

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**AVERZIVNÍ ZÁŽITKY V DĚTSTVÍ, ATTACHMENT A SEBESTIGMATIZACE  
U LIDÍ S PSYCHOTICKÝM ONEMOCNĚNÍM**

ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES, ATTACHMENT AND  
SELF-STIGMATIZATION IN PEOPLE WITH PSYCHOTIC ILLNESS



**Magisterská diplomová práce**

Autor: Bc. Barbora Čermáková

Vedoucí práce: prof. MUDr. Ján Praško Pavlov, CSc.

Olomouc

**2020**

### **Prohlášení**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Averzivní zážitky v dětství, attachment a sebestigmatizace u lidí s psychotickým onemocněním“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Praze dne .....

Podpis .....

## Obsah

1. Úvod.....	6
I. TEORETICKÁ ČÁST .....	7
2. Psychotické poruchy a schizofrenie .....	8
2.2 Dekonstrukce a validita pojmu.....	9
2.3 Diagnostické klasifikační manuály .....	10
2.4 Klinický obraz.....	11
3. Teorie rozvoje psychózy .....	13
3.1 Biologické příčiny.....	13
3.2 Psychosociální vlivy.....	14
3.3 Environmentální vlivy.....	15
3.4 Integrativní teorie .....	15
4. Rané averzivní zážitky a traumatizace .....	17
4.1 Trauma .....	17
4.2 ACE.....	17
4.3 ACE v České republice .....	21
4.4 Důsledky ACE na duševní zdraví .....	21
5. ACE a psychotická onemocnění .....	23
5.1 Diagnostická specifita vztahu ACE a psychózy.....	23
5.2 ACE jako kauzální faktor rozvoje psychotického onemocnění .....	24
5.3 Teoretické modely ACE-psychózy .....	25
6. Attachment .....	27
6.1 Teorie citové vazby .....	27
6.2 Typy attachmentu.....	28
6.3 Vazebný styl.....	29
7. Attachment a psychotická onemocnění .....	31
7.1 Rizikové faktory.....	31
7.2 Typy attachmentu a psychotické symptomy .....	32
8. Teoretické modely vysvětlení vztahu ACE-attachment-psychóza.....	34
8.1 Kognitivní modely .....	34
8.2 Teorie sociální porážky .....	35
8.3 Afektivní dysregulace .....	36
8.4 ADC hypotéza.....	36
8.5 Integrativní model psychózy .....	37
9. Stigmatizace a sebestigmatizace u psychotických poruch .....	39
9.1 Stigmatizace, její vliv a důsledky.....	39

9.2	Sebestigmatizace .....	41
9.3	Sebestigmatizace a závažnost onemocnění .....	42
9.4	Sebestigmatizace a rané averzivní zážitky .....	43
9.5	Sebestigmatizace a vztahová vazba.....	44
10.	Reflexe nedávných výzkumů .....	45
II.	EMPIRICKÁ ČÁST .....	47
11.	Výzkumný problém a cíle .....	48
11.1	Výzkumné cíle .....	49
12.	Výzkumné hypotézy.....	50
13.	Výzkumný plán .....	51
13.1	Hodnotící nástroje .....	51
13.1.1	Demografický dotazník .....	52
13.1.2	Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) .....	52
13.1.3	Parental Bonding Instrument (PBI).....	53
13.1.4	Experiences in Close Relationships - Revised (ECR-R).....	53
13.1.5	Škála The Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) .....	54
13.1.6	Clinical Global Impression – Subjective (CGI-S).....	55
13.1.7	Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) .....	55
13.2	Metody výběru vzorku a získávání dat .....	56
13.2.1	Bona, o.p.s. a CDZ 8.....	57
13.3	Průběh sběru dat.....	58
13.4	Etické aspekty výzkumu .....	60
13.5	Metody zpracování a analýzy dat.....	61
14.	Charakteristika zkoumané populace a popis vzorku .....	63
14.1	Kritéria výběru účastníků do výzkumu .....	63
14.2	Charakteristiky výběrového souboru .....	63
15.	Výsledky .....	68
15.1	Dotazník CTQ .....	68
15.2	Dotazník PBI.....	70
15.3	Dotazník ECR-R .....	71
15.4	Dotazník ISMI.....	71
15.5	Objektivní hodnotící stupnice BPRS .....	72
15.6	Stupnice CGI – GLOBÁLNÍ ZLEPŠENÍ .....	73
15.7	Rané averzivní zkušenosti a zkoumané souvislosti.....	74
15.7.1	Vztah averzivních zážitků a sebestigmatizace s délkou léčby, počtem hospitalizací a měsíci strávenými v nemoci.....	74
15.7.2	Vztah mezi averzivními zážitky z dětství a vnímanými rodičovskými styly .....	74
15.7.3	Vztah mezi averzivními zážitky z dětství a sebestigmatizací .....	75

15.7.4	Vztah mezi averzivními zážitky z dětství a attachmentem .....	76
15.7.5	Vztah mezi averzivními zážitky z dětství a závažností příznaků onemocnění .....	76
15.8	Sebestigmatizace, attachment a zkoumané souvislosti .....	77
15.8.1	Vztah averzivních zážitků a sebestigmatizace s délkou léčby, počtem hospitalizací a měsíci strávenými v nemoci.....	77
15.8.2	Vztah mezi sebestigmatizací a attachmentem .....	77
15.8.3	Vztah mezi sebestigmatizací a závažností onemocnění.....	78
15.9	Vztah attachmentu a závažností onemocnění.....	79
16.	Ověření platnosti hypotéz .....	81
17.	Diskuze.....	83
17.1	Limity výzkumu.....	87
17.2	Doporučení pro další výzkumy a praxi .....	88
18.	Závěry .....	90
19.	Souhrn .....	91
	Seznam použitých zdrojů a literatury.....	94
	Přílohy.....	109

## 1. Úvod

Tato práce vzniká v době probíhající Reformy péče o duševní zdraví. Cílem reformy by měl být posun a zlepšení kvality péče poskytované lidem se zkušeností s duševním onemocněním. Její posun k člověku - blíže k domovu, komunitě, i blíže v ohledu lidskosti. V zaměření se na zkušenost jednotlivce, na jeho potřeby a přání. Pod vlivem reformy se tak pomalu proměňuje péče poskytovaná v psychiatrických nemocnicích, ambulancích, i komunitních službách. Pracovníci o duševní zdraví by se v ideálním případě měli proškolit v postupech, které takové posunutí k člověku umožňují. Je mým přáním, aby mezi důsledky reformy patřilo i zpřístupnění psychoterapeutických principů péče lidem se závažným duševním onemocněním, lidem po dlouhodobých hospitalizacích a s těžkými životními zkušenostmi. Tyto terapeutické dovednosti by mohly zahrnovat i nástroje pro práci s traumatem, s potížemi se vztahováním se k druhým, a sebestigmatizací, které závažné duševní obtíže často doprovází. To jsou také témata, která jsou v této práci výzkumně zkoumána. Jedním z účelů práce je podpořit snahu překračovat hranice diagnostických nálepek a zahrnout individuální zkušenost, včetně traumatu, beznaděje a potíží s navazováním či udržováním blízkých vztahů, do diagnostiky a terapeutických plánů.

Není překvapivou tezí, že traumatické události v dětství mohou závažně ovlivnit život jednotlivce a zvýšit pravděpodobnost, že se u něj rozvine duševní onemocnění. Tato práce bude dále rozvádět, jak s výskytem psychotických onemocnění souvisí nejen ony averzivní zážitky z dětství, ale i vztahová vazba a sebestigmatizace. Jejím cílem je prozkoumat souvislost zmíněných konceptů se závažností duševního onemocnění i mezi sebou. Vzhledem k tomu, že do výzkumu se zapojili klienti z komunitních služeb, je cílem práce i zjištění a popis míry jejich raných averzivních zkušeností, sebestigmatizace a vazebných stylů.

## I. TEORETICKÁ ČÁST

## 2. Psychotické poruchy a schizofrenie

Uvedme kapitolu rozlišením psychotického onemocnění a schizofrenie. Psychózu lze považovat za obecný pojem, zastřešující množství specifických psychických obtíží. Stejně tak je sběrným pojmem schizofrenie, která bývá uváděna jako nejčastější příklad psychotického onemocnění. Etiologie psychotického stavu může být toxická, organická, traumatická i nejasná, tzv. endogenní. Hlavním příznakem je dezintegrace funkcí já. Důsledkem dezintegrace je narušení schopnosti testovat realitu a ztráta hranic sebe sama. Symptomy jako halucinace a bludy, na základě kterých bývá určena diagnóza, lze považovat i za druhotný jev, následek pokusu o nastavení nové rovnováhy po rozpadu psychických funkcí (Pěč, & Probstová, 2009). Každý psychotický jev představuje závažný zásah do integrity jedince. V kontextu této práce budeme pod pojmem psychotické poruchy brát nejčastější primární psychiatrické poruchy, tj. schizofrenii, schizoafektivní poruchu a poruchy s bludy (Pěč, & Probstová, 2009).

### 2.1 Historická perspektiva

Psychotické poruchy, jejich výskyt a fenomenologie, jsou do 19. století popisovaná pouze vágně (Marcisin, Rosenstock, & Gannon, 2017). I v rámci 19. století málo lékařů rozlišovalo mezi jednotlivými psychotickými poruchami, považující jednotlivé variace psychotického onemocnění za různé fáze jednoho onemocnění. Až ke konci 19. století se začaly pokládat základy moderních koncepcí duševních onemocnění, zvažovaly symptomatické vzorce a faktory onemocnění jako věk propuknutí, rodinná historie a průběh. Emil Kraepelin (1856 – 1926) přinesl novou klasifikaci psychóz rozlišením *dementia praecox* a maniodepresivního šílenství. Koncept schizofrenie dále revidoval a rozvedl Eugen Bleuler (1857 – 1939). Pojmem schizofrenie definoval skupinu onemocnění s klíčovými a podobnými symptomy, ale rozlišných průběhem a prognózou. Jako klíčové symptomy identifikoval dezorganizaci myšlení a řeši (rozvolnění asociací), volní nejistotu (ambivalenci), afektivní nesoulad a stažení z reality (autismus), později známá jako „Bleulerova 4 A“ (Marcisin et al., 2017; Schulz, Green, & Nelson, 2016). Diagnostická kritéria dále rozvedl Kurt Schneider (1887-1967). Definoval symptomy prvního řádu: sluchové halucinace, vysílání a odnímání myšlenek, blud kontrolování vnějšími silami a bizarní závěry jinak normálního smyslového vnímání. Shneideriánský koncept významně přispěl k moderní konceptualizaci psychotických onemocnění, vycházelo se z něj i v pozdějších verzích Diagnostického a statistického manuálu Americké Psychiatrické Asociace (Marcisin et al., 2017; Schulz, Green, & Nelson, 2016). Nejednotné diagnostické metody a variabilita diagnózy schizofrenie oproti jiným psychotickým onemocněním však přetrvávala po většinu 20. století, i přes spolehlivější popis symptomů schizofrenie a další pokroky v lékařské vědě. Variabilita v diagnóze schizofrenie se stala obzvláště markantní během 2. světové války, kdy spolupráci mezi jednotlivými státy na poli psychiatrie



narušovala prakticky neexistující standardizovaná klasifikace nemocí. V roce 1952 pak byl vydán první DSM-I (Marcsisin et al., 2017; Schulz, Green, & Nelson, 2016).

V 50. letech byl syntetizován první účinný lék psychotických onemocnění, chlorpromazin. Jeho užití v léčbě psychóz umožnil deinstitucionalizaci, s jeho účinky na některé symptomy mohli být dlouhodobě hospitalizovaní pacienti propuštěni z psychiatrických nemocnic. V 60. a 70. letech opět došlo k revidování diagnostické validity schizofrenních onemocnění, vznikalo tzv. antipsychiatrické hnutí (Marcsisin et al., 2017). Obzvláště na diagnóze schizofrenie bylo poukazováno na nedostatek empirických důkazů a nejasnosti diagnostických kritérií pro schizofrenii. Slavný příkladem je Rosenhanova studie z roku 1972 *Jak být zdravý na nezdravých místech* (Rosenhan, 1973), která odhalila, jak byla v USA diagnostika schizofrenie často subjektivní a nespolehlivá. Zároveň s tím vznikala Feighnerova kritéria, jejichž cílem bylo zlepšení validity a reliability psychiatrických diagnóz. Přinesla systematické užití operacionalizovaných diagnostických kritérií, zdůraznila důležitost průběhu a důsledků nemocí, empirických základů pro diagnostiku. Feighnerova kritéria specifikovala schizofrenii jako chronické onemocnění bez prominentních změn nálad, které vede k závažnému zhoršení fungování, jehož symptomy jsou pozorovatelné alespoň po dobu 6 měsíců a zahrnují bludy, halucinace, nebo dezorganizaci myšlení a řeči (Helzer, Brockington, & Kendell, 1981). Onemocnění začíná před 40. rokem věku a není ovlivněno zneužitím alkoholu či drog v prvním roce rozvinutí nemoci (Marcsisin et al., 2017).

## 2.2 Dekonstrukce a validita pojmu

Předchozí kapitola se pokusila nastínit, jak se vyvíjelo pojetí a přístup k diagnostice psychotických poruch a konkrétně schizofrenie. I v současnosti přetrvávají pochyby, zda je diagnóza schizofrenie stále validním konceptem. Pokusíme se shrnout problematiku oblasti. Dle některých autorů (Buckley, & Castle, 2015) postrádá moderní pojetí schizofrenie externí validitu. Neexistují patognomonické<sup>1</sup> symptomy, znaky, nebo laboratorní testy schizofrenie, ač je ve výzkumné komunitě vyvíjena velká snaha nalézt biomarker, který by šlo spolehlivě využít pro diagnostikování anebo léčbu tohoto onemocnění.

Symptomy popisující schizofrenii nedefinují specifický syndrom, jde spíše o koncept umožňující různé kombinace tak, že jsou možné permutace těchto definujících symptomů. Symptomy u schizofrenie se běžně vyskytují i v dalších kategoriích psychóz. Dle Allardyce a jejích kolegů (Allardyce, Gaebel, Zielasek, & van Os, in Tamminga, Sirovatka, Regier, & van Os, 2010) jde o tzv. polytetickou definici.

---

<sup>1</sup> Patognomonický, z řec. *patos* (nemoc) a *gnomon* (ukazatel), jako znak charakteristický pro konkrétní onemocnění, jehož přítomnost značí, že konkrétní nemoc je bezpochyby přítomna (Patognomonické - Pathognomonic, nedat).

Faktem je, že v případě schizofrenie mohou být dva jedinci s naprosto odlišnými projevy zařazeni pod stejnou diagnózu (Allardyce et al., in Tamminga et al., 2010). K pochybnostem o validitě konceptu schizofrenie se přidávají i Harrop a Trower (2001). Jako nemoc by měla být charakterizovaná souhrnem symptomů, které se mají tendenci vyskytovat společně, potencionálně schizofrenních symptomů ale existuje velké množství. Diagnostické kategorie by se také neměly překrývat, afektivní poruchy a deprese mají se schizofrenií značný překryv. Diagnostika schizofrenie je obecně obtížná. Je běžné, že pacienti fluktuují mezi diagnózami schizofrenie a schizoafektivní poruchy, různí psychiatři mohou diagnostikovat stejnou osobu různě. Dále by pro splnění validity mělo onemocnění souviset se specifickými příčinami, ty jsou u schizofrenie stále ve stadiu rozporovaných hypotéz. Diagnostická nálepka schizofrenie ani neumožňuje predikce o průběhu onemocnění, důsledky schizofrenie jsou známé svou variabilitou a nepředvídatelností, stejně jako reakce na medikaci (Harrop, & Trower, 2001).

### 2.3 Diagnostické klasifikační manuály

Úvahy o validitě diagnózy psychotického či schizofrenního onemocnění souvisí i s revizemi současných klasifikačních systémů. Podívejme se tedy krátce, jakým vývojem procházely a jaké změny přináší současné revize. První vydání DSM, DSM-I i DSM-II, byly silně ovlivněny psychodynamickou teorií, která v 50. a 60. dominovala americké psychiatrii, schizofrenie tak byla diagnostikována podle interpretace psychického konfliktu a nevyrovnané osobnosti, psychotické symptomy nebyly pro diagnostiku důležité (Schulz et al., 2016). Jak bylo zmíněno v kapitole krátkého historického přehledu, v 50. a 60. letech došlo k zrevidování diagnostických kritérií pro schizofrenii. Na začátku 70. let byla provedena velká Mezinárodní pilotní studie schizofrenie (International Pilot Study of Schizophrenia, IPSS,) která srovnala diagnostické znaky a symptomy v 9 různých zemích pro další standardizaci diagnostických kritérií schizofrenie (Schulz et al., 2016; WHO, 1973). Závěry z této studie zdůrazňovaly přítomnost psychotických příznaků, s odkazem na Schneideriánské symptomy prvního řádu. Závěry IPSS studie významně ovlivnily DSM-III z roku 1980, její změna paradigmatu ovlivnila několik dalších revizí DSM. Ačkoli není jasná etiologie ani průkazný diagnostický test pro schizofrenii, DSM-5 staví na historii revizí jasně identifikovatelných symptomů (Schulz et al., 2016; APA, 2013).

V rámci revizního procesu pro vydání DSM-5 proběhla výzkumná konference s titulem „Dekonstrukce psychózy“, jako jedna z mnoha ze série konferencí zabývajících se budoucností psychiatrických diagnóz. Před vydáním DSM-5 proběhl několikafázový proces revidování výzkumů, které měly připravit půdu pro 5. revizi (Tamminga et al., 2010). V 5. revizi DSM už je schizofrenie koncipovaná jako spektrum. Upustilo se od tradičního klinického dělení na subtypy – bylo málo spolehlivé, subtypy nejsou v průběhu onemocnění stabilní ani nemají praktický význam v prognóze onemocnění. Heterogenitu onemocnění se snaží zachytit tzv. psychopatologickými dimenzemi, kam

patří pozitivní symptomy, negativní symptomy, konceptuální dezorganizace, deficit kognitivních funkcí, motorické příznaky a příznaky poruchy nálady (APA, 2013). Větší důraz je kladen na psychosociální faktory a popis aktuální fáze onemocnění (Bankovská Motlová, & Španiel, 2017).

Stejně tak MKN-11, zveřejněná 18. června 2018 (do praxe bude uvedena až po schválení členských států WHO, začátkem roku 2022) opouští u schizofrenie, schizoafektivní poruchy a akutní a přechodné psychotické poruchy klasifikaci jednotlivých subtypů. Nově se klasifikuje průběh nemoci – zda jde o první epizodu, poruchu s opakovanými epizodami nebo kontinuálním průběhem. Dále zda je jedinec aktuálně symptomatický, v plné či částečné remisi. Dle převažující symptomatické manifestace rozlišuje pozitivní, negativní, depresivní, manické, psychomotorické a kognitivní příznaky (Mohr, 2017; World Health Organization, 2018). Konkrétněji se příznakům budeme věnovat v následující podkapitole, s ohledem na aktuálně platný systém.

## 2.4 Klinický obraz

Diagnostika schizofrenního onemocnění vychází z výskytu charakteristických symptomů po dobu alespoň jednoho měsíce. Dále přehledné zobrazení symptomů dle Bankovské Motlové a Španiela (2017):

- Specifické symptomy
  - Psychotické (pozitivní)

Jako hlavní pozitivní příznaky lze uvést poruchy myšlení, bludy, halucinace, dezorganizaci řeči a chování. Autoři mezi pozitivní symptomy řadí i poruchy motoriky, které diagnostické manuály vyčleňují jako zvláštní kategorii.
  - Poruchy iniciativy a motivace doprovázené sociálním stažením (negativní)

Mezi negativní příznaky patří oploštění afektu, snížení emoční reaktivity, chudost řeči, ochuzení zájmů a ztráta iniciativy.
  - Depresivní nebo manické (afektivní)

Zde se řadí např. depresivní nálada, úzkost a celkové vnitřní napětí, které ale nesplňují kritéria samostatné diagnózy, ale zasluhují pozornost kvůli riziku suicida.
  - Poruchy poznávacích funkcí – paměti, pozornosti a exekutivních funkcí (kognitivní)

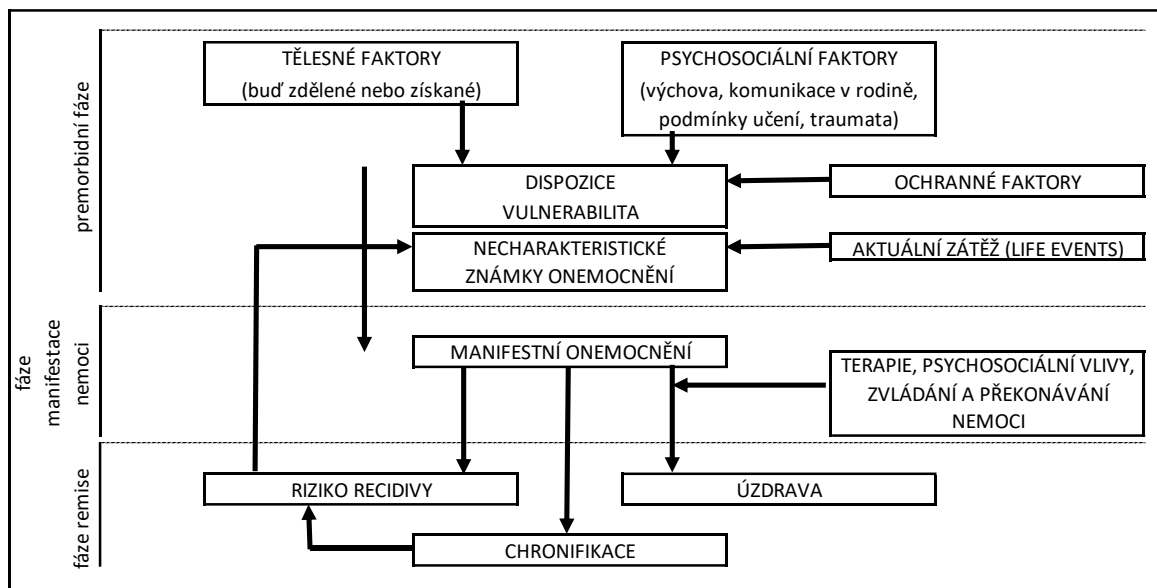
Poruchy kognitivních funkcí mají prognostický význam kvůli ovlivnění pracovního výkonu a sociálních dovedností. Nejčastějšími jsou poruchy pozornosti, rychlosti zpracování informací, paměti a exekutivních funkcí, abstraktního myšlení.
- Nespecifické symptomy

Mezi nespecifické symptomy autoři řadí například poruchy spánku, změny chuti k jídlu, úzkost a pocity napětí (Bankovská Motlová, & Španiel, 2017).

Psychotické projevy a příznaky existují na kontinuu. Z množství výše popsaných rysů, které lze považovat za součásti psychotické poruchy, se vynořuje jak klinická psychóza, tak lehčí subklinické formy, z kterých lze pouze usuzovat na náchylnost k psychóze. Takové kontinuum výskytu příznaků ukazuje na latentní kontinuální patologii v obecné populaci. Psychotický fenotyp, tedy projev subklinických příznaků či tlumených pozitivních psychotických symptomů, se vyskytuje u 5-8% neklinické zdravé populace a je spojován se zvýšeným rizikem rozvoje psychotické poruchy (Gibson, Alloy, & Ellman, 2016). To odpovídá převládajícímu pohledu na schizofrenii jako onemocnění s multifaktoriální etiologií, kde množství rozličných genů, z nichž ani jeden není podmíněnou nebo dostačující příčinou, interagují jeden s druhým. Dále do rovnice zasahují environmentální a další rizikové faktory, jejichž kombinace ústí ve vystupňování expozice a manifestaci příznaků až ke klinické poruše (Allardyce et al., in Tamminga et al., 2010). Jak bude ukázáno později, některé studie se zaměřují na zkoumání rizikových etiologických faktorů u psychotického fenotypu, tedy lidí, kteří mají psychotickou zkušenost nedosahující klinické závažnosti. V následující kapitole se zaměříme na hypotézy vzniku a etiologie psychotického onemocnění, se zaměřením na teorie vyjadřující se k tématu souvisejícím se zaměřením práce. Pouze nastíníme rozsah a členění teorií, které by jinak byly námětem na delší práci.

### 3. Teorie rozvoje psychózy

Jak uvádí Rahn a Mahnkopf (2000), multifaktoriální etiologie je typická pro většinu duševních onemocnění, stejně jako jejich variabilní a recidivující průběh. Jejich obecný model duševních onemocnění, který zahrnuje i psychosociální vlivy na vznik a průběh onemocnění, považujeme za velmi názorný.



Obr. 1. Obecný model psychických onemocnění dle Rahn a Mahnkopfa (2000).

Převažující teorie týkající se psychózy a schizofrenie jsou převážně neurobiologické (Kapur, 2003), většinou pracují s primární biologickou zátěží, ke které následně přidávají další rizikové vlivy. Teorii vzniku schizofrenních onemocnění se zabývají samostatné práce (např. Howes, & Kapur, 2009; Nesic, Stojkovic, & Maric, 2019), různí autoři se shodují i rozcházejí v přiřazování jednotlivých teorií do zastřešujících kategorií v rámci bio-psycho-socio-environmentálního spektra. Tato kapitola nemá ambice na obsažení všech zkoumaných rizikových vlivů v etiologii psychózy, uvedeme pouze stručný přehled a teorie zásadní pro pochopení následujících témat práce.

#### 3.1 Biologické příčiny

Biologické teorie staví převážně na **genetických studiích**. Diagnóza schizofrenie je poměrně vzácná a heritabilita v náchylnosti je okolo 80%. Předpokládá se, že genetická predispozice je vzácná a je přítomná u těch jedinců, u kterých se nemoc rozvine (Read, van Os, Morrison, & Ross, 2005). V současné chvíli v oblasti genetických studií převládá tzv. multifaktorový polygenní model s prahovým efektem. Na dědičnosti faktorů podílejících se na rozvoji psychotických onemocnění podílí celá řada genů (Fabisch, Kroisel, & Fabisch, 2005).

Z oblasti neurobiologie byla postulována **dopaminová hypotéza** schizofrenie, která dává podstatu psychotických příznaků do souvislosti s nadměrnou transmisí dopaminu v nigrostriatální oblasti mozku a nefungující zpětnovazebnou regulaci (Howes, McCutcheon, & Stone, 2015). Neurozobrazovací studie odhalily, že pacienti se schizofrenií v psychotických stavech vykazují zvýšenou syntézu dopaminu a zvýšené uvolňování dopaminu v odpovědi na podněty, spolu se zvýšenými hladinami synaptického dopaminu (Howes, & Kapur, 2009). Psychostimulační látky spouštějící uvolnění dopaminu jsou spojovány s de novo psychózou a způsobují zhoršení psychotických symptomů u pacientů v částečné remisi. Kapur ale zároveň uvádí, že tyto abnormality u schizofrenie nejsou exkluzivní a nemusí být ani primární (Kapur, 2003).

### 3.2 Psychosociální vlivy

Z psychosociálních vlivů se zdůrazňuje vliv stresu, zkoumají se biologické i behaviorální vlivy u jedinců se schizofrenií. Výzkumy naznačují, že stres zhoršuje příznaky onemocnění a náchylnost ke schizofrenii je spojená se zvýšenou reakcí na stres (Labad, 2018). Jako příklad teorie překlenující biologické a psychologické vlivy lze tedy uvést **HPA model stresové reakce**. Hypotalamo-hypofyzo-adrenální (HPA) osa představuje základ stresového systému těla, kontroluje hladinu hormonů a účastní se stresové reakce. Dle této teorie vede nadměrný stres a následné účinky zvýšené hladiny kortizolu a dalších neurotrofních faktorů k postupné atrofii hippocampu. Naruší se tak důležité součásti zpětnovazebného systému a každá další proběhlá stresová reakce má silnější účinky. S atrofií hippocampu dochází k silnějším projevům stresu na psychologické i fyziologické rovině. V důsledku ovlivnění konsolidace paměťových procesů může docházet i k narušení integrace vnitřního prožívání u psychotických onemocnění (Walker, & Diforio, 1997).

Mezi další psychosociální vlivy byly kromě stresu zkoumány různé komunikační odchylky a typické rysy rodin s psychotickým pacientem. V rámci těchto teorií zmíníme **Expressed Emotion (EE)**, teorii vyjadřovaných emocí. Vysoké míry EE odráží vysokou míru vyjadřování kriticismu, hostility nebo narušujících a přehnaných obav ze strany blízkého příbuzného. Negativní rodinná komunikace je brána jako rizikový faktor rozvoje a relapsu psychotického onemocnění (Premkumar, Dunn, Onwumere, & Kuipers, 2019). V rámci rodinných systémů byla dříve zmiňována také teorie dvojné vazby Gregoryho Batesona. Dnes už se u schizofrenie neuplatňuje, podnítila však zaměření na systémová specifika kontextu a vztahů v etiologii psychopatologie (Cullin, 2006).

Rahn a Mahnkopf (2000) zmiňují i význam traumatických životních událostí. Někteří autoři (Gumley, Taylor, Schwannauer, & MacBeth, 2014) zmiňují i vliv attachmentu, což jsou obojí témata, kterým se podrobně budeme věnovat v následujících kapitolách. **Kognitivní teorie** (teorie myslí, porucha filtru, porucha zpracování informací, porucha dekodování), lze také zařadit do této kategorie

(García, Aliste, & Soto, 2018). Zdůrazňují klíčovou roli dvou psychologických fenoménů: 1) deficity ve schopnostech mentalizace (neboli teorie mysli), 2) negativní atribuce vztažené k sobě i ostatním. Přesvědčení o sobě a ostatních ovlivňují formaci bludů, ovlivňují míru, do které je jedinec schopný vztahovat se k ostatním, vyhledat podporu nebo udržovat mezilidské vztahy. Koncept mentalizace hraje důležitou roli ve schopnosti vytvářet si závěry o emocích a stavech mysli druhých lidí (Rajkumar, 2014). Mentalizace je definována jako forma sociálního vnímání, umožňující jedinci odpovídajícím způsobem vyhodnocovat a zpracovávat informace ze sociálních situací a následně chápat chování sebe sama i ostatních. Existují důkazy narušení schopnosti mentalizace u psychotických onemocnění (Harrington, Siegert, & McClure, 2005; Korver, Berry, Meijer, & Haan, 2014). Narušené schopnosti mentalizace mohou vést k chybným atribucím záměrů druhých lidí a potížím v sociálním fungování, což se manifestuje v pozitivních symptomech (Korver et al., 2014).

### 3.3 Environmentální vlivy

V rámci environmentálních vlivů na rozvoj psychotických onemocnění byla zkoumána např. urbanizace – jak uvádí Bankovská Motlová a Španiel (2017), riziko schizofrenie stoupá spolu s hustotou obyvatelstva a osídlením, uvažuje se o větším riziku infekčních onemocnění jako zprostředkujícím vlivu. Mezi další environmentální vlivy zmínění autoři uvádí výživu plodu během prvního trimestru těhotenství, onemocnění chřipkou ve druhém trimestru, a stáří otce (Bankovská Motlová, & Španiel, 2017; Miller, Culpepper, Rapaport, & Buckley, 2013). Zajímavý je zvýšený výskyt schizofrenie u migrantů (Compton, 2005). Nelze opomenout výzkumy vlivu užívání marihuany, pravidelní uživatelé mají větší šanci na rozvinutí onemocnění, stejně tak užívání v adolescenci může mít za důsledek časnější počátek nemoci, který se nepozoruje u užívání alkoholu nebo jiných návykových látek. Užívání marihuany během onemocnění zvyšuje riziko relapsu, souvisí i s počtem a délkou hospitalizací (Bankovská Motlová, & Španiel, 2017).

### 3.4 Integrativní teorie

Teorie **schizofrenie jako progresivní neurovývojové poruchy** (Bankovská Motlová, & Španiel, 2017) propojuje genetickou predispozici založenou na více genových polymorfismech, rizikové faktory v prenatálním vývoji (malnutrice, infekce, poškození plodu či vliv dlouhodobého stresu matky a věk otce), perinatální vlivy (mozková traumata, hypoxie během porodu) a časná narušení vývoje mozku, které mohou ústít ve vytvoření vulnerability, konkrétně je uváděno narušení vývoje kůry v oblasti okolo Sylviovy rýhy a dorzolaterální prefrontální kůře. V dalším vývoji závisí na maturationálních procesech mozku (Rapaport, Addington, Frangou, & Psych, 2005; Bankovská Motlová, & Španiel, 2017). V období puberty může narušená transmise dopaminu ústít v poškození zpracování

významotvornosti podnětů na kognitivní úrovni, které vede ke krystalizaci pozitivních příznaků (Bankovská Motlová, & Španiel, 2017).

**Model vulnerabilita-stres** u schizofrenie je jedním z výchozích současných konceptů nemoci, integruje paradigmatata založená na dědičnosti, abnormálním vývoji mozku a fyziologickém i psychologickém vývoji (Yank, Bentley, & Hargrove, 1993). Zjištění, že genetické faktory predisponují, ale nejsou dostačující k tomu způsobovat psychotické onemocnění, vytvořily prostor ke zvažování modelů vulnerability, zranitelnosti, která by mohla interagovat mezi vývojovými predispozicemi a stresem při spuštění psychózy. Model popisuje neurální defekt způsobený genetickými a perinatálními faktory, popřípadě genetickou predispozicí ke schizofrenii. Tato diatéza, náchylnost, je následně modifikovaná ranými mezilidskými zkušenostmi v determinaci následné vulnerability. Ta dále interaguje se stresory a biologickými, psychologickými i sociálními faktory a ovlivňuje tak rozvoj i následný průběh psychotického onemocnění. Faktory přispívající k pravděpodobnosti rozvoji schizofrenie jsou zahrnovány pod koncept vulnerability, která interaguje se stresem ve vytvoření pomyslného prahu, kdy se nemoc rozvine z subklinické/premorbidní fáze do symptomatického projevu (Yank et al., 1993).



## 4. Rané averzivní zážitky a traumatizace

Jedním z ústředních zkoumaných témat této práce je vliv traumatických a averzivních zážitků z dětství na rozvoj a průběh psychotického onemocnění. V angličtině se pro popis a kategorizaci neblahých událostí v dětství užívá pojmů: *traumatic life events, trauma, abuse, adversity*. Využité pojmy se liší podle oblasti výzkumu, například literatura zabývající se depresivními a úzkostnými poruchami rozlišuje traumatické události od obecnějších „negativních životních událostí“, podobně jako se literatura zaměřená na PTSD (posttraumatickou stresovou poruchu) rozlišuje mezi traumatickými událostmi nezáměrnými a těmi, které měly záměr ublížit (Gibson, Alloy, & Ellman, 2016). Jak ale autoři zdůrazňují, literatura zabývající se psychotickými poruchami mezi traumatickými a averzivními životními událostmi často nerozlišuje, což můžeme potvrdit na základě zkušenosti s řešerší pro tuto práci. Začneme tedy rozlišením pojmů trauma a averzivní zážitek.

### 4.1 Trauma

Definice traumatu odkazuje na zážitek ohrožující život jedince, který přesahuje jeho osobnost, dosavadní strategie zvládání a závažně narušuje tělesnou a duševní integritu. „*Trauma je spojeno s osobním významem události, intenzitou a časovým hlediskem [...], jeho rodinným, sociálním a historickým kontextem*“ (Doležalová, Orliková, Kážmer, Drbohlavová, & Csémy, 2017, 8). Traumatická událost je taková, která představuje hrozbu zranění či smrti sebe nebo blízkých a navozuje hrůzu, děs a bezmocnost v době, kdy se odehrává. Traumatické události zahrnují sexuální a fyzické zneužití, domácí násilí, zdravotní trauma, autonehody, terorismus a válečné zážitky, přírodní i lidským faktorem způsobené katastrofy, sebevraždu a další traumatické ztráty (APA, 2008).

