

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta

Katedra psychologie

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Diagnostika PTSD – příspěvek k validizaci pomocí rozhovoru a dotazníkových
metod

Diagnosis of PTSD – A contribution to validization per interview and
questionnaire methods

Michaela Králová

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Marek Preiss, PhD.

Studijní program: Psychologie

Studijní obor: Psychologie

Odevzdáním této diplomové práce na téma *Diagnostika PTSD – příspěvek k validizaci pomocí rozhovoru a dotazníkových metod* potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 16.4.2022

Pro Evu

Děkuji doc. PhDr. Marku Preissovi, PhD. za vypsání tématu této diplomové práce, mnohočetné rady, poznámky a podporu v průběhu sběru dat.

Za podporu při zpracování teoretické části děkuji své rodině a blízkým.

Z celého srdce děkuji svým respondentům za sdílení příběhů, které často zůstávají skryty v hlubinách paměti.

Obsah

Úvod	8
1 Trauma	10
1.1 Definice traumatu	10
1.2 Příčiny traumatu	11
1.2.1 Typy traumatických událostí.....	11
1.2.2 Rizikové faktory pro vznik traumatu	14
1.3 Symptomy traumatu	16
1.4 Důsledky traumatu.....	19
1.5 Shrnutí	21
2 Posttraumatická stresová porucha	22
2.1 Definice	22
2.2 Symptomy PTSD.....	23
2.2.1 Intruzivní symptomy	24
2.2.2 Vyhýbavé chování	26
2.2.3 Změny v myšlení nebo náladě	27
2.2.4 Symptomy týkající se vzrušivosti a reaktivity	28
2.3 Etiologie PTSD.....	29
2.4 Prevalence vzniku PTSD	31
2.5 Diferenciální diagnostika.....	32
2.6 Shrnutí	34
3 Diagnostika PTSD.....	35
3.1 Historie diagnostiky PTSD	35
3.2 Současná diagnostika PTSD.....	37
3.3 Metody užívané pro diagnostiku PTSD.....	43
4 Shrnutí teoretické části	48
5 Cíle výzkumu	50
6 Hypotézy	51
7 Metodologie	53
7.1 Průběh sběru dat	53
8 Metody užívané pro sběr dat	54

9 Výzkumný soubor	59
10 Způsoby zpracování výzkumných dat	61
11 Deskriptivní statistika výzkumných souborů	62
11.1 Demografické údaje	62
11.2 Porovnání výzkumných souborů	64
12 Výsledky	65
12.1 Výsledky metody Life Events Checklist-5	65
12.1.1 Nejhorší prožité traumatické události	66
12.2 Výsledky sebeposuzovacích metod	68
12.2.1 Popisná část	68
12.2.2 Analytická část	71
13 Výsledky stanovených hypotéz	73
14 Diskuze	75
15 Limity	80
Závěr	80
Seznam použitých informačních zdrojů	82
Seznam příloh	97
Seznam tabulek	100

Abstrakt

Cílem diplomové práce je příspěvek k validizaci diagnostických metod Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5 a Life Events Checklist-5 určených pro diagnostiku PTSD. Za tímto účelem byla praktická část této práce zaměřena na hledání rozdílů mezi skupinou respondentů z obecné populace (N = 303) a klinické skupiny osob vystavených traumatu (N = 28). V rámci výzkumu této práce byla vytvořena klinická skupina osob, jimž byla zadávána kritéria PTSD podle DSM-5 a DSM-IV pro posttraumatickou stresovou poruchu. Klinická skupina osob byla podle splněných kritérií DSM-5 rozdělena do skupin „s diagnózou PTSD“ a „s rizikem diagnózy PTSD“.

Výsledky statistické analýzy dat ověřují validitu metody Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5, ve které dosahuje klinické skupina osob s diagnózou PTSD statisticky vyšších výsledků než kontrolní skupina, i skupina osob vystavených traumatu s rizikem diagnózy PTSD. Statisticky významný rozdíl byl nalezen i mezi kontrolní skupinou osob s diagnózou PTSD a skupinou osob z běžné populace v metodách měřících míru úzkostných a depresivních symptomů, potvrzující konvergentní validitu metody Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5.

Skupina osob vystavených traumatu „s rizikem diagnózy PTSD“ se statisticky významně liší od kontrolní skupiny pouze v četnosti prožitých traumatických událostí. Mezi skupinou s diagnózou PTSD a kontrolní skupinou nebyl v metodě zaměřené na četnost prožitých potenciálně traumatických událostí rozdíl. Metoda Life Events Checklist-5 nebyla ověřena jako metoda vypovídající, podle počtu prožitých traumatických událostí, o závažnosti symptomů PTSD.

Literárně přehledová část práce je zaměřena na definici traumatu, s přihlédnutím k rizikovým faktorům pro vznik traumatu, jednotlivým typům traumatických událostí, symptomům a dopadům traumatu. Následně je vymezena posttraumatická stresová porucha (PTSD), její etiologie, prevalence a diferenciální diagnostika. Poslední kapitola literárně přehledové části práce je zaměřena na diagnostiku PTSD – historické proměny v diagnóze PTSD, současnou diagnostiku PTSD a současně využívané diagnostické metody.

Klíčová slova

Trauma, PTSD, LEC-5, PCL-5

Abstract

The aim of the diploma thesis is to contribute to the validation of diagnostic methods Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5 and Life Events Checklist-5 intended for PTSD diagnostics. For this purpose, the practical part of this work focused on finding differences between the group of respondents from the general population (N = 303) and the clinical group of people exposed to trauma (N = 28). As part of the research of this work, a clinical group of persons who were assigned PTSD criteria according to DSM-5 and DSM-IV for posttraumatic stress disorder was created. The clinical group of persons was divided into the groups "diagnosed with PTSD" and "at risk of diagnosed with PTSD" according to the fulfilled DSM-5 criteria.

The results of statistical data analysis verify the validity of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5 method, in which the clinical group of people diagnosed with PTSD achieves statistically higher results than the control group, as well as the group of people exposed to trauma at risk of PTSD. A statistically significant difference was also found between the control group of people diagnosed with PTSD and the group of people from the general population in methods measuring the rate of anxiety and depressive symptoms, confirming the convergent validity of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5 method.

The group of people exposed to trauma "at risk of diagnosing PTSD" differs statistically significantly from the control group only in the frequency of traumatic events. There was no difference between the group diagnosed with PTSD and the control group in the method focused on the frequency of potentially traumatic events. The Life Events Checklist-5 method has not been validated as a method of determining the severity of PTSD symptoms, based on the number of traumatic events experienced.

The literature review part of the thesis is focused on the definition of trauma, taking into account the risk factors for trauma, individual types of traumatic events, symptoms and effects of trauma. In the second capitole is defined posttraumatic stress disorder (PTSD), its etiology, prevalence and differential diagnosis are defined. The last chapter of the literature review part of the thesis is focused on the diagnosis of PTSD – historical changes in the diagnosis of PTSD, the current diagnosis of PTSD and currently used diagnostic methods.

Key words

Trauma, PTSD, LEC-5, PCL-5

Úvod

Cílem diplomové práce je přispění k validizaci diagnostických metod užívaných pro diagnostiku posttraumatické stresové poruchy. Metody Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5 (Weathers et al., 2013) a Life Events Checklist-5 (Weathers et al., 2013) v České republice doposud nebyly validizovány. Za účelem splnění cíle diplomové práce byli sháněni respondenti po prožitku traumatické události, jejíž následky přetrvávají do dnešních dní.

Diplomová práce je členěna na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část diplomové práce je širěji zaměřena na definování traumatu (Kapitola 1), typy traumat a jejich příčiny se zaměřením na objektivní i subjektivní faktory – osobní vulnerabilitu jedince a rizikové faktory pro vznik traumatu. Stručně jsou vymezeny symptomy i důsledky traumatu.

Kapitola 2 je zaměřena na posttraumatickou stresovou poruchu. Kapitola reflektuje současné vymezení PTSD podle DSM-5 (APA, 2013) a vymezuje jednotlivá diagnostická kritéria. Dále je kladen důraz na etiologii a prevalenci poruchy. Poslední část druhé kapitoly je zaměřena na diferenciální diagnostiku PTSD a představuje přemostění do poslední teoretické kapitoly, zabývající se podrobněji diagnostikou PTSD.

Kapitola 3 nastiňuje historický vývoj diagnózy PTSD a reflektuje současné změny diagnózy PTSD v klasifikačních systémech DSM-IV (APA, 1994) a DSM-5 (APA, 2013). Poslední podkapitola této kapitoly je věnována současným diagnostickým metodám užívaným pro diagnostiku PTSD. V poslední podkapitole jsou zmíněny metody, které jsou zkoumány v praktické části této diplomové práce.

Praktická část diplomové práce je zaměřena na hledání rozdílů v sebeposouzení míry traumatizace u běžné populace a u klinické populace. Celkovému počtu 28 respondentů byl zadáván strukturovaný rozhovor Life Events Checklist-5 (Weathers et al., 2013) a následně zadávána diagnostická kritéria PTSD podle DSM-5 (APA, 2013) a DSM-IV (APA, 1994). Celkové vyšetření doprovázela sada sebeposuzovacích metod, zaměřených na úzkostné a depresivní symptomy, negativní zážitky z dětství, kvalitu života a tělesné symptomy.

Výsledná data vycházející ze sebeposuzovacích metod jsou spárována s daty vycházejícími ze studie výskytu traumatizace u běžné populace, probíhající v rámci online šetření NÚDZ od října 2019 do konce roku 2020.

Klinická populace byla pro účely srovnání rozdělena na 2 výzkumné soubory – soubor s udělenou diagnózou PTSD podle diagnostických kritérií DSM-5 a soubor respondentů vystavených traumatu, avšak bez udělené diagnózy PTSD.

Pro účely ověření konvergentní validity diagnostických metod zaměřených na míru traumatizace, jsou výsledky těchto metod srovnávány s metodami zaměřenými na úzkostné a depresivní symptomy.

1 Trauma

1.1 Definice traumatu

Slovo „trauma“ je přejato ze starověké řečtiny a ve svém původním významu znamená ránu/ zranění nebo také proražení, související s proniknutím brnění u vojáků. V přejatém významu můžeme slovo trauma aplikovat na lidskou psychiku jako oslabení vlastních psychických obran (Kačeňák, 2011).

Psychické trauma je v současných psychologických pojetích (SAMHSA, 2012) definováno jako poškození mysli člověka důsledkem jedné nebo více událostí, způsobené ochromujícím stresem, který překračuje úroveň psychické odolnosti jedince a integrování prožívaných emocí.

Americká zdravotnická vládní agentura *Substance Abuse & Mental Health Services Administration* (2012) ustanovující tuto definici zjednodušuje pojetí traumatu prostřednictvím spojení 3 faktorů: událost – prožitek – efekt. Různí lidé se mohou ve svých reakcích na závažné stresující události lišit, což vyvolává také odlišný výsledný efekt na následný život jedince.

Trauma je subjektivním duševním prožitkem (Levine, 2018) a rozdíl mezi rizikem rozvoje potencionálních duševních obtíží souvisí s návazností na protektivní faktory jedince, které mohou být vnitřní i vnější. Mezi vnitřní faktory lze řadit psychickou odolnost jedince, ale také jeho genetickou výbavu. Za vnější faktory lze označit vlivy prostředí, související s možností či zájmem o vyhledání pomoci (Wingo et al., 2014).

Psychické trauma nelze definovat pouze na individuální úrovni, nýbrž je určeno prostředím a společenstvím, ve kterém se člověk nachází a ve kterém žije. Dopad traumatického prožitku lze znázornit na kontinuu mezi jedincem a prostředím, které podléhá širšímu kulturnímu a historickému kontextu (SAMHSA, 2012).

Prostředí, ve kterém člověk žije, může mít rozhodující vliv na péči, která může být traumatizovanému jedinci poskytnuta (SAMHSA, 2012). Nerozřešená traumata mohou vést k závažným důsledkům v životě jedince způsobujícím fyzickou bolest, různá onemocnění či například vznik závislostí a podnícení různých forem sebedestruktivního chování (Levine, 2018).

1.2 Příčiny traumatu

Jak již bylo zmíněno v podkapitole *1.1 Definice traumatu*, trauma je subjektivním duševním prožitkem člověka, který je nutné posuzovat z hlediska 3 modalit. Těmito modalitami jsou:

- 1) Traumatická událost
- 2) Prožitek člověka
- 3) Výsledný efekt (SAMHSA, 2012)

V následující kapitole budou rozebrány příčiny vzniku traumatu z objektivního hlediska – druhů traumatických událostí a také z hlediska subjektivního – osobní vulnerability jedince, s přihlédnutím na rizikové faktory vzniku posttraumatických obtíží.

1.2.1 Typy traumatických událostí

V odborné literatuře zaměřující se na trauma a možné důsledky traumatu lze nalézt odlišné kategorizace traumatických událostí. Například Peter Levine (2018) ve své knize *Léčba traumatu* rozlišuje traumatické události a jejich dopad na psychiku jedince podle jejich intenzity na zjevné a méně zjevné.

Mezi zjevné příčiny traumatu P. Levine (2018) řadí:

- *Válka*
- *Vážné psychické či fyzické týrání nebo pohlavní zneužívání v dětství*
- *Zanedbávání, zklamání důvěry nebo opuštění v dětství*
- *Násilí (utrpené či pozorované)*
- *Znásilnění*
- *Vážné zranění a onemocnění*

Mezi méně zjevné, avšak skrývající překvapivě velký potenciální traumatizující účinek, Levine (2018) řadí:

- *Lehké automobilové nehody, zvláště pokud při nich dochází k poranění páteře*
- *Invazivní lékařské a zubařské zákroky, zvláště na dětech, s použitím omezujících prostředků nebo anestetik*
- *Pády a další tzv. lehká zranění, zvláště u dětí a seniorů (např. pád dítěte z kola)*

- *Přírodní katastrofy typu zemětřesení, hurikánů, tornád, požárů a povodní*
- *Onemocnění, zvláště jsou-li provázena vysokými horečkami a náhodné otravy*
- *Ponechání o samotě (zvláště u malých dětí a nemluvňat)*
- *Děletrvajících imobilizací, zvláště u dětí*
- *Vystavení extrémnímu horku nebo chladu, zvláště u dětí a nemluvňat*
- *Nečekané hluky, zvláště u dětí a nemluvňat*
- *Porodní stres (jak novorozence, tak rodičky)*

(Levine, 2018, s. 6)

Zjevné příčiny jsou podle Levine (2018) vyhodnoceny jako rizikovější pro následující rozvinutí posttraumatických psychických obtíží. Vyhodnocení těchto událostí jako rizikovějších je v souladu s knihou *Principles of Trauma Therapy* (Briere & Scott, 2014), která mezi výčet těchto rizikových událostí pro rozvoj traumatu řadí dále přírodní katastrofy, mučení nebo také hromadné dopravní nehody.

Všechny výše zmíněné události lze zařadit do klastru „přímé expozice s traumatickou událostí“. Události tohoto typu lze dále řadit podle jednotlivých subtypů:

- **Typ I – akutní trauma**
- **Typ II – chronické trauma**
- **Typ III – komplexní trauma** (Kira, 2001)

Typ I – Akutní trauma

Akutní trauma je typem traumatu, který je vyústěním jedné události. Touto událostí může být dopravní nehoda, přírodní katastrofa, pracovní úraz nebo také znásilnění, ozbrojená loupež a násilný trestný čin.

Akutní trauma se obvykle prezentuje následujícími symptomy:

- Excesivní úzkosti či panika
- Zvýšená vzrušivost
- Obtíže se spánkem
- Pocity oddělení od okolního světa
- Nedostatek důvěry v okolní svět
- Neschopnost soustředit se na práci či studium
- Zanedbávání péče o sebe

- Agresivní chování (Kira, 2001)

Typ II – Chronické trauma

Chronické trauma vzniká po déle trvající či mnohočetně opakující se traumatické události. Do událostí spadajících pod kategorii chronického traumatu lze zařadit dlouhotrvající onemocnění (fyzické či psychické), sexuální zneužívání, vystavení domácímu násilí či extrémně stresujícím situacím jako je například válka (Terr, 1991).

Symptomy chronického traumatu se mohou objevit po delším časovém období, někdy až roky po traumatické události. Symptomy se mohou manifestovat jako nepředvídatelné intenzivní emoční projevy, úzkosti, extrémní pocity hněvu, flashbacky, zvýšená únava, bolesti hlavy, celého těla či nauzea (nevolnost). Dále se mohou vyskytovat problémy důvěřovat lidem i okolnímu světu, vedoucí až k neschopnosti utvářet dlouhodobé interpersonální či pracovní vztahy (Kira, 2001).

Typ III – Komplexní trauma

Komplexní trauma je výsledkem variace více traumatických událostí či zážitků. Komplexní traumata mohou být důsledkem zneužívání v dětství, zanedbávání, domácího násilí či rodinných rozporů a dalších opakujících se situací (Teicher et al., 2016).

Komplexní trauma působí na celkové zdraví člověka, úroveň a kvalitu interpersonálních vztahů a školní či pracovní výkon. Rizikovým dopadem komplexního traumatu je také vznik závislostního chování (Cook et al., 2005).

V této podkapitole byly vymezeny typy traumat vznikající na základě přímé expozice s traumatickou událostí. Kromě traumat, která vznikají na základě přímé expozice však mohou být i traumata vznikající zprostředkovaně. Zprostředkovaně mohou traumata vznikat na základě přenosu zkušeností v rámci historické a sociální struktury (Kira, 2001).

1.2.2 Rizikové faktory pro vznik traumatu

Rozvoj traumatu závisí na individuálním prožívání události jedincem, způsobující výsledný dopad na psychické prožívání. Ze statistického hlediska vyplývají pro vznik traumatu určité rizikové charakteristiky, určující větší riziko rozvoje posttraumatických obtíží.

Mezi tyto charakteristiky jsou řazeny (Levine, 2018; Sayed et al., 2015):

- **Ženské pohlaví**

Z výzkumů vyplývá (Christiansen & Elklit, 2012; McGrath et al., 2015), že ženy jsou až 2x více náchylné ke vzniku traumatu než muži. Zatímco muži jsou traumatickým zkušenostem obecně vystavováni častěji, ženy jsou vystavovány více především určitým druhům traumatu, mezi které lze zařadit například sexuální zneužívání (Sayed et al., 2015).

- **Věk**

Výsledky výzkumů zabývajících se věkem, který je rizikový pro rozvoj traumatu, nejsou zcela jednoznačné. Například ve výzkumu Norrise et al. (2002) bylo sledováno věkové riziko pro rozvoj posttraumatické stresové poruchy u respondentů z USA, Mexika a Polska. Podobné hodnoty distresu byly nalezeny u respondentů středního věku, mladé dospělosti i stáří. Výzkum poukázal také na možné věkové rozdíly v prevalenci PTSD napříč různými kulturami.

Kessler et al. (2005) ve výzkumu z amerického prostředí uvádí, že nejvyšší prevalence vzniku posttraumatických obtíží byla nalezena u dospělých ve středním věku (45–59 let) a nejnižší ve věku seniorů starších 60 let.

- **Rasa**

Národní epidemiologická studie organizovaná v USA v letech 2004 – 2005 (Grant et al., 2004) odhalila nejvyšší celoživotní prevalenci rozvoje PTSD u afroamerických občanů (8,7 %), podobný výskyt u Hispánců a bělochů (7 % a 7,4 %) a nejnižší u Asiatů (4 %) (Sayed et al., 2015).

- **Nízký socioekonomický status**

Nízký socioekonomický status ovlivňuje prevalenci traumatu například nižší dostupností zdravotnické péče. Pro jedince, kteří mají nižší socioekonomický status existuje také prevalence vůči určitým typům traumatických událostí (Abedzadeh–Kalahroudi et al., 2018).

Z výzkumu Mock & Arai (2011) vyplývá, že rasa, socioekonomický status a dětská traumata významně korelují. Rodiny s nižším socioekonomickým statutem významně častěji uvádí přítomnost dětské traumatizace.

- **Předěšlé či současné psychické onemocnění či dysfunkce (vada)**

Předchozí psychické onemocnění či psychická dysfunkce byla potvrzena jako jeden z rizikových faktorů pro vznik traumatu. Ze studie Ozera et al. z roku 2007 (Ozer et al., 2007) vyplývá, že u dětí, které byly úzkostné a depresivní v první třídě základní školy, bylo odhaleno vyšší riziko rozvoje PTSD v 15 letech oproti dětem, které psychickými problémy v dřívějším věku netrpěly (Sayed et al., 2015).

- **Méně účinné copingové mechanismy**

Jedinci zasaženi potenciálně traumatickou událostí, využívající neúčinné copingové strategie, zahrnující například obviňování sebe samého z prožité události či důsledků události, vyhýbavé chování nebo také malý pocit kontroly nad svým okolím, jsou náchylnější k rozvoji následných posttraumatických obtíží (García et al., 2015; Jenness et al., 2016; Ehlers & Wild, 2015).

- **Předcházející expozice traumatu**

Nový traumatický zážitek může zhoršovat negativní účinky předchozího traumatu. Podle výzkumů je zhoršení signifikantní především pro jedince s raným a déle trvajícím traumatem z dětství (McCauley et al., 1997; Green et al., 2000).

- **Nefunkční či problematické vztahy v rodině**

Sociální podpora v rodině i mimo rodinu působí jako protektivní faktor vzniku traumatu. Sociální podpora umožňuje jedinci lépe zvládat stres či symptomy související s depresí a působí pozitivně na celkové fyzické zdraví člověka (Evans et al., 2013).

- **Genetické predispozice**

Aktuální studie z roku 2018 (Duncan et al., 2018) přináší důkazy až o 29% riziku vývoje posttraumatické stresové poruchy způsobené genetickými faktory, což je srovnatelné s jinými psychickými poruchami. Mužská genetická predispozice se ukázala nižší než u žen.

Ve studii z roku 1991 (Breslau et al., 1991) bylo prokázáno, že jedinci mající vyšší genetické riziko pro rozvoj duševní poruchy – zahrnující schizofrenii, bipolární afektivní poruchu a

depresi, sdílí také vyšší riziko pro rozvoj poruch založených na traumatickém stresu (Breslau et al., 1991).

- **Prožívaný distres v průběhu doby vzniku traumatu / traumatické události**

Prožívaný stres může působit fyzické a psychické problémy a snižovat tím také vyrovnávací schopnosti s traumatem (Brewin et al., 2000).

- **Typ traumatu**

Ze zahraničních výzkumů vyplývá, že vystavení mnohočetným traumatickým zážitkům během života zvyšuje riziko pro vznik psychopatologií, zvláště pokud se traumatické události odehrávají v dětství v rodinném prostředí (Schimmenti, 2018).

Kapitola *1.2 Příčiny traumatu* byla zaměřena na události rizikové pro vznik posttraumatických obtíží. Představeny byly také rizikové faktory z hlediska jedince, které ovlivňují možnost se s traumatickými událostmi vyrovnávat.

Následující kapitola je zaměřena na jednotlivé symptomy traumatu, které představují negativní důsledky traumatických událostí.

1.3 Symptomy traumatu

Symptomy traumatu řadí Levine (2018) podle několika hlavních klastrů na následovné:

- 1) Hyperexcitace**
- 2) Konstrikce**
- 3) Disociace a popření**
- 4) Pocity ochromení nebo zamrznutí**

Mezi hlavní kategorie příznaků traumatu řadí Vizzinová a Preiss také intruzivní příznaky (Vizzinová & Preiss, 1999), jenž Levine (2018) zařazuje pod symptomy hyperexcitace.

Hyperexcitace

Hyperexcitace nebo také nadměrná dráždivost, je stavem, kdy organismus usiluje o udržení ve stavu připraveném na útěk nebo boj. Jedinec má snížený práh úlekové reakce, je podrážděný a

mohou se objevit i poruchy spánku (Vizzinová & Preiss, 1999). Mezi psychické projevy lze řadit i vtíravé myšlenky, překotné myšlení, úzkostnost a ustaranost (Levine, 2018).

Hyperexcitace se může projevit jak na fyzické úrovni, tak na úrovni psychické. Na fyzické úrovni mezi příznaky hyperexcitace lze zařadit zrychlení srdečního tepu, zvýšené pocení, studený pot, dýchací potíže (zrychlený dech, mělký dech, dušnost apod.), a také svalovou tenzi (Levine, 2018).

Podle některých výzkumů (např. Blanchard, 1990; Litz et al., 1992) přetrvávající fyziologické vzrušení může být příčinou vzniku sekundárních fyzických onemocnění – např. potlačení imunitní funkce (Zoellner, et al., 2000).

Hyperexcitace je jednou z diagnostických kategorií pro posttraumatickou stresovou poruchu v DSM-5 (APA, 2013). Někteří z autorů (např. Kimble et al., 2014) vnímají symptomy hyperexcitace jako jedny z nejdůležitějších pro celkové pochopení symptomatiky PTSD.

