

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**

**Lékařská fakulta**

**Doktorská disertační práce**

**Úzkostná komorbidita,  
sebestigmatizace a rysy osobnosti  
u schizofrenní poruchy**

**MUDr. Kristýna Vrbová**

**Školitel: prof. MUDr. Ján Praško, CSc.**

**Olomouc 2017**

Prohlašuji, že jsem tuto doktorskou disertační práci vypracovala samostatně pod vedením prof. MUDr. Jána Praška, CSc. a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci, 28. února 2017

.....

MUDr. Kristýna Vrbová

# OBSAH

<b>ÚVOD</b>	<b>6</b>
<b>1. TEORETICKÁ ČÁST</b>	<b>7</b>
<b>1.1. Psychiatrická komorbidita u schizofrenie</b>	<b>7</b>
<b>1.2. Poruchy úzkostného spektra a schizofrenie</b>	<b>7</b>
1.2.1. Vliv komorbidní úzkostné poruchy	9
1.2.2. Sociální fobie a schizofrenie	10
1.2.3. Panická porucha a schizofrenie	11
1.2.4. OCD a schizofrenie	13
1.2.5. PTSD a schizofrenie	17
1.2.6. Závěr	18
<b>1.3. Temperament a charakter u schizofrenie</b>	<b>20</b>
<b>1.4. Sebestigmatizace u schizofrenie</b>	<b>25</b>
<b>1.5. Kvalita života u schizofrenie</b>	<b>28</b>
<b>1.6. Adherence v léčbě</b>	<b>30</b>
<b>2. VÝZKUMNÁ ČÁST</b>	<b>31</b>
<b>2.1. Hodnotící nástroje</b>	<b>31</b>
<b>2.2. Statistické metody</b>	<b>35</b>
<b>2.3. Etické otázky</b>	<b>36</b>
<b>2.4. Studie I – Sebestigmatizace a schizofrenie</b>	<b>37</b>
2.4.1. Cíle studie	37
2.4.2. Hypotézy	37
2.4.3. Metoda	38
2.4.4. Výsledky	39
2.4.5. Diskuze	46
2.4.6. Závěry	49

<b>2.5. Studie II – Adherence a sebestigmatizace u schizofrenie</b>	50
2.5.1. Cíle studie	50
2.5.2. Hypotézy	50
2.5.3. Metoda	51
2.5.4. Výsledky	52
2.5.5. Diskuze	59
2.5.6. Závěry	62
<b>2.6. Studie III – Komorbidita, kvalita života, naděje a sebestigmatizace u schizofrenie</b>	63
2.6.1. Cíle studie	63
2.6.2. Hypotézy	64
2.6.3. Metoda	65
2.6.4. Výsledky	67
2.6.5. Diskuze	95
2.6.6. Závěry	109
<b>3. ZÁVĚRY</b>	110
<b>4. LITERATURA</b>	112
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK</b>	130
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ</b>	131
<b>SEZNAM TABULEK</b>	133
<b>PUBLIKACE</b>	135

## PODĚKOVÁNÍ

Děkuji svému školiteli za trpělivost, své rodině a rovněž pacientům, kteří byli ochotni se výzkumu účastnit, nechat se posuzovat a hlavně vyplňovat dlouhé dotazníky.

# ÚVOD

Dlouhodobá praxe práce s pacienty se schizofrenním onemocněním ukazuje lékařům, že pacienti trpí různorodou symptomatologií. Pacient zpravidla nenaplnuje pouze diagnostická kritéria konkrétní psychotické poruchy, ale jeho psychopatologie je unikátní a od toho se odvíjí i potřeba individualizovaného léčebného přístupu a řešení konkrétních problémů.

Současné výzkumy ukazují, že pacienti se schizofrenií vykazují také další komorbiditu, zejména s úzkostnými poruchami, které podstatně ovlivňují průběh schizofrenního onemocnění a léčebné výsledky. Pro pacienty trpící izolovanou úzkostnou poruchou existují nejrůznější léčebné intervence, které kombinují farmakoterapii s psychoterapií, s možností docházky do specializovaných skupin, které se zaměřují na léčbu konkrétní úzkostné poruchy. Pro pacienty s psychotickým onemocněním s komorbidní úzkostnou poruchou specializované terapeutické programy nebyly vytvořeny.

Současná literatura se rovněž zabývá vlivem osobnostních rysů na průběh schizofrenního onemocnění. Ukazuje se, že určité osobnostní charakteristiky se typicky častěji spojují s psychotickými poruchami. Některé z nich činí jedince více odolným, jiné se naopak pojí s větším rizikem psychotické dezorganizace a horšími léčebnými výsledky.

Jak komorbidita, tak některé osobnostní charakteristiky přispívají k sebestigmatizujícím postojům, pocitům méněcennosti, pocitům nepatřičnosti, vedoucím k sociální izolaci a subjektivně i objektivně k nižší kvalitě života.

Proto může být užitečné přitěžující aspekty psychotického onemocnění zmapovat a prozkoumat jejich souvislosti, což může pomoci při hledání účinnějších personalizovaných léčebných strategií.

# 1. TEORETICKÁ ČÁST

## 1.1. PSYCHIATRICKÁ KOMORBIDITA U SCHIZOFRENIE

Psychiatrické komorbidity jsou u pacientů se schizofrenií běžné. Velmi často se v průběhu nemoci objeví přídatné úzkostné poruchy, obsedantně kompulzivní porucha, posttraumatická stresová porucha nebo depresivní porucha. Mezi běžnou komorbiditu patří abúzus psychoaktivních látek. Řada pacientů se schizofrenií také splňuje kritéria pro některou z poruch osobnosti. Někteří autoři naznačují, že komorbidity jsou u těchto onemocnění tak běžné, že by mohly být rovnou jejich diagnostickou součástí (Bermanzohn et al. 2000)

## 1.2. PORUCHY ÚZKOSTNÉHO SPEKTRA A SCHIZOFRENIE

Schizofrenie i úzkostné poruchy patří mezi psychiatrická onemocnění, která se mohou vyskytovat samostatně nebo v komorbiditě (Young et al. 2013). Pacienti schizofrenního okruhu mají ve srovnání s běžnou populací vyšší výskyt úzkostných poruch (Pokos et al. 2006). Ty zahrnují panickou poruchu, posttraumatickou stresovou poruchu (PTSD), obsedantně-kompulzivní poruchu (OCD), generalizovanou úzkostnou poruchu a sociální fobii. V poslední době je věnována stále větší pozornost varovným příznakům, které mohou předcházet relapsu psychózy. I přes pokračující výzkum schizofrenie a úzkostných poruch stále neexistuje dostatek údajů o jejich vzájemném vztahu. Nižší zájem o studie, které by se touto komorbiditou detailněji zabývaly, souvisí také s nedostatky v metodologii a hierarchickým uvažováním v diagnostických systémech, které pohlízejí na úzkostné příznaky coby následek pozitivních, negativních a dezorganizujících příznaků schizofrenie (Braga et al. 2004). Nedávné studie nicméně zpochybňují předpoklad o tom, že úzkostné příznaky jsou vždy pouze akcesorním projevem schizofrenie, a jejich výsledky svědčí o zjevné koexistenci

úzkostných poruch u pacientů se schizofrenií. Poruchy, jako jsou obsedantně-kompulzivní porucha (OCD), panická porucha, sociální fobie, generalizovaná úzkostná porucha (GAD) a posttraumatická stresová porucha (PTSD), se mohou u pacientů se schizofrenií rozvinout podobným způsobem jako u pacientů, kteří trpí samostatnou úzkostnou poruchou bez komorbidity (Dernovsek a Sprah 2009).

Odhady prevalence jsou ovlivněny heterogenitou mezi definicemi příznaků a hodnotícími nástroji používaných pro diagnostiku. Jiným problémem je, že příznaky se mohou objevit spontánně, občas, jako přímá reakce na psychotické příznaky a / nebo jako vedlejší účinek antipsychotik. Pacienti se schizofrenií trpí množstvím úzkostných příznaků, které mohou v různých stádiích onemocnění vykazovat proměnlivý charakter. Podle Bragy a kol. (2013) se objevuje komorbidní úzkostná porucha u 38,3 % pacientů, kteří trpí poruchami ze schizofrenního okruhu. Seedat et al. (2007a) uvádí, že v souboru hospitalizovaných pacientů trpěl současně schizofrenií a úzkostnou poruchou každý čtvrtý jedinec. U schizofrenie se mohou objevit prakticky všechny typy úzkostných poruch (Baylé et al. 2011). Zároveň mohou pacienti s psychózou nebo bipolární poruchou trpět více typy úzkostných poruch současně. Ciapparelli et al. (2007) ve své studii zkoumali 98 pacientů se schizofrenií, schizoafektivní poruchou a bipolární poruchou a zjistili komorbidní výskyt více typů úzkostných poruch téměř u třetiny (32,6 %) pacientů. Jako nejčastější komorbidní úzkostné poruchy u těchto pacientů se uvádí sociální fobie, následují posttraumatická stresová porucha a obsedantně kompulzivní porucha. Karatzias et al. (2007) uvádí vyšší údaj o současném výskytu schizofrenie s úzkostnou poruchou nebo afektivní poruchy s úzkostnou poruchou, který v jejich studii činil 44,9 %. Nejčastěji totiž zaznamenali komorbiditu s GAD u afektivních poruch a komorbidní sociální fobii u schizofrenie. Tito autoři navíc našli výrazný nesoulad mezi stanovováním diagnózy pomocí strukturovaného rozhovoru (Mini International Neuropsychiatric Interview) a pomocí klinického hodnocení přítomné psychopatologie, které bylo doplněné hodnocením úzkosti v Nemocniční škále úzkosti a deprese, Hamiltonově škále úzkosti, Spielbergově inventáři úzkosti a Steinově škále pro GAD.

Do kategorie onemocnění schizofrenního spektra patří vícero poruch. Nabízí se tedy také otázka, jaká je prevalence komorbidních úzkostných poruch u jednotlivých onemocnění schizofrenního okruhu. Např. podle některých autorů není statisticky významný rozdíl mezi průměrnou mírou úzkosti u pacientů se schizofrenií a u pacientů se schizoafektivní poruchou (Ndetei et al. 2013). To potvrzují i Cosoff a Hafner (1998), kteří zkoumali sto



hospitalizovaných pacientů se schizofrenií nebo se schizoafektivní poruchou diagnostikovaných dle kritérií DSM-IV. Do studie však zařadili i pacienty s bipolární afektivní poruchou. Podíl pacientů s komorbidní úzkostnou poruchou (43-45 %) byl u těchto tří diagnóz téměř identický. U pacientů se schizofrenií se ukázala poměrně vysoká prevalence sociální fobie (17 %) a OCD (13 %). Pacienti s bipolární afektivní poruchou vykazovali vyšší prevalenci u OCD (30 %) a panické poruchy (15 %) (Cosoff a Hafner 1998). V protikladu k tomuto zjištění dospěli Young et al. (2013) ve své studii k závěru, že mezi třemi výše uvedenými skupinami pacientů (se schizofrenií, schizoafektivní poruchou a bipolární poruchou) existují statisticky významné rozdíly ve výskytu úzkostných poruch. Úzkostné poruchy se nejčastěji vyskytovaly u pacientů trpících schizoafektivní poruchou (30,1 %) v porovnání s četností u bipolární poruchy (22,4 %) a schizofrenie (16,7 %). O možné hereditární souvislosti vypovídají důkazy o výskytu schizofrenie a úzkostných poruch u nejbližších příbuzných (DeVylder a Lukens 2013).

### **1.2.1. Vliv komorbidní úzkostné poruchy**

Úzkost se může projevit před propuknutím nemoci jako prodrom (Argyle 1990, Pallanti et al. 2013), nebo se může objevit v průběhu onemocnění. Pak souvisí s klinickými projevy nemoci a ovlivňuje kvalitu života pacientů se schizofrenií a schizoafektivní poruchou (Lysaker a Salyers 2007, Wetherell et al. 2003, Huppert a Smith 2005). Vyšší míra úzkosti je spojena s vyšším výskytem halucinací, nižším psychosociálním fungováním a beznadějí (Lysaker a Salyers 2007). Rovněž další autoři spojují přítomnost komorbidity úzkostných poruch se závažnějšími projevy psychózy (Achim et al. 2011). Ačkoliv se charakter úzkosti u jednotlivých pacientů liší, celková úzkostnost je u pacientů s komorbidní úzkostnou poruchou intenzivnější a bývá častěji spojena s psychomotorickým neklidem či agitovaností, než je tomu u pacientů bez komorbidity (Baylé et al. 2011). Komorbidita úzkostné poruchy se schizofrenií jako taková je spojena s větším postižením ve fungování v sociální oblasti (Blanchard et al. 1998). Další studie zkoumají vztah mezi přítomnou úzkostí a sebevědomím u pacientů se schizofrenií (Karatzias et al. 2007, Lysaker et al. 2008). Pacienti s komorbidní

úzkostnou či afektivní poruchou častěji trpí nedostatečným sebevědomím (Karatzias et al. 2007).

### 1.2.2. Sociální fobie a schizofrenie

Sociální úzkost je častou komorbiditou schizofrenního onemocnění, ale často zůstává nerozpoznána, a tak přispívá k vyšší míře postižení. Pro pacienty trpící schizofrenií představuje další překážku, která zhoršuje fungování v každodenním životě. Podstatně zhoršuje kvalitu života pacientů a je spojena s vyšším rizikem suicidia (Braga et al. 2005). Diagnostika sociálně fobických příznaků je u schizofrenních pacientů zvláště cenná, protože pomáhá předcházet sociální izolaci. Je-li nerozpoznána a neléčena, bývá spojována se závažnějšími příznaky psychózy a nižší sebeúctou. Zároveň již premorbidně nízké sebevědomí schizofrenních pacientů představuje rizikový faktor pro rozvoj sociální fobie (Lysaker et al. 2008).

Výskyt komorbidní sociální fobie u psychotických onemocnění se uvádí v rozmezí 11 - 36 % (Mazeh et al. 2009, Cosoff a Hafner 1998, Braga et al. 2005, Pallanti et al. 2004, Voges a Addington 2005). Prevalence je vyšší než u zdravé populace, kde činí 12,1 % (Kessler et al. 2005). Příčiny vyššího výskytu sociální fobie u pacientů se schizofrenií nebyly dosud objasněny. Změny ve společenském zapojení nemocných jsou pravděpodobně přítomny ještě před klinickým nástupem onemocnění. Romm et al. (2012) uvádí, že závažné příznaky sociální úzkosti u pacientů s první psychotickou epizodou jsou spojeny s horším premorbidním fungováním. Rovněž negativní sebehodnocení a sebestigmatizace mohou v rozvoji sociální fobie hrát významnou roli (Gumley et al. 2004). Není však statisticky významný rozdíl mezi průměrnou mírou sociální úzkosti pacientů s primární diagnózou sociální fobie a schizofrenních pacientů s komorbidní sociální úzkostí (Pallanti et al. 2004).

Otázkou zůstává, zda přítomnost sociální fobie přímo ovlivňuje klinické příznaky schizofrenie. K měření pozitivních a negativních příznaků u schizofrenie se osvědčila škála PANSS (Kay et al. 1987). Mazeh et al. (2009) zjistili, že pacienti s komorbidní sociální fobií dosahují významně vyšších skóre na této stupnici. Zároveň vykazují vyšší průměrné skóre na Liebowitzově škále sociální fobie (LSAS) (Pallanti et al. 2004). Závažnost pozitivních příznaků na škále PANSS pak významně souvisí s vyššími skóre na subškále „strachu“

Liebowitzovy stupnice sociální úzkosti (Mazeh et al. 2009). Maladaptivní vyhýbavé chování, které je pro sociální fobii typické, bývá spojováno s negativní symptomatologií (Penn et al. 1994, Mazeh et al. 2009).

### **1.2.3. Panická porucha a schizofrenie**

Až 43 % pacientů se schizofrenií zažívá panické ataky, jejich rozvoj je spojen s vyšším rizikem abúzu psychoaktivních látek, depresivních symptomů, zvýšením hostility a zhoršením běžného fungování (Goodwin et al. 2002).

Dvě epidemiologické studie (Goodwin et al. 2002, Boyd et al. 1984) mapovaly komorbidní výskyt panické poruchy u schizofrenie a zjistily, že prevalence panické poruchy je u pacientů schizofrenního okruhu 28% - 63% , resp. 14 - 45%. Celoživotní prevalence panické poruchy v obecné populaci se pohybuje v rozmezí od 2,0% - 5,1% (Katerndahl et al. 1993, Grant et al. 2006).

Důkazy ze tří studií (Argyle 1990, Baylé et al. 2001, Labbate et al. 1999) naznačují, že symptomy paniky mohou být častější u pacientů s paranoidní schizofrenií, ve srovnání s jinými podtypy schizofrenie nebo schizoafektivní poruchou. Přidružené panické příznaky mohou být spojeny s těžší psychopatologií (Ciapparelli et al. 2007), se zvýšeným rizikem sebevražedného chování (Cutler et al. 1991) a také s větší náchylností ke komorbidnímu zneužívání psychoaktivních látek (Goodwin et al. 2003).

Jak již bylo naznačeno výše, výskyt panických atak, panické poruchy s agorafobií, či panické poruchy bez agorafobie je u osob trpících schizofrenií nebo schizoafektivní poruchou častý. Panickou poruchu charakterizují paroxysmální stavy úzkosti. U schizofrenie bývají projevy úzkosti méně intenzivní a chronické, a tak mohou být snadno přehlédnuty. Vzájemná souvislost mezi těmito dvěma poruchami je neznámá. Je možné, že psychotické prožitky mohou vést ke vzniku panického záchvatu nebo naopak, tzn., že panické záchvaty zvyšují riziko pro rozvoj psychotického onemocnění (Goodwin et al. 2004).

Labbate et al. (1999) realizovali studii s cílem zjistit frekvenci výskytu panické poruchy či panických záchvatů v souboru 53 ambulantních pacientů-mužů s chronickým průběhem

schizofrenního onemocnění nebo schizoafektivní poruchy. Frekvence výskytu paniky se lišila podle typu psychózy. Samotné panické záchvaty se vyskytovaly častěji u pacientů s paranoidní schizofrenií (57 %) ve srovnání s pacienty se schizoafektivní poruchou nebo nediferencovanou schizofrenií (20 %). Komorbidita panické poruchy byla zjištěna u 10 % pacientů se schizoafektivní poruchou a nediferencovanou schizofrenií oproti 47 % pacientů s paranoidní schizofrenií.

Vliv komorbidní panické poruchy na závažnost schizofrenních příznaků zkoumali Ulas et al. (2007). Ve své studii hodnotili 49 pacientů na Škále pozitivních a negativních příznaků (PANSS), dále pomocí Globálního klinického dojmu (CGI), Hamiltonovy depresivní škály (HDRS), Škály hodnocení extrapyramidových příznaků (ESR), a Bandelowy škály pro panickou poruchu a agorafobii. Sedm pacientů (14,3 %) naplnilo diagnostická kritéria pro panickou poruchu a patnáct pacientů (30,6 %) pro záchvaty paniky. Pacienti se symptomy paniky skórovali výše ve škálách PANSS, HDRS, CGI a ESR. U pacientů, kteří se zúčastnili studie Chena a kol. (2001), bylo zaznamenáno vyšší skóre v HDRS. Schizofrenní pacienti s panickou poruchou trpí ve srovnání se schizofrenními pacienty bez komorbidity častěji dysthymií, ale jejich kognitivní funkce jsou méně postiženy (Rapp et al. 2012). Panická porucha zvyšuje u psychóz závažnost pozitivních příznaků, zejména přispívá nárůstu bludné paranoidity (Huppert a Smith 2005, Bermanzohn et al. 1999).

Craig et al. (2002) sledovali ve své dvouleté katamnestické studii nemocné se schizofrenií nebo schizoafektivní poruchou (n = 225), pacienty s bipolární poruchou s psychotickými příznaky (n = 138) a pacienty s velkou depresí s psychotickými příznaky (n = 87). Přítomnost komorbidní panické poruchy zjišťovali pomocí Strukturovaného klinického rozhovoru pro DSM-III-R (SCID-III-R). U pacientů, u kterých byly na počátku studie zjištěny příznaky paniky, byla prokázána statisticky významně vyšší pravděpodobnost rozvoje pozitivních příznaků psychózy.

Pacienti s panickou poruchou vykazují vyšší míru hostility (Fava et al. 1993). To platí i v případě pacientů, pro něž je panická porucha komorbidní a hlavní diagnózu představuje psychóza (Bartels et al. 1991, Reagu et al. 2013). Ke stejnému závěru dospěli i Chen a kol. (2001), kteří u pacientů se schizofrenií a příznaky paniky vyzorovali více hostilních projevů ve srovnání se schizofrenními pacienty bez panické komorbidity.

Vztah k negativním příznakům je méně jasný. Huppert a Smith (2005) nenalezli žádnou souvislost mezi přítomností paniky a negativními příznaky. Podle jiných autorů komorbidita

panické poruchy se schizofrenií negativně ovlivňuje kognitivní funkce ve srovnání se schizofrenními pacienty bez komorbidní paniky (Rapp et al. 2012). Komorbidita s panickou poruchou neovlivňuje pouze klinické projevy nemoci, ale souvisí rovněž s celkovým fungováním pacienta v běžném životě. Chan et al. (2001) zjišťovali v souboru 32 pacientů úroveň fungování pomocí Škály globálního hodnocení fungování (GAF). Osm pacientů naplnilo diagnostická kritéria DSM-IV pro záchvaty paniky. Pacienti s komorbidní panikou skórovali na škále GAF výrazně níže než pacienti bez panické poruchy. Komorbidita schizofrenie s panickou poruchou byla také spojena s poklesem v psychickém fungování hodnoceném dotazníkem kvality života (Ulas et al. 2010).

Tyto výsledky naznačují, že přítomnost panických příznaků u pacientů se schizofrenií mohou souviset s depresivním prožíváním, extrapyramidovými vedlejšími účinky a mohou ovlivňovat kvalitu života a tíži pozitivních i negativních příznaků.

#### **1.2.4. OCD a schizofrenie**

Obsedantně kompulzivní fenomény jsou u schizofrenie výzvou klinikům po dlouhá léta. OCD má podobný klinický profil jako úzkostné poruchy. Příznaky zahrnují strach z kontaminace, sexuální, tělesná, religiózní, agresivní a jiná témata s nebo bez doprovodných kompulzí a vtíravých myšlenek. Příznaky se překrývají se základní psychózou a jsou demonstrovány jako bludné projevy. Přítomnost obsedantně kompulzivních symptomů je chápána jako obranný mechanismus proti psychotické dekompenzaci a má sloužit k udržení psychické integrity. Nedávné výsledky výzkumů však naznačují, že přítomnost těchto fenoménů je spojena s horším průběhem a prognózou, s horšími funkčními výstupy a s větším neuropsychologickým postižením (Pokos et al. 2006). Prevalence obsedantně kompulzivních příznaků se u schizofrenie pohybuje mezi 4 % - 59 %, průměrná prevalence je 23 % (Kayahan et al. 2005). Široké rozmezí prevalencí je dáno různými metodologiemi studií, studovanými populacemi, typem antipsychotické medikace a různorodými demografickými údaji. Příčiny vzniku obsedantně kompulzivní symptomatologie u schizofrenie jsou různé. Syndromy se mohou manifestovat během prodromální fáze nebo během akutní fáze onemocnění nebo v podobě obsedantních ruminací ve fázi remise. De novo mohou obsedantně kompulzivní

symptomy vznikat následkem léčby atypickými antipsychotiky jako nová nebo komorbidní symptomatologie (Craig et al. 2002). Neurobiologické studie obsedantně kompulzivní poruchy u schizofrenie předpokládají zhoršení funkce prefrontálního kortexu a glutamatergní a serotonergní dysregulaci.

Dopamin a serotonin jsou klíčové neurotransmitery, které se podílejí na patofyziologii jak schizofrenie, tak OCD. Neurobiologický překryv může docela dobře vysvětlovat spojitost mezi těmito poruchami, ale na druhé straně víme, že druhá generace antipsychotik, charakteristická bloádou serotonergních receptorů, může u pacientů schizofrenního okruhu zhoršovat nebo vytvářet OCD příznaky de novo (Mahendran et al. 2007). Na druhé straně antipsychotika druhé generace jsou účinná jako přídatná medikace pro léčbu refrakterní OCD (Bloch et al. 2006). Tento neurobiologický paradox, který může mít závažný dopad na léčbu, si zaslouží další zkoumání. Výskyt OCD u pacientů se schizofrenní psychózou může představovat "schizoobsesivní" podtyp psychózy s rozdílným průběhem nemoci i odpovědí na léčbu.

Zmínky o OCD symptomech u schizofrenie se objevují již v historicky prvních popisech schizofrenních onemocnění. Obsedantně-kompulzivní symptomy (OCs), které nejsou přítomny v dostatečné míře pro stanovení diagnózy OCD, se u psychóz vyskytují častěji než plně rozvinuté případy komorbidní OCD. Několik klinických a epidemiologických studií naznačilo, že schizoobsesivní podskupina psychóz je spojena se špatnou prognózou, a její výskyt je častější, než se původně uvažovalo (Seedat et al. 2007b, Hwang et al. 2009, Cunill et al. 2009, Owashi et al. 2010, Üçok et al. 2011).

Kayahan et al. (2005) zkoumali četnost výskytu OCs a plně rozvinuté komorbidní OCD. Vyšetřili 100 subjektů s diagnózou schizofrenie (dle DSM-IV) pomocí stupnice SCID-P, PANSS, Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale) a Calgarijské škály deprese u schizofrenie (Calgary Depression Rating Scale for Schizophrenia). 30 % pacientů naplnilo diagnostická kritéria pro OCD a 64 % pacientů vykazovalo některé OCs. V pětileté studii de Haanové et al. (2013) byly některé OCs přítomny u 48,9 % schizofrenních pacientů. Zastoupení pacientů s komorbidní OCD se v průběhu sledování pohybovalo mezi 7,3 % a 11,8 %. U pacientů s OCs došlo k časnějšímu rozvoji schizofrenního onemocnění, pacienti měli nižší socioekonomický status a průběh onemocnění byl celkově závažnější. Rovněž nižší věk při první psychiatrické hospitalizaci, pozitivní rodinná anamnéza schizofrenie a přítomnost závažnějších psychotických příznaků jsou spojeny s komorbidními OCs, což

potvrzuje i studie Üçoka et al. (2011). Komorbidní OCD je také dávána do souvislosti s negativními příznaky u chronické schizofrenie (Owashii et al. 2010).

Někdy může také dojít k situaci, kdy se u pacientů s OCD vyskytnou psychotické příznaky. Ve výzkumu Eisena a Rasmussena (1993), kterého se zúčastnilo 475 pacientů s primární diagnózou OCD (v souladu s DSM-III-R), jich 67 (14 %) zároveň trpělo psychotickými příznaky (bludy, halucinace a/nebo poruchy myšlení). Nedostatečný náhled nebo víra ve smysluplnost obsesí a rituálů byly popsány u 6 % pacientů. Nicméně v této skupině pacientů s OCD bez náhledu naplnilo kritéria pro schizofrenii pouze 4 % z nich.

Poyurovsky et al. (2003) fenomenologicky rozlišili dvě podskupiny pacientů se schizofrenií a komorbidní OCD. U první skupiny OCD nijak nesouviselo s psychotickými příznaky a u druhé se OCD příznaky v podstatě překrývaly s pozitivními psychotickými příznaky.

Guillem et al. (2009) zkoumali vztah mezi schizofrenními příznaky a OCs u 59 schizofrenních pacientů. Cílem výzkumu bylo zjistit, jak mohou OCs přispívat k rozvoji psychózy. Pacienti byli vyšetřeni Stupnicí pro hodnocení pozitivních/negativních příznaků (Assessment of Positive/Negative Symptoms – SAPS/SANS) a Yale-Brownovou škálou pro hodnocení obsesí a kompulzí (Y-BOCS). Výsledky poukázaly na významnou souvislost mezi bludy a obsesemi. Tato zjištění jsou v souladu s hypotézou, že bludy a obsese mají pravděpodobně podobný patologický mechanismus vzniku. Podobně by mohla být vzájemná souvislost mezi sluchovými halucinacemi a kompulzemi. Naopak byla nalezena negativní souvislost mezi somatickými obsesemi a dezorganizací a mezi hromaděním a bludy či sluchovými halucinacemi.

Nabízí se otázka, jakým způsobem ovlivňuje komorbidní OCD či přítomnost OCs závažnost průběhu schizofrenního onemocnění. Výsledky nejsou zdaleka konzistentní. Schizofrenní pacienti mohou být rozděleni do 3 skupin: (1) bez přidružených OCs, (2) s přidruženými OCs ale nenaplnující kritéria pro OCD a (3) s komorbidní OCD. Z meta-analýzy Cunilla et al. (2009) vyplývá, že přítomnost OCs významně pozitivně koreluje s vyšší závažností jakýchkoliv psychotických příznaků, pozitivních i negativních. Překvapivě však nebyly zjištěny rozdíly v závažnosti psychotických příznaků mezi skupinou, která naplňovala kritéria pro OCD, a skupinou, která je nenaplňovala. Pacienti s komorbidní OCD však skórovali výše ve stupnici MADRS v porovnání s pacienty bez OCD komorbidity a pacienty s přidruženými OCs. Pacienti s OCs měli oproti ostatním dvěma skupinám pacientů nižší hodnotu skóre v subškále pro negativní příznaky PANSS (de Haan et al. 2005). Podle Üçoka et al. (2011) si

pacienti s komorbidní OCD snáze udrží zaměstnání, dosahují vyššího vzdělání, mají nižší výskyt ostatních psychiatrických onemocnění, bývají méně často hospitalizováni a mají vyšší skóre na Škále globálního fungování (GAF). Podle Sa et al. (2009) však schizofrenní pacienti s komorbidní OCD či s přidruženými OCs vykazují závažnější postižení (měřeno na škále Y-BOCS a PANSS) v porovnání se schizofrenními pacienty bez OCD komorbidity či přidružených OCs.

Podle Schirmbecka et al. (2013) mají schizofrenní pacienti s komorbidními OCs významně větší deficity, které v průběhu ročního sledování narůstaly ve specifických kognitivních oblastech, jako jsou vizuospaciální vnímání a vizuální paměť, exekutivní funkce a kognitivní flexibilita. Tyto kognitivní domény korelují se závažností OCs.

Vliv na rozvoj OCs nebo plnohodnotného OCD u pacientů se schizofrenií mohou mít rovněž léky podávané při léčbě schizofrenie. Nově vzniklé OCs byly hlášeny při podávání antiserotoninergně působících antipsychotik II. generace (Sa et al. 2009, Mukhopadhaya et al. 2009, Schirmbeck et al. 2011). Příznivý vliv mohou mít naopak antipsychotika, která ovlivňují hlavně dopaminergní systém. Dvě kontrolované studie zkoumaly vliv přídatné léčby SSRI ke standardní antipsychotické léčbě u schizofrenních pacientů. Výsledky byly rozporuplné, klinický stav pacientů se buď zlepšil, nebo naopak zhoršil (Reznik a Sirota 2000).

Několik studií se zabývalo účinky klozapinu. Pacienti léčení klozapinem měli signifikantně závažnější projevy OCD i schizofrenie (Sa et al. 2009, Schirmbeck et al. 2011, Mukhopadhaya et al. 2009). Existují zprávy, které referují o nově vzniklých nebo znovu se objevivších OCs při léčbě klozapinem. Na druhé straně se objevují sdělení o pozitivním ovlivnění obsedantně-kompulzivní symptomatologie při podávání klozapinu (Reznik et al. 2004). Zdá se však, že u pacientů s farmakorezistentní schizofrenií, kteří musí být léčení klozapinem, jsou přidružené OCs běžné. Schirmbeck et al. (2013) v průběhu 12měsíčního sledování zkoumali 75 schizofrenních pacientů, kteří byli rozděleni do dvou skupin podle antipsychotické léčby: klozapinové a olanzapinové (skupina 1) versus aripiprazolové a amisulpridové (skupina 2). U první skupiny došlo k nárůstu Y-BOCS skóre hodnot v průběhu času, zatímco u druhé skupiny k jeho poklesu.



### 1.2.5. PTSD a schizofrenie

Anamnéza psychického traumatu je rizikovým faktorem pro vznik psychózy (Morgan et al. 2007). Pacienti s psychotickým onemocněním mají zvýšené riziko expozice traumatu, což souvisí s vlastnostmi jejich nemoci, a / nebo komorbidním zneužíváním návykových látek. Diagnostiku komplikuje mnoho faktorů. Příznaky při znovuprožívání traumatu mohou napodobovat psychotické symptomy. Kromě toho k rozvoji PTSD mohou přispívat jak psychotické symptomy (například halucinace a bludy), tak i pacientovy zážitky z léčby (například nedobrovolná hospitalizace, omezovací prostředky).

Resnick et al (2013) ve svém přehledu uvádějí, že prevalenci PTSD u schizofrenních psychóz se dosud zabývalo 20 publikovaných studií. Jejich výsledky jsou značně nejednotné od 0 % do 67 %. Vážený průměr z těchto dostupných studií je 29 %. Prevalence PTSD v běžné populaci se uvádí 7,8 % (Kessler et al. 1995).

Závažné psychické trauma může vést k rozvoji PTSD a vyšší míře vyjádření disociativních projevů. V tomto směru nejsou výjimkou ani pacienti se schizofrenií. U pacientů se schizofrenií, u kterých se nerozvinula PTSD, se disociace může projevovat v podobě Schneideriánských symptomů. Vogel et al. (2009) ukázali, že trauma a disociace jsou spojeny se závažnějšími příznaky schizofrenie. Zvláště vysoká míra disociace vedla k většímu narušení, zatímco kritérium A pro PTSD mělo jen minimální nebo žádný efekt.

Vzhledem k tomu, že ne každý, kdo prožije traumatický zážitek, rozvine PTSD, je zde snaha identifikovat faktory, které zvyšují nebo snižují riziko jejího rozvoje. V souvislosti se schizofrenií se zvažuje otázka genetické vulnerability pro rozvoj psychózy po prožitém traumatu. Collip et al. (2013) ve své studii dvojčat za tímto účelem zkoumal gen FK506. Tento gen má důležitou úlohu v regulaci sekrece stresového hormonu kortizolu. Vědci našli souvislost mezi genovým polymorfismem FK506, dětským traumatem, psychózou a hladinou kortizolu. Jejich nálezy naznačují, že prožité trauma zvyšuje riziko rozvoje psychózy prostřednictvím přetrvávajících změn ve zpětnovazebné regulaci sekrece kortizolu.

V průřezové studii Beattie et al. (2009) vykazovalo 45 % pacientů s psychotickým onemocněním středně těžké až těžké příznaky PTSD. U 31 % psychotických pacientů byly přítomny příznaky PTSD v souvislosti se stresem vyvolaným pozitivními příznaky a

okolnostmi při prvním přijetí k hospitalizaci. Anamnestickým prediktorem některých PTSD příznaků však bylo fyzické týrání a sexuální zneužívání v dětství.

Současné výzkumy přinášejí stále více důkazů o významném vztahu mezi výskytem schizofrenie a psychickou traumatizací v dětství (Bennouna-Greene et al. 2011, Larsson et al. 2013, Lysaker et al. 2005, Lysaker a Salyers 2007, Matheson et al. 2013, Outcalt a Lysaker 2012, Sideli et al. 2012). Schäfer s Fisherem (2011) realizovali přehledovou studii týkající se traumatu z dětství u pacientů s psychózou a PTSD. Autoři zjistili, že 40 – 50 % pacientů s psychózou mělo v anamnéze fyzické týrání nebo sexuální zneužívání. Diagnostická kritéria pro PTSD naplnilo 11 – 46 % pacientů. Autoři prokázali existenci vzájemného vztahu mezi klinickými symptomy, výsledným stavem, komorbidní PTSD a psychickým traumatem v dětství. Lysaker et al. (2005) studovali vztah mezi sexuálním zneužíváním a úzkostí u pacientů se schizofrenií. Ze souboru 40 pacientů jich bylo v dětství 21 sexuálně zneužíváno. Zkušenost sexuálního zneužívání v dětství u pacientů se schizofrenií byla spojena s vyšší mírou disociace a výskytu intruzivních myšlenek. Sexuální trauma je rovněž spojeno s obecně vyšší úzkostností u jeho obětí (Lysaker et al. 2005, Lysaker a Salyers 2007) a často vede k sociálnímu stažení vlivem sebestigmatizace, pocitům diskriminace a odcizení (Outcalt a Lysaker 2012). Samotná zkušenost sexuálního zneužívání v dětství však nemusí nezbytně vést k rozvoji psychotického onemocnění. Svou roli hraje také genetická dispozice a další rizikové faktory prostředí (Sideli et al. 2012). Riziko rozvoje psychózy v dospívání a dospělosti stoupá i po prožití jiných než sexuálních dětských traumat. Meta-analýzy Varese et al. (2012) a Mathesona et al. (2013) ukázaly, že zážitek dětského traumatu zvyšuje riziko pozdějšího rozvoje schizofrenie ve srovnání s jedinci, kteří v dětství traumatizováni nebyli.

### **1.2.6. Závěr**

Ve většině případů zůstávají komorbidní úzkostné poruchy u schizofrenních pacientů neléčeny, a to zejména proto, že veškerá pozornost se zaměřuje na diagnostiku a léčbu psychotických projevů a případná úzkostná symptomatologie je přičítána pouze projevu základního onemocnění. Koexistence úzkostných příznaků bývá spojena s horší prognózou, horšími výsledky léčby a má negativní dopad na kvalitu života pacientů se schizofrenií.

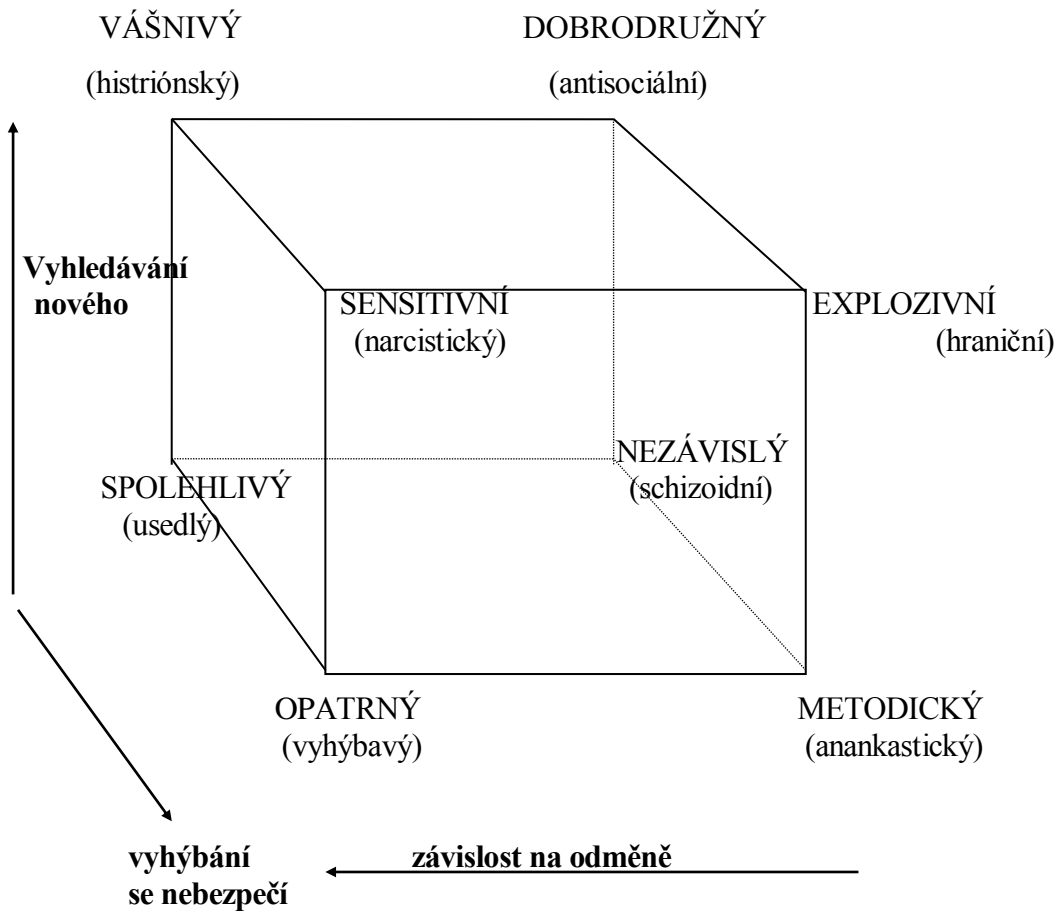
Schizofrenní pacienti se závažnou komorbidní úzkostí tvoří v rámci psychotických onemocnění dobře identifikovatelnou podskupinu. Anamnéza sexuálního zneužívání v dětství může představovat významný predisponující faktor pro závažnou komorbidní úzkostnou poruchu. Psychiatři léčící pacienty se schizofrenií by se také měli zaměřit na diagnostiku a léčbu případných komorbidních úzkostných poruch. Schizofrenní pacienti totiž své úzkostné symptomy obvykle spontánně nezmiňují, a tak může být obtížné komorbidní úzkostnou poruchu správně rozpoznat, pokud tomu lékař nevěnuje dostatečnou pozornost. Zatímco léčba samotných úzkostných poruch je úspěšná, léčba úzkostné symptomatologie v rámci komorbidity u psychóz je obtížnější. Pro lepší pochopení vztahu mezi schizofrenií a úzkostnými poruchami a pro jejich úspěšnou léčbu je potřeba dalších metodologicky kvalitních studií. Individuální přístup, který by měl vycházet z patogeneze a aktuálního klinického stavu pacienta, je v léčbě schizofrenních onemocnění nezbytný (Hwang et al. 2009).

### 1.3. TEMPERAMENT A CHARAKTER U SCHIZOFRENIE

Specifické osobnostní charakteristiky jsou pravděpodobně přítomny již premorbidně, uplatňují se v etiopatogenezi, ovlivňují klinický obraz a průběh schizofrenního onemocnění a pravděpodobně i celkový výsledek léčby. Osobnostní rysy se rovněž mohou proměňovat v čase působením psychotického procesu. Cílem současných výzkumů je tyto specifické charakteristiky osobnosti u schizofrenie zmapovat. Bližší porozumění této problematice by mohlo přispět prostřednictvím individualizovaného přístupu k lepším léčebným výsledkům a snížit rekurenci onemocnění.

Cloningerova psychobiologická teorie temperamentu a charakteru v současné době patří mezi nejvíce respektované teorie osobnosti (Hrubý et al. 2007). Osobnost sestává z vrozených dispozic (temperament; Obrázek 1, Tabulka 1) a dispozic získávaných v průběhu celého života (charakter; Tabulka 1).

Obrázek 1 : Trojdimenzionální model temperamentu  
(podle Cloninger et al. 1993)



Tabulka 1 : Základní charakteristiky temperamentu a charakteru podle Cloningera  
(in Svrakić et al. 2002)

SLOŽKY OSOBNOSTI		VYSOKÁ MÍRA	NÍZKÁ MÍRA
<b>TEMPERAMENT</b>	Vyhledávání nového	Zvídavý Impulsivní Extravagantní Popudlivý	Rezervovaný Rozvážný Hospodárný Stoický
	Vyhýbání se ohrožení	Pesimistický Obavný Nesmělý Rychle unavený	Optimistický Smělý Společenský Energický
	Závislost na odměně	Sentimentální Otevřený Vřelý Vděčný	Nezaujatý Odtahitý Chladný Nezávislý
	Vytrvalost	Pracovitý Odhodlaný Nadšený Perfekcionistický	Netečný Rychle rezignující Lhostejný Pragmatický
<b>CHARAKTER</b>	Sebeřízení	Zodpovědný Cílevědomý Vynalézavý Přijímající sebe samého Disciplinovaný	Obviňující Bez větších cílů Málo schopný Domýšlivý Nedisciplinovaný
	Spolupráce	Laskavý Empatický Nápomocný Soucitný Spravedlivý	Netolerantní Necitlivý Nepřátelský Pomstychtivý Oportunistický
	Sebepřesah	Intuitivní Tolerantní Spirituálně orientovaný	Nepřirozený Kontrolující Materialistický

Cloninger charakterizuje temperament jako o emocionálním jádro osobnosti. Temperament předurčuje způsob prožívání emocí (prožívání strachu, hněvu, náklonnosti) a automatické chování (inhibice, aktivace, pokračování v určité činnosti), které vzniká jako reakce na zevní podněty (Svrakić et al. 2002). Temperament je převážně vrozený a nepříliš ovlivnitelný zkušeností (Svrakić et al. 2002), proto také zůstává stabilní v průběhu života (Svrakić et al. 1996). Psychobiologická teorie popisuje čtyři temperamentové dimenze: Vyhledávání nového (Novelty Seeking, NS) - měří vrozené sklony reagovat na nové podněty nadšením a

intenzivním zájmem, Vyhýbání se ohrožení (Harm Avoidance, HA) - měří tendenci reagovat celkovým útlumem v reakci na averzivní podněty, Závislost na odměně (Reward Dependence, RD) - měří sociální vnímavost a pohotovost přizpůsobit své chování souhlasu druhých a Vytrvalost (Persistence, PS) - měří tendenci setrvat v konkrétní aktivitě i přes přítomnost únavy nebo frustrace (Cloninger et al. 1993, Cloninger et al. 2009).

Charakter zahrnuje vědomé komponenty vůle, životních hodnot, cílů a vztahu k sobě samému a ke světu. Rozlišuje tři dimenze: Sebeřízení (Self-directedness, SD) - měří schopnost člověka vědomě směřovat své jednání, vynalézavost a optimismus. Spolupráce (Cooperativeness, CO) – měří ochotu kooperovat s druhými lidmi, ochotu pomoci a empatii. Sebepřesah (Self-transcendence, ST) - měří intuici a schopnost vnímat sama sebe jako součást vyššího celku (Cloninger et al. 1993, Cloninger et al. 2009).

Z hlediska výskytu typických osobnostních charakteristik pacientů se schizofrenním onemocněním, které se liší od zdravé populace, dospěly evropské i světové výzkumy k následujícím závěrům. Z temperamentových dimenzí byly opakovaně zjištěny vyšší skóre Vyhýbání se ohrožení (HA, tendence k úzkostnému prožívání) a nižší skóre Závislosti na odměně (RD, citové stažení, nezájem o mezilidské kontakty) (Smith et al. 2008, Guillem et al. 2002, Kurs et al. 2005). U temperamentových dimenzí Vyhledávání nového (NS) a Vytrvalosti (PS) nejsou závěry výzkumných studií jednoznačné. Některé studie našly nižší míru NS a PS (Guillem et al. 2002, Smith et al. 2008), většina studií však statisticky významné rozdíly nezjistila oproti zdravým kontrolám (Gonzalez-Torres et al. 2009, Kurs et al. 2005, Bora a Veznedaroglu 2007, Fresán et al. 2015). V charakterových dimenzích byly přítomny nižší skóre Spolupráce (CO; nepřátelství, nedůvěra), Sebeřízení (SD; nízké sebeřízení, slabá vůle) a vyšší skóre Sebepřesahu (ST; spirituální orientace, magické myšlení) (Hori et al. 2008, Guillem et al. 2002, Cortés et al. 2009). Podle Cloningera kombinace nízkého skóre Sebeřízení (SD) a Spolupráce (CO) a současně vysokého skóre Sebepřesahu (ST) odpovídá schizotypálnímu či dezorganizovanému charakteru (Cloninger et al. 2009).

