

SEBESTIGMATIZACE U PSYCHIATRICKÝCH PACIENTŮ – STANDARDIZACE ŠKÁLY ISMI

původní práce

Marie Ocisková^{1,2}
Ján Praško¹
Lenka Dostálová³
Dana Kamarádová¹
Klára Látalová¹
Andrea Cinculová¹
Radim Kubínek¹
Barbora Mainerová¹
Kristýna Vrbová¹
Anežka Ticháčková¹

¹Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta,
Univerzita Palackého v Olomouci,
Fakultní nemocnice Olomouc

²Katedra psychologie,
Filozofická fakulta, Univerzita
Palackého v Olomouci

³Jazyková škola Olomouc

Kontaktní adresa:

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

SOUHRN

Ocisková M, Praško J, Dostálová L, Kamarádová D, Látalová K, Cinculová A, Kubínek R, Mainerová B, Vrbová K, Ticháčková A. Sebestigmatizace u psychiatrických pacientů – standardizace škály ISMI

Sebestigmatizace psychiatrických pacientů představuje téma, kterému je potřebné věnovat výzkumnou i terapeutickou pozornost. Cílem předkládané studie bylo posouzení psychometrických vlastností české verze škály ISMI (The Internalized Stigma of Mental Illness Scale), která hodnotí míru sebestigmatizace u jedinců s psychickou poruchou. Škálu tvoří 29 položek rozdělených do 5 subškál – odcizení, souhlasu se stereotypy, vnímané diskriminace, stažení ze společnosti a odolnosti vůči stigmatu. Výzkumný soubor představovalo 369 pacientů s průměrným věkem $41,5 \pm 13,3$ roku, z toho bylo 210 žen (56,6 %). Nejčastější diagnózou byly neurotické poruchy (46,1 %), následovaly afektivní poruchy (18,4 %), poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (13,3 %), psychotické poruchy (10,8 %), poruchy osobnosti (9,5 %) a organické poruchy (1,6 %). Reliabilitu škály jsme zjišťovali pomocí analýzy vnitřní konzistence ($\alpha = 0,91$) a metod split-half (Spearmanův-Brownův koeficient = 0,93) a test-retest po 3 týdnech od prvního měření ($N = 17$; $r = 0,90$, $p < 0,05$). Realizovali jsme explorační faktorovou analýzu škály, ověřili její validitu a stanovili normy založené na

SUMMARY

Ocisková M, Praško J, Dostálová L, Kamarádová D, Látalová K, Cinculová A, Kubínek R, Mainerová B, Vrbová K, Ticháčková A. Self-stigma in psychiatric patients – standardization of the ISMI scale

Many psychiatric patients stigmatize themselves because of their mental disorder. It is necessary to focus on both research and therapeutic options to alleviate their burden resulting from self-stigma. The goal of this paper was to evaluate the Czech translation of the ISMI scale (the Internalized Stigma of Mental Illness scale). The scale measures the level of self-stigma in psychiatric patients and consists of 29 items divided in 5 subscales – Alienation, Stereotype endorsement, Perceived discrimination, Social Withdrawal, and Stigma Resistance. The research sample included 369 psychiatric patients. Their average age was 41.5 ± 13.3 years, and the majority were women ($N = 210$; 56.6%). The most common diagnoses were neurotic disorders (46.1%), followed by mood disorders (18.4%), substance use disorders (13.3%), psychoses (10.8%), personality disorders (9.5%), and organic disorders (1.6%). Reliability was assessed by Cronbach alpha ($\alpha = 0,91$), split-half (Spearman-Brown Coefficient = 0.93), and test-retest with the second measurement 3 weeks after the first one ($N = 17$; $r = 0.90$, $p < 0.05$). We also performed exploratory factor analysis and the evaluation of validity based on correlations

T-skórech a stenech pro celou škálu a jednotlivé subškály. Český překlad ISMI má vyhovující psychometrické vlastnosti.

Klíčová slova: sebestigmatizace, standardizace, psychometrické vlastnosti, škála ISMI, psychické poruchy.

with two scales presenting phenomena connected to the concept of self-stigma (Beck Depression Scale-II and Clinical Global Impression). Lastly, we created norms based on T-scores and stens for the overall scale and its subscales. The results showed that the Czech version of the ISMI scale has satisfactory psychometric properties.

Key words: self-stigma, standardization, psychometric properties, the ISMI scale, mental disorders.

ÚVOD

Stigmatizace je sociální proces, během něhož dochází k rozpoznání a negativnímu hodnocení jedinců, kteří jsou v určitém směru odlišní od většinové společnosti. Kvůli této odlišnosti jsou společností znevažováni a považováni za méněcenné, morálně pokleslé nebo nebezpečné. Mezi tradiční příčiny stigmatizace patří příslušnost k odlišné rase, menšinovému etniku, národnosti, náboženské víře, minoritní sexuální orientaci nebo přítomnost psychické poruchy. Stigma přináší svému nositeli řadu negativních důsledků.^{1,2}

Psychiatři pacienti jsou v očích veřejnosti nespolehliví, nepředvídatelní a nebezpeční³⁻⁵ a stávají se oběmi diskriminace.⁶ Kvůli předsudkům okolí bývají omezeni v životních příležitostech. Mívají méně možností nalézt zaměstnání, ubytování nebo budovat partnerské a přátelské vztahy. Negativní následky stigmatizace psychiatrických pacientů jsou natolik výrazné, že Finzen² označuje stigma za druhou nemoc, která znásobuje utrpení způsobené psychickou poruchou. Nicméně ne každý psychiatrický pacient se setká se stigmatizací a ne každý z těch, kteří ji zažijí, si ji „připustí k tělu“.⁷ Přesto mnoho psychiatrických pacientů stigmatizací značně trpí. Společenské předsudky nekriticky přijímají za své, souhlasí s nimi a aplikují je na sebe samé. Pak bývají přesvědčeni o své méněcennosti, „vadnosti“ a nezvratnosti svého utrpení.^{8,9} Tento jev je známý jako *internalizace stigmatu* (jinak také *sebestigmatizace*).