Konstrikce

Konstrikce ve spojení s hyperexcitací působí jako tunel pro naše vnímání – veškerá energie je směřována k odvrácení hrozby a naše vnímání je díky konstrikci zúženo pouze na jeden cíl. Konstrikce působí na náš dech, svalový tonus i celkové držení těla. Cévy v kůži, periferních oblastech těla a vnitřních orgánech se stáhnou, aby přenechaly více krve svalům, které se napnou a připraví k obranné akci (Vizzinová & Preiss, 1999).

Konstriktivní symptomy postihují vědomí, myšlení, paměť, ale také spontánní aktivitu a iniciativu. Člověk se pod vlivem konstriktivních symptomů vyhýbá situacím vyvolávajícím vzpomínky na trauma. Narušena je také anticipace budoucnosti (Vizzinová & Preiss, 1999).

Disociace

Disociace je mentálním procesem, který odděluje myšlenky, vzpomínky, emoce a pocit vlastní identity. Podle některých autorů je disociace ochranou před stupňující excitací, strachem a bolestí. Jiní autoři ji však více než obranný mechanismus vnímají jako nebezpečný důsledek traumatu (Levine, 2018).

Příznaky disociaci variují v různých tělesných a emočních reakcích, mezi něž řadíme např.:

- Náhlé zploštění afektu
- Dlouhá období ticha
- Monotónní hlas
- Stereotypní pohyby
- Odpovědi, které nejsou v souladu se současným kontextem nebo situací
- Nadměrná intelektualizace
- Ztráta kontaktu s určitou částí těla
- Ztížený přístup ke vzpomínkám zaznamenávajících traumatický zážitek – zážitky lze vybavit jen fragmentárně (Briere, 1996; Levine, 2018; Schellong et al., 2021)

Rizikovým důsledkem disociace může být také vyústění v podobě určitého typu psychické poruchy. Za příklad těchto poruch jsou uváděny konverzní poruchy, hraniční poruchy osobnosti či disociativní poruchy identity (SAMHSA, 2021).

Ačkoliv je disociace považována za běžný následek posttraumatického stresu, v zahraniční standardizační studii Multiscale Dissociation Inventory (Briere, 2002b) byly odhaleny významné disociativní symptomy pouze u 8% vzorku populace vystavené traumatu pocházející z obecné populace (Briere, 2006).

Intruzivní vzpomínky

Intruzivní příznaky definuje Vizzinová & Preiss (1999) jako „*vtíravé a neodbytné pocity opakovaného prožívání traumatické události*“ (Vizzinová & Preiss, 1999, s. 20). Intruzivní symptomy se mohou vyskytovat ve formě představ, flashbacků, snů a fyziologických reakcí (Iyadurai et al., 2019).

Podle Iyadurai (2019) jsou intruzivní vzpomínky typickým symptomem následujícím po expozici traumatu, především během prvních dní a týdnů. Například ve studii Mayou et al. (1993), kde byly zkoumány intruzivní příznaky u pacientů po dopravní nehodě, 76 % z pacientů trpělo intruzivními vzpomínkami během prvních týdnů, ale po 3 měsících procento výskytu kleslo na 25 %. Po prvním roce trpělo intruzivními vzpomínkami 24 % účastníků dopravních nehod (Iyadurai et al., 2019).

Intruzivní symptomy jsou společně s hyperexcitací, vyhubým chováním a negativními změnami v myšlení a náladě, diagnostickými kritérii PTSD. Kognitivní modely PTSD považují

intruzivní vzpomínky za centrální symptom PTSD, který je podkladem pro další 3 zmiňované (Bryant et al., 2017; Iyadurai, 2019).

V podkapitole zaměřené na symptomy traumatu byly vymezeny základní druhy psychických symptomů, které mohou po vystavení traumatické události vzniknout. Mimo blíže popsané lze mezi možné projevy traumatu řadit také (Levine, 2018):

- Náhlé změny nálad
- Stud a nízké sebehodnocení
- Sníženou schopnost zvládat stres (snadná a častá stresovanost)
- Poruchy spánku

Dalšími možnými příznaky, které se mohou objevit až po určité době od projevení traumatu, avšak jejich výskyt je značně individuální, mohou být:

- Panické ataky, úzkosti, fobie, strach ze smrti či zestárnutí, amnézie či zapomnětlivost, sebepoškozování, ztráta víry v základní hodnoty

Některé symptomy mohou propuknout po latentním období, předcházející ranými symptomy. Mezi tyto symptomy lze zařadit následující:

- Nadměrná plachost, oslabené emoční reakce, neschopnost činit závazky, chronická únava nebo tělesná slabost

Symptomy vznikající po traumatu mohou být v návaznosti na rizikové faktory jedince (viz podkapitola 1.2.2, s. 9–11) různé intenzity a trvat po různě dlouhou dobu. Rizikovým dopadem prožitku traumatu je rozvoj psychických poruch. Základní druhy psychických poruch, vztahující se k prožitku traumatu jsou vymezeny v následující podkapitole.

1.4 Důsledky traumatu

Stejně jako rizikové faktory pro vznik traumatu jsou různorodé, různorodé jsou také důsledky, které z potenciálně traumatického zážitku vyúsťují. Podle Rothschildové (2015): „*Důsledky traumatu a PTSD se výrazně liší v závislosti na věku oběti, povaze traumatu, reakce na trauma a podpoře, již se oběti následně dostává.*“ (Rotschildová, 2015, s.17).

Na subjektivní úrovni může trauma pro člověka znamenat i změnu životních hodnot a životního smyslu a pocity, či psychické zážitky, které není možné kategorizovat do diagnostických manuálů (Briere & Scott, 2014). Některé z těchto pocitů mohou být popsány jako existenciální prožitky samoty, konečnosti života, ztráty spojení s jedincovou spirituální či morální stránkou, či ztráty naděje (Drescher et al., 2011; Rusiewicz et al., 2008).

V případě rozvoje psychických obtíží na základě vystavení traumatu, lze mezi nejčastěji zastoupené psychické poruchy řadit následující (Schellong et al., 2021):

1) Depresivní poruchy

Deprese je jednou z nejčastěji zastoupených psychických poruch vyskytujících se po traumatu. Některé ze symptomů deprese (například insomnie, psychomotorický neklid, ztráta zájmu nad činnostmi, které dříve přinášely potěšení, snížená schopnost koncentrace) se překrývají se symptomy PTSD (Briere & Scott, 2014).

Podle studie Rytwinski et al. (2013) až 50 % jedinců trpících PTSD současně naplňuje kritéria také pro depresivní poruchu.

2) Úzkostné poruchy

Komorbidními poruchami s PTSD jsou mimo depresivních poruch, často také úzkostné poruchy. Úzkostné poruchy sdílí s PTSD především symptomy spojené s reagováním strachem a vyhyčavé chování (Schellong et al., 2021).

Nejčastější komorbidní úzkostnou poruchou s PTSD je panická porucha. Panické stavy, které jsou však součástí PTSD nemohou být zároveň diagnostikovány jako panická porucha. Panické ataky by v návaznosti na DSM-5 neměly být vázány na konkrétní událost či hrozbu (Schellong et al., 2021).

3) Stresové poruchy

Poruchy založené na traumatických a stresových událostech představují samostatnou kapitolu v DSM-5, z nichž nejčastější zastoupení představují následující psychické poruchy:

- Akutní stresová porucha

- Porucha přizpůsobení
- Posttraumatická stresová porucha (Schellong et al., 2021)

V následující kapitole bude podrobně popsána posttraumatická stresová porucha a v kapitole 3.4 *Diferenciální diagnostika* také rozdíly mezi psychickými poruchami spadajícími pod diagnostickou kategorii Traumatických poruch a poruch spojených se stresem (APA, 2013).

1.5 Shrnutí

Kapitola 1 – *Trauma*, byla zaměřena na základní definici traumatu. Vysvětleny byly příčiny traumatu prostřednictvím 3 proměnných – traumatické události, prožitku člověka a výsledného efektu. Jednotlivé kapitoly byly soustředěny na definování druhů traumatických událostí, včetně základních symptomů, jednotlivé druhy traumatu provázející.

Následně byly vymezeny rizikové faktory pro vznik traumatu, ovlivňující výsledný prožitek člověka. Mezi tyto rizikové faktory lze zařadit následující proměnné (Levine, 2018; Sayed et al., 2015): ženské pohlaví, věk, rasa, nízký socioekonomický status, předešlé či současné psychické onemocnění či dysfunkce, méně účinné copingové mechanismy, předcházející expozice traumatu, nefunkční či problematické vztahy v rodině, genetické predispozice, typ traumatu a prožívaný distres.

Následně byly v kapitole popsány symptomy traumatu – hyperexcitace, konstrikce, disociace a intruzivní vzpomínky.

Závěr první kapitoly tvoří podkapitola zaměřená na důsledky traumatizace, ve které jsou vymezeny základní druhy psychopatologických obtíží následované po traumatu – depresivní, úzkostné poruchy a poruchy způsobené stresem. Na posttraumatickou stresovou poruchu, řadící se do poruch způsobených stresem, je zaměřena následující kapitola.

2 Posttraumatická stresová porucha

2.1 Definice

Posttraumatická stresová porucha (anglickou zkratkou PTSD) je podle aktuální definice Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, 2020) definována jako psychická porucha vznikající jako opožděná nebo protrahovaná odpověď na stresovou událost nebo situaci (krátkého nebo dlouhého trvání) mimořádně ohrožující nebo katastrofické povahy, která je schopná způsobit silné rozrušení téměř u každého.

V české verzi Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10, 2020) je posttraumatická stresová porucha řazena pod *Neurotické, stresové a somatoformní poruchy* (F40 – F48), konkrétněji pod kategorii F43 *Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení*.

Podle MKN-10 (2020) jsou pro posttraumatickou stresovou poruchu predisponujícími faktory nutkavé a astenické osobnostní rysy, ale také některý z typů úzkostné poruchy v anamnéze. Tyto faktory však nemůžeme posuzovat jako jediné ovlivňující rozvoj poruchy. Výzkumy zabývající se predisponujícími či rizikovými faktory pro vznik PTSD stále přináší nové poznatky z oblasti genetiky, ale také například sociokulturních faktorů.

Variabilita v rámci posttraumatické stresové poruchy se netýká jen rizikových faktorů pro možnost jejího rozvinutí, ale v případě vzniku poruchy také délky a hloubky nemoci a jejích jednotlivých symptomů. V případě vzniku poruchy hrají svou roli další faktory jako je například pacientův současný věk či komorbidní deprese (Praško, 2001).

Rozvoj příznaků posttraumatické stresové poruchy se od expozice traumatické události pohybuje v rozmezí týdnů až měsíců. Typickými symptomy PTSD jsou znovuprožívání stresové události ve formě „flashbacků“, vyhýbání se okolnostem připomínajícím traumatickou událost či obtíže se spánkem, pozorností, pamětí a emoční regulací (Uhrová et al., 2020).

Až 30 % pacientů se z nemoci v průběhu času uzdraví, u 10 % nedochází k žádnému zlepšení. Zbýlých 60 % pacientů zaznamenává částečné zlepšení symptomů (Uhrová et al., 2020).

Na individuální úrovni mohou být důsledkem posttraumatické stresové poruchy ohroženy interpersonální vztahy jedince (výzkumy poukazují na vyšší četnost rozvodů u jedinců trpících PTSD, problémy s výchovou vlastních dětí, či agresivitou v intimních vztazích), ohroženo je fyzické zdraví jedince i celková vnímaná kvalita života (Keane et al., 2006).

Posttraumatická stresová porucha představuje hrozbu také z hlediska úrovně společnosti. Podle článku J.D. Forda z roku 2009 (Ford, 2009 in Kačeňák, 2011) byla v americkém prostředí více finančně náročná jen léčba kardiovaskulárních nemocí než onemocnění způsobených traumatem. Ovlivnění společnosti zapříčiněné rozvojem PTSD hrozí také na základě ztráty produktivity nemocného jedince (Garfinkel & Liberzon, 2009). Rizikovým důsledkem PTSD je také častá změna zaměstnání či nižší plat (Keane et al., 2006).

Posttraumatická stresová porucha a její výzkum prochází v posledních 10 letech floridním tempem k novým objevům a poznatkům obohacujícím oblast klinické psychologie a neurověd. Článků a odborných časopisů zaměřených na toto téma však v České republice není mnoho. Výzkum posttraumatické stresové poruchy tak představuje podnětnou oblast zkoumání jak z hlediska jejích jednotlivých symptomů, tak z komplexního hlediska diagnostiky poruchy a její komorbidity s jinými psychickými poruchami.

V následujících podkapitolách jsou vymezeny jednotlivé symptomy PTSD, etiologie, prevalence poruchy a diferenciální diagnostika poruchy.

2.2 Symptomy PTSD

Symptomy PTSD budou v této kapitole rozvedeny na základě současné diagnostické klasifikace DSM-5 Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (APA, 2013). Důvodem volby tohoto klasifikačního manuálu je jeho aktuálnost a také návaznost na výzkum této diplomové práce, kde bylo pro zhodnocení symptomů posttraumatické stresové poruchy využito právě těchto kritérií.

V současné verzi DSM-5 (APA, 2013) je posttraumatická stresová porucha rozřazena do 8 klastrů vzájemně prolínajících se kritérií nutných pro udělení poruchy.

První z těchto kritérií se vztahuje k samotné příčině vzniku poruchy. O posttraumatické stresové poruše mluvíme v případě, že jsme byli svědky úmrtí, nám samotným hrozilo úmrtí, vážné zranění nebo sexuální násilí (APA, 2013).

V diagnostických kritériích DSM-5 (APA, 2013) lze pro účast na traumatické události zvažovat přímou účast na traumatické události, osobní svědectví události, nepřímé vystavení situaci, zjištění události, která se stala blízkému nebo příteli (pokud vystavení se zahrnuje úmrtí, musí být násilné či náhodná vražda), opakované či extrémní vystavení se averzivním detailům

traumatické události jako součást práce (policie, záchranné sbory), nebo skrze multimédia, TV, nebo obrázky a filmy.

Následující symptomy posttraumatické stresové poruchy podle DSM-5 (APA, 2013) budou popsány v podrobnějším přehledu v jednotlivých podkapitolách. Jsou jimi:

- 1) Intruzivní symptomy
- 2) Vyhýbavé chování
- 3) Změny nálady a chování
- 4) Symptomy vztahující se ke vzrušivosti a reaktivitě

Pro získání diagnózy PTSD se ke klastrům symptomů vztahují následující diagnostická kritéria (APA, 2013):

- Symptomy trvají déle než měsíc
- Symptomy způsobují závažnou nepohodu nebo funkční narušení v sociální, vztahové nebo jiné důležité oblasti života
- Porucha není způsobena fyziologickými účinky látek (např. alkohol, léky) nebo jiného somatického onemocnění

2.2.1 Intruzivní symptomy

„„Znovuprožívané“ traumatické vzpomínky jsou jako drásavé střepiny prožitků, jež nečekaně zasahují svůj bezbranný cíl. Přicházejí jako blesk z čistého nebe a znepríjemňují svým obětem život jak za bdění, tak ve spánku“ (Levine, 2017, s. 7)

Levine (2017) ve své knize vysvětluje traumatické vzpomínky na kontrastu se vzpomínkami běžnými. Na rozdíl od vzpomínek, které nejsou traumatizující, se traumatické vzpomínky vybavují v útržcích vjemů, emocí, obrazů nebo vůní.

Intruzivní symptomy PTSD postrádají jednu z definujících znaků epizodické paměti, totiž vědomí toho, že obsah vzpomínky je něčím, co se odehrává v minulosti. Smyslové vjemy jsou znovuprožívané jako by byly součástí něčeho, co se děje právě nyní, místo toho, aby byly vnímány jako součást vzpomínek z minulosti. Také emoce a fyzické reakce provázející tyto reakce jsou stejné jako byly v originálním čase zážitku. Při prožívání disociativních flashbacků jedinec ztrácí úplnou kontrolu nad přítomným prožíváním (Ehlers et al., 2004).

Intruzivní symptomy jsou pro diagnózu posttraumatické stresové poruchy v DSM-5 (APA, 2013) řazeny pod druhým klastrem – B. Pro splnění tohoto klastru symptomů je zapotřebí naplnění 1 či více z následujících symptomů (APA, 2013):

- Opakující se, nechtěné, intruzivní a stresující vzpomínky
- Opakující se, stresující sny vztahující se k traumatické události
- Disociativní reakce (například flashbacky), jako by se dané události znovu odehrávaly
- Intenzivní nebo prodloužená psychologická duševní nepohoda při vystavení vnitřním či vnějším podnětům připomínajícím či podobajícím se některé z části události
- Výrazné fyziologické reakce na vnitřní či vnější podněty připomínající či podobající se některé z části události

Z výzkumu Ehlerse et al. (Ehlers et al., 2002) vyplývá, že intruzivní symptomy se neobjevují jako náhodné fragmenty vzpomínek na traumatické události. Především reprezentují stimuly, které signalizují začátek traumatu nebo momenty s vysokou emoční zátěží. Autoři studie (Ehlers et al., 2002) dále dodávají, že intruzivní symptomy mohou být chápány jako stimuly, které díky časové souvislosti s traumatickou událostí získaly status varovných signálů předpovídajících hrozící nebezpečí.

Možných vysvětlení pro vznik intruzivních symptomů však existuje více. Řadí se mezi ně například:

- a) Vzpomínky na traumatickou událost nejsou dostatečně zabudovány do autobiografické paměti člověka. Důsledkem nesprávného uložení vzpomínek v paměti je jejich neúmyslné vybavování.
- b) Některé vzpomínky na traumatickou událost jsou zpracovány na úrovni módů založených na vjemech.
- c) Vzpomínky na traumatickou událost, které nejsou dostupné vědomí, jsou vyvolány vnitřními či vnějšími spouštěči souvisejícími s obsahem traumatických událostí (Bryant, 2011)

V současné době jsou intruzivní symptomy zkoumány na úrovni neurovědeckých výzkumů (např. Byrne et al., 2007), umožňující tak nalézt a lokalizovat specifické narušení paměti a imaginace intruzivní symptomy způsobující.

2.2.2 Vyhýbavé chování

Pod klastr C – třetí v diagnostické kategorii PTSD DSM-5 pro posttraumatickou stresovou poruchu (APA, 2013), řadíme vyhýbavé chování, konkrétně vyjádřené následovně:

Trvalé vyhýbání se podnětům asociovaným s traumatickou událostí, přičemž vyhýbání se podnětům probíhá jednou nebo oběma z následujících forem:

- a) Vyhýbání se stresujícím vzpomínkám, myšlenkám nebo pocitům spojeným s traumatickou událostí
- b) Vyhýbání se nebo snaha se vyhýbat vnějším podnětům, které připomínají traumatickou událost a vedou ke stresujícím vzpomínkám, myšlenkám nebo pocitům (APA, 2013)

Někteří z výzkumníků tvrdí (Tull et al., 2004; Gil et al., 2005), že symptomy vztahující se k vyhýbavému chování jsou nejspolehlivějšími indikátory naplnění diagnostických kritérií PTSD. Spoléhání se na vyhýbavé strategie se ukazuje jako zhoršující či udržující celkovou symptomatiku PTSD (Thompson & Waltz, 2010).

Důvody, proč symptomy týkající se vyhýbavého chování mohou udržovat symptomy PTSD v průběhu času uvádí Blackledge (2004):

- 1) Vyhýbavé chování omezuje příležitosti pro pozitivní posílení – znemožňuje tedy snížení intenzity fyziologických stresových reakcí a přivykání si na stresový podnět
- 2) Některé typy vyhýbavého chování, jako je zneužívání návykových látek, mohou zvýšit vystavení averzivním zážitkům;
- 3) Protože nedochází k žádnému novému učení, vyhýbavé chování umožňuje udržovat verbální pravidla, která nadále omezují vystavení důsledkům reálného světa (např. „*Být v davu je nebezpečné*“) (Blackledge, 2004, s. 453).

Vyhýbání se traumatickým vzpomínkám může bránit přirozenému zotavovacímu procesu, který by umožnil, aby se zvýšené vzrušení na vzpomínky týkající se traumatických událostí časem snižovalo. Vyhýbavé chování může také posílit symptomy PTSD tím, že signalizuje jedinci, že samotné vzpomínky na traumatickou událost jsou ve skutečnosti nebezpečné (Foa & Kozak, 1986).

Strategie „vyhýbání se“ jsou mimo PTSD podkladem také dalších psychopatologií – například obsesivně kompulzivní poruchy a závislosti na návykových látkách (Thompson & Waltz, 2010).

2.2.3 Změny v myšlení nebo náladě

Čtvrtý klastr symptomů PTSD podle DSM-5 (APA, 2013) se vztahuje k opakujícím se změnám v myšlení nebo náladě, které začaly či se zhoršily po prožití traumatické události. Pro splnění diagnostického kritéria se změny musí projevovat dvěma či více z následujících symptomů:

- a) neschopnost vzpomenout si na důležitý aspekt události, typicky kvůli disociativní amnézii, která se může vyskytnout pouze jedenkrát či opakovaně
- b) přetrvávající, často porušené, přehnané negativní přesvědčení nebo očekávání týkající se vlastní osoby, ostatních a světa
- c) přetrvávající negativní myšlení o příčinách nebo následcích traumatické události zahrnující přetrvávající zkreslené přičítání viny sobě samotnému, jiným a světu
- d) přetrvávající negativní emoční stavy (strach, hrůza, hněv, vina, stud)
- e) poznatelně snížený zájem o účast na důležitých aktivitách
- f) pocity odtržení, odcizení nebo odcizení od ostatních
- g) přetrvávající neschopnost vyjadřovat pozitivní emoce (radost, spokojenost, láska) a méně projevování emocí (APA, 2013)

Negativní přesvědčení, zkreslené přičítání si viny a přetrvávající negativní emocionální stavy jsou častým symptomem po vystavení traumatu. Ze studie Millera et al. (2012) vyplynulo, že 79 % účastníků po prožití traumatické události uvedlo alespoň nějaké negativní přesvědčení, 83 % uvedlo alespoň nějakou vinu a 93 % uvedlo alespoň nějaké přetrvávající negativní emoce. V tomto pořadí byla respondenty zhodnocena také 31%, 29% a 37% úroveň závažnosti jmenovaných symptomů (Millet et al., 2012).

Celkový klastr D diagnózy PTSD podle DSM-5 (APA, 2013), vztahující se ke změnám nálady, myšlení a chování představuje v rámci diagnostických kritérií nově přidanou diagnostickou podkategorii, čelící mnoha kritikám. Jednou z těchto kritik je rozšíření množství a počtu kombinací symptomů PTSD, což celkově zvyšuje heterogenitu diagnózy PTSD (Zoellner et al., 2011). Další z kritik vztahující se opět k počtu symptomů této kategorie se vztahuje ke komorbiditě s depresivní poruchou a jejími symptomy, které se s PTSD překrývají.

2.2.4 Symptomy týkající se vzrušivosti a reaktivity

Symptomy kritéria E diagnózy PTSD (APA, 2013) týkající se symptomů vzrušivosti a reaktivity zahrnují 7 následujících symptomů. Pro splnění kritéria E je potřebné splnění dvou či více následujících symptomů:

- a) podrážděné chování a výbuchy vzteku (bez velké provokace) vyjádřená verbálně nebo fyzicky
- b) agrese vůči lidem nebo předmětům
- c) bezohledné nebo sebedestruktivní chování
- d) hypervigilance
- e) přehnaná úleková reakce
- f) problémy s koncentrací
- g) potíže s usínáním, setrváním ve spánku nebo neklidný spánek (APA, 2013)

Někteří zahraniční autoři (např. Conoscenti et al., 2009; Dalgeishi, 2001) uznali klíčovou roli hypervigilance v rámci symptomatiky PTSD. Autoři výzkumu považují tento symptom za klíčový k pochopení vzniku posttraumatické stresové poruchy (in Kimble et al., 2014).

Pro vysvětlení zvýšené dráždivosti jako symptomu PTSD existuje již více vysvětlení. Podle Dalgeishiho et al. (2001) vede úzkost ke zvýšené hypervigilanci vůči potenciálnímu ohrožení, vyšší úroveň detekce ohrožení vede ke zvýšené úzkosti, která zase vede ke zvýšené hypervigilanci vůči ohrožení, vyšší úroveň detekce ohrožení vede ke zvýšené úzkosti, která zase vede ke zvýšené hypervigilanci, a tak dále v začarovaném kruhu.

