

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra psychologie

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Validizace diagnostických metod u PTSD
Validation of diagnostic methods in PTSD

Anna Vágnerová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Marek Preiss, Ph.D.
Studijní program: Psychologie
Studijní obor: Psychologie

2023

Odevzdáním této diplomové práce na téma Validizace diagnostických metod u PTSD 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 4.12.2023

Děkuji doc. PhDr. Marku Preissovi, PhD. za odborné vedení práce, Mgr. Michaele Králové za pomoc a rady a všem respondentům za důvěru a účast na výzkumu.

ABSTRAKT

Touto prací jsem se zapojila do již probíhajícího projektu *Validizace nástrojů pro měření psychického traumatu* v rámci činnosti Národního ústavu duševního zdraví – Validizace nástrojů pro měření psychického traumatu. Cílem této diplomové práce bylo sesbírat data od klinické populace s posttraumatickou stresovou poruchou a porovnat je s výsledky diagnostických metod u populace běžné (N=303). Výzkumný klinický soubor byl tvořen 31 respondenty, kteří byli na základě diagnostických kritérií pro udělení diagnózy PTSD dle DSM-5 rozděleni do dvou výzkumných souborů – s pravděpodobnou diagnózou PTSD (N=17) a bez pravděpodobné diagnózy PTSD (N= 14).

V této práci byly porovnávány výsledky 3 výzkumných souborů v metodě Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5 (PCL – 5), která zjišťuje míru traumatizace, a v metodě Life Events Checklist-5 (LEC – 5), která zkoumá četnost prožitých traumatických událostí. Současně bylo provedeno měření depresivních a úzkostných symptomů všech participantů za účelem prověření konvergentní validity. Výsledky statistické analýzy ukázaly, že metoda PCL - 5 se prokázala jako validní. Soubor s pravděpodobnou diagnózou PTSD dosahoval statisticky signifikantně vyšších hodnot než soubor běžné populace, a to i ve výsledcích metod měřících míru úzkostnosti a depresivity. U souboru bez pravděpodobné diagnózy nebyl nalezen statisticky signifikantní rozdíl v porovnání s běžnou v žádné z analyzovaných metod. Metoda Life Events Checklist-5 (LEC-5) je spolehlivým ukazatelem pouze na základě počtu prožitých traumatických událostí. Výsledky statistické analýzy však nepotvrdily její platnost v rámci posouzení závažnosti symptomů PTSD. U souboru s pravděpodobnou diagnózou PTSD nebyl nalezen statisticky signifikantní rozdíl v porovnání s běžnou ve výsledcích metody LEC – 5.

V teoretické části práce je vymezeno téma traumatu a PTSD, stručný přehled historie a poté je popsána etiologie PTSD a rizikové faktory vzniku poruchy. Následně jsou přiblíženy komorbidity PTSD, léčba poruchy a poslední část teoretického přehledu se zaměřuje na diagnostiku a diagnostické metody PTSD.

KLÍČOVÁ SLOVA

Trauma, PTSD, validizace, diagnostika, diagnostické metody

ABSTRACT

With this work, I became involved in an ongoing project of tool validation for measuring psychological trauma within the activities of the National Institute of Mental Health – Validation of tools for measuring psychological trauma. The aim of this thesis was to collect data from a clinical population with posttraumatic stress disorder (PTSD) and compare it with the results of diagnostic methods in the general population (N=303). The research clinical sample consisted of 31 respondents who, based on diagnostic criteria for PTSD diagnosis according to DSM-5, were divided into two research groups – with a probable PTSD diagnosis (N=17) and without a probable PTSD diagnosis (N=14).

In this work, the results of three research groups were compared using the PTSD Checklist 5 method, which assesses the level of traumatization, and the Life Events Checklist-5 method, which examines the frequency of experienced traumatic events. At the same time, measurement of depressive and anxious symptoms of all participants was conducted to assess convergent validity. The results of statistical analysis showed that the PCL-5 method proved to be valid. The group with a probable PTSD diagnosis achieved statistically significantly higher values than the general population group, even in the results of methods measuring the level of anxiety and depression. In the group without a probable diagnosis, no statistically significant difference was found compared to the general population in any of the analyzed methods. The Life Events Checklist-5 (LEC-5) method is a reliable indicator based only on the number of experienced traumatic events. However, the results of the statistical analysis did not confirm its validity in assessing the severity of PTSD symptoms. In the group with a probable diagnosis, no statistically significant difference was found compared to the general population in the results of the LEC-5 method.

The theoretical part of the work outlines the topic of trauma and PTSD, provides a brief overview of history, and then describes the etiology of PTSD and risk factors for the disorder. Subsequently, comorbidities of PTSD, treatment of the disorder, and the last part of the theoretical overview focus on the diagnosis and diagnostic methods of PTSD.

KEYWORDS

Trauma, PTSD, validation, diagnosis, diagnostic methods

Obsah

Úvod	9
1 Vymezení tématu	11
1.1 Trauma	11
1.2 Posttraumatická stresová porucha (PTSD)	13
2 Historie	21
3 Etiologie PTSD	24
3.1 Rizikové faktory vzniku	26
4 Komorbidity u PTSD	28
5 Léčba	30
6 Diagnostické metody PTSD	34
6.1 Klasifikační systémy	34
6.2 Diagnostické metody	40
7 Cíle výzkumu	47
8 Výzkumné otázky a hypotézy	48
9 Výzkumný soubor	50
10 Metodologie	51
10.1 Průběh sběru dat	51
10.2 Popis použitých metod	53
10.3 Metody zpracování dat	57
11 Analýza dat	58
11.1 Deskriptivní statistika	58
11.1.1 Demografické údaje	58
11.1.2 Dotazníkové metody	61
11.2 Analýza rozptylu (ANOVA)	67

11.2.1	Demografické údaje.....	67
11.2.2	Dotazníkové metody.....	67
11.3	Metoda párového porovnávání (Dwass-Steel-Critchlow-Fligner).....	69
11.3.1	Demografické údaje.....	69
11.3.2	Dotazníkové metody.....	71
12	Výsledky.....	73
12.1	Výzkumné otázky a hypotézy	73
12.2	Shrnutí a interpretace výsledků.....	75
13	Diskuse	78
	Závěr.....	92
	Seznam zkratk.....	94
	Seznam použitých informačních zdrojů	96
	Seznam příloh.....	109
	Seznam tabulek.....	113

Úvod

Touto prací jsem navázala na výzkum M. Králové (2022), která se stejně jako já zapojila do již probíhající studie od NÚDZ na téma validizace dotazníkových metod posttraumatické stresové poruchy, která probíhá od roku 2019. Cílem této práce bylo porovnat výsledky diagnostických metod PTSD mezi klinickou a běžnou populací. V rámci této práce byl nasbírán soubor klinické populace, který je tvořen potenciálně traumatizovanými respondenty. Data od běžné populace byla sebrána v rámci studie od NÚDZ v letech 2019-2020.

V teoretické části práce jsou nejdříve podrobněji definovány termíny trauma a PTSD a jejich symptomy. Další kapitola se zaměřuje na historii traumatu a vývoj diagnostiky PTSD v rámci klasifikačních systémů DSM (APA, 1952–1994). Následně byla popsána etiologie posttraumatické stresové poruchy a rizikové faktory vzniku. V další kapitole je přiblížen přehled nejčastěji se vyskytujících komorbidit posttraumatické stresové poruchy a následuje popis současných léčebných postupů poruchy. V poslední části teoretické části jsou popsána a porovnána diagnostická kritéria podle klasifikačních systémů DSM IV (APA, 1994), DSM 5 (APA, 2013), MKN 10 (2023) A MKN 11 (ICD, 2023) a poté podrobněji popsány nejčastěji používané metody pro diagnostiku PTSD.

Praktická část práce se zaměřuje na porovnávání výsledků dotazníkových metod mezi klinickou a běžnou populací v míře traumatizace, četnosti výskytu traumatických událostí a v míře úzkostných a depresivních symptomů. Výzkumné soubory jsou tvořeny 303 respondenty zastupujících běžnou populaci a 31 respondenty zastupujících klinickou populaci. Soubor klinické populace byl na základě zadávaných kritérií pro udělení diagnózy PTSD dle DSM – 5 rozdělen na 2 skupiny: s pravděpodobnou diagnózou PTSD (N=17) a bez pravděpodobné diagnózy PTSD (N=14). Celkově byly tudíž porovnávány výsledky 3 výzkumných souborů.

Pro analýzu dat byla použita statistická analýza. K určení míry traumatizace byly analyzovány výsledky metody Posttraumatic Stress Disorder Checklist - 5 (Weathers et al.,

2013), četnost výskytu traumatických událostí zjišťovala Life Events Checklist – 5 (Weathers et al., 2013) a míru úzkostných a depresivních symptomů měřili metody Beckův inventář úzkosti (Beck et al., 1988) a Beckova sebeposuzovací škála depresivity – II (Beck et al., 1996).

1 Vymezení tématu

1.1 Trauma

„Podstatou traumatu je, že působením vnějšího činitele jsou poničeny psychické a biologické adaptační mechanismy jedince” (Vizinová a Preiss, 1999). Děje se tak pokud jsou obranné a vyrovnávací strategie jedince přehluceny vnějším činitelem a nejsou již schopny vyrovnat se s ohrožující událostí. Událost se tak stává pro jedince traumatickou – vyvolává v něm bezmoc a neschopnost ovlivnit situaci a jednat. Postupně může dojít ke ztrátě smyslu života a bytí. Vizinová a Preiss (1999) uvádí, že trauma je reakcí na vzniklou bezmoc vyvolanou konkrétní stresující situací. Autoři za traumatické události považují: přírodní katastrofy – jako je povodeň, tornádo, zemětřesení atd. a traumatické události způsobené člověkem - např. vražda, zabití, znásilnění, válka atd. Tyto události mohou výrazně zasáhnout do psychiky poškozeného jedince a ovlivnit tak kvalitu jeho života.

U traumatizovaných osob probíhají změny na kognitivní, emoční a fyziologické úrovni. Tyto změny mají vliv i na chování jedince, především ovlivňují jeho reakci na stres (Vágnerová, 2008).

Trauma je úzce spojováno se stresem a reakcí na něj. Paulík (2010) definuje trauma jako výrazný stres, jehož působením na daného jedince často vznikají nevratné změny v jeho životě.

Kleber (2019) varuje před nadužíváním termínu trauma. Uvádí, že trauma je často užíváno příliš snadno a rychle, a ne každá stresující událost je traumatickým zážitkem stejně jako ne každá osoba, která zažila válku, přírodní katastrofu nebo teror je automaticky traumatizována. Důsledkem nadužívání termínu může docházet k přehlížení jiných psychických obtíží a nesprávně nastavené intervenci.

Stres bychom mohli ve zkratce definovat dle dostupných teorií, jako fyziologickou vnitřní reakci organismu na ohrožující událost (Selye, 1956). Názory pro definici stresu se však v jednotlivých teoriích velmi liší. Lazarus a Folkman (1984) definují stres jako subjektivní

prožívání jedince v situaci, kterou jedinec považuje v danou chvíli za ohrožující (Mareš, 2012).

„Termín stres nemá v současné době jednotný obsah. Užívá se k označení různých předmětů odporu nebo výrazně nepříjemných situací, fyziologických, behaviorálních a subjektivních odpovědí na ně, okolností zprostředkujících kontakt jedince se zátěží nebo všech výše uvedených možností jako systému. Termín je evidentně užíván nadměrně ” (Smolík, 2002)

Dle většiny teorií, které trauma definují, traumatická událost poškozuje daného jedince v oblasti vnímání sebe sama, kvality života, zranitelnosti a stability (Perrotta, 2019).

Arcel (1994; in Vizinová a Preiss, 1999) popisuje 3 druhy traumatizace jedince. Dělí je na primární, kdy je jedinec sám zasažen stresující událostí – jako například znásilnění, týrán. Dále popisuje traumatizaci sekundární, kdy je jedinec v úzkém kontaktu s osobou, která prožívá trauma (např. sebevražda blízké osoby) a jako poslední traumatizaci terciární, kdy jedinec není sám obětí traumatické události, nemá blízký vztah s jinou osobou, která byla traumatické události vystavena, ale mohl být svědkem či v kontaktu s traumatizovanými jedinci jako například osoby v pomáhajících profesích.

Ráda bych zde dále zmínila, jakým způsobem se osoby zasažené traumatickou událostí vyrovnávají s traumatem dle M. Kořána z roku 2009 (in Mareš, 2012). Kořán popisuje 5 fází vyrovnání se s traumatem. Tyto fáze jsou však pouze orientační. Osoby zasažené traumatickou událostí se mohou setrváním v některých fázích lišit od níže uvedené doby. Doba zpracování události je u každého zasaženého individuální, někteří jedinci mohou jmenované fáze prožívat opakovaně. Pokud se však tyto osoby s traumatem nevyrovnají, může se u nich rozvinout posttraumatická stresová porucha, kterou představím v další kapitole. Někteří jedinci po traumatické události nemusí procházet popsánymi fázemi, jelikož jsou odolnější a dokážou se se situací vyrovnat sami.

„1. fáze omráčení a šoku (začíná bezprostředně po traumatické události a trvá 24-36 hodin);

2. fáze výkřiku „co se stalo?“ s pocity přítomnosti mimo realitu, ochromení aktivity či naopak puzení k nadměrné aktivitě (trvá do 3 dnů od začátku traumatické události);
3. fáze hledání smyslu události -, „ proč mě to potkalo?“ (přibližně 3-14 dnů po traumatické události);
4. fáze popření a zase znovuprožívání události (přibližně 2-8 týdnů po traumatické události);
5. posttraumatická fáze (přibližně 1-3 měsíce po traumatické události)” (Mareš, 2012, str. 31).

Trauma může být jedna či více prožitých stresujících událostí, některé se mohou u zasažených jedinců objevit opakovaně. O patologii mluvíme až po rozvinutí posttraumatické stresové poruchy. Akutní reakce na stres a vyrovnávací fáze je však běžná a považována za normální. Smolík (2002) popisuje akutní stresovou reakci jako přechodnou a vyskytující se u duševně zdravé osoby po prožití fyzické či psychické zátěže. Jelikož se jedná o akutní reakci, trvá běžně několik hodin nebo dnů. Reakce se projevuje sníženou pozorností a orientací, může se objevit stažení se do sebe, úzkost a hyperaktivita.

1.2 Posttraumatická stresová porucha (PTSD)

„Opožděná a protahovaná odpověď na stresovou událost nebo na situaci, krátkého nebo dlouhého trvání, která má výjimečně nebezpečný nebo katastrofický charakter, a která by pravděpodobně způsobila hluboké rozrušení téměř u kohokoliv” (Smolík, 2002, str. 271).

Höschl (2004) definuje PTSD (posttraumatic stress disorder) jako úzkostnou poruchu, která se objevuje po prožití závažné stresující události, která je pro osobu vystavenou takové události emočně náročná a pro většinu lidí traumatizující.

Vágnerová (2008) se shoduje s výše uvedenými definicemi PTSD, definuje poruchu jako „prodloužená nebo zpožděná odezva na traumatizující událost, která přesahuje běžnou lidskou zkušenost”

MKN 10 (2023) řadí PTSD pod kapitolu F40 – F49 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy. Přesněji je PTSD značeno F43.1 v podkapitole F43 Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení.

Symptomy

Vizinová a Preiss (1999) uvádí 3 hlavní kategorie příznaků traumatu: nadměrné vzrušení, intruze, stažení a sevření. Tyto příznaky vznikají jako důsledek traumatické události, kterou daná osoba prožila. Při nadměrném vzrušení se člověk snadněji poleká, je více podrážděný a může mít poruchy spánku dále se mohou objevit příznaky úzkostné poruchy. Pod intruzivní příznaky řadí vtíravé myšlenky a pocity znovuprožívání traumatické zkušenosti. Jedná se o tzv. zábleskové vzpomínky neboli flashbacky, kdy traumatizovaná osoba emocionálně znovu prožívá danou událost a může flashbacky považovat za realitu. Mohou se objevit i noční můry, úzkost, strach nebo stud. Tyto příznaky se mohou vyskytovat i bez vzpomínky na událost. Pod kategorií stažení a sevření se mohou řadit stavy až disociační, kdy je člověk jakoby mimo své tělo, vnímání a prožívání je vzdálené a nepřítomné. Je to forma ochrany před bolestí, kterou mohou jinak traumatické vzpomínky v jedinci vyvolat.

Vágnerová (2008) řadí mezi příznaky přetrvávající úzkost a zvýšenou přecitlivělost, se kterou je spojována snížená koncentrace pozornosti, poruchy spánku. U zasažených osob se mohou objevit depresivní symptomy spojené s myšlenkami na sebevraždu. Zasažena je i emocionální oblast, jedinci mohou být otupělí, anhedoničtí a utlumení v prožívání emocí, snížená bývá motivace a účast na důležitých aktivitách či zájmech. Dalším častým symptomem je sociální stažení. Často se u zasažených osob objevuje neschopnost vybavit si některé aspekty traumatické události, tato selektivní amnézie je další formou ochrany jedince před bolestí spojenou s traumatem a jeho prožitím.

MKN 10 (Mezinárodní klasifikace nemocí) popisuje příznaky následovně a shoduje se tak s výše uvedenými autory. „Typické jsou epizody znovuožívání traumatu v neodbytných vzpomínkách („flashbacky“), snech nebo nočních můrách, které se objevují na přetrvávajícím pozadí pocitu tuposti a emoční oploštělosti, stranění se od lidí, netečnosti vůči okolí, anhedonie a vyhýbání činnostem a situacím, upomínajícím na traumatický zážitek. Obvykle se objevuje vegetativní hyperreaktivita a zvýšená bdělost, zesílené úlekové reakce a nespavost. S uvedenými příznaky je obvykle spojena úzkost a deprese a

nejsou řídké ani suicidální myšlenky. Nástup následuje po traumatu s latencí od několika týdnů do několika měsíců” (MKN 10. revize, 2023).

Dle MKN 11 (ICD - 11, 2023) se PTSD objevuje po prožití traumatické události nebo více událostí, které mohou být jednorázové či dlouhodobé a jsou definovány jako extrémně ohrožující (př. Přírodní katastrofy, sexuální násilí). MKN – 11 (ICD - 11, 2023) dělí symptomy do 3 hlavních skupin. Symptomy u traumatizovaných osob trvají alespoň několik týdnů a jejich důsledky zasahují do běžného fungování v osobním životě zasažené osoby a dále v oblasti vztahů, práce, školy apod.

1. intruzivní symptomy, znovuprožívání traumatické události, flashbacky, noční můry. Znovuprožívání události v přítomnosti může být vyvoláno silnými emocemi jako je strach, hrůza a výraznými tělesnými zážitky, které jsou pro zasaženou osobu zahlcující.
2. vyhýbání se myšlenkám, událostem a místům připomínajícím traumatickou událost – případně aktivitám, situacím a osobám, které jsou s událostí spojené.
3. příznaky spojené s neustálým očekáváním ohrožení – nadměrná bdělost, snížený práh úlekové reakce

MKN – 11 (ICD - 11, 2023) uvádí i další přidružené symptomy u osob s PTSD jako je disociace, sebevražedné myšlenky, somatické příznaky, dysforie, sociální stažení, nadměrné zneužívání návykových látek, úzkosti a obsedantně-kompulzivní chování při vzpomínkách na traumatickou událost. V emocionální oblasti se příznaky mohou projevit studem, vztekem, smutkem, ponížením a pocity viny u zasažených osob.

Diagnostický a statistický manuál duševních poruch 4 (*DSM-4*, APA, 1994) popisuje jako hlavní symptomy PTSD opětovné prožívání traumatické události v podobě stresujících snů, flashbacků a náhlých zahlcujících myšlenek na událost. Dalšími hlavními symptomy jsou: vyhýbavé chování až sociální izolace a otupělost a také nadměrná vzrušivost – jedinec je stále na pozoru, mohou se u něj objevit poruchy spánku, problémy s pozorností, podrážděnost.

Pro realizaci této práce bylo v rámci výzkumné pracováno s diagnostickými kritérii dle Diagnostického a statistického manuálu 5 (APA, 2013), přiblížím zde proto symptomatiku z této aktuální verze DSM - 5 detailněji.

DSM-5 vymezuje několik kategorií hlavních příznaků posttraumatické stresové poruchy. Pro udělení diagnózy musí být splněn určitý počet příznaků v každé kategorii. Jedná se o následující kategorie: Expozice traumatu, intruzivní příznaky, vyhýbavé chování, změny v náladě a myšlení, nadměrná vzrušivost.

Expozice traumatu

Osoba byla vystavena skutečné nebo hrozící smrti, vážnému zranění nebo sexuálnímu napadení 1 nebo více uvedenými příklady:

- přímým zážitkem traumatické události
- dále přes svědectví traumatické události, která se stala jiným osobám
- dozvědět se, že se traumatická událost stala blízké osobě (pokud se jedná o smrt či ohrožení smrtí – musí být násilná nebo nehoda)
- opakovaná či extrémní expozice nepříjemným detailům traumatické události (policisté, náhodní nalezcí mrtvého těla).

(APA, 2013)

Intruzivní příznaky

U osoby se vyskytuje alespoň 1 z níže uvedených příznaků, které začaly po traumatické události:

- Opakující se, nechtěné a vtíravé stresující vzpomínky na událost
- Opakující se stresující sny, které souvisí s událostí
- Disociativní reakce jako flashbacky, kdy jedinec znovuprožívá nebo se chová, jako by se událost opakovala
- Intenzivní či prodloužená duševní nepohoda při vystavení vnitřním či vnějším podnětům, které připomínají traumatickou událost.
- Fyziologické reakce na podněty, které připomínají traumatickou událost (vnitřní/vnější podněty)

(APA, 2013)

Vyhýbavé chování

Vyhýbavé chování, které nastává po traumatické události a projevuje se alespoň 1 z uvedených:

- Vyhýbání nebo snaha se vyhnout stresujícím pocitům, myšlenkám a vzpomínkám na traumatickou událost či podnětům, které jsou s událostí spjaté.
- Vyhýbání či snaha se vyhnout vnějším připomenutím, které vyvolávají stresující vzpomínky. (místům, aktivitám, lidem, situacím...)

