

INTERNALIZOVANÉ STIGMA A EFEKTIVITA FARMAKOTERAPIE A PSYCHOTERAPIE U ÚZKOSTNÝCH PORUCH A PORUCH NEUROTICKÉHO SPEKTRA

původní práce

Marie Ocisková^{1,2}
Ján Praško²
Klára Látalová²
Dana Kamarádová²
Aleš Grambal²
Zuzana Sigmundová²
Zuzana Sedláčková¹

¹Katedra psychologie,
Filosofická fakulta University
Palackého v Olomouci

²Klinika psychiatrie,
Lékařská fakulta University
Palackého v Olomouci
a Fakultní nemocnice Olomouc

Kontaktní adresa:

Kontaktní adresa:
PhDr. Marie Ocisková
Klinika psychiatrie
I. P. Pavlova 6
772 50 Olomouc
e-mail: marie.ociskova@atlas.cz

SOUHRN

Ocisková M, Praško J, Látalová K, Kamarádová D, Grambal A, Sigmundová Z, Sedláčková Z. Internalizované stigma a efektivita farmakoterapie a psychoterapie u úzkostných poruch a poruch neurotického spektra

Úvod: Vztah sebestigmatizace a účinnosti léčby je u pacientů s poruchami neurotického spektra málo prozkoumán. Cílem práce bylo zjistit u těchto pacientů míru internalizovaného stigmatu a vztah internalizovaného stigmatu k míře naděje, strategiím zvládnání stresu, osobnostním charakteristikám, míře disociace a léčebnému efektu intenzivního 6týdenního psychoterapeutického programu kombinovaného s farmakoterapií.

Metoda: Do studie bylo zařazeno 32 pacientů obou pohlaví přijatých na psychoterapeutické oddělení k šestitýdennímu psychoterapeutickému pobytu. Na začátku léčby byly pacientům administrovány sebesuzující dotazníky: TCI-R (Dotazník temperamentu a charakteru), ADHS (Dispoziční škála naděje), Cope Inventory, DES (Stupnice disociativní zkušenosti) a ISMI (Internalizované stigma psychické poruchy). Pro hodnocení závažnosti úzkostných příznaků byly na počátku a konci léčby použity posuzovací stupnice: CGI (Celkový klinický dojem), BAI (Beckův

SUMMARY

Ocisková M, Praško J, Látalová K, Kamarádová D, Grambal A, Sigmundová Z, Sedláčková Z. Internalized stigma and efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy in anxiety and neurotic spectrum disorders

Introduction: Little is known about the relationship between self-stigma and treatment effect in patients with neurotic disorders. The goal of this research was to identify a level of internalized stigma in these patients and to clarify the relationship between self-stigma and hope, coping strategies, personality traits, and dissociation.

Method: 32 patients absolved six week residential psychotherapeutic program in the psychotherapeutic department of the University Hospital in Olomouc. They were assessed by several scales – CGI (Clinical Global Impression), subjCGI (subjective CGI), BAI (Beck Anxiety Scale) and BDI (Beck Depression Scale). The patients also completed TCI-R (Temperament and Character Inventory), ADHS (Adult Dispositional Hope Scale), Cope Inventory, DES (Dissociative Experience Scale) and ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness) at the start of the treatment. The treatment consisted of daily group therapy and pharmacotherapy in usual therapeutic doses.

úzkostný inventář), BDI (Beckův depresivní inventář) a sebesuzující SubjCGI (Subjektivní celkový klinický dojem). Všichni pacienti zařazení do sledování podstoupili celkem třicet 90minutových skupinových terapií a užívali psychofarmaka ve standardních terapeutických dávkách.

Výsledky: V průběhu psychoterapeutického pobytu se u pacientů významně snížila průměrná míra depresivních příznaků a zlepšil se jejich celkový duševní stav. Celková míra sebestigmatizace přímo úměrně korelovala v dotazníku Cope Inventorys položkami tendence k užívání návykových látek a sklonem k rezignaci, a negativně se schopností plánovat řešení stresující situace. Z osobnostních charakteristik celková míra sebestigmatizace negativně korelovala s cílesměrností. Míra sebestigmatizace také statisticky signifikantně pozitivně korelovala s mírou disociativních příznaků, úzkostí na konci léčby a stupněm deprese na počátku i konci léčby. Míra internalizovaného stigmatu negativně korelovala se zlepšením celkového klinického dojmu posuzovaného lékařem.

Závěr: Míra sebestigmatizace může významně souviset s některými osobnostními rysy a způsoby zvládnání stresu u poruch neurotického spektra. Internalizované stigma také významně negativně ovlivňuje efektivitu kombinované psychoterapeutické a farmakoterapeutické léčby.

Klíčová slova: internalizované stigma, úzkostné poruchy, neurotické poruchy, psychoterapie, farmakoterapie.

Results: There was a significant reduction of patients' depressive symptoms and improvement of their overall mental health (measured by subjective and objective CGI) during the hospitalization. The level of internalized stigma positively correlated with subscales substance use and tendencies to give up when confronted with stress of the Cope Inventory questionnaire. On the other hand, self-stigma was significantly negatively connected to self-directedness, pathway thinking (a part of Snyder's concept of hope), an ability to plan solutions of stressful events and an ability to find positive elements in them in order to support inner growth. Internalized stigma was also significantly associated with a degree of dissociative symptoms, anxiety at the end of the treatment, and depression at the beginning and the end of the treatment. Self-stigma also negatively correlated with the improvement of the overall clinical evaluation by a psychiatrist.

Conclusion: Internalized stigma is an important factor which influences effectiveness of a combined psychotherapeutic and pharmacological treatment of patients with neurotic disorders.

Key words: internalized stigma, anxiety disorders, neurotic disorders, psychotherapy, pharmacotherapy.

ÚVOD

Stigmatizace psychiatrických pacientů patří mezi důležitá témata současné psychiatrie. Problematika stigmatu a rizika jeho internalizace byla důkladněji popsána u pacientů se závažnými duševními poruchami, jako jsou depresivní porucha, bipolární porucha a schizofrenie.^{1,2} Stigma se však nevyhýbá ani pacientům s poruchami z okruhu tzv. „malé psychiatrie“, mezi něž patří úzkostné a neurotické poruchy.³ Pacienti z tohoto okruhu psychických poruch se často odhodlávají k návštěvě psychiatra dlouhou dobu,

a není výjimkou, že se k odborníkovi dostaví až po mnoha letech, kdy je porucha již chronifikovaná.^{4,5} Samotná představa, že by mohli mít stanovenou diagnózu psychického onemocnění, na ně často působí jako zraňující stigma, které snižuje jejich sebedůvěru a celkově je demotivuje k vyhledání léčby i léčebným krokům jako takovým.^{3,5} V důsledku zvýšené interpersonální citlivosti mívají tyto pacienti zvýšenou tendenci zvnitřnit předsudky ze strany druhých.

Stigmatizace

Problematiku stigmatu je potřebné chápat v souvislostech mezilidských vztahů a dopadu na sebepojetí. Stigmatizace je sociální proces, během něhož člověk na základě disponování něčím, co je pro společnost z nějakého důvodu nepřijatelné, dostává nálepku a přestává být jejím plnohodnotným členem.^{7,8} Jedinec může být stigmatizován z různých příčin – kvůli fyzické abnormalitě či chorobě, duševní poruše, kriminální minulosti, sexuální orientaci, příslušnosti k určité rase, národu apod.⁷ Stigmatizovaný člověk může být společností diskriminován a nezřídka se stává, že se mu nedostává stejných příležitostí jako lidem, kteří stigmatizováni nejsou. Může se jednat o pracovní příležitosti nebo možnosti ubytování.⁸ Jestliže však jedinec navíc vnímané stigma přijme za své a internalizuje je, může i sám zvyšovat překážky k naplnění svých životních možností.^{9,10} Prožívání stigmatu psychické poruchy může mít závažné důsledky. Finzen⁷ poznamenává, že „je to druhá nemoc“, která může násobit postižení, jež způsobuje samotná porucha.

