

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

**VZTAH MEZI RANÝMI NEGATIVNÍMI ZÁŽITKY V RODINĚ, DISOCIACÍ A
ZÁVAŽNOSTÍ SYMPTOMŮ U PACIENTŮ SE SCHIZOFRENIÍ**

THE RELATION BETWEEN ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES IN FAMILY,
DISSOCIATION AND THE SEVERITY OF SYMPTOMS OF PATIENTS WITH
SCHIZOPHRENIA



Magisterská diplomová práce

Autor: Bc. Ivana Mejsnarová
Vedoucí práce: PhDr. Marie Ocisková, PhD.

Olomouc

2019

Poděkování

V první řadě bych chtěla poděkovat vedoucí práce PhDr. Marii Ociskové, Phd., za všechny cenné rady a připomínky a za časté povzbuzování a dodávání odvahy. Dále bych chtěla poděkovat za ochotu a obětavost všem, kteří mi pomáhali s realizací výzkumu nad rámec svých pracovních povinností a mnohdy i časových možností – veškerému personálu nemocnic a léčeben, jmenovitě především Mgr. Országové, MUDr. Žiakovi a Mgr. Otevřelové a paní psycholožce z ženského pavilonu z Kosmonos. A samozřejmě všem pacientům, kteří mi byli ochotni věnovat svůj čas a výzkumu se zúčastnit, protože bez nich by tato práce nevznikla. Velké díky patří i celé mé rodině a blízkým nejen za to, že mi pomáhali, ale hlavně že to se mnou psychicky vydrželi (díky mami, tati, Símo, Neldo, Peťo, Vávo, Nikčo).

Zároveň bych chtěla tuhle práci věnovat svému zesnulému učiteli z gymnázia Mgr. Pavlu Nečaskému, protože díky němu jsem si vybrala tento obor.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou prací na téma: *„Vztah mezi ranými negativními zážitky v rodině, disociací a závažností symptomů u pacientů se schizofrenií“* vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V dne

Podpis

Obsah

Obsah	3
I. TEORETICKÁ ČÁST	6
1. Schizofrenie	7
1.1. Diagnostika, MKN-10, DSM-V	7
1.2. Prevalence a incidence	13
1.3. Etiologie	16
1.4. Léčba	19
1.4.1. Farmakoterapie	19
1.4.2. ECT	20
1.4.3. Psychosociální intervence	21
2. Rané negativní zážitky v rodině	24
2.1. Některé rané negativní zážitky v rodině	24
2.1.1. Fyzické a psychické zanedbávání	24
2.1.2. Fyzické zneužívání a týrání	25
2.1.3. Psychické zneužívání a týrání	25
2.1.4. Sexuální zneužívání	26
2.1.5. Syndrom CAN	27
2.1.6. Rozchod či separace rodičů	28
2.1.7. Násilí v rodině	28
2.1.8. Pokus o sebevraždu a duševní onemocnění člena domácnosti	28
2.1.9. Další rizikové faktory	29
2.1.10. Ochrana dětí v trestním zákoníku	29
2.2. Rané negativní zážitky v rodině a schizofrenie	31
3. Disociace	33
3.1. Disociace jako psychopatologický fenomén	33
3.2. Disociace a schizofrenie	36
4. Některé současné výzkumy týkající se raných negativních zážitků v rodině, disociace a schizofrenie	38

II. VÝZKUMNÁ ČÁST	41
5. Vymezení výzkumného problému a cíle výzkumu	42
5.1. Cíle výzkumu.....	42
5.2. Hypotézy.....	42
5.3. Praktický význam výzkumu	43
6. Popis zvoleného metodologického rámce a metod	44
6.1. Zvolený typ výzkumu.....	44
6.2. Metody získávání dat	45
6.2.1. Demografický dotazník a anamnestická data.....	45
6.2.2. Dotazník nepříznivých zkušeností v dětství ACE (Adverse Childhood Experiences)	45
6.2.3. Škála disociativních zkušeností DES (Dissociative Experiences Scale)	49
6.2.4. Dotazník somatoformní disociace SDQ-20 (Somatoform Dissociation Questionnaire).....	50
6.2.5. Klinická škála BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale).....	51
6.3. Průběh sběru dat.....	54
6.4. Metody zpracování a analýzy dat.....	59
6.5. Etické problémy a způsoby jejich řešení	60
7. Charakteristika zkoumané populace a popis vzorku	61
7.1. Kritéria výběru pacientů do výzkumu	61
7.2. Charakteristiky souboru	62
8. Výsledky	64
8.1. SDQ-20.....	65
8.2. DES.....	68
8.3. ACE	71
8.4. BPRS.....	75
8.5. Vztah mezi SDQ-20, DES, ACE a BPRS	79
8.6. Ověření hypotéz	80
9. Diskuze	81
10. Závěry.....	88
Souhrn.....	89
Seznam použitých zdrojů a literatury	94
Seznam příloh	106

ÚVOD

Téma vztahu mezi ranými negativními zážitky v rodině, disociací a závažností symptomů u pacientů se schizofrenií jsem si vybrala poté, co jsem se setkala s pacienty v uzavřené psychiatrické léčebně a poprvé tak přišla do kontaktu s tím, co obnáší práce psychologa ve zdravotnictví. Nutno dodat, že moje první praxe se odehrávala na uzavřeném akutním oddělení pro mužské pacienty s psychózami.

Kolem kontextu a příčin, jimiž mohou být i rané negativní zážitky v rodině, se často právě u pacientů s psychózami našlapuje po špičkách, neboť cílem hospitalizace bývá – i vzhledem k časovým a personálním možnostem – především psychická integrace pacientů a snaha o to, navrátit je co nejrychleji zpět do, laicky řečeno, normálního života za zdi léčebny. Po propuštění z hospitalizace pacienti většinou pravidelně navštěvují ambulantního psychiatra, návazná psychotherapeutická péče však z různých důvodů nebývá standardem. A tak se stává, že pacienti, majíce za sebou mnohdy i opakované hospitalizace, po celé roky léčby nemusí přijít do kontaktu s psychotherapií. Ta by jim přitom mohla pomoci odhalit a psychotherapeuticky ošetřit psychosociální faktory, které mohly hrát roli při vzniku či návratu atak psychotického onemocnění. Což mimo jiné znamená i to, že jsou ochuzeni o jednu z několika možností, jak s onemocněním bojovat.

Mnoho pacientů se mnou během výzkumu hovořilo o tom, že na otázky dospívání a dětství se jich nikdo za celou dobu léčby nezeptal, a že je samotné nenapadlo, že by jejich onemocnění mohlo mít jakoukoliv souvislost s událostmi v životě, jaké se jim děly a dějí. Proto doufám a věřím, že psychiatrická péče u nás projde plánovanou reformou, po které se bude více blížit ideálům snad každého studenta psychologie – individuální péče na míru každému pacientovi, ke kterému se přistupuje především jako k člověku, který se nachází v konkrétní životní situaci, jehož životní kontext hraje důležitou roli při volbě léčby a na které se sám aktivně podílí.

Cílem této práce je ověřit vztah mezi ranými negativními zážitky v rodině, disociací a závažností příznaků schizofrenie. A, pokud se tento vztah potvrdí, tak přispět dalším argumentem k potřebnosti kvalitní komplexní multidisciplinární péče o duševně nemocné.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Schizofrenie

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění multifaktoriální etiologie, zasahující různou měrou všechny psychické funkce, zejména myšlení, vnímání, emoce a vůli. Typickými příznaky jsou bludy a halucinace a oploštělá emotivita, ale i mnohé další (viz následující kapitola). Etymologický původ slova schizofrenie (*schizein* – rozštěpit, *frén* – mysl) často vede u laické veřejnosti k zaměňování s disociativní poruchou identity (Orel et al., 2012). Tento omyl však není tak náhodný, jak by se mohlo zdát, disociace a schizofrenie mají totiž úzce provázanou minulost. Významné osobnosti stojící u zrodu rané psychiatrie a psychologie, jako například Kraepelin, Morel, Bleuler, Schneider či Freud, kteří se tyto fenomény snažili uchopit, je mnohdy propojovali v jeden širší celek. K zúžení a vymezení těchto konceptů jako samostatných diagnóz pak došlo zejména v druhé polovině 20. století (Smolík, 2002).

1.1. Diagnostika, MKN-10, DSM-V

Pro určení diagnózy schizofrenie, tak jako pro určení většiny psychiatrických diagnóz, neexistuje v současné době žádný laboratorní test ani zobrazovací metoda. K tomuto účelu slouží v psychiatrii klasifikační systémy. Aktuálně používané jsou systémy dva – Mezinárodní klasifikace nemocí MKN¹ (ICD – *International Classification of Diseases*) a Diagnostický a statistický manuál duševních poruch DSM² (DSM – *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*). Při diagnostice se využívá především klinického posouzení lékařem na základě anamnézy, pozorování projevů pacienta, rozhovorů s pacientem a výpovědi jeho okolí. Důležitý je životní kontext každého pacienta, který musí lékař vždy zvážit, protože schizofrenie je onemocnění s poměrně heterogenní symptomatologií (Janík & Dušek, 1974). Neméně důležitý je i kulturní a socioekonomický kontext pacienta, neboť některé symptomy onemocnění mohou být různými kulturami

¹ Mezinárodní klasifikace nemocí (ICD – *International Classification of Diseases*) se používá převážně v Evropě. Slouží ke kodifikaci onemocnění, poruch a jiných symptomů napříč státy. Původní verze sloužila k mezinárodní systemizaci a kategorizaci příčin smrti, v pozdějších revizích pak byla rozšířena o onemocnění u žijících pacientů a v šesté revizi byla přidána i samostatná sekce pro duševní poruchy. Na starosti ji má Světová zdravotnická organizace (WHO). Momentálně je v platnosti 10. revize, a uvádí se v platnost 11. Revize.

² Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM – *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*) je oproti MKN zaměřen pouze na duševní onemocnění a používá se v USA. Vydává a reviduje jej Americká psychiatrická asociace (APA). Je podrobnější než MKN, a proto se i v Evropě používá na upřesnění některých psychiatrických diagnóz. Původně vznikl pro potřeby vědy, tudíž jsou informace v něm statisticky podložené. Momentálně je v platnosti 5. revize z roku 2013.

přijímány odlišně, například hlasové halucinace mohou být v některých kulturách posuzovány jako součást náboženství a projev víry, nikoliv jako patologický jev (American Psychiatric Association, 2013).

Schizofrenie spadá v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí do okruhu diagnóz F20–F29. Obecnými diagnostickými kritérii pro udělení diagnózy z tohoto okruhu, které vymezuje Smolík (2002, 155-156), jsou:

Je přítomen alespoň jeden ze syndromů, symptomů a znaků popsaných níže pod (1) nebo alespoň dva ze symptomů a znaků uvedených pod (2), a to po většinu období epizody psychotického onemocnění, které trvá alespoň jeden měsíc (nebo někdy většinu dnů).

(1) Musí být přítomna alespoň jedna z následujících charakteristik:

(a) ozvučování myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek;

(b) bludy kontrolování, ovlivňování nebo ovládnutí, zřetelně se projevující pohyby těla nebo končetin nebo zvláštními myšlenkami, činnostmi nebo pocity; bludné vnímání;

(c) halucinace hlasů, které komentují pacientovo chování nebo mezi sebou hovoří, nebo jiné typy hlasů, které přecházejí z některých částí těla;

(d) neustálé bludy jiných typů, které nemohou být podmíněné příslušnou kulturou a jsou zcela nepatřičné, jako náboženská nebo politická identita, nadlidská moc nebo schopnost (například schopnost kontrolovat počasí nebo být ve spojení s cizinci z jiného světa).

(2) Nebo alespoň dvě z následujících charakteristik:

(a) neustále halucinace jakéhokoliv typu, pokud se vyskytují denně po dobu nejméně 1 měsíce a jsou spojeny s bludy (buď s občasnými, nebo jen částečně formovanými) bez jasného emotivního obsahu, nebo jsou doprovázeny trvale zvýšeným sebehodnocením;

(b) neologismy, přerušování nebo zárazy myšlení, jejichž důsledkem jsou inkoherece nebo zmatený slovní projev;

(c) katatonní chování, jako jsou vzrušení, nástavy nebo vosková ohebnost, mutismus a stupor;

(d) "negativní" symptomy, jako jsou zřetelná apatie, ochuzení řeči a ploché nebo nepřiměřené odpovědi (musí být jisté, že se nejedná o následek deprese nebo neuroleptické léčby).

G2 Nejčastěji užívané vylučovací podmínky:

(1) Jestliže pacient splňuje také kritéria pro manickou epizodu (F30.-) nebo depresivní epizodu (F32.-), musí být splněna kritéria G1 a G2 ještě předtím, než dojde k narušení nálady.

(2) Porucha není důsledkem organické mozkové poruchy (ve smyslu F00–F09) nebo intoxikace alkoholem nebo jinou psychoaktivní látkou (F1x.0), závislostí (F1x.2) nebo odnětím látky (F1x.3 nebo F1x.4).

Schizofrenie narušuje téměř všechny oblasti psychických funkcí. Nejvíce je schizofrenie patrná projevy v oblasti myšlení a vnímání, ale velmi problematické bývají i symptomy týkající se emotivity. Symptomy se primárně dělí na pozitivní a negativní, někdy bývá zvlášť řazen i kognitivní deficit (Ocisková & Praško, 2015). Pozitivní symptomy jsou takové symptomy, které se u zdravých jedinců nevyskytují, jsou v psychice jedince tzv. navíc. Jedná se například o bludy a halucinace. Negativní symptomy jsou naopak takové symptomy, které jedincům se schizofrenií oproti zdravé populaci něco ubírají, psychické funkce snižují nebo výrazně narušují, například apatie, abulie, emoční oploštělost. Nejedná se tedy o hodnocení kvality symptomů jako takových, neboť halucinace jsou zřídka kdy pozitivní, naopak jsou mnohdy i život ohrožující, ale o efekt, jaký mají symptomy na psychiku jedince. Dle autorky Shamay-Tsoory a kolektivu (2007) mohou jedinci s vyšší mírou negativních symptomů schizofrenie prokazovat sníženou schopnost atribuce afektivních duševních stavů (jak svých, tak u osob z okolí). Toto zjištění vysvětluje například poruchy společenského chování a špatné začlenění do kolektivu u některých pacientů se schizofrenií. Variabilita symptomů a zároveň poměrně omezené diagnostické nástroje způsobují, že až u poloviny pacientů při prvních dvou letech sledování, dochází ke změně diagnózy (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

MKN-10 (2013) rozlišuje několik typů schizofrenie (viz tabulka číslo jedna), každý typ má své typické znaky a symptomy. Nejčastěji diagnostikovaným typem je paranoidní schizofrenie (F20.0), vyznačující se především silnými persekčními bludy a poruchami vnímání, hlavně sluchovými halucinacemi. Dalším typem je schizofrenie hebefrenní (F20.1), která je typická především dezorganizovaným myšlením, často excentrickým chováním, emoční oploštělostí a abulií. Pacienti s tímto typem schizofrenie mohou působit nezralým "pubertálním" dojmem. Méně rozšířeným typem je schizofrenie katatonní (F20.2), která je typická výraznými symptomy v oblasti psychomotoriky, a to v obou extrémech – stuporem i hyperkinézou. Simplexní schizofrenie (F20.6) je typická především přítomností negativních symptomů – abulií, apatií, anhedonií. Tento typ schizofrenie bývá problematický z hlediska léčby. Dále v této kategorii rozlišujeme postschizofrenní depresi (F20.4), která se diagnostikuje tehdy, pokud je po odeznění ataky schizofrenie přítomná

porucha nálady. Pokud symptomy, zejména negativní – jako apatie, abulie, psychomotorické zpomalení – dlouhodobě přetrvávají, hovoříme o tzv. reziduální schizofrenii (F20.5). Pokud pacient vykazuje obecné znaky pro onemocnění z tohoto okruhu, ale tyto znaky nespádají do žádného z výše zmíněných typů schizofrenie, diagnostikuje lékař nediferencovanou schizofrenii (F20.3), popřípadě jinou (F20.8), či nespecifikovanou (F20.9). Tyto kategorie by se však měly užívat jen zřídka, protože cílem je co nejpřesnější diagnóza, a tím pádem i co nejvhodnější léčebný plán (Janík & Dušek, 1974).

Tabulka 1: Schizofrenie dle MKN-10 (2013)

DIAGNOSTICKÝ KÓD	NÁZEV PORUCHY
F20	Schizofrenie
F20.0	Paranoidní schizofrenie
F20.1	Hebefrenní schizofrenie
F20.2	Katatonní schizofrenie
F20.3	Nediferencovaná schizofrenie
F20.4	Postschizofrenní deprese
F20.5	Reziduální schizofrenie
F20.6	Simplexní schizofrenie
F20.8	Jiná schizofrenie
F20.9	Schizofrenie nespecifikovaná

V 11. revizi manuálu MKN se už s dělením na jednotlivé podtypy schizofrenie nepočítá, neboť z dlouhodobého hlediska bylo toto dělení nestabilní a prognostická validita jednotlivých diagnóz byla nízká. Signifikantní pro léčbu je spíše přítomnost a typ symptomů, průběh onemocnění a počet psychotických epizod, vliv onemocnění na kognitivní složku psychiky a dále také to, do jaké míry je pacient s onemocněním schopný fungovat; tyto kategorie najdeme v MKN-11 jako kvalifikátory. Konkrétně jsou to potom kvalifikátory symptomové, průběhové, kognitivní a funkční (Gaebel, 2012).

V DSM-V (Raboch, Hrdlička, Mohr, Pavlovský, & Ptáček (Eds.), 2015, 103–104) jsou diagnostická kritéria definována takto:

- A. *Dvě (nebo více) z následujících kritérií, každé přítomno podstatnou část období 1 měsíce (či méně, je-li léčba úspěšná). Minimálně jedno kritérium musí být (1), (2) nebo (3):*
1. *Bludy.*
 2. *Halucinace.*
 3. *Dezorganizovaná řeč (např. časté vykolejení nebo inkoherence).*
 4. *Hrubě dezorganizované nebo katatonní chování.*
 5. *Negativní příznaky (tj. snížená exprese emocí nebo snížení vůle a motivace).*
- A. *Po významnou část doby od nástupu poruchy je úroveň jedné nebo více běžných funkcí, jako je pracovní výkon, interpersonální vztahy nebo péče o sebe, zřetelně pod úrovní, kterou dosahovaly před jejím nástupem (začnou-li se potíže objevovat v dětství nebo adolescenci, nedosahuje jedinec očekávané úrovně interpersonálních, studijních nebo pracovních dovedností).*
- B. *Příznaky poruchy trvají minimálně po dobu 6 měsíců. Toto šestiměsíční období musí zahrnovat minimálně 1 měsíc trvání příznaků (nebo kratší dobu, je-li léčba úspěšná) podle kritéria A (tj. příznaky aktivní fáze) a může zahrnovat období prodromálních nebo reziduálních příznaků. V průběhu těchto prodromálních nebo reziduálních období mohou být projevy poruchy vyjádřeny pouze jako negativní příznaky nebo dva či více příznaků z kritéria A ve slabší formě (např. Podivná přesvědčení, neobvyklé percepční prožitky).*
- C. *Schizoafektivní porucha a poruchy nálady jsou vyloučeny, jestliže se (1) současně s příznaky aktivní fáze nevyskytuje velká depresivní nebo manická epizoda, nebo (2) epizody poruchy nálady se vyskytují současně s příznaky aktivní fáze a jejich celkové trvání je relativně kratší oproti aktivnímu a reziduálnímu období.*
- D. *Porucha není přímým fyziologickým důsledkem užívání látky (např. Abúzus drogy, léků) nebo somatického onemocnění.*
- E. *Jestliže je v anamnéze přítomná porucha autistického spektra nebo porucha komunikace začínající v dětství, stanovuje se přídatná diagnóza schizofrenie jen v případě, že jsou přítomny také zřetelné bludy nebo halucinace po dobu nejméně 1 měsíce (nebo kratší, je-li léčba úspěšná).*

Ke zpřesnění diagnózy, popřípadě pro účely diferenciální diagnostiky, například pro zjištění přítomnosti návykových látek v krvi pacienta, mohou sloužit zobrazovací metody (CT, MRI, PET) a laboratorní testy – toxikologické rozbor, aj. Dále se k diagnostice používá psychologických testových metod, dotazníků a posuzovacích škál. Existují škály na posouzení závažnosti příznaků schizofrenie, například škála BPRS (*Brief Psychiatric Rating Scale*), či škála PANSS (*Positive and Negative Syndrome Scale*). Přítomnost psychotických symptomů mohou odhalit i některé škály osobnostních dotazníků a inventářů, například MMPI-II (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2*). Kognitivní deficit odhalí některé subtesty z WAIS (*Wechsler Adult Intelligence Scale*), RCFT (*Rey Complex Figure Test And Recognition Trial*, známý jako Rey-Osterriethova figura), či RAVLT (*Rey Auditory Verbal Learning Test*, známý jako Paměťový test učení). Důležitou informací o poruchách myšlení a narušení sociálních vztahů může přinést ROR (Rorschachův test) či TAT (*Thematic Apperception Test*). Přesné a včasné stanovení diagnózy je klíčové ke stanovení léčebného plánu a pro snížení rizika chronicity schizofrenie a trvalých následků, které může neléčená schizofrenie napáchat (Vavrušová, 2005).

1.2. Prevalence a incidence

Prevalence schizofrenie se v různých zdrojích mírně liší, stabilně se však variabilita celoživotní prevalence pohybuje mezi 0,5–1 % populace, a to nezávisle na kultuře, pohlaví či geografických podmínkách (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2007; American Psychiatric Association, 1994; Schizophrenia and Related Disorders Alliance of America, nedat.). Zároveň dle Libigera (1990) byly nalezeny oblasti, kde je prevalence schizofrenie v populaci vyšší, ku příkladu v Irsku či Chorvatsku, vysvětlení těchto variací v prevalenci ale prozatím chybí. Messias, Chen a Eaton ve své studii (2007) zdůrazňují, že existují faktory, například úroveň urbanizace v místě bydliště, socioekonomický status, výskyt schizofrenie v rodině atd., které mají na prevalenci vliv, jejichž výzkum je nutnou podmínkou pro pochopení celé diagnózy, a tím pádem pro její prevenci a léčbu; podrobněji viz kapitola etiologie.

Saha, Chant, Welham a McGrath v roce 2005 provedli meta-analýzu studií zaměřených na prevalenci u diagnózy schizofrenie. Do meta-analýzy zahrnuli 188 studií ze 46 zemí, publikovaných mezi lety 1965–2002. Z tohoto souboru získali 1721 odhadů prevalence. Medián těchto hodnot se pohybuje mezi 0,33–0,72 % populace. Autoři nenašli žádný signifikantní rozdíl ve výskytu schizofrenie mezi muži a ženami, což vzhledem k malignějšímu průběhu schizofrenie u mužů nebylo v souladu s jimi anticipovaným výsledkem; ani rozdíl ve výskytu schizofrenie mezi obyvateli měst a venkova. Prevalence schizofrenie je dle autorů vyšší například u přistěhovalců než u rodilých obyvatel dané lokality či u obyvatel ekonomicky více rozvinutých zemí než u obyvatel rozvojových zemí. Otázkou zůstává, do jaké míry může v tomto případě hrát roli úroveň zdravotnictví, kulturní vnímání diagnózy schizofrenie či stav byrokratického aparátu daného státu, a tudíž zachytitelnost, diagnostika a oficiální zaznamenání daného onemocnění, a na to navázanou dostupnost informací do vědeckých sfér.

Prevalence schizofrenie v České republice v roce 2005 byla dle zprávy Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky (2007) 40,2 případů na 10 000 obyvatel.

Incidence schizofrenie je udávána na 2–4 případy na 10 000 obyvatel ročně. Důležité je zmínit, že incidence se liší mezi pohlavími dle věku, kdy u mužů je typický dřívější nástup onemocnění (Češková, 2012). Muži v průměru zažívají první epizodu schizofrenie mezi 20. a 25. rokem, u žen je to mezi 30. a 35. rokem (American Psychiatric Association, 2013). Medián incidence je dle meta-analýzy 161 studií 15,2 případu onemocnění na 100 000 obyvatel, přičemž rozmezí je 7,7–43,0 případů na 100 000 obyvatel. Meta-analýza ukázala na rozdíl incidence mezi pohlavími, kdy u mužů byla incidence vyšší než u žen, a také na rozdíl mezi incidencí u obyvatel měst a venkova, kde byla incidence vyšší u obyvatel měst (McGrath, Saha, Chant, & Welham, 2008; McGrath et al., 2004). Incidence schizofrenie se liší i v různých dějinných obdobích, například během druhé světové války byl v některých zemích zaznamenán pokles nově nemocných pacientů se schizofrenií (Libiger, 1990).

V roce 2014 Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky zveřejnil zprávu, ve které se zaměřuje na činnost psychiatrických ambulancí a jejich meziroční statistiky. U schizofrenie byl meziroční nárůst pacientů odkázaných na psychiatrickou ambulantní péči 4 %, v absolutních číslech byla incidence za rok 2014 5184 pacientů, podíl žen s diagnózou schizofrenie v psychiatrických ambulancích byl 54 %.

Prognóza schizofrenie byla tradičně pojímána na třetiny – třetina pacientů se dle většiny publikací uzdraví, u další třetiny dochází k relapsům a třetina má chronický průběh onemocnění. Konkrétní čísla ze soudobých meta-analýz a demografických průzkumů jsou ale jiná. Dle statistického šetření u ambulantních pacientů v České republice autoři Příkryl a Khollová (2012) zjistili, že ze 481 subjektů došlo u 19 % k úplné úzdavě a u 26 % k funkční remisi příznaků, u 54 % potom k symptomatické remisi. Dle AlAqeela a Margolese (2012), kteří analyzovali studie z let 2005–2011 zaměřené na prognózu, se remise u první epizody schizofrenie pohybuje od 17 do 78 %, u dalších epizod potom od 16 do 62 %. Dle meta-analýzy finských autorů, do které zařadili 50 studií, dojde k remisi u 13,5 % pacientů. V tomto případě byla jako remise stanovena hranice dvou let, kdy pacient musel být bez příznaků. Toto číslo je nízké i navzdory zlepšujícím se možnostem léčby (Jääskeläinen et al., 2012).

Při podrobnějším zkoumání bylo zjištěno, že prognóza se liší u pacientů především na základě symptomů. Dle Bankovské Motlové a Španiela (2017) existují faktory, které jsou určující pro příznivý nebo nepříznivý průběh onemocnění. Mezi faktory svědčící pro

příznivou prognózu patří mj. náhlý začátek onemocnění, včasné diagnostikované onemocnění, tedy neléčené méně než tři měsíce, onemocnění rychle odpovídající na léčbu, méně negativních příznaků, vyšší úroveň sociální adaptace před počátkem onemocnění, vyšší věk začátku onemocnění, stabilní nález v objemu šedé hmoty, zejména v thalamu, levém temporálním laloku a frontálním laloku, a spolupráce při léčbě. Oproti tomu negativní prognóze napovídá plíživý počátek onemocnění, dlouho nediodagnostikované a neléčené onemocnění, déle než tři měsíce, symptomy nereagující na léčbu, výrazné negativní symptomy, opakované relapsy, nízký věk začátku onemocnění, nízká úroveň sociální adaptace před začátkem onemocnění, zneužívání návykových látek a úbytek objemu šedé hmoty, zejména v thalamu, levém temporálním laloku a frontálním laloku. Pacienti se schizofrenií se v průměru dožívají o 10–20 let méně než běžná populace. Z velké míry za to mohou kardiovaskulární onemocnění, vzniklá jednak nezdravým životním stylem, kupříkladu kouření cigaret, nedostatek pohybu, nadváha, ale i nižší ochotou pacientů vyhledat lékařskou pomoc. Roli hrají různé faktory, kromě vedlejších účinků léků jsou to například i stigmatizující postoje společnosti, blízkého okolí a mnohdy i lékařů vůči pacientům se schizofrenií, či sebestigmatizace pacientů samotných (Ocisková & Praško, 2015). Pacienti se schizofrenií rovněž páchají až 8x častěji sebevraždu než běžná populace. Až 50 % pacientů má sebevražedné myšlenky, přičemž přibližně stejné procento pacientů se o sebevraždu pokusí (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

Pacienti se schizofrenií jsou zároveň nejčtenější skupinou z okruhu duševních onemocnění pobírající invalidní důchod třetího stupně. V České republice bylo dle zprávy České správy sociálního zabezpečení (nedat.) k 31. 12. 2017 pravidelně vypláceno celkem 100 709 invalidních důchodů z důvodu duševní poruchy a poruchy chování, z toho 46 994 mužům a 53 173 ženám.

1.3. Etiologie

Schizofrenie je nemoc s multifaktoriální etiologií. Klíčovými faktory jsou tu predispozice, zejména dědičnost, neurobiologická zranitelnost, a zátěž, tedy stres, socioekonomické podmínky, prostředí, vztahy, návykové látky. Laicky bychom mohli říci, že na určité organické prostředí musí dosednout určité spouštěcí faktory (Libiger, 2002).

Existují teorie etiologie zaměřené čistě na strukturu a funkci mozku (např. Gottesman, 1991), ale i teorie zaměřené pouze na psychosociální proměnné (např. Nuechterlein & Dawson, 1984), teorie přísně vědecky podložené i teorie stojící na domněnkách a předpokladech (Libiger, 2002). Tyto teorie se vzájemně nevylučují, mnohdy se spíše doplňují, z čehož můžou těžit zejména pacienti v péči multidisciplinárních týmů.