Diskriminace i sebestigmatizace vedou k sociální izolaci. Stigmatizovaní pacienti se tímto vyhybavým chováním snaží předejít očekávanému zraňujícímu chování ze strany druhých.⁸ Vyhybavé chování pak dále posiluje úzkost a může přejít v sociální fobii.¹⁰ Nadměrná vyhybavost je také příčinou dalších omezení v životních příležitostech.^{8,11} Sebestigmatizace vede ke snížení kvality života, poklesu sebedůvěry a nárůstu dysforických emocí

a beznaděje.¹² Pacienti mnohdy ve snaze vyrovnat se se stigmatizací volí maladaptivní strategie zvládnání stresu, např. zvýšenou spotřebu alkoholu nebo anxiolytik.¹³ Sebestigmatizace mění jejich vztah k sobě samému. Natolik se ztotožňují s předsudky společnosti, že se začínají chovat podle nich, a ostatní charakteristiky, které nejsou v souladu s předsudky o psychiatrických pacientech (např. já jako milující otec a manžel, pracovitý zaměstnanec, čínorodý muž, který rád pobývá ve společnosti přátel), ustupují do pozadí.¹¹ V oblasti duševního zdraví se sebestigmatizace pojí s nižší spoluprací v léčbě, větší závažností příznaků a horší prognózou.⁹

Zahraníční metody měřící stupeň internalizovaného stigmatu

Stevlinková et al.¹⁴ vypracovali roku 2012 studii hodnotící psychometrické vlastnosti psychodiagnostických metod zaměřených na problematiku internalizovaného stigmatu. Skrze databáze PubMed, PsycINFO a WorldCat a rozhovory s odborníky na sebestigmatizaci identifikovali 21 škál, které se specializují na měření míry internalizovaného stigmatu u pacientů s HIV/AIDS, leprou, epilepsi, tuberkulózou, psychickými poruchami, nádorovými onemocněními, astmatem nebo obezitou. Autoři identifikovali šest škál měřících míru internalizovaného stigmatu u jedinců trpících psychickou poruchou:¹³

1. ISMI (*The Internalized Stigma of Mental Illness Scale*) – škála měří míru sebestigmatizace u jedinců s psychickou poruchou. Obsahuje 29 položek spadajících do 5 subškál – souhlasu se stereotypy o pacientech trpících psychickou poruchou, odcizení, vnímané diskriminace, stažení ze společnosti a odolnosti vůči stigmatu.¹⁵
2. SSMIS (*The Self Stigma of Mental Illness Scale*) – metodu vytvořili Corrigan et al.¹⁶ Měří míru vnímané stig-

matizace ze strany okolí a sebestigmatizace. Škála obsahuje 60 položek ve čtyřech subškálách – uvědomění si skutečnosti, že pacienta okolí stigmatizuje, souhlas se stereotypy o psychiatrických pacientech, aplikace stereotypů na sebe sama a negativní následky sebestigmatizace.

3. SSS-S (*Self Stigma Scale, short version*) – jedná se o devítipoložkovou škálu, která je určena pro osoby z minoritních etnik, které trpí duševními poruchami, AIDS/HIV nebo jsou imigranty.¹⁷
4. DSSS (*The Depression Self Stigma Scale*) – 32položková škála slouží k měření míry sebestigmatizace u osob trpících depresí.¹⁸
5. Podobným nástrojem je i SSDS (*Self Stigma of Depression Scale*), která obsahuje 16 položek a je také určena pacientům s depresí.¹⁹
6. *Self Stigma Scale* – tato pětipoložková škála měří míru sebestigmatizace u adolescentů s psychickými poruchami.²⁰

Podle Stevelinkové et al.¹⁴ je v současnosti nejkvalitnější metodou hodnotící míru sebestigmatizace u jedinců trpících psychickou poruchou škála ISMI od Jennifer Boydové et al.¹⁵

ISMI

Škálu ISMI vytvořili Jennifer Ritsherová (nyní Boydová) et al.¹⁵ na podkladě studia dostupné literatury a fokusové skupiny s psychiatrickými pacienty. Jedná se o sebehodnotící metodu určenou k měření sebestigmatizace u jedinců s psychickou poruchou. Tvoří ji 29 položek rozdělených do 5 subškál – odcizení (6 položek), souhlasu se stereotypy (7 položek), vnímané diskriminace (5 položek), stažení ze společnosti (6 položek) a odolnosti vůči stigmatu (5 položek).

Subškála *odcizení* hodnotí, zda a nakolik se pacient domnívá, že kvůli poruše, kterou trpí, není plnohodnotným členem společnosti a je z ní vyčleněn. Subškála *souhlasu se stereotypy* měří míru, v níž jedinec souhlasí s rozšířenými stereotypy o lidech s psychickou poruchou. *Vnímaná diskriminace* se zaměřuje na pacientovo hodnocení chování lidí z okolí vůči němu s předpokladem, že vědí o jeho psychické poruše. Subškála *stažení ze společnosti* byla inspirována výpověďmi pacientů z fokusové skupiny, kteří uváděli, že se vyhýbají kontaktům s druhými, aby je nezatěžovali svými psychickými problémy, nebo ze strachu z odmítnutí, pokud by se lidé z okolí dozvěděli o psychické poruše. *Odolnost vůči stigmatu* se zaměřuje na hodnocení stupně, v němž je pacient schopen nepodlehout sebestigmatizaci.¹⁵ Probandi hodnotí každou položku pomocí čtyřstupňové Likertovy škály („rozhodně nesouhlasím“, „nesouhlasím“, „souhlasím“ a „rozhodně souhlasím“). Škálu mohou pacienti vyplňovat samostatně, vzhledem k citlivosti tématu je však vhodné, aby byla při vyplňování přítomna zadávající osoba, která může zodpovědět případné dotazy. Délka vyplnění škály se pohybuje mezi 5 a 10 minutami.

Ritsherová et al.¹⁵ ověřili základní psychometrické vlastnosti metody na vzorku 127 ambulantních pacientů trpících depresí nebo psychickým onemocněním

Tab. 1. *Reliabilita původní verze ISMI (Ritsher et al. 2003)*

		Vnitřní konzistence	Test-retest
		α	r
Celá škála		0,90	0,92*
Subškály	Odcizení	0,79	0,68*
	Souhlas se stereotypy	0,72	0,94*
	Vnímaná diskriminace	0,75	0,89*
	Stažení ze společnosti	0,80	0,89*
	Odolnost vůči stigmatu	0,58	0,80*

Poznámka: * $p < 0,05$

s možnou komorbidní depresí, úzkostnou poruchou, návykovou poruchou nebo poruchou osobnosti. Pacienti byli převážně muži ($N = 117$) s průměrným věkem 49,5 roku. Metoda vykázala velmi dobrou celkovou míru vnitřní konzistence i korelaci při hodnocení reliability formou test-retest po 6 týdnech, kterého se zúčastnilo 16 pacientů. Hodnoty Cronbachovy alfy a korelace mezi prvním a druhým měřením u celé škály i subškál uvádíme v tab. 1.