(APA, 2013)

Změny v náladě a myšlení

Jedná se o negativní změny v myšlení a náladě po traumatické události a projevují se alespoň 2 z uvedených:

- Neschopnost pamatovat si důležitý aspekt události (není dáno vlivem návykových látek či poranění)
- Přetrvávající a přehnané negativní postoje a očekávání vůči sobě samému, ostatním lidem či o světě. (např. „svět je špatný“)
- Přetrvávající pocity viny u sebe samého nebo jiných lidí, vlivem zkresleného přesvědčení o příčině či následcích události.
- Přetrvávající negativní emocionální stav
- Pocity odcizení a odtržení od druhých
- Znatelně snížený zájem o důležité aktivity či snížená účast na důležitých aktivitách
- Přetrvávající neschopnost vyjadřovat pozitivní emoce

(APA, 2013)

Nadměrná vzrušivost

Příznaky souvisí s traumatickou událostí a objevily či zhoršily se po jejím prožití. Projevují se alespoň 2 z následujících:

- Podrážděnost a výbuchy vzteku (typicky již při malé nebo žádné provokaci) – verbální nebo fyzická agrese vůči lidem nebo předmětům
- Lehkomyslné nebo sebedestruktivní chování
- Nadměrná bdělost
- Snadné polekání
- Poruchy spánku
- Problémy s pozorností

(APA, 2013)

Diagnóza PTSD je poté udělena v případě, že osoba splňuje níže uvedená kritéria spolu s již popsányými symptomy z kategorií výše (APA, 2013):

- příznaky přetrvávají déle než 1 měsíc
- příznaky způsobují významné potíže v běžném životě jedince nebo narušení jiné důležité oblasti života (sociální, pracovní atd.)
- porucha není způsobena vlivem návykových látek nebo somatického onemocnění

Autoři Stein et. al porovnávali ve studii z roku 2014 diagnostická kritéria pro PTSD mezi DSM 4, DSM 5, MKN 4 a MKN 5. Z výsledků je patrné, že 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí má ze zmíněných nejméně přísná kritéria pro udělení diagnózy posttraumatické stresové poruchy. Diagnostický statistický manuál 4. revize je naopak ve splnění požadavků pro udělení diagnózy nejpřísnější. U 11. revize MKN je diagnóza již spojována s menší mírou komorbidit než u MKN 10. Žádná z metod nedovoluje udělit diagnózu lidem, kteří trpí řadou významných příznaků, které se vyskytují i u PTSD (především úzkost), pokud nesplňují všechna kritéria. (Stein et. al, 2014).

Symptomy posttraumatické stresové poruchy, se víceméně shodují napříč uvedenými teoriemi. Nejčastěji jsou popisovány intruzivní symptomy spojené se sociálním stažením, změnou chování, myšlení a změnou v emociální oblasti, které významně zasahují do důležitých aspektů života zasažených. Pro udělení diagnózy se však liší v konkrétních

požadavcích podle druhu používané metody a roku vydání. V další kapitole bych chtěla uvést historii této poruchy a diagnostický vývoj.

2 Historie

Termín trauma pochází ze stejnojmenného starého řeckého slova, jehož význam byl „zranění/propíchnutí“ a odkazovalo na fyzická zranění či poškození vojáků (Spiers a Harrington, 2001). Dříve bylo trauma popisováno spíše jako fyzické zranění, až později se začalo slovo používat více i pro poškození lidské psychiky (Caruth, 1996).

Na počátku 18. století si vojenští lékaři všimli jistého vyčerpání u vojáků, které následovalo po vystavení bitvě a stresu z války, toto vyčerpání se objevovalo během prožívaného traumatu v boji, což ovšem nebylo pro vojáka žádoucí. Blíže byl tento stav popisován jako psychické uzavření či vypnutí (Ray, 2008).

Termín traumatická neuróza, který se později hojně užíval při zkoumání traumatu a vývoji dnešní PTSD více, vymyslel a poprvé použil Oppenheim. Tvrdil, že hlavní místo vzniku poruchy, se nachází v mozku, konkrétně v oblasti cerebra. Tím naznačil, že neurotické reakce a problémy spojené s traumatickou zkušeností mají svůj původ nebo hlavní dopady na mozkovou činnost (Lamprecht a Sack, 2002 in Ray, 2008).

Myers (1870 in Ray, 2008) popsal poruchu u vojáků souvisejících se symptomy, které se projevovaly přímo v boji. Příznaky poruchy byly: extrémní únava, dušnost, třes, bušení srdce, pocení a občas i ztráta vědomí během boje. Vojenský chirurg Da Costa (1871 in Ray, 2008), který působil za americké občanské války, popsal jako časté problémy se srdcem, se kterými se vojáci potýkali, jako příznak traumatické neurózy. Pouze některé vedly k závažným srdečním poruchám (Lamprecht a Sack, 2002 in Ray, 2008). Pokud se objevovaly příznaky jako náhlá paralýza či ztráta zájmu, byly řazeny pod pojem traumatická hysterická neuróza (Ramsay, 1990 in Ray, 2008).

Na konci 19. století byly nejčastějšími popisovanými neurózami hysterie, melancholie a hypochondrie. Charcot a Janet tvrdili, že ve vzniku hysterie a disociativních příznaků, hraje důležitou roli traumatický zážitek. Mezi příznaky hysterie se řadila paralýza, třes a chvění, nepravidelná chůze, stažení se. Janet se jako první zabýval reakcí na závažný stres

– především disociace a další symptomy (van der Kolk & van der Hart, 1989 in Ray, 2008).

Freud (1896/1962) popisoval v díle „Aetiology of Hysteria“ rané dětské sexuální trauma. Freud zjistil, že se u pacientů objevují traumatické sny, které mají obsah prožitých traumatických zážitků a nehod. Tyto obsahy byly podle Freuda v konfliktu s principem slasti, jelikož byly zpracovávány a připomínány v mysli jako nepříjemné (Ray, 2008).

Kardiner (1941, 1947) napsal spolu s dalšími autory zásadní díla pro vývoj posttraumatické stresové poruchy. Zaměřoval se na pozorování vojáků z 1. světové války. Kardiner rozšířil pojem „physioneurosis“ (fyzioneuróza), kdy popsal propojení těla s neurózou. Dále popsal symptomy následující po vystavení traumatické události – fixace na událost, omezené osobnostní fungování a sny neobvyklého obsahu. Ve většině případů byly symptomy zařazeny pod již existující traumatickou hysterii nebo neurastenii (Ray, 2008).

V prvním vydání Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (APA, 1952) byla popsána *Velká stresová porucha* (Stress response syndrome), která byla způsobena reakcí na závažný stres a DSM I ji řadilo pod poruchy osobnosti.

V DSM-II, z roku 1968 (APA, 1968), byla diagnóza „Velké stresové reakce“ vynechána kvůli dlouhému období bez velkých válečných konfliktů.

Název „Post – traumatic stress disorder“ byl v roce 1980 přidán do 3. verze Diagnostického a statického manuálu duševních poruch DSM-III (APA, 1980). Název a symptomy byly inspirovány válkou ve Vietnamu a prací od autora Horowitz (1976), který rozdělil příznaky PTSD mezi intruzivní, vyhýbavé a popíravé (Ray, 2008).

V revidované verzi DSM III (DSM-III-R, APA, 1987) byla posttraumatická stresová porucha vymezena samostatně a oddělena od běžných událostí, které způsobují stres jako je rozvod, finanční problémy apod. Tyto události způsobující stres, jsou v DSM III zařazeny pod poruchy přizpůsobení. Hlavní kritérium pro PTSD byla událost, která

přesahuje běžné lidské zkušenosti a způsobuje nadměrný stres většině zasažených spolu se strachem a bezmocí (např. válka, znásilnění, přírodní katastrofy) (Ray, 2008).

Historicky byly zmiňovány v souvislosti s traumatem i další symptomy jako je slabost, únava, bolest hlavy a ztráta vůle. Tyto příznaky popisovalo u vývoje PTSD v minulosti více autorů. DSM III (APA, 1987) ani DSMI IV (APA, 1994) je však do své verze nezařadilo. U vojáků a obětí koncentračních táborů byly dále zmiňovány také poruchy trávení a další psychofyziologické reakce (Friedhelm & Sack, 2002), které však nejsou v diagnostických manuálech uváděny (Ray, 2008).

Na přelomu 19–a 20. století se vedly debaty ohledně organického či psychologického původu traumatu. Tato etiologie nebyla dořešena až do období po 2. světové válce. (Ray, 2008) V další kapitole se proto zaměřím na příčiny vzniku posttraumatické stresové poruchy.

3 Etiologie PTSD

Minimálně 90 % procent dospělých jedinců z USA se v životě setkalo s nejméně 1 traumatickou zkušeností typu přírodní katastrofa, bojová zkušenost, dopravní nehoda, útok nebo další události, při kterých hrozila osobám smrt nebo vážné zranění, u 8 % se rozvine PTSD. Nejvyšší pravděpodobnost rozvoje poruchy je u případů sexuálního napadení nebo u bojové zkušenosti (McDonald & Calhoun, 2010).

Z dostupných výzkumů, kdy se prováděly experimenty na podmiňování strachu vyplývá, že amygdala a hipokampus jsou hlavní centra v mozku, která se podílí na zpracování a ukládání vzpomínek, které jsou spojené se strachem a následným chováním (Rogan et al., 1997; Ledoux, 2000; Rodrigues et al., 2004 in Neumeister, 2014). Tato zjištění vedla k tvrzení, že je posttraumatická stresová porucha u zasažených osob spojována s výraznou aktivitou amygdaly a reakcí na stresující a strach vyvolávající podněty (Grillon et al., 1996; Phelps and Ledoux, 2005; Rauch et al., 2006 in Neumeister, 2014).

Z dalších výzkumů u klinické populace výše zmíněnou hypotézu potvrzuje. Jde o zvýšenou aktivitu amygdaly, která zodpovídá za reakci na strach a úzkost dále pak nedostatečnou regulaci prefrontálních kortikálních struktur, které potlačují a odvádí pozornost a naučenou reakci na zážitky, které připomínají traumatickou událost. Jak bylo zmíněno výše, významnou roli hraje také hipokampus, v tomto případě se jedná o jeho abnormální funkci, která negativně ovlivňuje schopnost učení, paměť a rozpoznávání bezpečných situací od nebezpečných. Neumeister et al. (2014) dále uvádí funkci bazálních ganglií, které ovlivňují reakce na podněty, posilování podmiňovaného chování a vznik motorických a afektivních návyků.

Hipokampus ovlivňuje rozvoj PTSD i svou velikostí – pokud je jeho objem zmenšený, může se porucha rozvinout pravděpodobněji, jak vyplývá z dostupných studií (Chen et al., 2018).

Skelton et al. (2012) popisují studie dvojčat, které se zabývají genetickou souvislostí s dalšími diagnózami jako je depresivní porucha, závislost na alkoholu, zneužívání návykových látek a nikotinu a jinými úzkostnými poruchami – GAD (generalizovaná

úzkostná porucha) a panická úzkostná porucha. Tato zjištění vycházejí však ze studií dědičnosti, a ne jednotlivých genů.

Limitem u studií dědičnosti a genetických souvislostí je nejasný vliv genetických vlastností oproti jiným společným vlivům jako je prostředí, ve kterém rodiny žijí. Nelze tudíž jasně říci, který z těchto faktorů napomáhá ke vzniku PTSD (Skelton, 2012).

McNally (2012) naznačuje, že trauma a stresory, které jsou v literatuře uváděné jako zapříčiňující PTSD nejsou dostačující. Dle autora jsou příčiny, které mohou přispět k rozvoji PTSD komplexnější. Autor vychází ze studií válečných veteránů, kdy se u souboru objevuje rozmanitost symptomů poruchy a navrhuje, že k PTSD by mělo být interpretováno jako kauzální systém.

3.1 Rizikové faktory vzniku

DiGangi et al. (2013) zmapovali další významné faktory, které hrají roli v rozvoji poruchy mimo vliv genetiky. Tyto faktory jsou rozděleny do několika kategorií podle studií, které se jimi zabývali mezi lety 1991-2013. Jako první bych zde zmínila význam kognitivních schopností, ze studií vyplývá, že nižší kognitivní výkon má vyšší vliv na možné rozvinutí příznaků PTSD. Dalším důležitým prvkem pro rozvoj PTSD jsou narušené copingové strategie jedince – jako jsou negativní přesvědčení o sobě samém a o světě, vyhýbavé chování, ruminace. Ohrožení rozvinutím poruchy jsou také osoby, které mají zkušenost s jinou psychopatologií jako jsou úzkosti, deprese a užívání návykových látek. Významnou roli hrají pak osobnostní rysy – neurotičtí jedinci s nižším sebevědomím jsou diagnózou ohroženi více. Na závěr bych zmínila již výše popisované vlivy prostředí a socioekonomický status jedince a jeho rodiny.

Role socioekonomického statusu na vznik poruchy je významná a byla zkoumána hned několika výzkumy. U rodin s nízkým socioekonomickým statusem byl významnější vztah mezi traumaty v raném věku – trauma v dětství se častěji objevuje u rodin s nízkým socioekonomickým statusem (Mock & Arai, 2011).

Mezi rizikové faktory v rozvoji posttraumatické stresové poruchy můžeme dále řadit souvislost s prožitými traumaty raného věku, kdy se u osob, které již zažily traumatickou zkušenost v dětství, může porucha později objevit (Vizinová & Preiss, 1999).

Dalším faktorem je střední věk (49-59 let), který je dle výzkumu na americké populaci také rizikový pro rozvoj PTSD (Kessler et al., 2005).

Podle výzkumů uvedených ve studii od Sayed et al. (2015) se PTSD rozvine 2x častěji u žen než u mužů. Muži se sice více setkávají s traumatizujícími zážitky, avšak ženy zažívají častěji traumata typu sexuálního napadení.

Sayed et al. (2015) dále popisuje výzkumy, které potvrzují, že psychické onemocnění u jedince (zmíněné výše v kapitole *Etiologie*) je jeden z rizikových faktorů pro rozvoj PTSD.

Pokud se osoby setkávají s častými traumatizujícími událostmi, zvyšuje se u nich tak risk rozvoje jiných onemocnění a PTSD symptomatiky (Schimmenti, 2018).

Duncan et al. (2018) potvrzuje ve své studii riziko genetických faktorů na rozvoj PTSD. Ze studie vyplývá, že ženy jsou genetickými faktory ohroženy více než muži.

Xue et al. (2015) uvádí ve své studii výzkumy veteránů, kdy rizikovými faktory jsou dle některých zmiňovaných studií: nižší věk v době expozice traumatické události, menšinové etnikum, nižší socioekonomický status, nižší vzdělání, nižší vojenské hodnosti, nízké podpory od blízkých a předchozí problémy s duševním zdravím u zkoumaných vojáků.

4 Komorbidity u PTSD

V této kapitole se zaměřím na běžné komorbidity u PTSD. Jak bylo zmíněno výše v předešlé kapitole, ze studií dědičnosti vyplývá, že existují genetické souvislosti mezi psychiatrickými diagnózami, které jsou častými komorbiditami a posttraumatickou stresovou poruchou. Tyto souvislosti mohou ovlivňovat vznik přidružených poruch k PTSD či naopak a vzájemně se ovlivňovat.

Některé symptomy PTSD se shodují se symptomy jiných psychiatrických poruch např u depresivní poruchy jde o pocity viny, poruchy spánku nebo horší koncentrace pozornosti. Další častou shodou jsou úzkostné poruchy a jejich příznaky jako je vyhýbání se a panické ataky (Keane, 1997). Proto Van der Kolk et al. (1996) mluví o symptomech u komorbidit jako o „komplexních somatických, kognitivních, afektivních a behaviorálních projevech psychického traumatu.“ Autoři studie zdůrazňují, že by PTSD a přidružená onemocnění neměla být považována za samostatné poruchy, ale vnímána jako celek a následek traumatické události (Brady et al., 2000).

Studie od Hyer et al. (1987) uvádí, že osoby, které mají diagnostikovanou posttraumatickou stresovou poruchu popisují vyšší míru závažnějších příznaků než lidé s jinými psychiatrickými poruchami a uvádí také vyšší míru prožívaného stresu. Tím pádem může docházet k větší šanci pro diagnostikování dalších přidružených onemocnění. Tato teorie se snaží vysvětlit, proč dochází často k diagnostice dalších poruch, jejichž příznaky mohou být zaměňovány s PTSD. Kessler (1995) ve své studii však dokazuje, že až 90 % pacientů s PTSD trpí alespoň jednou další přidruženou psychiatrickou poruchou.

Vysoká míra výskytu dalších onemocnění u jedinců s PTSD by mohla být způsobena výskytem rizikových faktorů, pod které se řadí i některé z častých komorbidit této poruchy jako je deprese a úzkost, které se mohly u jedince vyskytovat již před traumatickou událostí (Brady et al., 2000).

Symptomatika PTSD je velmi různorodá a široká, jak bylo zmíněno již v úvodní kapitole. Často se příznaky PTSD vyskytují u dalších poruch jako je výše zmíněná depresivní porucha – ta se mimo jiné stejně jako PTSD projevuje sníženým zájmem, problémy se spánkem a narušenou emocionalitou. S GAD (generalizovaná úzkostná porucha) sdílí PTSD podrážděnost, snížená úlekovou reakci a zvýšenou bdělost a častá je také panická ataka (Brady et al., 2000).

Roth a Uhrová (2020) uvádí společné příznaky s PTSD mimo výše zmíněnou GAD dále pro obsedantně kompulzivní poruchu, fobii a zneužívání alkoholu a návykových látek. Autoři však zmiňují jako častou komorbiditu i antisociální poruchu osobnosti.

Zneužívání návykových látek a alkoholu se může u jedinců s PTSD vyskytovat z důvodu útěku před symptomy poruchy, které významně zatěžují jedincův život. Může se jednat o úlevu od bolesti a obranu zasažené osoby před následky traumatické události (Brady et al., 2000).

Jelikož ze studií vyplývá, že je posttraumatická stresová porucha považována často za chronickou, její komorbidita s chronicitou poruchy souvisí. Breslau et al. (1999) vyzkoumali spojitost mezi chronickým PTSD a výskytem dalších duševních onemocnění – především úzkostných nebo depresivních. Výskyt látkových a alkoholových závislostí, deprese nebo traumat v raném věku, má vliv na delší průběh PTSD (Brady et al., 2000).

Zneužívání návykových látek hraje roli také v průběhu vyrovnání se s traumatem. Brady et al. (2000) uvádí, že závislosti na drogách a alkoholu mohou dokonce vést ke zhoršení poruchy a zamezovat tak vyrovnání se s traumatem. Především pokud se u jedince projevuje abstinční syndrom.

Reisman (2016) uvádí, že v některých studiích je opakováno riziko sebevraždy spojovaný s PTSD. Porucha sama o sobě je spojována se sebevražedným chováním a myšlenkami (Sareen et al., 2007; Ramsawh et al., 2014) avšak nedošlo k jednotnému konsenzu mezi výzkumy na toto téma. Jiné studie spojují sebevražedné chování s jinými duševními poruchami, které jsou komorbiditami PTSD (Fontana et al., 1995).

5 Léčba

V této kapitole stručně uvedu metody, které se v současnosti používají pro léčbu PTSD, jelikož ve výzkumná částí práce jsou data od osob, které léčbou procházejí nebo procházeli v minulosti a přijde mi důležité zde kapitolu uvést.

U.S Department of Veterans Affairs (2015) uvádí v článku *How is PTSD measured?* Dva druhy poruchy dle jejího trvání – chronické a akutní, přičemž akutní trvá více než měsíc maximálně do 3 měsíců od prožitého traumatu a chronické PTSD je, pokud příznaky poruchy přetrvávají více než 3 měsíce po expozici traumatickému zážitku (Reisman, 2016).

Z výzkumů však vyplývá, že PTSD je porucha chronická a přetrvává okolo 10 let nebo déle, pokud ji zasažený jedinec nezačne léčit (Kessler et al., 1995; Pietrzak et al., 2011).

„Třetina jedinců s PTSD má symptomy, které nepřecházejí po 6 nebo více letech, bez ohledu na to, zda byli léčeni či nikoli“ (Brady et al., 2000).

Uhrová et al. (2020) uvádí, že u většiny léčených osob se příznaky zmírní a průběh poruchy selepší, jsou však pacienti, jejichž stav zůstává neměnný (asi 10 %) a další část léčených jedinců se v průběhu uzdraví (30 %).

Metaanalýza od Roberts et al. (2019) ukázala pozitivní přínos léčby KBT (CPT i PE) a EMDR u osob, které měly prožívaly symptomy traumatického stresu. Největší rozdíly ve zlepšení byly zaznamenány u souborů s diagnostikovanou PTSD a akutní stresovou poruchou.

Psychoterapie a farmakoterapie

Psychoterapie z dlouhodobého hlediska a v rámci výsledků dosavadních výzkumů prospívá jako jedna z nejúčinnějších a nejověřenějších léčebných metod poruchy. Nejúspěšnější jsou výsledky léčby za použití kognitivně behaviorální terapie (KBT), která vykazuje vysokou míru zlepšení a snižování příznaků PTSD a ukazuje se dokonce jako účinnější než

jiné psychoterapeutické metody (Institute of Medicine Treatment of PTSD: an assessment of the evidence, 2007 in Reisman, 2016).