Po mnoho let se také předpokládalo, že hypervigilance u PTSD je způsobena selektivním filtrem pozornosti k podnětům vztahujícím se k traumatu (např. Foa et al., 1989). Někteří pacienti dříve uváděli, že nechtějí symptomy zvýšené pozornosti redukovat kvůli přesvědčení, že zkreslení pozornosti je adaptivní a vede ke zvýšení pocitu bezpečí. Tento argument zastávali například bojovní veteráni s PTSD, kteří zvýšení pozornosti považovali ve válečné zóně za adaptivní (Shipherd & Salters-Pedneault, 2008).

Pokud by hypervigilance mohla poskytnout zvýšenou schopnost detekovat skutečnou hrozbu a adekvátní způsob reagování na ni, mohla by být považována za adaptivní. Pro tento názor však existuje jen malá empirická podpora (Shipherd & Salters-Pedneault, 2008).

Neurovědecké výzkumy podávají vysvětlení hypervigilance ne základě zvýšené aktivity amygdaly (mozkového centra zodpovědného za zpracovávání strachu), ale také narušení inhibice amygdaly mozkovou kůrou (Glover et al., 2011).

2.3 Etiologie PTSD

Jak již bylo zmíněno v úvodu této kapitoly, výzkumy zabývající se faktory predisponujícími vznik PTSD stále přináší nové poznatky z oblasti genetiky, ale také dalších oblastí týkajících se socioekonomických faktorů.

Z hlediska genetických faktorů jsou pro určení míry vlivu genetiky na rozvoj PTSD využívány studie dvojčat. Vietnamská studie již z počátku tohoto století dokazuje vyšší riziko rozvoje PTSD u jednovaječných dvojčat, ve srovnání s dvojčaty dvojvaječnými (Stein et al., 2002). V této studii a jejích replikacích byla připisována váha genetických vlivů pro rozvoj posttraumatické stresové poruchy až na 30 %.

Vyzkoumána již byla také genetická souvislost s více psychiatrickými poruchami – panická a generalizovaná úzkostná porucha sdílejí 60 % genové rozlišnosti, alkohol, nikotin a závislost na drogách sdílejí více než 40 % genových podobností (Skelton et al., 2012).

Genetické faktory jsou zkoumány na úrovni serotoninových transportních genů, stejně tak jako genů spojených s hypothalamo – hypofyzárním systémem regulovaným limbickým systémem (amygdalou). Z výzkumů vyplývá, že určující pro rozvoj PTSD může mít také zmenšený objem hipokampu (Chen et al., 2018).

Problémem při výzkumu genetických charakteristik je však, že členové rodiny nesdílí jen biologické charakteristiky, ale také enviromentální prostředí, v němž žijí. Pokud dochází k rozvoji PTSD, stává se tak obtížné určit, které z možných proměnných působí na vznik PTSD (Skelton, 2012).

Mimo genetických faktorů se na zvýšené vulnerabilitě vzniku PTSD podílí celá řada dalších faktorů, způsobujících komplikovanou multifaktoriální etiologii. V přehledu literatury z roku 2013 byly vyhodnoceny výsledky 54 prospektivních longitudinálních studií zabývajících se PTSD, publikovanými mezi lety 1991–2013. Výsledky této analýzy shrnují 6 kategorií působících na pravděpodobnost rozvoje vzniku PTSD. Výslednými faktory jsou (DiGangi et al., 2013):

1) Kognitivní schopnosti

Publikace zaměřené na kognitivní schopnosti jako prediktory vzniku PTSD se soustředily zejména na měření intelektových schopností, dále na schopnost vyvolávání autobiografických vzpomínek, verbální schopnosti nebo rychlost zpracování informací a kapacitu krátkodobé paměti. Všechny 10 zkoumaných studií dokazuje korelaci nižších kognitivních schopností s vyšší vulnerabilitou pro rozvoj symptomů PTSD.

2) Coping a obranné mechanismy

Jako rizikové faktory pro vznik PTSD jsou podle některých studií (např. Gil et al., 2005; Constans et al., 2012) prokázány negativní přesvědčení při vyrovnávání se s těžkými životními situacemi, ruminativní, na emoce zaměřené či vyhýbavé chování.

3) Osobnostní faktory

Jako rizikové pro rozvoj symptomů PTSD jsou ze studií prokázány osobnostní rysy vztahující se k hostilitě, úzkostnosti, snížená sebeúctě a sebedůvěře, tendence k vyhýbavému chování, popírání a neuroticismus (DiGangi et al., 2013).

4) Výskyt psychopatologie

Mezi rizikové faktory pro rozvoj PTSD se mimo předešlé zkušenosti s traumatickými zkušenostmi mohou řadit také psychické poruchy vztahující se k depresi, úzkostem či užívání návykových látek (DiGangi et al., 2013).

5) Psychopatologické faktory

Již existující výskyt psychopatologie před zážitkem traumatické události byl prokázán jako rizikový faktor vzniku posttraumatických obtíží (např. Breslau et al., 2006; Storr et al., 2007).

6) Sociálně – ekologické faktory

Sociálně – ekologické faktory souhrnně zahrnují emoční podporu, která se jedinci dostává od rodiny, ale také komplexnější pohled na rodinu v rámci kulturního kontextu a ekonomického zajištění. Pod tento faktor spadá také sociální podpora jedince mimo vlastní rodinu. Prožitky spojení s vlastní rodinou, komunitou a kulturou byly prokázány jako protektivní faktory bránící vzniku PTSD a ochranný faktor vzniku duševních obtíží obecně (Ford et al., 2015).

Prevalence výskytu PTSD se v jednotlivých zemích na základě životních podmínek a kvality života odlišují. Více o rozdílech v rámci prevalence lze nalézt v následující kapitole.

2.4 Prevalence vzniku PTSD

Prevalence vzniku posttraumatické stresové poruchy se evropských zemích odhaduje na 0,5 – 1 %, poměrem mužů a žen 1:2. Prevalence je však závislá na kulturním prostředí zkoumaného vzorku populace a způsobu výzkumu prevalence. U rizikových skupin jako jsou váleční veteráni, oběti přírodních katastrof nebo kriminálních činů, dosahuje prevalence 3 – 58 %. (Hosák et al., 2015).

První studií zkoumající prevalenci rozvoje PTSD v obecné populaci USA byl Epidemiological Catchment Area (ECA) Survey (Helzer et al., 1987). Výzkum byl prováděn v rámci amerického National Institute of Mental Health, prevalence byla zjištěna na méně než 1 % v obecné populaci, s vyššími hodnotami u mužů, než u žen. Studie byla nicméně kritizována z důvodů třídění populací, rámce, ve kterém byly traumatické události zjišťovány, i za použití samotného diagnostického nástroje (Keane et al., 2006).

V mladší studii z roku 1995 (Kessler et al., 1995) byla nalezena prevalence vzniku posttraumatické stresové poruchy 7,8 %. Výzkumný soubor se skládal z 5877 jedinců ve věku od 15 do 54 let. Podobně také ve studii z roku 2005 (Kessler et al., 2005) byla nalezena prevalence vzniku posttraumatické stresové poruchy 6,8 % (Keane et al., 2006).

Rozdílná prevalence v různých zemích světa souvisí s rizikem expozice traumatických událostí. Výsledky studií organizace World Mental Health poukazují na vyšší prevalenci výskytu traumatických událostí v Jižní Africe (73,8 %) než v Evropě a Japonsku, kde se míra rizika a distribuce traumatických událostí pohybuje v rozmezí 54 – 64 % (Kaminer et al., 2008 in Atwoli et al., 2015).

Kritikou studií prevalence PTSD je kromě užití rozdílných nástrojů pro diagnostiku prevalence poruchy, také zaměřenost pouze na celkové populace nebo na konkrétní výzkumné soubory – často skupin válečných veteránů. Prevalence PTSD mezi rizikovými skupinami – jako jsou děti a adolescenti, senioři, etnické menšiny a přistěhovalci není zcela odhalena (Sareen, 2014).

Za další kritiku lze také uvést, že zkoumání prevalence rozvoje poruchy se soustředí na obecné skupiny populací, avšak na úrovni konkrétních jedinců tento výzkum chybí. Tento fakt představuje podnět pro budoucí studie, které skýtají potenciál odhalení rizika vzniku PTSD (např. na základě frekvence vystavení traumatickým zážitkům). Tyto predikční algoritmy pro jednotlivce již byly odhaleny pro srdeční poruchy a depresi (Sareen, 2014).

Podle studie z roku 1991 (Davidson, 1991) je prevalence posttraumatické stresové poruchy asi 20x vyšší u osob již trpících psychickým onemocněním, ve většině případů se jedná o návaznost traumat z dětství (Vizzinová & Preiss, 1999).

2.5 Diferenciální diagnostika

Jak již bylo uvedeno v předchozích kapitolách, posttraumatickou stresovou poruchu lze v rámci DSM-5 zařadit mezi Traumatické poruchy a poruchy spojené se stresem (APA, 2013). V rámci této kapitoly budou vysvětleny shody a rozdíly v definicích poruch této diagnostické kategorie, ale také dalších psychických poruch, které sdílejí s PTSD společnou komorbiditu.

Traumatické poruchy a poruchy spojené se stresem

Pokud mluvíme o diagnostické kategorii *Traumatických poruch a poruch spojených se stresem* (APA, 2013), společně s posttraumatickou stresovou poruchou jsou zde zařazeny také porucha přizpůsobení, akutní stresová porucha a disociativní poruchy.

Pro všechny uvedené jednotky platí společně kritérium charakterizující tuto kategorii psychických poruch, tedy, že rozvoji poruchy musí předcházet stresový podnět. Bez stresového faktoru nemůžeme pomýšlet na diagnózu z tohoto okruhu.

Akutní reakce na stres se objevují bezprostředně během několika hodin po stresující události, mizí za 2–3 dny. Poruchy přizpůsobení se zpravidla objevují až do jednoho měsíce a netrvají déle než 6 měsíců (Roth & Uhrová, 2020).

Disociativní symptomy se mohou vyskytovat jako součást PTSD, ale také jako samostatné symptomy (Brady et al., 2000). Symptomy disociativní poruchy se rozvíjí brzy po traumatické události a netrvají déle než 4 týdny (Praško et al., 2001).

V případě rozvoje PTSD může latence projevu psychických obtíží trvat týdny až měsíce. Průběh poruchy je chronický. Podle Praška (Praško et al., 2001) se až 30 % pacientů spontánně uzdraví, u 40 % přetrvávají mírné symptomy PTSD, u 20 % dochází ke zlepšení, ale přetrvávají středně závažné příznaky. Až u 10 % pacientů ke zlepšení symptomů nedochází, u některých pacientů může PTSD vést k trvalé změně osobnosti.

Psychické poruchy mimo spektrum traumatických poruch a poruch spojených se stresem

Některé studie (např. Kessler, 1995) dokazují, že až 90 % pacientů s PTSD trpí alespoň ještě jednou komorbidní duševní poruchou. Mezi duševní poruchy, u kterých se symptomy mohou s PTSD částečně překrývat, patří generalizovaná úzkostná porucha (GAD), obsedantně kompulzivní porucha (OCD), depresivní porucha, fobie a abúzus drog (Roth & Uhrová, 2020).

Autoři Roth & Uhrová (2020) uvádí, že až 28 % osob diagnózou PTSD trpí zároveň generalizovanou úzkostnou poruchou, 12 % fobiemi, 10 % abúzem alkoholu a méně než 4 % abúzem drog, panickou poruchou, obsedantně kompulzivní poruchou nebo antisociální poruchou osobnosti.

- **Generalizovaná úzkostná porucha**

Generalizovaná úzkostná porucha sdílí s PTSD některé z příznaků – jsou jimi problémy s pozorností, poruchy spánku či podrážděnost. Typická problematika generalizované úzkostné poruchy se však týká zpravidla každodenních povinností a činností (Praško et al., 2001).

- **Obsedantně kompulzivní porucha**

Obsedantně kompulzivní porucha může být diagnostikována pro intruzivní myšlenky, které se opakují, ale nejsou spojeny se specifickou traumatickou událostí (Herman, 1992). Současný výskyt PTSD a OCD je vzácný (Praško et al., 2001).

- **Panická porucha**

U panické poruchy jsou záchvaty spojeny s náhlým pocitem ohrožení zdraví, provázené zvýšenou dráždivostí během záchvatu i před ním. U PTSD jsou kognitivní aspekty spojeny s traumatickou událostí a vzpomínkami na ni (Praško et al., 2001). Podle studie Falsetti a Resnicka (Falsetti & Resnick, 1996) až 69 % léčených pacientů s traumatem zažívá panické ataky.

- **Depresivní poruchy**

Komorbidita depresivních poruch a PTSD je velmi častá – obě poruchy sdílejí společné symptomy vztahující se ke změnám spánku, změnám nálady či zhoršení pozornosti. PTSD také může přerůst v hlubokou depresi (Praško et al., 2001).

PTSD a depresivní porucha sdílejí společné rizikové faktory pro vznik jejich symptomů – mezi tyto rizikové faktory lze zařadit například typ a závažnost traumatické události, již vyskytující se psychopatologii či ženské pohlaví (Breslau et al., 1998).

- **Poruchy osobnosti**

Společnou komorbiditu sdílí PTSD s hraniční poruchou osobnosti i histriónskou poruchou osobnosti. U PTSD rozdílnosti od těchto dvou poruch osobnosti spočívají v přítomnosti příznaků charakteru flashbacků a ve vyhýbavém chování (Praško et al., 2001).

2.6 Shrnutí

Kapitola 2 byla zaměřena na posttraumatickou stresovou poruchu. V úvodu kapitoly byla uvedena definice poruchy podle současně uznávaného klasifikačního systému nemocí MKN-10 (MKN-10, 2021). Následně byla vymezena jednotlivá diagnostická kritéria PTSD podle systému DSM-5 (APA, 2013). Podrobnější popis diagnostických kritérií podle DSM-5 byl zvolen z důvodu využití tohoto klasifikačního systému v navazující praktické části této diplomové práce.

Dále byly podrobněji popsány symptomy PTSD – intruzivní příznaky, hypervigilance, vyhýbavé chování a změny v myšlení a náladě. Symptomy byly podrobněji popsány na základě výsledků zahraničních výzkumů a také kritérií DSM-5 (APA, 2013).

Následující podkapitoly byly věnovány současným poznatkům vztahujícím se k etiologii a výzkumu prevalence PTSD. Poslední podkapitola zaměřená na diferenciální diagnostiku tvoří přestupní bod pro následující kapitolu, podrobně zaměřenou na diagnostiku PTSD. Vymezeny byly poruchy, které s PTSD sdílí některé ze symptomů. Mezi tyto psychické poruchy lze zařadit generalizovanou úzkostnou poruchu, obsedantně kompulzivní poruchu, panickou poruchu, depresivní poruchu a poruchy osobnosti (Roth & Uhrová, 2020).

Tématem následující kapitoly této diplomové práce je užší zaměření na diagnostiku posttraumatické stresové poruchy.

3 Diagnostika PTSD

Diagnóza PTSD prošla řadou změn, než dosáhla současné podoby. V této kapitole bude nejprve shrnut historický vývoj diagnózy, od počátky rozvoje DSM-I až po současnost. Současné diagnostice je věnována samostatná kapitola, zabývající se současnými klasifikačním systémy (DSM-5 a MKN-10, v americké podobě již vydaná MKN-11).

Pro základní orientaci v diagnostice poruchy PTSD jsou popsány současné diagnostické nástroje pro určení diagnózy.

3. 1 Historie diagnostiky PTSD

Posttraumatická stresová porucha prošla v historii své koncepce dlouhým vývojem, odrážejícím proměny ve společnosti a závažné události, ovlivňující životy mnoha lidí.

Friedman (2019) ve svém přehledu o historii PTSD zmiňuje:

„Riziko expozice traumatu bylo a je součástí lidské existence od doby, kdy jsme se vyvinuli jako druhy. Útoky šavlozubých tygrů nebo teroristů jednadvacátého století pravděpodobně vyvolaly podobné psychologické následky u těch, kteří přežili takové násilí. Zdá se, že Shakespearův Jindřich IV. splňuje mnoho, ne-li všechna, diagnostická kritéria pro posttraumatickou stresovou poruchu (PTSD), stejně jako ostatní hrdinové a hrdinky ve světové literatuře.“

Diagnostická kritéria za dobu vývoje diagnosticko – statistických manuálů duševních poruch prošla řadou změn, stejně jako samotný název poruchy. První vydání diagnosticko – statistického manuálu duševních poruch DSM-I z roku 1952 (APA, 1952) zahrnovala diagnózu „Velká stresová reakce“ (Andreasen, 2010).

Velká stresová reakce byla definována jako stresový syndrom, který je odpovědný za výjimečný fyzický nebo psychický stres, jako je přírodní katastrofa nebo válka, vyskytující se u lidí, kteří netrpí jinou psychickou poruchou a symptomy se musí do dnů či týdnů mírnit. Pokud symptomy stresové reakce přetrvávají, měla by být udělena jiná diagnóza (Andreasen, 2010).

Toto vymezení posttraumatické stresové poruchy znamenalo, že lidé trpící jinou psychickou poruchou, pro stresovou reakci nedostali nezávislou diagnózu. Stresová reakce byla léčena pouze jako sekundární.

V DSM-II, z roku 1968 (APA, 1968), byla diagnóza „*Velké stresové reakce*“ vynechána kvůli dlouhému období relativního válečného klidu. Před vznikem DSM-III vycházela řada výzkumů odhalujících epidemiologii i symptomatologii syndromů objevujících se jako důsledek prožitého stresu. Absence oficiální diagnózy PTSD v DSM-II zájem výzkumníků o stresové poruchy nezastavila. Odhaleny byly charakteristické symptomy stresových reakcí a jejich příčiny (Andreasen, 2010).

Mezi lety 1968 a 1980 nebyla dostupná žádná diagnóza pro stresové poruchy. Vzhledem ke svému spojení s válkou ve Vietnamu se PTSD stala synonymem pro mnoho historických válečných diagnóz, jako je „*railway spine*“, stresový syndrom, nostalgie, srdce vojáka (soldier's heart), únava z boje, reakce na bojový stres nebo traumatická válečná neuróza (Andreasen, 2010).

Název „*Post – traumatic stress disorder*“ byl poprvé navržen v roce 1978 a v roce 1980 přidán do 3. verze Diagnostického a statického manuálu duševních poruch DSM-III (APA, 1980). Opětovné přidání diagnózy do DSM-III evokovaly následky války ve Vietnamu (Shaley & Yehuda, 2000).

Stresor byl pro DSM-III vymezen jak závažná událost, která by způsobila závažné symptomy téměř u každého, přesahující rámec normální lidské zkušenosti. Symptomy mohou být psychické, fyzické či obou druhů. Jako uznání vzniku poruchy na základě rozdílných stresorů, bylo upuštěno od názvů jako „*Post – Vietnam syndrom*“. Mimo to, důsledky stresových reakcí získaly své obecné označení pod pojmem „*Posttraumatická stresová porucha*“.

Posttraumatická stresová porucha v DSM-III byla konstituována ze 3 obecných kategorií: znovuprožívání (včetně disociativních stavů), snížení schopnosti reagovat na vnější podněty a kognitivní nebo autonomní symptomy. Začátek poruchy mohl být akutní či oddálený.

„*PTSD v DSM-III byla zařazena pod skupinu úzkostných poruch:*

308.30 Posttraumatická stresová porucha, akutní

309.81 Posttraumatická stresová porucha, chronická nebo opožděná“ (Vizzinová & Preiss, 1999, s.28)

Posttraumatická stresová porucha byla revidována v roce 1987 (o 7 let později) v DSM-III-R. V DSM-III-R byla diagnóza PTSD rozšířena z hlediska definice stresové události. Rozšířil se také rozsah prožívaných symptomů, zdůrazněna byla role disociace a eliminována byla akutní forma poruchy (Andreasen, 2010).

Poté, co se PTSD stala oficiální psychiatrickou diagnózou, se zvyšoval počet soudních sporů o újmu na zdraví žalobců, tvrdících, že trpí PTSD. Avšak právníci, soudní psychiatři, psychologové a experti na trauma často považovali diagnostická kritéria DSM-III za nepřesná. Odborné diskuse a debaty v akademických časopisech, na konferencích a mezi myšlenkovými vůdci vedly k jasněji definovanému souboru diagnostických kritérií v DSM-IV, zejména k definici „traumatické události“ (Scrignar, 2018).

DSM-IV byla revidován v roce 1994, v období relativního válečného klidu. Definice stresoru byla opět rozšířena a přidáno bylo kritérium zahrnutí svědectví traumatických událostí u blízkých osob.

V DSM-IV získalo kritérium prožitku traumatické události (kritérium A) dvě podmínky splnění. První z nich se týkala přímé zkušenosti, svědectví či dozvědění se o traumatické události (kritérium A1). Druhá podmínka se vztahovala k subjektivní reakci jedince na danou událost, jenž musela zahrnovat „*intenzivní strach, bezmoc nebo hrůzu*“ (kritérium A2).

Další kritéria DSM-IV zahrnovala:

- B – znovuprožívání traumatické události
- C – trvalé vyhýbání se podnětům spojených s traumatem a celkové otupení reakcí
- D – přetrvávající příznaky zvýšeného vzrušení (hyperexcitace)
- E – úplný obraz symptomů musí být přítomen déle než 1 měsíc
- F – porucha musí způsobit klinicky významné potíže nebo narušení v sociálních, pracovních nebo jiných důležitých oblastech fungování (APA, 1994)

V DSM-IV byla diagnóza PTSD zařazena mezi úzkostné poruchy. V rámci revidované verze DSM-5 byla vytvořena nová diagnostická kategorie (Traumatické poruchy a poruchy spojené se stresem), do které je nyní PTSD zařazena (APA, 2013).

Změny v současné diagnostickém systému DSM-5 jsou blíže popsány v následující kapitole.

3.2 Současná diagnostika PTSD

Pokud mluvíme o současné diagnostice PTSD v České republice, zmiňujeme dva doposud aktuální diagnostické systémy. Jsou jimi DSM-5 – Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (APA, 2013; překlad Raboch et al., 2015) a Mezinárodní klasifikaci nemocí-

10 (MKN-10, 2021) a její aktuálnější verzi, jejíž dokončení v české verzi je plánováno na konec roku 2022 (ÚZIS ČR, 2022).

V této kapitole budou reflektovány změny v klasifikačních systémech a jejich zdůvodnění a na závěr také porovnání obou klasifikačních systémů. Diagnostická kritéria PTSD podle DSM-5 jsou shrnuta v *Tabulce 1*.

Tabulka 1: Diagnostická kritéria PTSD podle DSM-5 (APA 2013; Raboch et al., 2015)

Kritérium A
Vystavení skutečné nebo hrozící smrti, vážnému zranění nebo sexuálnímu násilí jedním (nebo více) z následujících způsobů:
a) Přímý zážitek traumatické události
b) Být osobně svědkem traumatické události, která se stala jiným lidem.
c) Dozvědět se, že se traumatická událost stala blízkému rodinnému příslušníkovi nebo rodinnému příteli. V případech skutečné nebo hrozící smrti člena rodiny nebo přítele musí jít o násilnou událost nebo nehodu.
d) Zážitek opakovaného nebo extrémního vystavení nepříjemným detailům traumatické události (např. náhodní nálezci mrtvého těla, policisté, kteří jsou opakovaně vystavováni detailům o zneužívání dětí)
Kritérium B
Splnění 1 či více z následujících intruzivních symptomů:
a) Opakující se, nechtěné, intruzivní a stresující vzpomínky
b) Opakující se, stresující sny vztahující se k traumatické události
c) Disociativní reakce (například flashbacky), jako by se dané události znovu odehrávaly
d) Intenzivní nebo prodloužený psychologická duševní nepohoda při vystavení vnitřním či vnějším podnětům připomínajícím či podobajícím se některé z části události
e) Výrazné fyziologické reakce na vnitřní či vnější podněty připomínajícím či podobajícím se některé z části události
Kritérium C
Trvalé vyhýbání se podnětům asociovaným s traumatickou událostí, přičemž vyhýbání se podnětům probíhá jednou nebo oběma z následujících forem:
c) Vyhýbání se stresujícím vzpomínkám, myšlenkám nebo pocitům spojeným s traumatickou událostí
d) Vyhýbání se nebo snaha se vyhnout vnějším podnětům, které připomínají traumatickou událost a vedou ke stresujícím vzpomínkám, myšlenkám nebo pocitům
Kritérium D

Změny v myšlení nebo náladě projevující se dvěma či více z následujících symptomů:
b) neschopnost vzpomenout si na důležitý aspekt události, typicky kvůli disociativní amnézii, která se může vyskytnout pouze jedenkrát či opakovaně
c) přetrvávající, často porušené, přehnané negativní přesvědčení nebo očekávání týkající se vlastní osoby, ostatních a světa
d) přetrvávající negativní myšlení o příčinách nebo následcích traumatické události zahrnující přetrvávající zkrleslé přičítány viny sobě samotnému, jiným a světu
e) přetrvávající negativní emoční stavy (strach, hrůza, hněv, vina, stud)
f) poznatelně snížený zájem o účast na důležitých aktivitách
g) pocity odtržení, odcizení nebo odcizení od ostatních
h) přetrvávající neschopnost vyjadřovat pozitivní emoce (radost, spokojenost, láska) a méně projevování emocí
Kritérium E
Splnění dvou či více následujících symptomů vztahujících se ve vzrušivosti a reaktivitě:
a) podrážděné chování a výbuchy vzteku (bez velké provokace) vyjádřená verbálně nebo fyzicky
b) agrese vůči lidem nebo předmětům
c) bezohledné nebo sebedestruktivní chování
d) hypervigilance
e) přehnaná úleková reakce
f) problémy s koncentrací
g) potíže s usínáním, setrváním ve spánku nebo
h) neklidný spánek
Kritérium F
Porucha (kritéria B, C, D, E) trvá déle než 1 měsíc.
Kritérium G
Porucha způsobuje klinicky závažnou nepohodu nebo funkční narušení v sociální, pracovní nebo jiné důležité oblasti života.
Kritérium H
Poruchu nelze přičíst fyziologickým účinkům látky (např. léky, alkohol) nebo jinému somatickému onemocnění.