Nálezy výzkumných studií rovněž poukazují na přítomnost určitých osobnostních rysů s ohledem na dominující klinickou symptomatologii. S pozitivními psychotickými příznaky se častěji pojily vyšší skóre temperamentových dimenzí Sebepřesah (ST) a v některých případech i Vyhledávání nového (NS), zatímco Sebeřízení (SD) a Spolupráce (CO) dosahovaly nižších skóre v porovnání se zdravými kontrolami (Hori et al. 2008, Guillem et al. 2002, Smith et al. 2008). U jedinců s vyjádřenou negativní symptomatologií byly nalezeny

vyšší skóry dimenze Vyhýbání se ohrožení (HA) a nižší skóry Sebeřízení (SD) a Spolupráce (CO) (Hori et al. 2008, Guillem et al. 2002, Smith et al. 2008).

Někteří autoři se domnívají, že složky temperamentu se uplatňují především při propuknutí a v akutních fázích nemoci, zatímco charakterové dispozice, zejména Sebeřízení (SD) a Spolupráce (CO), mohou mít větší vliv na průběh a celkovou prognózu onemocnění (Mezzich et al. 2010, Guillem et al. 2002).

Cloningerova psychobiologická teorie předkládá dimenzionální přístup (osobnost je tvořena různou měrou vyjádřenými rysy), který bere v úvahu pozvolný přechod od normality k patologii na rozdíl od kategoriálního přístupu, který považuje patologii za kvalitativně odlišný stav (Cloninger et al. 2009, Mezzich et al. 2010, Hulbert et al. 1996, Gonzalez-Torres et al. 2009).

Dimenzionální pojetí osobnostních charakteristik umožňuje kromě pojmenování slabých stránek vyzdvihnout také silné stránky, tzn. takové, které jsou adaptivní a napomáhají ke zmírnění průběhu nemoci, případně dosažení remise.



## 1.4. SEBESTIGMATIZACE U SCHIZOFRENIE

Stereotypy a předsudky o psychiatrických pacientech typicky hodnotí duševně nemocné jako nebezpečné, agresivní, iracionální v jednání, a tudíž nevypočitatelné a nespolehlivé (Chromý 1990, Gray 2002). Problematika stigmatu a rizika jeho internalizace byla důkladněji popsána zejména u pacientů se závažnými duševními poruchami, jako je schizofrenie (Yanos et al. 2008), bipolární porucha (Hajda et al. 2015) nebo depresivní porucha (Barney et al. 2006). V poslední době výzkum sebestigmatizace prostupuje celou oblastí psychiatrie, včetně úzkostných poruch, poruch osobnosti a závislostí (Alonso et al. 2008, Ocisková et al. 2014, Kamarádová et al. 2015a).

Stigmatizace je sociální proces, během něhož člověk na základě určité vlastnosti, která je pro společnost nepřijatelná, dostává nálepku a přestává být jejím plnohodnotným členem (Goffman 1986, Finzen 2000). Stigmatizovaný jedinec bývá společností diskriminován a ve srovnání s ostatními lidmi zpravidla nemá stejné příležitosti v pracovní, sociální nebo zdravotní oblasti (Gray 2002). Pokud nemocný navíc vnímané stigma přijme za své, tzn. internalizuje je, začne si sám vytvářet další překážky bránící naplnění jeho životních cílů (Corrigan a Watson 2002, Schulze a Angermeyer 2003). Finzen (2000) hovoří o „druhé nemoci“, která může násobit negativní dopady na život nemocného způsobené samotnou poruchou.

Pacienti trpící psychickou poruchou se často odhodlávají k návštěvě psychiatra dlouhou dobu a není výjimkou, že se k odborníkovi dostaví až po mnoha letech, kdy je porucha již chronifikovaná (Praško 2001, Adamcová et al. 2005). Samotná představa, že by jim mohlo být diagnostikováno psychické onemocnění, vede ke snížení sebedůvěry a sebestigmatizujícím postojům (Alonso et al. 2008). U pacientů se schizofrenií pak v důsledku předsudků a diskriminace dochází ke špatné spolupráci v léčbě, zejména v užívání předepsané medikace (Villares a Sartorius 2003, Vrbová et al. 2014). Hrozba sociálního nesouhlasu nebo snížené sebevědomí, které doprovázejí značku schizofrenie, souvisí s nedostatečným využíváním zdravotních i sociálních služeb (Corrigan et al. 2004). Povědomí o nemoci a náhled mohou vést k lepším funkčním výsledkům, ale pokud náhled doprovází přijetí stigmatizujících postojů, je naopak pravděpodobnější, že dojde ke zhoršení sociálního fungování, snížení naděje a sebevědomí (Lysaker et al. 2007).

Na stigma se dá nahlížet z různých úhlů pohledu. Obecně jej lze rozdělit na tři podskupiny – stigma sociální, stigma strukturální (jinak také institucionální) a stigma internalizované (nazývané také jako sebestigmatizace) (Livingston a Boyd 2010). Sebestigmatizace je třífázový proces, v němž člověk přiděluje sám sobě sociálně handicapující značku, internalizuje ji a přepokládá, že se k němu druzí budou chovat negativním způsobem, pohrdat jím nebo ho odmítat (Yanos et al. 2008, Rüscher et al. 2009, Margetić et al. 2010). V první fázi se stigmatizovaný jedinec setkává s nálepkujícím či odmítavým chováním okolí. Vnímá, že se k němu ostatní chovají jinak než k lidem, kteří psychiatrickou nálepku nemají, a uvědomuje si předsudky, které vedou k odsuzujícím postojům společnosti (Ritsher a Phelan 2004, Corrigan et al. 2005, Corrigan et al. 2006, Corrigan et al. 2011). Ve druhé fázi už jedinec souhlasí s negativními stereotypy o lidech, kteří trpí stejnou poruchou jako on. Např. člověk trpící psychickou poruchou může souhlasit s postojem, že psychiatričtí pacienti jsou méněcenní. Ve třetí fázi jedinec tyto zevnitřněné předsudky aplikuje na sebe a integruje je do svého sebepojetí a identity (Corrigan et al. 2011). Po internalizaci stigmatu postupuje tento proces autonomně, automaticky a neuvědoměle (Schulze et al. 2003, Alonso et al. 2009). Internalizace může mít různé důsledky – zhoršení kvality života, ztrátu naděje, zhoršení nálady nebo snížení sebedůvěry (Finzen 2000). Celkově může docházet ke zvýšení anticipační úzkosti s obavami z odmítnutí či odsouzení druhými lidmi (Yanos et al. 2008). To může vést až k odchodu ze zaměstnání, útěku od přátel, někdy i rodiny, a v konečném důsledku k sociální izolaci (Schulze a Angermeyer 2003). Velmi často je zvýšená sebestigmatizace spojená s nižší adherencí k léčbě, se závažnější symptomatologií a horší prognózou (Ritsher a Phelan 2004, Vrbová et al. 2014, Kamarádová et al. 2015a). Většina výzkumů v oblasti stigmatizace zkoumá negativní reakce běžné populace na osoby se schizofrenií. Méně často jsou zkoumány postoje samotných pacientů, kteří jsou této stigmatizaci vystaveni.

Výsledky systematické přehledové studie Gerlingera et al. (2013) naznačují, že třetina až polovina pacientů se schizofrenií se za svou poruchu stydí. Prevalence sebestigmatizujících postojů u jedinců trpících závažnými psychickými poruchami se v posledních evropských studiích pohybuje mezi 36 % (West et al. 2011) a 42 % (Brohan et al. 2010a, 2010b). Vyšší míra sebestigmatizace predikuje vyšší míru celkové psychopatologie, vyšší míru deprese, sociální úzkosti, nižší sebevědomí, menší míru naděje, horší sociální, pracovní a odborné fungování, nižší kvalitu života, horší výsledky léčby, méně sociální podpory a horší spolupráci v léčbě (Wahl 1999, Sirey et al. 2001, Watson et al. 2007, Gaebel et al. 2008,

Kleim et al. 2008, Pescosolido et al. 2008, Amering a Schmolke 2009, Yanos et al. 2008, Yanos et al. 2010, Yen et al. 2009, Cavelti et al. 2011, Tarrier et al. 2007).

Ne každý člověk s psychickou poruchou, který vnímá stereotypy ze strany okolí, však stigma internalizuje. Někteří lidé jsou v případě ohrožení stigmatizací připraveni přesvědčit druhé, že vžití stereotypy neodpovídají realitě, nebo si žádnou stigmatizaci nepřipouštějí (Camp et al. 2002). Proto může být užitečné zjistit, které osobnostní proměnné se sebestigmatizací více souvisí.

Pro identifikaci osobnostních proměnných, které sehrávají roli při formování internalizovaného stigmatu, se dosud užívala Cloningerova biosociální teorie osobnosti a z ní vycházející osobnostní inventář TCI-R (Farmer a Goldberg 2008). Prostřednictvím této psychodiagnostické metody bylo např. zjištěno, že sebestigmatizace osob s psychickou poruchou souvisí s častějším vyhýbáním se možným zdrojům ohrožení a nižší cílesměrností a vytrvalostí (Margetić et al. 2010). Cílesměrnost a vytrvalost patří k základním aspektům Snyderovy kognitivní teorie naděje (Snyder 2000). Lidé, kteří stigma zvnitřnili, spíše prožívají beznaděj (Hasson-Ohayon et al. 2008, Livingston a Boyd 2010).

Podle Snydera (2000) se naděje vztahuje k životním cílům a očekávání pozitivního výsledku vlastního snažení. Definoval ji jako „*pozitivní emoční stav, který je založený na vzájemném vztahu mezi tzv. Snahou (energizace osobnosti k dosahování cílů) a Cestou (zvažování cesty k cíli)*“. Do jeho konceptu komplexní teorie naděje patří emoce, motivace, chování i kognice (Ocisková et al. 2016). Základní míra naděje pak zůstává u jednotlivce relativně stabilní v čase (Snyder 2002). U pacientů se schizofrenií mohou být vztahy mezi nadějí, mírou deprese a sebestigmatizace provázané; zdá se, že snížená míra naděje koreluje s vyšší mírou deprese a vyšší sebestigmatizací (Schrank et al. 2014). U jedinců trpících poruchou schizofrenního okruhu bylo také shledáno, že internalizované stigma moderuje vztahy mezi náhledem a sociálním fungováním, nadějí a sebevědomím (Hanzawa et al. 2012).

## 1.5. KVALITA ŽIVOTA U SCHIZOFRENIE

Diagnóza schizofrenního onemocnění s sebou nese postižení v mnoha oblastech. Nemocní často nejsou schopni fungovat v zaměstnání a udržet si partnerské vztahy (Marwaha a Johnson 2004, Karagianis et al. 2009). Přestože ve vývoji nových psychofarmak bylo dosaženo významného pokroku, výzkum v této oblasti se zaměřuje především na kontrolu psychotických symptomů a redukci vedlejších účinků. V minulosti bylo tedy hlavním cílem léčby schizofrenie snížit závažnost psychotických příznaků, zejména pozitivních (Revicki a Murray 1994). Zlepšení sociálního fungování nebylo považováno za natolik relevantní při hodnocení léčby. V posledních letech se však pozornost odborníků soustředí na širší potřeby pacientů a v současné době je kvalita života považována za důležitý léčebný výstup (Browne et al. 1996, Skantze et al. 1992, Wegener et al. 2005, Ritsner et al. 2005, Yamauchi et al. 2008, Sidlova et al. 2011, Latalova et al. 2011). Pojem kvality života (QoL) byl uveden do léčby tělesných onemocnění, zejména chronických, jako jsou chronická kardiovaskulární onemocnění, diabetes a další (Dobre et al. 2007). Podobně přibývá výzkumných prací studujících kvalitu života u psychických poruch jako je schizofrenie (Ritsner et al. 2005). Cíle léčby nově sledují mimo zmírnění psychotických příznaků také spokojenost pacienta s kvalitou jeho života a schopnost zapojit se do společenských aktivit. Tento trend tedy vstoupil do hodnocení efektivity léčby psychiatrických pacientů a kvalita života se stala indikátorem efektivity intervencí, jak léčebných, tak zejména rehabilitačních (Skantze et al. 1992). Pokud komplexní léčba schizofrenie zahrnuje cíle obnovení adaptivních funkcí a zvýšení kvality života, je třeba ke stanovení účinnosti léčby zhodnotit míru dosažených změn. Měření kvality života nabízí doplňující informace, které vyžaduje komplexní přístup ve výzkumu i léčbě schizofrenie (Herrman et al. 2002, Browne et al. 1996, Skantze et al. 1992, Herman et al. 2002, Karow et al. 2002, Wegener et al. 2005, Yamauchi et al. 2008, Latalova et al. 2011, Wartelsteiner et al. 2016).

Základní koncept kvality života klade důraz na subjektivní hodnocení pacientů, jak jsou sami spokojeni. Původně se předpokládalo, že sebehodnocení pacientů se schizofrenií postrádá spolehlivost pro ev. přítomnost psychotických příznaků a kvůli špatnému povědomí o onemocnění (Browne et al. 1996). Z tohoto důvodu řada studií použila objektivní hodnocení kvality života, jako je například Škála kvality života (Quality of Life Scale - QLS) (Heinrichs

et al. 1984), které jsou založeny na rozhovorech psychiatra či jiného vyškoleného hodnotitele s pacientem. Ovšem postupem času bylo zjištěno, že vyhodnocení spokojenosti pacientů samotných je důležité a tzv. objektivní hodnocení je plně nereflektuje. Navíc pacienti se schizofrenií si často velmi dobře uvědomují svoje dysfunkce, zejména, když jsou ve stabilizovaném stavu. V současné době se užívá především sebeposuzujících dotazníků, i když panují jisté pochybnosti o jejich spolehlivosti. I proto tyto postupy zatím v klinické praxi nejsou dostatečně využívány (Boyer et al. 2013). Nicméně četné výzkumy ukazují, že tyto obavy nejsou opodstatněné (Herrman et al. 2002). Už nálezy Skantze et al. (1992) ukázaly, že údaje o kvalitě života ze subjektivního hodnocení byly spolehlivé. Také Lehman (1983a, 1983b) prokázal, že údaje o kvalitě života u pacientů s chronickým duševním onemocněním jsou spolehlivé a dospěl k závěru, že subjektivní hodnocení QoL je pro tyto pacienty dobře použitelné (Awad et al. 1997). Vztah mezi exekutivními funkcemi a kvalitou života nebyl potvrzen (Buchanan et al. 1994, Matsui et al. 2008, Meltzer et al. 1996). Wegener et al. (2005) však publikovali významný vztah mezi schopností udržet pozornost a kvalitou života. Ve studii kvality života u japonských chronických schizofrenních pacientů, Tomida et al. (2010) ukázali, že pozitivní a negativní příznaky na škále PANSS a míra deprese nebo úzkosti významně ovlivňují kvalitu života.

Výsledky publikovaných studií ukazují, že kvalita života u schizofrenie je výrazně snížena (Sidlova et al. 2011, Holubova et al. 2015, 2016). Kvalitu života může ovlivňovat řada faktorů, jako je věk, věk počátku rozvoje onemocnění, délka trvání onemocnění, závažnost psychopatologie, počet hospitalizací, komorbidita s dalšími psychickými poruchami, jako jsou deprese, úzkostné poruchy, zejména pak sociální fobie a vyhýbání se druhým, nekvalitní nebo chybějící partnerský vztah, nízké vzdělání, nezaměstnanost a nízké sebevědomí (Schulze a Angermeyer 2003, Ritsner et al. 2005, Hasson-Ohayon et al. 2008, Gerlinger et al. 2013, Holubova et al. 2016, Wartelsteiner et al. 2016, Wang et al. 2016).

## 1.6. ADHERENCE V LÉČBĚ

Problém adherence k léčbě u pacientů trpících psychotickými poruchami je závažný z mnoha důvodů, které souvisí s nedostatečnou spoluprací pacienta. Jde o významné zvýšení rizika dalšího relapsu po vysazení medikace, horší dlouhodobý průběh psychotické poruchy a častější hospitalizace. Z psychosociálních faktorů nedostatečná adherence k léčbě souvisí zejména s nedostatečným náhledem nemoci, strachem ze stigmatizace a sebestigmatizací (Livingston a Boyd 2010, Outcalt a Lysaker 2012), špatným terapeutickým vztahem a odrazováním blízkými od medikace (Schulze a Angermeyer 2003). Snaha vyhnout se značkování dále vede k popírání poruchy, odkládání nebo vyhýbání se léčbě a může být nejvýznamnější bariérou v cestě k pomoci (Barney et al. 2009, Gumley et al. 2004, Vrbová et al. 2013).

Fung s kolektivem (2010) zkoumali vztah mezi sebestigmatizací, adherencí k léčbě, psychopatologií, náhledem a připraveností ke změně u 105 pacientů se schizofrenií z pěti psychiatrických zařízení v Hong Kongu. Výsledky ukazují na přímý účinek sebestigmatizace a psychopatologie na horší dodržování psychosociální léčby a nepřímý vliv zprostředkovaný náhledem a připraveností ke změně na celkovou adherenci k léčbě. Sebestigmatizace přitom nemá přímý vliv na míru psychopatologie. Tsang s kolegy (2010) pak zkoumali vztah mezi sebestigmatizací, připraveností ke změně a adherencí k psychosociálnímu programu u 105 pacientů trpících schizofrenií. Mnohočetná kroková regrese ukázala, že jedinci s vyšším celkovým fungováním jsou více otevřeni ke změně, vykazují nižší sebestigmatizaci a lépe spolupracují v léčbě.

## 2. VÝZKUMNÁ ČÁST

Výzkumná část sestává ze tří dílčích studií. Problematika pacientů trpících onemocněním ze schizofrenního spektra je nahlížena z pohledu sebestigmatizace, vztahu sebestigmatizace a adherence k léčbě a konečně z pohledu komorbidních poruch ve vztahu k sebestigmatizaci, osobnostním rysům, naději a kvalitě života.

### 2.1. HODNOTÍCÍ NÁSTROJE

Posuzovací škály a hodnotící nástroje jsou popsány před vlastními popisy metody jednotlivých studií, protože byly v různých kombinacích použity ve všech třech studiích.

- **Demografický dotazník** obsahuje základní údaje – pohlaví, věk, věk počátku onemocnění, délku trvání nemoci, rodinný stav, dosažené vzdělání, zaměstnání, invaliditu, počet hospitalizací, délku docházky do psychiatrické ambulance, dobu od poslední hospitalizace, počet navštěvovaných psychiatrů, současnou medikaci a její dávkování, údaj o vysazování medikace v minulosti (na doporučení psychiatra a z vlastní vůle).
- **PANSS** (Positive and negative syndrome scale, Kay et al. 1987) – Škála pozitivních a negativních příznaků schizofrenie se skládá z 30 položek rozdělených do 3 subkategorií kvantifikujících 7 pozitivních – „Škála pozitivních příznaků“ (PANSS P), 7 negativních – „Škála negativních příznaků“ (PANSS N) a 16 všeobecných psychopatologických příznaků – „Škála celkové patologie“ (PANSS G) (Tabulka 2) (Kay et al. 1987). Každá položka je hodnocena bodově od 1 (nepřítomno) do 7 (extrémně vyjádřené). Celkový skór je součtem bodů všech položek, tzv. PANSS Total (PANSS T). Remise je obvykle definována jako nižší skóre než 3 ve všech pozitivních položkách PANSS (nebo CGI méně než 3).

Tabulka 2: PANSS - Škála pozitivních a negativních příznaků schizofrenie

<b>P1 – P7</b>	<b>Škála pozitivních příznaků</b>		
P1	Bludy		
P2	Konceptuální dezorganizace		
P3	Excitace		
P4	Halucinace		
P5	Velikášství		
P6	Podezřívavost		
P7	Hostilita		
<b>N1 – N7</b>	<b>Škála negativních příznaků</b>		
N1	Citová oploštělost		
N2	Emoční stažení		
N3	Ochuzení vztahů		
N4	Pasivní / apatické sociální stažení		
N5	Obtížné abstraktní myšlení		
N6	Ztráta spontaneity a plynulé konverzace		
N7	Stereotypní myšlení		
<b>G1 – G16</b>	<b>Škála celkové patologie</b>		
G1	Starosti o tělesný stav	G9	Neobvyklý myšlenkový obsah
G2	Úzkost	G10	Dezorientace
G3	Pocity viny	G11	Zhoršená pozornost
G4	Tenze	G12	Nedostatek soudnosti a náhledu
G5	Manýrování a zaujímání postojů	G13	Poruchy vůle
G6	Deprese	G14	Nedostatečné ovládní impulzů
G7	Motorická retardace	G15	Autismus
G8	Nespolupráce	G16	Aktivní únik ze společnosti

- **CGI** (Clinical Global Impression, Guy 1976) – Celkový klinický dojem je hodnocení celkové závažnosti poruchy. Zdrojem evaluace v CGI-O je komplexní hodnocení pacienta lékařem. Při vyplňování je úkolem lékaře v objektivní formě zaznamenat intenzitu psychických potíží na sedmibodové škále (1 = normální, bez známek nemoci, 7 = prožívá extrémně silné příznaky nemoci). V jeho subjektivní verzi (CGI-S) hodnotí svůj celkový stav sám pacient, přičemž každý ze stupňů závažnosti má rovněž popsane charakteristiky.
- **DAI-10** (Drug Attitude Inventory) – je dotazník hodnotící postoj pacientů k lékům. Pacient buďto považuje konstatování o lécích za pravdu nebo za nepravdu. Jednotlivá tvrzení se týkají jak účinků léků, tak jejich potřebnosti a dobrovolnosti užívání. Dotazník hodnotí míru současné adherence (tedy nikoliv, zda v minulosti pacient léky vysazoval či nikoliv).



- **BDI-II** (Beck Depression Inventory-II, Beck et al. 1996) – Beckův inventář deprese obsahuje 21 položek, ve kterých pacient vybírá jednu ze čtyř definovaných možností, která nejvíce odpovídá tomu, jak se cítí v posledních dvou týdnech. Korelace BDI-II s ostatními standardizovanými škálami deprese se pohybuje kolem 0,70, vnitřní konzistence (Cronbachova alfa) se pohybuje od 0,73 do 0,95 (Domino a Domino 2006). Škála je široce používána k posouzení aktuální úrovně depresivní symptomatologie v klinice i ve výzkumu. Test byl adaptován na českou populaci (Preiss a Vacíř 1999).
- **BAI** (Beck Anxiety Inventory, Beck et al. 1988) – Beckovu stupnici úzkosti tvoří 21 položek se čtyřbodovou Likertovu stupnicí, podle níž jedinec označuje závažnost příznaků úzkosti, jimiž trpěl za poslední týden. BAI v českém jazyce validizovala Kamarádová et al. (2015b). Inventář vykazuje vynikající vnitřní konzistenci (Cronbachova  $\alpha = 0,92$ ; Kamarádová et al. 2015b).
- **LSAS** (Liebowitz social anxiety scale, Liebowitz 1987) – dotazník je sestaven z 24 položek, které zachycují různé sociální situace. U každé situace se klinik pacienta dotazuje na míru strachu a vyhýbání na 4 bodové Likertové škále. Škála strachu je od hodnocení 0 (žádný strach) až po 3 (závažný strach). Škála vyhýbání má stejné rozmezí a je založena na procentu případů, kdy se určité situaci pacient vyhne (0=nikdy; 1=občas (10%), 2=často (33-67%), a 3=obvykle (67-100%). Hodnotící má možnost ptát se další přídatné otázky, pokud mu není hodnocení jasné. Kromě subškál strachu a vyhýbání, je LSAS dále rozdělena na dvě subškály, které hodnotí sociální interakce (11 položek) a situace vystupování (13 položek). Tak může být místo celkového skóru použito 6 dalších skóru: celkový strach, strach ze sociálních situací, strach z vystupování, celkové vyhýbání, vyhýbání se sociálním situacím, vyhýbání se vystupování. Škála má objektivní a sebesposuzovací verzi, přičemž v sebesposuzovací je posun v hodnocení - místo 0-3 se používá 1-4. V anglické verzi vykazuje sebesposuzovací forma LSAS (LSAS-SR) dobré psychometrické vlastnosti, jak ukazují výsledky testování reliability test-retest, vnitřní konzistence, konvergence a diskriminační validity. Navíc je škála citlivá k terapeutické změně (Baker et al. 2002). Přes více než 15 leté používání nebyla u nás její psychometrie dosud studována.
- **Q-LES-Q** (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction) – dotazník měřící kvalitu života (prožívání radosti a spokojenosti ze života). Tento dotazník je využíván pro hodnocení kvality života u pacientů s panickou poruchou, posttraumatickou stresovou poruchou,

schizofrenií, bipolární afektivní poruchou a u osob závislých na alkoholu. Dotazník Q-LES-Q se skládá z osmi oddílů zaměřených na: *fyzické zdraví* (13 otázek), *pocity* (14 otázek), *pracovní aktivity* (13 otázek), *péči o domácnost* (10 otázek), *studijní aktivity* (10 otázek), *využití volného času* (6 otázek), *sociální vztahy* (11 otázek) a *souhrnný pohled na kvalitu života* (16 otázek). Spokojenost s jednotlivými osmi oblastmi vyjadřují pacienti na pětibodové hodnotící škále včetně hodnocení užívání léků a celkové spokojenosti. Test-retestová reliabilita byla provedena na 54 pacientech, přičemž korelace uvnitř skupin byla od 0,63 do 0,89, vnitřní konzistence testu byla 0,90 (Katschnig et al. 1997). Validizaci v českém jazyce má tento dotazník na osobách trpících depresivní poruchou (Libigerová a Müllerová 2003).

- **TCI-R** (Temperament and Character Inventory – Revised, Farmer a Goldberg 2008) – Revidovaná verze Inventáře temperamentu a charakteru sestává z 240 položek, z toho je 5 validizačních. Dotazník hodnotí čtyři temperamentové a tři charakterové rysy osobnosti. Mezi rysy temperamentu patří vyhledávání nového (NS), vyhýbání se ohrožení (HA), závislost na odměně (RD) a vytrvalost, persistence (PS). Mezi charakterové rysy patří sebeřízení (SD), spolupráce (CO) a sebezpřesah (ST) (Gillespie et al. 2003). České percentilové normy vytvořili Preiss a Klose (2001).
- **ADHS** (Adult Dispositional Hope Scale, Snyder 2000) – Dotazník dispoziční škály naděje má 12 položek – 4 hodnotí schopnost stanovovat si adaptivní cesty k cíli, 4 se zaměřují na snahu a 4 slouží jako distraktory (necílové podněty stěžující připravené odpovědi). Pacient volí míru souhlasu s uvedeným tvrzením na osmibodové stupnici. Český překlad vytvořily Ocisková ve spolupráci se Sobotkovou (Ocisková et al. 2016). Překlad vykazuje dobrý stupeň vnitřní konzistence – celková Cronbachova alfa je 0,85. (Ocisková et al. 2016).
- **ISMI** (The Internalized Stigma of Mental Illness Scale, Ritsher et al. 2003) - Škála internalizovaného stigmatu psychických poruch je dotazník, který sestává z 29 položek se čtyřbodovou stupnicí, které měří 5 oblastí internalizovaného stigmatu (Ritsher et al. 2003). Patří mezi ně pocity odcizení a toho, že jedinec není plnohodnotným členem společnosti, míra souhlasu se stereotypy o lidech s duševní poruchou, percepce toho, jak je s pacientem zacházeno od okamžiku stanovení diagnózy, stažení se ze společnosti a stupeň odolnosti (rezistence) vůči stigmatu (Boyd et al. 2014). Škála ISMI byla v českém překladu standardizována Ociskovou et al. (2015a). Vnitřní konzistence české verze škály

je vynikající (Cronbachova alfa  $\alpha = 0,91$ ; Ocisková et al. 2015a). Velmi dobrá je rovněž stabilita škály v čase hodnocená v časovém odstupu tří týdnů ( $r = 0,90$ ,  $p < 0,001$ ).

## 2.2. STATISTICKÉ METODY

Ve všech třech studiích byly použity podobné metody statistické analýzy. Ke statistickému hodnocení výsledků byl použit statistický program Prism (GraphPad PRISM verze 5.0; <http://www.graphpad.com/prism/prism.htm>) a IBM SPSS statistic verze 17.0 a později verze 24.0.

Demografická data i průměrné celkové skóry v jednotlivých dotaznících a posuzovacích stupnicích byly hodnoceny pomocí popisné statistiky; byly zjištěny průměry, mediány, směrodatné odchylky a charakter rozložení dat (test Kolmogorow - Smirnov).

Průměry byly porovnávány pomocí nezávislých t-testů.

Vztahy mezi jednotlivými kategoriemi byly hodnoceny pomocí korelačních koeficientů (Pearsonovo  $r$  u parametricky rozložených dat a Spearmanovo  $r$  u neparametricky rozložených) a lineární regrese.

Vztah alternativních proměnných (pohlaví, stav, vysazování medikace) byl ověřen Fisherovým testem nebo při více kategoriích (partnerský vztah) chí-kvadrát testem.

K analýze významů jednotlivých korelací jednotlivých faktorů byla použita mnohonásobná lineární regrese a logistickou regrese.

U všech statistických testů byla za přijatelnou považována 5 % hladina statistické významnosti.

## 2.3. ETICKÉ OTÁZKY

Studie byly schváleny místní etickou komisí Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci a Fakultní nemocnice v Olomouci. Výzkumy byly prováděny v souladu s poslední verzí Helsinské deklarace a doporučením pro Správnou klinickou praxi (Guideline for Good Clinical Practice; EMEA 2002).

### **Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu**

Všichni probandi podepsali souhlas s účastí na výzkumu. Byli informováni o dobrovolnosti své účasti, možnosti kdykoliv odstoupit bez udání důvodu nebo vyslovit nesouhlas s použitím dat. Byli obeznámeni písemně i ústně o podstatě výzkumu, jeho průběhu, nárocích, které by na ně účast kladla, a výhodách, které by přinesla jim i výzkumníkům.

### **Ochrana soukromí a osobních údajů**

Vzhledem k potřebě spárování dat z dokumentace s výsledky dotazníků byly vyžadovány osobní údaje, jako jsou jméno účastníka a věk. Tato data byla zanesená do výsledných tabulek, po doplnění potřebných údajů však byla anonymizovaná. Probandi byli o tomto postupu informováni a byli obeznámeni se skutečností, že k údajům bude mít přístup doktorandka se školitelem.

### **Posouzení rizik a možnosti jejich prevence**

Téma disertace se týká citlivé oblasti stigmatizace osob s psychickými poruchami a jejich vlastní sebestigmatizace. Součástí Škály ISMI hodnotící sebestigmatizaci jsou také potenciálně rozrušující otázky typu „Duševně nemocní lidé nemohou žít dobrý a naplňující život“, které monitorují míru souhlasu se společenskými předsudky. Abychom snížili možnost citového zranění některého z účastníků výzkumu, byli pacienti již ve fázi nabídky účasti na výzkumu stručně informováni o tom, co je sebestigmatizace a jak vzniká. Uvedli jsme také, že se v rámci výzkumu ptáme i na míru souhlasu s předsudky, které mohou někteří jedinci zastávat vůči lidem, kteří se potýkají s psychickými potížemi. V případě jakékoliv nejasnosti nebo diskomfortu navozeného vyplňováním baterie dotazníků zde byla možnost otevřít je s výzkumníky.

## 2.4. STUDIE I – SEBESTIGMATIZACE A SCHIZOFRENIE

Jak jsme si popsali v přehledové části disertační práce (kapitola 1.4. Sebestigmatizace u schizofrenie), sebestigmatizace může být značným problémem, který zhoršuje sociální adaptaci a prognózu, vede ke zvýšenému utrpení nemocného a má vliv na rodinný život i výsledky léčby u pacientů trpících schizofrenií (Gray 2002).

### 2.4.1. Cíle studie

Naše průřezová studie zjišťovala míru internalizovaného stigmatu a jeho vztah ke klinickým a demografickým faktorům u pacientů s poruchami schizofrenního spektra.

### 2.4.2. Hypotézy

Záměrem studie bylo ověřit stanovené hypotézy, že míra sebestigmatizace souvisí:

- (a) *se závažností poruchy;*
- (b) *s délkou trvání a věkem nástupu onemocnění;*
- (c) *s počtem hospitalizací;*
- (e) *se zaměstnaností;*
- (f) *s dosaženým vzděláním;*
- (g) *s partnerským soužitím.*

### 2.4.3. Metoda

#### Soubor pacientů

Do studie bylo zařazeno 197 pacientů obou pohlaví docházejících do psychiatrické ambulance, ve stabilizovaném stavu, který nevyžadoval hospitalizaci, ani změny v léčbě.

Kritéria zařazení do studie:

- Věk 18 - 65 let;
- Diagnóza některé z poruch schizofrenního spektra podle MKN-10 (1996).

Do studie nebyli zařazení pacienti, kteří zároveň trpěli závažným tělesným onemocněním, mentální retardací nebo organickou psychickou poruchou.

#### Posuzující nástroje

Po krátké edukaci pacienti vyplňovali sebeposuzující škály a dotazníky. Závažnost nemoci hodnotil lékař na škále CGI-O po důkladném explorativním rozhovoru s pacientem.

Byly užity následující hodnotící nástroje (podrobný popis viz kapitola 2.1. Hodnotící nástroje):

- ISMI
- CGI
- Dotazník demografických údajů

#### Vedení léčby

Všichni pacienti se léčili na psychiatrické ambulanci, byli aktuálně v kompenzovaném stavu, který nevyžadoval změnu léčebného postupu nebo režimu (hospitalizace). Léky byly podávány podle doporučených postupů při léčbě onemocnění schizofrenního okruhu (Češková et al. 2014). Celkem 195 (99,0 %) ze 197 pacientů uvedlo, že užívají léky předepsané ošetřujícím psychiatrem. Většina z nich uvedla, že bere léky pravidelně v předepsaných dávkách (n = 137; 69,5 %), 58 (29,4 %), nepravidelně a dva pacienti (0,01 %) uvedli, že předepsanou medikaci neužívají vůbec.

## 2.4.4. Výsledky

### Popis souboru

Sběr dat probíhal v období od května 2015 do srpna 2016. Baterie dotazníků byla nabídnuta 197 pacientům s onemocněním schizofrenního okruhu, kteří jsou v ambulantní péči Psychiatrické kliniky v Olomouci nebo docházejí do soukromých psychiatrických ambulancí, kdy spolupracovalo celkem 30 ambulantních psychiatrů, kteří dávali pacientům dotazníky a vyplnili základní údaje o pacientovi. Účast ve výzkumu a vyplnění dotazníků bylo dobrovolné.

Jako primární diagnóza byla stanovena porucha schizofrenního okruhu u všech 197 pacientů (u 139 schizofrenie, u 5 porucha s bludy, u 12 akutní a přechodná psychotická porucha a u 41 schizoafektivní porucha). V souboru mírně převažovaly ženy (54,3 %). Průměrný věk byl  $40,1 \pm 11,5$  let. Dosažené vzdělání bylo následující: 23 (11,7 %) pacientů mělo základní vzdělání, 52 (26,4 %) bylo vyučených, 84 (42,6 %) mělo středoškolské vzdělání a 37 (18,8 %) vysokoškolské vzdělání. U jednoho pacienta údaj o vzdělání chyběl. Převažovali pacienti bez práce: 66,0 % bylo nezaměstnaných, 33,5 % pracovalo jako zaměstnanci nebo OSVČ. Jeden pacient údaje o zaměstnání neposkytl. Celkem 51,8 % pacientů pobíralo plný invalidní důchod, 16,8 % částečný a 5,5 % bylo ve starobním důchodu. S ohledem na rodinný stav byla ve skupině většina pacientů svobodných a bez partnera (63,5 %), 20,3 % bylo ženatých/vdané a 13,2 % rozvedených. Téměř třetina pacientů (29,4 %) měla partnera (Tabulka 3).

Celkové skóre ISMI dosáhlo  $63,3 \pm 13,6$  bodů. Co se týče závažnosti onemocnění, psychiatr hodnotil aktuální stav v průměru mezi „mírné“ až „středně závažné projevy nemoci“ a pacienti na subjektivní šále skórovali mezi „hraničními“ až „mírnými projevy nemoci“. Subjektivní a objektivní hodnocení závažnosti onemocnění spolu významně korelovalo (Spearman  $r = 0,45$ ;  $p < 0,001$ ). Subjektivní hodnocení závažnosti onemocnění však bylo signifikantně nižší (Mann-Whitney test,  $U = 11470$  MW;  $p < 0,001$ ); pacienti hodnotili závažnost svého onemocnění jako významně nižší.

Tabulka 3: Popis souboru (Studie I)

PROMĚNNÁ	POČTY NEBO HODNOTY
Počet pacientů	197
Věk	40,10 ± 11,49
Pohlaví: muži / ženy	90 / 107
Vzdělání: základní / vyučení / středoškolské / vysokoškolské	23 / 52 / 84 / 37
Zaměstnaní: ano / ne	66 / 130
Důchod: nemá / plný / částečný / starobní	51 / 102 / 33 / 11
Manželský stav: svobodný / ženatý / rozvedený / ovdovělý	125 / 40 / 26 / 6
Partner: ano / ne	58 / 139
Počátek nemoci	26,5 ± 9,7
Počet hospitalizací	3,7 ± 3,4
Délka léčby v letech	13,1 ± 10,1
ISMI celkové skóre	63,3 ± 13,6
Odcizení	13,1 ± 3,9
Souhlas se stereotypy	13,8 ± 3,4
Vnímaná diskriminace	10,7 ± 3,4
Sociální stažení	12,8 ± 3,7
Rezistence vůči stigmatu	12,8 ± 2,4
CGI-O	3,6 ± 1,3
CGI-S	2,7 ± 1,5

Vysvětlivky: ISMI: Internalizované stigma psychické poruchy; CGI-O: Celkový klinický dojem – objektivní verze; CGI-S: Celkový klinický dojem – subjektivní verze.

### Sebestigmatizace a demografické či klinické faktory

Celkové skóre ISMI statisticky významně koreluje s řadou demografických a klinických faktorů, jako je počet hospitalizací, délka léčby, subjektivně i objektivně hodnocená závažnost poruchy, včetně rozdílu mezi objektivně a subjektivně hodnocenou závažností poruchy (Tabulka 4). Věk v době vyšetření a věk počátku rozvoje onemocnění s Celkovou mírou sebestigmatizace nekoreluje. Věk v době vyšetření však statisticky významně koreluje s doménou Souhlas se stereotypy a věk počátku nemoci významně negativně s doménou Vnímaná diskriminace (Tabulka 4). Počet hospitalizací významně pozitivně koreluje s Celkovým skórem ISMI, se všemi jeho doménami, kromě domény Odolnost vůči stigmatu. Délka léčby rovněž pozitivně koreluje s Celkovým skórem ISMI, se všemi jeho doménami, kromě domény Odolnost vůči stigmatu. Objektivní hodnocení závažnosti nemoci (CGI-O) významně pozitivně korelovalo s Celkovým skórem ISMI, s doménami Odcizení, Vnímaná



diskriminace a Sociální stažení, ale nekorelovalo s doménami Souhlas se stereotypy a Odolnost vůči stigmatu. Subjektivní hodnocení závažnosti nemoci (CGI-S) pozitivně korelovalo s Celkovým skórem ISMI i se všemi doménami. Rozdíl mezi CGI-O a CGI-S negativně koreloval se všemi doménami ISMI i s Celkovým skórem, kromě domény Vnímaná diskriminace (Tabulka 4).

Tabulka 4: Korelační koeficienty a jejich statistická významnost mezi mírou sebestigmatizace a vybranými demografickými či klinickými faktory (Studie I)

Proměnná	ISMI-CS	Odcizení	Souhlas se stereotypy	Vnímaná diskriminace	Sociální stažení	Odolnost vůči stigmatu
Věk	0,11	0,04	<b>0,16<sup>S*</sup></b>	0,02	0,09	-0,02
Počátek nemoci	-0,04	-0,11	-0,01	<b>-0,14<sup>S*</sup></b>	-0,05	0,01
Počet hospitalizací	<b>0,21<sup>S**</sup></b>	<b>0,24<sup>S***</sup></b>	<b>0,14<sup>S*</sup></b>	<b>0,31<sup>S***</sup></b>	<b>0,22<sup>S**</sup></b>	-0,10
Délka léčby	<b>0,18<sup>S*</sup></b>	<b>0,19<sup>S**</sup></b>	<b>0,25<sup>S***</sup></b>	<b>0,23<sup>S**</sup></b>	<b>0,21<sup>S**</sup></b>	0,01
CGI-O	<b>0,20<sup>S**</sup></b>	<b>0,15<sup>S*</sup></b>	0,13	<b>0,22<sup>S**</sup></b>	<b>0,19<sup>S**</sup></b>	0,05
CGI-S	<b>0,35<sup>S***</sup></b>	<b>0,38<sup>S***</sup></b>	<b>0,32<sup>S***</sup></b>	<b>0,23<sup>S**</sup></b>	<b>0,38<sup>S***</sup></b>	<b>0,18<sup>S*</sup></b>
Rozdíl mezi CGI-O a CGI-S	<b>-0,17<sup>S*</sup></b>	<b>-0,25<sup>S***</sup></b>	<b>-0,18<sup>S**</sup></b>	-0,06	<b>-0,21<sup>S**</sup></b>	<b>-0,19<sup>S**</sup></b>

**Vysvětlivky:** \*p < 0,05; \*\*p < 0,01; \*\*\*p < 0,001; S = Spearmanovo r; ISMI-CS = Internalizované stigma psychické poruchy - celkový skór

Průměrný věk **mužů a žen** se statisticky významně lišil (muži 37,4 ± 11,2; ženy 42,4 ± 11,3; nezávislý t-test: t = 3,106 df = 195, p < 0,01). Skupiny rozdělené podle pohlaví se významně nelišily v žádných dalších demografických či klinických faktorech.

S ohledem na **pohlaví** nebyly zjištěny významné rozdíly v celkové míře sebestigmatizace ani v jednotlivých doménách (Tabulka 5).

Ve výzkumném souboru mělo 66 pacientů **zaměstnaní** a 130 nikoliv. Mezi pacienty bez práce a se zaměstnáním byly nalezeny statisticky významné rozdíly s ohledem na jejich průměrný věk (bez zaměstnání 41,4 ± 12,2 let; zaměstnaní 37,6 ± 9,5 let; nezávislý t-test: t =

2,203 df = 194; p < 0,05). Nezaměstnaní měli v průměru vyšší počet hospitalizací (nezaměstnaní  $4,4 \pm 3,8$ ; zaměstnaní  $2,5 \pm 2,0$ ; Mann-Whitney test: U = 3554; p < 0,001) a delší dobu trvání léčby (nezaměstnaní  $15,0 \pm 10,4$  let; zaměstnaní  $9,4 \pm 8,5$  let; Mann-Whitney test: U = 2850; p < 0,001). Celková závažnost onemocnění měřená pomocí CGI-O byla vyšší u nezaměstnaných (nezaměstnaní  $3,8 \pm 1,2$ ; zaměstnaní  $3,1 \pm 1,2$ ; Mann-Whitney test: U = 2881; p < 0,001), a stejně tak subjektivní hodnocení CGI-S dosahovalo u vyšších hodnot u nezaměstnaných (nezaměstnaní  $2,9 \pm 1,6$ ; zaměstnaní  $2,2 \pm 1,3$ ; Mann-Whitney test: U = 3208; p < 0,01). Nezaměstnaní pacienti se ve větší míře stigmatizovali - dosahovali vyššího hodnot v celkovém skóre ISMI a v doménách Souhlas se stereotypy a Sociální stažení (Tabulka 5).

Rozdíly v míře sebestigmatizace podle *rodinného stavu* byly vypočteny bez ovdovělých, protože tato kategorie nebyla dostatečně velká (pouze 6 ovdovělých). Statisticky významný rozdíl byl zaznamenán v průměrném věku pacientů mezi podskupinami podle rodinného stavu (one-way ANOVA: F = 50,85 df = 190; p < 0,001), kdy významně mladší byli svobodní pacienti. Mnohočetný Bonferroniho srovnávací test ukázal rozdíly mezi svobodnými a žijícími v manželství (p < 0,001) a mezi svobodnými a rozvedenými pacienty (p < 0,001). Nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl v průměrném věku mezi pacienty žijícími v manželství a rozvedenými.

Byl zaznamenán statisticky významný rozdíl mezi podskupinami pacientů dle rodinného stavu ve věku nástupu onemocnění (one-way ANOVA: F=26,07 df=189; p < 0,001). U svobodných propuklo onemocnění dříve. Bonferroniho mnohočetný srovnávací test ukázal rozdíly mezi svobodnými a žijícími v manželství (p < 0,001) a mezi svobodnými a rozvedenými (p < 0,001) nikoliv mezi pacienty žijícími v manželství a rozvedenými. Pacienti rozdělení podle rodinného stavu se statisticky významně nelišili v průměrných skórech CGI-O (svobodní  $3,6 \pm 1,3$ ; v manželství  $3,2 \pm 1,2$ ; rozvedení  $3,8 \pm 1,3$ ; Kruskal-Wallis test: KW = 3.574; n.s.) ani v průměrných skórech CGI-S (svobodní  $2,6 \pm 1,5$ ; v manželství  $2,6 \pm 1,4$ ; rozvedení  $3,0 \pm 1,6$ ; Kruskal-Wallis test: KW = 1.186; n.s.). Nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl v sebestigmatizaci (v žádné doméně ani celkovém ISMI skóre) mezi podskupinami pacientů podle rodinného stavu (Tabulka 5).

V průběhu sběru dat žilo 58 pacientů v *partnerském vztahu*. Pacienti, kteří měli partnera, byli starší (bez partnera průměrný věk  $37,9 \pm 11,4$  let; s partnerem  $45,5 \pm 9,8$  let; nezávislý t-test: t = 4,462 df = 195; p < 0,001), jejich onemocnění propuklo později (průměrný věk

začátku onemocnění u pacientů bez partnera byl  $25,0 \pm 8,7$  roku; u pacientů s partnerem  $30,2 \pm 10,8$  roku, Mann-Whitney test;  $U = 2754$ ;  $p < 0,001$ ). Nebyla zjištěna významná souvislost mezi partnerstvím a průměrným počtem hospitalizací, délkou léčby a objektivní a subjektivní závažností poruchy (vše Mann-Whitney test: n.s.). Partnerský vztah nijak nesouvisel s mírou sebestigmatizace hodnocenou dotazníkem ISMI (Tabulka 5).

Ve výzkumném souboru bylo pouze 51 pacientů bez **důchodu** (Tabulka 3). Mezi skupinami byl zjištěn významný rozdíl v souvislosti s věkem a typem pobíraného důchodu (průměrný věk u pacientů bez invalidního důchodu byl  $34,9 \pm 11,2$  let; v plném invalidním důchodu  $40,8 \pm 9,2$  let; v částečném invalidním důchodu  $38,4 \pm 9,0$  let; ve starobním důchodu  $63,2 \pm 10,0$  let; one-way ANOVA  $F = 25,77$ ;  $df = 196$ ,  $p < 0,001$ ). Použití Bonferroniho mnohočetného srovnávacího testu poukázalo na významný rozdíl ve věku u pacientů se starobním důchodem a všech ostatních skupin (vše  $p < 0,001$ ) a ve věku pacientů bez důchodu a s plným invalidním důchodem ( $p < 0,01$ ).