Důležitou roli u tohoto onemocnění hraje dědičnost a genetika. Na základě studií rodin se ukázalo, že pokud má rodič diagnózu schizofrenie, je 10x vyšší pravděpodobnost, že se schizofrenie rozvine i u dítěte. Pokud mají diagnózu schizofrenie rodiče oba, je pravděpodobnost onemocnění dítěte až 46 %. Ze studií dvojčat vyplývá, že u dvojvaječných dvojčat je shoda v diagnóze schizofrenie až 17 % a u jednovaječných až 48 % (Gottesman, 1991). Podle Kalmanna (1946) je schizofrenie pravděpodobně autosomálně recesivní onemocnění, tj. váže se na nedominantní geny, nezávislé na pohlaví. Vyplynulo to z jeho studie, do které bylo zařazeno mimo jiné i 1382 dvojčat. Dle Češkové (2012) je akceptovatelný spíše polygenetický multifaktoriální model. Aktuální genetické studie pracují s několika tisíci geny, s tzv. kandidátními geny, které by mohly být spojovány se vznikem schizofrenie. Vědci srovnávají jejich výskyt v různých sekvencích DNA u zdravé populace a u pacientů se schizofrenií. V roce 2002 byly identifikovány 4 geny, které s velkou pravděpodobností hrají roli při vzniku schizofrenie, a stále jsou identifikovány další (Karayiorgou & Gogos, 2006). Nicméně většina osob, u kterých se rozvine schizofrenie, nemá žádné příbuzné, kteří by diagnózu schizofrenie měli, a naopak, mnoho osob s genetickou predispozicí schizofrenie zůstane zdravých (Carr, 2005).

Velmi vlivná byla v psychiatrii po dlouhou dobu i dopaminová hypotéza, která prošla několika revizemi (Howes & Kapur, 2009). První varianta byla zaměřená především

na dopaminové receptory a vycházela z účinků prvních antipsychotik. Hypotéza o tom, že schizofrenie je způsobena dysfunkcí dopaminergního systému, nebyla potvrzena, nicméně abnormální dopaminová aktivita je při schizofrenii prokazatelně přítomná a na dopaminovém principu působí i dnešní farmakologická léčba (Davis, Kahn, Ko, & Davidson, 1991). V souvislosti s dopaminem se výzkum zaměřil i na prefrontální kortex. Pomocí pozitronové emisní tomografie (PET) přišli vědci mimo jiné na to, že u pacientů se schizofrenií je oproti běžné populaci viditelně nižší aktivita v této oblasti, což je spojováno s kognitivními dysfunkcemi, jež jsou často přítomny u pacientů se schizofrenií. Avšak tyto rozdíly jsou tak nehomogenní a variabilní, že doposud neexistují určující patognomické rysy pro diferenciální diagnostiku. Zapojení moderní zobrazovací techniky nicméně postupně odhaluje mnohá temná místa a do budoucna si klade za cíl takové rysy najít (Grace, 1991).

Neurovývojová teorie chápe schizofrenii jako onemocnění vznikající již v prenatálním období, a to již na konci prvního či na počátku druhého trimestru (Fatemi & Folsom, 2009). Schizofrenie, jak ji známe dle diagnostických kritérií, je potom jakýmsi vyvrcholením symptomů, které se projevují již od dětství (Insel, 2010). Dle Carra (2005) jsou u pacientů se schizofrenií zřejmé tři neuroanatomické abnormality – menší velikost frontálních laloků a jejich snížená funkce, jež může nést podíl na zvláštностech chůze, držení těla či pohybů očí a deficitech paměti, zvětšení obou mozkových komor a s tím související atrofie mozkové tkáně a neuronální degenerace kortexu, ta je přítomná ve větší míře u pacientů s negativními příznaky schizofrenie. Mnohé výzkumy sledující imunitní markery poukazují na to, že za některé neuroanatomické změny může například infekce matky v těhotenství (Brown, 2006). Velký přínos této teorie je zejména v tom, že klade důraz na včasnou diagnostiku, intervenci a ještě lépe – prevenci (Marenco & Weinberger, 2000). Kromě infekce matky během těhotenství může roli hrát i problematický porod, např. hypoxie během porodu a nízká porodní váha. Zkoumá se i vliv ročního období narození na vznik schizofrenie, častější je výskyt schizofrenie u lidí, kteří se narodili v zimě a na jaře (Brown, 2006).

Dále existují dle Libigera (2002) teorie přičítající vznik schizofrenie omezené komunikaci mezi jednotlivými segmenty mozku, tzv. teorie rozštěpu. Z psychologicky zaměřených teorií potom například teorie kognitivní bias, jež vykládá schizofrenii jako

soubor dílčích kognitivních zkreslení či systematických chyb, a snaží se vysvětlit to, jakým způsobem pacienti se schizofrenií nakládají s informacemi odehrávajícími se ve vnějším i vnitřním prostředí. Dále prodromální hypotéza, která říká, že pacienti se schizofrenií mají před propuknutím psychotické epizody určité příznaky, tzv. prodromy, ve kterých pacienti rozpoznají nástup ataky, a tím její nástup uspíší. Dalším příkladem může být teorie dvojné vazby, která svého času způsobila ve společnosti velký rozruch a měla na dlouhou dobu velmi negativní dopad na pacienty se schizofrenií a zejména na vnímání jejich matek. Tato teorie dává za vinu vznik onemocnění matkám pacientů, které nazývá tzv. schizofrenogenními matkami. Matky dlouho nesly stigma, že u svých dětí způsobily schizofrenii nejednoznačnou komunikaci, tedy rozporem mezi verbální a nonverbální složkou sdělení, čímž měly u svých dětí narušit vnímání reality a tvořit matoucí, manipulační prostředí. Toto paradigma dlouhou dobu blokovalo vývoj v péči o pacienty a komplikovalo spolupráci s rodinou, která je při léčbě schizofrenie klíčová.

Velmi nosná je i teorie přičítající vznik schizofrenie psychosociálnímu stresu. Obecně mají pacienti se schizofrenií sníženou toleranci vůči stresu, jsou tzv. vulnerabilní, nemají dostatečně vyvinuté kompenzační mechanismy a nepružně se adaptují na vzniklé situace (Nuechterlein & Dawson, 1984; Zubin & Spring, 1977). Nepříznivé zkušenosti, rodinné klima či v extrémních případech trauma jsou výrazným chronickým stresorem, který může vést k rozvoji schizofrenie, o tom viz v samostatné kapitole (Read et al., 2004). Rizikovým faktorem je i užívání marihuany. Murray a kolektiv (2016) zjistili, že čím je koncentrace THC vůči CBD³ v marihuaně vyšší, tím se zvyšuje riziko psychotických prožitků, u dlouhodobých uživatelů tak výrazně stoupá riziko rozvoje psychotické epizody.

³ THC a CBD jsou dvě látky z četné skupiny kanabidoidů, které ovlivňují psychický stav jedince. Jejich koncentrace se v jednotlivých preparátech liší, obecně je ale mezi THC a CBD nepřímá úměrnost. Cílem dnešních pěstitelů je především zvyšování koncentrace THC, které způsobuje euforické pocity, zvyšuje pocit sociální sounáležitosti a empatie, ale zároveň způsobuje problémy s pozorností, učením a pamětí a krátkodobě může vzbuzovat psychotické symptomy jako halucinace a paranoiu (Murray et al., 2016).

1.4. Léčba

Pro úspěšnou léčbu je důležitý pacientův náhled na onemocnění, neboť od něj se odvíjí pacientova spolupráce s lékaři. Nepřítomnost náhledu je nejčastějším prediktorem odmítání léčby, s čímž souvisí i větší riziko relapsů a nepříznivého průběhu onemocnění (American Psychiatric Association, 2013).

Stěžejním bodem léčby je farmakoterapie v kombinaci s psychosociálními intervencemi a edukací. Důležitý je především včasný začátek léčby, neboť průběh onemocnění v prvních dvou letech je významným prediktorem dlouhodobé prognózy onemocnění. Někteří autoři dokonce hovoří o tzv. kritickém období, tedy o období na začátku nemoci, jehož zvládnutí ovlivní další průběh onemocnění. Důležitá je především kombinace více typů léčby, což psychiatrická péče v České republice zatím do potřebné míry neposkytuje (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

1.4.1. Farmakoterapie

Farmakoterapie je u schizofrenie léčebná metoda první volby. První preparáty fungující na bázi antihistaminik byly použity u pacientů se schizofrenií v 50. letech 20. století, od té doby byly vyvinuty přibližně tři desítky preparátů fungující jako dopaminergní antagonisté. Nedopaminové léky doposud nebyly objeveny. Dnes se užívají antipsychotika první, a ještě častěji druhé generace, tzv. atypická antipsychotika (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Farmakoterapie dobře působí zejména na pozitivní příznaky, na negativní příznaky je účinek doposud používaných léků poměrně malý (Smolík, 2002).

Z meta-analýzy Leuchta a kolektivu (2009), porovnávající antipsychotika první a druhé generace, do které bylo zařazeno celkem 21 533 participantů, vyplývá, že pouze některá antipsychotika druhé generace jsou účinnější než antipsychotika první generace. Jedná se o čtyři látky – clozapin, olanzapin, risperidon a amisulprid. Jednotlivé preparáty se od sebe ale liší vedlejšími účinky a různou mírou snášenlivosti. Velké obtíže přináší pacientům u antipsychotik první generace zejména extrapyramidové vedlejší účinky, např. parkinsonismus, akutní dystonie, akatizie, dále hyperprolaktémie, gynekomastie, tardivní dyskineza a dystonie, snížení libida a jiné. Antipsychotika druhé generace mají obecně menší vedlejší účinky a jsou lépe snášeny. U všech antipsychotik je riziko rozvinutí

život ohrožujícího maligního neuroleptického syndromu, proto by pacienti užívající antipsychotika měli být pod pravidelným dohledem psychiatra (Orel et al., 2012).

Vedlejší účinky jsou častým důvodem, ale rozhodně ne jediným, proč pacienti sami ukončují léčbu, přestanou brát léky a jejich ochota ke spolupráci klesá. Ačkoliv jsou antipsychotika prokazatelně dlouhodobě účinná a chrání pacienty před relapsem, tak léky během léčby samovolně vysadí až 80 % pacientů. Bohužel zatím neexistují preparáty, které by neměly vedlejší účinky a účinkovaly by na všechny psychotické symptomy, tedy i na ty negativní. Na vývoji nových léků se soustavně pracuje. Nově jsou v klinických zkouškách například léky, které mají ovlivnit kognitivní deficit. Proces od vývoje přes klinické testování až po zavedení do praxe je ale dlouhý a stojí desítky miliard korun (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

Antipsychotika je nutné užívat dlouhodobě, v řádu několika let; u první ataky schizofrenie se doporučují dva roky, u chronických pacientů i celoživotní užívání, což je vzhledem k nízké adherenci k léčbě u chronicky nemocných pacientů velká komplikace a riziko. Variantou může být podávání depotních antipsychotik, která uvolňují účinné látky do těla postupně 1–4 týdny po injekční aplikaci. Klesá tedy riziko, že pacient samovolně vysadí léčbu a lékař má kontrolu nad dodržováním léčebných dávek, tudíž se snižuje riziko relapsu (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

1.4.2. ECT

Ve zvláště perzistujících případech schizofrenie, či u některých druhů, kde je účinnost antipsychotik nižší, zejména u katatonní schizofrenie, se užívá, většinou v rámci hospitalizace, elektrokonvulzivní terapie – ECT (Sanghani, Petrides, & Kellner, 2018; Salzman, 1980). Taylor a Fleminger (1980) ve dvojité slepé studii, do které bylo zařazeno 20 pacientů s paranoidní schizofrenií, prokázali, že u pacientů, kde bylo použito ECT společně s léky došlo k signifikantně většímu zlepšení než u kontrolní skupiny, která užívala pouze medikaci a ECT bez reálných elektrošoků (placebo). Salzman (1980) vyzdvihuje účinnost ECT obzvláště u pacientů s afektivním nebo katatonním onemocněním a u pacientů v akutní fázi onemocnění. Naopak malou odezvu na ECT mají pacienti, kteří jsou chronicky nemocní a potýkají se s rozvinutou symptomatikou více než dva roky. Riziko relapsu je stejně vysoké, jako u jiných léčebných metod, kritická je především bezprostřední doba po odeznění příznaků, s časem se riziko relapsu snižuje. Vedlejší účinky ECT jsou většinou přechodného

charakteru. Jde o bolesti hlavy, poruchy krátkodobé paměti, problémy s řečí a motorikou, komplikace spojené s anestezií atd. Oproti psychofarmakům jsou však vedlejší účinky minimální (Sanghani, Petrides, & Kellner, 2018).

1.4.3. Psychosociální intervence

Důležitá je kombinace farmakologické léčby s psychosociálními intervencemi – psychoterapií, edukací, prací s rodinou a změnou životního stylu. Komplexní péče by měla být doporučena každému pacientovi, především by se však měla dodržovat u těch, kteří se potýkají s první epizodou schizofrenie, neboť jak již bylo několikrát zmíněno, právě úvod léčby může rozhodnout o prognóze onemocnění a pacientově ochotě ke spolupráci, která je u léčby klíčová (Edwards, McGorry, & Dunitz, 2002; Casey et al., 2016).

Psychoterapie bývá zejména u hospitalizovaných pacientů se schizofrenií vedena spíše skupinově, ať už z důvodů přeplněných kapacit odborníků, tak i z povahy onemocnění samotného. Cílem terapie, ať už skupinové nebo individuální, je u schizofrenie především psychická integrace pacienta, nácvik komunikačních dovedností, jeho kognitivní rehabilitace a vybavení novými schopnostmi a dovednostmi zvyšující jeho odolnost vůči stresu, schopnost strukturovat a řešit problémy a budovat nové kompenzační mechanismy. Pro pacienty se schizofrenií jsou tvořeny speciální terapeutické programy, ve kterých se soustředí především na práci s psychotickými zkušenostmi a jejich začlenění do života, na práci s bludy, na trénink komunikace, na nácvik sociálních rolí, na kognitivní trénink a minimalizaci kognitivního deficitu atd. (Kalina, 2001; Kratochvíl, 1997; Syřišťová, 1965; Syřišťová, 1989).

Edukace je klíčová jednak pro pochopení onemocnění a utvoření náhledu na onemocnění, i pro rozpoznání varovných příznaků a předejití možného relapsu. Edukován by měl být pacient i jeho nejbližší okolí. Kromě vysvětlení toho, co onemocnění schizofrenií znamená, jak se projevuje, a jaká by měla následovat léčba, by měl být pacient edukován o tom, jaké jsou varovné příznaky blížícího se relapsu. Vavrušová (2005) popisuje několik modelů průběhu schizofrenie a zároveň vyzdvihuje hlavní symptomy přítomné u pacientů před propuknutím první ataky, tzv. prodromální symptomy. Patří mezi ně změny v afektivitě, kognici, vnímání a chování. Nejčastěji jde o pokles energie, motivace, poruchy spánku, změněnou chuť k jídlu, depresivní náladu, nervozitu, zvýšenou iritabilitu, podezřívavost, sociální stažení, sníženou pozornost či selhávání ve společenských rolích,

ve kterých pacient dříve fungoval. Do klinické praxe byl v České republice zaveden z tohoto důvodu například preventivní program ITAREPS (*Information Technology Aided Relaps Prevention in Schizophrenia*), jehož hlavní výhodou je to, že jsou pacienti a rodinní příslušníci ve spojení ze svého prostředí s lékařem díky moderním komunikačním technologiím. Skrze zpětnou vazbu v reálném čase, tak může lékař na dálku vyhodnotit riziko relapsu a popřípadě s pacientem okamžitě sjednat schůzku a upravit farmakologickou léčbu či indikovat jiné intervence (Španiel, 2006). Dalším příkladem preventivního psychoedukačního programu může být PRELAPSE, který doporučuje i Světová zdravotnická organizace (WHO). Tento program rovněž pracuje jak s pacienty, tak s rodinou, a to v rámci několika skupinových setkání. Cílí na čtyři důležité oblasti – edukaci o nemoci, odstranění stigmatu, zlepšení komunikace a na fenomén *expressed emotions* (Pidrman & Masopust, 2002).

Expressed emotions (tzv. vyjádřené emoce) jsou nejsilnějším prediktorem relapsu onemocnění (Brown, Birley, & Wing, 1972). Jedná se o fenomén, který popisuje komunikační styly v rodině, které udržují onemocnění. Rodinní příslušníci pacientů bývají často i pečovatelé; s pacientem tráví velké množství času, což je velká emoční a mnohdy i finanční zátěž. Své negativní emoce pak mohou ventilovat vůči pacientovi, kteří bývají na emoční přijetí a péči blízkých odkázáni. Zároveň jsou i z povahy svého onemocnění vůči okolí vulnerabilní, protože nemají dostatečně rozvinuté zvládací mechanismy. V rodinách, kde je vysoký index *expressed emotions*, dochází častěji k relapsům. Členové rodiny s vysokou úrovní *expressed emotions* jsou vůči pacientovi kritičtí, vyjadřují přímo i nepřímo hostilní a odsuzující postoje, jejich chování je často nepředvídatelné, jsou netolerantní a nepřijímající, zlehčují pacientovo onemocnění či jsou naopak nekriticky přijímající, přehnaně ochrannější, silně emočně upnutí a nadměrně úzkostní. Oproti tomu rodiny, kde je nízký index *expressed emotions*, mohou být pacientovi oporou a riziko relapsu snížit. Jedná se o rodiny, kde je o pacienta přiměřený zájem, kde ho respektují, jsou k němu tolerantní a trpěliví, jejich chování je předvídatelné, jsou empatictí a akceptují jeho onemocnění (Ocisková & Praško, 2015).

Rodina a komunikace v rodině se i díky tomuto fenoménu dostaly do popředí zájmu vědecké obce, a kromě farmakoterapie jsou nyní považovány za klíčovou oblast léčby. Rodina i pacient jsou do léčby více zapojováni – učí se nové komunikační strategie, snaží

se odstranit dřívější nedostatky a nefunkční vzorce atp. I v rámci psychiatrické reformy v České republice dochází k většímu důrazu právě na zapojení pacienta a jeho nejbližšího okolí do léčby a směřování léčby z ústavů do komunitních center. Inspirací pro další vývoj pro nás může být například finský přístup k léčbě nazvaný *Open dialogue* (otevřený dialog). Jedná se o komunitní přístup k léčbě, který se snaží pacientovi pomoci v jeho přirozeném prostředí v co nejrychlejší čas. Předností tohoto přístupu je hlavně okamžitý a intenzivní zásah multidisciplinárního týmu odborníků, tedy psychiatra, zdravotní sestry, psychologa/psychoterapeuta, peer pracovníka, a vysoce individualizovaná práce s pacientem a jeho rodinou. Důraz se klade především na aktivitu pacienta a jeho blízkých. Pacient popisuje pocity a zkušenosti a ostatní mu naslouchají, terapeuti celý proces facilitují a snaží se přinášet do procesu nové úhly pohledu a nechat zaznít hlasy, které ještě nezazněly. Výsledky tohoto přístupu se zdají být až neuvěřitelné, téměř 80 % pacientů se vrací zpět do normálního života (práce, škola) a 90 % z těchto pacientů dokonce bez užití farmakologické léčby (Seikkula & Arnkil, 2013). Zatím je však tento populační vzorek příliš malý na to, aby šly závěry zobecnit, proto se čeká na výsledky z dalších oblastí a zemí, kde bude tento přístup aplikován.

Nedílnou součástí léčebných intervencí by měla být i změna životního stylu pacienta. Hlavním cílem je především redukce stresu a minimalizace škodlivých návyků, které by mohly sehrát roli při návratu nemoci, popřípadě ovlivňovat kvalitu pacientova života. Zejména sedavý způsob života a závislost na nikotinu bývá v kontextu vedlejších příznaků farmakologické léčby častou příčinou somatických komplikací, ku příkladu kardiovaskulárních onemocnění, a s tím spojeným nižším průměrným věkem dožití (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

2. Rané negativní zážitky v rodině

Jedním z vlivů, které se zkoumají ve spojitosti se vznikem schizofrenie, jsou i rané negativní zážitky v rodině – nepříznivé zkušenosti v dětství. Nepříznivé zkušenosti v dětství jsou spojovány u dospělých jedinců s celou škálou chronických tělesných i duševních onemocnění, s rizikovým chováním, nižším věkem dožití a celkově s nižší kvalitou života. Okruhy nepříznivých zkušeností v dětství mapuje například dotazník ACE (*Adverse Childhood Experiences*), který bude blíže popsán ve výzkumné části (Felitti et al., 1998; Centers for Disease Control and Prevention, 2016).

2.1. Některé rané negativní zážitky v rodině

Ranými negativními zážitky v rodině rozumíme takové zkušenosti, které blokují nebo narušují rozvoj dítěte, naplňování jeho potřeb či ohrožují nebo negativně ovlivňují jeho tělesné a duševní zdraví. Jedná se například o zanedbávání, ať už emoční nebo fyzické, zneužívání a týrání, rovněž fyzické, psychické i sexuální, a problémy v domácnosti, např. násilné zacházení s matkou, zneužívání návykových látek, včetně alkoholu, členem domácnosti, duševní onemocnění nebo pokus o sebevraždu některého ze členů domácnosti, rozvod rodičů, či kriminální historie člena domácnosti. Roli mohou hrát i vnější faktory související s životem ve společnosti, a to zkušenosti s rasismem, se šikanou, bydlení v nebezpečné čtvrti, život v pěstounské péči, svědectví při páchání násilí (Felitti et al., 1998).

2.1.1. Fyzické a psychické zanedbávání

Pokud hovoříme o fyzickém zanedbávání dítěte, máme na mysli nedostatečnou nebo nepřiměřenou péči – špatnou výživu, špatné hygienické podmínky, nedostatečnou péči a zájem o zdraví dítěte, neadekvátní ošacení, zanedbávání dohledu, zejména u mladších dětí, zanedbávání vzdělávání a kulturních potřeb dítěte. Fyzické zanedbávání je časté zejména u rodin s nízkým socioekonomickým statutem. Tento typ zanedbávání bývá poměrně snadno detekovatelný a diagnostikuje ho většinou pediatr, když se mu zanedbané dítě dostane do péče. Přesto děti v těchto podmínkách mohou prospívat a být emočně saturované (Pemová & Ptáček, 2016; Mufsonová & Kranzová, 1996).

Psychické zanedbávání je naopak deprivace potřeb lásky, bezpečí a vřelého emočního vztahu a celkově nedostatek podmětů z okolního prostředí – děti se cítí nemilované, nedůležité, nahraditelné a nemají úzký emoční vztah k blízké dospělé osobě.

Psychické zanedbávání a deprivace jsou časté například u ústavně vychovávaných dětí či u socioekonomicky dobře zajištěných rodin, kde rodiče na děti mnohdy nemají čas a kompenzují svou nepřítomnost materiálně, nebo u rodin, kde jsou rodiče osobnostně nezralí, popřípadě oni nebo jejich děti trpí závažným duševním či tělesným onemocněním (Pemová & Ptáček, 2016).

Obě formy zanedbávání jsou poměrně rozšířené a závažné sociálněpatologické jevy. Ve Velké Británii je v registru sociálněprávní ochrany dětí hlášeno přes 40 % dětí právě z důvodů zanedbávání, v USA potom 35,3 %. V České republice se informace o zanedbávaných dětech začaly sbírat až v roce 2009, kdy bylo evidováno 4447 dětí. V roce 2015 to bylo 9415 dětí (Pemová & Ptáček, 2016).

2.1.2. Fyzické zneužívání a týrání

Fyzické zneužívání a týrání se manifestuje vyjádřením fyzické dominance nad dítětem. Jde například o bití pěstmi, zbraněmi a předměty či o jiný kontakt, který zanechá podlitiny, zlomeniny, škrábance nebo jiné poranění (rákoska, opasek, pánev, pohrabáč, aj.), silné třesení, hlavně s malým dítětem, pálení (ohněm, horkou vodou, rozpáleným olejem, cigaretou atd.), škracení a dušení, smýkání ze schodů/o nábytek/o zdi, svazování, odepírání spánku nebo potravy, nepřiměřené fyzické tresty (stání nebo klečení v nepohodlné pozici nebo na místě, kde se dítě bojí, například ve sklepě po tmě). Tyto události mohou být jednorázového, ale častěji spíše dlouhodobého charakteru. Fyzické týrání se málokdy objevuje samostatně, bývá často spojeno s výše zmíněným zanedbáváním (Mufsonová & Kranzová, 1996). Násilí v rodině bývá cyklické. Čím jsou rodiče hrubější na své děti, tím jsou děti hrubější k sourozencům atd. (Gelles, 1987). Častými oběťmi fyzického týrání bývají děti s nějakou formou postižení a děti, které jsou obtížně vychovatelné, například děti se specifickými potřebami, vyžadující zvláštní péči, například děti s ADHD (Říčan & Křejičřová, 1997).

2.1.3. Psychické zneužívání a týrání

U psychického zneužívání a týrání jde většinou o nadávky, ponižování, vysmívání se, manipulování, vydírání, vyhrožování a vzbuzování strachu, odbývání dítěte a jakékoli další chování ze strany dospělého, které způsobuje strádání a podryvání sebedůvěry dítěte, a zraňuje jeho pocity a emoce. Jedná se například o shazování výsledků dítěte, nespokojenost s jakýmkoliv chováním dítěte, omezování dítěte v kontaktu s dalšími dětmi

atp. Psychické zanedbávání a týrání se bere jako závažnější forma ubližování než fyzické zanedbávání a týrání. Ačkoliv se na první pohled jeví jako nebezpečnější fyzická agresivita, která přímo ohrožuje zdraví dítěte, je to právě riziko trvalého poškození dětské osobnosti, které má větší dopad na život dítěte. Psychické zanedbávání a týrání bývá obtížně diagnostikovatelné a nemusí být na první pohled patrné (Mufsonová & Kranzová, 1996; Pemová & Ptáček, 2016).

2.1.4. Sexuální zneužívání

Sexuální zneužívání je vystavení dítě sexuálnímu kontaktu, činnosti nebo chování. Jde buď o dotykové zneužívání, ať už je to pohlavní styk – anální, orální vaginální i intrafemulární (mezi stehna), či dotýkání se – rukou, jazykem, prstem, a hlazení sexuálním způsobem, popřípadě vyžadování těchto aktivit od dítěte. Dále líbání, ale také pokračování ve hře/jiné aktivitě, pokud se muži objeví erekce, lechtání, laskání či objímání proti vůli dítěte atd. Další je nedotykové zneužívání, např. nucení ke sledování pornografie, obnažování se před dítětem, používání oplzlých a obscénních poznámek, sdílení sexuálního života s dítětem, sledování dítěte při koupání, svlékání či jiné soukromé aktivitě – zvláště u starších dětí, které už tyto aktivity konají v soukromí. Zejména u bezdotykového zneužívání je někdy těžké rozpoznat hranici mezi tím, co už je sexuální obtěžování a co ještě ne. Je přirozené, když například otec/matka koupe svou dvouletou dceru, pokud by ale koupal/a dceru i za deset let, je to hrubé narušení jejího soukromí (Vaníčková, Provazník, Hadj-Mousová, & Spilková, 1999; Mufsonová & Kranzová, 1996).

Nejčastěji jsou děti zneužívány členem rodiny nebo osobou rodině známou. Každá třetí dívka byla někdy sexuálně zneužita. Z toho se ze dvou třetin jedná o zneužití osobou dívce známou (členem rodiny, přítelem rodičů, učitelem, chůvou). Každého druhého sexuálního zneužití dívky se dopustí člen rodiny v domácím prostředí. Každý čtvrtý až pátý chlapec byl sexuálně zneužitý. Z toho ze dvou třetin se jedná o zneužití cizí osobou. Jedna třetina potom připadá na osoby známé (učitel, vedoucí kroužků), málokdy jde u chlapců o zneužití členem rodiny. Většina sexuálních zneužití chlapců je homosexuální a jedná se o ojedinělý útok agresora. Zneužívání se bohužel odhalí jen v některých případech, děti totiž často mají důvěru a emocionální vztah k blízkým pachatelům (např. k otci) a bojí se následků a zrazení milované osoby. Pachatelé rovněž své oběti často vydírají, aby je umlčeli. Mnohdy děti ani nevědí, že to, co se jim děje není v pořádku anebo nevědí,

na koho se obrátit. Nezřídka hraje svou roli i stud a obava ze stigmatizace (Vaníčková, Provazník, Hadj-Mousová, & Spilková, 1999; Mufsonová & Kranzová, 1996).

2.1.5. Syndrom CAN

Děti psychicky i fyzicky deprivované a týrané se dle Krejčířové a Říčana (1997) často opoždějí ve vývoji za dětmi vyrůstajícími ve zdravém prostředí. Nejčastěji je u nich narušen kognitivní a motorický vývoj a rozvoj osobnosti. Některé z týraných dětí bývají pasivní až apatické, nereagují na bolestivé podněty, jsou neklidné a současně úzkostně ostražité, nevyjadřují nespokojenost a nedokáží se vymezit proti nepříjemnému zacházení, celkově je u nich oslabena schopnost vyjádřit a pojmenovat emoce. Některé týrané a deprivované děti jsou zvýšeně agresivní, ať už konstantně nebo v nepředvídatelných erupcích hněvu. Tyto děti spíše nevyhledávají sociální kontakt, jsou vyhýbavé a jejich chování je často ambivalentní. Výše zmíněné znaky tvoří syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (známý také jako syndrom CAN – *Child abuse and neglect*).

