 až 40 minut, v závislosti na tempu konkrétního respondenta.

Stěžejními důvody, proč jsem při svém výzkumu použila dotazníkovou metodu, jsou snadná distribuce dotazníků velkému počtu osob, příležitost získat velké množství informací v relativně krátkém čase a možnost sbírat data anonymně. Výhodou pro mě bylo také bezproblémové vyhodnocení dat a nízké riziko případného zkreslení výsledků. Nicméně zařazení této metody s sebou neslo i řadu limitů. Jako nejpálčivější problém vnímám zkreslování skutečnosti respondenty, a to záměrné, které mohlo být způsobeno neochotou sdílet vlastní zkušenosti, ale i bezděčné, způsobené prostou neschopností či nemožností vlastní introspekce. Za nevýhodu dotazníkového šetření považuji také nemožnost zařadit do výzkumu osoby, pro které je náročné vnímat a zpracovat psané slovo či které mají problémy s udržením pozornosti a se soustředěním.

9.1 Dotazník CTQ-25: Childhood Trauma Questionnaire-25

Dotazník CTQ-25 slouží ke zjišťování traumatizace prožité v dětství u dospělých osob a v roce 1998 jej vytvořili D. P. Bernstein a L. Fink. Dotazník obsahuje 25 položek, které sytí 5 hlavních škál: fyzické týrání (physical abuse, PA), psychické, respektive emocionální, týrání (emotional abuse, EA), fyzické zanedbávání (physical neglect, PN), psychické, respektive emocionální, zanedbávání (emotional neglect, EN) a sexuální

zneužívání (sexual abuse, SA). Počet položek je rovnoměrně rozložen mezi uvedené faktory. Jednotlivá tvrzení se týkají zážitků z dětství a dospívání. Respondent tato tvrzení hodnotí na škále 1 (nikdy) až 5 (velmi často) na základě vlastní zkušenosti. Skóre jednotlivých škál se pohybuje v rozmezí 5 až 25 bodů. Celkové skóre dosahuje minimálně 25 bodů a maximálně 125 bodů. Výhodou tohoto dotazníku je přiměřený rozsah, možnost zjistit všech pět typů špatného zacházení a současně posoudit závažnost traumatizace v dětském věku. Pro účely rozlišení jedinců traumatizovaných a jedinců bez traumatu stanovili autoři dotazníku na základě uskutečněných klinických rozhovorů zaměřených na týrání, zanedbávání a zneužívání ve zdravé populaci pro jednotlivé škály tato hraniční skóre: fyzické týrání: 8, emocionální týrání: 9, emocionální zanedbávání: 10, fyzické zanedbávání: 8 a sexuální zneužívání: 10 (D. P. Bernstein a kol., 1994; Kašćáková a kol., 2018).

Autoři dotazníku přinesli důkazy o vysoké vnitřní konzistenci a testové-retestové reliabilitě, poukázali také na dobrou konvergentní validitu tohoto nástroje. Česká verze dotazníku vznikla metodou zpětného překladu z angličtiny v roce 2018. Současně provedená psychometrická analýza přinesla důkazy o dobré až výborné reliabilitě, a adekvátnosti 5 faktorového modelu CTQ-25. Autoři shrnují, že CTQ-25 je validní nástroj pro screening anamnézy týrání, zanedbávání a zneužívání v dětství u dospělé populace. Na metodu se vztahují autorská práva společnosti Pearson (D. P. Bernstein a kol., 1994; Kašćáková a kol., 2018).

9.2 Dotazník BDI-II: Beck Depression Inventory-II

Dotazník BDI-II nachází své uplatnění v hodnocení závažnosti deprese u osob ve věku 13-80 let. Jedná se o oblíbený a ve výzkumu hojně využívaný nástroj. Byl sestaven v roce 1961 A. T. Beckem a následně prošel několika revizemi. Dotazník obsahuje 21 položek, které jsou zaměřeny na nejčastější příznaky deprese. Každá položka obsahuje jeden symptom deprese a čtyři tvrzení, která popisují intenzitu tohoto symptomu. Tyto výroky odpovídají škále 0 až 3 body. Úkolem respondenta je označit tvrzení, které nejlépe vystihuje jeho prožívání v uplynulých 2 týdnech. Ačkoliv je dotazník tvořen 3 faktory – kognitivní, afektivní a somatický, obvykle se počítá pouze celkové skóre. To se vypočítá jako součet bodů všech položek a jeho hodnoty se pohybují v rozmezí 0-63. Autor dotazníku navrhuje na základě standardizační studie tato cut-off skóre: 0-13 minimální nebo žádná deprese, 14-19 mírná deprese, 20-28 střední deprese, 29-63 těžká deprese (Beck, Steer, & Carbin, 1988; Ptáček a kol., 2016).

Standardizační studie anglické verze dotazníku prokázaly vysokou reliabilitu a souběžnou validitu škály. Českou verzi dotazníku vytvořili v roce 1999 M. Preiss a K. Vaclíř, neposkytli však uspokojivé důkazy o validitě a reliabilitě metody. Ověřováním psychometrické kvality dotazníku BDI-II se zabývali Ptáček, Raboch, Vňuková, Hlinka a Andres (2016). Jejich studie přinesla důkazy o vysoké vnitřní konzistenci a reliabilitě české verze dotazníku. Zjištěna byla také třífaktorová struktura dotazníku. Dotazník BDI-II však stále čeká na stanovení validity a nastavení norem pro českou populaci (Beck a kol., 1988; Gottfried, 2015).

9.3 Dotazník DES: Dissociative Experience Scale

Dotazník DES je 28 položková sebesuzující škála určená k hodnocení patologické disociace u dospělých osob. Metoda byla vytvořena dvojicí E. M. Bernstein a F. W. Putnam v roce 1986. Jedná se o jeden z nejčastěji užívaných nástrojů k měření disociace ve výzkumných podmínkách. V praxi je užitečný především v diagnostice disociativních poruch, deprese, ale také v diferenciální diagnostice k rozlišení epileptických a psychogenních neepileptických záchvatů. Autoři dotazníku vymezují koncept disociace jako alteraci identity v důsledku disociativní reakce a současně jako poruchu paměti jedince v průběhu disociativního stavu. Tento jev klasifikují na kontinuu od normálních psychických procesů po závažné psychopatologické stavy. Dotazník spolehlivě měří jeden faktor – disociaci. Avšak některé studie poukazují na existenci tří nezávislých faktorů – absorpce, amnézie, depersonalizace. Autoři české verze doporučují pracovat s celkovým skórem DES. DES skóre 30 je podle některých odborníků hranicí mezi zdravou a patologickou disociací, ve výzkumu zdravé populace je však častěji používáno kritérium 20 bodů, ze kterého vycházím i já v této práci. Každá položka obsahuje popis vybrané disociativní zkušenosti, úkolem respondenta je zaznamenat na desetimilimetrové úsečce, reprezentující osu 0 % – 100 %, procento času, v jakém se mu popsaná disociativní zkušenost děje v každodenním životě. K vyhodnocení dotazníku a výpočtu DES skóre je třeba sečíst vzdálenosti všech zaznamenaných bodů od 0, respektive 0 %, zaokrouhlených na 5 milimetrů, a tento součet vydělit počtem otázek, tedy 28 (C. E. Bernstein & Putnam, 1993; Ptáček, Bob, & Paclt, 2006).

Psychometrické studie provedené v zahraničí prokázaly uspokojivou reliabilitu i validitu dotazníku. Česká studie ověřující psychometrickou kvalitu je s těmito závěry ve shodě, a tak můžeme dotazník považovat za přijatelný screeningový nástroj pro posouzení

disociace ve výzkumné i klinické praxi (C. E. Bernstein & Putnam, 1993; Ptáček & Bob, 2009b; Ptáček a kol., 2006).

9.4 Dotazník LSCL-33: Limbic System Checklist-33

Dotazník LSCL-33, jehož autorem je M. H. Teicher, je sebeposuzující metoda vhodná k hodnocení temporo-limbické epileptiformní aktivity ve formě somatických, sensorických, behaviorálních a paměťových symptomů. Dotazník tvoří 33 položek, které zjišťují somatické poruchy, krátké halucinatorní stavy, poruchy vnímání, motorické automatismy a disociativní jevy. Respondent posuzuje frekvenci těchto symptomů na škále 0 (nikdy) až 3 (často). Celkové skóre LSCL-33 je tvořeno součtem bodů všech položek. Zdraví lidé skórují v dotazníku pod hranicí 10 bodů, zatímco hodnoty skóre u lidí trpící epilepsií se pohybují v rozmezí 23 až 60 bodů. Podle Jasové je kritériem patologické temporo-limbické aktivity skóre vyšší než 30 bodů (Fišar, 2009; Jasová, 2010; Teicher a kol., 1993).

Anglická verze dotazníku vykazuje dobré psychometrické vlastnosti a vysokou vnitřní konzistenci. Českou adaptaci dotazníku vytvořil P. Bob. Psychometrická kvalita domácí verze nebyla zatím prověřena. I přes tuto skutečnost byl dotazník českými vědci několikrát použit a přinesl cenné informace (Bob a kol., 2007; Teicher a kol., 2003; Teicher a kol., 1993).

10 Metoda zpracování a analýzy dat

V prvním kroku zpracování dat jsem veškeré odpovědi respondentů převedla do podoby přehledné tabulky v programu Microsoft Excel 2018 a provedla jejich kontrolu, následně jsem vypočítala celkové skóre. Postupovala jsem přitom podle pravidel vyhodnocování dat stanovených autory jednotlivých dotazníkových metod.

Veškeré analýzy jsem prováděla v programu Statistica 13.4.0.14. Postupovala jsem od výpočtu základních popisných statistik k ověření normality dat. Předpoklad normálního rozložení jednotlivých proměnných jsem testovala pomocí Kolmogorova-Smirnovova testu, Lilieforsova testu a Shapirova-Wilkova testu, za směrodatný jsem však považovala výsledek Shapirova-Wilkova testu, který je v praxi považován za nejsilnější.

Na základě výsledků testu normality jsem pro ověření hypotéz o rozdílu ve všech sledovaných proměnných mezi danými skupinami použila Mannův-Whitneyův U test s korekcí na kontinuitu. K analýze vztahu mezi mírou limbické iritability na straně jedné a buď patologickou disociací nebo depresí na straně druhé jsem zvolila test Spearmanova korelačního koeficientu. Tento test jsem použila rovněž k ověření souvislosti mezi traumatem spojeným s týráním, zneužíváním a zanedbáváním v dětství a projevy disociace, deprese a limbické iritability. Všechny stanovené hypotézy jsem testovala na hladině významnosti 0,05.

Při posuzování praktické významnosti, respektive míry účinku, provedených korelačních analýz jsem vycházela z hodnot Spearmanova korelačního koeficientu, který jsem interpretovala takto: $|r| < 0,1$ zanedbatelný vztah; $|r| < 0,3$ slabý vztah; $|r| < 0,5$ středně silný vztah; $|r| \geq 0,5$ silný vztah. Praktickou významnost vlivu skupiny na hodnotu zjišťované proměnné jsem hodnotila na základě statistiky AUC (Area Under Curve), která vyjadřuje pravděpodobnost skutečnosti, že náhodně vybraný jedinec ze skupiny s nižším průměrným pořadím bude skórovat výše než náhodně zvolený jedinec ze skupiny s vyšším průměrným pořadím, v případě hypotéz o rozdílu mezi pohlavími, že náhodně vybraná žena bude mít vyšší skóre než náhodně vybraný muž. Hodnota AUC pro silnější skupinu je přitom doplňkem této pravděpodobnosti. Pokud jsou zjištěné hodnoty v obou skupinách, respektive u obou pohlaví, stejné, je hodnota AUC rovna 0,5 a nalezený efekt je nulový. AUC o hodnotě 1, případně 0, pak znamená maximální možný efekt (Dostál, 2018; Rice & Grant, 2005).

11 Výzkumný soubor

Do výzkumu byli zařazeni muži a ženy ve věku 18 až 26 let, tj. lidé ve věku mladé dospělosti. Věková hranice byla stanovena na podkladě vývojové periodizace dospělosti podle Langmeiera a Krejčířové (2006), kteří za časnou dospělost považují období mezi 20 a 25 až 30 lety věku, a s přihlédnutím k české legislativě, podle níž je člověk dospělý v 18 letech, a v případě studia, tj. soustavné přípravy na budoucí povolání, je až do věku 26 let chápán jako nezaopatřené dítě.

Sledovaný soubor zahrnoval dvě skupiny – výzkumnou a kontrolní. Kritériem zařazení do výzkumné skupiny byla zkušenost s odebráním z biologické rodiny a s výchovou v ústavní péči. Výzkumnou skupinu tvořili lidé, u nichž předpokládám vyšší pravděpodobnost traumatizující zkušenosti s týráním, zneužíváním a zanedbáváním v dětství anebo v dospívání. Vzhledem k obtížné dostupnosti této výzkumné skupiny jsem sběr dat prováděla skrze instituci Dům na půl cesty, která poskytuje pobytové služby osobám do věku 26 let opouštějícím zařízení pro výkon ústavní péče. Celkem jsem oslovila 31 Domů na půl cesty, nejprve elektronicky formou žádosti o svolení k výzkumné činnosti, následně i telefonicky. Spolupráci se mi podařilo navázat s 15 zařízeními, která poskytují dané služby. Zbýlá zařízení na moji žádost buď nereagovala nebo účast ve výzkumu odmítla, a to nejčastěji z důvodu omezení provozu, časové vyčerpání pracovníků nebo pro nezáměr klientů spolupracovat. Veškerá výzkumná činnost probíhala v období od listopadu 2018 do ledna 2019, a to výhradně se souhlasem vedení jednotlivých zařízení. Samotná administrace baterie dotazníků byla ve všech případech zajištěna sociálními pracovníky zařízení, a to především z důvodu přání dotazovaných zůstat v anonymitě, často však také pro časové možnosti respondentů. Ačkoliv jsem vyvinula maximální snahu tato zařízení navštívit a oslovit jejich klienty osobně, nepodařilo se mi dohodnout žádné přímé setkání s respondenty. Vzhledem k těmto okolnostem byl každý dotazník doplněn základními informacemi o účelu a povaze výzkumu, způsobu administrace, etických zásadách a právech respondentů, přiložen byl také informovaný souhlas s účastí ve výzkumu. Administrace probíhala individuálně, v osobním volnu respondentů.