Podskupiny pacientů rozdělené dle invalidního důchodu se statisticky významně lišily v počtu předchozích hospitalizací. Pacienti bez invalidního důchodu byli hospitalizováni v průměru  $1,8 \pm 1,5$  krát, pacienti s plným invalidním důchodem  $4,8 \pm 3,0$  krát, pacienti s částečným invalidním důchodem  $3,3 \pm 2,5$  krát a pacienti ve starobním důchodu  $4,2 \pm 2,5$  krát (Kruskal-Wallisův test:  $KW = 35,57$ ;  $p < 0,001$ ). Výsledek Dunnova mnohočetného srovnávacího testu ukázal rozdíly v počtu hospitalizací mezi skupinou pacientů bez invalidity a ostatními skupinami s různými typy pobíraného důchodu (všechna  $p < 0,05$ ).

Také v délce léčení byly zaznamenány statisticky významné rozdíly mezi podskupinami dle typu pobíraného důchodu. Pacienti bez invalidity byli léčení v průměru  $6,4 \pm 8,4$  let, plně invalidní  $14,8 \pm 8,4$  let, pacienti v částečném invalidním důchodu  $12,9 \pm 7,8$  let a ve starobním důchodu  $29,6 \pm 13,4$  let (Kruskal-Wallisův test:  $KW = 53,05$ ;  $p < 0,001$ ).

Výsledek Dunnova mnohočetného srovnávacího testu ukázal rozdíly mezi skupinou pacientů bez invalidity a ostatními skupinami s různými typy pobíraného důchodu (všechna tři srovnání:  $p < 0,001$ ) a dále starobního důchodu a obou skupin invalidity (obojí  $p < 0,05$ ).

S ohledem na typ pobíraného důchodu se významně lišilo objektivní hodnocení psychického stavu. Skóre CGI-O u pacientů bez jakékoliv penze dosahovalo v průměru  $2,8 \pm 1,2$ , u pacientů v plném invalidním důchodu  $4,0 \pm 1,2$ , u částečně invalidních  $3,6 \pm 1,1$  a u jedinců se starobním důchodem  $3,7 \pm 1,4$  (Kruskal-Wallisův:  $KW = 30,4$ ;  $p < 0,001$ ). Dunnův

mnohočetný srovnávací testu ukázal rozdíly pouze mezi skupinou pacientů bez jakékoliv penze, skupinou plně invalidní ( $p < 0,05$ ) a částečně invalidní ( $p < 0,05$ ).

Subjektivní hodnocení závažnosti onemocnění CGI-S také ukázalo významné rozdíly mezi skupinami podle pobíraného důchodu. Pacienti bez jakékoliv penze hodnotili závažnost svého onemocnění  $1,9 \pm 1,2$ , plně invalidní  $2,9 \pm 1,5$ , pacienti s částečným invalidním důchodem  $3,1 \pm 1,6$  a pacienti ve starobním důchodu  $2,4 \pm 1,4$  (Kruskal-Wallisův test:  $KW = 17,97$ ;  $p < 0,001$ ). Podle výsledku Dunnova mnohočetného srovnávacího testu, byly zjištěny statisticky významné rozdíly pouze mezi skupinou bez důchodu, skupinou s plným invalidním důchodem ( $p < 0,05$ ) a skupinou s částečným invalidním důchodem ( $p < 0,05$ ).

Dle typu pobíraného důchodu se významně lišila míra sebestigmatizace hodnocená celkovým skórem ISMI (Tabulka 5). Výsledky Bonferroniho mnohočetného srovnávacího testu ukázaly rozdíly mezi skupinou pacientů bez jakékoliv penze a skupinou s plnou invaliditou ( $p < 0,05$ ), rozdíly mezi jinými skupinami zjištěny nebyly. V rámci subkategorií ISMI byl zaznamenán významný rozdíl v doméně Souhlas se stereotypy mezi skupinami dle typu penze. Bonferroniho mnohočetný srovnávací test poukázal, že pacienti bez penze v této doméně skórovali významně níže než skupiny pacientů se všemi typy pobíraného důchodu (s plným invalidním důchodem:  $p < 0,001$ , s částečným invalidním důchodem:  $p < 0,001$ , se starobním důchodem  $p < 0,05$ ). Dále byl zaznamenán rozdíl v doméně Sociální stažení (Tabulka 5). Bonferroniho mnohočetný srovnávací test ukázal statisticky významný rozdíl pouze mezi skupinou pacientů bez důchodu a skupinou s plným invalidním důchodem, nikoliv mezi dalšími skupinami.

Dále bylo zjištěno, že mezi skupinami pacientů rozdělených dle *výše dosaženého vzdělání* nebyly zaznamenány statisticky významné rozdíly v demografických datech (věk, věk nástupu onemocnění, délka léčby) nebo v závažnosti poruchy. Míra sebestigmatizace v celkovém skóru ISMI se nelišila v závislosti na dosaženém vzdělání. Pouze v doméně Souhlas se stereotypy skórovala statisticky významně níže skupina pacientů s vysokoškolským vzděláním (Tabulka 5).

Tabulka 5: Porovnání sebestigmatizace u různých podskupin pacientů podle pohlaví, zaměstnanosti, manželského stavu, partnerství, důchodu a vzdělání (Studie I)

PROMĚNNÁ	ISMI	Odcizení	Souhlas se stereotypy	Vnímaná diskriminace	Sociální stažení	Odolnost vůči stigmatu
<b>Pohlaví:</b>						
Muži	64,59 ± 13,76	13,16 ± 3,66	13,83 ± 3,51	11,07 ± 3,50	13,02 ± 3,55	12,97 ± 2,42
Ženy	62,25 ± 13,43	13,07 ± 4,06	13,69 ± 3,23	10,36 ± 3,28	12,63 ± 3,90	12,64 ± 2,40
statistika	nepárový t test: t=1,203 df=195; n.s.	nepárový t test: t=0,1621 df=195; n.s.	nepárový t test: t=0,2905 df=195; n.s.	nepárový t test: t=1,471 df=195; n.s.	nepárový t test: t=0,7399 df=195; n.s.	nepárový t test: t=0,9349 df=195; n.s.
<b>Zaměstnaní:</b>						
ne	64,82 ± 12,73	13,41 ± 3,77	14,14 ± 3,31	10,96 ± 3,24	13,23 ± 3,72	12,57 ± 2,23
ano	60,27 ± 14,87	12,50 ± 4,08	12,95 ± 3,44	10,09 ± 3,64	11,95 ± 3,68	13,21 ± 2,70
statistika	nepárový t test: t=2,232 df=194; <b>p&lt;0,05</b>	nepárový t test: t=1,551 df=194; n.s.	nepárový t test: t=2,327 df=194; <b>p&lt;0,05</b>	nepárový t test: t=1,704 df=194; n.s.	Mann Whitney test: U= 3415; <b>p&lt;0,05</b>	nepárový t test: t=1,774 df=194; n.s.
<b>Rodinný stav:</b>						
svobodní	62,67 ± 14,47	13,14 ± 4,02	13,68 ± 3,60	10,96 ± 3,56	12,74 ± 3,94	12,78 ± 2,55
ženatí/vdané	63,03 ± 11,59	13,03 ± 3,58	13,80 ± 2,81	10,30 ± 3,13	12,73 ± 3,20	12,68 ± 2,02
rozvedení	69,08 ± 10,80	13,77 ± 3,76	14,46 ± 3,20	10,50 ± 3,00	13,92 ± 3,32	12,85 ± 2,24
statistika	one-way ANOVA: F=2,48 df=190; n.s.	one-way ANOVA: F=0,34 df=190; n.s.	one-way ANOVA: F=0,570 df=190; n.s.	one-way ANOVA: F=0,66 df=190; n.s.	one-way ANOVA: F=1,15 df=190; n.s.	one-way ANOVA: F=0,046 df=190; n.s.
<b>Partnerství:</b>						
ne	63,27 ± 13,75	13,04 ± 3,85	13,81 ± 3,51	10,86 ± 3,50	12,79 ± 3,92	12,87 ± 2,49
ano	63,45 ± 13,32	13,28 ± 3,96	13,62 ± 3,17	10,26 ± 3,10	12,84 ± 3,31	12,60 ± 2,19
statistika	nepárový t test: t=0,085 df=195; n.s.	nepárový t test: t=0,395 df=195; n.s.	nepárový t test: t=0,361 df=195; n.s.	nepárový t test: t=1,128 df=195; n.s.	nepárový t test: t=0,091 df=195; n.s.	nepárový t test: t=0,709 df=195; n.s.
<b>Důchod</b>						
nemá	58,31 ± 14,84	11,86 ± 4,01	11,92 ± 3,03	9,55 ± 3,35	11,16 ± 3,72	12,98 ± 2,97
plný	65,51 ± 12,74	13,63 ± 3,79	14,20 ± 3,31	11,10 ± 3,22	13,44 ± 3,74	12,66 ± 2,19
částečný	63,70 ± 12,86	13,21 ± 3,76	14,88 ± 3,17	11,09 ± 3,79	13,15 ± 3,29	13,12 ± 2,34
invalidní	65,09 ± 13,14	13,73 ± 3,61	14,82 ± 3,74	10,82 ± 3,13	13,55 ± 3,14	12,18 ± 1,40
statistika	one-way ANOVA: F=3,377 df=196; <b>p&lt;0,05</b>	one-way ANOVA: F=2,522 df=196; n.s. (p=0.0591)	one-way ANOVA: F=7.796 df=196; <b>p&lt;0,0001</b>	one-way ANOVA: F=2,639 df=196; n.s. (p=0.0508)	one-way ANOVA: F=4,791 df=196; <b>p&lt;0,005</b>	one-way ANOVA: F=0,650 df=196; n.s.
<b>Vzdělání:</b>						
základní	63,74 ± 13,86	12,83 ± 3,83	14,22 ± 3,75	10,70 ± 4,08	13,09 ± 3,92	12,96 ± 2,76
vyučení	65,31 ± 13,12	13,87 ± 3,88	14,08 ± 3,24	10,98 ± 3,31	13,12 ± 3,89	12,98 ± 1,99
středoškolské	63,80 ± 13,71	13,39 ± 3,62	14,10 ± 3,40	10,89 ± 3,20	13,19 ± 3,37	12,58 ± 2,48
vysokoškolské	59,27 ± 13,71	11,68 ± 4,21	12,16 ± 3,08	9,76 ± 3,48	11,3 ± 4,02	13,00 ± 2,55
statistika	one-way ANOVA: F= 1,511 df=195; n.s.	one-way ANOVA: F= 2,598 df=195; n.s. (p=0,0536)	one-way ANOVA: F= 3,396 df=195; <b>p&lt;0,05</b>	one-way ANOVA: F= 1,157 df=195; n.s.	one-way ANOVA: F= 2,513 df=195; n.s. (p=0,0598)	one-way ANOVA: F= 0,441 df=195; n.s.

Vysvětlivky: ISMI = Internalizované stigma psychické poruchy

## Regressní analýza

K identifikaci proměnných, které ve vztahu k sebestigmatizaci zůstávají statisticky signifikantní i přes možný vliv dalších proměnných zařazených do analýzy, byla realizována mnohonásobná regresní analýza, konkrétně zpětná kroková regrese. Jako závislá proměnná vstupuje celkový skóre ISMI. Nezávislé proměnné, které se ukázaly jako statisticky významné v korelacích s ISMI, byly tyto: počet hospitalizací, délka léčby, objektivní CGI, subjektivní CGI, rozdíl CGI-O a CGI-S zaměstnání a důchod. Z těchto nezávislých proměnných prošly ve čtyřech krocích zpětné krokové regrese tři faktory, které byly všechny statisticky významné. Jednalo se o počet hospitalizací, objektivní CGI a rozdíl CGI-O – CGI-S (Tabulka 6).

*Tabulka 6: Mnohočetná regresní analýza s celkovým skóre ISMI jako závislou proměnnou (Studie I)*

Model	Regresory	B	SE	$\beta$	t	Významnost
4	Počet hospitalizací	0,608	0,287	0,152	2,115	0,036
	CGI-O	3,067	0,838	0,284	3,658	0,000
	Rozdíl CGI-O – CGI-S	-2,953	0,703	-0,312	-4,199	0,000

ANOVA: F= 10,297 df=189; p<0,001 Adjusted r squared = 0,129

Zkratky: SE = směrodatná odchylka

## 2.4.5. Diskuze

Cílem tohoto výzkumu bylo prozkoumat faktory, které mohou být významně spojené s internalizovaným stigmatem u pacientů se schizofrenií a příbuznými poruchami.

První hypotéza, že *míra internalizovaného stigmatu se pojí s větší závažností poruchy*, byla potvrzena. Závažnost onemocnění, hodnocena jak objektivně nebo subjektivně, výrazně

pozitivně korelovala s celkovou úrovní sebestigmatizace (ISMI) a také s většinou jejích subskórů. Většina výzkumů na téma sebestigmatizace poukazuje na významnou souvislost mezi internalizovaným stigmatem a celkovou závažností onemocnění u různých psychiatrických diagnóz, včetně schizofrenie (Ociskova et al. 2014, Vrbova et al. 2014, Ociskova et al. 2015, Hajda et al. 2015, Kamarádová et al. 2016, Holubova et al. 2016, Grambal et al. 2016). Výsledky prezentované studie potvrzují tyto nálezy ve skupině pacientů se schizofrenií a příbuznými poruchami.

Druhá hypotéza, že *míra sebestigmatizace hodnocená ISMI souvisí s délkou trvání onemocnění, byla potvrzena. Věk počátku rozvoje onemocnění však s Celkovou mírou sebestigmatizace nekoreloval*. Pouze doména Vnímaná diskriminace negativně korelovala s věkem nástupu onemocnění. To znamená, že pacienti s dřívějším počátkem onemocnění vnímají intenzivněji pocity diskriminace, než pacienti, kteří onemocněli později. Časný nástup schizofrenního onemocnění může narušit správný osobnostní vývoj a rovněž osvojování sociálních dovedností a schopnost obstat v sociálních rolích. Časný nástup schizofrenie také souvisí s nízkým sebevědomím (Segalovich et al. 2013, Buckland et al. 2013).

Třetí hypotéza, že *míra sebestigmatizace významně souvisí s počtem předchozích hospitalizací*, byla potvrzena. Počet hospitalizací pozitivně koreloval s celkovým skóre ISMI a všemi subskóry, kromě domény Odolnost vůči stigmatu. Nálezy potvrzuje předchozí průřezová studie Kamarádové et al. (2016), která dospěla ke stejným závěrům. Otázkou zůstává, zda se pacienti již primárně více stigmatizují, nebo je vyšší míra sebestigmatizace následkem čtenějších hospitalizací. Tuto otázku nelze zodpovědět uskutečněním průřezové studie, k tomu je zapotřebí longitudinální sledování.

Čtvrtá hypotéza, že *míra internalizovaného stigmatu souvisí se zaměstnaností*, byla potvrzena. Pacienti se zaměstnáním skórovali v Celkovém hodnocení ISMI významně níže než pacienti bez práce. Celkové skóre ISMI bylo podpořeno také doménami Souhlas se stereotypy a Sociální stažení, které dosahovaly významně vyšších hodnot u pacientů bez zaměstnání. Vztahy mezi sebestigmatizací a nezaměstnaností se rovněž zabývaly nedávné studie (Mashiach-Eizenberg et al. 2013, Oliveira et al. 2015).

Pátá hypotéza, že *úroveň sebestigmatizace souvisí se stupněm dosaženého vzdělání*, nebyla potvrzena. Celkové skóre ISMI se nelišilo mezi skupinami s různým stupněm vzdělání. Jedinou výjimku představovala doména Souhlas se stereotypy, ve které skórovali níže pacienti s vysokoškolským vzděláním ve srovnání s pacienty s nižším vzděláním. Naše

předchozí studie ukázala, že dosažené vzdělání může ovlivňovat míru sebestigmatizace u úzkostných poruch (Kamarádová et al. 2016).

Šestá hypotéza, že *míra sebestigmatizace souvisí s uspořádáním partnerského soužití*, potvrzena nebyla. Celkové skóre ISMI a žádná doména nebyla ovlivněna typem partnerského vztahu. Nález je v souladu s naší předchozí studií (Vrbová et al. 2014).

Jako statisticky významné v souvislosti s celkovou mírou sebestigmatizace v regresní analýze přetrvaly tři nezávislé faktory. Jednalo se o počet hospitalizací, objektivní hodnocení celkové závažnosti nemoci CGI-O a rozdíl mezi CGI-O a CGI-S. Vyšší počty hospitalizací a vyšší CGI-O byly spojeny s vyšší mírou sebestigmatizace. Počet hospitalizací pravděpodobně odráží dlouhodobý průběh onemocnění se závažnými psychotickými epizodami, odloučením od domácího prostředí, často s pocity beznaděje a studu, a tak souvislost s vyšší sebestigmatizací není překvapující. Větší závažnost psychické poruchy se často pojí s odmítavými postoji druhých, což může sebestigmatizaci posilovat. Větší rozdíl mezi CGI-O a CGI-S se pojil s nižší mírou sebestigmatizace a vice versa. Rozdíl v posuzování závažnosti onemocnění lékařem a samotným pacientem může odrážet úroveň pacientova náhledu. Zde vyvstává kontroverzní problém – pacienti, kteří jsou svým hodnocením blíže k hodnocení lékaře, se více stigmatizují.

### **Omezení studie**

Předkládaná studie má svá omezení, zejména nemůže objasnit kauzalitu popsaných korelací, vzhledem k průřezovému designu studie. Výzkumný soubor pacientů byl relativně malý. Fakt, že data byla sbírána pomocí dotazníků, které vyplňovali sami pacienti a převaha subjektivních posuzovacích psychodiagnostických metod, v nichž jsme odkázáni na schopnost introspekce pacienta a jeho ochotu o sobě vypovídat, má svá omezení, zejména u pacientů se schizofrenií, kteří mohou trpět různou mírou kognitivní dysfunkce. Samotné vyplňování sebesposuzovacích dotazníků mohlo být ovlivněno různou mírou unavitelnosti a motivace pacientů.



## 2.4.6. Závěry

Stigma představuje vážný společenský problém, který významně ovlivňuje kvalitu života pacientů se schizofrenií. Porozumění problematice sebestigmatizace může hrát významnou úlohu zejména pro lékaře, ale i ostatní zdravotnické pracovníky participující při léčbě pacientů s poruchami schizofrenního spektra. Otázce sebestigmatizace by měla být věnována náležitá pozornost. Změna stereotypních negativních postojů je důležitou součástí terapeutického přístupu k pacientům se závažným duševním onemocněním.

## 2.5. STUDIE II – ADHERENCE A SEBESTIGMATIZACE U SCHIZOFRENIE

Je otázkou, zda internalizace stigmatu o duševních nemocech může mít vliv na adherenci k léčbě. Jak je uvedeno v přehledové části disertační práce, výsledky studií nasvědčují, že pacienti s vysokou mírou sebestigmatizace mohou vykazovat nižší adherenci k léčbě (Barney et al. 2009, Gumley et al. 2004, Vrbová et al. 2013, Fung et al. 2010, Tsang et al. 2010).

### 2.5.1. Cíle studie

Cílem naší studie bylo zjistit míru sebestigmatizace a adherence u stabilizovaných ambulantních psychiatrických pacientů s diagnózou schizofrenního okruhu a ozřejmit jejich vzájemný vztah, dále zjistit souvislosti s vysazováním předepsané medikace v minulosti, s aktuální závažností onemocnění a eventuálně dalšími demografickými daty.

### 2.5.2. Hypotézy

Záměrem studie bylo ověřit následující hypotézy:

- (1) *Míra sebestigmatizace a nonadherence či vysazování léků je vyšší u mladších pacientů, mužského pohlaví, pacientů bez partnera a s nižším vzděláním;*
- (2) *Vyšší míra sebestigmatizace je spojena s vyšší závažností poruchy;*
- (3) *Vyšší míra sebestigmatizace je spojena s nižší současnou adherencí a častějším vysazováním psychofarmak v minulosti;*

*(4) U pacientů, kteří v minulosti svévolně vysazovali léky, je nižší současná adherence k léčbě a vyšší míra sebestigmatizace.*

### **2.5.3. Metoda**

#### **Pacienti**

Studie byla nabídnuta pacientům s diagnózou schizofrenního okruhu (schizofrenie, schizoafektivní porucha, porucha s bludy), docházejícím na kontroly na ambulanci psychiatrické kliniky, kteří splňovali následující kritéria:

- (a) Psychotické onemocnění ze schizofrenního okruhu (F2x.x) podle kritérií MKN-10 (1996);
- (b) Ochota vyplnit dotazníky;
- (c) Věk mezi 18 - 75 let;
- (d) Kompenzovaná psychická porucha (pacient je schopen docházet k ambulantním kontrolám, jeho stav se dlouhodobě nemění a nemusí být hospitalizovaný).

Do studie nebyli zařazeni pacienti s mentální retardací, organickou psychickou poruchou, závažným tělesným onemocněním a pacienti, kteří byli akutně zhoršeni, takže jejich stav vyžadoval hospitalizaci, navýšení nebo změnu medikace nebo psychoterapeutickou krizovou intervenci. Pacienti docházeli na ambulantní kontroly a byli léčeni standardními léky určenými pro danou diagnostickou skupinu podle doporučených postupů (Češková et al. 2014) a zásad dobré klinické praxe (EMEA 2002).

#### **Posuzovací nástroje** (podrobný popis viz kapitola 2.1. Hodnotící nástroje)

- ISMI
- DAI-10
- CGI
- Demografický dotazník

## 2.5.4. Výsledky

### Popis souboru

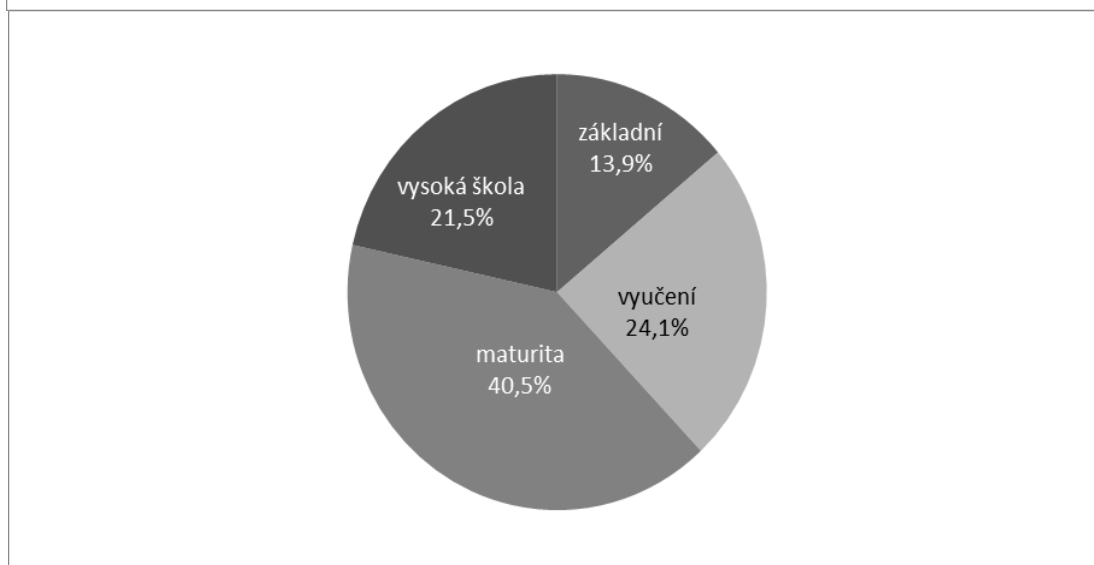
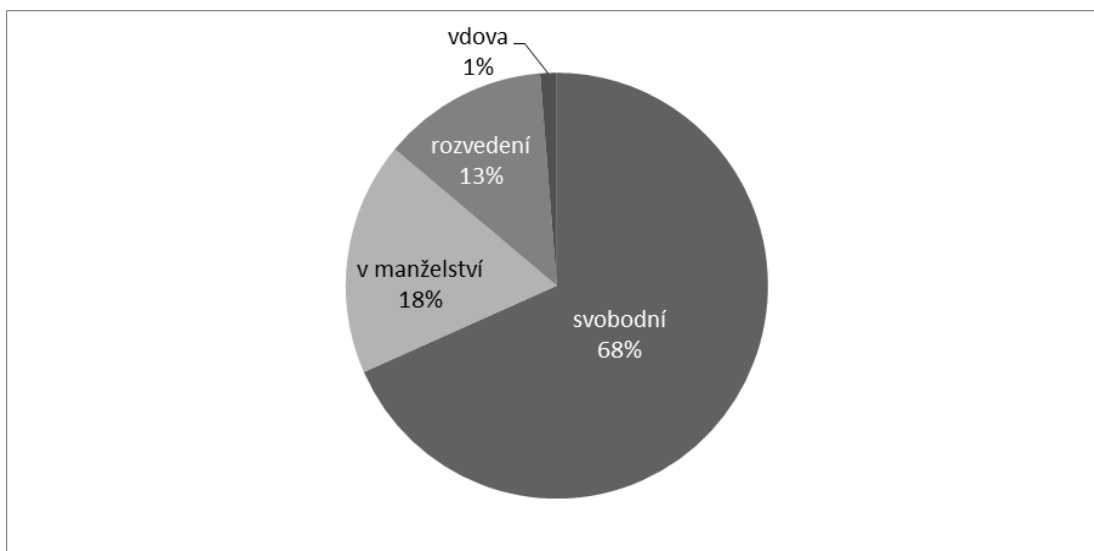
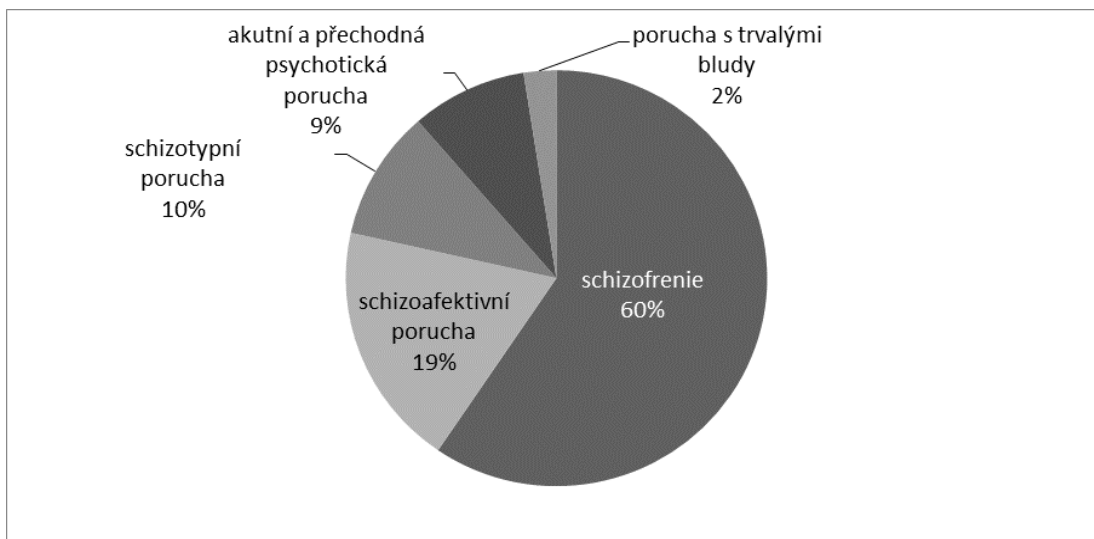
Dotazníky byly nabídnuty celkem 90 pacientům se schizofrenním onemocněním, kteří se ambulantně léčili na psychiatrické klinice. Vyplňování dotazníků bylo dobrovolné. Všechny dotazníky vyplnilo 74 pacientů (82,2 %). Důvody vyplnění jen části dotazníků nebo neúplného vyplnění dotazníků byly nedostatek času, ztráta ochoty vyplnit oba dotazníky během jejich vyplňování (únavnost), neschopnost soustředit se v čekárně na otázky dotazníku, absence korekčních pomůcek (brýle). Další výsledky jsou kalkulovány u 74 pacientů, u kterých byla získána veškerá data. Pacienti, kteří vzhledem k neúplnému vyplnění dotazníků byli vyřazeni ze studie, byli statisticky významně starší, než skupina, která dotazníky vyplnila zcela (Tabulka 7). V žádném z dalších demografických, ani klinických parametrů se skupina, která byla vyřazena, statisticky významně nelišila od skupiny, která dotazníky vyplnila.

*Tabulka 7: Demografická a klinická data v průměrech a směrodatných odchylkách u celého souboru a pacientů, kteří vyplnili všechny dotazníky (Studie II)*

	věk	CGI-S	CGI-O	Počátek nemoci	Počet hospitalizací	Počet psychiatrů	Procento pacientů, kteří vysadili léky v minulosti
Vyplněné dotazníky (n=74)	36,95 ± 10,71	2,595 ± 1,706	2,936 ± 1,303	25,68 ± 9,18	3,113 ± 2,277	3,139 ± 2,894	47,3%
Neúplné nebo nedostatečně vyplněné dotazníky (n=16)	43,44 ± 16,22	2,563 ± 1,896	2,875 ± 1,628	31,13 ± 14,62	2,938 ± 1,569	2,375 ± 1,857	31,3%
statistika	nepárový t-test: t=2,010 df=93; <b>p&lt;0,05</b>	nepárový t-test: t=0,0681 df=93; n.s.	nepárový t-test: t=0,1630 df=92; n.s.	nepárový t-test: t=1,936 df=93; n.s.	nepárový t-test: t=0,2902 df=76; n.s.	nepárový t-test: t=1,012 df=93; n.s.	Fisherův přesný test: n.s.

Z jednotlivých klinických jednotek byly nejvíce zastoupeny schizofrenie a schizoafektivní porucha, méně pak schizotypní porucha, akutní a přechodná psychotická porucha a trvalá porucha s bludy (Obrázek 2).

Obrázek 2: Procentuální zastoupení jednotlivých poruch schizofrenního okruhu, typů partnerského vztahu a úrovní dosaženého vzdělání



V souboru bylo 41,8 % žen. Antipsychotika užívalo v době hodnocení 97,5 % pacientů, antidepressiva 36,7 %, anxiolytika 15,2 % pacientů a thymostabilizéry 8,9 % pacientů. Průměrná dávka antipsychotika byla  $4,77 \pm 3,15$  mg (přepočteno na index risperidonu), antidepressiva  $27,37 \pm 17,41$  mg (přepočteno na index paroxetinu) a anxiolytika  $7,11 \pm 7,37$  mg (přepočteno na index diazepamů) u těch, kteří dané léky užívali. 55,7 % pacientů vysadilo medikaci v minulosti bez domluvy s lékařem. Svobodných bylo 68,4 % pacientů, 17,7 % žilo v manželském svazku, 12,7 % bylo rozvedeno a jedna pacientka je vdovou (Obrázek 2).

Skoro polovina pacientů (48,1 %) udávala psychiatricky pozitivní rodinnou anamnézu, z toho 21 % udávalo u svého příbuzného onemocnění ze schizofrenního okruhu.

13,9 % pacientů mělo pouze základní vzdělání, 24,1 % bylo vyučených, 40,5 % mělo středoškolské a 21,5 % vysokoškolské vzdělání (Obrázek 2).

### **Sebestigmatizace, adherence a vysazování léků ve vztahu k demografickým a klinickým proměnným**

#### *Hereditární zátěž*

Průměrná míra sebestigmatizace a adherence k léčbě byla u pacientů bez rodinné psychiatrické zátěže prakticky stejná, jako u pacientů s rodinnou zátěží. Podobně nebyl zjištěn rozdíl mezi těmito skupinami v počtu pacientů, kteří v minulosti medikaci vysadili o vlastní vůli bez doporučení lékaře (Tabulka 8).

*Tabulka 8: Sebestigmatizace, adherence a vysazování léků ve vztahu k hereditární psychiatrické zátěži, pohlaví, partnerskému vztahu a vysazování medikace v minulosti (Studie II)*

	ISMI	Statistika-porovnání skupin	Adherence k léčbě	Statistika - porovnání skupin	Frekvence vysazování medikace v minulosti	Statistika-porovnání skupin
Rodinná zátěž	59,03 ± 12,25	Nepárový t-test:	3,108 ± 3,928	Nepárový t-test:	34,0 %	Fisherův přesný test: n.s.
Bez rodinné zátěže	61,55 ± 14,51	t=0,7991 df=72; n.s.	2,632 ± 4,606	t=0,4815 df=73; n.s.	45,2 %	
Muž	59,21 ± 12,86	Nepárový t-test:	3,282 ± 4,690	Nepárový t-test:	46,3 %	Fisherův přesný test: n.s.
Žena	61,71 ± 14,23	t=0,7969; df=72; n.s.	2,417 ± 3,760	t=0,8770 df=73; n.s.	42,1 %	
S partnerem	59,10 ± 12,59	Nepárový t-test:	2,421 ± 4,598	Nepárový t-test:	55,0 %	Fisherův přesný test: n.s.
Bez partnera	60,87 ± 13,89	t=0,4988 df=72; n.s.	3,018 ± 4,176	t=0,5247 df=73; n.s.	35,6 %	
Léky vysazovali	61,74 ± 13,31	Nepárový t-test:	2,800 ± 4,398	Nepárový t-test:	57,5 %	Fisherův přesný test: n.s.
Léky nevysazovali	60,33 ± 13,93	t=0,4558 df=76; n.s.	2,929 ± 4,375	t=0,1281 df=75; n.s.	44,3 %	

### *Pohlaví*

Průměrná míra sebestigmatizace byla u obou pohlaví podobná a mezi pohlavími nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl. Míra současné adherence k léčbě se rovněž mezi pohlavími v průměru statisticky významně nelišila. Podobně nebyl zjištěn rozdíl mezi pohlavími ve vysazování medikaci v minulosti o vlastní vůli (Tabulka 8).

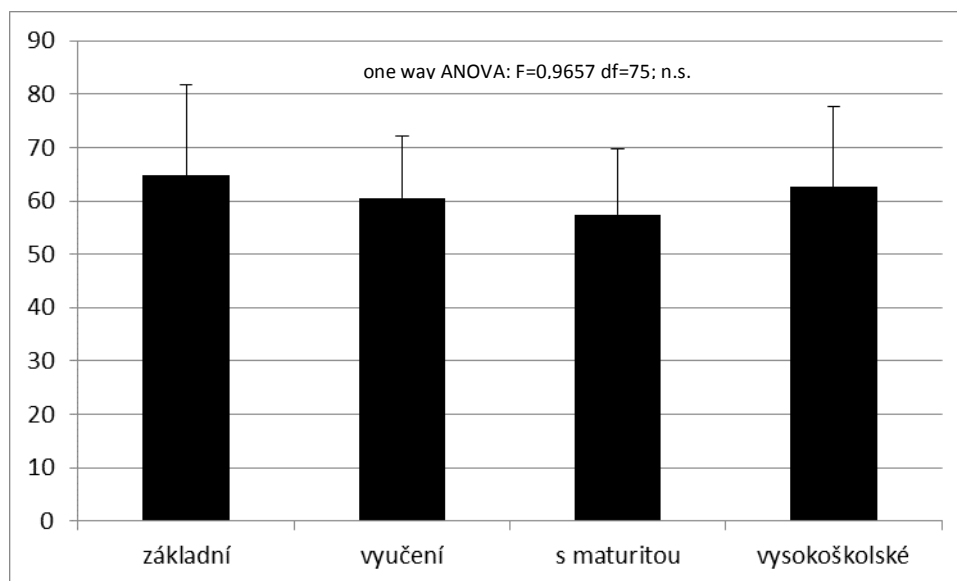
### *Partnerský stav*

Při srovnání skupiny pacientů bez partnera a pacientů žijících s partnerem jsou dosažené průměrné hodnoty sebestigmatizace, adherence i vysazování psychofarmak o vlastní vůli v minulosti podobné. Nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi skupinami (Tabulka 8).

### *Vzdělání*

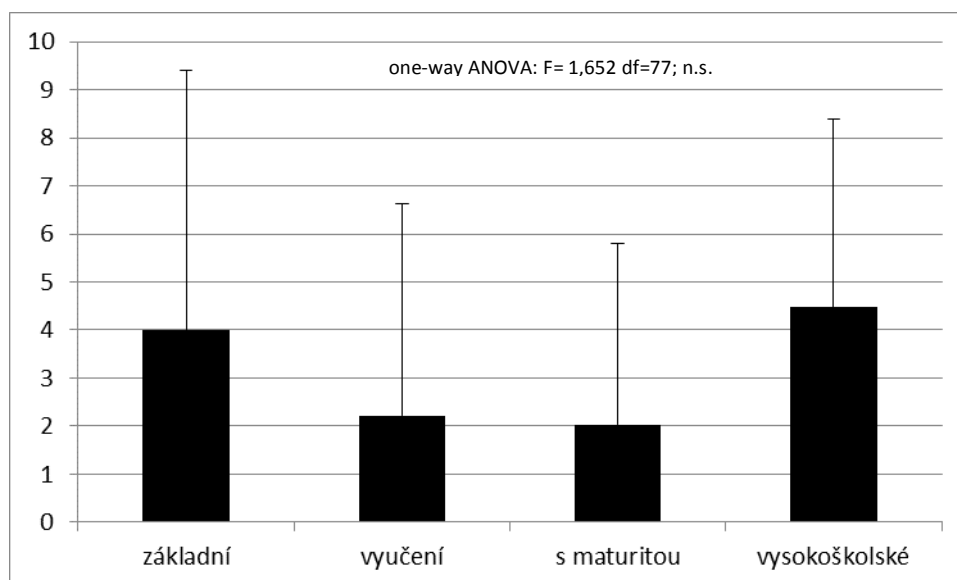
Míra sebestigmatizace nesouvisela s úrovní vzdělání (one way ANOVA: F=0,9657 df=75; n.s.) (Obrázek 3).

Obrázek 3: Průměrné hodnoty celkového skóru ISMI podle vzdělání



Průměrná míra současné adherence se rovněž statisticky významně nelišila podle úrovně dosaženého vzdělání (one-way ANOVA:  $F=1,652$   $df=77$ ; n.s.) (Obrázek 4).

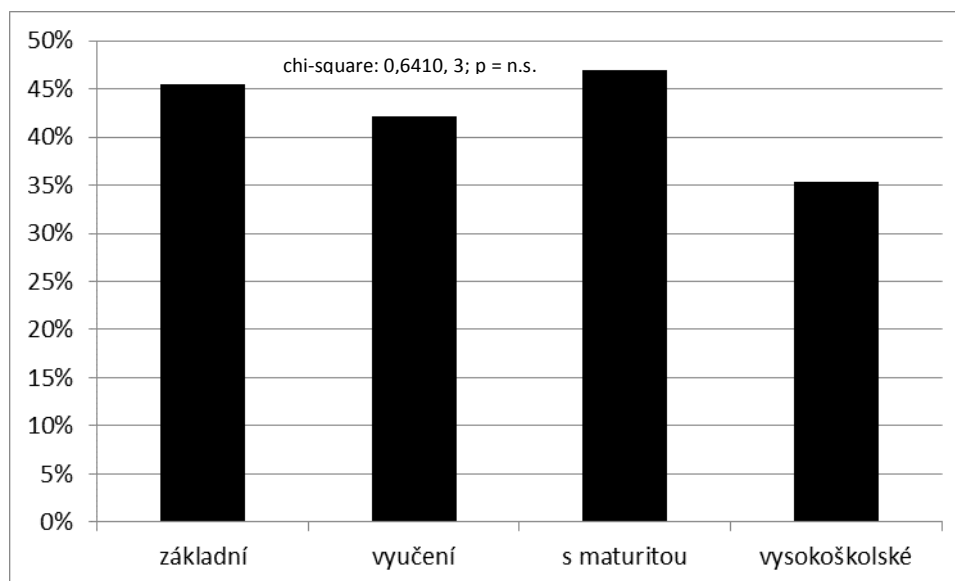
Obrázek 4: Průměrné hodnoty celkového skóru DAI-10 podle úrovně dosaženého vzdělání





Byť vysokoškolsky vzdělání pacienti přiznávali vysazování medikace o vlastní vůli méně často (35 %) než ostatní skupiny, mezi skupinami nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl (chi-square: 0,6410, 3; p=n.s.) (Obrázek 5).

Obrázek 5: Procenta pacientů, kteří v minulosti vysadili medikaci o vlastní vůli podle úrovně dosaženého vzdělání



#### *Míra sebestigmatizace a současné adherence k léčbě podle vysazování léků v minulosti*

Při porovnání míry sebestigmatizace hodnocené ISMI u pacientů, kteří v minulosti medikaci nevysazovali, a těmi, kteří ji vysazovali, nebyl zjištěn statistický významný rozdíl mezi skupinami.

Při porovnání míry sebestigmatizace v ISMI a současné adherence hodnocené DAI-10 u pacientů, kteří v minulosti medikaci nevysazovali, a těmi, kteří ji vysazovali, nebyl zjištěn statistický významný rozdíl mezi skupinami (Tabulka 8).

#### *Vztah sebestigmatizace s demografickými a klinickými údaji*

Míra sebestigmatizace hodnocená celkovým skórem ISMI nekoreluje významně s věkem, věkem počátku nemoci, počtem hospitalizací, počtem ambulantních psychiatrů, se závažností onemocnění hodnoceném psychiatrem i samotným pacientem, ani s dávkou antipsychotika či anxiolytika, ale velmi signifikantně negativně koreluje s adherencí k léčbě a pozitivně s dávkou antidepresiva. To znamená, že čím větší míru sebestigmatizace pacient vykazuje,

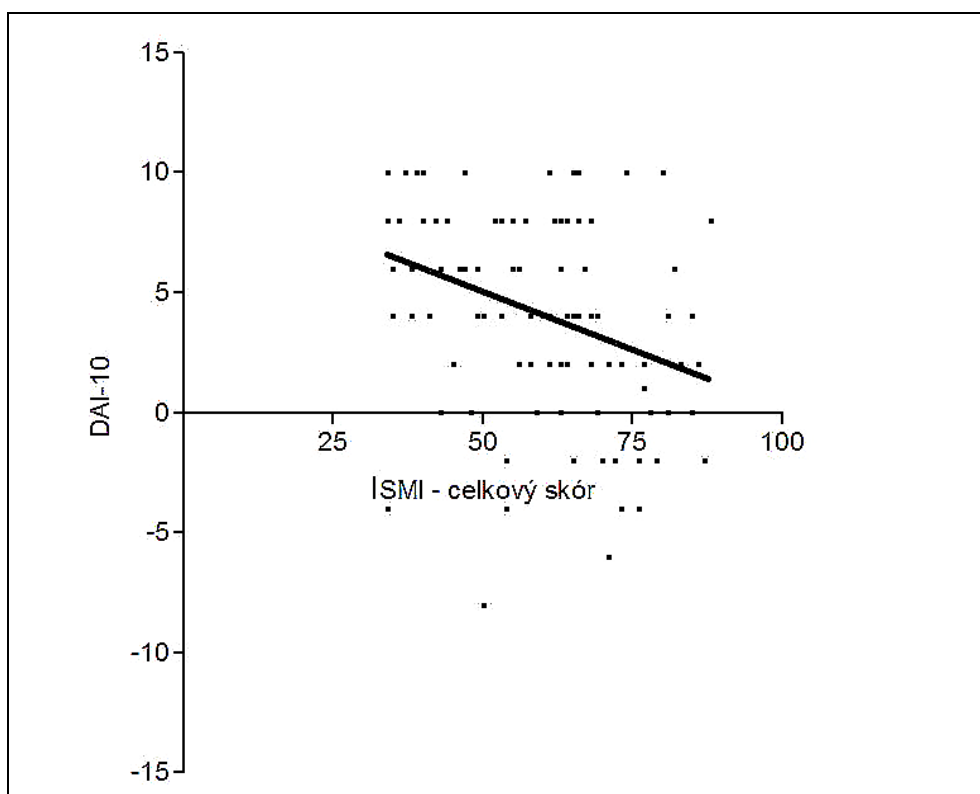
tím nižší je jeho adherence k léčbě (obrázek 6). Tito pacienti rovněž v průměru užívali vyšší dávku antidepresiva.

Tabulka 9: Korelace ISMI a DAI-10 s demografickými a klinickými daty (Studie II)

	Věk	Počátek nemoci	Počet hospitalizací	Počet ambulantních psychiatrů	Adherence
Korelace s celkovým skórem ISMI	0,02634 <sup>P</sup>	0,1416 <sup>P</sup>	0,1054 <sup>S</sup>	0,1783 <sup>S</sup>	-0,3653 <sup>P</sup>
	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	<b>p &lt; 0,005</b>
	dávka antipsychotika (index risperidonu, n=72 )	Dávka antidepresiva (index paroxetinu, n=46)	Dávka anxiolytika (index diazepam, n=22)	subjCGI	objCGI
Korelace s celkovým skórem ISMI	0,1237 <sup>S</sup>	0,3962 <sup>S</sup>	-0,2311 <sup>P</sup>	0,04979 <sup>S</sup>	0,07928 <sup>S</sup>
	n.s.	<b>p &lt; 0,01</b>	n.s.	n.s.	n.s.
	Věk	Počátek nemoci	Počet hospitalizací	Počet ambulantních psychiatrů	ISMI celkový skór
Korelace s celkovým skórem DAI-10	-0,01834 <sup>P</sup>	0,06027 <sup>P</sup>	0,02776 <sup>S</sup>	-0,05435 <sup>S</sup>	-0,3653 <sup>P</sup>
	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	<b>p &lt; 0,005</b>
	dávka antipsychotika (index risperidonu, n=72 )	Dávka antidepresiva (index paroxetine, n=46)	Dávka anxiolytika (index diazepam, n=22)	subCGI	objCGI
Korelace s celkovým skórem DAI-10	-0,02736 <sup>S</sup>	-0,005841 <sup>S</sup>	-0,2636 <sup>P</sup>	-0,1914 <sup>S</sup>	-0,2075 <sup>S</sup>
	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

<sup>P</sup> = Pearsonovo r; <sup>S</sup> = Spearmanovo r

Obrázek 6: Lineární regrese mezi celkovým skórem v ISMI a adherencí



*Vztah aktuální míry adherence s demografickými a klinickými daty*

Míra adherence hodnocená dotazníkem DAI-10 statisticky významně negativně koreluje pouze s celkovým ISMI (Tabulka 9).

### 2.5.5. Diskuze

Studie hodnotila u 74 ambulantních psychiatrických pacientů s poruchou ze schizofrenního okruhu vztahy mezi sebestigmatizací, aktuální adherencí k léčbě, vysazováním léků v minulosti o vlastní vůli a vybranými demografickými a klinickými daty.