Diagnóza PTSD podle DSM-5

Revidovaná verze DSM-5 Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch znamená pro diagnózu posttraumatické stresové poruchy oproti DSM-IV změnu z hlediska mnoha, avšak menších změn. Mezi tyto změny se řadí:

- Přesunutí posttraumatické stresové poruchy z kategorie úzkostných poruch do nové kategorie traumatických poruch a poruch spojených se stresem
- Změny v definici traumatické události
- Změny v diagnostických kritériích PTSD
- Přidání nových symptomů
- Přidání disociativního specifikaátoru (Zoellner, 2013)

Změny v diagnostických kategoriích duševních poruch

PTSD byla v 5. revizi Diagnostického a statistického manuálu duševních nemocí (APA, 2013) přesunuta z kategorie úzkostných poruch do nové kategorie traumatických poruch a poruch spojených se stresem. Pozitivem přesunu PTSD do nově vzniklé kategorie DSM-5 může být větší pravděpodobnost stanovení správné diagnózy PTSD u pacienta vystaveného traumatu, než jiné poruchy sdílející některé stejné symptomy (např. deprese, hraniční porucha osobnosti, generalizovaná úzkostná porucha) (Bryant et al., 2011).

Pro změnu kategorií PTSD v DSM-5 se však objevují i negativní názory, které podporují významnost podobnosti PTSD, úzkostných poruch a deprese na základě faktoriálních modelů symptomů jednotlivých poruch. Tyto kritiky však vyvrací např. Friedman (2011), který naopak zmiňuje potřebu diagnostického rámce, ve kterém jsou psychické poruchy založeny na jejich etiologickém porozumění. Klinická diagnóza by měla vždy vycházet z pečlivého zhodnocení fungování před traumatem a zvážení dalších pravděpodobných komorbidních poruch (in Zoellner, 2011).

Změny v definici traumatické události

DSM-IV rozšiřovala DSM-III k zahrnutí nepřímé expozice traumatické události. Toto rozšíření zvýšilo podle některých výzkumů prevalenci poruchy PTSD až o 59,2 % (Breslau & Kessler, 2001).

Avšak kategorie „dozvěděl/a jsem se o traumatické události“ byla v rámci kategorie A považována za nepřesně vymezenou, v DSM-5 se tedy pro toto vymezení objevuje rozšíření na následovné znění: „dozvěděl/a jsem se, že se traumatická událost stala členovi rodiny či blízkému příteli“ ve které dále musí být zahrnuto kritérium „aktuální či hrozící smrt násilným či náhodným způsobem“ (APA, 2013, s. 271).

DSM-5 dále také již nezahrnuje svědectví traumatických událostí skrze elektronická média, televizi, videohry, filmy či obrazy. Tato změna vychází z empirických důkazů o nalézání nízké prevalence PTSD na základě svědectví fotografií pocházejících z útoků v New Yorku 9.11.2001 (Ahern et al., 2002) nebo násilných videoklipů (Weidmann & Paprsdorf, 2010).

Změna v diagnostických kritériích PTSD

Diagnostická kategorie vztahující se k symptomům vyhýbavého chování v DSM-IV obsahovala 7 symptomů, které byly následně do DSM-5 rozděleny do 2 diagnostických kategorií. Tyto kategorie jsou vztaženy k vyhýbavému chování a negativním změnám v myšlení a náladě.

Nová diagnostická kategorie vztahující se k vyhýbavému chování obsahuje symptomy dvou druhů:

1. Vyhýbání se nebo snaha se vyhýbat se stresujícím pocitům, vzpomínkám a myšlenkám na traumatickou událost nebo těm, které jsou s traumatickou událostí úzce spojeny.
2. Vyhýbání se nebo snaha vyhýbat se vnějším připomenutím (lidem, místům, rozhovorům, aktivitám, předmětům, situacím), které vyvolávají stresující vzpomínky, myšlenky nebo pocity na traumatické události nebo jsou s ní úzce spojené (APA, 2013)

Zcela nová diagnostická, vztažena k negativním změnám v myšlení a náladě a obsahuje 7 symptomů (viz **Tabulka 1**, kritérium E).

Přidání nových symptomů a disociativního specifikaátoru

Nově přidané kategorie symptomů lze v rámci DSM-5 nalézt pod kritériem D (viz **Tabulka 1**). Jedná se o symptomy vztahující se k negativnímu přesvědčení a očekávání o sobě nebo o světě,

přetrvávající zkreslené obviňování sebe nebo druhých, přetrvávající negativní emoce související s traumatem a riskantní nebo bezohledné chování.

Přidán byl také podtyp PTSD – disociativní subtyp, pro jehož naplnění je nutné splnění kritérií PTSD, tak součinně vyskytující se derealizací a depersonalizací (Friedman, 2013).

Podle Zoellnera (2013) mají změny diagnózy PTSD v DSM-5 potenciál zvýšit heterogenitu jedinců, kterým by mohla být diagnostikována PTSD, a to jak změnou toho, co se kvalifikuje jako traumatická událost, tak přidáním symptomů běžně se vyskytujících u jiných poruch, jako je deprese, hraniční porucha osobnosti a disociativní poruchy. Autor však nepředpokládá, že by tyto změny dokázaly změnit celkovou prevalenci PTSD (Zoellner, 2013).

Další část této podkapitoly bude věnována druhému klasifikačnímu systému, stanovující diagnózu PTSD – Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10). Uvedeny budou změny v rámci revidované verze klasifikace (MKN-11).

MKN-10 a MKN-11

V dosavadní stále platné klasifikaci MKN-10 v České republice je posttraumatická stresová porucha zařazena pod *Neurotické, stresové a somatoformní poruchy*, konkrétně pod kategorii *F43 Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení*. Posttraumatická stresová porucha je v této kategorii vymezena společně s akutní stresovou reakcí, poruchou přizpůsobení, jinou reakcí na těžký stres a reakcí na těžký stres NS (MKN-10, 2020).

V definici poruchy tohoto klasifikačního systému lze nalézt popis poruchy, predisponující faktory vzniku poruchy, její typické příznaky a průběh.

Také diagnóza MKN-11, stejně jako revidovaná verze DSM-5, prošla změnami. Kritéria pro PTSD jsou zredukována na pouhých šest položek – dva symptomy vztahující se k znovuprožívání události (noční můry a intruzivní vzpomínky), dva symptomy vztahující se k vyhubavému chování (vyhubávání se myšlenkám a pocitům a také místům, lidem a činnostem) a dva symptomy týkající se zvýšeného fyziologického vzrušení (snížený práh úlekové reakce a hypervigilance) (Bisson, 2013).

Podle Bissona (2013) se zdá být vysoce pravděpodobné, že významný počet jedinců splní kritéria pro PTSD DSM-5, ale nikoli pro PTSD podle MKN-11 a naopak. Hrozí tedy existence

velkého rizika, že systémy budou používány zaměnitelně v závislosti na tom, zda je požadována přítomnost nebo nepřítomnost diagnózy PTSD (Bisson, 2013).

V předchozích dvou kapitolách byly popsány způsoby diagnostiky PTSD na základě změn v klasifikačních systémech nemocí. Následující kapitola bude uvedením problematiky diagnostiky PTSD do praxe, na základě představení významných diagnostických metod.

3.3 Metody užívané pro diagnostiku PTSD

V této podkapitole budou vymezeny současné screeningové diagnostické metody pro stanovení diagnózy PTSD. Podle amerického přehledu literatury z roku 2013 (Spoont et al., 2013), zabývající se screeningovými metodami PTSD, byly za zlatý standard při diagnostice PTSD používány následující diagnostická interview:

- *Clinical Administred PTSD Scale (CAPS)*
- *Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)*
- *Mini – International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)*
- *PTSD Symptom Scale – Interview (PSS- I)*
- *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*

Všechny zmiňované metody existují ve verzi pro diagnostiku DSM-IV, některé z nich jsou již revidovány pro verzi DSM-5.

Pro přehled jsou v této kapitole přidány také dotazníky určené pro diagnostiku PTSD. Mezi současné dotazníky určené pro diagnózu PTSD zmiňují:

- *Posttraumatic Stress Disorder Check List (PCL-5)*
- *Life Events Checklist (LEC-5)*

Dotazníky jsou vybrány na základě jejich aktuálnosti a využitelnosti při diagnostice na základě DSM-5, a také z hlediska návaznosti na praktickou část této práce, kde byly využity metody PCL-5 a LEC-5.

Clinician – Administered PTSD Scale (CAPS-5) (Weathers et al., 2018)

Diagnostické interview Clinician – Administered PTSD Scale, vyvinuto v roce 1989 v National Center for PTSD, odráží současná diagnostická kritéria DSM-5 (Weathers et al., 2018).

CAPS-5 je strukturované interview složené z 30 položek, sloužící k zhodnocení aktuální diagnózy PTSD (na základě symptomů projevujících se v posledním měsíci), určení celoživotní diagnózy PTSD i zhodnocení symptomů PTSD v průběhu posledního týdne (National Center for PTSD, 2021).

Mezi charakteristické rysy CAPS-5 patří:

- 1) posouzení všech kritérií PTSD a také souvisejících vlastností, jako je disociace;
- 2) celkové hodnocení úzkosti, závažnosti symptomů;
- 3) jak dichotomické (přítomné/nepřítomné), tak průběžné hodnocení jednotlivých symptomů a celkové poruchy;
- 4) samostatné posouzení frekvence a intenzity příznaků;
- 5) behaviorálně zakotvená východiska a ratingové stupnice;
- 6) posouzení souvislosti s traumatem pro jednotlivé symptomy, které nejsou inherentně spojeny s traumatem (např. ztráta zájmu, odcizení, potíže se soustředěním) (Weathers et al., 2018).

Pro každý ze symptomů PTSD obsahuje interview CAPS-5 doplňující otázky a explorační. K administraci CAPS-5 je doporučeno využití dotazníku The Life Events Checklist (LEC-5) pro vyhodnocení traumatických událostí a naplnění kritéria A diagnózy PTSD (prožití, svědectví či dozvědění se o prožití traumatické události u blízkého člověka) (National Center for PTSD, 2021).

Délka celého interview trvá přibližně 45–60 minut. Metoda je určena pro klinické profesionály, ale může být také administrována neprofesionály (např. studenty), trénovanými v užití metody (National Center for PTSD, 2021).

V psychometrické studii s válečnými veterány metoda CAPS-5 prokázala vysokou vnitřní konzistenci ($\alpha = 0,88$) a test – retestovou reliabilitu ($ICC = 0,78$). Prokázala také dobrou konvergentní validitu s celkovým skórem CAPS-IV ($r = 0,83$), Posttraumatic Stress Disorder Checklist pro DSM–5 ($r = 0,66$) a dobrou diskriminační validitu s mírami úzkosti, deprese, somatizace, funkčního poškození, psychopatie a závislosti na alkoholu ($r_s = 0,02$ až $0,54$) (Weathers et al., 2018).

The Structured Clinical Interview (SCID-5) (First et al., 2014)

The Structured Clinical Interview je semistrukturované interview, určené pro udělování diagnóz podle DSM-5. Metoda SCID je strukturována do samostatných modulů odpovídajících kategoriím jednotlivých diagnóz DSM-5 (National Center for PTSD, 2021).

SCID-5 v jednotlivých modulech umožňuje zhodnocení poruch nálady, psychotických poruch, poruch užívání návykových látek, úzkostných poruch, obsedantně-kompulzivní poruchy, poruchy příjmu potravy, poruchy somatických symptomů, některé poruchy spánku a poruchy související s traumatem a stresem. Interview již bylo publikováno v různých verzích, včetně verze pro klinické lékaře (SCID-CV) a verze pro klinické studie (SCID-CT).

Interview je rozděleno do samostatných modulů, reprezentujících kategorie diagnóz. Většina oddílů začíná vstupní otázkou, která případně umožňuje tazateli „přeskočit“ související otázky, pokud není vstupní otázka zodpovězena kladně. U všech diagnóz jsou příznaky kódovány jako přítomné, podprahové nebo nepřítomné. Minimální počet symptomů potřebných pro splnění diagnostického kritéria musí být kódováno jako přítomno.

Délka administrace závisí na administrovaných modulech a počtu přítomných poruch. Obecný odhad délky administrace je 1–2 hodiny (National Center for PTSD, 2021).

V psychometrickém zhodnocení diagnostické metody SCID-5 Cohenovo kappa přesahovalo hodnotu 0,4 pro všechny psychiatrické diagnózy kromě úzkostných poruch. Senzitivita pro všechny diagnostické kategorie přesahovala hladinu 0,8 (Shabani et al., 2020).

Mini – International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) (Sheehan et al., 1998)

Mini – International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) je krátké strukturované diagnostické interview, které stanovuje poruchy DSM-IV a MKN-10, vyvinuté psychiatry a klinickými psychology, jak ze Spojených států amerických, tak z Evropy.

Administrace M.I.N.I. trvá přibližně 15 minut. Interview je využíváno pro potřebu krátkého zhodnocení diagnostických kritérií, pro klinické výzkumy a epidemiologické studie (Sheehan et al., 1998).

Pro určení diagnózy DSM-IV podle M.I.N.I. metoda stanovuje 15 otázek, rozdělených do 5 kategorií, s danými podmínkami pro postup do další kategorie. Diagnóza PTSD podle DSM-IV je naplněna pouze pokud jsou splněny všechny kategorie symptomů (Sheehan et al., 1998).

M.I.N.I. v psychometrické validizaci dosahovalo výborné test – retestové reliability, interní konzistence dosahovala hladiny 0,8 Cronbachova alfa (Pangman et al., 2000).

PTSD Symptom Scale – Interview (PPS-I) a PSS-I-5 (Foa & Capaldi, 2013)

Semistrukturovaný rozhovor pro zhodnocení 17 symptomů PTSD vycházejících z DSM-IV (APA, 1994). Interview je sestaveno tak, aby zhodnotilo výskyt a závažnost symptomů vztahujících se k 1 identifikované traumatické události, která proběhla v posledních 2 týdnech.

Revidovaná verze PSS-I-5 obsahuje 24 otázek, soustředící se na 20 symptomů vycházejících z DSM-5, s důrazem na prožívaný distres, závažnost symptomů, jejich začátek a trvání (Polizzi, 2021).

Evropská verze PSS-I dosáhla míry interní konzistence Cronbachova alfa 0,81 a test-retestové reliability $r = 0,73$ (Remor, 2006). PSSI-5 prokázal dobrou vnitřní konzistenci ($\alpha = 0,89$) a testu-retestovou reliabilitu ($r = 0,87$) (Foa et al., 2016).

CIDI – Composite International Diagnostic Interview (WHO, 2004)

Strukturované diagnostické interview, které hodnotí jak symptomy DSM-IV., tak MKN-10. Diagnostické kategorie poruch jsou seskupovány do jednotlivých modulů. Každý z modulů lze administrovat jednotlivě.

Respondenti odpovídají na jednotlivé položky ano či ne. Délka administrace je odhadována na 2 hodiny (Spoont et al., 2013).

Test retestová reliabilita dosahovala v psychometrickém zhodnocení metody hodnot Cohenova kappa od 0,41 (u generalizované úzkostné poruchy) po 0,84 (u panické poruchy). Mezi-hodnotitelská reliabilita dosahovala jen u 3 diagnostických kategorií z 20 hodnot Cohenova kappa pod 0,9 (Wittchen et al., 1991).

Dotazníky současně užívané pro diagnostiku PTSD:

The PTSD Checklist-5 (PCL-5) (Weathers al., 2013)

The Posttraumatic Stress Disorder Checklist je sebeposuzovací škálou pro posouzení symptomů posttraumatické stresové poruchy, původně vyvinuta National Center for PTSD v roce 1990 (Weathers et al., 2013). V průběhu své existence metoda procházela revizemi korespondujícími se změnami v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch.

Současná škála PCL-5 se skládá z 20 položek, korespondujících se symptomy PTSD v DSM-5 (APA, 2013). Vyšetřovaní lidé jsou instruováni k vyplnění sebeposuzovací škály v rozmezí 0–4 body, pro zhodnocení, jak je jednotlivé symptomy PTSD obtěžovaly v posledním měsíci. Škála se ve slovním vyjádření pohybuje v rozmezí od „Vůbec ne“ po „Extrémně“ (National Center for PTSD, 2016).

Pro zhodnocení závažnosti příznaků PTSD se výsledné skóry položek sčítají. K predikci diagnózy PTSD se využívají cut-off skóry, které se pohybují v rozmezí od 30 do 60 bodů v závislosti na populaci (např. válečné vs. civilní trauma), prostředí nebo cíli hodnocení (Weathers et al., 2013).

Čím nižší je cut-off skór, tím je mírnější kritérium pro udělení diagnózy PTSD, čímž se zvyšuje možný počet falešně pozitivních výsledků. Čím vyšší je cut-off skór, tím více se kritéria pro udělení diagnózy zpřísnují a vzniká tak větší potenciál pro falešně negativní výsledky (National Center for PTSD, 2016).

Metoda PCL-5 dosáhla již v mnohých psychometrických studiích výborných výsledků, variujících v různých výzkumných vzorcích i prostředích. Skóry PCL prokázaly výbornou interní konzistenci i test – retestovou reliabilitu (Bovin et al., 2016).

Bylo také prokázáno, že výsledné skóry PCL vysoce korelují s výslednými skóry dalších sebeposuzovacích metod PTSD a také výsledných skóru zlatého standardu CAPS (Clinician – Administred PTSD Scale) (Bovin et al., 2016).

Life Events Checklist-5 (LEC-5) (Weathers et al., 2013)

Life Events Checklist-5 je sebeposuzovací škálou zahrnující 17 položek obsahující názvy potenciálně traumatizujících událostí podle kritéria A DSM-5 (APA, 2013). Tyto položky

zahrnují traumatické životní události, např. přírodní katastrofy, fyzickou nebo sexuální agresi, těžká zranění, násilnou smrt (vražda nebo sebevražda), a další.

Pro každou situaci má dotazovaný respondent uvést typ expozice (tj. zda událost přímo zažil/a anebo byl/a svědkem události nebo se dozvěděl traumatické události týkající se blízkého příbuzného nebo přítele a pokud ano, zda souvisela s pracovní činností). LEC-5 také identifikuje nejtraumatičtější událost, kterou kdy respondent zažil, kdy k této události došlo a kolikrát došlo k podobným událostem během života respondenta (Lima et al., 2016).

Pro LEC-5 neexistuje žádný formální skórovací protokol nebo interpretace výsledků. Dotazník je vytvořen pouze k identifikaci prožitých událostí. K prožitým událostem uvádí respondenti typ expozice na 6 bodové nominální škále (0 – nestalo se mi to, 1 – dozvěděl/a jsem se o tom, 2 – byl/a jsem svědkem, 3 – stalo se mi to). Respondenti mohou na škále zahrnout více druhů expozic, pokud se jim daná traumatická událost stala opakovaně. Celkově nedává LEC-5 žádný celkový ani složený skór (Gray et al., 2004).

Dotazník LEC-5 existuje již v rozšířené rozhovorové formě. Podrobnější popis rozhovorové formy lze nalézt v kapitole 8 – *Metody určené pro sběr dat*.

4 Shrnutí teoretické části

V teoretické části této diplomové práce byly vymezeny potřebné poznatky pro navazující část praktickou, zaměřenou na diagnostiku PTSD. V rámci praktické části této práce jsou s respondenty (N=28) vedeny rozhovory o prožitých traumatických událostech. Z tohoto důvodu je 1. kapitola této diplomové práce zaměřena podrobněji na teorii traumatu.

Kapitola 2 je věnována posttraumatické stresové poruše (PTSD) a jejím současným diagnostickým kritériím. Diagnostická kritéria jsou popsána z hlediska jednotlivých symptomů. Dále jsou podkapitoly věnovány etiologii a prevalenci poruchy. Závěr kapitoly je zaměřen na diferenciální diagnostiku PTSD.

Kapitola 3 Diagnostika PTSD je soustředěna na historický vývoj diagnózy PTSD, od jejího prvního zařazení do klasifikačního systému nemocí. Dále jsou vymezena současná diagnostická kritéria PTSD a změny diagnózy z Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch DSM-IV (APA, 1994) do revidované verze DSM-5 (APA, 2013). Poslední podkapitola

představuje uvedení diagnostiky PTSD do praxe na základě popisu současně užívaných diagnostických metod.

V praktické části byly respondentům zadávány otázky vztahující se k diagnostickým kritériím PTSD podle DSM-5 a následně zadávány další diagnostické metody pro diagnostiku symptomů traumatu. Kapitoly zaměřené na posttraumatickou stresovou poruchu (Kapitola 2) a Diagnostika PTSD (Kapitola 3) vytváří teoretickou podporu pro výsledná zjištění výzkumu.

5 Cíle výzkumu

Cílem výzkumu této diplomové práce je příspěvek k validizaci diagnostických metod pro diagnózu PTSD. Za tímto účelem byly používány metody Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5 (Weathers et al., 2013), měřící míru symptomů PTSD za poslední měsíc a také metoda Life Events Checklist-5 (Weathers et al., 2013), zaměřená na měření míry potenciálně traumatických událostí prožitých v průběhu života.

Výzkumná část této práce je zaměřena na hledání rozdílů mezi výsledky v psychometrických metodách zachycující míru traumatizace u kontrolní skupiny respondentů, vycházející z běžné populace a u klinické skupiny, utvořené respondenty s traumatem.

Mezi klinickou skupinou respondentů a skupinou respondentů vycházející z obecné populace jsou dále zkoumány rozdíly v míře depresivních a úzkostných symptomů (metody Beckův inventář úzkosti a Beckova sebesposuzovací škála depresivity-II) z důvodu ověření konvergentní validity metody Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5 na základě komorbidity PTSD a depresivních a úzkostných poruch.

Výzkumný soubor respondentů s traumatem (N=28) byl na základě diagnostických kritérií DSM-5 pro PTSD rozdělen na 2 skupiny respondentů – skupina respondentů s diagnózou PTSD (n=14) a skupinu s rizikem diagnózy PTSD, která nedosáhla naplnění kritérií pro udělení poruchy (n=14).

Hypotézy jsou zkoumány jednotlivě pro každou z identifikovaných skupin. Obě skupiny respondentů jsou srovnávány se vzorkem obecné populace (N=303).

6 Hypotézy

1. Hypotézy vztahující se k míře traumatizace

1.1 Jaké jsou rozdíly v sebeposouzení míry traumatizace u obecné populace a u klinické populace?

H₀1.1: Mezi klinickou populací a obecnou populací neexistují v sebeposouzení míry traumatizace rozdíly.

H_A1.1: Klinická populace dosahuje v sebeposouzení míry traumatizace vyšších hodnot než obecná populace.

1.2 Jaké jsou rozdíly v sebeposouzení míry traumatizace u obecné populace a u populace vystavené traumatu?

H₀1.2: Mezi populací vystavenou traumatu a obecnou populací neexistují v sebeposouzení míry traumatizace rozdíly.

H_A1.2: Populace vystavená traumatu dosahuje v sebeposouzení míry traumatizace vyšších hodnot než obecná populace.

1.3 Jaké jsou rozdíly v četnosti prožitých potenciálně traumatických událostí u obecné populace a u klinické populace?

H₀1.3: Mezi klinickou populací a obecnou populací neexistují v četnosti prožitých potenciálně traumatických událostí rozdíly.

H_A1.3: Klinická populace dosahuje vyšší četnosti prožitých potenciálně traumatických událostí než obecná populace.