Z celkového počtu 109 rozdaných dotazníků bylo vyplněno 50 protokolů, z nichž 7 jsem vyřadila z důvodu neúplného nebo nevalidního vyplnění. K analýze dat jsem tedy získala 43 dotazníků. Z výše uvedených čísel je patrné, že počet získaných dotazníků je vzhledem k počtu všech administrovaných relativně nízký. Podle vyjádření sociálních pracovníků z daných zařízení stojí za touto skutečností hned několik okolností. Na prvním

místě byla neochota obyvatelů zařízení zabývat se vyplňováním dotazníků ve vlastním volném čase bez nároku na odměnu. Dalším důvodem k odmítnutí spolupráce byl rozsah dotazníkové baterie, řada dotazovaných dokázala věnovat pozornost pouze omezenému počtu otázek. Několika respondentům znemožnila účast ve výzkumu jejich neschopnost porozumět otázkám, a to i po dodatečném vysvětlení. Limitujícím faktorem byla také psychická náročnost dotazníku, pro několik respondentů byla konfrontace s některými otázkami natolik citlivá, že se nakonec odmítli výzkumu zúčastnit. Pár potenciálních respondentů, kteří by plně splňovali kritéria zařazení do výzkumné skupiny, bohužel, těsně před zahájením spolupráce s daným Domem na půl cesty, toto zařízení opustilo.

Výzkumná skupina čítá 13 žen a 30 mužů ve věkové kategorii 18 až 26 let. Průměrný věk respondenta je 21,51 let (směrodatná odchylka 2,48). Věkové a genderové složení výzkumné skupiny přehledně shrnuje tabulka č. 3 a graf č.1.

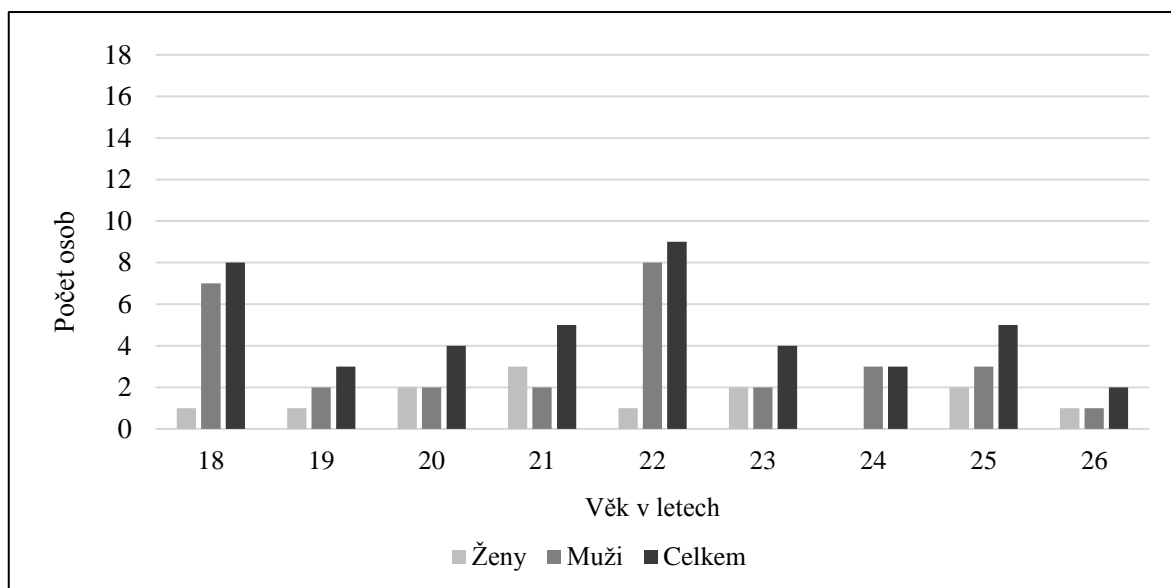
Do kontrolní skupiny byly vybrány osoby vyrůstající v rodinné péči, a to po dobu celého dětství a dospívání, u kterých lze očekávat absenci, případně nízkou míru zkušenosti s týráním, zneužíváním a zanedbáváním v dětském věku. Pro výběr respondentů jsem použila metodu záměrného výběru a současně metodu sněhové koule, oslovila jsem tedy osoby splňující daná kritéria, a ti kontaktovali další jedince zkoumané populace. Sběr dat probíhal ve stejném období jako u předchozí skupiny, tedy od listopadu 2018 do ledna 2019. Dotazníkovou baterii respondenti vyplňovali ve svém osobním volnu. V jejím úvodu byly seznámeni s důvodem, obsahem a cílem výzkumu, a v případě ochoty se ho zúčastnit podepsali informovaný souhlas. Celkem jsem rozdala 70 dotazníků a nazpět jsem jich získala 60. Pro neúplné nebo nevalidní vyplnění jsem 7 dotazníků vyřadila, v konečném výsledku tedy bylo do statistické analýzy zařazeno 53 dotazníků splňujících kritéria validity.

Kontrolní skupinu tvoří soubor 25 žen a 28 mužů. Průměrný věk respondenta je 20,85 let (směrodatná odchylka 1,43), přičemž nejmladšímu respondentovi je 19 let a nejstaršímu 26 let. Níže uvedená tabulka č. 3 a graf č. 2. shrnuje věkové rozložení respondentů.

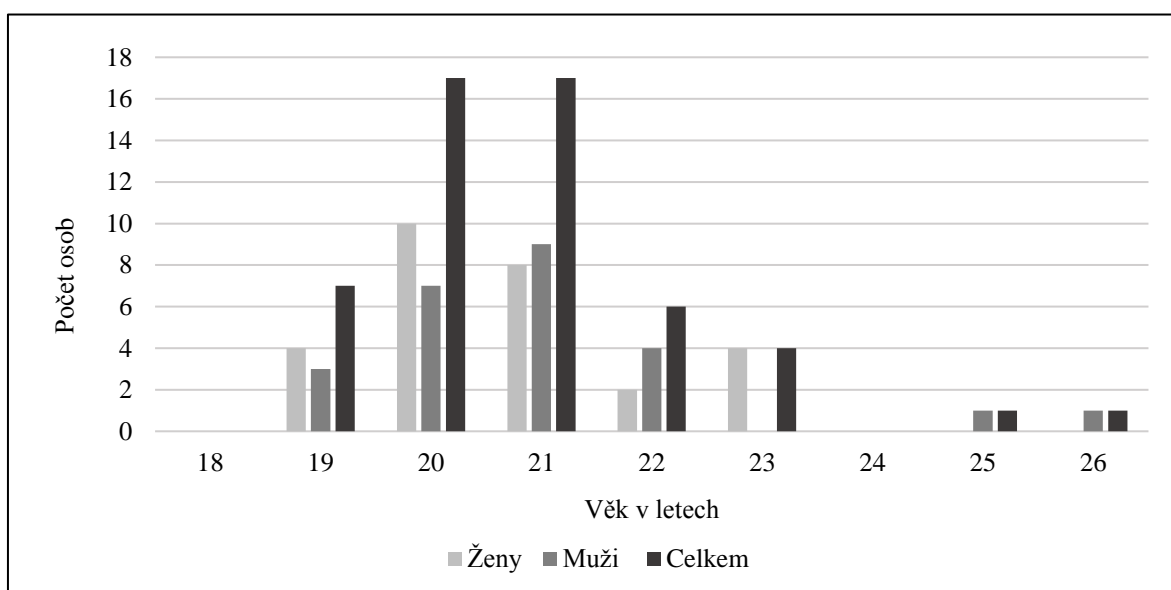
Tabulka č. 3: Popisné charakteristiky u sledovaného souboru z hlediska věku

		Počet	Průměr	Minimum	Maximum	Sm. odchylka
Výzkumná skupina	Ženy	13	21,85	18	26	2,44
	Muži	30	21,37	18	26	2,53
	Celkem	43	21,51	18	26	2,48
Kontrolní skupina	Muži	25	21,00	19	26	1,63
	Ženy	28	20,71	19	23	1,24
	Celkem	53	20,85	19	26	1,43

Graf č. 1: Věkové rozložení ve výzkumné skupině



Graf č. 2: Věkové rozložení v kontrolní skupině



Z výše uvedených grafů vyplývá, že věkové zastoupení jedinců v jednotlivých skupinách se liší. Ve výzkumné skupině jsou věkové kategorie zastoupeny vcelku rovnoměrně, u kontrolní skupiny převažují respondenti ve věku 20 až 21 let, některé kategorie nejsou zaplněny vůbec. Lze předpokládat, že tato skutečnost přímo souvisí s metodou výběru kontrolního vzorku.

12 Etické aspekty výzkumu

Veškeré své výzkumné aktivity jsem uskutečnila v souladu s etickými zásadami psychologického výzkumu. Před samotným oslovením respondentů zařazených do výzkumné skupiny jsem navázala kontakt s vybranými zařízeními, konkrétně Domy na půl cesty, jejichž prostřednictvím jsem sběr dat následně provedla. Vedoucí pracovníky těchto zařízení jsem nejprve oslovila elektronickou cestou, tj. emailem, v němž jsem je podrobně seznámila s prováděným výzkumem, zejména s jeho účelem, obsahem, podmínkami a časovým rámcem, a nastínila jim svoji představu o vzájemné spolupráci. V případě jejich pozitivní odezvy, respektive projevené ochoty zapojit své klienty do výzkumu a aktivně spolupracovat, jsem následně nepřímou, zprostředkovanou, požádala o spolupráci samotné respondenty. Před zapojením do výzkumu byl každý jednotlivý respondent, jak výzkumné, tak i kontrolní skupiny, informován o účelu a povaze výzkumu, stejně tak byl srozuměn i se zásadami sloužícími k jeho ochraně. Do výzkumu byly zařazeny pouze osoby, které k účasti udělily informovaný souhlas. Během výzkumu nedošlo ke klamání zúčastněných osob. Všem dotazovaným byla garantována ochrana osobních údajů a rovněž tak soukromí. Jejich účast byla přísně anonymní a současně dobrovolná. Každý zúčastněný měl právo odstoupit z výzkumu, a to bez udání důvodů. Účast ve výzkumu nebyla finančně ani jinak ohodnocena (Kolařík a kol., 2017; Weiss, 2011).

S ohledem na skutečnost, že se výzkum přímo týkal velmi citlivého tématu týrání, zneužívání a zanedbávání, zvažovala jsem rizika sekundární viktimizace účastníků výzkumu. Ve snaze snížit tato rizika na únosnou míru jsem respondenty v závěru dotazníkové baterie poučila o možné negativní emoční reakci vyvolané vyplňováním položek, vztahujících se k traumatizujícím životním událostem, s tím, že mě mohou kontaktovat v případě potřeby sdílet tyto prožitky. Tento návrh jsem si dovolila učinit z pozice absolventky kurzu kompletní krizové intervence se záměrem zvládnout akutní emoční reakci a stabilizovat člověka s následným doporučením péče ve specializovaných centrech. Uvedený kontakt mohli účastníci využít také v případě jejich zájmu o řešené téma či výsledky výzkumu, eventuálně pokud měli nějaké dotazy. Po dobu realizace výzkumu však této nabídky nikdo z oslovených respondentů nevyužil.

13 Analýza dat a její výsledky

V této části uvádím popisné statistiky jednotlivých proměnných, tj. traumatizace prožité v dětství anebo dospívání, disociace, deprese a limbické iritability. Dále u těchto charakteristik ověřuji předpoklad normálního rozdělení. Věnuji se také výsledkům statistických testů a hodnocení platnosti navržených hypotéz.

13.1 Popisné statistiky

Hodnota průměru zjištěná v proměnné traumatizace v dětství anebo v dospívání hovoří o průměrném výskytu dětského traumatu způsobeného týráním, zneužíváním a zanedbáváním u výzkumné skupiny. V průměru se zkoumaní respondenti setkali s emocionálním i fyzickým zanedbáváním, rovněž i s emocionálním a tělesným týráním, nikoliv však se sexuálním zneužíváním, jak vyplývá z hodnoty průměru na škále sexuálního zneužívání. Zjištěná data dále poukazují na průměrnou přítomnost depresivních příznaků ve zkoumaném vzorku. Průměrné hodnoty na škále disociace a limbické iritability se pohybují přesně na hranici širší normy a patologie. Z dalších statistických ukazatelů je zajímavá šikmost, která poukazuje na uspořádání nalezených hodnot v pásmu podprůměru, distribuce dat je ve všech případech asymetrická, přičemž nejnápadněji se od symetrického rozložení liší subškála sexuálního zneužívání. Popisné charakteristiky všech proměnných jsou uvedeny v tabulce č. 4.

Tabulka č. 4: Popisné charakteristiky dotazníků BDI-II, DES, LSCL-33 a CTQ-25 včetně jeho subškál u výzkumné skupiny

	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka	Šikmost
BDI-II	16,02	12,00	0,00	56,00	12,63	1,25
DES	20,36	17,86	1,07	73,93	14,73	1,24
LSCL-33	22,77	21,00	0,00	80,00	16,50	1,22
CTQ-25	52,70	52,00	26,00	101,00	20,64	0,65
CTQ-25_PA	9,67	8,00	5,00	24,00	5,60	1,09
CTQ-25_EA	11,77	9,00	5,00	25,00	6,44	0,67
CTQ-25_PN	9,58	9,00	5,00	24,00	4,41	1,13
CTQ-25_EN	14,63	14,00	5,00	25,00	5,65	0,10
CTQ-25_SA	7,05	5,00	5,00	25,00	4,65	2,52

Poznámka: Velikost skupiny je stejná u všech dotazníků, vždy se jedná o 43 respondentů. Použité zkratky jednotlivých subškál dotazníku CTQ-25: PA – fyzické týráním, EA – emocionální týráním, PN – fyzické zanedbávání, EN – emocionální zanedbávání, SA – sexuální zneužívání.

Ve srovnání s výzkumnou skupinou skóruje kontrolní skupina ve všech zkoumaných proměnných nižší průměrnou hodnotou a stejně tak dosahuje i nižšího mediánu. Zešikmení hodnot všech sledovaných proměnných v kladném směru poukazuje na častější realizaci zjištěných hodnot pod průměrem. Největší zešikmení sledují u subškály fyzického týrání a sexuálního zneužívání, u těchto proměnných respondenti kontrolní skupiny skórují nejčastěji v oblasti minimálních hodnot. Symetrickému rozložení hodnot se nejvíce blíží škála limbické iritability. Ve všech sledovaných proměnných se maximální naměřená hodnota u kontrolní skupiny pohybuje pod polovinou maximálního možného skóre. Ve škále traumatizace v dětství anebo v dospívání i ve všech jejích subškálách se průměrné skóre kontrolní skupiny realizuje pod hranicí definující traumatickou zkušenost. Z dat dále vyplývá, že u kontrolní skupiny se v průměru nevyskytuje patologická disociace ani limbická iritabilita. Stejně tak tato skupina v průměru nevykazuje přítomnost depresivních symptomů. Z těchto zjištění vyplývá, že u kontrolního souboru není ve sledovaných oblastech přítomná závažná psychopatologie. Veškeré popisné charakteristiky shrnuje tabulka č. 5.