Nejdoporučovanějšími celosvětovou léčebnou metodou pro PTSD jsou dvě odvětví KBT – kognitivní procesní terapie (CPT) a terapie prodloužené expozice (PE), které se používají k léčbě nejčastěji. CPT byla vyvinuta pro léčbu zasažených sexuálním násilím (Resick & Schnicke, 1992) a zaměřuje se na následky traumatické události. CPT funguje tak, že se pacient společně s terapeutem snaží označit negativní myšlenky na událost, porozumět jim jako spouštěči stresové reakce a naučit se tyto negativní myšlenky nahradit a naučit se zvládat nepříjemné situace, vyvolané symptomy PTSD (Reisman, 2016). PE terapie prodloužené expozice se využívá především k léčbě veteránů s PTSD, její účinnost, jak vyplývá z výzkumů, je 60 % (Eftekhari et al.2013). Tato metoda se snaží pacienta naučit zvládat stresové situace, které mohou nastat v budoucnosti a učít ho změnit reakce na traumatické vzpomínky. Terapie probíhá vždy v bezpečném prostředí, kontrolovaném terapeutem. K úspěšným výsledkům léčby PE a CPT je zapotřebí zhruba 12 týdnů terapeutické péče (U.S. Department of Veterans Affairs. Prolonged exposure therapy, 2015 in Reisman, 2016).

Psychoterapie se ukazuje jako nejúčinnější a nástroj pro léčbu PTSD (Hoskins et al., 2015). S farmaky je to však složitější, jelikož zatím neexistuje přímé potvrzení účinku pro posttraumatickou stresovou poruchu. Nejčastěji se předepisují léky, které zmírňují některé z příznaků PTSD společně depresivním i úzkostným poruchám, není však jasně daný lék, který by univerzálně fungoval pro všechny pacienty s PTSD. V současné době jsou nejužívanější antidepresiva, která fungují na bázi selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) (Puetz et al., 2015).

Nejúčinnější léčba PTSD je dle studií za použití kombinace psychoterapie a psychofarmak dohromady (Cuijpers et al, 2014).

EMDR

EMDR znamená Desenzibilizační terapie využívající pohyb očí. Jedná se o rozšířenou a účinnou metodu k léčbě jedinců, kteří se v minulosti setkali s traumatickou událostí. Za pomoci terapeuta jedinec provádí například oční pohyby a klepe rukama zároveň, pokud znovuprožívá danou událost. Principem EMDR je zaměření pozornosti na jiné podněty při znovuprožívání traumatické situace a pomoc s jejím zpracováním, což je umožněno jiným stimulem – výše zmíněné oční pohyby, klepání apod (Reisman, 2016).

Psychedelika

Terapie za použití MDMA v kontrolovaných podmínkách z dostupných výzkumů značí velmi účinnou a bezpečnou léčbu pro jedince s PTSD, jejíž výsledky přetrvávají. Ukázalo se, že MDMA asistovaná psychoterapie prokazuje účinnost i u jedinců, kteří na dostupnou tradiční léčbu nereagují. U ketaminu nejsou stále dostupné dostatečné množství dat, z těch dostupných však vyplývá, že po podání ketaminu se jedincům s PTSD dočasně uleví od příznaků poruchy. Pokud se ketamin spojí s psychoterapií, může docházet k trvalým zlepšením. Klasická psychedelika jako je LSD a psilocybin nebyly dosud řádně prozkoumány, avšak jejich potenciál je pro léčbu PTSD veliký (Figueiredo et al., 2021). Mithoefer et al. (2019) potvrzuje, že už po 2–3 sezení za použití metody MDMA asistované psychoterapie dochází k významnému a udržitelnému snížení příznaků PTSD.

Účinnost ketaminu je stále předmětem diskusí, je však prokázáno, že ketamin dokáže rychle snížit příznaky PTSD (Feder et al., 2014). Již po prvním podání látky vede ke zlepšení a přetrvává zhruba týden, pokud se však ketamin podává opakovaně po dobu několika týdnů (Albott et al., 2018) dohromady s dalšími psychoterapeutickými nástroji (Pradhan et al., 2017, 2018), vykazuje léčba ketaminem vysokou účinnost a dlouhodobější zmírnění symptomů poruchy u zasažených jedinců. Pro co nejúčinnější výsledek, je však nutná správná integrace zážitku po podání látky pomocí asistované psychoterapie, jako již u výše zmíněné MDMA (Krediet et al., 2020).

Data pro přímý účinek v léčbě PTSD pro klasická psychedelika (LSD, psilocybin) nejsou bohužel stále dostupná. Jejich potenciál pro léčbu poruchy je však zjevný z již existujících minulých výzkumů, které se zabývali vlivem psychedelik na jiné psychiatrické poruchy.

V porovnání s MDMA jsou však účinky LSD a psilocybinu méně stabilní, proměnlivé, méně předvídatelné a ovladatelné, jelikož mají schopnost více zesílit úzkost, celkové emoční prožívání a zvýšit citlivost jedince vůči různým vjemům. Pro některé pacienty by tyto účinky nebyly vhodné a mohly by naopak symptomy PTSD prohloubit. U klasických psychedelik záleží na současném psychologickém rozpoložení jedince, proto je zde výzkum stále na začátku a dává se přednost spolehlivějším metodám (Krediet et al., 2020). V případě kanabinoidů se zkoumala jejich účinnost především na jednotlivé symptomy PTSD. Jetly et al. (2015) zmiňují ve své studii důkaz o účinnosti léčby kanabinoidy v případě nespavosti a nočních můr. Dosud však nebyla prokázána účinnost a bezpečnost použití jednotlivých druhů konopí a jejich poměrů pro léčbu PTSD (Krediet et al., 2020). Prozatímni výzkum poukazuje, že kouření konopí může u některých pacientů snižovat příznaky poruchy. Jedna studie zmiňuje snížení příznaků PTSD o 75 % u pacientů, kteří užívali konopí (Greer et al., 2014).

6 Diagnostické metody PTSD

V současné době se pro diagnostiku PTSD v České republice používají 2 systémy, které jsem již zmínila v úvodní kapitole. Jedná se o MKN – 10 (ÚZIS, 2023) a DSM – 5 (APA, 2013). Aktuální česká verze MKN – 11. revize je stále ve fázi příprav, zahraniční ICD – 11 se již používá.

Nejdříve zde popíšu diagnostická kritéria podle MKN – 10 a 11 a změny, ke kterým došlo v poté verzi a poté DSM – 5 a porovnání této verze s verzí 4. A poté se podrobněji zaměřím na jednotlivé metody.

6.1 Klasifikační systémy

MKN 10

Jak bylo zmíněno v první kapitole, MKN – řadí PTSD pod Neurotické, stresové a somatoformní poruchy, které se značí F4. PTSD se značí F43.1 a je zařazeno v podkapitole F43 Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení. Do této kategorie se dále řadí akutní reakce na stres, porucha přizpůsobení a jiné reakce na závažný stres (MKN-10, 2023).

V první kapitole je popsána přesná definice PTSD a 13 symptomů dle MKN – 10.

MKN 11

V 11. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí došlo k zásadním změnám v přístupu k diagnóze PTSD. PTSD se nyní řadí po kategorii Poruchy specificky spojené se stresem spolu s diagnózou komplexní PTSD, která je v MKN – 11 definována jako samostatná porucha (ICD 11, 2023).

Bližší jsou symptomy PTSD dle MKN- 11 popsány v první kapitole – kapitola *1.2 PTSD*, podkapitola *Symptomy*.

MKN – 11 definuje PTSD pouze 6 symptomy, oproti výše uvedené 10. verzi. Snaží se tak o eliminaci symptomů společným i jiným duševním poruchám. Pod každou kategorií symptomů spadají 2–u znovuprožívání traumatu jsou to noční můry a intruze, u vyhýbavého chování je to vyhýbání se vnějším/vnitřním připomínkám traumatické události a u vyšší míry pocitu ohrožení je to snížený práh úlekové reakce a nadměrná bdělost (ICD – 11, 2023).

DSM 5

V aktuální verzi DSM – 5. vydání byly provedeny následující změny v porovnání s DSM – 4. PTSD byla zařazena do nové kategorie *Traumatické poruchy a poruchy spojené se stresem*, což podporuje výsledek studie od Friedman et al. (2011), kteří zkoumali, zda by PTSD měla být zařazena do samostatné kategorie Traumatické poruchy a poruchy spojené se stresem nebo zda by měla zůstat pod úzkostnými poruchami. Dále došlo k rozšíření a úpravě popsanych symptomů, diagnostických kritérií, přidání specifikátoru a úpravě a zjednodušení definice traumatické události (Pai et al., 2017).

Nová diagnostická kategorie Traumatické poruchy a poruchy spojené se stresem, se oproti ostatním psychiatrickým kategoriím v DSM-5, vyznačuje nutností přítomnosti traumatické události, která vede k poruše. Mimo PTSD je v této kategorii např. porucha přizpůsobení, akutní stresová reakce atd. Tato kategorie – jako jediná v DSM 5, není vytvořena podle společných symptomů pro poruchy, které kategorie popisuje (Pai et al., 2017).

Trauma je v DSM – 5 předdefinováno užším způsobem než v předchozí verzi, jelikož výskyt traumatu není samozřejmý pro každou stresující událost. Kilpatrick et al. (2013) popisují, že pro přítomnost traumatu je nutné, aby dané událost byla následující: „skutečná nebo hrozící smrt, vážné zranění nebo sexuální násilí“. Za trauma tudíž není považován rozvod, ztráta zaměstnání apod. Jedinec musí být minimálně v ohrožení života nebo fyzicky zraněn již samotnou událostí (Pai et al., 2017).

Oproti 4. verzi DSM se již v 5. verzi nevyskytuje trauma popisované jako ohrožení fyzické integrity. Z hlediska fyzických onemocnění bylo trauma totiž také předdefinováno. Pod

trauma lze nyní – dle DSM – 5 řadit pouze náhle vzniklé poranění, pokud jde o závažná a dlouhodobá onemocnění jako je rakovina, definice traumatu se na ně nevztahuje, i přesto, že jedinci prochází těžkou a stresující zkušeností. Díky těmto změnám v definici se ve studii, kterou popisuje Kilpatrick et al. (2013) ukázalo, že kritéria pro udělení diagnózy PTSD splňuje pro DSM 4 60 % osob, které však již nesplňují kritéria nutná pro DSM – 5 (Pai et al., 2017).

Páté vydání DSM rozšiřuje typ expozice traumatu o další kritérium: opakované nebo extrémní vystavení nepříjemným detailům traumatické události pro jedince, kteří se s událostmi a jejími následky setkávají jakou součástí své profese. Dále zůstávají zachována kritéria z DSM – 4: jedinec prožil trauma osobně, svědectví o traumatu u jiných osob a trauma prožité členem rodiny nebo jiným blízkým jedincem. Poslední kritérium bylo v DSM - 5 však rozšířeno a je naplněno pouze pokud je prožitá událost formou: „aktuální či hrozící smrti násilným či náhodným způsobem“. V přechozím vydání – DSM – 4 bylo přítomno navíc kritérium expozice traumatu pomocí elektronických médií – TV, filmy, obrázky, videoklipy. Pátá revize toto kritérium však vyřazuje. Při kritériu být svědkem traumatické události, musí být jedinec přítomen události osobně (APA, 2013).

Symptomy v byly nové verzi rozšířeny o diagnostické kritérium, pod kterým jsou zahrnuty symptomy negativního očekávání o sobě samém/světě, negativní emoce, obviňování, disociativní amnézie (jedinec si nemůže vzpomenout na detaily události) atd. Dále bylo kritérium C z DSM – 4 rozděleno na dvě kategorie (kritérium C, D) týkající se negativních změn v myšlení a v náladě a vyhýbavé chování (APA, 2013). Kritéria jsou pro srovnání popsána níže.

Dále bylo v DSM – 5 odstraněn osobní prožitek jedince, který není považován za objektivní hodnocení situace. Jedná se přesně o prožitek „intenzivního strachu, hrůzy nebo bezmoci“ (APA, 2013) během traumatické události. Změny byly provedeny pro přesnější hodnocení expozice traumatické události (Pai et al., 2017).

Odhaduje se, že tyto změny a správná diagnostika by mohly zlepšit odhad prevalence PTSD v populaci a vést k méně záměnám s jinými poruchami (Pai et al., 2017).

Z výsledků ze studie Cao et al. (2020), kteří porovnávali diagnostická kritéria mezi DSM – 5 a MKN – 11, vyplývá, že větší podíl jedinců splňoval kritéria pro udělení diagnózy PTSD dle MKN – 11 než podle DSM – 5. Také popisují zjištění, kdy značná část jedinců splňující kritéria u MKN – 11 dokonce nespĺňuje kritéria pro DSM – 5. Autoři zkoumali míru výskytu komorbidit jako jsou depresivní a úzkostná porucha, v tomto ohledu se však neukázaly signifikantní rozdíly mezi oběma klasifikačními systémy.

Úprava a aktualizace obou systémů měla dle očekávání vést ke snížení výskytu dalších komorbidit (generalizovaná úzkostná porucha, depresivní porucha), což se dle výzkumu však nepodařilo a odstranění symptomů, které jsou společné pro více onemocnění, nemělo na výskyt komorbidit vliv. Při odhadu prevalence vykazují lepší výsledky kritéria dle MKN -11 (Cao et al., 2020).

Níže jsou stručněji sepsána diagnostická kritéria jednotlivých kvalifikačních systémů, zařadila jsem zde i kritéria pro DSM – IV pro srovnání s 5. aktuálně používanou verzí. Jde o přeloženou *tabulku A1. PTSD criteria in DSM-IV, DSM-5, ICD-10, and ICD-11* od autorů Stein et al. (2014). Překlad názvů a symptomů dle APA (1994, 2013) a MKN-10/11 (2023). Blíže jsou symptomy aktuálně používaných klasifikačních systémů popsána v první kapitole *1.2 PTSD*, podkapitola *Symptomy*.

Diagnostická kritéria PTSD u DSM-4:

- A1 vystavení skutečné nebo hrozící smrti, vážnému zranění, sexuálnímu násilí nebo hrozba narušení fyzické integrity
- A2 prožitek intenzivního strachu, hrůzy nebo bezmoci jako reakce na traumatickou událost
- B přetrvávající intruzivní symptomy (alespoň 1 z 5 příznaků)
- C přetrvávající vyhýbavé chování a změny v náladě a myšlení (alespoň 3 ze 7 příznaků)
- D přetrvávající nadměrná vzrušivost (alespoň 2 z 5 symptomů)

- E symptomy přetrvávají alespoň 1 měsíc
- F příznaky způsobují zasaženému klinicky závažnou nepohodu nebo narušují důležité aspekty jeho života (sociální, pracovní atd.)

Diagnostická kritéria PTSD u DSM-5:

- A Vystavení skutečné nebo hrozící smrti, vážnému zranění nebo sexuálnímu násilí
- B přetrvávající intruzivní symptomy (alespoň 1 z 5 symptomů)
- C přetrvávající vyhýbavé chování (alespoň 1 ze 2 symptomů)
- D přetrvávající změny v myšlení a náladě (alespoň 2 ze 4 symptomů)
- E přetrvávající nadměrná vzrušivost (alespoň 2 ze 4 symptomů)
- F symptomy přetrvávají déle než 1 měsíc
- G příznaky způsobují zasaženému klinicky závažnou nepohodu nebo narušují důležité aspekty jeho života (sociální, pracovní atd.)

V DSM – 5 (2013) je uvedeno další kritérium, které upřesňuje diagnostiku – symptomy nejsou způsobeny fyziologickým účinkům návykových látek nebo jiným somatickým onemocněním.

Diagnostická kritéria PTSD u MKN-10:

- A vystavení stresující události nebo situaci, která je extrémně ohrožující a způsobila by významný stres téměř u každého
 - B přetrvávající intruzivní symptomy
 - C vyhýbavé chování
 - D
 - 1 neschopnost vzpomenout si na důležité aspekty události
 - 2 přetrvávající nadměrná vzrušivost (alespoň 2 z 5 symptomů)
- Alespoň 1 z výše uvedených pod kritériem D
- E kritéria B, C a D se musí objevit do 6 měsíců od události

Diagnostická kritéria PTSD u MKN-11:

- A vystavení stresující události nebo situaci, která je extrémně ohrožující a způsobila by významný stres téměř u každého
- B přetrvávající intruzivní symptomy – zahrnují nejen vzpomínky na událost, ale také pocity jejího znovuprožívání
- C vyhýbavé chování
- D přetrvávající nadměrné vzrušení
- E klinicky závažné funkční narušení

6.2 Diagnostické metody

Mughal et al. (2020) vybírají pro svou studii k porovnání nejpoužívanější screeningové metody pro PTSD a jsou jimi: M.I.N.I (Mini – International Neuropsychiatric Interview), CAPS (Clinical Administred PTSD Scale), SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV), CIDI (Composite International Diagnostic Interview), které zde postupně stručně popíšu. K výše vyjmenovaným přidávám ještě další screeningový nástroj PSS-I (PTSD Symptom Scale – Interview), který se pro diagnostiku poruchy také často využívá (National Center for PTSD, 2013).

Terhakopian et al. (2008) uvádí ve svém výzkumu, že kromě zlatého standardu metod jako je CAPS a výše uvedené, je vzhledem k složitěji dosažitelným podmínkám pro administraci výhodné používat i sebeposuzovací metody jako je PCL (The Posttraumatic Stress Disorder Checklist). PCL je i výhodnějším nástrojem pro odhad prevalence poruchy než metoda CAPS, právě z výše uvedeného důvodu – např. časová náročnost a větší zátěž pro respondenty než PCL.

Nejdříve zde zmíním sebeposuzovací metody, se kterými jsem pracovala při sběru dat. Jedná se o metodu LEC – 5 (Life Events Checklist for DSM – 5) a PCL – 5 (The Posttraumatic Stress Disorder Checklist). Některé z metod existují stále pouze ve verzi pro DSM – IV.

LEC -5

LEC - 5 (Life Events Checklist for DSM-5; Weathers et al., 2013) je sebeposuzovací nástroj navržený pro screening traumatických událostí během života. Nástroj je složen z 16 různých položek, které představují traumatické události (Boysan et al., 2017).

LEC obsahuje mimo 16 položek jednu dodatečnou 17. položku, která se týká jiných extrémně stresujících událostí mimo 16 již popsanych. Položky se týkají různých typů traumatických událostí – např. sexuální napadení, přírodní katastrofy, násilná smrt apod.

Respondent v LEC -5 vyplňuje formu expozice traumatické události: *nestalo se mi to, dozvěděl/a jsem se o tom, byl/a jsem svědkem, stalo se mi to, součástí mé práce, nejsem si jistý/á*. Pokud se událost opakovala, může jedinec uvést i více forem vystavení traumatu (Hamilton, 2011).

U této metody není oficiální skórovací systém k možné interpretaci, jelikož LEC slouží především ke zjišťování expozice traumatických událostí. Skór se počítá dle bodů, které jsou přiřazeny k jednotlivým formám expozice traumatu na škále od 0 do 6. Dotazník nemá žádný oficiální celkový skór (National Center for PTSD, 2018).

LEC – 5 je zdarma dostupný na National Center for PTSD (2018) a je velmi doporučovaným nástrojem pro měření traumatických událostí. Metoda byla vyvinuta v USA a byla již upravena pro použití v dalších státech. Z prostředí USA prokazuje LEC velmi dobré psychometrické výsledky – reliabilita, konvergentní validita a téměř úplná shoda napříč položkami (Stevenson et al., 2023).

Současně se využívá i LEC -5 rozšířená verze formou strukturovaného rozhovoru, kterou jsem použila praktické části této práce.

LEC – 5 se běžně používá před administrací CAPS k vyhodnocení symptomů PTSD, kdy se pomocí CAPS doptáváme na odpovědi uvedené v LEC -5 (Hamilton, 2011).

PCL- 5

PCL - 5 je 20 položkový sebesuzovací nástroj pro měření PTSD, hodnocen na 5 bodové škále od 0–4 bodů. PCL - 5 obsahuje 4 škály mapující PTSD syndromy u DSM - 5: znovuprožívání (B kritérium), vyhýbání se (C kritérium), negativní změny (D kritérium) a nadměrné vzrušení (kritérium E) (Boysan et al., 2017).

Dotazník PCL (The Posttraumatic Stress Disorder Checklist; Weathers et al., 2013) je sebesuzovací diagnostická metoda využívaná pro diagnostiku PTSD. Byla vyvinuta v

roce 1990 (National Center for PTSD), obsahuje 17 položek, které odpovídají symptomům popsaných v DSM-IV (APA 1994). Respondenti při vyplňování dotazníku uvádějí, jak moc je dané příznaky posttraumatické stresové poruchy trápily za poslední měsíc. Dotazník pracuje s 5 bodovou škálou (1 = vůbec až 4 = extrémně).

Existují 3 verze PCL – jedna je PCL-M (military), další je PCL-C(civilian) a poslední PCL-S (specific), které se odlišují specifickými příznaky u konkrétní traumatické události v 8 položkách (Blevins et al., 2015).

Celkový skóre u PCL se sčítá. Skóre u jednotlivých položek se liší dle druhu traumatu, záleží také na zkoumané populaci (obecná/klinická) a cíli studie (zda jde screening či určení diferenciální diagnózy) (Blevins et al., 2015).

Pro predikci PTSD se používá cut-off skóre od 30–60 dle zkoumané populace, prostředí nebo cíli hodnocení (Weathers et al., 2013). Pokud jsou tyto cut-off skóre nižší, tak se zmírňují podmínky pro dosažení udělení diagnózy PTSD a naopak, pokud jsou cut—off skóre vyšší, podmínky jsou přísnější (National Center for PTSD, 2016).

PCL je jednou z nejčastěji používaných metod pro zjišťování přítomnosti posttraumatické stresové poruchy.

Nová aktualizace metody PCL pro DSM-5 začala v roce 2010, krátce po uvedení kritérií v DSM-5. Nejvýraznějšími rozdíly jsou následující - v PCL-5 je o 3 položky více, které zobrazují 3 nové PTSD symptomy (vina, negativní emoce a lehkomyšlné a sebedestruktivní chování), dále přeformulování některých položek na zjištění přítomnosti PTSD symptomů a změna škálování z 1-5 na 0-4, tak aby nejmenší možné skóre bylo 0 a ne 17, jako u PCL-4. Dále se ze tří dříve vytvořených verzí PCL (PCL-M, PCL-C, PCL-S) stala jedna verze PCL-5. 9 položek zůstalo beze změny (Blevins et al., 2015).

