

SEBESTIGMATIZACE U PACIENTŮ S PORUCHAMI SCHIZOFRENNÍHO SPEKTRA

původní práce

Kristýna Vrbová¹
Ján Praško¹
Klára Látalová¹
Marie Ocisková¹
Michaela Holubová^{1,2}
Aleš Grambal¹
Markéta Maráčková¹

¹Klinika psychiatrie, LF UP
v Olomouci, FN Olomouc

²Psychiatrické oddělení,
Nemocnice Liberec

Kontaktní adresa:

MUDr. Kristýna Vrbová
Klinika psychiatrie FN Olomouc
I. P. Pavlova 6
779 00 Olomouc
e-mail: krist@atlas.cz

SOUHRN

Vrbová K, Praško J, Látalová K, Ocisková M, Holubová M, Grambal A, Maráčková M. Sebestigmatizace u pacientů s poruchami schizofrenního spektra

Úvod: Stigma duševní nemoci je komplexní psychosociální jev, který má mnoho negativních dopadů na život, včetně snížení jeho kvality. Vede k odkládání potřebné léčby, komplikuje ji a snižuje její výsledky se všemi psychosociálními dopady. Výzkum rozlišuje vnější stigmatizaci a sebestigmatizaci. Sebestigmatizace internalizuje stigmatizující postoje a vede k rozvoji maladaptivních životních strategií. Cílem práce bylo zjistit míru sebestigmatizace a její vztah k osobnostním rysům, závažnosti poruchy a demografickým faktorům u osob se schizofrenním onemocněním.

Metoda: Do studie bylo zařazeno 39 ambulantních pacientů s diagnózou schizofrenie, schizoafektivní poruchy nebo trvalé poruchy s bludy, kteří byli ve stabilizovaném stavu. Všichni pacienti byli léčeni antipsychotiky. K potvrzení diagnózy bylo použito strukturované interview M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview). Pro hodnocení sebestigmatizace byl použit sebesuzující dotazník ISMI (Škála internalizovaného stigma psychické poruchy), pro míru naděje ADHS (Dispoziční škála naděje pro dospělé), pro hodnocení temperamentu a charakteru TCI-R (Revidovaný dotazník temperamentu a charakteru). Míra deprese byla hodnocena pomocí BDI-II (Beckův depresivní

SUMMARY

Vrbová K, Praško J, Látalová K, Ocisková M, Holubová M, Grambal A, Maráčková M. Self-stigma in patients with schizophrenia spectrum disorders

Introduction: A stigma of mental illness is a complex psychosocial phenomenon, which decreases the quality of life of the patients. It brings a number of negative psychosocial outcomes, leads to avoidance of proper treatment, and complicates the already started treatment. Often, it contributes to unsatisfactory therapeutic results. Self-stigma is based on internalization of the stigmatizing beliefs. It results in a development of maladaptive coping strategies in the individuals with mental disorders. The relationship between personality traits and self-stigma has not been sufficiently scrutinized in the population of the patients with schizophrenia spectrum disorders. Thus, the goal of this paper was to explore the levels of self-stigma in this population and its relationship to personality traits, the severity of the psychotic disorder, and demographic factors.

Method: Participation in the study was offered to patients diagnosed with schizophrenia spectrum disorders (schizophrenia, schizoaffective disorder, delusional disorder), who were regularly attending a psychiatry department outpatient center and were stabilized during the study. 39 participants of both sexes participated in the study. All patients were using antipsychotics. The Mini International Neuropsychiatric Interview was performed

inventář) a míra úzkosti pomocí BAI (Beckův inventář úzkosti). Demografické údaje byly kompletovány pomocí demografického dotazníku. Samotná závažnost psychotické poruchy byla objektivně hodnocena pomocí CGI-O (Celkový klinický dojem-objektivní) a subjektivně pomocí CGI-S.

Výsledky: Dle celkového skóre ISMI dosahovala průměrná míra sebestigmatizace hodnoty $60,84 \pm 12,24$ bodu. Celkové skóre ISMI pozitivně korelovalo s celkovou závažností onemocnění v CGI-O i CGI-S. Míra sebestigmatizace dle ISMI také pozitivně korelovala s osobnostním rysem HA (vyhýbání se ohrožení), délkou léčby a počtem hospitalizací, negativně korelovala s osobnostními rysy PS (persistence), SD (sebeřízení), CO (kooperace) a mírou naděje (dle ADHS). Mnohonásobná zpětná kroková regrese ukázala, že nejdůležitějšími nezávislými proměnnými, které se do míry sebestigmatizace promítají, jsou počet hospitalizací a míra HA (vyhýbání se ohrožení).