*První hypotéza, že míra sebestigmatizace a nonadherence či vysazování léků je vyšší u mladších pacientů, mužského pohlaví, pacientů bez partnera a s nižším vzděláním, potvrzena nebyla. Z nálezů vyplývá, že věk, pohlaví, partnerský vztah ani výše dosaženého vzdělání*

nehraje v případě sebestigmatizace významnější roli. Tento náleží není ve shodě s výsledky některých dřívějších studií. Například ve studii Girmy s kolegy (2013) byla podle ISMI významně vyšší míra sebestigmatizace u žen než u mužů a sebestigmatizace klesala s rostoucí úrovní vzdělání. Podobně Mosanya s kolektivem (2014) zjistili nepřímou úměru mezi vyšší vzdělání a mírou sebestigmatizace. Ovšem jiná studie Yena s kolektivem (2005) naopak souvislost mezi pohlavím, věkem a sebestigmatizací neprokázala. Rozdílné výsledky mohou souviset s rozdílným diagnostickým spektrem v jednotlivých studiích, s použitím jiných škál k hodnocení sebestigmatizace a jiným socioekonomickým či kulturním prostředím. V souladu s našimi nálezy je review a meta-analýza 127 článků zabývajících se stigmatizací a sebestigmatizací převážně ve vyspělých zemích (Livingston a Boyd 2010), která nenalezla významný vztah mezi demografickými faktory a sebestigmatizací.

Současná adherence k léčbě v našem souboru nesouvisela s pohlavím, úrovní dosaženého vzdělání, či přítomností partnerského vztahu. Rovněž nebyla nalezena souvislost s věkem pacienta, trváním nemoci, počtem hospitalizací, počtem vystřídaných psychiatrů, ani s dávkami medikace. V některých studiích tomu bylo jinak. Ve studii Grilo s kolektivem (1998) u panické poruchy našli autoři souvislost mezi vzděláním a adherencí k léčbě. Pacienti s nižším vzděláním byli méně adherentní. Rozdílný výsledek může jít na vrub jiným diagnostickým zaměřením této studie, také však malému počtu zařazených pacientů a jiným hodnotícím nástrojům.

Matas s kolegy (1992) ve svém souboru pacientů prokázali lepší adherenci u pacientů žijících v partnerském svazku. V prezentované studii se vztah adherence a partnerského vztahu neprokázal. Rozdíl může jít zejména na vrub jiné populace pacientů, kdy Matas a spol. (1992) zařazovali do studie kromě pacientů se schizofrenií také pacienty neurotického spektra a pacienty s bipolární poruchou, zatímco naše studie se zaměřila pouze na pacienty ze schizofrenního okruhu.

*Druhá hypotéza, že vyšší míra sebestigmatizace je spojena s vyšší závažností poruchy potvrzena nebyla.* V prezentované studii nebyl zjištěn vztah mezi mírou sebestigmatizace a závažností poruchy, ať hodnocenou psychiatrem nebo pacientem. Vztah mezi závažností psychopatologie a mírou sebestigmatizace uvádí review a meta-analýza Livingstona a Boydové (2010). Ocisková a kolegové (2014) ve studii u hospitalizovaných pacientů zaznamenali statisticky signifikantní souvislost mezi stupněm úzkostných příznaků a sebestigmatizací u pacientů s úzkostnými poruchami. Prezentovaná studie se však zabývá

pacienty s psychózou ve stabilizovaném stavu, u kterých byla hodnocení v objektivním i subjektivním CGI nízká, takže pro hodnocení vztahu mezi závažností poruchy a sebestigmatizací nebyl dostatečný prostor. Důležitou otázkou je, zda je míra sebestigmatizace v čase stabilní, nebo kolísá v závislosti na kompenzaci psychického stavu. Na tyto otázky však naše průřezová studie nedokáže odpovědět, protože jsme nesbírali data u pacientů v akutním stavu.

*Třetí hypotéza, že vyšší míra sebestigmatizace je spojena s nižší současnou adherencí a častějším vysazováním psychofarmak v minulosti byla potvrzena pouze částečně.* Míra sebestigmatizace v naší studii nesouvisela s přiznaným vysazováním léků v minulosti. Ovšem závažnost sebestigmatizace statisticky významně negativně souvisela s mírou současné adherence k léčbě a pozitivně dávkou antidepressiv. Jedná se o nejzásadnější nálezy, který prezentovaná studie přináší, a sice – čím více se pacient stigmatizuje, tím méně je adherentní k současné léčbě. Tento nálezy je v souladu s výsledky Sireyho s kolegy (2001), kteří zkoumali adherenci při užívání antidepressiv u depresivních pacientů a zjistili, že prediktory lepší adherence jsou nižší vnímaná stigmatizace okolím i nižší sebestigmatizace.

*Čtvrtá hypotéza, že u pacientů, kteří v minulosti svévolně vysazovali léky, je nižší současná adherence k léčbě a vyšší míra sebestigmatizace, potvrzena nebyla.* Při porovnání míry sebestigmatizace a současné adherence v léčbě u pacientů, kteří v minulosti medikaci vysazovali, a těmi, kteří ji nevysazovali, nebyl zjištěn statistický významný rozdíl mezi skupinami.

### **Omezení studie**

Jedním z omezení studie je fakt, že data byla sbírána z dotazníků, které pacienti vyplňovali sami a kromě demografických dat, objektivního CGI a dávek medikace, mohla být data modifikována různou motivací pacientů. Výsledky dotazníků, zejména adherence, mohou být ovlivněny vztahem k lékaři, obavou, že jej zklamou i snahou ukázat se v lepším světle. 18 % pacientů dotazníky nevyplnilo nebo je vyplnili jen částečně, a tak jsou informace o míře jejich sebestigmatizace, adherence a vysazování léků v minulosti nedostatečné a nemohly být započítány do celkových výsledků. Přestože se tyto pacienti, jejichž neúplná data nemohla být započítána, v demografických ani klinických datech nelišili od těch, kteří ve studii plně

spolupracovali, může se jednat právě o podskupinu pacientů, která má výraznější problémy s adherencí a vysazováním léků.

Dalším omezením studie se zdá být několik různých diagnóz v rámci schizofrenního spektra, kde byly jednotlivé poruchy zastoupeny velmi nerovnoměrně. Také se v úvahu nebrala různorodost medikace. Důležitým omezením je malá velikost souboru. A konečně také nepoužití standardního diagnostického interview.

Výsledky jsou průřezové a nemohou zachytit možnou dynamiku při změnách psychického stavu. Nejsou informace o stabilitě sebestigmatizace v čase, míra adherence se rovněž může měnit v rámci změn závažnosti psychopatologie.

### **2.5.6. Závěry**

Z nálezů studie vyplývá, že hereditární zátěž, pohlaví, partnerský vztah, vzdělání, ani objektivní či subjektivní hodnocení závažnosti poruchy nehraje v případě sebestigmatizace významnější roli. Také nesouvisí s vysazováním medikace v minulosti. Míra sebestigmatizace statisticky významně negativně souvisí s mírou současné adherence k léčbě.

## **2.6. STUDIE III – KOMORBIDITA, KVALITA ŽIVOTA, NADĚJE A SEBESTIGMATIZACE U SCHIZOFRENIE**

Pacienti trpící schizofrenní poruchou se mezi sebou mohou lišit v řadě charakteristik, které mohou ovlivňovat celkovou psychopatologii i kvalitu života. Mezi tyto charakteristiky patří některé rysy osobnosti, komorbidita s jinou poruchou, zejména úzkostnou poruchou nebo depresí, ale i míra naděje a závažnost sebestigmatizace. Studium těchto faktorů může zvýšit porozumění potřebám konkrétních pacientů a pomoci v zaměřené personalizované péči o ně. Tento výzkum navazuje na přehled znalostí v této oblasti. Přehledem poznatků o vlivu komorbidity, osobnostních rysů a kvality života na klinické proměnné u pacientů se schizofrenií se zabývá několik kapitol teoretické části disertace (1.1. Psychiatrická komorbidita u schizofrenie, 1.2. Poruchy úzkostného spektra a schizofrenie, 1.3. Temperament a charakter u schizofrenie, 1.5. Kvalita života u schizofrenie). Předkládaná studie přidává do mozaiky další konkrétní nálezy.

### **2.6.1. Cíle studie**

Hlavním cílem práce je zjistit, zda komorbidita se sociální fobií nebo depresivní poruchou (včetně dystýmie) ovlivňuje závažnost příznaků, míru sebestigmatizace, naděje a kvalitu života u pacientů trpících schizofrenií. Další otázkou bylo, zda komorbidita se sociální fobií anebo depresivní poruchou souvisí s osobnostními charakteristikami pacienta.

## 2.6.2. Hypotézy

Hlavní alternativní hypotézy, které jsme si v této studii položili, byly následující:

- (1). *Kvalita života u pacientů se schizofrenií souvisí:*
  - a. *pozitivně s časnějším věkem počátku onemocnění, negativně s jeho delším trváním a negativně s vyšším počtem hospitalizací;*
  - b. *negativně se závažností symptomatologie a celkovou závažností onemocnění;*
  - c. *pozitivně s mírou naděje;*
  - d. *negativně se závažností sebestigmatizace;*
  - e. *negativně osobnostním rysem Vyhýbání se ohrožení a pozitivně se Sebeřízením;*
  - f. *negativně s komorbiditou se sociální fobií nebo s depresivní poruchou (dystýmií).*
- (2). *Pacienti s komorbidní sociální fobií mají v porovnání s pacienty bez komorbidní sociální fobie:*
  - a. *časnější věk počátku onemocnění, delší trvání nemoci a větší počet hospitalizací;*
  - b. *vyšší závažnost příznaků a celkově horší klinický stav;*
  - c. *nižší míru naděje;*
  - d. *vyšší míru sebestigmatizace;*
  - e. *vyšší míru osobnostního rysu Vyhýbání se ohrožení a nižší míru osobnostního rysu Sebeřízení.*
- (3). *Pacienti s komorbidní depresivní poruchou či dystýmií mají v porovnání s pacienty bez komorbidní depresivní poruchy či dystýmie:*
  - a. *časnější věk počátku onemocnění, delší trvání nemoci a větší počet hospitalizací;*
  - b. *vyšší závažnost příznaků a celkově horší klinický stav;*
  - c. *nižší míru naděje;*
  - d. *vyšší míru sebestigmatizace;*
  - e. *vyšší míru osobnostního rysu Vyhýbání se ohrožení a nižší míru osobnostního rysu Sebeřízení.*



### 2.6.3. Metoda

#### **Pacienti**

Do studie bylo zařazeno 61 pacientů obou pohlaví docházejících do psychiatrické ambulance ve stabilizovaném stavu, který nevyžadoval hospitalizaci, ani změny v léčbě. Diagnóza poruchy ze schizofrenního spektra byla stanovena podle výzkumných diagnostických kritérií MKN-10 (1996). K potvrzení diagnózy bylo použito strukturované interview M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview, Sheehan et al. 1998) Kritéria zařazení do studie byla následující:

- Věk 18 - 65 let;
- Diagnóza některé z poruch schizofrenního spektra podle výzkumných kritérií MKN-10 (1996).

Do studie nebyli zařazeni pacienti, kteří zároveň trpěli závažným tělesným onemocněním, mentální retardací nebo organickou psychickou poruchou.

#### **Posuzovací nástroje**

Po krátké instruktáži pacienti vyplnili posuzovací škály a dotazníky. Lékař byl pacientovi k dispozici pro vysvětlení otázek, pokud je pacient nechápal. Ve studii byly použity následující posuzovací a hodnotící nástroje (viz Tabulka 10).

Tabulka 10: Posuzovací stupnice a dotazníky použité ve studii III

<p><b>Demografická data:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demografický dotazník</li> <li>• Počátek onemocnění</li> <li>• Délka onemocnění</li> <li>• Počet hospitalizací</li> </ul> <p><b>Závažnost psychopatologie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PANSS (Positive and negative syndrome scale, Kay et al. 1987)</li> <li>• CGI-O (Clinical Global Impression severity, objektivní verze, Guy 1976)</li> <li>• CGI-S (Clinical Global Impression severity, subjektivní verze)</li> <li>• BAI (Beck Anxiety Inventory, Beck et al. 1988)</li> <li>• LSAS (Liebowitz Social Anxiety Scale, Liebowitz 1987)</li> <li>• BDI-II (Beck Depression Inventory-II, Beck et al. 1996, sebesposuzovací verze)</li> </ul>	<p><b>Míra naděje:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ADHS (Adult Dispositional Hope Scale, Snyder 2000)</li> </ul> <p><b>Sebestigmatizace:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ISMI (The Internalized Stigma of Mental Illness Scale) (Ritsher et al. 2003)</li> </ul> <p><b>Kvalita života:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Q-LES-Q (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction, Katschnig et al. 1997)</li> </ul> <p><b>Osobnostní rysy:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TCI-R (Temperament and Character Inventory – Revised, Farmer and Goldberg 2008)</li> </ul>
--	---

## Vedení léčby

Všichni pacienti se léčili na psychiatrické ambulanci, byli aktuálně v kompenzovaném stavu, který nevyžadoval změnu léčebného postupu nebo režimu. Všichni pacienti zařazení do hodnocení užívali antipsychotika v terapeutických dávkách ( $5,8 \pm 3,9$  mg dávky antipsychotika přepočtené na index risperidonu). Kromě antipsychotické medikace bylo 27 (44,3 %) pacientů medikováno antidepresivy ( $29,1 \pm 13,3$  mg antidepresiva přepočteno na dávku paroxetinu), 8 (13,1 %) pacientů benzodiazepinovými anxiolytiky (průměrná dávka  $9,4 \pm 4,2$  mg přepočteno na dávku diazepamu) a 8 (13,1 %) pacientů stabilizátory nálady (4 x

valproát, 2 x lithium carbonicum, 2 x lamotrigin). Léky byly podávány podle doporučených postupů při léčbě onemocnění schizofrenního okruhu (Češková et al. 2014).

#### 2.6.4. Výsledky

##### Popis souboru

Sběr dat probíhal v období od května 2015 do února 2017. Baterie dotazníků byla nabídnuta 70 pacientům se schizofrenním onemocněním, kteří docházejí na ambulanci psychiatrické kliniky v Olomouci. Účast ve výzkumu a vyplnění dotazníků bylo dobrovolné. Dotazníky vyplnilo 61 pacientů (81,7 %), splňujících vstupní kritéria pro onemocnění schizofrenního okruhu. Průměrný věk byl 35,6 let a trvání onemocnění 7,3 roku (Tabulka 11). V souboru mírně převažovaly ženy (51,7 %). Dosažené vzdělání bylo rozvrstveno relativně rovnoměrně: 13 % pacientů mělo základní vzdělání, 33,3 % bylo vyučených, 27,5 % mělo středoškolské a 14,5 % vysokoškolské vzdělání. 50 % pacientů bylo nezaměstnaných, 50 % pracovalo jako zaměstnanci nebo OSVČ, u jednoho pacienta údaj o zaměstnanosti nebyl zjištěn. 36,7 % pacientů bylo v plném invalidním důchodu, 16,7 % v částečném. S ohledem na rodinný stav bylo ve skupině více pacientů svobodných a bez partnera, celkem 58,3 %, dalších 18,3 % bylo ženatých/vdané a 10,0 % rozvedených. Partnera mělo 31,7 % pacientů (Tabulka 11).

Jako primární diagnóza byla stanovena porucha schizofrenního okruhu u všech 61 pacientů (u 32 /52,5 %/ schizofrenie, u 3 /4,9 %/ porucha s bludy, u 14 /23,0 %/ akutní a přechodná psychotická porucha a u 12 /19,7% / schizoafektivní porucha). U 80,3 % byla diagnostikována rovněž komorbidní porucha, u 31,1 % sociální fobie, u 14,8 % panická porucha/agorafobie, u 3,3 % OCD, u 23,0 % afektivní porucha (deprese 19,7 %, dystymie 3,3 %), a u 18,5 % bylo zjištěno zneužívání návykových látek (11,5 % alkohol, 11,5 % jiné /marihuana/ z toho 6,6 % obojí). Čtyřicet jedna procent probandů v minulosti léky vysazovalo bez doporučení lékaře (Tabulka 11). Všichni pacienti byli léčeni běžnými dávkami antipsychotik, u části byla přítomna přídatná medikace, u 44,3 % pacientů antidepresiva, u 13,1 % stabilizátory nálady a u 13,1 % anxiolytika.

## ***Závažnost nemoci a psychopatologie***

*Celková závažnost onemocnění* byla hodnocena jak objektivně psychiatrem, tak subjektivně pacientem samotným. Průměrné hodnocení aktuální závažnosti onemocnění psychiatrem podle CGI-O se pohybovalo mezi „hraničními“ až „mírnými projevy nemoci“ (Tabulka 11). V podobném rozmezí hodnotili celkovou závažnost onemocnění i samotní pacienti ve škále CGI-S. Při porovnání obou hodnocení, bylo subjektivní hodnocení závažnosti onemocnění v průměru statisticky významně nižší, než objektivní hodnocení lékařem (Mannův Whitneyův test, MW  $U=1331$ ;  $p < 0,01$ ), tzn., že pacienti hodnotili závažnost svého onemocnění jako statisticky významně menší, než je hodnotili lékaři. Přitom však subjektivní a objektivní hodnocení závažnosti onemocnění spolu velmi významně korelovalo (Spearmanovo  $r = 0,57$ ,  $p < 0,0001$ ).

Celkové skóre psychotických příznaků hodnocené objektivní posuzovací stupnicí PANSS dosahovalo v průměru  $59,5 \pm 13,2$  bodů (Tabulka 11). Z toho v subškále P 1-7 (*Škála pozitivních příznaků*)  $11,4 \pm 3,2$  bodů, v subškále N1-7 (*Škála negativních příznaků*)  $15,7 \pm 4,8$  bodů a v subškále G1-16 (*Škála celkové patologie*)  $32,4 \pm 7,4$  bodů.

Míra *všeobecné úzkosti* hodnocená sebesposuzovacím dotazníkem BAI, která dosahuje v průměru  $13,9 \pm 11,5$  bodů, je relativně nízká (Tabulka 11) a je pod optimálním cut-off skóre 17, které má senzitivitu 0,64 a specifitu 0,80 (Kamarádová et al. 2015b). Tzn., že pacienti se schizofrenií i přesto, že měli častou komorbiditu s úzkostnými poruchami, byli v průměru méně úzkostní než pacienti s úzkostnými poruchami.

Naproti tomu průměrné hodnocení celkového skóru v *sociální úzkosti* hodnocené v LSAS bylo na úrovni středně závažné sociální fobie (Tabulka 11). Oba subskóry, jak subškály Strachu a úzkosti, tak subškály Vyhýbání byly poměrně vyvážené (Úzkost a strach  $44,3 \pm 13,7$  a Vyhýbání se  $46,2 \pm 13,6$ ).

V průměrné *míře deprese* hodnocené sebesposuzovacím dotazníkem BDI-II dosahovali pacienti  $15,1 \pm 10,4$  bodů, což je pod hranicí hodnot mírné deprese (největší senzitivitu a specifitu pro zachycení deprese vykázalo cut-off skóre 17, Ocisková et al. v tisku).

## ***Naděje***

Co se týče *Dispoziční škály naděje* (ADHS), průměrný skór skupiny ( $39,9 \pm 10,6$ ) odpovídá 3. stenu u norem, tedy velmi nízké míře naděje (Ocisková et al. 2016). Položky *Cesta* a *Snaha* dosahují téměř stejné velikosti.

## ***Sebestigmatizace***

Celkové skóre *sebestigmatizace* hodnocené ISMI dosáhlo  $61,2 \pm 14,0$  bodů (podle Ocisková et al. 2014 to odpovídá T-skóre 48), skóry v jednotlivých doménách jsou vyvážené a vesměs se pohybují v rozmezí 4-6 stenu (Tabulka 11). Vzhledem k tomu, že podle standardizace na českou populaci pacientů (Ociskova et al. 2014) platí, že hodnoty T-skóre v rozmezí 40–60 představují průměr, jde u tohoto souboru o průměrně velkou míru sebestigmatizace.

## ***Kvalita života***

Dotazník Q-LES-Q (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction) vyplňovali pacienti samotní, někdy však potřebovali pomoc personálu. Průměrný celkový skór *kvality života* hodnocený dotazníkem Q-LES-Q dosahoval  $269,1 \pm 57,7$  bodů (Tabulka 11). Z toho doména *Tělesné zdraví* (13 otázek) dosahovala průměrného skóru  $41,0 \pm 11,3$ , doména *Pocity* (14 otázek) průměrného skóru  $45,8 \pm 12,0$ , doména *Pracovní aktivity* (13 otázek) průměrného skóru  $30,5 \pm 20,0$ , doména *Péče o domácnost* (10 otázek) průměrného skóru  $32,8 \pm 13,9$ , doména *Studijní aktivity* (10 otázek) průměrného skóru  $13,3 \pm 9,4$ , doména *Využití volného času* (6 otázek) průměrného skóru  $20,7 \pm 5,2$ , doména *Sociální vztahy* (11 otázek) průměrného skóru  $35,7 \pm 9,4$ , a doména *Souhrnný pohled na kvalitu života* (16 otázek) průměrného skóru  $49,3 \pm 12,2$  bodů.

## ***Osobnostní rysy***

Osobnostní rysy byly zjišťovány pomocí dotazníku TCI-R (Temperament and Character Inventory – Revised (Farmer a Goldberg 2008). Průměrné výsledky *osobnostního dotazníku* TCI-R, který mapuje osobnostní rysy temperamentu, jako je *Vyhledávání nového* (NS), *Vyhýbání se ohrožení* (HA), *Závislost na odměně* (RD) a *Vytrvalost* (PS) a charakteru, jako je *Sebeřízení* (SD), *Spolupráce* (CO), *Sebepřesah* (ST) jsou uvedeny v Tabulce 11. Soubor vykazoval ve srovnání s normami průměrnou míru *Závislosti na odměně* (percentil 40-45), *Sebeřízení* (percentil 40-45), *Spolupráce* (percentil 55) a *Sebepřesahu* (percentil 55). Stupeň *Vyhýbání se ohrožení* byl významně vyšší, než udává norma (percentil 80-85). Průměrná míra *Vyhledávání nového* a *Vytrvalosti* pak byla ve srovnání s normami naopak podstatně nižší (*Vyhledávání nového* se nacházelo na percentilu 35-40 a *Vytrvalost* se pohybovala na úrovni percentilu 30-35) (Preiss et al. 2007).

Tabulka 11: Popis souboru (Studie III)

PROMĚNNÁ	POČTY NEBO HODNOTY
<b>Počet účastníků</b>	61
<b>Věk</b>	35,6 ± 9,6
<b>Pohlaví:</b> muži / ženy	30 / 31
<b>Zaměstnaní:</b> ano / ne / nezjištěno	30 / 30 / 1
<b>Manželský stav:</b> svobodný / ženatý / rozvedený / ovdovělý	42 / 11 / 6 / 2
<b>Partner:</b> ano / ne	19 / 42
<b>Důchod:</b> nemá / plný / částečný / starobní	29 / 22 / 10 / 0
<b>Vzdělání:</b> základní / vyučení / maturita / vysoká škola	9 / 23 / 19 / 10
<b>Psychiatrická heredita</b> ne / jiná psych porucha / sch okruh /	33 / 21 / 7
<b>Počátek nemoci</b>	28,0 ± 9,8
<b>Počet hospitalizací</b>	3,48 ± 2,98
<b>Délka léčby v letech</b>	7,27 ± 8,52
<b>Suicidalita</b> ne / nízké riziko / středně velké riziko	33 / 27 / 1
<b>Doba od poslední hospitalizace</b>	1,73 ± 2,50
<b>ISMI celkově</b>	61,2 ± 14,0
Odcizení	12,8 ± 4,05
Souhlas se stereotypy	13,4 ± 3,9
Vnímaná diskriminace	10,3 ± 3,5
Sociální stažení	12,4 ± 3,7
Rezistence vůči stigmatu	12,5 ± 2,6
<b>CGI-O</b>	2,85 ± 0,93
<b>CGI-S</b>	2,36 ± 1,45
<b>PANSS-CS</b>	59,5 ± 13,2
<b>BDI-II</b>	15,1 ± 10,4
<b>BAI</b>	13,9 ± 11,5
<b>LSAS</b>	90,4 ± 26,3
<b>Q-LES-Q – CS</b>	269,1 ± 57,7
<b>NS</b> (vyhledávání nového)	97,0 ± 10,6
<b>HA</b> (vyhýbání se ohrožení)	110,2 ± 18,9
<b>RD</b> (závislost na odměně)	95,2 ± 9,9
<b>PS</b> (vytrvalost, persistence)	104,9 ± 17,1
<b>SD</b> (sebeřízení)	132,9 ± 15,8
<b>CO</b> (kooperativnost, spolupráce)	126,0 ± 12,7
<b>ST</b> (sebepřesah)	72,2 ± 15,6
<b>ADHS</b>	39,9 ± 10,6
Cesta	20,0 ± 5,4
Snaha	19,9 ± 6,6
<b>Vysazování léků v minulosti – nonkompliance</b> ne /ano	25 / 36
<b>Antipsychotikum</b> – 61 pacientů – index risperidonu v mg	5,8 ± 3,9
<b>Antidepresivum</b> – 27 pacientů – index paroxetinu v mg	29,1 ± 13,3
<b>Anxiolytikum</b> – 8 pacientů – index diazepamu v mg	9,4 ± 4,2
<b>Thymoprofylaktikum</b> – 8 pacientů	

## Vztahy mezi jednotlivými faktory

### Kvalita života

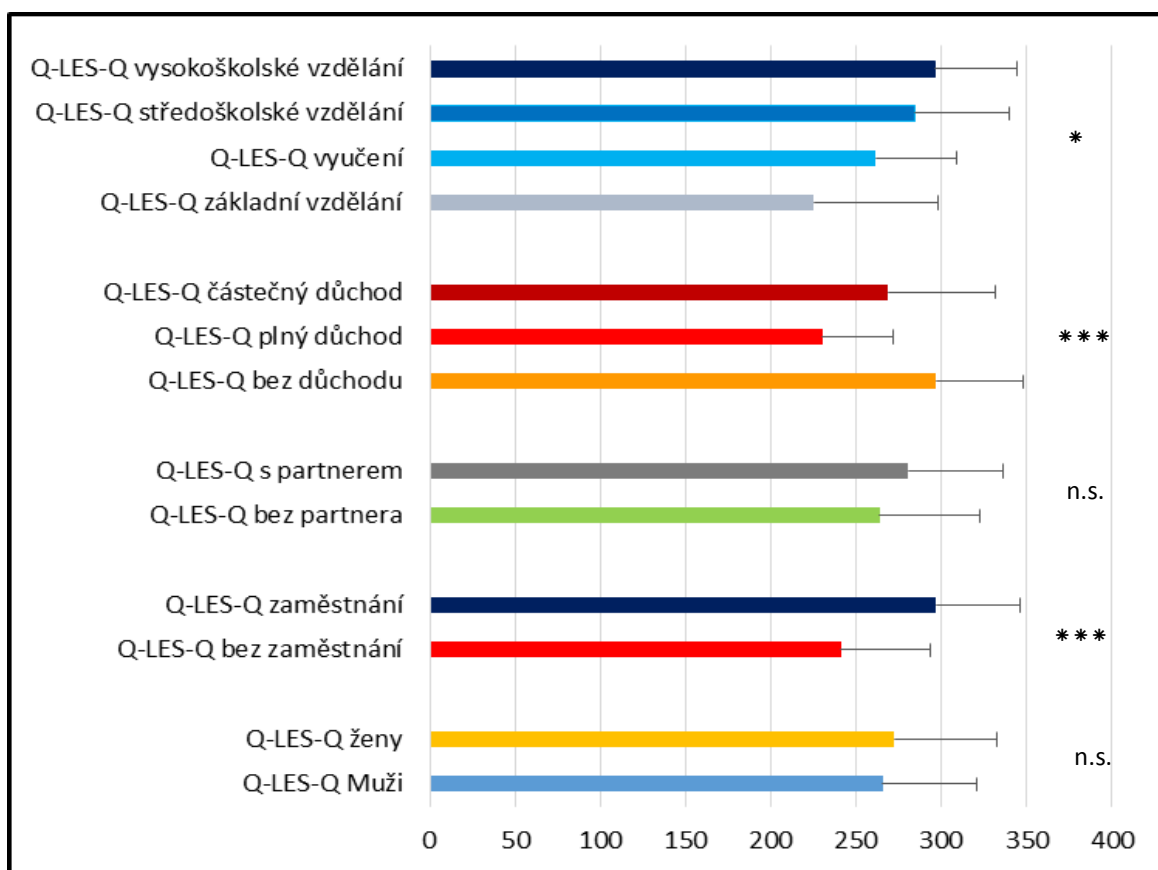
Z demografických faktorů celkový skóre kvality života v dotazníku Q-LES-Q statisticky významně pozitivně koreluje s věkem počátku onemocnění, tzn., čím nižší je věk počátku onemocnění, tím je aktuální kvalita života nižší. S kvalitou života významně negativně koreluje délka trvání onemocnění a počet hospitalizací (Tabulka 12), tzn., že kvalita života je menší u pacientů s delším trváním onemocnění a větším počtem hospitalizací.

Tabulka 12: Korelace mezi demografickými a klinickými faktory, nadějí, kvalitou života a sebestigmatizací (Studie III)

MĚŘENÍ	Počátek onem.	Počet hospit.	Trvání	CGI-S	CGI-O	PANSS	BDI-II	BAI	LSAS	Q-LES-Q	ADHS	ISMI
Věk	<b>0,56***</b>	0,23	<b>0,34**</b>	0,21	<b>0,25*</b>	0,21	0,08	0,22	0,10	-0,18	-0,03	0,09
Počátek onem.		<b>-0,37**</b>	<b>-0,35**</b>	-0,20	-0,17	<b>-0,29*</b>	-0,18	<b>-0,27*</b>	<b>-0,27*</b>	<b>0,27*</b>	0,11	<b>-0,27*</b>
Počet hospit.			<b>0,79***</b>	<b>0,40**</b>	<b>0,51***</b>	<b>0,52***</b>	0,16	<b>0,43***</b>	<b>0,36**</b>	<b>-0,52***</b>	-0,25	<b>0,45***</b>
Trvání				<b>0,41**</b>	<b>0,49***</b>	<b>0,41**</b>	0,09	<b>0,37**</b>	<b>0,35**</b>	<b>-0,39**</b>	-0,25	<b>0,34**</b>
CGI-S					<b>0,57***</b>	<b>0,64***</b>	<b>0,51***</b>	<b>0,63***</b>	<b>0,42***</b>	<b>-0,54***</b>	<b>-0,38**</b>	<b>0,53***</b>
CGI-O						<b>0,91***</b>	<b>0,37**</b>	<b>0,54***</b>	<b>0,39**</b>	<b>-0,51***</b>	<b>-0,27*</b>	<b>0,47***</b>
PANSS							<b>0,42***</b>	<b>0,60***</b>	<b>0,45***</b>	<b>-0,55***</b>	-0,22	<b>0,51***</b>
BDI-II								<b>0,42***</b>	<b>0,46***</b>	<b>-0,59***</b>	<b>-0,44***</b>	<b>0,46***</b>
BAI									<b>0,51***</b>	<b>-0,42***</b>	-0,19	<b>0,52***</b>
LSAS										<b>-0,68***</b>	<b>-0,54***</b>	<b>0,60***</b>
Q-LES-Q											<b>0,47***</b>	<b>-0,66***</b>
ADHS												<b>-0,51***</b>

V průměrných celkových skórech kvality života se statisticky významně neliší muži od žen, pacienti s partnerem od pacientů bez partnerského vztahu (Tabulka 13). Ovšem mezi pacienty s plným invalidním důchodem a pacienty bez invalidního důchodu je statisticky významný rozdíl ve prospěch vyšší průměrné celkové kvality života u pacientů bez invalidního důchodu. Statisticky významný rozdíl v průměrné celkové kvalitě života je také u pacientů s vysokoškolským vzděláním ve srovnání s pacienty se základním vzděláním (Tabulka 13, Obrázek 7).

Obrázek 7: Porovnání kvality života při rozdělení pacientů podle různých demografických kritérií



\*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,001$  n.s. = není významné



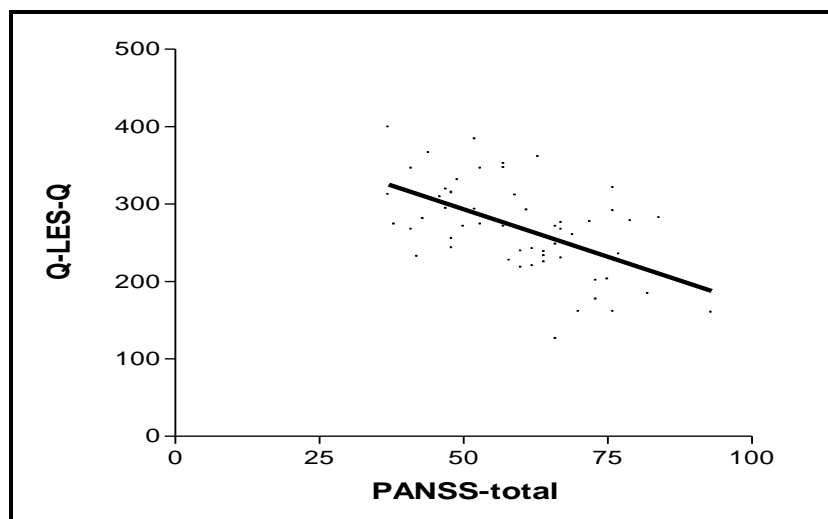
Tabulka 13: Porovnání závažnosti poruchy, sebestigmatizace, naděje a kvality života u různých podskupin pacientů podle pohlaví, zaměstnanosti, partnerství, důchodu a vzdělání (Studie III)

PROMĚNNÁ	CGI-O	CGI-S	BDI-II	BAI	LSAS	PANSS	ISMI-CS	ADHS	Q-LES-Q
<b>Pohlaví:</b>									
muži (n=30)	2,5 ± 1,5	2,9 ± 1,0	14,2± 9,3	12,5±9,1	88,2±28,9	60,7±12,9	60,4±14,1	40,7±10,4	265,4±55,6
ženy (n=31)	2,2 ± 1,4	2,8 ± 0,9	16,0±11,4	15,26±13,4	92,5±24,1	58,5±13,6	61,9±14,1	39,2±10,9	272,5±60,4
statistika	MW U=397; ns	nt-test: t=0,1167 df=59; ns	nt-test: t=0,6839 df=59; ns	MW U=430; ns	nt-test: t=0,6244 df=57; ns	nt-test: t=0,6273 df=55; ns	nt-test: t=0,3982 df=59; ns	nt-test: t=0,5237 df=57; ns	nt-test: t=0,4687 df=58; ns
<b>Zaměstnaní:</b>									
ne (n=30)	3,1 ± 0,9	2,9 ± 1,6	16,5±10,7	16,4±12,8	103,0±25,6	64,3±12,9	66,6±14,1	36,0±9,4	241,2±52,6
ano (n=31)	2,6 ± 0,9	1,8 ± 1,0	13,7±10,1	11,4±9,4	77,4±20,3	55,1±12,0	55,6 ± 11,7	43,7±10,5	297,9±49,1
statistika	nt-test: t=2,464 df=59; <b>p&lt;0,05</b>	MW U=297,5; <b>p&lt;0,05</b>	nt-test: t=0,2949 df=59; ns	nt-test: t=0,0913 df=59; ns	nt-test: t=4,256 df=57; <b>p&lt;0,0001</b>	nt-test: t=2,789 df=55; <b>p&lt;0,01</b>	nt-test: t=3,319 df=59; <b>p&lt;0,005</b>	nt-test: t=2,941 df=57; <b>p&lt;0,005</b>	nt-test: t=4,247 df=58; <b>p&lt;0,0001</b>
<b>Partner:</b>									
ne (n=42)	2,9±1,0	2,3 ± 1,4	14,2±9,5	12,7±10,0	91,3±25,6	59,6±13,7	61,2±13,4	39,9±10,1	263,6±58,7
ano (n=19)	2,8 ± 0,8	2,4 ± 1,5	17,2±12,2	16,7±14,1	88,7±28,3	59,4±12,4	61,2±15,6	39,9±11,9	280,8±55,3
statistika	nt-test: t=0,3539 df=59; ns	MW U=382,5 ;ns	nt-test: t=1,023 df=59; ns	nt-test: t=1,276 df=59; ns	nt-test: t=0,3508 df=57; ns	nt-test: t=0,0493 df=55; ns	nt-test: t=0,0022 df=59; ns	nt-test: t=0,0139 df=57; ns	nt-test: t=1,078 df=58; ns
<b>Důchod:</b>									
nemá (n=29)	2,4±0,9	1,8±1,1	13,5±10,2	10,2±9,6	79,3±19,5	53,1±11,8	54,6±12,9	43,0±10,9	297,1±51,2
plný (n=22)	3,2±0,8	2,9±1,5	16,4±9,5	17,5±11,1	107,8±21,0	65,8±8,0	69,2±10,4	36,3±9,8	230,4±40,9
částečný (n=10)	3,4 ± 0,8	3,0±1,7	17,2±13,2	17,0±14,7	82,6±35,2	66,7±15,9	62,4±15,4	38,8±9,2	268,8±62,8
statistika	KW 14,66; <b>p&lt;0,001</b> ; DMCT: bez invalidity nejnižší skór	KW 9,84; <b>p&lt;0,01</b> ; DMCT: bez invalidity nejnižší skór	OW ANOVA F=0,74 df=60; ns	OW ANOVA F=3,18 df=60; <b>p&lt;0,01</b> ; BMCT: ns mezi skupinami	OW ANOVA F=179,5 df=59; <b>p&lt;0,0001</b> ; BMCT: PID nevyšší skór	OW ANOVA F=9,06 df=56; <b>p&lt;0,0005</b> ; BMCT: bez invalidity nejnižší skór	OW ANOVA F=8,60 df=60; <b>p&lt;0,0005</b> ; BMCT: bez invalidity nejnižší skór	OW ANOVA F=2,73 df=58; ns	OW ANOVA F=10,86 df=60; <b>p&lt;0,0001</b> ; BMCT: bez invalidity nejvyšší skór
<b>Vzdělání:</b>									
základní	3,1±0,8	2,8±2,3	21,4±12,1	12,9±16,6	107,0±30,8	62,3±13,1	69,0±17,2	33,0±8,7	225,1±73,2
vyučení	3,0±0,9	2,5±1,3	15,7±12,1	14,4±9,6	92,5±24,9	59,6±12,6	61,3±11,7	39,0±12,4	261,5±47,8
maturita	2,6±0,8	2,1±1,1	13,1 ± 7,5	15,6±12,4	85,0±26,7	56,9±12,8	60,6±14,5	41,7±10,0	284,4±55,1
vysoká škola	2,8±1,2	2,1±1,4	12,2±8,1	10,6±8,8	81,5±19,4	61,2±16,1	54,8±13,5	44,0±6,4	296,1±48,0
statistika	OW ANOVA F=0,688 df=60; ns	OW ANOVA F=0,595 df=60; ns	OW ANOVA F=1,695 df=60; ns	OW ANOVA F=0,444 df=60; ns	OW ANOVA F=0,1269 df=58; ns	OW ANOVA F=0,4053 df=56; ns	OW ANOVA F=0,082 df=60; ns	OW ANOVA F=1,964 df=58; ns	OW ANOVA F=3,414 df=60; <b>p&lt;0,05</b> ; BMCT: základní nižší než VŠ

MW=Man Whitneyův test; nt-test=nepárový t-test; KW=Kruskal-Wallisův test; DMCT=Dunův mnohočetný srovnávací test; BMCT=Bonferroniho mnohočetný srovnávací test; OW-ANOVA=jednocestná analýza variance pro mnohočetná srovnání

Kvalita života statisticky významně negativně koreluje s celkovou závažností pozitivních a negativních příznaků (PANSS, Obrázek 8), tzn., že čím je vyšší celkové skóre pozitivních a negativních příznaků, tím je nižší kvalita života.

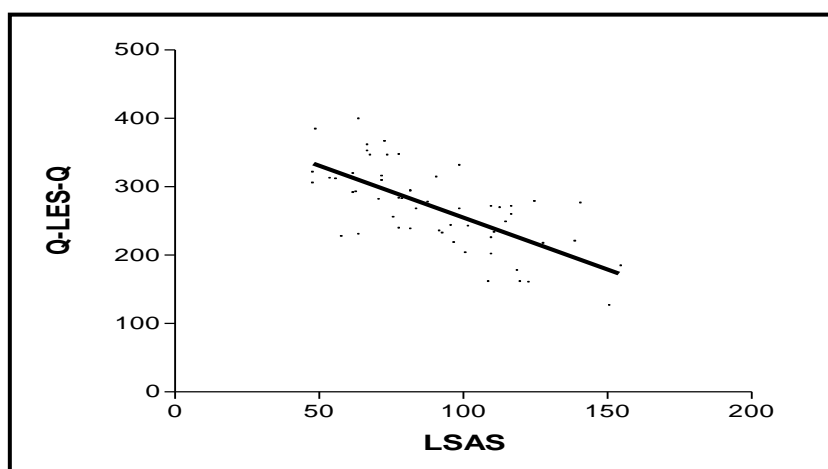
Obrázek 8: Lineární regrese mezi PANSS a Q-LES-Q



Lineární regrese:  $F=23,42$ ;  $DFn, DFd 1000, 54,00$ ;  $p < 0.0001$

Kvalita života rovněž negativně koreluje s celkovou závažností onemocnění hodnocenou lékařem (CGI-O) i pacientem (CGI-S), všeobecnou úzkostí pacienta (BAI), sociální úzkostí (LSAS, obrázek 9).

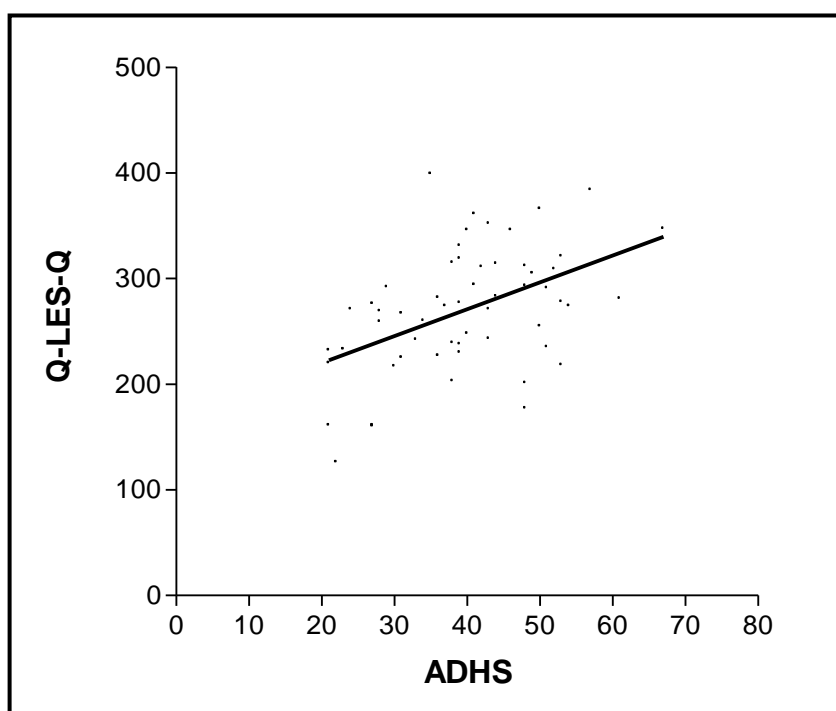
Obrázek 9: Lineární regrese mezi LSAS a Q-LES-Q



Lineární regrese:  $F= 49,27$ ;  $DFn, DFd 1000, 56,00$ ;  $p < 0.0001$

Celkový skór kvality života negativně koreluje se závažností depresivních příznaků (BDI-II) a pozitivně s mírou naděje (ADHS, Obrázek 10). Tyto výsledky ukazují, že kvalita života je tím vyšší, čím má pacient méně příznaků a jeho onemocnění je méně závažné a čím větší naději chová.

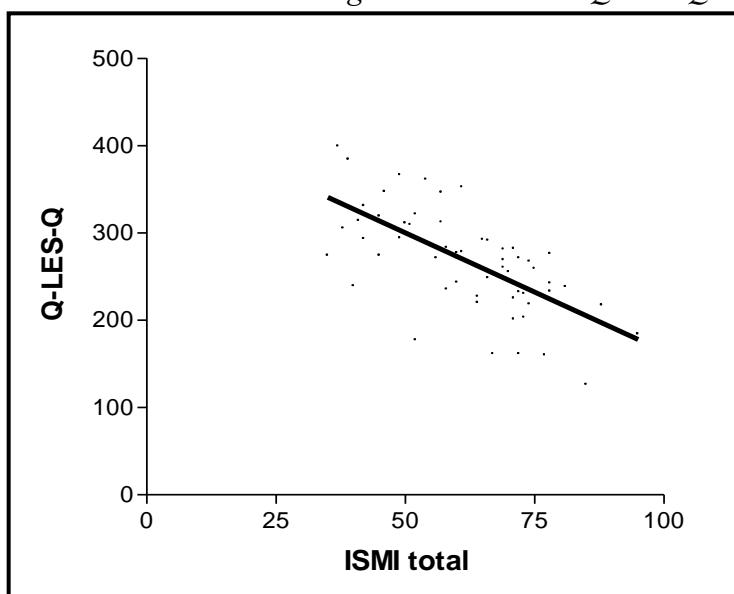
Obrázek 10. Lineární regrese vztahu ADHS a Q-LES-Q



Lineární regrese:  $F=15,91$ ;  $DFn, DFd 1000, 56,00$ ;  $p < 0.0005$

Kvalita života statisticky negativně koreluje s mírou sebestigmatizace (ISMI, Obrázek 11), tzn., že pacienti, kteří se více sami stigmatizují, mají horší kvalitu života (Tabulka 12).

Obrázek 11: Lineární regrese mezi ISMI a Q-LES-Q



Lineární regrese:  $F=44,18$ ;  $DFn, DFd 1000, 58,00$ ;  $p < 0.0001$

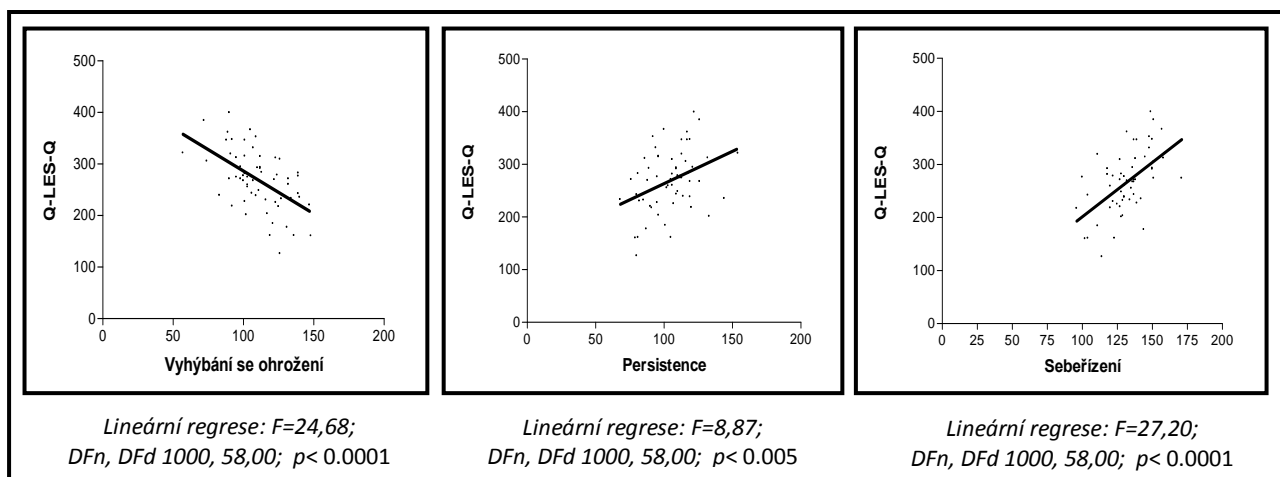
Z osobnostních rysů kvalita života statisticky významně negativně souvisí s osobnostním rysem Vyhýbání se ohrožení a pozitivně s rysy Perzistence a Sebeřízení (Tabulka 14).