Tabulka č. 5: Popisné charakteristiky dotazníků BDI-II, DES, LSCL-33 a CTQ-25 včetně jeho subškál u kontrolní skupiny

	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka	Šikmost
BDI-II	11,25	10,00	0,00	31,00	7,95	0,69
DES	9,48	8,93	1,07	24,82	5,29	0,81
LSCL-33	15,81	17,00	3,00	39,00	7,02	0,43
CTQ-25	33,09	32,00	25,00	48,00	5,48	0,51
CTQ-25_PA	5,26	5,00	5,00	9,00	0,68	3,74
CTQ-25_EA	7,06	7,00	5,00	14,00	2,10	1,30
CTQ-25_PN	6,11	5,00	5,00	13,00	1,78	1,77
CTQ-25_EN	9,57	9,00	5,00	18,00	3,28	0,62
CTQ-25_SA	5,09	5,00	5,00	7,00	0,40	4,38

Poznámka: Velikost skupiny je stejná u všech dotazníků, vždy se jedná o 53 respondentů. Použité zkratky jednotlivých subškál dotazníku CTQ-25: PA – fyzické týrání, EA – emocionální týrání, PN – fyzické zanedbávání, EN – emocionální zanedbávání, SA – sexuální zneužívání.

13.2 Ověření předpokladu normality proměnných

Z výsledků Shapirova-Wilkova testu vyplývá, že rozdělení všech zkoumaných proměnných se na hladině významnosti 0,05 statisticky významně liší od normálního rozdělení. Na základě nesplnění požadavku normality, a s ohledem na přítomnost odlehých

hodnot a nižší rozsah souboru, veškeré výzkumné hypotézy testuji pomocí metod neparametrické statistiky (Mann-Whitneyova U testu, testu Spearmanova korelačního koeficientu). Výsledky provedených testů normality shrnuje níže uvedená tabulka.

Tabulka č. 6: Ověření normality u jednotlivých proměnných měřených dotazníky DES, LSCL-33, BDI-II a CTQ-25 na celém sledovaném souboru

	D max	Kolmogorův-Smirnovův test	Lilieforsův test	Shapirův-Wilkův test	p-hodnota
DES	0,19	p <0,01	p <0,01	0,83	<0,001
LSCL-33	0,14	p <0,05	p <0,01	0,87	<0,001
BDI-II	0,15	p <0,05	p <0,01	0,89	<0,001
CTQ-25	0,24	p <0,01	p <0,01	0,80	<0,001
CTQ-25_PA	0,34	p <0,01	p <0,01	0,59	<0,001
CTQ-25_EA	0,24	p <0,01	p <0,01	0,78	<0,001
CTQ-25_PN	0,23	p <0,01	p <0,01	0,76	<0,001
CTQ-25_EN	0,13	p <0,10	p <0,01	0,93	<0,001
CTQ-25_SA	0,46	p <0,01	p <0,01	0,34	<0,001

Poznámka: Velikost souboru je stejná u všech dotazníků, vždy se jedná o 96 respondentů.

13.3 Ověření platnosti stanovených hypotéz

Hypotéza č. 1: Míra týrání, zneužívání a zanedbávání v dětství anebo v dospívání měřená dotazníkem CTQ-25 je ve výzkumném souboru vyšší než v kontrolní skupině.

Hypotézu jsem ověřila pomocí Mann-Whitneyova U testu na zvolené hladině významnosti 0,05. Výsledky testu shrnuje následující tabulka.

Tabulka č. 7: Srovnání výsledných skóre v dotazníku CTQ-25 u výzkumné a kontrolní skupiny (Mann-Whitneyův U test)

	Medián		Průměrné pořadí		U	Z	p-hodnota	AUC
	Kontrolní skupina	Výzkumná skupina	Kontrolní skupina	Výzkumná skupina				
CTQ-25	32	52	35,51	64,51	451,00	-5,07	<0,001	0,80

Poznámka: Velikost skupin se liší, výzkumná skupina zahrnuje 43 respondentů, kontrolní skupinu tvoří 53 jedinců. Ve sloupci „p-hodnota“ je uvedena jednostranná pravděpodobnost nulové hypotézy. Hodnota ve sloupci „AUC“ je ukazatelem míry účinku.

Z výše uvedených výsledků vyplývá, že rozdíl v míře týrání, zneužívání a zanedbávání v dětství anebo v dospívání mezi skupinami je v předpokládaném směru statisticky významný na hladině významnosti 0,001. Hypotézu č. 1 přijímám a konstatuji, že míra týrání, zneužívání a zanedbávání v dětství anebo dospívání měřená dotazníkem

CTQ-25 je ve výzkumném souboru vyšší než v kontrolní skupině. Z pohledu praktické významnosti hodnotím efekt skupiny na sledovanou proměnnou jako silný. Testováním výše uvedené hypotézy jsem v podstatě ověřila svůj základní výzkumný předpoklad o prožití traumatu týrání, zneužívání a zanedbávání u jedinců ve výzkumné skupině.

Hypotéza č. 2: Míra týrání, zneužívání a zanedbávání v dětství anebo v dospívání měřená dotazníkem CTQ-25 je v jednotlivých subškálách ve výzkumném souboru vyšší než v kontrolní skupině.

Hypotézu jsem ověřila pomocí Mann-Whitneyova U testu na zvolené hladině významnosti 0,05. Výsledky testu shrnuje níže uvedená tabulka.

Tabulka č. 8: Srovnání výsledných skóre v dotazníku CTQ-25 a jeho jednotlivých subškálách u výzkumné a kontrolní skupiny (Mann-Whitneyův U test)

	Medián		Průměrné pořadí		U	Z	p-hodnota	AUC
	Kontrolní skupina	Výzkumná skupina	Kontrolní skupina	Výzkumná skupina				
CTQ-25_PA	5	8	37,01	62,66	530,50	-5,12	<0,001	0,77
CTQ-25_EA	7	9	39,75	59,29	675,50	-3,46	<0,001	0,70
CTQ-25_PN	5	9	37,01	62,66	530,50	-4,71	<0,001	0,77
CTQ-25_EN	9	14	37,05	62,62	532,50	-4,48	<0,001	0,77
CTQ-25_SA	5	5	43,51	54,65	875,00	-3,08	<0,01	0,62

Poznámka: Velikost skupin se liší, výzkumná skupina zahrnuje 43 respondentů, kontrolní skupinu tvoří 53 jedinců. Ve sloupci „p-hodnota“ je uvedena jednostranná pravděpodobnost nulové hypotézy. Hodnota ve sloupci „AUC“ je ukazatelem míry účinku. Použité zkratky jednotlivých subškál dotazníku CTQ-25: PA – fyzické týrání, EA – emocionální týrání, PN – fyzické zanedbávání, EN – emocionální zanedbávání, SA – sexuální zneužívání.

Zjištěné výsledky hovoří o existenci statisticky významného rozdílu mezi skupinami v subškále fyzického týrání, emocionálního týrání, fyzického zanedbávání a emocionálního zanedbávání na hladině významnosti 0,001. Na subškále sexuálního zneužívání byl mezi skupinami zjištěn signifikantní rozdíl v předpokládaném směru na hladině významnosti 0,01. Hypotézu č. 2 přijímám se závěrem, že míra týrání, zneužívání a zanedbávání v dětství anebo dospívání měřená dotazníkem CTQ-25 je v jednotlivých subškálách ve výzkumném souboru vyšší než v kontrolní skupině. Z hlediska praktické významnosti je vliv skupiny na jednotlivé typy špatného zanedbávání silný, výjimku tvoří jen sexuální zneužívání, u kterého hodnotím efekt skupiny jako slabý.

Hypotéza č. 3: Míra depresivních symptomů měřená dotazníkem BDI-II je ve výzkumném souboru vyšší než v kontrolní skupině.

Hypotézu jsem ověřila pomocí Mann-Whitneyova U testu na zvolené hladině významnosti 0,05. Výsledky testu shrnuje níže uvedená tabulka.

Tabulka č. 9: Srovnání výsledných skóre v dotazníku BDI-II u výzkumné a kontrolní skupiny (Mann-Whitneyův U test)

	Medián		Průměrné pořadí		U	Z	p-hodnota	AUC
	Kontrolní skupina	Výzkumná skupina	Kontrolní skupina	Výzkumná skupina				
BDI-II	10	12	44,33	53,64	918,50	-1,63	0,05	0,60

Poznámka: Velikost skupin se liší, výzkumná skupina zahrnuje 43 respondentů, kontrolní skupinu tvoří 53 jedinců. Ve sloupci „p-hodnota“ je uvedena jednostranná pravděpodobnost nulové hypotézy. Hodnota ve sloupci „AUC“ je ukazatelem míry účinku.

Na škále depresivních symptomů byl v předpokládaném směru zjištěn rozdíl v mediánu i průměrném pořadí sledované proměnné, obě hodnoty byly vyšší u výzkumné skupiny, nalezený rozdíl však nebyl na hladině významnosti 0,05 statisticky významný. Z výsledků je však patrné, že zde existuje určitý trend ($p < 0,10$), lze tedy předpokládat, že při rozšíření souboru by mohl být rozdíl prokázán. Hypotézu č. 3 nepřijímám.

Hypotéza č. 4: Míra disociativních symptomů měřená dotazníkem DES je ve výzkumném souboru vyšší než v kontrolní skupině.

Hypotézu jsem ověřila pomocí Mann-Whitneyova U testu na zvolené hladině významnosti 0,05. Výsledky testu shrnuje níže uvedená tabulka.

Tabulka č. 10: Srovnání výsledných skóre v dotazníku DES u výzkumné a kontrolní skupiny (Mann-Whitneyův U test)

	Medián		Průměrné pořadí		U	Z	p-hodnota	AUC
	Kontrolní skupina	Výzkumná skupina	Kontrolní skupina	Výzkumná skupina				
DES	9	18	38,52	60,80	610,50	-3,89	<0,001	0,73

Poznámka: Velikost skupin se liší, výzkumná skupina zahrnuje 43 respondentů, kontrolní skupinu tvoří 53 jedinců. Ve sloupci „p-hodnota“ je uvedena jednostranná pravděpodobnost nulové hypotézy. Hodnota ve sloupci „AUC“ je ukazatelem míry účinku.

Na podkladě uvedených výsledků lze konstatovat, že na hladině významnosti 0,001 byl v předpokládaném směru zjištěn statisticky významný rozdíl v míře disociativních symptomů mezi skupinami, a dále, že efekt skupiny na sledovanou proměnnou je silný.

Hypotézu č. 4 přijímám a tvrdím, že míra disociativních symptomů měřená dotazníkem DES je ve výzkumném souboru vyšší než v kontrolní skupině.

Hypotéza č. 5: Míra symptomů limbické iritability měřená dotazníkem LSCL-33 je ve výzkumném souboru vyšší než v kontrolní skupině.

Hypotézu jsem ověřila pomocí Mann-Whitneyova U testu na zvolené hladině významnosti 0,05. Výsledky testu shrnuje níže uvedená tabulka.

Tabulka č. 11: Srovnání výsledných skóre v dotazníku LSCL-33 u výzkumné a kontrolní skupiny (Mann-Whitneyův U test)

	Medián		Průměrné pořadí		U	Z	p-hodnota	AUC
	Kontrolní skupina	Výzkumná skupina	Kontrolní skupina	Výzkumná skupina				
LSCL-33	17	21	43,58	54,57	878,50	-1,92	0,03	0,61

Poznámka: Velikost skupin se liší, výzkumná skupina zahrnuje 43 respondentů, kontrolní skupinu tvoří 53 jedinců. Ve sloupci „p-hodnota“ je uvedena jednostranná pravděpodobnost nulové hypotézy. Hodnota ve sloupci „AUC“ je ukazatelem míry účinku.

Z výsledků vyplývá, že mezi skupinami existuje v míře limbické iritability na hladině významnosti 0,05 statisticky významný rozdíl v předpokládaném směru. V kontextu těchto zjištění přijímám hypotézu č. 5, míra symptomů limbické iritability měřená dotazníkem LSCL-33 je ve výzkumném souboru vyšší než v kontrolní skupině. Zjištěný efekt skupiny na sledovanou proměnnou je z pohledu praktické významnosti slabý.

Hypotéza č. 6: Míra zanedbávání, týrání a zneužívání v dětství anebo v dospívání měřená dotazníkem CTQ-25 se liší v závislosti na pohlaví.

Hypotézu jsem ověřila pomocí Mann-Whitneyova U testu na zvolené hladině významnosti 0,05. Výsledky testu shrnuje níže uvedená tabulka.

Tabulka č. 12: Srovnání výsledných skóre v dotazníku CTQ-25 u mužů a žen ve výzkumné skupině (Mann-Whitneyův U test)

	Medián		Průměrné pořadí		U	Z	p-hodnota	AUC
	Muži	Ženy	Muži	Ženy				
CTQ-25	47	65	19,70	27,31	126,00	-1,81	0,07	0,68

Poznámka: Velikost skupin je 30 mužů a 13 žen. Ve sloupci „p-hodnota“ je uvedena dvoustranná pravděpodobnost nulové hypotézy. Hodnota ve sloupci „AUC“ je ukazatelem míry účinku.

Na podkladě prezentovaných výsledků lze konstatovat, že na hladině významnosti 0,05 neexistuje statisticky významný rozdíl v míře zkušenosti s různými formami špatného

zacházení v dětství anebo v dospívání mezi muži a ženami ve výzkumné skupině. Nicméně v hodnotách mediánu a průměrného pořadí existuje rozdíl, ženy mají v obou případech vyšší hodnoty. Je zřejmé, že v datech existuje určitý trend ($p < 0,10$), který nasvědčuje tomu, že při zvětšení rozsahu souboru by mohl být statisticky významný rozdíl odhalen. V kontextu těchto zjištění však hypotézu č. 6 nepřijímám.

Hypotéza č. 7: Míra zanedbávání, týrání a zneužívání v dětství anebo v dospívání měřená dotazníkem CTQ-25 se v jednotlivých subškálách liší v závislosti na pohlaví.

Hypotézu jsem ověřila pomocí Mann-Whitneyova U testu na zvolené hladině významnosti 0,05. Výsledky testu shrnuje níže uvedená tabulka.