Stigma není kompaktním celkem, ale lze je rozčlenit do tří podskupin – na stigma sociální, strukturální, jinak také institucionální, a internalizované (také nazývané sebestigmatizace).¹¹ Internalizace stigmatu je třífázovým procesem, v jehož průběhu člověk přijímá za své negativní předsudky, které vůči němu druzí chovají.^{12–15} V první fázi se stigmatizovaný jedinec setkává se sníženým přijetím od okolí. Vnímá, že je s ním nakládáno jinak než s těmi, kteří psychiatrickou diagnózu nemají. Následně si uvědomuje předsudky, které k tomuto nerovnému postoji druhé vedou. Pokud stigmatizovaný člověk setrvá v této fázi a nepostoupí do následujících, nemusí se stigma na jeho duševním stavu ještě nijak výrazně podepsat.¹⁶ Druhou fází představuje souhlas s negativními stereotypy. Např. duševně nemocný může souhlasit s názorem, že psychiatři pacienti jsou méněcenní. V závěrečné fázi internalizace stigmatu předsudky aplikuje na sebe.¹⁴ Následky se pak projevují na mnoha úrovních – zvyšuje se výskyt dysforických emocí, snižuje se sebedůvěra a kvalita života. Zvyšuje se také úzkost z důvodu anticipace dalšího nepřijetí či odsouzení ze strany druhých. To může vést až k sociální izolaci nebo k jinému maladaptivnímu jednání, nebo i ke změně identity.¹⁰ V případě, že se internalizované stigma týká duševní nebo somatické choroby, je spojováno s nižší adhezí k léčbě, těžší závažností symptomatologie a celkově horší prognózou.¹⁵

Poruchy neurotického spektra a stigmatizace

Stereotypy o psychiatrických pacientech, které ve společnosti přetrvávají, typicky hodnotí duševně nemocné jako nebezpečné, agresivní, iracionální v jednání, a tudíž nevypočitatelné a nespolehlivé.^{8,17} Taková očekávání chová společnost především vůči osobám se závažnými psychickými chorobami, jako jsou psychózy,¹⁰ nevyhýbají se však ani pacientům s úzkostnými a neurotickými poruchami.^{3,18} Lidé s úzkostnou či depresivní symptomatologií si mnohdy odmítají připustit, že jejich problémy mají základ v psychice, protože se obávají, že „by mohli být pokládáni

za bláznů“. Často předtím, než navštíví psychiatra, absolvují četná vyšetření a léčbu s omezenou úspěšností na somatických odděleních. Psychiatrovi se vyhýbají.^{6,19} Poté, co je jim diagnostikována neurotická porucha, se mohou stát citlivějšími na projevy stigmatizace ze strany okolí, a tím i na riziko internalizace stigmatu.

Ne každý člověk s psychickou poruchou, který vnímá stereotypy ze strany okolí, však stigma internalizuje. Někteří lidé jsou v případě ohrožení stigmatizací připraveni přesvědčit druhé, že jejich stereotypy neodpovídají realitě.¹⁶ Jiní lidé si žádnou stigmatizaci nepřipouštějí. Zdá se tedy být důležité určit osobnostní proměnné, které působí jako nárazník proti negativnímu vlivu stigmatu a které riziko internalizace naopak zvyšují. Pro identifikaci osobnostních proměnných, které sehrávají roli při formování internalizovaného stigmatu, se často užívá Cloningerova biosociální teorie osobnosti a z ní vycházející osobnostní inventář TCI-R.²⁰ Prostřednictvím této psychodiagnostické metody bylo např. zjištěno, že sebestigmatizace osob s psychickou poruchou souvisí s častějším vyhýbáním se možným zdrojům ohrožení a nižší cílesměrností a vytrvalostí.²¹ Cílesměrnost a vytrvalost tvoří základy kognitivní teorie naděje Charlese Snydera, která je založena na předpokladu, že prožitek naděje se vynořuje tehdy, má-li jedinec vytyčený cíl, na jehož dosažení má přibližně padesátiprocentní šanci. Za této podmínky je schopen stanovovat adaptivní a flexibilní cesty, jak ho dosáhnout, a disponuje dostatečnou mírou motivace na cestě setrvat a v případě potřeby ji měnit.²² Lidé, kteří stigma zvnitřnili, prožívají spíše beznaděj.^{11,23} Zároveň užívají spíše zvládací strategie zaměřené na emoce než na aktivní zvládnání stresoru a zvýšeně se vyhýbají sociálním situacím.^{2,24}

Internalizované stigma a efektivita léčby u pacientů neurotického spektra

Dosud je relativně málo známo o roli sebestigmatizace a léčebném efektu u pacientů s poruchami neurotického spektra. Z předběžných kvalitativních dat je patrné, že čím více pacient s neurotickou či úzkostnou poruchou označuje své vlastní problémy jako známky slabosti nebo odlišnosti od druhých, tím později přichází do léčby. Následně odmítá přijmout fakt samotné diagnózy, prožívá větší distres a více doufá, že problém bude odstraněn zevním přičiněním spíše než jeho vlastní prací.^{6,19} Výzkumné studie zabývající se touto problematikou však prakticky chybějí.

METODA

Cílem práce bylo zhodnotit míru internalizovaného stigmatu pacientů s poruchami neurotického spektra s komorbidní depresivní poruchou nebo bez ní a zjistit vztah internalizovaného stigmatu k osobnostním charakteristikám a strategiím zvládnání stresu, míře naděje a ke změně symptomatologie v průběhu léčby.

Pacienti

32 pacientů přijatých na psychotherapeutické oddělení Kliniky psychiatrie FNOL pro úzkostnou či neurotickou poruchu bylo zařazeno do studie, pokud splňovali následující kritéria:

1. věk 18–75 let; 2. diagnóza některé z úzkostných poruch nebo neurotických poruch (GAD, panická porucha, agorafobie, smíšená úzkostně depresivní porucha, sociální fobie, PTSD, OCD, somatoformní poruchy) podle MKN-10.²⁵

Do studie nebyli zařazeni pacienti, kteří zároveň trpěli závažným tělesným onemocněním, bipolární afektivní poruchou, schizofrenií nebo jinou psychotickou poruchou. Pokud byla zároveň s neurotickou či úzkostnou poruchou diagnostikována mírná nebo středně závažná depresivní porucha, nebo pokud pacienti zároveň trpěli poruchou osobnosti, do studie zařazeni byli. Diagnóza provedená podle výzkumných kritérií MKN-10²⁵ byla potvrzena přijímajícím lékařem, lékařem oddělení, primářskou vizitou a byla uvedena v propouštěcí zprávě.

Posuzovací nástroje

Po podepsání informovaného souhlasu pacienti vyplnili posuzovací škály a dotazníky. Použity byly na počátku i konci léčby následující posuzovací nástroje:

BAI (Beck Anxiety Inventory²⁶) – Beckova stupnice úzkosti se skládá z 21 položek se čtyřbodovou Likertovou stupnicí, v níž jedinec označuje příznaky úzkosti, jimiž trpěl za poslední týden, a míru, v jaké jsou pro něj nepříjemné. Přestože je u nás BAI používán více než 20 let, nebyl pro naši populaci standardizován. Původní skóre dotazníku BAI mají střední až vysokou konvergentní validitu s dotazníky a škálami úzkosti,²⁷ vnitřní konzistence (Cronbachova alfa) dotazníku je 0,93.²⁸

BDI (Beck Depression Inventory²⁹) – Beckův inventář deprese obsahuje 21 položek, v nichž jedinec označuje jednu ze čtyř možností, která pro něj nejvíce platí. Korelace Beckova inventáře deprese s ostatními standardizovanými škálami deprese se pohybuje kolem 0,70, vnitřní konzistence (Cronbachova alfa) se pohybuje od 0,73 do 0,95.³⁰ Škála je široce používána v klinické i výzkumné praxi a je určena k posouzení aktuální úrovně depresivní symptomatologie. Test byl adaptován na českou populaci.³¹

CGI (Clinical Global Impression³²) – jde o celkové hodnocení závažnosti psychopatologie. Zdrojem hodnocení ObjCGI je komplexní hodnocení pacienta lékařem. V její subjektivní verzi (SubjCGI) hodnotí svůj celkový stav pacient sám na stupnici 1–7, přičemž každý ze stupňů závažnosti má popsání charakteristiky.