Tabulka 14: Vztah osobnostních rysů k demografickým faktorům, závažnosti psychopatologie, sebestigmatizaci, naději a kvalitě života (Studie III)

RYS OSOB	Věk	Počátek onem.	Počet hospit.	Trvání	CGI-S	CGI-O	PANSS	BDI-II	BAI	LSAS	Q-LES-Q	ADHS	ISMI
NS	-0,19	-0,19	0,12	0,08	-0,02	0,05	-0,07	-0,08	-0,02	0,09	-0,08	-0,17	0,23
HA	0,19	0,00	<b>0,31 *</b>	<b>0,27 *</b>	<b>0,48***</b>	<b>0,35**</b>	<b>0,43***</b>	<b>0,49***</b>	<b>0,32*</b>	<b>0,64***</b>	<b>-0,55***</b>	<b>-0,54***</b>	<b>0,55***</b>
RD	-0,08	-0,04	0,02	-0,02	-0,00	-0,05	-0,02	-0,07	0,05	-0,08	-0,00	0,01	-0,01
PS	-0,15	0,00	<b>-0,39**</b>	<b>-0,35**</b>	<b>-0,43***</b>	-0,21	-0,19	<b>-0,30*</b>	-0,05	<b>-0,40**</b>	<b>0,36**</b>	<b>0,54***</b>	<b>-0,37**</b>
SD	0,13	<b>0,38**</b>	<b>-0,28 *</b>	-0,20	<b>-0,40**</b>	<b>-0,41***</b>	<b>-0,46***</b>	<b>-0,40**</b>	<b>-0,37**</b>	<b>-0,56***</b>	<b>0,57***</b>	<b>0,51***</b>	<b>-0,69***</b>
CO	-0,01	0,17	-0,22	-0,17	-0,05	<b>-0,36**</b>	<b>-0,41**</b>	0,02	-0,10	-0,10	0,19	0,11	<b>-0,35**</b>
ST	-0,24	<b>-0,33**</b>	0,14	0,02	0,02	0,16	0,07	-0,04	0,15	0,06	-0,13	<b>0,30 *</b>	0,06

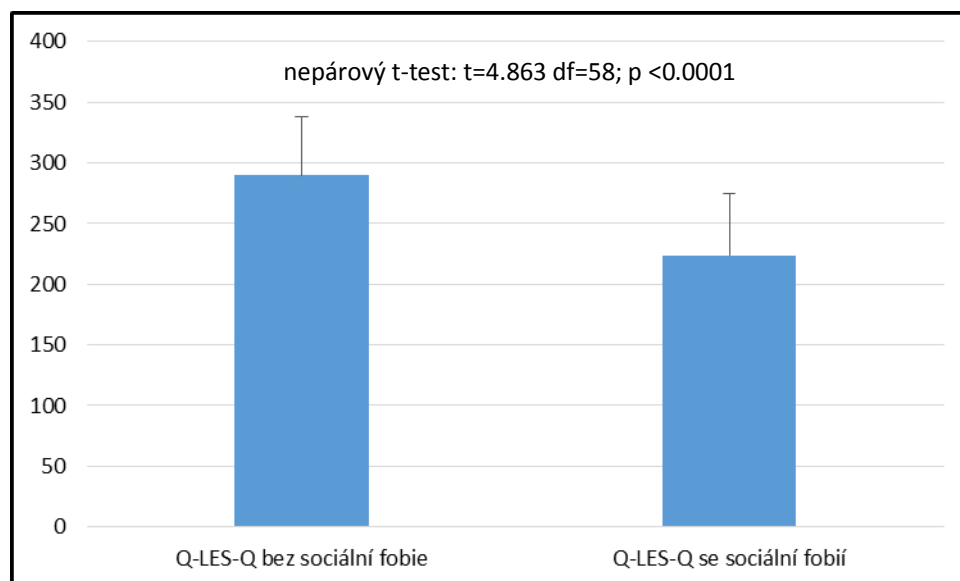
Z výše uvedeného vyplývá, že pacienti, kteří mají větší tendenci se vyhýbat ohrožení, mají nižší kvalitu života a pacienti, kteří mají v rysech osobnosti vytrvalost a schopnost uspořádat svůj život směrem k vlastním cílům, mají vyšší kvalitu života (Obrázek 12).

Obrázek 12: Lineární regrese mezi Q-LES-Q a rysy osobnosti Vyhýbání se ohrožení, Persistence a Sebeřízení



Při rozdělení pacientů na dvě skupiny podle komorbidity se sociální fobií, skupina pacientů s komorbidní sociální fobií vykazuje v průměru statisticky významně nižší kvalitu života, než skupina pacientů bez této komorbidity (Tabulka 15, Obrázek 13).

Obrázek 13: Porovnání průměrného skóre Q-LES-Q u skupiny pacientů bez komorbidní sociální fobie se skupinou pacientů s komorbidní sociální fobii



Tabulka 15: Porovnání pacientů bez komorbidní sociální fobie s pacienty s komorbidní sociální fobií (Studie III)

PROMĚNNÁ	Bez sociální fobie (n=42)	Sociální fobie (n=19)	Statistika (nepárový t-test nebo Mann-Whitneyův test)
Věk	35,9 ± 9,4	35,0 ± 10,5	t=0,3369 df=59; n.s.
Počátek onemocnění	30,5 ± 9,1	22,5 ± 9,3	t=3,157 df=59; <b>p&lt;0,005</b>
Počet hospitalizací	3,1 ± 3,0	4,4 ± 2,9	MW U=271; <b>p&lt;0,05</b>
Trvání onemocnění	5,7 ± 7,1	10,8 ± 10,5	MW U=261; <b>p&lt;0,05</b>
CGI-S	2,0 ± 1,1	3,2 ± 1,8	MW U=231; <b>p&lt;0,01</b>
CGI-O	2,7 ± 0,8	3,3 ± 1,0	MW U=263; <b>p&lt;0,05</b>
PANSS	56,5 ± 12,2	66,5 ± 13,0	t=2,759 df=55; <b>p&lt;0,01</b>
BDI-II	12,4 ± 8,9	21,2 ± 11,1	t=3,278 df=59; <b>p&lt;0,005</b>
BAI	11,0 ± 9,2	20,4 ± 13,5	t=3,175 df=59; <b>p&lt;0,005</b>
LSAS	77,6 ± 18,0	117,6 ± 19,6	t=7,768 df=57; <b>p&lt;0,0001</b>
Q-LES-Q	290,0 ± 48,1	223,8 ± 51,1	t=4,863 df=58; <b>p&lt;0,0001</b>
ADHS	42,2 ± 9,3	34,6 ± 11,6	t=2,710 df=57; <b>p&lt;0,01</b>
ISMI	56,6 ± 13,2	71,2 ± 10,3	t=4,251 df=59; <b>p&lt;0,0001</b>
NS	95,7 ± 10,3	99,7 ± 11,0	t=1,391 df=59; n.s.
HA	104,1 ± 17,3	123,6 ± 15,4	t=4,203 df=59; <b>p&lt;0,0001</b>
RD	95,5 ± 9,9	94,6 ± 10,2	t=0,3158 df=59; n.s.
PS	107,1 ± 14,3	100,1 ± 15,4	t=1,506 df=59; n.s.
SD	138,2 ± 14,3	121,3 ± 12,6	t=4,447 df=59; <b>p&lt;0,0001</b>
CO	127,5 ± 12,8	122,5 ± 12,0	t=1,459 df=59; n.s.
ST	72,1 ± 15,7	72,4 ± 15,7	t=0,08591 df=59; n.s.
Index risperidonu	5,4 ± 3,7	6,6 ± 4,1	MW U=308; n.s.
Index paroxetinu	24,5 ± 9,5 (n=13)	33,2 ± 15,3 (n=14)	t=1,743 df=25; n.s.
Index diazepamu	8,6 ± 3,8 (n=7)	15,0 (n=1)	Statisticky nehodnoceno

Podobně pacienti s komorbidní depresivní poruchou nebo dystýmií mají v průměru významně nižší kvalitu života než pacienti bez této komorbidity (Tabulka 16).

*Tabulka 16: Porovnání pacientů bez komorbidity s depresivní poruchou či dystýmií s pacienty s komorbidní depresivní poruchou či dystýmií (Studie III)*

PROMĚNNÁ	Bez depresivní poruchy (n=47)	S depresivní poruchou (n=14)	Statistika (nepárový t-test nebo Mann-Whitneyův test)
Věk	34,7 ± 9,3	28,5 ± 10,6	t=1,344 df=59; n.s.
Počátek onemocnění	28,3 ± 9,2	26,9 ± 12,0	t=0,4797 df=59; n.s.
Počet hospitalizací	3,3 ± 2,8	4,1 ± 3,6	MW U=296; n.s.
Trvání léčby	6,6 ± 7,1	9,4 ± 12,3	t=1,053 df=59; n.s.
CGI-S	2,0 ± 1,1	3,7 ± 1,7	MW U=127; <b>p&lt;0,0005</b>
CGI-O	2,7 ± 0,9	3,4 ± 0,8	MW U=180,5; <b>p&lt;0,05</b>
PANSS	56,8 ± 12,1	67,8 ± 13,1	t=2,886 df=55; <b>p&lt;0,01</b>
BDI-II	10,9 ± 6,6	29,5 ± 7,6	t=8,963 df=59; <b>p&lt;0,0001</b>
BAI	12,4 ± 10,7	18,9 ± 12,9	t=1,906 df=59; n.s.
LSAS	85,6 ± 24,0	105,9 ± 28,5	t=2,636 df=57; <b>p&lt;0,05</b>
Q-LES-Q	282,7 ± 50,6	224,4 ± 58,8	t=3,634 df=58; <b>p&lt;0,001</b>
ADHS	41,4 ± 10,3	34,5 ± 10,2	t=2,133 df=57; <b>p&lt;0,05</b>
ISMI	59,0 ± 13,4	68,2 ± 14,2	t=2,216 df=59; df=57; <b>p&lt;0,05</b>
NS	97,3 ± 10,9	95,7 ± 9,7	t=0,4938 df=59; n.s.
HA	106,3 ± 18,8	123,3 ± 12,7	t=3,165 df=59; <b>p&lt;0,01</b>
RD	95,6 ± 9,7	93,6 ± 10,9	t=0,6570 df=59; n.s.
PS	108,0 ± 16,7	94,5 ± 14,4	t=2,730 df=59; <b>p&lt;0,01</b>
SD	135,1 ± 15,2	125,7 ± 16,3	t=1,996 df=59; n.s. (p=0,0505)
CO	126,1 ± 13,5	125,6 ± 9,8	t=0,1318 df=59; n.s.
ST	73,0 ± 17,0	69,3 ± 9,5	t=0,7843 df=59; n.s.
Index risperidonu	5,7 ± 3,8	6,1 ± 4,1	MW U=316,5; n.s.
Index paroxetinu	27,6 ± 12,6 (n=19)	32,5 ± 15,1 (n=8)	t=0,8640 df=25; n.s.
Index diazepamu	10,0 ± 4,5 (n=6)	7,5 ± 3,5 (n=2)	Statisticky nehodnoceno



### *Mnohonásobná regresní analýza faktorů ovlivňujících kvalitu života*

V předchozí podkapitole byla realizována řada drobných analýz, které poukázaly na existenci, nebo naopak neexistenci statisticky významného vztahu mezi kvalitou života a vybranými demografickými, klinickými a psychologickými fenomény. Dospěli jsme k mnoha zjištěním a některé proměnné se ukázaly být významně spojené s celkovým skórem kvality života.

Pokud se zaměříme na celkový skór kvality života (Q-LES-Q), který je centrálním tématem této výzkumné studie, zjistíme, že statisticky významně koreluje s následujícími proměnnými: věk počátku onemocnění, počet hospitalizací, trvání onemocnění, závažnost pozitivních a negativních příznaků (PANSS), objektivně hodnocená celková závažnost onemocnění (CGI-O), subjektivně hodnocená celková závažnost onemocnění (CGI-S), závažnost depresivních příznaků (BDI-II), závažnost příznaků všeobecné úzkosti (BAI), závažnost příznaků sociální úzkosti (LSAS), míra sebestigmatizace (ISMI), míra naděje (ADHS) a rysy osobnosti Vyhýbání se ohrožení (HA), persistence (PS) a sebeřízení (SD). Většina těchto proměnných navíc mezi sebou vzájemně koreluje.

Zdálo se tedy být vhodné realizovat mnohonásobnou regresní analýzu, která by umožnila identifikovat proměnné, které jsou ve vztahu ke kvalitě života skutečně významné, tj. zůstávají statisticky významné i přes možný rušivý vliv dalších proměnných zařazených do analýzy. Pro tento účel jsme zvolili mnohonásobnou lineární regresi, konkrétně zpětnou krokovou regresi. Jako závislá proměnná vstupuje celkový skór Q-LES-Q. Nezávislé proměnné, které se ukázaly statisticky významné v korelacích s Q-LES-Q byly tyto: věk počátku onemocnění, počet hospitalizací, trvání onemocnění, PANSS, CGI-O, CGI-S, BDI-II, BAI, LSAS, ISMI a rysy osobnosti: Vyhýbání se ohrožení (HA), Persistence (PS) a Sebeřízení (SD). Při rozhodování mezi hodnocením psychického stavu lékařem (CGI-O) nebo pacientem (CGI-S) a objektivním hodnocením závažnosti pozitivních a negativních příznaků (PANSS), které byli kolineární a tudíž nebylo možné zařadit všechny do jedné analýzy, jsme zvolili komplexní hodnocení (PANSS), a to z toho důvodu, že vztah mezi tímto měřením a kvalitou života byl nepatrně výraznější a kvůli tomu, že se jedná o objektivní posuzovací stupnici, jejíž data mohou být v mezi ostatními sebesposuzovacími metodami zvláště užitečná. Multikolinearitu jsme vymezili jako stav, kdy jedna proměnná vysvětluje více než 80 % rozptylu skóru druhé proměnné (O'Brien 2007).

Z těchto nezávislých proměnných prošly v 9 krocích zpětné krokové regrese 4 proměnné, které si podržely statisticky významný vztah k celkovému skóru Q-LES-Q. Je to počet hospitalizací, míra subjektivně prožívané deprese (BDI-II), závažnost sociální úzkosti (LSAS) a celkové skóre sebestigmatizace (ISMI) (Tabulka 17). Jak je z tabulky 17 patrné, tyto čtyři proměnné sytí celkové skóre kvality života téměř ze 67 % (hodnota adjustovaného  $R^2$ ).

*Tabulka 17: Mnohočetná regresní analýza s celkovým skórem Q-LES-Q jako závislou proměnnou (Studie III)*

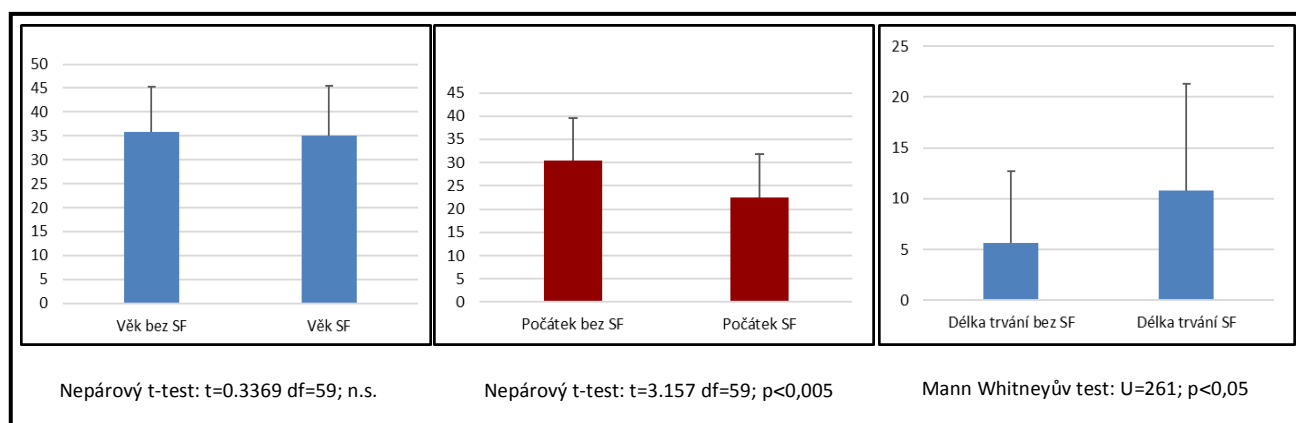
Regresory	B	SE	B	t	Sig.
Počet hospitalizací	-6,170	1,844	-0,281	-3,346	<b>0,003</b>
BDI	-1,438	0,519	-0,255	-2,769	<b>0,005</b>
LSAS	-0,835	0,229	-0,366	-3,654	<b>0,001</b>
ISMI	-1,020	0,441	-0,237	-2,311	<b>0,016</b>

F= 27,15 df=52; p<0,0001; adjustované  $R^2$  = 0,668

### ***Komorbidita se sociální fobií***

Dalším krokem statistické analýzy výsledků bylo zjišťování vlivu komorbidity se sociální fobií. Komorbidní sociální fobií trpělo 19 pacientů, tj. 31,1 %. Pacienti s komorbidní sociální fobií, určenou strukturovaným interview MINI, se statisticky významně lišili od pacientů bez komorbidní sociální fobie v řadě demografických dat, jako je časnější počátek rozvoje onemocnění, vyšší počet hospitalizací, delší trvání nemoci v letech (Tabulka 15, Obrázek 14).

*Obrázek 14: Pacienti s komorbidní sociální fobií a bez této komorbidity – porovnání skupin v demografických údajích*



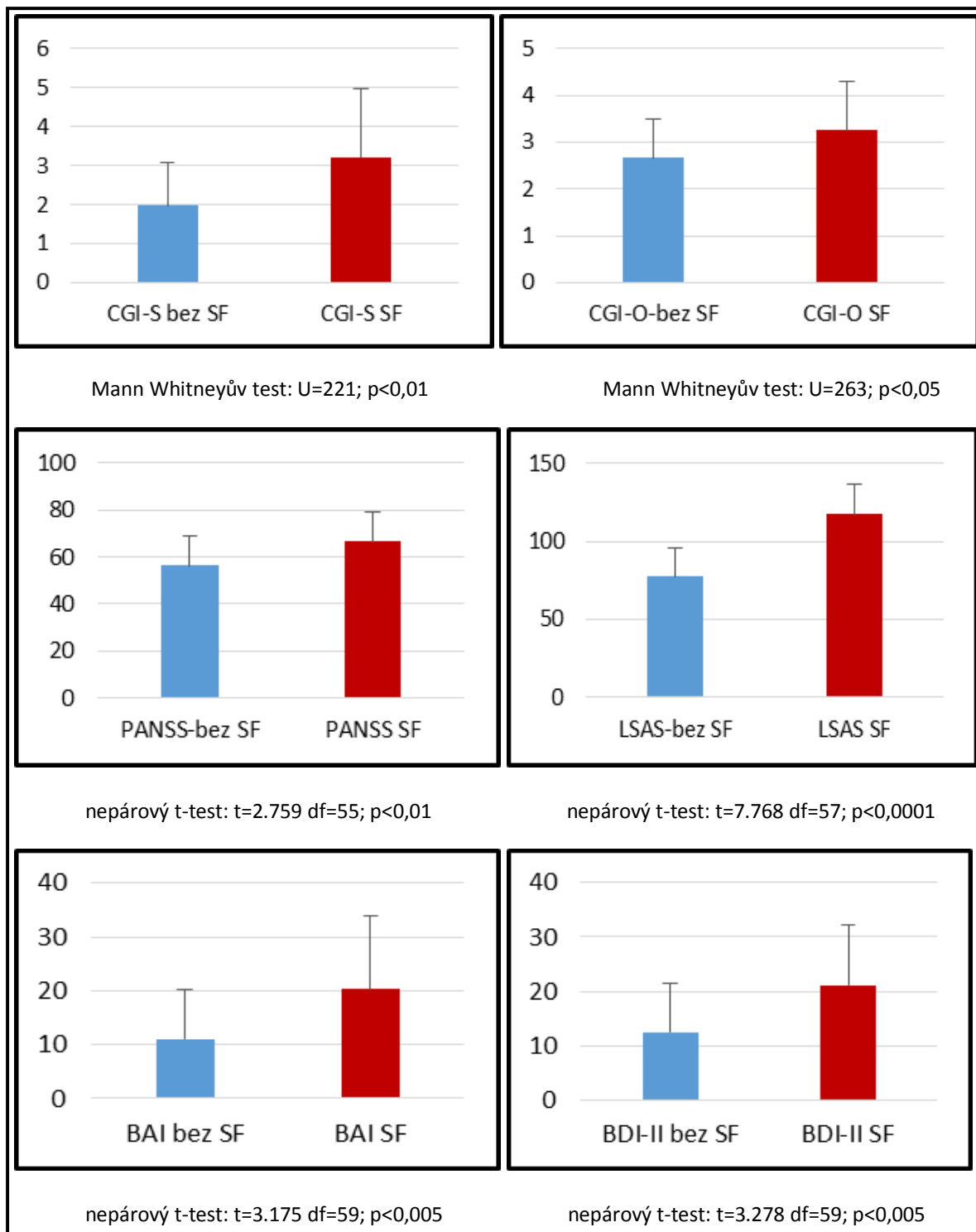
Průměrnými dávkami antipsychotik ani antidepresiv se skupiny mezi sebou významně neliší, ovšem statisticky významně více pacientů s komorbidní sociální fobií užívalo antidepresiva ve srovnání s pacienty bez sociální fobie (Fisherův přesný test:  $p < 0,005$ ).

Mezi pacienty s komorbidní sociální fobií a pacienty bez této komorbidity je statisticky významný rozdíl rovněž v průměrně vyšším celkovém skóru pozitivní a negativní symptomatologie (PANSS), v objektivně i subjektivně závažnějším průměrném celkovém hodnocení poruchy (CGI-O a CGI-S), vyšší průměrnou mírou subjektivně prožívaných depresivních příznaků (BDI-II) a průměrech subjektivně prožívané všeobecné (BAI) i sociální úzkosti (LSAS) (Tabulka 15, Obrázek 15).

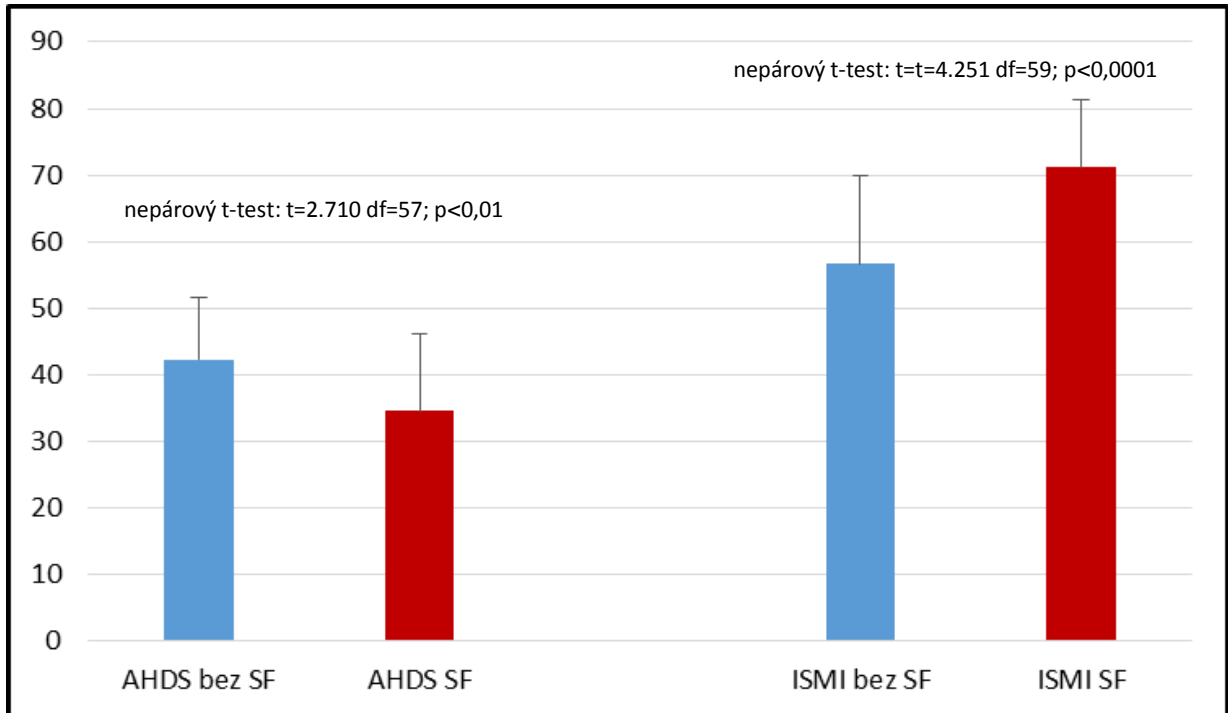
Pacienti s komorbidní sociální fobií mají také v průměru statisticky nižší míru naděje (ADHS), a jak bylo uvedeno výše, i v průměru nižší celkový skór kvality života (Q-LES-Q). Rovněž tito komorbidní pacienti prožívají vyšší průměrnou míru sebestigmatizace (ISMI) (Tabulka 15, Obrázek 16).

Z hodnocení osobnostních rysů v TCI-R vyplývá, že pacienti s komorbidní sociální fobií vykazují statisticky významný rozdíl ve vyšším průměrném skóru osobnostního rysu Vyhýbání se ohrožení a nižším průměrném skóru osobnostního rysu Sebeřízení (Tabulka 15, Obrázek 17).

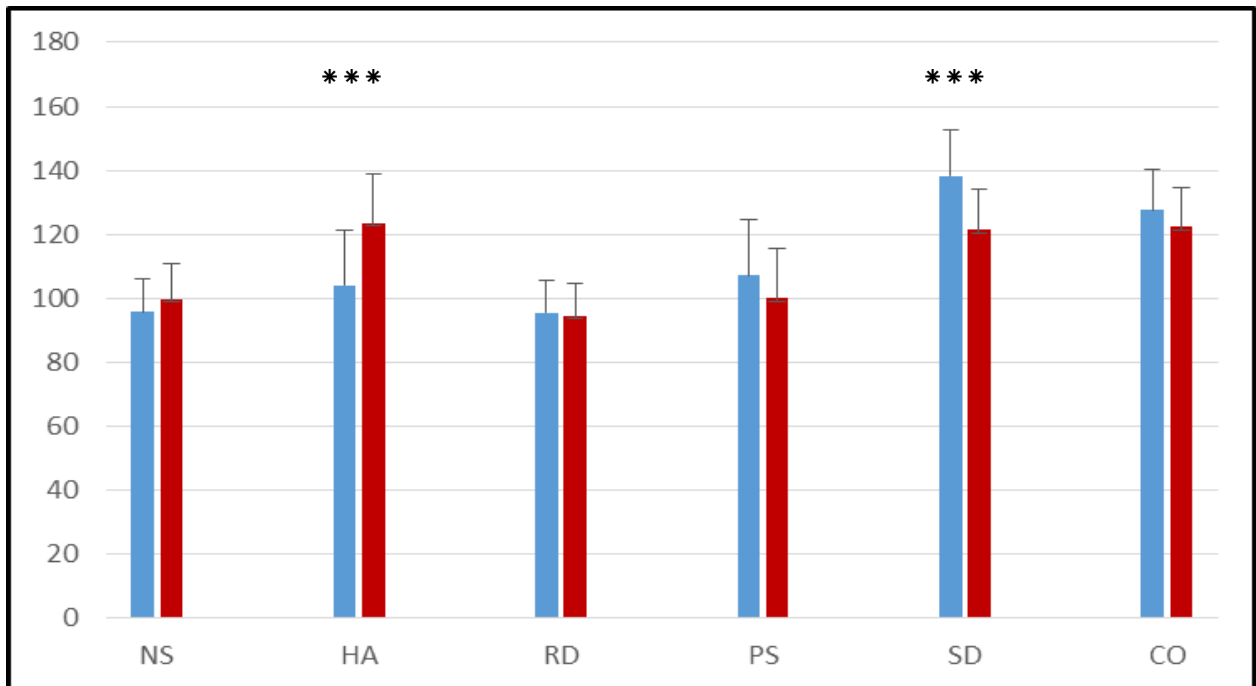
Obrázek 15: Pacienti s komorbidní sociální fobií a bez této komorbidity – porovnání skupin v závažnosti příznaků



Obrázek 16: Pacienti s komorbidní sociální fobií a bez této komorbidity – porovnání skupin podle ADHS a ISMI



Obrázek 17: Pacienti bez komorbidity se sociální fobií a s touto komorbiditou – porovnání skupin podle rysů osobnosti v TCI-R



### *Logistická regrese - přítomnost nebo nepřítomnost komorbidní sociální fobie*

V dalším kroku bylo zajímavé zjistit, které z výše uvedených faktorů souvisí s komorbiditou se sociální fobií nejvíce, bez ohledu na vliv ostatních faktorů, které s nimi mohou významně korelovat. Do této analýzy vstupuje pouze dichotomická závislá proměnná – přítomnost nebo nepřítomnost komorbidní sociální fobie. Konkrétní použitou metodou byla zpětná logistická kroková regrese. Nezávislé proměnné, které vstoupily do analýzy, byly věk počátku rozvoje poruchy, počet hospitalizací, délka onemocnění, CGI-S, CGI-O, LSAS, PANSS, BDI-II, BAI, Q-LES-Q, ISMI, ADHS, ISMI, HA a SD. Jde tedy o proměnné, ve kterých se skupina pacientů s komorbidní sociální fobií v průměrných hodnotách statisticky významně lišila od skupiny bez komorbidity.

Znázornění regresní analýzy je uvedené v tabulce 18. Význam skóre je poměrně odlišný ve srovnání s lineární regresí, použité v předešlém případě. Číselné údaje nepředstavují hodnoty bety, ale tzv. indikátoru Wald, který vypovídá o míře vlivu nezávislé proměnné na závislou. Čím vyšší hodnota, tím větší vliv (Bewick et al. 2005). Číselný údaj je vždy pozitivní, nelze z něj tedy usuzovat na směr vztahu, který však ukazují nestandardizované hodnoty B.

Nagelkerkeho ukazatel  $R^2$  je pak určitou obdobou  $R^2$ , které známe z lineárních regresí. Vypovídá o míře, v jaké model vysvětluje rozptyl skóre závislé proměnné. Opět platí, že s narůstající velikostí ukazatele stoupá výpovědní hodnota modelu (Bewick et al. 2005, Nathans et al. 2012). Nejsilnějším prediktorem přítomnosti komorbidní sociální fobie podle tohoto modelu je závažnost sociální úzkosti hodnocená LSAS a negativně osobnostní rys Sebeřízení. Tyto dva faktory vysvětlují objevení se komorbidní diagnózy sociální fobie ze 79,6 % (Tabulka 18). Ostatní faktory byly z modelu postupně v jednotlivých krocích logistické regrese vyloučeny jako méně významné.

*Tabulka 18: Výsledky logistické regrese se závislou proměnnou komorbidní sociální fobie versus bez komorbidity (Studie III)*

Proměnná	B	Std. chyba	Wald	df	Významnost	Nagelkerke $r^2$
<b>9. krok</b>						0,796
<b>LSAS</b>	0,134	0,042	10,190	1	0,001	
<b>SD</b>	-0,160	0,080	3,987	1	0,046	

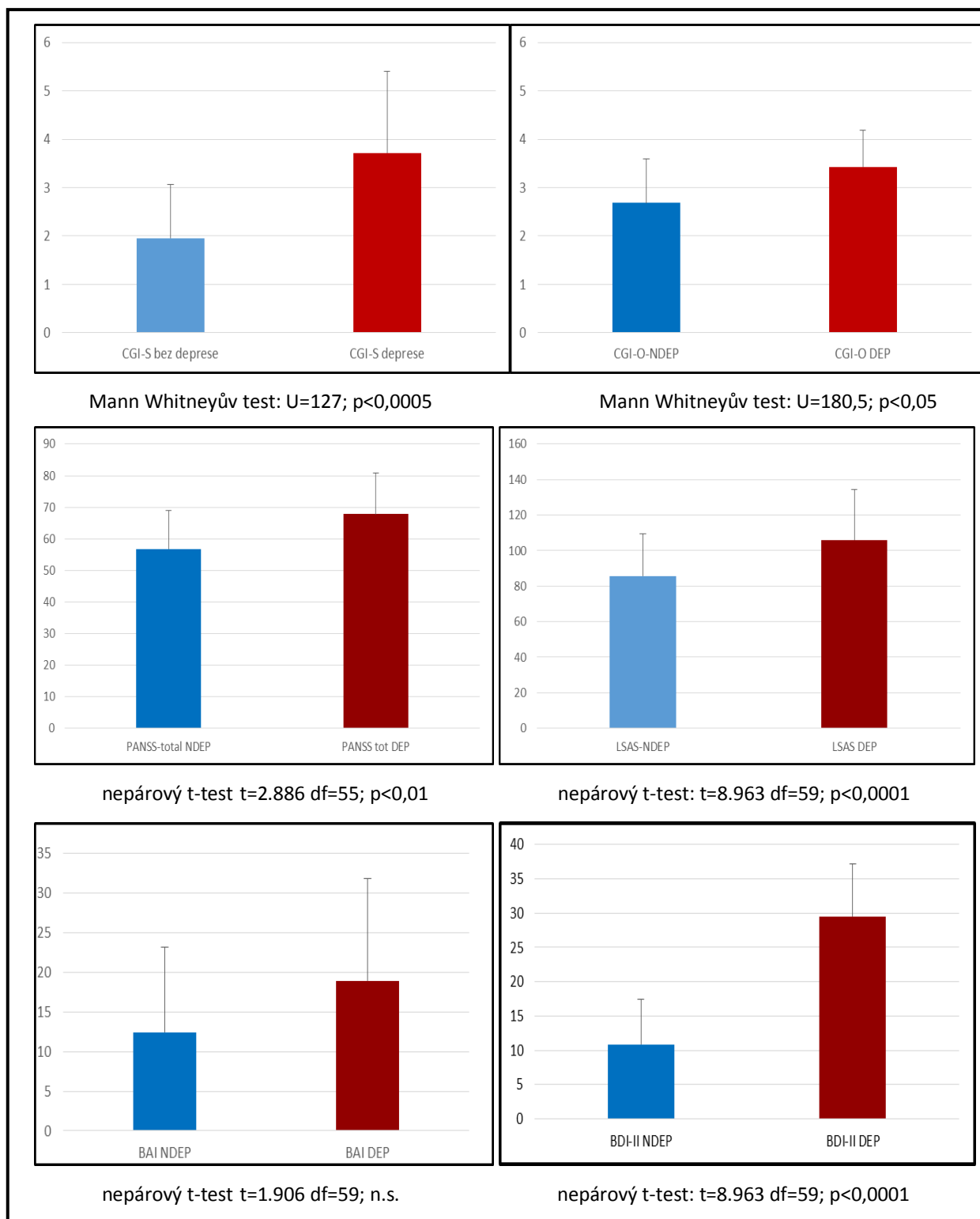
### ***Komorbidity s depresivní poruchou nebo dystýmií***

Dalším krokem statistické analýzy výsledků bylo zjišťování vlivu komorbidity s depresivní poruchou nebo dystýmií.

Komorbidity depresivní poruchou nebo dystýmií podle strukturovaného diagnostického interview M.I.N.I. trpělo 14 pacientů, tj. 23,0 % (12 pacientů depresivní poruchou a 2 pacienti dystýmií). Pacienti s komorbidity depresivní poruchou nebo dystýmií, určenou strukturovaným interview M.I.N.I., se statisticky významně neliší od pacientů bez komorbidity poruchy nálady v hodnocených demografických proměnných, jako je věk počátku rozvoje onemocnění, počet hospitalizací, trvání nemoci (Tabulka 16). Skupiny se mezi sebou neliší průměrnými dávkami antipsychotik či antidepresiv (Tabulka 16), ani počtem pacientů, kteří užívali antidepresiva (Fisherův přesný test: n.s.).

Mezi pacienty s komorbidity depresivní poruchou či dystýmií a pacienty bez této komorbidity je statisticky významný rozdíl v průměrně vyšším celkovém skóru pozitivní a negativní symptomatologie (PANSS), v objektivně i subjektivně závažnějším průměrném celkovém hodnocení poruchy (CGI-O a CGI-S), vyšší průměrnou mírou subjektivně prožívaných depresivních příznaků (BDI-II) a sociální úzkosti (LSAS) (Tabulka 16, Obrázek 18).

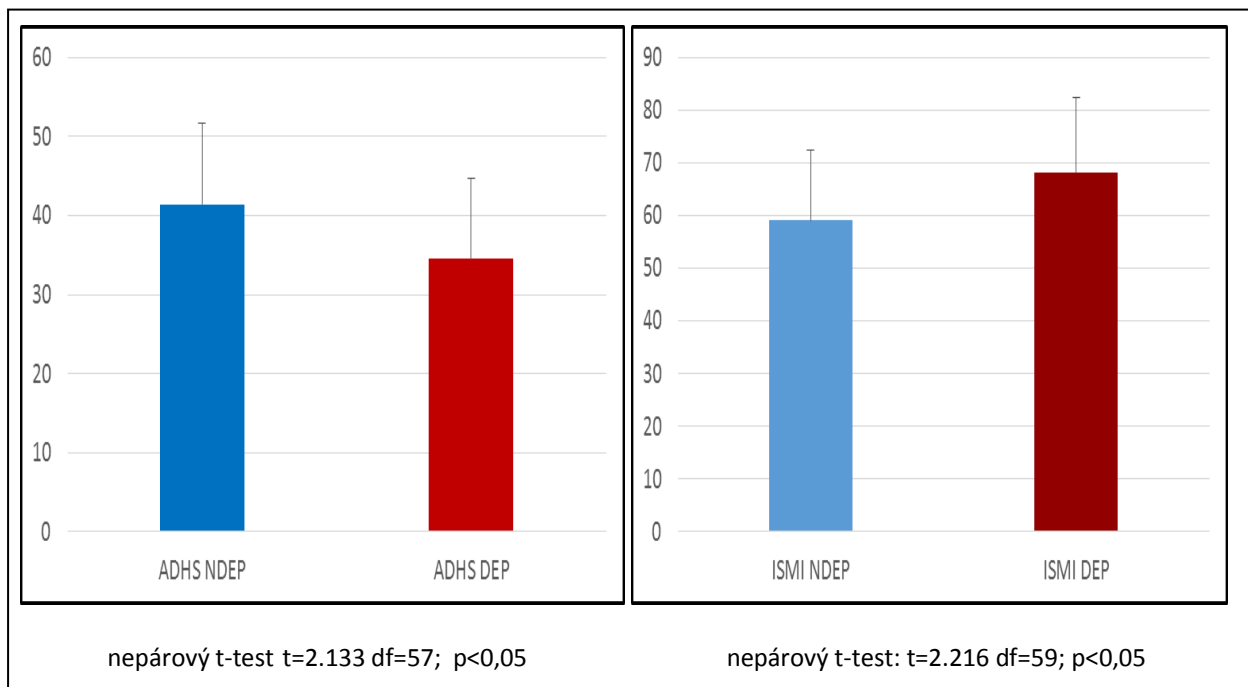
Obrázek 18: Porovnání pacientů bez komorbidní depresivní poruchy s pacienty s komorbidní depresivní poruchou v jednotlivých posuzovacích stupnicích hodnotících závažnost poruchy a závažnost psychopatologie





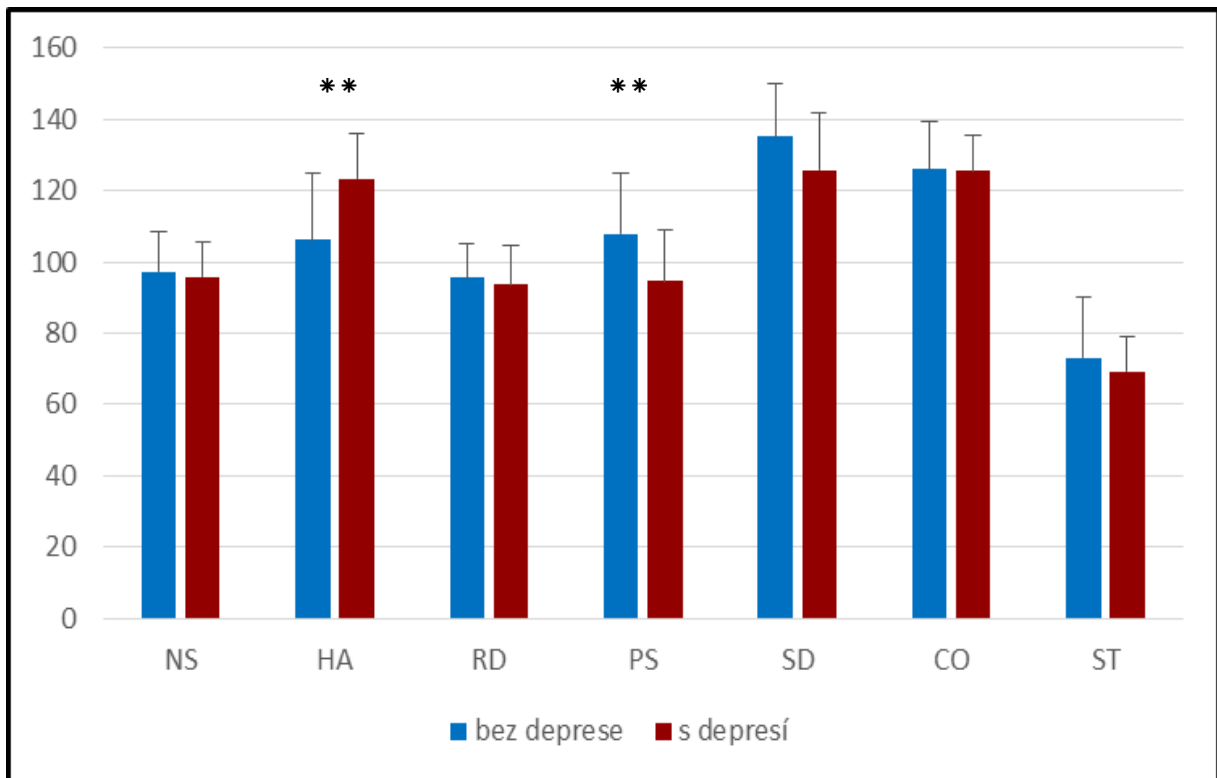
Pacienti s komorbidní depresivní poruchou či dystýmií vykazují rovněž v průměru statisticky nižší míru naděje (ADHS), a jak bylo uvedeno výše, i v průměru nižší celkový skór kvality života (Q-LES-Q). Rovněž tyto komorbidní pacienti prožívají vyšší průměrnou míru sebestigmatizace (ISMI) (Tabulka 16, Obrázek 19).

*Obrázek 19: Porovnání pacientů bez komorbidní depresivní poruchy s pacienty s komorbidní depresivní poruchou v dotaznících posuzujících míru naděje (ADHS) a sebestigmatizaci (ISMI)*



Z hodnocení osobnostních rysů v TCI-R vyplývá, že pacienti s komorbidní depresivní poruchou či dystýmií vykazují statisticky významný rozdíl ve vyšším průměrném skóru osobnostního rysu Vyhýbání se ohrožení (HA) a nižším průměrném skóru osobnostního rysu Perzistence (PS) (Tabulka 16, Obrázek 20).

Obrázek 20: Pacienti bez komorbidní depresivní poruchy či dystýmie a pacienti bez této komorbiditity – porovnání skupin podle rysů osobnosti v TCI-R



*Logistická regrese - přítomnost nebo nepřítomnost komorbidní depresivní poruchy či dystýmie*

V dalším kroku bylo zajímavé zjistit, které z výše uvedených faktorů souvisí s komorbiditou s depresivní poruchou či dystýmií nejvíce, bez ohledu na vliv ostatních faktorů, které s nimi významně korelují. Do této analýzy vstupuje pouze dichotomická závislá proměnná – přítomnost nebo nepřítomnost komorbidní depresivní poruchy či dystýmie podle strukturovaného interview M.I.N.I.. Konkrétní použitou metodou byla zpětná kroková regrese. Nezávislé proměnné, které vstoupily do analýzy, bylo CGI-S, CGI-O, PANSS, BDI-II, LSAS, ADHS, Q-LES-Q, ISMI, HA a PS. Jde tedy o proměnné, ve kterých se skupina pacientů s komorbidní depresivní poruchou nebo dystýmií v průměrných hodnotách statisticky významně lišila od skupiny bez této komorbiditity.

Nejsilnějším prediktorem přítomnosti komorbidní depresivní poruchy či dystýmie podle tohoto modelu je míra závažnosti depresivních příznaků hodnocená BDI-II (Tabulka 19). Tento faktor sám o sobě sytí objevení se komorbidní diagnózy depresivní poruchy či dystýmie

ze 71,0 %. Ostatní faktory byly z modelu postupně v jednotlivých devíti krocích logistické regrese vyloučeny jako méně významné.

*Tabulka 19: Výsledky logistické regrese se závislou proměnnou komorbidní depresivní porucha nebo dystýmie (Studie III)*

Proměnná	B	Std. chyba	Wald	df	Významnost	Nagelkerke r <sup>2</sup>
<b>9. krok</b>						0,708
<b>BDI-II</b>	0,303	0,092	10,888	1	0,001	

### ***Doplňující analýzy - další výsledky, které nesouvisí se stanovenými hypotézami***

V dalším textu uvedeme výsledky, které nesouvisí se stanovenými hypotézami, ale mohou dokreslit komplexnost vztahů mezi hodnocenými proměnnými.

#### *Regresní analýzy u dalších významných proměnných*

Vztahy mezi jednotlivými kategoriemi proměnných, u kterých byla provedena korelační analýza, jsou mnohočetné a řada proměnných mezi sebou může být kolineárních, proto bylo přistoupeno k provedení krokové regresní analýzy, která by mohla pomoci určit nejdůležitější vazby.

#### *Celkový klinický dojem – objektivní hodnocení*

K identifikaci proměnných, které ve vztahu k celkovému klinickému hodnocení závažnosti poruchy zůstávají statisticky signifikantní i přes možný vliv dalších proměnných zařazených do analýzy, byla realizována mnohonásobná regresní analýza, konkrétně zpětná kroková regrese. Při rozhodování mezi hodnocením psychického stavu lékařem (CGI-O) nebo pacientem (CGI-S) bylo zvoleno hodnocení lékařem.