Tabulka č. 13: Srovnání výsledných skóre v dotazníku CTQ-25 a jeho jednotlivých subškálách u mužů a žen ve výzkumné skupině (Mann-Whitneyův U test)

	Medián		Průměrné pořadí		U	Z	p-hodnota	AUC
	Muži	Ženy	Muži	Ženy				
CTQ-25_PA	8	6	21,95	22,12	193,50	-0,03	0,98	0,50
CTQ-25_EA	9	17	18,42	30,27	87,50	-2,85	<0,01	0,78
CTQ-25_PN	9	11	20,20	26,15	141,00	-1,43	0,15	0,64
CTQ-25_EN	14	17	20,07	26,46	137,00	-1,52	0,13	0,65
CTQ-25_SA	5	5	20,70	25,00	156,00	-1,29	0,20	0,60

Poznámka: Velikost skupin je 30 mužů a 13 žen. Ve sloupci „p-hodnota“ je uvedena dvoustranná pravděpodobnost nulové hypotézy. Hodnota ve sloupci „AUC“ je ukazatelem míry účinku. Použité zkratky jednotlivých subškál dotazníku CTQ-25: PA – fyzické týrání, EA – emocionální týrání, PN – fyzické zanedbávání, EN – emocionální zanedbávání, SA – sexuální zneužívání.

Z pohledu jednotlivých forem špatného zacházení byl statisticky významný rozdíl na hladině významnosti 0,01 zjištěn pouze v subškále emocionálního týrání, v ostatních subškálách sice ženy dosáhly vyšší hodnoty mediánu i průměrného pořadí, nicméně stanovená hypotéza nebyla na dané hladině významnosti potvrzena. Zjištěné výsledky nehovoří ani ve prospěch existence určitého trendu.

Při rozhodování o alternativní hypotéze narážím na její problematickou formulaci. Ve snaze o přiměřený počet testovaných hypotéz jsem svůj předpoklad o rozdílu ve zkušenosti s jednotlivými formami špatného zacházení u mužů a žen vyjádřila v jedné hypotéze, dopustila jsem se tak značného zjednodušení. Uvědomuji si, že vhodnějším způsobem by bylo vymezit pro každou subškálu vlastní hypotézu. Nicméně v kontextu tohoto výzkumu je tento předpoklad vedlejší a pro jsem si dovolila hypotézu takto upravit.

S odvoláním na skutečnost, že ve čtyřech subškálách nebyl prokázán statisticky významný rozdíl, hypotézu č. 7 nepřijímám.

Hypotéza č. 8: Míra depresivních symptomů měřená dotazníkem BDI-II se liší v závislosti na pohlaví.

Hypotézu jsem ověřila pomocí Mann-Whitneyova U testu na zvolené hladině významnosti 0,05. Výsledky testu shrnuje následující tabulka.

Tabulka č. 14: Srovnání výsledných skóre v dotazníku BDI-II u mužů a žen ve výzkumné skupině (Mann-Whitneyův U test)

	Medián		Průměrné pořadí		U	Z	p-hodnota	AUC
	Muži	Ženy	Muži	Ženy				
BDI-II	10	22	18,48	30,12	89,50	-2,78	0,01	0,77

Poznámka: Velikost skupin je 30 mužů a 13 žen. Ve sloupci „p-hodnota“ je uvedena dvoustranná pravděpodobnost nulové hypotézy. Hodnota ve sloupci „AUC“ je ukazatelem míry účinku.

Nalezené výsledky hovoří o existenci statisticky významného rozdílu v míře depresivních symptomů mezi muži a ženami ve výzkumné skupině. Z uvedených hodnot mediánu a průměrného pořadí je patrné, že míra deprese je vyšší u žen. Hypotézu č. 8 v návaznosti na tato zjištění přijímám a konstatuji, že z pohledu praktické významnosti se efekt skupiny na sledovanou proměnnou jeví jako silný.

Hypotéza č. 9: Míra disociativních symptomů měřená dotazníkem DES se liší v závislosti na pohlaví.

Hypotézu jsem ověřila pomocí Mann-Whitneyova U testu na zvolené hladině významnosti 0,05. Výsledky testu shrnuje níže uvedená tabulka.

Tabulka č. 15: Srovnání výsledných skóre v dotazníku DES u mužů a žen ve výzkumné skupině (Mann-Whitneyův U test)

	Medián		Průměrné pořadí		U	Z	p-hodnota	AUC
	Muži	Ženy	Muži	Ženy				
DES	16	22	20,92	24,50	162,50	-0,85	0,40	0,58

Poznámka: Velikost skupin je 30 mužů a 13 žen. Ve sloupci „p-hodnota“ je uvedena dvoustranná pravděpodobnost nulové hypotézy. Hodnota ve sloupci „AUC“ je ukazatelem míry účinku.

Na škále disociace byl zjištěn rozdíl v hodnotách mediánu a průměrného pořadí mezi muži a ženami, nicméně statistický test provedený na hladině významnosti 0,05 nepotvrdil

jeho statistickou významnost. Výsledky nepoukazují ani na existenci trendu. Hypotézu č. 9 nepřijímám. Efekt skupiny na danou proměnnou se neprojevil.

Hypotéza č. 10: Míra symptomů limbické iritability měřená dotazníkem LSCL-33 se liší v závislosti na pohlaví.

Hypotézu jsem ověřila pomocí Mann-Whitneyova U testu na zvolené hladině významnosti 0,05. Výsledky testu shrnuje následující tabulka.

Tabulka č. 16: Srovnání výsledných skóre v dotazníku LSCL-33 u mužů a žen ve výzkumné skupině (Mann-Whitneyův U test)

	Medián		Průměrné pořadí		U	Z	p-hodnota	AUC
	Muži	Ženy	Muži	Ženy				
LSCL-33	15	29	18,78	29,42	98,50	-2,54	0,01	0,75

Poznámka: Velikost skupin je 30 mužů a 13 žen. Ve sloupci „p-hodnota“ je uvedena dvoustranná pravděpodobnost nulové hypotézy. Hodnota ve sloupci „AUC“ je ukazatelem míry účinku.

Zjištěné výsledky hovoří ve prospěch stanovené hypotézy, rozdíl v míře symptomů limbické iritability mezi muži a ženami je statisticky významný na hladině významnosti 0,05. Na škále limbické iritability lze pozorovat vyšší hodnoty mediánu a průměrného pořadí u ženského pohlaví, ženy tedy oproti mužům bodovaly výše. V rámci praktické významnosti je možné pozorovat silný efekt příslušnosti k určitému pohlaví na míru limbické iritability. S odkazem na prezentovaná zjištění hypotézu č. 10 přijímám.

Hypotéza č. 11: Existuje souvislost mezi výsledným skóre v dotazníku LSCL-33 a skóre v dotazníku BDI-II.

Hypotézu jsem ověřila pomocí testu Spearmanova korelačního koeficientu na zvolené hladině významnosti 0,05. Výsledky testu shrnuje níže uvedená tabulka.

Tabulka č. 17: Korelace mezi výslednými skóre v dotaznících LSCL-33 a BDI-II ve výzkumné skupině (test Spearmanova korelačního koeficientu)

	Počet	Spearmanovo R	t(N-2)	p-hodnota
LSCL-33 & BDI-II	43	0,52	3,85	<0,001

Poznámka: Ve sloupci „p-hodnota“ je uvedena dvoustranná pravděpodobnost nulové hypotézy.

Hypotézu č. 11 přijímám na základě výše uvedených výsledků, které hovoří o existenci statisticky významného pozitivního vztahu mezi limbickou iritabilitou a depresí na hladině významnosti 0,001. Z hlediska praktické významnosti lze tento vztah hodnotit jako silný.

Hypotéza č. 12: Existuje souvislost mezi výsledným skóre v dotazníku LSCL-33 a skóre v dotazníku DES.

Hypotézu jsem ověřila pomocí testu Spearmanova korelačního koeficientu na zvolené hladině významnosti 0,05. Výsledky testu shrnuje níže uvedená tabulka.

Tabulka č. 18: Korelace mezi výslednými skóre v dotaznících LSCL-33 a DES ve výzkumné skupině (test Spearmanova korelačního koeficientu)

	Počet	Spearmanovo R	t(N-2)	p-hodnota
LSCL-33 & DES	43	0,69	6,07	<0,001

Poznámka: Ve sloupci „p-hodnota“ je uvedena dvoustranná pravděpodobnost nulové hypotézy.

Z výše uvedených výsledků je patrné, že stanovenou hypotézu se podařilo ověřit. Na hladině významnosti 0,001 byl zjištěn pozitivní vztah mezi limbickou iritabilitou a disociací. Hypotézu č. 12 přijímám. Z hlediska praktické významnosti lze tento vztah hodnotit jako silný.

Nad rámec stanovených hypotéz jsem provedla analýzu možných vztahů mezi zkušeností s týráním, zneužíváním a zanedbáváním v dětství anebo v dospívání a symptomy disociace, deprese a limbické iritability. Souvislosti mezi těmito proměnnými jsem prošetřila na celém výzkumném souboru za použití testu Spearmanova korelačního koeficientu na zvolené hladině významnosti 0,05. Zjištěné korelace mezi dvojicemi proměnných uvádím ve formě Spearmanovy korelační matice níže.

Tabulka č. 19: Korelace mezi výslednými skóre v dotaznících DES, LSCL-33, BDI-II a skóre v jednotlivých subškálách dotazníku CTQ-25 ve výzkumné skupině (test Spearmanova korelačního koeficientu)

	DES	LSCL-33	BDI-II
CTQ-25	0,32*	0,34*	0,40**
CTQ-25_PA	0,23	0,29	0,40**
CTQ-25_EA	0,38*	0,51***	0,52***
CTQ-25_PN	0,19	0,20	0,22
CTQ-25_EN	0,13	0,13	0,26
CTQ-25_SA	0,04	0,29	0,33*

Poznámka: Označené korelace jsou významné na hladině: * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001. Použité zkratky jednotlivých subškál dotazníku CTQ-25: PA – fyzické týránění, EA – emocionální týránění, PN – fyzické zanedbávání, EN – emocionální zanedbávání, SA – sexuální zneužívání.

Z výše uvedených výsledků vyplývá, že mezi mírou traumatizace prožité v dětství anebo v dospívání a závažností symptomů deprese, disociace a limbické iritability existuje statisticky

významný pozitivní vztah. Celkové skóre v dotazníku CTQ-25 pozitivně souvisí se všemi zmíněnými proměnnými, přičemž nejsilnější pozitivní vztah pozorují u symptomů deprese, a to na hladině statistické významnosti 0,01. Dále nalezené hodnoty vypovídají o středně silném pozitivním vztahu mezi mírou emocionálního týrání a závažností symptomů disociace. Zjištěný vztah je statisticky významný na hladině 0,05. Emocionální týrání má rovněž silnou pozitivní vazbu k míře projevů deprese a limbické iritability, přičemž nalezená souvislost je statisticky významná na hladině 0,001. U žádné další subškály nebyla zjištěna podobně silná pozitivní vazba ke všem korelovaným proměnným. Nicméně ve výsledcích lze pozorovat středně silný pozitivní vztah mezi intenzitou fyzického týrání a mírou deprese. Tento vztah je signifikantní na hladině významnosti 0,01. Nápadná je i středně silná pozitivní souvislost mezi zkušeností sexuálního zneužívání a závažností symptomů deprese. Korelace těchto proměnných je signifikantní na hladině významnosti 0,05. Ačkoliv provedená statistická analýza poukazuje na existenci pozitivní souvislosti mezi sledovanými proměnnými, jen některé z nich jsou na zvolené hladině významnosti 0,05 signifikantní.

13.4 Shrnutí zjištěných výsledků

Na následujících řádcích uvádím přehled stanovených hypotéz a stručně shrnuji výsledky, ke kterým jsem dospěla statistickou analýzou dat.

Hlavní výzkumné hypotézy

Hypotéza č. 1: Míra týrání, zneužívání a zanedbávání v dětství anebo v dospívání měřená dotazníkem CTQ-25 je ve výzkumném souboru vyšší než v kontrolní skupině.

Hypotézu přijímám ($U = 451$; $Z = -5,07$; $p < 0,001$).

Hypotéza č. 2: Míra týrání, zneužívání a zanedbávání v dětství anebo v dospívání měřená dotazníkem CTQ-25 je v jednotlivých subškálách ve výzkumném souboru vyšší než v kontrolní skupině.

Hypotézu přijímám (PA: $U = 530,5$; $Z = -5,12$; $p = < 0,001$; EA: $U = 675,5$; $Z = -3,46$; $p = < 0,001$; PN: $U = 530,5$; $Z = -4,71$; $p = < 0,001$; EN: $U = 532,5$; $Z = -4,48$; $p = < 0,001$; SA: $U = 875$; $Z = -3,08$; $p = < 0,01$).

Hypotéza č. 3: Míra depresivních symptomů měřená dotazníkem BDI-II je ve výzkumném souboru vyšší než v kontrolní skupině.

Hypotézu nepřijímám, nicméně pozoruji určitý trend ($U = 918,5$; $Z = -1,63$; $p = 0,05$).

Hypotéza č. 4: Míra disociativních symptomů měřená dotazníkem DES je ve výzkumném souboru vyšší než v kontrolní skupině.

Hypotézu přijímám ($U = 610,5$; $Z = -3,89$; $p < 0,001$).

Hypotéza č. 5: Míra symptomů limbické iritability měřená dotazníkem LSCL-33 je ve výzkumném souboru vyšší než v kontrolní skupině.

Hypotézu přijímám ($U = 878,5$; $Z = -1,92$; $p = 0,03$).

Vedlejší výzkumné hypotézy

Hypotéza č. 6: Míra zanedbávání, týrání a zneužívání v dětství anebo v dospívání měřená dotazníkem CTQ-25 se liší v závislosti na pohlaví.

Hypotézu nepřijímám, nicméně pozoruji určitý trend ($U = 126$; $Z = -1,81$; $p = 0,07$).

Hypotéza č. 7: Míra zanedbávání, týrání a zneužívání v dětství anebo v dospívání měřená dotazníkem CTQ-25 se v jednotlivých subškálách liší v závislosti na pohlaví.

Hypotézu nepřijímám. U všech ověřovaných subškál, s výjimkou subškály emocionálního týrání, nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl (PA: $U = 193,5$; $Z = -0,03$; $p = 0,98$; EA: $U = 87,5$; $Z = -2,85$; $p = < 0,01$; PN: $U = 141$; $Z = -1,43$; $p = 0,15$; EN: $U = 137$; $Z = -1,52$; $p = 0,13$; SA: $U = 156$; $Z = -1,29$; $p = 0,20$).