Teicher (2002) ve svém článku *Scars That Won't Heal: The Neurobiology of Child Abuse* (Jizvy, které se nezahojí: Neurobiologie dětského zneužívání) přináší ve spolupráci s kolegy neurovědci a pediatry zjištění, že toxický stres způsobený negativními zkušenostmi poškozuje dětský, v té době neustále se vyvíjející, mozek. Tyto děti jsou dle Teichera (2002) v neustálém stavu "*flight, fight or freeze*" (přípraveni k útěku, boji nebo zamrznutí), nemohou se proto soustředit ve škole, mají problémy s důvěrou v dospělé lidi a ve vztazích se svými vrstevníky a obecně neprospívají. Často se z nich stávají samotáři. Aby se zbavily pocitů úzkosti, deprese, pocitu provinění či studu, popřípadě neschopnosti soustředit se, obrací se často k dostupným biochemickým řešením – alkoholu, nikotinu, adrenalinovým sportům a rizikovým aktivitám či střídání sexuálních partnerů. Všechny tyto faktory mohou vést až ke špatné sociální adaptaci – ke špatnému školnímu prospěchu, nižšímu dosaženému vzdělání a menší šanci najít dobře placenou práci. Někdy tyto okolnosti mohou vést až k sociální vyloučenosti a životu na okraji společnosti, s čímž se často pojí různé patologické jevy jako je delikvence, abúzus návykových látek či kriminální činnost. Dále dle Teichera (2002) hrozí, vysoké riziko rozvoje závislostí a tělesných a duševních onemocnění včetně poruch osobnosti a celkově nízká životní spokojenost.

2.1.6. Rozchod či separace rodičů

Další negativní zkušeností v dětství může být rozchod rodičů či jejich separace. S rozchodem bývají spojené situace mezi rodiči, kterým děti nerozumí, jako jsou hádky a spory o výchovu, výčitky, nebo naopak mlčení a pasivní agresivita, ale kterých si děti všímají. Děti jsou vůči emocím velmi vnímavé a mohou se cítit za situaci zodpovědné, mohou cítit vinu, obavy, strach, nejistotu, vztek či bezmoc. Reakce na rozchod rodičů jsou samozřejmě u dětí různé, velmi záleží, v jaké atmosféře se rodiče rozcházejí a jaké bylo výchozí klima v rodinném zázemí, jaké je osobnostní nastavení všech zúčastněných aj. Nezřídka ale dochází u dětí k reakcím a změnám v chování, které neodpovídají jejich předchozímu vývoji. Patří mezi ně lhaní, drobné krádeže, noční děsy, lhostejnost, zamlklost, útoky z domova, koktání, nechutenství, pomočování, zhoršení školního prospěchu, zhoršení vztahů mezi kamarády a spolužáky, rozmazlenost a výchovná bezhraničnost, neposlušnost, užívání sprostých slov a nadávek, agresivita, či naopak zvýšená ukázněnost a vzornost, separační úzkost atd. (Špaňhelová, 2010). Český statistický úřad ve zprávě uveřejněné 21. března 2018 udává, že za rok 2017 se rozvedlo 25,8 tisíc manželství, což se dotklo 23,8 tisíce dětí. Tyto čísla jsou každý rok obdobná, úhrnná rozvodovost stoupla meziročně o dvě procenta ze 45 % na 47 %.

2.1.7. Násilí v rodině

Další nepříznivou zkušeností může být násilí v rodině, zpravidla to bývá násilí páchané na matce či mateřské osobě, tou může být nevlastní matka, babička či jiná osoba zastávající úlohu matky. Děti vystavené domácímu násilí, byť jako svědci, prožívají velké emoční utrpení, a i když nejsou přímé oběti násilí ony samy, tak jsou jeho oběťmi stejně jako osoby, kterým je fyzicky ublíženo. Násilí v rodině však nebývá fixované pouze mezi dospělými, agresor většinou fyzicky napadá i děti (Holden, 2003). Ukázalo se, že například u pacientů s úzkostnými poruchami, byla přítomna vyšší úroveň a četnost násilí v rodině než v běžné populaci (Bandelow et al., 2004).

2.1.8. Pokus o sebevraždu a duševní onemocnění člena domácnosti

Dalším faktorem, který hraje roli ve vývoji dítěte, je pokus o sebevraždu některého člena domácnosti. Roy (1983) zjistil na studii 243 pacientů, kteří měli v rodinné anamnéze pokus o sebevraždu, že se téměř polovina (118 pacientů, 48,6 %) pokusila o sebevraždu taktéž, více než polovina (137 pacientů, 56,4 %) trpěla depresemi a třetina (84 pacientů,

34,6 %) jinou afektivní poruchou. Těchto 243 pacientů bylo porovnáno s 5602 pacienty, kteří v rodinné anamnéze neměli nikoho se sebevražedným pokusem. Z výsledků srovnání vyplývá, že historie sebevražedného pokusu výrazně zvyšuje riziko sebevraždy u pacientů celé řady psychiatrických diagnóz – schizofrenie, bipolární poruchy, deprese či poruch osobnosti. Bandelow a kolektiv (2004) rovněž zjistili, že u pacientů s úzkostnými poruchami je mnohem větší výskyt psychiatrických diagnóz u členů rodiny než v běžné populaci. Častější byla u těchto pacientů i zkušenost s otcem alkoholikem.

2.1.9. Další rizikové faktory

Dalšími faktory, které se zkoumají ve spojitosti s nepříznivými zkušenostmi v dětství a jejich vliv na psychický a fyzický vývoj dětí, jsou například kriminální historie člena domácnosti, zkušenost s rasismem a se šikanou, či život v pěstounské péči. Dále se zkoumá vliv místa bydliště – například jak ovlivňuje vývoj dítěte život v nebezpečném sousedství. Samostatnou kategorií je pak zkušenost svědectví při páchání násilí (Heads, 1997; Lögberg et al., 2004; Morgan & Fisher, 2007).

Všechny tyto faktory jsou závažné stresové situace a každá jedna z nich, či jejich kombinace, může způsobit trauma (Morgan & Fisher, 2007), o tom ale více v další kapitole.

2.1.10. Ochrana dětí v trestním zákoníku

V trestněprávní rovině jsou děti chráněny některými ustanoveními zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů (dále také "TZ"). Jednak jsou to trestné činy proti lidské důstojnosti v sexuální oblasti, které obsahují některé specifické skutkové podstaty, jež chrání přímo dítě. Dítě je v TZ definováno jako osoba mladší 18 let, pokud zákon nestanoví jinak. Oproti staré úpravě TZ došlo k rozšíření úpravy, která se váže přímo k ochraně dítěte před trestnými činy proti důstojnosti v sexuální oblasti. Těmito trestnými činy jsou: § 187 - pohlavní zneužití (vykonání soulože s dítětem mladším 15 let nebo jiný způsob pohlavního zneužití), § 190 - prostituce ohrožující mravní vývoj dětí, jako je provozování nebo organizování prostituce v okolí školy apod., § 192 - výroba a jiné nakládání s dětskou pornografií, § 193 - zneužití dítěte k výrobě pornografie, zde nejde o samotnou výrobu, ale o zlákáni, zjednání, přiměni dítěte, § 193a – účast na pornografickém představení, ve kterém účinkuje dítě, § 193b – navazování nedovolených kontaktů s dítětem, tedy navrhnutí setkání dítěti mladšímu 15 let v úmyslu spáchat trestný čin uvedený výše, nebo jiný sexuálně motivovaný trestný čin. Dále je dítě

chráněno proti týrání v ustanovení § 198 TZ, týrání svěřené osoby. Příbuznými skutkovými podstatami, kde pachatel útočí na sociální vazby v rodině a vývoj dítěte, jsou potom § 201 ohrožování výchovy, § 202 svádění k pohlavnímu styku, § 204 podání alkoholu dítěti. Vyjma těchto speciálních ustanovení, kde předmětem útoku může být pouze dítě, TZ zmiňuje dítě jako přitěžující znak trestného činu u mnohých trestných činů. Těmi jsou např. § 145 odst. 1 odst. 2 písm. b) - těžké ublížení na zdraví dítěti mladšímu 15 let, § 146 odst. 1 odst. 2 písm. b) - ublížení na zdraví dítěti mladšímu 15 let (Trestní zákoník, 2009).

2.2. Rané negativní zážitky v rodině a schizofrenie

Read a kolektiv (2004) udávají, že až 69 % žen a 60 % mužů, kteří jsou léčeni s psychiatrickou diagnózou, v dětství zažili nějakou formu zneužívání, tedy fyzického, psychického nebo sexuálního. Mnohé studie (Bryer, Nelson, Miller, & Kroll, 1987; Mullen, Martin, Anderson, Romans, & Herbison, 1993) také udávají, že čím závažnější jsou negativní zkušenosti v dětství, tím je větší pravděpodobnost nějaké psychopatologie v dospělosti. Bylo prokázáno, že pacienti s historií zneužívání a špatného zacházení v dětství, mají dřívější nástup onemocnění, vyšší počet hospitalizací, četnější relapsy, menší sociální oporu a větší riziko spáchání sebevraždy (Beck & Van der Kolk, 1987).

Vztah schizofrenie a negativních zkušeností v dětství zkoumali autoři Schenkel a kolektiv (2005) na populaci 40 psychiatrických pacientů s diagnózami schizofrenie a schizoafektivní poruchy. U 18 z nich (45 %) našli nějakou formu zneužívání, přičemž u žádného z pacientů nešlo o jednorázovou událost. Tito pacienti byli častěji hospitalizováni, nemoc u nich propukla v dřívějším věku, dosáhli nižšího vzdělání, přičemž samotná školní docházka pro ně byla obtížnější než u pacientů, kteří negativní zkušenosti v dětství neuvedli. Tito pacienti měli rovněž vyšší skóre na škále BPRS (*Brief Psychiatric Rating Scale*) v položkách týkající se úzkosti a depresivní nálady. Pacienti, kteří udávali vyšší četnost incidentů zneužívání, rovněž více skórovali na položkách týkajících se halucinací a bludů. To je v souladu se zjištěním kupříkladu Becka a Van der Kolka (1987), kteří tvrdí, že u pacientů s negativními zkušenostmi v dětství je přítomna i větší míra halucinací a bludů.

Meta-analýza studií z let 1980–2011 Varese a kolektivu (2012), obsahující 18 případových studií ($n = 2048$ psychotických pacientů a $n = 1856$ kontrolních), 10 prospektivních studií ($N = 41803$ pacientů) a 8 populačních průřezových studií ($N = 35546$ pacientů), ukázala, že u pacientů se schizofrenií je téměř třikrát (2,72–2,99) větší pravděpodobnost, že budou, resp. byli vystaveni nepříznivým zkušenostem v dětství.

Gil a kolektiv (2009) našli u pacientů se schizofrenií souvislost mezi přítomností nepříznivých zkušeností v dětství a vyšší mírou dopadu nemoci na běžný život a menší schopností se přizpůsobit vnějším podmínkám. Jejich studie zdůrazňuje potřebu systematického vzdělávání rodin a odhalování negativních zkušeností z dětství a následnou adekvátní péči o nemocného – včetně fyzické a emocionální blízkosti a vytvoření bezpečného prostoru.

3. Disociace

Další jev, který se objevuje v souvislosti se schizofrenií, je disociace. V této diplomové práci bude disociace vymezena jako psychopatologický fenomén, typický tzv. odloučením se od psychických či fyzických prožitků. V MKN-10 i DSM-V nalezneme pro některé závažnější případy disociace samostatnou diagnostickou kategorií – disociativní poruchy. Různá míra disociace je rovněž přítomná i u jiných duševních poruch, ale také u běžné populace (Spiegel & Cardena, 1991; Krause-Utz et al., 2017; Spiegel et al., 2011, Procházka, 2011). Míru disociace měří klinické dotazníky a škály, například SDQ-20 a DES, o kterých bude napsáno více ve výzkumné části (Ptáček & Bob, 2009).

3.1. Disociace jako psychopatologický fenomén

Míra disociace může být různá – od vyrovnávání se s běžnými situacemi a stresem, až po ztrátu kontaktu s vlastními emocemi či vzpomínkami, smysly a někdy i s vlastním tělem a osobností (Pollock, 2015). Procházka (2011) vidí disociaci jako kontinuum, kde na jedné straně funguje disociace jako nepatologický proces, který usměrňuje každodenní podněty plynoucí do vědomí, což umožňuje více mentálních operací v jeden okamžik, a chrání tak vědomí před přehlcním. Příkladem mohou být automatismy, tj. rutinní činnosti, které jsou vykonávány automaticky, z paměti, bez zaměření vědomí, například zamykání dveří, řízení auta zkušeným řidičem atd., či denní snění. Na druhé straně je dle Procházky disociace proces, který může vést například kromě disociativní amnézie, fugy, či křečí až k disociativní poruše osobnosti.

Závažnost disociace se odvíjí od intenzity a délky vystavení se spouštěcímu podnětu, respektive disociovanému obsahu. Obecně platí, že čím je vyšší subjektivní emoční intenzita potlačovaného obsahu a čím déle je člověk tomuto obsahu vystaven, tím je složitější jeho zpětná integrace do vědomí a návrat k běžnému fungování. S disociací je spojena široká škála psychických symptomů, např. depersonalizace, derealizace, fragmentace paměťových stop, a somatoformních symptomů, např. necitlivost vůči bolesti (Waller et al., 1996). K disociaci může mít jedinec obecné tendence – disociace jako rys osobnosti, nebo se může jednat o přechodnou situaci – disociace jako reakční stav (Krause-Utz et al., 2017).

I disociace, tak jako schizofrenie, má negativní a pozitivní symptomy. Na straně negativních symptomů je to již zmiňovaná neschopnost vědomí získat přístup k normálně

dostupným informacím, jde především o disociované vzpomínky a emoce, či stran těla například ztráta schopnosti ovládat motoriku. Z pozitivních příznaků je to například pronikání smyslových, emočních a kognitivních informací do vědomí nebo do chování a tzv. disociativní flashbacky (Spiegel & Cardena, 1991; Spiegel et al., 2011).

Spouštěcím podnětem disociace může být jakákoliv stresová situace, převyšující aktuální či obecný rámec zvládacích, tzv. copingových, strategií konkrétního jedince. O disociaci se proto často hovoří ve vztahu k traumatu, jakožto o jednom z hlavních symptomů, ale není její nutnou podmínkou (Sar et al., 2010; Moskowitz, 2011; Pollock, 2015). Dle autorky Krause-Utze a kolektivu (2017) je psychické trauma, jako například dlouhodobé zneužívání a zanedbávání v dětství, významnou příčinou vývoje disociací. Disociace je v tomto kontextu reakce na extrémní stresovou situaci a jejím účelem je ochránit psychiku od bolestivých podnětů a zachovat její integritu. Je to obranný mechanismus určený k zvládnutí nepřekonatelně se jevící hrozby, které nelze zabránit či před ní utéci. Disociace odpojuje vědomí či jeho část od obsahů, které zanechaly traumatizující negativní zkušenosti. Stav subjektivního odpojení, zejména depersonalizace a derealizace, mohou pomoci vytvořit vnitřní odstup od traumatizujícího zážitku tím, že oslabí či přímo odpojí nesnesitelné emoce a vědomé vnímání dané události. Somatoformní symptomy, jako například necitlivost vůči bolesti a mimotělní zážitky, například pocit vznášení se nad vlastním tělem, pak mohou snížit vnímání fyzického zranění, například během fyzického týrání či sexuálního zneužívání (Krause-Utz et al., 2017). Pokud se tento copingový mechanismus psychice jedince osvědčí, je větší pravděpodobnost, že bude zařazen do běžného repertoáru zvládacích mechanismů a že bude maladaptivně využíván v dalších, většinou méně stresových, situacích v každodenním životě. To může značně komplikovat běžné fungování, popřípadě léčbu daného jedince (Pollock, 2015).

Autoři Gershuny a Thayer (1999) zkoumali disociaci u duševních onemocnění souvisejících přímo s traumatem (PTSD⁴, akutní reakce na stres), ale i u bulimie či hraniční poruchy osobnosti, kde na první pohled nemusí být vztah s traumatem patrný. V anamnézách pacientů s těmito onemocněními se ukazuje častý výskyt nepříznivých zkušeností a raných negativních zážitků v dětství. Z rešerše těchto autorů vyplývá, že 60–93 % dospělých s hraniční poruchou osobnosti a 65–80 % pacientů s bulimií má ve své anamnéze nějaký traumatizující zážitek. Zvýšený výskyt těchto zážitků je dále dle autorů například i u pacientů s úzkostnými poruchami, pacientů závislých na alkoholu, či u pacientů, kteří se sebepoškozují. Dále je samozřejmě disociace přítomná jako primární symptom u diagnóz z okruhu disociativních poruch (Krause-Utz et al., 2017). Zjištění autorů Gershuny a Thayera (1999) dále implikuje, že mezi disociací a traumatickými zkušenostmi je silný a konzistentní vztah. Jedinci, kteří prožili traumatickou událost, budou dle autorů mnohem pravděpodobněji disociovat než jedinci, kteří žádnou takovou událost neprožili. Rovněž dle zjištění autorů platí, že jedinci, kteří prokazují vyšší míru disociativních fenoménů, prokazují i vyšší míru úzkosti související s traumatem.

⁴ V DSM-V existuje u PTSD disociativní podtyp (PTSD-D), který se vyznačuje především disociativními reakcemi na traumatické vzpomínky a další stresory, a to především formou depersonalizace a derealizace. U pacientů s diagnózou PTSD-D je rovněž častější výskyt depresivních symptomů, úzkosti a sebevražedných myšlenek a sebevražedných pokusů než u pacientů s PTSD, dále například častější abúzus návykových látek a častější užívání opiátů a analgetik (Krause-Utz et al., 2017; Mergler et al., 2017).

3.2. Disociace a schizofrenie

Schizofrenie a disociace spolu mají úzký historický i teoretický vztah. Nejdříve byl koncept disociace spojován zejména s fenoménem hysterie. Ta byla vysvětlována tak, že určité obsahy, které jsou pro vědomí zraňující, jsou disociovány z vědomí do nevědomí, odkud se manifestují v běžném životě různými psychopatologickými fenomény, například neschopností hýbat končetinami, slepotou bez organického poškození atd. Později byla disociace propojována právě se schizofrenií, a to zejména se symptomy narušeného vnímání, myšlení a emocí, které jsou u schizofrenie hlavním diagnostickým kritériem (Spitzer et al., 1997; Gainer, 1994). Zkoumání disociativních příznaků u pacientů se schizofrenií je proto poměrně obtížné. V obou případech se překrývají především pozitivní příznaky, jako jsou sluchové halucinace, bludné vnímání či odnímání a vkládání myšlenek. Tyto symptomy, které jsou obvykle spojovány hlavně se schizofrenií, se vyskytují i u disociativních poruch a jejich četnost v této populaci je dokonce vyšší než u pacientů se schizofrenií (Vogel et al., 2009).

Na vyšší míru disociace u pacientů se schizofrenií upozorňují mnohé výzkumy (Steingard & Frankel, 1985; Bob et al., 2006). Spitzer a kolektiv (1997) zkoumali disociaci u 27 pacientů se schizofrenií v porovnání s kontrolní skupinou bez psychiatrické diagnózy. Probandům administrovali škálu měřící disociaci (*Dissociative Experiences Scale – DES*), škálu na zhodnocení psychopatologických fenoménů (*The Revised Symptom Checklist 90 – SCL-90-R*), test měřící premorbidní verbální inteligenci (*The Multiple-Choice Vocabulary Intelligence Test – MWT*) a škálu na zhodnocení pozitivních a negativních příznaků (*Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS*). Pacienti se schizofrenií měli signifikantně větší skóre na škálách disociace než probandi bez klinické zátěže. V rámci pacientů se schizofrenií měli pacienti s vyšší mírou pozitivních příznaků vyšší skóre disociace než pacienti s méně produktivními symptomy, což odpovídá výše zmíněnému překryvu disociativních a schizofrenních symptomů. O'Driscoll a kolektiv (2014) ze 7 studií, srovnávající pacienty se schizofrenií (n = 293) se zdravými jedinci v kontrolní skupině (n = 474), rovněž zjistili, že disociace u pacientů pozitivně koreluje se schizofrenií. Avšak autoři implikují, že disociace bude u těchto pacientů spíše spojena s traumatickými zkušenostmi než se schizofrenií samotnou. Vogel a kolektiv (2006) na základě tohoto předpokladu separoval pacienty se schizofrenií s komorbiditou PTSD a pacienty se schizofrenií bez komorbidní

diagnózy PTSD. Po tomto rozdělení se ukázalo, že pacienti s komorbiditou PTSD skórovali v disociaci oproti pacientům bez komorbidního PTSD signifikantně výše. Dle jiné studie (Vogel et al., 2009) může být disociace u pacientů se schizofrenií přímo spojena s emočním zanedbáváním v dětství, na druhou stranu autoři připomínají, že disociace u pacientů se schizofrenií bývá spojována s psychickými útrapami a psychopatologickými fenomény, aniž by pacienti museli zažít traumata v minulosti.

4. Některé současné výzkumy týkající se raných negativních zážitků v rodině, disociace a schizofrenie

Vztah mezi disociací a ranými negativními zážitky, zejména traumatem, byl potvrzen klinickými prospektivními studii i retrospektivními studii forenzních dokumentů. Současné výzkumy zároveň potvrzují vyšší četnost raných negativních zážitků u pacientů se schizofrenií či obecně u pacientů s onemocněním z psychotického okruhu než u kontrolních skupin z běžné populace. Dokonce z většiny obecných populačních studií bylo zjištěno, po eliminaci dalších faktorů jako je například historie schizofrenie v rodině, že týrání, zneužívání a další negativní zážitky v dětství signifikantně souvisí se schizofrenním onemocněním (Sar et al., 2010). Mezi pacienty s psychózou, kteří v dětství trpěli nějakou formou psychického či fyzického strádání, zejména sexuálním zneužíváním nebo dysfunkčním rodinným zázemím, byla zjištěna souvislost mezi těmito zážitky a disociací v dospělosti. Proto je důležité, aby se u pacientů s poruchami schizofrenního spektra cílilo na tyto oblasti a adekvátně je ošetřilo v léčbě (Schroedel et al., 2016; Schäfer et al., 2012). Rovněž fyziologické změny, které jsou přítomné u některých pacientů se schizofrenií, v tomto případě například snížený objem hipokampu, může v některých případech být důsledkem traumatu a stupeň poškození může korelovat s úrovní disociace (Ross & Keyes, 2004).

Autoři Ross a Keyes (2004) administrovali škálu měřící disociaci (*Dissociative Experiences Scale – DES*), rozhovor zaměřený na disociativní poruchy (*Dissociative Disorders Interview Schedule – DDIS*) a škály měřící pozitivní a negativní příznaky (*Scale of Assessment of Positive Symptoms a Scale of Assessment of Negative Symptoms*) 60 pacientům se schizofrenií. Poté pacienty rozdělili na dvě skupiny podle toho, jak skórovali na škálách disociace. Pacienti, kteří vykazovali vyšší míru disociativních fenoménů, měli ve své anamnéze častější výskyt těžkých traumat, více negativních i pozitivních symptomů schizofrenie a častější komorbiditu s jiným onemocněním.

Kolektiv okolo autorky Schroedel (2016) zkoumal efekt různých druhů nepříznivých zkušeností v dětství na pacienty se schizofrenií. Jednalo se například o domácí násilí, sexuální a fyzické zneužívání či dysfunkci rodičů. Do studie bylo zapojeno 145 pacientů se schizofrenií, kterým byla administrována škála pozitivních a negativních příznaků

(*Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS*), německá verze škály měřící disociaci (DES) a strukturovaný rozhovor zaměřený na trauma (*Structured Trauma Interview – STI*). Fyzické zneužívání uvedlo 32 % pacientů, sexuální zneužívání 17 % pacientů, 18 % pacientů hlásilo, že někdy byli svědky domácího násilí a téměř polovina pacientů splnila minimálně jednu podmínku svědčící o dysfunkci rodičů. Vysoké skóre na škále disociace (DES) potom pozitivně korelovalo především se sexuálním zneužíváním v dětství, svědectvím u domácího násilí a fyzickým týráním.

Další studie zkoumající vztah disociace (DES, DDIS), traumatických zkušeností v dětství (*Childhood Trauma Questionnaire – CTQ*) a schizofrenie (PANSS) na 70 pacientech se schizofrenií potvrdila, že traumatické zkušenosti z dětství pozitivně korelují se skóre na škále disociace, ale nepotvrdila zjištění Rosse a Keyese, že by souvisela s příznaky schizofrenie. Shluková analýza odhalila podskupinu pacientů se schizofrenií, kteří skórovali vysoko na škále disociace i traumatických zkušeností. Tato podskupina je dle analýzy charakteristická vyšší mírou psychiatrických komorbidit, sekundárním projevem disociativních poruch identity, vyšší mírou halucinací a bludů a somatickými obtížemi. Značná většina této podskupiny splňovala kritéria DSM-IV pro hraniční poruchu osobnosti. Pouze fyzické a psychické zanedbávání v dětství prokázalo prediktivní vztah k disociaci (Sar et al., 2010).

Jiná studie, do které bylo zařazeno 103 pacientů s psychotickými poruchami, zkoumala stabilitu disociativních symptomů (DES) a psychotických symptomů (PANSS) v čase ve vztahu k traumatu v dětství (CTQ). Pacienti podstoupili dvě měření, jedno během a druhé po stabilizaci nemoci. U všech pacientů byl zaznamenán signifikantní pokles skóre disociace mezi prvním a druhým měřením. Nejvíce se skóry disociace, zejména se subškálou amnézie, pozitivně korelovaly škály sexuálního zneužívání a psychického a fyzického týrání. Subškála amnézie rovněž významně pozitivně korelovala s fyzickým zanedbáváním. Pozitivní symptomy měřené škálou PANSS nejvíce pozitivně korelovaly se subškálou depersonalizace. Autoři nenašli žádný vztah mezi disociací a negativními symptomy schizofrenie. Autoři usuzují, že disociace je úzce propojena především s dětským traumatem a naznačují vztah mezi disociací a pozitivními příznaky schizofrenie (Schäfer et al., 2012).

U 75 hospitalizovaných pacientů se posuzovala jejich náchylnost k tzv. vypínací disociaci a její vztah k různým typům traumatizujících událostí. Vypínací disociací se myslí taková, která odpojuje smyslové, pohybové či třeba řečové systémy od vědomí. Bylo zjištěno, že druh, a především načasování týrání v dětství má téměř třetinový vliv na to, jakého bude disociace rozsahu. Největší náchylnost pro rozvoj tzv. vypínací disociace je potom mezi 13. a 14. rokem života a je spojena s emočním zanedbáváním. Tato zjištění naznačují, že mohou existovat určité etapy ve vývoji jedince, kdy je rozvoj disociace pravděpodobnější. Výsledky této studie podporují hypotézu, že prožité události jsou mnohem důležitější než ty, kterým byl jedinec svědkem. Zároveň, ale zpochybňují hypotézu, že nejdůležitějším faktorem pro rozvoj disociace jsou život ohrožující události a traumata (Schalinski & Teicher, 2015).

Většina z těchto zmíněných studií nicméně zkoumá primárně vliv traumatu (např. Sar et al., 2010; Schäfer et al., 2012), u kterého je vztah s disociací poměrně jasný (Gainer, 1994; Vogel et al., 2009). Výzkumná část této diplomové práce se zaměřuje šířeji na vztah adversit, tj. raných negativních zážitků, které mohou způsobit trauma, ale to není jejich nutným důsledkem, a disociace u pacientů se schizofrenií.

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

5. Vymezení výzkumného problému a cíle výzkumu

Výzkumná část této diplomové práce spadá do oblasti klinické psychologie a psychiatrie. Předmětem výzkumu je vztah mezi disociací, ranými negativními zážitky v rodině a závažností příznaků u pacientů se schizofrenií. Výzkumy, které byly doposud publikované, se touto problematikou zabývají spíše úžeji – ve vztahu k traumatu (např. Schäfer et al., 2012; Sar et al., 2010; Ross & Keyes, 2004; Vogel et al., 2009). V České republice toto téma zatím není dostatečně odborně zpracováno, proto vzniká tato práce.

5.1. Cíle výzkumu

Výzkumná část si klade tyto cíle:

1. Prozkoumat souvislost mezi disociací a závažností příznaků u pacientů se schizofrenií.
2. Prozkoumat souvislost mezi ranými negativními zážitky a závažností příznaků u pacientů se schizofrenií.

5.2. Hypotézy

V souladu s cíli práce byly stanoveny tyto hypotézy:

H1: Míra příznaků somatické disociace (SDQ-20) pozitivně koreluje se závažností příznaků schizofrenie (BPRS).

H2: Míra příznaků psychické disociace (DES) pozitivně koreluje se závažností příznaků schizofrenie (BPRS).

H3: Míra nepříznivých zkušeností v dětství (ACE) pozitivně koreluje se závažností příznaků schizofrenie (BPRS).