Jako závislá proměnná vstupuje tedy CGI-O. Nezávislé proměnné, které se ukázaly statisticky významné v korelacích s CGI-O byly tyto: věk, počet hospitalizací, trvání onemocnění, PANSS, BDI-II, BAI, LSAS, Q-LES-Q, ADHS, ISMI (viz tabulka 12) a rysy osobnosti: Vyhýbání se ohrožení (HA), sebeřízení (SD) a spolupráce (CO) (viz tabulka 14). Při testování kolinearit pro toleranci nižší než 0,20 anebo VIF vyšší než 5 byly z regresní analýzy vyřazeny položky věk a trvání onemocnění a PANSS. Ze zbylých nezávislých proměnných prošly v 6 krocích zpětné krokové regrese 4 proměnné. Statisticky významný vztah k CGI-O měly pouze 3 proměnné, a to závažnost deprese (BDI-II), závažnost všeobecné úzkosti (BAI) a spolupráce (CO) (Tabulka 20).

Tabulka 20: Mnohočetná regresní analýza s celkovým skórem CGI-O jako závislou proměnnou (Studie III)

Regresory	B	SE	$\beta$	t	Sig.
Počet hospitalizací	0,064	0,034	0,204	1,885	0,065
CO	-0,024	0,007	-0,329	-3,269	<b>0,002</b>
BDI-II	0,022	0,010	0,238	2,232	<b>0,030</b>
BAI	0,026	0,009	0,319	2,825	<b>0,007</b>

F= 13,295 df=57; p<0,0001 Adjusted R Square = 0,424

#### Celková psychopatologie hodnocená škálou PANSS

K identifikaci proměnných, které ve vztahu k celkové psychopatologii hodnocené PANSS zůstávají statisticky signifikantní i přes možný vliv dalších proměnných zařazených do analýzy, byla realizována zpětná kroková regrese. Do regresní analýzy nebylo zařazeno CGI-O pro vysoké hodnoty korelace.

Jako závislá proměnná vstupuje tedy celkový skóre PANSS. Nezávislé proměnné, které se ukázaly statisticky významné v korelacích s PANSS byly tyto: věk počátku onemocnění, počet hospitalizací, trvání onemocnění, CGI-S, BDI-II, BAI, LSAS, Q-LES-Q, ISMI (viz tabulka 12) a rysy osobnosti: Vyhýbání se ohrožení (HA), sebeřízení (SD) a spolupráce (CO) (viz tabulka 14). Při testování kolinearit nebyla z regresivní analýzy vyřazeny žádná z položek kromě CGI-S. Z těchto nezávislých proměnných prošly v 8 krocích zpětné krokové regrese 4 proměnné, které si podržely statisticky významný vztah k celkovému skóru PANSS, a to počet hospitalizací, míra všeobecné úzkosti (BAI), vyhýbání se ohrožení (HA) a kooperativnost (CO) (Tabulka 21).

Tabulka 21: Mnohočetná regresní analýza s celkovým skórem PANSS jako závislou proměnnou (Studie III)

Regresory	B	SE	$\beta$	t	Sig.
Počet hospitalizací	1,272	0,482	0,260	2,636	<b>0,011</b>
BAI	0,453	0,114	0,399	3,980	<b>0,001</b>
HA	0,159	0,065	0,232	2,450	<b>0,018</b>
CO	-0,328	0,096	-0,314	-3,426	<b>0,001</b>

F= 18,60 df=53; p<0,0001 Adjusted R Square = 0,57

#### Míra naděje hodnocená ADHS

K identifikaci proměnných, které ve vztahu ke kvalitě života zůstávají statisticky významné i přes možný vliv dalších proměnných zařazených do analýzy, byla realizována mnohonásobná regresní analýza, konkrétně zpětná kroková regrese.

Jako závislá proměnná vstupuje tedy ADHS, hodnotící míru naděje. Nezávislé proměnné, které se ukázaly statisticky významné v korelacích s ADHS byly tyto: CGI-S, CGI-O, BDI-II, LSAS, Q-LES-Q, ISMI (viz tabulka 12) a rysy osobnosti: Vyhýbání se ohrožení (HA), persistence (PS), sebeřízení (SD) a sebezpřesah (ST) (viz tabulka 14). Při testování kolinearit nebyla z regresní analýzy vyřazena žádná z položek. Z těchto nezávislých proměnných prošly v 8 krocích zpětné krokové regrese 4 proměnné, z nichž statisticky významný vztah k ADHS měly pouze 3 proměnné, a to celkové skóre sociální úzkosti (LSAS), sebeřízení (SD) a sebezpřesah (ST) (Tabulka 22).

*Tabulka 22: Mnohočetná regresní analýza s celkovým skórem ADHS jako závislou proměnnou*

Regresory	B	SE	$\beta$	t	Sig.
LSAS	-0,118	0,050	-0,278	-2,357	<b>0,022</b>
SD	0,214	0,082	0,319	2,611	<b>0,012</b>
PS	0,131	0,070	0,215	1,861	0,068
ST	0,206	0,070	0,304	2,947	<b>0,005</b>

F= 14,25 df=56; p<0,0001 Adjusted R Square = 0,486

#### *Sebestigmatizace hodnocená dotazníkem ISMI*

K identifikaci proměnných, které ve vztahu k sebestigmatizaci zůstávají statisticky signifikantní i přes možný vliv dalších proměnných zařazených do analýzy, byla realizována mnohonásobná regresní analýza, konkrétně zpětná kroková regrese.

Jako závislá proměnná vstupuje tedy celkový skóre ISMI. Nezávislé proměnné, které se ukázaly statisticky významné v korelacích s celkovým skórem ISMI byly tyto: věk počátku onemocnění, počet hospitalizací, trvání onemocnění, závažnost psychopatologie (PANSS), subjektivní a objektivní hodnocení závažnosti poruchy (CGI-S; CGI-O), závažnost prožívané deprese (BDI-II) a všeobecné úzkosti (BAI), závažnost sociální úzkosti (LSAS), kvalita života (Q-LES-Q, míra naděje (ADHS) (viz tabulka 12) a rysy osobnosti: Vyhýbání se ohrožení (HA), persistence (PS), sebeřízení (SD) a kooperativnost (CO) (viz. tabulka 14). Při testování kolinearit nebyla z regresní analýzy vyřazena žádná z položek. Z těchto nezávislých proměnných prošly v 13 krocích zpětné krokové regrese 2 proměnné, a to sebeřízení (SD) a kvalita života (Q-LES-Q). Ostatní proměnné byly v průběhu regrese vyřazeny (Tabulka 23).

*Tabulka 23: Mnohočetná regresní analýza s celkovým skórem ISMI jako závislou proměnnou*

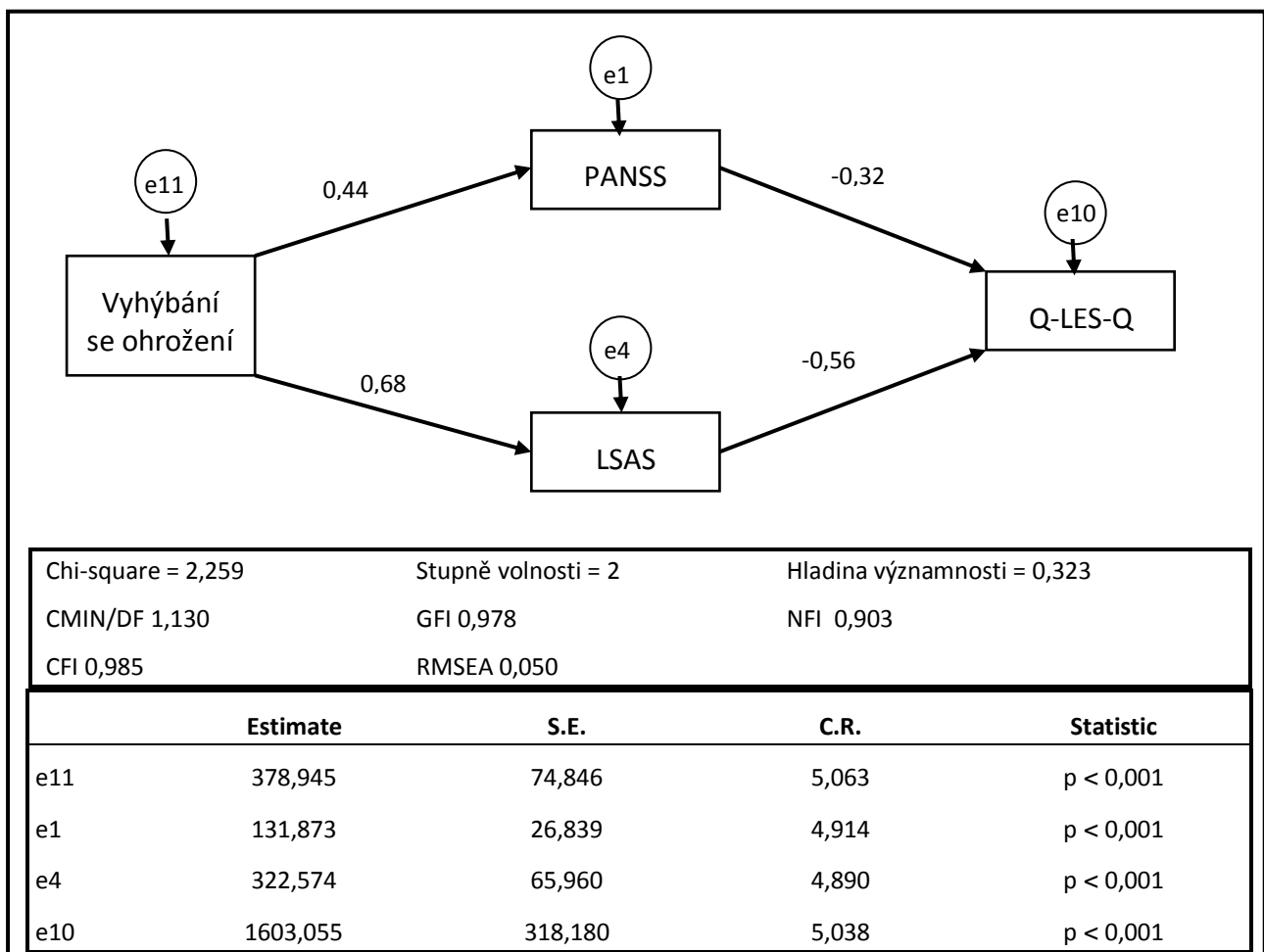
Regresory	B	SE	$\beta$	t	Sig.
SD	-0,385	0,096	-0,452	-4,031	0,001
Q-LES-Q	-0,088	0,025	-0,396	-3,535	0,001

F= 31,33 df=52; p<0.0001 Adjusted R Square = 0,538

## Model

Vzhledem ke skutečnosti mnohočetného vzájemného ovlivňování jednotlivých faktorů, může být užitečné pokusit se porozumět jejich možnému vzájemnému kauzálnímu propojení. K tomuto účelu byla použita konfirmační faktorová analýza metodou maximální věrohodnosti (Byrne 2001, Matsunaga 2010). Formulovali jsme několik modelů o vzájemných souvislostech, jejichž validitu jsme ověřovali indikátory přijatelnosti modelu (fit indices) (Kline 2005). Z pěti modelů, které jsme ověřovali, prošel jediný, který ukazuje na teoretické příčinné vztahy mezi temperamentem, psychopatologií a kvalitou života (Obrázek 21). Z tohoto modelu se zdá, že Vyhýbání se ohrožení zvyšuje míru psychopatie hodnocenou PANSS, a ta pak negativně ovlivňuje kvalitu života. Druhá, ještě významnější cesta vede od Vyhýbání se ohrožení, přes zvýšenou míru sociální úzkosti, která pak snižuje kvalitu života.

Obrázek 21: Model možného vzájemného působení osobnostních faktorů, psychopatie a kvality života



## 2.6.5. Diskuze

Cílem tohoto výzkumu bylo prozkoumat vzájemnou propojenost faktorů spojených s internalizovaným stigmatem, nadějí, kvalitou života, osobnostními rysy a komorbiditou u pacientů se schizofrenií a příbuznými poruchami.

Na hypotézy, které byly položeny před zahájením výzkumu, je možné odpovědět takto:

(1). První hypotéza byla rozdělena na několik dílčích hypotéz, které budou diskutovány postupně.

*a. Kvalita života u pacientů se schizofrenií souvisí pozitivně s časnějším věkem počátku onemocnění, negativně s jeho delším trváním a negativně vyšším počtem hospitalizací.*

Studie potvrdila tuto dílčí hypotézu. Tyto nálezy zapadají do mozaiky dalších výsledků - ukázalo se totiž, že čím dříve onemocnění započalo, déle trvá a čím měl pacient více hospitalizací, tím má závažnější symptomatologii, více se sám stigmatizuje a dosahuje nižšího skóre v osobnostním rysu Sebeřízení. Také pacienti s komorbidní sociální fobií mají časnější věk rozvoje poruchy, větší počet hospitalizací a delší trvání léčby. To znamená, že i další faktory, které mohou ovlivňovat kvalitu života, jsou spjaté s časným počátkem, délkou trvání a počtem hospitalizací.

V mnohočetné regresní analýze se z těchto tří demografických faktorů ukázal pro kvalitu života (ale také pro celkovou závažnost onemocnění a závažnost psychotické symptomatologie) jako nejvýznamnější počet hospitalizací. Přesto, že z průřezové studie nelze soudit na kauzální souvislosti, zdá se, že snaha co nejvíce péče provádět extramurálně a snaha omezit četnost hospitalizací může být smysluplným krokem i z hlediska našich výsledků.

Holubová et al. (2016), která použila stejný dotazník hodnocení kvality života a průměrné skóre kvality života ( $271,5 \pm 58,03$ ) je srovnatelné s našimi výsledky, našla u většího souboru ambulantních psychotických pacientů korelaci mezi délkou trvání poruchy a jednou z domén

kvality života (Tělesné zdraví), nikoliv však s celkovém skórem kvality života. Rovněž kvalita života v její studii nesouvisela a věkem počátku onemocnění. Rozdíl může souviset s odlišností souboru pacientů - pacienti v jejím souboru byli v průměru starší o 6 let než pacienti v prezentované studii a jejich léčba v průměru trvala o 7 let déle (tj 2x déle než v prezentované studii).

*b. Kvalita života u pacientů se schizofrenií souvisí negativně se závažností symptomatologie a celkovou závažností onemocnění.*

Druhá dílčí hypotéza byla potvrzena. Závažnost onemocnění měřená jak objektivně psychiatrem (CGI-O), tak subjektivně pacientem (CGI-S), stejně jako celkové skóre PANSS, BDI-II, BAI a LSAS vysoce statisticky významně negativně korelují s kvalitou života. To znamená, že jak celkové hodnocení, tak specifické škály ukazují na to, že čím je vyšší závažnost příznaků, tím je nižší kvalita života. Tento nálezn je očekávatelný a netýká pouze typické schizofrenní symptomatologie, ale také míry úzkosti, sociální úzkosti a deprese. Je otázkou, zda kromě snížení celkové psychopatologie hodnocené PANSS, mohou také intervence umožňující snížit míru celkové a sociální úzkosti či deprese, pomoci ke zvýšení kvality života.

Většina výzkumů v této oblasti ukazuje, že špatná kvalita života významně souvisí se závažností psychotické psychopatologie, vyšší intenzitou příznaků deprese, úzkosti a celkovou závažností psychotického onemocnění (Holubova et al. 2015, Holubova et al. 2016, Wartelsteiner et al. 2016). Výsledky jsou tedy podobné, jako v prezentované studii. Je otázkou, zda je psychotická symptomatologie natolik silným faktorem, že svým vlivem má rozhodující podíl na snížené kvalitě života a jiné faktory, jako jsou rysy osobnosti, naděje, sebestigmatizace či komorbidita pak již nemají podstatný vliv. Regresní analýza ukázala, že i když je závažnost psychopatologie důležitým faktorem, který vstupuje do analýzy, je z ní v průběhu analýzy postupně vytlačen jinými faktory, jako je počet hospitalizací, závažnost depresivních příznaků, míra sociální úzkosti a závažnost sebestigmatizace. Při konfirmační faktorové analýze metodou maximální věrohodnosti má však závažnost psychotické symptomatologie hodnocená PANSS (vedle sociální úzkosti hodnocené LSAS) ústřední roli prostředníka mezi osobnostním rysem Vyhýbání se ohrožení a kvalitou života.



*c. Kvalita života u pacientů se schizofrenií souvisí pozitivně s mírou naděje.*

Tuto hypotézu studie plně potvrdila. Podle Snydera se prožitek naděje objevuje, jakmile si člověk stanoví cíl, kterého by chtěl dosáhnout, cestu k jeho naplnění a disponuje dostatečnou mírou motivace a snahy k následování těchto cest (Snyder 2000). U psychotických onemocnění může mít naděje významnou roli např. při procesu přijímání přítomnosti psychotického onemocnění (Perry et al. 2007). Otázka naděje se v neposlední řadě pojí i se sklonem k sebestigmatizaci lidí s psychózou (Mashiach-Eizenberg et al. 2013; Corrigan et al. 2011) Kvalita života tedy podle výsledků prezentované studie významně pozitivně koreluje s mírou naděje hodnocené dotazníkem ADHS, tj. čím vyšší naději pacient chová, tím je jeho kvalita života vyšší a vice versa. Je obtížné vyjádřit se k tomu, co je příčinou čeho, protože studie byla průřezová. Je však velmi pravděpodobné, že obě proměnné jsou ve vzájemné interakci a ovlivňují se průběžně. Tento výsledek je v souladu s pracemi autorů Hasson-Ohayon et al. (2008) a Mashiach-Eisenberg et al. (2013). Průměrný skóre Dispoziční škály naděje (ADHS;  $37,57 \pm 9,59$ ) je nižší, než byl zjištěn u zdravých osob při standardizaci škály ( $46,14 \pm 7,80$ ; Ocisková et al. 2016).

Vzhledem k teorii naděje Snydera (2000), která předpokládá, že naděje jako taková je stabilním rysem osobnosti, je možné předpokládat, že vyšší míra naděje jako stálý rys predikuje vyšší kvalitu života. Vztahy však mohou být mnohem komplikovanější, protože celkový skóre škály naděje rovněž významně koreluje s celkovou závažností onemocnění vnímanou lékařem i pacientem, se závažností depresivních příznaků, všeobecnou úzkostí a sociální úzkostí, což zpravidla odráží spíše aktuální stav pacienta. Míra naděje je nižší u pacientů s komorbidní sociální fobií i komorbidní depresivní poruchou. Míra naděje také negativně koreluje s osobnostním rysem Vyhýbání se ohrožení, pozitivně se Sebeřízením a Sebetranscendencí. Pro mnohočetnost korelačních vztahů míry naděje s jinými proměnnými byla v doplňkových analýzách provedena mnohočetná regresní analýza. Z té vyplynulo, že míra naděje souvisí především negativně se závažností příznaků sociální úzkosti a pozitivně Sebeřízením a Sebetranscendencí, ostatní faktory byly během jednotlivých kroků mnohočetné regresní analýzy vyžazeny.

*d. Kvalita života u pacientů se schizofrenií souvisí negativně se závažností sebestigmatizace.*

Tato hypotéza se rovněž plně potvrdila. Nižší kvalita života se pojí s vyšší sebestigmatizací. Opět není jasná příčinná souvislost, zda pacienti, kteří se více sami odmítají díky svému onemocnění, rovněž prožívají nižší kvalitu života, ale je rovněž možné, že nižší kvalita života vede k výraznější sebestigmatizaci. Vzhledem k tomu, že míra sebestigmatizace je rovněž pokládána za relativně stabilní faktor (Schränk et al. 2014), je více pravděpodobná první možnost. Podobný výsledek, že internalizované stigma u pacientů se schizofrenií negativně koreluje s kvalitou života, byl popsán u studie Tanga and Wu (2012). Celkové skóre ISMI dosahuje v průměru podobných hodnot, jak je tomu u jiných studií sebestigmatizace s touto populací a rovněž v naší předchozí studii (Vrbová et al. 2014). Stejně výsledky byly nalezeny v jiné studii ambulantních pacientů se schizofrenií v České republice (Holubova et al. 2016). Celkový skóre ISMI je podobně vysoký jako u pacientů s bipolární poruchou (Hajda et al. 2015). Jedná se o středně vysokou sebestigmatizaci, velmi blízkou průměru u patientské populace hodnocené při standardizaci ISMI v české populaci (Ocisková et al. 2014). V průměru vyšší míra sebestigmatizace se objevuje u hraniční poruchy osobnosti (Grambal et al. 2016). Míra sebestigmatizace hodnocená ISMI nekoreluje s věkem, ale negativně koreluje s věkem počátku nemoci a pozitivně s délkou trvání nemoci. Tento nálezy je v souladu s nálezy Holubové et al. (2016) u ambulantní populace pacientů s onemocněním schizofrenního okruhu. Kvalita života tedy velmi významně statisticky negativně koreluje se skórem sebestigmatizace. Tzn., čím více se pacient sebestigmatizuje, tím je jeho kvalita života nižší a vice versa. Otázku, zda pokles kvality života je důsledkem vyšší sebestigmatizace nebo vyšší sebestigmatizace je důsledkem horší kvality života, nelze z našich dat zodpovědět, na to by byla potřebná longitudinální studie.

Sebestigmatizace však vykazuje vztahy k dalším veličinám. Míra naděje v celkovém skóru ADHS i v jednotlivých subskórech Cesta a Snaha vysoce statisticky významně negativně koreluje s mírou sebestigmatizace hodnocenou ISMI. U pacientů s onemocněním schizofrenního okruhu jde o unikátní nálezy, ovšem podobný nálezy byl zjištěn u pacientů s úzkostnými poruchami (Ocisková et al. 2015b). Pacienti s vyšší mírou sebestigmatizace si hůře stanovují adaptivní cesty k cíli a vyvíjejí menší úsilí k jejich dosažení. Rovněž ale opačná kauzalita je možná, pacienti, kteří nedovedou nalézt adaptivní cesty k dosažení cíle, se mohou více stigmatizovat. Tento závěr je v souladu s výsledky jiných studií, které ukázaly vyšší míru sebestigmatizace u pacientů se závažným duševním onemocněním (Corrigan et al.

2011, Mashiach-Eizenberg et al. 2013). Naopak opačný vztah (pozitivní korelace) platí pro vztah mezi sebestigmatizací a celkovou úrovní úzkosti (Corrigan et al. 2009, Vauth et al., 2007). Nicméně, vzhledem k použitým hodnotícím nástrojům nebylo možné identifikovat zdroje zvýšené úzkosti nebo potvrdit či vyvrátit názory Corrigan et al. (2009) nebo Vautha et al. (2007), podle nichž jedinci s vyššími úrovněmi sebestigmatizace trpí především anticipační úzkostí při obavě z odmítnutí, protože v naší studii byla měřena pouze celková úzkostnost a sociální úzkost, nikoliv obavy z odmítnutí.

Kromě kvality života sebestigmatizace významně souvisí jak s mírou deprese, tak s mírou úzkosti i s celkovou závažností poruchy, hodnocenou jak pacientem samotným, tak lékařem. To znamená, že čím se pacient více sám stigmatizuje, tím více je úzkostný a depresivní a obráceně. Vztah mezi internalizovaným stigmatem a sklonem k úzkostnému prožívání byl také částečně potvrzen významnou korelací mezi sebestigmatizací a dimenzí Vyhýbání se ohrožení (HA) v TCI-R. Dimenze Vyhýbání se ohrožení (HA) vypovídá o přítomnosti obav z budoucnosti, strachu z potenciálně nebezpečných situací, rychlé unavitelnosti, ale svědčí také o studu a staženosti při kontaktu s lidmi, s nimiž se pacient příliš dobře nezná (Cloninger 1994a). Lidé s vysokou mírou HA jsou také citlivější vůči kritice a odmítnutí ze strany druhých a vyžadují častější projevy podpory a ujišťování, že jejich činy jsou správné (Kose 2003). Dále bylo zjištěno, že s mírou sebestigmatizace významně souvisí také nižší hodnota osobnostních rysů Spolupráce (CO) a Sebeřízení (SD). To může znamenat že, pacienti s vyšší mírou sebestigmatizace věnují menší úsilí k dosažení svého záměru. Je ale také možné, že pacienti s nízkou mírou SD jsou více kritizováni a negativní postoje svého okolí potom zvnitřňují. Úroveň Vytrvalosti (PS) dle původních očekávání u těchto pacientů snížena nebyla. S nárůstem míry sebestigmatizace klesal celkový skóre naděje ADHS i oba její subskóre (Cesta a Snaha). Pro mnohočetnost korelačních vztahů míry sebestigmatizace s jinými proměnnými byla v doplňkových analýzách provedena mnohočetná regresní analýza, která ukázala, že nesilnějšími faktory, které negativně souvisejí se sebestigmatizací jsou kvalita života a osobnostní rys Sebeřízení. Ostatní faktory byly postupně z regrese vyřazeny.

*e. Kvalita života u pacientů se schizofrenií souvisí negativně osobnostním rysem Vyhýbání se ohrožení a pozitivně se Sebeřízením.*

Prezentovaná studie ukazuje, že celkový skóre kvality života hodnocený dotazníkem Q-LES-Q statisticky významně negativně koreluje s osobnostním rysem Vyhýbání se ohrožení (HA) a

pozitivně s Persistencí (PS) a Sebeřízením (SD), tzn., čím výraznější jsou vyhýbavé rysy pacienta, tím je jeho kvalita života nižší a čím je více odolný a řídí své chování, tím je jeho kvalita života vyšší. Vzhledem k tomu, že jde o rysy osobnosti, které jsou relativně trvalejší, dá se spekulovat o tom, že lidé, kteří vykazují dlouhodobě vysokou míru Vyhýbání se ohrožení a nízkou míru Sebeřízení, pokud onemocní onemocněním ze schizofrenního spektra, prožívají pak horší kvalitu života. Opět jako u předchozích dílčích hypotéz toto tvrzení nelze potvrdit tímto průřezovým výzkumem. Zdá se však, že nálezy jsou ve směru, který ukazuje na pozorování v klinické praxi, zejména pak v psychoterapii, že čím se jedinec více vyhýbá nepříjemným situacím, tím méně si pak věří, že by je mohl zvládnout, což zpětnovazebně posiluje vyhýbání se (Praško 2001). Naopak kvalita života pozitivně souvisí s rysy Persistenceence a Sebeřízení, tedy osobnostními rysy, které jsou spojeny s odolností k zátěži a schopnostmi volit, plánovat a usměrňovat se na cestě k cílům, které si člověk stanoví.

Jako statisticky významný v souvislosti s celkovou mírou sebestigmatizace v krokové regresní analýze přetrval pouze osobnostní rys Vyhýbání se ohrožení (HA). Význam krokové regrese je v tomto souboru omezený pro malý počet subjektů. Nicméně tento výsledek je v souladu s nálezy jiných autorů. Margetić et al. (2010) ve svém článku o internalizovaném stigmatu u schizofrenie interpretuje Vyhýbání se ohrožení (HA) jako faktor zranitelnosti a Sebeřízení (SD) jako faktor odolnosti vůči rozvoji vlastního stigmatu. To je v souladu s Cloningerem (1986), který postuloval Vyhýbání se ohrožení (HA) jako rys temperamentu, který je do značné míry dědičný a nepodléhá významným změnám v pozdějším životě, zatímco Sebeřízení (SD) zařadil mezi charakterové rysy osobnosti, na kterých se vývoj v průběhu života významně podílí. Vyhýbání se ohrožení (HA) je vlastnost spojená se zvýšenou citlivostí na averzivní podněty a následným sklonem k vyhýbavému chování (Cloninger 1986). Zdá se tedy, že tento osobnostní rys může smysluplně predikovat výskyt sebestigmatizace u pacientů s onemocněním schizofrenního okruhu. Cloninger (1994) uvádí, že Sebeřízení (SD) se v průběhu života mění. Je možné, že vlastní sebestigmatizace může také vést ke snížení SD. Nicméně Snyder (2000) měl jinou představu. Jeho teorie naděje je vývojová a lze ji také použít v případě Sebeřízení (SD). Byl přesvědčen, že základ ke schopnosti adaptivně řešit problémy v životě a být proaktivní, nebo naopak tendence se vyhýbat, se vyvíjí už v prvních letech života. Další vývoj této schopnosti fluktuuje kolem tohoto základu vytvořeného v průběhu dětství. I když podstatné změny jsou v zásadě možné, nepřicházejí bez narušení traumatem nebo významnou pozitivní událostí či psychoterapií v pozdějším životě (Snyder 2000, Kose 2003). Toto teoretické zázemí může částečně posilovat

představu Margeticové et al. (2010) o Sebeřízení (SD) jako faktoru odolnosti vůči sebestigmatizaci.

*f. Kvalita života u pacientů se schizofrenií negativně souvisí komorbiditou se sociální fobií nebo s depresivní poruchou (dystýmií).*

Jak komorbidita se sociální fobií, tak komorbidita s depresí či dystýmií souvisely v prezentované studii významně s nižší kvalitou života. Podle Blancharda et al. (1998) komorbidita úzkostné poruchy se schizofrenií jako taková je spojena s větším postižením ve fungování v sociální oblasti a nižším sebevědomím. Podobné výsledky uvádějí Karatzias et al. (2007) a Lysaker et al. (2008). Naše studie sebevědomí pacientů nezkoumala, nicméně průkaz, že komorbidní sociální fobie vede k nižší kvalitě života, může mít důležité implikace pro léčbu, protože léčebné strategie (farmakologické nebo psychoterapeutické), které pomáhají lépe zvládat tyto komorbidní poruchy, mohou být důležitým krokem pro zlepšení kvality života pacientů se schizofrenními poruchami.

(2). Druhá hlavní hypotéza, rozpracovaná do dílčích hypotéz se týkala vlivu komorbidní sociální fobie.

*a. Pacienti s komorbidní sociální fobií mají v porovnání s pacienty bez komorbidní sociální fobie časnější věk počátku onemocnění, delší trvání nemoci a větší počet hospitalizací.*

Prezentovaná studie potvrzuje výše uvedenou dílčí hypotézu. Počátek onemocnění se objevil u pacientů s komorbidní sociální fobií v průměru o 8 let dříve, komorbidní pacienti měli za sebou významně více hospitalizací a jejich onemocnění trvá déle. Podle některých studií je komorbidní sociální fobie nejčastější komorbidní úzkostnou poruchou u nemocných se schizofrenií (Ciapparelli et al. 2007, Michail a Birchwood 2009). V prezentované studii byla v diagnostickém interview M.I.N.I. zjištěna komorbidní sociální fobie u 31,3 % pacientů a představovala vůbec nejčastější komorbidní poruchu. Je to v souladu s nálezy jiných studií, kde byla tato komorbidita zjištěna v rozmezí 11% - 36% (Cosoff et al. 1998, Pallanti et al. 2004, Voges a Addington 2005, Young et al. 2013, Mazeh et al. 2009, Achim et al. 2011,

Güçlü et al. 2012, Braga et al. 2013). Romm et al. (2012) navíc uvádějí, že závažné příznaky sociální úzkosti u pacientů s první psychotickou epizodou jsou spojeny s horším premorbidním fungováním. Zjištění, že u pacientů ze sociální fobií dochází k časnějšímu rozvoji onemocnění, je však unikátní, nebylo v jiných studiích popsáno, protože se na věk počátku onemocnění nezaměřily. Významně vyšší počet hospitalizací u této komorbidity rovněž před prezentovanou studií popsán nebyl. Pro pacienty trpící schizofrenií představuje sociální fobie další překážku, která zhoršuje jejich fungování v každodenním životě. Diagnostika sociálně fobických příznaků je u schizofrenních pacientů zvláště cenná, protože pomáhá předcházet sociální izolaci (Lysaker et al. 2008). Zůstanou-li sociálně fobické symptomy nerozpoznány a neléčeny, bývají spojeny se závažnějšími příznaky psychózy a nižší sebeúctou (Gumley et al. 2004).

*b. Pacienti s komorbidní sociální fobií mají v porovnání s pacienty bez komorbidní sociální fobie vyšší závažnost příznaků a celkově horší klinický stav.*

Rovněž tato dílčí hypotéza byla v prezentované studii potvrzena. Objektivně i subjektivně hodnocená závažnost onemocnění je vyšší, vyjádření schizofrenní symptomatologie, deprese, všeobecné úzkosti i sociální úzkosti jsou rovněž vyšší. Podobné výsledky se objevují v celé řadě studií v zahraničí. Güçlü et al. (2012) zkoumali vztah mezi sociální fobií a klinickými příznaky schizofrenního onemocnění. Jejich skóre deprese byly podobně jako u naší studie vyšší. Mazeh et al. (2009) zjistili, že pacienti s komorbidní sociální fobií dosahují významně vyšších skóre ve stupnici PANSS. Ve studii Pallanti et al. (2004) pacienti s komorbidní sociální fobií vykazovali vyšší průměrné skóre na Liebowitzově škále sociální fobie (LSAS).

*c. Pacienti s komorbidní sociální fobií mají v porovnání s pacienty bez komorbidní sociální fobie nižší míru naděje.*

Jak ukázaly výsledky prezentované studie, tato hypotéza byla potvrzena. Hodnocení naděje ukazuje na průměrně nižší hodnoty u pacientů s komorbidní sociální fobií než u pacientů bez této komorbidity. Vztah naděje a komorbidity se sociální fobií u pacientů s onemocněním schizofrenního spektra dosud nikdo nestudoval, takže se jedná o unikátní nálezn. Nicméně ve studii Pallanti et al. (2004) bylo zjištěno, že schizofrenní pacienti s komorbidní sociální fobií

mají celoživotně větší množství suicidálních pokusů, které provádějí způsobem s vyšší letalitou, což může souviset s vyšší mírou beznaděje u této komorbidní skupiny.

Podle Snyderovy teorie naděje (2000), ze které vychází použitý dotazník ADHS, se prožitek naděje objevuje tehdy, má-li jedinec stanovený cíl, kterého chce dosáhnout, identifikované cesty, jimiž se k cíli dostat, a dostatečnou míru motivace, aby se po cestách vydal. Přítomnost sociální fobie však může narušovat sebedůvěru natolik, že pacient nevěří, že je schopen svého cíle dosáhnout, takže ztrácí motivaci k uskutečňování cílů, zejména pokud jsou interpersonální povahy.

Podobně jako u jiných dílčích hypotéz, z průřezové studie nelze zjistit, zda se dříve vyvinula komorbidní sociální fobie nebo zda došlo dříve ke ztrátě naděje, nicméně je možné, že oba problémy vzájemně interagují od počátku rozvoje onemocnění, které u této komorbidity vzniklo v časnějším věku, než u pacientů bez komorbidní sociální fobie. Časnější věk rozvoje onemocnění pak mohl bránit rozvoji sociálních dovedností, což zhoršilo sebedůvěru a vedlo k vyhýbání se sociálním situacím.

*d. Pacienti s komorbidní sociální fobií mají v porovnání s pacienty bez komorbidní sociální fobie vyšší míru sebestigmatizace.*

Dílčí hypotéza byla výsledky studie potvrzena. Míra sebestigmatizace je podstatně vyšší u pacientů s komorbidní sociální fobií. Zda vyšší míra sebestigmatizace předcházela rozvoji sociální úzkosti nebo naopak, z výsledku korelační studie nelze zjistit. Nicméně nálezy prezentované studie jsou v souladu s výsledky studií jiných autorů (Lysaker a Salyers 2007, Achim et al. 2011). Podobně výsledky zjistili Birchwood et al. (2007), kteří se pokusili o vysvětlení tohoto vztahu. Tito autoři vycházeli z teorie společenského postavení, kdy předpokládali, že jednou z cest, skrz kterou se může rozvinout sociální fobie u pacientů se schizofrenií, je očekávání ničivé ztráty společenského postavení. Tu pacienti očekávají v důsledku společenské stigmatizace závažných duševních poruch jako je schizofrenie. Pacienti se sociální úzkostí v jejich studii zažívali větší pocity hanby spojené s diagnózou psychózy, byli přesvědčeni, že díky psychóze mají nízký sociální status a dostávají se tak na okraj společnosti. Autoři studie dospěli k závěru, že na rozvoji sociální fobie u schizofrenních pacientů se může velkou měrou podílet sebestigmatizace. V další studii, zabývající se tímto tématem, Lysaker et al. (2010) zkoumali vztah sebeúcty, sebestigmatizace, pozitivních a

negativních příznaků a emočního dyskomfortu v souvislosti vývojem sociálně fobické symptomatiky. Výsledky ukázaly, že nízké sebevědomí, sebestigmatizace, negativní příznaky a emocionální obtíže významně souvisely s mírou sociální úzkosti posuzované jak na počátku studie, tak po 5 měsících sledování. Pomocí mnohočetné regrese bylo zjištěno, že negativní příznaky a zážitky diskriminace predikují rozvoj sociální úzkosti prospektivně, i když počáteční míra sociální úzkosti byla nízká.

*e. Pacienti s komorbidní sociální fobií mají v porovnání s pacienty bez komorbidní sociální fobie vyšší míru osobnostního rysu Vyhýbání se ohrožení a nižší míru osobnostního rysu Sebeřízení.*

Předpokládaná souvislost byla výsledky studie prokázána. Je patrný statisticky významný rozdíl v rysech osobnosti Vyhýbání se ohrožení, který je vyšší u pacientů s komorbiditou se sociální fobií a Sebeřízení, které je naopak u této skupiny významně nižší. Vyhýbání se ohrožení (HA) měří tendenci reagovat celkovým útlumem na averzivní podněty (Cloninger et al. 1993). Vyhýbání se ohrožení je spojeno se zvýšenou zranitelností k averzivním podnětům a následující tendencí k vyhýbámu chování (Cloninger 1986). Tento rys predikuje jednak sociální vyhýbání a postupně narůstající negativní pocity při kontaktu s lidmi, jinak nízkou kvalitu života u osob se schizofrenní poruchou. Přesto, že sám Cloninger řadí Vyhýbání se ohrožení do rysů temperamentu (Cloninger et al. 2009), tedy převážně vrozené charakteristiky onemocnění, zatím není jasné, zda během psychotického procesu nemůže tento rys zesílit. Otázku po příčinnosti těchto vztahů odpovědět z nálezů této studie nelze, protože šlo o průřezové hodnocení. Je nejasné, zda pacienti, kteří trpí také sociální fobií, ji nerozvinuli dříve, nebo zda pacienti, kteří rozvinuli schizofrenní onemocnění dříve, rozvinou později sociální fobii (Argyle 1990, Pallanti et al. 2013). Sebeřízení (SD) je řazeno mezi charakterové rysy osobnosti, tedy rysy, které jsou více ovlivnitelné formováním životními zkušenostmi (Svrakić et al. 2002). Cloninger věří, že Sebeřízení se může v průběhu života měnit (Cloninger 1994). Je také velmi pravděpodobně, že psychotické onemocnění, ale taky vysoká míra subjektivní úzkosti v sociálních situacích vede k poklesu Sebeřízení. V logistické regresi hodnotící, které proměnné vysvětlují přítomnost sociální fobie, se se ukázalo, že Sebeřízení (na rozdíl od Vyhýbání se ohrožení) jako jediný osobnostní rys nebyl v jednotlivých krocích regrese vyřazen a zůstal do posledního kroku přítomen. K jasnější odpovědi by však pomohlo longitudinální sledování v průběhu času.



(3). Další hlavní hypotéza se týkala vlivu komorbidní depresivní poruchy nebo dystýmie. Rovněž tato hlavní hypotéza byla konkretizována do dílčích hypotéz.

*a. Pacienti s komorbidní depresivní poruchou či dystýmií mají v porovnání s pacienty bez komorbidní depresivní poruchy či dystýmie časnější věk počátku onemocnění, delší trvání nemoci a větší počet hospitalizací.*

Komorbidní depresivní poruchu nebo dystýmii podle strukturovaného diagnostického rozhovoru M.I.N.I. naplňovalo 23 % pacientů, což byla druhá nejčastější diagnostikovaná komorbidní porucha. Ovšem na rozdíl od komorbidní sociální fobie, se v tomto případě věk počátku onemocnění, počet hospitalizací ani trvání léčby nelišil v komorbidní skupině proti skupině bez komorbidity. Tato hypotéza se tedy neprokázala.

*b. Pacienti s komorbidní depresivní poruchou či dystýmií mají v porovnání s pacienty bez komorbidní depresivní poruchy či dystýmie vyšší závažnost příznaků a celkově horší klinický stav.*

Výsledky studie podporují tuto dílčí hypotézu. Pacienti s komorbidní afektivní poruchou vykazovali celkově větší závažnost onemocnění, ať hodnoceno objektivně psychiatrem, nebo subjektivně pacientem, vyšší skóry psychopatologie hodnocené PANSS, vyšší skóry deprese, sociální úzkosti, pouze závažnost všeobecné úzkosti se významně nelišila.

*c. Pacienti s komorbidní depresivní poruchou či dystýmií mají v porovnání s pacienty bez komorbidní depresivní poruchy či dystýmie nižší míru naděje.*

Tato dílčí hypotéza byla výsledky prezentované studie potvrzena. Pacienti s komorbidní depresivní poruchou nebo dystýmií vykazovali nižší skóry naděje. Nižší míra naděje je popisovaná jako součást deprese (Henkel et al. 2002). Naděje je podle Snydera (2000) propojena s cíli v životě. Zažívání vlastní méněcennosti a neschopnosti ovlivnit běh svého života, typické pro depresivní poruchu, vedou k rezignaci na snažení zvýšit kvalitu svého života a vydávání se napospas osudu. Důvodem je přesvědčení o zbytečnosti takového počínání nebo sebedoceňující přesvědčení, že „někdo jako já si nezaslouží mít dobrou

práci/milujícího partnera apod.“ (Corrigan et al. 2009). Beznaděj pak mimo jiné vede k nedostatečné spolupráci při léčbě, což snižuje její efektivitu (Yanos et al. 2008).

*d. Pacienti s komorbidní depresivní poruchou či dystýmií mají v porovnání s pacienty bez komorbidní depresivní poruchy či dystýmie vyšší míru sebestigmatizace.*

Tato hypotéza se ve studii rovněž potvrdila. Pacienti s komorbidní depresivní poruchou nebo dystýmií vykazovali vyšší míru sebestigmatizace. Je to v souladu s výsledky mezinárodního review Boydové et al. (2014), které poukazuje na významnou souvislost mezi internalizovaným stigmatem a vyšší intenzitou příznaků deprese ve většině výzkumů, které se tomuto tématu věnovaly. Výsledky zde prezentované studie potvrzují tyto nálezy u skupiny pacientů se schizofrenií a příbuznými poruchami. Sebestigmatizace může zvyšovat anticipační úzkosti s obavami z odsouzení druhými (Yanos et al. 2008). To může vést k vyhýbání se druhým lidem, odchodu ze zaměstnání a v konečném důsledku k sociální izolaci (Schulze a Angermeyer 2003). Zvýšená sebestigmatizace je spojena se závažnější symptomatologií, horší adherencí k léčbě a horší prognózou (Ritsher a Phelan 2004, Vrbová et al. 2014, Kamarádová et al. 2015a). Komorbidita schizofrenie s depresivní poruchou může tyto důsledky dále prohlubovat. Výsledky prezentované studie jsou v souladu s řadou dalších studií, které diskutovaly vliv depresivních příznaků na míru sebestigmatizace u schizofrenních pacientů (Wahl 1999, Watson et al. 2007, Gaebel et al. 2008, Kleim et al. 2008, Amering a Schmolke 2009, Yanos et al. 2008, Cavelti et al. 2011, Tarrier et al. 2007). Žádná z těchto prací však nepoužila strukturované interview k diagnóze depresivní poruchy či dystýmie u pacientů s onemocněním schizofrenního spektra, v tom má prezentovaná studie prioritu. (Lysaker et al. (2007) zjistili, že internalizované stigma může fungovat jako moderátor vztahu mezi náhledem a nadějí u osob se schizofrenií. Nejvyšší průměrnou míru naděje ve výzkumu vykazovali lidé, kteří měli uspokojivý náhled na svůj stav a nestigmatizovali se, zatímco nejnižší míru naděje zaznamenali jedinci, kteří disponovali podobně vysokým náhledem, a zároveň se stigmatizovali. Autoři však nezjišťovali vliv komorbidní deprese nebo závažnosti depresivních příznaků na míru sebestigmatizace u pacientů se schizofrenií. V tomto jsou nálezy prezentované studie unikátní.

*e. Pacienti s komorbidní depresivní poruchou či dystýmií mají v porovnání s pacienty bez komorbidní depresivní poruchy či dystýmie vyšší míru osobnostního rysu Vyhýbání se ohrožení a nižší míru osobnostního rysu Sebeřízení.*

Z osobnostních rysů jsou v prezentované studii patrné vyšší skóry ve Vyhýbání se ohrožení a nižší v Persistenci u pacientů s komorbidní depresivní poruchou či dystýmií ve srovnání s pacienty bez této komorbidity. Skupiny se však mezi sebou neliší v osobnostním rysu Sebeřízení. Vyhýbání se ohrožení (HA), jak už bylo uvedeno, měří tendenci reagovat celkovým útlumem v reakci na averzivní podněty, což je klinicky typická reakce depresivních jedinců, a to i mimo epizody deprese (Barney et al. 2009). Tento temperamentový rys bývá jak u schizofrenie, tak u depresivní poruchy zvýšený (Guillem et al. 2002, Kurs et al. 2005, Smith et al. 2008). Z prezentované studie se zdá, že komorbidita těchto poruch tento rys dále posiluje.

Persistence (PS) je temperamentový rys, který hodnotí tendenci setrvat v konkrétní aktivitě i přes únavu a frustraci (Cloninger et al. 2009). Jak schizofrenie, zejména při dlouhodobém průběhu, tak depresivní porucha vedou samy o sobě ke snížení persistence pro snížení motivace k činnosti a tendenci vzdávat se při překážkách a frustracích (Guillem et al. 2002, Smith et al. 2008), některé studie však tento rozdíl proti zdravým kontrolám nezjistily (Kurs et al. 2005, Bora a Veznedaroglu 2007, Gonzalez-Torres et al. 2009, Fresán et al. 2015). Prezentovaná studie nezjišťovala rozdíl proti zdravým kontrolám, ale ukázala, že Persistence u pacientů komorbidních s depresivní poruchou je významně nižší, než u pacientů bez této komorbidity. Přestože tento výsledek nebyl postulován v počátečních hypotézách, stojí za zmínku, protože může vysvětlovat potíže některých pacientů docházet do rehabilitačních a psychotherapeutických programů. Umožňuje také plánování a testování postupů, které mohou pomoci snížit nebo odstranit depresivní příznaky.

Nižší průměrné skóry Sebeřízení u pacientů s komorbidní depresivní poruchou proti pacientům bez této komorbidity zjištěny nebyly, přestože se charakterový rys Sebeřízení vysoce pravděpodobně podílí na kvalitě života a zvládnání sociální úzkosti. Tento negativní nálezn však zdaleka nemusí být plně validní, protože míra sebeřízení byla u celého souboru velmi nízká, a tak se zdá, že už jak samotné psychotické onemocnění snižuje tento rys natolik, že už není velký prostor pro další snižování ani při komorbidní depresi.