Míra vnitřní konzistence byla uspokojivá u všech subškál s výjimkou odolnosti vůči stigmatu. Výsledné hodnoty testu-retestu byly také velmi dobré. Výjimkou byla subškála odcizení, jejíž hodnota se pohybovala těsně pod hranicí přijatelnosti. Rovněž byla ověřena konstruktová validita. Autoři podle předpokladu zjistili signifikantní korelace mezi ISMI a škálami měřícími související konstrukty (Rosenbergova škála sebehodnocení, Perceived Devaluation and Discrimination Scale, Boston University Empowerment Scale, Personal Empowerment Scale, Recovery Assessment Scale). ISMI také středně silně korelovala se škálou depresivních příznaků CES-D ($r = 0,53$, $p < 0,01$). Autoři následně realizovali faktorovou analýzu škály ISMI. Z důvodu nižšího počtu probandů do analýzy zařadili pouze 4 subškály, nezačlenili odolnost vůči stigmatu. 13 z 24 položek spadalo do „správného“ faktoru, zbylé nejvýrazněji sytily jiný. Druhý faktor, do něhož spadaly, však byl ten, do něhož původně měly patřit.¹⁵

CÍL VÝZKUMU

Internalizované stigma u psychiatrických pacientů představuje téma, kterému je potřebné věnovat výzkumnou i terapeutickou pozornost. K většímu poznání v této oblasti a zavádění účinných metod destigmatizace může napomoci převod škály měřící sebestigmatizaci do našeho prostředí. Škála byla přeložena do českého jazyka již v rámci výzkumu organizace GAMIAN týkající se sebestigmatizace u pacientů s depresí nebo bipolární afektivní poruchou, nepodařilo se nám však získat od organizace překlad. Autoři studie navíc nerealizovali standardizaci svých překladů, pouze ověřovali jejich vnitřní konzistenci a některé oblasti validity, což se pro naše účely zdálo nedostatečné.²¹ Cílem této studie je proto převedení škály ISMI do českého prostředí, ověření jejích psychometrických vlastností a stanovení norem pro interpretaci výsledných skóre.

METODA

Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořilo 369 pacientů, kteří docházeli do psychiatrické ambulance Kliniky psychiatrie Fakultní nemocnice v Olomouci nebo podstoupili hospitalizaci na psychotherapeutickém oddělení na téže klinice v období listopad 2012 – únor 2014. Z celkového počtu pacientů bylo 210 žen (56,6 %) a 159 mužů (43,1 %). Věk probandů se pohyboval v rozpětí 18–85 let, průměrný věk představoval 41,5 roku (SD = 13,3 roku). Nejvíce pacientů dosáhlo nejvyššího vzdělání středoškolského s maturitou (N = 139, tj. 37,7 %), následovali vyučení (N = 108, tj. 29,3 %), jedinci s vysokoškolským vzděláním (N = 83, tj. 22,5 %) a osoby se základním vzděláním (N = 39, tj. 10,5 %). Co se týče pozice na trhu práce, nejvíce pacientů bylo v době sběru dat zaměstnaných nebo se živili jako OSVČ (N = 171, tj. 46,3 %), další početnou skupinu představovali nezaměstnaní (N = 97, tj. 26,3 %), následováni osobami pobírajícími invalidní důchod z psychiatrické i nepsychiatrické indikace (N = 50, tj. 13,6 %), jedinci ve starobním důchodu (N = 30, tj. 8,1 %) a studenty (N = 16, tj. 4,3 %). U pěti osob (1,4 %) se nepodařilo zjistit jejich postavení na pracovním trhu.

Pacienti byli diagnostikováni v souladu s diagnostickými kritérii Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. verze.²² Nejčastější diagnózou byly neurotické poruchy (N = 171, tj. 46,1 %), následovaly afektivní poruchy (N = 68, tj. 18,4 %), poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (N = 49, tj. 13,3 %), psychotické poruchy (N = 40, tj. 10,8 %), poruchy osobnosti (N = 35, tj. 9,5 %) a organické poruchy (N = 6, tj. 1,6 %). V době sběru dat byl stav pacientů stabilizovaný, všichni probandi byli v remisi, nevyžadovali změnu medikaci či léčebného přístupu.

Výzkum proběhl v souladu s Helsinskou deklarací a Zásadami dobré praxe²³ a byl odsouhlasený místní etickou komisí.

Administrace ISMI

Probandi byli v úvodu psychiatrického vyšetření osloveni se žádostí o spolupráci na výzkumu. Podepsali informovaný souhlas se studií a poté vyplnili sebesposuzovací dotazníky ISMI, BDI-II a subjektivní CGI. Škála ISMI byla administrována podle původní instrukce „Lidé se mohou stavět ke skutečnosti, že oni sami nebo někdo v jejich okolí vykazuje známky duševního onemocnění, různě. U každého tvrzení, prosím, označte, zda s ním rozhodně nesouhlasíte (1), nesouhlasíte (2), souhlasíte (3), nebo rozhodně souhlasíte (4).“ Zkoumané osoby nebyly za účast na studii finančně odměněny. Jejich motivací byla především snaha pomoci výzkumu.

Námi realizovaný překlad do češtiny vytvořila magistra Lenka Dostálová. Druhý a zpětný překlad realizoval další překladatel – magistr Pavel Kurfürst – a výsledné znění bylo zasláno ke schválení autorce škály, docentce Jennifer Boydové. Ta navrhla několik změn ve znění položek, škálu jsme znovu upravili a vytvořili konečnou verzi.

BDI-II

Beckův inventář deprese obsahuje 21 položek, v nichž jedinec označuje vždy jednu ze čtyř možností v dané kategorii, která pro něj nejvíce platí. Metodu v České republice standardizovali Preiss s Vacířem.²⁴

CGI

Jedná se o celkové hodnocení závažnosti psychopatologie (Clinical Global Impression). Použita byla subjektivní verze CGI (CGI-S), v níž pacient hodnotí svůj celkový psychický stav na stupnici 1–7, přičemž každý ze stupňů závažnosti má popsane charakteristiky.²⁵