Závěr: Ambulantní pacienti s diagnózou schizofrenního spektra s anamnézou vyššího počtu hospitalizací a rysem temperamentu Vyhýbání se ohrožení mají vysokou míru sebestigmatizace. Komplexní strategie vedoucí k redukci vyhýbavého chování a snížení počtu hospitalizací by mohla vést k snížení sebestigmatizace a jejích důsledků.

Klíčová slova: sebestigmatizace, schizofrenie, kvalita života, naděje, deprese, úzkost.

to refine the diagnostics. The patients then completed these psychodiagnostic methods: The ISMI Scale (The Internalized Stigma of Mental Illness Scale), ADHS (The Adult Dispositional Hope Scale), and TCI-R (The Temperament and Character Inventory – Revised). The psychiatrist assessed the disorder severity by using CGI-O (The Clinical Global Impression – the objective version), and the patients completed a similar self-evaluation by using the subjective version of the scale (CGI-S). Each participant also completed BDI-II (The Beck Depression Inventory – II), measuring the severity of depressive symptoms, and BAI (The Beck Anxiety Inventory), measuring the severity of the anxiety symptoms.

Results: The mean level of the self-stigma was 60.84 ± 12.24 (ISMI). The overall level of self-stigma positively correlated with the disorder severity measured by CGI-O and CGI-S. Furthermore, it was positively connected to Harm avoidance, the treatment duration, and the number of underwent psychiatric hospitalizations. The overall level of the self-stigma then significantly negatively correlated with several personality traits, namely Persistence, Self-directedness, and Cooperativeness, and with hope in ADHS. The backward stepwise regression was applied to identify the most significant factors connected to the self-stigma. The regression analysis showed Harm avoidance and the number of previous psychiatric hospitalizations as the most significant regressors.

Conclusion: Outpatients with schizophrenia spectrum disorders, who show high levels of harm avoidance and/or have undergone a higher number of psychiatric hospitalizations, tend to experience more pronounced symptoms of self-stigma. Complex therapeutic strategies, aimed at reduction of the avoidant behavior and the potentially unnecessary hospitalizations, may serve as prevention against the development of the self-stigma and its negative consequences.

Keywords: self-stigma, schizophrenia, quality of life, hope, depression, anxiety.

ÚVOD

Stereotypy a předsudky o psychiatrických pacientech typicky hodnotí duševně nemocné jako nebezpečné, agresivní, iracionální v jednání, a tudíž nevypočitatelné a nespolehlivé.^{1,2} Problematika stigmatu a rizika jeho internalizace byla důkladněji popsána zejména u pacientů se závažnými duševními poruchami, jako je schizofrenie,³ bipolární porucha⁴ nebo depresivní porucha.⁵ V poslední době výzkum sebestigmatizace prostupuje celou oblastí psychiatrie, včetně úzkostných poruch, poruch osobnosti a závislosti.^{6–8}

Stigmatizace je sociální proces, během něhož člověk na základě určité vlastnosti, která je pro společnost nepřijatelná, dostává nálepku a přestává být jejím plnohodnotným členem.^{9,10} Stigmatizovaný jedinec bývá společností diskriminován a ve srovnání s ostatními lidmi zpravidla nemá stejné příležitosti v pracovní, sociální nebo zdravotní oblasti.² Pokud nemocný navíc vnímané stigma přijme za své, tzn. internalizuje je, začne si sám vytvářet další překážky bránící naplnění jeho životních cílů.^{11,12} Finzen hovoří o „druhé nemoci“, která může násobit negativní dopady na život nemocného způsobené samotnou poruchou.¹⁰

Pacienti trpící psychickou poruchou se často odhodlávají k návštěvě psychiatra dlouhou dobu a není výjimkou, že se k odborníkovi dostaví až po mnoha letech, kdy je porucha již chronifikovaná.^{13,14} Samotná představa, že by jim mohlo být diagnostikováno psychické onemocnění, vede ke snížení sebedůvěry a k sebestigmatizujícím postojům.⁹ U pacientů se schizofrenií pak v důsledku předsudků a diskriminace dochází ke špatné spolupráci v léčbě, zejména v užívání předepsané medikace.^{15,16} Hrozba sociálního nesouhlasu nebo snížené sebevědomí, které doprovázejí značku schizofrenie, souvisí s nedostatečným využíváním zdravotních i sociálních služeb.¹⁷ Povědomí o nemoci a náhled mohou vést k lepším funkčním výsledkům, ale pokud náhled doprovází přijetí stigmatizujících postojů, je naopak pravděpodobnější, že dojde ke zhoršení sociálního fungování, snížení naděje a sebevědomí.¹⁸