Jak uvádí Doležalová et al. (2017), trauma v dětství má potenciál změnit vývoj osobnosti, dále ohroženou rozvojem rizikového chování, užíváním drog či problémy s duševním zdravím. Je ohrožena bazální důvěra ve svět, trauma ovlivňuje i pocit vlastní hodnoty a důvěru v sebe sama. Jako trauma v dětství může být prožívána ztráta vazby s primárními pečovateli, která se pak může rozvinout do vývojového traumatu s rozličnými důsledky, např. narušený neurologický vývoj mozku, deficity ve vztazích, rizikové projevy v chování (Doležalová et al., 2017).

### 4.2 ACE

Morgan a Fisher (2007) pojímají dětské trauma jako široký pojem zahrnující množství averzivních zážitků. Averzivní zážitky z dětství (ACE, Adverse Childhood Experiences) Brown a kolegové uvádí jako „*běžné formy dětského zneužívání a spojených traumatických stresorů*“ (Brown et al., 2007, 962). Obecně je termínu používáno k popisu všech typů zneužívání, zanedbávání a dalších potencionálně traumatizujících zkušeností, které se mohou udát lidem pod 18 let.

Na rozdíl od traumatických zážitků, které v sobě zahrnují setkání se či hrozbu smrti, vážného zranění či sexuálního násilí, představují averzivní zážitky z dětství širší pojem. Zahrnují navíc zkušenosti psychologického zneužívání a zanedbávání, šikanu, ale i ztrátu rodiče či traumatickou separaci od rodiče, vážné nehody, uvěznění či unesení (Gibson, Alloy, & Ellman, 2016). Morgan a Fisher (2007) jako příklady psychosociálních averzit uvádí i deviace v rodičovské komunikaci a diskriminaci. Tito autoři celkově poukazují na poměrně volné nakládání s definicemi traumatu a averzivních dětských zážitků v různých výzkumech, což pak ztěžuje porovnatelnost a ovlivňuje variabilitu výsledků.

Dobrý základ pro definici i výzkum poskytuje „the Adverse Childhood Experiences Study“, nazývaná ACE studie. Tuto velkou epidemiologickou studii provedl v roce 1995 V. Felitti a kolegové (2019) s kohortou více jak 17 tisíc probandů, u kterých retrospektivně zkoumali vystavení dětským stresorům. Zkoumali konkrétně 10 stresorů, posléze nazvaných ACE. Těchto 10 zkoumaných faktorů se nejčastěji používá k definici averzivních dětských zážitků.

ACE dle Felitti et al. (2019):

1. fyzické zneužívání
2. emocionální zneužívání
3. sexuální zneužívání
4. emoční zanedbávání
5. fyzické zanedbávání
6. zneužívání látek v domácím prostředí
7. duševní onemocnění v domácím prostředí
8. rodičovský rozvrat
9. svědectví domácího násilí
10. kriminalita v domácím prostředí.

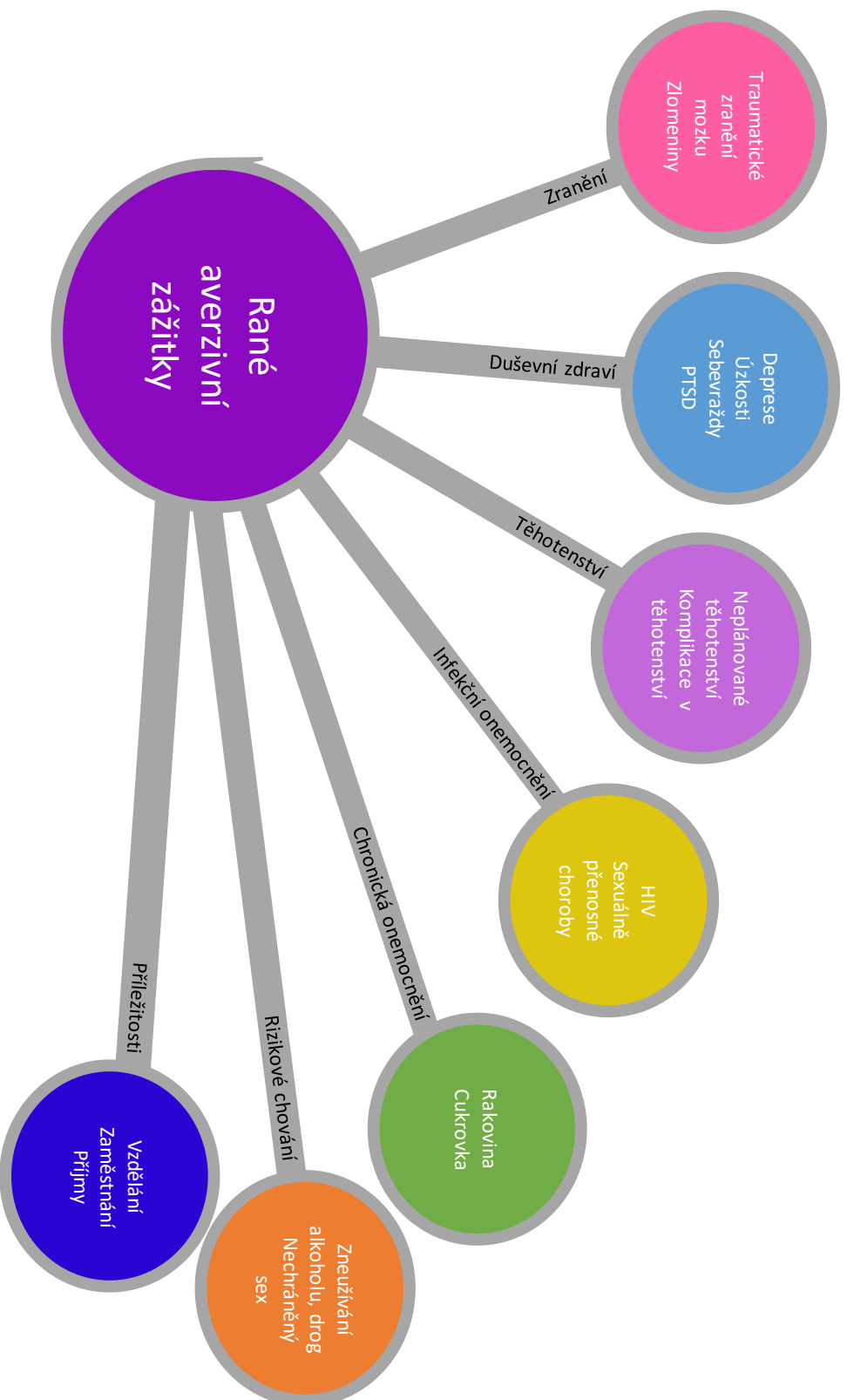
Hodnocení těchto 10 ACE představovalo významný posun od dosavadních výzkumů, které se zaměřovaly převážně na přispění jediné z těchto forem zneužití a jejího dopadu na zdraví. ACE studie byla jedna z prvních epidemiologických studií demonstrující, nejen že vystavení každé z 10 kategorií je v populaci běžné, ale že jsou silně propojené. Celkovým počtem ACE u jedince, tzv. ACE skórem, zdokumentovali, že skoro 2/3 dospělé populace měly zkušenost s alespoň jednou z ACE a 40% mělo zkušenost s dvěma a více ACE. ACE studie také demonstrovala, že zneužití, zanedbávání a vážné formy dysfunkční domácnosti souvisí s mnohočetnými sociálními, fyzickými, behaviorálními a duševními zdravotními obtížemi, které se objevují v dospívání a přetrvávají do dospělosti. Jedním z nejdůležitějších přínosů ACE studie bylo zjištění, že dětské averzity mají tendenci se

spoluvyskytovat a objevil se i silný stupňující se „dose-response“<sup>2</sup> vztah mezi ACE skórem a již zmíněnými zdravotními a sociálními důsledky v dospělosti. Zjištění ACE studie ukázala, že vystavení dětskému zneužití a dalším formám traumatu pravděpodobně aktivuje stresovou odpověď organismu, ta může potencionálně narušovat vývoj nervového, imunního a metabolického systému dětí (Murphy et al., 2016; Felitti et al., 2019).

V naší práci budeme tedy převážně pracovat s pojmem ACE, jelikož zahrnuje širší škálu zkušeností a je ve výzkumech lépe definovaná než traumatické zkušenosti. Budeme se zaměřovat na důsledky averzivních zkušeností na duševní zdraví a konkrétně na rozvoj a průběh psychotických onemocnění, považujeme ale za dobré připomenout, že tyto zkušenosti mohou mít dalekosáhlejší a komplexnější dopad. Uvádíme pro stručný přehled infografiku převzatou ze stránek Center pro kontrolu a prevenci onemocnění. Ta shrnuje možné vlivy ACE na zranění, duševní zdraví, průběh těhotenství, infekční onemocnění, chronická onemocnění, rizikové chování a příležitosti v oblasti vzdělání a práce.

---

<sup>2</sup> Anglické označení *dose-response* v tomto případě vyznačuje, čím větší je počet vystavení ACE, tím silnější je vztah se sociálními a zdravotními důsledky v dospělosti (Williams, Bucci, Berry, & Varese, 2018).



Obr. 2. Rané averzivní zkušenosti mají přerušující důsledky (Dostupné z <https://www.cdc.gov/violenceprevention/childabuseandneglect/acestudy/ace-graphics.html>)

### 4.3 ACE v České republice

V našem prostředí se tématu prevalence negativních zážitků z dětství věnoval Velemínský et al. v *Studii negativních zážitků z dětství* (2017a). Respondenty představovali studenti vysokých škol, vzorek čítal 1760 probandů. Výsledky ukázaly na vysokou prevalenci násilí a dalších negativních zážitků, pouze 38 % nezažilo v dětství žádné z ACE, naopak skoro 10 % zažilo 4 nebo více typů ACE (Velemínský, Rost, Samková, Samek, & Sethi, 2017b).

### 4.4 Důsledky ACE na duševní zdraví

Read a Bentall (2012) k historii zkoumání role averzivních zážitků uvádí, že profese zabývající se duševním zdravím byly pomalé, až odporující, v uznání vlivu averzivních zážitků z dětství na duševní poruchy. Počátky lze vystopovat k Sigmundu Freudovi a jeho klientkám se zkušenostmi se sexuálním zneužitím, které byly považovány za fantazie. Až ke konci 20. století byly dle autorů zveřejněny studie uvádějící alarmující rozsah, do jaké míry dospělí zanedbávají a zneužívají děti. Nebyli to psychologové a psychiatři, kdo vytvářel tlak na zodpovězení těchto problematických otázek, ale ženské hnutí (Read & Bentall, 2012). I diagnóza posttraumatické stresové poruchy reagovala na zkušenosti veteránů z Vietnamu, ne na statistiky zneužitých dětí (Read & Bentall, 2012). Po dlouhé době zanedbávání tématu se ale objevilo velké množství studií, demonstrující averzivní zkušenosti jako prediktory množství psychických onemocnění (Read & Bentall, 2012).

O negativních důsledcích dětských averzit dnes už výzkumníci nepochybují, rozcházejí se pouze v zaměření na konkrétní důsledky a teoriích o způsobujícím mechanismu. Traumatické a negativní události v dětství mohou mít bezprostřední důsledky na fyzické zdraví, v dlouhodobém hledisku mohou působením toxického stresu vést k přetrvávajícím biologickým, fyziologickým i psychologickým změnám (Kessler et al., 2010). Stejně tak může negativně ovlivnit vývoj nervové soustavy nedostatek bezpečných a pečujících vztahů, s důsledky v duševním, kognitivním a behaviorálním vývoji dítěte (Kessler et al., 2010; Velemínský et al., 2017a). V pozdějším věku tak ACE souvisí s násilným chováním, abúzem alkoholu a drog, depresemi a sebepoškozováním, nedostatkem fyzické aktivity (Velemínský et al., 2017a). Zmíněné vlivy pak zvyšují riziko vzniku chronických zdravotních obtíží a duševních onemocnění (Maniglio, 2009). Konkrétně pak existují důkazy o depresích, úzkostech, poruchách příjmu potravy, poruchách pozornosti, závislostech na drogách a alkoholu, sebepoškozování a sebevraždách (Norman, Byambaa, Butchart, Scott, & Vos, 2012). Na základě světových průzkumů WHO se odhaduje, že až 30 % duševních poruch v populaci odpovídá svému vzniku averzivním zkušenostem z dětství (Kessler et al., 2010).

K příčinám násilného chování uvádí Krug a kolegové (Krug, Mercy, Dahlberg, & Zwi, 2002) koncepci shrnující rizikové faktory násilí a následně možnosti rizika oslovit preventivními programy.

Jde o tzv. ekologický model, který propojuje **4 úrovně příčin násilí**. Na individuální úrovni (1) představují rizika demografické faktory, poruchy osobnosti, zneužívání látek a zkušenost s násilným chováním v roli oběti, svědka i aktivního účastníka. Na rodinné úrovni (2) je rizikových faktorů více: rozpad rodiny, odloučení rodičů, násilí mezi rodiči, nedostatečná podpora širší rodiny nebo izolace v komunitě, člen rodiny s duševním onemocněním a další příčiny nedostatečného vztahu mezi dítětem a rodičem. Rizikové faktory na komunitní úrovni (3) jsou nezaměstnanost a chudoba, snadný přístup k alkoholu a drogám, absence přirozených sociálních sítí, tolerance násilí v komunitě. Poslední úroveň, společenská (4), obsahuje rizika v ekonomické nevyrovnanosti mezi rodinami, vysokou míru rozvodovosti, nezaměstnanosti, kulturní normy týkající se genderových rolí a vztahu rodič-dítě, systém sociální péče i politická nestabilita (Krug et al., 2002).

Některé z averzí se také ukázaly jako mezigenerační – rodiče, kteří sami prošli trápením v dětství, bojují s vytvořením optimálního prostředí pro své děti. Některé byly prokázány jako vztažené k dalšímu mezigeneračnímu problému, chudobě (Read, & Bentall, 2012). Zneužití v dětství je vztaženo i k závažnosti narušení. Jedinci s historií fyzického nebo sexuálního zneužití v dětství budou dle výzkumu pravděpodobněji přijati do psychiatrické hospitalizace, mohou mít dřívější, delší a častější hospitalizace, budou dostávat více psychiatrické medikace, spíše se budou sebepoškozovat a mít víc pokusů o sebevraždu, budou mít vyšší obecnou závažnost symptomů (Read, & Bentall, 2012).

## 5. ACE a psychotická onemocnění

Následně se budeme věnovat averzivním zkušenostem z dětství jako možnému prediktoru rozvoje psychotického onemocnění. V minulosti byly teze o důležitosti socio-environmentálních faktorů v etiologii psychotických poruch zavržované, převážně kvůli obtížnosti jasně formulovat mechanismus, spojující obě události (Morgan, & Fisher, 2007). Díky současnému postupu v neurovědách a genetice lze lépe uchopit, jak sociální zkušenosti získané v průběhu života interagují s geny a jaký mají vliv na biologický vývoj dospělého jedince. Tyto vhledy se užívají při vytváření biologických modelů propojující averzivní zkušenosti z dětství a psychotická onemocnění v dospělosti (Morgan, & Fisher, 2007).

### 5.1 Diagnostická specifita vztahu ACE a psychózy

Zneužívání v dětství a související traumatické stresory jsou dobře ustanovenými rizikovými faktory v rozvoji akutních a chronických duševních onemocnění (Anda et al., 2007). Nedávné studie dětské traumatizace se zaměřovaly na psychotické symptomy v celkové populaci. Naznačují, že riziko prožívání psychotických symptomů může být zvýšeno u jedinců, kteří byli vystaveni raným averzivním zážitkům. Ze studie Gibsona, Alloye a Ellmana (2016) vyplývá, že traumatické životní události souvisí s širokými i striktními klasifikacemi psychózy, diagnostickými jednotkami i dimenzionálními důsledky psychózy. Zůstává ale nejasné, zda lze zjištěné závěry rozšířit na jedince se soubory symptomů, které jsou kritérii pro specifické psychotické diagnózy. Pro další výzkumy zůstává úkolem ustanovit, jestli je souvislost mezi dětskou traumatizací a psychózou diagnosticky specifická (Morgan & Fischer, 2007). Autoři využívají Kapurovy (2003) hypotézy „psychózy ve schizofrenii“ – dětské averzivní zkušenosti mohou být spojovány s pozitivními psychotickými symptomy ve schizofrenii, tato spojitost ale může být důležitá pro pochopení výskytu psychotických příznaků i v jiných poruchách, než pro pochopení negativních a kognitivních příznaků u schizofrenie. Tento pohled na psychotické příznaky dle Morgana a Fischera (2007) souvisí i se současným hnutím v rámci kognitivní psychologie směrem k zaměření na individuální symptomy, spíše než na diagnózy jako celky.

## 5.2 ACE jako kauzální faktor rozvoje psychotického onemocnění

Read et al. (2005) uvádí zneužití v dětství jako kauzální faktor pro psychózu, specificky pro halucinace - hlasové komentáře a příkazy. Výsledky studie Cronholma et al. (2015) naznačují, že rané dětské trauma zvyšuje riziko pozitivních psychotických symptomů, ze všech diagnostických kategorií vykazovaly psychózy nejsilnější asociace se zneužitím v dětství. Whitfield a kolegové při výzkumu zneužití v dětství a halucinací na 17 tisících dospělých našli statisticky významný a dose-response vztah mezi historií dětského traumatu a historií halucinací. Ve srovnání s jedinci se skórem ACE 0, měli ti se 7 a více ACE 5násobný nárůst rizika zkušenosti s halucinacemi (Whitfield, Dube, Felitti, & Anda, 2005). Autoři uvádí, podobně jako v jiných studiích (Anda et al., 2006), že ač je vztah mezi zkušenostmi s ACE a psychotickými prožitky silný a stupňující se, mechanismus vzájemného vztahu je neznámý. Metaanalýza Varese et al. (2012) odhalila, že se zvýšenými rizikem psychózy souvisí všechny typy ACE. Expozice averzivním zkušenostem obecně zvyšuje riziko psychózy, spíše než typ ACE by s rizikem rozvoje psychotického onemocnění mohly souviset proměnné, jako věk expozice a opakovaná viktimizace. Rané averzivní zkušenosti se málokdy odehrávají v izolaci, dítě vystavené jednomu typu averzity bude pravděpodobně vystaveno dalšímu (Baudin et al., 2017). Integrací několika psychologických a biologických mechanismů, kterými dětské trauma může zvýšit riziko psychózy, lze dle Reada, van Ose, Morrisona a Rosse (2005) vytvořit vskutku integrovaný bio-psycho-sociální model psychózy, oproti převážně biologickému modelu převládajícímu v současnosti.

Morgan a Fischer (2007) ve svém kritickém review zpochybňují výzkumné důkazy, že averzivní zkušenosti v dětství způsobují psychózu, jako kontroverzní a napadnutelné. V jejich pojetí dochází pouze ke zhoršení průběhu nemoci, která by i tak propukla. Uvádí, že zneužití v dětství rozhodně způsobuje prodloužené trápení a může zvyšovat distres prožívaný jedinci, u kterých se rozvine psychotické onemocnění v dospělosti a může vést horšímu průběhu. V klinické praxi je třeba tyto důsledky pečlivě zvážit. Nedávné populační studie dle Morgana a Fischera (2007) naznačují, že riziko prožívání psychotických symptomů může být horší u jedinců, kteří byli vystaveni rané traumatizaci. Navrhované biologické mechanismy, které rozvedeme dále, dodávají těmto důkazům na váze. Závěry z těchto studií však nejsou konzistentní a množství metodologických omezení upozorňují na to, že bychom měli být opatrní na interpretaci těchto výsledků (Morgan & Fischer, 2007).

Syntézou výzkumných zjištění lze dojít k závěru, že vystavení traumatu a averzivním zážitkům v dětství není nutnou nebo dostatečnou příčinou psychózy. Konzistentní vztah mezi ACE a psychózou, časové vzorce i dose-response vzorce u tohoto spojení, spolu s množstvím navrhovaných mechanismů odpovědných za toto spojení, však ukazují na důležitost tohoto tématu. Rané averzivní



zkušenosti pravděpodobně interagují s genetickou zranitelností a dalšími rizikovými faktory ve vyvolání psychotického onemocnění. Musí však být objasněna specifická vztahu mezi ACE a psychózou, samotná zkušenost s traumatem není pro psychotické onemocnění diagnosticky specifická. Averzivní zážitky ústí v transdiagnostickou komplexní sít' důsledků, jak již bylo naznačeno na začátku kapitoly o ACE. Nedostatek specifity ale nezmenšuje robustní spojitost mezi ACE a psychózou, ani důležitost lepšího porozumění faktorů vysvětlující tento vztah (Gibson, Alloy, & Ellman, 2016).

### 5.3 Teoretické modely ACE-psychózy

Pochopení mechanismů, kterými zneužití v dětství vede k psychóze, vyžaduje důkladnou integraci biologických a psychosociálních paradigmat, které vysvětlují, jak averzivní zážitky mohou pozměnit funkce mozku. Ze syntéz výzkumných zjištění vyplývá, že vztah mezi dětskou averzitou a psychózou je mediován několika „rodinami“ proměnných:

- posttraumatické důsledky (disociace, symptomy PTSD),
- afektivní dysfunkce a dysregulace,
- maladaptivní kognitivní faktory (sebedůvěra a přesvědčení, koncepty o sobě a ostatních).

Uvedené rodiny mediátorů nejsou nezávislé ani vzájemně se vylučující. Zneužívání látek se neukázalo jako prominentní mediátor vztahu (Read, van Os, Morrison, & Ross, 2005; Varese et al., 2012; Williams, Bucci, Berry, & Varese, 2018).

**Traumaticko-neurovývojový model** představuje snahu o integraci recipročních, komplexních interakcí mezi sociálními, psychologickými a biologickými faktory v etiopatogenezi psychóz (Read, van Os, Morrison, & Ross, 2005). Traumaticko-neurovývojový (TN) model vysvětluje vztah traumatu a pozitivních psychotických symptomů prostřednictvím míry distresu v reakci na neobvyklé zážitky, hypervigilanci vůči ohrožení a zvýšenou senzitivitou vůči stresu obecně. Zvýšená reaktivita vůči stresu je ústředním rysem schizofrenie, představuje součást konstituční vulnerability, tvořící zátěž v modelu diatéza-stres. Jednou z primárních manifestací stresové odpovědi je aktivace HPA osy (Hypotalamicko-Pituitární-Adrenalinová osa). U schizofrenních onemocnění byla identifikována jedinečná odpověď na aktivaci HPA osy (Walker, & Diforio, 1997). Při přetrvávajícím a zvýšenému vystavení stresu může dojít v HPA ose k trvalým změnám, hlavní je ovlivnění negativních zpětnovazebných systémů, které slouží k tlumení HPA aktivity. Expozice stresu zvyšuje nejen vyplavování kortizolu, ale také dopaminu, který může způsobovat zvýšenou senzitivitu na stres a je tradičně spojován s psychotickými projevy (Read et al., 2005). TN model tedy navrhuje, že trauma, pokud je výrazně časné, prodloužené či závažné, může vytvořit vulnerability, přispívat k vyšší senzitivě na pozdější stresory, a to bez ohledu na genetickou predispozici. Model předpokládá (Read et al., 2005), že genetická vulnerability k psychóze je všudypřítomná a variabilní,

jedná se o funkci několika genů, přispívajících ke kontinuální skryté dimenzi genetického rizika. Je tedy důležité, jaký vztah mohou mít geny a prostředí při vytváření rizika rozvoje psychózy. Některé environmentální faktory mohou vykazovat synergismus s genetickým rizikem, jinými slovy, geny a prostředí se vzájemně posilují. Existují i další vztahy (antagonistické, paralelní). Předpokladem je, že synergismus je dominantní typ vztahu související s prevalencí psychózy (Read, van Os, Morrison, & Ross, 2005).

**Rozšíření teorie psychosociálního stresu a psychózy** (Lataster, Myin-Germeys, Lieb, Wittchen, & van Os, 2012) z modelu vulnerabilita-stres navrhuje kauzální roli averzivních zkušeností v patogenezi psychózy. Vychází z potvrzení vztahu přímé úměry (*dose response*, viz str. 19) mezi averzitami a psychózou. Autoři doplňují původní teorii o navržení souvislosti mezi ranou a nedávnou averzivní zkušeností v predikci psychotických symptomů. Podobně jako v traumaticko-neurovývojovém modelu zdůrazňují roli enviromentálních faktorů v rozvoji onemocnění, v tomto případě je jedním z těchto faktorů nedávná averzivní zkušenost. Raná historie traumatu zvyšuje psychotickou reaktivitu vůči pozdějším stresorům. V jejich výzkumu spolu rané a nedávné averzity silně korelovaly a aditivně interagovaly. Tento vzorec může odhalovat podkládající proces behaviorální senzitivace. Jedinci s averzivními zkušenostmi z dětství se mohou stát zcitlivělymi na pozdější stresory a reagují na stres postupně stále více psychoticky. ACE mohou přispět ke zranitelnosti k rozvoji psychotické poruchy tím, že zesílí vulnerabilitu, zatímco kumulace stresorů v průběhu života může v jednom okamžiku spustit projevy psychózy (Lataster et al., 2012).

## 6. Attachment

Jak již bylo zmíněno, rané averzivní zážitky se nedějí izolovaně a bez souvislosti s prostředím. Jak velkou úlohu v jejich incidenci a následcích má citová vazba s blízkými? Studie ACE a psychotických onemocnění se často zaměřují na jeden typ averzity a další charakteristiky traumat, jako je věk prvního vystavení a vztah s pachatelem či sociální opora, jsou méně výzkumně prozkoumány (Baudin et al., 2017). Dále tedy budeme rozvádět, jak může být dysfunkční attachment jedním z rizikových faktorů pro rozvoj psychotického onemocnění, i jak mohou rané averzivní zážitky ovlivnit attachment u jedinců s psychotickým onemocněním v dospělosti.

### 6.1 Teorie citové vazby

Teorie attachmentu neboli citové vazby, se zabývá emočními vazbami dětí, které si tvoří s jejich primárními pečovateli za účelem vytvoření pocitu bezpečí a jistoty (Bowlby, 1973). Interakce s nejbližšími jsou charakteristické vyhledáváním blízkosti a zabezpečovacím chováním. Postupným vývojem ovlivňuje vnímání těchto interakcí dítětem formování jeho interních „pracovních modelů“ self a druhých. Pozitivní pracovní model je vytvořen, když je primární pečující vnímán jako přístupný, odpovědně reagující a důvěryhodný (Bowlby, 1973). To následně vede k vytvoření jisté vazby. Pracovní modely pak fungují napříč životem jako schémata, které pomáhají jedinci interpretovat a předvídat chování druhých. Neznamena to však, že jsou stabilní a neměnné, organizace vazby není v běhu života statická, interní pracovní modely se mohou adaptovat v závislosti na aktuálních důležitých vztazích nebo životních událostech (Bowlby, 1973). Pracovní modely ovlivňují pozornost, paměť, interpretaci a předpoklady o budoucích interpersonálních interakcích. Obsahují kognitivní prvky, které odráží jedincova přesvědčení o tom, jak je jedinec hodný pozornosti, jak jsou druzí spolehliví. Obsahují rovněž emoce spojované s mezilidskými zkušenostmi, jako je štěstí, strach, vztek. Berry, Barrowclough, & Wearden (2007) poukazují na očividný překryv Bowlbyho pracovních modelů s konstrukty schémat self v jiných kognitivních modelech. Pracovní modely zaměřují pozornost, tvoří očekávání a ovlivňují interpretace nových zkušeností na základě minulých mezilidských interakcí.

Rajkumar (2014) attachment pojímá jako základní biologický mechanismus umožňující přežití, na jehož základě se zároveň vytváří Bowlbyho „pracovní modely“, ve kterých je obsažena reprezentace sebe a druhých. Biologickým podkladem attachmentu může být neurologický koncept zrcadlových neuronů, které v mozku napomáhají napodobování chování druhých. Jde tedy o možný neurální substrát pro modely sebe sama, druhých a rozdílů mezi nimi. Attachment má kruciólní roli ve schopnostech vytvářet si závěry o emocích a stavech mysli ostatních, podobně jako koncepty mentalizace a teorie mysli (Rajkumar, 2014).

## 6.2 Typy attachmentu

Citová vazba je tedy typ emočního pouta, který si jedinec vytváří s blízkou osobou, na kterou se obrací ve chvílích distresu. Vazebný vztah by měl poskytovat bezpečnou základnu, která jedinci umožňuje bezpečně prozkoumávat okolí, rozvíjet a získávat nezávislost (Chris Fraley, 2002). Primárně jsou vazebná pouta vytvářena s pečovateli v dětství, mají ale důležitost skrze celý život. Vazebné chování je spouštěno hrozbami z okolí, distresem, nemocí či únavou – jde o jakoukoli formu chování, která ústí v jedincovo vyhledávání či udržování kontaktu s jeho vazebnou postavou (Bowlby, 1973). Typy attachmentu reflektují reprezentace self a druhých lidí na kognitivně-afektivní rovině, stejně jako strategie zvládnání stresu. Na to, jaký typ vazby si jedinec v dětství utvoří, má velký vliv senzitivita vůči stresu ze strany pečující osoby (Berry et al., 2007).

Většina současných studií se odkazuje na základní 4 typy vztahové vazby, jak je z konceptu Johna Bowlbyho a následně Mary Ainsworth rozvedli Bartholomew a Horowitz (1991), tedy 1 bezpečnou a 3 nejisté – úzkostná (také úzkostně-ambivalentní, angl. *preoccupied*), vyhýbavá (angl. *dismissing*), dezorganizovaná (angl. *fearful*) (Misiak et al., 2017). Tyto typy vazby jsou používané spíše u dospělých, formy překladu anglických pojmů se liší.

**Jistá vazba.** Pokud je pečující konzistentní ve svých reakcích a dokáže dítě uklidnit, vyvíjí se bezpečná, jistá vazba. Jistý attachment se rozvíjí na základě raných interakcí s pečovateli citlivými na dětské potřeby explorační a zároveň řešení distresu a úzkosti. V dospělosti je charakterizována adaptivní regulací afektu, schopností být emočně blízko a zároveň nezávislý v interpersonálních vztazích, vysokou úrovní mentalizace.

**Vyhýbavá (odmítavá) vazba.** Pokud dítě u pečujícího nedokáže vyvolat odpovídající odezvu, učí se inhibovat negativní pocity a vyvíjí se vyhýbavá vazba. U dospělých je typická tendence k deaktivaci emocí a pozornosti vůči duševním stavům sebe i druhých, preferencí udržovat si vzdálenost od ostatních a cenění dosažených úspěchů nad blízkými vztahy. Tyto postoje jsou chápány jako adaptace na rané zážitky odmítavého postoje pečujících na otevřené projevy distresu. Jedinec se přizpůsobuje přehnanou regulací afektu a rozptylujícími strategiemi, jako je zaměření na explorační namísto na vazebný vztah, ve snaze vyrovnat se s distresem v osamění.

**Úzkostná (zahlcující) vazba.** U úzkostné vazby se dítě učí zveličovat negativní afekt, aby vyvolalo odezvu, v důsledku nekonzistentních odpovědí pečující osoby. Ve snaze zajistit si potřebnou pozornost od vazebné osoby jedinec zveličuje expresi emocí a udržuje pozornost vazebných osob na úkor explorační a rozvoje autonomie. V dospělosti má tendenci nedostatečně regulovat emoce, pozitivní pocity jsou často smíšené s pocity vzteku a úzkosti.

**Dezorganizovaná vazba.** Vyvíjí se v důsledku narušené zkušenosti s pečujícím, v případech zanedbávání, rané ztráty či ohrožující zkušenosti, jakou je zneužití. Dezorganizovaná vazba je charakteristická chvilkovými narušeními organizovaného vzorce i závažnějšími propady. U tohoto typu už neexistuje strategie úspěšné regulace emocí, ústící v nekoherentní stavy mysli a nekonzistentní prožitek self. Dle některých autorů dezorganizovaná vazba predikuje obecně psychopatologii, sociální i kognitivní obtíže. (Carr, Hardy, & Fornells-Ambrojo, 2018; Berry et al., 2007; Harder, 2014; Misiak et al., 2017).

### 6.3 Vazebný styl

Ač byla teorie vazby původně vytvořena k popisu emoční vazby mezi dítětem a rodičem, byla dále využita ve studiu vztahů dospělých, psychologických procesů interpersonálního fungování, emoční regulace, copingových strategií a duševního zdraví. Při zkoumání vazebné teorie u dospělých se většina výzkumníků zaměřila na systematický vzorec vztahových očekávání, emocí a chování, které vyplývaly z vazebné historie jedince, kterou Hazan a Shaver (Hazan, & Shaver, 1987, in Mikulincer, & Shaver, 2012) nazvali **vazebný styl**. Vazebný styl může být měřen ve 2 nezávislých dimenzích, a to **vazebně vztažené úzkosti** a **vazebně vztaženému vyhýbání**. Pozice na ose úzkosti naznačuje stupeň, do jaké míry se jedinec obává, že jeho blízký nebude dostupný a ochotný pomoci v okamžiku potřeby. Pozice na ose vyhýbavosti naznačuje, do jaké míry jedinec nevěří dobré vůli blízké osoby a snaží se udržet nezávislost, emoční odstup a spoléhat jen sám na sebe. Dimenze úzkosti a vyhýbání jsou měřitelná a spojená s teoreticky predikovatelnými kvalitami vztahu. Vazebná úzkost do velké míry odráží pozitivní vnímání druhých a negativní vidění sebe. Vazebná vyhýbavost odráží negativní vnímání druhých a pozitivní vnímání sebe (Mikulincer, & Shaver, 2012). Dimenze vazebné úzkosti vs. vyhýbavosti jsou považovány za nezávislé v teoretickém ohledu i při výzkumném měření (Cameron, Finnegan, & Morry, 2012). Existují ale i studie, které toto zpochybňují a dokazují, že spolu vzájemně souvisí (Castilho, 2016). Pro znázornění souvislosti mezi vazebnými styly a jednotlivými typy vazby níže uvádíme model dospělého attachmentu dle Bartholomew a Horowitz (1991).

## MODEL SEBE (ÚZKOSTNOST)

		<b>Pozitivní (Nízká)</b>	<b>Negativní (Vysoká)</b>
<b>MODEL DRUHÝCH (VYHÝBAVOST)</b>	<b>Pozitivní (Nízká)</b>	<b>JISTÝ</b>  Vysoká sebeúcta, věří, že druzí jsou dostupní a důvěryhodní. Příjemný pocit z autonomie a vytváření blízkých vztahů s druhými.	<b>AMBIVALENTNÍ</b>  Pocit vlastní hodnoty je závislý na získání pocitu přijetí a souhlasu od druhých.
	<b>Negativní (Vysoká)</b>	<b>VYHÝBAVÝ</b>  Patrný pozitivní sebnáhled, popírá pocity distresu a znevažuje důležitost blízkých vztahů.	<b>DEZORGANIZOVANÝ</b>  Negativní sebnáhled, nedostatek důvěry vůči druhým a následné obavy z blízkých vztahů, vysoká míra distresu.

Obr. 4. Model dospělého attachmentu (Bartholomew, & Horowitz, 1991).