TCI-R (Temperament and Character Inventory – Revised Version²⁰) – inventář obsahuje 240 položek, z toho 5 je validizačních. Inventář měří čtyři temperamentové a tři charakterové vlastnosti, a to včetně jejich dílčích subškál. Mezi vlastnosti temperamentu patří vyhledávání nového, vyhýbání se možným zdrojům ohrožení, závislost na odměně a vytrvalost, mezi charakterové pak cílesměrnost, spolupráce a sebezpřesah.³³ České percentilové normy vytvořili Preiss a Klose.³⁴

ADHS (Adult Dispositional Hope Scale) – dispoziční škála sestává z 12 položek – 4 jsou zaměřeny na schopnost

stanovovat adaptivní cesty k cíli, 4 na snahu a zbývající slouží jako distraktory. Z osmibodové stupnice pacient volí míru souhlasu s uvedeným tvrzením. Český překlad vytvořily nezávisle na sobě Sobotková (nepublikovaná data) a Ocisková.³⁵ Po ověření reliability škály a realizaci faktorové analýzy byla vytvořena třetí verze. Překlad vykazuje uspokojivý stupeň vnitřní konzistence – celková Cronbachova alfa je 0,85, alfa subškály cesta 0,73 a alfa subškály snaha 0,78. Výsledkem explorační faktorové analýzy s rotací varimax s Kaiserovou normalizací je zjištění, že až na jednu výjimku sytí položky příslušné subškály, dva extrahované faktory sytily 54 % variance. Anglická ani česká verze nedisponuje normami.

Cope Inventory³⁶ – inventář je založen na teorii zvládnání stresu Lazaruse a Folkmanové a obsahuje 60 položek se čtyřbodovou stupnicí zaměřenou na frekvenci výskytu popsání reakcí na stresovou situaci. Strategii zvládnání stresu, na něž se inventář zaměřuje, je celkem 15. Zahrnují strategie zaměřené na emoce a problém, adaptivní i méně neadaptivní. Českou verzi vytvořila Dostálová s Dostálem, standardizace metody je v procesu. Překlad má uspokojivou míru celkové Cronbachovy alfy (0,88). Cronbachova alfa pro jednotlivé strategie zvládnání činila pro 11 subškál míru vyšší než 0,7, pro čtyři zbývající pak byla nižší. Výsledek odpovídá reliabilitě původní verze.³⁶ Metoda nemá normy.

ISMI (Internalized Stigma Of Mental Illness³⁷) – škála se skládá z 29 položek se čtyřbodovou stupnicí a měří 5 oblastí internalizovaného stigmatu. Patří mezi ně pocit odčizení a toho, že jedinec není plnohodnotným členem společnosti, míra souhlasu se stereotypy o lidech s duševní poruchou, percepce toho, jak je s pacientem nyní, od doby stanovení diagnózy, zacházení, stažení ze společnosti a stupeň rezistence vůči stigmatu.³⁸ Vzhledem k absenci české verze přeložili metodu Dostálová s Dostálem. Celková Cronbachova alfa překladu činila 0,9, jednotlivé subškály disponovaly vyšší mírou vnitřní konzistence než subškály původní anglické verze škály.³⁷ Pomocí explorační faktorové analýzy s rotací varimax s Kaiserovou normalizací bylo identifikováno 5 faktorů vysvětlujících 67 % variance. Subškála souhlasu se stereotypy se rozdělila do dvou faktorů, rezistence vůči stigmatu neměla svůj faktor. To odpovídá zjištění, že rezistence vůči stigmatu představuje koncepčně odlišný prvek, a faktorová analýza by tedy měla zahrnovat pouze zbylé čtyři subškály.³⁹ Metoda nedisponuje normami.

DES (Dissociative experience scale⁴⁰) – stupnice disociativní zkušenosti je dotazník popisující celkem 28 prožitků, u každého z nich pacient na 10cm úsečce vyznačuje, jak často se mu tento prožitek stává. Dotazník byl přeložen do češtiny ve srovnatelné podobě.⁴¹ Hodnotili jsme také míru patologické disociace pomocí Dissociative Experience Scale Taxon (DES-T), která zkoumá jen 8 z 28 položek dotazníku DES (otázky 3, 5, 7, 8, 12, 13, 22 a 27), hodnotících depersonalizaci, derealizaci, alteraci identity a amnestickou kvalitu patologické disociace.⁴²

Metody léčby

Všichni pacienti podstoupili v rámci hospitalizace na psychotherapeutickém oddělení léčbu pomocí skupinové

psychoterapie (kognitivně-behaviorální nebo psychodynamické) a zároveň užívali antidepresiva, případně v kombinaci s anxiolytiky nebo antipsychotiky. Celkem absolvovali 30 skupinových sezení s doplněním 5 individuálních setkání. Léky byly podávány podle doporučených postupů při léčbě úzkostných poruch.^{43–47} Ke statistickému hodnocení výsledků byl použit statistický program Prism3. Demografická data i průměrná celková skóre v jednotlivých posuzovacích stupnicích byla hodnocena pomocí popisné statistiky; byly zjištěny průměry, mediány, směrodatné odchylky a charakter rozložení dat. Změny ve skóre v průběhu léčby byly hodnoceny párovými t-testy. Rozdíly v poklesech v jednotlivých posuzovacích stupnicích u pacientů s komorbidní depresí a bez ní byly hodnoceny pomocí ANOVA. Vztahy mezi jednotlivými kategoriemi byly hodnoceny pomocí korelačních koeficientů a lineární regrese. U všech statistických testů byla za přijatelnou považována 5% hladina statistické významnosti. Studie byla schválena místní etickou komisí. Výzkum byl proveden v souladu s poslední verzí Helsinské deklarace a doporučením pro Správnou klinickou praxi.⁴⁸ Pacienti podepsali informovaný souhlas.

VÝSLEDKY

V tomto sdělení prezentujeme výsledky pacientů přijatých do intenzivního skupinového psychotherapeutického programu na psychotherapeutické oddělení FNOL od listopadu 2012 do února 2013.

Popis souboru

Do studie bylo dosud zařazeno 32 pacientů (z toho 27 žen). Průměrný věk byl $40,16 \pm 13,88$ roku. Osm pacientů mělo základní vzdělání, 6 bylo vyučených, 13 mělo stře-

doškolské vzdělání a 5 vysokoškolské. Třináct bylo nezaměstnaných, 13 pracovalo jako zaměstnanci nebo OSVČ, 4 pacientky byly v invalidním důchodu a 2 ve starobním důchodu. 11 pacientů bylo svobodných, 13 pacientů bylo ženatých/vdaných, 7 rozvedených a 1 vdova.

Diagnostické spektrum psychotherapeutického oddělení v období hodnocení bylo široké. Jako primární diagnóza byla stanovena porucha neurotického spektra u 22 pacientů (u 10 z nich jako jediná diagnóza) a depresivní porucha u 10 pacientů (všichni s komorbiditou s poruchou neurotického spektra). U 22 pacientů bylo tedy diagnostikováno více komorbidních diagnóz (tab. 1). U 11 pacientů byla diagnostikována rovněž porucha osobnosti, z toho u devíti šlo o emočně nestabilní poruchou osobnosti – hraniční typ a ve dvou případech šlo o smíšenou poruchu osobnosti.