1.4 Jaké jsou rozdíly v četnosti prožitých potenciálně traumatických událostí u obecné populace a u populace vystavené traumatu?

H₀1.4: Mezi populací vystavenou traumatu a obecnou populací neexistují v četnosti prožitých potenciálně traumatických událostí rozdíly.

H_A1.4: Skupina populace vystavená traumatu dosahuje vyšší četnosti prožitých potenciálně traumatických událostí než obecná populace.

2. Hypotézy vztahující se k úzkostným symptomům

2.1 Jaké jsou rozdíly v sebeposouzení míry úzkostných symptomů u obecné populace a u klinické populace?

H₀2.1: Mezi klinickou populací a obecnou populací neexistují v sebeposouzení míry úzkostných symptomů rozdíly.

H_A2.1: Klinická populace dosahuje v sebeposouzení míry úzkostných symptomů vyšších hodnot než obecná populace.

2.2 Jaké jsou rozdíly v sebeposouzení míry úzkostných symptomů u obecné populace a u populace vystavené traumatu?

H₀2.2: Mezi populací vystavenou traumatu a obecnou populací neexistují v sebeposouzení míry úzkostných symptomů rozdíly.

H_A2.2: Populace vystavená traumatu dosahuje v sebeposouzení míry úzkostných symptomů vyšších hodnot než obecná populace.

3. Hypotézy vztahující se k depresivním symptomům

3.1 Jaké jsou rozdíly v sebeposouzení míry depresivních symptomů u obecné populace a u klinické populace?

H₀3.1: Mezi klinickou populací a obecnou populací neexistují v sebeposouzení míry depresivních symptomů rozdíly.

H_A3.1: Klinická populace dosahuje v sebeposouzení míry depresivních symptomů vyšších hodnot než obecná populace.

3.2 Jaké jsou rozdíly v sebeposouzení míry depresivních symptomů u obecné populace a u populace vystavené traumatu?

H₀3.2: Mezi populací vystavenou traumatu a obecnou populací neexistují v sebeposouzení míry depresivních symptomů rozdíly.

HA3.2: Populace vystavená traumatu dosahuje v sebeposouzení míry depresivních symptomů vyšších hodnot než skupina obecné populace.

7 Metodologie

7.1 Průběh sběru dat

Výzkum této diplomové práce probíhal v rámci projektu NÚDZ *Validizace nástrojů pro měření psychického traumatu*. Celkový sběr je složen ze 2 fází. Nejprve byla data sesbírána u respondentů reprezentujících obecnou populaci. Sběr dat od respondentů reprezentujících obecnou populaci probíhal v rámci online šetření od října 2019 do konce roku 2020.

Cílem online šetření bylo zachycení míry traumatizace u běžné populace. Mimo demografických údajů a dotazníků vztahujících se k měření míry traumatizace, respondenti vyplňovali dotazníky pro měření depresivních symptomů – Beckova sebeposuzovací škála depresivity-II (Beck et al., 1996), úzkosti – Beckův inventář úzkosti (Beck et al., 1988), fyzických obtíží – The Patient Health Questionnaire (Williams & Kroenke; 1990), negativních zážitků z dětství – ACEs (Felitti et al., 1998) a kvality života – WHO Quality of Life-BREF (Skevington et al., 2004).

Cílem praktické části této práce bylo vytvoření klinické skupiny respondentů, kteří zažili traumatické události. Za účelem sběru dat pro vytvoření klinické skupiny byl v rámci NÚDZ vytvořen etický souhlas, dovolující přístup k lidem s psychiatrickými diagnózami (viz Přílohy).

Mimo výše zmíněných dotazníků byl s respondenty z klinické skupiny veden strukturovaný rozhovor Life Events Checklist-5 (Weathers et al., 2013) a následně zadávána kritéria PTSD podle DSM-5 (APA, 2013) a DSM-IV (APA, 1994).

Sběr dat probíhal s ambulantními pacienty NÚDZ, pod odbornou supervizí vedoucího této diplomové práce doc. PhDr. Marka Preisse, PhD. Mimo ambulantní pacienty NÚDZ (n= 5), probíhal sběr dat také v Azylovém domě Šromova (n=2), spadajícím pod Centrum sociálních služeb Praha. Zde sběr dat probíhal na dobrovolné bázi, respondenti se vzhledem k citlivosti tématu této diplomové práce přihlašovali na základě inzerátu vyvěšeného se souhlasem vedoucí azylového domu.

Třetí soubor respondentů v rámci klinické skupiny představují studenti a absolventi Univerzity Karlovy (n=22), kteří sami sebe identifikovali jako respondenty po zážitku traumatické události, jejíž psychické následky přetrvávají do dnešních dní.

Sběr dat probíhal od srpna do prosince roku 2021.

8 Metody užívané pro sběr dat

Metody užívané pro sběr dat v praktické části této diplomové práce lze řadit do 2 kategorií.

- 1) První kategorii představuje strukturovaný rozhovor Life Events Checklist-5 (Weathers et al., 2013), týkající se prožitých traumatických událostí.
- 2) Druhou částí sběru dat představuje samostatné vyplnění dotazníků respondenty, vztahujících se k symptomům deprese, úzkosti, fyzických obtíží, negativních dětských zážitků, ale také dotazníků vztahujících se k celkové kvalitě života.

1. Strukturovaný rozhovor Life Events Checklist-5 (LEC-5) (Weathers et al., 2013)

Life Events Checklist-5 je revidovanou a rozšířenou verzí Life Events Checklist-5 (Weathers et al., 2013), metody sloužící k zjištění četnosti vystavení potenciálně traumatizujícím událostem, vyvinuté v National Center for PTSD v roce 1980.

Administrace dotazníku LEC-5 v její rozšířené verzi zahrnuje 3 části. První část představuje samostatné zhodnocení prožitých životních událostí na škále: Stalo se mi to – Byl jsem svědkem – Dozvěděl/a jsem se o tom – Jako součást mé práce – Nejsm si jistý/á – Nestalo se mi to.

Metoda obsahuje seznam 17 potenciálně traumatických událostí, mezi něž jsou zařazeny např.

- Přírodní katastrofa (např. povodeň, hurikán, tornádo, zemětřesení)
- Požár nebo výbuch
- Dopravní nehoda (např. v autě, na lodi, ve vlaku, v letadle)

V rámci části metody LEC-5, kterou doplňuje respondent samostatně, je požádán o zvolení jedné subjektivně nejhůře prožívané traumatické události. K této nejhůře události respondent odpovídá na doplňující otázky týkající se doby, před kterou se událost odehrála, ohrožení života vlastního či jiných účastníků události, a také frekvence opakování traumatické události.

Následující části rozšířené verze metody LEC-5 jsou konstituovány formou rozhovoru. Druhá část rozšířené verze metody LEC-5 je složena ze 14 otázek, týkajících se dospívání respondenta. Následně je úkolem respondenta zhodnotit emocionální závažnost dospívání na škále od 1 – žádná, 2 – minimální/nevýznamná, 3 – zřetelná/ významná, 4 – hrubá/ těžká.

Třetí částí metody LEC-5 sestává z rozhovor týkajícího se traumatických událostí, které daný jedinec prožil v průběhu svého života. Pro dané události administrátor v administračním formuláři vyplňuje také formu prožití dané události – na škále: Stalo se mi to – Byl/a jsem svědkem – Dozvěděl/a jsem se o tom – Jako součást mé práce – Nejsem si jistý/á.

Dále je respondent u každé takto prožité události požádán o stručný popis události. Stručný popis zahrnuje časové vymezení, kdy se událost odehrála, jak se událost odehrála, zda byl někdo vážně zraněn, zabit či v ohrožení života a frekvenci výskytu dané události. Pokud se traumatická událost určitého typu (1 ze 17) odehrála v životě respondenta víckrát, je požádán o vybrání jedné, pro respondenta subjektivně nejhorší, události. Administrátor dále v záznamovém archu vyplňuje, zdali bylo naplněno kritérium A v rámci diagnózy PTSD podle DSM-5.

V hodnocení validity LEC celkově dosáhlo dobré konvergenční a diskriminační validity, test – retestové reliability v periodě v 7 dní a konkurenční validity s jinými měřítky PTSD.

Koeficienty Kappa pro sedm z položek LEC byly nad 0,60. Střední kappa pro všechny položky byly 0,61 a retestová korelace byla $r = 0,82$, $p < 0,001$. Několik položek nesplňovalo konvenční standardy pro adekvátní reliabilitu (Gray et al., 2004).

2. Sebeposuzovací metody

Druhou část výzkumu této diplomové práce představuje samostatné vyplnění dotazníků respondenty, shodujících se s internetovou verzí výzkumu zkoumajícího míru traumatizace u běžné populace.

Baterie dotazníků obsahovala základní demografické údaje o participantovi (jméno a příjmení, věk, národnost, rodinný stav, způsob bydlení a místo současného pobytu, nejvyšší dosažené vzdělání, celkový počet let studia od ZŠ a současnou pracovní pozici). Doplnující otázky jsou dále zaměřeny na množství denně vypitého alkoholu a užívání tabákových výrobků.

Baterie dotazníků je složena z následujících psychodiagnostických metod:

- *Adverse Childhood Experiences*
- *Primary Care PTSD Screen for DSM-5*
- *Zdravotní dotazník PHQ*
- *WHOQOL-BREF*
- *Beckův inventář úzkosti*
- *Beckova sebesuzovací škála depresivity-II*
- *The Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5*

Všechny užívané metody jsou stručně popsány. Pro výslednou analýzu jsou použity dotazníky Beckův inventář úzkosti, Beckova sebesuzovací škála depresivity-II a The Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5. Tyto sebesuzovací metody jsou v této podkapitole popsány podrobně s ohledem na jejich psychometrické vlastnosti.

- **Adverse Childhood Experiences (ACEs) (Felitti et al., 1998)**

Dotazník nepříznivých dětských zkušeností (ACEs) je sebesuzovací dotazník vyvinutý pro identifikaci dětských zkušeností se zneužíváním a zanedbáváním.

Dotazník se skládá z 10 položek dotazujících se na významné symptomy související se zanedbáváním a zneužíváním v dětství. Riziko vzniku závažných psychických obtíží signalizuje dosažení celkového skóru 4 a více (Wade, 2017).

- **Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5) (Prins et al., 2015)**

The Primary Care PTSD Screen pro DSM-5 (PC-PTSD-5) je 5 položkový screening, který byl vyvinut pro identifikování jedinců s PTSD v rámci primární péče. V dotazníku je nejprve kladena otázka ohledně expozice konkrétním traumatickým událostem v průběhu života (podle diagnostického manuálu DSM-IV). Pokud respondent v první otázce odpovídá ne, celkový dotazník je ukončen s celkovým skórem 0.

Pokud respondent na první otázku odpovídá ano, na otázku následuje dalších 5 otázek ohledně symptomů prožívaných po prožití traumatické události. Výskyt posttraumatických symptomů je hodnocen za poslední měsíc (National Center for PTSD, 2021).

- **Zdravotní dotazník (PHQ)** (Spitzer, 1999)

Zdravotní dotazník PHQ (The Patient Health Questionnaire) je sebeposuzovacím dotazníkem, posuzujícím 8 diagnóz podle DSM-IV.: depresivní porucha, panická porucha, jiná úzkostná porucha, bulimia nervosa a další poruchy, které splňují méně kritérií než pro udělení diagnózy – jiná depresivní porucha, závislost na alkoholu, somatoformní porucha a záchvatovité přejídání (Kroenke et al., 2001).

- **WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF)** (Skevington et al., 2004)

Metoda WHOQOL-BREF byla vyvinuta v roce 2004. Metoda se skládá z 24 položek sdružených do 4 domén a dvou samostatných položek hodnotících celkovou kvalitu života a zdravotní stav (celkem tedy 26 položek). Zkrácená forma dotazníku vychází z dotazníku WHOQOL-100. Výběr položek byl proveden tak, aby dotazník pokrýval široké spektrum aspektů kvality života (Dragomirecká, 2006).

- **Beckův inventář úzkosti (BAI)** (Beck et al., 1988)

Beckův inventář úzkosti (BAI), vytvořený Aaronem T. Beckem et al. v roce 1988, je inventář s 21 otázkami s více možnostmi vlastního posouzení, který se používá k měření závažnosti úzkosti u dospívajících a dospělých ve věku od 17 let.

Dotazník se skládá z 21 položek, popisujících typické symptomy úzkosti. Respondent volí závažnost symptomů na škále: 0 (vůbec) – 1 (mírně – moc mě to nerušilo), 2 (středně – bylo to nepříjemné, ale dalo se to vydržet), 3 (vážně – stěžím jsem to vydržel/a).

Příklady položek, které se hodnotí na Likertově škále jsou:

Mrtvění nebo mravenčení, pocit horka, vratkost nohou, neschopnost odpočinku, strach z nejhorší události. Respondent zhodnocuje závažnost daných symptomů za poslední týden (Steer & Beck, 1997).

Z výzkumů validity BAI bylo prokázáno, že metoda je vnitřně konzistentní ($\alpha = 0.90$; Osman et al., 1997), dosahuje adekvátní test – retestové reliability po uplynutí 1 týdne ($r = 0,75$) (Beck, et al., 1988).

BAI spolehlivě odlišuje pacienty s úzkostnou poruchou od pacientů bez úzkostné poruchy (Beck et al., 1988) a prokazuje vynikající konvergenci se souvisejícími stupnicemi úzkosti (Creamer et al., 1995; Fydrich et al., 1992; Osman et al., 1997).

- **Beckova sebeposuzovací škála depresivity-II (BDI-II)** (Beck et al., 1996)

Beckova sebeposuzovací škála depresivity – 2. vydání, vytvořena A.T. Beckem v roce 1961 a revidovaná v roce 1996, je škála s 21 otázkami s více možnostmi výběru.

Respondent hodnotí výroky vztahující se k subjektivnímu zhodnocení smutku, pesimismu, minulých selhání, ale také například sebevražedných myšlenek či přání nebo ztráty zájmu. Respondent je tázán o vybrání odpovídajícího výroku na dané symptomy – na vzestupné škále od 0 do 3. Závažnost symptomů je vyhodnocována za posledních 14 dní včetně daného dne (Beck et al., 1996).

Ve studii psychometrických vlastností BDI-II (Wang et al., 2013) vnitřní konzistence dosahovala hodnoty $\alpha=0,9$ a test – retestová reliabilita se pohybovala v rozmezí od 0,73 do 0,96. Metoda BDI-II dosahovala také vysokých korelačních hodnot ve srovnání s metodou BDI-I.

- **The Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5 (PCL-5)** (Weathers et al., 2013)
(podrobněji viz *Podkapitola 3.3*, s. 43)

Dotazník PCL-5 je zaměřen na zhodnocení symptomů vyskytujících se po traumatických či významně stresujících událostech. Dotazník obsahuje 20 symptomů a respondent je žádán o zhodnocení míry závažnosti jednotlivých obtíží v období posledního měsíce.

Respondent hodnotí závažnost obtěžujících symptomů na škále od 0 (vůbec ne) po 4 (extrémně). Příklady položek jsou následovné: „*Měl/a jste opakované, rušivé a nechtěné vzpomínky na nepříjemnou událost?*“ „*Měl/a jste opakované, rušivé sny o nepříjemné události?*“ (Weathers et al., 2013)

Blevins et al. (2015) uvádí psychometrické vlastnosti metody PCL-5 na americkém vzorku vysokoškolských studentů, kteří sami sebe identifikovali jako mající PTSD následovně: vnitřní konzistence $\alpha = 0,94$ a spolehlivost testu-retestu $r = 0,82$ (Blevins et al., 2015).

9 Výzkumný soubor

Výzkumu k této diplomové práci se zúčastnilo 28 respondentů reprezentujících klinickou populaci, s nimiž byl veden rozhovor a vyplněny doplňující dotazníky (viz Kap. 8 *Metody užívané pro sběr dat*). U každého z respondentů byla rozpoznána nejhorší prožitá traumatická událost na základě metody Life Events Checklist-5 v její rozšířené verzi (Weathers et al., 2013). Na základě nejhorší uvedené události byla dále zadávána kritéria PTSD podle DSM-5 (APA, 2013) a následně DSM-IV podle M.I.N.I. (Sheehan et al., 1998).

Inkluzivní kritéria klinické populace:

- Prožitá traumatická událost, způsobující dlouhodobé psychické následky
- Dobrovolný souhlas s výzkumem
- Podepsání informovaného souhlasu (viz *Příloha 1*)

Na základě diagnostiky PTSD podle DSM-5 (APA, 2013) je výzkumný soubor, reprezentující klinickou populaci, rozdělen do 2 skupin – skupiny s přidělenou diagnózou PTSD (n=14) a skupiny bez udělené diagnózy PTSD, reprezentující skupinu s rizikem vzniku PTSD (n=14).

Výzkumnému souboru po prožitku traumatické události bylo zadáváno také diagnostické interview M.I.N.I. (Sheehan et al., 1998) pro zhodnocení diagnózy PTSD podle DSM-IV (APA, 1994).

Respondenti celkové klinické skupiny byli osloveni v průběhu ambulantní léčby v NÚDZ (n=5), dále prostřednictvím inzerátu, zveřejněného na internetové skupině studentů Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy a studentů psychologie Filozofické fakulty Univerzity Karlovy (n=22), a v Azylovém domě Šromova (Centrum sociálních služeb Praha) (n=2). Jedna respondentka z azylového domu rozhovor odmítla z osobních důvodů.

Třetí skupinu reprezentuje vzorek respondentů vycházející ze vzorku obecné populace (N=303), který byl utvořen na základě internetového průzkumu zachycujícího míru traumatizace u běžné populace.

1. Výzkumný soubor s diagnózou PTSD

Pro zahrnutí do výzkumného souboru s diagnózou PTSD bylo nutné splnění kritérií podle diagnózy PTSD v DSM-5 (APA, 2013). Diagnostická kritéria DSM-5 pro PTSD shrnuje *Tabulka 1* (s. 38–39)

Na základě nejhorší stanovené události v dotazníku Life Events Checklist-5 (Weathers et al., 2013) byla zadávána diagnostická kritéria PTSD podle DSM-5. Diagnostická kritéria byla upravena do formy otázek, na základě vzoru Structured Clinical Interview for DSM Diagnosis-IV (SCID-IV) (přeloženo podle First et al., 1995).

2. Výzkumný soubor s rizikem diagnózy PTSD

Inkluzivním faktorem pro zahrnutí do výzkumného souboru s rizikem diagnózy PTSD bylo splnění kritéria A podle DSM-5 (APA, 2013). Jedinci z výzkumného souboru „s rizikem diagnózy PTSD“ nenaplnili potřebná kritéria pro udělení celkové diagnózy PTSD podle DSM-5.

Porovnání průměrného počtu získaných kritérií mezi výzkumným souborem s diagnózou PTSD a výzkumným souborem s rizikem diagnózy PTSD zobrazuje *Tabulka 2*.

Tabulka 2: Deskriptivní statistika klinických výzkumných souborů podle počtu naplněných kritérií DSM-5 pro PTSD.

	Výzkumný soubor	Počet respondentů	Průměr	SD	Medián	Minimum	Maximum
Průměrný počet naplněných kritérií PTSD (DSM-5)	Diagnóza PTSD	14	16,4	1,95	16,5	12	19
	Riziko diagnózy PTSD	14	6,4	4,91	5,0	1	16

Skupina s diagnózou PTSD naplnila průměrně 16 kritérií PTSD dle DSM-5 (APA, 2013). Nejmenší počet pro dosažení diagnózy PTSD je 10 kritérií. Minimálním počtem naplněných kritérií u skupiny s diagnózou PTSD je 12 kritérií a maximum činí 19 kritérií.

Ve skupině s rizikem diagnózy PTSD je průměrný počet dosažených kritérií 6. Nejméně bylo dosaženo 1 kritéria diagnózy PTSD (kritéria A – zážitku traumatické události). Nejvíce bylo dosaženo 16 diagnostických kritérií PTSD podle DSM-5 (APA, 2013).

Diagnózy DSM-IV podle strukturovaného diagnostického interview M.I.N.I. (Sheehan et al., 1998) dosáhlo 12 respondentů ze 14, kterým byla udělena diagnóza PTSD.

3. Výzkumný soubor reprezentující obecnou populaci

Výzkumný soubor reprezentující obecnou populaci se skládá ze 303 respondentů. Původní výzkumný soubor se skládal z 550 respondentů. Z výběru obecné populace byli vyloučeni respondenti uvádějící psychiatrickou léčbu (ambulantní či hospitalizaci) a respondenti užívající psychiatrickou medikaci.

Výzkumnému souboru reprezentujícímu obecnou populaci nebyla zadávána kritéria DSM-5 pro PTSD (APA, 2013). S respondenty z výzkumného kontrolního souboru také nebyl prováděn rozhovor Life Events Checklist-5 (Weathers et al., 2013).

10 Způsoby zpracování výzkumných dat

Rozhovory patřící k metodě Life Events Checklist-5 (Weathers et al., 2013) byly v průběhu vyšetření zaznamenávány do papírového archu a následně přepisovány do dokumentů Microsoft Word. Pro účely této diplomové práce je využita pouze kvantitativní analýza četnosti prožitých traumatických událostí. Pro rozšíření porozumění hloubky traumatizace u respondentů jednotlivých výzkumných souborů je dále uvedena také analýza četnosti identifikovaných nejhorších prožitých traumatických událostí.

Výsledná data vycházející ze sebeposuzovacích metod byla přepisována do matrice Excel a následně transformována do statistického programu Jamovi.

V statistickém programu Jamovi bylo využito nástrojů deskriptivní statistiky k podrobné deskripci výzkumných souborů a také hledání rozdílů v demografických charakteristikách mezi zkoumanými výzkumnými soubory.

Výsledná statistická data ze zkoumaných sebeposuzovacích metod (BAI, BDI-II, PCL-5, LEC-5) jsou popsána deskriptivní statistikou a následně analyzována metodou ANOVA pro neparametrická výzkumná data. Pro podrobné porovnání 3 výzkumných souborů je využita metoda párového srovnání Dwass-Steel-Critchlow-Fligner.

11 Deskriptivní statistika výzkumných souborů

11.1 Demografické údaje

Ze zkoumaných demografických charakteristik (věk, pohlaví, národnost, rodinný stav, nejvyšší dosažené vzdělání, počet let studia, současné zaměstnání, místo bydliště, způsob bydlení, velikost bydliště při vyrůstání, otázky ohledně užívání alkoholu a kouření cigaret) je uveden věk, pohlaví a počet let od začátku studia ZŠ.

1. Výzkumný soubor s diagnózou PTSD

Celkový výzkumný soubor respondentů s určenou diagnózou PTSD podle DSM-5 (APA, 2013) se skládá ze 14 osob. Průměrný věk výzkumného souboru činí 26 let. Nejmladšímu respondentovi výzkumného souboru bylo v době výzkumu 20 let, nejstaršímu 55 let.

Z hlediska pohlaví se výzkumný soubor skládá z 12 žen a 1 muže a 1 respondentů označujícího se jako nebinární.

Průměrný počet let studia od nástupu na ZŠ činí 16 let. Nejméně respondent studoval 9 let, nejdéle 21 let. 8 respondentů uvádí jako své nejvyšší dosažené vzdělání SŠ, 1 ZŠ a 5 respondentů VŠ bakalářského stupně.

Výzkumný soubor je složen ze 3 respondentů, kteří jsou ambulantními pacienty NÚDZ a 11 respondentů reprezentujících studenty a absolventy Univerzity Karlovy.

2. Výzkumný soubor s rizikem diagnózy PTSD

Skupina respondentů, kteří jsou zařazeni do skupiny v riziku PTSD splnili alespoň některá diagnostická kritéria pro udělení diagnózy PTSD podle DSM-5, avšak výsledná diagnóza PTSD podle DSM-5 udělena nebyla.

Skupinu v riziku PTSD tvoří respondenti ve věku 20–52 let. Průměrný věk respondentů činí 29 let.

Skupina je složena ze 4 mužů a 10 žen. Průměrný počet let vzdělání od nástupu na ZŠ činí 17 let. Nejkratší doba studia od nástupu na ZŠ činí 13 let, nejvíce 23 let. Vysokou školu vystudovalo 7 respondentů, taktéž 7 respondentů uvádí jako nejvyšší dosažené vzdělání střední školu.

Výzkumný soubor je tvořen 3 ambulantními pacienty NÚDZ, 10 respondentů jsou studenti a absolventi Univerzity Karlovy, 1 respondentka byla z azylového domu.

3. Skupina reprezentující obecnou populaci

Kontrolní skupinu reprezentující obecnou populaci tvoří 303 respondentů. Průměrný věk respondentů činí 31,4 let. Nejmladšímu respondentovi bylo v době vyplňování internetového dotazníku 17 let, nejstaršímu 69 let.