Jsou však tři verze PCL-5, které posuzují či neposuzují přítomnost diagnózy PTSD. První zde uvedu verzi, která neposuzuje přítomnost poruchy, další verze je rozšířena o výběr nejhorší události a respondenti sami mají poté posoudit, zda daná událost splňuje

podmínky pro diagnózu PTSD. Třetí verze obsahuje i metodu LEC-5 (Life Events Checklist) stejně jako podrobnější hodnocení přítomnosti poruchy.

První metoda je navržena tak, aby byla diagnóza PTSD zjišťována jinou metodou, druhá a třetí metoda jsou navrženy pro situace, kdy je potřeba stručné posouzení přítomnosti diagnózy. Skóry jednotlivých položek se u PCL-5 sčítají, čímž zjišťujeme závažnost symptomů PTSD i celé poruchy (Blevins et al., 2015).

Celkové skóry dotazníku jsou od 0 až po 80 bodů. Vyšší skóre znamená závažnější příznaky PTSD. Bovin et al. (2016) měřili psychometrické vlastnosti metody, výsledky vypovídají o velké spolehlivosti u populace veteránů. Pro prevalenci PTSD by se PCL-5 měla používat s nástrojem CAPS-5.

Metoda PCL běžně velmi koreluje s měřením úzkosti, deprese, kvality života a dalších aspektu, které mají vliv na negativní prožívání nebo komorbiditu obvykle se vyskytující u PTSD (Wilkins et al., 2011).

Ve většině studií zabývajících se validizací této diagnostické metody byla použita data od mužů – jednalo se především o veterány, zatím neexistuje příliš výzkumů, které by se zaměřili na ženský soubor a soubor obecné populace (Wilkins et al. 2011).

Dalšími užívanými dotazníkovými metodami jsou např. PDS - 5 (Posttraumatic Stress Diagnostic Scale pro DSM-5), což je sebeposuzovací metoda, která měří výskyt symptomů PTSD za poslední měsíc a skládá se z 24 položek, které obsahují symptomy a další kritéria pro udělení diagnózy PTSD dle DSM-5 (National Center for PTSD, 2023).

DAPS (Detailed Assessment of Posttraumatic Stress, 2001), což je sebeposuzovací metoda o 104 položkách, která měří PTSD a další traumatické události (Blevins et al., 2015). a PTCI (The Posttraumatic Cognitions Inventory), což je 33 položkový sebeposuzovací dotazník, který měří negativní změny kognice spojené s traumatickou událostí během života. Má 3 subškály: negativní myšlení o sobě, negativní myšlení o světě a obviňování sebe samého (Boysan et al., 2017).

CIDI

CIDI neboli Composite International Diagnostic Interview (WHO, 2004) je strukturovaný rozhovor a zaměřuje se na MKN i DSM příznaky a stejně jako SCID je rozřazen do modulů dle diagnostických kategorií daných klasifikačních systémů. Sekce lze administrovat samostatně, dle potřeby (Hamilton, 2011).

Ve výzkumu od Zuromski et al. (2019) byly v průběhu posledních 30 dnů před použitím sebeposuzovací verze CIDI-SC (CIDI – Screening Scales), naměřeny korelace s depresivním syndromem, generalizovanou úzkostnou poruchou, panickou poruchou a výbušností – dle kritérií DSM – IV.

M.I.N.I

Mini – International Neuropsychiatric Interview (Sheehan et al., 1998) je strukturovaný rozhovor využívaný k diagnostice poruch podle DSM-IV a MKN-10. Tato metoda vznikla za spolupráce odborníků z USA a Evropy. Délka administrace M.I.N.I bývá kolem 15 minut. Metoda je velmi nápomocná pro rychlé určení diagnostických kritérií dle klasifikačních systémů. Dále se využívá pro různé studie a výzkumy.

Pro PTSD platí splnění všech 5 kategorií v dotazníku, aby byla naplněna kritéria pro určení diagnózy. M.I.N.I pro PTSD obsahuje 15 otázek (Sheenan et al., 1998).

PSS-I-5

Jedná se o polostrukturovaný rozhovor PTSD Symptom Scale – Interview (Foa & Capaldi, 2013), který se skládá z 24 položek a hodnotí symptomy PTSD dle kritérií DSM – 5 za poslední měsíc. Položky se respondenta doptávají na četnost a intenzitu 20 symptomů poruchy. Doplňující 4 položky se zaměřují na prožívanou nepohodu, dobu trvání a začátek příznaků poruchy (National Center for PTSD, 2013).

Položky měřící příznaky jsou hodnoceny na 5 bodové škále, kdy je hodnocen jejich výskyt a závažnost 0 je vůbec a 4 je 6 nebo vícrát týdně. Rozsah celkového skóre je od 0 do 80

bodů. Podle DSM-5 kritérií je zapotřebí splnit alespoň 1 příznak intruze a 1 příznak vyhýbavého chování (National Center for PTSD, 2013).

CAPS - 5

Clinician – Administered PTSD Scale – 5 (Weathers et al., 2013) je strukturovaný rozhovor a v diagnostice PTSD je považován za zlatý standard v metodách. Rozhovor se skládá z 30 položek a je rozdělen do 3 verzí podle časových úseků, které chceme měřit – poslední týden, poslední měsíc a nejhorší měsíc v životě. Pro udělení diagnózy jsou vhodné poslední dvě jmenované verze. Délka administrace rozhovoru je 45-60 minut (National Center for PTSD, 2021).

Položky zjišťují začátek a trvání příznaků, prožívanou nepohodu a vliv příznaků poruchy na běžný život např. v sociální oblasti (Hamilton, 2011).

V revidované poslední verzi pro DSM-5 došlo k následujícím změnám:

- a) CAPS – 5 vyžaduje uvedení pouze jednoho, klíčového traumatu, se kterým pracuje dále při projevech příznaků poruchy.
- b) 30 položková verze odpovídá diagnostickým kritériím podle DSM – 5 včetně disociativních symptomů
- c) změna skórování

CAPS – 5 je doporučováno používat dohromady s dotazníkem LEC – 5 (National Center for PTSD, 2021).

První verze metody CAPS (Clinician – Administered PTSD Scale) byla poprvé vyvinuta v National Center for PTSD roku 1989 (Weathers et al., 2018).

SCID - 5

The Structured Clinical Interview for *DSM-5* (First et al., 2014) neboli SCID – 5 je polostrukturovaný rozhovor, který se využívá pro diagnostiku poruch podle DSM - 5.

Metoda je rozdělena do sekcí podle DSM -5 diagnostických kategorií. Pro PTSD je sekce SCID PTSD Module (National Center for PTSD, 2021).

V jednotlivých sekcích, které představují diagnostické kategorie bývá často ze začátku otázka, kterou v případě poruchy, která se respondentu netýká, může přeskóčit a přejít k další sekci. V každé diagnostické sekci se určuje, zda jsou symptomy přítomné, nepřítomné či podprahové. Délka administrace se odvíjí od počtu jednotlivých sekcí a poruch, kterými respondent trpí. Odhaduje se však 1-2 hodiny (National Center for PTSD, 2021).

SCID existuje v několika verzích – SCID-5-PD a SCID-5-AMPD, které posuzují přítomnost symptomů poruch osobnosti nebo SCID-CV, která je určena pro klinické lékaře atd (National Center for PTSD, 2021).

Metoda měří nejčastěji se vyskytující klinické diagnózy jako jsou psychotické poruchy, poruchy nálady, závislosti, úzkostné poruchy apod (Hamilton, 2011).

Praktická část

7 Cíle výzkumu

Cílem této práce bylo porovnat výsledky dotazníkových metod mezi potenciálně traumatizovanou klinickou a běžnou populací v míře úzkostných a depresivních symptomů.

8 Výzkumné otázky a hypotézy

Jelikož někteří respondenti z klinického souboru nesplňují diagnostická kritéria pro PTSD dle DSM – 5, byl soubor rozdělen na 2 části – *respondenti s pravděpodobnou diagnózou PTSD* a *respondenti bez pravděpodobné diagnózy PTSD* – více v kapitole 10. Výzkumný soubor.

1. Jaké jsou rozdíly v četnosti výskytu traumatických událostí mezi souborem s pravděpodobnou diagnózou PTSD a běžnou populací?

- H0: Mezi souborem s pravděpodobnou diagnózou PTSD a běžnou populací neexistují rozdíly v četnosti výskytu traumatických událostí.
- H1: Soubor s pravděpodobnou diagnózou PTSD vykazuje vyšší četnost výskytu traumatických událostí než běžná populace.

1.1 Jaké jsou rozdíly v četnosti výskytu traumatických událostí mezi souborem bez pravděpodobné diagnózy PTSD a běžnou populací?

- H0: Mezi souborem bez pravděpodobné diagnózy PTSD a běžnou populací neexistují rozdíly v četnosti výskytu traumatických událostí.
- H1: Soubor bez pravděpodobné diagnózy PTSD vykazuje vyšší četnost výskytu traumatických událostí než běžná populace.

2. Jaké jsou rozdíly v míře traumatizace mezi souborem s pravděpodobnou diagnózou PTSD a běžnou populací?

- H0: Mezi souborem s pravděpodobnou diagnózou PTSD a běžnou populací neexistují rozdíly v míře traumatizace.
- H1: Soubor s pravděpodobnou diagnózou PTSD vykazuje vyšší míru traumatizace než běžná populace.

2.1 Jaké jsou rozdíly v míře traumatizace mezi souborem bez pravděpodobné diagnózy PTSD a obecnou populací?

- H0: Mezi souborem bez pravděpodobné diagnózy PTSD a běžnou populací neexistují rozdíly v míře traumatizace.

- H1: Soubor bez pravděpodobné diagnózy PTSD vykazuje vyšší míru traumatizace než běžná populace.

3. Jaké jsou rozdíly v míře úzkostných symptomů mezi souborem s pravděpodobnou diagnózou PTSD a běžnou populací?

- H0: Mezi souborem s pravděpodobnou diagnózou PTSD a běžnou populací neexistují rozdíly v míře úzkostných symptomů.
- H1: Soubor s pravděpodobnou diagnózou PTSD vykazuje vyšší míru úzkostných symptomů než běžná populace.

3.1 Jaké jsou rozdíly v míře úzkostných symptomů mezi soubory bez pravděpodobné diagnózy PTSD a běžnou populací?

- H0: Mezi souborem bez pravděpodobné diagnózy PTSD a běžnou populací neexistují rozdíly v míře úzkostných symptomů.
- H1: Soubor bez pravděpodobné diagnózy PTSD vykazuje vyšší míru úzkostných symptomů než běžná populace.

4. Jaké jsou rozdíly v míře depresivních symptomů mezi souborem s pravděpodobnou diagnózou PTSD a běžnou populací?

- H0: Mezi souborem s pravděpodobnou diagnózou PTSD a běžnou populací neexistují rozdíly v míře depresivních symptomů.
- H1: Soubor s pravděpodobnou diagnózou PTSD vykazuje vyšší míru depresivních symptomů než běžná populace.

4.1 Jaké jsou rozdíly v míře depresivních symptomů mezi souborem bez pravděpodobné diagnózy PTSD a běžnou populací?

- H0: Mezi souborem bez pravděpodobné diagnózy PTSD a běžnou populací neexistují rozdíly v míře depresivních symptomů.
- H1: Soubor bez pravděpodobné diagnózy PTSD vykazuje vyšší míru depresivních symptomů než běžná populace.

9 Výzkumný soubor

Inkluzivní kritéria pro klinickou populaci byla: osoby, které zažili traumatickou událost, s jejíž následky se potýkají do dnes, dobrovolná účast a souhlas s výzkumem podepsáním informovaného souhlasu.

Klinický soubor je tvořen 31 respondenty. Jak bylo uvedeno výše, respondenti z klinického souboru byli rozděleni do dvou skupin. Do skupiny s pravděpodobnou diagnózou PTSD je jich zařazeno 17. Zbýlých 14 respondentů bylo zařazeno do skupiny bez pravděpodobné diagnózy PTSD. Skupiny byly rozděleny na základě diagnostických kritérií DSM – 5.

Z původního souboru, který tvořil zastoupení běžné populace 550 respondentů byly vyloučeny osoby, které uvedly zkušenost s psychiatrickou léčbou a psychiatrickými léky. Výsledný soubor obecné populace je tvořen 303 respondenty.

Výzkumný soubor všech souborů zastupují plnoleté osoby, až na 1 osobu, které bylo v době sběru dat 17 let. Tato osoba je součástí skupiny bez pravděpodobné diagnózy PTSD z klinického souboru. Podrobněji jsou soubory popsány níže v kapitole *11.1.1 Demografické údaje*.

10 Metodologie

Tato práce používá stejný výzkumný design jako práce M. Králové (2022).

10.1 Průběh sběru dat

Touto prací se zapojuji do již probíhajícího výzkumu Validizace dotazníkových metod pro posttraumatickou stresovou poruchu v rámci NÚDZ. Výzkum probíhá od roku 2019, kdy byla sbírána data od respondentů zastupujících obecnou populaci. Sběr dat od běžné populace skončil v roce 2020.

Data od běžné populace byla sbírána pomocí sebeposuzovacích dotazníků, které byly zadávány online formou. Respondenti data vyplňovali samostatně. Nejdříve podepsali informovaný souhlas s účastí na výzkumu. A poté měli za úkol vyplnit své demografické údaje, sebeposuzovací dotazníky měřící traumatizaci, dále pak dotazníky pro zjišťování četnosti a závažnosti výskytu depresivních a úzkostných symptomů a také dotazníky týkající se kvality života, zdraví a dětských traumatizujících zážitků. Podrobněji jsou metody popsány v kapitole 11.2 Popis použitých metod. Cílem výzkumu v této fázi bylo zjišťování míry traumatizace u běžné populace.

Data od respondentů klinického souboru pro tuto práci byla sbírána od podzimu roku 2021 až do ledna 2023. Mimo výše uvedené sebeposuzovací dotazníky, byl s respondenty veden strukturovaný rozhovor zaměřený na traumatické události a dotazována kritéria pro diagnózu PTSD dle DSM – 5 a DSM – IV. Sběr dat probíhal dvojím způsobem – formou online anebo osobního setkání. S některými respondenty bylo složité se setkat osobně kvůli velké vzdálenosti a časovým možnostem, proto jsme zvolili způsob online setkání. Dotazníky vyplňovali respondenti sami po strukturovaném rozhovoru. Před samotným rozhovorem a sebeposuzovacími dotazníky vyplňovali respondenti informovaný souhlas s účastí na výzkumu. Tento souhlas byl vytvořen NÚDZ pro sběr dat od klinické populace a je vložen v přílohách této práce.

Některá klinická data byla sebrána přímo v NÚDZ od ambulantních pacientů. Další pak pomocí kontaktů spolužáků z psychologie, umělců a rodinných známých, kteří zažili

traumatickou událost. Některá data byla sebrána pomocí inzerátu ve facebookové skupině, jejíž název zde z důvodu zachování diskrétnosti neuvádím. Účast na výzkumu byla dobrovolná.

10.2 Popis použitých metod

Respondentům z klinické populace byla oproti obecné populaci navíc zadávána prodloužená verze dotazníku LEC – 5 se strukturovaným rozhovorem (Life Events Checklist-5; Weathers et al., 2013). A dále pak hodnocena kritéria pro diagnostiku PTSD dle DSM – 5 (APA, 2013) a DSM – IV (APA, 1994) formou dotazníku M.I.N.I (Sheehan et al., 1998).

Postupně zde stručně popíšu použité metody v pořadí, v jakém byly respondentům předkládány.

Life Events Checklist-5 (LEC – 5)

Life Events Checklist-5 (Weathers et al., 2013) měří četnost výskytu traumatických událostí. Ve formě dotazníku je podrobně popsán v kapitole Diagnostické metody. Zde popíšu jeho prodlouženou rozhovorovou verzi, která byla zadávána respondentům z klinického souboru.

Nejdříve respondenti vyplnili dotazník, kde vybírali ze 17 traumatických událostí, kdy uváděli způsob expozice (stalo se mi, nestalo se mi, byl/a jsem svědkem, dozvěděl/a jsem se o tom, jako součást mé práce, nejsem si jistý/á). Nakonec následovala otázka na nejhorší traumatickou událost, o které respondenti uváděli bližší informace (zda došlo k ohrožení života, doba, kdy se událost stala, zda se událost stala opakovaně...).

Výsledné skóre metody LEC – 5 je získáno součtem všech událostí, u kterých respondent uvedl způsob vystavení: stalo se mi, byl/a jsem svědkem, dozvěděl/a jsem se o tom, jako součást mé práce.

Po vyplnění dotazníku respondenti odpovídali na otázky formou strukturovaného rozhovoru. Jde o 14 otázek, které se zaměřují na dospívání. Na konci respondenti zhodnotili emocionální závažnost zneužívání v dospívání od 0 žádná až po 4 hrubá/těžká.

Dále popisovali respondenti detailněji traumatické události, kterým byli vystaveni z dotazníkové části. Jedná se např. o sexuální napadení, náhlá násilná smrt, dopravní nehoda atd. Respondenti popisovali, kdy a jak se událost stala, případná zranění, ohrožení nebo zabití sebe či jiných osob a četnost výskytu události. U každé traumatické události bylo poté zhodnoceno naplnění kritéria A (diagnózy PTSD) podle DSM – 5 (APA, 2013). Pokud zažili respondenti jeden druh traumatické události více než jednou, vybírali tu nejhorší, kterou podrobněji popisovali.

Adverse Childhood Experiences (ACEs)

Adverse Childhood Experiences (Felitti et al., 1998) je dotazník o 10 položkách, který se zaměřuje na mapování negativních – většinou traumatických zážitků z dětství (1-17 let). Otázky se týkají zneužívání, zanedbávání péče, finančních problémů, rozvodu atd.

Pokud mají respondenti celkový skóre 4 a více, hrozí riziko vývoje psychických obtíží nebo jiného zdravotního narušení (U.S. Department of Health and Human Services: Administration for Children and Families, 2023). Výsledný skóre je získán součtem odpovědí ANO, která reprezentuje 1 získaný bod.

Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5)

Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (Prins et al., 2015) je 5 položkový screeningový nástroj, který je používán v rámci primární péče ke zmapování jedinců s PTSD.

Dotazník začíná otázkou, zda byli respondenti vystaveni některé z traumatických událostí (válka, zneužití atd.), pokud odpoví ANO pokračují k vyplnění zbylých 5 položek. Tyto položky se týkají symptomů PTSD. Pokud respondenti odpoví na úvodní otázku NE, mají skóre 0 a v plnění dotazníku dále nepokračují. Celkový skóre je získán součtem jednotlivých bodů, přičemž odpověď ANO je 1 bod a NE je 0 bodů (National Center for PTSD, 2023).

The Patient Health Questionnaire (PHQ)

The Patient Health Questionnaire (Spitzer, 1999) neboli zdravotní dotazník je sebesposuzovací metoda, která hodnotí přítomnost různých druhů poruch podle DSM – IV. Jsou jimi např. depresivní porucha, úzkostné poruchy, poruchy příjmu potravy, závislost na alkoholu a další (Kroenke et al. 2001). Výsledné skóry jsou rozděleny podle jednotlivých kategorií zaměřených na symptomy zkoumaných poruch. Celkový výsledek PHQ je respondenty hodnocen na konci dotazníku otázkou: jak moc obtížné pro vás popisované problémy byly? na 4 bodové škále (nebyly vůbec obtížné – 0 bodů až po nesmírně obtížné – 4 body).

Dotazník kvality života (WHOQOL-BREF)

WHO Quality of Life-BREF (Skevington et al., 2004) je metoda, která posuzuje kvalitu života. Obsahuje 26 položek, které se zaměřují na jednotlivé oblasti zasahující do kvality života. Jedná se o oblast psychologickou, sociální, fyzickou a enviromentální. Tato verze je zkrácenou verzí dotazníku WHOQOL-100. Celková skór je získán součtem bodů na základě odpovědi (5 bodová škála).

Beckův inventář úzkosti (BAI)

Beckův inventář úzkosti (Beck et al., 1988) je metoda, která posuzuje úzkostné symptomy u dospívajících a dospělých jedinců od 17 let. Tuto metodu založil A. T. Beck v roce 1988 a je používána dodnes.

Metoda je sebesposuzovací a obsahuje 21 položek, které představují jednotlivé symptomy úzkosti. Respondenti odpovídají na otázku: *jak obtěžující pro vás byly následující symptomy za poslední týden* na 4 bodové škále: 0 vůbec, 1 mírně (moc mě to nerušilo), 2 středně (bylo to nepříjemné, ale dalo se to vydržet), 3 vážně (stěží jsem to vydržel/a). U každého z 21 symptomů mají respondenti za úkol zhodnotit jejich závažnost. Výsledný skór je získán součtem bodů.

Mezi 21 položek patří např.: závrať nebo pocit na omdlení, neklid, nervozita, strach ze ztráty kontroly, pocení.

Beckova sebesuzovací škála depresivity – II (BDI-II)

Beckova sebesuzovací škála depresivity – 2. vydání (Beck et al., 1996) je sebesuzovací dotazník, který vytvořil A.T. Beck v roce 1961. Verze použitá pro tento výzkum je revidovaná roku 1996 ve svém 2. vydání.

Jedná se o 21 položkovou metodu, která se zaměřuje na hodnocení závažnosti depresivních symptomů za posledních 14 dní. Položky reprezentují jednotlivé symptomy depresivity. Respondenti vybírají odpovídajícímu tvrzení o symptomech na 4 bodové škále a výsledný skóre je získán součtem jednotlivých bodů na základě uvedené odpovědi.

V 21 položkách je uveden např.: smutek, pocit viny, sebekritika, nerozhodnost, únava., změna spánku.

The Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5 (PCL – 5)

Podrobněji je metoda The Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5 (Weathers et al., 2013) popsána v kapitole 6.2 Diagnostické metody. Jedná se o sebesuzovací dotazník, který hodnotí výskyt symptomů traumatických událostí. Dotazník se skládá z 20 položek reprezentujících symptomy PTSD.

Respondenti při vyplňování dotazníku uvádějí, jak moc je dané příznaky posttraumatické stresové poruchy trápily za poslední měsíc. V dotazníku jsou symptomy hodnoceny na 5 bodové škále (1 = vůbec až 4 = extrémně). Výsledný skóre je získán součtem bodů na základě uvedených odpovědí (Blevins et al., 2015).

Položky jsou např. ve znění: Ztratil/a jste zájem o činnosti, které Vás předtím těšily?, Měl/a jste opakované, rušivé sny o nepříjemné události?, Měl/a jste potíže se soustředit?, Obviňoval/a jste sebe nebo někoho jiného za nepříjemnou událost nebo za to, co se stalo po ní?

10.3 Metody zpracování dat

Sebezkušenostní dotazníky byly respondenty z klinického souboru vyplňovány online v programu Word nebo v papírové podobě. Získané odpovědi byly následně zpracovány a převedeny do digitální formy, konkrétně do matrice v programu Excel.

Pro zaznamenávání strukturovaných rozhovorů v rámci metody LEC-5 byly použity dva různé formáty – jak tištěná verze, tak digitální verze v programu Microsoft Word. V kontextu této práce je analýza dat omezena pouze na kvantitativní aspekt metody a zaměřuje se výhradně na zpracování dotazníkové části LEC – 5. Není zde analyzována dotazníková část metody LEC – 5, která byla zadávána respondentům z klinického souboru.

Excelová tabulka se získanými daty byla následně importována do programu Jamovi, který je určen ke statistickému zpracování dat.

Pomocí softwaru Jamovi byla provedena analýza demografických údajů a zhodnocení rozdílů mezi analyzovanými soubory. Pro účely statistického hodnocení byla využita deskriptivní statistika. Vzhledem k charakteru dat byla následně provedena neparametrická verze testu analýza rozptylu – ANOVA (Kruskal –Wallis test), s cílem identifikovat rozdíly mezi klinickými soubory a běžnou populací na základě dat získaných prostřednictvím dotazníkových metod.

Pro frekvenční analýzu výskytu traumatických událostí u klinického souboru - s pravděpodobnou diagnózou PTSD a bez pravděpodobné diagnózy PTSD byly použity funkce v programu Excel.

K dalšímu posouzení a detailnímu porovnání souborů byla použita metoda párového porovnávání Dwass-Steel-Critchlow-Fligner. Tato metoda byla zvolena, jelikož dokáže efektivně rozpoznat rozdíly mezi soubory u neparametrických dat.

11 Analýza dat

11.1 Deskriptivní statistika

V této kapitole postupně popíšu výsledky deskriptivní statistiky u jednotlivých souborů. Nejdříve se zaměřím na popis demografických údajů, poté pokračuji popisem výsledků dotazníkových metod.

11.1.1 Demografické údaje

Respondentům ze všech souborů byly pokládány otázky ohledně pohlaví, věku, vzdělání, bydliště, zaměstnání, užívání alkoholu a cigaret, rodinného stavu a národnosti. Pro deskriptivní analýzu jsem vybrala pouze údaje o pohlaví, věku, počtu let studia a nejvyšší dosažené vzdělání.

Klinický soubor s pravděpodobnou diagnózou PTSD

Tento výzkumný soubor je tvořen celkově 17 respondenty. Nejvíce zastoupené pohlaví v tomto souboru jsou ženy, kterých je 13, muži jsou 3 a 1 nebinární osoba.

Věkový průměr osob v tomto souboru je 26 let. Nejmladší osobě je 20 a nejstarší osobě je 52.

Délka studia včetně ZŠ je v průměru 15,2 let. Nejkratší dobou studia je u tohoto souboru 12 let a nejdelší 19 let.

Nejčastěji zmiňované dosažené vzdělání bylo středoškolské s maturitou a to u 9 osob.

V souboru s pravděpodobnou diagnózou PTSD bylo 14 lidí ambulantně léčeno, 4 byli někdy hospitalizováni na psychiatrickém oddělení a 14 lidí mělo zkušenosti s užíváním psychofarmak.

Klinický soubor bez pravděpodobné diagnózy PTSD

Soubor bez pravděpodobné diagnózy PTSD je tvořen 14 respondenty. Nejvíce jsou v tomto souboru zastoupeny ženy – počtem 10, muži jsou 3 a 1 nebinární osoba.

Průměrný věk souboru je 32,5 let, přičemž nejmladší osobě je 17 let a nejstarší je 61 let.

Průměrná délka studia včetně ZŠ je 14,7 let. Nejdéle je uvedeno 18 let a nejkratší doba studia je 8 let.

Nejčastějším uváděným nejvyšším vzděláním je v tomto souboru vzdělání středoškolské s maturitou, které uvádí 7 osob.

Co se týče léčby - 11 osob v tomto souboru bylo léčeno ambulantně, 1 osoba byla někdy hospitalizovaná na psychiatrickém oddělení a 11 osob má zkušenosti s užíváním psychofarmak.

Soubor běžné populace

Soubor běžné populace se skládá z celkem 303 respondentů z toho je 236 žen a 66 mužů.

Průměrný věk souboru je 31 let. Nejmladší osobě v souboru je 17 let a nejstarší je 69 let.

Průměrná doba studia včetně ZŠ je 17,4 let. Nejméně však 10 let a nejvíce 30 let.

Jako nejvyšší dosažené vzdělání uváděl tento soubor nejčastěji vysokoškolské magisterského stupně (Mgr., Ing.) a to ve 114 případech.

Tabulka 1: zobrazuje pohlaví u všech výzkumných souborů

	Pravděpodobná diagnóza PTSD	Bez pravděpodobné diagnózy PTSD	Běžná populace
Muž	3	3	66
Žena	13	10	236
Nebinární	1	1	0

Tabulka 2: věk a počet let studia včetně ZŠ u všech výzkumných souborů

	Soubor	N	Průměr	Medián	SD	Minimum	Maximum
Věk	Pravděpodobná diagnóza PTSD	17	26,6	23	9,89	20	52
	Bez pravděpodobné diagnózy PTSD	14	32,5	24	15,45	17	61
	Běžná populace	303	31,4	29	10,36	17	69
Počet let studia	Pravděpodobná diagnóza PTSD	17	15,2	15	2,13	12	19
	Bez pravděpodobné diagnózy PTSD	14	14,7	16	3,06	8	18
	Běžná populace	303	17,4	17	3,37	10	30

Tabulka 3: Nejvyšší dosažené vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání	Pravděpodobná diagnóza PTSD	Bez pravděpodobné diagnózy PTSD	Běžná populace
Středoškolské bez maturity	4	2	11
Středoškolské s maturitou	9	7	95
Vysokoškolské bakalářského stupně	1	3	53
Vysokoškolské magisterského stupně (Mgr., Ing.)	1	0	114
Vysokoškolské postgraduální/doktorské	0	0	15
Vyšší odborné (Dis.)	1	0	11
Základní	1	2	4

11.1.2 Dotazníkové metody

Nejdříve budou popsány výsledky souborů s pravděpodobnou diagnózou PTSD a bez pravděpodobné diagnózy PTSD u metody LEC – 5. Poté budou prezentovány výsledky deskriptivní statistiky klinických souborů a běžné populace u jednotlivých dotazníkových metod – Life Events Checklist-5, Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5, Beckův inventář úzkosti a Beckova sebeposuzovací škála depresivity-II.

Life Events Checklist– 5 (LEC-5) – výskyt traumatických událostí u klinických souborů

Respondenti měli možnost uvést více traumatických událostí najednou a to případech, kdy se událost stala přímo jim, byli svědky nebo se událost stala blízké osobě a respondent se o jejím prožitku u dané osoby dozvěděl. Nejčastější uváděnou událostí u souboru s pravděpodobnou diagnózou PTSD byl fyzický útok (N=14), poté jiná nechtěná nebo nepříjemná sexuální zkušenost (N=12) a náhlá násilná smrt (N=12) a nakonec sexuální napadení a závažné lidské utrpení. Žádná z osob v tomto souboru neuvedla zajetí.

U souboru bez pravděpodobné diagnózy PTSD byla nejčastěji uváděnou traumatickou událostí: Jiná významná stresující událost nebo zkušenost – u 11 osob, život ohrožující nemoc nebo zranění (N=9), dopravní nehoda (N=9) a následně přírodní katastrofa, jiná nechtěná nebo nepříjemná sexuální zkušenost, závažné lidské utrpení a náhlá náhodná smrt (u všech událostí po 8 respondentech). Žádná z osob v tomto souboru neuvedla událost závažné poranění, poškození nebo smrt, kterou osoba způsobila někomu jinému.

Tabulka 4: *Výskyt traumatických událostí v dotazníku LEC – 5 u obou skupin klinického souboru*

	Pravděpodobná diagnóza PTSD		Bez pravděpodobné diagnózy PTSD	
	N	%	N	%
Přírodní katastrofa	5	29,41	8	57,14
Požár nebo výbuch	2	11,76	6	42,86
Dopravní nehoda	9	52,94	9	64,29

Závažná nehoda v práci, doma nebo během volnočasových aktivit	10	58,82	4	28,57
Zasažení jedovatou látkou	2	11,76	4	28,57
Fyzický útok	14	82,35	7	50,00
Útok se zbraní	5	29,41	3	21,43
Sexuální napadení	11	64,71	7	50,00
Jiná nechtěná nebo nepříjemná sexuální zkušenost	12	70,59	8	57,14
Bojová zkušenost nebo vystavení válečné situaci	2	11,76	2	14,29
Zajetí	0	0,00	1	7,14
Život ohrožující nemoc nebo zranění	9	52,94	9	64,29
Závažné lidské utrpení	11	64,71	8	57,14
Náhlá násilná smrt	12	70,59	7	50,00
Náhlá náhodná smrt	7	41,18	8	57,14
Závažné poranění, poškození nebo smrt, kterou jste způsobil/a někomu jinému	2	11,76	0	0,00
Jiná významná stresující událost nebo zkušenost	10	58,82	11	78,57

Nejhorší prožité traumatické události

U metody LEC – 5 měli respondenti po vyplnění dotazníku vybrat nejhorší prožitou traumatickou událost, kterou popisovali podrobněji. Dle uvedené nejhorší události se následně posuzovala kritéria pro udělení diagnózy PTSD podle DSM -5 a IV.

Respondenti ze skupiny s pravděpodobnou diagnózou PTSD uváděli jako svou nejhorší událost nejčastěji sexuální napadení, a to v 5 případech. Dále byla 4 respondenty zmíněna náhlá násilná smrt blízké osoby a poté bylo vždy po 2 respondentech zmíněno domácí násilí, týrání a útok se zbraní. Poslední 2 respondenti uvedli jako svou nejhorší prožitou událost fyzický útok a přírodní katastrofu.

Tabulka 5: nejhorší prožité události u souboru s pravděpodobnou diagnózou PTSD

Soubor s pravděpodobnou diagnózou PTSD		
Nejhorší prožitá událost	N	%
Sexuální napadení	5	29,4

Náhlá násilná smrt	4	23,5
Domácí násilí	2	11,8
Týrání	2	11,8
Útok se zbraní	2	11,8
Fyzický útok	1	5,9
Přírodní katastrofa	1	5,9

U souboru bez pravděpodobné diagnózy PTSD uváděli respondenti jako svou nejhorší událost nejčastěji – vždy po 3 - sexuální napadení, náhlou násilnou smrt blízké osoby a život ohrožující nemoc. 2 respondenti zmínili *silný bad trip* a zbylí respondenti uváděli – vždy po 1 - emocionální zneužívání, fyzický útok a zanedbanou péči v dětství.

Tabulka 6: nejhorší prožité události u souboru bez pravděpodobné diagnózy PTSD

Soubor bez pravděpodobné diagnózy PTSD		
Nejhorší prožitá událost	N	%
Sexuální napadení	3	21,4
Náhlá násilná smrt	3	21,4
Život ohrožující nemoc	3	21,4
Silný bad trip	2	14,3
Fyzický útok	1	7,1
Emocionální zneužívání	1	7,1
Zanedbaná péče v dětství	1	7,1

Deskriptivní statistika metody Life Events Checklist (LEC – 5)

Nejvyšší průměr u metody LEC – 5 (Life Events Checklist-5) vykazuje skupina bez pravděpodobné diagnózy PTSD a to hodnotou 7,29. Další je soubor s pravděpodobnou diagnózou PTSD s průměrem 7,12 a nejmenší průměr má běžná populace s hodnotou 6,71.

V rámci mediánových hodnot má nejvyšší skóre skupina bez pravděpodobné diagnózy PTSD a to 8 bodů. Soubory pravděpodobné diagnózy PTSD a běžné populace mají identické skóre 6 bodů.

Pokud se podíváme na minimální a maximální dosažené hodnoty všech souborů, soubor s pravděpodobnou diagnózou PTSD má minimální hodnotu 1 bod a maximální 13 bodů. Soubor bez pravděpodobné diagnózy PTSD má minimální hodnotu 1 bod a maximální 11 bodů a soubor běžné populace má minimální hodnotu 0 bodů a maximální 17 bodů.

Tabulka 7: deskriptivní statistika metody LEC – 5 (*Life Events Checklist-5*)

	Soubor	N	Průměr	Medián	SD	Minimum	Maximum
	Pravděpodobná diagnóza PTSD	17	7,12	6	3,6	1	13
LEC - 5	Bez pravděpodobné diagnózy PTSD	14	7,29	8	2,7	1	11
	Běžná populace	303	6,71	6	3,45	0	17

Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL – 5)

Nejvyššího průměru dosahuje u metody PCL – 5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5) soubor s pravděpodobnou diagnózou PTSD (48,8 bodů), následuje soubor bez pravděpodobné diagnózy PTSD s průměrem 22,6 bodů, a nakonec běžná populace, která má průměrný počet bodů 22,4.

Mediánové hodnoty má nejvyšší soubor s pravděpodobnou diagnózou a to 51 bodů. Soubor bez pravděpodobné diagnózy PTSD dosahuje mediánové hodnoty 22,5 bodů a běžná populace má mediánovou hodnotu 19 bodů.

V rámci minimálních a maximálních hodnot jsou největší rozdíly u souboru běžné populace, kdy minimální počet bodů je 0 a maximální je 72. Soubor s pravděpodobnou diagnózou má nejnižší hodnotu 16 a nejvyšší 78 bodů a soubor bez pravděpodobné diagnózy PTSD dosahuje nejvyšší hodnoty 43 bodů a nejméně bylo uvedeno 0 bodů.

Tabulka 8: deskriptivní statistika metody PCL – 5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5)

	Soubor	N	Průměr	Medián	SD	Minimum	Maximum
	Pravděpodobná diagnóza PTSD	17	48,8	51	16	16	78
PCL - 5	Bez pravděpodobné diagnózy PTSD	14	22,6	22,5	14,7	0	43
	Běžná populace	303	22,4	19	16,8	0	72

Beckův inventář úzkosti (BAI)

Průměrný počet bodů pro metodu BAI (Beckův inventář úzkosti) byl nejvyšší u souboru s pravděpodobnou diagnózou PTSD – 26,53. Následuje soubor bez pravděpodobné diagnózy PTSD s 13,21 průměrných bodů a poslední je soubor běžné populace s 9,9 průměrných bodů.

Výsledky mediánových hodnot jsou nejvyšší u souboru s pravděpodobnou diagnózou PTSD – 23 bodů. Soubor bez pravděpodobné diagnózy PTSD dosahuje mediánu 10 bodů a běžná populace má medián 8 bodů.

Co se týče minimální a maximálních hodnot a rozdílu mezi nimi, největší rozdíl je u souboru pravděpodobné diagnózy PTSD, kdy minimální počet bodů je 5 a maximální 57. Soubor bez pravděpodobné diagnózy PTSD má nejmenší počet bodů 0 a nejvyšší 38 a běžná populace má nejméně 0 a nejvíce 45 bodů.

Tabulka 9: deskriptivní statistika metody BAI (Beckův inventář úzkosti)

	Soubor	N	Průměr	Medián	SD	Minimum	Maximum
BAI	Pravděpodobná diagnóza PTSD	17	26,53	23	15,72	5	57
	Bez pravděpodobné diagnózy PTSD	14	13,21	10	10,14	0	38
	Běžná populace	303	9,9	8	8,15	0	45

Beckova sebesuzovací škála depresivity – II (BDI – II)

U metody BDI – II (Beckova sebesuzovací škála depresivity-II) má největší průměrné hodnoty soubor s pravděpodobnou diagnózou PTSD a to 25,4 bodů. Následuje soubor bez pravděpodobné diagnózy PTSD s 12,8 průměrnými body, a nakonec soubor běžné populace s 12,2 průměrnými body.

Mediánové hodnoty má nejvyšší soubor s pravděpodobnou diagnózou PTSD – 23 bodů. Soubor kontrolní skupiny běžné populace dosahuje 10 bodů a nejméně bodů má soubor bez pravděpodobné diagnózy PTSD – 9.

Největší rozdíly v rámci minimálních a maximálních uváděných hodnot má soubor běžné populace, kdy nejméně bodů bylo 0 a nejvíce 50. Soubor bez pravděpodobné diagnózy uváděl nejméně 1 bod a nejvíce 34 bodů a soubor s pravděpodobnou diagnózou PTSD měl minimální počet bodů 10 a maximální 51 bodů.

Tabulka 10: deskriptivní statistika metody BDI – II (Beckova sebesuzovací škála depresivity-II)

	Soubor	N	Průměr	Medián	SD	Minimum	Maximum
BDI – II	Pravděpodobná diagnóza PTSD	17	25,4	23	12,04	10	51
	Bez pravděpodobné diagnózy PTSD	14	12,8	9	9,99	1	34
	Běžná populace	303	12,2	10	10,53	0	50

11.2 Analýza rozptylu (ANOVA)

Pro analýzu byla použita ANOVA – Kruskal – Wallis test pro neparametrická data. Touto metodou byly porovnány rozdíly výsledků klinických výzkumných souborů a běžné populace, a to jak demografických údajů, tak výsledků dotazníkových metod, které zkoumají míru traumatizace a výskyt depresivních a úzkostných symptomů.

11.2.1 Demografické údaje

Z analyzovaných kategorií demografických údajů byl nalezen statisticky signifikantní rozdíl u počtu let studia včetně ZŠ ($p < 0,001$) a u věku respondentů ($p = 0,036$) mezi klinickým souborem – s pravděpodobnou diagnózou PTSD, bez pravděpodobné diagnózy PTSD a běžnou populací. U zbylých analyzovaných kategorií (pohlaví, a nejvyšší dokončené vzdělání) byly rozdíly nepatrné.

Tabulka 11: ANOVA u všech 3 výzkumných souborů v rámci demografických údajů (věk, pohlaví, počet let studia a nejvyšší dosažené vzdělání)

	χ^2	df	p
Věk	6,63	2	0,036
Pohlaví	0,192	2	0,909
Počet let studia (včetně ZŠ)	15,583	2	<0,001
Nejvyšší dosažené vzdělání	5,848	2	0,054

χ^2 = chí – kvadrát test, df= stupně volnosti, p= hladina významnosti

11.2.2 Dotazníkové metody

Pomocí metody LEC – 5 byla zjišťována četnost výskytu traumatických událostí u výzkumných souborů. Metoda PCL – 5 slouží ke zjišťování míry traumatizace daných souborů a metody BAI a BDI – II byly použity ke zjišťování míry úzkostných a depresivních symptomů. V této kapitole tak budou prezentovány výsledky metody párového srovnávání ANOVA pro neparametrická data byl použit Kruskal – Wallis test.

Life Events Checklist - 5 (LEC – 5)

Kruskal – Wallis test neprokázal statisticky signifikantní rozdíly ($p = 0,51$) mezi klickými výzkumnými soubory a běžnou populací u sebeposuzovací dotazníkové metody LEC – 5 (Life Events Checklist-5). Jak bylo řečeno výše, Life Events Checklist-5 nemá žádné oficiální skórování pro případnou interpretaci výsledných hodnot. Výsledná hodnota je získána součtem všech traumatických událostí, které respondent zažil, byl jejím svědkem či zažil nepřímo přes prožitek blízké osoby. Respondent může v dotazníku uvést více událostí najednou.

Posttraumatic Stress Disorder Checklist - 5 (PCL – 5)

V rámci metody párového srovnávání ANOVA pomocí Kruskal – Wallis testu byla zjištěn statisticky signifikantní rozdíl ($p < 0,001$) mezi klinickými výzkumnými soubory a běžnou populací u dotazníkové metody PCL – 5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5).

Beckův inventář úzkosti (BAI)

U metody BAI byly prokázány statisticky signifikantní rozdíly mezi zkoumanými soubory pomocí Kruskal – Wallis testu. Hladina významnosti (p) je menší než 0,001.

Beckova sebeposuzovací škála depresivity – II (BDI – II)

Beckova sebeposuzovací škála depresivity – II prokázala za použití metody Kruskal – Wallis statisticky signifikantní rozdíly, kdy hladina významnosti (p) je menší než 0,001.

Tabulka 12: ANOVA (Kruskal-Wallis test) u všech 3 výzkumných souborů v rámci dotazníkových metod (LEC - 5, PCL-5, BAI a BDI – II)

	χ^2	df	p
LEC - 5	1,34	2	0,51
PCL - 5	25,87	2	<0,001
BAI	23,4	2	<0,001
BDI – II	19,02	2	<0,001

χ^2 = chí – kvadrát test, df= stupně volnosti, p=hladina významnosti

11.3 Metoda párového porovnávání (Dwass-Steel-Critchlow-Fligner)

Metoda párového srovnávání (DSCF) byla použita pro neparametrická data pro zjišťování rozdílů mezi výzkumnými klinickými soubory a běžnou populací u demografických údajů a sebeposuzovacích dotazníkových metod.