Hypotéza č. 8: Míra depresivních symptomů měřená dotazníkem BDI-II se liší v závislosti na pohlaví.

Hypotézu přijímám ($U = 89,5$; $Z = -2,78$; $p = 0,01$).

Hypotéza č. 9: Míra disociativních symptomů měřená dotazníkem DES se liší v závislosti na pohlaví.

Hypotézu nepřijímám ($U = 162,5$; $Z = -0,85$; $p = 0,40$).

Hypotéza č. 10: Míra symptomů limbické iritability měřená dotazníkem LSCL-33 se liší v závislosti na pohlaví.

Hypotézu přijímám ($U = 98,5$; $Z = -2,54$; $p = 0,01$).

Hypotéza č. 11: Existuje souvislost mezi výsledným skóre v dotazníku LSCL-33 a skóre v dotazníku BDI-II.

Hypotézu přijímám ($r_s = 0,52$; $p < 0,001$).

Hypotéza č. 12: Existuje souvislost mezi výsledným skóre v dotazníku LSCL-33 a skóre v dotazníku DES.

Hypotézu přijímám ($r_s = 0,69$; $p < 0,001$).

14 Diskuze

V této práci jsem zkoumala vztah mezi traumatem prožitým v dětství nebo v dospívání a symptomy deprese, disociace a limbické iritability v mladé dospělosti. Mým cílem bylo ověřit teoretický předpoklad, že traumatická zkušenost z raného období života představuje psychickou zátěž a riziko pro rozvoj psychopatologie v dospělém životě postiženého člověka.

Výsledky statistické analýzy potvrdily hypotézu o vyšší míře zkušenosti s týráním, zneužíváním či zanedbáváním v dětství anebo v dospívání ve výzkumném souboru, tedy u lidí, kteří mají zkušenost s odebráním z rodiny pro nevhodnou péči a s výchovou v ústavním zařízení, než u lidí, kteří se nesetkali těmito traumatizujícími zkušenostmi. Toto zjištění odpovídá závěrům Fischera a kolektivu (2016), kteří zjistili, že zhruba 80 % dospívajících vyrůstajících v ústavní péči bylo během svého života vystaveno minimálně jedné interpersonální traumatické události, což je výrazně více, než ukazují statistiky provedené v běžné populaci. Zároveň se ukázalo, že statisticky významný rozdíl mezi výzkumnou a kontrolní skupinou existuje ve všech formách špatného zacházení. Nejvýznamnější rozdíl jsem však pozorovala u subškál fyzického týrání a zanedbávání a zanedbávání emočního. Skutečnost, že takovýto rozdíl byl nalezen právě u těchto forem špatného zacházení, zhruba odpovídá údajům ze statistických ročenek Ministerstva práce a sociálních věcí (2018) o počtech nových případů týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí, jež za posledních zhruba deset let řešil Orgán sociálně-právní ochrany dítěte, přičemž nejčastěji jsou uváděny případy zanedbávání péče o dítě. Vzhledem k tomu, že OSPOD se obecně snaží řešit situaci dítěte žijícího v dysfunkční rodině nejprve podporou změny péče o něj přímo v rodinném prostředí, jsou do náhradní péče (ústavní či rodinné) děti umísťovány až v těch případech, kdy je dítě v rodině akutně ohroženo, a to právě různými formami špatného zacházení (Matoušek, 2017). V rámci této hypotézy jsem ověřila svůj základní předpoklad, a to že lidé, kteří byli v dětství odebráni z rodiny a po určitý čas svého života vyrůstali v ústavní péči, což jsou právě osoby, které tvořily moji výzkumnou skupinu, se v primární rodině setkali s nějakou formou špatného zacházení, a prožili tedy v nějaké podobě trauma způsobené buď týráním či zanedbáváním anebo v krajním případě i sexuálním zneužíváním.

Ačkoliv špatná péče, zejména ve formě emocionálního týrání a zanedbávání, představuje významný rizikový faktor pro rozvoj deprese s časným nástupem a chronickým průběhem (Nelson a kol., 2017), a řada studií hovoří o vyšším výskytu depresivních symptomů u osob vystavených v dětství nějaké formě špatného zacházení (Maniglio, 2009;

Norman a kol., 2012; Teicher a kol., 2006), výsledky mé práce nepřinesly důkazy o existenci statisticky významného rozdílu v míře depresivních symptomů mezi jedinci odebranými z rodiny pro špatnou péči a jejich vrstevníky, kteří vyrostli v prostředí původní rodiny s přiměřeně dobrou péčí. Nicméně hodnota mediánu a průměrného pořadí deprese se liší mezi jedinci postiženými špatnou péčí v rodině a jejich takto nestiženými vrstevníky. Výsledky rovněž poukazují na existenci jistého trendu v datech, na jehož základě lze předpokládat odhalení statisticky signifikantního rozdílu v případě rozšíření výzkumného souboru a jeho genderovým vyvážením. Okolnostmi, které mohly vést k tomu, že se můj předpoklad nepotvrdil, jsou na jedné straně malý rozsah souboru, na straně druhé několik dalších intervenujících vlivů. Lze sem zařadit fakt, že ve výzkumném souboru převažovali muži, u nichž se uvádí dvojnásobně nižší výskyt deprese v porovnání se ženami (Raboch & Červený, 2018). Můžeme uvažovat i o možnosti, že se ve sledovaném souboru projevy deprese sice vyskytly, ale ve své maskované formě, která se projevuje výhradně somatickými problémy, jež použitý dotazník BDI-II nedokáže s dostatečnou spolehlivostí odhalit. To zhruba odpovídá zjištění Fischera a kolektivu (2016), kteří ve svém výzkumu zjistili, že adolescenti vyrůstající v ústavní péči, kteří zažili nějaké interpersonální trauma, ať už v jedné nebo ve více oblastech, častěji trpěli, v porovnání s adolescenty bez interpersonálního traumatu, tělesnými potížemi, porušovali pravidla zařízení a uchýlovali se k agresivnímu chování.

Teoretické koncepce o příčinách rozvoje abnormálních disociativních jevů zdůrazňují význam prožití traumatické zkušenosti (Herman a kol., 2008; Praško a kol., 2007). Výsledky mé práce podporují toto tvrzení. Pozorovala jsem, že zkušenost se špatnou péčí v rodině a umístění do náhradní ústavní péče má významný vliv na výskyt disociativních projevů. Míra disociativních symptomů u lidí s touto zkušeností byla statisticky významně vyšší než u lidí nestižených tímto osudem. Z pohledu praktické významnosti je pozorovaný efekt negativní rané zkušenosti na míru disociativních projevů silný. Tato zjištění jsou ve shodě se závěry studií, které hovoří o vlivu traumatických zkušeností způsobených týráním, zneužíváním anebo zanedbáváním na rozvoj disociace (Maniglio, 2009; Teicher a kol., 2006; Vonderlin a kol., 2018).

V rámci této práce jsem zjišťovala také rozdíl v míře projevů limbické iritability mezi jedinci se zkušeností a bez zkušenosti se špatnou péčí, odebráním z původní rodiny a následnou péčí v ústavním zařízení. Z výsledků vyplývá, že u lidí, kteří se setkali se špatnou péčí, je míra limbické iritability statisticky významně vyšší než u lidí bez této zkušenosti. Ačkoliv je z pohledu praktické významnosti pozorovaný rozdíl spíše slabý, což zřejmě souvisí s malým rozsahem souboru, a i s ne zcela reprezentativním vzorkem respondentů,

tato zjištění rozšiřují poznatky dříve provedených studií. Z těch jednoznačně vyplývá, že zkušenost dítěte se špatným zacházením, zejména pak pokud je vystaveno současně více jeho formám, jednoznačně zvyšuje pravděpodobnost hypersenzitivity limbického systému, projevující se patologickými změnami v oblasti afektivního prožívání, kognitivních procesů i behaviorálních projevů (Dannowski a kol., 2012; Teicher a kol., 1993; Teicher a kol., 2006). Nacházíme tedy určitý důkaz pro tvrzení, že v případě špatného zacházení s dítětem se mění neurobiologie jeho mozku, což se v pozdějším věku může projevit ve formě psychopatologie (Bob & Vymětal, 2005; Fišar, 2009). Tyto závěry však vyslovují jen s velkou opatrností, neboť v rámci tohoto výzkumu jsem získala jen nepřímé důkazy o změnách na úrovni centrální nervové soustavy vlivem špatného zacházení v dětství anebo v dospívání, a to skrze dotazník LSCL-33, který hodnotí zvýšenou dráždivost limbického systému spojenou s účinky traumatického stresu na základě patologických projevů afektivity, kognitivních procesů a behaviorálních projevů, které odpovídají symptomům temporální epilepsie.

Studie sledující výskyt špatného zacházení hovoří o vyšší prevalenci sexuálního zneužívání u dívek, ostatní formy špatného zacházení jsou mezi oběma pohlavími zastoupeny zhruba stejně (Gilbert a kol., 2009; Gjuríčová a kol., 2000; Sakař, 2010). Tomuto trendu odpovídají i zprávy o počtu nových případů týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí za posledních zhruba deset let, uveřejněné ve statistické ročence Ministerstva práce a sociálních věcí (2018). Na podkladě těchto informací jsem u výzkumné skupiny jedinců se zkušeností s ústavní péčí po odebrání z rodiny zjišťovala efekt pohlaví na výskyt špatného zacházení a jeho jednotlivých forem. Na základě výsledků provedené statistické analýzy mohu konstatovat, že jsem nenašla důkazy, které by potvrdily platnost mého předpokladu o existenci rozdílu v míře zkušenosti se sexuálním zneužíváním, fyzickým týráním a zanedbáváním v dětství anebo v dospívání mezi muži a ženami s tímto osudem. Statisticky významný rozdíl jsem zjistila pouze v případě subškály emočního týrání, na které ženy dosahovaly významně vyšších skóre oproti mužům. V případě této subškály byl pozorovaný efekt pohlaví na formu špatného zacházení z pohledu praktické významnosti silný. Důvodem, proč moje výsledky neodpovídají zjištěním o častějším výskytu sexuálního zneužívání v populaci žen, je zřejmě malý rozsah souboru. Naopak zjištěnou vyšší míru emočního týrání u žen než u mužů, kteří zažili špatné zacházení v dětství, si lze vysvětlit tak, že ženy mají tendenci projevy emocionálního týrání intenzivněji a vědoměji prožívat a spíše je vyhodnotit jako traumatické (Gallo a kol., 2018).

Z epidemiologických studií vyplývá, že výskyt deprese je až dvakrát častější u žen než u mužů (Fišar, 2009; Janů & Racková, 2007; Raboch & Červený, 2018). Tento fenomén v kontextu špatného zacházení potvrdili ve své studii Ashy a kolektiv (2017), kteří zjistili, že u žen traumatizovaných v důsledku špatného zacházení v dětství je významně vyšší výskyt depresivních a úzkostných symptomů, stejně jako projevů somatizace psychických konfliktů. Výsledky zjištěné v této práci odpovídají závěrům zmíněné studie, hovoří o existenci statisticky významného rozdílu v míře depresivních symptomů mezi pohlavími, s tím, že vyšší míru deprese jsem zjistila u žen, které zažily špatnou péči v rodině a vyrůstaly po čas svého dětství v ústavní péči, než u mužů s podobným osudem, přičemž pozorovaný efekt příslušnosti k pohlaví je silný. Zároveň však stojí v protikladu k poznatkům Teichera a kolektivu (2006), kteří přinesli důkazy o tom, že v populaci lidí stížených traumatem způsobeným špatným zacházením neexistují v projevech deprese mezi muži a ženami statisticky významné rozdíly. Spolehlivost tvrzení o významu genderových rozdílů na rozvoj depresivních symptomů vlivem špatného zacházení narušuje rovněž nedávno publikovaná metaanalytické studie, ve které Gallo, Munhoz, Loret de Mola, & Murray (2018) zjistili, že vztah mezi fyzickým týráním i sexuálním zneužíváním a projevy deprese, stejně jako úzkosti, jsou vyšší u žen než u mužů, nicméně jimi zjištěný rozdíl nedosáhl statistické významnosti. Zdá se tedy, že ženy by mohly být v důsledku špatného zacházení depresí ohroženy více, roli zde zřejmě hrají biologické faktory. K prokázání vyššího rizika rozvoje deprese u žen, které se staly obětí špatného zacházení, je třeba provést další studie, jež by tento vztah lépe ozřejmily. Prozatím však lze hodnotit riziko pozdějšího rozvoje deprese u dívek a chlapců vystavených špatnému zacházení v rodině jako zhruba stejně závažné.

Podobně jako depresivní poruchy, i disociativní poruchy se častěji vyskytují u žen, podle Praška a kolektivu (2007) dokonce v poměru 9:1 vůči mužům. Na základě těchto závěrů jsem předpokládala, že podobný trend se objeví i u lidí, kteří se ve svém životě setkali se špatným zacházením. Toto moje očekávání se však nepotvrdilo, na škále disociace jsem nezjistila statisticky významný rozdíl v míře projevů disociace mezi muži a ženami. Tento výsledek odpovídá závěrům studie Teichera a kolektivu (2006), v níž autoři zkoumali dopady sexuálního zneužívání a fyzického či psychického týrání na projevy psychopatologie, včetně symptomů disociace, u mužů a u žen, a zjistili, že výskyt disociativních jevů je v populaci mužů i žen srovnatelný. Lze tedy uvažovat o tom, že byt' jsou disociativní poruchy častěji diagnostikovány u žen, rozvoj disociace vlivem zkušenosti se špatným zacházením není zřejmě ovlivňován pohlavím.

V návaznosti na výzkumy Ashyho a kolektivu (2017) a Teichera a kolektivu (2006), ze kterých vyplynulo, že pohlavní příslušnost nehraje roli ve vztahu mezi špatným zacházením a projevy zvýšené dráždivosti limbického systému, jsem otestovala hypotézu o rozdílu v míře symptomů limbické iritability mezi muži a ženami. Výsledky, které jsem získala ze statistické analýzy, hovoří ve prospěch stanovené hypotézy, rozdíl v míře symptomů limbické iritability mezi muži a ženami je statisticky významný, přičemž ženy projevují vyšší míru těchto symptomů v porovnání s muži, avšak nekorrespondují s výsledky výše zmíněných studií. Vezmu-li v úvahu fakt, že ve zkoumané skupině bylo zhruba dvakrát více mužů, mohu prohlásit, že jsem pozorovala silný efekt pohlaví na projevy limbické iritability u lidí, o které nebylo v původní rodině adekvátně pečováno a byla jim během jejich dětství nařízena náhradní rodinná péče. Zdá se tedy, že příslušnost k pohlaví by mohla hrát roli v tom, jakým způsobem se špatné zacházení odrazí ve zvýšení dráždivosti limbického systému.