Průměrná délka studia od ZŠ v kontrolní skupině činí 17,4 let. Nejkratší dobou studia bylo 10 let, nejdelší 30 let.

Věk a počet let studia od zahájení ZŠ pro 3 výzkumné soubory shrnuje **Tabulka 3**, pohlaví zobrazuje **Tabulka 4**.

Tabulka 3: Deskriptivní statistika všech výzkumných souborů dle věku a počtu let studia.

	Výzkumný soubor	Počet respondentů	Průměr	SD	Medián	Minimum	Maximum
Věk	Diagnóza PTSD	14	25,9	9,03	23,0	20	55
	Riziko diagnózy PTSD	14	29,4	9,25	27,0	20	52
	Kontrolní výzkumný soubor	303	31,4	10,4	29	17	69
Počet let studia	Diagnóza PTSD	14	15,9	3,01	15,5	9	21
	Riziko diagnózy PTSD	14	16,6	3,10	17,0	13	23
	Kontrolní výzkumný soubor	303	17,4	3,37	17	10	30

Tabulka 4: Frekvenční tabulka zobrazující pohlaví ve výzkumných souborech.

	Výzkumný soubor		
	Diagnóza PTSD	Riziko vzniku PTSD	Kontrolní skupina
Muž	2	4	66
Žena	11	10	237
Nebinární	1	0	0

11.2 Porovnání výzkumných souborů

Podkapitola *Porovnání výzkumných souborů* je zaměřena na porovnání rozdílů mezi demografickými charakteristikami 3 výzkumných skupin.

Tabulka 5: Porovnání 3 výzkumných souborů v rámci pohlaví, věku a počtu let studia metodou *Kruskal-Wallis*.

	χ^2	df	p
Pohlaví	0.688	2	0.709
Věk	6.355	2	0.042
Počet let studia (včetně ZŠ)	2.797	2	0.247

χ^2 =chí kvadrát, df=počet stupňů volnosti, p=hladina významnosti

Statisticky významný rozdíl v porovnání 3 skupin v rámci pohlaví, věku a celkového počtu let studia lze nalézt pouze ve věkovém rozložení výzkumných souborů ($\chi^2= 6,355$, $p < 0,05$). V rámci počtu let studia a pohlaví nebyl zaznamenán mezi 3 zkoumanými skupinami statisticky významný rozdíl.

Detailnější porovnání 3 výzkumných soubor metodou párového porovnání (DSFC pairwise comparisons) je zobrazeno v **Tabulce 6**.

Tabulka 6: Párové porovnání výzkumných souborů: pohlaví, věk, počet let studia (včetně ZŠ) metodou *Dwass-Steel-Critchlow-Fligner (DSCF) pairwise comparisons*.

	Výzkumné soubory	W	p
Pohlaví	PTSD Riziko vzniku PTSD	-1.143	0.698
	PTSD Kontrolní skupina	-0.776	0.847
	Riziko vzniku PTSD Kontrolní skupina	0.845	0.822
	PTSD Riziko vzniku PTSD	1.927	0.361
Věk	PTSD Kontrolní skupina	3.460	0.038
	Riziko vzniku PTSD Kontrolní skupina	0.982	0.767
	PTSD Riziko vzniku PTSD	0.657	0.888
	PTSD Kontrolní skupina	2.170	0.275
Počet let studia	Riziko vzniku PTSD Kontrolní skupina	1.045	0.741

W= hodnota rozdílu středních hodnot 2 skupin (Wilcoxon Rank Sum Test Statistic), p= hladina významnosti

Mezi zkoumanými výzkumnými soubory byl nalezen statisticky významný rozdíl ve věku mezi výzkumným souborem s diagnózou PTSD a kontrolním výzkumným souborem ($p < 0,05$). Věk kontrolního výzkumného souboru je průměrně o 6,5 let vyšší než věk skupiny s diagnózou PTSD (viz *Tabulka 3*). Mezi ostatními sledovanými proměnnými nebyly nalezeny statisticky významné rozdíly.

12 Výsledky

12.1 Výsledky metody Life Events Checklist-5

V této podkapitole jsou analyzovány výsledky dotazníku LEC-5 z hlediska podrobnějšího popisu prožitých traumatických událostí u respondentů výzkumu. Prožité traumatické události jsou analyzovány zvlášť pro skupinu respondentů s diagnózou PTSD a zvlášť pro skupinu respondentů s rizikem diagnózy PTSD (podle DSM-5).

Tabulka 7: Frekvenční tabulka výskytu traumatických událostí (podle LEC-5) u souborů s diagnózou PTSD a s rizikem diagnózy PTSD.

Událost	Soubor diagnóza PTSD		Soubor riziko diagnózy PTSD	
	N	%	N	%
Přírodní katastrofa	5	35,7	11	78,6
Požár nebo výbuch	3	21,4	6	42,9
Dopravní nehoda	9	64,3	11	78,6
Závažná nehoda v práci, doma nebo během volnočasových aktivit	6	42,9	11	78,6
Zasažení jedovatou látkou	1	7,1	3	21,4
Fyzický útok	9	64,3	13	92,8
Útok se zbraní	3	21,4	7	50
Sexuální napadení	6	42,9	9	64,3
Jiná nechtěná nebo nepříjemná sexuální zkušenost	5	35,7	6	42,9
Bojová zkušenost nebo vystavení válečné situaci	3	21,4	4	28,6
Zajetí	3	21,4	3	21,4
Život ohrožující nemoc nebo zranění	7	50	11	78,6
Závažné lidské utrpení	8	57,1	10	71,4
Náhlá násilná smrt	9	64,3	10	71,4
Náhlá náhodná smrt	7	50	10	71,4
Závažné poranění, poškození nebo smrt, kterou jste způsobil/a někomu jinému	3	21,4	3	21,4

Jiná významná stresující událost nebo zkušenost	6	42,9	8	57,1
---	---	------	---	------

N = počet respondentů splňujících kritérium A podle DSM-5 pro traumatické události podle LEC-5, % = procentuální zastoupení počtu respondentů

Tabulka 7 zobrazuje potenciálně traumatické události podle metody Life Events Checklist-5. Traumatické události jsou zaznamenány jako prožité, pokud respondent zaznamenal, že se mu daná událost stala či jí byl svědkem nebo se dozvěděl o prožitku traumatické události u blízké osoby.

Ve skupině s diagnózou PTSD byly nejčastěji zastoupenými traumatickými událostmi dopravní nehoda, fyzický útok a svědectví či dozvědění se od blízké osoby o náhlém násilném úmrtí (všechny 64 %). Druhou nejčastější potenciálně traumatickou událostí bylo závažné lidské utrpení (57 %), třetí nejčastější zaznamenanou traumatickou událostí byla život ohrožující nemoc nebo zranění a svědectví či dozvědění se o náhlém náhodném úmrtí (50 %).

Ve skupině s rizikem diagnózy PTSD uváděli respondenti v 93 % prožitky spojené s fyzickým útokem, jako druhé nejčastější (79 %) respondenti uváděli zážitky spojené s přírodní katastrofou, dopravními nehodami, závažnými nehodami v práci nebo během volnočasových aktivit, život ohrožující nemocí či zraněním. Jako třetí nejčastější (71 %) byly uváděny prožitky závažného lidského utrpení, svědectví či dozvědění se o náhlé násilné smrti a náhlé náhodné smrti. Skupina s rizikem diagnózy PTSD uvádí větší počet traumatických událostí nežli skupina s diagnózou PTSD.

12. 1.1 Nejhorší prožité traumatické události

Jak již bylo popsáno v kapitole 8 *Metody užívané pro sběr dat* v rámci metody Life Events Checklist-5 respondenti uvádí svou nejhorší prožitou traumatickou událost. Na základě prožitků traumatické události byla v tomto výzkumu následně zadávána kritéria PTSD podle DSM-5 a DSM-IV.

V této podkapitole jsou uvedeny nejhorší prožité traumatické události v rámci jednotlivých výzkumných souborů.

1. Výzkumný soubor s diagnózou PTSD

Nejhorší prožité traumatické události, na základě dotazníku Life Events Checklist-5 (Weathers et al., 2013), jsou ve skupině jedinců s udělenou diagnózou PTSD následující:

36 % respondentů (n = 5) výzkumného souboru s diagnózou PTSD uvádí jako svou nejhorší traumatickou událost týrání v dětství, shodně 21 % a 21 % (n = 3) uvádí jako svou nejhorší prožitou událost úmrtí blízké osoby a sexuální zneužívání. Po 7 % (vždy jeden respondent) uvádí zážitky přírodních katastrof, diagnózu smrtelné nemoci a domácí násilí (viz **Tabulka 8**).

Tabulka 8: Frekvenční tabulka traumatických událostí u výzkumného souboru s diagnózou PTSD.

Nejhorší prožitá událost	Skupina s diagnózou PTSD	
	N	%
Týrání v dětství	5	35,7
Úmrtí blízké osoby	3	21,4
Sexuální zneužívání	3	21,4
Přírodní katastrofa	1	7,1
Diagnóza smrtelné nemoci	1	7,1
Domácí násilí	1	7,1

2. Výzkumný soubor s rizikem diagnózy PTSD

Nejhorší události, uvedené v dotazníku Life Events Checklist-5 (Weathers et al., 2013), jsou ve skupině jedinců s rizikem diagnózy PTSD následující:

Největší počet respondentů (29 %) uvádí jako svou nejhorší prožitou událost úmrtí blízké osoby. Shodně 21 % a 21 % osob uvádí jako svou nejhorší událost úmrtí blízké osoby a přírodní katastrofu. 14 % jedinců uvádí fyzické napadení a svědectví náhlého násilného úmrtí, po 7 % uvádí respondenti jako svou nejhorší událost pronásledování, psychické týrání, vojenský výcvik a úmrtí blízké osoby (viz **Tabulka 9**).

Tabulka 9: Frekvenční tabulka traumatických událostí u výzkumného souboru s rizikem diagnózy PTSD.

Nejhorší prožitá událost	Skupina s rizikem diagnózy PTSD	
	N	%
Úmrtí blízké osoby	4	28,6
Přírodní katastrofa	3	21,4
Fyzické napadení	2	14,3

Náhlé násilné úmrtí – svědectví	2	14,3
Pronásledování	1	7,1
Psychické týrání	1	7,1
Vojenský výcvik	1	7,1

12.2 Výsledky sebeposuzovacích metod

12.2.1 Popisná část

V popisné části výsledků výzkumu této diplomové práce jsou popsány výsledky zadávaných dotazníkových metod. Blíže jsou popsány metody analyzované v analytické části této práce – Beckův inventář úzkosti, Beckova sebeposuzovací škála depresivity-II, Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5, Life Events Checklist-5.

Tabulka 10: Deskriptivní statistika výsledků analyzovaných dotazníků v jednotlivých výzkumných souborech.*

	Výzkumný soubor	Počet respondentů	Průměr	SD	Medián	Minimum	Maximum
BAI	Diagnóza PTSD	14	20,8	10,5	19	7	43
	Riziko diagnózy PTSD	14	13,4	12,3	10	0	47
	Kontrolní výzkumný soubor	303	9,9	8,15	8	0	45
BDI-II	Diagnóza PTSD	14	20,6	11,1	18,5	5	47
	Riziko diagnózy PTSD	14	9,3	5,86	8,00	3	24
	Kontrolní výzkumný soubor	303	12,2	10,5	10	0	50
PCL-5	Diagnóza PTSD	14	37,9	16,3	34,0	17	80
	Riziko diagnózy PTSD	14	21,6	10,4	22	10	49
	Kontrolní výzkumný soubor	303	22,4	16,8	19	0	72
LEC-5	Diagnóza PTSD	14	7,9	2,89	8	4	12
	Riziko diagnózy PTSD	14	8,93	2,97	8,5	5	14
	Kontrolní výzkumný soubor	303	6,71	3,45	6	0	17

* BAI (Beckův inventář úzkosti), BDI-II. (Beckova sebeuposuzovací škála depresivity-II), PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5), LEC-5 (Life Events Checklist-5)

Beckův inventář úzkosti (Beck et al., 1988)

Nejvyššího průměru v dotazníku BAI dosáhla skupina s diagnózou PTSD (20,8; SD = 10,5), následovaná skupinou s rizikem diagnózy PTSD (13,4; SD = 12,3). Nejnižšího průměru v dotazníku BAI dosahuje kontrolní skupina (9,90; SD = 8,15).

Ve skupině s diagnózou PTSD se celkový skór pohybuje v rozmezí 7–43 bodů. Ve skupině s rizikem PTSD se skór pohybuje v rozmezí 0–47 bodů, hodnoty kontrolní skupiny se pohybují v rozmezí 0–45 bodů.

Nejvyšší hodnotu mediánu dosahuje výzkumný soubor s diagnózou PTSD (19 bodů), následovaný skupinou s rizikem diagnózy PTSD (10 bodů). Nejnižší hodnotu mediánu dosahuje kontrolní výzkumný soubor (8 bodů).

Beckova sebeuposuzovací škála depresivity-II (Beck et al., 1996)

V Beckově sebeuposuzovací škále depresivity (BDI-II) dosahuje nejvyšších průměrných hodnot výzkumný soubor s diagnózou PTSD (20,6; SD = 11,1), následovaný kontrolním výzkumným souborem (12,2; SD = 10,5). Výzkumný soubor s rizikem diagnózy PTSD dosahuje průměrné hodnoty 9,3 bodu (SD = 5,86).

Minimální hodnotou ve skupině s diagnózou PTSD je 5 bodů, maximální 47 bodů. Větší rozptyl výsledných hodnot dosahuje kontrolní výzkumný soubor (0–50 bodů). Výzkumný soubor s rizikem diagnózy PTSD dosahuje hodnot od 3 do 24 bodů.

Medián je nejvyšší opět u výzkumného souboru s diagnózou PTSD (18,5), u kontrolního výzkumného souboru medián činí 10 bodů, u výzkumného souboru s rizikem diagnózy PTSD 8 bodů.

Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5 (Weathers al., 2013)

Nejvyšších průměrných hodnot v dotazníku Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5 dosahovala skupina s diagnózou PTSD (37,9; SD = 16,3). Druhého nejvyššího průměru dosahovala kontrolní skupina – 22, 4 bodu (SD = 16,8). Skupina s rizikem PTSD dosahovala v rámci všech 3 výzkumných souborů nejnižšího průměru výsledných hodnot – 21, 6 bodu (SD = 10,4).

Hodnoty se v kontrolní skupině pohybovaly od 0 do 72 bodů. Ve skupině s diagnózou PTSD se skóre pohybuje v rozmezí 17–80 bodů. Ve skupině s rizikem vzniku PTSD se celkové skóre pohybuje v rozmezí 10–49 bodů.

Nejvyšší hodnota mediánu byla v rámci 3 výzkumných souborů zjištěna u souboru s diagnózou PTSD (34 bodů), následně byla druhá největší hodnota mediánu zjištěna u souboru s rizikem diagnózy PTSD (22 bodů). Nejnižší hodnota mediánu byla v rámci 3 výzkumných souborů nalezena u kontrolního výzkumného souboru (19 bodů).

Life Events Checklist-5 (Weathers et al., 2013)

Nejvyššího průměru v dotazníku LEC-5 dosáhla skupina s rizikem PTSD (8,93; SD = 2,97), následovaná skupinou s diagnózou PTSD (7,9; SD = 2,89). Nejnižšího průměru v dotazníku LEC-5 dosahuje kontrolní skupina (6,71; SD = 3,45).

Nejvyššího rozptylu v porovnání skupin dosahuje kontrolní skupina. Hodnoty se v kontrolní skupině pohybuje v rozmezí od 0 do 17 bodů. Ve skupině s diagnózou PTSD se celkový skóre pohybuje v rozmezí 4–12 bodů. Ve skupině s rizikem diagnózy PTSD se skóre pohybuje v rozmezí 5–14 bodů.

Nejvyšší hodnotu mediánu dosahuje výzkumný soubor s rizikem diagnózy PTSD (8,5 bodů), následovaný skupinou s diagnózou PTSD (8 bodů). Nejnižší hodnotu mediánu dosahuje kontrolní výzkumný soubor (6 bodů).

12.2.2 Analytická část

Cílem výzkumu této diplomové práce bylo hledání rozdílů mezi výsledky v psychometrických metodách zachycující míru traumatizace u kontrolní skupiny respondentů, vycházející z obecné populace a u klinické skupinou, utvořené respondenty s traumatem. Mezi klinickou a obecnou populací jsou dále sledovány rozdíly v míře úzkostných a depresivních symptomů.

Přehled rozdílů mezi všemi zkoumanými proměnnými shrnuje **Tabulka 11**.

Tabulka 11: Rozdíly ve výsledcích sledovaných dotazníků mezi všemi výzkumnými soubory metodou Kruskal-Wallis.

	χ^2	df	p
LEC-5	7,37	2	0,025
PCL-5	10,88	2	0,004
BAI	17,02	2	<,001
BDI-II	9,44	2	0,009

χ^2 = chí kvadrát, df = stupně volnosti, p = hladina významnosti, LEC-5 (Life Events Checklist-5), PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5), BAI (Beckův inventář úzkosti), BDI-II. (Beckova sebesposuzovací škála depresivity-II)

V rámci 3 výzkumných souborů jsou největší pozorované rozdíly nalezeny v rámci úzkostných symptomů (BAI) ($\chi^2= 17, 02$ p < 0,001). Druhé největší rozdíly jsou nalezeny v sebesposouzení míry traumatizace (PCL-5) ($\chi^2= 10, 88$, p = 0,004).

Na hladině významnosti 1 % lze nalézt také statisticky významný rozdíl mezi výzkumnými soubory v sebesposouzení míry depresivních symptomů (BDI-II) ($\chi^2=9,44$, p = 0,009). Nejmenší pozorovaný rozdíl, na hladině významnosti 5 %, je nalezen v četnosti prožitých potenciálně traumatických událostech (LEC-5) ($\chi^2= 7,37$), p = 0,025).

Párové porovnání všech 3 výzkumných souborů zobrazuje **Tabulka 12**.

Tabulka 12: Párové porovnání všech výzkumných souborů PCL-5, LEC-5, BAI, BDI II. * metodou Dwass-Steel-Critchlow-Fligner (DSCF) pairwise comparisons.

	Soubory	W	p
PCL-5	PTSD Riziko vzniku PTSD	-4,299	0,007
	PTSD Kontrolní skupina	-4,578	0,003
	Riziko vzniku PTSD Kontrolní skupina	-0,479	0,063
	PTSD Riziko vzniku PTSD	1,15	0,696

LEC-5	PTSD		
	Kontrolní skupina	-2,00	0,335
	Riziko vzniku PTSD		
	Kontrolní skupina	-3,36	0,046
BAI	PTSD		
	Riziko vzniku PTSD	-3,19	0,063
	PTSD		
	Kontrolní skupina	-5,67	<,001
BDI-II	Riziko vzniku PTSD	-1,57	0,508
	PTSD		
	Riziko vzniku PTSD	-4,427	0,005
	Kontrolní skupina	-4,171	0,009
	Riziko vzniku PTSD	0,779	0,846
	Kontrolní skupina		

* LEC-5 (Life Events Checklist-5), PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5), BAI (Beckův inventář úzkosti), BDI-II (Beckova sebesposuzovací škála deprese-II), W = hodnota rozdílu středních hodnot 2 skupin (Wilcoxon Rank Sum Test Statistic), p = hladina významnosti

1. Sebesouzení míry traumatizace

Mezi populací s diagnózou PTSD a obecnou populací byl nalezen v sebesouzení míry traumatizace rozdíl na hladině významnosti $p < 0,01$ ($W = -4,578$; $p < 0,01$).

Mezi výzkumným souborem s rizikem diagnózy PTSD a obecnou populací nebyl nalezen statisticky významný rozdíl v sebesouzení míry traumatizace ($W = -0,479$; $p = 0,063$).

Mezi výzkumným souborem s diagnózou PTSD a kontrolní skupinou nebyl nalezen v četnosti prožitých traumatických událostí statisticky významný rozdíl ($W = -2,00$; $p = 0,335$).

Mezi populací s diagnózou PTSD a obecnou populací byl nalezen v četnosti prožitých traumatických událostí rozdíl na hladině významnosti 5% ($W = -3,36$; $p < 0,05$).

2. Úzkostné symptomy

Mezi populací s diagnózou PTSD a obecnou populací byl nalezen statisticky významný rozdíl v míře úzkostných symptomů na hladině významnosti 1% ($W = -5,67$; $p < 0,01$).

Mezi výzkumným souborem s rizikem diagnózy PTSD a obecnou populací nebyl nalezen statisticky významný rozdíl v míře úzkostných symptomů ($W = -1,57$; $p = 0,508$).

3. Depresivní symptomy

Mezi populací s diagnózou PTSD a obecnou populací byl nalezen v míře symptomů deprese rozdíl na hladině významnosti $p < 0,01$ ($W = -4,171$; $p < 0,01$).

Mezi výzkumným souborem s rizikem diagnózy PTSD a obecnou populací nebyl nalezen statisticky významný rozdíl v míře depresivních symptomů ($W = 0,779$; $p = 0,846$).

13 Výsledky stanovených hypotéz

1. Hypotézy vztahující se k míře traumatizace

1.1 Jaké jsou rozdíly v sebehodnocení míry traumatizace u obecné populace a u klinické populace?

Nulová hypotéza byla zamítnuta, klinická populace dosahuje v sebehodnocení míry traumatizace statisticky významně vyšších hodnot než obecná populace.

1.2 Jaké jsou rozdíly v sebehodnocení míry traumatizace u obecné populace a u populace vystavené traumatu?

Nulová hypotéza nebyla zamítnuta, mezi skupinou vystavenou traumatu a obecnou populací nebyly nalezeny v sebehodnocení míry traumatizace statisticky významné rozdíly.

1.3 Jaké jsou rozdíly v četnosti prožitých potenciálně traumatických událostí u obecné a u klinické populace?

Nulová hypotéza nebyla zamítnuta, mezi klinickou skupinou a skupinou obecné populace nebyly nalezeny v četnosti prožitých potenciálně traumatických událostí statisticky významné rozdíly.

1.4 Jaké jsou rozdíly v četnosti prožitých potenciálně traumatických událostí u obecné populace a u populace vystavené traumatu?

Nulová hypotéza byla zamítnuta, populace vystavená traumatu dosahovala v četnosti prožitých potenciálně traumatických událostí statisticky významně vyšších hodnot než skupina obecné populace.

2. Hypotézy vztahující se k úzkostným symptomům

2.1 Jaké jsou rozdíly v sebeposouzení v míry úzkostných symptomů u obecné a u klinické populace?

Nulová hypotéza byla zamítnuta, klinická populace dosahovala v sebeposouzení míry úzkostných symptomů statisticky významně vyšších hodnot než obecná populace.

2.2 Jaké jsou rozdíly v sebeposouzení míry úzkostných symptomů u obecné populace a u populace vystavené traumatu?

Nulová hypotéza nebyla zamítnuta, mezi populací vystavenou traumatu a obecnou populací nebyly nalezeny v sebeposouzení míry úzkostných symptomů statisticky významné rozdíly.

3. Hypotézy vztahující se k depresivním symptomům

3.1 Jaké jsou rozdíly v sebeposouzení míry depresivních symptomů u obecné a u klinické populace?

Nulová hypotéza byla zamítnuta, klinická populace dosahovala v sebeposouzení míry depresivních symptomů statisticky významně vyšších hodnot než obecná populace.

3.2 Jaké jsou rozdíly v sebeposouzení míry depresivních symptomů u obecné populace a u populace vystavené traumatu?

Nulová hypotéza nebyla zamítnuta, mezi skupinou vystavenou traumatu a obecnou populací nebyly nalezeny v sebeposouzení míry depresivních symptomů statisticky významné rozdíly.

14 Diskuze

Cílem výzkumu této diplomové práce byl příspěvek k ověření validity nástroje Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5 (Weathers et al., 2013) a dotazníku Life Events Checklist-5 (Weathers et al., 2013). Za tímto účelem byli hledáni respondenti po prožitku traumatické události, s diagnostikovaným PTSD či bez. V rámci praktické části práce byl výzkumný soubor respondentů s prožitky traumatických událostí (N = 28) rozdělen do 2 skupin na základě splnění současných kritérií PTSD podle DSM-5 (APA, 2013).

Celkovému výzkumnému souboru po prožitku traumatické události (N = 28) byla zadávána také kritéria DSM-IV na základě klinického interview M.I.N.I. (Sheehan et al., 1998). Splněných kritérií DSM-IV dosáhlo 12 respondentů. Těchto 12 respondentů splňovalo také kritéria pro udělení diagnózy PTSD podle DSM-5 (APA, 2013).