VÝSLEDKY

Deskriptivní analýza

V tab. 2 uvádíme průměrné hodnoty škály ISMI a jejich subškál pro celý soubor a dílčí skupiny společně s ověřením významnosti rozdílů mezi nimi. Nebyly zaznamenány signifikantní rozdíly mezi pohlavím, vzděláním, ani mezi typy pozic na trhu práce. Celková míra sebestigmatizace a její dílčí složky také nekorelovaly s věkem. Pacienti rozdělení podle diagnostických skupin se navzájem statisticky významně lišili pouze v subškále odolnosti vůči stigmatu, kdy jsme pomocí post-hoc analýzy metodou Games-Howell zjistili, že existuje statisticky významný rozdíl v míře odolnosti vůči stigmatu mezi pacienty s afektivní poruchou a jedinci s neurotickou poruchou (mean difference = -1,10; sig. 0,039). To znamená, že pacienti s afektivní poruchou (tj. depresí nebo bipolární afektivní poruchou) vykazovali ze všech skupin pacientů nejnižší odolnost vůči stigmatizaci. Oproti tomu probandi s neurotickou poruchou dosáhli v průměru nejvyšší míry odolnosti vůči stigmatu. Již při pohledu na průměrné hodnoty u obou skupin (tab. 2) nebo závěr post-hoc analýzy je však zřejmé, že se jedná o zanedbatelný rozdíl. Tomu nasvědčuje i výsledek power analýzy, podle něhož je tento rozdíl malý (effect size $f = 0,22$).

Reliabilita ISMI

Reliabilitu škály jsme v prvé řadě zjišťovali pomocí analýzy vnitřní konzistence a identifikovali hodnotu Cronbachovy alfy pro celou škálu a subškály (tab. 3). Poté jsme realizovali položkovou analýzu škály. Mezipoložkové korelace se pohybovaly v rozmezí 0,05–0,769. Čtyři položky snižovaly míru vnitřní konzistence škály. Jednalo se o položky číslo 7, 24, 26 a 27, které představují 4 z 5 položek subškály odolnosti vůči stigmatu. Při pohledu do tab. 3 je zřejmé, že právě tato subškála vykazuje nejnižší vnitřní konzistenci i stabilitu v čase. Při jejím vynechání by se vnitřní konzistence škály zvýšila na hodnotu 0,92. Ostatní hodnoty vnitřní konzistence jsou uspokojivé až vynikající. Zjišťovali jsme také stabilitu škály v čase. Druhé měření proběhlo 3 týdny od prvního a zúčastnilo se ho 17 pacientů. Následně jsme ověřovali reliabilitu pomocí metody

Tab. 2. Aritmetické průměry škály ISMI a jejich subškál pro celý soubor a dílčí skupiny a rozdíly mezi nimi

ISMI						
	Celkové skóre	Odcizení	Souhlas se stereotypy	Vnímaná diskriminace	Stažení ze společnosti	Odolnost vůči stigmatizaci
Všichni pacienti	63,55 ± 14,36	13,81 ± 4,22	13,69 ± 5,55	10,16 ± 3,33	12,95 ± 4,00	12,40 ± 2,65
Pohlaví						
Muži	62,97 ± 13,79	13,55 ± 3,90	13,65 ± 3,42	9,94 ± 3,28	12,87 ± 4,00	12,62 ± 2,46
Ženy	63,88 ± 14,75	13,99 ± 4,44	13,69 ± 3,64	10,30 ± 3,36	12,98 ± 4,00	12,22 ± 2,78
Nepárový t-test	t = -0,599 df = 364; ns	t = -0,979 df = 364; ns	t = -0,116 df = 365; ns	t = -1,054 df = 365; ns	t = -0,270 df = 365; ns	t = -1,498 df = 365; ns
Věk						
Korelace: Spearmanův koeficient	0,019; ns	0,035; ns	0,001; ns	0,049; ns	0,004; ns	-0,083; ns
Diagnostická kategorie						
Organické poruchy	67,14 ± 11,19	14,43 ± 2,26	14,71 ± 3,30	10,71 ± 3,20	14,14 ± 3,63	12,00 ± 3,06
Návykové poruchy	63,65 ± 13,61	13,65 ± 4,07	13,60 ± 3,04	10,27 ± 3,55	12,98 ± 3,48	12,75 ± 2,66
Psychotické poruchy	65,73 ± 12,32	14,13 ± 3,63	14,80 ± 3,20	11,03 ± 3,19	13,40 ± 3,43	12,38 ± 1,84
Afektivní poruchy	61,90 ± 14,20	13,31 ± 4,50	13,25 ± 3,28	9,82 ± 3,25	12,75 ± 4,42	11,66 ± 2,53
Neurotické poruchy	63,21 ± 15,44	13,77 ± 4,32	13,52 ± 3,85	10,01 ± 3,42	12,79 ± 4,24	12,76 ± 2,69
Poruchy osobnosti	65,03 ± 13,24	14,71 ± 4,31	13,97 ± 3,51	10,31 ± 2,92	13,31 ± 3,41	11,71 ± 3,04
Srovnání rozdílů mezi skupinami	Welchova ANOVA: F = 0,723, df = 5; ns	Welchova ANOVA: F = 0,643 df = 5; ns	Kruskal-Wallisova ANOVA: $\chi^2 = 2,155$ df = 5; ns	Welchova ANOVA: F = 1,024 df = 5; ns	Welchova ANOVA: F = 0,556 df = 5; ns	Welchova ANOVA: F = 2,405 df = 5; p < 0,05
Vzdělání						
Základní	64,51 ± 13,41	14,28 ± 4,35	13,64 ± 3,56	11,08 ± 3,53	13,28 ± 3,35	12,23 ± 2,22
Vyučení	63,42 ± 14,71	13,78 ± 4,37	13,61 ± 3,60	9,98 ± 3,42	12,74 ± 3,86	12,95 ± 2,56
SŠ	63,97 ± 14,76	14,00 ± 4,32	13,87 ± 3,63	10,09 ± 3,22	13,10 ± 4,23	12,09 ± 2,70
VŠ	62,55 ± 13,82	13,31 ± 3,77	13,49 ± 3,38	10,08 ± 3,29	12,82 ± 4,13	12,29 ± 2,78
Srovnání rozdílů mezi skupinami	Welchova ANOVA: F = 0,232 df = 3; ns	Kruskal-Wallisova ANOVA: $\chi^2 = 0,994$ df = 3; ns	Kruskal-Wallisova ANOVA: $\chi^2 = 0,886$ df = 3; ns	Kruskal-Wallisova ANOVA: $\chi^2 = 2,988$ df = 3; ns	Kruskal-Wallisova ANOVA: $\chi^2 = 875$ df = 3; ns	Kruskal-Wallisova ANOVA: $\chi^2 = 5,842$ df = 3; ns
Zaměstnaní						
Zaměstnaní + OSVČ	63,96 ± 14,34	13,94 ± 4,21	13,74 ± 3,43	10,13 ± 3,25	13,13 ± 3,99	12,43 ± 2,86
Nezaměstnaní	64,02 ± 13,03	14,19 ± 4,06	13,66 ± 3,33	10,27 ± 3,00	12,99 ± 3,67	12,28 ± 2,45
Invalidní důchod	65,41 ± 15,34	13,94 ± 4,36	14,20 ± 4,14	10,92 ± 3,88	13,18 ± 4,19	12,82 ± 2,40
Studenti	62,63 ± 13,22	13,44 ± 3,60	14,31 ± 3,16	9,81 ± 3,08	12,50 ± 4,31	12,44 ± 2,19
Starobní důchod	57,53 ± 16,86	12,00 ± 4,54	12,30 ± 4,00	9,10 ± 3,97	11,90 ± 4,66	11,70 ± 2,44
Srovnání rozdílů mezi skupinami	Welchova ANOVA: F = 1,607 df = 4; ns	Welchova ANOVA: F = 1,675 df = 4; ns	Welchova ANOVA: F = 1,545 df = 4; ns	Welchova ANOVA: F = 1,463 df = 4; ns	Welchova ANOVA: F = 0,688 df = 4; ns	Welchova ANOVA: F = 0,891 df = 4; ns