Jedincova pozice v dvoudimenzionálním koncepčním prostoru, definovaném vazebnou úzkostí a vyhýbavostí, odráží jedincovo vnímání vazebného bezpečí a způsoby, jakými se vyrovnává s ohrožením a distresem (Mikulincer, & Shaver, 2012). Jedinci skórující nízko na těchto dimenzích jsou obecně jistí a mají tendenci uplatňovat konstruktivní a efektivní strategie regulace afektu. Jedinci skórující vysoko ve vazebné úzkosti či vyhýbání, jsou spíše nejistí a spoléhají na deaktivující či hyperaktivační vazebné strategie ve snaze vyrovnat se s ohrožením. Jedinci, kteří vykazují vyšší míry **vyhýbavé vazby**, se spíše spoléhají na deaktivující strategie. Snaží se nevyhledávat blízkost, popírají vazebné potřeby, vyhýbají se blízkosti a spoluzávislosti ve vztazích. Tyto strategie se rozvíjí ve vztazích, kdy vazebné osoby nesouhlasí či trestají projevy blízkosti i vyjádření potřebnosti či zranitelnosti (Mikulincer, & Shaver, 2007). Naopak, jedinci, kteří skórují vysoko ve **vazebné úzkosti**, se spoléhají spíše na hyperaktivační strategie, energetické pokusy o blízkost, podporu a lásku ve spojení s nedostatkem víry, že tyto zdroje budou poskytnuty. Pokud se jich nedostane, reagují nenávistně a zlostně (Cassidy, & Kobak, 1988). Tyto reakce se odehrávají ve vztazích, kdy je vazebná osoba dostupná pouze někdy a spíše nekonzistentně. Potřebný jedinec je tak umístěn do vzorce částečného posílení, který odměňuje vytrvalost v pokusech o navázání blízkosti, jelikož tak občas uspěje (Mikulincer, & Shaver, 2007).

Interakce s nekonzistentními, nespolehlivými nebo necitlivými vazebnými osobami narušuje vytvoření jisté a stabilní duševní základny, snižuje resilienci při vyrovnávání se se stresujícími životními událostmi a predisponuje jedince k psychologické zranitelnosti v krizových obdobích (Mikulincer, & Shaver, 2012). Vazebnou nejistotu lze tedy vnímat jako obecnou zranitelnost vůči duševním poruchám, specifická symptomatologie závisí na genetických, vývojových a environmentálních faktorech (Mikulincer, & Shaver, 2012).

## 7. Attachment a psychotická onemocnění

Olbert et al. (2016) považují attachment za klíčový vývojový koncept u psychotických onemocnění, a to v ohledu interpersonálního fungování a sociální kognice. Teorie vazby konceptualizuje způsoby, jakými je sociální kognice, interpersonální zkušenosti a regulace afektu zahrnuta v rozvoji mezilidského fungování a psychologickém distresu. Lze jí využít k pochopení povahy a rozvoje sociálního vnímání, role a prediktorů mezilidských potíží v souvislosti s rozvojem a průběhem psychotického onemocnění. Jednotlivé vazebné typy odráží rozdíly mezi jednotlivci v přesvědčení o sobě a druhých, interpersonálním fungování a regulaci emocí. Psychosociální modely psychóz zdůrazňují důležitost negativních přesvědčení o sobě a společnosti v ohledu zranitelnosti (Berry et al., 2007). Vhledy poskytnuté teorií vazby mohou obohatit současnou konceptualizaci psychózy důrazem na vhledy o povaze a vývoji sociálního chápání, vytvoření specifičtějších hypotéz o roli mezilidských vztahů v rozvoji a průběhu psychotického onemocnění (Berry et al., 2007; Korver, Berry, Meijer, & Haan, 2014).

### 7.1 Rizikové faktory

Jedním z rizikových faktorů pro rozvoj psychotického onemocnění jsou obtíže v mezilidském fungování. Izolace, abnormality v komunikaci, narušené vazby s vrstevníky predisponují jedince k rozvoji psychotických symptomů (Berry et al., 2007). Teorie attachmentu predikuje souvislost mezi ranými interpersonálními zkušenostmi a současnými vazebnými styly s tím, jak se udržují maladaptivní vzorce sociálního vnímání, a zároveň poskytuje rámec pro uchopení povahy mezilidských obtíží u psychotických onemocnění. Tyto obtíže jsou spojovány s různými vazebnými typy (Berry et al., 2007).

Mikulincer a Shaver (2012) pojmenovali některé procesy, které ovlivňují vztah mezi nejistými typy vazby a psychopatologií. Uvádí **narušenou reprezentaci self**, v důsledku nedostatku citlivosti a dostupnosti rodičů. Nedostatečná koheze sebe sama, pochyby o vnitřní soudržnosti a kontinuitě self, narušená sebedůvěra a závislost na pochvale druhých jsou podle autorů rizikovými faktory rozvoje duševního onemocnění. Jistá vazba poskytuje podporu pro učení se konstruktivním strategiím **emoční regulace**. Oproti tomu jedinci s úzkostnou vyhýbavou vazbou mají tendenci k regulaci emocí pomocí jejich zesílení a vyjádření. **Potíže ve vztazích** – opakované selhání v zajištění podpory od vazebných osob a udržení pocitu bezpečí vede ke spoléhání se na sekundární vazebné strategie deaktivace či hyperaktivace, což narušuje získání sociálních dovedností a vytváří mezilidské potíže (Mikulincer, & Shaver, 2012).

## 7.2 Typy attachmentu a psychotické symptomy

Výsledky klinických studií, zkoumající typy attachmentu a psychotické symptomy, jsou spíše nekonzistentní, byly nalezeny různé spojitosti mezi psychotickými fenomény a typy vazby, v ohledu vazebných stylů už se ale autoři spíše shodují. Neklinické výzkumné vzorky ukazují na souvislost mezi vazebnou vyhýbavostí a paranoiou, vazebná úzkost i vyhýbavost souvisí s halucinacemi (MacBeth, Gumley, Schwannauer, & Fischer, 2011). Konzistentně s predikcemi vazebné teorie, podobně jako u jiných forem psychopatologie, je nejistá vazba signifikantně častější u psychóz než u neklinických vzorků (MacBeth et al., 2011). V rámci nejisté vazby je obzvláště častý vyhýbavý vazebný typ (MacBeth et al., 2011).

Ponizovsky, Vitenberg, Baumgarten a Grinshpoon (2013) zkoumali, zda nejisté vazebné typy souvisí se závažností psychotických symptomů a emočního distresu u jedinců se schizofrenií. Úzkostné a vyhýbavé vazebné vzorce souvisely s vyššími skóry psychotických symptomů (bludná přesvědčení, podezíravost, halucinatorní chování) a afektivních (úzkost, napětí, pocity viny, deprese) symptomů. Vyhýbavé vzorce souvisely pouze s úzkostností. Všechny typy nejisté vazby souvisely se zvýšeným emočním distresem (Ponizovsky et al., 2013). Berry et al. (2007) ve své přehledové studii vyhodnotili vysokou míru nejisté vazby u jedinců s psychotickým onemocněním. Stejně tak v metaanalýze Carr et al. (2018) byla prevalence nejisté vazby signifikantně vyšší u jedinců s psychózou (76 %), než u neklinického vzorku (38 %), nejčastější přitom byl úzkostný typ vazby. Také našli malý, ale signifikantní vztah mezi závažností pozitivních symptomů a dezorganizovaným attachmentem (Carr et al., 2018). Dle Reada a Gumleyho (2008) je nejistá vazba je spojena s chudšími interpersonálními vztahy a méně integrativními styly zotavení, které jedince predisponují k odchylným percepčním a prožitkům. Vazebná nejistota byla běžná u jedinců s různými duševními poruchami, od lehkého rozrušení po poruchy osobnosti a schizofrenii. Novější výzkumy potvrzují vazebnou nejistotu (úzkostnou i vyhýbavou) u deprese, úzkostných poruch, obsedantně-kompulzivní poruchy, PTSD, suicidálních tendencí a poruch příjmu potravy (Mikulincer & Shaver, 2012). Vazebná nejistota je také klíčovým prvkem u poruch osobnosti, i když specifické typy nejisté vazby se liší napříč typy poruch osobnosti (Mikulincer & Shaver, 2012).

Je ale nejistá vazba dostatečnou příčinou duševních poruch? Dle Mikulincera a Shavera (2012) je nepravděpodobné, že by šlo o dostatečné činitele duševních poruch, rozhodně nad rámec poruch jako je separační úzkost a patologický zármutek, kde jsou vazebná zranění hlavními příčinami a tématy. Další faktory (temperament, inteligence, životní historie včetně zneužití) se pravděpodobně podílí či zesilují důsledky vazebných zkušeností na cestě k psychopatologii. Faktory životní historie jsou také důležité, např. souvislost mezi vazebnou nejistotou a depresí je vyšší u jedinců se zkušeností zneužití v dětství (Whiffen, Judd, & Aube, 1999). Stresující životní události, chudoba, zdravotní potíže a



zapojení do turbulentních vztahů v adolescenci také posilují spojení mezi vazebnou nejistotou a psychopatií (Davila et al., 2004). Kauzální spojení mezi attachmentem a psychopatií také komplikuje zjištění, že psychologické obtíže mohou zvýšit vazebnou nejistotu (Mikulincer & Shaver, 2012). Vcelku se zdá, že vazebná nejistota přispívá nespécificky k mnoha druhům psychopatie.

## 8. Teoretické modely vysvětlení vztahu ACE-attachment-psychóza

Z výzkumných zjištění vyplývá poměrně jasná spojitost s ranými averzivními zážitky a psychózou. Jedinci s psychotickým onemocněním mají alespoň dvounásobnou pravděpodobnost, že budou vystaveni ACE (Varese et al., 2012). Teoretické modely psychóz se v odpovědi na to posunuly k epigenetickému konceptu, který popisuje, jak může rané trauma ovlivnit vývoj mozku skrze funkce regulace stresu HPA osy (Read, Bentall, & Fosse, 2009). Studie neklinických vzorků prokázaly, že psychotické prožitky jsou na subklinické úrovni v populaci běžné, což posunulo konceptualizaci psychóz k poruchám existujícím na kontinuu a alespoň částečně ovlivněné ranými interpersonálními zážitky (Carr et al., 2018; Berry, Wearden, Barrowclough, & Liversidge, 2006). V té souvislosti se začal zdůrazňovat i význam teorie vazby jako potencionálního rizikového i protektivního faktoru u psychóz (Carr et al., 2018). Narušení ve výchově, mezi které lze počítat i ACE, nejen ovlivňují způsob vztahování se k druhým v dospělosti, ale také mění neuroendokrinní funkce regulování stresu v mozku (Barker, Gumley, Schwannauer, & Lawrie, 2015). Tento rámec emoční regulace by mohl pomoci vysvětlit rozvoj psychózy, skrze zvýšenou vulnerabilitu vůči stresu a maladaptivní copingové strategie, jako důsledek rané averzity, které následně ovlivní rozvoj a vyjádření příznaků, potažmo i zotavení z nich (Carr et al., 2018). Následně uvedeme několik modelů, kterými různí autoři teoreticky uchopují možné cesty, vedoucí od raných averzivních zážitků přes attachment až k rozvinutí psychotického onemocnění.

### 8.1 Kognitivní modely

Kognitivní modely popisují vyoření pocitu ohrožení a paranoie, z které se rozvíjí perzekuční bludy. Pocity ohrožení mohou být založeny na preexistujících negativních přesvědčení o sobě, spolu s ohrožujícím vnímáním druhých. Spojitost mezi negativním přesvědčením o sobě a druhých s paranoiou byla prokázána u klinických i neklinických vzorců populace. Negativní přesvědčení tak mohou sloužit jako klíčové mediátory ve vztahu mezi traumatem a psychózou (Misiak et al., 2017).

Rané averzivní zkušenosti mohou blokovat efektivní sociální zapojení a vést k izolaci, která sama o sobě může podporovat rozvoj psychotických symptomů. Kognitivní modely udávají, že traumatické zážitky zvýrazňují negativní a maladaptivní schémata světa, self a druhých (Korver-Nieberg et al., 2013). Tyto modely zvažují i roli kognitivních zkreslení, které vedou k chybám tzv. vnějšího hodnocení (*external appraisal errors*). Dětské ACE mohou ovlivnit vyhodnocení vnitřních prožitků jako pocházejících z vnějšího prostředí. Tzv. model očekávání ohrožení (*Threat Anticipation Model*) říká, že interpersonální traumata mohou vyvolávat přesvědčení o ohrožení a následně tak interpretovat i perzekuční bludy (Catalan et al., 2017; Garety, Kuipers, Fowler, Freeman, & Bebbington, 2001).

Mentalizace představuje schopnost vytvářet si závěry o emocích a stavech mysli sebe i druhých lidí (Rajkumar, 2014). Kapacita mentalizovat, operacionalizovaná jako reflektivní funkce, se vyvíjí v kontextu jisté vazby (MacBeth et al., 2011). Negativní mezilidské zkušenosti během dětství omezují jedince možnosti rozvoje mentalizačních schopností, následně narušující jeho chápání vlastních i cizích duševních stavů. Mentalizace představuje potencionální protektivní a adaptivní faktor při zvládnání náročných životních situací, mezi které lze počítat i zkušenost s psychotickým onemocněním. Množství fenoménů souvisejících s psychózou obsahují narušenou mentalizaci, jako je rigidní přesvědčení o úmyslech ostatních na základě pouze vnějšího pozorování fyzických projevů, ztráta schopnosti zvážit alternativní pohled na základě vnitřních duševních stavů. (Debbané et al., 2016; MacBeth et al., 2011).

## 8.2 Teorie sociální porážky

Výzkumy zaměřené na negativní sociální jevy, jako je chudoba, diskriminace a sociální deprivace, často přicházely se závěrem, že etničtí migranti do rozvinutých zemí mají větší riziko rozvoje psychózy (Cantor-Graae, & Selten, 2005; Rajkumar, 2014). Sociální znevýhodnění dle této teorie může vést k rozvoji psychotického onemocnění (Rajkumar, 2014). Teorie sociální porážky zdůrazňuje význam přetrvávajícího vystavení podřízené pozici. Jde o jeden z environmentálních rizikových faktorů rozvoje psychotického onemocnění. U jedinců s vysokým rizikem rozvoje psychózy byly pocity ztráty postavení nebo nevydařeného boje spojovány se mírnými psychotickými příznaky. Rané vzpomínky na stud v důsledku traumatických událostí byly asociovány s paranoiou v obecné populaci, u pacientů se schizofrenií jsou pocity zahambení, porážky a bezvýchodnosti spojovány s pozitivními příznaky, jako sluchové halucinace a podezřívavost (Misiak et al., 2017). Sociální porážka se ukázala jako důležitý mediátor ve spojení mezi ACE a pozdějším rozvojem psychózy, na úrovni psychotické zkušenosti v populaci i u klinického vzorku (Misiak et al., 2017). Dětské averzity, obzvláště ty spojené s blízkými mezilidskými vztahy, nebo pozdější významná interpersonální traumata, vedou k vytvoření přesvědčení o sobě jako zranitelném a o ostatních jako zdrojích ohrožení, což pak vyvolává rozvoj a udržování psychotických příznaků (Penn et al., 1997). Výzkumy podaly důkazy o nízkém sebevědomí u lidí s psychózou, nízké sebevědomí je zároveň prediktivním faktorem rozvoje psychózy (Berry et al., 2007). Psychotická přesvědčení jsou rezistentnější vůči změně, pokud je jejich obsah konzistentní s negativními přesvědčeními o sobě, ostatních a světě (Berry et al., 2007).

Přesvědčení o sobě jako zranitelném a blízkých jako zdroji ohrožení je typické pro vyhýbavý typ vazby (Debbané et al., 2016). Dítě čelící hrozbě nebo nebezpečí automaticky aktivuje vazebné potřeby, které spouští mechanismy přibližující je k pečující osobě, za účelem zajištění bezpečí. V případech, kdy pečující osoba je zároveň zdrojem zneužívání, musí dítě zvládnout potenciální

riziko spojené s blízkostí pečovatele. Tato hrozba může být zvládnuta osvojením hypervigilantního postoje vůči pečujícímu, který představuje pokus dítěte předpovídat či kontrolovat ohrožující stavy mysli pečovatele (Debbané et al., 2016). Jinou variantou či možnou kombinací je manifestace vyhýbavého chování, charakteristické pro vyhýbavý typ vazby, za účelem udržet zdroj ohrožení v bezpečné vzdálenosti (Debbané et al., 2016).

### 8.3 Afektivní dysregulace

Jak již bylo zmíněno, typ vztahové vazby reflektuje kognitivně-afektivní reprezentace self a druhých, stejně jako strategie zvládnání stresu. Afektivní dysregulace je spojena se zkreslením reality, pacienti se schizofrenií neutrálnímu stimulu spíše připsí negativní význam (Kramer et al., 2014; Misiak et al., 2017). Mechanismus negativního hodnocení ústí ve vysoce maladaptivní hodnocení reality, které vede ke zvýšenému riziku psychotických prožitků mezi ohroženými jedinci. Afektivní dysregulace tak přímo prohlubuje psychotické fenomény a zvyšuje riziko psychotické poruchy (van Rossum et al., 2011). Historie averzivních zkušeností v raném životě je spojována se zvýšenou reaktivitou na stres u pacientů s psychózou (Lardinois et al., 2009). Jedinci s vysokým genetickým rizikem psychózy a psychotičtí pacienti reagují se silnějšími negativními emocemi na normální, každodenní stresory. Vazebné styly se ukázaly jako mediátory spojení mezi ACE a psychotickými symptomy (Misiak et al., 2017). Trauma zvyšuje pravděpodobnost přidaných afektivních, úzkostných a psychotických symptomů, které mohou být přítomné už v nejranějších stádiích psychopatologie. Psychosociální stres způsobuje významné uvolnění dopaminu, zvláště u jedinců, kteří mají zkušenost s malou mateřskou péčí (Misiak et al., 2017).

### 8.4 ADC hypotéza

Rajkumar (2014) navrhuje hypotézu založenou na Bowlbyho rámci teorie attachmentu, nazvanou ADC hypotéza (attachment-developmental-cognitive). Integruje nedávný vývoj modelů schizofrenie, výsledky studií zkoumající vliv vazby na vývoj mozku a kognitivní vývoj a různá fakta o vlivu a důsledcích psychotických onemocnění. Dle této hypotézy vedou narušené vztahy v dětství k jádrovým psychologickým a neurochemickým abnormalitám, které jsou zapojené do vzniku schizofrenie a ovlivňují její důsledky. Rozvíjí model sociální porážky a traumagenický model, bere schizofrenii nejen jako neurovývojovou poruchu se silným genetickým komponentem, ale přidává k ní nezbytnou tezi o vlivu psychosociálních faktorů. Říká, že je třeba brát v potaz faktory ovlivňující vývoj mozku během dětství a dospívání, nejen závažná traumata, ale i hrozby nebo reálné narušení vazebného pouta i formy nejistého attachmentu.

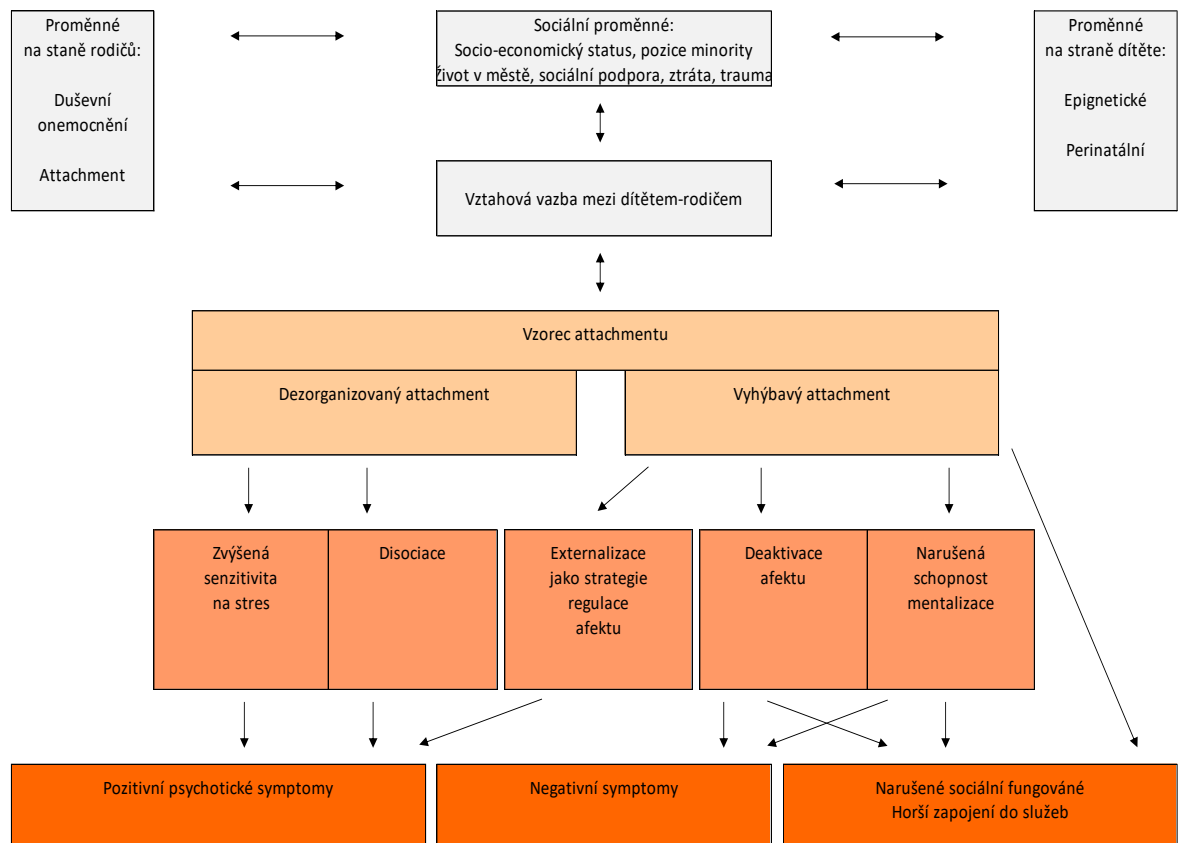
ACE jsou v tomto pojetí nejen patogenní události, mohou být také důvody závažnějšího a déletrvajícího narušení citové vazby. Neurovývojový model „zranění“ rozvíjejícího mozku poukazuje na abnormality v neurální konektivité, která jedince může predisponovat k rozvoji psychotického onemocnění, když je v dospívání či dospělosti vystaven stresorům (França et al., 2020). Jako „zranění“ lze brát genetické abnormality, perinatální změny jako infekce, nebo i deficity ve vazbě. (Rajkumar, 2014) Narušení dětské vazby vede k deficitům v neurálních reprezentacích sebe a ostatních, narušení dovedností teorie mysli a senzitivizaci mezolimbické dopaminové dráhy, která je důležitá ve formaci pozitivních psychotických symptomů (Howes et al., 2009). Takový jedinec tedy je nejen zcitlivělý vůči stresu, ale má i narušenou kapacitu na něj reagovat kognitivně i emočně. Podle kognitivních modelů toto vede k rozvoji bludů, halucinací a fenoménu pasivity, stejně jako k narušení mezilidských vztahů. Skrze tyto dráhy nejistý attachment může ovlivnit rozvoj schizofrenie i její dlouhodobý průběh a prognózu. Toto nevyklučuje zapojení genetických, biochemických či neurofyziologických faktorů. Hypotéza nepředpokládá lineární kauzalitu, spíše přivádí do popředí zanedbaný aspekt lidského vývoje a využívá ho k vysvětlení některých konceptů existující literatury k tématu psychóz (Rajkumar, 2014).

### 8.5 Integrativní model psychózy

Další systematické propojení zmiňovaných složek nabízí Debbané a kolegové (Debbané et al., 2016) ve svém integrativním modelu psychotického onemocnění. Vychází z 3 základních předpokladů: (1) jistá vztahová vazba představuje nespecifický protektivní faktor u jedinců se zvýšeným rizikem rozvoje psychózy. (2) Narušená vztahová vazba může ovlivnit alespoň 5 různých neurobiologických cest zapojených do udržování mentalizace. (3) Mentalizace může sloužit jako moderující faktor pro vyjádření psychózy.

Dle této teorie je jistota vazby na interpersonální úrovni spojena s chováním zajišťujícím pomoc, u jedinců s psychózou s lepšími důsledky onemocnění (Debbané et al., 2016). V preklinických fázích u jedinců s rizikem rozvoje nemoci souvisí jistota vazby s méně závažnými manifestacemi raných psychotických symptomů. Na psychologické úrovni poskytuje jistota vazby klíčový vývojový kontext v dosažení přiměřené sociální kognice a mentalizace (Debbané et al., 2016). Narušení vztahové vazby je často navázáno na raná dětská traumata a šikanu během adolescence (Debbané et al., 2016). U některých jedinců mohou takové averzivní zkušenosti podkládat využití úzkostných, vyhýbavých nebo dezorganizovaných vazebných strategií. Zatímco tyto strategie mohou představovat pokusy o adaptaci na hostilní prostředí, jsou zároveň zdrojem narušení vývoje kapacity chápat duševní pochody sebe i druhých a ovlivňují rozvoj dovedností sociální kognice (Debbané et al., 2016). Dobře prozkoumaný vztah mezi nejistou vazbou, traumatem a psychózou nepředstavuje kauzální, etiologický řetězec událostí směřující k rozvoji psychotického onemocnění, ale spíše

transakční proces odehrávající se během vývoje, který zvyšuje riziko přechodu do psychózy u ohrožených jedinců, na základě narušení schopnosti mentalizace během dětství a dospívání (Debbané et al., 2016).



Obr. 5. Mechanismy psychosociálních rizikových mechanismů v rozvoji psychózy – model založený na attachmentu (Harder, 2014).

## 9. Stigmatizace a sebestigmatizace u psychotických poruch

V této kapitole se budeme věnovat stigmatizaci a sebestigmatizaci, jako důležitým faktorům ovlivňujícím průběh a důsledky psychotických onemocnění, potencionálně i jejich rozvoj, a navážeme tak na teze uváděné v předchozích kapitolách o vlivu raných averzivních zážitků a attachmentu. Stigmatizace odkazuje na stereotypní negativní postoje, přesvědčení a obavy spojené, v našem případě, s diagnózou duševního onemocnění. Jak zjistil Winkler a kolegové (Winkler, Csémy, Janoušková, & Bankovská Motlová, 2014) míra stigmatizujících postojů vůči duševně nemocným v Česku je až alarmujícího rozsahu ve srovnání s Anglií. Důsledky stigmatizace jsou rozličné, vedou k diskriminaci (např. v zaměstnání, v léčebné péči), společenské marginalizaci, snížení kvality života i k přijetí stigmatizujících postojů samotnými nemocnými – sebestigmatizaci. (Thornicroft et al., 2009; Holubová et al, 2016; Vrbová, Praško, Ocisková, & Holubová, 2017). Pro větší názornost a následné lepší čtení uvádíme tabulku dle Ociskové a Praška (2015) s přehledným znázorněním druhů stigmatu, viz Obr. 7.

DRUH STIGMATU				
VEŘEJNÉ		OSOBNÍ		
Vztah veřejnosti ke stigmatizovaným lidem, společenská podpora předsudků a diskriminace.		Individuální zpracování společenských předsudků a diskriminace na úrovni stigmatizovaného.		
Sociální	Strukturální	Vnímané	Zakoušené	Internalizované
Nastavení společnosti vůči minoritním skupinám. Spadá sem zejména téma předsudků, vtipů o stigmatizovaných nebo individuální diskriminace. Termín téměř totožný s veřejným stigmatem.	Vztah institucí ke stigmatizovaným. Pravidla, vnitřní normy nebo způsob financování institucí, které mají neblahý dopad na stigmatizované a omezují jejich práva a životní příležitosti.	Také očekávané. Přesvědčení stigmatizovaného o postojích společnosti k němu a lidem s podobnými stigmatizovanými atributy. Stigma projevující se na úrovni teorie mysli.	Reálně prožívané stigma, setkání s nepřijetím nebo diskriminací kvůli stigmatizovanému atributu a vědomí toho, že k nerovnému zacházení došlo kvůli přítomnosti stigmatizovaného atributu.	Proces, během něhož jedinec přijme za své předsudky společnosti a začíná stigmatizovat sebe samého. Vyčleňuje se ze společnosti a považuje se za méněcenného.

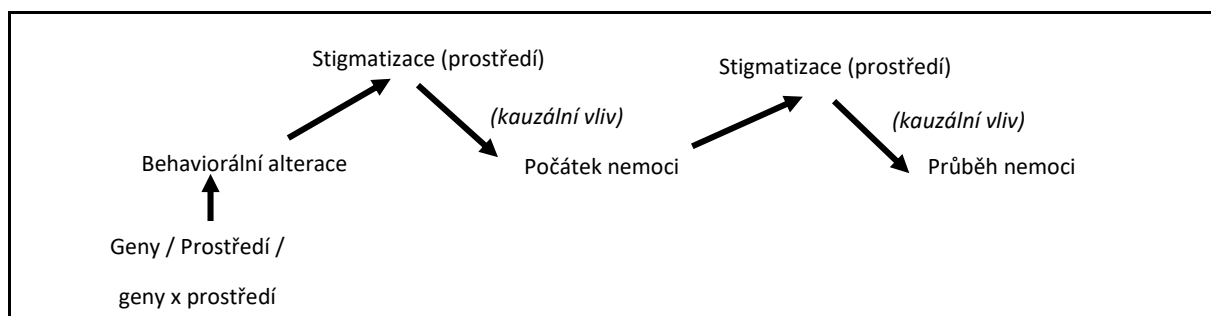
Obr. 7. Druhy stigmatu a jejich základní charakteristiky (adaptováno podle Ocisková a Praško 2015).

### 9.1 Stigmatizace, její vliv a důsledky

Ocisková a Praško (2015) uvádí diagnózu psychotické poruchy jako nejvýrazněji stigmatizovanou skupinu duševního onemocnění. Stejně tak zahraniční studie (Wood, Burke, Byrne, & Morrison, 2016) zdůrazňují stigmatizaci lidí s psychotickým onemocněním jako nejsilnější v rámci skupiny lidí s duševním onemocněním. Mnoho lidí se schizofrenií zažívá stigma způsobené nedostatečnými

znalostmi, diskriminujícími postoji a chováním druhých lidí. Ač v odborných kruzích panuje velké úsilí nalézt možné kauzální faktory psychotického onemocnění, s a jeho následky a stigmatem si odborníci už tolik poradit neumí. V okamžiku, kdy stigmatizace nemocného s psychózou začíná už u lékařských profesionálů, nelze očekávat, že laická společnost bude k mediálně negativizované nemoci přistupovat lépe. Lékaři mají větší tendenci „nálepkovat“ a zastávat stigmatizující postoje, poplatné jejich vzdělání a vedení k důležitosti lékařské diagnózy nad osobnost jedince (Rao et al., 2009; Ocisková, & Praško, 2015). Somatičtí lékaři mají z psychotických onemocnění obavy v důsledku povrchního studia psychiatrie. Psychiatri k psychotickým pacientům často zaujmají laskavý paternalistický postoj, očekávající chronifikaci a rozvoj kognitivních deficitů v důsledku psychotického onemocnění. Je odhadováno, že v České republice přibližně 20 % pacientů s psychotickým onemocněním neví, jakou mají diagnózu. Lékaři mohou pacientovi raději přiřadit diagnózu akutní polymorfické psychotické poruchy jako méně stigmatizující varianty (Bankovská Motlová, & Španiel, 2017; Ocisková, & Praško, 2015).

Ocisková a Praško (2015) představují model Catherine van Zelst (van Zelst, 2009) propojující genetické riziko schizofrenního onemocnění, stigmatizace a rozvoje schizofrenie, viz Obr. 6. Vychází z předpokladu, že počet lidí s genetickým rizikem rozvoje schizofrenie je větší než počet jedinců s rozvinutým onemocněním. Mezi environmentální rizikové faktory jako potencionální spouštěče řadí i mezilidské vztahy, v tomto modelu v negativní formě stigmatizace. V modelu van Zelst jedinec s genetickou predispozicí může vykazovat prekurzory či náznaky náchylnosti vůči schizofrennímu onemocnění, drobné změny v chování, paranoidní reakce či podivnou řeč. Na základě toho, bez nutnosti diagnózy, už může být jedinec diskriminován, pokud jsou jeho projevy vnímány jako podobné schizofrenii. Strukturální diskriminace, daným jedincem vnímána jako sociální protivenství, může vést k negativnímu nastavení vůči společnosti, následnému selhávání a formování negativních postojů k sobě a druhým lidem. Negativní sociální interakce mohou jednak zvyšovat riziko rozvoje paranoidního stylu přisuzování a bludných přesvědčení, mohou také vést k senzibilizaci aktivity mezolimbického dopaminergního systému (Ocisková, & Praško, 2015; van Zelst, 2009).



Obr. 6. Model interakce zranitelnosti a stigmatizace na počátku a v průběhu nemoci (upraveno podle van Zelst, 2009, in Ociskova et al. 2014).



Nad rámec rozvoje schizofrenie má stigmatizace prokázaný dopad na průběh nemoci (Záske, 2017). Vnímání nedůvěry společnosti a negativní obraz v médiích představují chronickou zátěž. Stigmatizace může vést k již zmiňované sociální diskriminaci, nevýhodách v přístupu ke zdravotní péči, horší péči, častějším averzivním událostem (Sartorius, 2006; Ocisková, & Praško, 2015). Viktimizace a stigmatizující chování mohou mít vliv na sociální fungování a zhoršovat průběh onemocnění. Stigmatizace může vést k rozvinutí deprese, sociální úzkosti, negativně ovlivňuje kvalitu života a narušuje proces zotavení, snižuje sebevědomí a zhoršuje tělesné zdraví. Mezi její následky patří i omezení podpůrné sociální sítě nemocného, ovlivnění pracovní výkonnosti vedoucí až ke ztrátě příjmu (Bankovská Motlová, & Španiel, 2017; Ocisková, & Praško, 2015).

## 9.2 Sebestigmatizace

Sebestigmatizace, také osobní nebo internalizované stigma, je důsledkem zvnitřnění stigmatizujících postojů a stereotypů a jejich vztahení vůči vlastní osobě (Corrigan, Rafacz, & Rüsche, 2011). Sebestigmatizující jedinec se vnímá jako příslušník dané stigmatizované skupiny, asimiluje negativní postoje veřejnosti a stereotypy ke schizofrenii vztahované. Daný člověk přejímá a následně sám věří tomu, co vnímá, že si o něm myslí druzí. Může jít o přesvědčení, že nemá hodnotu, že o něj druzí nebudou stát jako o partnera, přítele či zaměstnance. Takto zkreslený pohled na sebe vede ke změnám chování směrem k vyhýbání se a izolaci, pasivnímu postoji a rezignaci na vytváření nových vztahů, opuštění motivace dokončit studia či pokračovat v zaměstnání (Ocisková, & Praško, 2015).

Proces internalizace stigmatu má 3 fáze (Vrbová, Praško, Holubová, Slepecký, & Ocisková, 2018; Yanos, Roe, & Lysaker, 2010). Na počátku si člověk s psychickým onemocněním začne uvědomovat, že se vůči němu lidé chovají jinak a uvědomí si předsudky, které za daným jednáním stojí. V druhé fázi začíná přejímat názory a postoje společnosti vůči lidem, jako je on, jako opodstatněné. V poslední fázi si začne stereotypy společnosti vztahovat i na sebe, ztrácí na ně kritický náhled a může začít jednat v souladu s nimi. Přijímá i názor, že se vůči němu společnost bude chovat diskriminačně, že jím budou lidé opovrhovat. Po zvnitřnění společenských předsudků začne osobnostní jádro jedince ustupovat a sebepojetí začínají tvořit převážně rysy stereotypně připisované lidem s psychózou. Sebeodcizení je jeden z nejčastějších aspektů sebestigmatizace, až polovina pacientů s onemocněním schizofrenního spektra se za své onemocnění stydí (Ocisková, & Praško, 2015).