Dále výsledky mého výzkumu poukazují na existenci silného pozitivního vztahu mezi limbickou iritabilitou a depresí na straně jedné a mezi limbickou iritabilitou a disociací na straně druhé u lidí se zkušeností se špatným zacházením. Potvrzují se tak závěry předešlých studií, které hovoří nejen o pozitivní souvislosti mezi touto negativní zkušeností z dětství a projevy deprese, disociace a zvýšené dráždivosti limbických struktur, ale rovněž zdůrazňují, že limbická iritabilita zprostředkovává vazbu mezi špatným zacházením a výskytem některých symptomů psychopatologie v dospělosti (Ashy a kol., 2017; Dackis a kol., 2012). Zjištěný vztah lze vysvětlit tak, že hypersenzitivita limbického systému, způsobená opakujícími se, případně chronicky trvajících, traumatickými zážitky, ovlivňuje povahu emočního prožívání, podepisuje se na kvalitě paměťových funkcí, rovněž má odraz i ve fungování dalších mozkových struktur, včetně prefrontální kůry, která má mimo jiné integruje a koordinuje funkci lidského prožívání a chování. Deprese, jakožto porucha nálady, pak může být jedním z projevů narušené emoční regulace. Disociaci lze zase dát do souvislosti s poruchami paměti, kde nejčastěji nalézáme retrográdní amnézií a narušenou schopnost integrace mentálních obsahů (Fišar, 2009).

Výzkumné týmy studující dopady špatného zacházení na psychické zdraví člověka přináší důkazy pro tvrzení, že lidé, kteří se stali obětí špatného zacházení, trpí výrazně častěji depresí a patologickými projevy disociace než osoby bez této negativní zkušenosti, přičemž závažnost následně se rozvíjejících symptomů psychopatologie se liší v závislosti na typu špatného zacházení. V případě deprese se uvádí, že nejzávažnějšími stavy trpí lidé v dětství emocionálně týraní, naopak neméně symptomů deprese se objevuje u lidí fyzicky

zanedbávaných. Disociací jsou více ohroženy oběti fyzického týrání a sexuálního zneužívání oproti těm emocionálně týraným či zanedbávaným (Nelson a kol., 2017; Vonderlin a kol., 2018). Výsledky výzkumu sledujícího projevy limbické iritability u osob stížených traumatem způsobeným špatným zacházením dokládají srovnatelný vliv všech forem špatného zacházení na projevy limbické iritability, ovšem nesrovnatelně závažnější dopad má jejich kumulace (Teicher a kol., 2006). I na tato zjištění vědců jsem se pokusila ve své práci navázat. Z provedené statistické analýzy vyplynulo, že celková míra negativních zkušeností z dětství, bez ohledu na jejich formu, statisticky významně pozitivně koreluje s mírou všech sledovaných projevů psychopatologie. Zdá se tedy, že čím více negativních zážitků si člověk ze vztahu s pečujícími osobami odnese, tím vyšší je pravděpodobnost, že se u něho budou rozvíjet závažnější psychické potíže. Statistické analýzy dále ukázaly, že vážnější projevy deprese se objevují zejména u lidí, kteří byli po čas dětství vystaveni intenzivnějšímu emocionálnímu týrání, fyzickému týrání a sexuálnímu zneužívání. Zkušenost s vážným emocionálním týráním se rovněž ukázala jako riziková pro rozvoj výrazných symptomů limbické iritability a disociace. Jedno z možných vysvětlení, proč se souvislost mezi mírou emocionálního týrání a mírou sledovaných psychopatologických projevů ukázala jakou statisticky i prakticky významná, je, že odpírání citových projevů, ignorování dítěte, jeho ponižování, zesměšňování, zastrašování anebo nepřiměřené psychické trestání, má tendenci stabilně přetrvávat a zároveň je méně nápadné. Snadno tak dlouhodobě uniká pozornosti okolí, zásah z vnějšku pak přichází až se značným odstupem času, kdy už může být dítě vážněji psychicky poškozeno (Bechyňová, 2007; Matoušek, 2017). Zvýšenou zranitelnost jedinců sexuálně zneužitých v dětství vůči rozvoji výraznější depresivní symptomatologie si lze vysvětlit tak, že lidé s touto zkušeností mají tendenci k sebeobviňování za prožité události, rovněž se u nich objevuje negativní sebepojetí a snížené sebehodnocení, což vytváří platformu pro rozvoj depresivního ladění (Gallo a kol., 2018; Praško a kol., 2008). Na závažnější projevy deprese u výrazně fyzicky týraných osob lze nahlížet z pohledu teorie naučené bezmocnosti, která vysvětluje rozvoj deprese v souvislosti s prožitkem ztráty vlivu nad děním. Pokud je dítě ze strany silnějšího dospělého opakovaně tělesně poškozováno, a vzhledem ke své slabosti a nevyzrálosti logicky nedokáže získat kontrolu nad jeho působením, upadá do stavu pasivity a beznaděje (Praško a kol., 2008). Skutečnost, že vztah mezi některými formami špatného zacházení a projevy patologie nebyly na dané hladině významnosti signifikantní, lze vysvětlit nízkým rozsahem souboru a s tím spojeným faktem, že ve výzkumném souboru nebyly v dostatečném počtu zastoupeni jedinci se zkušenostmi s některými formami špatného zacházení.

14.1 Limity provedeného výzkumu

Zjištěné výsledky je nutno interpretovat s ohledem na některé nedostatky provedeného výzkumu, neboť i přes veškerou snahu je moje práce zatížena některými nepřesnostmi. K těm zásadnějším patří malý rozsah souboru a nepoměr respondentů ve výzkumné a kontrolní skupině. Rovněž i to, že respondenti ve výzkumné skupině byli vystaveni různým formám špatného zacházení ze strany různých rodinných příslušníků, po různě dlouhou dobu, s různou frekvencí a v individuálním vývojovém období, lišil se i způsob řešení jejich nepříznivé situace, a to vše mohlo hrát důležitou roli v tom, zda se u nich projevíly psychické problémy.

Dlužno poznamenat, že sledované vztahy mohou být rovněž ovlivněny některými intervenujícími faktory, které nebyly ve výzkumu zohledněny, a je tedy nutno uvažovat i o alternativních vysvětleních zjištěných souvislostí. Jakkoliv má zkušenost s týráním, zneužíváním a zanedbáváním v dětství negativní vliv na psychické zdraví dospělého jedince, je třeba zároveň poukázat na vliv dalších proměnných – vrozených dispozic, neurologických a dalších onemocnění, závažných úrazů v dětství i v dalším životě, rizikového životního stylu, setkání s dalšími traumaty apod.

Limitem výzkumu je také skutečnost, že jedinci zařazení do kontrolní skupiny pocházeli z vyšších socioekonomických tříd v porovnání s respondenty z výzkumné skupiny. Volba výzkumné skupiny je kontroverzní i v dalším ohledu. Reprezentuje populaci lidí, kteří se sice se špatným zacházením v některé jeho formě setkali, ale byli z jejího působení odebráni a dostalo se jim náhradní péče v ústavním zařízení. Lze tedy předpokládat, že lidé, kteří mají zkušenost se špatným zacházením v rodině, ale nebyli z rodiny odebráni a umístěni do ústavní péče, jsou v rovině psychického zdraví postiženi jiným, a snad i závažnějším způsobem, a jejich zařazením do výzkumu by se zřejmě změnily jeho výsledky.

Další zkreslení výsledků této práce mohlo být způsobeno tendencí respondentů události a zkušenosti podhodnocovat. Toto zkreslení mohlo být záměrné, respondenti nebyli motivováni citlivé informace sdílet, nedůvěřovali výzkumníkovi, možná si nepřipouštěli vlastní negativní zážitky z dětství, ale i bezděčné, způsobené vlivem obranných mechanismů psychiky. Data získaná retrospektivně za použití sebeposuzujících dotazníků rovněž mohou podléhat zkreslení způsobené nedokonalým vybavením skutečnost z paměti. Položky

v dotazníku CTQ-25 zjišťovaly události, ke kterým pravděpodobně došlo před více jak několika lety.

Výsledky této práce je třeba interpretovat rovněž ve světle toho, že výzkumnou skupinu tvořili lidé se zkušeností s odchodem z rodiny, což je samo o sobě traumatizující, je tedy možné, že zjištěné psychické potíže se neprojevují ani tak v důsledku zkušenosti s týráním, zneužíváním a zanedbáváním, jako spíše vlivem ztráty domova, rodiny i vztahů, které byly sice narušené, ale nepochybně dítěti pomáhají do jisté míry sytit některé jeho psychické potřeby, alespoň ve chvílích, kdy mu nebylo ubližováno. Ačkoliv v bezpečném a podpůrném prostředí ústavního zařízení může dítě získat korektivní zkušenost, a překonat tak nepřízeň osudu, u řady dětí ústavní péče vede k prohloubení jejich problémů a k závažnému narušení jejich vývoje.

14.2 Doporučení pro další výzkum a praxi

Kvalitnější informace o dané problematice by mohla přinést prospektivní studie sledující vývoj dětí se zkušeností se špatným zacházením v jeho jednotlivých formách v průběhu jejich vývoje až do fáze dospělosti, přičemž by se jednalo jak o děti, které byly odebrány z rodiny do ústavní, ale i náhradní rodinné, péče, tak i ty, u nichž se podařilo přerušit působení špatného zacházení a které nakonec vyrostly v původní rodině.

Dále by bylo zajímavé zkoumat vliv jednotlivých typů špatného zacházení na rozvoj specifických psychických poruch. Jako potenciálně zajímavý předmět zkoumání vidím vztah mezi zkušeností se sexuálním zneužíváním, týráním a zanedbáváním, fyzickým i psychickým, a výskytem úzkostných poruch, poruch osobnosti, somatoformních poruch nebo závislostí na psychoaktivních látkách. Budoucí výzkum by mohl vzít v potaz rovněž častý výskyt dvou a více forem špatného zacházení, a sledovat vliv různých kombinací týrání, zneužívání a zanedbávání jedince po čas dětství na rozvoj konkrétních psychických problémů, respektive prozkoumat, zda kombinace určitých forem špatného zacházení, třeba i v konkrétním věku, významně nezvyšuje riziko výskytu určité psychopatologie.

Vědci by taktéž mohli zkoumat vliv více faktorů, které ovlivňují vztah mezi špatným zacházením v dětství a psychopatií v dospělém věku. Přínosné by bylo vysvětlit, jak se rizikové faktory spolupodílejí na podpoře nebo udržení psychopatologie. Zohlednění úlohy třetích proměnných, jako je věk první negativní zkušenosti, vztah s pachatelem, frekvence a trvání špatného zacházení, promlčení celé události, korektivní zkušenost, poskytnutí krizové

intervence, případně psychoterapie, je zásadní pro plné pochopení toho, jakou roli skutečně trauma z týrání, zneužívání a zanedbávání hraje. Prošetření vlivu těchto potencionálních moderátorů sledovaného vztahu by pomohlo lépe charakterizovat okolnosti, za kterých je riziko rozvoje deprese, disociace a dalších projevů patologie vyšší, stejně tak by bylo možné určit jedince, pro které existuje větší zranitelnost pro rozvoj deprese jako důsledku špatného zacházení. Další směr, kterým by se mohl výzkum rovněž ubírat, je nepochybně studium mechanismů resilience, které stojí za skutečností, že někteří lidé překonají nepříznivou životní událost, zotaví se z traumatu a dále se vyvíjejí zdravým způsobem, zatímco u jiných se rozvinou psychické potíže a poruchy.

Na základě zjištění vyplývajících z mého výzkumu lze navrhnout některá opatření v oblasti psychosociální péče o děti, které se staly obětí špatného zacházení. U takto poškozených dětí je nutný včasný zásah a sledování jejich psychického vývoje a prvních projevů psychopatologie, a to s cílem snížit riziko rozvoje psychického onemocnění, které se může objevit v dospělosti. Dětem, které byly poznamenány traumatickou událostí způsobenou týráním, sexuálním zneužíváním, fyzickým nebo psychickým zanedbáváním, a rovněž i jejich rodinám, by se měla dostat adekvátní péče, která dítěti nabídne prostor pro zpracování traumatu a rovněž i podpoří celý rodinný systém, tak aby začal znovu a lépe fungovat. Služby pro děti poškozené týráním, zneužíváním a zanedbáváním by měly být poskytovány dlouhodobě, neboť u některých dětí mohou negativní následky závažných i opakovaných traumatických zkušeností přetrvávat, případně podnítit rozvoj psychické poruchy v pozdějším období. Proto, aby byla terapie dítěte efektivní, měla by se zaměřit jak na zvládnutí akutních příznaků, tak na redukci psychologických a sociálních rizikových faktorů špatného zacházení (zejména negativní vliv rodiny) a zvyšování faktorů ochranných (sebeúcta, emoční regulace, sociální vztahy a podpora, komunikační dovednosti).

Zařízení pověřená poskytováním této péče by měla zajistit svým klientům vhodnou psychologickou péči, zejména programy na léčbu traumatu. Pečovatelé v zařízeních poskytujících péči dětem odebraným z rodiny by měli být kompetentní k poskytování citlivé péče a přiměřeně reagovat na zvláštní projevy takto poškozených dětí, být pro ně osobou, která je spolehlivá, laskavá, pečující, empatická a pozorná. Je třeba klást důraz na podporu a vzdělávání profesionálních pečovatелů za účelem zvyšování jejich odbornosti v terapeutické péči o děti. Kvalitní vztahy mezi dítětem a pečující osobou mohou mít léčivé účinky stejně jako vztah mezi dítětem a psychoterapeutem. V bezpečném vztahu může dítě získat korektivní zkušenost, osvojit si nové emoční reakce, myšlení, i vztahové vazby.