split-half, kdy byly položky rozděleny na sudé a liché. Tato hodnota byla také vynikající (Spearmanův-Brownův koeficient: 0,93).

Faktorová analýza ISMI

Pomocí explorační faktorové analýzy jsme ověřovali strukturu škály. Stejně jako Ritsherová et al.¹⁵ jsme pro účel extrahování faktorů zvolili metodu maximum likelihood a rotaci varimax s Kaiserovou normalizací. Byly identifikovány 4 faktory, které vysvětlovaly 49,8 % rozptylu. Oproti předpokládanému rozložení se subškály odcizení a stažení ze společnosti sloučily do jednoho faktoru. Zbývající tři subškály tvořily vždy jeden faktor. Pokud pomíneme sloučení dvou subškál do jednoho faktoru, z cel-

Tab. 3. Reliabilita českého překlady ISMI

		Vnitřní konzistence		Test-retest	
		N	α	N	r
Celá škála		352	0,91	17	0,90***
Subškála	Odcizení	369	0,85	17	0,94***
	Souhlas se stereotypy	368	0,75	17	0,86***
	Vnímaná diskriminace	367	0,87	17	0,92***
	Stažení ze společnosti	368	0,87	17	0,91***
	Odolnost vůči stigmatu	354	0,60	17	0,57*

Poznámka: * p < 0,05; *** p < 0,001

Tab. 4. Korelace mezi BDI-II, CGI a ISMI

ISMI						
	Celkové skóre	Odcizení	Souhlas se stereotypy	Vnímaná diskriminace	Stažení ze společnosti	Odolnost vůči stigmatizaci
BDI-II						
Korelace: Spearmanův koeficient	0,607***	0,522***	0,582***	0,460***	0,513***	-0,353***
CGI-S						
Korelace: Spearmanův koeficient	0,412***	0,436***	0,349***	0,337***	0,400***	-0,223***

Poznámka: *** p < 0,001

Tab. 5. Normy pro celkové skóre ISMI

Celkové skóre ISMI					
Hrubé skóre	T-skóre	Hrubé skóre	T-skóre	Hrubé skóre	T-skóre
29	26	59	47	89	68
30	27	60	48	90	68
31	27	61	48	91	69
32	28	62	49	92	70
33	29	63	50	93	71
34	29	64	50	94	71
35	30	65	51	95	72
36	31	66	52	96	73
37	32	67	52	97	73
38	32	68	53	98	74
39	33	69	54	99	75
40	34	70	54	100	76
41	34	71	55	101	76
42	35	72	56	102	77
43	36	73	57	103	77
44	36	74	57	104	78
45	37	75	58	105	79
46	38	76	59	106	80
47	38	77	59	107	80
48	39	78	60	108	81
49	40	79	61	109	82
50	41	80	61	110	82
51	41	81	62	111	83
52	42	82	63	112	84
53	43	83	64	113	84
54	43	84	64	114	85
55	44	85	65	115	86
56	45	86	66	116	87
57	45	87	66		
58	46	88	67		

kových 29 položek spadalo 22 položek do „správného“ faktoru. Zbývajících sedm položek dominantně sytilo jiný faktor, než podle předpokladu měly. Jejich druhým nejvýraznějším faktorem však byl ten, do něhož původně měly spadat. Jednalo se o 3 položky subškály souhlasu se stereotypy a 4 položky subškály vnímané diskriminace.

Validita ISMI

V České republice dosud nebyla zavedena metoda podobná ISMI, pro účely ověření validity jsme proto srovnali ISMI alespoň se zavedenými psychiatrickými škálami BDI-II a CGI. Těto části studie se zúčastnilo 109 jedinců z 369 pacientů účastnících se výzkumu. Výsledné hodnoty jsou uvedeny v tab. 4.

Podle předpokladu se ukázalo, že celková míra sebe-stigmatizace i její dílčí komponenty statisticky významně souvisí se stupněm depresivních příznaků. Potvrdili jsme tak totožné závěry zahraničních studií užívajících původní verzi ISMI.^{15,26} Stejně tak jsme prokázali existenci středně silného pozitivního vztahu mezi celkovou mírou sebestigmatizace a subjektivně vnímanou závažností příznaků psychické poruchy. Statisticky významné korelace vykazaly i všechny subškály ISMI. Výsledek je v souladu se zjištěním Ritsherové a Phelana⁹ o těsné souvislosti mezi závažností psychopatologie a mírou sebestigmatizace.

Normy

V posledním kroku jsme vytvořili normy pro škálu i subškály ISMI. Při tvorbě norem jsme přihlédlí ke zjištěné neexistenci signifikantních rozdílů v sebestigmatizaci mezi pohlavím, rozdílným věkem, kategorií psychické poruchy, vzděláním a zaměstnáním. Vzhledem k relativně širokému rozptylu možných hodnot škály jsme pro výsledná skóre celé škály zvolili normy založené na T-skóre (tab. 5). Platí, že hodnoty T-skóre v rozmezí 40–60 představují průměr. Hodnoty nižší než 40 a vyšší než 60 vypovídají o významně nižší nebo vyšší sebestigmatizaci.

I přes nesrovnalosti v reliabilitě a faktorové analýze jsme vytvořili normy pro všechny subškály. Protože mohou nabývat pouze malého rozptylu hodnot, jejich normy se zakládají na stenech (tab. 6).