## Omezení studie

Závěrem je potřeba zmínit hlavní faktory, které limitují možnosti zobecnění výsledků. Možnost zobecnění výsledků může být omezeno řadou faktorů. Tato studie probíhala pouze na jednom pracovišti, psychiatrické klinice, tudíž populace pacientů se schizofrenií nemusí být reprezentativní, zejména dosaženým vzděláním a motivací ke spolupráci. Nicméně předešlá studie, která probíhala na mnoha ambulancích současně, má obdobné demografické charakteristiky pacientů, takže k významnějšímu posunu díky charakteristice pracoviště pravděpodobně nedošlo.

Dalším důležitým omezením studie je fakt, že šlo o průřezovou studii, která nemůže objasnit kauzalitu popsaných korelací, které jsou navíc mezi jednotlivými faktory mnohočetné a vlivy proto nejasné pro kolinearity mezi jednotlivými faktory. Pokusem o snížení tohoto omezení bylo použití regresních krokových analýz, které vyloučí vzájemně kolineární faktory a dovolí projít pouze nejvýznamnějším faktorům. Ze stejného důvodu bylo použito modelů, které umožňují mapovat komplexnější interakce. Ovšem je nutno přiznat omezenost těchto statistických nástrojů při relativně malém počtu probandů. Krokové regrese byly provedeny s vědomím, že počet probandů není optimální a byly použity zejména pro dokreslení výsledků. Většina výsledků však je koherentní s nálezy jiných autorů, kteří se podobnou problematikou zabývali. Některé nálezy jsou ale unikátní a porovnání s nálezy jiných autorů nebylo možné.

Dalším omezením studie může být řada sebeposuzovacích dotazníků, zejména dotazníky pro hodnocení závažnosti depresivních a úzkostných příznaků a subjektivní formy celkového hodnocení závažnosti příznaků, dotazníky na kvalitu života, sebestigmatizaci a naději. Fakt, že část dat byla sbírána pomocí dotazníků, které vyplňovali sami pacienti, v nichž jsme odkázáni na schopnost introspekce pacienta a jeho ochotu o sobě vypovídat, má svá omezení, zejména u pacientů se schizofrenií, kteří mohou trpět různou mírou kognitivní dysfunkce. Kromě demografických dat, objektivního CGI a dávek medikace mohlo být samotné vyplňování modifikováno také různou mírou unavitelnosti a motivace pacientů. Protože však byly použity také objektivní posuzovací stupnice, jako je PANSS, objektivní hodnocení závažnosti příznaků, které významně se subjektivními posuzovacími stupnicemi korelují, zdá se, že použití subjektivních hodnotících stupnic a dotazníků nemusí být to, co by výsledky nutně studie diskvalifikovalo. Také diagnóza schizofrenního onemocnění včetně komorbidit byly stanoveny podle objektivního strukturovaného rozhovoru M.I.N.I..

Dalším omezením studie je fakt, že pacienti ve studii užívali různou základní medikaci i různou přídatnou medikaci. Snažili jsme se snížit vliv této proměnné přepočtem léků na standardizované indexové skóry, ale možný vliv rozdílné medikace na závažnost hodnocených příznaků, míru naděje i sebestigmatizace však nemůžeme vyloučit.

Tuto studii lze chápat jako pilotní výzkum, který nastiňuje možnosti dalšího bádání vlivu různých sociálních, psychologických a psychopatologických vlivů na kvalitu života lidí s psychotickou poruchou.

### **Další výzkum**

Do budoucna může být užitečné zkoumat vliv psychopatologie, sebestigmatizace, naděje, osobnostních faktorů a komorbidit na léčebný efekt u této diagnostické skupiny a na dlouhodobě změny v kvalitě života. Dalším krokem by pak bylo hledání specifických strategií na ovlivnění faktorů, které souvisí se zvýšenou sebestigmatizací, sníženou mírou naděje, komorbiditou a léčebnou odpovědí.

## **2.6.6. Závěry**

Výsledky této studie ukazují, že kvalita života pacientů se schizofrenií souvisí se závažností poruchy, mírou psychopatologie, deprese a úzkosti, sociální fobií, depresivní poruchou a s mírou naděje, sebestigmatizace a osobnostními rysy Vyhýbání se ohrožení a Sebeřízení.

U pacientů s komorbidní sociální fobií ve srovnání s pacienty bez komorbidní sociální fobie se onemocnění objevuje v časnějším věku, pacienti mají více atak psychotického onemocnění, jejich aktuální psychopatologie je závažnější a celková závažnost onemocnění vyšší. Navíc trpí vyšší úzkostí, jak všeobecnou, tak sociální, vyšší závažností depresivních příznaků a mají více vyjádřené osobnostní rysy Vyhýbání se ohrožení a méně rysy Sebeřízení. Průměrná míra sebestigmatizace je u nich vyšší.

U pacientů s komorbidní depresivní poruchou nebo dystýmií se ve srovnání s pacienty bez této komorbidit objevuje vyšší závažnost psychopatologie a větší celková závažnost onemocnění, vyšší míra deprese a sociální úzkosti. Tito pacienti se více stigmatizují, mají méně naděje a nižší kvalitu života.

### 3. ZÁVĚRY

Nejdůležitější nálezy, které prezentované studie potvrdily, lze shrnout do následujících bodů:

- Sebestigmatizace u pacientů s onemocněním psychotického spektra významně ovlivňuje adherenci k léčbě – čím je internalizace stigmatu závažnější, tím je adherence k léčbě horší;
- Vyšší míra sebestigmatizace souvisí s nezaměstnaností. Pacienti se zaměstnáním se stigmatizovali významně méně než pacienti bez práce;
- Vzdělání nemá na míru sebestigmatizace podstatný vliv;
- Kvalita života negativně souvisí se sebestigmatizací a s osobnostním rysem Vyhýbání se ohrožení a pozitivně se Sebeřízením.
- Pacienti s komorbidní sociální fobií nebo depresivní poruchou zpravidla onemocněli psychotickým onemocněním v časnějším věku, zažili více atak onemocnění, celkově se léčí déle a vykazují vyšší míru příznaků a horší klinický stav;
- Pacienti s komorbidní sociální fobií nebo depresivní poruchou trpí vyšší mírou sebestigmatizace ve srovnání s pacienty bez komorbidity;
- Pacienti s komorbidní sociální fobií nebo depresivní poruchou mají horší kvalitu života, vykazují menší míru naděje a vyšší míru vyhýbání se ohrožení.

Stigma představuje vážný problém, se kterým se potýkají pacienti s různými psychickými poruchami. Sebestigmatizace významně negativně souvisí s kvalitou života pacienta.

Výsledky prezentovaných studií naznačují, že míra sebestigmatizace může být významným faktorem, který u pacientů s poruchami ze schizofrenního spektra souvisí s povahovým rysem Vyhýbání se ohrožení. Internalizované stigma u ambulantních pacientů se schizofrenií a podobnými poruchami souvisí především s velikostí této proměnné a počtem předešlých hospitalizací. Mezi další významné psychosociální faktory, které mohou významně souviset

s mírou sebestigmatizace, patří Sebeřízení a Spolupráce, míra naděje, závažnost depresivních a úzkostných symptomů, doba trvání poruchy, invalidní důchod a zaměstnanost. Pokud tyto nálezy budou ověřeny dalšími studiemi na větším vzorku pacientů, strategie snižující sebestigmatizaci, zvyšující naději, snižující vyhublé chování a bránící častým hospitalizacím mohou omezit míru sebestigmatizace a jejích důsledků.

## 4. LITERATURA

Achim AM, Maziade M, Raymond E, Olivier D, M rrette C, Roy MA: How Prevalent Are Anxiety Disorders in Schizophrenia? A Meta-Analysis and Critical Review on a Significant Association. *Schizophr Bull* 2011; 37(4): 811-821.

Adamcov K, Prařko J, Raszka M: Oddlen l by u pacientů s panickou poruchou. *Čes a slov Psychiat* 2010; 106(2): 145–149.

Alonso J, Buron A, Bruffaerts R, He Y, Posada-Villa J, Lepine JP, Angermeyer MC, Levinson D, de Girolamo G, Tachimori H, Mneimneh ZN, Medina-Mora ME, Ormel J, Scott KM, Gureje O, Haro JM, Gluzman S, Lee S, Vilagut G, Kessler RC, Von Korff M; World Mental Health Consortium: Association of perceived stigma and mood and anxiety disorders: results from the World Mental Health Surveys. *Acta Psychiatr Scand* 2008; 118(4): 305-314.

Alonso J, Buron A, Rojas-Farreras S, de Graaf R, Haro JM, de Girolamo G & Vilagut G: perceived stigma among individuals with common mental disorders. *Journal of Affective Disorders* 2009; 118: 180-186.

Amering M, Schmolke M: *Recovery in Mental Health: Reshaping Scientific and Clinical Responsibilities*. World Psychiatric Association. Chichester, UK: John Wiley & Sons; 2009.

Argyle N: Panic attacks in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 1990; 157: 430-433.

Awad AG, Voruganti LN, Heslegrave RJ. A conceptual model of quality of life in schizophrenia: Description and preliminary clinical validation. *Qual Life Res* 1997; 6:21–26.

Barney LJ, Griffiths KM & Jorm AF, Christensen H: Stigma about depression and its impact on help-seeking behavior. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2006; 40(1): 51-54.

Barney LJ, Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF: Exploring the nature of stigmatizing beliefs about depression and help-seeking: implications for reducing stigma. *BMC Public Health*. 2009; 9:61. doi: 10.1186/1471-2458-9-61.

Bartels SJ, Drake RE, Wallach MA, Freeman D: Characteristic Hostility in Schizophrenic Outpatients. *Schizophr Bull* 1991; 17(1):163-171.

Bayl  FJ, Blanc O, De Chazeron I, Lesturgeon J, Lançon C, Caci H, Garay RP, Llorca PM: Pharmacological management of anxiety in patients suffering from schizophrenia. *Encephale* 2011; 37(Suppl1):83-89.

Bayl  FJ, Krebs MO, Epelbaum C, Levy D, Hardy P: Clinical features of panic attacks in schizophrenia. *Eur Psychiatry*. 2001; 16:349–353.

Beattie N, Shannon C, Kavanagh M, Mulholland C: Predictors of PTSD symptoms in response to psychosis and psychiatric admission. *J Nerv Ment Dis* 2009; 197(1):56-60.



- Beck AT, Epstein N, Brown G & Steer RA: An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56(6):893–897.
- Beck AT, Steer RA, Ball R & Ranieri W: Comparison of Beck Depression Inventories -I and -II in psychiatric outpatients. *J Pers Assess* 1996; 67(3):588–597.
- Bennouna-Greene M, Bennouna-Greene V, Berna F, Defranoux L: History of abuse and neglect in patients with schizophrenia who have a history of violence. *Child Abuse & Neglect* 2011; 35(5):329–332.
- Bermanzohn PC, Phyllis BA, Albert C, Siris SG: Relationship of Panic Attacks to Paranoia. *Am J Psychiatry* 1999; 156:1469-1469.
- Bermanzohn PC, Porto L, Arlow PB, Pollack S, Stronger R, Siris SG. Hierarchical diagnosis in chronic schizophrenia: a clinical study of co-occurring syndromes. *Schizophr Bull.* 2000; 26:517–525.
- Bewick V, Cheek L, Ball J. Statistics review 14: Logistic regression. *Critical care.* 2005; 9(1): 112-118.
- Birchwood M, Trower P, Brunet K, Gilbert P, Iqbal Z, Jackson C: Social anxiety and the shame of psychosis: a study in first episode psychosis. *Behav Res Ther.* 2007;45(5):1025-1037.
- Blanchard JJ, Mueser KT, Bellack AS: Anhedonia, positive and negative affect, and social functioning in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1998; 24(3):413-24.
- Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Kelmendi B, Coric V, Bracken MB, Leckman JF. A systematic review: antipsychotic augmentation with treatment refractory obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry.* 2006;11(7):622–632.
- Bora E, Veznedaroglu B: Temperament and character dimensions of the relatives of schizophrenia patients and controls: the relationship between schizotypal features and personality. *European Psychiatry* 2007; 22 (1): 27–31.
- Boyd JE, Adler EP, Otilingam PG & Peters T: Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) Scale: A multinational review. *Compr Psychiatry* 2014; 55(1):221-231.
- Boyd JH, Burke JD, Jr, Gruenberg E, et al: Exclusion criteria of DSM-III. A study of co-occurrence of hierarchy-free syndromes. *Arch Gen Psychiatry.* 1984; 41:983–989.
- Boyer L, Baumstarck K, Boucekine M, Blanc J, Lançon C, Auquier P. Measuring quality of life in patients with schizophrenia: an overview. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2013; 13(3):343–349.
- Braga RJ, Mendlowicz MV, Marrocos RP, Figueira IL: Anxiety disorders in outpatients with schizophrenia: prevalence and impact on the subjective quality of life. *Journal of Psychiatric Research* 2005; 39(4):409-414.

Braga RJ, Petrides G, Figueira I: Anxiety disorders in schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2004; 45(6):460-468.

Braga RJ, Reynolds GP, Siris SG: Anxiety comorbidity in schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2013; 210(1):1-7.

Brohan E, Elgie R & Satorius N & Thornicroft G: Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia Research* 2010a; 122:232–238.

Brohan E, Slade M, Clement S, Thornicroft G: Experiences of mental illness stigma, prejudice, and discrimination: a review of measures. *BMC Health Serv Res* 2010b; 10:80.

Browne S, Roe M, Lane A, Gervin M, Morris M, Kinsella A, Larkin C, Callaghan EO. Quality of life in schizophrenia: Relationship to sociodemographic factors, symptomatology, and tardive dyskinesia. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 94:118–124.

Buchanan RW, Holstein C, Breier A: The comparative efficacy and long-term effect of clozapine treatment on neuropsychological test performance. *Biol Psychiatry* 1994; 36:717–725.

Buckland HT, Schepp KG, Crusoe K. Defining happiness for young adults with schizophrenia: a building block for recovery. *Arch Psychiatr Nurs.* 2013; 27(5):235-240.

Buizza C, Schulze B, Bertocchi E, Rossi G, Ghilardi A, Pioli R: The stigma of schizophrenia from patients' and relatives' view: a pilot study in an Italian rehabilitation residential care unit. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2007; 3:23.

Bulloch AG, Patten SB: Non-adherence with psychotropic medications in the general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010; 45(1):47-56.

Byrne BM. *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming* New York: LEA. 2001.

Camp DL, Finlay WML & Lyons E: Is low self-esteem an inevitable consequence of stigma? An example from women with chronic mental health problems. *Social Science & Medicine* 2002; 55: 823-834.

Cavelti M, Kvgic S, Beck E, Rusch N, Vauth R: Self-stigma and its relationship with insight, demoralization, and clinical outcome among people with schizophrenia spectrum disorders. *Comprehensive Psychiatry* 2011; 53:468–479.

Češková E, Příkryl R, Pěč O. Schizofrenie u dospělých. In: Raboch J, Uhlíková P, Hellerová P, Anders M, Šusta M (eds): *Psychiatrie. Doporučené postupy psychiatrické péče IV*. Psychiatrická společnost ČSL JEP 2014; 44-51.

Chen CY, Liu CY, Yang YY: Correlation of panic attacks and hostility in chronic schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci* 2001;55(4):383-387.

Chromý K. *Duševní nemoc. Sociologický a sociálně psychologický pohled*. Avicenum Praha 1990.

Ciapparelli A, Paggini R, Marazziti D, Carmassi C, Bianchi M, Taponecco C, Consoli G, Lombardi V, Massimetti G, Dell'osso L: Comorbidity with axis I anxiety disorders in remitted psychotic patients 1 year after hospitalization. *CNS Spectr* 2007; 12(12):913-919.

Cloninger CR, Dragan M, Svrakic DM: Personality Disorders. In Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Sadock, BJ & Sadock, VA (Eds.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2009; 2: 4520: 2197–2241.

Cloninger CR, Svrakić, DM, Przybeck, TR: A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 1993; 50: 975-990.

Cloninger CR. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatric Developments*. 1986; 3: 167-226.

Cloninger, CR. Temperament and personality. *Current Opinion in Neurobiology*. 1994b; 4: 266-273.

Cloninger, CR. *The Temperament and Character Inventory (TCI) – A guide to its development and use*. St. Louis, Missouri: Centre for Psychobiology of Personality. 1994a.

Collip D, Myin-Germeys I, Wichers M, Jacobs N, Dermon C, Thiery E, Lataster T, Simons C, Delespaul P, Marcelis M, van Os J, van Winkel R: FKBP5 as a possible moderator of the psychosis-inducing effects of childhood trauma. *British Journal of Psychiatry* 2013;202(4):261-268.

Corrigan P, Kerr A & Knudsen L: The stigma of mental illness: explanatory models and methods for change. *Applied & Preventive Psychology* 2005; 11(3):179-190.

Corrigan P, Markowitz F & Watson A: Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophr Bull* 2004; 30: 481–491.

Corrigan PA, Watson AC, Barr L: The self-stigma of mental illness: implications for self-esteem and self-efficacy. *J Soc Clin Psychol* 2006; 25:875-884.

Corrigan PW & Watson AC: The paradox of self-stigma and mental illness, *Clinical Psychology* 2002; 9(1): 35–53.

Corrigan PW, Larson JE, Rüsçh N. Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry* 2009; 8: 75–81.

Corrigan PW, Rafacz J & Rüsçh N: Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Research* 2011; 189: 339-343.

Corrigan PW, Wassel A: Understanding and influencing the stigma of mental illness. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2008; 46:42–48.

Corrigan PW, Watson AC & Barr L: Understanding the self-stigma of mental illness. *Journal of Social and Clinical Psychology* 2006; 25:875–884.

- Cortés MJ, Valero J, Gutiérrez-Zotes JA, Hernández A, Moreno L, Jarrod M, Martorell L, Vilella E, Labad A: Psychopathology and personality traits in psychotic patients and their first-degree relatives. *Eur Psychiatry* 2009; 24(7):476-482.
- Cosoff SJ, Hafner RJ: The prevalence of comorbid anxiety in schizophrenia, schizoaffective disorder and bipolar disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1998; 32: 67–72.
- Craig T, Hwang MY, Bromet EJ: Obsessive-compulsive and panic symptoms in patients with first-admission psychosis. *Am J Psychiatry* 2002; 159(4):592-598.
- Cunill R, Castells X, Simeon D: Relationships between obsessive-compulsive symptomatology and severity of psychosis in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2009; 70(1):70-82.
- Cutler JL, Siris SG. “Panic-like” symptomatology in schizophrenic and schizoaffective patients with postpsychotic depression: observations and implications. *Compr Psychiatry*. 1991; 32:465–473.
- de Haan L, Hoogenboom B, Beuk N, van Amelsvoort T, Linszen D: Obsessive-compulsive symptoms and positive, negative, and depressive symptoms in patients with recent-onset schizophrenic disorders. *Can J Psychiatry* 2005; 50(9):519-524.
- de Hann L, Sterk B, Wouters L, Linszen DH: The 5-Year Course of Obsessive-Compulsive Symptoms and Obsessive-Compulsive Disorder in First-Episode Schizophrenia and Related Disorders. *Schizophrenia Bulletin* 2013; 39(1):151-160.
- Dernovsek MZ, Sprah L: Comorbid anxiety in patients with psychosis. *Psychiatr Danub* 2009; 21(Suppl1):43-50.
- DeVylder JE, Lukens EP: Family history of schizophrenia as a risk factor for axis I psychiatric conditions. *Journal of Psychiatric Research* 2013; 47(2):181–187.
- Dinos S, Stevens S, Serfaty M, Weich S, King M: Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. Qualitative study. *Br J Psychiatry* 2004; 184:176–181
- Dobre D, van Jaarsveld CH, deJongste MJ, Haaijer Ruskamp FM, Ranchor AV. The effect of beta-blocker therapy on quality of life in heart failure patients: A systematic review and meta-analysis. *Pharmacoepidemiol. Drug Saf* 2007; 16:152–159.
- Domino G & Domino ML: Psychological testing: An introduction. Cambridge University Press 2006.
- Eisen JL, Rasmussen SA: Obsessive compulsive disorder with psychotic features. *J Clin Psychiatry* 1993;54(10):373-379.
- EMA, 2002: <http://www.ema.europa.eu/pdfs/human/ich/013595en.pdf>. 20.3.2009.
- Farmer RF & Goldberg LR: A psychometric evaluation of the revised Temperament and Character Inventory (TCI-R) and the TCI-140. *Psychological assessment* 2008; 20(3): 281.

Fava GA, Grandi S, Rafanelli C, Saviotti FM, Balin M, Pesarin F: Hostility and irritable mood in panic disorder with agoraphobia. *Journal of Affective Disorders* 1993; 29(4):213–217.

Finzen A: Stigma, Stigmabewältigung, Entstigmatisierung. *Psychiatrische Praxis* 2000;27:316-320.

Fresán A, León-Ortiz P, Robles-García R, Azcárraga M, Guizar D, Reyes-Madriral F, Tovilla-Zárate CA, de la Fuente-Sandoval C: Personality features in ultra-high risk for psychosis: a comparative study with schizophrenia and control subjects using the Temperament and Character Inventory-Revised (TCI-R). *J of Psych Research* 2015; 61: 168–173.

Fung KM, Tsang HW, Chan F: Self-stigma, stages of change and psychosocial treatment adherence among Chinese people with schizophrenia: a path analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010;45(5):561-568.

Gaebel W, Zäske H, Baumann AE, Klosterkötter J, Maier W, Decker P & Möller HJ: Evaluation of the German WPA "program against stigma and discrimination because of schizophrenia--Open the Doors": results from representative telephone surveys before and after three years of antistigma interventions. *Schizophr Res.* 2008; 98(1-3):184-193.

Gerlinger G, Hauser M, de Hert M, Lacluyse K, Wampers M & Correll CU: Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry* 2013; 12: 155–164.

Gillespie NA, Cloninger CR, Heath AC & Martin NG: The genetic and environmental relationship between Cloninger's dimensions of temperament and character. *Personality and Individual Differences* 2003; 35: 1931-1946.

Girma E, Tesfaye M, Froeschl G, Möller-Leimkühler AM, Dehning S, Müller N: Facility based cross-sectional study of self stigma among people with mental illness: towards patient empowerment approach. *Int J Ment Health Syst* 2013; 7(1):21. doi: 10.1186/1752-4458-7-21.

Goffman E: *Stigma. Notes on the management of spoiled identity.* New York: Touchstone 1986.

Gonzalez-Torres MA, Inchausti L, Ibáñez B, Aristegui M, Fernández-Rivas A, Ruiz E, Fernandez E, Bayón C: Temperament and character dimensions in patients with schizophrenia, relatives, and controls. *The Journal of Nervous and Mental disease* 2009; 197(7): 514–519.

Gonzalez-Torres MA, Oraa R, Aristegui M, Fernandez-Rivas A, Guimon J: Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members. A qualitative study with focus groups. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42:14–23.

Goodwin R, Lyons JS, McNally RJ: Panic attacks in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2002; 58:213–220.

Goodwin RD, Amador XF, Malaspina D, Yale SA, Goetz RR, Gorman JM: Anxiety and substance use comorbidity among inpatients with schizophrenia. *Schizophr Res.* 2003; 61:89–95.

Goodwin RD, Fergusson DM, Horwood LJ: Panic Attacks and Psychoticism. *Am J Psychiatry* 2004; 161:88-92.

Grambal A, Prasko J, Kamaradova D, Latalova K, Holubova M, Marackova M, Ociskova M, Slepecky M: Self-stigma in borderline personality disorder - cross-sectional comparison with schizophrenia spectrum disorder, major depressive disorder, and anxiety disorders. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2016 Sep 22; 12:2439-2448

Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, et al: The epidemiology of DSM-IV panic disorder and agoraphobia in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry.* 2006; 67:363–374.

Gray AJ: Stigma in psychiatry. *J R Soc Med* 2002; 95:72-76.

Grilo CM, Money R, Barlow DH, Goddard AW, Gorman JM, Hofmann SG, Papp LA, Shear MK, Woods SW. Pretreatment patient factors predicting attrition from a multicenter randomized controlled treatment study for panic disorder. *Compr Psychiatry.* 1998; 39(6):323-32.

Güçlü O, Erkıran M, Aksu EE, Aksu H: [Clinical correlates of social anxiety disorder comorbidity in schizophrenia]. [Article in Turkish]. *Turk Psikiyatri Derg.* 2012;23(1):1-8.

Guillem F, Bicu, M, Semkovska M, Debrulle JB: The dimensional symptom structure of schizophrenia and its association with temperament and character: *Schizophrenia Research* 2002; 56 (1): 137–147.

Guillem F, Satterthwaite J, Pampoulova T, Stip E: Relationship between psychotic and obsessive compulsive symptoms in schizophrenia. *Schizophr Res* 2009; 115(2-3):358-362.

Gumley A, O'grady M, Power K, Schwannauer M: Negative beliefs about self and illness: a comparison of individuals with psychosis with or without comorbid social anxiety disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2004; 38(11-12):960-964.

Guy W (ed.): *ECDEU Assessment manual for psychopharmacology.* Rockville, U.S. DHEW; 1976.

Hajda M, Kamaradova D, Latalova K, Prasko J, Ociskova M, Mainerova B, Cinculova A, Vrbova K, Kubinek R & Tichackova A: Self-stigma, treatment adherence, and medication discontinuation in patients with bipolar disorders in remission – a cross sectional study. *Acta Nerv Super Rediviva* 2015; 5(1-2): 6-11.

Hanzawa S, Nosaki A, Yatabe K, Nagai Y, Tanaka G, Nakane H, Nakane Y. Study of understanding the internalized stigma of schizophrenia in psychiatric nurses in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2012; 66(2): 113-120.

- Hasson-Ohayon I, Kravetz S, Meir T & Rozencwaig S: Insight into severe mental illness, hope, and quality of life of persons with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Psychiatry Research* 2008; 167: 231-238.
- Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT Jr. The Quality of Life Scale: An instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophr Bull* 1984; 10:388–398.
- Henkel V, Bussfeld P, Möller HJ, Hegerl U: Cognitive-behavioural theories of helplessness/hopelessness: Valid models of depression? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2002; 252(2): 240-249.
- Herrman H, Hawthorne G, Thomas R: Quality of life assessment in people living with psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002; 37(11):510–518.
- Holubova M, Prasko J, Hruby R, Kamaradova D, Ociskova M, Latalova K, Grambal A: Coping strategies and quality of life in schizophrenia: cross-sectional study. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2015; 11:3041-3048.
- Holubova M, Prasko J, Latalova K, Ociskova M, Grambal A, Kamaradova D, Vrbova K, Hruby R: Are self-stigma, quality of life, and clinical data interrelated in schizophrenia spectrum patients? A cross-sectional outpatient study. *Patient Preference and Adherence* 2016;10 265–274.
- Hori H, Noguchi H, Hashimoto R, Nakabayashi T, Saitoh O, Murray RM, Okabe S, Kunugi H: Personality in schizophrenia assessed with the Temperament and Character Inventory (TCI). *Psychiatry Research* 2008; 160 (2): 175–183.
- Hrubý R, Ondrejka I, Nosál'ová G. Základy teórie osobnosti podľa R C Cloningera. *Psychiatria.* 2007; 14(2-3): 114-120.
- Hulbert CA, Jackson HJ, McGorry PD. Relationship between personality and course and outcome in early psychosis: A review of the literature. *Clin Psychology Review* 1996; 16 (8): 707–727.
- Huppert JD, Smith TE: Anxiety and Schizophrenia: The Interaction of Subtypes of Anxiety and Psychotic Symptoms. *CNS Spectr.* 2005; 10(9):721-731.
- Hwang MY, Kim SW, Yum SY, Opler LA: Management of schizophrenia with obsessive-compulsive features. *Psychiatr Clin North Am* 2009; 32(4):835-851.
- Jorgensen P, Bennedsen B, Christensen J, Hyllested A. Acute and transient psychotic disorder: comorbidity with personality disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 94(6):460-464.
- Kamarádová D, Látalová K, Praško J, Cinculová A, Kubínek R, Mainerová B, Ocisková M, Šmoldasová J & Ticháčková A: Sebestigmatizace, adherence k léčbě a vysazování medikace u psychických poruch – průřezová studie. *Psychiatrie* 2015a; 19(4): 175-183.

Kamaradova D, Latalova K, Prasko J, Kubinek R, Vrbova K, Mainerova B, Cinculova A, Ociskova M, Holubova M, Smoldasova J, Tichackova A. Connection between self-stigma, adherence to treatment, and discontinuation of medication. *Patient Preference and Adherence*. 2016; 10:1289-1298.

Kamaradova D, Prasko J, Latalova K, Panackova L, Svancara J, Grambal A, Sigmundova Z, Ociskova M, Bares V, Cakirpaloglu S, Jelenova D, Kasalova P, Kovacsova A & Vrbova K. Psychometric properties of the Czech version of the Beck Anxiety Inventory – Comparison between diagnostic groups. *Neuroendocrinology Lett* 2015b; 36 (7): 706-712.

Karagianis J, Novick D, Pecenek J, et al. Worldwide-Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (W-SOHO): baseline characteristics of pan-regional observational data from more than 17,000 patients. *Int J Clin Pract*. 2009; 63(11):1578–1588.

Karatzias T, Gumley A, Power K, O'Grady M: Illness appraisals and self-esteem as correlates of anxiety and affective comorbid disorders in schizophrenia. *Compr Psychiatr* 2007; 48(4):371-375.

Karow A, Naber D. Subjective well-being and quality of life under atypical antipsychotic treatment. *Psychopharmacology (Berl)*. 2002; 162(1):3–10.

Katerndahl DA, Realini JP: Lifetime prevalence of panic states. *Am J Psychiatry*. 1993; 150:246–249.

Kay SR, Fiszbein A, Opler LA: The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987; 13(2): 261-276.

Kayahan B, Ozturk O, Veznedaroglu B, Eraslan D: Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: prevalence and clinical correlates. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 59(3):291-295.

Kessler RC, Beglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE: Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(6):593-602.

Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995; 52:1048–1060.

Kleim B, Vauth R, Adam G, Stieglitz R, Hayward P & Corrigan P: Perceived stigma predicts low self-efficacy and poor coping in schizophrenia. *Journal of Mental Health*. 2008; 17:482–491.

Kline E, Wilson C, Ereshefsky S, Nugent KL, Pitts S, Reeves G, Schiffman J: Schizotypy, psychotic-like experiences and distress: an interaction model. *Psychiatry Res* 2012;2:647-651.

Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Guilford 2005

Kose S: A psychobiological model of temperament and character: TCI. *Yeni Symposium* 2003; 41(2): 86-97.



- Kučerová H: Schizofrenie v kazuistikách. Praha: Grada Publishing 2010; 106.
- Kurs R, Farkas H, Ritsner M: Quality of life and temperament factors in schizophrenia: comparative study of patients, their siblings and controls. *Quality of Life Research* 2005; 14 (2): 433–440.
- Labbate LA, Young PC, Arana GW: Panic disorder in schizophrenia. *Can J Psychiatry*. 1999; 44:488–490.
- Larsson S, Andreassen OA, Aas M, Rossberg JI, Mork E, Steen NE, Barrett EA, Lagerberg TV, Peleikis D, Agatz I, Melle I, Lorentzen S: High prevalence of childhood trauma in patients with schizophrenia spectrum and affective disorder. *Comprehensive Psychiatry* 2013; 54(2):123-127.
- Latalova K, Prasko J, Diveky T, Kamaradova D, Velartova H. Quality of life in patients with bipolar disorder – a comparison with schizophrenic patients and healthy controls. *Psychiatr Danub*. 2011; 23(1): 21–26.
- Lehman AF: The effects of psychiatric symptoms on quality of life assessments among the chronic mentally ill. *Eval Program Plann* 1983a; 6:143–151.
- Lehman AF: The well-being of chronic mental patients. *Arch Gen Psychiatry* 1983b; 40:369–373.
- Liebowitz MR. Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*. 1987; 22: 141–173.
- Lincoln TM, Arens E, Berger C, Rief W: Can antistigma campaigns be improved? A test of the impact of biogenetic vs psychosocial causal explanations on implicit and explicit attitudes to schizophrenia. *Schizophr Bull* 2008; 34:984–994.
- Livingston JD & Boyd JE: Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine* 2010; 71: 2150-2161.
- Lysaker PH, Davis LW, Gattton MJ, Herman SM: Associations of anxiety-related symptoms with reported history of childhood sexual abuse in schizophrenia spectrum disorders. *J Clin Psychiatry* 2005; 66(10):1279-1284.
- Lysaker PH, Ringer JM, Davis LW: Associations of social anxiety and self-esteem across six months for persons living with schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatr Rehabil J* 2008; 32(2):132-134.
- Lysaker PH, Roe D & Yanos PT: Toward understanding the insight paradox: Internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Bull* 2007; 33(1):192-199.
- Lysaker PH, Salyers MP: Anxiety symptoms in schizophrenia spectrum disorders: associations with social function, positive and negative symptoms, hope and trauma history. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 116(4):290-298.

Lysaker PH, Yanos PT, Outcalt J, Roe D: Association of stigma, self-esteem, and symptoms with concurrent and prospective assessment of social anxiety in schizophrenia. *Clin Schizophr Relat Psychoses*. 2010;4(1):41-48.

Mahendran R, Liew E, Subramaniam M. De novo emergence of obsessive-compulsive symptoms with atypical antipsychotics in asian patients with schizophrenia or schizoaffective disorder: A retrospective, cross-sectional study. *J Clin Psychiatry*. 2007; 68:542–545.

Margetić BA, Jakovljević M, Ivanec D, Margetić B & Tošić G: Relations of Internalized Stigma with Temperament and Character in Patients with Schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry* 2010; 51: 603-606.

Margetić BA, Jakšić N, Boričević Maršanić V, Jakovljević M: Harm avoidance moderates the relationship between internalized stigma and depressive symptoms in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*. 2014; 219(1): 92-94.

Marwaha S, Johnson S: Schizophrenia and employment – a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004; 39(5):337–349.

Mashiach-Eizenberg M, Hasson-Ohayon I, Yanos PT, Lysaker PH, Roe D: Internalized stigma and quality of life among persons with severe mental illness: the mediating roles of self-esteem and hope. *Psychiatry Res* 2013; 208: 15–20.

Matas M, Staley D, Griffin W: A profile of the noncompliant patient: a thirty-month review of outpatient psychiatry referrals. *General Hospital Psychiatry* 1992; 14:124 -130.

Matheson SL, Shepherd AM, Pinchbeck RM, Laurens KR, Carr VJ: Childhood adversity in schizophrenia: a systematic meta-analysis. *Psychological Medicine* 2013; 4(2):225-238.

Matsui M, Sumiyoshi T, Arai H, Higuchi Y, Kurachi M: Cognitive functioning related to quality of life in schizophrenia. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol Psychiatry* 2008; 32:280–287.

Matsunaga M. How to factor-analyze your data right: don'ts, and how-to's. *International J Psychol Res*. 2010; 3(1): 97-110.

Mazeh D, Bodner E, Weizman R, Delayahu Y, Cholostoy A, Martin T, Barak Y: Co-morbid social phobia in schizophrenia. *Int J Soc Psychiatry* 2009; 55(3):198-202.

Meltzer HY, Thompson PA, Lee MA, Ranjan R: Neuropsychologic deficits in schizophrenia: Relation to social function and effect of antipsychotic drug treatment. *Neuropsychopharmacology* 1996; 14:27S–33S.

Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize, MKN-10 (1. vydání); Maxdorf Praha; 1996.

Mezzich JE, Salloum IM, Cloninger RC, Salvator-Carulla, Kirmayer LJ, Banzato CEM, Wallcraft J, Botbol M: Person-centered Integrative Diagnosis: Conceptual Bases and Structural Model. *Canadian Journal of Psychiatry* 2010; 55: 701–708.

- Michail M, Birchwood M: Social anxiety disorder in first-episode psychosis: incidence, phenomenology and relationship with paranoia. *Br J Psychiatry*. 2009;195(3):234-241.
- Miralles C, Alonso Y, Verge B, Setó S, Gaviria AM, Moreno L, Cortés MJ, Gutiérrez-Zotes A, Vilella E, Martorell L: Personality dimensions of schizophrenia patients compared to control subjects by gender and the relationship with illness severity. *BMC Psychiatry* 2014; 14:151.
- Morgan C, Fisher H. Environment and schizophrenia: environmental factors in schizophrenia: childhood trauma - a critical review. *Schizophr Bull*. 2007; 33:3–10.
- Mosanya TJ, Adelufosi AO, Adebawale OT, Ogunwale A, Adebayo OK. Self-stigma, quality of life and schizophrenia: An outpatient clinic survey in Nigeria. *Int J Soc Psychiatry*. 2014; 60(4):377-386.
- Mukhopadhyaya K, Krishnaiah R, Taye T, Nigam A, Bailey AJ, Sivakumaran T, Fineberg NA: Obsessive-compulsive disorder in UK clozapine-treated schizophrenia and schizoaffective disorder: a cause for clinical concern. *J Psychopharmacol* 2009; 23(1):6-13.
- Nathans LL, Oswald FL, Nimon K. (2012). Interpreting multiple linear regression: A guidebook of variable importance. *Practical Assessment, Research, & Evaluation*. 2012; 17(9): 1-19.
- Ndeti DM, Khasakhala L, Meneghini L, Aillon JL: The relationship between schizoaffective, schizophrenic and mood disorders in patients admitted at Mathari Psychiatric Hospital, Nairobi, Kenya. *Afr J Psychiatry* 2013; 16:110-117.
- O'Brien RM. A caution regarding rules of thumb for variance inflation factors. *Quality & Quantity* 2007; 41(5): 673.
- Ociskova M, Prasko J, Kamaradova D, Grambal A, Kasalova P, Sigmundova Z: Individual correlates of self-stigma in patients with anxiety disorders with and without comorbidities. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2015a; 11: 1767–1779
- Ociskova M, Prasko J, Kamaradova D, Grambal A, Kasalova P, Sigmundova Z, Latalova K, Vrbova K: Coping strategies, hope, and treatment efficacy in pharmacoresistant inpatients with neurotic spectrum disorders. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2015b; 11: 1191-1201.
- Ocisková M, Praško J, Kamarádová D, Látalová K, Kurfürst P, Dostálová L, Cinculová A, Kubínek R, Mainerová B, Vrbová K, Ticháčková A. Self-stigma in psychiatric patients--standardization of the ISMI scale. *Neuro Endocrinol Lett*. 2014;35(7):624-32.
- Ocisková M, Praško J, Kupka M, Maráčková M, Látalová K, Cinculová A, Grambal A, Kasalová P, Krnáčová B, Kubínek R, Sigmundová Z, Ticháčková A, Vrbová K: Psychometrické vlastnosti české verze BDI-II u pacientů s depresí a u zdravých kontrol. *ČS psychiatrie* 2017: 113, in press.
- Ociskova M, Prasko J, Latalova K, Kamaradova D & Grambal A: Psychological factors and treatment effectiveness in resistant anxiety disorders in highly comorbid inpatients. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016 Jun 24;12:1539-51. doi: 10.2147/NDT.S104301.

Ocisková M, Praško J, Látalová K, Kamarádová D, Grambal A, Sigmundová Z & Sedláčková Z: Internalizované stigma a efektivita farmakoterapie a psychoterapie u úzkostných poruch a poruch neurotického spektra. *Čes a Slov Psychiat* 2014; 110(3): 233–243.

Ocisková M, Sobotková I, Praško J, Mihál V: Standardizace české verze Snyderovy škály naděje pro dospělé. *Psychologie a její kontexty* 2016; 7(1): 109-123.

Ocisková M: Některé aspekty naděje ve vztahu k životní smysluplnosti a osobní pohodě u vysokoškolských studentů (Rigorózní práce). Univerzita Palackého v Olomouci 2013.

Ohi K, Hashimoto R, Yasuda Y, Motoyuki F, Yamamori H: Personality traits and schizophrenia: evidence from a case-control study and metaanalysis. *Psychiatry Research* 2012; 198: 7–11.

Oliveira SE, Esteves F, Carvalho H. Clinical profiles of stigma experiences, self-esteem, and social relationships among people with schizophrenia, depressive, and bipolar disorders. *Psychiatry Res.* 2015; 229(1-2):167-173.

Outcalt SD, Lysaker PH: The relationships between trauma history, trait anger, and stigma in persons diagnosed with schizophrenia spectrum disorders. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches* 2012; 4(1):32-41.

Owashii T, Ota A, Otsubo T, Susa Y, Kamijima K: Obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive symptoms in Japanese inpatients with chronic schizophrenia - a possible schizophrenic subtype. *Psychiatry Res* 2010; 179(3):241-246.

Pallanti S, Cantisani A, Grassi G: Anxiety as a core aspect of schizophrenia. *Curr Psychiatry Rep.* 2013; 15(5):354.

Pallanti S, Quercioli L, Hollander E: Social anxiety in outpatients with schizophrenia: a relevant cause of disability. *Am J Psychiatry* 2004; 161(1):53-58.

Penn DL, Hope DA, Spaulding W, Kucera J: Social anxiety in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 1994;11(3):277–284.

Perry BM, Taylor D, Shaw SK. „You´ve got to have a positive state of mind“: An interpretative phenomenological analysis of hope and first episode psychosis. *Journal of Mental Health* 2007; 16(6): 781-793.

Pescosolido BA, Martin JK, Lang A & Olafsdottir S: Rethinking theoretical approaches to stigma: a Framework Integrating Normative Influences on Stigma (FINIS). *Soc Sci Med.* 2008; 67: 431–440.

Pillman F, Bloink R, Balzuweit S: Personality and social interaction in patients with acute brief psychosis. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2003; 191:503-508.

Pokos V, Castle DJ: Prevalence of comorbid anxiety disorders in schizophrenia spectrum disorders: a literature review. *Curr Psychiatry Rev* 2006; 2:285-307.

Ponešický J: Schizofrenie z psychodynamického a osobnostně strukturálního hlediska. *Čes a Slov Psychiat* 2015, 111 (3): 144–147.

Poyurovsky M, Kriss V, Weisman G, Faragian S, Kurs R, Schneidman M, Fuchs C, Weizman A, Weizman R: Comparison of clinical characteristics and comorbidity in schizophrenia patients with and without obsessive-compulsive disorder: schizophrenic and OC symptoms in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2003; 64(11):1300-1307.

Praško J: Stigmatizace u “psychogenních poruch”. *Psychiatrie* 2001;5(1):32–37.

Preiss M & Vacíř K. Beckova sebesposuzovací škála depresivity pro dospělé. BDI-II. Příručka. Brno: Psychodiagnostika; 1999.

Preiss M, Klose J: Diagnostika poruch osobnosti pomocí teorie C. R. Cloningera. *Psychiatrie* 2001;5:226-231.

Preiss M, Kucharova J, Novak T, Stepanková H: The temperament and character inventory-revised (TCI-R): a psychometric characteristics of the Czech version. *Psychiatr Danub.* 2007; 19(1-2):27-34.

Rapp EK, White-Ajmani ML, Antonius D, Goetz RR, Harkavy-Friedman JM, Savitz AJ, Malaspina D, Kahn JP: Schizophrenia comorbid with panic disorder: evidence for distinct cognitive profiles. *Psychiatry Res* 2012; 197(3):206-211.

Reagu S, Jones R, Kumari V, Taylor PJ: Angry affect and violence in the context of a psychotic illness: A systematic review and meta-analysis of the literature. *Schizophrenia Research* 2013; 146(1):46-52.

Resnick SG, Bond GR, Mueser KT: Trauma and posttraumatic stress disorder in people with schizophrenia. *J Abnorm Psychol.* 2013; 112:415–423.

Revicki DA, Murray M: Assessing health-related quality of life outcomes of drug treatments for psychiatric disorders. *CNS Drugs* 1994; 1:465–476.

Reznik I, Sirota P: Obsessive and compulsive symptoms in schizophrenia: a randomized controlled trial with fluvoxamine and neuroleptics. *J Clin Psychopharmacol* 2000; 20(4):410-416.

Reznik I, Yavin I, Stryjer R, Spivak B, Gonen N, Strous R, Mester R, Weizman A, Kotler M: Clozapine in the treatment of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia patients: a case series study. *Pharmacopsychiatry* 2004; 37(2):52-56.

Ritsher JB & Phelan JC: Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research* 2004; 129: 257–265.

Ritsher JB, Otilingam PO & Grajales M: Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research* 2003; 121:31-49.

Ritsner M, Kurs R, Gibel A, Ratner Y, Endicott J: Validity of an abbreviated Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q-18) for schizophrenia, schizoaffective, and mood disorder patients. *Qual Life Res* 2005; 14:1693–1703.

Romm KL, Melle I, Thoresen C, Andreassen OA, Rossberg JA: Severe social anxiety in early psychosis is associated with poor premorbid functioning, depression, and reduced quality of life. *Comprehensive Psychiatry* 2012; 53(5):434–440.

Rüsch N, Corrigan PW, Powell K, Rajah A, Olschewski M, Wilkniss S & Batia K: A Stress-Coping Model of Mental Illness Stigma: II. Emotional Stress Responses, Coping Behavior and Outcome. *Schizophrenia Research* 2009; 110: 65-71.

Sa AR, Hounie AG, Sampaio AS, Arrais J, Miguel EC, Elkis H: Obsessive-compulsive symptoms and disorder in patients with schizophrenia treated with clozapine or haloperidol. *Compr Psychiatry* 2009; 50(5):437-442.

Schäfer I, Fisher HL: Childhood trauma and posttraumatic stress disorder in patients with psychosis: clinical challenges and emerging treatments. *Curr Opin Psychiatry* 2011; 24(6): 514-518.

Schirmbeck F, Esslinger C, Rausch F, Englisch S, Meyer-Lindenberg A, Zink M: Antiserotonergic antipsychotics are associated with obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. *Psychol Med* 2011; 41(11):2361-2373.

Schirmbeck F, Rausch F, Englisch S, Eifler S, Esslinger C, Meyer-Lindenberg A, Zink M: Stable cognitive deficits in schizophrenia patients with comorbid obsessive-compulsive symptoms: a 12-month longitudinal study. *Schizophr Bull.* 2013; 39(6):1261-1271.

Schirmbeck F, Rausch F, Englisch S, Eifler S, Esslinger C, Meyer-Lindenberg A, Zink M: Differential effects of antipsychotic agents on obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: a longitudinal study. *J Psychopharmacol.* 2013; 27(4):349-357.

Schrank B, Amering M, Hay AG, Weber M, Sibitz I: Insight, positive and negative symptoms, hope, depression and self-stigma: a comprehensive model of mutual influences in schizophrenia spectrum disorders. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2014; 23(3): 271-279.

Schulze B & Angermeyer MC: Subjective experiences of stigma: A focus group study of schizophrenic patients, their relatives, and mental health professionals. *Social Science and Medicine* 2003; 56: 299-312.

Seedat F, Roos JL, Pretorius HW, Karayiorgou M, Nel B: Prevalence and clinical characteristics of obsessive-compulsive disorder and obsessive compulsive symptoms in Afrikaner schizophrenia and schizoaffective disorder patients. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)* 2007b; 10(4):219-224.

Seedat S, Fritelli V, Oosthuizen P, Emsley RA, Stein DJ: Measuring anxiety in patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2007a; 195(4):320-324.