Medikace

Pacienti byli léčeni běžnými dávkami antidepresiv, a to vesměs preparáty, se kterými byli k léčbě doporučeni. Na počátku léčby bylo 7 pacientů léčeno pouze antidepresivem, u 3 byla kombinace dvou antidepresiv, u 10 kombinace antidepresiva a anxiolytika, u 7 kombinace antidepresiva a antipsychotika a tři pacientky léky neužívaly (počty pacientů užívajících určitou skupinu farmak na počátku a na konci léčby v tab. 1). Dávky léků byly upravovány minimálně (snižování nebo postupné vysazení benzodiazepinů u deseti pacientů, augmentace antipsychotikem druhé generace u dvou pacientů, kteří předtím antipsychotikum nedostávali). Průměrná dávka léku na pacienta a den u antidepresiva byla $47,10 \pm 40,76$ mg ekvivalentu paroxetinu na počátku a $48,67 \pm 40,49$ mg ekvivalentu paroxetinu na konci léčby. V 10 případech byla na počátku antidepresivní léčba kombinovaná s anxiolytikem v průměrné dávce $0,90 \pm 0,59$ mg ekvivalentu alprazol-

Tab. 1. Primární diagnóza, komorbidita, druh medikace a průměrné dávky

Primární diagnóza	počet	Komorbidita (počet pacientů)					Medikace (počet pacientů na počátku/konci léčby)						
		Bez	1 por	2 por	3 a více por	PO	AD	ANX	AP2	Komb 2 léky	Komb 3 léky	Bez léků	
Depresivní porucha	10	0	4	5	1	2	8/9	5/1	2/4	2/3	2/1	2/1	
Neurotické spektrum	22	13	5	4	0	9	19/20	7/3	5/5	7/3	2/3	2/2	
z toho	panická porucha/agorafobie	3	1	1	1	0	1	2/2	1/0		1/0		1/1
	OCD	3	2	1	0	0	1	3/3		1/1	1/1		
	PTSD	1	0	0	1	0	1	1/1	0/1	1/1	1/0	0/1	
	GAD	2	1	0	1	0	0	2/2	1/1		1/0	0/1	
	Směšená úzkostně depresivní porucha	6	5	1	0	0	3	5/6	3/1	3/3	2/2	2/1	
	Poruchy přizpůsobení	3	3	0	0	0	3	3/3	1/0		1/0		
	Sociální fobie	1	0	1	0	0	0	1/1					
	Disociativní poruchy	2	1	0	1	0	0	1/1					1/1
Neurastenie	1	0	1	0	0	0	1/1	1/0					
Průměrná dávka přepočtena na indexovou látku (paroxetin, alprazolam, resp. risperidon) v mg na den na počátku léčby							47,10 ± 40,76	0,90 ± 0,59	2,00 ± 1,78				
Průměrná dávka přepočtena na indexovou látku (paroxetin, alprazolam, resp. risperidon) v mg na den na konci léčby							48,67 ± 40,49	0,56 ± 0,38	1,83 ± 1,9				

Legenda: Por – komorbidní porucha mimo poruchy osobnosti; AD – antidepresivum – ekvivalent paroxetinu; AP2 – antipsychotikum 2. generace – ekvivalent risperidonu; ANX – anxiolytikum; SN – stabilizátor nálady; Komb – kombinace; PO – porucha osobnosti

Tab. 2. Průměrná skóre v posuzovacích stupnicích na počátku a konci léčby u celého souboru a u pacientů s komorbidní depresivní poruchou a bez ní

	BAI – začátek	BAI – konec	BDI – začátek	BDI – konec	ObjCGI – začátek	ObjCGI – konec	SubjCGI – začátek	SubjCGI – konec
Celkový soubor	23 ± 12	20,8 ± 12,7	25,2 ± 12,2	21 ± 14,2	4,8 ± 0,9	2,7 ± 1	4,5 ± 1,1	2,8 ± 1,3
Párový t-test	t = 0,9709 df = 30; n. s.		t = 2,252 df = 30; p ≤ 0,05		t = 2,306 df = 30; p ≤ 0,05		t = 6,424 df = 29; p < 0,0001	
Komorbidita s depresí n = 10	21,4 ± 13,8	18,0 ± 12,6	24,3 ± 14,1	19,4 ± 16,3	4,5 ± 0,8	2,8 ± 1,4	4,7 ± 0,7	2,6 ± 1,0
Bez deprese n = 22	23,7 ± 11,4	22,2 ± 12,8	25,6 ± 11,5	21,9 ± 13,4	4,5 ± 1,3	2,8 ± 1,2	4,9 ± 1,0	2,8 ± 1,1
Nepárový t-test	t = 0,5012 df = 30, ns.	t = 0,8586 df = 29, ns.	t = 0,2743 df = 30, ns.	t = 0,4460 df = 29, ns.	t = 0,1033 df = 30, ns.	t = 0,1014 df = 28, ns.	t = 0,5898 df = 30, ns.	t = 0,5063 df = 29, ns.
Změna skóre během léčby two-way RM ANOVA	F = 3,802 df = 10: ns		F = 9,656 df = 10: p ≤ 0,005		F = 0,5752 df = 10: ns		F = 1,865 df = 10: ns	

mu; na konci užívali anxiolytikum 4 pacienti v průměrné dávce $0,56 \pm 0,38$ mg ekvivalentu alprazolamu. Sedm pacientů bylo na počátku augmentováno antipsychotikem 2. generace s průměrnou dávkou $2,00 \pm 1,78$ ekvivalentu risperidonu, na konci léčby byla augmentace u 9 pacientů s průměrnou dávkou $1,83 \pm 1,9$ mg ekvivalentu risperidonu na den. Ve třech případech byla použita dvojkombinace serotoninergních antidepresiv. Tři pacienti, kteří v minulosti antidepresiva užívali bez efektu a nyní léky odmítali, byli léčeni pouze pomocí psychoterapie bez farmakologické podpory.

Mezi pacienty, u kterých byla diagnostikována komorbidní depresivní porucha, se průměrná dávka antidepresiva na počátku léčby statisticky významně nelišila od skupiny bez komorbidní depresivní poruchy ($60,0 \text{ mg} \pm 48,0 \text{ mg}$ versus $41,8 \pm 37,4 \text{ mg}$ indexu paroxetinu). Na konci léčby však byla dávka u pacientů s komorbidní depresí vyšší než u pacientů bez deprese ($77,8 \pm 46,3$ versus $34,5 \pm 21,3 \text{ mg}$). V dávce přídatného anxiolytika či antipsychotika se mezi sebou skupiny statisticky významně nelišily.

Změna v BAI, BDI a CGI v průběhu léčby

Během léčby došlo ke statisticky významným poklesům celkových skóre v posuzovacích stupnicích BDI, subjektivní i objektivní CGI. U stupnice BAI tento pokles nedosáhl statistické významnosti (tab. 2). Změny v žádné z posuzovacích stupnic nekorelovaly s dávkami léků na počátku ani na konci léčby.

Rozdíly v posuzovacích stupnicích u pacientů s komorbidní depresí a bez ní

Průměrná celková skóre v posuzovacích dotaznících BAI, BDI a SubjCGI se na počátku ani na konci léčby statisticky významně nelišila u pacientů s komorbidní depresí a bez ní (tab. 2).

Při porovnání poklesů v jednotlivých posuzovacích stupnicích u pacientů s komorbidní depresí a bez deprese se skupiny mezi sebou statisticky významně nelišily v BAI, SubjCGI, ani ObjCGI (tab. 2, poslední řádek). Statisticky významný rozdíl mezi depresivní a nedepresivní skupinou ve změně celkových skóre byl zjištěn pouze u BDI. Zdá se tedy, že pokles depresivní symptomatologie je u pacientů s komorbidní depresí statisticky významně větší než pokles depresivity u pacientů s poruchou neurotického spektra bez komorbidní deprese.

Výsledky hodnocení vztahu internalizovaného stigmatu k dalším psychologickým parametrům

Celkové skóre ISMI hodnotící 5 oblastí internalizovaného stigmatu statisticky významně koreluje s některými zvládacími strategiemi, osobnostními rysy, prožívanou nadějí, závažností psychopatologie a mírou disociace. V dalším textu bude probráno podrobněji (tab. 3).

ISMI, zvládací strategie a škála naděje

Stupeň sebestigmatizace pozitivně koreluje se zvládací strategií „užívání návykových látek“ ve stresujících situacích (Pearson $r = 0,43$; $p \leq 0,05$). Mezi ně pacienti řadili alkohol a cigarety, ale také anxiolytika, hypnotika a ve dvou případech jídlo. S mírou sebestigmatizace roste i vzdávání snahy řešit problémy (behaviorální rezignace; Pearson $r = 0,4195$; $p \leq 0,05$). Pacienti s vyšším stupněm internalizovaného stigmatu své problémy aktivně neřeší a vykazují spíše externí místo kontroly, o čemž svědčí negativní korelace stupně sebestigmatizace se schopností plánovat řešení stresujících situací (Pearson $r = -0,3937$; $p \leq 0,05$).