Důsledky sebestigmatizace byly naznačeny na začátku této kapitoly, v souhrnu vede k zesílení symptomů a dopadů psychického onemocnění, s vyšší mírou sebestigmatizace se zvyšují i míry jejích důsledků. Působí na jedince skrze jeho emoce, přesvědčení a vnímání. Na sebestigmatizaci mají velký vliv kulturní normy dané společností, mezi veřejným stigmatem a sebestigmatizací existuje blízký vztah. Společenské stigma vede jedince s psychickým onemocněním k vyhýbavosti

a opatrnosti v komunikaci, snižuje jeho důvěru v okolí. V důsledku sebestigmatizace se lidé s psychotickým onemocněním častěji potýkají s depresí a sociální fobií, sebestigmatizace predikuje jejich závažnější projev. Nejčastěji zmiňovaný vliv je snížené sebevědomí, jedinec ztrácí přesvědčení o kontrole nad směřováním vlastního života a zvládnutelnosti svého onemocnění, rostou pochyby, zda má cenu se účastnit společenského dění (Corrigan et al., 2011). Negativně tak ovlivňuje kvalitu života, míru podpory, omezuje sociální síť nemocných, zhoršuje sociální fungování, ovlivňuje pracovní výkonnost až ztrátu příjmu. Narušuje proces zotavení, má za důsledek menší míru naděje (Vrbová et al., 2018; Ringer, Buchanan, Olesek, & Lysaker, 2014). Brání nastolení spojenectví mezi nemocným a zdravotnickým personálem, znesnadňuje vytvoření vztahu založeném na důvěře, kde se jedinec může svěřit se svými obavami a prožitky. Spolu se stigmatizací ze strany odborníků může vést k horší spolupráci v léčbě. Mezi její důsledky se řadí i zhoršené tělesné zdraví. (Bankovská Motlová, & Španiel, 2017; Ocisková, & Praško, 2015).

Dále se budeme v souvislosti se sebestigmatizací blíže zaměřovat na některé faktory, související s teoretizovanými koncepty, na které se zaměřuje tato práce. Konkrétně půjde o závažnost psychotického onemocnění, rané averzivní zážitky, vztahovou vazbu a rodičovské styly výchovy.

### 9.3 Sebestigmatizace a závažnost onemocnění

Až 75 % pacientů se schizofrenním onemocněním má potíže s užíváním předepsané antipsychotické medikace neboli dodržováním léčebné adherence. Non-adherence v léčbě je spojována s horšími důsledky onemocnění a vyšší mírou hospitalizací (Kamaradova et al., 2016; Uhlmann, Kaehler, Harris, Unser, Arolt, & Lencer, 2014). Výzkum Uhlmannové et al. (2014) zkoumal sebestigmatizaci jako faktor kontribuující negativním postojům vůči adherenci k užívání medikace. Výsledky ukazují na důležitost snižování míry sebestigmatizace, obzvláště pocitu odcizení vůči společnosti, který by mohl zlepšit negativní postoje vůči medikaci a následně i horšímu průběhu a důsledkům onemocnění. Také Feldhaus et al. (2018) ukazují na souvislost sebestigmatizace a negativních postojů vůči medikaci u jedinců se schizofrenním onemocněním. V jejich výzkumu byl lepší postoj k medikaci predikován lepším náhledem na onemocnění, nižší mírou sebestigmatizace a dobrou subjektivní znalostí o předepsané medikaci. Vyšší míra sebestigmatizace souvisela s nižším subjektivním sebevědomím a závažnějšími depresivními symptomy.

Vrbová et al. (2018) zkoumali souvislost závažnosti pozitivních a negativních symptomů schizofrenie se závažností sebestigmatu, sociální úzkostí, nadějí a některými rysy osobnosti. Pozitivní a negativní příznaky souvisely se závažností sebestigmatu i závažností příznaků sociální úzkosti. Podobně Vrbová et al. (2017) našli vyšší míru sebestigmatizace a horší kvalitu života a nižší míru naděje u pacientů se schizofrenním onemocněním a komorbidní sociální fobií. Rozvíjí teorii o vyšší míře sociální úzkosti, premorbidní rozvoji schizofrenních symptomů, která následně

může ovlivňovat rozvinutí sociální fobie. Ve výzkumu Holubové et al. (2016) měli pacienti se schizofrenním onemocněním, kteří vykazovali vyšší míru sebestigmatizace, nižší kvalitu života a vyšší stupeň závažnosti onemocnění, větší délku onemocnění. Jedinci s raným počátkem onemocnění zažívali větší diskriminaci od druhých.

#### 9.4 Sebestigmatizace a rané averzivní zážitky

V předchozích kapitolách byl zmíněn vliv raných averzivních zážitků a traumat na rozvoj a závažnost psychotického onemocnění. Do rovnice souvislosti mezi psychotickým onemocněním, averzivními zážitky a vztahovou vazbou tedy přidáme faktor sebestigmatizace. Dukett (2015) uvádí, že stigmatizace odkazuje k negativním pocitům a významům spojovaných s traumatem u dítěte, které se následně integrují do kognitivních schémat a přesvědčení o sobě samém. Podobně Gibson et al. (2016) uvádí negativní schémata, vytvořená na základě raných averzivních zážitků, jako rizikový faktor rozvoje exprese psychotických symptomů. Internalizace negativních schémat o sobě samém představuje společný jmenovatel důsledků ACE i stigmatizujících zkušeností. Manifestace zranitelnosti, ponížení a podřízenosti obsažených v negativním sebeschématu může u predisponovaných jedinců zvýšit riziko rozvoje symptomů psychotického onemocnění, zároveň existuje souvislost mezi negativními sebeschématy a pozitivními symptomy u jedinců s poruchami schizofrenního spektra (Gibson et al., 2016).

Z výzkumů v českém prostředí Holubová (2019) našla pozitivní souvislost mezi sebestigmatizací a emočním i psychickým zanedbáváním a zneužíváním u skupiny pacientů s neurotickými poruchami. Traumatizace v dětství, ve formách emočního a psychického zneužití a zanedbávání, je tedy u této skupiny spojena s vyšší mírou sebestigmatizace.

## 9.5 Sebestigmatizace a vztahová vazba

Cheng, Mcdermott a Lopez (2015) zkoumali vztah dospělé vztahové vazby, duševních obtíží a sebestigmatizace. Vyšší míra vazebné úzkosti a obtíží s duševním zdravím predikovaly vyšší míru sebestigmatizace, která pak predikovala slabší odhodlání vyhledat odbornou pomoc. Dospělý attachment a jeho styl může fungovat jako organizační rámec jedince v jeho rozhodování o vyhledání pomoci. Větší sebestigmatizace souvisela se menším odhodláním pomoc vyhledat. Úzkostná vazba souvisela pozitivně s vyhledáním pomoci, tento vztah byl ale negativně ovlivněn sebestigmatizací a kombinací duševních obtíží a sebestigmatizace. Odborníci by se dle autorů měli zaměřit na proměnné sebestigmatu a očekávání rizika, které mohou negativně ovlivnit proces vyhledání pomoci nejen u váhajících jedinců (s vyšší vazebnou vyhybavostí), ale i jedinců obecně otevřených k vyhledání pomoci (s vyšší vazebnou úzkostí).

Ve studii Ringera et al. (2014) revidují nejistý typ vazby, u schizofrenních poruch velmi častý, jako rizikový faktor rozvoje psychopatologie dospělých a zároveň představující psychologickou proměnnou ovlivňující závažnost symptomů a psychosociálních důsledků onemocnění. Nejisté formy attachmentu můžou znevýhodnit jedince s malou sociální oporou v potřebě se vyrovnat s ranými traumatickými symptomy a dalšími rizikovými faktory v rozvoji psychotického onemocnění, jako jsou rané averzivní zkušenosti, urbanicita, chudoba, trauma a psychosociální ztráty. To vše ústí ve vzorce zhoršeného fungování a zotavení z již rozvinutého onemocnění. Autoři také uvádí tezi, že vzorce mezilidského fungování jedinců se schizofrenií mohou být odpovědí na averzitu sociální stigmatizace spíše než výsledek prekursorů psychózy. Zmiňují, že ve výzkumech chybí srovnávací skupiny čelící podobnému stigmatu, sociální izolaci a míry zneschopnění v běžném životě (Ringer et al., 2014).

Ve studii osobnostních charakteristik psychotických pacientů (Restek-Petrović, Bogović, Grah, Filipčić, & Ivezić, 2015) našli u jedinců s vyšší mírou sebestigmatu nejisté vazebné styly a převažující vnímání rodičovského stylu matky jako lhostejného. Zkoumané dimenze osobnostní organizace významně souvisely se sebestigmatizací – jedinci náchylní k primitivním psychologickým obranám měli slabě integrovanou identitu a sníženou kapacitu pro testování reality a byli závažněji ovlivněni internalizovaným stigmatem (Restek-Petrović et al., 2015). Vulnerabilita a křehký sebeobraz predikovala míru sebestigmatizace. Také byl nalezen vztah mezi sebestigmatem a vnímanou lhostejností matky. Jedinci s nejistými vzorci vazby byli spíše náchylní k sebestigmatizaci, s nejistou dospělou vazbou zároveň souvisí nízká míra péče a hyperprotektce v dětství, dle dotazníku PBI (Parental Bonding Instrument PBI; Parker, Tupling, & Brown, 1979,) nazývaným „bezcitná kontrola“. Obecně jedinci se schizofrenií vnímají své rodiče jako přehnaně protektivní a s nedostatkem péče, takové rodičovské přístupy jsou spojovány s raným rozvojem psychotického onemocnění, stejně jako závažnějším průběhem a důsledky onemocnění (Restek-Petrović et al., 2015).

## 10. Reflexe nedávných výzkumů

Vzhledem k důkazům spojující rané averzivní zážitky s pozdějším rozvojem psychózy, a souvislostmi mezi ranou traumatizací a nejistou vazbou, byla navržena hypotéza o jisté vazbě jako environmentálním faktoru, protektivním vůči rozvoji psychotické diatézy. Raná forma vztahové vazby i dospělý attachment souvisí svyždřením příznaků u jedinců s psychotickým onemocněním v retrospektivních i prospektivních studiích (Debbané et al., 2016). Jako jeden z mnoha zahraničních výzkumů lze uvést studii Andy et al. (2006), z které vyplývá, že rané averzivní zážitky mohou narušit citovou vazbu v dospělosti. Systematické review (Williams et al, 2018) revidovalo 18 studií, které zkoumaly možné mediátory v afektivní cestě k psychóze, attachment byl jako klíčový systém emoční regulace prokázán jako možný mediátor vazby mezi dětskými ACE a dimenzemi psychózy. Spojitost mezi ACE a pozitivními psychotickými symptomy mediovaly vzorce nejisté vazby, vazebná úzkost a vyhýbavost. Catalan et al. (2017) navrhuje vztah mezi rodičovskou péčí, traumatem v dětství a psychotickými symptomy v dospělosti. Povaha tohoto vztahu není jasná, zda je více vztažená k psychotickým poruchám per se, nebo pouze ke klastru symptomů, jako jsou pozitivní psychotické symptomy.

V našem prostředí byly provedeny výzkumy zkoumající souvislost psychotických poruch a konstruktů attachmentu, sebestigmatizace a traumatizace, většinou se ve výzkumech objevovala pouze jedna z proměnných, na které jsme se zaměřili. Hajdúk a Heretik (2016) zkoumali míru subklinické paranoie v souvislosti s emočním distresem a vztahovou vazbou. Výběrový soubor představovalo 176 studentů (Filosofická fakulta Univerzity Komenského). Jako metodu zkoumání vztahové vazby zvolili Dotazník blízkých vztahů (Relationship Questionnaire – RQ). Participanti s nejistými formami vazby vykazovali vyšší míru subklinické paranoi, ta souvisela s nižší sebedůvěrou a vyššími mírami deprese, úzkosti a stresu.

Za jeden z výchozích výzkumů naší práce lze považovat i průřezovou studii Vrbové et al. (Vrbová, Praško, Ocisková, & Holubová, 2017). Ta zkoumala vliv komorbidní sociální fobie u schizofrenního onemocnění na kvalitu života, závažnost symptomů, nadějí a sebestigmatizaci. Pacienti s poruchami schizofrenního spektra s komorbidní sociální fobií měli časnější rozvoj nemoci, závažnější projevy onemocnění a mimo jiné zažívali vyšší míru stigmatizace. K posouzení závažnosti onemocnění byly použity metody PANSS (Positive and Negative Syndrom Scale) a CGI (Clinical Global Impression), pro zjištění sebestigmatizace škála ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness). Podobný výzkumný tým (Vrbová et al., 2018) zjistil pozitivní korelace mezi pozitivními a negativními symptomy schizofrenie s délkou onemocnění, celkovou závažností onemocnění, závažností úzkosti a sebestigmatu. Ocisková et al. (2014) poukazuje na nedostatečné výzkumné zaměření na to, jak stigmatizace může ovlivňovat průběh onemocnění. Jako důkazy vztahu mezi stigmatizací a horším průběhem onemocnění uvádí hlavně zprostředkující důsledky tohoto jevu: nevýhody v přístupu ke zdravotní péči a následnou nedostatečnou péči u pacientů se schizofrenií, častější negativní události

a samotný fakt stigmatizace jako chronického stresoru. V disertační práci Holubové (2019) byla zjištěna pozitivní korelace mezi sebestigmatizací a subjektivní závažností onemocnění, jak ho hodnotili pacienti se schizofrenií pomocí subjektivní verze dotazníku CGI. Dále zkoumala na skupině ambulantních pacientů s neurotickými poruchami i souvislosti s traumatizací v dětství, zjišťovanou pomocí dotazníku Child Trauma Questionnaire (CTQ) a rodičovskou vazbou, pro tu byl použit dotazník Parental Bonding Instrument (PBI). Výsledky ukazují na mírnou až středně silnou pozitivní korelaci mezi sebestigmatizací a emočním a psychickým týráním a zanedbáváním. Dále se v souvislosti se sebestigmatizací projevila jako významná zpětně hodnocená rodičovská péče, korelace mezi rodičovskou protektivitou a sebestigmatizací však byly slabé (Holubová, 2019).

Mejsnarová (2019) ve své diplomové práci hledala souvislosti mezi ranými negativními zážitky v dětství, disociací a závažností onemocnění na vzorku 55 hospitalizovaných pacientů s paranoidní schizofrenií. Ke zkoumání raných averzivních zážitků použila dotazník Adverse Child Experiences (ACE) bez české standardizace, který převáděla v předvýzkumu, měl slabou vnitřní konzistenci (Cronbachovo alfa  $\alpha = 0,5$ ). Nicméně výsledky poukázaly na souvislost mezi závažností symptomů, ranými negativními zážitky v rodině a disociací. Čím více ACE prožil jedinec v dětství, tím závažnější měl příznaky onemocnění. A čím závažnější byly příznaky schizofrenie, tím vyšší míru disociace jedinec vykazoval.

Tímto shrnutím bychom rádi vytvořili přechod k empirické části práce, v které budeme zkoumat vztahy mezi závažností psychotického onemocnění a ranými negativními zážitky, attachmentem a sebestigmatizací.

## II. EMPIRICKÁ ČÁST

## 11. Výzkumný problém a cíle

Dle výzkumných zjištění a modelů uvedených v teoretické části práce vychází zaměření našeho výzkumného problému na atributy ovlivňující průběh a závažnost psychotického onemocnění – averzivní zážitky z dětství, vazebný styl a sebestigmatizaci. Výzkumným záměrem je blíže prozkoumat vztahy mezi proměnnými vazebného stylu, raných averzivních zážitků, sebestigmatizace a jejich vlivu na závažnost projevu psychotických onemocnění. Vycházíme z výzkumných zjištění, dle kterých byl potvrzený stupňující se, přímo úměrný vztah mezi ranými averzivními zkušenostmi z dětství a následným rozvojem psychopatologie ve formě psychotického onemocnění (Whitfield et al., 2005; Janssen et al., 2004; Merrick et al., 2017). Averzivní zážitky z dětství mohou spustit kaskádu důsledků podmiňující jedincovu zranitelnost vůči rozvoji duševních obtíží (Lataster et al., 2012; Gibson et al., 2016). Mohou narušit vztahovou vazbu, která představuje protektivní faktor (Anda et al., 2006; Williams et al., 2018; Carr et al., 2018; Debbané et al., 2016). Dospělý typ vztahové vazby u jedinců s psychotickým onemocněním představuje důležitou proměnnou, která ovlivňuje metody zvládnání stresu a následný rozvoj příznaků i interpersonální obtíže a chování v terapeutických vztazích (Berry et al., 2008). Ve výzkumu Berryho et al. (2007) se ukázalo, že vazebný styl rodičů, konkrétně nízká míra péče a hyperprotektivita v dětství souvisí s vazebnou nejistotou v dospělosti. Sebestigmatizace dle výzkumů může představovat faktor zhoršující příznaky psychózy, jako jsou paranoidní přesvědčení a zkušenost s negativními hlasy (Wood et al., 2016). Odkazuje mimo to i k negativním emocím a významům spojovaných s traumatem, nemusí jít pouze o následek rozvoje duševních obtíží (Dukett, 2015). Zkušenost s averzivními událostmi a sebestigmatizace může ústít v sociální izolaci a defenzivnost a negativně tak ovlivňovat průběh a možnosti zotavení se z psychotického onemocnění (Ringer et al., 2014). Výzkum Chenga et al. (2015) prokázal souvislost sebestigmatizace s vazebným stylem. Vazebná úzkost souvisela negativně se snahou vyhledat pomoc s duševními obtížemi, vztah mediovala sebestigmatizace (Cheng et al., 2015).



## 11.1 Výzkumné cíle

Výzkumná práce sleduje následující cíle:

- 1) Hlavním cílem je zjistit, zda averzivní zážitky z dětství souvisí s mírou sebestigmatizace v dospělosti, typem citové vazby a vnímáním typu citové vazby rodičů, horším průběhem onemocnění a závažností psychopatologie u jedinců s psychotickým onemocněním. Výzkumná zjištění pak mohou sloužit za podklad k potvrzení či úpravě teoretických modelů a v konečném důsledku lepšího zaměření prevence a případné terapie jedinců s psychotickým onemocněním.
- 2) Druhým cílem práce je prozkoumat na vzorku jedinců komunitních sociálních služeb souvislost míry sebestigmatizace s charakteristikami délky a závažnosti psychotického onemocnění, stejně jako prozkoumat souvislost sebestigmatizace a typu citové vazby v dospělosti a jeho vlivem na závažnost projevu onemocnění.
- 3) Vedlejším cílem je popis míry averzivních zážitků z dětství, typů citové vazby a míry sebestigmatizace u jedinců s psychotickým onemocněním využívající komunitní služby v souvislosti s vybranými demografickými charakteristikami. Vzhledem k převažující účasti klientů jedné organizace (Bona, o.p.s.) pak mohou být výzkumná zjištění využita jako podklad edukativních a terapeutických programů v rámci této organizace.

## 12. Výzkumné hypotézy

V souladu se stanovenými cíli práce byly formulovány výzkumné hypotézy.

H1: Míra averzivních zážitků (CTQ) pozitivně koreluje s počtem hospitalizací.

H2: Míra averzivních zážitků (CTQ) pozitivně koreluje s počtem měsíců strávených v akutní fázi onemocnění.

H3: Míra sebestigmatizace (ISMI) pozitivně koreluje s délkou léčby.

H4: Míra sebestigmatizace (ISMI) pozitivně koreluje s počtem hospitalizací.

H5: Míra sebestigmatizace (ISMI) pozitivně koreluje s počtem měsíců strávených v akutní fázi onemocnění.

H6: Míra averzivních zážitků v dětství (CTQ) pozitivně koreluje s mírou sebestigmatizace (ISMI).

H7: Míra averzivních zážitků v dětství (CTQ) pozitivně koreluje s typem citové vazby (ECR-R).

H8: Míra averzivních zážitků v dětství (CTQ) negativně koreluje s mírou vnímané rodičovské péče (PBI).

H9: Míra averzivních zážitků v dětství (CTQ) pozitivně koreluje s mírou vnímané rodičovské kontroly (PBI).

H10: Míra averzivních zážitků v dětství (CTQ) pozitivně koreluje se závažností příznaků onemocnění (BPRS).

H11: Míra sebestigmatizace (ISMI) pozitivně koreluje s typem citové vazby (ECR-R).

H12: Míra sebestigmatizace (ISMI) pozitivně koreluje se závažností příznaků onemocnění (BPRS).

H13: Typ citové vazby (ECR-R) pozitivně koreluje se závažností příznaků onemocnění (BPRS).

### 13. Výzkumný plán

Tato kapitola přibližuje design výzkumné studie, vymezení metodologického rámce včetně metod výběru zkoumané populace a získávání dat, použitých nástrojů a v neposlední řadě etiku výzkumu. Jako formát výzkumu byl zvolen kvantitativní, což odpovídá většině podobných studií zkoumající aspekty averzivních zážitků, attachmentu a sebestigmatizace. Výzkum tak neumožňuje hlubší pochopení problému z perspektivy samotných nemocných, jeho výsledky je ale možné porovnat s předchozími studiemi a rozšířit tak základ pro pochopení souvislosti mezi jednotlivými zkoumanými koncepty a zasadit je do širšího rámce pochopení. Typem výzkumu jde o korelační studii, data byla získávána pomocí dotazníkového šetření a klinickým rozhovorem. Náš výzkum se zaměřuje na jedince s psychotickým onemocněním, kteří využívají komunitní služby. Zaměření na klienty komunitních služeb je dané pracovní zkušeností autorky práce v dané oblasti. Jako komunitní služby se v tomto kontextu rozumí sociální či sociálně-zdravotní služby zaměřené na podporu a sociální rehabilitaci lidí s duševním onemocněním. Cílem výzkumu bylo zjistit míru výskytu a případné souvislosti mezi averzivními zážitky z dětství, vztahovou vazbou a sebestigmatizací a jejich souvislost se závažností onemocnění a s demografickými charakteristikami probandů výzkumu.

#### 13.1 Hodnotící nástroje

V této kapitole budou představeny jednotlivé metody použité ve výzkumu, převážně se jedná o dotazníkové metody a jednu klinickou škálu. Rané averzivní zkušenosti byly zjišťovány dotazníkem CTQ (Childhood Trauma Questionnaire), který odhaluje míru a typ raných zážitků zanedbávání a zneužívání. Parametry vztahové vazby jedince byly zkoumány pomocí dotazníků PBI (Parental Bonding Instrument), který zjišťuje retrospektivně posuzovanou rodičovskou vazbu k dítěti a dotazník dospělé vztahové vazby ECR-R (Experiences in Close Relationships - Revised), který udává pozici jedince na škálách vztahové úzkostnosti a vyhýbavosti. Všechny uvedené metody mají českou standardizaci. Míra sebestigmatizace probandů výzkumu byla zjišťována pomocí škály ISMI (the Internalized Stigma of Mental Illness Scale). Dále byly zkoumány faktory závažnosti duševního onemocnění. Sami probandi hodnotili subjektivní míry příznaků a míru zlepšení pomocí škály CGI (Clinical Global Scale – Subjective). Dále bylo využito klinické škály BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale), která hodnotí míru výskytu charakteristických symptomů. Použití této škály vyžaduje jisté klinické zkušenosti a zaškolení. Některé faktory závažnosti duševního onemocnění, jako je celková doba léčení a počet hospitalizací, byly zjišťovány i pomocí demografického dotazníku. Následně budou zmíněné metody popsány podrobněji.

### 13.1.1 Demografický dotazník

Pro zjištění kontextu života účastníků výzkumu a lepší pochopení získaných dat byl použit demografický dotazník o celkem 21 otázkách. Byly zjišťovány následující informace: místo narození, pohlaví, věk, kdy bylo jedinci diagnostikováno duševní onemocnění, diagnóza, počet hospitalizací, rodinná heritabilita či pokus o sebevraždu v rodině, rodinný stav, bytová situace, spolubydlíci, dosažené vzdělání, zaměstnání, pobírání invalidního důchodu, socioekonomická situace zjišťována průměrným měsíčním příjmem, informace o pracovní neschopnosti a fázích duševního onemocnění trvajících déle než 1 měsíc, léčba závislosti, závislost v rodině, rodinné zázemí a sourozenci.

### 13.1.2 Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

Childhood Trauma Questionnaire autorů Bernsteina a Finka z roku 1998 představuje nástroj, jak výzkumně a klinicky uchopit výskyt nepříznivých faktorů ovlivňující vznik psychických onemocnění. Dotazník je určený pro dospívající a dospělou populaci, zážitky z dětství se tedy hodnotí retrospektivně. Celkem 28 položek tvoří 5 subškál: *sexuální zneužívání*, *fyzické týrání*, *emoční týrání*, *fyzické zanedbávání* a *emoční zanedbávání*. Na každou ze subškál připadá 5 otázek, zbývající 3 tvoří tzv. škálu popírání. V každé subškále je možné získat 5-25 bodů, přičemž skóre 5 bodů znamená nulovou zkušenost zneužívání či zanedbávání, 25 bodů znamená extrémní zkušenost zneužívání či zanedbávání. Škála popírání (MD škála, Minimization and Denial Scale) odhaluje jedince zlehčující své potíže v dětství, pokud odpoví na všechny otázky MD škály „velmi často“ (příklad položky: „...Měl jsem perfektní dětství.“). Autoři škály (Bernstein, & Fink, 1998) stanovují prahové hodnoty, které by měly být hodnoceny už jako traumatizace. Výzkum Walkera et al. (1999) empiricky odvodil prahové hodnoty odlišně, srovnání s původními hodnotami (viz Tab.1.).

Tab. 1. Porovnání cut-off skóre u škál dotazníku CTQ

Cut-off skóre	Bernstein & Fink, 1998	Walker et al., 1999
Emoční zanedbávání	10	15
Fyzické zanedbávání	8	8
Emoční týrání	9	10
Fyzické týrání	8	8
Sexuální zneužívání	6	8

Dle psychometrické analýzy Kašćákové et al. (2018) je vnitřní konzistence dotazníku výborná, Cronbachovo alfa  $\alpha = 0,92$  (95% CI 0,91–0,93). Dle výsledků explorační faktorové analýzy Kašćáková et al. (2018) doporučuje stávající formu dotazníku, ač odhalili některé přesahy mezi subškálami. Autoři odhalili též středně silné korelace mezi dimenzemi vztahové vazby měřenými

dotazníkem ECR-R a subškálami CTQ. Vztah mezi zvýšenými skóry nejisté citové vazby a vyhýbaní a averzivními zážitky v dětství byl rozváděn v teoretické části práce, zde jej autoři potvrzují.

### 13.1.3 Parental Bonding Instrument (PBI)

Podobně jako CTQ je určený pro dospívající a dospělé populaci. Zkoumá retrospektivně vnímání rodičovské vazby, tak jak si je osoba pamatuje během prvních 16 let života. Zvlášť hodnotí otce a matku v rámci 25 tvrzení, vyjadřuje míru souhlasu na 4bodové škále. Dotazník má 2 subškály, *škálu péče* a *škálu kontroly*. *Škála péče* vyjadřuje míru subjektivně vnímané péče, tedy něhy, emocionální vřelosti, empatie a blízkosti. *Škála kontroly* vyjadřuje vnímanou míru kontroly, přílišné ochrany, obtěžování a bránění v nezávislosti. Na základě kombinace skóreů na jednotlivých škálách lze jedince zařadit do 1 ze 4 typů výchovy, udávaných kombinací vysoká/nízká péče a vysoká/nízká hyperprotektivita (viz Tab.2.). Dalo by se říci, že dotazník vystihuje míru, jakou pro zkoumané dítě rodiče přispěli k možnosti navázání bezpečné vazby (Parker, Tupling, & Brown, 1979).

Tab. 2. Rodičovské styly dle PBI (dle Parker, Tupling, & Brown, 1979)

Kvadranty rodičovských stylů	
Milující omezení	vysoká péče a vysoká hyperprotektivita
Bezcitná kontrola	nízká péče a vysoká hyperprotektivita
Optimální rodičovství	vysoká péče a nízká hyperprotektivita
Zanedbávající rodičovství	nízká péče a nízká hyperprotektivita
<i>Přiřazení do kategorií „vysoká“ nebo „nízká“ je založeno na následujících cut-off skórech:</i>	
Pro matky: skóre Péče=27 a Hyperprotektivity=13,5	
Pro otce: skóre Péče=24 a Hyperprotektivity=12,5	

Českou adaptaci dotazníku převedli Čikošová a Preiss v roce 2011, z původní metody Parkera, Tuplinga a Browna z roku 1979. Woznicová (2018) v recenzi metody uvádí, že reliabilita původní škály je dobrá, v konzistenci škál i test-retest. Cronbachovo  $\alpha$  uvádí jako uspokojivé pro výzkum, ale pouze orientační pro diagnostiku. Pro škály pro otce se pohybuje mezi 0,79 – 0,84, pro škály pro matku 0,82 – 0,85 (Woznicová, 2018).

### 13.1.4 Experiences in Close Relationships - Revised (ECR-R)

Dotazník prožívání blízkých vztahů. Původní metoda autorů Brennanové, Clarkové a Shavera byla publikována v roce 1998 je určena k měření vztahové úzkostnosti a vyhýbavosti, mezi mnoha metodami měření vztahové vazby se řadí k těm s dimenzionální strukturou. Jak uvádí Seitl a

kolegové (Seitl, Charvát & Lečbych, 2016), jedná se o jednu z nejpoužívanějších metod k diagnostice dospělé vztahové vazby. Má několik variant, v roce 2000 vznikla revize původní verze, kterou jsme ve výzkumu použili i my. Metodu tvoří 36 položek, rozdělených rovnoměrně do 2 subškál vztahové úzkostnosti a vyhýbavosti (Seitl et al., 2016). Skórování některých položek (9, 11, 20, 22, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 36) je reverzní. Pro stanovení skóre škály úzkostnosti a vyhýbavosti se sečtou položky dané škály a vydělí počtem položek. Skóre škály úzkostnosti tedy tvoří suma položek 1-18, dělené 18. Skóre škály vyhýbavosti tvoří suma položek 19-36, dělené 18. Českou upravenou verzi ECR-R převedli Hašto et al. (2018) na výzkumném vzorku 1800 participantů. Na základě průměrného skóre a mediánů obou vazebných stylů lze stanovit i jednotlivé typy vztahové vazby. Vnitřní konzistence kompletní verze i jednotlivých škál byla výborná (Cronbachovo  $\alpha = 0,91$ ).

### 13.1.5 Škála The Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI)

Původní škálu ISMI vytvořily ve spolupráci s lidmi s duševním onemocněním autorky Ritsher, Otilingam a Grajales (2003). Jak napovídá název, škála hodnotí míru internalizovaného stigmatu lidí s duševním onemocněním. Škála se sestává z 29 sebehodnotících tvrzení, s kterými osoba vyjadřuje míru souhlasu (rozhodně nesouhlasím, nesouhlasím, souhlasím, rozhodně souhlasím). Položky se přiřazují k 5 subškálám: *Odcizení, Souhlas se stereotypy, Vnímaná diskriminace, Stažení ze společnosti, Odolnost vůči stigmatu*.

Tab. 3. Popis subškál ISMI

Subškála	Popis	Položky
<b>Odcizení</b>	zda a nakolik se jedinec domnívá, že kvůli poruše, kterou trpí, není plnohodnotným členem společnosti a je z ní vyčleněný	1, 5, 8, 16, 17, 21
<b>Souhlas se stereotypy</b>	míra, do níž jedinec souhlasí s rozšířenými stereotypy o lidech s psychickou poruchou	2, 6, 10, 18, 19, 23, 29
<b>Vnímaná diskriminace</b>	hodnocení chování lidí z okolí vůči jedinci s předpokladem, že vědí o jeho psychické poruše	3, 15, 22, 25, 28
<b>Stažení ze společnosti</b>	nakolik se jedinec vyhýbá kontaktům s druhými, aby je nezatěžoval svými psychickými problémy, nebo ze strachu z odmítnutí, pokud by se okolí dozvědělo o psychické poruše	4, 9, 11, 12, 13, 20
<b>Odolnost vůči stigmatu</b>	stupeň, do nějž je jedinec schopen nepodlehout sebestigmatizaci	7, 14, 24, 26, 27

Českou standardizaci Škály sebestigmatizace u duševního onemocnění provedli Ocisková et al. (2014) na vzorku 369 pacientů s rozličnými diagnózami duševního onemocnění. Subškála Odolnosti vůči stigmatu je vůči ostatním škálám reverzní, před sumarizací celkových skóre škál je potřeba jednotlivé položky převést na inverzní skóry. Hrubé skóre škál se spočítají jednoduchou sumarizací. Hrubé skóre je pak možné převést na standardizovanou hodnotu T-skóru. Autoři hodnotí celkové psychometrické vlastnosti škály jako vyhovující, reliabilita celé metody (Cronbachovo  $\alpha = 0,91$ ) i jednotlivých subškál byly uspokojivé až vynikající (Ocisková et al., 2014).

#### 13.1.6 Clinical Global Impression – Subjective (CGI-S)

Škála celkového klinického zlepšení (Guy, 1976) se skládá ze 3 subškál: *Závažnost onemocnění*, *Celkové zlepšení* a *Index účinnosti*. Objektivní verzi (CGI-O) vyplňuje psychiatr, jedná se o velmi rychlé vyhodnocení intenzity příznaků nemoci na 7bodové škále (1=bez známek onemocnění, 7=extrémně silné příznaky nemoci). Umožňuje velmi rychlé vyhodnocení klinických změn v čase. V subjektivní verzi, kterou jsme použili ve výzkumu, hodnotí svůj stav sám nemocný, jednoduše zakroužkuje vhodnou odpověď na 2 otázky - do jaké míry se v posledním týdnu cítí nemocen (1=nemám žádné příznaky, 7=patřím mezi nemocné se zcela extrémně výraznými příznaky) a celkové zlepšení bez ohledu na vnímané efekty léčby (1=cítím se velmi výrazně zlepšen, 7=cítím se velmi výrazně zhoršen). Škála zlepšení-zhoršení se běžně využívá při sledování efektu terapeutického či jiného léčebného programu, v našem výzkumu měli probandi subjektivně hodnotit celkové zlepšení-zhoršení za dobu, po kterou se léčí (Guy, 1976; Busner, & Targum, 2007).

#### 13.1.7 Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

Škála rychlého klinického posouzení autorů Overalla a Gorhama (1962) byla vyvinuta pro možnost rychlého posouzení a evaluaci možné změny psychiatrických pacientů za současného zachování obsažnosti popisu charakteristických symptomů. Současná, ve výzkumu použitá verze, obsahuje 18 položek (např. starosti o tělesný stav, hostilita). Každá je hodnocena na stupnici od 1 (nepřítomno) do 6 (extrémně výrazně), mají zachycovat širokou škálu symptomů přítomných u psychiatrických onemocnění (Nicholson, Chapman, & Neufeld, 1995). Metoda je administrována pomocí semi-strukturovaného interview, pro účel výzkumu byla autorka v interview zaškolená vedoucím práce. Od svého vzniku se její použití značně rozšířila v klinické i výzkumné praxi pro množství psychiatrických onemocnění. Jak podotýká Nicholson a kolegové (1995), přes dlouhodobé a široké využití se BPRS neobešlo bez kritiky. Metodě se hlavně vyčítá poměrně široká definice jednotlivých symptomatických konstruktů. V různých studiích tak s nimi autoři nakládali velmi rozporupně (Nicholson et al., 1995). BPRS bylo původně navrženo pro stanovení celkového skóre udávajícího obecnou závažnost psychiatrických symptomů, vzniklo však množství modelů s variacemi subškál a faktorů (Shafer, 2005). Shafer (2005) na základě metaanalýzy předchozích studií a navrhovaných modelů navrhl model 5 faktorů: *Afekt*, *Pozitivní symptomy*, *Negativní symptomy*, *Rezistence* a

*Aktivace.* První 4 faktory jsou tzv. korové, pátý je aditivní. Popis jednotlivých faktorů a obsažených položek dotazníku viz Tab.4.