Jako problematická se zdála být subškála odolnosti vůči stigmatu. Ponechali jsme na volbě uživatelů škály, zda ji budou interpretovat pomocí stenů, nebo od tohoto kroku upustí. Dalším potenciálním problémem bylo, že subškály stažení ze společnosti a odcizení se v našem překladu sloučily do jednoho faktoru. I přes nespornou podobnost obou subškál se domníváme, že tato skutečnost nebyla tvorbě norem pro každou z obou subškál překážkou. Průměrná hodnota subškál – sten – se pohybuje v pásmu 4–6, vyšší a nižší hodnoty svědčí pro významně odchylný výsledek pacienta ve srovnání s psychiatrickou populací.

Tab. 6. Normy pro subškály ISMI

Subškály									
Odcizení		Souhlas se stereotypy		Vnímaná diskriminace		Stažení ze společnosti		Odolnost vůči stigmatu	
Hrubé skóre	Sten	Hrubé skóre	Sten	Hrubé skóre	Sten	Hrubé skóre	Sten	Hrubé skóre	Sten
6	1	7	1	5	1	6	2	5	1
7	2	8	2	6	2	7	2	6	1
8	2	9	2	7	2	8	3	7	1
9	3	10	3	8	3	9	3	8	2
10	3	11	3	9	4	10	4	9	2
11	4	12	4	10	5	11	4	10	3
12	4	13	5	11	6	12	5	11	4
13	5	14	5	12	6	13	5	12	5
14	5	15	6	13	7	14	6	13	5
15	6	16	6	14	7	15	6	14	6
16	6	17	7	15	8	16	7	15	7
17	7	18	7	16	9	17	7	16	8
18	7	19	8	17	9	18	8	17	8
19	7	20	9	18	10	19	8	18	9
20	8	21	9	19	10	20	9	19	10
21	8	22	10	20	10	21	9	20	10
22	9	23	10			22	10		
23	10	24	10			23	10		
24	10	25	10			24	10		
		26	10						
		27	10						
		28	10						

Skórování

Při vyhodnocení ISMI se tedy počítá celkové skóre škály a dílčí skóre subškál. Postup je následovný:

Nejdříve je potřeba spočítat skóre subškál. Níže uvádíme subškály a čísla položek, které je sytí:

- Odcizení – položky 1, 5, 8, 16, 17 a 21
- Souhlas se stereotypy – položky 2, 6, 10, 18, 19, 23 a 29
- Vnímaná diskriminace – položky 3, 15, 22, 25 a 28
- Stažení ze společnosti – položky 4, 9, 11, 12, 13 a 20
- Odolnost vůči stigmatu – položky 7, 14, 24, 26 a 27

U každé položky pacient v průběhu vyplňování zakroužkuje jedno ze čtyř možných čísel podle míry souhlasu s konkrétním tvrzením. Následně se sečtou skóre položek pro každou subškálu, čímž se získají hrubá skóre subškál. Ta mohou být převedena do standardizovaných skóre – stenů (tab. 6), pomocí nichž lze srovnat výsledek jedince s výsledky širší populace psychiatrických pacientů.

Poté se počítá celkové skóre ISMI. Odolnost vůči stigmatu je vůči zbylým subškálám inverzní, proto je nejdříve potřeba převést skóre u jednotlivých položek této subškály na inverzní. Lze to udělat podle tohoto klíče:

1. Pokud pacient zakroužkoval u položky odolnosti vůči stigmatu číslo 1, inverzní je mu 4. Stejně tak, pokud původně zakroužkoval 4, inverzní je 1.
2. Pokud pacient uvedl u některé položky odolnosti vůči stigmatu číslo 2, inverzní je číslo 3. Pokud zakroužkoval 3, inverzní je 2.

Invertují se všechny položky subškály odolnosti vůči stigmatu. Je potřeba zmínit, že se tato subškála invertuje pouze při počítání celkového skóre škály, ne při počítání skóre samotné subškály. Poté, co jsou invertována skóre všech položek odolnosti vůči stigmatu, jednoduše se sečtou se skóre ostatních subškál. Výsledkem je hrubé skóre ISMI, které může být pomocí tab. 5 převedeno na standardizovanou hodnotu – T-skóre.

Nakonec v tab. 7 uvádíme české znění Škály ISMI.

DISKUSE

Stigmatizace a sebestigmatizace psychiatrických pacientů je přetrvávajícím problémem soudobé psychiatrie a klinické psychologie. Kromě kvalitativních studií, které poskytují hluboký vhled do prožívání konkrétních jedinců a utváření tohoto nepříznivého společenského jevu, je potřeba realizovat i kvantitativní studie nabízející odlišný úhel pohledu. V našich zemích jsme dosud neměli možnost pracovat s nástrojem měřícím sebestigmatizaci, jehož psychometrické vlastnosti by byly ověřeny a u kterého by byly stanoveny normy, proto jsme se rozhodli realizovat převod v zahraničí již osvědčené škály ISMI.^{14,15}

Český překlad vytvořili magistra Lenka Dostálová a magistr Pavel Kurfürst, který také realizoval zpětný překlad do angličtiny. K výslednému znění škály se vyjádřila autorka původní verze, docentka Jennifer Boydová (dří-