15 Závěr

Na základě výsledků provedených statistických analýz dat získaných za použití již uvedených dotazníkových metod u daného výzkumného souboru mohu konstatovat následující:

- U jedinců, kteří byli v dětství odebráni z rodiny pro neadekvátní péči a umístěni do náhradní ústavní péče, byl zjištěn statisticky významně vyšší výskyt špatného zacházení ze strany pečujících osob ve všech jeho podobách v porovnání s lidmi, kteří vyrostli v přiměřeně funkční rodině. Z hlediska praktické významnosti je zjištěný rozdíl silný.
- Mezi jedinci odebranými z rodiny pro špatnou péči a jejich vrstevníky, kteří vyrostli v prostředí původní rodiny s přiměřeně dobrou péčí, nebyl potvrzen předpokládaný rozdíl v míře symptomů deprese. Skupina jedinců se zkušeností se špatnou péčí na škále deprese bodovala výše, nicméně zjištěný rozdíl byl těsně nad hranicí statistické významnosti. Výsledky však hovoří ve prospěch existence určitého trendu v získaných datech, lze tedy předpokládat, že při rozšíření souboru by mohl být rozdíl prokázán.
- U jedinců se zkušeností se špatnou péčí v rodině byl na hladině statistické významnosti prokázán výrazně vyšší výskyt disociativních symptomů v porovnání s osobami nestiženými tímto osudem. Z hlediska praktické významnosti je zjištěný rozdíl silný.
- U jedinců, kteří se setkali se špatnou péčí v rodině, byla zjištěna statisticky významně vyšší míra limbické iritability než u lidí bez této zkušenosti. Z pohledu praktické významnosti je pozorovaný rozdíl spíše slabý, což zřejmě souvisí s malým rozsahem souboru.
- Navzdory očekávání nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl v míře zkušenosti se sexuálním zneužíváním, fyzickým týráním a zanedbáváním v dětství anebo v dospívání mezi muži a ženami. Statisticky významný rozdíl byl zjištěn pouze na subškále emočního týrání, na které ženy dosahovaly významně vyšších skóre oproti mužům. Pozorovaný rozdíl byl z hlediska praktické významnosti silný.
- Mezi muži a ženami postiženými špatným zacházením v dětství byl zjištěn statisticky významný rozdíl v míře depresivních symptomů, přičemž vyšší míru deprese vykazovaly ženy stížené špatnou péčí v rodině. Z hlediska praktické

významnosti lze hovořit o silném efektu příslušnosti k určitému pohlaví na míru deprese.

- Na škále disociace nebyl odhalen statisticky významný rozdíl v míře symptomů disociace mezi muži a ženami. Výsledky nepoukazují ani na existenci předpokládaného trendu v získaných datech.
- Mezi muži a ženami postiženými špatným zacházením v dětství byl zjištěn statisticky významný rozdíl v míře symptomů limbické iritability, přičemž vyšší míru limbické iritability vykazovaly ženy stížené špatnou péčí v rodině. V rámci praktické významnosti lze hovořit o silném efektu pohlaví na míru limbické iritability.
- V souladu s očekáváním byla u osob se zkušeností se špatnou péčí zjištěna silná pozitivní korelace mezi mírou limbické iritability a mírou depresivního ladění na straně jedné a mírou disociativních projevů na straně druhé.
- Nad rámec stanovených hypotéz byla zjištěna silná pozitivní korelace mezi mírou deprese a mírou závažnosti emocionálního či fyzického týrání, případně sexuálního zneužívání, v tomto případě však byla pozorovaná korelace jen středně silná. Rozsah a závažnost zkušenosti s emocionálním týráním rovněž statisticky významně pozitivně korelovaly s mírou symptomů limbické iritability a disociace.

16 Souhrn

Trauma vzniká jako reakce na natolik extrémní zážitek, že ho člověk nedokáže obvyklým způsobem zvládnout, čímž dochází k ohrožení jeho tělesné a psychické integrity. Trauma prožité v dětském věku se od traumatu v dospělosti liší zejména tím, jaké události ho mohou způsobit a jaká reakce na něj následuje, což je dáno především způsobem vnímání, myšlení, prožívání a jednání dítěte, jeho zranitelností, tělesnou slabostí a závislostí na péči dospělých. K jednoznačně traumatizujícím událostem patří fyzické a psychické (emocionální) týrání, fyzické a psychické zanedbávání a sexuální zneužívání dítěte (Doležalová a kol., 2017; Levine & Klineová, 2012; Matoušek, 2017). Jedná se o záměrné, vědomé i nevědomé jednání pečující osoby, které je ve společnosti nepřijatelné, poškozuje dítě v rovině tělesné, psychické i sociální, závažně narušuje jeho zdravý vývoj a v extrémním případě může vést i k jeho usmrcení. Nejčastěji k němu dochází v rámci rodiny a mnohdy není jednorázové, nýbrž má tendenci se rozvíjet a dlouhodobě přetrvávat (Bechyňová, 2007; Dunovský a kol., 1995).

Z výsledků řady studií vyplývá, že traumatické události prožité v dětství mají dopad nejen na tělesné zdraví a sociální vztahy člověka, zejména však na jeho psychické zdraví. U jedinců s touto zkušeností existuje jednoznačně vyšší riziko výskytu depresivní, úzkostné i disociativní poruchy, poruchy osobnosti, závislosti na psychoaktivních látkách, somatizace, rozvoje psychotických příznaků, sklonu k sebevražednému chování či rizikovému sexuálnímu chování (Maniglio, 2009; Norman a kol., 2012). Je prokázán rovněž vztah mezi traumatem prožitým v dětském věku a patologickými změnami ve struktuře a funkci mozku, především v oblastech limbického systému, bílého tělesa, frontální kůry a kůry spánkového laloku (Cross a kol., 2017; Kaiser a kol., 2018).

Deprese je psychický stav provázený skleslou náladou, únavou, sníženým zájmem o lidi, věci i aktivity, které byly dříve zdrojem potěšení, a řadou dalších psychických a somatických příznaků. Přesná příčina deprese sice není známa, významnou roli však nepochybně hraje změna koncentrace určitých neuropřenašečů ve specifických oblastech mozku, vrozená predispozice, rovněž i biologická a psychická zátěž, včetně prožitých traumat (Fišar, 2009; Orel, 2016).

Z výsledků metaanalytické studie Nelsona a kolektivu (2017) mimo jiné vyplývá, že oběti špatného zacházení trpí depresí výrazně častěji než osoby bez této negativní zkušenosti, přičemž nejzávažnější stavy deprese se objevují u lidí emočně týraných, naopak nejslabší závislost je mezi depresí a fyzickým zanedbáváním.

Disociace je obranným mechanismem, který slouží člověku k uchování psychické integrity po prožitém traumatu, a to prostřednictvím odsunutí nepřijatelných psychických obsahů, zraňujících pocitů, vzpomínek a myšlenek mimo vědomí. Mezi její příznaky patří poruchy paměti, prožitky depersonalizace, derealizace, poruchy motoriky a smyslového vnímání. Samotný mechanismus disociace není zatím zcela jasný.

Závěry metaanalytické studie Vonderlina a kolektivu (2018) poukazují na vyšší míru disociace u obětí všech typů špatného zacházení v dětství v porovnání s jedinci bez této negativní zkušenosti. Nejzávažnější projevy disociace byly zjištěny u obětí fyzického týrání a sexuálního zneužívání oproti těm emočně týraným či zanedbávaným. Nejzávažnější projevy přitom vykazovaly oběti sexuálního zneužívání a současně fyzického týrání.

Traumatizace se odráží rovněž ve zvýšené citlivosti struktur limbického systému vůči dalším stresovým podnětům. Funkce limbického systému, který řídí mimo jiné emoční prožívání, paměťové procesy, vegetativních procesy, pudové chování člověka, je vlivem opakovaného působení traumatizujících podnětů prostřednictvím komplexních neurobiologických mechanismů změněna. Výsledkem je pak stav zvýšené citlivosti limbického systému, projevující se patologickými změnami afektivity, kognitivních procesů i behaviorálních projevů, které odpovídají symptomům temporální epilepsie, označovaný jako limbická iritabilita.

Podle výzkumných zjištění Teichera a kolektivu (2006) má fyzické a psychické týrání i sexuální zneužívání v dětství vliv na projevy zvýšené dráždivosti limbického systému, přičemž zvýšené riziko rozvoje závažnějších projevů limbické iritability existuje u lidí, kteří byli v dětství vystaveni více formám špatného zacházení, bez ohledu na to, zda se jedná o ženy či muže.

Cílem empirické části této práce bylo ověřit vliv traumatu spojeného s týráním, zneužíváním a zanedbáváním prožitým v dětství anebo v dospívání jakožto psychické zátěži na rozvoj psychopatologie se symptomy deprese, disociace a limbické iritability v mladé dospělosti.

Výzkum má povahu korelační a diferenciační studie. Ke sběru dat jsem použila baterii čtyř sebeposuzujících dotazníků, a to CTQ-25, DES, BDI-II a LSCL-33. Získaná data jsem statisticky analyzovala v programu Statistica 13.4.0.14. Na základě výsledků Shapirova-Wilkova testu normality jsem pro ověření stanovaných hypotéz použila Mannův-Whitneyův U test s korekcí na kontinuitu a test Spearmanova korelačního koeficientu. Při posuzování praktické významnosti provedených statistických testů jsem vycházela z hodnoty Spearmanova korelačního koeficientu a statistiky AUC. Sledovaný soubor

zahrnoval dvě skupiny mužů a žen ve věku 18 až 26 let – výzkumnou a kontrolní. Výzkumnou skupinu tvořilo celkem 43 osob (13 žen, 30 mužů) se zkušeností s výchovou v ústavní péči z důvodu odebrání z biologické rodiny pro špatnou péči. Sběr dat jsem prováděla skrze instituci poskytující pobytové služby osobám do věku 26 let opouštějícím ústavní zařízení. Do kontrolní skupiny čítající 53 osob (25 žen, 28 mužů) byly metodou záměrného výběru a současně metodu sněhové koule vybrány osoby vyrůstající po dobu celého dětství a dospívání v přiměřeně dobré rodinné péči.

Na základě výsledků provedených statistických analýz dat jsem dospěla k následujícím zjištěním. Mezi jedinci odebranými z rodiny pro špatnou péči a jejich vrstevníky, kteří vyrostli v prostředí původní rodiny s přiměřeně dobrou péčí, nebyl potvrzen předpokládaný rozdíl v míře symptomů deprese. Skupina jedinců se zkušeností se špatnou péčí na škále deprese bodovala výše, nicméně zjištěný rozdíl byl těsně nad hranicí statistické významnosti. Dále byl u jedinců se zkušeností se špatnou péčí v rodině na hladině statistické významnosti prokázán výrazně vyšší výskyt disociativních symptomů a také statisticky významně vyšší míra limbické iritability v porovnání s osobami nestiženými tímto osudem, přičemž z pohledu praktické významnosti byl zjištěný rozdíl v prvním případě silný, v druhém spíše slabý. Z hlediska pohlaví byl mezi muži a ženami postiženými špatným zacházením v dětství zjištěn statisticky významný rozdíl v míře depresivních symptomů i v míře projevů limbické iritability, přičemž vyšší míru symptomů v obou případech vykazovaly ženy. Z hlediska praktické významnosti lze hovořit o silném efektu příslušnosti k určitému pohlaví na míru deprese i limbické iritability. Na škále disociace nebyl odhalen statisticky významný rozdíl v míře symptomů disociace mezi pohlavími. V souladu s očekáváním byla u osob se zkušeností se špatnou péčí zjištěna silná pozitivní korelace mezi mírou limbické iritability a mírou depresivního ladění na straně jedné a mírou disociativních projevů na straně druhé. Nad rámec stanovených hypotéz byla zjištěna silná pozitivní korelace mezi mírou deprese a mírou závažnosti emocionálního či fyzického týrání, případně sexuálního zneužívání, v tomto případě však byla pozorovaná korelace jen středně silná. Rozsah a závažnost zkušenosti s emocionálním týráním rovněž statisticky významně pozitivně korelovaly s mírou symptomů limbické iritability a disociace.

Seznam použitých zdrojů a literatury

- Ashy, M., a kol. (2017). Childhood maltreatment, limbic dysfunction, resilience, and psychiatric symptoms. *Journal of Interpersonal Violence*, 32, 1-27. doi:10.1177/0886260516683174
- Baštecká, B., & Mach, J. (2015). *Klinická psychologie*. Praha: Portál
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100. doi:10.1016/0272-7358(88)90050-5
- Bechyňová, V. (2007). *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém*. Praha: IREAS
- Bernstein, C. E., & Putnam, F. W. (1993). An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation*, 6(1), 16-25. Získáno 20. ledna 2019 z https://www.researchgate.net/publication/232515683_An_Update_on_the_Dissociative_Experiences_Scale
- Bernstein, D. P., a kol. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1132-1136. doi:10.1176/ajp.151.8.1132
- Bob, P., a kol. (2007). Symptomy limbické iritability a chaotická aktivita autonomního nervového systému v průběhu kognitivního konfliktu u pacientů s unipolární depresí: nové perspektivy pro indikaci antikonvulzivní léčby? *Česká a slovenská psychiatrie*, 103(2), 68-72.
- Bob, P., & Vymětal, J. (2005). Psychobiologické reakce na stres a trauma. *Česká a slovenská psychiatrie*, 101(8), 425-432.
- Bosáková, K., Bosák, V., Kučera, Z., & Lainová, M. (2003). Psychické týrání v dětství u dospělé populace ČR: výskyt a některé souvislosti. *Česko-slovenská pediatrie*, 58(11), 716-721. Získáno 12. února 2019 z <https://www.prolekare.cz/casopisy/cesko-slovenska-pediatrie/2003-11/psychicke-tyrani-v-detstvi-u-dospele-populace-cr-vyskyt-a-nektere-souvislostivysledky-reprezentativni-retrospektivni-studie-26508>
- Buriánová, V. (2017). *Vybrané výzkumy a poznatky o vlivu rané institucionální výchovy na vývoj dítěte*. Praha: Středisko náhradní rodinné péče. Získáno 1. února 2019 z <https://www.nahradnirodina.cz/publikace#strediskonrp>