Tab. 4. Faktorová struktura BPRS dle Shafera (2005)

Subškála	Položky
Afekt	Úzkost, Pocity viny, Depresivní nálada, Starost o tělesný stav
Pozitivní symptomy	Neobvyklý myšlenkový obsah, Dezorganizace myšlení, Halucinace, Velikášství
Negativní symptomy	Oploštělá emotivita, Citové stažení, Pohybová zpomalenost, Dezorientace
Rezistence a odpor	Hostilita, Nekooperativnost, Podezřívavost
Aktivace	Vzrušení, Manýrování a pózování, Tenze

Leucht et al. (2005) porovnal celkový skór BPRS s hodnocením závažnosti onemocnění CGI, jejich výsledky poskytují ukotvení pro lepší pochopení interpretace skóre BPRS u nemocných se schizofrenií v akutním stádiu onemocnění (viz Tab.5.).

Tab. 5. Porovnání závažnosti onemocnění CGI a BPRS

CGI	Cut-off skóre BPRS
mírně nemocný	31
středně nemocný	41
značně nemocný	53

Autoři škály (Overall, & Gorham, 1962) doporučují, aby interview bylo prováděno současně dvěma pracovníky, což však v možnostech našeho výzkumu nebylo možné.

### 13.2 Metody výběru vzorku a získávání dat

Základní populaci představují lidé se zkušeností s diagnózou schizofrenního či psychotického spektra v ambulantní psychiatrické léčbě, kteří využívají sociální či sociálně-zdravotní služby na území hlavního města Prahy. Mezi největší organizace, které na území Prahy takové služby poskytují, patří Fokus Praha, z.ú. a Bona, o.p.s. Vzhledem k několikaleté pracovní zkušenosti autorky této práce v organizaci Bona, o.p.s. bylo použito záměrných metod výběru výběrového souboru a primárně byli osloveni klienti dané organizace. Vzhledem k malému počtu zúčastněných respondentů vzhledem k cílovému počtu sebraných dotazníkových baterií bylo osloveno i pracoviště CDZ Praha 8 jako další komunitní sociálně-zdravotní služby. Tam bylo též použito záměrné metody výběru, konkrétně šlo o časový a místní výběr (Urbánek, Denglerová, & Širůček, 2011).



### 13.2.1 Bona, o.p.s. a CDZ 8

Cílovou skupinou obou služeb jsou jedinci se závažným duševním onemocněním, kterým dané organizace poskytují odbornou pomoc a podporu.

**Bona, o.p.s.** je organizace s 20letou historií poskytování sociálně rehabilitačních služeb lidem s duševním onemocněním. Zaměřuje se na podporu dospělých jedinců s duševním onemocněním z okruhu poruch schizofrenního spektra či poruch nálad s psychotickými příznaky. Její převážné působíště v rámci Prahy 8, rozvojem organizace a vznikem nových služeb v reakci na Reformu psychiatrické péče ale rozšiřuje svou působnost i do jiných oblastí Prahy. V rámci organizace je poskytováno několik služeb:

- Chráněné bydlení

Chráněné bydlení komunitního či individuálního typu poskytuje intenzivnější podporu (24/7). Každé ze 4 komunitních bydlení má kapacitu 13 až 15 lidí. Součástí služby jsou i samostatné tréninkové byty s nižší mírou podpory. Podporu v chráněném bydlení poskytují převážně sociální pracovníci a pracovníci multidisciplinárního týmu, který doplňuje sociální pracovníky o zdravotníky, adiktologa a psychologa.

- Sociální rehabilitace – podpora bydlení

V rámci služby je také poskytována podpora v samostatných tréninkových bytech koncipovaných jako přechodné bydlení umožňující přechod do samostatného bydlení, je zde poskytována nižší míra podpory. Služba má kapacitu cca 45 klientů.

Součástí služby je i Terénní tým pro Prahu 4, který vznikl v rámci probíhajícího rozvoje služeb Reformy psychiatrické péče. Tým je multidisciplinární, má rozšířenou diagnostickou cílovou i věkovou skupinu a pracuje formou case managementu. V době psaní práce vzniká nový Terénní tým pro Prahu 14.

- Sociální rehabilitace – podpora práce

Služba nabízí podporu v oblasti pracovních dovedností a uplatnitelnosti na pracovním trhu, formou sociální rehabilitace i možnosti zaměstnání v chráněných dílnách. Ty jsou 3, jedná se o Textilní dílnu, Sklářskou dílnu a dílnu Technických služeb. V rámci této služby také funguje služba IPS (Individual Placement and Support) pro rychlé začlenění jedince na volném trhu práce.

- Poradenství

Pro jedince s duševním onemocněním, jejich rodiny i veřejnost je provozována prezenční Poradna BONSay a e-mailová poradna BONS@y.

**Centrum duševního zdraví pro Prahu 8** je společným projektem Fokusu Praha a Psychiatrické nemocnice Bohnice, jde o první CDZ vzniklé v rámci již zmiňované Reformy psychiatrické péče. Služba je poskytována na území Prahy 8 dospělým lidem se závažným duševním onemocněním. Tým služby je multidisciplinární: jeho součástí je psychiatr, zdravotní sestry, sociální pracovníci, psychologové, peři, pracovní konzultant. Tedy propojuje sociální a zdravotní služby, které poskytuje ambulantně i terénně.

### 13.3 Průběh sběru dat

V březnu 2019 byla zkompletována dotazníková baterie a proběhlo zaškolení autorky na administraci škály BPRS. Následovala přípravná fáze tisku materiálů a jejich kompletace spolu s průvodním dopisem. V dubnu proběhla první vlna kontaktování jednotlivých služeb Bona, o.p.s., v této fázi šlo o jednotlivá střediska Chráněných komunitních bydlení. V průběhu května byly sebrány první dotazníky, hlavní sběr ale dat probíhal až v lednu 2020. V další vlně byly osloveny Chráněná komunitní bydlení, klienti ve službě Podpora samostatného bydlení i pracoviště Sociální rehabilitace v oblasti práce. V další vlně nabírání respondentů bylo osloveno pracoviště CDZ pro Prahu 8 a Psychiatrická nemocnice Bohnice. Vzhledem k bližším pracovním vztahům byla úspěšně uzavřena dohoda o poskytnutí stáže na CDZ8, v PN Bohnice nedošlo k úspěšné domluvě.

Možnost účastnit se výzkumu byla nabídnuta všem klientům, nebyla zkoumána míra rozumových dovedností či náhled na onemocnění. Kritériem výběru do výzkumu byla plnoletost a zkušenost s onemocněním schizofrenního spektra či jinou psychotickou poruchou, tyto podmínky většinou korespondují s podmínkami využívání služeb Bona, o.p.s. i CDZ8. Nebylo zkoumáno případné omezení svéprávnosti účastníků výzkumu – podepsání infosouhlasu a vyplnění dotazníků by pro klienty nemělo představovat ohrožení charakteru psychické újmy, pro to byla učiněna opatření blíže popsaná v podkapitole etických aspektů výzkumu, ani právního charakteru. V případě, že jeho psychické či rozumové kapacity nebyly pro účely výzkumu v danou chvíli dostačující, sběr dat se po vzájemné dohodě ukončil a s klientem byl veden rozhovor tak, aby nedokončení nechápal jako selhání.

Bona, o.p.s. využívá pro evidenci údajů a práce webovou databázi, do které má autorka jakožto zaměstnanec organizace přístup. V této databázi jsou u každého klienta v „základní kartě“ uvedeny osobní údaje nutné pro poskytování služby, mimo jiné i jeho diagnóza, byla stanovena jeho ambulantním psychiatrem. Při nástupu do služby či organizace podepisuje každý klient Souhlas se zpracováním osobních a citlivých údajů, v rámci kterého je ustanoven i fakt, že zaměstnanci organizace mohou mít k jeho základním údajům přístup. Pracovník nemá automaticky náhled na karty všech klientů, autorka práce se souhlasem vedení a vedoucího služby požádala u klientů, k jejichž údajům přístup neměla, o jeho nasdílení. Bylo tak možné v případě pochybností zkontrolovat klientovu diagnózu.

Průběh oslovování a sběru dat v Bona, o.p.s. probíhal následovně. V každém středisku Chráněných komunitních bydlení v rámci Bona, o.p.s. byl vždy nejprve kontaktován vedoucí pracovník daného střediska, zpravidla skrze mail, a stručně seznámen s povahou výzkumu. V mailu či jeho příloze byl vedoucímu zaslán průvodní dopis, který seznamuje s tématem výzkumu a zaměřením na jedince se zkušeností s psychotickým onemocněním, jeho předpokládanou časovou náročností, dobrovolností a možnostmi od výzkumu odstoupit i nutností podepsat informovaný souhlas (dle Manuálu pro psaní diplomových prací na katedře Psychologie FF UP v Olomouci, Kolařík et al., 2017). S vedoucím střediska byl následně domluven termín návštěvy. První návštěva na středisku byla vždy směřována

na pravidelnou klientskou komunitu. Ty se odehrávají v režimu Chráněného bydlení pravidelně v dopoledních i odpoledních hodinách, tak, aby se komunity mohli zúčastnit pracující i nepracující klienti. Na komunitě byla autorka práce představena vedoucím střediska, ta se dále uvedla a ústně představila výzkum. V případě zájmu klienti mohli nahlédnout do dotazníkové baterie, aby si mohli lépe představit povahu kladených otázek a celkovou délku baterie. S klienty, kteří projeví ochotu se výzkumu účastnit, byl posléze domluven termín vyplnění dotazníku a krátkého rozhovoru. Chráněná komunitní bydlení tak byla navštívena několikrát, na většině se autorka účastnila dopolední i odpolední komunity, aby měla šanci oslovit všechny klienty daného střediska. V mezičase navštěvovala klienty v rámci domluvených schůzek na sběr dat a případně oslovovala klienty zbylé, pokud projeví o výzkum zájem i mimo komunitu (vlivem zpětné vazby od klientů, kteří dotazník již vyplnili, či vlivem času a postupným odhodláním se). Vyplňování dotazníků probíhalo nejčastěji ve společných prostorech daného komunitního bydlení, pokud nebyla k dispozici konzultační místnost.

Klienti služby Podpora bydlení na středisku na Praze 8, kteří bydlí v samostatných bytech a využívají nižší terapeutické podpory poskytované formou case managementu, byli oslovováni přímo. Vzhledem k dřívějšímu pracovnímu zařazení v této službě se autorka práce blíže znala s kolegy ze služby a s některými klienty i osobně v rámci bývalé spolupráce. Kolegy ze služby informovala o plánu oslovovat klienty jejich služby a poprosila je, aby v rámci možností klientům dopředu dali vědět, že budou telefonicky kontaktováni. Zvláště tak u klientů, které autorka dobře neznala z důvodu jejich novějšího nástupu do služby. Jejich kontaktování pak probíhalo formou sms zprávy, pro vytvoření co nejnižší míry nátlaku. V sms bylo uvedeno pouze velmi obecně zaměření výzkumu a že se jedná o dotazníkové šetření v rámci výzkumu pro diplomovou práci. V případě kladné reakce na sms byla s klienty domluvena individuální schůzka. Schůzky probíhaly nejčastěji dle rozhodnutí klientů na jejich tréninkovém bytě, jakožto pro ně bezpečném prostředí, či v konzultační místnosti v kancelářském zázemí služby.

V dílnách sociální rehabilitace, konkrétně Sklářské a Textilní dílny byly kontaktovány vedoucí pracovnice dílen, podobně jako vedoucí středisek CHB. V jedné z dílen probíhá pravidelná ranní komunita, kterou autorka navštívila a představila svůj výzkum, a dále se domlouvala s jednotlivými klienty. V druhé z dílen se střídají pracovníci na dopolední a odpolední směny, autorka tedy přišla „přímo do provozu“ a po domluvě s vedoucí oslovovala pracovníky při práci. Obě dílny autorce poskytly klidné zázemí pro vyplnění dotazníků a klinický rozhovor. Dílny sociální rehabilitace nabízejí možnost zaměstnání i pro jedince s jinou diagnózou duševního onemocnění, než jsou psychotická onemocnění, někteří klienti tedy nesplňovali kritéria výběru, ač projeví ochotu se výzkumu účastnit.

Klienti všech středisek Bona, o.p.s. měli možnost vyplnit dotazník za přítomnosti autorky, pro případnou podporu a otázky, či měli možnost si dotazník vzít a vyplnit samostatně. Pokud chtěli vyplňovat dotazník samostatně, domluvila si s nimi autorka práce datum a čas, kdy se sejdou pro

společnou revizi, klientovo zhodnocení a klinický rozhovor. V případě vyplňování za přítomnosti autorky mohlo dojít i k situaci, kdy ve společných prostorech chráněných bydlení dotazníkovou baterii vyplňovali 2 klienti zároveň. Klinický rozhovor pak probíhal v soukromí. Při vyplňování baterie za účasti autorky práce trval sběr dat včetně rozhovoru 1-2 hodiny. Pro některé probandy byla dotazníková baterie náročná a sběr tak byl rozdělen na 2 schůzky, čímž se celkový čas sběru protáhl. V případě, že si probandí vzali dotazníkovou baterii na vyplnění ve volném čase pak následná reflexe a klinický rozhovor trval kolem 30 minut.

Oslovování a sběr dat v rámci CDZ8 probíhal následovně. Po domluvě s vedoucí pracovnící navštívila autorka práce jednu z pravidelných ranních porad, kde měla možnost krátce představit sebe a svůj výzkum a poprosila pracovníky CDZ o pomoc při vytipování a oslovení klientů. To pak probíhalo v tzv. obýváku, tedy společné místnosti otevřené pro klienty většinu dne. Zde klienti mohou počkat na schůzku i trávit např. odpoledne či víkendové dny. Autorka práce tedy obývací místnost několikrát navštívila v průběhu odpoledne všedního dne i o víkendu. Pracovníci CDZ8 ve službě oslovili klienty, který v ten čas obývací místnost navštívili a představili autorku, či ta oslovila a představila svou prosbu o účast ve výzkumu osobně. Počet klientů navštěvující obývací místnost je kolísavý, v některých dnech tedy nedošlo k oslovení žádného klienta. Vyplňování baterie a následný rozhovor u všech zúčastněných proběhl přímo v prostorech CDZ8, doba sběru dat se pohybovala mezi 45-90 minutami.

Počty oslovených klientů neodpovídají celkovým kapacitám služeb, i přes opakované návštěvy nebylo možné potkat většinu klientů v rámci Bona, o.p.s. i CDZ8. V rámci služby Chráněné bydlení bylo osloveno celkem 45 klientů, ze služby Samostatného bydlení 18 klientů. V chráněných dílnách autorka oslovila 14 klientů a v CDZ8 10. Celkem tedy bylo osloveno 87 klientů. Cílový počet získaných dotazníkových baterií byl 80. Vzhledem k časové náročnosti byl sběr dat ukončen v únoru 2020 s počtem sebraných dotazníků rovným 41.

#### 13.4 Etické aspekty výzkumu

Etický rámec výzkumu poskytoval Manuál pro psaní diplomových prací na katedře Psychologie FF UP v Olomouci (Kolařík et al., 2017). Všichni účastníci podepsali informovaný souhlas s dobrovolnou účastí ve výzkumu a možností kdykoli od výzkumu odstoupit. V rámci zaměstnání autorky v rámci Bona, o.p.s. byla zajištěna ochrana osobních údajů klientů daná pracovní smlouvou zavazující k mlčenlivosti a ochraně osobních údajů klientů. Podmínkou využívání služeb klientem je souhlas se zpracováním osobních a citlivých údajů, které jsou spravovány v rámci organizace skrze jednotnou databázi. V rámci CDZ pro Prahu 8 byla se zařízením uzavřena dohoda o stáží, v rámci které se autorka též zavázala k mlčenlivosti. Probandi výzkumu před vyplněním dotazníku měli možnost si pročíst průvodní dopis, který jim byl i vždy ústně přednesen i jim byly ústně sděleny podmínky a náležitosti podepsání informovaného souhlasu. Autorka probandům výzkumu také vždy osobně sdělila, že výsledky jejich dotazníků budou plně anonymizovány a že nebude s pracovníky

Bony či CDZ sdílet informace a zážitky, které v dotaznících budou vyplňovat. Sebrané dotazníky byly anonymizovány a probandovi byl přiřazen specifický kód, účastníkovo jméno se nikde kromě informovaného souhlasu nevyskytuje.

K posouzení rizika zhoršení psychického stavu: proband vždy dopředu informován o povaze otázek v baterii, tedy specifickém uvedení, že baterie obsahuje otázky týkající se zneužívání a týrání. Na konci vyplňování baterie byl vždy s daným probandem veden v soukromí rozhovor o jeho zkušenosti s vyplňováním dotazníku. Proband tak měl možnost dát zpětnou vazbu např. na délku a náročnost vyplňování i měl možnost sdělit, pokud pro něj/ni byla témata v baterii obsažená náročná. Vždy bylo s probandem probráno, na jaké konkrétního profesionála by se obrátil v případě, že by pro něj/ni otázky z baterie spustily nepříjemné myšlenky či pocity. Probandi většinou volili své klíčové pracovníky v rámci dané služby. Pokud proband takového pracovníka přímo nejmenoval, byl mu nabídnut kontakt na autorku i na krizové linky a linky důvěry. Pracovníci služeb, informovaní o povaze a možné náročnosti výzkumu, zároveň měli přehled o tom, kdo z klientů se výzkumu účastnil. Otázka možného střetu zájmů při výzkumu nelze popřít a byla argumentována následovně. Autorka výzkumu neoslovovala klienty, pro které je sama klíčovým pracovníkem, aby nedošlo k nátlaku „musím vyhovět, aby mi nadále pomáhala“, ani klienty kteří jsou součástí služby, pro kterou je vedoucím pracovníkem a mohla by tak vystupovat z pozice autority, moci. Zároveň je faktem, že velkou část klientů v rámci Bona, o.p.s. osobně zná skrze několikaletou pracovní zkušenost a je tak pravděpodobné, že osobní známost přispěla k ochotě některých klientů dotazník vyplnit. Pro autorku práce tak bylo snazší s klienty navázat rozhovor na takové úrovni, že si mohla být spíše jista jejich psychickou pohodou i po vyplnění dotazníku a klinickém rozhovoru. Pro klienty organizace mohlo jít zároveň o větší jistotu, že výzkum provádí někdo známý z organizace, než částečně anonymní student na stáži. Případné obavy klienta z toho, že o něm/jí bude autorka vědět velmi osobní zkušenosti a klient ji bude muset nadále potkávat, mohly být na místě. Primárně tak byli oslovováni klienti ze služeb na Praze 8, s kterými autorka přichází do styku minimálně vzhledem k pracovnímu zařazení v Terénním týmu na Praze 4. Ukázalo se ale, dle osobních sdělení klientů, že většina účastníků, kteří si prošli ranými averzivními zkušenostmi, o svých zážitcích otevřeně hovoří, včetně pracovníků komunitních služeb.

Klientům za účast na výzkumu nebyla nabízena odměna. Autorka však na komunity při první návštěvě na středisku přinesla sušenky a ovoce v hodnotě do 100,- Kč, které byly nabídnuty všem klientům, bez ohledu na jejich účast na výzkumu a de facto i pracovníkům daného střediska.

### 13.5 Metody zpracování a analýzy dat

Po sebrání dotazníku a klinickém rozhovoru byl každý dotazník anonymizován a byl mu přiřazen specifický kód. Neúplné dotazníky byly vyřazeny z analýzy, zbytek byl vyhodnocen a oskórován dle klíčů daných dotazníků. Data, včetně demografických údajů, byla následně přepsána do základní matice v MS Excel, kde byly následně vyhodnoceny jednotlivé škály a celková skóre dotazníků

(CTQ, PBI, ECR-R, BPRS, ISMI). Pro vyhodnocení dat byl zvolen program Statistica 13.4.0.14. Kvantitativní a demografická data byla zpracována pomocí deskriptivní statistiky. Vzhledem k výběru vzorku a počtu probandů bylo nutné ověření normality distribuce dat, které bylo provedeno Shapiro-Wilkovým testem, vhodným pro testování normality malých vzorků ( $n < 50$ ) (Mishra et al., 2019). Předpoklad nenormálního rozložení však byl potvrzen pouze u jedné ze škál a na následné analýzy tak byly použity parametrické i neparametrické statistické metody.

Pro zjištění rozdílu mezi skupinami byl použit nepárový t-test pro dva nezávislé výběry a neparametrický Mann-Whitney U test. Pro testování rozdílů mezi více skupinami byl u dané škály s nenormálním rozložením proveden neparametrickým Kruskal-Wallisovým testem, spolu s testy mnohonásobného porovnání pro ověření významnosti nalezeného rozdílu mezi skupinami. Pro ověření platnosti hypotéz o vztazích mezi jednotlivými proměnnými byl použit Pearsonův korelační koeficient. S odvoláním na Centrální limitní větu<sup>3</sup> jsme se vzhledem k velikosti vzorku rozhodli pro testování souvislosti mezi proměnnými použít parametrické statistické metody Pearsonova korelačního koeficientu, přestože u jedné ze škál nebyla ověřena normalita.

V původním výzkumném plánu, již zmíněném záměru získat data od minimálně 80 probandů, bylo provést krokovou regresní analýzu pro zjištění významnosti jednotlivých proměnných v korelačních vztazích. Nepodařilo se naplnit požadovanou velikost vzorku a od regresní analýzy se muselo upustit.

---

<sup>3</sup> **Centrální limitní věta** stanovuje, že při provedení velkého počtu výběrů o dané velikosti na principu pravděpodobnosti se výběrové průměry budou rozložením přibližovat normálnímu rozdělení a celkový průměr těchto výběrových průměrů se bude přibližovat normálnímu průměru v populaci. Z toho lze odvodit, že pokud je rozsah výběrového souboru alespoň minimální velikosti, rozdělení středních hodnot výběrového souboru bude vždy normální bez ohledu na rozložení základního souboru (Centrální limitní věta, nedat.)

## 14. Charakteristika zkoumané populace a popis vzorku

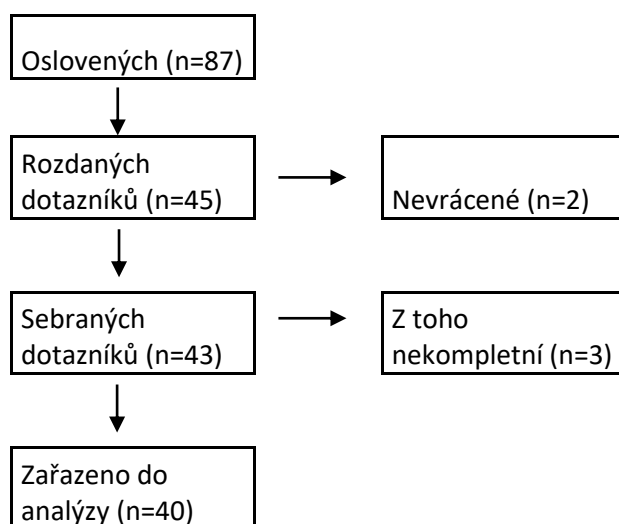
V této kapitole představíme výběrový vzorek účastníků výzkumu, kritéria jejich výběru, jejich základní charakteristiky a popis.

### 14.1 Kritéria výběru účastníků do výzkumu

Kritériem výběru účastníků do výzkumu byla na prvním místě plnoletost a zkušenost s psychotickým onemocněním, tedy schizofrenií, schizoafektivní poruchou, schizotypální poruchou či poruchou s bludy. Diagnosticky dle MKN-10 jde o diagnózy z podkapitoly F20-F29. Další podmínkou byl stabilizovaný zdravotní stav, tedy ambulantní léčení, a využívání komunitních služeb, které byly definovány výše. Z tohoto základního souboru byli na základě oslovení do výzkumu zařazeni ti klienti, kteří byli ochotní se výzkumu dobrovolně zúčastnit.

### 14.2 Charakteristiky výběrového souboru

Data byla získána od 43 účastníků. Z toho 3 dotazníkové baterie byly vyplněny pouze z poloviny a méně, a tím vyřazeny z analýzy: v těchto případech šlo o klienty, pro které byl dotazník příliš náročný vzhledem ke zdravotnímu stavu a možnostem koncentrace. 3 dotazníky byly vyplněny částečně, ale přesto byly zařazeny do analýzy – šlo o probandy, kteří vyrůstali bez otce a nemohli tak pouze vyplnit část dotazníku PBI. Do závěrečné analýzy tak byla zařazena data od 40 účastníků.



Obr. 8. Schéma sběru dat

Výběrový soubor tedy zahrnuje 40 klientů, 23 mužů (57,5%) a 17 žen (42,5%), ve věku od 32 let do 63 let. Průměrný věk probandů je 46,15 let se směrodatnou odchylkou (dále jen SD) 9,87. Diagnosticky mají nejčastěji zkušenost s paranoidní schizofrenií (n=23; 57,5%). Distribuce diagnóz byla dále: schizoafektivní porucha (n=5; 12,5%), nediferencovaná schizofrenie (n=3; 7,5%), akutní polymorfni psychotická porucha (n=2; 5%), reziduální schizofrenie (n=2; 5%), simplexní

schizofrenie (n=2; 5%), schizotypální porucha (n=1; 2,5%), nespecifikovaná schizofrenie (n=1; 2,5%) a jiná neorganická psychotická porucha (n=1; 2,5%). 9 z respondentů (22,5%) mělo sekundární diagnózu, nejčastěji byla uváděna závislost (n=3) a „osobnostní problematika“ (n=3), generalizovaná úzkostná porucha (n=1), sociální fobie (n=1) a toxická psychóza (n=1).

Průměrná doba, po kterou se respondenti léčili s duševním onemocněním, byla 19,55 let se SD=11,06 let, s minimální délkou léčby 2 roky a maximální 46. Vzhledem k velkému rozptylu je směrodatnějším ukazatelem modus, nejčastěji se respondenti léčili po dobu 14 let, medián doby léčení je 18,5 roku. Stejně tak byl variabilní počet hospitalizací s průměrem 8,13 a SD=10,44 s minimem 1 hospitalizací a maximem 50. Modus počtu hospitalizací je rovný 3 a medián je 4,5 ukazující na spíše menší počet hospitalizací ve výběrovém souboru. Kromě počtu hospitalizací byl zjišťován i počet a trvání jednotlivých fází onemocnění. Tyto otázky byly pro více respondentů náročné na zodpovězení, někteří v průběhu svého onemocnění nerozlišovali fáze stability a zhoršení. Fáze onemocnění pak spojovali s počtem hospitalizací. V průměru respondenti zažili 6,94 fází nemoci, SD = 8,92, s minimem 1 a maximem 102. Dané maximum uvedl pouze jeden z respondentů, lze ji tedy považovat za outlier. Nejčastěji bylo uváděno 5 fází nemoci, medián se rovnal 4 fázím.

Byl také zjišťován počet hospitalizací a fází nemoci v posledních 2 letech, nejčastěji respondenti uváděli 0, tedy že poslední 2 roky proběhly bez hospitalizace a fází nemoci, medián byl u obou roven 1. Otázku na celkový počet měsíců strávených v nemoci nejčastěji odpovídali mezi 0-6 měsíci (n=12, 30%). 7-12 měsíců dohromady stonalo n=7 (17,5%) respondentů, 13-24 měsíců n=8 (20%), 25-60 měsíců n=7 (17,5%) a déle než 100 měsíců n=6 (15%). V době výzkumu se jako nemocný cítilo 17 (42,5%) z respondentů, 21 (52,5%) se za nemocné nepovažovalo a 2 (5%) si nebyli jistí a cítili se nemocní i ne zároveň.

Mezi další zjišťované faktory onemocnění byla rodinná zátěž v podobě duševního onemocnění či pokusu o sebevraždu v rodině. Takovou zkušenost mělo 19 (47,5%) respondentů, 21 (52,5%) bylo bez rodinné zátěže. 2 otázky se týkaly léčby závislosti. Blízkého rodinného příslušníka, který se léčil pro závislost (na alkoholu, drogách či gamblingu) mělo 10 (25%) respondentů. Ze samotných respondentů má zkušenost s léčbou pro závislost 6 (15%) z výběrového souboru.

Sociodemografické charakteristiky výběrového souboru jsou následující. Základní vzdělání mělo 14 (35%) respondentů, nižší či střední odborné vzdělání s výučním listem mělo 18 (45%) respondentů, Střední všeobecně vzdělávací školu s maturitou měli 4 (10%) respondenti a vyšší odbornou či vysokou školu měli 4 (10%) respondenti. Zaměstnaných bylo 23 (57,5%), bez zaměstnání bylo 13 (32,5%) a v sociální rehabilitaci (tedy bez nároku na mzdu) byli 4 (10%) respondenti. Průměrný měsíční příjem respondentů činí 11 189,46 Kč (SD=5 385,27 Kč), s minimem 3 400 Kč a maximem 26 000 Kč. Většina z dotázaných (n=37, 92,5%) měla přiznaný invalidní důchod III. stupně, 1 z respondentů (2,5%) měl ID II. stupně a 2 respondenti (5%) ID I. stupně. Průměrná pracovní neschopnost v posledním roce činila 9,96 týdnů (SD=21,28 týdnů), pohybující se od minima 0 týdnů pracovní neschopnosti po maximum 100 týdnů, modus pracovní neschopnosti = 0 týdnů a medián =



1,5 týdne. Co se rodinného stavu týče: 29 (72,5%) svobodných, 9 (22,5%) rozvedených, 1 (2,5%) ovdovělý/á a 1 (2,5%) ženatý/vdaná. Vzhledem k dotazníkům zaměřených na zážitky z dětství a vztah k rodičům byla položena otázka na rodinné zázemí: 20 (50%) respondentů vyrůstalo v úplné rodině, 15 (37,5%) mělo rozvedené rodiče, 3 (7,5%) vyrůstali v náhradní péči či u příbuzných a 2 (5%) pouze s jedním z rodičů.

Přehledně sociodemografické charakteristiky viz Tabulka 6.

Tab. 6. Popis a souhrnné charakteristiky výběrového souboru

PROMĚNNÁ	Průměr, SD	RESPONDENTI (N=40)			
		Min	Max	Modus	Medián
<b>Věk</b>	46,15 ± 9,87	32	63	36	43
<b>Pohlaví</b>					
muži	23 (57,5%)				
ženy	17 (42,5%)				
<b>Diagnóza</b>					
paranoidní schizofrenie	23 (57,5%)				
schizoafektivní porucha	5 (12,5%)				
nediferencovaná schizofrenie	3 (7,5%)				
akutní polymorfní psychotická porucha	2 (5%)				
reziduální schizofrenie	2 (5%)				
simplexní schizofrenie	2 (5%)				
schizotypální porucha	1 (2,5%)				
nespecifikovaná schizofrenie	1 (2,5%)				
jiná neorganická psychotická porucha	1 (2,5%)				
<b>Sekundární dg či duální dg</b>	9 (22,5%)				
závislost (3), porucha osobnosti/osobnostní problematika (3), generalizovaná úzkostná porucha (1), sociální fobie (1), toxická psychóza (1)					
<b>Délka léčby v letech</b>	19,55 ± 11,06	2	46	14	18,5
<b>Počet kospitalizací</b>	8,13 ± 10,44	1	50	3	4,5
<b>Vzdělání</b>					
ZŠ	14 (35%)				
NOŠ, SOU, SOŠ	18 (45%)				
SVVŠ	4 (10%)				
VOŠ, VŠ	4 (10%)				
<b>Zaměstnání</b>					
zaměstnaný	23 (57,5%)				
nezaměstnaný	13 (32,5%)				
v sociální rehabilitaci	4 (10%)				
<b>Měsíční příjem</b>	11 189,46 ± 5385,27	3400	26000		
<b>Rodinné zázemí</b>					
úplná rodina	20 (50%)				
rozvedení rodiče	15 (37,5%)				
u příbuzných/v náhradní péči	3 (7,5%)				
pouze s jedním z rodičů	2 (5%)				
<b>Invalidní důchod</b>					
I.stupeň	2 (5%)				
II.stupeň	1 (2,5%)				
III.stupeň	37 (92,5%)				
<b>Rodinný stav</b>					
svobodný/á	29 (72,5%)				
rozvedený/á	9 (22,5%)				

ovdovělý/á	1 (2,5%)				
ženatý/vdaná	1 (2,5%)				
<b>Duševní onemocnění/suicidum v rodině</b>					
ano	19 (47,5%)				
ne	21 (52,5%)				
<b>Léčba závislosti</b>					
ano	6 (15%)				
ne	34 (85%)				
<b>Závislost v rodině</b>					
ano	10 (25%)				
ne	30 (75%)				
<b>Faktory onemocnění</b>					
pracovní neschopnost v posledním roce (týdny)	9,96 ± 21,28	0	100	0	1,5
fáze nemoci	6,94 ± 8,92	1	100	5	4
fáze nemoci v posledních 2 letech	2,3 ± 8,03	0	50	0	1
hospitalizace v posledních 2 letech	0,87 ± 1,34	0	7	0	1
<b>Kolik měsíců byl/a nemocný/á</b>	34,34 ± 44,60	0	222	12	12
0-6	12 (30%)				
7-12	7 (17,5%)				
13-24	8 (20%)				
25-60	7 (17,5%)				
100+	6 (15%)				
<b>Cítí se nemocný/á?</b>					
ano	17 (42,5%)				
ne	21 (52,5%)				
<b>ano i ne</b>	2 (5%)				

## 15. Výsledky

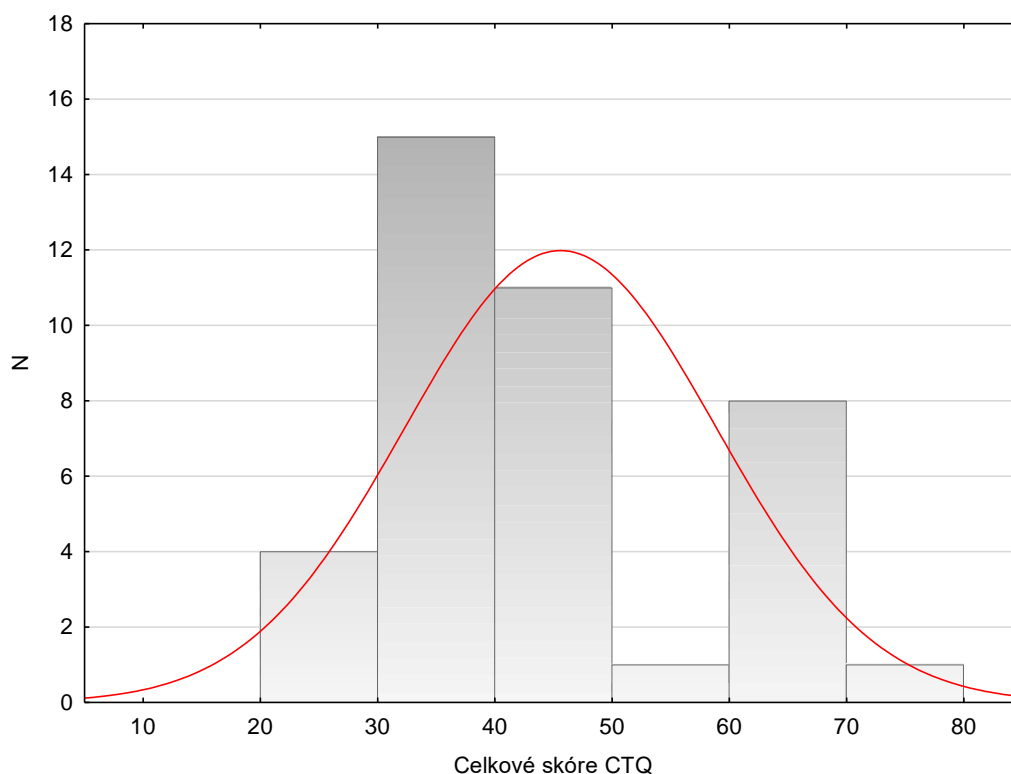
V této kapitole budou představeny výsledky analýzy dat. Jako první byla ověřována normalita rozložení dat, vzhledem k velikosti vzorku ( $N < 50$ ) byl použit Shapiro-Wilkův test normality. Hodnoty testové statistiky  $W$  se pro všechny proměnné, kromě Celkového skóru škály CTQ, neukázaly jako signifikantní na hladině  $p < 0,05$  (viz Tab.7). Přijali jsme tedy nulovou hypotézu o normálním rozložení testových dat. Pro celkové skóre škály CTQ přijímáme alternativní hypotézu o nenormálním rozložení dat.