11.3.1 Demografické údaje

U demografických údajů byl zjištěn statisticky signifikantní rozdíl mezi souborem s pravděpodobnou diagnózou PTSD a běžnou populací ve věku respondentů, kdy $p = 0,032$.

A dále byl nalezen statisticky signifikantní rozdíl v počtu let studia včetně ZŠ mezi souborem bez pravděpodobné diagnózy PTSD a běžnou populací – $p = 0,013$ a mezi souborem s pravděpodobnou diagnózou PTSD a běžnou populací – $p = 0,011$.

Tabulka 13: párové porovnávání (DSCF) výsledků demografických údajů všech 3 výzkumných souborů

	Soubory		W	p
Věk	Pravděpodobná diagnóza PTSD	Bez pravděpodobné diagnózy	-2,306	0,233
	Bez pravděpodobné diagnózy PTSD	Běžná populace	0,857	0,817
	Běžná populace	Pravděpodobná diagnóza PTSD	-3,552	0,032
Pohlaví	Pravděpodobná diagnóza PTSD	Bez pravděpodobné diagnózy PTSD	0,4405	0,948
	Bez pravděpodobné diagnózy PTSD	Běžná populace	0,6186	0,9
	Běžná populace	Pravděpodobná diagnóza PTSD	-0,0291	1
Počet let studia (včetně ZŠ)	Pravděpodobná diagnóza PTSD	Bez pravděpodobné diagnózy PTSD	0,17	0,992
	Bez pravděpodobné diagnózy PTSD	Běžná populace	4,01	0,013
	Běžná populace	Pravděpodobná diagnóza PTSD	-4,074	0,011
Nejvyšší dokončené vzdělání	Pravděpodobná diagnóza PTSD	Bez pravděpodobné diagnózy PTSD	-1,15	0,694
	Bez pravděpodobné diagnózy PTSD	Běžná populace	1,91	0,367
	Běžná populace	Pravděpodobná diagnóza PTSD	-2,92	0,097

p=hladina významnosti, *W*= Wilcoxon Rank Sum Test Statistic, hodnota rozdílu středních hodnot mezi 2 soubory

11.3.2 Dotazníkové metody

Life Events Checklist - 5 (LEC – 5)

Metoda (Life Events Checklist-5) byla použita pro určení rozdílů četnosti výskytu traumatických událostí. Párové porovnávání však neprokázalo statisticky signifikantní rozdíl mezi žádným z klinických výzkumných souborů a běžnou populací. Mezi souborem s pravděpodobnou diagnózou PTSD a běžnou populací je $p = 0,88$. A u souboru bez pravděpodobné diagnózy PTSD a běžnou populací je $p = 0,524$.

Posttraumatic Stress Disorder Checklist- 5 (PCL – 5)

Dotazník Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5 byl zvolen ke zjišťování míry traumatizace mezi výzkumnými soubory. Pomocí metody párového srovnávání byly prokázány statisticky signifikantní rozdíly mezi soubory s pravděpodobnou diagnózou PTSD a běžnou populací, kdy je $p < 0,001$. Soubor bez pravděpodobné diagnózy PTSD a běžná populace neprokazují statisticky signifikantní rozdíly – $p = 0,956$.

Beckův inventář úzkosti (BAI)

Beckův inventář úzkosti byl použit pro zjištění míry úzkostných symptomů. Metoda párového porovnání (DSCF) našla mezi soubory s pravděpodobnou diagnózou PTSD a běžnou populací statisticky signifikantní rozdíly, kdy $p < 0,001$. Mezi souborem bez pravděpodobné diagnózy PTSD a běžnou populací nebyly prokázány statisticky signifikantní rozdíly – $p = 0,374$

Beckova sebesuzovací škála depresivity – II (BDI – II)

Beckova sebesuzovací škála depresivity – II použita pro zjišťování míry depresivních symptomů. Metoda párového srovnávání (DSCF) prokázala signifikantní rozdíly mezi souborem s pravděpodobnou diagnózou PTSD a běžnou populací, kdy je $p < 0,001$. U souboru bez pravděpodobné diagnózy PTSD a běžnou populací nebyl nalezen statisticky signifikantní rozdíl – $p = 0,922$.

Tabulka 14: párové porovnávání (DSCF) výsledků sebeposuzovacích dotazníkových metod všech 3 výzkumných souborů

	Soubory		W	p
LEC - 5	Pravděpodobná diagnóza PTSD	Bez pravděpodobné diagnózy	0,425	0,952
	Bez pravděpodobné diagnózy PTSD	Běžná populace	-1,533	0,524
	Běžná populace	Pravděpodobná diagnóza PTSD	-0,683	0,88
PCL - 5	Pravděpodobná diagnóza PTSD	Bez pravděpodobné diagnózy PTSD	-5,027	0,001
	Bez pravděpodobné diagnózy PTSD	Běžná populace	-0,403	0,956
	Běžná populace	Pravděpodobná diagnóza PTSD	-7,165	<0,001
BAI	Pravděpodobná diagnóza PTSD	Bez pravděpodobné diagnózy PTSD	-3,65	0,026
	Bez pravděpodobné diagnózy PTSD	Běžná populace	-1,89	0,374
	Běžná populace	Pravděpodobná diagnóza PTSD	-6,63	<0,001
BDI – II	Pravděpodobná diagnóza PTSD	Bez pravděpodobné diagnózy PTSD	-3,906	0,016
	Bez pravděpodobné diagnózy PTSD	Běžná populace	-0,545	0,922
	Běžná populace	Pravděpodobná diagnóza PTSD	-6,156	<0,001

p=hladina významnosti, *W*= Wilcoxon Rank Sum Test Statistic, hodnota rozdílu středních hodnot mezi 2 soubory

12 Výsledky

Analýza pomocí Kruskal – Wallis testu ukázala, že nejvýznamnější statistické rozdíly byly v míře traumatizace (metoda PCL – 5), úzkostných (BAI) a depresivních (BDI – II) symptomech, kdy je hladina významnosti (p) menší než 0,001. Jak bylo uvedeno již výše, u četnosti výskytu traumatických událostí mezi zkoumaným klinickým souborem a souborem běžné populace nebyl nalezen statisticky signifikantní rozdíl (metoda LEC – 5).

Pomocí analýzy párového porovnání (DSCF) byly nalezeny nejvýznamnější statistické rozdíly v míře traumatizace, kterou zjišťovala metoda PCL – 5, úzkostných symptomech, které měřila metoda BAI a depresivních symptomech, které byly měřeny metodou BDI – II. Hladina významnosti (p) je menší než 0,001. Významné rozdíly však nebyly nalezeny v četnosti výskytu traumatických událostí, kterou měřila metoda LEC – 5.

12.1 Výzkumné otázky a hypotézy

Četnost výskytu traumatických událostí výzkumných souborů (metoda LEC – 5)

1. Jaké jsou rozdíly v četnosti výskytu traumatických událostí mezi souborem s pravděpodobnou diagnózou PTSD a běžnou populací?

Nulová hypotéza nebyla zamítnuta, tudíž mezi souborem s pravděpodobnou diagnózou PTSD a běžnou populací nebyly nalezeny statisticky významné rozdíly v četnosti výskytu traumatických událostí.

2. Jaké jsou rozdíly v četnosti výskytu traumatických událostí mezi souborem bez pravděpodobné diagnózy PTSD a běžnou populací?

Nulová hypotéza nebyla zamítnuta, tudíž mezi souborem bez pravděpodobné diagnózy PTSD a běžnou populací nebyly nalezeny statisticky významné rozdíly v četnosti výskytu traumatických událostí.

Míra traumatizace výzkumných souborů (metoda PCL – 5)

3. Jaké jsou rozdíly v míře traumatizace mezi souborem s pravděpodobnou diagnózou PTSD a běžnou populací?

Nulová hypotéza byla zamítnuta, tudíž soubor s pravděpodobnou diagnózou PTSD dosahuje statisticky významně vyšších hodnot v míře traumatizace než běžná populace.

4. Jaké jsou rozdíly v míře traumatizace mezi souborem bez pravděpodobné diagnózy PTSD a obecnou populací?

Nulová hypotéza nebyla zamítnuta, tudíž nebyly nalezeny statisticky významné rozdíly v míře traumatizace mezi souborem bez pravděpodobné diagnózy PTSD a běžnou populací.

Míra úzkostných symptomů výzkumných souborů (BAI)

5. Jaké jsou rozdíly v míře úzkostných symptomů mezi souborem s pravděpodobnou diagnózou PTSD a běžnou populací?

Nulová hypotéza byla zamítnuta, tudíž soubor s pravděpodobnou diagnózou PTSD dosahuje v míře úzkostných symptomů statisticky významně vyšších hodnot než soubor běžné populace.

6. Jaké jsou rozdíly v míře úzkostných symptomů mezi soubory bez pravděpodobné diagnózy PTSD a běžnou populací?

Nulová hypotéza nebyla zamítnuta, tudíž nebyly nalezeny statisticky významné rozdíly v míře úzkostných symptomů mezi souborem bez pravděpodobné diagnózy PTSD a běžnou populací.

Míra depresivních symptomů výzkumných souborů (BDI – II)

7. Jaké jsou rozdíly v míře depresivních symptomů mezi souborem s pravděpodobnou diagnózou PTSD a běžnou populací?

Nulová hypotéza byla zamítnuta, tudíž soubor s pravděpodobnou diagnózou PTSD dosahuje v míře depresivních symptomů statisticky významně vyšších hodnot než soubor běžné populace.

8. Jaké jsou rozdíly v míře depresivních symptomů mezi souborem bez pravděpodobné diagnózy PTSD a běžnou populací?

Nulová hypotéza nebyla zamítnuta, tudíž nebyly nalezeny statisticky významné rozdíly v míře depresivních symptomů mezi souborem bez pravděpodobné diagnózy PTSD a běžnou populací.

12.2 Shrnutí a interpretace výsledků

Cílem této práce bylo porovnat výsledky sebeposuzovacích dotazníkových metod v rámci validizace diagnostických nástrojů PTSD mezi potenciálně traumatizovanou klinickou a běžnou populací v míře úzkostných a depresivních symptomů. Pro účely praktické části této práce byly porovnávány výsledky metod Life Events Checklist – 5 (Weathers et al., 2013), Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5 (Weathers et al., 2013), Beckův inventář úzkosti (Beck et al., 1988) a Beckova sebeposuzovací škála depresivity – 2. vydání (Beck et al., 1996). Metody LEC – 5 a PCL – 5 měřily výskyt četnosti traumatických událostí a míru traumatizace. BAI a BDI – II zjišťovaly míru úzkostných a depresivních symptomů. Klinická populace v této práci byla rozdělena na 2 výzkumné soubory – s pravděpodobnou diagnózou PTSD (N = 17) a bez diagnózy PTSD (N=14). Přítomnost diagnózy u obou souborů byla posuzována podle nejhorší prožité události uváděné v LEC – 5 na základě diagnostických kritérií pro diagnózu PTSD dle DSM – 5 (APA, 2013).

U klinických souborů obou skupin nebyly nalezeny statisticky signifikantní rozdíly ve srovnání se souborem běžné populace v četnosti výskytu traumatických událostí.

Ve všech ostatních zkoumaných kategoriích – míra traumatizace, míra úzkostných a depresivních symptomů dosahoval soubor s pravděpodobnou diagnózou statisticky signifikantních výsledků než soubor běžné populace.

U souboru bez pravděpodobné diagnózy PTSD však ve všech zkoumaných kategoriích (míra traumatizace, úzkostných a depresivních symptomů) nebyly nalezeny statisticky signifikantní rozdíly ve srovnání se souborem běžné populace.

běžná populace. Je tedy zřejmé, že použité metody (PCL -5, BAI, BDI-II) v praktické části této práce dokáží rozeznat rozdíly mezi klinickou populací s pravděpodobnou diagnózou PTSD a bez pravděpodobné diagnózy PTSD. Stejně tak dokáží rozeznat rozdíly mezi souborem s pravděpodobnou diagnózou PTSD a běžnou populací.

V případě metody LEC – 5 však předpokládané rozdíly v četnosti výskytu traumatických událostí výsledky nepotvrdily.

Metoda LEC – 5 zjišťovala také výskyt traumat v dětství, kdy respondenti hodnotili emocionální závažnost zneužívání v dospívání. V klinickém souboru neuvedlo 10 respondentů žádné zneužívání, 2 respondenti uvedli minimální/nezřetelnou míru zneužívání, 15 uvedlo zřetelnou a 4 hrubou/těžkou míru emocionálního zneužívání v dospívání. Tato část metody byla zadávána pouze klinické populaci.

V rámci sebeposuzovacích metod byla respondentům pokládána otázka na množství užívaného alkoholu a nikotinu denně a poté hodnocena jedna kategorie dotazníku PHQ zaměřená na závislost na alkoholu. Na základě výše zmíněné otázky zaměřující se na denní množství konzumace alkoholu uvedli pouze 2 respondenti ze souboru s pravděpodobnou diagnózou PTSD, že vypijí více než 0,5l piva/0,2l vína/40ml tvrdého alkoholu. U souboru bez pravděpodobné diagnózy PTSD to je 1 a u běžné populace je to 14 osob.

Z výsledků PHQ kategorie zaměřené na problematické užívání alkoholu vyplývá, že klinický soubor dvou skupin uvádí pouze minimální míru problematického pití alkoholu (N=5), kdy v PHQ skórovali 4 respondenti ze souboru s pravděpodobnou diagnózou PTSD 3 body a 1 respondent 4 body, kdy 5 bodů je nejzávažnější. Zbývající respondenti souboru bez pravděpodobné diagnózy PTSD nemají s pitím alkoholu žádné anebo nepatrné problémy (N=9). Tři respondenti mají s pitím alkoholu občasné obtíže. U souboru bez pravděpodobné diagnózy uvedlo 10 respondentů žádné nebo nepatrné potíže s pitím, 2

uvedli mívají občasné potíže a 2 mají závažnější potíže. Soubor běžné populace uváděl z většiny žádné obtíže s pitím alkoholu (N=214) a 64 respondentů uvedlo nepatrné, pouze jeden uvedl závažné potíže a zbylých 24 občasné až zřetelné.

13 Diskuse

Jak bylo již uvedeno výše v kapitole *Výsledky*, mezi klinickým souborem s pravděpodobnou diagnózou PTSD a souborem běžné populace byly nalezeny statisticky signifikantní rozdíly v míře traumatizace, úzkostnosti a depresivity. Výsledky v sebesuzovacích metodách byly u klinického souboru s pravděpodobnou diagnózou statisticky signifikantně vyšší než u běžné populace.

U klinického souboru bez pravděpodobné diagnózy nebyly nalezeny statisticky signifikantní rozdíly ve srovnání se souborem běžné populace.

Pro určení pravděpodobné diagnózy PTSD bylo použito M.I.N.I. interview (Sheehan et al., 1998) k určení diagnózy podle kritérií DSM – IV a dále byla respondentům zadávána kritéria pro udělení diagnózy PTSD podle DSM – 5.

Kritéria pro udělení diagnózy PTSD dle DSM – IV splňovalo 15 respondentů. Ve výsledném souboru s pravděpodobnou diagnózou je jich však 17 podle kritérií DSM – 5. Méně respondentů, kteří splnili podmínky pro udělení diagnózy PTSD dle DSM – IV se shoduje s výsledky výzkumu od Stein et al. (2014), kteří porovnávali klasifikační systémy v rámci diagnostiky PTSD a zjistili, že DSM – IV je z hlediska plnění požadavků pro udělení diagnózy nejpřísnější.

Doporučením na základě této práce je, aby byly ideálně provedeny další studie v rámci validizace dotazníkových metod PTSD na početnějším klinickém souboru.

Četnost výskytu traumatických událostí

Četnost výskytu traumatických událostí byla zkoumána pomocí metody LEC – 5 (Life Events Checklist-5), kdy byly statistickou analýzou porovnány výsledky zkoumaných souborů z dotazníkové části metody.

U obou klinických souborů – s pravděpodobnou diagnózou/bez pravděpodobné diagnózy PTSD nebyly nalezeny statisticky signifikantní rozdíly v porovnání s běžnou populací v četnosti výskytu traumatických událostí.

Jak bylo popsáno výše, metoda LEC – 5 nemá žádný oficiální skórovací systém pro interpretaci ani daný oficiální celkový skór. Dotazník slouží ke zjišťování četnosti výskytu traumatických událostí u respondentů (National Center for PTSD, 2018) na základě typu expozice (např. osoba přímo prožila událost, byla svědkem traumatické události atd.). Pro zhodnocení kritérií diagnózy PTSD byla použita diagnostická kritéria DSM – 5 na základě nejhorší popsané události z dotazníku LEC – 5.

V této práci nebyl analyzován strukturovaný rozhovor, který následoval po vyplnění dotazníkové části metody LEC-5.

Hamilton (2011) uvádí, že pro zhodnocení přítomnosti diagnózy PTSD, se LEC – 5 běžně používá před administrací diagnostického interview CAPS. Metoda LEC – 5 se však v rámci diagnostiky PTSD nepoužívá samostatně. V této práci byla přítomnost diagnózy PTSD posuzována pouze na základě nejhorší události uvedené v dotazníkové části LEC – 5 podle kritérií DSM – 5.

Dva respondenti ze souborů s pravděpodobnou diagnózou/bez pravděpodobné diagnózy PTSD vybrali v dotazníkové části LEC – 5 pouze 1 traumatickou událost, kterou následně označili za svou nejhorší událost.

Většina respondentů však uváděla vystavení více než 1 traumatické události a následně vybrali a popsali svou nejhorší prožitou událost. Tyto výsledky korespondují se studií od Boysan et al. (2017), kteří uvádí, že většina respondentů vybrala více než 1 vystavení traumatické události, avšak více násobnost výskytu traumatických událostí byla v jeho výzkumu vyšší u skupiny s PTSD než u kontrolní skupiny. Boysan et al. (2017) porovnávali výsledky mezi klinickou a kontrolní skupinu, což se na základě jejich výzkumu ukázalo jako nejvhodnější pro ověření validity diagnostických metod PTSD, proto je v této práci použit stejný výzkumný design.

Wilker et al. (2015) tvrdí, že počet prožitých traumatických událostí má vliv na vznik PTSD, kdy čím více traumatických událostí osoba prožila, tím spíše se u ní porucha rozvine.

Nicméně jiné výzkumy hledají souvislosti vzniku PTSD spíše mezi již existujícími jevy u osob vystavených traumatickým událostem jako je úzkost, somatoformní onemocnění nebo

depresivní syndrom. Hapke et al. (2006) Dále zmiňují zvýšené riziko rozvinutí PTSD u násilných událostí jako je sexuální napadení nebo zneužívání. Klinickými soubory této práce byly nejčastěji zmiňovanými traumatickými událostmi právě ty násilné a sexuální. U souboru s pravděpodobnou diagnózou PTSD fyzický útok (N=14), poté jiná nechtěná nebo nepříjemná sexuální zkušenost (N=12) a náhlá násilná smrt (N=12) a nakonec sexuální napadení a závažné lidské utrpení. Soubor bez pravděpodobné diagnózy uváděl nejčastěji jinou významnou stresující událost nebo zkušenost (N=11) život ohrožující nemoc nebo zranění (N=9), dopravní nehodu (N=9) a následně přírodní katastrofu, jinou nechtěnou nebo nepříjemnou sexuální zkušenost, závažné lidské utrpení a náhlou náhodnou smrt. Za nejhorší prožitou událost bylo u obou skupin klinického souboru považováno sexuální napadení.

Častěji se násilné události vyskytují u klinického souboru s pravděpodobnou diagnózou PTSD, což potvrzují výsledky studie dle Hapke et al. (2006), kdy násilné události zvyšují riziko rozvoje poruchy.

- **Validita metody Life Events Checklist – 5 (LEC – 5)**

Gray et al. (2004) zmiňuje nedostatečné psychometrické vlastnosti několika položek dotazníku, avšak celkově metoda dosahuje dobré konvergenční a diskriminační validity, vysokou shodu s dalšími metodami a dobré test – retest reliability, a dobré psychometrické vlastnosti většiny položek z LEC.

Na základě novějších výsledků ze studie dle Stevenson et al. (2023) vykazuje metoda LEC v USA velmi dobrou reliabilitu, s dobrou shodou výsledků napříč různými otázkami a s vysokou shodou s jinými měřícími nástroji.

Výsledky statistické analýzy v této diplomové práci neprokázaly validitu metody Life Events Checklist-5 (LEC-5) v rámci posouzení závažnosti symptomů PTSD a diagnostiky poruchy. Metoda LEC – 5 je však spolehlivým nástrojem pro zjišťování počtu traumatických událostí. Oba klinické soubory dosahovaly statisticky signifikantně nižších výsledků než běžná populace.

V rámci jednotlivých položek dotazníku se většina respondentů doptávala na položku 13. *Závažné lidské utrpení*, respondenti často uváděli, že nevěděli, co si pod touto položkou mají představit a nebylo jim jasné, zda se pod položku vztahuje jejich traumatický prožitek, který již zmínili výše v rámci konkrétních příkladů traumatických událostí.

U strukturovaného rozhovoru metody LEC – 5, který navazuje na dotazníkovou část se někteří respondenti nechtěli podrobněji vyjadřovat ke své nejhorší události a snažili se ji popsat co nejstručněji, jelikož pro ně jakákoliv připomínka dané události byla psychicky příliš náročná. Doporučením pro budoucí výzkumy je tak zaměřit se na psychometrické vlastnosti položek metody LEC – 5 v českém prostředí.

Zajímavá byla odlišnost výskytu traumatu z dětství a označení emocionálního zneužívání, kdy mladší respondenti uváděli častěji vyšší míru emocionálního zneužívání. Respondenti obou klinických souborů, kterým bylo pod 32 let včetně uváděli zřetelnou míru emocionálního zneužívání v dětství (N=15), hrubou/těžkou míru emocionálního zneužívání (N=4) a minimální nezřetelnou (N=2), pouze 4 respondenti neuvedli žádnou míru zneužívání v dětství. Respondenti starší 32 let (N=6) neuvedli žádnou míru emocionálního zneužívání v dětství.