H4: Míra nepříznivých zkušeností v dětství (ACE) pozitivně koreluje s mírou příznaků somatické disociace (SDQ-20).

H5: Míra nepříznivých zkušeností v dětství (ACE) pozitivně koreluje s mírou příznaků psychické disociace (DES).

5.3. Praktický význam výzkumu

Tato diplomová práce by svými poznatky měla přispět k objasnění široké etiologie schizofrenního onemocnění. Rovněž by praktickým přínosem mělo být to, že nálezy o případné souvislosti disociace a raných negativních zkušeností v rodině u pacientů se schizofrenií se poskytnou široké veřejnosti, a především potřebám klinické praxe.

V rámci reformy psychiatrické péče se v České republice počítá s multidisciplinarními týmy, pečujícími o pacienty s duševním onemocněním. V kontextu dnešní léčby, kdy je péče o psychotické pacienty primárně zaměřená farmakologicky, popřípadě sociálně-rehabilitačně (Bankovská Motlová & Španiel, 2017), by případné závěry byly dalším potvrzením potřeby komplexní léčby. Pokud by se souvislost mezi fenomény disociace a raných negativních zážitků u pacientů se schizofrenií prokázala, měl by se kromě adekvátní farmakoterapie klást důraz na psychoterapeutickou práci s pacientem. Potenciální rané negativní zážitky by mohl pacient s odbornou pomocí zpracovat a následně by se mohla snížit míra disociace a tím i pacientova prognóza.

6. Popis zvoleného metodologického rámce a metod

V této kapitole bude představen design výzkumu, průběh a popis výzkumu a jednotlivé metody použité při sběru dat, rovněž i metody zpracování a analýzy dat a etické aspekty výzkumu.

6.1. Zvolený typ výzkumu

Výzkum je zaměřený kvantitativně. Jedná se o korelační studii, do které byla získána data skrze dotazníkové šetření a diagnostický rozhovor.

6.2. Metody získávání dat

Pro měření závažnosti příznaků schizofrenie byla vybrána klinická škála BPRS (*Brief Psychiatric Rating Scale*). Jedná se o škálu, která vyžaduje zaškolení a určité klinické zkušenosti. Dalšími použitými metodami jsou standardizované dotazníky DES (*Dissociative Experiences Scale*) a SDQ-20 (*Somatoform Dissociation Questionnaire*). Rané negativní zážitky mapuje dotazník ACE (*Adverse Childhood Experiences*), který v tuto chvíli nemá českou standardizaci. V neposlední řadě jsou pro dokreslení komplexnějšího pohledu na cílovou populaci zjišťovány demografické informace a některá anamnestická data. Všechny použité metody byly vzhledem k povaze výzkumného vzorku administrovány autorkou výzkumu osobně a individuálně v místě hospitalizace konkrétního pacienta.

6.2.1. Demografický dotazník a anamnestická data

Abychom lépe porozuměli získaným datům, bylo pacientům předloženo několik otázek, které by mohly hrát při statistické analýze roli. Otázky se týkají pacientova věku, pohlaví, nejvyššího dosaženého vzdělání, aktuálního stavu na trhu práce a partnerského stavu. Z lékařské anamnézy byly se souhlasem pacienta zjišťovány údaje o konkrétní diagnóze, celkovém počtu psychiatrických hospitalizací, o roce první ataky onemocnění a dále o aktuální medikaci. Všechny zjištěné údaje poté byly anonymizovány. Dotazník je k dispozici k nahlédnutí v příloze této diplomové práce.

6.2.2. Dotazník nepříznivých zkušeností v dětství ACE (*Adverse Childhood Experiences*)

Pro mapování oblasti raných negativních zážitků v rodině byl použit dotazník ACE. Tento dotazník vznikl na obezitologické klinice v San Diegu. Vincent Felitti se snažil se svým týmem od 80. let 20. století najít příčiny nadměrné obezity u svých pacientů a na faktory, které obezitu udržují, tj. proč si pacienti nedokážou udržet úbytek váhy ani po intervenčním programu a mají nízkou adherenci k léčbě. Po mnoha pokusech a omylech při testování v klinické praxi přišli s dotazníkem, který se ptá se na různé kategorie nepříznivých zkušeností do 18 let života. Zjistili totiž, že obezita, resp. jídlo, je často spíše copingová strategie, stejně jako alkohol a jiné návykové látky, sex, adrenalin, násilí, práce atd. Tato strategie má sloužit k utlumení strachu, úzkosti, deprese či vzteku. Toto zjištění následně Felitti ověřil i na reprezentativnější populaci. V Kaiser Permanente na oddělení preventivní medicíny získal přes 17 tisíc respondentů (Felitti et al., 1998).

Prvním zásadním zjištěním celého šetření bylo, že nepříznivé zkušenosti v dětství přímo souvisí se vznikem chronických onemocnění, duševních onemocnění a sociálních problémů, jako je například pobyt ve vězení, vandalství, kriminalita či častá absence v práci. Dále také, že čím vyšší je ACE skóre, tím vyšší je pravděpodobnost zdravotních, psychických nebo sociálních komplikací v dospělosti. Dalším zjištěním bylo, že zhruba dvě třetiny dospělých byly v dětství vystaveny nepříznivým zkušenostem, z toho 87 % zažilo dva nebo více typů těchto zkušeností (viz tabulka číslo dvě s prevalencí četností ACE skóru). Zjistili také, že některé ACE kategorie spolu přímo souvisí. Například ti jedinci, kteří měli otce alkoholika, měli zároveň vyšší šanci, že budou vystaveni fyzickému násilí nebo slovní agresi. V tabulce číslo tři jsou potom všechny kategorie ACE a jejich prevalence z tohoto šetření v populaci dle pohlaví (Felitti et al., 1998; Centers for Disease Control and Prevention, 2016).

Tabulka 2: Prevalence ACE skóre dle pohlaví ze studie Centers for Disease Control and Prevention, Kaiser Permanente (2016)

POČET NEPŘÍZNIVÝCH ZKUŠENOSTÍ V DĚTSTVÍ	Ženy	Muži	Celkem
	Procent	Procent	Procent
	(n = 9367)	(n = 7970)	(N = 17337)
0	34,5 %	38,0 %	36,1 %
1	24,5 %	27,9 %	26,0 %
2	15,5 %	16,4 %	15,9 %
3	10,3 %	8,5 %	9,5 %
4 a více	15,2 %	9,2 %	12,5 %

Tabulka 3: Prevalence ACE kategorií dle pohlaví ze studie Centers for Disease Control and Prevention, Kaiser Permanente (2016)

ACE KATEGORIE	Ženy Procent (n = 9367)	Muži Procent (n = 7970)	Celkem Procent (N = 17337)
ZNEUŽÍVÁNÍ A TÝRÁNÍ			
Emoční zneužívání a týrání	13,1 %	7,6 %	10,6 %
Fyzické zneužívání a týrání	27 %	29,9 %	28,3 %
Sexuální zneužívání	24,7 %	16 %	20,7 %
ZANEDBÁVÁNÍ			
Emoční zanedbávání	16,7 %	12,4 %	14,8 %
Fyzické zanedbávání	9,2 %	10,7 %	9,9 %
PROBLÉMY V DOMÁCNOSTI			
Rozvod či separace rodičů	24,5 %	21,8 %	23,3 %
Násilné jednání s matkou	13,7 %	11,5 %	12,7 %
Zneužívání návykových látek v domácnosti	29,5 %	23,8 %	26,9 %
Duševní onemocnění v domácnosti	23,3 %	14,8 %	19,4 %
Kriminální historie člena domácnosti	5,2 %	4,1 %	4,7 %

Jak již bylo zmíněno, pacienti s vysokým ACE skórem mají menší komplianci a adherenci k léčbě, neboť jim některé zlovyky, jako je například zvýšený příjem jídla, alkoholu či sexu, slouží jako strategie vyrovnání se s úzkostí spojenou s negativními zážitky v dětství. K tomuto závěru došli ve své studii i Edwards a kolektiv (2007). U pacientů kuřáků s vysokým skórem ACE ($ACE \geq 4$) našli menší adherenci k léčbě, oproti pacientům, kteří mají nižší či nulový ACE skór. Pacienti s vysokým skóre byli méně ochotní skončit s kouřením cigaret, ačkoliv jim byly zřetelně známé všechny důsledky tohoto konání.

Dotazník má 10 položek, každá mapuje jinou oblast raných negativních zážitků. První otázka mapuje oblast psychického zneužívání a týrání, druhá otázka oblast fyzického zneužívání a týrání, třetí otázka oblast sexuálního zneužívání, čtvrtá otázka oblast psychického zanedbávání, pátá oblast fyzického zanedbávání, šestá otázka se ptá na separaci a rozvod rodičů, sedmá otázka zjišťuje, jestli nebyla matka či osoba plnící úlohu matky obětí domácího násilí, osmá otázka zkoumá abúzus alkoholu v domácnosti, devátá

otázka se ptá na psychiatrickou zátěž v rodině, včetně sebevraždy a desátá otázka na kriminální historii členů domácnosti. Za každou položku, kde pacient odpoví ANO, skóruje 1 bod. Maximální počet bodů je 10.

V českých podmínkách použil dotazník ACE například Velemínský a kolektiv (2017) u 1760 studentů z univerzit po celé České republice. Pro účely výzkumu byl použit neoficiální překlad této škály. Autorka této práce využila dvou nezávislých překladů z angličtiny do češtiny a poté překladu finální verze zpět do angličtiny. Pilotní studie a psychometrické vlastnosti tohoto překladu byly před samotným použitím ve výzkumu testovány na neklinické populaci 127 probandů. Průměrný skór tohoto souboru byl 1,24, se směrodatnou odchylkou 1,41. Minimální skór byl 0 a maximální 6. Průměrný věk tohoto souboru byl 35,61 let (SD = 14,72), medián 29 let. Shapiro-Wilkův test odhalil nenormální rozložení dat ($W = 0,823$, $df = 127$, $p = 0,001$). V tabulce 4 je četnost celkového ACE skóru v této populaci.

Tabulka 4: Četnost ACE skóru na neklinické populaci $N = 127$

Počet ACE	Neklinická populace (N = 127)	Relativní četnost (N = 127)
0	53	41,73 %
1	29	22,83 %
2	22	17,32 %
3	12	9,45 %
4	7	5,51 %
5	3	2,36 %
6	1	0,78 %

Vnitřní konzistence metody je slabá, Cronbachova alfa je 0,542, snižují ji položky 1 a 3, týkající se emočního zneužívání a týrání a sexuálního zneužívání.

V následující tabulce jsou relativní četnosti konkrétních ACE skórů. Nejvíce lidí udalo rozvod rodičů ($n = 38$; tedy 29,92 %), dále 28 lidí hlásilo duševní onemocnění či pokus o sebevraždu některého člena domácnosti (22,04 %). V těsném závěsu je potom zneužívání návykových látek, především alkoholu, členem domácnosti ($n = 27$; 21,42 %).

Tabulka 5: Četnosti ACE skóru v populaci N = 127

ACE KATEGORIE	Celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
	N = 127	N = 127
Emoční zneužívání a týrání	17	13,38 %
Fyzické zneužívání a týrání	11	8,66 %
Sexuální zneužívání	7	5,51 %
ZANEDBÁVÁNÍ		
Emoční zanedbávání	15	11,81 %
Fyzické zanedbávání	1	0,78 %
PROBLÉMY V DOMÁCNOSTI		
Rozvod či separace rodičů	38	29,92 %
Násilné jednání s matkou	11	8,66 %
Zneužívání návykových látek v domácnosti	27	21,42 %
Duševní onemocnění v domácnosti	28	22,04 %
Kriminální historie člena domácnosti	3	2,36 %

6.2.3. Škála disociativních zkušeností DES (Dissociative Experiences Scale)

Pro posouzení míry psychické disociace byla použita sebeposuzovací škála disociativních zkušeností DES (*Dissociative Experiences Scale*). I tato metoda vznikla na klinické půdě v 80. letech 20. století, a to na základě rozhovorů s pacienty s disociativními poruchami. Autory této škály jsou Bernsteinová a Putnam. Metoda se zaměřuje na více forem disociace, od těch nepatologických až po ty patologické. Obecně škála měří jeden faktor, a tím je celková disociace, znázorněná výsledným skórem. Škálu sytí celkem 28 položek, které můžeme rozdělit do 4 subškál – Amnézie, Absorpce a fantazie, Depersonalizace a derealizace a Patologická úzkost. Samotný dotazník je koncipován tak, že u každého výroku, který obsahuje nějakou formu disociativního prožitku, mají pacienti vyznačit na přilehlé přímce, která měří 100 mm, v kolika procentech času se daný prožitek děje jim. Pacienti mohou vyznačit procenta kdekoli na přímce, 0 % času je nejméně a 100 % nejvíce. Tuto škálu autoři testovali na různých populacích – na dospělých lidech bez psychiatrické diagnózy, na adolescentech z univerzit, na osobách závislých na alkoholu, na osobách s agorafobií a jinými fobickými úzkostmi, na osobách s diagnózou PTSD, na osobách se schizofrenií a na osobách s disociativními poruchami. Přičemž škála vykazovala dobré výsledky v test-retest (0,82-0,95) i split-half reliabilitě,

Crohnbachova alfa pro vnitřní konzistenci činila 0,96. Průměrně lidé bez psychiatrické diagnózy skórují do 23,8 bodů, přičemž cut-off skór pro disociativní poruchy by měl být dle autorů mezi 45-55 body (Ijzendoorn & Schuengel, 1996).

Tabulka 6: Škála DES a položky, které sytí jednotlivé subškály

DES SUBŠKÁLA	Položky
Amnézie	3, 4, 5, 6, 8, 10, 25, 26
Absorpce a fantazie	2, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 23
Depersonalizace a derealizace	7, 11, 12, 13, 27, 28
Patologická úzkost	3, 5, 7, 8, 12, 13, 22, 27

V tabulce číslo 6 jsou rozepsány jednotlivé položky, podle toho, kterou sytí subškálu. V případě Patologické úzkosti je to potom kombinace některých položek ze subškál Amnézie a Depersonalizace a derealizace. Položky týkající se Absorpce a fantazie jsou nepatologické a vyskytují se i u běžné populace (Bernstein & Putnam, 1986).

Česká verze této škály od autorů Ptáčka a kolektivu (2006) má reliabilitu, validitu i faktorovou strukturu obdobnou originální verzi této metody.

6.2.4. Dotazník somatoformní disociace SDQ-20 (Somatoform Dissociation Questionnaire)

Další metodou použitou ve výzkumné části je dotazník somatoformní disociace SDQ-20 (*Somatoform Dissociation Questionnaire*). Nijenhuis a kolektiv v 90. letech 20. století vyvinuli dvě škály na měření somatoformní disociace, jedna škála čítá 20 položek (SDQ-20) a druhá 5 položek (SDQ-5). Pětipoložková škála slouží především jako rychlá screeningová metoda pro diagnostiku disociativních poruch. V této diplomové práci bude použita dvacetipoložková verze tohoto dotazníku – SDQ-20 (Nijenhuis et al., 1996; Nijenhuis et al., 1997).

Z původních 75 položek popisujících klinicky pozorovatelné somatické disociativní příznaky, např. motorická ztuhlost či křeče, necitlivost vůči bolesti či narušení smyslového vnímání, které nebylo možné vysvětlit somatickým onemocněním, ponechali autoři 20 položek. Pacienti hodnotí jednotlivé položky na Likertově škále od 1 (vůbec to pro mě neplatí) do 5 (velmi dobře to mým zkušenostem odpovídá), podle toho, do jaké míry se jich jednotlivé symptomy týkají. U každé položky je rovněž pacientovi položena otázka,

zdali je daný symptom spojen se somatickým onemocněním, které diagnostikoval lékař. Pokud pacient podá jako somatickou příčinu další symptom, doporučují autoři nakládat s odpovědí, jako by byl příznak bez somatické příčiny, tj. somatoformní. Skóre za jednotlivé položky se pohybuje od 1 do 5 a celkové skóre se může pohybovat od 20 do 100 (Nijenhuis et al., 1996; Nijenhuis et al., 1997).

Cronbachova alfa pro vnitřní konzistenci tohoto dotazníku je 0,95, přičemž by neměly hrát roli žádné demografické charakteristiky. Tento dotazník také koreluje se škálou disociativních zkušeností DES $r = 0,85$ a dotazníkem disociace DIS-Q $r = 0,82$. SDQ-20 dovede dobře diskriminovat mezi disociativními poruchami, somatoformními poruchami a mezi dalšími psychiatrickými diagnózami. Průměr skóru například u somatoformních poruch je 32,0, se směrodatnou odchylkou 9,6. U schizofrenie je to 27,1 se směrodatnou odchylkou 9,5. U disociativní poruchy identity se potom průměr skóru pohybuje mezi 51,8-58,7 se směrodatnou odchylkou mezi 12,6-17,9. Na neklinické populaci vychází průměr na 27,4 se směrodatnou odchylkou 8,2 (Nijenhuis, 2010).

Českou verzi u nás k měření somatoformní disociace doporučují například Ptáček a Bob (2009). Dle těchto autorů vykazuje škála SDQ-20 uspokojivé psychometrické vlastnosti v různých jazykových verzích, včetně českého.

6.2.5. Klinická škála BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale)

Poslední použitou metodou je klinická škála BPRS (*Brief Psychiatric Rating Scale*), která slouží k posouzení psychiatrických příznaků. Jedná se o poměrně starou a široce užívanou metodu, její vznik se datuje do roku 1962. Původně tato škála vznikla pro potřeby psychofarmakologického výzkumu. Cílem bylo rychle, efektivně a přesně odhalit a charakterizovat psychopatologii a zachytit její vývoj či změnu během léčby. Původní verze měla 16 položek, aktuální verze má položek 18. Odborník, zpravidla lékař či klinický psycholog, vede s pacientem rozhovor, ve kterém postupně mapuje jednotlivé oblasti, a ty hodnotí na škále od 1 do 7. Pro administraci této škály jsou potřeba klinické zkušenosti, popřípadě se doporučuje administrovat tuto metodu v týmu, přičemž každý z týmu hodnotí jednotlivé oblasti zvlášť a na konci se výsledky podrobí diskuzi anebo se zprůměrují. Aby výsledky byly co nejméně variabilní, doporučuje se vést rozhovor se standardizovanou strukturou, nejde ale o standardizovaný rozhovor jako takový, neboť ten nedovoluje individuální přístup ke každému pacientovi, což je v oblasti zejména klinické psychiatrie

klíčové. Odborník používající tuto metodu by měl motivovat pacienta k tomu, aby mluvil sám od sebe a uvolnil se, k tomu můžou posloužit návodné otevřené otázky. Cílem je, aby vyšly najevo spontánní obsahy, které jsou pro posouzení psychického stavu pacienta velmi cenné. Z nich se může usuzovat o pacientově intelektu, společenském chování či o fyzickém stavu jako takovém. Přímými otázkami naopak odborník získává informace, které potřebuje vědět, aby zmapoval oblasti, které nejdou vyzorovat z chování pacienta. Důležitý je u této metody hlavně vztah, který je odborník schopný s pacientem navázat, aby vytěžil potřebné informace (Overall & Gorham, 1962; Leucht et al., 2005). Cronbachova alfa se pohybuje od 0,76 do 0,91 (Nicholson, 1995).

Jednotlivé oblasti jsou podrobně rozepsány přímo u škály. Říkají odborníkovi, na co přesně se zaměřit, co hodnotit, ale i co nehodnotit, protože to mapuje další oblast. V současné době se hodnotí 18 oblastí na škále od 0 (nepřítomno) až 7 (extrémně výrazně). Jde o oblasti Starosti o tělesný stav, Úzkost, Citové stažení, Dezorganizace myšlení, Pocity viny, Tenze, Manýrování a pózování, Velikášství, Depresivní nálada, Hostilita, Podezíravost, Halucinace, Pohybová zpomalenost, Nekooperativnost, Neobvyklý myšlenkový obsah, Oploštělá emotivita, Vzrušení a Dezorientace (Overall & Gorham, 1962).

Těchto 18 položek bylo rozděleno pro větší klinické využití do několika subškál. S rozdělením na 4 subškály přišel Overall, Hollister a Pichot (1967). Na základě metaanalýzy různých dělení Shafer (2005) přišel s těmito pěti subškálami:

Tabulka 7: Subškály BPRS dle A. Shafera (2005)

Subškála	Položky
Afektivní symptomy	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
Rezistence a odpor	Hostilita, Nekooperativnost, Podezíravost
Aktivace	Vzrušení, Tenze, Manýrování a pózování

Leucht a kolektiv (2005) se snažili nastavit cut-off skóre BPRS škály v souladu s CGI skóre⁵, aby mohli výsledky lépe interpretovat. Jako „mírně nemocný“ (*Mildly ill*) je dle CGI pacient se skóre BPRS 31, jako „středně nemocný“ (*Moderately ill*) je pacient s BPRS skóre 41, jako „značně nemocný“ (*Markedly ill*) je pacient s BPRS skóre 53. Rovněž řadili k CGI skóre i zlepšení pacienta a odpověď na léčbu. Jako „minimálně zlepšený“ (*Minimally improved*) je považován stav, kdy BPRS skóre pacienta v prvním týdnu klesne o 24 %, v druhém týdnu o 27 % a ve čtvrtém týdnu o 30 %. Jako „mnohem lepší“ (*Much improved*) je považován stav, kdy pacientovi klesne BPRS skóre o 44, 53 a 58 %.

Českou verzi zkoumali v 80. a 90. letech 20. století autoři Höschl, Kožený a Hanzlíček (1983; 1994). Na populaci 1557 pacientů potvrdili její schopnost diskriminovat mezi jednotlivými diagnostickými skupinami, její korelační strukturu a celkovou validitu a reliabilitu.

⁵ CGI je hodnotící škála, která měří závažnost symptomů v průběhu času. Slouží k posouzení efektivity léčby u pacientů s duševními poruchami, a proto se používá především ve studiích zaměřených na léčbu.

6.3. Průběh sběru dat

V létě 2016 byla zkompletována baterie testů, zejména překlad dotazníku ACE, který zatím nemá českou standardizaci. Součástí přípravy byl tisk materiálů a jejich komplety pro každého pacienta – listy s průvodními informacemi, se souhlasem s výzkumem a s nahlédnutím do dokumentace, list s demografickým a anamnestickým dotazníkem, dotazník somatoformní disociace SDQ-20, škála disociativních zážitků DES, dotazník nepříznivých zkušeností v dětství ACE a klinická škála BPRS.

Poté následovala fáze kontaktování příslušných pracovišť, kde by se mohli vyskytovat pacienti vhodní pro výzkum, tj. pacienti s diagnózou schizofrenie. Kontakt byl realizován pomocí e-mailu, v některých případech telefonicky. Znění e-mailu rozesílaného do pracovišť je k nahlédnutí v přílohách této diplomové práce. Bylo kontaktováno především oddělení pro výzkum, mělo-li dané pracoviště toto oddělení, popřípadě sekretářka ředitele anebo primáři konkrétních oddělení, pokud toto oddělení pracoviště nemělo. Ve většině případů musel výzkumný záměr projít procesem schvalování etické komise příslušného pracoviště. Výzkumný záměr musel být osobně prezentován, popřípadě předložen v písemné podobě, etické komisi. Od kontaktování pracoviště, přes schválení etickou komisí, komunikování podrobností s pověřeným pracovníkem, zpravidla s psychologem či lékařem konkrétního oddělení, po domluvu konkrétního termínu sběru dat a jeho realizaci, uběhlo většinou několik týdnů až měsíců.

Kontaktována byla tato klinická pracoviště po celé České republice – Psychiatrická nemocnice Opava, Psychiatrická nemocnice Kroměříž, Psychiatrická léčebna Šternberk, Vojenská nemocnice v Olomouci, Psychiatrická nemocnice Bohnice, Psychiatrická léčebna Kosmonosy a Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod. Do výzkumu se nakonec aktivně zapojily Psychiatrická nemocnice v Opavě, Psychiatrická nemocnice v Kroměříži a Psychiatrická léčebna Kosmonosy.

Důležitým aspektem pro výzkum byla stabilizace pacientova stavu a zároveň dostupnost adekvátní lékařské péče v případě destabilizace pacienta v důsledku výzkumu, od toho se odvíjel i výběr právě těchto pracovišť. Dalším kritériem, proč byla vybrána právě tato zařízení, byla možnost se souhlasem pacienta nahlédnout do lékařské dokumentace, respektive nechat si sdělit potřebné informace lékařem. Neméně důležitým kritériem byl

i výběr vhodných pacientů. Ty do výzkumu na základě posouzení zdravotního stavu vybral lékař či jiný pověřený pracovník, což by v jiných podmínkách nebylo možné. Požadavky na účastníky výzkumu byly následující: pacient/ka s diagnózou z okruhu F2, ve stabilizovaném stavu, s intelektem alespoň v pásmu širší normy, aby byl/a schopný/á administrované metody s dopomocí vyplnit.

Sběr dat probíhal osobně a individuálně a trval cca 25-60 minut, v závislosti na rychlosti a schopnostech konkrétního pacienta. Během jedné návštěvy pracoviště byly obvykle sesbírány data od 1-8 pacientů.

Na začátku se autorka pacientům představila a obeznámila je s cílem a rozsahem výzkumu a s jejich právy. Především jim bylo zdůrazněno, že účast ve výzkumu je dobrovolná a mohou svou účast kdykoliv odvolat, čehož někteří pacienti využili. Tito byli ujisti, že situace je v pořádku, a pokud už nějaký dotazník včetně informovaného souhlasu vyplnili, byl před nimi skartován. Poté pacienti, kteří byli ochotni se výzkumu zúčastnit, podepsali informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a dále s nahlédnutím do lékařské dokumentace v předem vymezeném rozsahu. Tento souhlas byl vyhotoven ve dvou originálech, přičemž jeden si nechala autorka výzkumu a druhý byl založen k pacientovi do lékařské dokumentace. Potom pacienti vyplnili krátký demografický dotazník. Následovala administrace konkrétních metod. Autorka s pacienty procházela instrukce a zadání jednotlivých metod a po celou dobu byla k dispozici pro případné dotazy. S pacienty, kteří se hůře soustředili, popřípadě měli zhoršený zrak, pak s vyplňováním pomáhala. Pacienti po psychotické atace i vzhledem k užívané medikaci mají zhoršené soustředění a pozornost, a spousty dalších symptomů, které vyplňování komplikovaly. Častá byla pohybová zpomalenost a únava. Jelikož nešlo o výkonnostní testy, bylo důležité zachovat osobní přístup a pacienty motivovat a potřebné informace od nich získat, byť s dopomocí. Neméně důležité bylo navázat s pacienty vztah a vytvořit bezpečné a příjemné prostředí, aby výsledky výzkumu nebyly ovlivněny negativismem a pacienti odpovídali upřímně. Někteří pacienti pracovali samostatně a rychle, s většinou pacientů ale bylo potřeba věnovat pozornost každé položce dotazníku a pacientovi dovysvětlit, co daná položka znamená. Metody byly administrovány v tomto pořadí – SDQ-20, DES, ACE a BPRS. Toto pořadí bylo vzhledem k cílové populaci velmi vhodné, neboť na úvod, kdy se pacienti dobře soustředili, byl dán dotazník, s jehož pochopením mívali často obtíže.

Poté následoval nejdelší dotazník, který má čtyři strany. Po tomto dotazníku už byla většina pacientů vyčerpaná, a proto byl na konec zařazen nejkratší dotazník ACE, který má pouze deset položek na jedné straně. Pacienti často potřebovali povzbuzení a informace o poslední stránce je většinou motivovala k tomu výzkum dokončit. Pro většinu pacientů bylo vyplňování velice náročné a po skončení byli unavení. Jako poslední byla administrována metoda BPRS, která byla pro pacienty vesměs příjemná. Jednalo se o rozhovor, který mapoval škálou vytyčené oblasti. Zde pacienti dostali prostor volně hovořit. Této příležitosti většinou využili i pacienti, kteří se během vyplňování dotazníků jevíli pasivně. Na závěr se autorka zeptala pacientů na zpětnou vazbu a poděkovala jim za účast ve výzkumu. Zároveň byly zopakovány informace o dobrovolné účasti a o způsobu nakládání se získanými daty. Po skončení administrace měla autorka schůzku s lékařem, popřípadě s klinickým psychologem. Ti se většinou ptali na aktivitu pacientů a zpětnou vazbu, a poté poskytli již zmiňované anamnestické údaje – rok první hospitalizace, celkový počet hospitalizací, konkrétní diagnóza a aktuálně užívaná medikace. Poté byl zpravidla domluven další termín sběru dat.

Samotný sběr dat probíhal od listopadu 2016 až do května 2018. Výzkumu se zúčastnilo celkem 70 pacientů, z toho 7 pacientů, buď již při představení, nebo během administrace první metody, svou účast odřeklo a do výzkumu zařazeno nebylo. Důvodem neúčasti bylo jednak to, že si účast rozmysleli z časových důvodů, anebo se jim nelíbilo znění položek dotazníku, jednak 3 pacienti měli strach ze sledování a z nekalého nakládání se získanými daty, ačkoliv jim byla tato stránka výzkumu dobře obeznámena. 63 pacientů výzkum dokončilo a z toho 55 bylo zařazeno do statistické analýzy.