Tab. 7. Ověření normality dat Shapiro-Wilkovým testem

	N	W	p
CTQ_Celkové skóre	40	0,936	0,025
BPRS_celkové skóre	40	0,980	0,707
ISMI_celkové skóre	40	0,966	0,269
PBI_Péče_o	40	0,955	0,116
PBI_péče_m	40	0,956	0,124
PBI_Kontrola_o	40	0,965	0,239
PBI_kontrola_m	40	0,983	0,815
ECR_Škála úzkostnosti	40	0,962	0,199
ECR_Škála vyhýbavosti	40	0,973	0,445

### 15.1 Dotazník CTQ

V každé ze škál dotazníku CTQ je možné získat maximálně 25 bodů, značící extrémní zkušenost se zanedbáváním a zneužíváním. Jeden z respondentů skóroval „velmi často“ na všechny 3 otázky škály popírání, lze tedy usuzovat na jeho/její zlehčování zážitků z dětství. Hodnota Shapiro-Wilkova  $W$  testu pro ověření normality distribuce dat je ( $N=40$ )  $W=0,94$ ,  $p=0,025$ . Hodnota  $p$  je signifikantní na hladině  $p < 0,05$ , rozložení celkového skóre dotazníku CTQ je tedy nenormální. Znárodnění rozložení dat viz Obr. 9.



Obr. 9. Histogram Celkového skóre CTQ

Tab. 8 uvádí základní statistické hodnoty jednotlivých škál CTQ. Průměrné celkové skóre v dotazníku CTQ se rovnalo 45,6 bodů ( $SD=13,32$ ). Na škále Emočního zanedbávání respondenti skórovali průměrně 13,33 bodů ( $SD=4,84$ ) s maximem 23 bodů a mediánem 13 bodů. Dle autorů metody (Bernstein & Fink, 1998) je cut-off skóre pro emoční zanedbávání 10 bodů. Skóre 10 bodů a více tedy již ukazuje na traumatizující zkušenost z dětství. Walker et al. (1999) stanovil cut-off skóre pro emoční zanedbávání na 15. Průměrný skór na škále Fyzického zanedbávání je 8,73 ( $SD=2,84$ ), maximum bylo 17 bodů a medián 8. Cut-off skóre pro fyzické zanedbávání se rovná 8 dle původních autorů i empirického výzkumu Walkera et al. (1999). Na škále Emočního týrání skórovali respondenti v průměru 10,25 bodu ( $SD=4,72$ ), maximum bylo 22 a medián 9. Cut-off skóre pro Emoční týrání je dle autorů škály 9, Walker et al. (1999) uvádí 10. Na škále Fyzického týrání bylo průměrné skóre 6,85 ( $SD=3,19$ ) s maximem 19 bodů a mediánem 5. Cut-off skóre obě zmíněné studie u fyzického týrání stanovily na 8. Na škále Sexuálního zneužívání bylo průměrné skóre 6,45 ( $SD=2,5$ ), maximem 15 a mediánem 5. Pro sexuální zneužívání je stanovené cut-off skóre 6 (Bernstein & Fink, 1998), potažmo 8 (Walker et al., 1999).

Tab. 8. Průměrné skóre jednotlivých subškál dotazníku CTQ

Subškály	PRŮMĚR	MEDIÁN	MIN	MAX	SD
CTQ_Emoční zanedbávání	13,33	13	5	23	4,84
CTQ_Fyzické zanedbávání	8,73	8	5	17	2,84
CTQ_Emoční týrání	10,25	9	5	22	4,72
CTQ_Fyzické týrání	6,85	5	5	19	3,19
CTQ_Sexuální zneužívání	6,45	5	5	15	2,50
CTQ_Celkové skóre	45,60	43	25	79	13,32

Dle cut-off skóre lze určit poměrné zastoupení jedinců se zkušeností se zanedbáváním a týráním, které lze považovat za traumatizující. Použijeme původní skóre dle Bernsteina & Finka (1998). Na škále Emočního zanedbávání skórovalo 10 a více body 32 (80%) respondentů. Fyzické zanedbávání se skórem 8 a více bodů uvedlo 26 (65%) respondentů. Emoční týrání s 9 a více body uvedlo 23 (57,5%) respondentů. Fyzické týrání s 8 a více body uvedlo 8 (20%) respondentů a sexuální zneužívání se 6 a více body 17 (42,5%) respondentů.

Rozdíl mezi skupinami dle pohlaví testován neparametrickým Mann-Whitney U testem. Statisticky významný rozdíl se ukázal pouze u subškály Sexuálního zneužívání ( $U=118,5$ ,  $p=0,02$ ). Kruskal-Wallisův test byl použit pro testování rozdílů mezi skupinami dle rodinného zázemí. Škály Emočního týrání ( $N=40$ ,  $df=2$ ,  $p=0,0997$ ) a Fyzického týrání ( $N=40$ ,  $df=2$ ,  $p=0,355$ ) neukázaly statisticky významný rozdíl mezi skupinami. Škály Emočního zanedbávání ( $N=40$ ,  $df=2$ ,  $p=0,0376$ ), Fyzického zanedbávání ( $N=40$ ,  $df=2$ ,  $p=0,024$ ), Sexuálního zneužívání ( $N=40$ ,  $df=2$ ,  $p=0,0049$ ) i Celkové skóre ( $N=40$ ,  $df=2$ ,  $p=0,0335$ ) ukazovaly na významný rozdíl mezi středními hodnotami testu a provedli jsme tedy testy mnohonásobného porovnání. Ty ukázaly statisticky významný rozdíl mezi skupinami „úplná rodina“ a „rozvedení rodiče“ na škále Fyzického zanedbávání ( $N=40$ ,  $df=2$ ,  $p=0,024$ ) a na škále Sexuálního zneužívání ( $N=40$ ,  $df=2$ ,  $p=0,0049$ ).

## 15.2 Dotazník PBI

Všechny škály PBI Shapiro-Wilkův test normality ukázal jako normálně rozložené ( $p>0,05$ ), v následných analýzách tedy používáme parametrické metody. Tab.9 uvádí průměrný skór a směrodatné odchylky jednotlivých škál dotazníku PBI. Škály péče u otce a matky jsou v průměru v pásmu „nízké péče“ (cut-off skóre pro matky je 27, pro otce 24). Na škále kontroly či hyperprotektivity hodnotili respondenti sví rodiče spíše jako hyperprotektivní (cut-off skóre pro matky je 13,5 a pro otce 12,5). Dle kvadrantů rodičovské péče by tak rodiče respondentů v průměru spadali do kvadrantu „bezpečná kontrola“ (Parker, Tupling, & Brown, 1979). T-test pro testování rozdílů mezi muži a ženami neodhalil statisticky významný rozdíl mezi skupinami. Stejně tak se neukázal rozdíl ve skupinách rozložených dle výskytu závislosti v rodině či výskytu duševního onemocnění či sebevraždy v rodině.

Tab. 9. Průměr a směrodatná odchylka subškál PBI

SUBŠKÁLY PBI	PRŮMĚR	SD
Péče otec	18,18	10,57
Péče matka	25,43	6,59
Kontrola otec	13,25	8,45
Kontrola matka	17,55	8,27

### 15.3 Dotazník ECR-R

Rozložení dat dotazníku ECR-R ukázalo dle Shapiro-Wilkova testu normální rozložení. Respondenti skórovali na škále vazebné úzkosti dotazníku ECR-R v průměru 3,76 (SD=0,084) a ve vazebné vyhýbavosti v průměru 3,5 (SD=0,75), viz Tab.10. V porovnání s neklinickou populací jde o zvýšené průměry v obou škálách (Hašto et al., 2018).

Tab. 10. Průměr a směrodatná odchylka subškál ECR-R

SUBŠKÁLY ECR	PRŮMĚR	SD
Škála úzkostnosti	3,76	0,84
Škála vyhýbavosti	3,50	0,75

T-test prověření rozdílů mezi muži a ženami neodhalil statisticky významný rozdíl mezi pohlavími na škále vazebné vyhýbavosti, ani rozdíly mezi skupinami probandů podle výskytu závislosti v rodině, či výskytu duševního onemocnění a sebevraždy v rodině. Škála vyhýbavosti také statisticky významně negativně korelovala ( $r=-0,32$ ;  $p<0,05$ ) s délkou léčby.

### 15.4 Dotazník ISMI

Průměrné hodnoty a směrodatné odchylky subškál ISMI uvádí Tab. 11. Dle norem Ociskové et al. (2014) odpovídá celkové skóre souboru T-skóre=43, což zařazuje výzkumný soubor do pásma průměru. I jednotlivé škály se dle stenů pohybovaly v pásmu průměru či na horní hranici průměru.

Tab. 11. Průměr a směrodatná odchylka subškál ISMI

SUBŠKÁLY ISMI	PRŮMĚR	SD
Odcizení	14	3,05
Souhlas se stereotypy	15	3,61
Vnímaná diskriminace	12	2,88
Stažení se ze společnosti	14	2,53
Odolnost vůči stigmatu	12	1,78
Celkové skóre	54	8,22

T-test pro 2 nezávislé výběry neodhalil významný rozdíl mezi pohlavími. Mezi skupinami rozdělenými dle výskytu závislosti v rodině byl nalezen signifikantní rozdíl v celkovém skóre ISMI mezi jedinci, kteří měli blízkého se závislostí a jedinci bez této zkušenosti ( $T=2,62$ ;  $df=37$ ;  $p=0,012$ ).

Nebyl nalezen rozdíl mezi skupinou s výskytem duševního onemocnění či sebevraždy v blízké rodině a bez zkušenosti.

### 15.5 Objektivní hodnotící stupnice BPRS

Klinická škála BPRS ukazovala dle Shapiro-Wilkova testu normální rozložení. Průměry jednotlivých subškál a směrodatné odchylky jsou níže v Tab.12. Celkové skóre výběrového souboru se pohybovalo od minima 12 bodů po maximum 61 bodů. Dle cut-off skóre dle Leuchta et al. (2005) lze za *mírně nemocného* považovat jedince se skórem 31, za *středně nemocného* se skórem 41 a výše a skóre 53 značí hranici pro *značně nemocného*. Dle těchto cut-off skóre by pod hranicí 31 bodů a mírné nemoci spadalo 14 (35%) respondentů. Mezi 31-41 body skórovalo jako mírně nemocných 16 (40%) respondentů. Mezi 41-52 body skórovalo z výběrového souboru 7 (17,5%) respondentů jako středně nemocných. Nad hranicí 53 bodů se nacházeli jako značně nemocní 2 (5%) respondenti.

Tab.12. Průměr a směrodatná odchylka subškál BPRS

SUBŠKÁLY BPRS	PRŮMĚR	SD
Afektivní symptomy	11,25	4,10
Pozitivní symptomy	5,70	4,75
Negativní symptomy	7,40	3,76
Rezistence	4,53	3,22
Aktivace	5,80	4,29
Celkové skóre	34,68	10,86

T-testem byl ověřen rozdíl mezi pohlavími. Muži a ženy nevykazovali rozdíl v průměrném celkovém skóre. Rozdíl se ukázal u škály Pozitivní symptomy ( $T=2,16$ ;  $df=38$ ;  $p=0,04$ ) i Negativní symptomy ( $T=2,43$ ;  $df=38$ ;  $p=0,04$ ), kdy muži skórovali průměrně výše než ženy. Nebyl nalezen rozdíl v celkovém skóre BPRS mezi skupinou probandů s výskytem duševního onemocnění či suicida v rodině a bez, ani mezi jedinci, kteří měli blízkého příbuzného léčícího se pro závislost či ne.

V Tab.13 jsou uvedeny průměrné skóre respondentů na jednotlivých položkách škály BPRS. Nejvyššího průměrného skóre dosahovali v Úzkosti, Depresivní náladě a Starostech o tělesný stav. Naopak nejnižší průměrné skóre ukazovala položka Nekooperativnost, což odpovídá dobrovolné účasti a ochotě všech respondentů. Respondenti také skórovali nízko na položce Velikášství.



Tab. 13. Skóre na jednotlivých položkách BPRS

Položky BPRS	Průměr	Suma	Min	Max	SD
Starosti o tělesný stav	2,83	113	0	5	1,75
Úzkost	2,98	119	0	5	1,62
Citové stažení	1,78	71	0	5	1,69
Dezorganizace myšlení	1,80	72	0	5	1,67
Pocity viny	2,48	99	0	5	1,83
Tenze	2,38	95	0	6	1,92
Manýrování a pózování	1,53	61	0	5	1,63
Velikášství	1,00	40	0	5	1,59
Depresivní nálada	2,98	119	0	5	1,27
Hostilita	1,93	77	0	4	1,54
Podezíravost	1,93	77	0	5	1,80
Halucinace	1,40	56	0	5	2,00
Pohybová zpomalenost	2,70	108	0	5	1,59
Nekooperativnost	0,68	27	0	3	1,12
Neobvyklý myšlenkový obsah	1,50	60	0	5	1,60
Oploštělá emotivita	1,68	67	0	5	1,69
Vzrušení	1,90	76	0	5	1,78
Dezorientace	1,25	50	0	5	1,61

#### 15.6 Stupnice CGI – GLOBÁLNÍ ZLEPŠENÍ

Respondenti v době sběru dat v průměru hodnotili svůj stav jako „mám mírné příznaky duševní nemoci“. Jako bez příznaků, nebo váhající zda vůbec nějaké příznaky mají, se označilo 14 (35%) respondentů. Jako jedince s mírnými příznaky se označilo 18 (45%) respondentů. Jako středně silně nemocné se označilo 5 (12,5%) respondentů a za zcela zřetelně nemocné nebo s extrémně výraznými příznaky nemoci se označili 3 (7,5%) respondenti.

Dále měli respondenti hodnotit míru zlepšení příznaků nemoci. Jako „velmi výrazně zlepšen“ se cítilo 7 (17,5%) respondentů. Nejvíce respondentů, 20 (50%), se cítilo „značně zlepšen“. Jako „nepatrně zlepšen“ nebo beze změny se cítilo 12 (30%) respondentů a jeden (2,5%) z výběrového souboru se cítil „nepatrně zhoršen“.

Tab. 14. uvádí průměrné skóre a směrodatnou odchylku obou otázek škály. Ve výsledcích škály CGI nebyly dle t-testu rozdíly mezi pohlavími, ani v závislosti na výskytu duševního onemocnění či závislosti v rodině.

Tab. 14. Průměr a směrodatná odchylka otázek CGI-S

CGI-S	Průměr	SD
CGI-S_závažnost	2,9	1,39
CGI-S_zlepšení	2,3	1,00

## 15.7 Rané averzivní zkušenosti a zkoumané souvislosti

I když nebyla ověřena normalita v případě škály CTQ, rozhodli jsme se s odvoláním na centrální limitní teorém, vzhledem k velikosti vzorku využít parametrickou Pearsonovu korelaci.

### 15.7.1 Vztah averzivních zážitků a sebestigmatizace s délkou léčby, počtem hospitalizací a měsíci strávenými v nemoci

Souvislost skóre na škálách CTQ a ISMI s demografickými charakteristikami závažnosti onemocnění je zobrazena v Tab. 15. Celkové skóre traumatizace v dětství nesouvisí s délkou léčby, počtem hospitalizací ani počtem měsíců strávených v akutní fázi onemocnění. Nebyl nalezen vztah mezi jednotlivými subškálami a faktory onemocnění. Ukázal se ale statisticky významný pozitivní, středně silný vztah mezi skórem na škále sexuálního zneužívání a počtem měsíců strávených v akutní fázi onemocnění. Jedinci, kteří skórovali výše na škále mapující zkušenosti sexuálního zneužití, strávili delší čas v hospitalizaci či akutní fázi onemocnění.

Tab. 15. Vztah mezi škálami CTQ a faktory onemocnění

Proměnné (N=37)	délka léčby	hospitalizace	měs.celkem v nemoci
CTQ_Emoční zanedbávání	-0,24	0,02	-0,06
CTQ_Fyzické zanedbávání	-0,26	-0,03	-0,01
CTQ_Emoční týrání	-0,06	-0,02	0,17
CTQ_Fyzické týrání	-0,19	-0,08	-0,16
CTQ_Sexuální zneužívání	0,10	0,05	0,47
CTQ_Celkové skóre	-0,20	-0,02	0,09
ISMI_Odcizení	0,19	0,29	0,26
ISMI_Souhlas se stereotypy	0,21	0,11	0,12
ISMI_Vnímaná diskriminace	0,25	0,14	-0,01
ISMI_Stažení se ze společnosti	0,16	0,18	0,18
ISMI_Odolnost vůči stigmatu	0,18	0,09	0,05
ISMI_Celkové skóre	0,26	0,16	0,10

Hladina významnosti  $p < 0,05$  zvýrazněná červeně.

### 15.7.2 Vztah mezi averzivními zážitky z dětství a vnímanými rodičovskými styly

Celkové skóre traumatizace v dětství statisticky významně negativně korelovalo se škálou péče dotazníku PBI (viz Tab.16.). Jedinci, kteří měli více zkušeností s averzivními zážitky zanedbávání a zneužívání v dětství své rodiče vnímali jako méně pečující. Celkové skóre CTQ statisticky významně korelovalo se škálou kontroly matky. Jedinci s vyšším celkovým skóre CTQ vnímali svou matku jako více kontrolující a hyperprotektivní. Oba tyto vztahy se řadí mezi silné.

Co se týče jednotlivých škál (Tab. 16), zkušenost se sexuálním zneužíváním slabě pozitivně souvisela s vnímanou kontrolou. Fyzické týrání středně silně negativně souviselo s vnímanou mírou péče u obou rodičů. Emoční týrání souviselo středně silně s nižší vnímanou péčí obou rodičů, pozitivně souviselo s vnímanou kontrolou u otce i u matky, u matky šlo o silný vztah. Fyzické zanedbávání středně silně negativně souviselo s vnímanou péčí obou rodičů. Stejně tak emoční zanedbávání souviselo s nižší vnímanou péčí obou rodičů, zde šlo o silný vztah. Emoční zanedbávání středně silně souviselo v pozitivním směru s vnímanou kontrolou a hyperprotektivitou matky.

Tab. 16. Vztah mezi averzivními zážitky (CTQ) a vnímanými rodičovskými styly (PBI)

N=39	Péče otec	Péče matka	Kontrola otec	Kontrola matka
Emoční zanedbávání	-0,76	-0,72	0,14	0,44
Fyzické zanedbávání	-0,43	-0,45	0,10	0,31
Emoční týrání	-0,52	-0,55	0,48	0,63
Fyzické týrání	-0,42	-0,43	-0,16	0,25
Sexuální zneužívání	-0,12	-0,13	0,14	0,35
Celkové skóre	-0,70	-0,71	0,25	0,60

Hladina významnosti  $p < 0,05$  zvýrazněna červeně.

### 15.7.3 Vztah mezi averzivními zážitky z dětství a sebestigmatizací

Vztah mezi averzivními zkušenostmi z dětství se neukázal jako statisticky významně související s celkovou mírou sebestigmatizace, ani s jednotlivými škálami ISMI (viz Tab. 17).

Tab. 17. Vztah mezi averzivními zážitky z dětství (CTQ) a sebestigmatizací (ISMI)

N=39	Odcizení	Souhlas se stereotypy	Vnímaná diskriminace	Stažení se ze společnosti	Odolnost vůči stigmatu	ISMI Celkové skóre
Emoční zanedbávání	-0,11	-0,04	-0,01	-0,12	-0,07	-0,07
Fyzické zanedbávání	-0,17	-0,07	-0,02	-0,01	-0,30	-0,10
Emoční týrání	0,22	0,15	0,17	0,07	0,19	0,19
Fyzické týrání	0,19	0,27	0,27	0,07	-0,03	0,22
Sexuální zneužívání	0,22	0,21	0,08	0,14	-0,12	0,13
Celkové skóre	0,09	0,13	0,14	0,02	-0,05	0,10

#### 15.7.4 Vztah mezi averzivními zážitky z dětství a attachmentem

Nebyla nalezena statisticky významná souvislost mezi averzivní traumatickou zkušeností z dětství a mírou vazebné jistoty či vyhýbavosti (viz Tab. 18).

Tab. 18. Vztah mezi averzivními zážitky z dětství (CTQ) a vazebným stylem (ECR-R)

N=39	Škála úzkostnosti	Škála vyhýbavosti
Emoční zanedbávání	-0,11	0,04
Fyzické zanedbávání	-0,02	-0,02
Emoční týrání	0,04	0,18
Fyzické týrání	-0,06	-0,15
Sexuální zneužívání	0,00	0,11
Celkové skóre	-0,04	0,07

#### 15.7.5 Vztah mezi averzivními zážitky z dětství a závažností příznaků onemocnění

Nebyl nalezen významný vztah mezi ranými averzivními zážitky a celkovou závažností symptomů duševního onemocnění, ani s jednotlivými subškálami BPRS (Tab. 19.). Stejně tak se neukázal jako významný vztah mezi averzivními zážitky z dětství a subjektivně vnímanou závažností symptomů a celkovým zlepšením probandů (Tab. 20.).

Tab. 19. Vztah mezi averzivními zážitky z dětství (CTQ) a závažností onemocnění (BPRS)

N=39	Afektivní symptomy	Pozitivní symptomy	Negativní symptomy	Rezistence	Aktivace	BPRS Celkové skóre
Emoční zanedbávání	0,15	-0,12	0,08	0,03	-0,20	-0,04
Fyzické zanedbávání	-0,13	0,09	0,10	0,06	-0,24	-0,05
Emoční týrání	0,26	-0,10	0,19	0,15	-0,07	0,14
Fyzické týrání	0,26	0,01	0,13	-0,15	-0,13	0,05
Sexuální zneužívání	-0,03	0,04	-0,14	-0,04	-0,05	-0,07
Celkové skóre	0,18	-0,05	0,13	0,04	-0,20	0,03

Tab. 20. Vztah mezi averzivními zážitky z dětství (CTQ) a subjektivním zhoršením (CGI)

N=39	Afektivní symptomy	Pozitivní symptomy
Emoční zanedbávání	0,15	-0,12
Fyzické zanedbávání	-0,13	0,09
Emoční týrání	0,26	-0,10
Fyzické týrání	0,26	0,01
Sexuální zneužívání	-0,03	0,04
Celkové skóre	0,18	-0,05

## 15.8 Sebestigmatizace, attachment a zkoumané souvislosti

Následně budou popsány případné nalezené vztahy mezi skórem probandů na škále sebestigmatizace, vztahové úzkostnosti a vyhýbavosti a faktorů souvisejících se závažností onemocnění.

### 15.8.1 Vztah averzivních zážitků a sebestigmatizace s délkou léčby, počtem hospitalizací a měsíci strávenými v nemoci

Nebyl nalezen vztah mezi celkovou mírou sebestigmatizace a délkou léčby, počtem hospitalizací, ani počtem měsíců strávenými v akutní fázi onemocnění. Stejně tak nebyl prokázán významný vztah mezi jednotlivými subškálami sebestigmatizace a faktorů onemocnění (viz Tab. 21).

Tab. 21. Vztah mezi škálami ISMI a faktory onemocnění

	délka léčby	hospitalizace	měs.celkem v nemoci
N=37			
Odcizení	0,19	0,29	0,26
Souhlas se stereotypy	0,21	0,11	0,12
Vnímaná diskriminace	0,25	0,14	-0,01
Stažení se ze společnosti	0,16	0,18	0,18
Odolnost vůči stigmatu	0,18	0,09	0,05
Celkové skóre	0,26	0,16	0,10

### 15.8.2 Vztah mezi sebestigmatizací a attachmentem

Byl nalezen středně silný negativní vztah mezi celkovou mírou sebestigmatizace a mírou vazebné vyhýbavosti. Čím více byl jedinec zasažen sebestigmatizujícími postoji a přesvědčeními, tím méně skóroval na škále vazebné vyhýbavosti. Mezi celkovým skórem sebestigmatizace a mírou vazebné úzkostnosti nebyl nalezen vztah (Tab. 22).

Co se týče jednotlivých subškál dotazníku ISMI a vazebného stylu, subškála Odcizení středně silně korelovala s oběma vazebnými styly. Čím více se jedinec cítil jako odcizený od většinové společnosti, tím vyšší měl míru vazebné úzkostnosti a vyhýbavosti. Vyšší skóre na škále Souhlasu se stereotypy pozitivně korelovalo s vazebnou úzkostností. Čím více jedinec přijímal stereotypy spojené s duševním onemocněním za své, tím vyšší měl míru vazebné úzkostnosti. Stejně tak skóre na škále Vnímané diskriminace středně silně pozitivně korelovalo s vazebnou úzkostností. Čím více se jedinec cítil jako diskriminován, tím vyšší míru vazebné úzkostnosti měl. Subškála Stažení se ze společnosti nekorelovala s vazebným stylem. Subškála Odolnosti vůči stigmatu velmi silně pozitivně korelovala se škálou vazebné vyhýbavosti (viz Tab. 22.).

Tab. 22. Vztah mezi sebestigmatizací (ISMI) a vazebnou úzkostností a vyhýbavostí (ECR-R)

N=40	Škála úzkostnosti	Škála vyhýbavosti
ISMI skóre	0,21	-0,59
Odcizení	0,43	0,42
Souhlas se stereotypy	0,42	0,01
Vnímaná diskriminace	0,43	-0,08
Stažení se ze společnosti	0,18	-0,07
Odolnost vůči stigmatu	0,05	0,86

Hladina významnosti  $p < 0,05$  zvýrazněna červeně.

### 15.8.3 Vztah mezi sebestigmatizací a závažností onemocnění

Celková míra sebestigmatizace pozitivně korelovala s celkovým skórem klinické škály BPRS, prokázaná souvislost je ale slabá (viz. Tab. 23). Celková míra sebestigmatizace středně silně negativně souvisela s mírou Aktivace BPRS (ta obsahuje položky Vzrušení, Manýrování a pózování, Tenze). Čím vyšší míru sebestigmatizace jedinec vykazoval, tím níže skóroval v míře zvýšené aktivity, napětí či nepřírozených projevů a pohybů.

Míra Odcizení jedince slabě pozitivně korelovala se skórem na škále Aktivace. Čím více se jedinec cítil jako odcizený od společnosti, tím silněji se projevoval jako tenzní a aktivovaný, s projevy manýrování. Skóre na škále Souhlasu se stereotypy slabě korelovalo s výskytem pozitivních psychotických projevů. Jako středně silná se ukázala souvislost mezi mírou Souhlasu se stereotypy a celkovou závažností onemocnění. Škály Vnímané diskriminace a Stažení se ze společnosti se neukázaly jako související s klinickými projevy onemocnění. Škála Odolnosti vůči stigmatu velmi silně korelovala s mírou Aktivace. Jedinec odolnější vůči stereotypům se projevoval jako více aktivovaný, tenzní, nepřírozeně se pohybující (Tab. 23.).

Tab. 23. Vztah mezi sebestigmatizací (ISMI) a závažností onemocnění (BPRS)

N=40	Afektivní symptomy	Pozitivní symptomy	Negativní symptomy	Rezistence	Aktivace	Celkové skóre
ISMI skóre	0,05	0,03	0,17	0,04	-0,59	0,31
Odcizení	0,25	0,07	-0,05	0,14	0,34	0,04
Souhlas se stereotypy	0,19	0,33	0,27	0,21	-0,02	0,41
Vnímaná diskriminace	0,10	0,13	0,11	0,16	-0,09	0,24
Stažení se ze společnosti	-0,12	0,10	0,20	-0,05	-0,22	0,05
Odolnost vůči stigmatu	0,05	0,16	-0,08	0,16	0,87	-0,13

Hladina významnosti  $p < 0,05$  zvýrazněna červeně.

Celková míra sebestigmatizace silně negativně souvisela se subjektivní mírou zlepšení vnímanou jedincem (Tab. 24.). Čím více jedinec skóroval jako sebestigmatizovaný, tím méně vnímal své onemocnění jako zhoršující se.

Jednotlivé subškály ISMI se ukázaly jako nesouvisející s tím, do jaké míry se jedinec vnímal jako aktuálně nemocný. Subškála odcizení slabě pozitivně korelovala s mírou subjektivního zhoršení za celkovou dobu léčby, tedy čím více se jedinec cítil jako odcizený od společnosti, tím spíše viděl své onemocnění jako zhoršující se. Škály Souhlasu se stereotypy, Vnímané diskriminace a Stažení se ze společnosti s vnímaným zhoršením nesouvisely. Subškála Odolnosti vůči stigmatu velmi silně pozitivně korelovala se subjektivním zhoršením. Jedinci, kteří nebyli ovlivněni stigmatizujícími postoji, vnímali svůj stav jako zlepšený.

Tab. 24. Vztah mezi sebestigmatizací (ISMI) a subjektivním zhoršením (CGI)

N=40	CGIZacat	CGIkonec
ISMI skóre	-0,14	-0,60
Odcizení	0,06	0,33
Souhlas se stereotypy	0,14	0,00
Vnímaná diskriminace	-0,02	-0,09
Stažení se ze společnosti	-0,08	-0,11
Odolnost vůči stigmatu	0,21	0,89

Hladina významnosti  $p < 0,05$  zvýrazněna červeně.

#### 15.9 Vztah attachmentu a závažností onemocnění

Míra vazebné úzkostnosti slabě pozitivně korelovala se závažností Pozitivních symptomů BPRS, tedy položkami Neobvyklý myšlenkový obsah, Dezorganizace myšlení, Halucinace a Velikášství. Čím výše na škále vazebné úzkostnosti jedinec skóroval, tím silnější měl projevy ve zmíněných položkách. Škála vyhýbavosti silně pozitivně korelovala se škálou Aktivace, tedy položkami Vzrušení, Manýrování a pózování, Tenze. Jedinci, kteří skórovali vysoce na škále vazebné vyhýbavosti, měli silnější projevy v těchto doménách. S jinými škálami BPRS a vazebnými styly se neprokázala souvislost (Tab. 25).

Tab. 25. Vztah attachmentu (ECR-R) a závažností onemocnění (BPRS)

N=40	Afektivní symptomy	Pozitivní symptomy	Negativní symptomy	Rezistence	Aktivace	Celkové skóre
Škála úzkostnosti	0,22	0,37	0,03	0,16	0,09	0,30
Škála vyhýbavosti	0,02	0,26	-0,03	0,03	0,74	-0,15

Hladina významnosti  $p < 0,05$  zvýrazněna červeně.

Neprojevila se souvislost mezi vazebnou úzkostností a vnímanou mírou aktuálních příznaků jedince a celkového zhoršení za dobu léčby s duševním onemocněním. Vazebná vyhýbavost slabě souvisela se subjektivním vnímáním závažnosti aktuálních příznaků a velmi silně korelovala se subjektivním zhoršením průběhu nemoci. Jedinci s vyšší vazebnou vyhýbavostí se spíše hodnotili jako se silnými příznaky nemoci a jako celkově zhoršení (Tab. 26).

Tab. 26. Vztah attachmentu (ECR-R) a subjektivního zhoršení (CGI)

N=40	CGIZacat	CGIkonec
Škála úzkostnosti	0,24	-0,08
Škála vyhýbavosti	0,35	0,82

Hladina významnosti  $p < 0,05$  zvýrazněna červeně.



## 16. Ověření platnosti hypotéz

### **H1: Míra averzivních zážitků (CTQ) pozitivně koreluje s počtem hospitalizací.**

Hypotéza se zamítá, mezi proměnnými nebyl nalezen statisticky signifikantní vztah ( $r = -0,02$ ;  $p > 0,05$ ).

### **H2: Míra averzivních zážitků (CTQ) pozitivně koreluje s počtem měsíců v akutní fázi onemocnění.**

Hypotéza se zamítá, mezi celkovým skóre CTQ a zkoumanou proměnnou nebyl nalezen statisticky signifikantní vztah ( $r = 0,09$ ;  $p > 0,05$ ).

Nalezli jsme však statisticky signifikantní vztah pro jednu ze subškál. Existuje středně silná pozitivní korelace ( $r = 0,47$ ;  $p < 0,05$ ) mezi škálou Sexuálního zneužívání a počtem měsíců strávených v akutní fázi onemocnění.

### **H3: Míra sebestigmatizace (ISMI) pozitivně koreluje s délkou léčby.**

Hypotéza se zamítá, mezi celkovým skóre ISMI a zkoumanou proměnnou nebyl nalezen statisticky signifikantní vztah ( $r = 0,09$ ;  $p > 0,05$ ).

### **H4: Míra sebestigmatizace (ISMI) pozitivně koreluje s počtem hospitalizací.**

Hypotéza se zamítá, mezi celkovým skóre ISMI a zkoumanou proměnnou nebyl nalezen statisticky signifikantní vztah ( $r = 0,16$ ;  $p > 0,05$ ).

### **H5: Míra sebestigmatizace (ISMI) pozitivně koreluje s počtem měsíců strávených v akutní fázi onemocnění.**

Hypotéza se zamítá, mezi celkovým skóre ISMI a zkoumanou proměnnou nebyl nalezen statisticky signifikantní vztah ( $r = 0,10$ ;  $p > 0,05$ ).

### **H6: Míra averzivních zážitků v dětství (CTQ) pozitivně koreluje s mírou sebestigmatizace (ISMI).**

Hypotéza se zamítá, nebyl nalezen statisticky signifikantní vztah mezi celkovým skóre CTQ a celkovým skóre ISMI ( $r = 0,10$ ;  $p > 0,05$ ).

### **H7: Míra averzivních zážitků v dětství (CTQ) pozitivně koreluje s typem citové vazby (ECR-R).**

Hypotéza se zamítá, mezi celkovým skóre CTQ a oběma ze škál ECR-R, Škálou úzkostnosti ( $r = -0,04$ ;  $p > 0,05$ ) i Škálou vyhýbavosti ( $r = 0,07$ ;  $p > 0,05$ ) nebyl nalezen statisticky signifikantní vztah.

**H8: Míra averzivních zážitků v dětství (CTQ) negativně koreluje s mírou vnímané rodičovské péče (PBI).**

Hypotéza se přijímá. Byla nalezena silná negativní korelace mezi celkovým skóre CTQ pro škálu Péče otce ( $r=-0,70$ ;  $p<0,05$ ) i Péče matky ( $r=-0,71$ ;  $p<0,05$ ).

**H9: Míra averzivních zážitků v dětství (CTQ) pozitivně koreluje s mírou vnímané rodičovské kontroly (PBI).**

Hypotéza se přijímá pro vztah celkového skóre CTQ a škálou Kontrola u matky, byla nalezena silná pozitivní korelace ( $r=0,6$ ;  $p<0,05$ ). Pro otce se tento vztah nepotvrdil a hypotéza se pro vztah mezi celkovým skóre CTQ a škálou Kontroly u otce zamítá.

**H10: Míra averzivních zážitků v dětství (CTQ) pozitivně koreluje se závažností příznaků onemocnění (BPRS).**

Hypotéza se zamítá, mezi celkovým skóre CTQ a celkovým skóre BPRS nebyl nalezen statisticky signifikantní vztah ( $r=0,03$ ;  $p>0,05$ ).