Míra traumatizace

Míra traumatizace u výzkumných souborů byla zjišťována metodou PCL – 5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5). Míra traumatizace byla statisticky signifikantně vyšší u souboru s pravděpodobnou diagnózou PTSD než u běžné populace. U souboru bez pravděpodobné diagnózy PTSD nebyl nalezen statisticky signifikantní rozdíl v rámci míry traumatizace v porovnání se souborem běžné populace.

- **Validita metody Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5 (PCL – 5)**

U metody PCL – 5 byly prokázány výborné psychometrické vlastnosti – v korelacích mezi položkami a celkovým skóre. Dále celkové skóre a subškálové skóre u PCL-5 silně korelovalo s dalšími nástroji, které měří symptomatiku traumatu, změnu kognice v souvislosti s traumatem, úzkost a depresi u konvergentní validity (Boysan et al., 2017).

Dotazník PCL - 5 byl validován ve studiu od Blevins et al. (2015) na souboru traumatizovaných studentů a prokazuje výborné psychometrické vlastnosti – test-retest reliabilita (0.66–0.96), vnitřní konzistence (α od 0.83–0.98), konvergentní validita (korelace s jinými PTSD metodami od 0.62–0.93), diskriminační validita (korelace s metodami podobného typu je pod 0.87) a diagnostický účel (0.58 - 0.83).

Bovin et al. (2016) měřili psychometrické vlastnosti metody u populace veteránů. Výsledky vypovídají o velké spolehlivosti metody PCL – 5, nicméně pro prevalenci PTSD by se PCL-5 měla používat s nástrojem CAPS-5.

U metody neexistuje oficiální cut – off skóre pro udělení diagnózy PTSD. Cut – off skóre se používají v rozhraní od 30–60 bodů podle zkoumané populace a potřeb výzkumu (Weathers et al., 2013).

Terhakopian et al. (2008) používali ve své studii cut – off skóre 44 bodů. Ze zkoumaných souborů v této diplomové práci přesáhla bodovou hranici 44 bodů včetně většina respondentů z klinického souboru s pravděpodobnou diagnózou PTSD. Minimální počet získaných bodů v tomto souboru byl 16 a maximální 78. Klinický soubor bez pravděpodobné diagnózy PTSD měl nejvyšší výslednou hodnotu 43, což je méně než cut – off skóre doporučené ve studii od Terhakopian et al. (2008).

Ve studii od Boysan et al. (2017) byly zadávány také dotazníky BAI a BDI pro přístup ke konvergentní validitě Turecké verze PCL - 5, jelikož dle předešlých studií jsou častou komorbiditou PTSD úzkosti a deprese. Do této práce byly po vzoru studie od Boysan et al. (2017) také zařazeny dotazníky zkoumající úzkostné a depresivní symptomy pro ověření konvergentní validity metody PCL – 5.

Z výsledků statistické analýzy této diplomové práce vyplývá, že metoda PCL - 5 se prokázala být validní pro klinický soubor s pravděpodobnou diagnózou PTSD. Metoda dokáže rozeznat rozdíly mezi souborem s pravděpodobnou diagnózou PTSD a bez pravděpodobné diagnózy PTSD, jelikož soubor s pravděpodobnou diagnózou PTSD dosahoval statisticky signifikantně vyšších hodnot než soubor běžné populace. Soubor bez

pravděpodobné diagnózy však nedosahoval statisticky signifikantně vyšších hodnot oproti běžné populaci v žádné z analyzovaných metod.

U této metody jsem od respondentů nedostala žádnou negativní zpětnou vazbu, co se týče srozumitelnosti položek, administrace byla většinou bezproblémová a rychlá, avšak někteří se mě často ptali, zda to opravdu musí být symptomy vyskytující se za poslední měsíc, jelikož se s popisovanými symptomy potýkali dříve, ale nyní mají např. účinnější léky a cítí se lépe. Doporučením pro budoucí výzkum by mohlo být prozkoumat vztah psychiatrických léků a symptomů PTSD v rámci krátké doby po nasazení léků a otázka za jakou dobu po nasazení účinných léků je PTSD považováno za vyléčené? Jelikož tyto faktory nebyly v této práci zohledněny a mohly ovlivnit výsledky dotazníkových metod v průběhu sběru dat u některých respondentů.

Míra úzkostných a depresivních symptomů

Jedním z rizikových faktorů pro rozvoj PTSD je dle Sayed et al. (2015) předchozí zkušenost s psychickým onemocněním zasaženého jedince. Skelton et al. (2012) zkoumali na studii dvojčat genetickou souvislost PTSD a jiných diagnóz především depresivní a úzkostné poruchy. Velmi častou komorbiditou PTSD jsou právě úzkostná a depresivní onemocnění, které mohly být přítomny i před traumatickou událostí (Breslau et al., 1999, Brady et al., 2000).

Míra úzkostných a depresivních symptomů byla zkoumána pomocí metod BAI (Beckův inventář úzkosti) a BDI – II (Beckova sebesuzovací škála depresivity – 2. vydání).

Soubor s pravděpodobnou diagnózou dosahoval v dotaznících statisticky signifikantně vyšších výsledných hodnot než soubor běžné populace. U souboru bez pravděpodobné diagnózy PTSD nebyl nalezen statisticky signifikantní rozdíl v míře úzkostných a depresivních symptomů v porovnání se souborem běžné populace.

Výsledky se tak shodují s dřívějšími výzkumy a potvrzují výskyt úzkostných a depresivních symptomů současně s PTSD a současně dobrou konvergentní validitu metody PCL – 5.

1. Validita metody Beckova inventáře úzkosti (BAI)

Z výzkumů vyplývá, že metoda BAI dosahuje velmi dobré test – retest reliability, dokáže rozlišit osoby, u kterých je přítomna úzkostná porucha od osob, u kterých porucha není (Beck et al., 1988). Osman et al. (1997) uvádí velmi dobrou vnitřní konzistenci metody a konvergentní validitu s jinými metodami měřícími úzkost.

Statistická analýza metody v této práci potvrdila její platnost v případě použití současně s metodami zaměřujícími se na diagnostiku PTSD v míře úzkostných symptomů.

V případě vyplňování metody BAI popisovali respondenti nejistotu v rámci položky *strach z nejhorsí události* a často se doptávali, zda je tím myšlena traumatická událost. Administrace dotazníku byla obvykle rychlá a snadná.

2. Validita Beckovy sebeposuzovací škála depresivity – 2. vydání (BDI – II)

Podle výzkumu od Wang et al. (2013) dosahuje metoda BDI – II velmi dobré test retest reliability, vnitřní konzistence a vysoce korelovala s předešlou verzí dotazníku – BDI – I.

Statistická analýza v této práci potvrdila platnost metody BDI – II v případě použití současně s metodami zaměřujícími se na diagnostiku PTSD v míře depresivních symptomů.

U metody BDI-II popisovali respondenti nedostatečný výběr odpovědí a u několika položek si nebyli jistí, kterou z odpovědí zvolit. Dle respondentů chybí často vhodnější odpověď mezi možnostmi, které jsou hodnoceny 0 a 1 body. Tato metoda byla pro respondenty náročnější z důvodů nedostatečného výběru odpovědí. Často se doptávali zda mohou napsat vedle vhodnější odpověď.

PTSD a závislosti

Respondenti odpovídali i na otázky týkající se užívání alkoholu a nikotinu. Za limit považují chybějící otázky a metody pro zjišťování jiných látkových závislostí, ale pouze zaměření se na alkohol a nikotin. Více než polovina respondentů – především mladšího věku, mi popsala zkušenosti se zneužíváním návykových látek mimo alkohol a souvislosti traumatických událostí a návykových látek. Jeden respondent uváděl nelátkovou závislost na hazardu u blízkého člena rodiny, která jeho samotného přivedla k závislosti na několika návykových látkách. Tyto odpovědi však nebyly v této práci analyzovány, jelikož nebyly zkoumány pomocí dotazníkových metod.

Z výzkumů vyplývá, že mezi PTSD a závislostmi existuje přímá souvislost. Roth a Uhrová (2020) uvádí společné příznaky s PTSD zneužívání alkoholu a návykových látek.

Pokud se v raném věku u jedince s PTSD vyskytnou závislosti na alkoholu či návykových látkách, ovlivňují tak průběh a délku poruchy v pozdějším věku.

Zneužívání návykových látek a alkoholu může být u jedinců s PTSD útekem před symptomy poruchy, které významně zatěžují život zasažených osob. Může se jednat o úlevu od bolesti a obranu zasažené osoby před následky traumatické události. V případě přítomnosti závislostí – především abstinčního syndromu se zvyšuje riziko zhoršení průběhu PTSD a schopnost se s traumatem vyrovnat (Brady et al., 2000).

Z analyzovaných odpovědí v této práci však vyplývá, že pouze minimální počet respondentů z klinického souboru s pravděpodobnou diagnózou PTSD i bez pravděpodobné diagnózy vykazuje známky přítomnosti závislosti na alkoholu. V této práci byl však zkoumán velmi malý klinický soubor (N = 31). Souvislosti mezi závislostmi a PTSD by tak měly být zkoumány na větším výzkumném souboru.

Trauma a neurovývojové poruchy

Ve výzkumném souboru jsou zastoupeni jedinci, kteří opakovaně uvedli jako jednu ze svých diagnostikovaných poruch mimo PTSD také ADHD a PAS. Uvedu zde proto několik výzkumů zkoumajících souvislosti mezi jednotlivými poruchami a PTSD, jelikož několik respondentů zmiňovalo, že na základě zkušeností s psychiatrickou a

psychologickou léčbou jim bylo řečeno, že mohou symptomy PTSD prožívat odlišně. Jedna osoba uvedla obavu, že kvůli kombinaci diagnózy ADHD nebudou její odpovědi v danou chvíli dostatečné pro splnění kritérií diagnózy PTSD, i přesto, že podle svých lékařů má diagnózu PTSD a často se cítí přehlčena jejími symptomy.

ADHD (porucha pozornosti s hyperaktivitou)

Studie od autorů Spencer et al. (2016) odhalila významné souvislosti mezi PTSD a ADHD (porucha pozornosti s hyperaktivitou). Výzkum ukázal, že jedinci s ADHD měli až čtyřikrát vyšší pravděpodobnost rozvoje PTSD, zatímco u jedinců s PTSD byla pravděpodobnost rozvoje ADHD dvakrát vyšší. Ze studie je tedy zřejmé, že mezi popsányými poruchami existuje oboustranný vztah.

Další výzkum od autorů Brown et al. (2017) zkoumal vztah mezi výsledky dotazníku ACEs (Adverse Childhood Experiences) a ADHD. Výzkumný soubor byl tvořen z 58 tisíců dětí a bylo zjištěno, že děti s ADHD měly vyšší prevalenci traumatických událostí než děti bez ADHD. Zároveň autoři zdůrazňují vliv traumatických událostí na rozvoj ADHD, takže stejně jako u předchozí studie se jedná o oboustranný vztah. Autoři však mluví o možnosti nesprávně diagnostikované ADHD. Respondentům v této diplomové práci byl také zadáván dotazník ACE, nicméně nebyla zkoumána souvislost mezi ACEs skóry a diagnózou ADHD.

Schilpzand et al. (2018) porovnávali výsledky mezi dětmi s ADHD (N = 179) a kontrolní skupině dětí bez ADHD (N= 212) mezi 6 až 8 lety. U souboru s ADHD byla naměřena vyšší míra traumatizace a výskytu traumatických událostí než u kontrolní skupiny. ADHD se výrazněji projevovalo u traumatizovaných jedinců, především pokud bylo trauma způsobené zanedbáváním a zneužíváním.

Výzkum na souboru vysokoškoláků od Miodus et al. (2021) ukázal, že ADHD a PTSD jsou nejčastějšími komorbiditami u dětí a dospívajících, kteří se setkali s traumatem z dětství. Podle autorů jsou symptomy ADHD – především impulzivita a problémy s pozorností rizikovými faktory pro vznik PTSD.

Sanderud et al. (2016) popisují ve svém výzkumu vztahu dětského traumatu a ADHD, že pokud se u dětí dříve objevilo zneužívání v jakékoliv podobě, zvýšilo se riziko rozvoje ADHD.

PAS (poruchy autistického spektra)

Studie od Rumball et al. (2020) se zaměřovala na zkoumání souvislostí mezi traumatickou událostí a mírou pravděpodobnosti rozvinutí PTSD u dospělých jedinců s poruchou autistického spektra. Soubor byl tvořen 59 respondenty, kteří vyplňovali online dotazníky týkajících se míry a četnosti výskytu traumatických událostí a dále také dotazníky zaměřené na duševní zdraví. Většina respondentů uváděla vysokou míru traumatizace a vysoký počet traumatizujících zážitků během života. Kolem 40 % respondentů by splňovalo podmínky pro udělení pravděpodobné diagnózy PTSD během posledního měsíce a 60 % uvádělo, že pravděpodobně se u nich PTSD vyskytovala v minulosti.

Respondentům s PAS byla zadávána kritéria DSM – 5 pro udělení diagnózy PTSD a dotazník PCL – 5. Nejčastějšími prožitými traumatickými událostmi bylo sexuální a fyzické zneužívání u skupiny, která měla pravděpodobnou diagnózu PTSD. U skupiny, která nenaplnovala kritéria pro udělení PTSD dle DSM – 5 byly nejčastěji zmiňované události jako je šikana a ztráta blízké osoby. Podle dosavadních studií mohou prožitá traumata, která nenaplnují kritéria pro PTSD dle DSM – 5 být rizikovými v obecné populaci pro rozvinutí PTSD (Rumball et al., 2020).

Autoři studie dále mluví o problematice aktualizované verze DSM, díky čemuž nesplňují kritéria pro udělení PTSD i lidé, kteří prožívají symptomy poruchy, avšak událost, které byli vystaveni není v souladu s novým vydáním DSM – 5. Shepler (2016 in Rumball et al., 2020) zjistil, že zkušenost se šikanou nebo jinou traumatickou událostí u dětí s PAS může

vést ke stejným příznakům jako u PTSD. Proto autoři naznačují, že díky těmto výsledkům se může PTSD rozvinout i u událostí, které nejsou zahrnuty v kritériích pro udělení diagnózy PTSD dle DSM- 5. Autoři zdůrazňují důležitost individuálního prožitku zasažených osob na traumatickou událost (Brewin et al., 2019 in Rumball et al., 2020) Hodnocení traumatických událostí a symptomů PTSD by mělo dle autorů více zohledňovat i subjektivní traumata, která sice nesplňují kritéria dle DSM – 5, ale projevují se stejně jako PTSD (Rumball et al., 2020).

Porovnání výsledků s výsledky práce M. Králové

Na základě zadávaných kritérií podle DSM – 5 rozdělila Králová (2022) ve své práci klinický soubor na skupiny: s diagnózou PTSD (N=14) a s rizikem diagnózy PTSD (N=14). Dle kritérií DSM – IV splňovalo kritéria pro udělení diagnózy 12 respondentů, což odpovídá výsledkům této práce, kdy kritéria podle DSM – IV splňovalo méně osob než kritéria dle DSM – 5. V této práci se jedná o 15 respondentů dle DSM – IV a 17 bylo zařazeno do skupiny s pravděpodobnou diagnózou PTSD. Klinický soubor v této práci byl také rozdělen na dvě skupiny, avšak s jiným názvem: s pravděpodobnou diagnózou PTSD (N=17) a bez pravděpodobné diagnózy PTSD (N=14).

V četnosti traumatických událostí dosahoval soubor s diagnózou PTSD (Králová, 2022) vyšší míry výskytu než běžná populace. Soubor s rizikem diagnózy PTSD dosahoval statisticky signifikantně nižších hodnot než běžná populace. Odlišnost výsledků četnosti traumatických událostí této diplomové práce oproti práci Králové (2022) je, že u obou skupin, které tvoří klinický soubor nebyl nalezen statisticky signifikantní rozdíl ve srovnání s běžnou populací.

Za nejhorší prožitou traumatickou událost považuje soubor s diagnózou PTSD týrání v dětství (Králová, 2022) a u souboru s rizikem diagnózy PTSD to je úmrtí blízké osoby. V klinickém souboru obou skupin v této práci byla za nejhorší traumatickou událost považováno sexuální napadení.

Výsledky míry traumatizace jsou u souboru s diagnózou PTSD statisticky signifikantně vyšší, než u běžné populace a u souboru s rizikem diagnózy PTSD jsou výsledky statisticky nevýznamné (Králová, 2022). Tato zjištění se shodují s výsledky míry traumatizace v této práci, kdy soubor s pravděpodobnou diagnózou PTSD dosahoval

statisticky signifikantně vyšších hodnot a u souboru bez pravděpodobné diagnózy PTSD nebyl nalezen statisticky signifikantní rozdíl oproti běžné populaci.

V rámci míry úzkostných a depresivních symptomů byla potvrzena v obou pracích konvergentní validita metody PCL – 5. Králová (2022) uvádí, že soubor s diagnózou PTSD dosahoval statisticky signifikantních hodnot oproti běžné populaci, avšak u souboru s rizikem diagnózy PTSD nebyl nalezen statisticky signifikantní rozdíl v míře úzkostných a depresivních symptomů v porovnání s běžnou populací. Stejně výsledky má tato diplomová práce, kdy soubor s pravděpodobnou diagnózou PTSD dosahoval statisticky signifikantních hodnot v porovnání s běžnou populací. U souboru bez pravděpodobné diagnózy PTSD nebyly nalezeny statisticky významné rozdíly v míře úzkostných a depresivních symptomů v porovnání s běžnou populací.

Etické aspekty práce

Všichni respondenti, kteří participovali na výzkumu byli nejdříve seznámeni s průběhem výzkumu a jeho cíli. Účast byla zcela dobrovolná. Účastníci mohli kdykoliv odstoupit od participace na výzkumu, případně přerušit vyplňování dotazníků a odpovídání na otázky strukturovaného rozhovoru v průběhu sběru dat.

Participantů byli ujištěni o anonymizaci dat, která byla po sběru přepsána do Excelového souboru pod kódy. K veškerým datům má přístup pouze výzkumný tým NÚDZ, který se podílí na projektu validizace dotazníkových metod PTSD pod záštitou vedoucího této práce M. Preisse. Data v této práci jsou převedena do podoby, ze které nelze určit jednotlivé účastníky výzkumu.

Pro účely obeznámení se s výzkumem a podrobné informace byl vytvořen informovaný souhlas, který je v celém znění dostupný v příloze diplomové práce. Tento informovaný souhlas všichni respondenti podepsali před dotazníkovou a rozhovorovou částí výzkumu.

Účastníci měli možnost dostat zpětnou vazbu na své výsledky a porovnání s normami vyplněných výzkumných metod.

V případě potřeby, měli respondenti možnost využít konzultaci s psychologem či psychiatrem v NÚDZ.

Pro některé participanty bylo příjemnější prostředí online hovoru, jelikož se jedná se o velmi citlivé téma. 1 osoba účast na výzkumu odmítla. Jedna z oslovených organizací odmítla účast svých klientů z důvodu obavy o retraumatizaci prožitých zkušeností.

V průběhu sběru dat bylo ke všem osobám, které se výzkumu zúčastnily přistupováno empaticky a s respektem vůči jejich současnému stavu.

Limity práce

Největší limitací této práce je především malý výzkumný soubor. Klinický soubor je tvořen 31 respondenty z nich pouze 17 splňovalo kritéria pro pravděpodobnou diagnózu PTSD dle diagnostických kritérií DSM – 5. Zbýlých 14 respondentů bylo zařazeno do souboru bez pravděpodobné diagnózy PTSD, jelikož nesplňovali daná kritéria, avšak byli vystaveni závažné traumatické události.

Z výsledků je patrné, že soubor bez pravděpodobné diagnózy PTSD dosahoval nižších hodnot ve všech zkoumaných kategoriích – četnosti výskytu traumatických událostí a míře traumatizace, úzkostných i depresivních symptomů. Pro přesnější výsledky by bylo vhodné mít k dispozici větší počet respondentů klinického souboru, kteří splňují podmínky pro udělení diagnózy PTSD dle DSM-5.

Diagnóza PTSD byla určována pouze sebeposuzovacími metodami uvedenými v praktické části této práce a na základě nejhorší prožité události v metodě LEC - 5 byla zhodnocena kritéria pro splnění podmínek udělení diagnózy dle DSM – 5. Proto jsou soubory rozděleny na 2–s pravděpodobnou/bez pravděpodobné diagnózy PTSD. Pro diagnostiku však nebylo použito strukturované interview (např. CAPS), které je doporučovanou diagnostickou metodou k sebeposuzovacím metodám jako je např. PCL- 5 (Terhakopian et al., 2008). Můžeme se tady pouze domnívat, že se jedná o diagnózu PTSD.

Samotná tematika práce je jistým limitem, jelikož jde o velmi citlivé klinické téma a je velmi složité sehnat osoby, které o své traumatické události budou mluvit otevřeně. U osob vystavených traumatické události je riziko znovuprožití události, dále se zasažené osoby obávají nedostatečné diskrétnosti v případě výsledných dat použitých pro účely práce a nedůvěřují cizímu člověku. Alespoň s touto zpětnou vazbou jsem se setkávala já, při hledání osob, které splňují podmínky pro zařazení do výzkumu a sběru dat. Často mi respondenti říkali o svých známých, kteří prožili stejnou nebo podobně traumatickou událost, ale nechtějí o události mluvit soukromě ani v rámci výzkumu pro diplomovou práci.

Závěr

Cílem této práce bylo porovnat výsledky výzkumných souborů v dotazníkových metodách zaměřených na traumatizaci za účelem jejich validizace v rámci diagnostiky PTSD. Jedná se o metody Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5 a Life Events Checklist-5. První zmíněná metoda zkoumá míru traumatizace za poslední měsíc a druhá metoda zjišťuje četnost traumatických událostí během života.