S pasivními strategiemi zvládnání stresu se pojí i výsledky subsškály „cesta“ z Dispoziční stupnice naděje. Pacienti s vyšší sebestigmatizací cítí menší naději a zároveň v řešení problémů používají méně aktivní přístupy (Pearson $r = -0,6546$; $p \leq 0,0001$). Ukazuje se rovněž, že pacienti s vyšší mírou sebestigmatizace jsou méně schopni využít pozitivních prvků nepříjemných zážitků, které by zmírnily jejich negativní dopad a sloužily jako zdroj poučení (subsškála „pozitivní reinterpretace a růst“; Pearson $r = -0,5903$; $p \leq 0,0005$).

Míra sebestigmatizace ISMI a její vztah k osobnostním rysům v TCI-R

Stupeň sebestigmatizace pozitivně koreluje s osobnostním rysem „vyhýbání se ohrožení“ (harm avoidance v TCI-R; Pearson $r = 0,6156$; $p \leq 0,0005$), což vypovídá o pohotovosti k prožívání úzkosti, nesmělosti v interpersonálních vztazích a rychlé unavitelnosti.

Negativní korelace s mírou sebestigmatizace byla také zaznamenána ve vztahu k osobnostnímu rysu cílesměrnosti (self-directedness v TCI-R; Pearson $r = -0,6162$; $p \leq 0,0005$). Pacienti s vyšší mírou internalizovaného stigmatu tedy mají potíže s vytyčením cíle, o němž by rádi usilovali, a stanovením kroků, které by vedly k jeho dosažení.

Tab. 3. Výsledné hodnoty ISMI s porovnáním celkového a dílčích skóre u pacientů s komorbidní depresivní poruchou a bez ní, Škály naděje, Cope Inventory, TCI-R

ISMI – průměr celé skupiny a porovnání depresivních a nedeprativních								
	Celkové skóre	Odcizení	Souhlas se stereotypy	Zkušenost diskriminace	Sociální stažení	Rezistence vůči stigmatu		
Průměr	67,88	16,34	14,06	10,75	13,97	9,906		
SD	13,44	4,132	3,741	3,069	3,972	2,692		
Depresivní (n = 10)	68,8 ± 12,8	16,6 ± 4,0	15,4 ± 2,6	9,7 ± 2,5	13,8 ± 4,0	7,9 ± 1,0		
Nedeprativní (n = 22)	67,5 ± 14,0	16,2 ± 4,3	13,5 ± 4,1	11,2 ± 3,2	14,1 ± 4,1	10,8 ± 2,7		
Nepárové t-testy	t = 0,2585 df = 30	t = 0,2329 df = 30	t = 1,383 df = 30	t = 1,320 df = 30	t = 0,1595 df = 30	t = 3,251 df = 30		
P hodnota	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	p ≤ 0,005		
Škála naděje – průměry celé skupiny								
	Celkové skóre	Cesta	Snaha					
Průměr	34,87 ± 10,16	18,77 ± 5,433	16,1 ± 6,085					
Cope Inventory – průměry celé skupiny								
	Celkové skóre	Pozitivní reinterpretace a růst	Mentální rezignace	Ventilace emocí	Užití instrumentální sociální opory	Aktivní zvládnání	Popření	Zaměření na náboženství
Průměr	149,2 ± 20,35	10,16 ± 3,09	10,63 ± 2,38	10,63 ± 3,08	11,09 ± 3,37	11,13 ± 3,07	8,84 ± 2,70	7,34 ± 4,28
	Humor	Behaviorální rezignace	Odložení řešení na vhodnou dobu	Užití emocionální sociální opory	Užívání návykových látek	Akceptace	Odsunutí dalších aktivit	Plánování
Průměr	6,59 ± 3,19	10,84 ± 3,09	10,28 ± 2,13	10,97 ± 3,33	9,5 ± 4,37	10,41 ± 3,12	9,84 ± 2,93	11,06 ± 2,71
TCI-R – průměry celé skupiny								
	Vyhledávání nového	Vyhýbání se možným zdrojům ohrožení	Závislost na odměně	Vytrvalost	Cílesměrnost	Spolupráce	Sebepřesah	
Průměr	99,97 ± 14,84	119,3 ± 16,94	96,55 ± 12,36	100,9 ± 19,13	119,3 ± 16,94	124,5 ± 14,36	70,84 ± 13,09	

V důsledku toho mohou být bezradní při řešení každodenních drobných i větších starostí. Některé ze zmíněných vztahů jsou znázorněny v grafu 1.

Míra sebestigmatizace ISMI a její vztah k závažnosti příznaků úzkosti a deprese

Ukazuje se, že míra internalizovaného stigmatu souvisí se stupněm úzkostných symptomů hodnocených BAI na konci léčby (Pearson $r = 0,4469$; $p \leq 0,05$) a stupněm depresivních příznaků hodnocených BDI na počátku (Pearson $r = 0,4357$; $p \leq 0,05$) i na konci léčby (Pearson $r = 0,4814$; $p \leq 0,05$) (graf 2).

Úzkostnost na počátku léčby tedy nesouvisí s mírou sebestigmatizace. Pacienti s vyšším stupněm internalizovaného stigmatu však na konci léčby dosahují vyšší míry úzkosti, zlepši se tedy v průběhu terapeutického pobytu méně. Sebestigmatizace na počátku pozitivně koreluje s mírou depresivity jak na počátku, tak na konci léčby. To znamená, že pacienti s vyšší mírou sebestigmatizace jsou od počátku do konce více depresivní než pacienti s nižší mírou depresivity. Vztah však může mít i opačnou kauzalitu – pacienti s vyšší mírou depresivity trpí také vyšší mírou sebestigmatizace.

Co se týče změny symptomatického stavu v průběhu léčby, hodnocenou změnou v CGI, celkové skóre ISMI statisticky významně negativně koreluje se změnou celkové závažnosti příznaků v průběhu léčby hodnocenou lékařem v ObjCGI (Pearsonovo $r = -0,7665$; $p \leq 0,0001$). Míra stigmatizace však nesouvisí s poklesem skóre v sub-

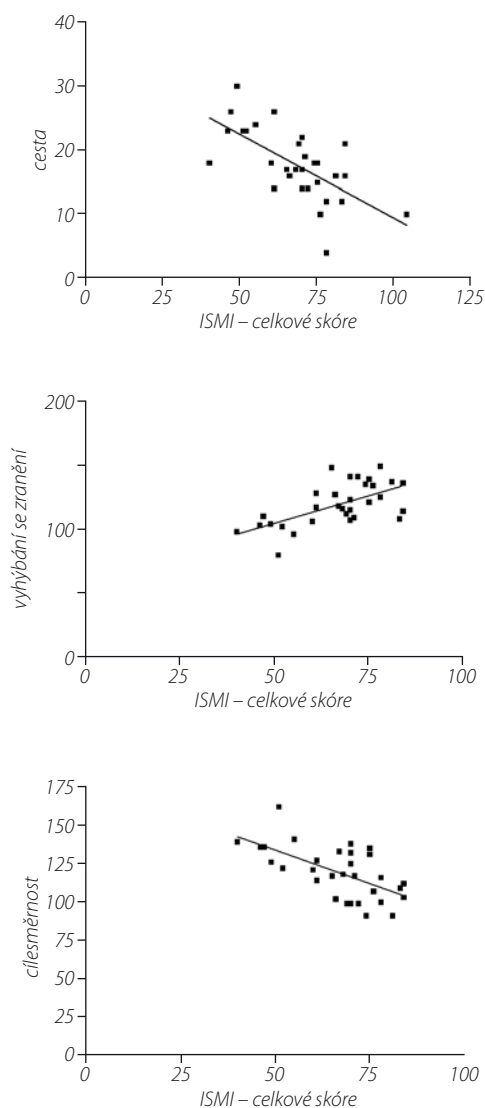
jektivních posuzovacích stupnicích (SubjCGI: Pearson $r = -0,2934$; n. s.; BAI: Spearman $r = -0,1665$; n. s.; a BDI: Spearman $r = -0,1665$; n. s.).