Tab. 7. České znění škály ISMI

Škála internalizovaného stigmatu duševní nemoci				
V dotazníku používáme pojem „duševní nemoc“, ale vy si pod tímto pojmem představte jakýkoliv jiný vám blízký pojem.				
U každého tvrzení označte, zda s ním rozhodně nesouhlasíte (1), nesouhlasíte (2), souhlasíte (3), nebo rozhodně souhlasíte (4).				
Tvrzení	Rozhodně nesouhlasím	Nesouhlasím	Souhlasím	Rozhodně souhlasím
1. Mám pocit, že kvůli své duševní nemoci nepatřím do tohoto světa.	1	2	3	4
2. Duševně nemocní lidé mají sklon k násilí.	1	2	3	4
3. Lidé mě diskriminují, protože mám duševní nemoc.	1	2	3	4
4. Vyhýbám se blízkým vztahům s lidmi, kteří nemají duševní nemoc, abych se vyhnul/a odmítnutí.	1	2	3	4
5. Stydím se nebo se cítím rozpačitě, protože mám duševní nemoc.	1	2	3	4
6. Duševně nemocní lidé by neměli uzavírat manželství.	1	2	3	4
7. Lidé s duševní nemocí prospívají společnosti.	1	2	3	4
8. Cítím se méněcenně ve srovnání s těmi, kteří nemají duševní nemoc.	1	2	3	4
9. Stýkám se s lidmi méně než dříve, protože kvůli své duševní nemoci mohu vypadat nebo se chovat „divně“.	1	2	3	4
10. Duševně nemocní lidé nemohou žít dobrý a naplňující život.	1	2	3	4
11. Moc o sobě nemluvím, protože nechci druhé zatěžovat svou duševní nemocí.	1	2	3	4
12. Negativní předsudky vůči duševně nemocným lidem mě vyčleňují z normálního života.	1	2	3	4
13. Když jsem mezi lidmi, kteří nemají duševní nemoc, cítím se nepatřičně, jako bych mezi ně nepatřil/a.	1	2	3	4
14. Cítím se pohodlně, když jsem na veřejnosti s očividně duševně nemocným člověkem.	1	2	3	4
15. Lidé se ke mně chovají povýšeně nebo se mnou jednájí jako s dítětem jen kvůli tomu, že mám duševní nemoc.	1	2	3	4
16. Jsem sám/sama sebou zklamaný/á, protože trpím duševní nemocí.	1	2	3	4
17. To, že mám duševní nemoc, mi pokazilo život.	1	2	3	4
18. Lidé poznají, že mám duševní nemoc, podle toho, jak vypadám.	1	2	3	4
19. Protože mám duševní nemoc, většinou potřebuji druhé, aby za mě rozhodovali.	1	2	3	4
20. Neúčastním se společenského života, abych chránil/a svou rodinu a přátele před ostudou.	1	2	3	4
21. Lidé, kteří nemají duševní nemoc, mi nemohou porozumět.	1	2	3	4
22. Lidé mě přehlížejí nebo mě neberou moc vážně, protože mám duševní nemoc.	1	2	3	4
23. Nemohu společnosti ničím přispět, protože mám duševní nemoc.	1	2	3	4
24. Utrpení způsobené životem s duševní nemocí mě zocelilo.	1	2	3	4
25. Nikdo by neměl zájem navázat se mnou bližší vztah, protože mám duševní nemoc.	1	2	3	4
26. Celkem vzato, jsem schopen/na žít svůj život, jak chci.	1	2	3	4
27. Mohu žít dobrý a naplňující život, i když jsem duševně nemocný/á.	1	2	3	4
28. Lidé si myslí, že v životě nemohu ničeho dosáhnout, protože mám duševní nemoc.	1	2	3	4
29. Předsudky o duševně nemocných lidech na mě sedí.	1	2	3	4

ve Ritsherová), která doporučila několik drobných změn a po jejich úpravě odsouhlasila publikaci překladu. Psychometrické vlastnosti českého překladu škály se ukázaly být uspokojivé a ve většině případů se vyrovnaly hodnotám původní verze metody nebo je předčily.

Jednou z psychometricky slabších složek je subškála odolnosti vůči stigmatu, která vykazovala nedostatečnou

stabilitu v čase i vnitřní konzistenci. Zvažovali jsme, zda ji ze škály nevyřadit. Rozhodli jsme se však ponechat na uvážení uživatele, jestli ji bude interpretovat. V podobném duchu jsme vytvořili normy pro celou škálu, nikoliv pouze pro 4 subškály, což byla možnost, která se také nabízela. Nutno poznamenat, že subškála odolnosti vůči stigmatu zřejmě vykazuje nedostatky již v samotné kon-

strukci, protože podobně sníženou reliabilitu zaznamenali i Ritsherová et al.¹⁵ Dalším nedostatkem byl závěr faktorové analýzy, kdy jsme zjistili, že se subškála stažení ze společnosti a subškála odcizení sloučily do jednoho faktoru. Zdá se, že se jedná o koncepčně velmi podobné jevy. Připomíná to situaci, kdy Corrigan et al.²⁷ zjistili, že v jejich metodě založené na 4 subškálách se dvě subškály sloučily do jednoho faktoru. Jednalo se o subškály aplikace vnímaných předsudků společnosti na sebe a negativní následky sebestigmatizace. Corrigan škálu nezměnil, proto jsme se i my rozhodli postupovat rigorózně a ponechat vyhodnocení obou subškál odděleně. Při faktorové analýze jsme také identifikovali 7 položek, které primárně nespádaly do „svého“ faktoru. Ve výzkumu Ritsherové et al.¹⁵ se jednalo o 9 položek. Konstrukce škály tedy vykazuje určité nedostatky. Přesto škálu ISMI Stevelinková et al.¹⁴ doporučují jako v současnosti nejkvalitnější škálu na měření sebestigmatizace u psychiatrických pacientů.

Je také potřeba zmínit, že některých dílčích kroků ověřování psychometrických vlastností překladu se účastnila pouze část pacientů. V případě hodnocení validity se jednalo o 109 pacientů, na testu-retestu se podílelo 17 jedinců, u nichž výsledné údaje odpovídaly Gaussově rozložení. Korelace mezi prvním a druhým měřením a mezi sebestigmatizací a závažností deprese také odpovídaly hodnotám naměřeným Ritsherovou et al.¹⁵ Zdá se tedy, že nižší počty pacientů v některých krocích nezkreslily výsledky analýz.

Výzkumu se zúčastnili pouze pacienti ambulantní, nebo hospitalizovaní na psychoterapeutickém oddělení. Je otázkou, zda by jiné skupiny pacientů neovlivnily normy nebo psychometrické vlastnosti škály. Při výběru skupin pacientů, jimž budeme škálu administrovat, jsme vychá-

zeli z nezbytnosti schopnosti jejího validního vyplnění. To vyloučilo některé pacienty, např. akutně psychotické, nemotivované nebo výrazně kognitivně oslabené. Zobecnitelnost norem na celou populaci českých psychiatrických pacientů je tedy potřeba brát s určitou rezervou.

Přes dílčí nedostatky standardizace jsou celková reliabilita i validita metody uspokojivé. Nedostatky vyplývají především ze samotné konstrukce škály. Zmíněná úskali by měla vést k obezřetnosti při použití škály u skupin pacientů, jejichž stav není stabilizovaný, a při interpretaci subškály odolnosti vůči stigmatizaci. Škála by měla být používána především ve výzkumu.