V Psychiatrické nemocnici Opava probíhal výzkum na stanici 17 B, C, což je otevřené oddělení pro pacienty po odeznění psychotické ataky. Důraz na tomto oddělení je kladen především na rehabilitaci a resocializaci. Zde byla autorka v kontaktu s lékařem a psychoterapeutkou. Psychoterapeutka oslovovala vhodné pacienty na skupinových sezeních a ti, kteří se chtěli výzkumu zúčastnit, byli zapsáni do časového harmonogramu na konkrétní den. Aby pacienti chodili postupně a administrace mohla probíhat individuálně, s co nejmenší zátěží personálu a narušení chodu oddělení, tak si pacienti, tzv. předávali štafetu sami mezi sebou. Prvního pacienta přivedla psychoterapeutka, ten po skončení sběru dat dovedl dalšího pacienta atd. Samotný sběr dat probíhal buď

v pracovně lékaře, nebo v jiné volné pracovně na oddělení, která poskytovala soukromí a klid. Psychoterapeutka i lékař se vždy po skončení sběru dat zajímali o průběh sběru dat a chování jednotlivých pacientů. V PN Opava se zúčastnilo celkem 29 pacientů (52,7 %).

V Psychiatrické nemocnici Kroměříž probíhal výzkum na více odděleních, zejména na oddělení č. 6. Jednalo se o uzavřená oddělení. Velká část pacientů zde pobývala dlouhodobě, někteří byli již téměř před propuštěním do ambulantní léčby. V této psychiatrické nemocnici byla autorka v kontaktu s klinickou psycholožkou, která vybírala vhodné pacienty na základě konzultace s primářkou oddělení. Vybrané pacienty oslovila a ti, co souhlasili, se výzkumu zúčastnili. Systém sběru dat byl stejný jako v PN Opava – pacienti se postupně střídali a předávali si „štafetu“ mezi sebou. Sběr dat probíhal ve vyčleněné místnosti na oddělení, kde výzkum nikdo nerušil. Po skončení sběru dat poskytla klinická psycholožka informace z lékařské anamnézy a zjišťovala spolupráci jednotlivých pacientů. V PN Kroměříž se zúčastnilo celkem 16 pacientů (29,1 %).

V Psychiatrické léčebně Kosmonosy probíhal výzkum na dvou odděleních, v pavilonu A a B. Jednalo se o uzavřená oddělení, kde byli jak pacienti ihned po příjmu, tak pacienti chroničtí. V mužském pavilonu byl sběr dat náročný, neboť nebyla k dispozici místnost, kde by s pacienty šlo pracovat o samotě. Sběr dat probíhal v jídelně a často si během vyplňování někdo chodil pro pití a pacienty tak rušil. Obecně na příjmovém oddělení nebyl sběr dat jednoduchý, neboť oddělení bylo velmi rušné. Výběr pacientů měla na starosti klinická psycholožka, která vybírala pacienty ve stabilizovaném stavu, kteří měli být brzy přesunuti na jiná oddělení. Následně odkázala autorku i na ženský pavilon. Zde pacientky vhodné pro výzkum vybírala jiná klinická psycholožka. Na ženském oddělení byly podmínky pro sběr dat dobré, k dispozici byla návštěvní místnost, která ale byla mimo uzavřené oddělení, tudíž bylo nutné s každou pacientkou po skočení sběru dat dojít zpět na oddělení. Pacienti a pacientky z obou oddělení PL Kosmonosy byly vesměs v horším psychickém stavu než pacienti z PN Opava a PN Kroměříž, jelikož se jednalo o uzavřená oddělení. V PL Kosmonosy se zúčastnilo celkem 10 pacientů (18,2 %).

Po ukončení sběru dat bylo všem pacientům přiřazeno číslo. Každý pacient je tedy zpětně dohledatelný, pokud by si svou účast ve výzkumu rozmyslel. Pod tímto číslem najdeme demografické údaje, anamnestické údaje a jednotlivé skóry v SDQ-20, DES, ACE a BPRS. Takto byly veškeré informace přepsány do Excelu a tam upraveny do podoby vhodné ke statistickému zpracování a analýze.

6.4. Metody zpracování a analýzy dat

Veškerá data ze všech dotazníků byla přepsána do Excelu do podoby vhodné pro pozdější statistickou analýzu. Byly přepsány veškeré demografické a anamnestické informace a rovněž i jednotlivé položky a celkový skóre použitých metod (SDQ-20, DES, ACE, BPRS). Pro analýzu dat byl zvolen program IBM SPSS 23.0. Kromě popisných statistik byl vzhledem k velikosti vzorku (55 pacientů) použit Shapiro-Wilk test pro testování normality. Tento test původně vznikl právě pro analýzu normality malých ($N < 50$) vzorků (Razali & Wah, 2011). Po analýze normality rozložení dat se ukázalo, že data v této diplomové práci nemají normální rozložení, proto v další části analýzy byly použity neparametrické testy, zejména Spearmanovy korelace pro ověření hypotéz, dále srovnávací Mann-Whitneův U test jako ekvivalent parametrického t-testu pro dva nezávislé výběry, mediánový chí-kvadrát či Kruskal-Wallisův test jako ekvivalent parametrického testu ANOVA a Dunnův post-hoc test na odhalení rozdílu mezi skupinami.

6.5. Etické problémy a způsoby jejich řešení

Celý výzkum proběhl dle etických norem Manuálu pro psaní diplomových prací na katedře psychologie FF UP v Olomouci autora Kolaříka a kolektivu (2017). Zároveň byl výzkum schválen některými etickými komisemi příslušných psychiatrických nemocnic a léčeben. Všichni pacienti podepsali informovaný souhlas s účastí ve výzkumu, a to ve dvou vyhotoveních. Jeden originál zůstal autorce výzkumu a druhý pacientovi, ten byl ve většině případů založen do jeho lékařské dokumentace. Zároveň byl pacient slovně i písemně informován o dobrovolnosti účasti ve výzkumu a o svém právu z výzkumu kdykoliv odstoupit.

Rovněž byl před započítím sběru dat přesně stanoven rozsah zjišťovaných informací a způsob, jakým bude s těmito informacemi nakládáno. Veškeré informace, které byly o pacientovi zjištěny, jsou anonymizovány. Každý pacient je veden pod vlastním číslem a nikde, kromě informovaného souhlasu, který ale nebude zveřejněn, nefiguruje jeho jméno.

Jako eticky velmi naléhavá se jeví i otázka dekompenzace pacientů v souvislosti se zkoumáním jejich minulosti (dotazník ACE) a disociovaných zážitků (dotazníky DES a SDQ-20). Z tohoto důvodu autorka volila pacienty v lůžkových zařízeních s neustálým lékařským dohledem a ponechala výběr vhodných pacientů na lékaři. Autorka vychází z předpokladu, že lékař je nejlépe schopen posoudit zdravotní stav a je schopen vybrat vhodné pacienty vzhledem k povaze výzkumu. Jakákoliv případná dekompenzace pacienta během výzkumu by byla ihned nahlášena a řešena zdravotnickým personálem.

7. Charakteristika zkoumané populace a popis vzorku

Tato kapitola je zaměřena na představení kritérií pro výběr pacientů do výzkumu a na charakteristiky souboru pacientů, kteří se do výzkumu zapojili.

7.1. Kritéria výběru pacientů do výzkumu

Prvním kritériem pro výběr pacienta do výzkumu byla hospitalizace v lůžkovém zařízení, kde je neustále přítomná lékařská péče. Zásadním kritériem pro výběr pacienta potom byla diagnóza z okruhu schizofrenie (F20.x) a plnoletost. Pacienti s jinou diagnózou z okruhu psychotických onemocnění (F2x.x) nebyli do výzkumu zařazeni. Z pacientů, kteří splňovali tuto základní podmínku, vybral lékař či jiná pověřená osoba pacienty, kteří byli stabilizovaní. U těchto pacientů pak lékař či jiná pověřená osoba měli posoudit, zdali budou schopni daný výzkum absolvovat, a to především z hlediska intelektových schopností, tedy intelekt alespoň v pásmu širší normy. Pacienti, kteří splňovali tyto podmínky, pak byli osloveni s nabídkou dobrovolné účasti ve výzkumu. Ti, kteří byli ochotni se zúčastnit, byli zařazeni do výzkumu.

7.2. Charakteristiky souboru

Data byla získána od 63 pacientů, z toho 6 pacientů nesplňovalo podmínku diagnózy z okruhu F20.x a bylo vyřazeno. Z 57 pacientů splňujících původní podmínky mělo 55 pacientů diagnózu paranoidní schizofrenie (F20.0) a 2 pacienti diagnózu jinou (1 pacient s diagnózou hebefrenní schizofrenie (F20.1), 1 pacient s diagnózou nediferencovaná schizofrenie (F20.3)), z tohoto důvodu bylo do konečné analýzy zařazeno pouze 55 pacientů s diagnózou paranoidní schizofrenie F20.0.

Soubor obsahuje 55 pacientů s diagnózou paranoidní schizofrenie (F20.0) ve věku od 21 do 58 let, průměrný věk pacientů je 36,67 a směrodatná odchylka 9,47. Z toho je 12 žen (21,8 %) a 43 mužů (78,2 %). Data byla sebrána ze 3 pracovišť. V PN Opava se zúčastnilo 29 pacientů (52,7 %), v PN Kroměříž 16 pacientů (29,1 %) a v PL Kosmonosy 10 pacientů (18,2 %). Dále dle nejvyššího dosaženého vzdělání je v souboru 10 pacientů se základním vzděláním (18,2 %), 17 pacientů se středním odborným vzděláním (30,9 %), 21 pacientů se středoškolským vzděláním zakončeným maturitní zkouškou (38,2 %) a 7 pacientů s vysokoškolským vzděláním (12,7 %). Co se týká uplatnění na trhu práce, 1 pacient je student (1,8 %), 9 pacientů je zaměstnaných nebo jsou to osoby samostatně výdělečně činné (16,4 %), 12 pacientů je nezaměstnaných (21,8 %) a 33 pacientů pobírá invalidní důchod (60 %). 42 pacientů udalo, že jsou svobodní (76,4 %), 7 pacientů, že jsou v manželství (12,7 %), 5 pacientů, že jsou rozvedení (9,1 %) a 1 pacient, že je ovdovělý (1,8 %).

Z anamnestických údajů, které byly od pacientů zjišťovány, vyplynulo, že 27 pacientů (48,8 %) má diagnostikované onemocnění schizofrenie 5 let a méně, 6-10 let s diagnózou žije 10 pacientů (18 %), a déle než 10 let žije s tímto onemocněním 18 pacientů (32,4 %), přičemž pacient, žijící nejdelší dobu s diagnózou, ji má 33 let. Průměrná doba života s diagnózou, která je kvůli velké varianci dat zatížena chybou, je 7,96 let se směrodatnou odchylkou 7,31. Směrodatnější je spíše medián počtu let, se kterými se pacienti vypořádávají s touto diagnózou, a ten je 6 let. Nejvíce pacientů v tomto výběrovém souboru má diagnózou 1 rok.

Co se týká počtu hospitalizací, tak 8 pacientů bylo hospitalizováno poprvé (14,5 %), dvě až pět hospitalizací podstoupilo 25 pacientů (54,6 %), šest až deset hospitalizací

9 pacientů (16,4 %), a více než jedenáct hospitalizací 8 pacientů (14,5 %), přičemž největší počet hospitalizací je třicet. Dohromady všech 55 pacientů podstoupilo 303 hospitalizací. Průměr je, stejně tak jako u počtu let s diagnózou, vzhledem k velké varianci zatížen chybou, jde o téměř šest (5,85) hospitalizací, přičemž směrodatná odchylka je 5,90. Medián i modus počtu hospitalizací jsou 4 roky.

Tabulka 8: Přehledová tabulka deskriptivních charakteristik výběrového souboru

PROMĚNNÁ	Výzkumný soubor N = 55	
	absolutní četnost	relativní četnost
POHLAVÍ		
Muž	43	78,2 %
Žena	12	21,8 %
VĚK		
<20	0	0 %
20-29	11	19,8 %
30-39	25	45,0 %
40-49	11	19,8 %
50-59	8	14,4 %
>59	0	0 %
MÍSTO SBĚRU DAT		
Kosmonosy	10	18,2 %
Kroměříž	16	29,1 %
Opava	29	52,7 %
VZDĚLÁNÍ		
Základní	10	18,2 %
Střední odborné	17	30,9 %
Středoškolské s maturitou	21	38,2 %
Vysokoškolské	7	12,7 %
PARTNERSKÝ STATUS		
Svobodná/ý	42	76,4 %
Vdaná/ženatý	7	12,7 %
Rozvedená/ý	5	9,1 %
Ovdovělá/ý	1	1,8 %
POČET LET S DIAGNÓZOU		
0-1	12	21,78 %
2-5	15	27,28 %
6-10	10	18,18 %
11-15	9	16,38 %
>15	9	16,38 %
POČET HOSPITALIZACÍ		
1	8	14,5 %
2-5	25	54,6 %
6-10	9	16,4 %
>11	8	14,5 %

8. Výsledky

Jako první bylo testováno rozložení dat. Vzhledem k velikosti vzorku byl použit Shapiro-Wilkův test normality. Hodnoty statistiky všech testovaných metod vyšly jako signifikantní na hladině $p < 0,05$, což svědčí o nenormálním rozložení dat (viz tabulka 9). Proto na jednotlivé statistické analýzy byly použity neparametrické testy.

Tabulka 9: Hodnoty testu normality pro jednotlivé metody

SHAPIRO-WILKŮV TEST			
	Hodnota W	df	p
SDQ-20	0,672	55	0,000
DES	0,887	55	0,000
ACE	0,941	55	0,009
BPRS	0,936	55	0,006

V následujících podkapitolách jsou podrobněji popsány statistické analýzy u jednotlivých metod. Poté je ověřen vztah mezi jednotlivými použitými metodami, v souladu s položenými hypotézami.

V tabulce 10 je uvedena souhrnná deskriptivní statistika pro všechny použité metody. Skóre dotazníku SDQ-20 se v rámci výběrového souboru pohybovalo mezi 20-78 body, přičemž rozsah dotazníku je 20 až 100 bodů, průměrná hodnota výběrového souboru byla 27,15 se směrodatnou odchylkou 9,30 bodu, medián výběrového souboru 25 bodů. Škála DES se v rámci výběrového souboru pohybovala mezi průměrem 0,54 a 75,11, přičemž rozsah škály je od 0 do 100, průměrná hodnota výběrového souboru byla 17,79 se směrodatnou odchylkou 14,42, medián výběrového souboru 16,43. Skóre se v dotazníku ACE pohybovalo v rámci výběrového souboru mezi 0 a 9 body, rozsah dotazníku je 0 až 10 bodů. Průměrná hodnota výběrového souboru byla 3,18 bodů, se směrodatnou odchylkou 2,18 a medián 3 body. Klinická škála BPRS nabízí rozsah od 0 do 108 bodů, výběrový soubor dosáhl hodnot od 0 do 44 bodů. Průměrná hodnota výběrového souboru byla 14,05 bodů se směrodatnou odchylkou 9,69. Medián výběrového souboru je 11 bodů.

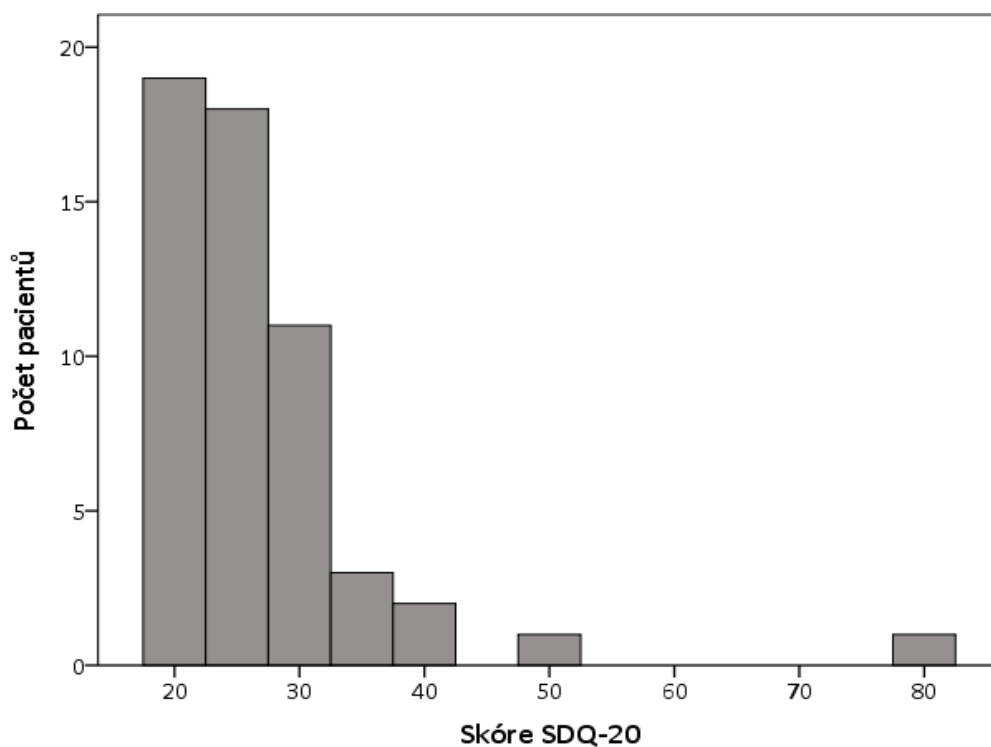
Tabulka 10: Souhrnná deskriptivní statistika použitých metod (N = 55)

	Průměr	Směrod. odch.	Medián	Minimum	Maximum
SDQ-20	27,15	9,30	25	20	78
DES	17,79	14,42	16,43	0,54	75,11
ACE	3,18	2,18	3	0	9
BPRS	14,05	9,69	11	0	44

8.1. SDQ-20

Hodnota Shapiro-Wilkova testu pro kontrolu rozložení dat dotazníku SDQ-20 je $W = 0,672$; $N = 55$; $p = 0,000$, tudíž je signifikantní na hladině $p < 0,05$ a jedná se o nenormální rozložení dat. Rozložení dat v dotazníku je k nahlédnutí na obrázku 1. Cronbachova alfa ($N = 20$) je 0,879.

Obrázek 1: Rozložení dat dotazníku SDQ-20



Následující tabulka ukazuje jednotlivé průměry skóre dotazníku SDQ-20 po rozdělení do skupin, včetně směrodatné odchylky. Průměrné skóre celého výběrového souboru v dotazníku SDQ-20 je 27,15 bodů se směrodatnou odchylkou 9,30, medián je potom 25 bodů. Minimální skóre celého výběrového souboru je 20 a maximální 78 bodů.

Tabulka 11: Rozdíly mezi skupinami v dotazníku SDQ-20

	Počet (N = 55)	Průměr (M)	Směrodatná odchylka (SD)
Celkem	55	27,15	9,29
POHLAVÍ			
Ženy	12	28,17	5,77
Muži	43	26,86	10,10
VZDĚLÁNÍ			
Základní	10	27,20	4,19
Střední odborné	17	28,35	14,10
Středoškolské s maturitou	21	26,86	7,30
Vysokoškolské	7	25,00	5,77
STATUS NA TRHU PRÁCE			
Student	1	31,00	-
Zaměstnaný/OSVČ	9	25,11	3,52
Nezaměstnaný	12	29,17	16,14
Invalidní důchod	33	26,85	7,06
RODINNÝ STAV			
Svobodná/ý	42	27,60	10,11
Vdaná/ženatý	7	24,71	5,56
Rozvedená/ý	5	27,00	7,68
Ovdovělá/ý	1	26,00	-

Zdali jsou rozdíly v průměrném skóre mezi pohlavím signifikantní, bylo ověřeno následnou statistickou analýzou. Pomocí Mann-Whitneyho U testu byl ověřen rozdíl v průměrném skóru mezi muži (M = 26,86; SD = 10,10; n = 43) a ženami (M = 28,17; SD = 5,77; n = 12). Nebyl nalezen signifikantní rozdíl v průměrném skóre v dotazníku SDQ-20 v závislosti na pohlaví (U = 181,00; p = 0,115).

Pomocí Kruskal-Wallisova testu byly analyzovány rozdíly mezi průměrným skóre pacientů v závislosti na jejich vzdělání. Bylo zjištěno, že neexistuje signifikantní rozdíl v průměrném skóre dotazníku SDQ-20 v závislosti na vzdělání ($\chi^2 = 1,560$; df = 3; p = 0,668).

Analýza na základě statusu na trhu práce byla provedena pomocí Kruskal-Wallisova testu. Nebyl zjištěn signifikantní rozdíl mezi skupinami ($\chi^2 = 1,032$; df = 3; p = 0,794). Poté byla provedena analýza rozdílu průměrného skóru mezi dvěma skupinami – mezi pacienty, kteří jsou v invalidním důchodu (M = 26,85; SD = 7,06; n = 33) a mezi pacienty, kteří uvedli, že jsou někde zaměstnaní, popřípadě jsou samostatně výdělečně činní (M = 25,11; SD = 3,52; n = 9). Tento rozdíl byl zkoumán pomocí Mann-Whitneyho U testu. Ani u těchto dvou skupin nebyl nalezen signifikantní rozdíl v průměrném skóre v dotazníku SDQ-20 (U=145,00; p = 0,914).

Stejný postup byl zvolen i při analýze rozdílu průměrného skóre pacientů v závislosti na rodinném stavu. Kruskal-Wallisův test neodhalil žádný signifikantní rozdíl mezi těmito skupinami ($\chi^2 = 0,639$; $df = 3$; $p = 0,887$). Poté bylo pomocí Mann-Whitneyho testu srovnáváno průměrné skóre svobodných pacientů ($M = 27,60$; $SD = 10,11$; $n = 42$) s průměrným skórem pacientů v manželství ($M = 24,71$; $SD = 5,56$; $n = 7$). Ani tyto dvě skupiny nevykazovaly signifikantní rozdíly ($U = 122,00$; $p = 0,473$).

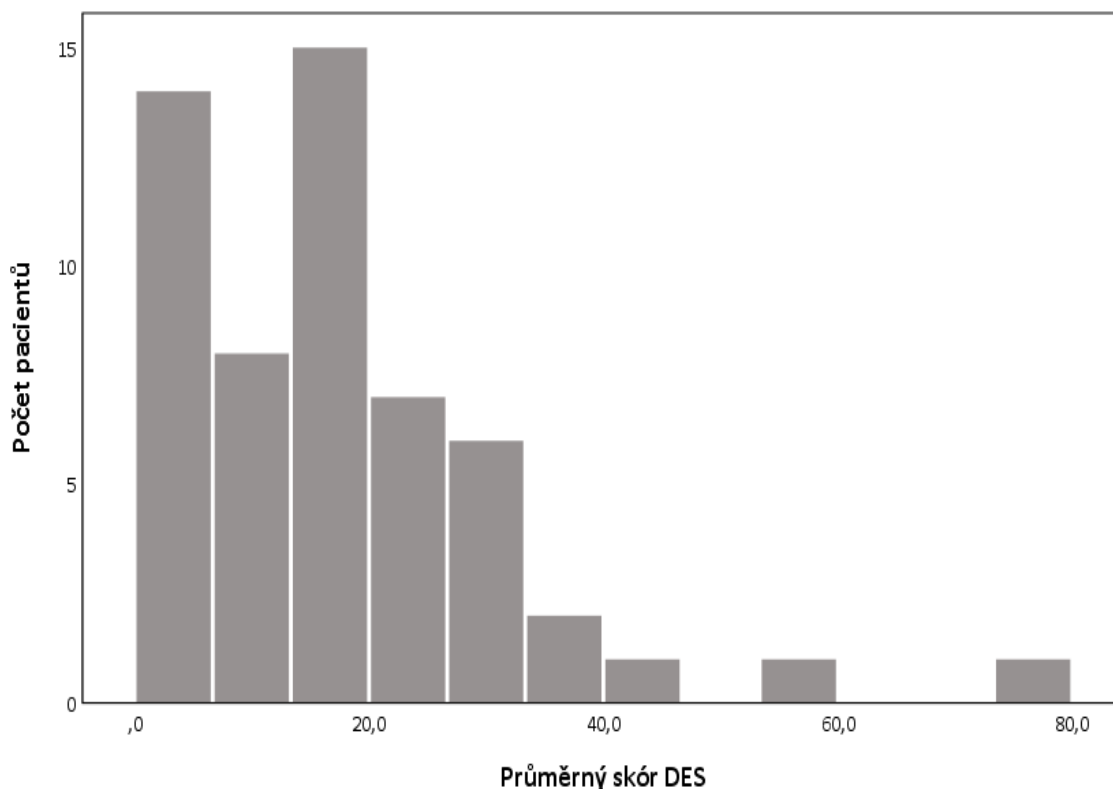
Pro porovnání rozdílu mezi pacienty dle délky hospitalizace byli pacienti rozděleni do dvou skupin. První skupinou byli pacienti, kteří diagnózu mají méně než pět let ($n = 28$) a druhou skupinou pacienti, kteří se schizofrenií žijí více jak pět let ($n = 27$). Mann-Whitneyho U test neprokázal rozdíl mezi průměrnými skóry těchto dvou skupin ($U = 344,00$; $p = 0,565$).

Pacienti byli dále rozděleni do dvou skupin – prvohospitalizovaní pacienti ($n = 8$) a pacienti hospitalizovaní opakovaně ($n = 47$). Pomocí Mann-Whitneyho U testu byl ověřen rozdíl v průměrném skóre dotazníků SDQ-20 těchto dvou skupin a byl nalezen signifikantní rozdíl v průměrném skóre v dotazníku SDQ-20 ($U = 92,500$; $p = 0,022$). Prvohospitalizovaní skórují v dotazníku SDQ-20 průměrně výše.

8.2. DES

Hodnota Shapiro-Wilkova testu pro kontrolu rozložení dat škály DES je $W = 0,887$; $N = 55$; $p = 0,000$, tudíž je signifikantní na hladině $p < 0,05$ a jedná se o nenormální rozložení dat. Rozložení dat v dotazníku je k nahlédnutí na obrázku 2. Cronbachova alfa ($N = 28$) je 0,925.

Obrázek 2: Rozložení dat dotazníku DES



Následující tabulka ukazuje jednotlivé průměry skóre škály DES po rozdělení do skupin, včetně směrodatné odchylky. Průměrné skóre celého výběrového souboru na škále DES je 17,79 se směrodatnou odchylkou 14,42, medián je 16,43. Minimální skóre tohoto výběrového souboru je 0,54 a maximální 75,11.

Tabulka 12: Rozdíly mezi skupinami na škále DES

	Počet (N = 55)	Průměr (M)	Směrodatná odchylka (SD)
Celkem	55	17,79	14,42
POHLAVÍ			
Ženy	12	25,44	15,13
Muži	43	15,66	13,64
VZDĚLÁNÍ			
Základní	10	23,04	8,26
Střední odborné	17	20,81	18,76
Středoškolské s maturitou	21	16,44	13,44
Vysokoškolské	7	7,02	3,91
STATUS NA TRHU PRÁCE			
Student	1	37,50	-
Zaměstnaný/OSVČ	9	11,85	9,55
Nezaměstnaný	12	18,64	20,32
Invalidní důchod	33	18,51	12,77
RODINNÝ STAV			
Svobodná/ý	42	17,28	13,70
Vdaná/ženatý	7	18,07	22,05
Rozvedená/ý	5	18,61	9,52
Ovdovělá/ý	1	17,79	-

Zdali jsou u této škály rozdíly v průměrném skóre mezi pohlavím signifikantní, bylo ověřeno následnou statistickou analýzou. Pomocí Mann-Whitneyho U testu byl ověřen rozdíl v průměrném skóru mezi muži (M = 15,66; SD = 13,64; n = 43) a ženami (M = 25,44; SD = 15,13; n = 12). Byl nalezen signifikantní rozdíl v průměrném skóru škály DES v závislosti na pohlaví (U = 149,000; p = 0,026). Ženy v průměru skórují na škále DES výše než muži.

Pomocí Kruskal-Wallisova testu byly analyzovány rozdíly mezi průměrným skóre pacientů na škále DES v závislosti na jejich vzdělání. Bylo zjištěno, že existuje signifikantní rozdíl v závislosti na vzdělání ($\chi^2 = 8,934$; df = 3; p = 0,030). Dunnův post-hoc test odhalil rozdíl mezi skupinou respondentů se základním vzděláním (M = 23,04; SD = 8,22; n = 10) a vysokoškolským vzděláním (M = 7,02; SD = 3,91; n = 7; p = 0,003). U ostatních dotazníků nebyl nalezen rozdíl v průměrném skóre v závislosti na vzdělání. Pacienti s vysokoškolským vzděláním skórují na škále DES v průměru níže než pacienti se základním vzděláním.

Na základě statusu na trhu práce byla provedena analýza pomocí Kruskal-Wallisova testu. Nebyl zjištěn signifikantní rozdíl mezi skupinami ($\chi^2 = 4,394$; df = 3; p = 0,222). Poté byla provedena analýza rozdílu průměrného skóru mezi dvěma skupinami – mezi pacienty, kteří jsou v invalidním důchodu (n = 33) a mezi pacienty, kteří uvedli, že jsou

někde zaměstnaní, popřípadě jsou samostatně výdělečně činní (n = 9). Tento rozdíl byl zkoumán pomocí Mann-Whitneyho U testu. Ani u těchto dvou skupin nebyl nalezen signifikantní rozdíl v průměrném skóre na škále DES (U = 96,500; p = 0,111).