Míra sebestigmatizace ISMI a její vztah k disociaci hodnocené v DES

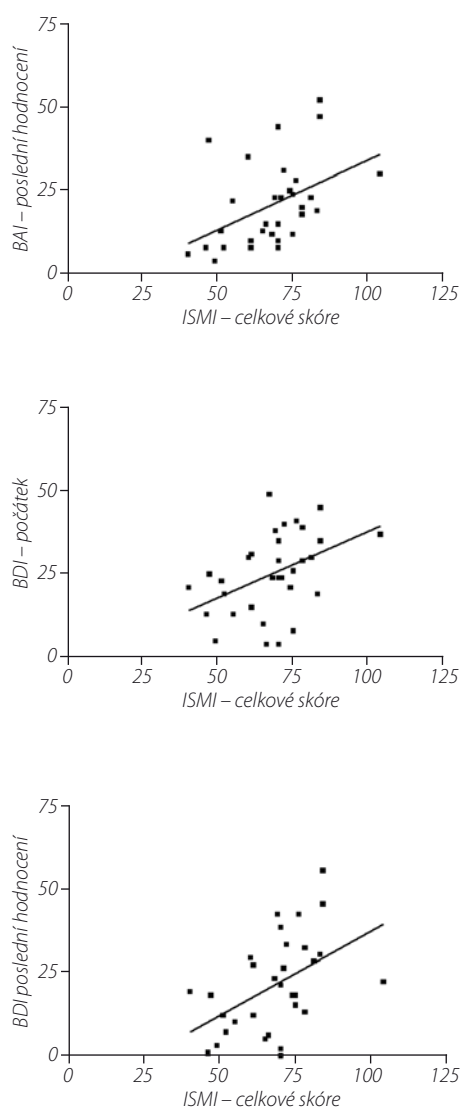
Posledním zkoumaným jevem je vztah mezi internalizovaným stigmatem a disociací. Stupeň sebestigmatizace na počátku léčby statisticky významně pozitivně koreluje s celkovou mírou disociace měřenou pomocí DES (Pearson $r = 0,4696$; $p \leq 0,01$). Statistická metoda korelace nám však neumožňuje zjistit příčinnost – tedy, zda přítomnost internalizovaného stigmatu predikuje zvýšený výskyt disociativních příznaků, nebo zda pacienti, kteří zvýšeně disociují, následně trpí větší sebestigmatizací.

Při podrobnějším pohledu na jednotlivé subškály ISMI se ukázalo, že celkové skóre DES statisticky významně pozitivně souvisí s některými subškálami, jako je „odcizení“ (Pearson $r = 0,3938$; $p \leq 0,05$), „souhlasem se stereotypy“ (Pearson $r = 0,5298$; $p \leq 0,005$) a „stažení ze společnosti“ (Pearson $r = 0,5047$; $p \leq 0,005$). Vyšší míra disociace naopak nepřímou úměrně souvisí se subškálou „rezistence vůči stigmatu“ (Pearson $r = -0,3532$; $p \leq 0,05$).

Také patologická disociace posuzovaná pomocí DES-taxonu statisticky významně koreluje s celkovou mírou sebestigmatizace (Spearman $r = 0,4834$; $p \leq 0,01$). Tedy čím více pacient skóruje v patologické disociaci, tím více se zároveň sám stigmatizuje.



Graf 1. Lineární regrese mezi ISMI a subskórem „cesta“ Škály naděje, „vyhýbání se možnému zdroji ohrožení“ a „cílesměrnosti“ v Dotazníku temperamentu a charakteru

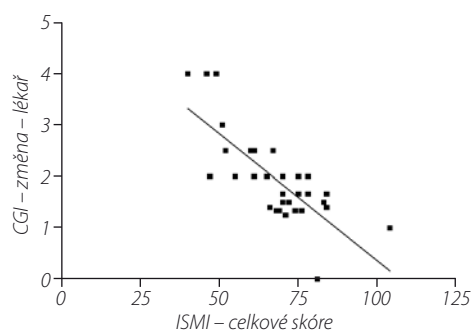


Graf 2. Lineární regrese mezi ISMI a BAI na konci a BDI na počátku a na konci

V podrobnější analýze se ukázalo, že subškály ISMI, které se s patologickou disociací signifikantně pojí, jsou podobně jako v případě celkového skóre DES, následující: „odcizení“ (Spearman $r = 0,4341$; $p \leq 0,05$), „soulad se stereotypy“ (Spearman $r = 0,4926$; $p \leq 0,005$) a „sociální stažení“ (Spearman $r = 0,4834$; $p \leq 0,005$).

Vztah mezi komorbidní diagnózou depresivní poruchy a sebestigmatizací

Při rozdělení skupiny pacientů na ty, u kterých byla diagnostikována také depresivní porucha, a na ty, u kterých diagnostikována nebyla, se celkové skóre sebestigmatizace v ISMI od sebe statisticky významně nelišilo, statisticky významný rozdíl však byl zjištěn v subškále „rezistence vůči stigmatu“, kde se ukazuje, že pacienti s depresivní poruchou mají nižší odolnost vůči stigmatu než pacienti s úzkostnou poruchou bez komorbidit s depresivní poruchou (tab. 2).



Obr. 3. Lineární regrese mezi ISMI a změnou v objektivním CGI

DISKUSE

Ačkoliv byla publikována data o vlivu stigmatu na efektivitu léčby a prognózu duševních onemocnění z okruhu psychóz a afektivních poruch,^{1,2} je dosud málo známo o účinku stigmatizace na vývoj psychických poruch z oblasti tzv. „malé psychiatrie“, mezi něž spadají i poruchy neurotického spektra. Kladli jsme si proto za cíl zjistit, zda může míra internalizovaného stigmatu významně souviset s efektivitou léčby u těchto poruch. S ohledem na skutečnost, že ne každý duševně nemocný stigma internalizuje,¹⁶ pokusili jsme se zároveň zjistit, zda některé proměnné na straně osobnosti pacienta nemohou souviset s rozvojem sebestigmatu.

Celková míra internalizovaného stigmatu středně silně korelovala s mírou depresivity na počátku i na konci léčby. Potvrdili jsme tedy zjištění z jiných výzkumů,^{15,37,49} která již dříve položila spojnici mezi sebestigmatizací a stupeň deprese. Sebestigmatizace také významně souvisela s mírou úzkostných symptomů měřenou poslední týden pobytu na psychoterapeutickém oddělení, nekorelovala však s úzkostnými příznaky na počátku léčby. K tomuto zjištění je však nutno uvést, že průměrný rozdíl mezi hodnotou BAI na počátku a na konci léčby nebyl významný, a pokles úzkosti, na rozdíl od poklesu deprese, se na změně celkového psychického stavu patrně dostatečně nepodílel. To může znamenat, že lidé, kteří internalizovali vnímané předsudky ze strany okolí, se sice na počátku léčby výrazně nelišili od těch, kteří sebestigmatizací netrpěli, před dimisí a návratem do původního prostředí však prožívali významně větší úzkost. Co se týče samotného vlivu internalizovaného stigmatu na efektivitu kombinované léčby, našli jsme nepřímou úměrnost. Čím více se pacient ztotožňuje s vnímanými předsudky ze strany společnosti, tím méně se jeho stav během léčby zlepšuje v objektivních hodnoceních. Korelace se však neukázaly být významné pro zlepšení v subjektivních posuzovacích stupnicích. Příčin tohoto rozdílu může být řada a naše data je nemožno uspokojivě vysvětlit. Jedním z vysvětlení může být, že objektivní hodnocení nadhodnocuje zlepšení v průběhu léčby; dalším pak, že hodnocených pacientů bylo zatím málo. Pro druhou interpretaci svědčí fakt, že směrodatné odchylky v subjektivních posuzovacích stupnicích jsou větší než u objektivního hodnocení v CGI.