Výzkumné soubor byl tvořen klinickým souborem: s pravděpodobnou diagnózou PTSD (N=17), bez pravděpodobné diagnózy PTSD (N=14) a souborem běžné populace (N=303).

Z výsledků statistické analýzy dat vyplývá, že metoda Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5 dosahuje dobré validity pro osoby s potenciální PTSD. Soubor s pravděpodobnou diagnózou PTSD dosahoval statisticky signifikantně vyšších hodnot než soubor běžné populace.

V rámci zjišťování konvergentní validity byly analyzovány také metody zkoumající míru úzkostných a depresivních symptomů. Soubor s pravděpodobnou diagnózou PTSD dosahoval statisticky signifikantně vyšších hodnot než běžná populace, což potvrzuje konvergentní validitu metody Posttraumatic Stress Disorder Checklist5.

U souboru bez pravděpodobné diagnózy PTSD však nebyl nalezen statisticky signifikantní rozdíl v žádné ze zkoumaných metod v porovnání s běžnou populací.

Z výsledků statistické analýzy dat dále vyplývá, že Metoda Life Events Checklist-5 (LEC-5) je spolehlivým ukazatelem pouze na základě počtu prožitých traumatických událostí. Výsledky statistické analýzy však nepotvrdily její platnost v rámci posouzení závažnosti symptomů PTSD. U souboru s pravděpodobnou diagnózou PTSD nebyl nalezen statisticky signifikantní rozdíl v porovnání s běžnou populací ve výsledcích metody LEC – 5.

Podnětem pro budoucí výzkumy je zaměření na validizaci diagnostických metod PTSD, jelikož tato práce reprezentuje pouze malý klinický soubor. V ČR byla provedena pouze 1 studie od M. Králové (2022) zkoumající validizaci metod Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5 a Life Events Checklist-5 mezi klinickou a běžnou populací.

Další oblast výzkumu jsou dotazníkové metody, které v této práci nebyly analyzovány jako je ACEs, PHQ a WHO-QOL a také souvislosti mezi PTSD a jinými duševními poruchami jako jsou závislosti, PAS a ADHD.

Seznam zkratek

ACEs – Adverse Childhood Experiences

ADHD – Porucha pozornosti s hyperaktivitou (*Attention deficit hyperactivity disorder*)

APA – Americká psychologická společnost (*American Psychological Association*)

BAI – Beckův inventář úzkosti (*Beck Anxiety Inventory*)

BDI – II – Beckova sebeposuzovací škála depresivity – 2. vydání (*Beck Depression Inventory*)

CAPS – Diagnostický klinický rozhovor PTSD podle kritérií DSM (*Clinical Administred PTSD Scale*)

CIDI – Strukturovaný diagnostický rozhovor, který hodnotí symptomy dle DSM a MKN (*Composite International Diagnostic Interview*)

CPT – kognitivní procesní terapie (*Cognitive Processing Therapy*)

ČR – Česká republika

DSM – Diagnostický a statistický manuál duševních poruch

EMDR – Desenzibilační terapie využívající pohyb očí (*Eye Movement Desenzitization and Reprocessing*)

GAD – Generalizovaná úzkostná porucha

KBT – kognitivně behaviorální terapie

LEC – Dotazník životních událostí (*Life Events Checklist*)

M.I.N.I. – Strukturovaný diagnostický rozhovor poruch dle DSM a MKN (*Mini – International Neuropsychiatric Interview*)

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

NÚDZ – Národní ústav duševního zdraví

PAS – Poruchy autistického spektra

PCL – Škála posouzení symptomů PTSD (*Posttraumatic Stress Disorder Check List*)

PC – PTSD - 5 - Primary Care PTSD Screen for DSM-5

PE – terapie prodloužené expozice (*Prolonged exposure*)

PHQ – Zdravotní dotazník (*The Patient Health Questionnaire*)

PSS – I-5 – Strukturovaný rozhovor pro zhodnocení symptomů PTSD dle DSM - 5 (*PTSD Symptom Scale – Interview*)

PTSD – Posttraumatická stresová porucha (*Posttraumatic Stress Disorder*)

SCID – Strukturovaný klinický rozhovor pro DSM (*Structured Clinical Interview for DSM*)

WHOQOL-BREF – Dotazník kvality života (*WHO Quality of Life-BREF*)

Seznam použitých informačních zdrojů

Albott, C. S., Lim, K. O., Forbes, M. K., Erbes, C., Tye, S. J., Grabowski, J. G., Thuras, P., Batres-y-Carr, T. M., Wels, J., Shiroma, P. R. (2018). Efficacy, safety, and durability of repeated ketamine infusions for comorbid posttraumatic stress disorder and treatment-resistant depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 79, 1–8.

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 (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd Edition Revised. 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.

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*. Psychological Corporation.

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.

Brady, K. T., Killeen, T. K., Brewerton, T., & Lucerini, S. (2000). Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *The Journal of clinical psychiatry, 61 Suppl 7*, 22–32.

Breslau, N., Peterson, E. L., Kessler, R. C., et al. (1999). Short screening scale for DSM-IV posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 156*, 908-911.

Brown, N. M., Brown, S. N., Briggs, R. D., Germán, M., Belamarich, P. F., & Oyeku, S. O. (2017). Associations Between Adverse Childhood Experiences and ADHD Diagnosis and Severity. *Academic Pediatrics, 17*(4), 349–355. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2016.08.013>

Cao, C., Wang, L., Wu, J., Bi, Y., Yang, H., Fang, R., Li, G., Liu, P., Luo, S., Hall, B. J., & Elhai, J. D. (2020). A comparison of ICD- 11 and DSM-5 criteria for PTSD among a representative sample of Chinese earthquake survivors. *European Journal of Psychotraumatology, 11*(1), 1760481. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1760481>

Caruth, C. (1996). *Unclaimed Experience: Trauma, Narrative, and History*. Hopkins University Press.

Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., et al. (2014). Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. *World Psychiatry*, 13, 56-67.

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.

Duncan, L. E., Ratanatharathorn, A., Aiello, A. E., Almlı, L. M., Amstadter, A. B., AshleyKoch, 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.

Eftekhari, A., Ruzek, J. I., Crowley, J. J., et al. (2013). Effectiveness of national implementation of prolonged exposure therapy in Veterans Affairs care. *JAMA Psychiatry*, 70(9), 949–955.

Feder, A., Parides, M. K., Murrough, J. W., Perez, A. M., Morgan, J. E., Saxena, S., Kirkwood, K., aan het Rot, M., Lapidus, K. A. B., Wan, L.-B., Iosifescu, D., Charney, D. S. (2014). Efficacy of intravenous ketamine for treatment of chronic posttraumatic stress disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 71, 681.

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.

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

Figueiredo, I., Viegas, F., Ferreira, F., Santos, A., Ramos, J., & Miranda, J. (2021). Therapeutic interventions for PTSD – current evidence on the the role of psychedelics. *European Psychiatry*, 64(S1), S452-S453. doi: 10.1192/j.eurpsy.2021.1209

Foa, E.B. & Capaldi, S. (2013). Manual for the Administration and Scoring of the PTSD Symptom Scale-Interview for DSM-5 (PSS-I-5).

Fontana, A., & Rosenheck, R. (1995). Attempted suicide among Vietnam veterans: a model of etiology in a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 152, 102-109.

Friedman, M.J., Resick, P.A., Bryant, R.A., Strain, J., Horowitz, M. and Spiegel, D. (2011), Classification of trauma and stressor-related disorders in DSM-5. *Depress. Anxiety*, 28: 737-749. <https://doi.org/10.1002/da.20845>

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.

Greer, G. R., Grob, C. S., Halberstadt, A. L. (2014). PTSD symptom reports of patients evaluated for the New Mexico Medical Cannabis Program. *Journal of Psychoactive Drugs*, 46(1), 73–77.

Hamilton, et al. (2011). The PhenX Toolkit: Get the Most From Your Measures. *American Journal of Epidemiology*, 174(3), 253-60. (Trauma and Adversity Exposure – General) <https://www.phenxtoolkit.org/protocols/view/630101#>

Hamilton, et al. (2011). The PhenX Toolkit: Get the Most From Your Measures. *American Journal of Epidemiology*, 174(3), 253-260. (Trauma and Adversity Exposure – General PTSD Symptoms, Severity, and Diagnosis – DSM 5) <https://www.phenxtoolkit.org/protocols/view/630402?origin=search>

Hamilton, et al. (2011). The PhenX Toolkit: Get the Most From Your Measures. *American Journal of Epidemiology*, 174(3), 253-260. (Clinician-Administered Psychiatric Assessment) <https://www.phenxtoolkit.org/protocols/view/662501>

Hamilton, et al. (2011). The PhenX Toolkit: Get the Most From Your Measures. *American Journal of Epidemiology*, 174(3), 253-260. (Anxiety Disorders Screener – Adult) <https://www.phenxtoolkit.org/protocols/view/120203?origin=search>

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

Hyer, L., Fallon, J., Harrison, W., et al. (1987). MMPI overreporting by Vietnam combat veterans. *Journal of Clinical Psychology*, 43, 79-83.

Höschl, C.; Libiger, J.; Švestka, J. (2004) Psychiatrie. 2. dopl. a opr. vyd. Tigris. 883 s. ISBN 80-900130-7-4

Hoskins, M., Pearce, J., Bethell, A., et al. (2015). Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 206, 93-100.

Chen, L. W., Sun, D., Davis, S. L., et al. (2018). Smaller hippocampal CA1 subfield volume in posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 35, 1018–1029. <https://doi.org/10.1002/da.22833>

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th ed.,; ICD-11; World Health Organization, 2023).

Jetly, R., Heber, A., Fraser, G., Boisvert, D. (2015). The efficacy of nabilone, a synthetic cannabinoid, in the treatment of PTSD-associated nightmares: a preliminary randomized,

double-blind, placebo-controlled cross-over design study. *Psychoneuroendocrinology*, 51, 585–588.

Keane, T., & Kaloupek, D. (1997). Comorbid psychiatric disorders in PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821, 24-34.

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.

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.

Kilpatrick, D.G., Resnick, H.S., Milanak, M.E., Miller, M.W., Keyes, K.M. and Friedman, M.J. (2013), National Estimates of Exposure to Traumatic Events and PTSD Prevalence Using *DSM-IV* and *DSM-5* Criteria. *Journal of traumatic stress*, 26: 537-547. <https://doi.org/10.1002/jts.21848>

Kleber, R. J. (2019). Trauma and public mental health: A focused review. *Frontiers in Psychiatry*, June 2019.

Krediet, E., Bostoen, T., Brecksema, J., van Schagen, A., Passie, T., & Vermetten, E. (2020). Reviewing the Potential of Psychedelics for the Treatment of PTSD. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 23(6), 385-400. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyaa018>

Králová, M., (2022). Diagnostika PTSD – příspěvek k validizaci pomocí rozhovoru a dotazníkových metod. Univerzita Karlova

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.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer.

Mareš, J. (2012). Posttraumatický rozvoj člověka. Grada.

McDonald, S. D., & Calhoun, P. S. (2010). The diagnostic accuracy of the PTSD Checklist: A critical review. *Clinical Psychology Review, 30*(8), 976-987. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.012>

McNally, R. J. (2012). The ontology of posttraumatic stress disorder: Natural kind, social construction, or causal system? *Clinical Psychology: Science and Practice, 19*(3), 220–228. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12001>

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decenální revize – Tabelární část. Aktualizované vydání k 1. 1. 2023. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.

Miodus, S., Allwood, M. A., & Amoh, N. (2021). Childhood ADHD Symptoms in Relation to Trauma Exposure and PTSD Symptoms Among College Students: Attending to and Accommodating Trauma. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 29*(3), 187–196. <https://doi.org/10.1177/1063426620982624>

Mithoefer, M. C., Grob, C. S., Brewerton, T. D. (2016). Novel psychopharmacological therapies for psychiatric disorders: psilocybin and MDMA. *Lancet Psychiatry, 3*, 481–488.

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.

Mughal, A.Y., Devadas, J., Ardman, E. *et al.* A systematic review of validated screening tools for anxiety disorders and PTSD in low to middle income countries. *BMC Psychiatry* 20, 338 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02753-3>

National Center for PTSD (2013). PTSD Symptom Scale – Interview for DSM-5 (PSS-I-5). <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-int/pss-i.asp>

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 (2018). Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5)
https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/te-measures/life_events_checklist.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/adultint/scid-ptsd-module.asp>.

National Center for PTSD (2023). Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS-5)
<https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/pds.asp>

National Center for PTSD (2023). Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5).
<https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/screens/pc-ptsd.asp>

Neumeister, A., Seidel, J., Ragen, B. J., & Pietrzak, R. H. (2014). Translational Evidence for a Role of Endocannabinoids in the Etiology and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder.

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.

Pai, A., Suris, A. M., & North, C. S. (2017). Posttraumatic stress disorder in the DSM-5: Controversy, change, and conceptual considerations. *Behavioral sciences, 7*(1), 7.

Paulík, K. (2010) Psychologie lidské odolnosti. Grada

Perrotta, G. (2019). Psychological trauma: definition, clinical contexts, neural correlations and therapeutic approaches. *Current Research in Psychiatry and Brain Disorders, 2019*(1).

Pietrzak, R. H., Goldstein, R. B., Southwick, S. M., & Grant, B. F. (2011). Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Anxiety Disorders, 25*, 456-465.

Pradhan, B., Mitrev, L., Moaddell, R., Wainer, I. W. (2018). d-Serine is a potential biomarker for clinical response in treatment of post-traumatic stress disorder using (R,S)-ketamine infusion and TIMBER psychotherapy: a pilot study. *Biochimica et Biophysica Acta (BBA) - Proteins and Proteomics*, 1866, 831–839.

Pradhan, B., Wainer, I., Moaddel, R., Torjman, M., Goldberg, M., Sabia, M., Parikh, T., Pumariega, A. (2017). Trauma Interventions using Mindfulness Based Extinction and Reconsolidation (TIMBER) psychotherapy prolong the therapeutic effects of single ketamine infusion on post-traumatic stress disorder and comorbid depression: a pilot randomized, placebo-controlled, crossover clinical trial. *Asia Pacific Journal of Clinical Trials and Nervous System Diseases*, 2, 80.

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.

Puetz, T. W., Youngstedt, S. D., Herring, M. P. (2015). Effects of pharmacotherapy on combat-related PTSD, anxiety, and depression: A systematic review and meta-regression analysis. *PLoS One*, 10(5), e0126529.

Ramsawh, H. J., Fullerton, C. S., Herberman Mash, H. B. (2014). Risk for suicidal behaviors associated with PTSD, depression, and their comorbidity in the U.S. Army. *Journal of Affective Disorders*, 161, 116-122.

Ray, S. L. (2008). Evolution of Posttraumatic Stress Disorder and Future Directions. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(4), 217-225. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2007.08.005>

Reisman, M. (2016). PTSD Treatment for Veterans: What's Working, What's New, and What's Next. *P&T*, 41(10), 623-627, 632-634

Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 60:748–756.

Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J., Lewis, C. E., & Bisson, J. I. (2019). Early psychological intervention following recent trauma: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, *10*(1), 1. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1695486>

Rumball, F., Happé, F. and Grey, N. (2020), Experience of Trauma and PTSD Symptoms in Autistic Adults: Risk of PTSD Development Following DSM-5 and Non-DSM-5 Traumatic Life Events. *Autism Research*, *13*: 2122-2132. <https://doi.org/10.1002/aur.2306>

Sanderud, K., Murphy, S., & Elklit, A. (2016). Child maltreatment and ADHD symptoms in a sample of young adults. *European Journal of Psychotraumatology*, *7*(1), 32061. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.32061>

Sareen, J., Cox, B. J., Stein, M. B., et al. (2007). Physical and mental comorbidity, disability, and suicidal behavior associated with posttraumatic stress disorder in a large community sample. *Psychosomatic Medicine*, *69*(3), 242-248.

Selye, H. (1956). *The stress of life*. McGraw-Hill.

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.

Schilpzand, E. J., Sciberras, E., Alisic, E., Efron, D., Hazell, P., Jongeling, B., Anderson, V., & Nicholson, J. M. (2018). Trauma exposure in children with and without ADHD: prevalence and functional impairment in a community-based study of 6–8-year-old Australian children. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *27*(6), 811–819. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1067-y>

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.

Smolík, P. (2002). *Duševní a behaviorální poruchy: Průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika* (2. revid. vyd.). Maxdorf.

Spencer, A. E., Faraone, S. V., Bogucki, O. E., Pope, A. L., Uchida, M., Milad, M. R., Spencer, T. J., Woodworth, K. Y., & Biederman, J. (2016). Examining the association between posttraumatic stress disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, *77*(1), 72–83. <https://doi.org/10.4088/JCP.14r09479>

Spiers, T., & Harrington, G. (2001). A brief history of trauma. Taylor & Francis Group.

Spitzer, Robert L. (1999). Patient health questionnaire: PHQ. New York State Psychiatric Institute.

Stein, D.J., McLaughlin, K.A., Koenen, K.C., Atwoli, L., Friedman, M.J., Hill, E.D., Maercker, A., Petukhova, M., Shahly, V., van Ommeren, M., Alonso, J., Borges, G., de Girolamo, G., de Jonge, P., Demyttenaere, K., Florescu, S., Karam, E.G., Kawakami, N., Matschinger, H., Okoliyski, M., Posada-Villa, J., Scott, K.M., Viana, M.C. and Kessler, R.C. (2014). DSM-5 and ICD-11 definitions of posttraumatic stress disorder: Investigating “narrow” and “broad” approaches. *Depress Anxiety*, *31*: 494-505. <https://doi.org/10.1002/da.22279>

Stevenson, A., Beltran, M., Misra, S., Ametaj, A. A., Bronkhorst, A., Gelaye, B., Koenen, K. C., Pretorius, A., Stein, D. J., & Zingela, Z. (2023). Trauma exposure and psychometric properties of the life events checklist among adults in South Africa. *European Journal of Psychotraumatology*, *14*(1). <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2172257>

Terhakopian, A., Sinaii, N., Engel, C.C., Schnurr, P.P. and Hoge, C.W. (2008), Estimating population prevalence of posttraumatic stress disorder: An example using the PTSD checklist. *J. Traum. Stress*, 21: 290-300. <https://doi.org/10.1002/jts.20341>

Uhrová, T. & Roth J. (2020). *Neuropsychiatrie: klinický průvodce pro ambulanci i nemocniční praxi*. Maxdorf, Jessenius.

U.S. Department of Health and Human Services: Administration for Children and Families. (2023). Adverse Childhood Experiences (ACEs). https://nhtta.acf.hhs.gov/soar/eguide/stop/adverse_childhood_experiences

Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese* (4. vydání, rozšířené a přepracované). Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.

Van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., et al. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153(7, suppl), 83-93.

Vizinová, D., Preiss M. (1999) *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD): psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. Portál.

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., 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., Bovin, M., Lee, D., Sloan, D., Schnurr, P., Kaloupek, D., ... & Marx, B. (2018). The clinician-administered PTSD scale for DSM-5 (CAPS-5): Development and initial psychometric evaluation in military veterans. *Psychological Assessment*, 30(3), 383–395.

Wilkins, K.C., Lang, A.J. and Norman, S.B. (2011), Synthesis of the psychometric properties of the PTSD checklist (PCL) military, civilian, and specific versions. *Depress. Anxiety*, 28: 596-606. <https://doi.org/10.1002/da.20837>

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

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

Xue, C., Ge, Y., Tang, B., et al. (2015). A meta-analysis of risk factors for combat-related PTSD among military personnel and veterans. *PLoS One*, 10(3), e0120270.

Zuromski, KL, Ustun, B, Hwang, I, et al. Developing an optimal short-form of the PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). *Depress Anxiety*. 2019; 36: 790–800. <https://doi.org/10.1002/da.22942>

Seznam příloh

Příloha 1 – Informovaný souhlas

Informace– studie *Validizace nástrojů na měření psychického traumatu*

Název výzkumného projektu:

Vážený pane/paní,

dovolujeme si Vás vyzvat k účasti na výzkumném projektu: *Validizace nástrojů na měření psychického traumatu*

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 participantů: 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)

**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

Seznam tabulek

Tabulka 1: zobrazuje pohlaví u všech výzkumných souborů (str. 56)

Tabulka 2: věk a počet let studia včetně ZŠ u všech výzkumných souborů (str. 57)

Tabulka 3: Nejvyšší dosažené vzdělání (str. 57)

Tabulka 4: Výskyt traumatických událostí v dotazníku LEC – 5 u obou skupin klinického souboru (str. 58)

Tabulka 5: nejhorší prožité události u souboru s pravděpodobnou diagnózou PTSD (str. 59)

Tabulka 6: nejhorší prožité události u souboru bez pravděpodobné diagnózy PTSD (str. 60)

Tabulka 7: deskriptivní statistika metody LEC – 5 (Life Events Checklist-5) (str. 61)

Tabulka 8: deskriptivní statistika metody PCL – 5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5) (str. 62)

Tabulka 9: deskriptivní statistika metody BAI (Beckův inventář úzkosti) (str. 63)

Tabulka 10: deskriptivní statistika metody BDI – II (Beckova sebesuzovací škála depresivity-II) (str. 63)

Tabulka 11: ANOVA u všech 3 výzkumných souborů v rámci demografických údajů (věk, pohlaví, počet let studia a nejvyšší dosažené vzdělání) (str. 64)

Tabulka 12: ANOVA (Kruskal-Wallis test) u všech 3 výzkumných souborů v rámci dotazníkových metod (LEC - 5, PCL-5, BAI a BDI – II) (str. 65)

Tabulka 13: párové porovnávání (DSCF) výsledků demografických údajů všech 3 výzkumných souborů (str. 67)

Tabulka 14: párové porovnávání (DSCF) výsledků sebesuzovacích dotazníkových metod všech 3 výzkumných souborů (str. 69)