Segalovich J, Doron A, Behrbalk P, Kurs R, Romem P. Internalization of stigma and self-esteem as it affects the capacity for intimacy among patients with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs.* 2013; 27(5):231-234.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC: The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998; 59 Suppl 20:22-33;quiz 34-57. Review.

Sideli L, Mule A, La Barbera D, Murray RM: Do Child Abuse and Maltreatment Increase Risk of Schizophrenia? *Psychiatry Investig* 2012; 9(2):87-99.

Sidlova M, Prasko J, Jelenova D, Kovacsova A, Latalova K, Sigmundova Z, Vrbova K: The quality of life of patients suffering from schizophrenia – a comparison with healthy controls. *Biomed Pap*. 2011; 155(2):173–180.

Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS, Perlick DA, Raue P, Friedman SJ & Meyers BS: Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 479-481.

Skantze K, Malm U, Dencker SJ, May PR, Corrigan P. Comparison of the quality of life with standard of living in schizophrenic out-patients. *Br J Psychiatry* 1992; 161:797–801.

Smith MJ, Cloninger CR, Harms MP, Csernansky JG: Temperament and character as schizophrenia-related endophenotypes in non-psychotic siblings. *Schizophrenia Research* 2008; 104 (1), 198–205.

Snyder CR (Ed.): *Handbook of Hope: Theory, Measures, & Applications*. New York: Academic Press 2000.

Snyder CR, Rand KL & Sigmon DR: Hope theory: A member of positive psychology family. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 257-276). New York: Oxford University Press 2002.

Svrakić DM, Draganić S, Hill K, Bayon C, Przybeck TR, Cloninger C R. Temperament, character, and personality disorders: Etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2002; 106: 189-195.

Svrakić, NM, Svrakić DM, Cloninger CR. A general quantitative theory of personality development: Fundamentals of a self-organizing psychobiological complex. *Development and Psychopathology*, 1996; 8(1): 247-272.

Tang IC, Wu HC. Quality of life and self-stigma in individuals with schizophrenia. *Psychiatr Q*. 2012; 83(4):497–507.

Tarrier N, Khan S, Cater J, Picken A. The subjective consequences of suffering a first episode psychosis: trauma and suicide behaviour. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007; 42(1):29-35.

Tomida K, Takahashi N, Saito S, Maeno N, Iwamoto K, Yoshida K, Kimura H, Iidaka T and Ozaki N. Relationship of psychopathological symptoms and cognitive function to subjective quality of life in patients with chronic schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci* 2010; 64:62–69.

Tsang HW, Fung KM, Chung RC: Self-stigma and stages of change as predictors of treatment adherence of individuals with schizophrenia. *Psychiatry Res* 2010; 180(1):10-15.

Üçok A, Ceylan ME, Tihan AK, Lapçin S, Ger C, Tükel R: Obsessive compulsive disorder and symptoms may have different effects on schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2011; 35(2):429-433.

Ulas H, Alptekin K, Akdede BB, Tumuklu M, Akvardar Y, Kitis A, Polat S: Panic symptoms in schizophrenia: comorbidity and clinical correlates. *Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 61(6):678-680.

Ulas H, Polat S, Akdede BB, Alptekin K: Impact of panic attacks on quality of life among patients with schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 2010; 34(7):1300–1305.

Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieverse R, Lataster T, Viechtbauer W, Read J, van Os J, Bentall RP: Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies. *Schizophr Bull* 2012; 38:661–671.

Vauth R, Kleim B, Wirtz M, Corrigan PW. Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2007; 150: 71–80.

Villares CC & Sartorius N: Challenging the stigma of schizophrenia. *Rev Bras Psiquiatr* 2003; 25: 1–2.

Vogel M, Schatz D, Spitzer C, Kuwert P, Moller B, Freyberger HJ, Grabe HJ: A more proximal impact of dissociation than of trauma and posttraumatic stress disorder on schneiderian symptoms in patients diagnosed with schizophrenia. *Compr Psychiatry*. 2009; 50(2):128-134.

Voges M, Addington J: The association between social anxiety and social functioning in first episode psychosis. *Schizophrenia research* 2005; 76(2-3):287-289.

Vrbová K, Kamarádová D, Látalová K, Ocisková M, Praško J, Mainerová B, Cinculová A, Kubínek R & Ticháčková A: Self-stigma and adherence to medication in patients with psychotic disorders – cross-sectional study. *Neuroendocrinol Lett* 2014; 35(7):645–652.

Vrbová K, Praško J, Kamarádová D, Černá M, Ocisková M, Látalová K, Sedláčková Z: Comorbid anxiety disorders in patients with schizophrenia. *Activitas Nervosa Superior Rediviva* 2013; 55(1-2):40-46.

Wahl OF: Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*. 1999; 25:467–478.



Wang XQ, Petrini MA, Morisky DE. Predictors of quality of life among Chinese people with schizophrenia. *Nurs Health Sci*. 2016 Apr 25. doi: 10.1111/nhs.12286. [Epub ahead of print]

Wartelsteiner F, Mizuno Y, Frajo-Apor B, Kemmler G, Pardeller S, Sondermann C, Welte A, Fleischhacker WW, Uchida H, Hofer A. Quality of life in stabilized patients with schizophrenia is mainly associated with resilience and self-esteem. *Acta Psychiatr Scand*. 2016 Aug 6. doi: 10.1111/acps.12628. [Epub ahead of print]

Watson AC, Corrigan PW, Larson JE & Sells M: Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*. 2007; 33: 1312–1318.

Wegener S, Redoblado-Hodge MA, Lucas S, Fitzgerald D, Harris A, Brennan J. Relative contributions of psychiatric symptoms and neuropsychological functioning to quality of life in first-episode psychosis. *Aust N Z J Psychiatry* 2005; 39:487–492.

Wegener S, Redoblado-Hodge MA, Lucas S, Fitzgerald D, Harris A, Brennan J. Relative contributions of psychiatric symptoms and neuropsychological functioning to quality of life in first-episode psychosis. *Aust N Z J Psychiatry* 2005; 39:487–492.

West ML, Yanos PT, Smith SM, Roe D & Lysaker PH: Prevalence of internalized stigma among persons with severe mental illness. *Stigma Research and Action* 2011; 1:3–10.

Wetherell JL, Palmer BW, Thorp SR, Patterson TL, Golshan S, Jeste DV: Anxiety symptoms and quality of life in middle-aged and older outpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *J Clin Psychiatry* 2003; 64(12):1476-1482.

Yamauchi K, Aki H, Tomotake M, Iga J, Numata S, Motoki I, Izaki Y, Tayoshi S, Kinouchi S, Sumitani S, Tayoshi S, Takikawa Y, Kaneda Y, Taniguchi T, Ishimoto Y, Ueno S, Ohmori T: Predictors of subjective and objective quality of life in outpatients with schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci* 2008; 62:404–411.

Yanos PT, Roe D & Lysaker PH: The impact of illness identity on recovery from severe mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 2010; 13:73–93.

Yanos PT, Roe D, Markus K & Lysaker PH: Pathways Between Internalized Stigma and Outcomes Related to Recovery in Schizophrenia Spectrum Disorders. *Psychiatric Services* 2008; 59(12):1437-1442.

Yen CF, Chen CC, Lee Y, Tang TC, Ko CH & Yen JY: Association between quality of life and self-stigma, insight, and adverse effects of medication in patients with depressive disorders. *Depress Anxiety* 2009; 26(11): 1033-1039.

Yen CF, Chen CC, Lee Y, Tang TC, Yen JY, Ko CH: Self-Stigma and Its Correlates Among Outpatients With Depressive Disorders. *Psychiatric Services* 2005; doi: 10.1176/appi.ps.56.5.599

Young S, Pfaff D, Lewandowski KE, Ravichandran C, Cohen BM, Öngür D: Anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder, schizophrenia and schizoaffective disorder. *Psychopathology*. 2013; 46(3):176-185.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ADHS	Dotazník dispoziční škály naděje pro dospělé
BAI	Beckův inventář úzkosti
BDI-II	Beckův inventář deprese
CGI-O	Celkový klinický dojem – objektivní škála
CGI-S	Celkový klinický dojem – sebeposuzovací škála
CO	Kooperativnost, Spolupráce (Cloningerův osobnostní rys)
DAI-10	Dotazník postoje pacienta k medikaci
DSM	Diagnostický a statický manuál duševních poruch
GAD	Generalizovaná úzkostná porucha
HA	Vyhýbání se ohrožení (Cloningerův osobnostní rys)
ISMI	Škála internalizovaného stigmatu psychických poruch
LSAS	Liebowitzova škála sociální fobie
M.I.N.I.	Mini mezinárodní neuropsychiatrické vyšetření
MKN-10	Desátá revize mezinárodní klasifikace nemocí
NS	Vyhledávání nového (Cloningerův osobnostní rys)
OCD	Obsedantně kompulzivní porucha
PANSS	Škála pozitivních a negativních příznaků schizofrenie
PS	Persistence, Vytrvalost (Cloningerův osobnostní rys)
PTSD	Posttraumatická stresová porucha
Q-LES-Q	Dotazník kvality života
RD	Závislost na odměně (Cloningerův osobnostní rys)
SCID	Strukturovaný rozhovor pro poruchy klasifikačního systému DSM
SD	Sebeřízení (Cloningerův osobnostní rys)
ST	Sebepřesah (Cloningerův osobnostní rys)
TCI-R	Inventář temperamentu a charakteru, revidovaná verze
WHO	Světová zdravotnická organizace

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1	<i>Trojdimenzionální model temperamentu</i>	str. 21
Obr. 2	<i>Procentuální zastoupení jednotlivých poruch schizofrenního okruhu, typů partnerského vztahu a úrovní dosaženého vzdělání</i>	str. 53
Obr. 3	<i>Průměrné hodnoty celkového skóru ISMI podle vzdělání</i>	str. 56
Obr. 4	<i>Průměrné hodnoty celkového skóru DAI-10 podle úrovně dosaženého vzdělání</i>	str. 56
Obr. 5	<i>Procenta pacientů, kteří v minulosti vysadili medikaci o vlastní vůli podle úrovně dosaženého vzdělání</i>	str. 57
Obr. 6	<i>Lineární regrese mezi celkovým skórem v ISMI a adherencí</i>	str. 59
Obr. 7	<i>Porovnání kvality života při rozdělení pacientů podle různých demografických kritérií</i>	Str. 72
Obr. 8	<i>Lineární regrese mezi PANSS a Q-LES-Q</i>	Str. 74
Obr. 9	<i>Lineární regrese mezi LSAS a Q-LES-Q</i>	Str. 74
Obr. 10	<i>Lineární regrese vztahu ADHS a Q-LES-Q</i>	Str. 75
Obr. 11	<i>Lineární regrese mezi ISMI a Q-LES-Q</i>	Str. 76
Obr. 12	<i>Lineární regrese mezi Q-LES-Q a rysy osobnosti Vyhýbání se ohrožení, Persistence a Sebeřízení</i>	Str. 77
Obr. 13	<i>Porovnání průměrného skóre Q-LES-Q u skupiny pacientů bez komorbidní sociální fobie se skupinou pacientů s komorbidní sociální fobí</i>	Str. 78
Obr. 14	<i>Pacienti s komorbidní sociální fobí a bez této komorbidity – porovnání skupin v demografických údajích</i>	Str. 82
Obr. 15	<i>Pacienti s komorbidní sociální fobí a bez této komorbidity – porovnání skupin v závažnosti příznaků</i>	Str. 84

Obr. 16	<i>Pacienti s komorbidní sociální fobií a bez této komorbidity – porovnání skupin podle ADHS a ISMI</i>	Str. 85
Obr. 17	<i>Pacienti bez komorbidity se sociální fobií a s touto komorbiditou porovnání skupin podle rysů osobnosti v TCI-R</i>	Str. 85
Obr. 18	<i>Porovnání pacientů bez komorbidní depresivní poruchy s pacienty s komorbidní depresivní poruchou v jednotlivých posuzovacích stupnicích hodnotících závažnost poruchy a závažnost psychopatologie</i>	Str. 88
Obr. 19	<i>Porovnání pacientů bez komorbidní depresivní poruchy s pacienty s komorbidní depresivní poruchou v dotaznicích posuzujících míru naděje (ADHS) a sebestigmatizaci (ISMI)</i>	Str. 89
Obr. 20	<i>Pacienti bez komorbidní depresivní poruchy či dystymie a pacienti bez této komorbidity – porovnání skupin podle rysů osobnosti v TCI-R</i>	Str. 90
Obr. 21	<i>Model možného vzájemného působení osobnostních faktorů, psychopatologie a kvality života</i>	Str. 94

## SEZNAM TABULEK

Tab. 1	<i>Základní charakteristiky temperamentu a charakteru podle Cloningera</i>	str. 22
Tab. 2	<i>PANSS - Škála pozitivních a negativních příznaků schizofrenie</i>	str. 32
Tab. 3	<i>Popis souboru (Studie I)</i>	str. 40
Tab. 4	<i>Korelační koeficienty a jejich statistická významnost mezi mírou sebestigmatizace a vybranými demografickými či klinickými faktory (Studie I)</i>	str. 41
Tab. 5	<i>Porovnání sebestigmatizace u různých podskupin pacientů podle pohlaví, zaměstnanosti, manželského stavu, partnerství, důchodu a vzdělání (Studie I)</i>	str. 45
Tab. 6	<i>Mnohočetná regresní analýza s celkovým skórem ISMI jako závislou proměnnou (Studie I)</i>	str. 46
Tab. 7	<i>Demografická a klinická data v průměrech a směrodatných odchylkách u celého souboru a pacientů, kteří vyplnili všechny dotazníky (Studie II)</i>	str. 52
Tab. 8	<i>Sebestigmatizace, adherence a vysazování léků ve vztahu k hereditární psychiatrické zátěži, pohlaví, partnerskému vztahu a vysazování medikace v minulosti (Studie II)</i>	str. 55
Tab. 9	<i>Korelace ISMI a DAI-10 s demografickými a klinickými daty (Studie II)</i>	str. 58
Tab. 10	<i>Posuzovací stupnice a dotazníky použité ve studii III</i>	str. 66
Tab. 11	<i>Popis souboru (Studie III)</i>	str. 70
Tab. 12	<i>Korelace mezi demografickými a klinickými faktory, nadějí, kvalitou života a sebestigmatizací (Studie III)</i>	str. 71
Tab. 13	<i>Porovnání závažnosti poruchy, sebestigmatizace, naděje a kvality života u různých podskupin pacientů podle pohlaví, zaměstnanosti, partnerství, důchodu a vzdělání (Studie III)</i>	str. 73

Tab. 14	<i>Vztah osobnostních rysů k demografickým faktorům, závažnosti psychopatologie, sebestigmatizaci, naději a kvalitě života (Studie III)</i>	str. 76
Tab. 15	<i>Porovnání pacientů bez komorbidní sociální fobie s pacienty s komorbidní sociální fobií (Studie III)</i>	str. 79
Tab. 16	<i>Porovnání pacientů bez komorbidity s depresivní poruchou či dystymií s pacienty s komorbidní depresivní poruchou či dystymií (Studie III)</i>	str. 80
Tab. 17	<i>Mnohočetná regresní analýza s celkovým skórem Q-LES-Q jako závislou proměnnou (Studie III)</i>	str. 82
Tab. 18	<i>Výsledky logistické regrese se závislou proměnnou komorbidní sociální fobie versus bez komorbidity (Studie III)</i>	str. 86
Tab. 19	<i>Výsledky logistické regrese se závislou proměnnou komorbidní depresivní porucha nebo dystymie (Studie III)</i>	str. 91
Tab. 20	<i>Mnohočetná regresní analýza s celkovým skórem CGI-O jako závislou proměnnou (Studie III)</i>	str. 92
Tab. 21	<i>Mnohočetná regresní analýza s celkovým skórem PANSS jako závislou proměnnou (Studie III)</i>	str. 92

## PUBLIKACE

### Publikace s IF související s tématem práce:

**Vrbová K**, Kamarádová D, Látalová K, Ocisková M, Praško J, Mainerová B, Cinculová A, Kubínek R, Ticháčková A. Self-stigma and adherence to medication in patients with psychotic disorders--cross-sectional study. *Neuro Endocrinol Lett.* 2014; 35(7):645-652.

*IF=0,799*

**Vrbova K**, Prasko J, Holubova M, Kamaradova D, Ociskova M, Marackova M, Latalova K, Grambal A, Slepecky M, Zatkova M. Self-stigma and schizophrenia: a cross-sectional study. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2016; 12:3011-3020.

*IF= 1.867*

**Vrbova K**, Prasko J, Ociskova M, Kamaradova D, Marackova M, Holubova M, Grambal A, Slepecky M, Latalova K. Quality of life, self-stigma, and hope in schizophrenia spectrum disorders: a cross-sectional study. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2017; 13:567-576.

*IF= 1.867*

Holubova M, Prasko J, Latalova K, Ociskova M, Grambal A, Kamaradova D, **Vrbova K**, Hruby R. Are self-stigma, quality of life, and clinical data interrelated in schizophrenia spectrum patients? A cross-sectional outpatient study. *Patient Prefer Adherence.* 2016; 10:265-274.

poslední IF za rok 2015 *IF=1,718*

Ociskova M, Prasko J, Kamaradova D, Grambal A, Kasalova P, Sigmundova Z, Latalova K, **Vrbova K**. Coping strategies, hope, and treatment efficacy in pharmaco-resistant inpatients with neurotic spectrum disorders. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2015; 11:1191-1201.

*IF= 1,867*

Ocisková M, Praško J, Kamarádová D, Látalová K, Kurfürst P, Dostálová L, Cinculová A, Kubínek R, Mainerová B, **Vrbová K**, Ticháčková A. Self-stigma in psychiatric patients--standardization of the ISMI scale. *Neuro Endocrinol Lett.* 2014; 35(7):624-632.

***IF=0,799***

Sidlova M, Prasko J, Jelenova D, Kovacsova A, Latalova K, Sigmundova Z, **Vrbova K**. The quality of life of patients suffering from schizophrenia--a Comparison with healthy controls. *Biomedical Papers*, 2011; 155(2):173-180.

***IF=0,702***

Kamaradova D, Latalova K, Prasko J, Kubinek R, **Vrbova K**, Mainerova B, Cinculova A, Ociskova M, Holubova M, Smoldasova J, Tichackova A. Connection between self-stigma, adherence to treatment, and discontinuation of medication. *Patient Preference and Adherence* 2016; 10:1289-1298.

poslední IF za rok 2015 ***IF=1,718***

### **Další publikace s IF:**

Kamaradova D, Prasko J, Latalova K, Panackova L, Svancara J, Grambal A, Sigmundova Z, Ociskova M, Bares V, Cakirpaloglu S, Jelenova D, Kasalova P, Kovacsova A, **Vrbova K**. Psychometric properties of the Czech version of the Beck Anxiety Inventory - comparison between diagnostic groups. *Neuro Endocrinol Lett.* 2015; 36(7):706-712.

***IF=0,946***

Sedlácková Z, Kamarádová D, Prasko J, Látalová K, Ocisková M, Ocisková M, Cinculová A, Kubínek R, Mainerová B, Tichackova A, **Vrbová K**. Treatment adherence and self-stigma in patients with depressive disorder in remission – A cross-sectional study. *Neuro Endocrinol Lett.* 2015;36(2):171-177.

***IF=0,946***



Latalova K, Prasko J, Pastucha P, Grambal Ales, Kamaradova D, Diveky T, Jelenova D, Mainerova B, **Vrbova K**. Bipolar affective disorder and dissociation – comparison with healthy controls. Biomedical Papers, 2011; 155: 181-186.

*IF=0,702*

Prasko J, **Vrbova K**, Latalova K, Mainerova B. Psychoeducation for psychotic patients. Biomedical Papers, 2011; 155(4):385-395.

*IF=0,702*

Cinculová A, Kamarádová D, Ocisková M, Praško J, Látalová K, **Vrbová K**, Mainerová B, Kubínek R, Ticháčková A, Jelenová D, Sandoval A, Havlíková P. Adherence, self-stigma and discontinuation of pharmacotherapy in patients with anxiety disorders – cross-sectional study. Neuroendocrinol Lett 2016; in press.

poslední IF za rok 2015 *IF= 0.946*

### **Anglická recenzovaná periodika bez impakt faktorů**

**Vrbová K**, Praško J, Kamarádová D, Černá M, Ocisková M, Látalová K, Sedláčková Z. Comorbid anxiety disorders in patients with schizophrenia. Act Nerv Super Rediviva 2013; 55(1–2): 40–46.

Prasko J, Diveky T, Grambal Aleš, Kamarádová D, Látalová K, Mainerová B, **Vrbová K**, Trčová A. Narrative cognitive behavioral therapy for psychosis. Activitas Nervosa Superior Rediviva 2010; 52(1): 135-146.

Prasko J, Kamaradova D, Cakirpaloglu S, Talova B, Diveky T, Grambal Ales, Jelenova D, Kovacsova A, Latalova K, Ociskova M, Sedlackova Z, Sigmundova Z, Silhan P, **Vrbova K**, Zapletalova J. Predicting the therapeutic response to intensive psychotherapeutic programs in patients with neurotic spectrum disorder. Activitas Nervosa Superior Rediviva 2015; 57(1-2): 30-39.

Hajda M, Kamaradova D, Latalova K, Prasko J, Ociskova M, Mainerova B, Cinculova A, **Vrbova K**, Kubinek R, Tichackova A. Self-stigma, treatment adherence, and medication discontinuation in patients with bipolar disorders in remission – a cross sectional study. *Activitas Nervosa Superior Rediviva* 2015; 57(1–2): 6–11.

Sandoval A, Vyskocilova J, Hruba R, Prasko J, Jelenova D, Kamaradova D, Latalova K, Ociskova M, **Vrbova K**. Childhood bullying experiences as a factor predisposing to mental problems in adulthood. *Activitas Nervosa Superior Rediviva* 2015; 57 (4):112-121.

### **Recenzovaná periodika v českém jazyce:**

**Vrbová K**, Praško J. Nácvik sociálních dovedností u pacientů se schizofrenií. *Psychiatrie* 2016; 20(1); 5-12.

**Vrbová K**, Kamarádová D, Látalová K, Praško J, Cinculová A, Kubínek R, Mainerová B, Ocisková M, Ticháčková A. Sebestigmatizace, adherence k léčbě a vysazování medikace u psychotických poruch – průřezová studie. *Čes a slov Psychiat* 2015; 111(3): 119–126.

**Vrbová K**, Praško J, Ocisková M, Možný P, Jelenová D, Mainerová B, Kamarádová D. Kognitivně-behaviorální terapie chronických bludů. *Psychiatrie* 2014; 18(2): 60-68.

**Vrbová K**, Praško J, Látalová K, Kamarádová D, Ocisková M, Mainerová B, Jelenová D, Grambal Aleš, Ticháčková A, Sedláčková Z. Schizofrenie a úzkostné poruchy. *Postgraduální medicína* 2014; 16(6): 660-665.

**Vrbová K**, Praško J, Ocisková M, Látalová K, Jelenová D. Schizofrenie a panická porucha. *Psychiatrie pro praxi* 2015; 16(1e):e27-e35.

**Vrbová K**, Praško J, Ocisková M, Šmejkalová L. Kognitivně behaviorální terapie chronických halucinací. *Psychiatrie pro praxi* 2014; 15(3): 117–124.

Cinculová A, Kamarádová D, Ocisková M, Praško J, Látalová K, **Vrbová K**, Kubínek R, Mainerová B, Ticháčková A. Sebestigmatizace, adherence k léčbě a vysazování medikace u úzkostných poruch – průřezová studie. *Ceska a Slovenska Psychiatrie* 2015; 111 (1): 577–583.

Hajda M, Kamarádová D, Látalová K, Praško J, Ocisková M, Cinculová A, **Vrbová K**, Kubínek R, Mainerová B, Ticháčková A. Sebestigmatizace, adherence k léčbě a vysazování medikace u pacientů s bipolární poruchou v remisi – průřezová studie. *Psychiatrie pro praxi* 2015; 16(2e): e23–e32.

Ocisková M, Praško J, **Vrbová K**, Kamarádová D, Jelenová D, Látalová K, Mainerová B, Sedláčková Z, Ticháčková A. Stigmatizace a sebestigmatizace u pacientů se schizofrenií. *Čes a slov Psychiat* 2014; 110(5): 250–258.

Ocisková M, Praško J, Dostálová L, Kamarádová D, Látalová K, Cinculová A, Kubínek R, Mainerová B, **Vrbová K**, Ticháčková A. Sebestigmatizace u psychiatrických pacientů – standardizace škály ISMI. *Čes a slov Psychiat* 2014; 110(6): 301–310.

Praško J, Ocisková M, Kamarádová D, Látalová K, **Vrbová K**, Sedláčková Z, Jelenová D, Havlíková P, Mainerová B. Kognitivně-behaviorální terapie a dialekticko-behaviorální terapie u suicidálních pacientů. *Psychiatrie* 2014;18(1): 8-17.

Praško J, Sandoval A, Jelenová D, Kamarádová D, Divéky T, Látalová K, Sigmundová Z, **Vrbová K**. Použití terapeutických dopisů ke zpracování traumatických emocí z dětství. *Psychiatr pro praxi* 2012; 13(1): 38–41.

## **Autorství (spoluautorství) pedagogické publikace či monografie (kapitoly)**

### **Kapitoly v učebnicích:**

Praško J, Cakirpaloglu S, Cinculová A, Suchý A, **Vrbová K**. Psychoterapie. In: Praško J (eds): Obecná psychiatrie. Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta, Olomouc 2011; 246-313.

Praško J, **Vrbová K**, Demlová B. Obsedantně-kompulzivní porucha. In: Praško J, Látalová K, Ticháčková A, Stárková L (eds): Klinická psychiatrie. Tigis, Praha 2011: 337-349.

Praško J, Hunková M, Grambal Aleš, Jelenová D, **Vrbová K**. Akutní reakce na stres a poruchy přizpůsobení. In: Praško J, Látalová K, Ticháčková A, Stárková L (eds): Klinická psychiatrie. Tigis, Praha 2011: 350-373.

Praško J, Sigmundová Z, Demlová B, Jelenová D, **Vrbová K**. Somatoformní poruchy. In: Praško J, Látalová K, Ticháčková A, Stárková L (eds): Klinická psychiatrie. Tigis, Praha 2011: 374-388.

Praško J, Pastucha P, Kamarádová D, **Vrbová K**. Disociativní poruchy. In: Praško J, Látalová K, Ticháčková A, Stárková L (eds): Klinická psychiatrie. Tigis, Praha 2011: 389-408.

Látalová K, Praško J, Sigmundová Z, Havlíková P, **Vrbová K**. Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy. In: Praško J, Látalová K (eds): Psychiatrie v primární péči. Mladá Fronta a.s., Praha 2013; 341-385.

## **Abstrakta z mezinárodních konferencí:**

**Vrbova K**, Prasko J, Latalova K, Kamaradova D, Ociskova M, Cinculova A, Mainerova B, Jelenova D, Kubinek R. Self-stigma, treatment adherence and discontinuation of the medication in psychotic patients-cross sectional study. *European Psychiatry* 2015; 30 (Suppl 1): Meeting Abstract: 1701, Abstracts of the 23rd European Congress of Psychiatry. Wien 28–31 March 2015, Austria.

**Vrbova K**, Kotianova A, Slepecky M, Prasko J, Ociskova M, Latalova K, Kamaradova D, Sedlackova Z, Sandoval A, Havlikova P. Comorbidity of schizophrenia and social phobia. *European Psychiatry* 2015; 30 (Suppl 1): Meeting Abstract: 1712, Abstracts of the 23rd European Congress of Psychiatry. Wien 28–31 March 2015, Austria.

**Vrbova K**, Slepecky M, Kotianova A, Prasko J, Ociskova M. Cognitive behavioral therapy of chronic positive psychotic symptoms. *European Psychiatry* 2015; 30 (Suppl 1): Meeting Abstract: 1711, Abstracts of the 23rd European Congress of Psychiatry. Wien 28–31 March 2015, Austria.

**Vrbova K**, Kotianova A, Slepecky M, Prasko J, Ociskova M, Latalova K, Kamaradova D, Jelenova D. Schizophrenia and panic disorder. *European Psychiatry* 2015; 30 (Suppl 1): Meeting Abstract: 1714, Abstracts of the 23rd European Congress of Psychiatry. Wien 28–31 March 2015, Austria.

**Vrbova K**, Slepecky M, Prasko J, Kotianova A, Smejkalova L, Ociskova M. Cognitive behavioral therapy of chronic hallucinations *European Psychiatry* 2015; 30 (Suppl 1): Meeting Abstract: 1638, Abstracts of the 23rd European Congress of Psychiatry. Wien 28–31 March 2015, Austria.

**Vrbova K**, Prasko J, Cerna M, Grambal A, Jelenova D, Kamaradova D, Latalova K, Ociskova M, Sedlackova Z, Sigmundova Z. The quality of life of patients suffering from schizophrenia - a comparison with healthy controls. *European Psychiatry* 2013; 28 (Suppl 1) Meeting Abstract: 1222, Abstracts of the 21st European Congress of Psychiatry 2013, Nice, France.

**Vrbova K**, Prasko J, Kamaradova D, Sigmundova Z, Diveky T, Latalova K, Mainerova B, Sandoval A, Grambal A. Narrative cognitive behavior therapy for psychosis. *European Psychiatry* 2012; 27 (Suppl 1) Meeting Abstract: 1174, Abstracts of the 20th European Congress of Psychiatry 2012.

**Vrbova K**, Sidlova M, Prasko J, Jelenova D, Latalova K. The quality of life of patients suffering from schizophrenia - a comparison with healthy controls. *European Psychiatry* 2012; 27 (Suppl 1) Meeting Abstract: P-1325, Abstracts of the 20th European Congress of Psychiatry 2012.

**Vrbova K**, Prasko J, Kamaradova D, Sigmundova Z, Diveky T, Latalova K, Mainerova B, Trcova A, Grambal Ales: Narrative cognitive behavior therapy for psychosis. 7th International Congress of Cognitive Psychotherapy. June 2-5, 2011, Istanbul – Turkey.

**Vrbova K**, Prasko J, Jelenova D, Kovacsova A, Latalova K, Sigmundova Z. The quality of life of patients suffering from schizophrenia - a comparison with healthy controls. *European Psychiatry* 2011; 26 (Suppl 1) Meeting Abstract: P03-355, Abstracts of the 19th European Congress of Psychiatry 2011. Wien, Austria.

Cinculova A, Kamaradova D, Ociskova M, Prasko J, Latalova K, **Vrbova K**, Mainerova B, Kubinek R, Tichackova A, Jelenova D, Sandoval A, Havlikova P. Adherence, self-stigma and discontinuation of pharmacotherapy in anxiety disorders - cross-sectional study. *European Psychiatry* 2015; 30 (Suppl 1) Meeting Abstract: 1113. Abstracts of the 23rd European Congress of Psychiatry. Wien 28–31 March 2015, Austria.

Kamaradova D, Prasko J, Latalova K, Mainerova B, Ociskova M, Cinculova A, **Vrbova K**, Jelenova D. Self-stigmatization, treatment adherence and discontinuation of medication: cross-sectional study. *European Psychiatry* 2015; 30 (Suppl 1): Meeting Abstract: 1599, Abstracts of the 23rd European Congress of Psychiatry. Wien 28–31 March 2015, Austria.

Kamaradova D, Cinculova A, Prasko J, Latalova K, Ociskova M, **Vrbova K**, Mainerova B, Tichackova A. Adherence, Self-stigma and discontinuation of pharmacotherapy in patients with anxiety disorders: cross-sectional study. *European Psychiatry* 2015; 30 (Suppl 1): Meeting Abstract: 1116, Abstracts of the 23rd European Congress of Psychiatry. Wien 28–31 March 2015, Austria.

Latalova K, Prasko J, Kamaradova D, Jelenova D, **Vrbova K**, Grambal A, Mainerova B, Ociskova M. Psychoeducation and internet based CBT psychoeducation for patients with bipolar affective disorder. *European Psychiatry* 2015; 30 (Suppl 1): Meeting Abstract: 1147, Abstracts of the 23rd European Congress of Psychiatry. Wien 28–31 March 2015, Austria.

Ociskova M, Prasko J, Latalova K, Kamaradova D, Kubinek R, Sigmundova Z, Grambal A, Mainerova B, Cinculova A, Tichackova A, **Vrbova K**, Dostalova L. Self-stigma in psychiatric patients –standardization of the ISMI scale. *European Psychiatry* 2015; 30 (Suppl 1): Meeting Abstract: 0408, Abstracts of the 23rd European Congress of Psychiatry. Wien 28–31 March 2015, Austria.

Ociskova M, Prasko J, Sigmundova Z, Grambal A, Kamaradova D, Latalova K, Jelenova D, **Vrbova K**. Relationship between internalized stigma and treatment efficacy in mixed neurotic spectrum and depressive disorders. *European Psychiatry* 2015; 30 (Suppl 1): Meeting Abstract: 1634, Abstracts of the 23rd European Congress of Psychiatry. Wien 28–31 March 2015, Austria.

Prasko J, Ociskova M, Kamaradova D, Latalova K, **Vrbova K**, Sedlackova Z, Jelenova D, Havlikova P, Mainerova B. Cognitive behavioral therapy and dialectical behavioral therapy in suicidal patients. *European Psychiatry* 2015; 30 (Suppl 1): Meeting Abstract: 0951, Abstracts of the 23rd European Congress of Psychiatry. Wien 28–31 March 2015, Austria.

Prasko J, Ociskova M, Latalova K, Grambal A, Sigmundova Z, Kamaradova D, Jelenova D, **Vrbova K**, Mainerova B, Sedlackova Z. Relationship between internalized stigma and treatment efficacy in mixed neurotic spectrum and depressive disorders. *European Psychiatry* 2014; 29 (Suppl 1) Meeting Abstract: 1296, Abstracts of the 22nd European Congress of Psychiatry 2014, München, Germany

Prasko J, Latalova K, Grambal A, Jelenova D, Kamaradova D, Mainerova B, **Vrbova K**, Ociskova M, Sedlackova Z, Vyskocilova J. Internet based psychoeducative CBT program for the bipolar patients treated with thymostabilisers-6 months follow up. *European Psychiatry* 2014; 29 (Suppl 1) Meeting Abstract: 1272, Abstracts of the 22nd European Congress of Psychiatry 2014, München, Germany.

Latalova K, Prasko J, Diveky T, Kamaradova D, Grambal A, Jelenova D, Mainerova B, Cerna M, Ociskova M, Velartova H, **Vrbova K**. Euthymic bipolar affective disorder patients and their heart rate variability *European Psychiatry* 2013; 28 (Suppl 1) Meeting Abstract: 842, Abstracts of the 21st European Congress of Psychiatry 2013, Nice, France

Latalova K, Prasko J, Diveky T, Cerna M, Grambal A, Jelenova D, Kamaradova D, Mainerova B, **Vrbova K**. Level of dissociation in patients with bipolar affective disorder compared with healthy controls. *European Psychiatry* 2013; 28 (Suppl 1) Meeting Abstract: 838, Abstracts of the 21st European Congress of Psychiatry 2013, Nice, France.

Latalova K, Prasko J, Diveky T, Kamaradova D, Velartova H, Grambal A, Cerna M, Ociskova M, Mainerova B, **Vrbova K**. Comparison of quality of life between patients with bipolar affective disorder, schizophrenia and healthy controls. *European Psychiatry* 2013; 28



(Suppl 1) Meeting Abstract: 841, Abstracts of the 21st European Congress of Psychiatry 2013, Nice, France.

Prasko J, Latalova K, Cerna M, Grambal A, Jelenova D, Kamaradova D, Mainerova B, **Vrbova K**, Ociskova M, Sedlackova Z. Internet based psychoeducative CBT program for bipolar patients treated with tymostabilisers. European Psychiatry 2013; 28 (Suppl 1) Meeting Abstract: 1263, Abstracts of the 21st European Congress of Psychiatry 2013, Nice, France.

Prasko J, Latalova K, Cerna M, Grambal A, Jelenova D, Kamaradova D, Ociskova M, Sedlackova Z, **Vrbova K**, Vyskocilova J. Psychoeducation for patients with bipolar affective disorder. European Psychiatry 2013; 28 (Suppl 1) Meeting Abstract: 1232, Abstracts of the 21st European Congress of Psychiatry 2013, Nice, France.

Prasko J, Sigmundova Z, Grambal A, Kamaradova D, Jelenova D, Sandoval A, Latalova K, **Vrbova K**, Cerna M, Ociskova M, Sedlackova Z. Therapeutic response to intensive psychotherapeutic programs in patients with anxiety disorders. European Psychiatry 2013; 28 (Suppl 1) Meeting Abstract: 844, Abstracts of the 21st European Congress of Psychiatry 2013, Nice, France.

Prasko J, Vyskocilova J, Cerna M, Diveky T, Jelenova D, Kamaradova D, Ociskova M, Sandoval A, Sedlackova Z, **Vrbova K**. Changing the emotional schemas using writing letters to significant caregivers. European Psychiatry 2013; 28 (Suppl 1) Meeting Abstract: 1226, Abstracts of the 21st European Congress of Psychiatry 2013, Nice, France.

Latalova K, Prasko J, Kamaradova D, Grambal A, Diveky T, Jelenova D, Mainerova B, **Vrbova K**. Bipolar affective disorder and dissociation - comparison with healthy controls. European Psychiatry 2012; 27 (Suppl 1) Meeting Abstract: 197, Abstracts of the 20th European Congress of Psychiatry 2012.

Prasko J, Kamaradova D, Diveky T, Grambal A, Jelenova D, Latalova K, Sigmundova Z, **Vrbova K**, Silhan P. Predicting the therapeutic response to intensive psychotherapeutic programs in patients with anxiety disorders. European Psychiatry 2012; 27 (Suppl 1) Meeting Abstract: P-143, Abstracts of the 20th European Congress of Psychiatry 2012.

Prasko J, Kamaradova D, Grambal A, Jelenova D, Latalova K, Sigmundova Z, **Vrbova K**, Silhan P, Vyskocilova J. Personality disorder influence the treatment of social phobia. European Psychiatry 2012; 27 (Suppl 1) Meeting Abstract: P-936, Abstracts of the 20th European Congress of Psychiatry 2012.

Prasko J, Diveky T, Kamaradova D, Sandoval A, Jelenova D, **Vrbova K**, Sigmundova Z, Vyskocilova J. Therapeutic letters - changing the emotional schemas using writing letters to significant caregivers. European Psychiatry 2012; 27 (Suppl 1) Meeting Abstract: P-1165, Abstracts of the 20th European Congress of Psychiatry 2012.

Prasko J, Latalova K, **Vrbova K**, Grambal A, Sandoval A, Havlikova P. Psychoeducation and psychotherapy of schizophrenia patients. European Psychiatry 2012; 27 (Suppl 1) Meeting Abstract: AS17-02, Abstracts of the 20th European Congress of Psychiatry 2012.

Prasko J, Kamaradova D, Grambal A, **Vrbova K**, Jelenova D, Sigmundova Z, Latalova K. Effects of group cognitive behavioral therapy with anxiety disorders. European Psychiatry 2012; 27 (Suppl 1) Meeting Abstract: W02-02, Abstracts of the 20th European Congress of Psychiatry 2012.

Latalova K, Prasko J, Kamaradova D, Kovacsova A, Grambal A, Diveky T, Jelenova D, Mainerova B, **Vrbova K**. Bipolar affective disorder and dissociation - comparison with healthy controls. European Psychiatry 2011; 26 (Suppl 1) Meeting Abstract: P01-210, Abstracts of the 19th European Congress of Psychiatry 2011. Wien, Austria.

Sigmundova Z, Grambal A, Kamaradova D, **Vrbova K**, Jelenova D, Kovacsova A, Bulikova B, Prasko J. Catastrophic scenario in the treatment of hypochondriasis, OCD and anxiety disorders. European Psychiatry 2011; 26 (Suppl 1) Meeting Abstract: P03-160, Abstracts of the 19th European Congress of Psychiatry 2011. Wien, Austria.

Prasko J, Diveky T, Grambal Ales, Jelenova D, Kamaradova D, Latalova K, Mainerova B, Trcova A, **Vrbova K**: Suicidal patients in department of psychiatry university hospital Olomouc 2008-2009. WFSBP Congress 2011. 10th World Congress of Biological Psychiatry 29 May – 2 June 2011, Prague, Czech republic.

Latalova K, Prasko J, Kamaradova D, Kovacsova A, Grambal Ales, Diveky T, Jelenova D, Mainerova B, **Vrbova K**: Bipolar affective disorder and dissociation – comparison with healthy controls. WFSBP Congress 2011. 10th World Congress of Biological Psychiatry 29 May – 2 June 2011, Prague, Czech Republic.

### **Abstrakta z konferencí v ČR:**

Praško J, Látalová K, Kamarádová D, Kovacsová A, Grambal Aleš, Diveky T, Jelenová D, Mainerová B, **Vrbová K**: Bipolární afektivní porucha a disociace - srovnání se zdravými kontrolami. Lázně Jeseník 5.-9.1.2011; Psychiatrie 2011; 15 (suppl 1):48-48.

Praško J, Látalová K, Kamarádová D, Kovacsová A, Grambal Aleš, Diveky T, Jelenová D, Mainerová B, **Vrbová K**: Bipolar affective disorder and dissociation – comparison with healthy controls. Lázně Jeseník 5.-9.1.2011; Psychiatrie 2011; 15 (suppl 1):48-49.

**Vrbová K**, Mainerová B, Trčová A, Procházková M, Látalová K: Proč naši pacienti nechtějí brát léky a co s tím můžeme dělat: Důvody nedostatečné spolupráce při užívání medikace u

psychotických pacientů a možnosti psychoedukace. Lázně Jeseník 5.-9.1.2011; Psychiatrie 2011; 15 (suppl 1):29-29.

**Vrbová K**, Šídlová M, Praško J, Jelenová D, Kovacsová A, Látalová K, Sigmundová Z: The quality of life of patients suffering from schizophrenia in remission on antipsychotics – a comparison with healthy controls. Lázně Jeseník 5.-9.1.2011; Psychiatrie 2011; 15 (suppl 1):52-52.

Prasko J, Kamarádová D, Diveky T, Grambal A, Jelenová D, Látalová K, Sigmundová Z, **Vrbová K**, Silhán P: Predicting the therapeutic response to intensive psychotherapeutic programs in patients with anxiety disorder. Lázně Jeseník 4.-8.1.2012; Psychiatrie 2012; 16 (suppl 1):42-42.

**Vrbová K**, Demlová B, Sandoval A: Denní stacionář pro pacienty s psychotickým onemocněním – možná cesta ke zlepšení adherence v dlouhodobé antipsychotické léčbě. Lázně Jeseník 4.-8.1.2012; Psychiatrie 2012; 16 (suppl 1):45-45.

Demlová B, **Vrbová K**: Spektrum úzkostných poruch a jejich léčba v psychiatrické ambulanci psy FN Olomouc. Lázně Jeseník 4.-8.1.2012; Psychiatrie 2012; 16 (suppl 1):46-46.

Praško J, Grambal A, Jelenová D, Kamarádová D, Sigmundová Z, **Vrbová K**: **Možnosti psychoterapie v lůžkové psychiatrické péči.** Špindlerův Mlýn 7.-10.6.2012;

**Vrbová K**: Pozitivní ovlivnění adherence k medikaci u pacientky po 1. psychotické atace účastí na psychoedukačním programu v denním stacionáři (kazuistika). Lázně Jeseník 4.-8.1.2013; Psychiatrie 2013; 17 (suppl 1):55-55.

Sandoval A, Praško J, Látalová K, Kamarádová D, Grambal A, Sigmundová Z, Ocisková M, **Vrbová K**, Jelenová D, Černá M: Psychoedukační program u pacientů s bipolární afektivní poruchou. Lázně Jeseník 4.-8.1.2013; Psychiatrie 2013; 17 (suppl 1):57-57.

Látalová K, Praško J, Nováková M, Sumová A, Illnerová H, Kamarádová D, Grambal A, Havlíková P, Sandoval A, **Vrbová K**: Hodinové geny u afektivní poruchy - vlastní výsledky. Lázně Jeseník 8.-12.1.2014; Psychiatrie 18 (suppl 1):12-12.

Látalová K, Praško J, Kamarádová D, Grambal A, Mainerová B, **Vrbová K**, Havlíková P, Sandoval A: Nežádoucí účinky léčby BAP a jejich zvládnání. Lázně Jeseník 8.-12.1.2014; Psychiatrie 18 (suppl 1):39-39.

Grambal A, Praško J, Látalová K, Kamarádová D, Mainerová B, **Vrbová K**, Ocisková M, Sedláčková Z: Psychoedukace pacienta s BAP, vedení motivačního rozhovoru. Lázně Jeseník 8.-12.1.2014; Psychiatrie 18 (suppl 1):38-39.

Praško Ján, Látalová K, Grambal A, Havlíková P, Jelenová D, Kamarádová D, Kubínek R, Ocisková M, Sandoval A, Sigmundová Z, Ticháčková A, **Vrbová K**: E-PROBAD - internetový psychoedukační program pro pacienty trpící bipolární poruchou. Lázně Jeseník 8.-12.1.2014; Psychiatrie 18 (suppl 1):39-40.

Praško J, Látalová K, Kamarádová D, Havlíková P, Mainerová B, Sandoval A, **Vrbová K**, Ticháčková A: Chronobiologické nálezy u pacientů s bipolární poruchou v průběhu mánie a v průběhu deprese. Lázně Jeseník 8.-12.1.2014; Psychiatrie 18 (suppl 1): 62-62.

Látalová K, Kamarádová D, Hajda M, Ocisková M, Praško J, **Vrbová K**, Mainerová B, Jelenová D, Grambal A: Psychosociální aspekty selhávání farmakoterapie u bipolární poruchy. Lázně Jeseník 7.-11.1.2015; Psychiatrie 2015; 19 (suppl 1):23.

Kamarádová D, Praško J, Látalová K, Ticháčková A, Kubínek R, Cinculová A, **Vrbová K**: Sebestigmatizace a adherence k psychofarmakologické léčbě. Lázně Jeseník 7.-11.1.2015; Psychiatrie 2015; 19 (suppl 1):24.

Praško J, Látalová K, Kamarádová D, Jelenová D, Ocisková M, Sedláčková Z, Mainerová B, Grambal A, **Vrbová K**: Internetová psychoedukace u pacientů s bipolární afektivní poruchou – roční katamnézy. Lázně Jeseník 7.-11.1.2015; Psychiatrie. 1.2015; 19 (suppl 1):47.

**Vrbová K**, Praško J, Kamarádová D, Ocisková M, Látalová K, Mainerová B, Kubínek R, Ticháčková A, Cinculová A: Sebestigmatizace, adherence k léčbě a vysazování medikace u psychotických poruch – průřezová studie. Lázně Jeseník 7.-11.1.2015; Psychiatrie. 1.2015; 19 (suppl 1):51.

Cinculová A, Kamarádová D, Látalová K, **Vrbová K**, Praško J, Kubínek R, Mainerová B, Ocisková M, Ticháčková A: Sebestigmatizace, adherence k léčbě a vysazování psychofarmak u úzkostných poruch. Lázně Jeseník 7.-11.1.2015; Psychiatrie. 1.2015; 19 (suppl 1):52.