Zjistili jsme některé proměnné související s osobností pacienta, které souvisí s mírou sebestigmatizace. Pacienti s vyšší mírou internalizovaného stigmatu používají při setkání se stresorem méně aktivní strategie než lidé, kteří mají míru sebestigmatizace nižší. Ukazuje se to v nižší cílesměrnosti (ačkoliv nikoliv v očekávané nižší vytrvalosti), složce naděje nazvané „cesta“, schopnosti plánovat, přerámovat nepříjemnou situaci a na podkladě prožitého neštěstí vnitřně růst, silnějších tendencích k užívání návykových látek a rezignaci na snahu problém vyřešit. Pokud se lidé s internalizovaným stigmatem setkají s problémem, jejich schopnost naplánovat účinný postup k jeho vyřešení je nižší než u pacientů, kteří stigma neinternalizovali. Pacienti s vyšší mírou internalizovaného stigmatu častěji tíhnou k rezignaci na veškerou snahu situaci vyřešit a unikají před tíhou své životní situace k návykovým látkám. Pokud prožijí nepříjemnou událost, která je zraňuje, ne-

užívají tolik přerámování, které by oslabilo dopad negativních emocí spojených s událostí. Protože nemají sklony hledat na nepříjemné situaci i pozitivní prvky, které by je vnitřně obohatily, nemohou příliš dobře budovat odolnost vůči stresu. Z dlouhodobého hlediska nedostatek užívání aktivních zvládacích strategií zaměřených na řešení problému ústí do pocitu bezmoci a beznaděje. Pocity bezmoci a beznaděje dále snižují motivaci k řešení nepříjemné životní situace a kognitivní flexibilitu, které jsou potřebné pro adaptivní řešení stresujících situací. Nadměrné upřednostňování vyhýbavých strategií zvládnání navíc snižuje sebedůvěru pacienta.⁴⁹ Vzniká tak bludný kruh, který je nejspíše posilován také samotnou úzkostí.

Vztah mezi internalizovaným stigmatem a sklonem k úzkostnosti byl také částečně potvrzen významnou korelací mezi sebestigmatizací a dimenzí vyhýbání se možným zdrojům ohrožení v TCI-R. Dimenze harm-avoidance vypovídá o přítomnosti obav z budoucnosti, strachu z potenciálně nebezpečných situací, rychlé unavitelnosti, ale svědčí také o studu a staženosti při kontaktu s lidmi, s nimiž se pacient příliš dobře nezná. Často se poukazuje na souvislost mezi vysokým stupněm vyhýbání se možným zdrojům ohrožení a výskytem úzkostné poruchy. Lidé s vysokou mírou harm-avoidance jsou také citlivější vůči kritice a odmítnutí ze strany druhých a vyžadují častější projevy podpory a ujišťování, že jejich činy jsou správné.⁵⁰

S celkovým skóre sebestigmatizace i s některými jeho subskálami koreluje míra disociace, která také signifikantně souvisí s mírou depresivity na počátku léčby. Zdá se, že čím více disociativních příznaků pacienti vykazují, tím více se také sebestigmatizují. Tento nálezný výsledek vypadá smyslně, protože se dá spekulovat o tom, že pokud se pacient sám stigmatizuje, bude mít tendenci více disociovat nebo obráceně a může být také více depresivní. Korelace však nemohou nabídnout kauzální vysvětlení, proto je potřebné zkoumat tuto hypotézu na větších souborech a také pomocí jiných statistických metod.

Podle závěrů našeho výzkumu se pro pacienty trpící úzkostnou poruchou zdá být užitečné snížit míru sebestigmatizace, zdokonalit své schopnosti aktivního řešení každodenních problémů, osvojit si základy asertivního jednání a podpořit své sebestigmatizaci a sebedůvěru, jinými slovy – budovat vnitřní zdroje.

Realizovaná studie má svá omezení. Soubor probandů byl malý a někteří z pacientů nevyplnili všechny požadované položky baterie. Diagnostika nebyla realizována podle strukturovaného interview. Určité riziko může představovat i převaha subjektivních posuzovacích psychodiagnostických metod, v nichž jsme odkázáni na schopnost introspekce pacienta a jeho ochotu o sobě vypovídat. Dalším omezením je to, že pacienti trpěli různými poruchami neurotického spektra a třetina z nich komorbidní depresí; různé diagnostické skupiny pak mohou odpovídat na intenzivní terapeutický program různými způsoby. Pro malé počty v jednotlivých diagnostických skupinách zatím nebylo možné validně porovnat míru stigmatizace u jednotlivých diagnostických jednotek. Do budoucna bude potřebné rozšířit výzkumný soubor a zahrnout do procesu výběru probandů strukturované interview – např. MINI. Pacienti rovněž byli léčeni různými psychofarmaky. Přes

tuto diagnostickou a léčebnou různorodost se však zdá, že je sebestigmatizace významným faktorem, který do terapeutického efektu zasahuje. Do budoucna bude potřebné zkoumat vliv sebestigmatizace na léčebný efekt zvláště u jednotlivých diagnostických skupin.

ZÁVĚR

Zdá se, že pacienti trpící úzkostnou poruchou nebo poruchou neurotického spektra, kteří mají vyšší míru internalizovaného stigmatu, obtížněji zvládají stres, protože užívají málo aktivní strategie. Při pokusech o zvládnutí

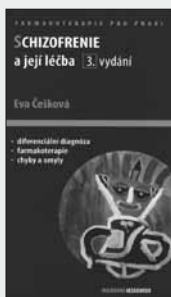
stresu více tíhnou ke zneužívání psychoaktivních látek a k rezignaci. Ke zjištění míry stigmatizace u úzkostných poruch a jejího vlivu na léčebný efekt jsou potřebné další studie s většími soubory pacientů a s jejich dlouhodobým katamnestickým sledováním. Výsledky takových studií by byly užitečné pro volbu optimální terapeutické strategie u konkrétního pacienta. Vzhledem k tomu, že současné léčebné možnosti nedokážou pomoci všem pacientům a řada postižených zůstává k léčbě rezistentní, je nutné pátrání po dalších alternativních terapeutických přístupech, zejména pro pacienty, kteří disponují nízkou mírou naděje a cílesměrnosti, preferují vyhýbavé strategie zvládnutí a vykazují vyšší míru internalizovaného stigmatu.