Stejný postup byl zvolen i při analýze rozdílu průměrného skóre pacientů v závislosti na rodinném stavu. Kruskal-Wallisův test neodhalil žádný signifikantní rozdíl mezi těmito skupinami ($\chi^2 = 2,620$; df = 3; p = 0,454). Poté bylo pomocí Mann-Whitneyho testu srovnáváno průměrné skóre svobodných pacientů (n = 42) s průměrným skórem pacientů v manželství (n = 7). Ani tyto dvě skupiny nevykazovaly signifikantní rozdíly ve skórování na škále DES (U = 123,00; p = 0,493).

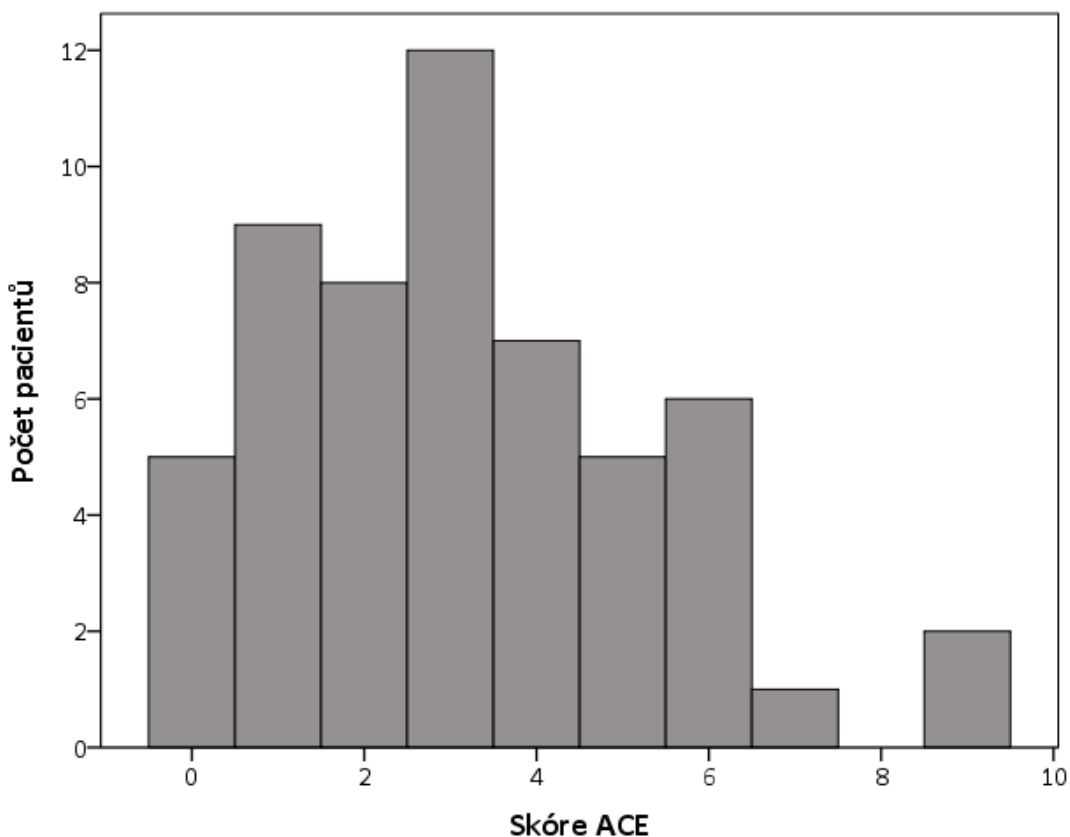
Pro porovnání rozdílu mezi pacienty dle délky hospitalizace byli pacienti rozděleni do dvou skupin. První skupinou byli pacienti, kteří diagnózu mají méně než pět let (n = 28) a druhou skupinou pacienti, kteří se schizofrenií žijí více jak pět let (n = 27). Mann-Whitneyho U test neprokázal rozdíl mezi průměrnými skóry těchto dvou skupin (U = 335,00; p = 0,669).

Pacienti byli dále rozděleni do dvou skupin – prvohospitalizovaní pacienti (n = 8) a pacienti hospitalizovaní opakovaně (n = 47). Pomocí Mann-Whitneyho U testu byl ověřen rozdíl těchto dvou skupin v průměrném skóre škály DES. Nebyl nalezen žádný signifikantní rozdíl v průměrném skóre mezi těmito dvěma skupinami (U = 170,000; p = 0,667).

8.3. ACE

Hodnota Shapiro-Wilkova testu pro kontrolu rozložení dat dotazníku ACE je $W = 0,941$; $N = 55$; $p = 0,009$, tudíž je signifikantní na hladině $p < 0,05$ a jedná se o nenormální rozložení dat. Rozložení dat v dotazníku ACE je k nahlédnutí na obrázku. Cronbachova alfa ($N = 10$) je 0,670.

Obrázek 3: Rozložení dat v dotazníku ACE



Následující tabulka ukazuje jednotlivé průměry skóre dotazníku ACE po rozdělení do skupin, včetně směrodatné odchylky. Průměrné skóre výběrového souboru v dotazníku ACE bez rozdělení do skupin je 3,18 bodů se směrodatnou odchylkou 2,18, medián jsou 3 body. Minimální skóre tohoto výběrového souboru je 0 a maximální 9 bodů.

Tabulka 13: Rozdíly mezi skupinami v dotazníku ACE

	Počet (N = 55)	Průměr (M)	Směrodatná odchylka (SD)
Celkem	55	3,18	2,18
POHLAVÍ			
Ženy	12	3,42	1,68
Muži	43	3,12	2,31
VZDĚLÁNÍ			
Základní	10	4	2,63
Střední odborné	17	3,53	2,50
Středoškolské s maturitou	21	3	1,60
Vysokoškolské	7	2,29	2,06
STATUS NA TRHU PRÁCE			
Student	1	4,00	-
Zaměstnaný/OSVČ	9	2,89	2,52
Nezaměstnaný	12	2,83	1,64
Invalidní důchod	33	3,36	2,32
RODINNÝ STAV			
Svobodná/ý	42	3,12	2,30
Vdaná/ženatý	7	3,14	2,12
Rozvedená/ý	5	3,20	1,10
Ovdovělá/ý	1	6,00	-

Pomocí Mann-Whitneyho U testu byl ověřen rozdíl v průměrném skóru mezi muži (M = 3,12; SD = 2,31; n = 43) a ženami (M = 3,42; SD = 1,68; n = 12). Nebyl nalezen signifikantní rozdíl v průměrném skóre v dotazníku ACE v závislosti na pohlaví (U = 222,50; p = 0,464).

Pomocí Kruskal-Wallisova testu byly u pacientů analyzovány rozdíly mezi průměrným skóre v dotazníku ACE v závislosti na jejich vzdělání. Bylo zjištěno, že neexistuje signifikantní rozdíl v průměrném skóre dotazníku ACE v závislosti na vzdělání ($\chi^2 = 2,778$; df = 3; p = 0,427).

Analýza na základě statusu na trhu práce byla provedena pomocí Kruskal-Wallisova testu. Nebyl zjištěn signifikantní rozdíl mezi skupinami ($\chi^2 = 1,017$; df = 3; p = 0,797). Poté byla provedena analýza rozdílu průměrného skóru mezi dvěma skupinami – mezi pacienty, kteří jsou v invalidním důchodu (n = 33) a mezi pacienty, kteří uvedli, že jsou někde zaměstnaní, popřípadě jsou samostatně výdělečně činní (n = 19). Tento rozdíl byl zkoumán pomocí Mann-Whitneyho U testu. Ani u těchto dvou skupin nebyl nalezen signifikantní rozdíl v průměrném skóre v dotazníku ACE (U = 127,00; p = 0,505).

Stejný postup byl zvolen i při analýze rozdílu průměrného skóre pacientů v závislosti na rodinném stavu. Kruskal-Wallisův test neodhalil žádný signifikantní rozdíl mezi těmito skupinami ($\chi^2 = 2,027$; $df = 3$; $p = 0,567$). Poté bylo pomocí Mann-Whitneyho testu srovnáváno průměrné skóre svobodných pacientů ($n = 42$) s průměrným skórem pacientů v manželství ($n = 7$). Ani tyto dvě skupiny nevykazovaly signifikantní rozdíly ($U = 139,50$; $p = 0,829$).

Pro porovnání rozdílu mezi pacienty dle délky hospitalizace byli pacienti rozděleni do dvou skupin. První skupinou byli pacienti, kteří diagnózu mají méně než pět let ($n = 28$) a druhou skupinou pacienti, kteří se schizofrenií žijí více jak pět let ($n = 27$). Mann-Whitneyho U test neprokázal rozdíl mezi průměrnými skóry těchto dvou skupin ($U = 314,00$; $p = 0,280$).

Rozdíl v průměrném skóre ACE mezi prvohospitalizovanými pacienty ($n = 8$) a pacienty hospitalizovanými opakovaně ($n = 47$) byl ověřen pomocí Mann-Whitneyho U testu. Nebyl nalezen žádný signifikantní rozdíl v průměrném skóre mezi těmito dvěma skupinami ($U = 141,500$; $p = 0,262$).

V následující tabulce je k nahlédnutí četnost jednotlivých ACE skóre výběrového souboru. Nejčastěji pacienti udávali fyzické zneužívání a týrání ($n = 29$; 52,73 %), jako je například bití a fackování s následkem pohmožděnin či jiným zraněním. Polovina pacientů ($n = 28$; 50,91 %) rovněž uvedla, že vyrůstala v domácnosti s dospělým jedincem, který měl problémy s alkoholem či jinými návykovými látkami. Častý je i rozvod rodičů ($n = 27$; 49,09 %) a rodinná zátěž psychickým onemocněním ($n = 24$; 43,64 %). 23 pacientů (41,82 %) se během svého dětství a dospívání setkala s emočním zanedbáváním a 21 pacientů (38,18 %) s emočním týráním a zneužíváním.

Tabulka 14: Počet pacientů napříč kategoriemi

ACE KATEGORIE	Celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
	N = 55	N = 55
ZNEUŽÍVÁNÍ A TÝRÁNÍ		
Emoční zneužívání a týrání	21	38,18 %
Fyzické zneužívání a týrání	29	52,73 %
Sexuální zneužívání	6	10,91 %
ZANEDBÁVÁNÍ		
Emoční zanedbávání	23	41,82 %
Fyzické zanedbávání	4	7,27 %
PROBLÉMY V DOMÁCNOSTI		
Rozvod či separace rodičů	27	49,09 %
Násilné jednání s matkou	7	12,73 %
Zneužívání návykových látek v domácnosti	28	50,91 %
Duševní onemocnění v domácnosti	24	43,64 %
Kriminální historie člena domácnosti	7	12,73 %

Tabulka 15: ACE skóre u neklinické populace (N = 127) a u pacientů se schizofrenií (N = 55)

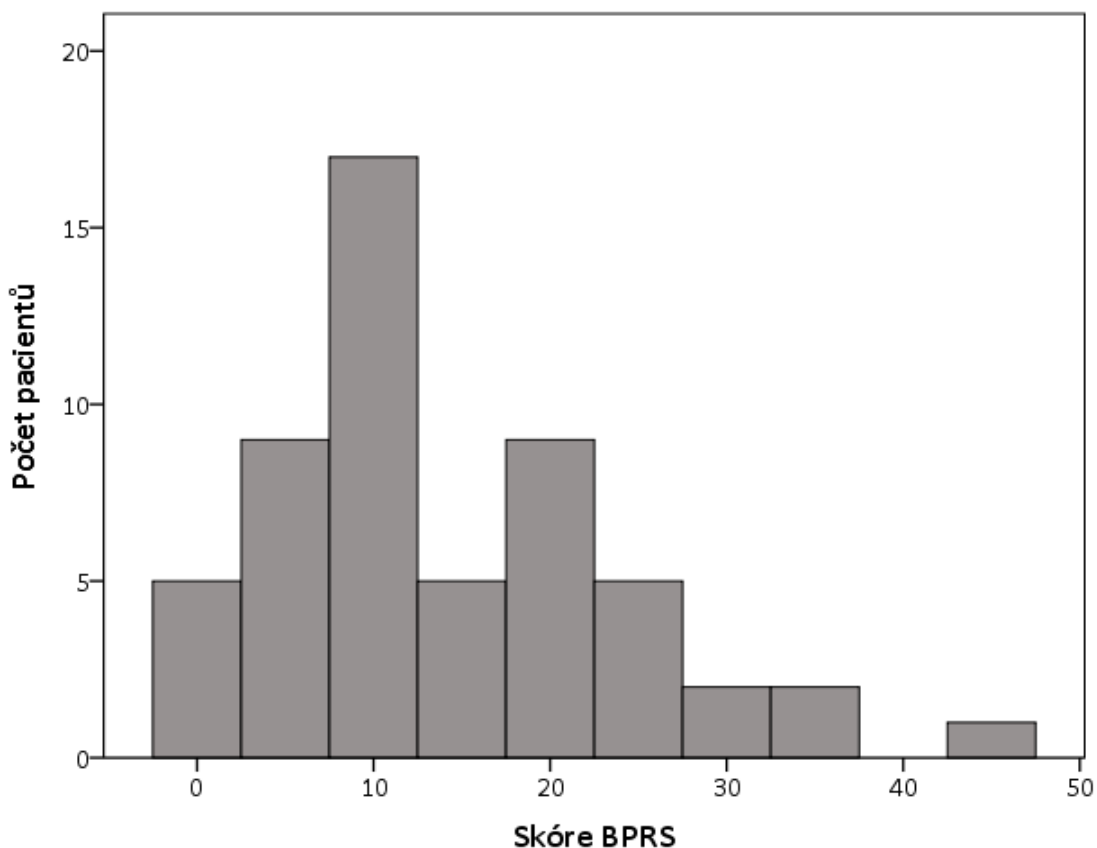
Počet ACE	Neklinická populace (N = 127)	Relativní četnost (N = 127)	Pacienti se schizofrenií (N = 55)	Relativní četnost (N = 55)
0	53	41,73 %	5	9,09 %
1	29	22,83 %	9	16,36 %
2	22	17,32 %	8	14,55 %
3	12	9,45 %	12	21,82 %
4	7	5,51 %	7	12,72 %
5	3	2,36 %	5	9,09 %
6	1	0,78 %	6	10,90 %
7	0	0 %	1	1,81 %
8	0	0 %	0	0 %
9	0	0 %	2	3,63 %
10	0	0 %	0	0 %

Pro ověření, zda je rozdíl mezi neklinickou populací (N = 127) a pacienty se schizofrenií (N = 55) signifikantní, byl použit mediánový test chí-kvadrát ($\chi^2 = 40,285$; $p = 0,000$; $df = 1$). Skóry pacientů se statisticky významně liší od skóru neklinické populace.

8.4. BPRS

Hodnota Shapiro-Wilkova testu pro kontrolu rozložení dat klinické škály BPRS je $W = 0,936$; $N = 55$; $p = 0,006$, tudíž je signifikantní na hladině $p < 0,05$ a jedná se o nenormální rozložení dat. Rozložení dat klinické škály BPRS je k nahlédnutí na obrázku. Cronbachova alfa ($N = 18$) je 0,752.

Obrázek 4: Rozložení dat na škále BPRS



Následující tabulka ukazuje jednotlivé průměry skóre klinické škály BPRS po rozdělení do skupin, včetně směrodatné odchylky. Průměrné skóre klinické škály BPRS u celého výběrového souboru je 14,05 bodů se směrodatnou odchylkou 9,69, medián je 11 bodů. Minimální skóre tohoto výběru je 0 a maximální 44 bodů.

Tabulka 16: Rozdíly mezi skupinami na klinické škále BPRS

	Počet (N = 55)	Průměr (M)	Směrodatná odchylka (SD)
Celkem	55	14,05	9,69
POHLAVÍ			
Ženy	12	21,75	11,6
Muži	43	11,91	7,99
VZDĚLÁNÍ			
Základní	10	13,30	9,92
Střední odborné	17	15,29	10,17
Středoškolské s maturitou	21	14,38	10,28
Vysokoškolské	7	11,14	7,29
STATUS NA TRHU PRÁCE			
Student	1	18,00	-
Zaměstnaný/OSVČ	9	7,89	6,29
Nezaměstnaný	12	12,50	8,47
Invalidní důchod	33	16,18	10,35
RODINNÝ STAV			
Svobodná/ý	42	13,00	7,73
Vdaná/ženatý	7	19,00	17,49
Rozvedená/ý	5	16,00	11,68
Ovdovělá/ý	1	14,00	-

Pomocí Mann-Whitneyho U testu byl ověřen rozdíl v průměrném skóre mezi muži (M = 11,91; SD = 7,99; n = 43) a ženami (M = 21,75; SD = 11,60; n = 12). Byl nalezen signifikantní rozdíl v závislosti na pohlaví (U = 126,00; p = 0,007). Ženy skórují na klinické škále BPRS výše než muži.

Pomocí Kruskal-Wallisova testu byly analyzovány rozdíly mezi průměrným skóre pacientů v závislosti na jejich vzdělání. Bylo zjištěno, že neexistuje signifikantní rozdíl v průměrném skóre klinické škály BPRS v závislosti na vzdělání ($\chi^2 = 0,740$; df = 3; p = 0,864).

Analýza na základě statusu na trhu práce byla provedena pomocí Kruskal-Wallisova testu. Rovněž nebyl zjištěn signifikantní rozdíl mezi skupinami ($\chi^2 = 6,297$; df = 3; p = 0,098). Poté byla provedena analýza rozdílu průměrného skóru mezi pacienty, kteří jsou v invalidním důchodu (n = 33) a pacienty, kteří uvedli, že jsou někde zaměstnaní či jsou samostatně výdělečně činní (n = 9). Tento rozdíl byl zkoumán pomocí Mann-Whitneyho U testu. U těchto dvou skupin byl nalezen signifikantní rozdíl v průměrném skóre na klinické škále BPRS (U = 70,500; p = 0,017). Pacienti, kteří jsou v invalidním důchodu skórují na škále BPRS výše než pacienti, kteří jsou zaměstnaní popřípadě jsou samostatně výdělečně činní.

Analýza rozdílu průměrného skóre pacientů v závislosti na rodinném stavu pomocí Kruskal-Wallisova testu neodhalila žádný signifikantní rozdíl mezi těmito skupinami ($\chi^2 = 0,518$; $df = 3$; $p = 0,915$). Mann-Whitneyho testem bylo srovnáváno průměrné skóre klinické škály BPRS svobodných pacientů ($n = 42$) s průměrným skórem pacientů žijících v manželství ($n = 7$). Ani tyto dvě skupiny nevykazovaly signifikantní rozdíly ($U = 134,00$; $p = 0,710$).

Pro porovnání rozdílu mezi pacienty dle délky hospitalizace byli pacienti rozděleni do dvou skupin. První skupinou byli pacienti, kteří diagnózu mají méně než pět let ($n = 28$) a druhou skupinou pacienti, kteří se schizofrenií žijí více jak pět let ($n = 27$). Mann-Whitneyho U test neprokázal rozdíl mezi průměrnými skóry těchto dvou skupin ($U = 269,00$; $p = 0,066$).

Pomocí Mann-Whitneyho U testu byl ověřen rozdíl mezi prvohospitalizovanými pacienty ($n = 8$) a pacienty hospitalizovanými opakovaně ($n = 47$). Nebyl nalezen signifikantní rozdíl v průměrném skóre na škále BPRS mezi těmito dvěma skupinami ($U = 184,500$; $p = 0,933$).

V následující tabulce jsou uvedeny skóry pacientů na jednotlivých položkách. Průměrně pacienti nejvíce skórovali v oblasti úzkosti a obav ohledně budoucnosti ($M = 1,84$), vysokých hodnot dosáhli i na položkách týkající se pocitů viny ($M = 1,47$), halucinací ($M = 1,36$), podezíravosti ($M = 1,35$) a starosti o tělesný stav ($M = 1,25$). Další tabulka shrnuje skóry výběrového souboru do subškál dle Shafera (2004).

Tabulka 17: Skóre pacientů na jednotlivých položkách škály BPRS

POLOŽKA BPRS	Průměr	SD	min	max	SUMA
1. Starosti o tělesný stav	1,25	1,190	0	4	69
2. Úzkost	1,84	1,488	0	6	101
3. Citové stažení	0,78	1,357	0	5	43
4. Dezorganizace myšlení	0,96	1,427	0	6	53
5. Pocity viny	1,47	1,317	0	5	81
6. Tenze	0,51	0,940	0	5	28
7. Manýry a pózování	0,18	0,641	0	4	10
8. Velikášství	0,56	1,183	0	4	31
9. Depresivní nálada	0,64	1,144	0	4	35
10. Hostilita	0,55	0,978	0	4	30
11. Podezřavost	1,35	1,647	0	6	74
12. Halucinace	1,36	2,013	0	6	75
13. Pohybová zpomalenost	0,65	1,336	0	6	36
14. Nekooperativnost	0,16	0,764	0	4	9
15. Neobv. myšlenkový obsah	0,84	1,330	0	4	46
16. Oploštělá emotivita	0,35	0,865	0	4	19
17. Vzrušení	0,24	0,744	0	4	13
18. Dezorientace	0,36	0,890	0	4	20

Tabulka 18: Skóre na jednotlivých subškálách dle Shafera (2005)

Subškála	Položky	Průměr	SD	Medián	SUMA
Afektivní symptomy	2, 5, 9, 1	5,2	3,535	6	286
Pozitivní symptomy	15, 4, 12, 8	3,73	4,708	2	205
Negativní symptomy	16, 3, 13	1,68	3,098	0	98
Rezistence a odpor	10, 14, 11	2,05	2,172	2	113
Aktivace	17, 6, 7	0,93	1,538	0	51

8.5. Vztah mezi SDQ-20, DES, ACE a BPRS

Vztah mezi jednotlivými metodami byl ověřen pomocí neparametrického Spearmanova korelačního koeficientu. Výsledky jednotlivých korelací jsou v následující tabulce.

Tabulka 19: Spearmanův korelační koeficient a hladina významnosti u použitých metod

		SDQ-20	DES	ACE	BPRS
SDQ-20	Korelační koeficient	1,000	0,579**	0,443**	0,563**
	Sig.	-	0,000	0,001	0,000
DES	Korelační koeficient	0,579**	1,000	0,418**	0,442**
	Sig.	0,000	-	0,002	0,001
ACE	Korelační koeficient	0,443**	0,418**	1,000	0,352**
	Sig.	0,001	0,002	-	0,008
BPRS	Korelační koeficient	0,563**	0,442**	0,352**	1,000
	Sig.	0,000	0,001	0,008	-

** korelace je signifikantní na hladině $p < 0,01$

Všechny korelace jsou signifikantní na hladině $p < 0,01$. Nejsilnější korelaci vykazují dotazník SDQ-20 se škálou DES ($\rho = 0,579$) a klinická škála BPRS s dotazníkem SDQ-20 ($\rho = 0,563$). Nejslabší korelaci dotazník ACE s klinickou škálou BPRS ($\rho = 0,352$). Všechny korelace mají kladný směr, tj. čím vyšší skóre v jedné metodě, tím vyšší skóre v metodě druhé.

8.6. Ověření hypotéz

H1: Míra příznaků somatické disociace (SDQ-20) pozitivně koreluje se závažností příznaků schizofrenie (BPRS).

Pomocí Spearmanova korelačního koeficientu byl ověřen vztah mezi skóre SDQ-20 a BPRS. Byl nalezen signifikantní vztah o síle $\rho = 0,563$ ($p < 0,01$). Hypotézu H1 tedy přijímáme.

H2: Míra příznaků psychické disociace (DES) pozitivně koreluje se závažností příznaků schizofrenie (BPRS).

Pomocí Spearmanova korelačního koeficientu byl ověřen vztah mezi skóre DES a BPRS. Byl nalezen signifikantní vztah o síle $\rho = 0,442$ ($p < 0,01$). Hypotézu H2 tedy přijímáme.

H3: Míra nepříznivých zkušeností v dětství (ACE) pozitivně koreluje se závažností příznaků schizofrenie (BPRS).

Pomocí Spearmanova korelačního koeficientu byl ověřen vztah mezi skóre ACE a BPRS. Byl nalezen signifikantní vztah o síle $\rho = 0,352$ ($p < 0,01$). Hypotézu H3 tedy přijímáme.

H4: Míra nepříznivých zkušeností v dětství (ACE) pozitivně koreluje s mírou příznaků somatické disociace (SDQ-20).

Pomocí Spearmanova korelačního koeficientu byl ověřen vztah mezi skóre ACE a SDQ-20. Byl nalezen signifikantní vztah o síle $\rho = 0,443$ ($p < 0,01$). Hypotézu H4 tedy přijímáme.

H5: Míra nepříznivých zkušeností v dětství (ACE) pozitivně koreluje s mírou příznaků psychické disociace (DES).

Pomocí Spearmanova korelačního koeficientu byl ověřen vztah mezi skóre ACE a DES. Byl nalezen signifikantní vztah o síle $\rho = 0,418$ ($p < 0,01$). Hypotézu H5 tedy přijímáme.

9. Diskuze

Hypotézy a výsledky výzkumu

Hypotézy o tom, že spolu schizofrenie, disociace a nepříznivé zkušenosti souvisí, byly položeny na základě výsledků zahraničních výzkumů (Ross & Keyes, 2004; Sar et al., 2010; Schroedel et al., 2016; Schäfer et al., 2012; Schenkel et al., 2005; a další).

Všechny položené hypotézy byly přijaty. To znamená, že se na výběrovém souboru prokázala souvislost mezi závažností příznaků schizofrenie, ranými negativními zážitky v rodině a disociací. Všechny tyto vztahy byly ověřeny pomocí Spearmanova korelačního koeficientu a vyšly signifikantní na hladině $p < 0,01$. Ačkoliv jednotlivé korelace se pohybovaly v rozmezí $\rho = 0,352-0,579$, což v praxi znamená spíše středně silnou až silnou korelaci. Při interpretaci těchto hodnot je potřeba bráti zřetel zejména na velikost souboru a jeho složení, které není dostatečně reprezentativní, avšak můžeme říci, že výsledky korespondují s očekáváním. Silnou korelaci vykazuje dotazník SDQ-20 se škálou BPRS ($\rho = 0,563$; $p < 0,01$) a škála disociativních zkušeností DES s dotazníkem somatické disociace SDQ-20 ($\rho = 0,579$; $p < 0,01$). Středně silnou korelaci mají skóry pacientů ve zbylých kombinacích metod – dotazník měřící ranné negativní zážitky ACE a dotazník měřící somatickou disociaci SDQ-20 ($\rho = 0,443$; $p < 0,01$), škála disociativních zážitků DES s klinickou škálou měřící závažnost příznaků BPRS ($\rho = 0,442$; $p < 0,01$), dotazník ACE se škálou DES ($\rho = 0,418$; $p < 0,01$) a klinická škála BPRS s dotazníkem ACE ($\rho = 0,352$; $p < 0,01$).

Schizofrenie je onemocnění s multifaktoriální etiologií a velkou roli hraje zejména psychosociální stres a okolní prostředí ve spojení s tělesnými predispozicemi (Libiger, 1990). Dopad raných negativních zážitků na osobnost a duševní zdraví dětí a později dospělých je markantní z různých průřezových studií (Felitti et al., 1998). Nejde pouze o schizofrenii, ale i o jiná duševní onemocnění a sociálně patologické jevy, jako je například prostituce, kriminalita atd. (Teicher, 2002; Read et al., 2004). Nepříznivé zkušenosti v dětství jsou formující faktor, který má vliv na každého jedince. Čím je jejich počet vyšší a charakter závažnější, tím je větší i pravděpodobnost nějaké patologie v dospělosti (Bryer et al., 1987). Tyto korelace potvrzují především to, že ti pacienti, kteří mají závažnější příznaky schizofrenie mají ve své anamnéze i častější výskyt těchto raných negativních zážitků.

Výsledky výzkumu rovněž říkají, že ti pacienti, kteří mají závažnější příznaky schizofrenie, vykazují vyšší míru disociace. Disociace hraje roli obranného mechanismu, který chrání integritu psychiky před bolestivým obsahem (Krause-Utz et al., 2017). Zároveň je svými projevy podobná příznakům schizofrenie a může se s nimi prolínat či je prohlubovat (Spitzer et al., 1997).

Přesto tyto výsledky nevyovídají o kauzalitě – tedy o tom, že by negativní zážitky či disociace měly způsobit rozvoj schizofrenie. Tento vztah se totiž nepodařilo vzhledem k velikosti vývěrového souboru ověřit, například strukturálním modelováním. Ačkoliv existuje zřejmá spojitost mezi negativními zážitky a disociací; čím četnější a subjektivně emočně intenzivnější jsou tyto zážitky, tím je i vyšší míra a četnost disociace (Krause-Utz et al., 2017; Spiegel & Cardena, 1991). Zároveň s častějším užitím disociace v souvislosti s nepříznivými událostmi stoupá i pravděpodobnost, že bude disociace užívaná i v běžném životě v rámci repertoáru běžných copingových mechanismů, a tudíž může ovlivňovat průběh a závažnost onemocnění i běžné fungování konkrétního jedince (Pollock, 2015).

Výsledky se shodují například s nálezy autorů Rosse a Keyese (2004) či Spitzera a kolektivu (1997), kteří zjistili, že pacienti, kteří vykazovali vyšší míru disociativních fenoménů, měli více negativních i pozitivních symptomů schizofrenie a v anamnéze časté nepříznivé zkušenosti v dětství.