**H11: Míra sebestigmatizace (ISMI) pozitivně koreluje s typem citové vazby (ECR-R).**

Hypotéza se zamítá. Mezi celkovým skóre ISMI a Škálou úzkostnosti nebyl nalezen statisticky signifikantní vztah ( $r=0,21$ ;  $p>0,05$ ). Pro druhou ze škál nalezený vztah byl statisticky významný, avšak v opačném směru. Celkové skóre ISMI středně silně negativně ( $r=-0,59$ ;  $p<0,05$ ) koreluje se Škálou vyhýbavosti ECR-R.

Také se ukázaly signifikantní vztahy mezi jednotlivými subškálami ECR-R a ISMI. Se Škálou vyhýbavosti pozitivně korelovaly subškály ISMI: Odcizení ( $r=0,42$ ;  $p<0,05$ ) středně silně, Odolnost vůči stigmatu ( $r=0,86$ ;  $p<0,05$ ) velmi silně.

Se Škálou úzkostnosti ECR-R pozitivně korelovaly subškály ISMI: Odcizení ( $r=0,43$ ;  $p<0,05$ ) Souhlas se stereotypy ( $r=0,42$ ;  $p<0,05$ ) a Vnímaná diskriminace ( $r=0,43$ ;  $p<0,05$ ). Všechny tyto korelace byly středně silné.

**H12: Míra sebestigmatizace (ISMI) pozitivně koreluje se závažností příznaků onemocnění (BPRS).**

Hypotéza se přijímá, celková míra ISMI slabě pozitivně koreluje ( $r=0,31$ ;  $p<0,05$ ) s celkovým skóre BPRS.

**H13: Typ citové vazby (ECR-R) pozitivně koreluje se závažností příznaků onemocnění (BPRS).**

Hypotéza se zamítá, mezi Škálou úzkostnosti ( $r=0,30$ ;  $p>0,05$ ) ani vyhýbavosti ( $r=-0,15$ ;  $p>0,05$ ) a celkovým skóre BPRS nebyl nalezen statisticky signifikantní vztah.

## 17. Diskuze

Cílem této práce bylo prozkoumat, u vzorku jedinců se zkušeností s psychotickým onemocněním v psychosociálních službách, souvislost mezi výskytem averzivních a traumatických zážitků z dětství, vztahovou vazbou a sebestigmatizací, a jejich vlivem na závažnost průběhu onemocnění. Vedlejším cílem práce bylo popsat míru výskytu averzivních zážitků z dětství, vazebného stylu a míry sebestigmatizace u výzkumného vzorku, který z převážné části tvořili klienti organizace Bona, o.p.s., jako zástupné sociální služby pro lidi s duševním onemocněním – zahrnující chráněná bydlení, chráněná pracoviště i terénní týmy.

V naší studii nebyly potvrzeny hypotézy o souvislosti mezi výskytem averzivních dětských zážitků a průběhem onemocnění (délka léčby, počet hospitalizací a počet měsíců strávených v akutní fázi onemocnění), nalezla se pouze středně silná korelace mezi zkušeností se sexuálním zneužíváním a počtem měsíců strávených v akutní fázi onemocnění. Nenalezli jsme souvislost ani mezi výskytem ACE a sebestigmatizací, ani vazebným stylem v dospělosti. Potvrdila se hypotéza o souvislosti mezi výskytem averzivních dětských zážitků a vnímáním rodičovské péče a kontroly. Byla nalezena silná negativní korelace ( $r=-0,7$ ) mezi mírou averzivních zážitků a vnímanou péčí poskytovanou otcem i matkou. Nalezena byla také silná korelace ( $r=0,6$ ) mezi mírou averzivních zážitků a vnímanou hyperprotektivitou matky.

Hypotézy o souvislosti sebestigmatizace a sledovaných faktorů zmíněných výše: nebyla nalezena souvislost mezi mírou sebestigmatizace a počtem hospitalizací, délkou léčby ani měsíci strávenými v nemoci, tak jako v jiných výzkumech (Holubová, 2019; Vrbová et al, 2018). Nenašla se pozitivní souvislost mezi celkovou sebestigmatizací a vazebnou úzkostností a vyhýbavostí dle očekávání, celková míra sebestigmatizace korelovala s vazebnou vyhýbavostí negativně, vztah byl středně silný ( $r=-0,59$ ). Vazebná vyhýbavost udává míru, do jaké jedinec nevěří dobré vůli blízké osoby a snaží se udržet emoční odstup a nezávislost. Lze tedy uvažovat nad tím, jestli mají jedinci s vyšší mírou sebestigmatizace tendenci být spíše závislejší na pomoci druhých. S vazebnou úzkostností korelovaly středně silně pouze některé škály dotazníku ISMI, konkrétně Odcizení, Souhlas se stereotypy a Vnímaná diskriminace. Subškála Odcizení hodnotí míru vnímaného vyčlenění jedince ze společnosti, Souhlas se stereotypy míru souhlasu se stereotypy o lidech s duševním onemocněním, Vnímaná diskriminace hodnotí chování okolí vůči jedinci jako duševně nemocnému (Ocisková et al., 2014).

Byla nalezena souvislost mezi mírou sebestigmatizace a závažností klinických příznaků psychotického onemocnění na škále BPRS, nalezená korelace však byla slabá ( $r=0,3$ ). Také byl nalezen silný negativní vztah mezi sebestigmatizací a subjektivním zhoršením projevů nemoci – respondenti, kteří skórovali výše na škále sebestigmatizace vnímali svůj stav jako spíše zlepšený či neměnící se.

Hypotézy o souvislosti vazebného stylu v dospělosti a větší závažnosti projevů onemocnění se nepotvrdily, mezi skórem na škále vazebné úzkostnosti a vyhýbavosti a skórem závažnosti klinických příznaků onemocnění se nenalezla souvislost. Subjektivní vnímání aktuální závažnosti příznaků a celkového zhoršení příznaků korelovalo s mírou vazebné vyhýbavosti, nalezený vztah byl středně silný až velmi silný. Nenalezli jsme srovnání v jiných výzkumech, pouze ve výzkumu Hajdúka a Heretika (2016) souvisela dimenze vyhýbavosti pouze s vyšší mírou deprese a vazebná úzkostnost korelovala s mírou subklinické paranoi.

Dále porovnáme nalezené výsledky o souvislosti raných averzivních zážitků a průběhu onemocnění v porovnání s jinými studii na podobná témata. Kolegyně Mejsnarová (2019) ve své diplomové práci prokázala souvislost mezi ranými negativními zážitky měřenými dotazníkem ACE, závažností příznaků schizofrenie (BPRS) a disociací. Mezi závažností příznaků měřených klinickou škálou BPRS a výskytem averzivních zážitků v dětství měřených dotazníkem ACE našla středně silnou korelaci. Rozdíl mezi našimi výsledky je vysvětlitelný odlišností výběrů vzorku: v našem výběru šlo o pacienty v ambulantní péči a ve službách sociální péče, zatímco u kolegyně šlo o pacienty hospitalizované v psychiatrické nemocnici. Další české studie zkoumající souvislost výskytu ACE a průběhu schizofrenního onemocnění jsme nenalezli. Ille (2017) kvalitativně zkoumal výskyt traumatu u jedinců se schizofrenií, nevyhodnocoval ale závažnost onemocnění. Také zahraniční studie našly souvislost mezi výskytem ACE a závažností průběhu onemocnění: Rosenberg et al. (Rosenberg, Lu, Mueser, Jankowski, & Cournois, 2007) zjistili na vzorku 569 dospělých se schizofrenií signifikantní souvislost mezi averzivními zkušenostmi z dětství a závažností psychiatrického onemocnění. Zvýšené vystavení averzivním událostem v dětství silně souviselo s psychiatrickými problémy (sebevražedné myšlenky, hospitalizace, distres, symptomy PTSD), zneužíváním návykových látek, somatickými zdravotními obtížemi (HIV infekce), častějším využitím zdravotních služeb a slabým společenským fungováním (bezdomovectví nebo trestná činnost). I když v naší studii nebyla zkoumána prevalence oproti zdravé populaci, review Misiaka et al. (2017) uvádí, že pacienti s psychotickým onemocněním měli 3násobnou pravděpodobnost vystavení dětské traumatizaci, oproti zdravým jedincům. ACE skóre ve studii Anda et al. (2006) silně souviselo s rizikem panických reakcí, depresivního afektu, úzkostí a zvýšeného výskytu halucinací. V téže studii a dalších (Williams et al., 2018) je uváděna souvislost mezi attachmentem, ranými averzivními zážitky a psychotickým onemocněním. Častěji je attachment zmiňován jako mediátor vztahu mezi ACE a projevy onemocnění, v našem výzkumu nebylo možné provést potřebnou analýzu. Sheinbaum, Kwapil & Barrantes-Vidal (2014) našli u zdravé populace spojitost mezi fyzickým a emočním traumatem a neklinickými psychotickými fenomény, vztahová vazba mediovala toto spojení. Sitko et al. (Sitko, Bentall, Shevlin, O'Sullivan, & Sellwood, 2014) našli spojitost mezi sexuálním zneužitím v dětství a halucinacemi, nejistou vztahovou vazbou a paranoiou. Důležitým faktorem v daných souvislostech je rodičovská péče a následná možnost jedince si vytvořit vzorce bezpečné vazby a mít tak lepší zdroje pro vypořádání se s averzivními zkušenostmi.

Ringer et al. (2014) dokládá, že nejisté vzorce vazby mohou jedince se slabou sociální oporou ponechat ho zranitelnějším vůči potřebě se vyrovnat s traumatickými událostmi a dalšími rizikovými faktory v rozvoji schizofrenie a mít vliv na následný horší průběh nemoci. Catalan et al. (2017) našli pozitivní vztah mezi existencí traumatu a psychotickou symptomatologií, styl rodičovské výchovy přímo souvisel s výskytem traumatických zážitků. Jedinci s historií emočního traumatu vykazovali specifický výchovný styl rodičů, vysokou míru hyperprotektivity i vysoké péče. V naší studii byla vnímaná péče rodičů nízká a hyperprotektivita (pouze matky) vysoká. Pilton et al. (2016) dodává důkaz pro tezi o vlivu minulých interpersonálních vztahů na zkušenost se slyšením hlasů, zlomyslnost hlasů souvisela s nízkou mírou péče a vyšší hyperprotektivitou rodičů i se zkušeností s dětským sexuálním zneužitím. Gumley et al. (2014) v systematickém review dokládá malou až střední korelaci mezi attachmentem a důsledky psychotického onemocnění včetně pozitivních a negativních symptomů, depresivních projevů a kvality života. Berry et al. (2007) našli spojitost mezi nízkou péčí a hyperprotektivitou v dětství a vyšší nejistotou v dospělé vazbě.

K výzkumům zabývajícím se attachmentem a sebestigmatizací. Ve výzkumu Ringera et al. (2014) byly vyhýbavé vzorce vazby spojeny s vyšší mírou beznaděje a nižšími mírami sebedůvěry. To jsou obojí aspekty spojené s důsledky sebestigmatizace, i autoři výzkumu uvádí, že je možné, že způsoby vztahování se k druhým jsou spíše odpovědí na averzivní sociální zkušenost stigmatizace, a ne výsledek prekurzorů schizofrenie. V důsledku averzivních zkušeností z dětství se mohou jedinci stát přirozeně více vyhýbavými, ale také stigma spojené se schizofrenními onemocněním může ústít v sociální izolaci a defenzivní postoje. Cheng et al. (2015) našli pozitivní korelaci mezi vazebnou úzkostí a mírou sebestigmatizace, které pak predikovaly úmysly vyhledání pomoci. Vazebná úzkost také pozitivně korelovala s úzkostnými a depresivními symptomy v neklinické míře. Naše výsledky lze porovnat se závěry práce Holubové (2019), která u pacientů s úzkostnými poruchami nenalezla vztah mezi úzkostnou ani vyhýbavou vazbou měřenou ECR-R a celkovým skóre sebestigmatizace měřenou ISMI. V našem výzkumu se potvrdila signifikantní negativní korelace mezi vazebnou vyhýbavostí a celkovým skóre ISMI. S vazebnou úzkostí korelovaly pouze některé škály. Restek-Petrovič et al. (2015) u pacientů s psychotickým onemocněním našli souvislost mezi vyšší mírou sebestigmatizace, vazebnými styly a vnímanou rodičovskou vazbou. našli signifikantní korelaci mezi mateřskou nízkou péčí a zájmem a internalizovaným stigma. Jedinci s nejistými vazebnými typy byli náchylnější k sebestigmatizaci více, než jedinci s jistou a vyhýbavou vazbou. Holubová (2019) u pacientů s neurotickými obtížemi našla významnou negativní souvislost mezi sebestigmatizací a otcovskou péčí, mateřská péče se sebestigmatizací nekorelovala. Hyperprotektivita obou rodičů byla ve slabém pozitivním vztahu se sebestigmatizací.

Porovnání našich závěrů o souvislosti sebestigmatizace a závažnosti onemocnění. Ve výzkumu Vrbové et al. (2018) souvisely pozitivní a negativní symptomy schizofrenie s délkou onemocnění, globální závažností onemocnění i závažností sebestigmatu. V naší práci jsme nepotvrdili souvislost mezi sebestigmatizací, počtem hospitalizací, délkou léčby ani měsíci strávenými v nemoci.

V disertační práci stejné autorky (Vrbová, 2017) se také projevila souvislost mezi celkovým skóre ISMI a závažností onemocnění hodnocenou subjektivní i objektivní verzí CGI. Stejně tak Holubová (2019) našla u pacientů se schizofrenií pozitivní korelaci mezi závažností onemocnění, délkou léčby a počtem psychiatrických hospitalizací. V dané studii pacienti, kteří se sebestigmatizovali více, také hodnotili své onemocnění jako závažnější. V našem výzkumu se ukázal opačný vztah. Různé výsledky lze opět vysvětlit různou populací pacientů. Zatímco u Vrbové i Holubové šlo k stabilizované ambulantní pacienty, kteří nebyli klienty komunitních sociálních služeb, v naší studii šlo o dlouhodobé klienty komunitních služeb. Bylo by zajímavé porovnat míru náhledu na onemocnění u obou zkoumaných vzorků. Ve výzkumu Holubové byl více jak dvounásobný počet probandů, na rozdíl od našeho výzkumu vykazovali vyšší míru stigmatizace (T-skór 50, v našem výzkumu T-skór=43), je tedy možné, že na větším vzorku se ukázal jiný trend. Obě zmíněné autorky využily škály CGI, ne však časově náročnějšího BPRS.

Dále uvedeme popis výzkumného vzorku z hlediska výskytu averzivních a traumatických událostí v dětství, vztahové vazby a sebestigmatizace. Vzorek tvořili z výhradní většiny (N=35, 87,5%) klienti Bona, o.p.s. a menšiny (N=5, 12,5%) klienti CDZ8. Ve výskytu traumatických zážitků z dětství jsme použili původní cut-off skóry dle Bernsteina a Finka (1998). Ve výzkumném vzorku se ukázala vysoká míra emočního zanedbávání. Na úrovni, kterou lze považovat za traumatickou, zažilo emoční zanedbávání 80% respondentů výzkumu. Druhé nejčastější bylo fyzické zanedbávání, které v traumatické míře zažilo 60% respondentů. Emoční týrání ze strany rodičů a blízkých uvedlo 58% respondentů, fyzické týrání 20%. 43% respondentů zažilo v dětském věku sexuální zneužívání. Z rozhovorů vyplývalo, že šlo převážně o jednorázové incidenty přepadení, sexuálně zneužití v dětství byli muži i ženy (6:10) z výzkumného vzorku.

Holubová (2019) u pacientů s úzkostnou poruchou zjistila nízké průměry v dotazníku CTQ pro emoční a psychické týrání i sexuální zneužívání. Také emoční a psychické zanedbávání se pohybovalo v pásmu středně velké závažnosti. V naší studii však šlo o pacienty z jiného diagnostického okruhu. Ve výzkumu Mejsnarové (2019) bylo v dotazníku ACE nejčastěji uváděno fyzické týrání a zneužívání, emoční zanedbávání či týrání se vyskytovalo cca u 40 % probandů. Lze vyvodit závěr o vyšší míře zanedbávání a zneužívání u zkoumaného vzorku. Údaje ze Statistické ročenky MPSV (2019) za rok 2018 uvádí, že v ČR bylo ohlášeno orgánům SPOD případů dětí do 15 let: 459 případů tělesného týrání, 860 případů psychického týrání, 603 případů sexuálního zneužívání a 5962 případů zanedbávání dětí.

V souvislosti s ranými averzivními zážitky hodnotili probandi našeho výzkumu své rodiče jako spíše hyperprotektivní a méně pečující. Dle autorů škály PBI (Parker et al., 1979) by se vnímání rodičovské péče probandy dalo označit za „bezcitnou kontrolu“. V dotazníku vztahové vazby v dospělosti probandi skórovali výše ve vazebné úzkostnosti a vazebné vyhýbavosti oproti neklinické populaci ve studii Hašta et al. (2018). Vazebná úzkostnost a vyhýbavost představují obecnou tendenci k prožívání úzkosti při hrozbě ztráty blízkého vztahu a tendenci k vyhýbání se ztrátě vztahů

(Pourová, 2018). Vysoké míry vazebné úzkosti mohou mít za následek zvýšenou citlivost vůči interpersonálnímu ohrožení, snížení pocitu vlastní účinnosti, nebo-li self-efficacy, a tendenci k zahlcení negativním afektem, což může v důsledku mít negativní vliv na projev psychotických symptomů. Vazebná úzkostnost je spojená s vyšší depresivitou, slabou regulací afektu a intenzivnější expresí stresu s použitím vyhýbavých strategií (Korver-Nieber et al., 2015).

V míře sebestigmatizace se probandi obou organizací pohybovali spíše v průměru či na horní hranici průměru (Ocisková et al., 2014). V porovnání s výzkumem Holubové (2019) náš výzkumný vzorek vykazoval nižší míru sebestigmatizace. Závažnost příznaků onemocnění také nebyla u zkoumaného vzorku závažná, 75% probandů bylo vyhodnoceno jako minimálně nebo mírně nemocných. Největší obtíže v souvislosti se závažností onemocnění dle BPRS se projevovaly v oblastech úzkosti, depresivní náladě a starostech o somatické zdraví. Obdobně se na škále CGI jako bez příznaků nebo s mírnými příznaky označilo 80% probandů. Na škále subjektivního zlepšení/zhoršení příznaků se 67,5% cítilo výrazně či značně zlepšeno. Obdobně svůj stav hodnotili i probandi se schizofrenním onemocněním ve výzkumu Holubové (2019).

### 17.1 Limity výzkumu

Výsledky naší studie a jejich interpretaci je třeba brát s ohledem na limity provedeného výzkumu. Nejzávažnější chybou, kterou je tento výzkum zatížen, je využití nenáhodných metod výběru výzkumného vzorku. Zkreslení vzorkem v naší studii je očividné a přiznané, mimo jiné i vedlejším cílem práce výzkum zužitkovat pro případný prospěch organizace a klientů, kteří se výzkumu dobrovolně zúčastnili. Výsledky však lze využít jako východiska pro další výzkumy jedinců s duševním onemocněním v komunitních službách. Dalším významným zkreslením vzorku je jeho velikost. Výzkumný tým větší jednoho člověka by pravděpodobně byl schopný sebrat více tak časově náročných dotazníků.

Můžeme uvažovat i nad zkreslením „uvnitř“ vzorku, tedy nad osobnostními a dalšími charakteristikami výběrového souboru. Otázka motivace účasti ve výzkumu, bez nároku na odměnu, případných obav z hodnocení citlivých informací známou osobou, již byla zmíněna. Pravděpodobně šlo o jedince spíše důvěřivé, otevřené a reflektující své zkušenosti z dětství i podobu vlastního vztahu k druhým lidem. Jedinci se závažnějšími a nezpracovanými traumatickými zkušenostmi z dětství a se závažnějším oslabením způsobených duševním onemocněním se výzkumu spíše nezúčastnili. Výzkumu se také neúčastnili klienti mladší 32 let, průměrný věk byl 46 let. Bylo by zajímavé prozkoumat zkušenosti mladších jedinců s psychotickými potížemi. Výzkum byl postaven převážně na sebeposuzovacích dotaznících, vyžadující značnou dávku nejen introspekce, ale i pozornosti. Obojí mohlo být u výzkumného vzorku značně zkresleno. Pozornost vlivem medikace a vlivem samotného psychotického onemocnění. Schopnost nízké míry introspekce u daného vzorku je diskutabilní. Více jak polovina výzkumného vzorku se v čas výzkumu necítila jako nemocná, což by

odpovídalo 75% vzorku objektivně vykazujícím žádné nebo mírné symptomy dle škály BPRS. Pouze jeden z probandů zaskóroval v dotazníku CTQ pozitivně na MD-škále minimalizace zkušeností z dětství. I osobní zkušeností autorky je, že většina klientů měla jasné vzpomínky na své dětství a rodiče. Při retrospektivním sebeuposuzování traumatických událostí je však třeba vzít v úvahu možné zkreslení informací, daných běžnými procesy zapomínání i specifickými procesy charakteristickými pro psychotická onemocnění (Debbané et al., 2016). Zároveň i existující studie potvrzují silný vliv disociace jako mediátoru mezi ACE a symptomy psychózy (Williams et al., 2015). Na druhou stranu nejsou opodstatněné obavy z nadhodnocování traumatických zážitků, ukazuje se spíše trend podhodnocovat své averzivní zkušenosti z dětství (Varese et al, 2012). Jako nejobtížnější se zdála pro klienty na vyplnění škála prožívání blízkých vztahů ECR-R. Určitá část z probandů neměla žádnou zkušenost s partnerským vztahem a i ostatní vazby s blízkými lidmi jsou dle zkušeností pracovníků, zvláště u klientů chráněného bydlení, spíše narušené než celistvé. Je tak pravděpodobné, že na otázky dotazníku ECR-R někteří probandi odpovídali na základě fantazie a představy ideálních vztahů. Ve výzkumu také závažnost projevů psychotického onemocnění nebyla nezávisle hodnocena psychiatrem. Bylo využito subjektivního hodnocení probandem a objektivního hodnocení výzkumníkem. Klinická škála BPRS zároveň stojí na zkušenostech a schopnosti objektivity výzkumníka. Autoři škály (Overall, & Gorham, 1962) pro posuzování doporučují hodnocení dvěma odborníky zároveň, což v našem výzkumu splněno nebylo. Autorka byla ve skórování škály proškolená vedoucím práce, mohla také využít skoro 3leté pracovní zkušenosti s cílovou skupinou. Zároveň na její hodnocení mohla mít vliv větší známost s některými probandy, přes veškerou snahu o objektivitu.

Co se týče designu studie, dalším limitem je charakter průřezové studie. Případné zahrnutí kontrolní skupiny by mohlo zdůraznit některé závěry studie. Zjištěné korelace také neumožňují ustanovit případnou kauzalitu zkoumaných faktorů, je i pravděpodobnost nezjištěných kolineárních faktorů. Limitující byl počet probandů ve výzkumném vzorku, při větším vzorku by bylo užito regresní analýzy.

## 17.2 Doporučení pro další výzkumy a praxi

Dále nastíníme možnosti přenosu závěrů naší studie do praxe. I když náš výzkum nepotvrdil souvislost mezi mírou averzivních zážitků z dětství a závažnosti onemocnění či míry sebestigmatizace, míry prožitých traumatických zážitků z dětství ve výzkumném vzorku jsou přesto vysoké. Potvrzení souvislosti sebestigmatizace a závažnosti onemocnění dále ukazuje na potřebu posilovat naději a uschopňovat klienty v plnohodnotném zapojení do společnosti. Ringer aet al. (2014) poukazuje i na souvislost vazebné vyhýbavosti a beznaděje, vazebné úzkostnosti a deprese. Naděje a sebedůvěra jsou přitom důležitými aspekty recovery, zotavení z duševního onemocnění.



Přidáváme se tedy k apelu a doporučení jiných výzkumníků (Varese et al., 2012; Velemínský et al., 2017a; Chartier, Walker, & Naimark, 2010) k zahrnutí péče informované o traumatu. A to v oblasti primární prevence, kde by bylo záhodno využívat intervence zaměřené na pozitivní rodičovství, předškolní vzdělávání dětí k rozpoznání znaků zneužívání, školení rodičů k prevenci traumat i změna norem používání násilí ve výchově dítěte. Efektivnější identifikaci a podporu ohrožených rodin, následné posilování rodičovských vztahů i vztahů rodič-dítě, podpora rodičů s duševním onemocněním. Williams et al. (2018) zmiňuje doporučení zahrnout perspektivu péče informované o traumatu do pediatrie, kde by bylo možné představit výsledky ACE studií a zahrnout do screeningových vyšetření i dotazník na ACE. Nad rámec primární prevence jsou již vyvinuté psychosociální léčebné postupy pro jedince s psychotickým onemocněním, které jsou schopné oslovit následky averzivních dětských zážitků (Varese et al., 2012). Velmi důležitá je ale i potřeba vyškolit zdravotnický personál na dotazování a oslovení zkušenosti se zneužitím, s nabídkou vhodné psychosociální intervence a léčebných postupů. Read et al. (2005) udává výčet článků potvrzující, že většina případů zneužití zůstává neodhalena zdravotnickým personálem. Pacienti se při příjmu sami nesvěří, reakce zdravotníků je často nedostačující v ohledu nabídky informací a podpory. Přitom je opakovaně dokazováno, že jedinci s psychotickým onemocněním jsou náchylnější ke zneužití. Tréninky, jak se ptát na trauma a zneužití z dětství jsou již vyvinuty, stejně jako terapeutické metody práce s nimi (Read et al., 2005; Bailey et al. 2018). Stejně tak lze pracovat se závěry výzkumů o důsledcích vazebné úzkostnosti a vyhýbavosti. Dube, Felitti a Rishi (2013) zjistili, že dospělí, kteří měli zkušenost s více averzivními zážitky z dětství, se mohou posouvat k zotavení skrze ustanovení podporujících sociálních vazeb. Jedinci, kteří měli 3 a více přátel či rodinných členů, s kterými mohli mluvit o svých emočních potížích a problémech, spíše vykazovali dobré a vynikající zdraví a méně zkušeností s depresivním prožíváním. Jak zjistila Kleinová (2008) ve své studii sociálních vztahů klientů Bona, o.p.s., měli klienti výrazně méně blízkých vztahů, pocíťovali více bariér v komunikaci s lidmi, méně se účastní společenských aktivit. Výstupem práce, mimo poskytnutí srovnání a základu pro další výzkum averzivních zážitků a sebestigmatizace v sociálních službách, by mohly být i specifické programy a organizační strategie pro identifikaci a oslovení tématu averzivních zážitků z dětství a sebestigmatizace. V dlouhodobější vizi i případný přenos zkušeností s oslovováním témat a doporučováním terapeutických programů do spolupráce s PN Bohnice. Také je důležité posilovat přirozené a zdravé vazby jedinců s duševním onemocněním s jejich blízkými. Skrze destigmatizační aktivity a aktivity podporující blízké duševně nemocných by bylo možné upevňovat takovou podpůrnou síť jedinců se zkušeností s duševním onemocněním.

## 18. Závěry

Výsledky provedené studie lze shrnout do následujících závěrů:

- Byla nalezena statisticky významná souvislost mezi výskytem averzivních dětských zážitků a vnímáním rodičovské péče a kontroly. Jedinci, kteří měli vyšší míru averzivních zážitků z dětství, vnímali péči poskytovanou otcem i matkou jako významně nižší. Nalezená korelace byla silná. Jedinci s vyšší mírou averzivních zážitků z dětství vnímali svou matku jako hyperprotektivní. Nalezená souvislost byla silná.
- Byla nalezena statisticky významná souvislost mezi sebestigmatizací a vazebnou vyhýbavostí. Jedinci, kteří vykazovali vyšší míru sebestigmatizace, skórovali ve vazebné vyhýbavosti významně níže. Nalezená souvislost byla středně silná.
- S vazebnou úzkostností korelovaly statisticky významně pouze některé škály dotazníku sebestigmatizace, konkrétně Odcizení, Souhlas se stereotypy a Vnímaná diskriminace. Nalezená korelace byla středně silná.
- Byla nalezena statisticky významná souvislost mezi mírou sebestigmatizace a závažnosti klinických příznaků psychotického onemocnění na škále BPRS, nalezená korelace však byla slabá.
- Ve výzkumném vzorku byla vysoká míra emočního zanedbávání. Na úrovni, kterou lze považovat za traumatickou, zažilo emoční zanedbávání 80% respondentů výzkumu. Druhé nejčastější bylo fyzické zanedbávání, které v traumatické míře zažilo 60% respondentů. Emoční týrání ze strany rodičů a blízkých uvedlo 58% respondentů, fyzické týrání 20%. Sexuální zneužívání zažilo v dětském věku 43% respondentů.
- Ve výzkumném vzorku byla nalezena zvýšená míra vazebné úzkostnosti a vazebné vyhýbavosti.
- V míře sebestigmatizace se probandi pohybovali spíše v pásmu průměru či na horní hranici průměru
- Závažnost příznaků onemocnění nebyla u zkoumaného vzorku závažná, 75% probandů bylo vyhodnoceno jako minimálně nebo mírně nemocných. Největší obtíže v souvislosti se závažností onemocnění dle BPRS se projevovaly v oblastech úzkosti, depresivní náladě a starostech o somatické zdraví.

## 19. Souhrn

Psychotické poruchy v kapitole F20-F29 MKN-10 zahrnují schizofrenii, schizoafektivní poruchu a poruchy s bludy. Averzivní a traumatické zážitky představují významný rizikový faktor rozvoje duševního onemocnění. Averzivní zážitky z dětství (ACE, Adverse Childhood Experiences) zahrnují všechny typy zneužívání, zanedbávání a další potencionálně traumatizující zkušenosti. Felliti et al. (2019) v ACE studii ustanovili 10 potencionálně traumatických stresorů. Důsledky ACE mohou mít vliv na vývoj dětského organismu v oblasti duševního zdraví, fyzického zdraví, rizikového chování i úspěšnosti v práci. ACE mají tendenci se spoluvyskytovat, čím vyšší je počet ACE, tím silnější mají vztah s důsledky v dospělosti. Expozice ACE zvyšují riziko psychózy, důležitými faktory jsou věk expozice, opakovaná viktimizace, kombinace různých typů ACE. Narušení vztahové vazby, může představovat významný faktor v integrativních modelech vzniku psychóz, moderující vztah mezi ACE a následnými psychotickými potížemi. Teorie vazby je důležitá pro pochopení specifík regulace afektu, interpersonálního fungování a sociální kognice u psychotických poruch. U psychotických poruch se významně častěji objevují nejisté typy vazby, vazebná úzkostnost i vyhýbavost souvisí se závažností psychotických i afektivních symptomů i emočním distresem. Teoretickými východisky práce jsou ADC hypotéza Rajkumara (2014) a integrativní model psychózy Debbaného et al. (2016). Na základě některých českých výzkumů (Holubová et al., 2016; Vrbová et al., 2017; Vrbová et al., 2018) zkoumáme i vliv sebestigmatizace na závažnost psychotického onemocnění. Internalizace negativních schémat o sobě a druhých představuje společný jmenovatel důsledků ACE, nejistých stylů vazby i sebestigmatizace. Míra stigmatizace je v prostředí ČR vysoká (Winkler et al., 2014). Důsledkem internalizace společenských předsudků a negativních postojů vůči duševně nemocným je sebestigmatizace. Má vliv na závažnost průběhu psychotického onemocnění a jeho důsledky. Vyšší míra sebestigmatu souvisí s nejistými vazebnými styly a vnímáním rodičovského vazebného stylu. Vysoké míry kontroly a nedostatek péče rodičů je spojován s raným rozvojem psychotických obtíží, závažnějším průběhem a důsledky onemocnění (Restek-Petrović et al., 2015; Uhlmann et al., 2014; Vrbová et al., 2018).

Výzkumné zaměření práce je na faktory ovlivňující průběh a závažnost psychotického onemocnění. Cílem bylo prozkoumat existenci souvislosti mezi averzivními zážitky z dětství, závažností psychopatologie, vazebným stylem a vnímáním rodičovské vazby a sebestigmatizací v dospělosti. Druhým cílem bylo prozkoumat souvislost mezi mírou sebestigmatizace a délkou a závažností psychotického onemocnění a vazebným stylem v dospělosti na vzorku jedinců komunitních sociálních služeb. Vedlejším cílem práce bylo popsat míru averzivních zážitků z dětství, vazebného stylu a míry sebestigmatizace na vzorku klientů organizace Bona, o.p.s.

Výzkum má povahu korelační studie. Data byla získána sebesposuzovacími dotazníky CTQ, PBI, ECR-R, ISMI, CGI-S, klinickou škálou BPRS a demografický dotazník. Výběrový soubor představovalo 40 jedinců se zkušeností s psychotickým onemocněním v komunitních službách. Byly

použity záměrné metody výběru vzorku, časový a místní výběr ve službách chráněného bydlení a sociální rehabilitace Bona, o.p.s. a v CDZ pro Prahu 8. Získaná data byla analyzována pomocí programu Statistica 13.4.0.14. Po ověření normality rozložení dat Shapiro-Wilkovým testem normality byly pro ověření výzkumných hypotéz použity následující testy: nepárový t-test pro dva nezávislé výběry a Mann-Whitneyův U test, Kruskal-Wallisův test s následnými testy mnohonásobného porovnávání. Pro ověření platnosti hypotéz o vztahu mezi proměnnými byl použit Pearsonův korelační koeficient.

Statistické analýzy vedly k následujícím výsledkům: nebyly potvrzeny hypotézy o souvislosti mezi výskytem averzivním zkušeností z dětství a průběhem onemocnění (délka léčby, počet hospitalizací, počet měsíců strávených v akutní fázi onemocnění). Nebyla potvrzena souvislost mezi averzivními zážitky z dětství a sebestigmatizací, ani vazebným stylem v dospělosti. Nebyla potvrzena souvislost mezi mírou sebestigmatizace a průběhem onemocnění. Nebyla nalezena souvislost mezi vazebným stylem v dospělosti a závažností příznaků na klinické škále.

Z přijatých hypotéz můžeme uvést následující závěry. Byla nalezena silná souvislost mezi výskytem averzivních zážitků z dětství a vnímáním vazebného stylu rodičů, s nízkou mírou péče obou rodičů a vyšší hyperprotektivitou matky. Sebestigmatizace středně silně souvisela s vazebnou vyhýbavostí, čím vyšší sebestigmatizace u jedince, tím nižší vazebná vyhýbavost. Jedinci, kteří se sebestigmatizovali více, mohli mít tendenci projevovat ve vztazích závislost a menší odstup. Vazebná úzkostnost korelovala středně silně se škálami ISMI Odcizení, Souhlasu se stereotypy a Vnímaná diskriminace. Korelace mezi mírou sebestigmatizace a závažností klinických příznaků byla významná, avšak slabá.

Klienti Bona, o.p.s. ve výzkumném vzorku vykazovali vysokou míru emočního zanedbávání, na traumatické úrovni mělo tu zkušenost 80% respondentů. Fyzickým zanedbáváním si na úrovni traumatu prošlo 60% respondentů. Emoční týrání bylo zaznamenáno u 58% respondentů, fyzické týrání u 20%. Sexuální zneužívání zažilo 43% respondentů. Klienti vykazovali zvýšenou míru vazebné úzkostnosti a vazebné vyhýbavosti. Pozitivním závěrem je průměrná míra sebestigmatizace u daného vzorku.