ZÁVĚR

Pacienti trpící psychickou poruchou jsou v naší společnosti stále stigmatizováni. V očích veřejnosti bývají vnímáni jako nespolehliví, nepředvídatelní nebo přímo nebezpeční.³ Někteří jedinci s psychickou poruchou přijímají společenské předsudky a vztahují je na sebe samé. Následně se potýkají s poklesem sebedůvěry, stahují se ze společnosti a mívají sklony vyhýbat se nezbytné léčbě, nebo v ní nespoupracují.^{8,9,12} Tento nepříznivý jev se označuje jako sebestigmatizace. Je tématem, jemuž je třeba věnovat pozornost. V České republice dosud nebyla zavedena standardizovaná metoda na měření sebestigmatizace u pacientů s psychickou poruchou, která by umožnila další rozvoj výzkumu a terapeutických možností v této oblasti. Přeložili jsme proto škálu ISMI, ověřili její reliabilitu, vnitřní strukturu a validitu a stanovili normy. Škála by měla sloužit především pro výzkumné účely.

LITERATURA

- 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.
- Nawka A, Rukavina TV, Nawková L, Jovanović N, Brborović O, Raboch J. Psychiatric disorders and aggression in the printed media: is there a link? A central European perspective. BMC Psychiatry 2012; 12: 19.
- Nawková L, Nawka A, Adámková T, Rukavina TV, Holcnerová P, Kuzman MR, Jovanović N, Brborović O, Bednářová B, Žuchová S, Miovský M, Raboch J. The picture of mental health/illness in the printed media in three Central European countries. J Health Commun 2012; 17 (1): 22–40.
- Graves RE, Cassisi JE, Penn DL. Psychophysiological evaluation of stigma towards schizophrenia. Schizophrenia Research 2005; 76 (2–3): 317–327.
- Gray AJ. Stigma in psychiatry. J R Soc Med 2002; 95: 72–76.
- 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.
- Corrigan PW, Watson AC. The paradox of self-stigma and mental illness. Clinical Psychology 2002; 9 (1): 35–53.
- Ritsher JB, Phelan JC. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. Psychiatry Research 2004; 129: 257–265.
- 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: 1437–1442.
- 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.
- 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. Česká a slovenská psychiatrie 2014; 110 (3): 133–143.

14. Stevelink SAM, Wu IC, Voorend CGN, van Brakel WH. The psychometric assessment of internalized stigma instruments: A systematic review. *Stigma Research and Action* 2012; 2 (2): 100–118.
15. Ritsher JE, Otilingam PO, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research* 2003; 121: 31–49.
16. Corrigan PW, Watson AC, Barr L. The self-stigma of mental illness: Implications for self esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology* 2006; 25: 875–884.
17. Mak WW, Cheung RY. Self-stigma among concealable minorities in Hong Kong: Conceptualization and unified measurement. *American Journal of Orthopsychiatry* 2010; 80: 267–281.
18. Kanter JW, Rusch LC, Brondino MJ. Depression self-stigma: A new measure and preliminary findings. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2008; 196: 663–670.
19. Barney LJ, Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF. The self-stigma of depression scale (SSDS): Development and psychometric valuation of a new instrument. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2010; 19: 243–254.
20. Moses T. Stigma and self-concept among adolescents receiving mental health treatment. *American Journal of Orthopsychiatry* 2009; 79: 261–274.
21. Brohan E, Gauci, D, Sartorius N, Thornicroft G, GAMIAN-Europe Study Group. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: the GAMIAN-Europe study. *J AffectDisord* 2011; 129 (1–3): 56–63.
22. Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize, MKN-10 (1. vydání); Maxdorf Praha; 1996.
23. EMEA, 2002. <http://ethikkommission.meduniwien.ac.at/fileadmin/ethik/media/dokumente/rechtsgrundlagen/GCP.pdf>. 3. 8. 2014
24. Preiss M, Vacíř K. Beckova sebesuzovací škála pro dospělé – BDI-II. Brno: Psychodiagnostika, 1999.
25. Guy W (ed.). ECDEU Assessment manual for psychopharmacology. Rockville, U.S. DHEW; 1976.
26. Batinic B, Lemonis E, Opacic G. Effects of internalized stigma of mental disorder on quality of life and self-esteem in schizophrenic patients. *European Psychiatry* 2013; 28(Suppl. 1): 1.
27. Corrigan PW, Rafacz J, Rüsck N. Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Research* 2011; 189: 339–343.

referáty z literatury

Dodd S, Maes M, Anderson G et al. Putative neuroprotective agents in neuropsychiatric disorders

(Potenciální neuroprotektivní látky pro neuropsychiatrické poruchy)

Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry 2013; 42: 135–145.

U mnoha jedinců s hlavními neuropsychiatrickými poruchami včetně deprese, bipolární poruchy a schizofrenie se jejich charakteristiky shodují s neuroprogresivní chorobou. Zahrnuje to postupné strukturální změny mozku, kognitivní a funkční pokles, horší reakci na léčbu a zvyšující se zranitelnost vůči relapsu s chronicitou. Domníváme se, že základní molekulární mechanismy neuroprogrese zahrnují neurotrofiny a regulaci neurogeneze a apoptózy, neurotransmitery, zánětlivý, oxidativní a nitrosativní stres, mitochondriální dysfunkci, kortizol a osu hypotalamus – hypofýza – nadledvinky a epigenetické vlivy. Ze znalosti zahrnutí každé z těchto drah vyplývá, že specifické látky, které působí na některé nebo mnohé z těchto drah, mohou takto blokovat tuto kaskádu a mít neuroprotektivní vlastnosti.

Tento článek autorů z Austrálie (Geelong, Parkville, Melbourne), Thajska (Bangkok) a Skotska (Glasgow) po-

suzuje nejslibnější potenciál z těchto látek včetně lithia a jiných známých antipsychotik, aspirinu, minocyklinu, statinů, N-acetylcysteinu, leptinu a melatoninu. Tyto látky jsou potenciálními neuroprotektivními látkami pro schizofrenii a poruchy nálady.

Hauptman A, Carchedi L A case of possible HIV prophylaxis-induced anxiety and obsessive-compulsive disorder

(Případ možné úzkosti a obsedantně-kompulzivní poruchy navozených HIV profylaxí)

Gen Hosp Psychiatry 2013; 35 (6): 679e11–12.

Existuje dostatek literatury o neuropsychiatrických účincích antiretrovirotik. Američtí autoři (pracoviště Austin, TX) se domnívají, že se setkali jako první s případem nově vzniklých obsedantně-kompulzivních příznaků ve vztahu k emtricitabinu/tenofoviru, běžně předepisované kombinaci při HIV profylaxi. Autoři popisují případ ženy, u které se objevily zmatené nutkavé myšlenky po zahájení uvedené léčby. Autoři zahrnuli i diskusi o literatuře v souvislosti s jimi popsaným případem.

MUDr. Jaroslav Veselý