Rozdíl v počtu stanovených diagnóz na základě rozdílných verzí Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch odkazují na možnost změny v prevalenci poruchy na základě verze diagnostického systému. Vyšší prevalence PTSD na základě DSM-5 v porovnání s DSM-IV byla zjištěna ve studii Kaysen et al. (2021).

Pro porovnání s dotazníkem měřícím míru traumatizace byly další výzkumné otázky zaměřeny na hledání souvislostí mezi mírou traumatizace a mírou depresivních a úzkostných příznaků.

Sebeposouzení míry traumatizace

Doposud jen jedna zahraniční validizační studie PCL-5 byla soustředěna na zhodnocení validity u klinické populace osob s diagnózou PTSD (Boysan et al., 2017) v porovnání s kontrolní skupinou.

V souladu s výsledky studie Boysan et al. (2017) byla metoda Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5 prokázána jako metoda schopná diferenciaci mezi běžnou populací a klinickou populací s PTSD. V míře symptomů PTSD se klinická skupina osob s diagnózou PTSD (n = 14) významně liší od kontrolní skupiny respondentů obecné populace (n = 303).

Ve výzkumu této diplomové práce byl nalezen statisticky významný rozdíl mezi skupinou s PTSD a kontrolní skupinou, avšak nikoliv skupinou s rizikem diagnózy PTSD a kontrolní skupinou. Tento výsledek potvrzuje diagnostickou účinnost metody Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5 a její schopnost diferenciaci pacientů s PTSD.

Výsledky této studie na malém vzorku respondentů s diagnózou PTSD (n = 14) představují podnět pro replikace tohoto výzkumu na větším výzkumném souboru.

Četnost prožitých traumatických událostí

V rámci dotazníku Life Events Checklist-5 zaměřeného na četnost prožitých traumatických událostí, výsledky nepoukazují na významnou souvislost mezi počtem prožitých traumatických událostí a vznikem PTSD. Ačkoliv podle některých studií (např. Wilker et al., 2015; Norris & Riad, 1997; King et al., 2003) je vysoký počet traumatických událostí považován jako jeden z prediktorů vzniku PTSD, jiné studie (např. Netland, 2005; Ferry et al., 2014; Hapke et al., 2006) upřednostňují v rámci predikce rozvoje PTSD zvažování váhy psychické zátěže jednotlivých typů traumatických událostí.

Ve studii provedené Breslau et al. (1999) bylo nejvyšší riziko PTSD pozorováno u jedinců vystavených útočnému násilí (např. vojenskému boji, znásilnění, zajetí, mučení nebo únosu, ohrožení zbraní). Náhlá neočekávaná smrt milovaného člověka byla spojena se středním rizikem PTSD, zatímco zkušenost s nehodami, přírodními katastrofami nebo svědectví zabití nebo zranění jiných osob byla spojena s nízkým podmíněným rizikem vzniku PTSD (Breslau et al., 1999).

Ve výzkumném souboru s diagnózou PTSD této diplomové práce bylo 64 % respondentů vystaveno traumatickým událostem s rizikem nejvyššího vzniku PTSD podle Breslau et al. (1999). Jednalo se o 36 % týrání v dětství, 21 % sexuální násilí a 7 % domácí násilí. Zbýlých 36% respondentů bylo vystaveno přírodní katastrofě (7 %), diagnóze smrtelné nemoci (7 %) a úmrtí blízké osoby (21 %).

Ve skupině s rizikem diagnózy PTSD 64 % respondentů uvedlo jako svou nejhorší prožitou traumatickou událost se středním (29 %) či nízkým (36 %) podmíněným rizikem vzniku PTSD podle Breslau et al. (1999).

V počtu prožitých traumatických událostí se statisticky významně liší skupina s rizikem diagnózy PTSD od kontrolní skupiny. Ačkoliv nebyla potvrzena hypotéza o četnosti traumatických událostí a souvislosti se vznikem PTSD, odkazuje počet prožitých traumatických událostí na závažnost sebeposouzení vlastní míry traumatizace u jedince.

Jedinci s vyšší mírou prožitých potenciálně traumatických událostí vnímají sebe jako traumatizované, ačkoliv z výsledků tohoto výzkumu nevyplývá statisticky významný rozdíl

mezi těmito jedinci a kontrolní skupinou v sebeposouzení úzkostných, depresivních symptomů a symptomů PTSD.

Například respondent ze skupiny „s rizikem diagnózy PTSD“, který skóroval nejvýše z celé výzkumné skupiny v dotazníku LEC-5 a dosáhl 14 bodů, dosáhl následně jednoho z nejnižších skóru v metodě PCL-5 (15 bodů).

V souladu s těmito výsledky uvádí Gray et al. (2004): „*LEC je screeningový nástroj a výzkumní a kliničtí pracovníci by měli používat následné dotazování a používat vhodný úsudek při rozhodování, zda prožitou událost uvedenou v dotazníku LEC lze hodnotit jako trauma na základě kritérií pro PTSD*“ (Gray et al., 2004; s. 337).

Podle některých výzkumů (Wilker et al., 2015; Norris & Riad, 1997; King et al., 2003) byla potvrzena souvislost počtu prožitých traumatických událostí a závažnosti symptomů PTSD. Výsledky výzkumu této diplomové práce tyto výsledky nereplikují. Nenalezená souvislost však poukazuje na důležitost zkoumání typu traumatické prožité traumatické události na úkor jejich četnosti (viz srovnání s Breslau et al., 1999).

Míra depresivních a úzkostných symptomů

V míře souvislosti mezi traumatizací, mírou depresivních a úzkostných příznaků byly nalezeny statisticky významné rozdíly mezi klinickou skupinou jedinců s diagnózou PTSD a kontrolní skupinou. Tyto výsledky replikují studie zkoumající společnou komorbiditu PTSD, úzkostných poruch a depresivních poruch (např. Kessler et al., 1995; Spinhoven et al., 2014).

Ze zahraničních výzkumů (Breslau et al., 2009; Ibrahim et al., 2018) vyplývá, že větší náchylnost k rozvoji sekundárních psychiatrických poruch mají osoby s diagnózou PTSD nežli bez diagnózy. Ve výzkumu z roku 2009 (Breslau et al., 2009) autoři dospívají k závěru, že osoby s PTSD mají větší riziko rozvoje depresivní poruchy nežli osoby vystavené traumatu bez rozvinuté PTSD. Také předchozí zkušenost s depresivní či úzkostnou poruchou je rizikem pro rozvoj PTSD (Breslau et al., 2009).

Mezi skupinou s rizikem diagnózy PTSD a kontrolní skupinou respondentů z obecné populace nebyl nalezen statisticky významný rozdíl v depresivních a úzkostných příznacích. Tyto výsledky jsou v souladu s výsledky studie z roku 2006 (Samuelson et al., 2006) porovnávající výsledky skupiny s PTSD a respondenty s traumatem bez naplněných kritérií DSM-5 v dotaznících zaměřených na míru depresivních a úzkostných symptomů.

Výsledky výše zmíněných studií potvrzují výsledky studie této diplomové práce, odhalující souvislost depresivních, úzkostných symptomů a symptomů PTSD u osob s diagnózou PTSD v porovnání se skupinou osob z běžné populace a osob vystavených traumatickým událostem, bez rozvinuté diagnózy PTSD.

Diskuze validity diagnostických metod PCL-5 a LEC-5

Metoda Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5 byla ve výzkumu této diplomové práce ověřena jako validní metoda schopna diferenciaci klinické skupiny s diagnózou PTSD, kontrolní skupiny osob vycházející z obecné populace a populace osob vystavené traumatickým událostem.

Limitací této studie je malý výzkumný soubor ($n = 14$), který však představuje podnět pro možné replikace studie s větším počtem respondentů s diagnózou PTSD.

Na základě výsledků metody Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5 (viz *Tabulka 9*, s. 67–68) lze diskutovat míru traumatizace u populace vystavené traumatu. Kontrolní skupina respondentů z obecné populace ($N = 303$) dosahuje v rámci sebeposouzení míry symptomů PTSD průměrně vyšších hodnot nežli populace vystavená traumatickým událostem. Rozptyl výsledných hodnot je u skupiny obecné populace vyšší (0–72 bodů) než u skupiny s traumatem (pohybující se v rozmezí 10–49 bodů).

Při analýze cut-off skóru 44 bodů, doporučeného pro metodu Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5 na základě výzkumu Terhakopian et al. (2008), bylo u kontrolní skupiny zjištěno překročení dané bodové hranice u 13,5 % respondentů ($n = 41$).

Ve studii z roku 2008 (Terhakopian et al., 2008) byly na základě cut-off skóru 44 bodů přepočítávány výsledky metody PCL u 1692 vojáku a příslušníků námořní pěchoty, 3–4 měsíce po návratu z války v Iráku. Celková prevalence byla odhalena v rozmezí 18,4 – 19 % respondentů. Kontrolní skupina respondentů v tomto výzkumu dosahovala ve srovnání s výsledky této studie (Terhakopian et al., 2008) poměrně velké intenzity vysokých hodnot.

Podnětem pro budoucí studie zabývající se metodou PCL-5 je především provedení výzkumu s větším souborem respondentů se získanou diagnózou PTSD pro možnou replikaci výsledků této studie. Z hlediska provedení výzkumu by bylo vhodné cílit na konkrétní skupinu populace, jako např. zahraniční výzkumy zkoumající složky integrovaného záchranného systému (Salleh et al., 2020), válečné veterány (Sadeghi et al., 2016) nebo také pracovníky v „první linii“

v rámci pandemie C-19 v roce 2020 (Cheng et al., 2020), u kterých dosahuje zasažená populace vyšší míry traumatizace nežli skupina respondentů vysokoškolských studentů.

Přes tyto nedostatky však metoda PCL-5 prokázala spolehlivou schopnost rozlišení skupiny s diagnózou PTSD od ostatních zkoumaných skupin a lze ji prezentovat jako metodu vhodnou pro screening diagnózy PTSD.

Doporučený cut-off skóre pro diagnózu PTSD u pacientů s PTSD není jasně definován (Ashbaugh et al., 2016), proto by metodu Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5 měla vždy doprovázet metoda zhodnocující diagnostická kritéria PTSD.

Podle některých výzkumů (Gray et al., 2004; Wilker et al., 2015) metoda Life Events Checklist-5 dokáže podle četnosti dosažených potenciálně traumatických událostí získání diagnózy PTSD. V naší studii četnost prožitých traumatických podle LEC-5 nesouvisela s dosažením diagnózy PTSD.

Implikací výsledků této studie je tedy, v souladu s Gray et al. (2004), doporučení o podrobnějším zkoumání prožitých traumatických událostí, včetně zhodnocení naplněných kritérií pro diagnózu PTSD.

Diskuze etických aspektů výzkumu

Průběh sběru dat byl od počátku zahájení výzkumu (únor 2021) ovlivněn pandemií C-19, oddalující možný přístup k respondentům studie.

Studie byla provedena díky souhlasu etické komise NÚDZ umožňující přístup k pacientům s psychiatrickými diagnózami. Rozhovory byly prováděny na základě zaškolení vedoucího této diplomové práce doc. PhDr. Marka Preisse, PhD.

K pacientům (avšak i k respondentům bez psychiatrických diagnóz) bylo přistupováno s maximálním empatickým přístupem. Respondenti byli informováni o možnosti ukončení rozhovoru i doplňujících dotazníkových metod v průběhu vyšetření.

Respondenti byli informováni o dobrovolnosti zapojení do studie i anonymizaci výsledných dat. Souhlas k vyšetření a zapojení do studie byl doprovázen podepsáním informovaného souhlasu (viz Příloha 1).

15 Limity

Limitací výzkumu této diplomové práce je především malý výzkumný soubor jedinců s PTSD i jedinců po traumatické události bez rozvoje PTSD (oba výzkumné soubory $n = 14$). Limit představuje také populace reprezentující populaci vystavenou traumatu, která v průměru dosahuje v metodách PCL-5, BAI a BDI-II průměrně nižších hodnot než kontrolní skupina vycházející z obecné populace.

Limit představuje také popírání některých prožitých traumatických událostí respondenty a odmítnutí rozhovoru o velmi emočně bolestivých zkušenostech. S úplným odmítnutím rozhovoru o traumatických událostech jsem se setkala ve dvou případech.

Se žádostí o sběr dat pro výzkum diplomové práce byly osloveny další 2 organizace, které na žádost nereagovaly.

Závěr

Cílem této diplomové práce byl příspěvek k validizaci diagnostických metod Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5 a Life Events Checklist-5, zaměřených na míru symptomů posttraumatické stresové poruchy v posledním měsíci a četnosti prožitých potenciálně traumatických událostí.

Za tímto účelem byla praktická část této práce zaměřena na hledání rozdílů mezi skupinou respondentů z běžné populace ($N = 303$) a klinické skupiny osob, vystavených traumatu ($N = 28$). V rámci výzkumu této práce byla vytvořena klinická skupina osob, jimž byla zadávána kritéria PTSD podle DSM-5 pro posttraumatickou stresovou poruchu.

Z 28 osob vystavených traumatu bylo 14 respondentů diagnostikováno s PTSD podle DSM-5 (APA, 2013), 14 respondentů v rámci této práce tvoří výzkumný soubor „s rizikem diagnózy PTSD“.

Výsledky statistické analýzy dat ověřují validitu metody Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5, ve které dosahuje klinická skupina osob s diagnózou PTSD statisticky významně vyšších výsledků nežli kontrolní skupina, i skupina osob vystavených traumatu s rizikem diagnózy PTSD.

Statisticky významný rozdíl byl nalezen i mezi kontrolní skupinou osob s diagnózou PTSD a skupinou osob z běžné populace v metodách měřících míru úzkostných a depresivních symptomů, potvrzující konvergentní validitu metody Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5.

Skupina osob vystavených traumatu „s rizikem diagnózy PTSD“ se statisticky významně liší od kontrolní skupiny pouze v četnosti prožitých traumatických událostí. Mezi skupinou s diagnózou PTSD a kontrolní skupinou nebyl v metodě zaměřené na četnost prožitých potenciálně traumatických událostí rozdíl. Metoda Life Events Checklist-5 nebyla ověřena jako metoda vypovídající, podle počtu prožitých traumatických událostí, o závažnosti symptomů PTSD.

Diplomová práce, přes své limity, představuje podnět pro další výzkumy zaměřené na validizaci metod pro diagnostiku PTSD. V českém prostředí doposud nebyl proveden výzkum validizace metod Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5 a Life Events Checklist-5 srovnávající skupinu obecné populace a klinické populace. V zahraničních studiích lze dohledat pouze 1 designově obdobnou výzkumnou práci (Boysan et al., 2017).

Podnět pro budoucí studie představuje také zaměření se na sebeposuzovací metody v této diplomové práci blíže neanalyzované (ACEs, PHQ, WHO-QOL) a porovnání výsledků těchto metod u klinické populace s diagnózou PTSD a obecné populace.

Seznam použitých informačních zdrojů

- Abedzadeh-Kalahroudi, M., Razi, E., & Sehat, M. (2018). The relationship between socioeconomic status and trauma outcomes. *Journal of Public Health, 40*(4), e431-e439.
- Ahern, J., Galea, S., Resnick, H., Kilpatrick, D., Bucuvalas, M., Gold, J., & Vlahov, D. (2002). Television images and psychological symptoms after the September 11 terrorist attacks. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 65*(4), 289-300.
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (2nd ed). Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (2013). Anxiety disorders. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC.
- Andreasen, N. C. (2010). Posttraumatic stress disorder: a history and a critique. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1208*(1), 67-71.
- Ashbaugh, A. R., Houle-Johnson, S., Herbert, C., El-Hage, W., & Brunet, A. (2016). Psychometric validation of the English and French versions of the posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5). *PloS one, 11*(10), e0161645.
- Assari, S. (2020). Family socioeconomic status and exposure to childhood trauma: Racial differences. *Children, 7*(6), 57.
- Atwoli, L., Stein, D. J., Koenen, K. C., & McLaughlin, K. A. (2015). Epidemiology of posttraumatic stress disorder: prevalence, correlates and consequences. *Current Opinion in Psychiatry, 28*(4), 307.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(6), 893–897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bisson, J. I. (2013). What happened to harmonization of the PTSD diagnosis? The divergence of ICD11 and DSM5. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 22*(3), 205-207.

- Blackledge, J. T. (2004). Functional contextual processes in posttraumatic stress. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(3), 443-467.
- Blanchard, E. B. (1990). Elevated basal levels of cardiovascular responses in Vietnam vets with PTSD: A health problem in the making. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 233-237.
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 489–498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>
- Bovin, M. J., Marx, B. P., Weathers, F. W., Gallagher, M. W., Rodriguez, P., Schnurr, P. P., & Keane, T. M. (2016). Psychometric properties of the PTSD checklist for diagnostic and statistical manual of mental disorders–fifth edition (PCL-5) in veterans. *Psychological Assessment*, 28(11), 1379.
- Boysan, M., Guzel Ozdemir, P., Ozdemir, O., Selvi, Y., Yilmaz, E., & Kaya, N. (2017). Psychometric properties of the Turkish version of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (PCL-5). *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 27(3), 300-310.
- Breslau N., Chilcoat H. D., Kessler R. C., & Davis G. C. (1999). Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: Results from the Detroit area survey of trauma. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 902–907. doi:10.1176/ajp.156.6.902
- Breslau, N. (2009). The epidemiology of trauma, PTSD, and other posttrauma disorders. *Trauma, Violence, & Abuse*, 10(3), 198-210.
- Breslau, N., & Kessler, R. C. (2001). The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: an empirical investigation. *Biological Psychiatry*, 50(9), 699-704.
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48(3), 216-222.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55(7), 626-632.

- Breslau, N., Lucia, V. C., & Alvarado, G. F. (2006). Intelligence and other predisposing factors in exposure to trauma and posttraumatic stress disorder: a follow-up study at age 17 years. *Archives of General Psychiatry*, *63*(11), 1238-1245.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*(5), 748.
- Briere J. (2002b). *Multiscale Dissociation Inventory*. Odessa (FL): Psychological Assessment Resources.
- Briere, J. (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Briere, J. N., & Scott, C. (2014). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment (DSM-5 update)*. Sage Publications.
- Bryant R.A, Creamer M., O'Donnell M., et al. (2017). Acute and chronic posttraumatic stress symptoms in the emergence of posttraumatic stress disorder: A network analysis. *JAMA Psychiatry*, *74*(2), 135–142. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.3470
- Bryant, R. A., O'Donnell, M. L., Creamer, M., McFarlane, A. C., & Silove, D. (2011). Posttraumatic intrusive symptoms across psychiatric disorders. *Journal of Psychiatric Research*, *45*(6), 842-847.
- Bryant, R. A., O'Donnell, M. L., Creamer, M., McFarlane, A. C., Clark, C. R., & Silove, D. (2010). The psychiatric sequelae of traumatic injury. *The American Journal of Psychiatry*, *167*, 312–320. doi:10.1176/appi.ajp.2009.09050617
- Byrne, P., Becker, S., & Burgess, N. (2007). Remembering the past and imagining the future: A neural model of spatial memory and imagery. *Psychological Review*, *114*, 340–375.
- Conoscenti, L. M., Vine, V., Papa, A., & Litz, B. T. (2009). Scanning for danger: Readjustment to the noncombat environment. In S. M. Freeman, B. A. Moore, & A. Freeman (Eds.), *Living and surviving in harm's way: A psychological treatment handbook for pre-and post-deployment of military personnel* (pp. 123–145). Routledge/Taylor & Francis Group.

- Constans, J.I., Vasterling, J. J., Deitch, E., Han, X., Teten Tharp, A. L., Davis, T. D., et al. (2012). Pre-Katrina mental illness, postdisaster negative cognitions, and PTSD symptoms in male veterans following Hurricane Katrina. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(6), 568–577. <http://dx.doi.org/10.1037/a0027487>
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., & Van der Kolk, B. (2005). Complex trauma. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398.
- Creamer, M., Foran, J., & Bell, R. (1995). The Beck Anxiety Inventory in a non-clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, 33(4), 477-485.
- Dalgleish, T., Moradi, A. R., Taghavi, M. R., Neshat-Doost, H. T., & Yule, W. (2001). An experimental investigation of hypervigilance for threat in children and adolescents with post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 31(3), 541–547.
- Davidson, J. R., Hughes, D., Blazer, D. G., & George, L. K. (1991). Post-traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *Psychological Medicine*, 21(3), 713-721.
- DiGangi, J. A., Gomez, D., Mendoza, L., Jason, L. A., Keys, C. B., & Koenen, K. C. (2013). Pretrauma risk factors for posttraumatic stress disorder: A systematic review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 728-744.
- Dragomirecká (2006). *Dotazník kvality života WHOQOL-BREF a WHOQOL-100*. Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. <https://www.adiktologie.cz/dotaznik-kvality-zivota-whoqol-bref-a-whoqol-100>
- Drescher, K. D., Foy, D. W., Kelly, C., Leshner, A., Schutz, K., & Litz, B. (2011). An exploration of the viability and usefulness of the construct of moral injury in war veterans. *Traumatology*, 17(1), 8-13.
- Duncan, L. E., Ratanatharathorn, A., Aiello, A. E., Almli, L. M., Amstadter, A. B., Ashley-Koch, A. E., ... & Koenen, K. C. (2018). Largest GWAS of PTSD (N= 20 070) yields genetic overlap with schizophrenia and sex differences in heritability. *Molecular Psychiatry*, 23(3), 666-673.
- Ehlers, A., & Wild, J. (2015). Cognitive therapy for PTSD: Updating memories and meanings of trauma. In U. Schnyder & M. Cloitre (Eds.), *Evidence Based Treatments for*

Trauma-related Psychological Disorders (pp. 161-187). Springer, Cham. doi:10.1007/978-3-319-07109-1

Ehlers, A., Hackmann, A., & Michael, T. (2004). Intrusive re-experiencing in post-traumatic stress disorder: Phenomenology, theory, and therapy. *Memory, 12*(4), 403-415.

Ehlers, A., Hackmann, A., Steil, R., Clohessy, S., Wenninger, K., & Winter, H. (2002). The nature of intrusive memories after trauma: The warning signal hypothesis. *Behaviour research and therapy, 40*(9), 995-1002.

Evans, S. E., Steel, A. L., & DiLillo, D. (2013). Child maltreatment severity and adult trauma symptoms: Does perceived social support play a buffering role? *Child Abuse & Neglect, 37*(11), 934-943.

Falsetti, S. A., & Resnick, H. S. (1997). Frequency and severity of panic attack symptoms in a treatment seeking sample of trauma victims. *Journal of Traumatic Stress, 10*(4), 683-689.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine, 14*(4), 245-258.

Ferry F., Bunting B., Murphy S., O'Neill S., Stein D., & Koenen K. (2014). Traumatic events and their relative PTSD burden in Northern Ireland: A consideration of the impact of the 'troubles'. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 49*, 435-446. doi:10.1007/s00127-013-0757-0

First, M. B. (2014). Structured clinical interview for the DSM (SCID). *The encyclopedia of clinical psychology, 1-6*.

First, M. B., & Gibbon, M. (2004). The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) and the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II). In M. J. Hilsenroth & D. L. Segal (Eds.), *Comprehensive handbook of psychological assessment, Vol. 2. Personality Assessment* (pp. 134-143). John Wiley & Sons, Inc.

Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99*(1), 20.

- Foa, E. B., Steketee, G., & Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior therapy, 20*(2), 155-176.
- Foa, E.B. & Capaldi, S. (2013). Manual for the Administration and Scoring of the PTSD Symptom Scale-Interview for DSM-5 (PSS-I-5).
- Foa, E. B., McLean, C. P., Zang, Y., Zhong, J., Rauch, S., Porter, K., ... & Kauffman, B. Y. (2016). Psychometric properties of the Posttraumatic Stress Disorder Symptom Scale Interview for DSM-5 (PSSI-5). *Psychological Assessment, 28*(10), 1159.
- Ford, J. D., Connor, D. F., & Hawke, J. (2009). Complex trauma among psychiatrically impaired children: A cross-sectional, chart-review study. *The Journal of clinical psychiatry, 70*(8), 3549.
- Ford, J. D., Grasso, D. J., Elhai, J. D., & Courtois, C. A. (2015). Social, cultural, and other diversity issues in the traumatic stress field. *Posttraumatic Stress Disorder, 503*.
- Friedman, M. J. (2013). Finalizing PTSD in DSM-5: Getting here from there and where to go next. *Journal of Traumatic Stress, 26*(5), 548-556.
- Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A., & Brewin, C. R. (2011). Considering PTSD for DSM-5. *Depression and Anxiety, 28*, 750–769. doi:10.1002/da.20767.
- Fydrich, T., Dowdall, D., & Chambless, D. L. (1992). Reliability and validity of the Beck Anxiety Inventory. *Journal of Anxiety Disorders, 6*(1), 55-61.
- García, F. E., Cova, F., Rincón, P., & Vázquez, C. (2015). Trauma or growth after a natural disaster? The mediating role of rumination processes. *European Journal of Psychotraumatology, 6*, 26557. doi:10.3402/ejpt.v6.26557
- Garfinkel, S. N., & Liberzon, I. (2009). Neurobiology of PTSD: A review of neuroimaging findings. *Psychiatric Annals, 39*(6).
- Gil, S. (2005). Coping style in predicting posttraumatic stress disorder among Israeli students. *Anxiety, Stress and Coping, 18*(4), 351-359.
- Glover, E. M., Phifer, J. E., Crain, D. F., Norrholm, S. D., Davis, M., Bradley, B., ... & Jovanovic, T. (2011). Tools for translational neuroscience: PTSD is associated with heightened fear responses using acoustic startle but not skin conductance measures. *Depression and Anxiety, 28*(12), 1058-1066.

- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Dufour, M. C., Compton, W., ... & Kaplan, K. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, *61*(8), 807-816.
- Gray, M. J., Litz, B. T., Hsu, J. L., & Lombardo, T. W. (2004). Psychometric properties of the life events checklist. *Assessment*, *11*(4), 330-341.
- Green, B. L., Goodman, L. A., Krupnick, J. L., Corcoran, C. B., Petty, R. M., Stockton, P., & Stern, N. M. (2000). Outcomes of single versus multiple trauma exposure in a screening sample. *Journal of Traumatic Stress*, *13*(2), 271-286.
- Hapke U., Schumann A., Rumpf H. J., John U., & Meyer C. (2006). Post-traumatic stress disorder: The role of trauma, pre-existing psychiatric disorders, and gender. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *256*, 299–306. doi:10.1007/s00406-006-0654-6
- Helzer, J. E., Robins, L. N., & McEvoy, L. (1987). Post-traumatic stress disorder in the general population. *New England Journal of Medicine*, *317*(26), 1630-1634.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, *5*(3), 377-391.
- Hosák, L., Hrdlička M., Libiger J. (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Karolinum.
- Chen, L. W., Sun, D., Davis, S. L., Haswell, C. C., Dennis, E. L., Swanson, C. A., ... & Morey, R. A. (2018). Smaller hippocampal CA1 subfield volume in posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, *35*(11), 1018-1029.
- Cheng, P., Xu, L. Z., Zheng, W. H., Ng, R. M., Zhang, L., Li, L. J., & Li, W. H. (2020). Psychometric property study of the posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5) in Chinese healthcare workers during the outbreak of corona virus disease 2019. *Journal of Affective Disorders*, *277*, 368-374.
- Christiansen, D. M., & Elklit, A. (2012). Sex differences in PTSD. *Posttraumatic Stress Disorder in a Global Context*, 113-142.
- Ibrahim, H., Ertl, V., Catani, C., Ismail, A. A., & Neuner, F. (2018). The validity of Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) as screening instrument with

Kurdish and Arab displaced populations living in the Kurdistan region of Iraq. *BMC Psychiatry*, 18(1), 1-8.

Iyadurai, L., Visser, R. M., Lau-Zhu, A., Porcheret, K., Horsch, A., Holmes, E. A., & James, E. L. (2019). Intrusive memories of trauma: a target for research bridging cognitive science and its clinical application. *Clinical Psychology Review*, 69, 67-82.

Jenness, J. L., Jager Hyman, S., Heleniak, C., Beck, A. T., Sheridan, M. A., & McLaughlin, K. A. (2016). Catastrophizing, rumination, and reappraisal prospectively predict adolescent PTSD symptom onset following a terrorist attack. *Depression and Anxiety*, 33, 1039-1047. doi:10.1002/da.22548

Kačěňák, R., (2011). *Posttraumatická stresová porucha – diagnóza a diagnostika in Posttraumatická stresová porucha u dospělých a dětí ohrožených domácím násilím; práce s osobami ohroženými domácím násilím s psychiatrickou diagnózou*. Centrum sociálních služeb Praha.

https://www.csspraha.cz/wcd/domacinasili/posttraumaticka_stresova_porucha_v_kontextu_dn_2012.pdf

Kaminer, D., Grimsrud, A., Myer, L., Stein, D. J., & Williams, D. R. (2008). Risk for post-traumatic stress disorder associated with different forms of interpersonal violence in South Africa. *Social Science & Medicine*, 67(10), 1589-1595.

Kaysen, D., Rhew, I. C., Bittinger, J., Bedard-Gilligan, M., Garberson, L. A., Hodge, K. A., ... & Lindgren, K. P. (2021). Prevalence and factor structure of PTSD in DSM-5 versus DSM-IV in a national sample of sexual minority women. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(21-22), NP12388-NP12410

Keane, T. M., Marshall, A. D., & Taft, C. T. (2006). Posttraumatic stress disorder: etiology, epidemiology, and treatment outcome. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 161-197.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060.

- Kimble, M., Boxwala, M., Bean, W., Maletsky, K., Halper, J., Spollen, K., & Fleming, K. (2014). The impact of hypervigilance: evidence for a forward feedback loop. *Journal of Anxiety Disorders, 28*(2), 241-245.
- King, D. W., King, L. A., & Vogt, D. S. (2003). Manual for the Deployment Risk and Resilience Inventory (DRRI): A collection of measures for studying deployment-related experiences of military veterans. *Boston, MA: National Center for PTSD.*
- Kira, I. A. (2001). Taxonomy of trauma and trauma assessment. *Traumatology, 7*(2), 73-86.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine, 16*(9), 606-613.
- Levine P. A. (2017). *Trauma a paměť*. Přeložil Pinta K.C. Praha: Maitrea.
- Levine, A. (2018). *Léčba traumatu: program probuzení moudrosti těla*. Přeložil Pinta K. C. Praha: Maitrea.
- Lima, E. D. P., Vasconcelos, A. G., Berger, W., Kristensen, C. H., Nascimento, E. D., Figueira, I., & Mendlowicz, M. V. (2016). Cross-cultural adaptation of the posttraumatic stress disorder checklist 5 (PCL-5) and life events checklist 5 (LEC-5) for the Brazilian context. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy, 38*, 207-215.
- Litz, B. T., Keane, T. M., Fisher, L., Marx, B., & Monaco, V. (1992). Physical health complaints in combat-related post-traumatic stress disorder: A preliminary report. *Journal of Traumatic Stress, 5*, 131-141.
- Matthew J. Friedman (2019). *PTSD History and Overview*. PTSD: National Center for PTSD. https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/essentials/history_ptsd.asp.
- Mayou, R., Bryant, B., & Duthie, R. (1993). Psychiatric consequences of road traffic accidents. *British Medical Journal, 307*(6905), 647-651.
- McCauley, J., Kern, D. E., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A. F., DeChant, H. K., ... & Bass, E. B. (1997). Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: unhealed wounds. *Jama, 277*(17), 1362-1368.
- McGrath J.J. et al. (2015) Psychotic experiences in the general population: a cross-national analysis based on 31261 respondents from 18 countries. *JAMA Psychiatry*. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.0575

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decenální revize – Tabeleární část. Aktualizované vydání k 1. 1. 2021. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. <https://www.uzis.cz/res/f/008319/mkn10-tabelarni-cast-20210101.pdf>

Miller, M. W., Wolf, E. J., Kilpatrick, D., Resnick, H., Marx, B. P., Holowka, D. W., ... Friedman, M. J. (2012). The prevalence and latent structure of proposed DSM-5 posttraumatic stress disorder symptoms in U.W. national and veteran samples. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. doi:10.1037/a0029730

Mock, S. E., & Arai, S. M. (2011). Childhood trauma and chronic illness in adulthood: mental health and socioeconomic status as explanatory factors and buffers. *Frontiers in Psychology, 1*, 246.

National Center for PTSD (2016). Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5). <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/documents/pc-ptsd5-screen.pdf>

National Center for PTSD (2016). PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>

National Center for PTSD (2021). *Clinician – Administred PTSD Scale for DSM – 5 (CAPS – 5)*. <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-int/caps.asp>

National Center for PTSD (2021). Structured Clinical Interview for the DSM-IV Axis I Disorders (SCID PTSD Module). <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-int/scid-ptsd-module.asp>.

Netland M. (2005). Event-list construction and treatment of exposure data in research on political violence. *Journal of Traumatic Stress, 18*, 507–517. doi:10.1002/jts.20059

Norris, F. H., & Riad, J. K. (1997). Standardized self-report measures of civilian trauma and posttraumatic stress disorder.

Norris, F. H., Kaniasty, K., Conrad, M. L., Inman, G. L., & Murphy, A. D. (2002). Placing age differences in cultural context: A comparison of the effects of age on PTSD after disasters in the United States, Mexico, and Poland. *Journal of Clinical Geropsychology, 8*(3), 153-173.

- Osman, A., Kopper, B. A., Barrios, F. X., Osman, J. R., & Wade, T. (1997). The Beck Anxiety Inventory: Reexamination of factor structure and psychometric properties. *Journal of Clinical Psychology, 53*(1), 7-14.
- Ozer, E. J. (2007). The effects of school gardens on students and schools: Conceptualization and considerations for maximizing healthy development. *Health Education & Behavior, 34*(6), 846-863.
- Pangman, V. C., Sloan, J., & Guse, L. (2000). An examination of psychometric properties of the mini-mental state examination and the standardized mini-mental state examination: implications for clinical practice. *Applied Nursing Research, 13*(4), 209-213.
- Polizzi M. (2021). *How PTSD IS Diagnosed*. Verywellhealth. <https://www.verywellhealth.com/how-ptsd-is-diagnosed-5114706>.
- Praško, J., Pašková, B., Soukupová, N., & Tichý, V. (2001). Posttraumatické stresové poruchy –I. díl: Klinický obraz a etiologie. *Psychiatrie pro praxi, 4*, 157-160.
- Prins, A., Bovin, M. J., Kimerling, R., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., Pless Kaiser, A., & Schnurr, P. P. (2015). The primary care PTSD screen for DSM-5 (PC-PTSD-5). *National Center for PTSD, 5*, 1-3.
- Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P. A Ptáček, R. ed. (2015). DSM-5: diagnostický a statistický manuál duševních poruch. Praha: Hogrefe – Testcentrum.
- Remor, E. (2006). Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology, 9*(1), 86-93.
- Rotschildová B. (2015). *Tělo nezapomíná – Psychofyziologie a léčba traumatu* (2015). Praha: Maitrea.
- Rusiewicz, A., DuHamel, K. N., Burkhalter, J., Ostroff, J., Winkel, G., Scigliano, E., ... & Redd, W. (2008). Psychological distress in long-term survivors of hematopoietic stem cell transplantation. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer, 17*(4), 329-337.
- Rytwinski, N. K., Scur, M. D., Feeny, N. C., & Youngstrom, E. A. (2013). The co-occurrence of major depressive disorder among individuals with posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress, 26*(3), 299-309.

- Sadeghi, M., Taghva, A., Goudarzi, N., & Rah Nejat, A. M. (2016). Validity and reliability of persian version of “post-traumatic stress disorder scale” in war veterans. *Iranian Journal of War and Public Health*, 8(4), 243-249.
- Salleh, M. N. M., Ismail, H., & Yusoff, H. M. (2020). Reliability and validity of a post-traumatic checklist-5 (PCL-5) among fire and rescue officers in Selangor, Malaysia. *Journal of Health Research*.
- Samuelson, K. W., Neylan, T. C., Metzler, T. J., Lenoci, M., Rothlind, J., Henn-Haase, C., ... & Marmar, C. R. (2006). Neuropsychological functioning in posttraumatic stress disorder and alcohol abuse. *Neuropsychology*, 20(6), 716.
- Sareen, J. (2014). Posttraumatic stress disorder in adults: impact, comorbidity, risk factors, and treatment. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(9), 460-467.
- Sayed, S., Iacoviello, B. M., & Charney, D. S. (2015). Risk factors for the development of psychopathology following trauma. *Current Psychiatry Reports*, 17(8), 1-7.
- Scrignar, C. B. (1999). PTSD, the traumatic principle and lawsuits. *Psychiatric Times*, 26(8).
- Shabani, A., Masoumian, S., Zamirinejad, S., Hejri, M., Pirmorad, T., & Yaghmaeezadeh, H. (2021). Psychometric properties of Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders-Clinician Version (SCID-5-CV). *Brain and Behavior*, 11(5), e01894.
- Shalev, A. Y., Yehuda, R., & McFarlane, A. C. (Eds.). (2013). *International handbook of human response to trauma*. Springer Science & Business Media.
- Sheehan D.V., Lecrubier Y., Sheehan K.H., et al. (1998). 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. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 Suppl 20:22–33.
- Shipherd, J. C., & Salters-Pedneault, K. (2008). Attention, memory, intrusive thoughts, and acceptance in PTSD: an update on the empirical literature for clinicians. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(4), 349-363.
- Schellong, J., Epple F., Weidner K. (2021), ed. *Psychotraumatologie*. Přeložila Hoskovcová, S. Praha: Triton.

- Schimmenti, A. (2018). The trauma factor: Examining the relationships among different types of trauma, dissociation, and psychopathology. *Journal of Trauma & Dissociation, 19*(5), 552-571.
- Skelton, K., Ressler, K. J., Norrholm, S. D., Jovanovic, T., & Bradley-Davino, B. (2012). PTSD and gene variants: new pathways and new thinking. *Neuropharmacology, 62*(2), 628-637.
- Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research, 13*(2), 299-310.
- Spinhoven, P., Penninx, B. W., Van Hemert, A. M., De Rooij, M., & Elzinga, B. M. (2014). Comorbidity of PTSD in anxiety and depressive disorders: Prevalence and shared risk factors. *Child Abuse & Neglect, 38*(8), 1320-1330.
- Spitzer, Robert L. (1999). *Patient health questionnaire: PHQ*. New York State Psychiatric Institute.
- Steer, R. A., & Beck, A. T. (1997). Beck Anxiety Inventory. In C. P. Zalaquett & R. J. Wood (Eds.), *Evaluating stress: A book of resources* (pp. 23–40). Scarecrow Education.
- Stein, M. B., Jang, K. L., & Livesley, W. J. (2002). Heritability of social anxiety-related concerns and personality characteristics: a twin study. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 190*(4), 219-224.
- Storr, C. L., Ialongo, N. S., Anthony, J. C., & Breslau, N. (2007). Childhood antecedents of exposure to traumatic events and posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 164*(1), 119-125.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2012, October 10). *Trauma definition*. U.S. Department of Health and Human Services. <https://web.archive.org/web/20140805161505/http://www.samhsa.gov/traumajustice/traumadefinition/definition.aspx>
- Teicher, M. H., Samson, J. A., Anderson, C. M., & Ohashi, K. (2016). The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature Reviews Neuroscience, 17*(10), 652-666.

- Terhakopian, A., Sinaii, N., Engel, C. C., Schnurr, P. P., & Hoge, C. W. (2008). Estimating population prevalence of posttraumatic stress disorder: an example using the PTSD checklist. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 21(3), 290-300.
- Terr, L. C. (1991). Acute responses to external events and posttraumatic stress disorders. In M. Lewis (Ed.), *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook* (pp. 755–763). Williams & Wilkins Co.
- Thompson, B. L., & Waltz, J. (2010). Mindfulness and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress disorder avoidance symptom severity. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(4), 409-415.
- Tull, M.T., Gratz K.L., Salters, K. & Roemer, L. (2004). The role of experiential avoidance in posttraumatic stress symptoms and symptoms of depression, anxiety and somatization. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(11), 754-761.
- UHROVÁ, T. & Roth J. (2020). *Neuropsychiatrie: klinický průvodce pro ambulantní i nemocniční praxi*. Praha: Maxdorf, Jessenius.
- ÚZIS. (n.d.). Mezinárodní klasifikace nemocí. <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarnodniklasifikace-nemoci>.
- Vizzinová, D., Preiss M. (1999) *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD): psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. Praha: Portál.
- Wade Jr, R., Becker, B. D., Bevans, K. B., Ford, D. C., & Forrest, C. B. (2017). Development and evaluation of a short adverse childhood experiences measure. *American Journal of Preventive Medicine*, 52(2), 163-172.
- Wang, Y. P., & Gorenstein, C. (2013). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 35, 416-431.
- Weathers, F. W., Blake, D. D., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., & Keane, T. M. (2013). The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5).
- Weathers, F.W., Litz, B.T., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P., & Schnurr, P.P. (2013). The PTSD Checklist for *DSM-5* (PCL-5).
- Weathers, F. W., Bovin, M. J., Lee, D. J., Sloan, D. M., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., ... & Marx, B. P. (2018). The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM–5 (CAPS-5):

Development and initial psychometric evaluation in military veterans. *Psychological assessment*, 30(3), 383.

Weidmann, A., & Papsdorf, J. (2010). Witnessing trauma in the newsroom: posttraumatic symptoms in television journalists exposed to violent news clips. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 264–271. doi:10.1097/NMD.0b013e3181d612bf

Wilker S., Pfeiffer A., Kolassa S., Koslowski D., Elbert T., & Kolassa I. (2015). How to quantify exposure to traumatic stress? reliability and predictive validity of measures for cumulative trauma exposure in a post-conflict population. *European Journal of Psychotraumatology*, 6, 28306. doi:10.3402/ejpt.v6.28306

Wingo, A. P., Ressler, K. J., & Bradley, B. (2014). Resilience characteristics mitigate tendency for harmful alcohol and illicit drug use in adults with a history of childhood abuse: A cross-sectional study of 2024 inner-city men and women. *Journal of Psychiatric Research*, 51, 93-99.

Wittchen, H. U., Robins, L. N., Cottler, L. B., Sartorius, N., Burke, J. D., & Regier, D. (1991). Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *The British Journal of Psychiatry*, 159 (5), 645-653

World Health Organization. (2004). The World Health Organization world mental health composite international diagnostic interview (WHO WMH-CIDI). Harvard Medical School.

Zoellner, L. A., Bedard-Gilligan, M. A., Jun, J. J., Marks, L. H., & Garcia, N. M. (2013). The evolving construct of posttraumatic stress disorder (PTSD): DSM-5 criteria changes and legal implications. *Psychological Injury and Law*, 6(4), 277-289.

Zoellner, L. A., Goodwin, M. L., & Foa, E. B. (2000). PTSD severity and health perceptions in female victims of sexual assault. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 13(4), 635-649.

Zoellner, L. A., Rothbaum, B. O., & Feeny, N. C. (2011). PTSD not an anxiety disorder? DSM committee proposal turns back the hands of time. *Depression and Anxiety*, 28(10), 853.

Seznam příloh

Příloha 1 – Informovaný souhlas

s účastí ve výzkumném projektu

Název projektu: *Validizace nástrojů na měření psychického traumatu*

Já, tímto prohlašuji, že jsem byl/a srozuměna s níže uvedenými skutečnostmi:

Byl/a jsem seznámen/a s dokumentem Informace o výzkumném projektu: *Validizace nástrojů na měření psychického traumatu*

1. a porozuměl/a jsem údajům v něm obsaženým. Veškeré mé dotazy a připomínky byly zodpovězeny k mé spokojenosti.
2. Jsem si vědom/a, že má účast na tomto výzkumném projektu je zcela dobrovolná a nehonorovaná.
3. Jsem si vědom/a, že svůj souhlas s účastí v tomto výzkumném projektu mohu kdykoli stáhnout bez udání důvodu a bez jakékoli penalizace.
4. Obdržel/a jsem přes internetový portál elektronický dokument Informace pro zdravé dobrovolníky a formulář Informovaný souhlas s účastí na výzkumném projektu.

A tímto dávám svůj souhlas s účastí na výzkumném projektu *Validizace nástrojů na měření psychického traumatu*

.....
Jméno, příjmení a datum
(vlastní rukou testované osoby)

.....
Podpis

.....
Jméno, příjmení výzkumného pracovníka

.....
Podpis

Příloha 2 – Informovaný souhlas pro pacienty NÚDZ

Informace pro pacienty – studie *Validizace nástrojů na měření psychického traumatu u ambulantních a hospitalizovaných psychiatrických pacientů*

Název výzkumného projektu:

Vážený pane/paní,

dovolujeme si Vás vyzvat k účasti na výzkumném projektu: *Validizace nástrojů na měření psychického traumatu u ambulantních a hospitalizovaných psychiatrických pacientů*.

Cíl projektu: připravit pro odbornou veřejnost metody sloužící k diagnostice traumatického stresu.

Zařazení do projektu: proběhne od října 2021 do konce roku 2022, jde o jednorázové osobní setkání s psychologem.

Charakteristika výzkumných postupů, které se dotýkají pacientů: v projektu počítáme s jedním osobním setkáním, kde bude vysvětlen účel projektu, probereme s Vámi formou rozhovoru Vaše příznaky traumatického stresu a požádáme Vás o vyplnění několika dotazníků zaměřených na stres a trauma a na základní demografické údaje. Rozhovor a vyplnění dotazníkových metod bude trvat max. 1 hodinu. Pokud budete mít zájem o individualizovanou zpětnou vazbu, nabídneme Vám ji formou osobního nebo distančního setkání.

Rizika a nežádoucí účinky výzkumných postupů: nepředpokládáme, že by studie představovala zdravotní rizika. Pokud byste usoudil/a, že potřebujete zkušenosti s traumatickým stresem podrobněji probrat s odborníkem, zajistíme Vám konzultaci v ambulanci NUDZ.

Výhody plynoucí z účasti ve studii pro dobrovolníka: Účast ve výzkumu není honorována, ale jsme schopni poskytnout zpětnou vazbu k vyplněným metodám – poskytnout informaci o normě a Vašem výsledku, případně doporučit další postup týkající se traumatického stresu.

Povinnost účasti na výzkumném projektu: Účast na výzkumném projektu je zcela dobrovolná. Můžete svůj souhlas stáhnout v jakékoli části výzkumu i před jeho zahájením a to bez udání důvodů - stačí požádat ústně (psychologa – Michaela Králová, Michaela Viktorinová nebo Marek Preiss) nebo písemně (e-mailem, viz adresy níže).

Důvěrnost osobních a jiných údajů získaných ve studii: Údaje o osobách zařazených do výzkumného projektu jsou důvěrné. Jejich prezentace (kupř. ve vědeckých časopisech) je možná pouze tak, aby data nebylo možno vztáhnout k jednotlivým osobám. Dokumentace výzkumného projektu bude zpřístupněna zadavateli (Národní ústav duševního zdraví, NÚDZ, www.nudz.cz) výzkumného projektu a etické komisi, která výzkumný projekt schválila.

Výzkumný projekt schválila Etická komise Národního ústavu duševního zdraví, na kterou se může pacient obrátit v případě dotazů ohledně etických aspektů výzkumu – kontakt: martin.bares@nudz.cz (Martin Bareš)

O výzkumu informoval a na jeho otázky odpověděl/a: Michaela Viktorinová, Michaela Králová nebo Marek Preiss.

Seznam tabulek

Tabulka 1: Diagnostická kritéria PTSD podle DSM-5 (APA 2013; Raboch et al., 2015) (s. 38–39)

Tabulka 2: Deskriptivní statistika klinických výzkumných souborů podle počtu naplněných kritérií DSM-5 pro PTSD. (s. 60)

Tabulka 3: Deskriptivní statistika všech výzkumných souborů dle věku a počtu let studia. (s. 63)

Tabulka 4: Frekvenční tabulka zobrazující pohlaví ve výzkumných souborech. (s. 63)

Tabulka 5: Porovnání 3 výzkumných souborů v rámci pohlaví, věku a počtu let studia metodou Kruskal-Wallis. (s. 64)

Tabulka 6: Párové porovnání výzkumných souborů: pohlaví, věk, počet let studia (včetně ZŠ) metodou Dwass-Steel-Critchlow-Fligner (DSCF) pairwise comparisons. (s. 64)

Tabulka 7: Frekvenční tabulka výskytu traumatických událostí (podle LEC-5) u souborů s diagnózou PTSD a s rizikem diagnózy PTSD. (s. 65–66)

Tabulka 8: Frekvenční tabulka traumatických událostí u výzkumného souboru s diagnózou PTSD. (s. 67)

Tabulka 9: Frekvenční tabulka traumatických událostí u výzkumného souboru s rizikem diagnózy PTSD (s. 67–68)

Tabulka 10: Deskriptivní statistika výsledků analyzovaných dotazníků* v jednotlivých výzkumných souborech. (s. 68–69)

Tabulka 11: Rozdíly ve výsledcích sledovaných dotazníků mezi všemi výzkumnými soubory metodou Kruskal-Wallis. (s.71)

Tabulka 12: Párové porovnání všech výzkumných souborů PCL-5, LEC-5, BAI, BDI II. * metodou Dwass-Steel-Critchlow-Fligner (DSCF) pairwise comparisons. (s.71–72)