Autorka Schroedel a kolektiv (2016) uvádí, že fyzické zneužívání a týrání sdělilo 32 % pacientů, sexuální zneužívání 17 % pacientů, 18 % pacientů hlásilo, že někdy byli svědky domácího násilí a téměř polovina pacientů splnila minimálně jednu podmínku svědčící o dysfunkci rodičů (N = 145). V tomto výzkumu (N = 55) uvedlo fyzické zneužívání a týrání 53 % pacientů se schizofrenií, sexuální zneužívání 11 % pacientů, 12 % pacientů uvedlo, že byli svědky násilí páchaného na matce a 49 % pacientů zmínilo rozchod nebo separaci rodičů.

Co se týká korelace mezi dotazníkem měřícím somatickou disociaci SDQ-20 škálou disociativních zkušeností, autoři škály uvádí, že jejich vztah je $r = 0,85$ (Nijenhuis, 2010). V tomto výzkumu vyšla síla korelace mezi těmito dvěma metodami síle $\rho = 0,579$, $p < 0,01$. Tento rozdíl je pravděpodobně způsoben velikostí a složením výzkumného souboru, nicméně i tak se jedná o silnou korelaci.

Kromě ověření jednotlivých korelací bylo nalezeno i několik statisticky významných rozdílů mezi skupinami pacientů napříč výsledky v jednotlivých metodách. V dotazníku SDQ-20 například prvohospitalizovaní pacienti (n = 8) skórovali průměrně výše než pacienti hospitalizovaní opakovaně (n = 47). Vyšší skóre v dotazníku SDQ-20 znamená, že u těchto pacientů byla přítomná vyšší míra somatické disociace. Pokud opomineme fakt, že výsledky vyšly signifikantní na malém souboru, jde o úkaz stojící minimálně za úvahu. Nabízí se otázka, zda se nižší míra somatické disociace u pacientů, kteří jsou hospitalizováni opakovaně, vyskytla ve výzkumném souboru náhodně, nebo je kupříkladu ukazatelem toho, že fungují léčebná opatření a že pacienti během léčby získávají náhled, znalosti, a dovednosti, které snižují míru somatické disociace – například dokáží lépe vyjádřit své pocity než pacienti, kteří ještě tímto léčebným a edukačním procesem neprošli. Nicméně tuto hypotézu by bylo nutné ověřit na větším a reprezentativnějším výběrovém souboru.

Podobná úvaha se nabízí nad výsledkem analýzy rozdílu na škále disociativních zkušeností DES v závislosti na vzdělání. Ve výběrovém souboru vykazovaly signifikantní rozdíly dvě skupiny – pacienti se základním vzděláním (n = 10) a pacienti s vysokoškolským vzděláním (n = 7). Pacienti se základním vzděláním dosahovali průměrně vyššího skóre než pacienti s vysokoškolským vzděláním, tj. pacienti se základním vzděláním mají v tomto výběrovém souboru v průměru vyšší míru disociativních zážitků. Dotazník DES však z výzkumů zkoumající validitu a jiné psychometrické vlastnosti tyto rozdíly mezi demografickými skupinami nepotvrdil (Bernstein & Putnam, 1986; van Ijzendoorn & Schuengel, 1996). Je tudíž nasnadě, že výsledek je v tomto případě spíše zatížen chybou plynoucí z charakteristik výběrového souboru. Nejvyšší dosažené vzdělání nám klinicky může napovědět o důležitých ukazatelích a těmi jsou například premorbidní intelekt či společenské postavení. Nicméně o tom, že intelekt je na disociaci nezávislý konstrukt píše například Ptáček ve své disertační práci (2006).

Další rozdíl se ukázal na škále disociativních zkušeností DES mezi muži (n = 43) a ženami (n = 12), kde ženy skórovaly průměrně výše než muži. Z představení použitých metod víme, že na reprezentativních souborech, na kterých byly ověřovány psychometrické vlastnosti této škály, se takovéto rozdíly neprokázaly – tedy že skóre žen by se nemělo lišit od skóre mužů (Bernstein & Putnam, 1986; van Ijzendoorn & Schuengel, 1996).

Proto vyvstává otázka, odkud se vzal tento rozdíl ve výběrovém souboru. Jednak svou roli může hrát malý počet žen ve výběrovém souboru, a jednak to, že ženy, které se do výzkumu zapojily, byly většinou spíše v počátcích stabilizace onemocnění, nikoliv těsně před propuštěním do ambulantní léčby, jak tomu bylo u velké části mužů.

Na stejné úskalí narážíme i s rozdíly mezi muži (n = 43) a ženami (n = 12) na klinické škále BPRS, které také vyšly signifikantní. Zde ženy opět průměrně skórovaly výše než muži – to znamená, že vykazovaly vyšší závažnost psychiatrických symptomů oproti mužům. Jak bylo zmíněno v předchozím případě, dílem tento výsledek může být zkreslený nepoměrem žen vůči mužům, dílem malým počtem žen v tomto souboru a dílem tím, že muži v tomto výběrovém souboru byli většinou blíže propuštění do ambulantní péče než ženy.

Na škále BPRS rovněž vyšel signifikantní rozdíl mezi pacienty, kteří jsou v invalidním důchodu (n = 33) a pacienty, kteří jsou zaměstnaní, popřípadě samostatně výdělečně činní (n = 9). Pacienti, kteří jsou v invalidním důchodu, průměrně vykazují závažnější psychiatrické příznaky než pacienti, kteří pracují. I v tomto případě mohl být výsledek vzhledem k velikosti a složení výběrového souboru zatížen chybou. Nicméně invalidní důchod je pacientům udělován dle přísných kritérií, které stojí na předpokladu, že onemocnění má velký dopad na pacientův život a jeho fungování, tj. pacient vykazuje takové příznaky onemocnění, které mu zneschopňují pracovat na plný pracovní úvazek (Česká správa sociálního zabezpečení, nedat.). V tomto případě výsledky BPRS s tímto předpokladem korespondují, neboť pracující pacienti nedosahují takové závažnosti příznaků jako pacienti v invalidním důchodu.

Na škále BPRS pacienti nejvíce skórovali na položkách týkající se úzkosti a pocitů viny a podezíravosti a halucinací. Nejvíce byly syceny škály afektivních a pozitivních symptomů. Což například Schäfer a kolektiv (2012) a Sar a kolektiv (2010) dávají do souvislosti s disociací.

Dále bylo skóre pacientů se schizofrenií (N = 55) v dotazníku ACE srovnáno se skóry neklinické populace (N = 127). Ukázalo se, že pacienti se schizofrenií mají více nepříznivých zkušeností než probandi bez duševního onemocnění. Téměř 80 % neklinické populace mělo ACE skór mezi 0-2, dalších 20 % probandů skórovalo do 6 bodů. U pacientů se schizofrenií mělo skór mezi 0-2 body pouze 40 % výběrového souboru, zbylých 60 % pacientů skórovalo

v ACE mezi 3 až 9 body. Tento výsledek odpovídá předpokladům, ale je nutné myslet na to, že ani pacienti se schizofrenií (N = 55), ani neklinická populace (N = 127), nejsou dostatečně reprezentativní soubory na zobecnění těchto závěrů.

V ostatních analýzách se neprokázal žádný signifikantní rozdíl v použitých metodách v závislosti na demografických charakteristikách či anamnestických údajích.

Cronbachova alfa škály disociativních zážitků DES s hodnotou 0,925 vykazuje skvělou vnitřní konzistenci jednotlivých položek, v závěsu za ní je dotazník somatické disociace SDQ-20 s hodnotou Cronbachovy alfy 0,879. Akceptovatelná hodnota Cronbachovy alfy je 0,752, což je hodnota klinické škály BPRS. Diskutabilní je hodnota vnitřní konzistence u škály ACE, ta vyšla 0,670. Tyto hodnoty odpovídají hodnotám z výzkumů, které zkoumaly na validitu a reliabilitu těchto metod (Ijzendoorn & Schuengel, 1996; Nicholson, 1995; Ptáček & Bob, 2009).

Přínos práce a aplikace výsledků

Tento výzkum potvrdil vztah mezi disociací, ranými negativními zážitky a závažností příznaků schizofrenie, nicméně pro zobecnění výsledků na celou populaci pacientů se schizofrenií v České republice by bylo potřeba provést výzkum na reprezentativním souboru, který by odrážel reálnou stratifikaci pacientů. Přesto výsledky tohoto výzkumu mohou být využitelné v klinické praxi, a to v rámci léčby pacientů se schizofrenií. Zda-li psychoterapeutické zpracování raných negativních zážitků může vést ke zmírnění projevů disociace potažmo i symptomů schizofrenie, a tím i zlepšení prognózy onemocnění, může být námětem dalších výzkumů.

Limity výzkumu

Tento výzkum a jeho výsledky mají své limity, které je potřeba mít na zřeteli při interpretaci výsledků. Jde v první řadě o možná zkreslení stran výběrového souboru. Výběrový soubor se skládal z 55 pacientů, což je poměrně malé číslo k vytvoření obecnějších závěrů a k podrobení důkladnějším statistickým analýzám. Ač tento výběrový soubor obsahoval pacienty z jednoho diagnostického okruhu (F20.0 Paranoidní schizofrenie), bylo by ideální mít soubor alespoň o velikosti 100 pacientů, tedy téměř dvojnásobně veliký, či ještě větší. Tento počet neumožnil ověřit komplexní vztah mezi ranými negativními zážitky, disociací a závažností příznaků schizofrenie, např. pomocí strukturálního

modelování. Samotné složení výzkumného souboru rovněž může výsledky výzkumu zkreslovat. Jednak jde o poměr žen vůči mužům (12 žen ku 43 mužům), jednak o nehomogenitu souboru vzhledem k různé fázi léčby. Do výzkumu byli zařazeni všichni pacienti, které lékař uznal za stabilizované a schopné se výzkumu zúčastnit, tudíž se ho účastnili pacienti těsně před propuštěním do ambulantní léčby i pacienti z uzavřených oddělení s vidinou brzkého přeřazení na oddělení otevřená, kde je čekala další fáze léčby. Je potřeba brát zřetel i na motivaci pacientů k účasti ve výzkumu. Účast byla z etických důvodů dobrovolná, tudíž se do výzkumu mohli hlásit pacienti s jinými charakteristikami, například touha pomáhat či konformita, než jaké jsou v celé cílové populaci (Svoboda, 2005). V některých případech mohla být účast motivovaná tím, že k jejich aktivitě přihlédl lékař při posuzování vhodnosti dovolenky či případného propuštění do ambulantní léčby. Rovněž v tomto kontextu vyvstává otázka, zdali hospitalizovaní pacienti nevykazují jiné charakteristiky než pacienti se schizofrenií, kteří dokáží svou nemoc léčit ambulantně. Bylo by minimálně zajímavé tyto dvě skupiny porovnat v samostatném výzkumu, ve kterém by byl reprezentativní soubor české populace pacientů se schizofrenií – tj. odpovídající co nejvíce reálné stratifikaci cílové populace.

Dalším limitem výzkumu je samotný způsob sběru dat, tedy zvolené metody – dotazníky SDQ-20 a ACE a škály DES a BPRS. Nástroje jsou to validní, s uspokojivými psychometrickými vlastnostmi, ověřenými mnohými výzkumy (Felitti et al., 1998; Bernstein & Putnam, 1986; van Ijzendoorn & Schuengel, 1996; Nijenhuis, 2010; Nijenhuis et al., 1996; Overall & Gorham, 1962) ale výtěžnost dat je vázaná na subjektivitu – u prvních třech metod je to schopnost introspekce a sebezposouzení probandů, u škály BPRS jde o klinickou zkušenost a schopnost observace výzkumníka. Schopnost introspekce je napříč populací různá, a pokud navíc pomocí introspekce zkoumáme u pacientů se schizofrenií disociaci, která je ze své podstaty určitým odpojením od somatických i psychických prožitků (Svoboda, 2005; Procházka, 2011), může být použití těchto nástrojů značně zkreslující. Kromě toho je nezbytné zmínit i efekt, který se často objevuje v souvislosti se sebezposuzovacími metodami, a tím je potřeba odpovídat sociálně žádoucím způsobem a zlehčovat patologii (Svoboda, 2005). Zejména u pacientů před propuštěním byly tyto tendence citelnější. Výsledky mohla zkreslit i zvýšená únavnost pacientů, projevující se jednak v důsledku onemocnění samotného, tak především v důsledku užívaných léků.

Někteří pacienti navíc potřebovali některé věci dovysvětlit, což rozhodně není standardní způsob administrace těchto metod a nebyl tak zajištěn základní předpoklad rovnosti výchozích podmínek ze strany autorky. Nicméně toto opatření má své opodstatnění právě vzhledem k cílové populaci, protože většina pacientů by nebyla schopná výzkum bez pomoci dokončit. V případě klinické škály BPRS je to zase subjektivita na straně výzkumníka, který vede klinický rozhovor. Samotná metoda počítá s tím, že výzkumník používající tuto metodu má klinické zkušenosti a ví, jak vést diagnostický rozhovor a jak rozpoznat psychiatrické symptomy. Nicméně metoda není exaktní a záleží především na pozorovacích a komunikačních schopnostech výzkumníka a rovněž zde není zcela vyloučen vliv osobních sympatií vůči pacientovi při posuzování jednotlivých symptomatických oblastí. Dalším úskalím může být použití metody ACE. Byl použit překlad autorky, který byl ověřen pouze na populaci 127 probandů z neklinické populace. Dotazník vykazuje slabou vnitřní konzistenci, Cronbachova alfa neklinické populace byla 0,542 a u pacientů se schizofrenií 0,670.

10. Závěry

Výsledky statistické analýzy ukázaly, že u pacientů se schizofrenií pozitivně koreluje závažnost příznaků schizofrenie s úrovní somatické ($\rho = 0,563$; $p < 0,01$) i psychické disociace ($\rho = 0,442$; $p < 0,01$). Čím vykazují pacienti závažnější příznaky schizofrenie, tím je u nich vyšší míra obou typů disociace. V případě somatické disociace jde o silnou pozitivní korelaci, v případě psychické disociace o středně silnou pozitivní korelaci. Výzkum rovněž potvrdil, že se závažností příznaků schizofrenie pozitivně korelují i rané negativní zážitky v rodině ($\rho = 0,352$; $p < 0,01$). Čím více raných negativních zážitků v rodině pacienti během svého dětství a dospívání zažili, tím vykazují závažnější příznaky duševního onemocnění. V tomto případě jde o středně silnou pozitivní korelaci. Rovněž se potvrdila pozitivní korelace mezi psychickou ($\rho = 0,418$; $p < 0,01$) i somatickou disociací ($\rho = 0,443$; $p < 0,01$) a ranými negativními zážitky. Čím více raných negativních zážitků pacienti uvedli, tím více skórovali v metodách měřících disociaci. V obou případech jde o středně silnou pozitivní korelaci. V neposlední řadě se potvrdil i vztah mezi somatickou a psychickou disociací ($\rho = 0,579$; $p < 0,01$). Čím více pacienti skórovali na škále psychické disociace, tím větších skóre dosahovali v dotazníku somatické disociace. Jde o silnou pozitivní korelaci. Nicméně ke zobecnění všech závěrů je potřeba výsledky ověřit na větším a reprezentativnějším výběrovém souboru.

Z výsledků vyplývá, že existuje přímá souvislost mezi těmito třemi fenomény, tudíž je možné tohoto vztahu využít ve prospěch pacientů a cílit terapeuticky na jednotlivé symptomy v rámci léčby. Zda, popřípadě v jaké míře, dojde například po terapeutickém zpracování raných negativních zážitků ke snížení závažnosti příznaků schizofrenie anebo snížení disociace, může být námětem pro další výzkumy.

Souhrn

Tato diplomová práce se zabývá tématem z oblasti klinické psychologie. Cílem práce je ověřit vztah mezi disociací, ranými negativními zážitky a závažností příznaků u pacientů se schizofrenií.

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění s multifaktoriální etiologií. Vyznačuje se především narušením psychických funkcí jako je vnímání, myšlení a cítění (Orel et al., 2012). Příznaky schizofrenie se typicky dělí na pozitivní (halucinace, bludy atd.) a negativní, (oploštělá emotivita, abulie, aj.), popřípadě se zvláště vyčleňuje ještě kognitivní deficit (Ocisková & Praško, 2015). V MKN-10 nalezneme schizofrenii v okruhu F20, kde se dělí na různé podtypy – paranoidní, hebefrenní, katatonní, aj., od kterých se v MKN-11 vzhledem k nízké prognostické stabilitě upouští a dělí se především na základě převažujících symptomů (Gaebel, 2012). Dalším zdrojem poskytující diagnostická kritéria může být například DSM-V (American Psychiatric Association, 2013).

Variabilita celoživotní prevalence pohybuje mezi 0,5–1 % populace, nezávisle na kultuře, pohlaví či geografických podmínkách (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2007; American Psychiatric Association, 1994; Schizophrenia and Related Disorders Alliance of America, nedat.). Prevalence schizofrenie v České republice je dle zprávy Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky (2007) 40,2 případů na 10 000 obyvatel. Incidence se liší mezi pohlavími dle věku, celkově se jedná o 2-4 případy na 10 000 obyvatel ročně. U mužů je typický dřívější nástup onemocnění (Češková, 2012). Muži v průměru zažívají první epizodu schizofrenie mezi 20. a 25. rokem, u žen je to mezi 30. a 35. rokem (American Psychiatric Association, 2013).

Jak již bylo zmíněno, schizofrenie je nemoc s multifaktoriální etiologií. Klíčovými faktory jsou predispozice, jako je dědičnost, neurobiologická zranitelnost a zátěž, zejména stres, socioekonomické podmínky, prostředí, vztahy, návykové látky (Libiger, 2002). Kromě genetických a biologických teorií je vlivná například i teorie přičítající vznik schizofrenie psychosociálnímu stresu a zvýšené vulnerabilitě (Nuechterlein & Dawson, 1984; Zubin & Spring, 1977).

Hlavním pilířem léčby je farmakoterapie, ve které dominují antipsychotika druhé generace (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Farmakoterapie dobře působí zejména

na pozitivní příznaky (Smolík, 2002). V některých se užívá elektrokonvulzivní terapie – ECT (Sanghani et al., 2018; Salzman, 1980). Nedílnou součástí léčby jsou i psychosociální intervence, zaměřené především na edukaci, náhled na onemocnění, práci s bludy, prevenci relapsu, nácvik dovedností, komunikaci v rodině či psychosociální rehabilitaci. Individuální psychoterapie nebývá pravidlem (Edwards et al., 2002; Casey et al., 2016; Kalina, 2001; Kratochvíl, 1997; Syřišťová, 1965; Syřišťová, 1989). Mezi speciální programy patří například preventivní program ITAREPS (*Information Technology Aided Relaps Prevention in Schizophrenia*) (Španiel, 2006), či PRELAPSE, který doporučuje i Světová zdravotnická organizace (WHO). Tento program cílí na čtyři důležité oblasti – edukaci o nemoci, odstranění stigmatu, zlepšení komunikace a na fenomén *expressed emotions* (Pidrman & Masopust, 2002). Na ověření v různých sociogeografických podmínkách čeká finský komunitní přístup k pacientům *Open Dialogue* (Seikkula & Arnkil, 2013).

Až 69 % žen a 60 % mužů, kteří jsou léčeni s psychiatrickou diagnózou, v dětství zažili nějakou formu fyzického, psychického nebo sexuálního zneužívání (Read et al., 2004). Čím závažnější jsou negativní zkušenosti v dětství, tím je větší pravděpodobnost nějaké psychopatologie v dospělosti (Bryer, Nelson, Miller, & Kroll, 1987; Mullen, Martin, Anderson, Romans, & Herbison, 1993). Pacienti, kteří byli v dětství zneužíváni, a bylo s nimi špatně zacházeno, mají dřívější nástup onemocnění, vyšší počet hospitalizací, četnější relapsy, menší sociální oporu a větší riziko spáchání sebevraždy (Beck & Van der Kolk, 1987). Beck a Van der Kolk (1987) zároveň tvrdí, že u pacientů s negativními zkušenostmi v dětství je přítomna i větší míra halucinací a bludů.

Mezi nepříznivé zkušenosti v dětství či rané negativní zážitky se řadí například psychické a fyzické zanedbávání, psychické, fyzické a sexuální zneužívání a týrání, rozchod či separace rodičů, domácí násilí páchané na jiném členovi domácnosti, člen domácnosti s psychiatrickou diagnózou, pokus o sebevraždu člena domácnosti, kriminální historie člena domácnosti a závislost na alkoholu člena domácnosti (Felitti et al., 1998; Centers for Disease Control and Prevention, 2016).

Schenkel a kolektiv (2005) u 45 % pacientů se schizofrenií (N = 40) objevili nějakou podobu zneužívání. Tito byli častěji hospitalizováni, nemoc u nich propukla v dřívějším věku, dosáhli nižšího vzdělání, přičemž samotná školní docházka pro ně byla obtížnější než u pacientů, kteří negativní zkušenosti v dětství nevedli. Měli rovněž vyšší skóre na škále

BPRS v položkách týkající se úzkosti a depresivní nálady a na položkách týkajících se halucinací a bludů.

Schizofrenie a disociace spolu mají úzký historický i teoretický vztah. V obou případech se překrývají především pozitivní příznaky, jako jsou sluchové halucinace, bludné vnímání či odnímání a vkládání myšlenek. Tyto symptomy bývají obvykle spojovány hlavně se schizofrenií. Jejich četnost u pacientů s disociativními poruchami je dokonce vyšší než u pacientů se schizofrenií (Vogel et al., 2009). Disociace je reakce na extrémní stresovou situaci a jejím účelem je ochránit psychiku od bolestivých podnětů a zachovat její integritu (Krause-Utze et al., 2017). S disociací je spojena široká škála psychických symptomů, např. depersonalizace, derealizace, fragmentace paměťových stop a somatoformních symptomů např. necitlivost vůči bolesti (Waller et al., 1996). K disociaci může mít jedinec obecné tendence – disociace jako rys osobnosti, nebo se může jednat o přechodnou situaci – disociace jako reakční stav (Krause-Utz et al., 2017). V určité míře může být disociace i nepatologický obranný mechanismus, který chrání před přehlcením psychiky a využije jej občas každý jedinec (Procházka, 2011).

Pacienti se schizofrenií mají vyšší skóre na škálách disociace než probandi bez klinické zátěže. V rámci pacientů se schizofrenií pacienti s vyšší mírou pozitivních příznaků skórují výše v disociaci než pacienti s méně pozitivními příznaky (Steingard & Frankel, 1985; Bob et al., 2006; Spitzer et al., 1997). Mezi pacienty s psychózou, kteří v dětství trpěli nějakou formou psychického či fyzického strádání, zejména sexuálním zneužíváním nebo dysfunkčním rodinným zázemím, byla zjištěna souvislost mezi těmito zážitky a disociací v dospělosti (Schroedel et al., 2016; Schäfer et al., 2012). Pacienti se schizofrenií, kteří vykazovali vyšší míru disociativních fenoménů, měli ve své anamnéze častější výskyt těžkých traumat, více negativních i pozitivních symptomů schizofrenie a častější komorbiditu s jiným onemocněním (Ross & Keyes, 2004). V jiném výzkumu (N = 145) uvedlo fyzické zneužívání 32 % pacientů se schizofrenií, sexuální zneužívání 17 % pacientů, 18 % pacientů bylo svědky domácího násilí v rodině. Téměř polovina pacientů uvedla dysfunkci rodičů (Schroedel et al., 2016).

Na základě rešerše literatury byly formulovány hypotézy o souvislosti závažnosti příznaků schizofrenie, somatické disociace, psychické disociace a nepříznivých zkušeností v dětství. Tyto byly operacionalizovány pro potřeby kvantitativního výzkumu.

Sběr dat proběhl skrze dotazníkové šetření a klinický rozhovor. Pro měření somatické disociace byl zvolen dotazník SDQ-20, pro měření psychické disociace škála disociativních zážitků DES, na změření raných negativních zážitků v dětství byl použit dotazník ACE a na určení závažnosti příznaků schizofrenie byla použita klinická škála BPRS. Kromě těchto metod byl použit i demografický dotazník, který je k nahlédnutí v přílohách, a byla zjišťována některá anamnestická data, která jsou taktéž k nahlédnutí v přílohách.

Výzkum probíhal od listopadu 2016 do května 2018 a zúčastnilo se jej 70 pacientů, z toho 7 pacientů účast odřeklo a 8 pacientů bylo vyřazeno z důvodu nevyhovující diagnózy. Do statistické analýzy bylo zařazeno 55 pacientů s diagnózou paranoidní schizofrenie. Sběr dat proběhl na třech pracovištích – PN Opava (n = 29), PN Kroměříž (n = 16) a PL Kosmonosy (n = 10). Vhodné pacienty vybíral pro výzkum lékař či jiná pověřená osoba. Podmínky pro účast ve výzkumu byly následující – pacient hospitalizovaný v zařízení s lékařskou péčí, pacient s diagnózou z okruhu F20.x, starší 18 let, stabilizovaný, s intelektem alespoň v pásmu širší normy, ochotný se výzkumu zúčastnit. Metody administrovala osobně a individuálně autorka této práce. Účast ve výzkumu byla dobrovolná a všechna získaná data byla anonymizována. Každý podepsal informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a souhlas se sdělením informací z lékařské dokumentace. Jednalo se o diagnózu, rok první hospitalizace, počet hospitalizací celkem a užívanou medikaci.

Výsledky byly získány statistickou analýzou v programu SPSS 23.0. Konkrétně se jednalo, vzhledem k nenormálnímu rozložení dat (ověřil Shapiro-Wilkův test), o Spearmanovu korelaci pro ověření hypotéz. Dalšími použitými analýzami byly Mann-Whitneyův U test, Kruskal-Wallisův test či Dunnův post-hoc test. Data byla získána od 55 pacientů (43 mužů, 12 žen), s věkovým rozpětím od 21 do 58 let.

Pomocí Spearmanova korelačního koeficientu byl ověřen vztah mezi skóre SDQ-20 a BPRS. Byl nalezen signifikantní vztah o síle $\rho = 0,563$ ($p < 0,01$). Rovněž byl ověřen vztah mezi skóre DES a BPRS. I zde byl nalezen signifikantní vztah o síle $\rho = 0,442$ ($p < 0,01$). Taktéž vztah mezi skóre ACE a BPRS, $\rho = 0,352$ ($p < 0,01$), vztah mezi skóre ACE a SDQ-20, $\rho = 0,443$ ($p < 0,01$), vztah mezi skóre ACE a DES $\rho = 0,418$ ($p < 0,01$) a vztah mezi skóre SDQ-20 a DES $\rho = 0,579$ ($p < 0,01$). Všechny hypotézy byly přijaty na hladině významnosti $p < 0,01$.

Všechny metody spolu pozitivně korelují, tzn., že u pacientů se schizofrenií existuje přímá úměrnost mezi somatickou disociací a závažností příznaků schizofrenie, přímá úměra mezi psychickou disociací a závažností příznaků schizofrenie a mezi závažností příznaků a nepříznivými zkušenostmi v dětství. Taktéž existuje přímá úměrnost mezi psychickou disociací a nepříznivými zkušenostmi v dětství a somatickou disociací a nepříznivými zkušenostmi v dětství. Rovněž spolu přímo úměrně souvisí psychická a somatická disociace.

Tyto výsledky se shodují s nálezy výše zmiňovaných zahraničních výzkumů. Pro zobecnění na českou populaci pacientů se schizofrenií je však potřeba provést výzkum na reprezentativním vzorku dané populace. Obdobný výzkum v České republice zatím realizován nebyl, tudíž se jedná o možný podklad pro budoucí badatele.