- Cross, D., Fani, N., Powers, A., & Bradley, B. (2017). Neurobiological development in the context of childhood trauma. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 24(2), 111-124. doi:10.1111/cpsp.12198
- Dackis, M. N., Rogosch, F. A., Oshri, A., & Cicchetti, D. (2012). The role of limbic system irritability in linking history of childhood maltreatment and psychiatric outcomes in low-income, high-risk women: moderation by FK506 binding protein 5 haplotype. *Development and Psychopathology*, 24(4), 1237-1252. doi:10.1017/S0954579412000673
- Dannowski, U., a kol. (2012). Limbic Scars: Long-Term Consequences of Childhood Maltreatment Revealed by Functional and Structural Magnetic Resonance Imaging. *Biological Psychiatry*, 71(4), 286-293. doi:10.1016/j.biopsych.2011.10.021
- Doležalová, P., a kol. (2017). *Trauma v dětství a adolescenci: Průvodce pro pedagogy*. Klecany: Národní ústav duševního zdraví. Získáno 12. ledna 2019 z <https://www.nudz.cz/informacni-stredisko/E-knihy/>
- Dostál, D. (2018). Statistické metody v psychologii: studijní opora pro rok 2018/19 k předmětům SMP1B, SMP1D, SMP2B, SMP2D. Získáno 10. února 2019 z <http://dostal.vyzkum-psychologie.cz/>
- Dunovský, J., Dytrych, Z., & Matějček, Z. (1995). *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada Publishing
- Fenerci, R. L. B., & Allen, B. (2018). From mother to child: Maternal betrayal trauma and risk for maltreatment and psychopathology in the next generation. *Child Abuse & Neglect*, 82, 1-11. doi:10.1016/j.chiabu.2018.05.014
- Fischer, S., a kol. (2016). Interpersonal trauma and associated psychopathology in girls and boys living in residential care. *Children and Youth Services Review*, 67, 203–211. doi:10.1016/j.chilyouth.2016.06.013
- Fišar, Z. (2009). *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie* (2. ed.). Praha: Grada
- Freyd, J. J. (1994). Betrayal trauma: Traumatic amnesia as an adaptive response to childhood abuse. *Ethics & Behavior*, 4(4), 307-329. doi:10.1207/s15327019eb0404_1
- Gallo, E. A. G., Munhoz, T. N., Loret de Mola, C., & Murray, J. (2018). Gender differences in the effects of childhood maltreatment on adult depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 79, 107-114. doi:10.1016/j.chiabu.2018.01.003
- Gilbert, R., a kol. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 373(9657), 68-81. doi:10.1016/s0140-6736(08)61706-7

- Gjuričová, Š., Koucourková, J., & Koutek, J. (2000). *Podoby násilí v rodině*. Praha: Nakladatelství Vyšehrad
- Gottfried, J. (2015). Beckova sebesuzovací škála depresivity pro dospělé: Recenze metody. *Testforum*, 5, 20-25. Získáno 17. ledna 2019 z <http://testforum.cz/domains/testforum.cz/index.php/testforum/article/view/TF2015-5-35#.XG1vSaJKjIU>
- Hašto, J., & Vojtová, H. (2014). Posttraumatická stresová porucha. *Psychiatria pre prax*, 15(1), 22-25. Získáno 20. prosince 2018 z http://www.solen.sk/index.php?page=magazine_detail&issue_id=612
- Herman, E., a kol. (2008). Disociativní poruchy v praxi. *Psychiatrie pro praxi*, 9(6), 277-282. Získáno dne 2. ledna 2019 z https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200806-0007_Disociativni_poruchy_v_praxi.php
- Höschl, C. (1999). Teorie deprese: Proč antidepresiva nemění náladu zdravých lidí. *Vesmír*, 78(602), 607-611. Získáno 10. února 2018 z <https://vesmir.cz/cz/casopis/archiv-casopisu/1999/cislo-11/teorie-deprese.html>
- Janů, L., & Racková, S. (2007). Jak správně poznat a léčit depresi. *Medicína pro praxi*, 4(1), 24-27. Získáno 19. ledna 2019 z <https://www.medicinapropraxi.cz/magno/med/2007/mn1.php>
- Jasová, D. (2010). Stres a projevy limbické iritability u deprese a závislosti na alkoholu (Disertační práce). Získáno 17. ledna 2019 z <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/69729/>
- Kaiser, R. H., a kol. (2018). Childhood stress, grown-up brain networks: corticolimbic correlates of threat-related early life stress and adult stress response. *Psychological Medicine*, 48(7), 1157-1166. doi:10.1017/S0033291717002628
- Kašćáková, N., a kol. (2016). Výskyt traumatizácie a neistej vzťahovej väzby v reprezentatívnej vzorke obyvateľstva Českej republiky. *Psychiatria pre prax – Supplement 1e; XII. Slovenský psychiatrický zjazd : Psychiatria a súčasná medicína*, 41. Získáno 17. ledna 2019 z http://www.solen.sk/index.php?page=magazine_detail&issue_id=727
- Kašćáková, N., a kol. (2018). Psychometrická analýza českej verzie dotazníka trauma z dětství (CTQ) so sociodemografickými rozdielmi v traumatizácii dospelých obyvateľov Českej republiky. *Československá psychologie*, 62(3), 212-230.
- Kolařík, M., a kol. (2017). *Manuál pro psaní diplomových prací na Katedře psychologie FF UP v Olomouci*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Získáno 12. prosince 2018 z <http://psych.upol.cz/aktualni-oznameni-studentum/nova-verze-manualu-pro-psani-bakalarskych-a-diplomovych-praci/>

- Kryl, M. (2001). Deprese v somatické medicíně. *Interní medicína pro praxi*, 3(11), 4-8. Získáno 10. února 2019 z https://www.internimedicina.cz/artkey/int-200111-0014_Deprese_v_somaticke_medicine.php
- Kryl, M. (2006). Psychoterapeutické možnosti v léčbě deprese. *Česká a slovenská psychiatrie*, 102(5), 250-255.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie* (2. ed.). Praha: Grada Publishing
- Levine, P. A., & Klineová, M. (2012). *Trauma očima dítěte*. Praha: Maitrea
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 647-657. doi:10.1016/j.cpr.2009.08.003
- Matoušek, O. (Ed.) (2017). *Dítě traumatizované v blízkých vztazích: manuál pro profesionály a rodiny*. Praha: Portál.
- Ministerstvo práce a sociálních věcí. (2018). *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2017*. Praha: MPSV. Získáno 28. prosince 2018 z <https://www.mpsv.cz/cs/3869>
- MKN-10. (2017). *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize (aktualizované vydání k 1.1.2018)*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Získáno 20. prosince 2018 z <https://www.uzis.cz/zpravy/aktualni-verze-mkn-10-cr>
- Nadace J&T. (2015). *Systém náhradní rodinné péče v ČR*. Získáno 1. února 2019 z <http://www.knihovnanrp.cz/>
- Nelson, J., Klumparendt, A., Doebler, P., & Ehring, T. (2017). Childhood maltreatment and characteristics of adult depression: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 210(2), 96-104. doi:10.1192/bjp.bp.115.180752
- Norman, R. E., a kol. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine*, 9(11), 1-31. doi:10.1371/journal.pmed.1001349
- Novotný, J. S. (2014). Resilience versus „resilientní jedinec“: co vlastně zkoumáme? *Psychologie a její kontexty*, 5(1), 3-14. Získáno 3. února 2019 z http://psychkont.osu.cz/fulltext/2014/Novotny_2014_1.pdf
- Orel, M. (2016). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše* (2. ed.). Praha: Grada Publishing
- Pastucha, P., Praško, J., & Andrea, C. (2011). Patologická disociace - je, či není? *Psychiatrie pro praxi*, 12(4), 162-165. Získáno 4. ledna 2019 z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/magno/psy/2011/mn4.php>

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: principles and methods* (7. ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. Získáno 3. ledna 2019 z [https://web2.aabu.edu.jo/tool/course_file/lec_notes/1001391_Nursing%20research-Principles%20and%20methods%20\(7e_2003\).pdf](https://web2.aabu.edu.jo/tool/course_file/lec_notes/1001391_Nursing%20research-Principles%20and%20methods%20(7e_2003).pdf)
- Praško, J., a kol. (2007). Disociativní poruchy a jejich léčba. *Medicína pro praxi*, 4(11), 471-476. Získáno 6. ledna 2019 z <https://www.medicinapropraxi.cz/magno/med/2007/mn11.php>
- Praško, J., Prašková, H., & Prašková, J. (2008). *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději* (2. ed.). Praha: Portál
- Ptáček, R., & Bob, P. (2009a). Disociace v dějinách psychologického myšlení. *Československá psychologie*, 53(2), 184-192.
- Ptáček, R., & Bob, P. (2009b). Metody diagnostiky disociativních symptomů. *Česká a slovenská psychiatrie*, 105(4), 163-172.
- Ptáček, R., Bob, P., & Paclt, I. (2006). Škála disociativních zkušeností - česká verze. *Československá psychologie*, 50(3), 262-272.
- Ptáček, R., a kol. (2016). Beckova škála deprese BDI-II - standardizace a využití v praxi. *Česká a slovenská psychiatrie*, 112(6), 270-274.
- Raboch, J., & Červený, R. (2018). *Deprese: doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře 2018*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. Získáno 10. února 2019 z <https://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy/2017/DP-Deprese.pdf>
- Rice, M. E., & Grant, T. H. (2005). Comparing Effect Sizes in Follow-Up Studies: ROC Area, Cohen's d, and r. *Law and Human Behavior*, 29(5), 615-620. doi:10.1007/s10979-005-6832-7
- Ryšánková, M., Bosák, V., Kučera, Z., & Lainová, M. (2004). Tělesné týrání v dětství u dospělé populace ČR: výskyt a některé souvislosti. *Česko-slovenská pediatrie*, 59(5), 229-241. Získáno 12. února 2019 z <https://www.prolekare.cz/casopisy/cesko-slovenska-pediatrie/2004-5/telesne-tyrani-v-detstvi-u-dospELE-populace-cr-vyskyt-a-nektere-souvislosti-26346>
- Sakař, P. (2010). Sexuální zneužití v dětství: Výsledky reprezentativního výzkumu sexuálního chování populace ČR (Disertační práce). Získáno 15. ledna 2019 z <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/99899?lang=en>
- Šmarda, J., a kol. (2007). *Biologie pro psychology a pedagogy*. Praha: Portál
- Šolcová, I. (2009). *Vývoj resilience v dětství a dospívání* Praha: Grada Publishing

- Teicher, M. H., a kol. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 27, 33–44. doi:10.1016/S0149-7634(03)00007-1
- Teicher, M. H., Glod, C. A., Surrey, J., & Swett, J. C. (1993). Early childhood abuse and limbic system ratings in adult psychiatric outpatients. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 5(3), 301-306. doi:10.1176/jnp.5.3.301
- Teicher, M. H., Samson, J. A., Anderson, C. M., & K., O. (2016). The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature Reviews Neuroscience*, 17(10), 652-666. doi:10.1038/nrn.2016.111
- Teicher, M. H., Samson, J. A., Polcari, A., & McGreenery, C. E. (2006). Sticks, Stones, and Hurtful Words: Relative Effects of Various Forms of Childhood Maltreatment. *American Journal of Psychiatry*, 163(6), 993-1000. doi:10.1176/ajp.2006.163.6.993
- Tottenham, N. (2014). The importance of early experiences for neuro-affective development. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 16, 109–129. doi:10.1007/7854_2013_254
- Vizinová, D., & Preiss, M. (1999). *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD): psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. Praha: Portál
- Vonderlin, R., a kol. (2018). Dissociation in victims of childhood abuse or neglect: a meta-analytic review. *Psychological Medicine*, 48(15), 2467–2476. doi:10.1017/S0033291718000740
- Weiss, P. (2011). *Etické otázky v psychologii*. Praha: Portál
- Wiltgen, A., Arbona, C., Frankel, L., & Frueh, C. B. (2015). Interpersonal trauma, attachment insecurity and anxiety in an inpatient psychiatric population. *Journal of Anxiety Disorders*, 35, 82-87. doi:10.1016/j.janxdis.2015.07.010

Přílohy

Seznam příloh

Příloha č. 1: Abstrakt diplomové práce v českém a v anglickém jazyce

Příloha č. 1: Abstrakt diplomové práce v českém a v anglickém jazyce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Vztah mezi traumatem prožitým v dětství a symptomy deprese, disociace a limbické iritability v mladém věku

Autor práce: Kateřina Janošová

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Počet stran a znaků: 94 stran (191 550 znaků)

Počet příloh: 1

Počet titulů použité literatury: 69

Abstrakt:

Traumatická zkušenost způsobená vlivem týrání, zneužívání nebo zanedbávání v dětském věku je považována za psychickou zátěž a současně riziko pro rozvoj psychopatologie v dalším životě traumatem postižených osob. Provedené výzkumy mozku rovněž poukazují na změny v oblasti limbického systému, bílého tělesa i frontálního a spánkového laloku u těchto lidí. Cílem této práce je prozkoumat vztah mezi traumatem spojeným s týráním, zneužíváním a zanedbáváním prožitým v dětství nebo v dospívání a symptomy deprese, disociace a limbické iritability v mladém věku. Výzkumný soubor tvořilo celkem 96 osob ve věku 18 až 26 let, rozdělených do výzkumné a kontrolní skupiny na základě zkušenosti se špatnou péčí v dětství nebo v dospívání. Ke sběru dat byla použita baterie sebeposuzujících dotazníků. Výsledky tohoto výzkumu naznačují, že trauma způsobené vlivem špatného zacházení, zejména některých jeho forem, je potencionálně rizikové pro výskyt disociativních jevů a limbické iritability. Předpoklad o zvýšeném riziku rozvoje depresivních projevů u traumatem postižených jedinců nebyl potvrzen. V projevech deprese a limbické iritability byl zjištěn rozdíl mezi muži a ženami postiženými traumatem způsobeným špatným zacházením v dětském věku.

Klíčová slova: traumatická událost, špatné zacházení s dítětem, týrání, zneužívání, zanedbávání, psychopatologie v dospělosti, disociace, deprese, limbická iritabilita

ABSTRACT OF THESIS

Title: The relationship between childhood trauma and symptoms of depression, dissociation and limbic irritability in young adulthood

Author: Kateřina Janošová

Supervisor: PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Number of pages and characters: 94 pages (191 550 characters)

Number of appendices: 1

Number of references: 69

Abstract:

Traumatic experience caused by childhood maltreatment is associated with a higher risk for the development of psychopathology across the life course. The research of brain reports a strong relationship between childhood adversities and changes in limbic system, corpus callosum and frontal and temporal lobe. The aim of present study is to investigate the relationship between childhood maltreatment and symptoms of depression, dissociation and limbic irritability in later life. The sample consisted of 96 participants ranged in age from 18 to 26 years. They were divided in two different subgroups – experimental and comparison group. The decision criterion was based on an exposure to childhood maltreatment. A set of self-report questionnaires were administered. The results indicate that childhood maltreatment, especially exposure to specific types, is associated with increased risk of dissociation and limbic irritability in adulthood. However, there is insufficient evidence to definitively identify a higher risk of development of depressive symptoms in effect of childhood maltreatment. In addition, this study revealed a potential role of gender in contributing to risk for depression and limbic irritability between men and women suffering from maltreatment.

Key words: traumatic experience, childhood maltreatment, abuse, neglect, adult psychopathology, dissociation, depression, limbic irritability