LITERATURA

- Barney LJ, Griffiths KM, Jorm AF, Christensen H. Stigma about depression and its impact on help-seeking behavior. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2006; 40 (1): 51–54.
- Yanos PT, Roe D, Markus K, Lysaker PH. Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services* 2008; 59 (12): 1437–1442.
- Alonso J, Buron A, Bruffaerts R, He Y et al. World Mental Health Consortium: Association of perceived stigma and mood and anxiety disorders: results from the World Mental Health Surveys. *Acta Psychiatr Scand* 2008; 118 (4): 305–314.
- Adamcová K, Praško J, Raszka M. Odčálení léčby u pacientů s panickou poruchou. *Čes a slov Psychiat* 2010; 106 (2): 145–149.
- Praško J. Stigmatizace u „psychogenních poruch“. *Psychiatrie* 2001; 5 (1): 32–37.
- Goffman E. *Stigma. Notes on the management of spoiled identity.* New York: Touchstone 1986.
- Finzen A. Stigma, Stigmabewältigung, Entstigmatisierung. *Psychiatrische Praxis* 2000; 27: 316–320.
- Gray AJ. Stigma in psychiatry. *J R Soc Med* 2002; 95: 72–76.
- Corrigan PW, Watson AC. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology* 2002; 9 (1): 35–53.
- Schulze B, Angermeyer MC. Subjective experiences of stigma: A focus group study of schizophrenic patients, their relatives, and mental health professionals. *Social Science and Medicine* 2003; 56: 299–312.
- Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine* 2010; 71: 2150–2161.
- Corrigan PW, Watson AC, Barr L. Understanding the self-stigma of mental illness. *Journal of Social and Clinical Psychology* 2006; 25: 875–884.
- Corrigan P, Kerr A, Knudsen L. The stigma of mental illness: explanatory models and methods for change. *Applied & Preventive Psychology* 2005; 11 (3): 179–190.
- Corrigan PW, Rafacz J, Rüsch N. Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Research* 2011; 189: 339–343.
- Ritsher JB, Phelan JC. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research* 2004; 129: 257–265.
- Camp DL, Finlay WML, Lyons E. Is Low self-esteem an inevitable consequence of stigma? An example from women with chronic mental health problems. *Social Science & Medicine* 2002; 55: 823–834.
- Chromý K. Duševní nemoc. Sociologický a sociálně psychologický pohled. Praha: Avicenum; 1990.
- Alonso J, Buron A, Rojas-Farreras S, de Graaf R et al. Perceived stigma among individuals with common mental disorders. *Journal of Affective Disorders* 2009; 118: 180–186.
- Praško J, Mainerová B, Divéky T, Kamarádová D, Jelenová D, Grambal A, Látalová K, Sigmundová Z, Šilhán P. Panic disorder and stigmatization. *Act Nerv Super Rediviva* 2011; 53 (4): 194–201.
- Farmer RF, Goldberg LR. A psychometric evaluation of the revised Temperament and Character Inventory (TCI-R) and the TCI-140. *Psychological assessment* 2008; 20 (3): 281.
- Margetić BA, Jakovljević M, Ivanec D, Margetić B, Tošić G. Relations of internalized stigma with temperament and character in patients with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry* 2010; 51: 603–606.
- Snyder CR (Ed.). *Handbook of Hope: Theory, Measures, & Applications.* New York: Academic Press 2000.
- Hasson-Ohayon I, Kravetz S, Meir T, Rozencwaig S. Insight into severe mental illness, hope, and quality of life of persons with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Psychiatry Research* 2008; 167: 231–238.
- Rüsch N, Corrigan PW, Powell K, Rajah A, Olschewski M, Wilkniss S, Batia K. A stress-coping model of mental illness stigma: II. Emotional stress responses, coping behavior, and outcome. *Schizophrenia Research* 2009; 110: 65–71.
- Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize, MKN-10 (1. vydání). Praha: Maxdorf; 1996.
- Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56 (6): 893–897.
- Steer RA. Amount of general factor saturation in the Beck anxiety inventory response of outpatients with anxiety disorders. *J Psychopathol Behav Asses* 2009; 31 (2): 112–118.
- Magán I, Sanz J, García-Vera MP. Psychometric properties of a Spanish version of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in general population. *Span J Psychol* 2008; 11 (2): 626–640.
- Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W. Comparison of Beck Depression Inventories -I and -II in psychiatric outpatients. *J Pers Assess* 1996; 67 (3): 588–597.
- Domino G, Domino ML. *Psychological testing: An introduction.* Cambridge: Cambridge University Press; 2006.
- Preiss M, Vacíř K. Beckova sebespozovací škála depresivity pro dospělé.

- BDI-II. Příručka. Brno: Psychodiagnostika; 1999.
32. Guy W (ed.). ECDEU Assessment manual for psychopharmacology. Rockville, U.S. DHEW; 1976.
 33. Gillespie NA, Cloninger CR, Heath AC, Martin NG. The genetic and environmental relationship between Cloninger's dimensions of temperament and character. *Personality and Individual Differences* 2003; 35: 1931–1946.
 34. Preiss M, Klose J. Diagnostika poruch osobnosti pomocí teorie C. R. Cloninger. *Psychiatrie* 2001; 5: 226–231.
 35. Ocisková M. Některé aspekty naděje ve vztahu k životní smysluplnosti a osobní pohodě u vysokoškolských studentů (rigorózní práce). Univerzita Palackého v Olomouci 2013.
 36. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology* 1989; 56 (2): 267–283.
 37. Ritscher JB, Otilingam PO, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research* 2003; 121: 31–49.
 38. Boyd JE, Adler EP, Otilingam PG, Peters T. Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) Scale: A multinational review. *Compr Psychiatry* 2014; 55 (1): 221–231.
 39. Lysaker PH, Roe D, Yanos PT. Toward understanding the insight paradox: Internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Bull* 2007, 33 (1): 192–199.
 40. Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis* 1986; 174 (12): 727–735.
 41. Ptáček R, Bob P, Paclt I, Pavlát J, Jasová D, Zvolský P, Raboch J. Psychobiology of dissociation and its clinical assessment. *Neuroendocrinol Lett* 2007; 28 (2): 191–198.
 42. Waller NG, Ross CA. The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in the general population: Taxometric and behavior-genetic findings. *Journal of Abnormal Psychology* 1997; 106 (4): 499–510.
 43. Praško J, Prašková H. Sociální fobie. In: Seifertová D, Praško J, Horáček J, Höschl C (eds). *Postupy v léčbě psychických poruch. Algoritmy České neurofarmakologické společnosti*. Amepra, Medical Tribune, Praha 2008; 258–274.
 44. Praško J, Prašková H. Smíšená úzkostně depresivní porucha. In: Seifertová D, Praško J, Horáček J, Höschl C (eds). *Postupy v léčbě psychických poruch. Algoritmy České neurofarmakologické společnosti*. Amepra, Medical Tribune, Praha 2008; 288–300.
 45. Praško J, Prašková H. Agorafobie. In: Seifertová D, Praško J, Horáček J, Höschl C (eds). *Postupy v léčbě psychických poruch. Algoritmy České neurofarmakologické společnosti*. Amepra, Medical Tribune, Praha 2008; 220–230.
 46. Praško J, Herman E, Prašková H, Raszka M. Panická porucha. In: Seifertová D, Praško J, Horáček J, Höschl C (eds). *Postupy v léčbě psychických poruch. Algoritmy České neurofarmakologické společnosti*. Amepra, Medical Tribune, Praha 2008; 188–217.
 47. Praško J, Vyskočilová J. Generalizovaná úzkostná porucha. In: Seifertová D, Praško J, Horáček J, Höschl C (eds). *Postupy v léčbě psychických poruch. Algoritmy České neurofarmakologické společnosti*. Amepra, Medical Tribune, Praha 2008; 231–255.
 48. EMEA, 2002: <http://www.ema.europa.eu/pdfs/human/ich/013595en.pdf>. 20. 3. 2009
 49. Vauth R, Kleim B, Wirtz M, Corrigan PW. Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry Research* 2007; 150 (1): 71–80.
 50. Kose S. A psychobiological model of temperament and character: TCI. *Yeni Symposium* 2003; 41 (2): 86–97.

Eva Češková

SCHIZOFRENIE A JEJÍ LÉČBA

Třetí, rozšířené vydání úspěšné publikace se zabývá schizofrenií, onemocněním, které je laickou veřejností považováno za katastrofické a na které podobně nahlíží i řada lékařů somatických oborů. Situace se však již poněkud změnila. Psychiatrie je na počátku 3. tisíciletí již vnímána jako součást medicínských věd s nutností interdisciplinárního přístupu. Sdílí řadu společných problémů nejen s neurologií, ale i interními obory. Stále více se ukazuje, že všechna psychická onemocnění mají svoji somatickou komponentu a naopak. Toto vše přispívá kromě jiného i k destigmatizaci schizofrenie.

Více nemocných je diagnostikováno a léčeno lékaři prvního kontaktu. Vede k tomu přetrvávající strach z psychiatrie, dostupnost nových, bezpečnějších psychofarmak a nástup generických farmaceutických společností. Proto je nezbytné, aby praktičtí lékaři poznali psychotické projevy a při nespecifických iniciačních příznacích pomýšleli na možnost schizofrenní poruchy. Kniha je určena jednak lékařům-nepsychiatřům s cílem rychlé orientace v nových poznatcích o schizofrenii a její léčbě a jednak psychiatřům, pro které je praktickým přehledem o tom, co by měli o této problematice vědět.

195 Kč, Maxdorf, třetí vydání, 117 stran, dvoubarevně, 110 × 190 mm, brožovaná

Objednávky: Galén, Na Popelce 3144/10a, 150 00 Praha 5, tel.: 257 326 178, e-mail: objednavky@galen.cz

Přímý prodej: Zdravotnická literatura, Lipová 6, 120 00 Praha 2, tel.: 224 923 115