Seznam použitých zdrojů a literatury

1. AlAqeel, B., & Margolese, H. C. (2013). Remission in Schizophrenia: Critical and Systematic Review. *Harvard Review of Psychiatry*, 20(6), 281–297. doi:10.3109/10673229.2012.747804
2. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV* (4. vyd.). Washington (DC): American Psychiatric Association.
3. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V* (5. vyd.). Washington (DC): American Psychiatric Association.
4. Bandelow, B., Charimo Torrente, A., Wedekind, D., Broocks, A., Hajak, G., & Rüther, E. (2004). Early traumatic life events, parental rearing styles, family history of mental disorders, and birth risk factors in patients with social anxiety disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254(6), 397–405. doi:10.1007/s00406-004-0521-2
5. Bankovská Motlová, L., & Španiel, F. (2017). *Schizofrenie: Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. Praha: Mladá fronta.
6. Beck, J. C., & Van der Kolk, B. A. (1987). Reports of childhood incest and current behavior of chronically hospitalized psychotic women. *American Journal of Psychiatry*, 144(11), 1474–1476. doi:10.1176/ajp.144.11.1474
7. Bernstein, E. M. & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735.
8. Bob, P., Glaslova, K., Susta, M., Jasova, D. & Raboch, J. (2006). Traumatic dissociation, epileptic-like phenomena, and schizophrenia. *Neuroendocrinology letters*, 27(3), 321–326.
9. Brown, A. S. (2006). Prenatal Infection as a Risk Factor for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 32(2), 200–202. doi:10.1093/schbul/sbj052
10. Brown, G. W., Birley, J. L. T., & Wing, J. K. (1972). Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders: A Replication. *The British Journal of Psychiatry*, 121 (3), 241–258. doi:10.1192/bjp.121.3.241

11. Bryer, J. B., Nelson, B. A., Miller, J. B., & Krol, P. A. (1987). Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry*, *144*(11), 1426–1430. doi:10.1176/ajp.144.11.1426
12. Carr, A. (2005). *The handbook of child and adolescent clinical psychology: a contextual approach*. New York: Brunner-Routledge.
13. Casey, D., Brown, L., Gajwani, R., Islam, Z., Jasani, R., Parsons, H., ... Singh, S. P. (2016). Predictors of engagement in first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*, *175*(1–3), 204–208. doi: 10.1016/j.schres.2016.04.030
14. Centers for Disease Control and Prevention. (2016). *About the CDC-Kaiser ACE Study*. Získáno z <https://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/about.html>
15. Česká správa sociálního zabezpečení. (nedat.). *Vyplácené invalidní důchody v ČR dle skupin diagnóz*. Získáno z <https://www.cssz.cz/cz/duchodove-pojisteni/davky/invalidni-duchody.htm>.
16. Český statistický úřad. (2018). *Pohyb obyvatelstva – rok 2017*. Získáno z <https://www.czso.cz/csu/czso/cri/pohyb-obyvatelstva-rok-2017>.
17. Češková, E. (2012). *Schizofrenie a její léčba*. Praha: Maxdorf.
18. Davis, K., Kahn, R., Ko, G., & Davidson, M. (1991). Dopamine in schizophrenia: A review and reconceptualization. *American Journal of Psychiatry*, *148*(11), 1474–1486. doi: 10.1176/ajp.148.11.1474
19. Edwards, V. J., Anda, R. F., Gu, D., Dube, S. R., & Felitti, V. J. (2007). Adverse childhood experiences and smoking persistence in adults with smoking-related symptoms and illness. *The Permanente journal*, *11*(2), 5–13. doi:10.7812/TPP/06-110
20. Fatemi, S. H., & Folsom, T. D. (2009). The Neurodevelopmental Hypothesis of Schizophrenia, revisited. *Schizophrenia Bulletin*, *35*(3), 528–548. doi:10.1093/schbul/sbn187
21. Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many

- of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. doi:10.1016/s0749-3797(98)00017-8
22. Gaebel, W. (2012). Status of psychotic disorders in ICD-11. *Schizophrenia bulletin*, 38(5), 895–898. doi:10.1093/schbul/sbs104
23. Gainer, K. (1994). Dissociation and schizophrenia: An historical review of conceptual development and relevant treatment approaches. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 7(4), 261–271.
24. Gelles, R. J. (1987). *Family violence*. (2. vyd.). London: SAGE.
25. Gil, A., Gama, C. S., de Jesus, D. R., Lobato, M. I., Zimmer, M., & Belmonte-de-Abreu, P. (2009). The association of child abuse and neglect with adult disability in schizophrenia and the prominent role of physical neglect. *Child Abuse & Neglect*, 33(9), 618–624. doi:10.1016/j.chiabu.2009.02.006
24. Gottesman, I. (1991). *Schizophrenia Genesis: The Origins of Madness*. New York: Freeman.
25. Grace, A. A. (1991). Phasic versus tonic dopamine release and the modulation of dopamine system responsivity: A hypothesis for the etiology of schizophrenia. *Neuroscience*, 41(1), 1–24. doi:10.1016/0306-4522(91)90196-U
26. Hanzlíček, L., Kožený J., & Höschl C. (1983). Diskriminační vlastnosti a korelační struktura krátké psychiatrické posuzovací stupnice (BPRS). (Discriminant properties and correlation structure of the Brief Psychiatric Rating Scale). *Zprávy VÚPs*, 63.
27. Heads, T. C., Taylor, P. J., & Leese, M. (1997). Childhood experiences of patients with schizophrenia and a history of violence: a special hospital sample. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 7(2), 117–130. doi:10.1002/cbm.157
28. Holden, G. W. (2003). Children Exposed to Domestic Violence and Child Abuse: Terminology and Taxonomy. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(3), 151–160. doi:10.1023/a:1024906315255

29. Höschl, C., Kožený, J., & Hanzlíček, L. (1994). Validita Krátké psychiatrické posuzovací stupnice – BPRS (Validity of the Brief Psychiatric Rating Scale). *Bratislavské lékařské Listy*, 95(11), 527–532.
30. Howes, O. D., & Kapur, S. (2009). The Dopamine Hypothesis of Schizophrenia: Version III--the Final Common Pathway. *Schizophrenia Bulletin*, 35(3), 549–562. doi:10.1093/schbul/sbp006
31. Insel, T. R. (2010). Rethinking schizophrenia. *Nature*, 468(7321), 187–193. doi:10.1038/nature09552
32. Janík, A., & Dušek, K. (1974). *Diagnostika duševních poruch*. Praha: Avicenum.
33. Jääskeläinen, E., Juola, P., Hirvonen, N., McGrath, J. J., Saha, S., Isohanni, M., ... Miettunen, J. (2013). A Systematic Review and Meta-Analysis of Recovery in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 39(6), 1296–1306. doi:10.1093/schbul/sbs130
34. Kalina, K. (2001). *Jak žít s psychózou*. Praha: Portál.
35. Kalmann, F. J. (1946). The genetic theory of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 103(3), 309–322. doi:10.1176/ajp.103.3.309
36. Karayiorgou, M., & Gogos, J. A. (2006). Schizophrenia genetics: uncovering positional candidate genes. *European Journal of Human Genetics*, 14(5), 512–519. doi:10.1038/sj.ejhg.5201587
37. 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.
38. Kratochvíl, S. (1997). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
39. Krause-Utz, A., Frost, R., Winter, D., & Elzinga, B. M. (2017). Dissociation and Alterations in Brain Function and Structure: Implications for Borderline Personality Disorder. *Current psychiatry reports*, 19(1), 6. doi: 10.1007/s11920-017-0757-y
40. Leucht, S., Corves, C., Arbter, D., Engel, R. R., Li, C., & Davis, J. M. (2009). Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta analysis. *The Lancet*, 373(9657), 31–41. doi:10.1016/s0140-6736(08)61764-x

41. 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
42. Libiger, J. (1990). *Schizofrenie*. Praha: Psychiatrické centrum.
43. Libiger, J. (2002). *Schizofrenní poruchy*. In Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (Eds.), *Psychiatrie* (341–401). Praha: Tigris.
44. Lögdberg, B., Nilsson, L.-L., Levander, M. T., & Levander, S. (2004). Schizophrenia, neighbourhood, and crime. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *110*(2), 92–97. doi:10.1111/j.1600-0047.2004.00322.x
45. Marenco, S., & Weinberger, D. (2000). The neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia: following a trail of evidence from cradle to grave. *Development and Psychopathology*, *12*(3), 501–527. doi: 10.1017/S0954579400003138
46. McGrath, J., Saha, S., Chant, D., & Welham, J. (2008). Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence, and Mortality. *Epidemiologic Reviews*, *30*(1), 67–76. doi:10.1093/epirev/mxn001
47. McGrath, J., Saha, S., Welham, J., El Saadi, O., MacCauley, C., & Chant, D. (2004). A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Medicine*, *2*(1). doi:10.1186/1741-7015-2-13
48. Mergler, M., Driessen, M., Lüdecke, C., Ohlmeier, M., Chodzinski, C., Weirich, S., ... TRAUMAB Studygroup. (2017). Relationships between a Dissociative Subtype of PTSD and Clinical Characteristics in Patients with Substance Use Disorders. *Journal of Psychoactive Drugs*, *49*(3), 225–232. doi:10.1080/02791072.2017.1296209
49. Messias, E. L., Chen, C.-Y., & Eaton, W. W. (2007). Epidemiology of Schizophrenia: Review of Findings and Myths. *Psychiatric Clinics of North America*, *30*(3), 323–338. doi: 10.1016/j.psc.2007.04.007

50. Morgan, C., & Fisher, H. (2007). Environment and Schizophrenia: Environmental Factors in Schizophrenia: Childhood Trauma - A Critical Review. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 3–10. doi:10.1093/schbul/sbl053
51. Moskowitz, A. (2011). Schizophrenia, Trauma, Dissociation, and Scientific Revolutions. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(4), 347–357. doi:10.1080/15299732.2011.573770
52. Mufsonová, S., & Kranzová, R. (1996). *O týrání a zneužívání*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.
53. Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E., & Herbison, P. (1993). Child sexual abuse and mental health in adult life. *British Journal of Psychiatry*, 163(6), 721–732. doi:10.1192/bjp.163.6.721
54. Murray, R. M., Quigley, H., Quattrone, D., Englund, A., & Di Forti, M. (2016). Traditional marijuana, high-potency cannabis and synthetic cannabinoids: increasing risk for psychosis. *World Psychiatry*, 15(3), 195–204. doi:10.1002/wps.20341
55. 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
56. Nijenhuis, E.R. (2010). The Scoring And Interpretation of the SDQ-20 and SDQ-5. *Activitas Nervosa Superior*, 52(1), 24-28.
57. Nijenhuis, E.R.S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1996). The development and the psychometric characteristics of the Soma-toform Dissociation Questionnaire (SDQ 20). *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(11), 688-94.
58. Nijenhuis, E.R.S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1997). The development of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ 5) as a screening instrument for dissociative disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 311-318.
59. Nuechterlein, K. H., & Dawson, M. E. (1984). A Heuristic Vulnerability/Stress Model of Schizophrenic Episodes. *Schizophrenia Bulletin*, 10(2), 300–312. doi:10.1093/schbul/10.2.300

60. Ocisková, M., & Praško, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada.
61. O'Driscoll, C., Laing, J., & Mason, O. (2014). Cognitive emotion regulation strategies, alexithymia and dissociation in schizophrenia, a review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 34*(6), 482–495. doi: 10.1016/j.cpr.2014.07.002
62. Orel, M., et al. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada.
63. Overall, J. E., Hollister, L. E., & Pichot, P. (1967). Major Psychiatric Disorders. *Archives of General Psychiatry, 16*(2), 146. doi:10.1001/archpsyc.1967.01730200014003
64. Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports, 10*(3), 799–812. doi:10.2466/pr0.1962.10.3.799
65. Pemová, T., & Ptáček, R. (2016). *Zanedbávání dětí*. Praha: Grada.
66. Pidrman, V., & Masopust, J. (2002). Psychoedukační program prelapse. *Psychiatrie pro praxi, 4*, 161–167. Získáno 25. února 2019 z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2002/04/05.pdf>
67. Pollock, A. (duben, 2015). The Brain in Defense Mode: How Dissociation Helps Us Survive. Získáno z https://www.goodtherapy.org/blog/the-brain-in-defense-mode-how-dissociation-helps-us-survive-0429155?fbclid=IwAR3fwqC5m_uuAtSO4pQfDZ3WJXy3YtI8f9-M3AWh7FNj-JJEVKOXY7GEZRg
68. Procházka, R. (2011). *Disociace, alexithymie a self u lidí závislých na alkoholu*. (Dizertační práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
69. Příkryl, R. & Khollová, M. (2012). Prevalence remise a úzdravy u schizofrenie v České republice. *Česká a slovenská psychiatrie, 108*(4), 171–176.
70. Ptáček, R. (2006). Obecně psychologické a osobnostní souvislosti disociace. (Dizertační práce). Brno: Masarykova univerzita.
71. Ptáček, R., Bob, P., & Paclt, I. (2006). Škála disociativních zkušeností – česká verze. *Československá psychologie, 50*(3), 262-272.

72. Ptáček, R., & Bob, P. (2009). Metody diagnostiky disociativních symptomů. *Česká a slovenská psychiatrie*, 105(4), 163–172.
73. Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (Eds.). (2015). *DSM-5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe – Testcentrum.
74. Razali, N.M., & Wah, Y.B. (2011). Power comparisons of Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov, Lilliefors and Anderson-Darling tests. *Journal of statistical modeling and Analytics*, 2(1), 21-33.
75. Read, J., Goodman, L., Morrison, A. P., Ross, C. A., & Aderhold, A. (2004). Childhood trauma, loss and stress. In Read, J., Mosher, L. R., Bentall, R. P. (Eds.), *Models of Madness: Psychological, Social and Biological Approaches to Schizophrenia (The International Society for Psychological and Social Approaches to Psychosis Book Series)* (223–252). New York: Brunner-Routledge.
76. Ross, C. A., & Keyes, B. (2004). Dissociation and Schizophrenia. *Journal of Trauma & Dissociation*, 5(3), 69–83. doi:10.1300/j229v05n03_05
77. Roy, A. (1983). Family History of Suicide. *Archives of General Psychiatry*, 40(9), 971–974. doi:10.1001/archpsyc.1983.01790080053007
78. Říčan, P., & Krejčířová, D. (1997). *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada
79. Saha, S., Chant, D., Welham, J., & McGrath, J. (2005). A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *Plos Medicine*, 2(5), 413–433. doi:10.1371/journal.pmed.0020141
80. Salzman, C. (1980). The use of ECT in the treatment of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 137(9), 1032–1041. doi:10.1176/ajp.137.9.1032
81. Sanghani, S. N., Petrides, G., & Kellner, C. H. (2018). Electroconvulsive therapy (ECT) in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(3), 213–222.1. doi:10.1097/yco.0000000000000418
82. Sar, V., Taycan O., Bolat N., Özmen, M., Duran, A., Öztürk, E., & Ertem-Vehid, H. (2010). Childhood trauma and dissociation in schizophrenia. *Psychopathology*, 43(1), 33–40. doi:10.1159/000255961

83. Shafer, A. (2005). Meta-analysis of the Brief Psychiatric Rating Scale factor structure. *Psychological Assessment, 17*(3), 324–335. doi:10.1037/1040-3590.17.3.324
84. Shamay-Tsoory, S. G., Shur, S., Barcai-Goodman, L., Medlovich, S., Harari, H., & Levkovitz, Y. (2007). Dissociation of cognitive from affective components of theory of mind in schizophrenia. *Psychiatry Research, 149*(1-3), 11–23. doi: 10.1016/j.psychres.2005.10.018
85. Schäfer, I., Fisher, H. L., Aderhold, V., Huber, B., Hoffmann-Langer, L., Golks, D., ... Harfst, T. (2012). Dissociative symptoms in patients with schizophrenia: relationships with childhood trauma and psychotic symptoms. *Comprehensive Psychiatry, 53*(4), 364–371. doi: 10.1016/j.comppsy.2011.05.010
86. Schalinski, I., & Teicher, M. H. (2015). Type and Timing of Childhood Maltreatment and Severity of Shutdown Dissociation in Patients with Schizophrenia Spectrum Disorder. *PLoS ONE, 10*(5), 1–18. doi: 10.1371/journal.pone.0127151
87. Schenkel, L. S., Spaulding, W. D., DiLillo, D., & Silverstein, S. M. (2005). Histories of childhood maltreatment in schizophrenia: Relationships with premorbid functioning, symptomatology, and cognitive deficits. *Schizophrenia Research, 76*(2–3), 273–286. doi: 10.1016/j.schres.2005.03.003
88. Schizophrenia and Related Disorders Alliance of America. (nedat.). *About Schizophrenia*. Získáno z <https://sardaa.org/resources/about-schizophrenia>
89. Schroeder, K., Langeland, W., Fisher, H. L., Huber, C., G., & Schäfer, I. (2016). Dissociation in patients with schizophrenia spectrum disorders: What is the role of different types of childhood adversity? *Comprehensive Psychiatry, 68*, 201–208. doi: 10.1016/j.comppsy.2016.04.019
90. Seikkula, J., & Arnkil, T. E. (2013). *Otevřené dialogy*. Brno: Narativ.
91. Smolík, P. (2002). *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf.
92. Spiegel, D., & Cardena, E. (1991). Disintegrated experience: the dissociative disorders revisited. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(3), 366–378. doi: 10.1037/0021-843X.100.3.366

93. Spiegel, D., Loewenstein, R. J., Lewis-Fernández, R., Sar, V., Simeon, D., Vermetten, E., ... Dell, P. F. (2011). Dissociative disorders in DSM-5. *Depress Anxiety, 28*(12), 824–852. doi: 10.1002/da.20923
94. Spitzer, C., Haug, H.-J., & Freyberger, H. J. (1997). Dissociative Symptoms in Schizophrenic Patients with Positive and Negative Symptoms. *Psychopathology, 30*, 67–75. doi: 10.1159/000285031
95. Steingard, S., & Frankel, F. H. (1985). Dissociation and psychotic symptoms. *American Journal of Psychiatry, 142*(8), 953–955. doi:10.1176/ajp.142.8.953
96. Svoboda, M. (2005). *Psychologická diagnostika dospělých* (3. vyd.). Praha: Portál.
97. Syřišťová, E. (1965). *Možnosti a meze psychoterapie schizofrenního onemocnění*. Praha: Nakladatelství Československé akademie věd.
98. Syřišťová, E. (1989). *Skupinová psychoterapie psychotiků a osob s těžším somatickým postižením*. Praha: Avicenum.
99. Španiel, F. (2006). ITAREPS: technologie ve službách prevence relapsu psychózy. *Psychiatrie pro praxi, 2*, 82–83. Získáno 25. února 2019 z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/02/08.pdf>
100. Špaňhelová, I. (2010). *Dítě a rozvod rodičů*. Praha: Grada.
101. Taylor, P., & Fleminger, J. J. (1980). ECT for Schizophrenia. *The Lancet, 315*(8183), 1380–1383. doi:10.1016/s0140-6736(80)92653-7
102. Teicher, M. H. (2002). Scars That Won't Heal: The Neurobiology of Child Abuse. *Scientific American, 286*(3), 68–75. doi:10.1038/scientificamerican0302-68
103. Trestní zákoník. (2009). Získáno z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40>
104. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. (2007). *Psychiatrická péče v letech 2001 až 2005*. Získáno z <http://www.uzis.cz/rychle-informace/psychiatricka-pece-letech-2001-az-2005>

105. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. (30. října 2014). *Činnost ambulantních psychiatrických zařízení v roce 2013*. Získáno z <http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-ambulantnich-psychiatrickych-zarizeni-roce-2013>
106. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. (2018). *MKN Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. Získáno z <http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn>
107. Vaníčková, E., Provazník, K., Hadj-Mousová, Z., & Spilková, J. (1999). *Sexuální násilí na dětech: Výskyt, podoby, diagnostika a prevence*. Praha: Portál.
108. Van Ijzendoorn, M. H. & Schuengel, C. (1996). The measurement of dissociation in normal and clinical populations: Meta-analytic validation of the Dissociative Experiences Scale (DES). *Clinical Psychology Review, 16*(5), 365-382.
109. Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveise, 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. doi:10.1093/schbul/sbs050
110. Vavrušová, L. (2005.) *Včasná diagnostika schizofrénie*. In Pečeňák, J., Žucha, I., Šuba, J., Vavrušová, L., Forgáčová, L., Novotný, V., & Kořínková, V. (Eds.) (2005). *Kapitoly o schizofrénii*. Martin: Osveta.
111. Velemínský, M. Sr., Velemínský, M. Jr., Rost M., Samková J., Samek J., & Sethi D. (2017). Studie negativních zážitků z dětství (ACE) v České republice. *Časopis české a slovenské Pediatrie, 72*(7). 409-420.
112. Vogel, M., Spitzer, C., Barnow, S., Freyberger, H. J., & Grabe, H. J. (2006). The role of trauma and PTSD-related symptoms for dissociation and psychopathological distress in inpatients with schizophrenia. *Psychopathology, 39*(5), 236–242. doi: 10.1159/000093924
113. Vogel, M., Spitzer, C., Kuwert, P., Möller, B., Freyberger, H. J., & Grabe, H. J. (2009). Association of Childhood Neglect with Adult Dissociation in Schizophrenic Inpatients. *Psychopathology, 42*(2), 124–130. doi: 10.1159/000204763

114. Waller N., Putnam F. W., & Carlson, E. B. (1996). Types of dissociation and dissociative types: a taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods, 1*(3), 300–321. doi: 10.1037/1082-989X.1.3.300

115. Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology, 86*(2), 103–126. doi:10.1037/0021-843x.86.2.103

Seznam příloh

Příloha 1 – Abstrakt diplomové práce

Příloha 2 – Abstract of the Thesis

Příloha 3 – Kontaktní e-mail

Příloha 4 – Demografický dotazník a anamnestické údaje

Příloha 5 – Informovaný souhlas

Příloha 1 - Abstrakt

Název práce: Vztah mezi ranými negativními zážitky v rodině, disociací a závažností symptomů u pacientů se schizofrenií

Autor práce: Bc. Ivana Mejsnarová

Vedoucí práce: PhDr. Marie Ocisková, PhD.

Počet stran a znaků: 105 stran, 182436 znaků

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 115

Abstrakt:

Teoretická část diplomové práce mapuje oblast schizofrenie, raných negativních zážitků a disociace, včetně současných výzkumů v dané problematice a dává tak kontext a teoretickou základnu výzkumné části. Výzkum spadá do oblasti klinické psychologie a týká se vztahu mezi ranými negativními zážitky, disociací a závažností příznaků u pacientů se schizofrenií. Cílem výzkumu je ověřit vztah mezi jednotlivými fenomény. Hypotézy jsou položeny na základě výsledků zahraničních studií. Výzkum je realizován pomocí dotazníkového šetření (SDQ-20, DES, ACE) a klinického rozhovoru (BPRS). Tyto metody byly administrovány 55 pacientům s diagnózou paranoidní schizofrenie hospitalizovaným v psychiatrických léčebnách a nemocnicích. Výsledky statistické analýzy ukázaly středně silnou pozitivní korelaci mezi těmito fenomény $p = 0,352-0,579$, signifikantní na hladině $p < 0,01$.

Klíčová slova: schizofrenie, disociace, rané negativní zážitky, nepříznivé zkušenosti v dětství

Příloha 2 – Abstract of the Thesis

Title: The relation between adverse childhood experiences in family, dissociation and the severity of symptoms of patients with schizophrenia

Author: Bc. Ivana Mejsnarová

Supervisor: PhDr. Marie Ocisková, PhD.

Number of pages and characters: 105 pages, 182436 characters

Number of appendices: 5

Number of references: 115

Abstract:

The theoretical part of this thesis aims to describe schizophrenia, adverse childhood experiences and dissociation, including the point of view of the current studies on the topic, and by doing so provide the context and the theoretical baseline needed for the research part of this thesis. The research itself is a part of the clinical psychology branch and tries to describe the relation between adverse childhood experiences, dissociation and the severity of the symptoms in adult patients with schizophrenia. The goal of this research is to verify the relation between abovementioned phenomena. The hypotheses in the research part are based upon the outcomes of a number of foreign studies on the topic. The research was carried out using questionnaires (SDQ-20, DES, ACE) and a clinical interview (BPRS). These methods were administered to 55 patients with a diagnosis of a paranoid schizophrenia that were hospitalized in a number of mental institutions and hospitals. The results of a statistical analysis showed strong positive correlation between these phenomena, $\rho = 0,352-0,579$ with significance of $p < 0,01$.

Keywords: Schizophrenia, dissociation, adverse childhood experiences

Příloha 3 – Kontaktní e-mail

Dobrý den,

jmenuji se Ivana Mejsnarová a jsem studentkou druhého ročníku navazujícího magisterského studia psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci.

Obracím se na Vás s prosbou o možnost realizovat u Vás výzkumnou část mé diplomové práce vedené PhDr. Marií Ociskovou PhD., pod záštitou prof. MUDr. Jána Praška, CSc. Má diplomová práce se týká vztahu mezi ranými negativními zkušenostmi v rodině, disociací a závažností příznaků u pacientů se schizofrenií. Mým úkolem je zkoumat pomocí dotazníků na disociaci (SDQ-20, DES), dotazníku na negativní zkušenosti v dětství (ACE) a klinické škály určující závažnost příznaků (BPRS) vztah mezi těmito fenomény u pacientů se schizofrenií. Veškeré metody si administruji sama. Výsledky budou důležité především v oblasti psychosociální rehabilitace pacientů samotných a pravděpodobně budou prezentovány v zahraničním časopise.

Etika: účast dobrovolná, možnost kdykoliv odstoupit, informovaný souhlas s výzkumem, souhlas s nahlédnutím do lékařské dokumentace v přesně vymezeném rozsahu (přesná diagnóza, dávkování léků, počet hospitalizací, rok první hospitalizace)

Vhodný účastník: Pacient/pacientka s diagnózou z okruhu F2, stabilizovaný/á, inteligence v pásmu širší normy (dokáže vyplnit dotazník s dopomocí)

Administrace: individuální, obvykle cca 25-35 minut na jednoho pacienta, metody si administruji sama, tudíž délku přizpůsobuji potřebám pacienta

Počet pacientů: 5-8 na jednu návštěvu (podle dispozic oddělení)

Počet návštěv: 1-2 (dle dohody a dispozic oddělení)

Zapojení personálu: výběr vhodných pacientů, poskytnutí volné místnosti na dobu administrace, sdělení potřebných informací z dokumentace (přesná diagnóza, dávkování léků, počet hospitalizací, rok první hospitalizace)

Mou snahou je především získat co nejrepresentativnější vzorek účastníků, tj. zapojení co nejvíce psychiatrických nemocnic, léčeben a oddělení z České republiky. Budu velice ráda, pokud mi dáte možnost alespoň jedné návštěvy u Vás; každý pacient, ochotný se účastnit, je pro mě cenný. Věřím, že vzhledem k tomu, že si veškeré metody administruji sama, chod Vašeho oddělení příliš nezatížím.

Ráda Vám poskytnu veškeré doplňující informace e-mailem, telefonicky, popřípadě i osobně. V Příloze Vám posílám baterii testů a průvodní informace tak, jak bude předkládána pacientům.

Děkuji Vám za laskavé zvážení mé prosby

Se srdečným pozdravem

Ivana Mejsnarová

2. ročník nMgr. Psychologie

Filozofická fakulta

Univerzita Palackého v Olomouci

Příloha 4 – Demografický dotazník a anamnestické údaje

POHLAVÍ: MUŽ /ŽENA

VĚK:

NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ:

- 1) Základní škola
- 2) Střední odborné učiliště (výuční list)
- 3) Střední škola (maturita)
- 4) Vysoká škola (diplom)

STAV NA TRHU PRÁCE:

- 1) Student
- 2) Zaměstnanec/ OSVČ/ podnikatel
- 3) Nezaměstnaná/ý
- 4) Starobní důchod
- 5) Invalidní důchod
- 6) Mateřská/rodičovská dovolená

PARTNERSKÝ STAV:

- 1) Svobodná/ý
- 2) Vdaná/ženatý
- 3) Rozvedená/ý
- 4) Ovdovělá/ý

Z dokumentace/od lékaře:

Diagnóza:

Počet let s diagnózou (rok první ataky):

Počet psychiatrických hospitalizací:

Užívané léky (dávkování):

Příloha 5 – Informovaný souhlas

Dobrý den,

Jmenuji se Ivana Mejsnarová a jsem studentkou psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci. Obracím se na Vás s prosbou o účast ve výzkumu, který se zaměřuje na téma schizofrenie a jejího vztahu k disociaci a raným negativním zážitkům v rodině. Výzkum je součástí mé diplomové práce vedené PhDr. Marií Ociskovou, PhD. a jeho cílem je objasnit souvislosti a vztah mezi těmito třemi fenomény. Výsledky výzkumu budou sloužit především ke zlepšení péče o pacienty se schizofrenií.

Vaše účast ve výzkumu bude založená na tom, že vyplníte několik následujících dotazníků a poskytnete mi krátký rozhovor. Na vyplnění dotazníků máte tolik času, kolik potřebujete, pravděpodobně Vám to však nezabere více než 15–25 minut. Důležitou informací pro Vás je, že neexistují správné ani špatné odpovědi. Záleží pouze na Vás, která odpověď je ta pravá; snažte se však odpovídat upřímně. Jestliže se během vyplňování rozhodnete změnit odpověď na některou z otázek, přeškrtněte starou a zřetelně vyznačte novou. Po dokončení vyplňování se, prosím, ujistěte, že jste vyplnil/a všechny položky.

K realizaci výzkumu je také potřeba zjistit některé Vaše specifické údaje, jedná se o základní demografické informace (věk, pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání, pozice na trhu práce a partnerský stav) a dále některé údaje z Vaší lékařské dokumentace (aktuální medikace a diagnóza, počet psychiatrických hospitalizací a rok první hospitalizace).

Identifikační údaje, které ve výzkumu poskytnete, budou anonymizovány, aby bylo chráněno Vaše soukromí. Vaše účast ve výzkumu je dobrovolná. Máte právo z výzkumu kdykoliv odstoupit.

Děkuji Vám za Váš čas

Souhlas s výzkumem a s nahlédnutím do lékařské dokumentace

Já _____, jsem byl/a seznámen/a s podstatou a účelem výzkumu. Jsem si vědom/a toho, že má účast ve výzkumu je dobrovolná a mohu z něj kdykoliv odstoupit. Dále jsem byl/a seznámen/a s účelem a rozsahem nahlížení výzkumníka do lékařské dokumentace. Výzkumník prohlašuje, že osobní údaje, které by mohly mou osobu, jako účastníka výzkumu, identifikovat, nebudou nikomu předány a nebudou se vyskytovat v diplomové práci ani jiných referencích.

TÍMTO SOUHLASÍM S VÝZKUMEM A S NAHLÉDNUTÍM VÝZKUMNÍKA DO LÉKAŘSKÉ DOKUMENTACE:
ANO/NE

V _____ Dne _____

Podpis _____