Limitem studie je zkreslení nenáhodnými metodami výběru vzorku a jeho nereprezentativnost. Výsledky nelze generalizovat. Sebeposuzovací dotazníky kladou velké nároky na introspekci i pozornost, spolu s fakem dobrovolnosti bez nároku na odměnu za účast, mohou být výsledky zkresleny charakteristikami výběrového souboru. Retrospektivní posuzování traumatických událostí z dětství a rodičovské péče sebou nese rizika zkreslení výpovědi. Korelační studie neumožňuje odhalit případnou kauzalitu zkoumaných jevů. Vzhledem k malé velikosti výzkumného vzorku nemohlo být využito regresní analýzy.

Pro další výzkumy a implikace do praxe jsou důležitá zjištění o vysoké míře emočního zanedbávání a celkové míře traumatických zážitků ve vzorku klientů Bona, o.p.s. Potvrzení souvislosti sebestigmatizace a závažnosti onemocnění ukazuje na potřebu posilovat naději a procesy zotavení.

Apelujeme na zahrnutí principů péče informované o traumatu do systému péče o duševní zdraví i celkové primární prevence, na větší dostupnost psychoterapie ve službách. Jako důležité také vidíme posilování přirozených zdravých vazeb, skrze destigmatizační aktivity a aktivity podporující blízké duševně nemocných upevňovat podpůrnou síť jedinců se zkušeností s duševním onemocněním.

## Seznam použitých zdrojů a literatury

Allardyce, J., Gaebel, W., Zielasek, J., & Van Os, J. (2007). Deconstructing Psychosis conference February 2006: the validity of schizophrenia and alternative approaches to the classification of psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 33(4), 863-867.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.

American Psychological Association Presidential Task Force on Posttraumatic Stress Disorder and Trauma in Children and Adolescents. (2008). *Children and Trauma. Update for Mental Health Professionals*. Washington: American Psychological Association. Získáno 20. 7. 2019 z <https://www.apa.org/pi/families/resources/update.pdf>

Anda, R. F., Brown, D. W., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Dube, S. R., & Giles, W. H. (2007). Adverse childhood experiences and prescribed psychotropic medications in adults. *American Journal Of Preventive Medicine*, 32(5), 389–394.

Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., ... Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives Of Psychiatry And Clinical Neuroscience*, 256(3), 174–186.

Bailey, T., Alvarez-Jimenez, M., Garcia-Sanchez, A. M., Hulbert, C., Barlow, E., & Bendall, S. (2018). Childhood Trauma Is Associated With Severity of Hallucinations and Delusions in Psychotic Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 44(5), 1111–1122. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx161>

Bankovská Motlová, L., & Španiel, F. (2017). *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století (3., přepracované a doplněné vydání)*. Praha: Mladá fronta.

Barker, V., Gumley, A., Schwannauer, M., & Lawrie, S. M. (2015). An integrated biopsychosocial model of childhood maltreatment and psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 206(3), 177-180.

Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226–244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>

- Baudin, G., Szoke, A., Richard, J.-R., Pelissolo, A., Leboyer, M., & Schürhoff, F. (2017). Childhood trauma and psychosis: Beyond the association. *Child Abuse & Neglect*, *72*, 227–235. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.08.003>
- Bernstein, D. P. F. L., & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report*.
- Berry, K., Barrowclough, C., & Wearden, A. (2007). A review of the role of adult attachment style in psychosis: Unexplored issues and questions for further research. *Clinical Psychology Review*, *27*(4), 458–475. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.09.006>
- Berry, K., Barrowclough, C., & Wearden, A. (2008). Attachment theory: A framework for understanding symptoms and interpersonal relationships in psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, *46*, 1275–1282. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.08.009>
- Berry, K., Wearden, A., Barrowclough, C., & Liversidge, T. (2006). Attachment styles, interpersonal relationships and psychotic phenomena in a non-clinical student sample. *Personality and Individual Differences*, *41*(4), 707-718.
- Bowlby, J. (1973). *Separation: Anxiety and Anger*. London: Hogarth Press.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., Shaver, P. R. (1998): *Self-report measurement of adult attachment*. In: Simpson, J. A., Rholes, W. S. (Eds.), *Attachment theory and close relationships*. New York, Guilford Press, 46-76.
- Brown, D. W., Anda, R. F., Edwards, V. J., Felitti, V. J., Dube, S. R., & Giles, W. H. (2007). Adverse childhood experiences and childhood autobiographical memory disturbance. *Child Abuse & Neglect*, *31*(9), 961–969. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.02.011>
- Buckley, P. F., & Castle, D. J. (2015). *Schizophrenia*. Oxford University Press.
- Busner, J., & Targum, S. D. (2007). The Clinical Global Impressions Scale: Applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry*, *4*(7), 28–35.
- Cameron, J. J., Finnegan, H., & Morry, M. M. (2012). Orthogonal dreams in an oblique world: A meta-analysis of the association between attachment anxiety and avoidance. *Journal of Research in Personality*, *46*(5), 472-476.
- Cantor-Graae, E., & Selten, J. P. (2005). Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *American Journal of Psychiatry*, *162*(1), 12-24.

- Carr, S. C., Hardy, A., & Fornells-Ambrojo, M. (2018). Relationship between attachment style and symptom severity across the psychosis spectrum: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 59*, 145–158. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.12.001>
- Cassidy, J., & Kobak, R. R. (1988). Avoidance and its relation to other defensive processes. *Clinical implications of attachment, 1*, 300-323.
- Castilho, P., Martins, M. J., Pinto, A. M., Viegas, R., Carvalho, S., & Madeira, N. (2016). Understanding the effect of attachment styles in paranoid ideation: The mediator role of experiential avoidance. *Journal Of Contextual Behavioral Science, 6*(1), 42–46. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.11.007>
- Catalan, A., Angosto, V., Díaz, A., Valverde, C., de Artaza, M. G., Sesma, E., ... Gonzalez-Torres, M. A. (2017). Relation between psychotic symptoms, parental care and childhood trauma in severe mental disorders. *Psychiatry Research, 251*, 78–84. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.02.017>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2019). *About Adverse Childhood Experiences*. Získáno z <https://www.cdc.gov/violenceprevention/childabuseandneglect/acestudy/aboutace.html> (9. dubna 2019).
- Compton MT. (2005). Review: migrants are at increased risk of developing schizophrenia. *Evidence Based Mental Health, 8*(3), 85.
- Corrigan, P. W., Rafacz, J., & Rüsch, N. (2011). Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry research, 189*(3), 339-343.
- Cronholm, P. F., Forke, C. M., Wade, R., Bair-Merritt, M. H., Davis, M., Harkins-Schwarz, M., ... Fein, J. A. (2015). Adverse Childhood Experiences: Expanding the Concept of Adversity. *American Journal Of Preventive Medicine, 49*(3), 354–361. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.02.001>
- Cullin, J. (2006). Double Bind: Much More Than Just a Step “Toward a Theory of Schizophrenia.” *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy, 27*(3), 135–142. <https://doi.org/10.1002/j.1467-8438.2006.tb00711.x>
- Čikošová, E., Preiss, M. (2011). *Parental Bonding Instrument*. Otrokovice: Propsyco, s.r.o.
- Davila, J., Steinberg, S. J., Kachadourian, L., Cobb, R., & Fincham, F. (2004). Romantic involvement and depressive symptoms in early and late adolescence: The role of a preoccupied relational style. *Personal Relationships, 11*(2), 161-178.



- Debbané, M., Salaminios G., Luyten P., Badoud D., Armando M., Solida Tozzi A., & Brent, B. (2016). Attachment, neurobiology, and mentalizing along the psychosis continuum. *Frontiers in Human Neuroscience, 10* (2016). <https://doi.org/10.3389/fnhum.2016.00406/full>
- Doležalová, P., Orlíková, B., Kážmer, L., Drbohlavová, B., & Csémy, L. (2017). *Trauma v dětství a adolescenci. Průvodce pro pedagogy*. Národní ústav duševního zdraví.
- Dube, S.R., Felitti, V.J., & Rishi, S. (2013). *Moving beyond childhood adversity: Associations between salutogenic factors and subjective well-being among adult survivors of trauma*. In M. Linden, & K. Rutkowski (Eds.), *Hurting memories and beneficial forgetting: Posttraumatic stress disorders, biographical developments and social conflicts* (139–153). Waltham, MA: Elsevier.
- Dukett, J.D. (2015). *Childhood Sexual Abuse and Identity development: The Role of Attachment and Self-esteem*. Theses. Illinois State University.
- Fabisch, H., Kroisel, P. M., & Fabisch, K. (2005). Genetic risk factors in schizophrenia. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie, 73*, S44-50.
- Feldhaus, T., Falke, S., von Gruchalla, L., Maisch, B., Uhlmann, C., Bock, E., & Lencer, R. (2018). The impact of self-stigmatization on medication attitude in schizophrenia patients. *Psychiatry Research, 261*, 391–399. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.012>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... Marks, J. S. (2019). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine, 56*(6), 774–786. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.04.001>
- França, G., Laranjeira, E., Silva, F., Monteiro, L., Moreira, A. M., & Carvalho, S. (2020). Attachment Style and Insight in Schizophrenia: a Cross-Sectional Study. *Psychiatric Quarterly, 91*(1), 31-43.
- García, R. R., Aliste, F., & Soto, G. (2018). Social cognition in schizophrenia: cognitive and neurobiological aspects. *Revista colombiana de psiquiatria, 47*(3), 170-176.
- Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., Freeman, D., & Bebbington, P. E. (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine, 31*, 189–195.
- Gibson, L. E., Alloy, L. B., & Ellman, L. M. (2016). Trauma and the psychosis spectrum: A review of symptom specificity and explanatory mechanisms. *Clinical Psychology Review, 49*, 92–105. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.08.003>

- Gumley, A. I., Taylor, H. E. F., Schwannauer, M., & MacBeth, A. (2014). A systematic review of attachment and psychosis: measurement, construct validity and outcomes. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *129*(4), 257–274. <https://doi.org/10.1111/acps.12172>
- Guy, W. (1976). *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology*. Rockville, MD: U.S. DHEW.
- Hajdúk, M., & Heretik Jr., A. (2016). Subklinická Paranoja a Jej Vzťah K Emočnému Distresu a Vzťahovej Vázbe. *Ceskoslovenska Psychologie*, *60*(1), 26–37.
- Harder, S. (2014). Attachment in schizophrenia--implications for research, prevention, and treatment. *Schizophrenia Bulletin*, *40*(6), 1189–1193. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu133>
- Harrington, L., Siegert, R., & McClure, J. (2005). Theory of mind in schizophrenia: a critical review. *Cognitive neuropsychiatry*, *10*(4), 249-286.
- Harrop, C., & Trower, P. (2001). Why does schizophrenia develop at late adolescence?. *Clinical psychology review*, *21*(2), 241-265.
- Hašto, J., Kaščáková, N., Fürstová, J., Šolcová, I. P., Vacková, K. A., Heveriová, M., & Tavel, P. (2018). Dotazník Prožívání Blízkých Vztahů (Ecr-R) a Sociodemografické Rozdiely Vo Vzťahovej Úzkostnosti a Vyhýbavosti. *Ceskoslovenska Psychologie*, *62*, 56–79.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, *52*(3), 511–524. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>.
- Helzer, J. E., Brockington, I. F., & Kendell, R. E. (1981). Predictive validity of DSM-III and Feighner definitions of schizophrenia: a comparison with research diagnostic criteria and CATEGO. *Archives of General Psychiatry*, *38*(7), 791-797.
- Holubová, M. (2016). *Sebestigmatizace a její důsledky u pacientů s psychotickými, afektivními a neurotickými poruchami*. (Nepublikovaná disertační práce). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Holubova, M., Prasko, J., Latalova, K., Ociskova, M., Grambal, A., Kamaradova, D., Vrbova, K., & Hruby, R. (2016). Are self-stigma, quality of life, and clinical data interrelated in schizophrenia spectrum patients? A cross-sectional outpatient study. *Patient preference and adherence*, *10*, 265–274. <https://doi.org/10.2147/PPA.S96201>
- Howes, O. D., & Kapur, S. (2009). The dopamine hypothesis of schizophrenia: version III—the final common pathway. *Schizophrenia bulletin*, *35*(3), 549-562.

- Howes, O., McCutcheon, R., & Stone, J. (2015). Glutamate and dopamine in schizophrenia: an update for the 21st century. *Journal of psychopharmacology*, 29(2), 97-115.
- Chartier, M. J., Walker, J. R., & Naimark, B. (2010). Separate and cumulative effects of adverse childhood experiences in predicting adult health and health care utilization. *Child Abuse & Neglect*, 34(6), 454–464. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.09.020>
- Cheng, H.-L., Mcdermott, R. C., & Lopez, F. G. (2015). Mental Health, Self-Stigma, and Help-Seeking Intentions Among Emerging Adults: An Attachment Perspective. *The Counseling Psychologist*, 43(3), 463–487. <https://doi.org/10.1177/0011000014568203>
- Chris Fraley, R. (2002). Attachment stability from infancy to adulthood: Meta-analysis and dynamic modeling of developmental mechanisms. *Personality and social psychology review*, 6(2), 123-151.
- Ille, J. (2017). *Vliv traumatu na vznik schizofrenie*. (Nepublikovaná diplomová práce). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Janssen, I., Krabbendam, L., Bak, M., Hanssen, M., Vollebergh, W., de Graaf, R., & van Os, J. (2004). Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(1), 38–45.
- Kamaradova, D., Latalova, K., Prasko, J., Kubinek, R., Vrbova, K., Mainerova, B., Cinculova, A., Ociskova, M., Holubova, M., Smoldasova, J., & Tichackova, A. (2016). Connection between self-stigma, adherence to treatment, and discontinuation of medication. *Patient Preference and Adherence*, Issue 1, 1289.
- Kapur, S. (2003). Psychosis as a state of aberrant salience: A framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *American Journal Of Psychiatry*, 160(1), 13–23.
- Kašćáková, N., Fürstová, J., Šolcová, I. P., Bieščad, M., Hašto, J., & Tavel, P. (2018). Psychometrická Analýza Českej Verzie Dotazníka Trauma Z Dětství (CTQ) so Sociodemografickými Rozdielmi v Traumatizácii Dospelých Obyvateľov Českej Republiky. *Ceskoslovenska Psychologie*, 62(3), 212–230.
- Kendler, K. S. (2005). “A Gene for...”: The Nature of Gene Action in Psychiatric Disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 7, 1243.
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., ... Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World

Mental Health Surveys. *The British Journal Of Psychiatry: The Journal Of Mental Science*, 197(5), 378–385. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.080499>

Kleinová, M. (2008). *Sociální vztahy klientů chráněného bydlení BONA, o.p.s.* (Nepublikovaná diplomová práce). Praha: Univerzita Karlova.

Kolařík, M., Dolejš, M., Dostál, D., Charvát, M., Pechová, O., ... Vtípil, Z. (2017). *Manuál pro psaní diplomových prací na katedře psychologie FF UP v Olomouci (4. vydání)*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Korver, N. N., Berry, K., Meijer, C. J., & Haan, L. (2014). Adult attachment and psychotic phenomenology in clinical and non-clinical samples: A systematic review. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 87(2), 127–154. <https://doi.org/10.1111/papt.12010>

Korver-Nieberg, N., Berry, K., Meijer, C., de Haan, L., & Ponizovsky, A. M. (2015). Associations between attachment and psychopathology dimensions in a large sample of patients with psychosis. *Psychiatry Research*, 228(1), 83–88. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.04.018>

Korver-Nieberg, N., Fett, A.-K. J., Meijer, C. J., Koeter, M. W. J., Shergill, S. S., de Haan, L., & Krabbendam, L. (2013). Theory of mind, insecure attachment and paranoia in adolescents with early psychosis and healthy controls. *The Australian And New Zealand Journal Of Psychiatry*, 47(8), 737–745. <https://doi.org/10.1177/0004867413484370>

Kramer, I., Simons, C. J., Wigman, J. T., Collip, D., Jacobs, N., Derom, C., ... & Wichers, M. (2014). Time-lagged moment-to-moment interplay between negative affect and paranoia: new insights in the affective pathway to psychosis. *Schizophrenia bulletin*, 40(2), 278–286.

Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). *The world report on violence and health*. *Lancet* (London, England), 360(9339), 1083–1088.

Kulišťák, P. (2011). *Neuropsychologie*. Praha: Portál.

Labad, J., Armario, A., Nadal, R., Solé, M., Gutiérrez-Zotes, A., Montalvo, I., ... & Vilella, E. (2018). Clinical correlates of hypothalamic-pituitary-adrenal axis measures in individuals at risk for psychosis and with first-episode psychosis. *Psychiatry research*, 265, 284–291.

Lardinois, M., Lataster, T., Mengelers, R., van Os, J., & Myin-Germeys, I. (2009). Childhood trauma and increased stress-sensitivity in psychosis: an experience sampling study. *Why stress causes psychosis and psychosis causes stress*.

- Lataster, J., Myin-Germeys, I., Lieb, R., Wittchen, H.U., & van Os, J. (2012). Adversity and psychosis: a 10-year prospective study investigating synergism between early and recent adversity in psychosis. *Acta Psychiatr. Scand.* 125, 388–399.
- Leucht, S., Kane, J., Kissling, W., Hamann, J., Etschel, E., & Engel, R. (2005). Clinical implications of Brief Psychiatric Rating Scale scores. *British Journal of Psychiatry*, 187(4), 366-371. doi:10.1192/bjp.187.4.366
- MacBeth, A., Gumley, A., Schwannauer, M., & Fisher, R. (2011). Attachment states of mind, mentalization, and their correlates in a first-episode psychosis sample. *Psychology And Psychotherapy*, 84(1), 42–57. <https://doi.org/10.1348/147608310X530246>
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical psychology review*, 29(7), 647-657.
- Marcisín, M., Rosenstock, J., & Gannon, J. (Eds.). (2017). *Schizophrenia and Related Disorders*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- McGrath, J., Saha, S., Welham, J., El Saadi, O., MacCauley, C. & Chant, D. A systematic review of the incidence of schizophrenia: The distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BioMedCentral Medicine*, 28, 13.
- Mejsnarová, I. (2019). *Vztah mezi ranými negativními zážitky v rodině, disociací a závažností symptomů u pacientů se schizofrenií*. (Nepublikovaná diplomová práce). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Merrick, M. T., Ports, K. A., Ford, D. C., Afifi, T. O., Gershoff, E. T., & Grogan-Kaylor, A. (2017). Unpacking the impact of adverse childhood experiences on adult mental health. *Child Abuse & Neglect*, 69, 10–19. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.016>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York, NY: Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2012). *An attachment perspective on psychopathology*. *World Psychiatry*, 11(1), 11-15.
- Miller, B. J., Culpepper, N., Rapaport, M. H., & Buckley, P. (2013). Prenatal inflammation and neurodevelopment in schizophrenia: A review of human studies. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 42, 92–100. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2012.03.010>

Ministerstvo práce a sociálních věcí. (2019). *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2018*. Praha: MPSV.

Mishra, P., Pandey, C. M., Singh, U., Gupta, A., Sahu, C., & Keshri, A. (2019). Descriptive statistics and normality tests for statistical data. *Annals of cardiac anaesthesia*, 22(1), 67–72. [https://doi.org/10.4103/aca.ACA\\_157\\_18](https://doi.org/10.4103/aca.ACA_157_18)

Misiak, B., Krefft, M., Bielawski, T., Moustafa, A. A., Saşiadek, M. M., & Frydecka, D. (2017). Toward a unified theory of childhood trauma and psychosis: A comprehensive review of epidemiological, clinical, neuropsychological and biological findings. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 75, 393–406. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.02.015>

Mohr, P. (2017). Co přinese nová klasifikace MKN-11. *Česká a slovenská psychiatrie*, 113(4), 147–148.

Morgan, C., & Fisher, H. (2007). Environment and schizophrenia: environmental factors in schizophrenia: childhood trauma--a critical review. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 3–10.

Murphy, A., Steele, H., Steele, M., Allman, B., Kastner, T., & Dube, S. R. (2016). *The Clinical Adverse Childhood Experiences (ACEs) Questionnaire: Implications for trauma-informed behavioral healthcare*. In R. D. Briggs (Ed.), *Integrated early childhood behavioral health in primary care: A guide to implementation and evaluation*. (pp. 7–16). Cham: Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-31815-8\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-319-31815-8_2)

Nesic, M. J., Stojkovic, B., & Maric, N. P. (2019). On the origin of schizophrenia: Testing evolutionary theories in the post-genomic era. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 73(12), 723–730.

Nicholson, I. (1995). Variability in BPRS definitions of positive and negative symptoms. *Schizophrenia Research*, 17(2), 177–185. doi:10.1016/0920-9964(94)00088-p

Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 9(11).

Ocisková, M., & Praško, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing.

Ocisková, M., Praško, J., Dostálová, L., Kamarádová, D., Látalová, K., Cinculová, A., ... Tichácková, A. (2014). Sebestigmatizace U Psychiatrických Pacientů - Standardizace Škály Ismi. *Ceská a Slovenská Psychiatrie*, 110(6), 301–310.

Ocisková, M., Praško, J., Vrbová, K., Kamarádová, D., Jelenová, D., Látalová, K., ... & Tichácková, A. (2014). STIGMATIZACE A SEBESTIGMATIZACE U PACIENTŮ SE SCHIZOFRENIÍ. *Ceská a Slovenská Psychiatrie*, 110(5).

Olbert, C. M., Penn, D. L., Reise, S. P., Horan, W. P., Kern, R. S., Lee, J., & Green, M. F. (2016). Assessment of attachment in psychosis: A psychometric cause for concern. *Psychiatry Research*, 246, 77–83. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.09.020>

Overall J.E., & Gorham D.R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychol. Rep.* (10).799-812.

Parker, G., Tupling, H. and Brown, L.B. (1979), A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52. 1-10. doi:10.1111/j.2044-8341.1979.tb02487.x

*Patognomonické – Pathognomonic.* (nedat.). In Wikipedia. Získáno 3. ledna 2020 z <https://cs.qwe.wiki/wiki/Pathognomonic>

Pěč, O., & Probstová, V. (2009). *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton.

Penn, D. L., Corrigan, P. W., Bentall, R. P., Racenstein, J., & Newman, L. (1997). Social cognition in schizophrenia. *Psychological bulletin*, 121(1), 114.

Pilton, M., Bucci, S., McManus, J., Hayward, M., Emsley, R., & Berry, K. (2016). Does insecure attachment mediate the relationship between trauma and voice-hearing in psychosis? *Psychiatry Research*, 246, 776–782. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.050>

Ponizovsky, A. M., Nechamkin, Y., & Rosca, P. (2007). Attachment patterns are associated with symptomatology and course of schizophrenia in male inpatients. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(2), 324–331. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.77.2.324>

Ponizovsky, A. M., Vitenberg, E., Baumgarten, K. I., & Grinshpoon, A. (2013). Attachment styles and affect regulation among outpatients with schizophrenia: Relationships to symptomatology and emotional distress. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 86(2), 164–182. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2011.02054.x>

- Pourová, M. (2018). *Souvislost mezi generalizovanou citovou vazbou, spokojeností ve vztazích a psychickou pohodou*. Nепublikovaná diplomová práce, Brno: Masarykova Univerzita.
- Premkumar, P., Dunn, A. K., Onwumere, J., & Kuipers, E. (2019). Original article: Sensitivity to criticism and praise predicts schizotypy in the non-clinical population: The role of affect and perceived expressed emotion. *European Psychiatry*, *55*, 109–115. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.10.009>
- Quijada, Y., Kwapil, T. R., Tizón, J., Sheinbaum, T., & Barrantes-Vidal, N. (2015). Impact of attachment style on the 1-year outcome of persons with an at-risk mental state for psychosis. *Psychiatry Research*, *228*, 849–856. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.013>
- Rahn, E., & Mahnkopf, A. (2000). *Psychiatrie: učebnice pro studium a praxi*. Praha: Grada.
- Rajkumar, R. P. (2014). Childhood attachment and schizophrenia: the “attachment-developmental-cognitive” (ADC) hypothesis. *Medical Hypotheses*, *83*(3), 276–281. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2014.05.017>
- Rao, H., Mahadevappa, H., Pillay, P., Sessay, M., Abraham, A., & Luty, J. (2009). A study of stigmatized attitudes towards people with mental health problems among health professionals. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, *16*(3), 279-284.
- Rapoport, J. L., Addington, A. M., Frangou, S., & Psych, M. R. C. (2005). The neurodevelopmental model of schizophrenia: update 2005. *Molecular psychiatry*, *10*(5), 434-449.
- Read, J., & Bentall, R. P. (2012). Negative childhood experiences and mental health: Theoretical, clinical and primary prevention implications. *The British Journal of Psychiatry*, *200*(2), 89–91. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096727>
- Read, J., Bentall, R. P., & Fosse, R. (2009). Time to abandon the bio-bio-bio model of psychosis: Exploring the epigenetic and psychological mechanisms by which adverse life events lead to psychotic symptoms. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *18*(4), 299-310.
- Read, J., Gumley, A., (2008). Can attachment theory help explain the relationship between childhood adversity and psychosis? *Attachment*, *2*, 1–35.
- Read, J., van Os, J., Morrison, A. P., & Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *112*(5), 330–350.



- Restek-Petrović, B., Bogović, A., Grah, M., Filipčić, I., & Ivezić, E. (2015). Personality characteristics of psychotic patients as possible motivating factors for participating in group psychotherapy. *Psychiatria Danubina*, 27 Suppl 1, 364–370.
- Ringer, J. M., Buchanan, E. E., Olesek, K., & Lysaker, P. H. (2014). Anxious and avoidant attachment styles and indicators of recovery in schizophrenia: Associations with self-esteem and hope. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 87(2), 209–221. <https://doi.org/10.1111/papt.12012>
- Ritsher, J., Otilingam, P., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 121(1), 31–49. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2003.08.008>
- Rosenberg, S. D., Lu, W., Mueser, K. T., Jankowski, M. K., & Cournos, F. (2007). Correlates of adverse childhood events among adults with schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 58(2), 245–253.
- Rosenhan, D. L. (1973). On Being Sane in Insane Places. *Science*, 179 (4070), 250.
- Sartorius, N. (2006). Lessons from a 10-year global programme against stigma and discrimination because of an illness. *Psychology, Health & Medicine*, 11(3), 383-388.
- Seitl, M., Charvát, M., & Lečbych, M. (2016). Psychometrické Charakteristiky České Verze Škály Experiences in Close Relationships (Ecr). *Ceskoslovenska Psychologie*, 60(4), 351–371.
- Shafer, A. (2005). Meta-analysis of the brief psychiatric rating scale factor structure. *Psychological assessment*, 17(3), 324.
- Sheinbaum, T., Kwapil, T. R., & Barrantes-Vidal, N. (2014). Fearful attachment mediates the association of childhood trauma with schizotypy and psychotic-like experiences. *Psychiatry Research*, 220(1–2), 691–693. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.07.030>
- Schulz, S., Green, M., & Nelson, K. (Eds.). (2016). *Schizophrenia and Psychotic Spectrum Disorders*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Sitko, K., Bentall, R. P., Shevlin, M., O’Sullivan, N., & Sellwood, W. (2014). Associations between specific psychotic symptoms and specific childhood adversities are mediated by attachment styles: an analysis of the National Comorbidity Survey. *Psychiatry Research*, 217(3), 202–209. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.03.019>

Tamminga, C. A., Sirovatka, P. J., Regier, D. A., & Van Os, J. (2009). *Deconstructing psychosis: refining the research agenda for DSM-V*. American Psychiatric Pub.

Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., & Leese, M. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *The Lancet*, 373(9661), 408–415. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61817-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61817-6)

Uhlmann, C., Kaehler, J., Harris, M. S. H., Unser, J., Arolt, V., & Lencer, R. (2014). Negative impact of self-stigmatization on attitude toward medication adherence in patients with psychosis. *Journal of Psychiatric Practice*, 20(5), 405–410. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000454787.75106.ae>

Urbánek, T., Denglerová, D., & Širůček, J. (2011). *Psychometrika: měření v psychologii*. Praha: Portál.

van Rossum, I., Dominguez, M. D. G., Lieb, R., Wittchen, H. U., & van Os, J. (2011). Affective dysregulation and reality distortion: a 10-year prospective study of their association and clinical relevance. *Schizophrenia bulletin*, 37(3), 561-571.

van Zelst, C. (2009). Stigmatization as an environmental risk in schizophrenia: a user perspective. *Schizophrenia bulletin*, 35(2), 293-296.

Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveerse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., ... Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 661–671. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs050>

Velemínský, M., Rost, M., Samková, J., Samek, J., Steflava, A., & Sethi, D. (2017b). Survey of adverse childhood experiences in the Czech Republic. *Copenhagen: WHO Regional Office for Europe*.

Velemínský Sr., M., Velemínský Jr., M., Rost, M., Samek, J., Sethi, D., & Samková, J. (2017a). Studie negativních zážitků z dětství (ACE) v České republice. *Czecho-Slovak Pediatrics / Cesko-Slovenska Pediatrie*, 72(7), 409–420.

Vrbova, K., Prasko, J., Holubova, M., Slepecky, M., & Ociskova, M. (2018). Positive and negative symptoms in schizophrenia and their relation to depression, anxiety, hope, self-stigma and personality traits - a cross-sectional study. *Neuro Endocrinology Letters*, 39(1), 9–18.

- Vrbova, K., Prasko, J., Ociskova, M., & Holubova, M. (2017). Comorbidity of schizophrenia and social phobia—Impact on quality of life, hope, and personality traits: A cross sectional study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *13*, 2073.
- Walker, E. A., Gelfand, A., Katon, W. J., Koss, M. P., Von Korff, M., Bernstein, D., & Russo, J. (1999). Adult health status of women with histories of childhood abuse and neglect. *The American journal of medicine*, *107*(4), 332-339.
- Walker, E. F., & Diforio, D. (1997). Schizophrenia: a neural diathesis-stress model. *Psychological review*, *104*(4), 667.
- Whiffen, V. E., Judd, M. E., & Aube, J. A. (1999). Intimate relationships moderate the association between childhood sexual abuse and depression. *Journal of Interpersonal Violence*, *14*(9), 940-954.
- Whitfield, C. L., Dube, S. R., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2005). Adverse childhood experiences and hallucinations. *Child Abuse & Neglect*, *29*, 797–810. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.01.004>
- Wikisofia. (13. března 2020). *Centrální limitní věta*. Získáno z [https://wikisofia.cz/wiki/Centr%C3%A1ln%C3%AD\\_limitn%C3%AD\\_v%C4%9Bta](https://wikisofia.cz/wiki/Centr%C3%A1ln%C3%AD_limitn%C3%AD_v%C4%9Bta)
- Williams, J., Bucci, S., Berry, K., & Varese, F. (2018). Psychological mediators of the association between childhood adversities and psychosis: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, *65*, 175–196. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.05.009>
- Winkler, P., Csémy, L., Janoušková, M., Bankovská Motlová, L. (2014). Stigmatizující jednání vůči duševně nemocným v Česku a Anglii: dotazníkové šetření na reprezentativním vzorku populace. *Psychiatrie*, *18*(2),54-59.
- Wood, L., Burke, E. M., Byrne, R., & Morrison, A. (2016). Examining service user experiences of a Cognitive Therapy intervention for self-stigma in psychosis. *Psychosis*, *8*(3), 238–249. <https://doi.org/10.1080/17522439.2015.1135184>
- World Health Organization. (1973). *Report of the International Pilot Study of Schizophrenia: Results of the initial evaluation phase (Vol. 1)*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2018). *International statistical classification of diseases and related health problems (11th Revision)*. World Health Organization.
- Woznicová, A. (2018). Parental Bonding Instrument: Recenze metody. *TESTFÓRUM*, *6*(10), 17-22.

Yank, G. R., Bentley, K. J., & Hargrove, D. S. (1993). The vulnerability-stress model of schizophrenia: Advances in psychosocial treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, *63*(1), 55–69. <https://doi.org/10.1037/h0079401>

Yanos, P. T., Roe, D., & Lysaker, P. H. (2010). The impact of illness identity on recovery from severe mental illness. *American journal of psychiatric rehabilitation*, *13*(2), 73-93.

Zäske, H. (2017). The influence of stigma on the course of illness. In *The Stigma of Mental Illness-End of the Story?* (pp. 141-155). Springer, Cham.

## **Přílohy**

1. Příloha 1: Formulář zadání diplomové práce
2. Příloha 2: Abstrakt diplomové práce

## **Příloha 1: Abstrakt diplomové práce v českém a anglickém jazyce**

### **ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE**

**Název práce:** Averzivní zážitky v dětství, attachment a sebestigmatizace u lidí s psychotickým onemocněním

**Autor práce:** Bc. Barbora Čermáková

**Vedoucí práce:** prof. MUDr. Ján Praško Pavlov, CSc.

**Počet stran a znaků:** 108 stran (233 265 znaků)

**Počet příloh:** 2

**Počet titulů použité literatury:** 155

#### **Abstrakt:**

Teoretický rámec práce poskytují teorie vzniku psychóz, raných averzivních zážitků a sebestigmatizace a výzkumné závěry o jejich souvislosti. Výzkumným cílem bylo zjistit, zda averzivní zážitky z dětství souvisí s mírou sebestigmatizace v dospělosti, attachmentem, průběhem a závažností psychopatologie u jedinců s psychotickým onemocněním. Cílem bylo prozkoumat i souvislost sebestigmatizace s charakteristikami délky a závažnosti psychotického onemocnění a typem vazby. Vedlejším cílem bylo popsat míru raných averzivních zážitků, typ vazby a míru sebestigmatizace u klientů Bona, o.p.s. Data byla získána dotazníkovým šetřením (CTQ, PBI, ECR-R, ISMI, CGI-S), klinickou škálou BPRS a demografickým dotazníkem. Výběrový soubor tvořilo 40 klientů Bona, o.p.s. a CDZ pro Prahu 8, byly využity záměrné metody výběru. Byla nalezena souvislost mezi ranými averzivními zážitky a výchovným stylem rodičů, dále souvislost mezi sebestigmatizací a typem vazby, mezi sebestigmatizací a závažností symptomů i subjektivní závažností onemocnění. U vzorku klientů Bona, o.p.s. byla nalezena vysoká míra traumatizace, zvýšená míra vazebné úzkosti i vyhýbavosti a průměrná míra sebestigmatizace.

**Klíčová slova:** attachment, komunitní služby, psychóza, rané averzivní zážitky, sebestigmatizace, schizofrenie, trauma

## ABSTRACT OF THESIS

**Title:** Adverse Childhood Experiences, Attachment and Self-stigmatization in People with Psychotic Illness

**Author:** Bc. Barbora Čermáková

**Supervisor:** prof. MUDr. Ján Praško Pavlov, CSc.

**Number of pages and characters:** 108 pages (233 265 characters)

**Number of appendices:** 2

**Number of references:** 155

**Abstract:**

Theoretical framework of thesis considers theories of psychosis origin, adverse childhood experiences (ACE) self-stigmatization, and research conclusions about their connection. The research goal was to find out whether ACE measure is related to the rate of self-stigmatization in adulthood, attachment, course and severity of psychopathology in individuals with psychotic illness. Also to investigate the link between self-stigmatization, illness severity and attachment. The secondary goal was to describe the severity of ACE, attachment and the extent of self-stigmatization in clients of Bona, o.p.s. Data were obtained by questionnaire survey (CTQ, PBI, ECR-R, ISMI, CGI-S), clinical scale of BPRS and a demographic questionnaire. The sample consisted of 40 clients of Bona, o.p.s. and CDZ for Prague 8, intentional selection methods were used. The relationship between ACE and parenting style was found, as well as the link between self-stigmatization and attachment, between self-stigma and severity of symptoms and subjective severity of the disease. In the sample of clients of Bona, o.p.s. high traumatization rates, increased attachment anxiety and avoidance rates, and average self-stigmatization rates were found.

**Key words:** ACE, adverse childhood experiences, attachment, community social services, psychosis, self-stigmatization, schizophrenia, trauma