Na stigma se dá nahlížet z různých úhlů pohledu. Obecně je lze rozdělit na tři podskupiny – stigma sociální, stigma strukturální (jinak také institucionální) a stigma internalizované (nazývané také jako sebestigmatizace).¹⁹ Sebestigmatizace je třífázový proces, v němž člověk přiděluje sám sobě sociálně handicapující značku, internalizuje ji a předpokládá, že se k němu druzí budou chovat negativním způsobem, pohrdat jím nebo ho odmítat.^{3,20,21} V první fázi se stigmatizovaný jedinec setkává s nálepkujícím či odmítavým chováním okolí. Vnímá, že se k němu ostatní chovají jinak než k lidem, kteří psychiatrickou nálepku nemají, a uvědomuje si předsudky, které vedou k odsuzujícím postojům společnosti.^{22–25} Ve druhé fázi už jedinec souhlasí s negativními stereotypy o lidech, kteří trpí stejnou poruchou jako on. Např. člověk trpící psychickou poruchou může souhlasit s postojem, že psychiatričtí pacienti jsou méněcenní. Ve třetí fázi jedinec tyto zvnitřněné předsudky aplikuje na sebe a integruje je do svého sebepojetí a identity.²⁵ Po internalizaci stigmatu postupuje tento proces autonomně, automaticky a neuvědoměle.^{12,26} Internalizace může mít různé důsledky – zhoršení kvality

života, ztrátu naděje, zhoršení nálady nebo snížení sebedůvěry.¹⁰ Celkově může docházet ke zvýšení anticipační úzkosti s obavami z odmítnutí či odsouzení druhými lidmi.¹ To může vést až k odchodu ze zaměstnání, útěku od přátel, někdy i od rodiny, a v konečném důsledku k sociální izolaci.¹² Velmi často je zvýšená sebestigmatizace spojená s nižší adhezí k léčbě, se závažnější symptomatologií a horší prognózou.^{8,16,22} Většina výzkumů v oblasti stigmatizace zkoumá negativní reakce běžné populace na osoby se schizofrenií. Méně často jsou zkoumány postoje samotných pacientů, kteří jsou této stigmatizaci vystaveni.

Výsledky systematické přehledové studie Gerlingera et al. naznačují, že třetina až polovina pacientů se schizofrenií se za svou poruchu stydí.²⁷ Prevalence sebestigmatizujících postojů u jedinců trpících závažnými psychickými poruchami se v posledních evropských studiích pohybuje mezi 36 a 42 %.^{28,29} Vyšší míra sebestigmatizace predikuje vyšší míru celkové psychopatologie, vyšší míru deprese, sociální úzkosti, nižší sebevědomí, menší míru naděje, horší sociální, pracovní a odborné fungování, nižší kvalitu života, horší výsledky léčby, méně sociální podpory a horší spolupráci v léčbě.^{3,30–38}

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 vžitě stereotypy neodpovídají realitě, nebo si žádnou stigmatizaci nepřipouštějí.³⁹ Proto může být užitečné zjistit, které osobnostní proměnné se sebestigmatizací více souvisí.

Pro identifikaci osobnostních proměnných, které sehrávají roli při formování internalizovaného stigmatu, se dosud užívala Cloningerova biosociální teorie osobnosti a z ní vycházející osobnostní inventář TCI-R.⁴⁰ 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 patří k základním aspektům Snyderovy kognitivní teorie naděje.⁴¹ Lidé, kteří stigma zvnitřnili, spíše prožívají beznaděj.^{19,42}

Podle Snydera se naděje vztahuje k životním cílům a očekávání pozitivního výsledku vlastního snažení.⁴¹ Definoval ji jako „*pozitivní emoční stav, který je založený na vzájemném vztahu mezi tzv. Snahou (energizace osobnosti k dosahování cílů) a Cestou (zvažování cesty k cíli)*“. Do jeho konceptu komplexní teorie naděje patří emoce, motivace, chování i kognice.⁴³ Základní míra naděje pak zůstává u jednotlivce relativně stabilní v čase.⁴⁴ U pacientů se schizofrenií mohou být vztahy mezi nadějí, mírou deprese a sebestigmatizací provázané; zdá se, že snížená míra naděje koreluje s vyšší mírou deprese a vyšší sebestigmatizací.⁴⁵ U jedinců trpících poruchou schizofrenního okruhu bylo také shledáno, že internalizované stigma moderuje propojení mezi náhledem, sociálním fungováním, nadějí a sebevědomím.⁴⁶

Cílem práce bylo zjistit míru sebestigmatizace a vztah sebestigmatizace k osobnostním rysům, závažnosti poruchy, nadějí a demografickým faktorům u pacientů se schizofrenií.

METODA

Naše průřezová studie zjišťovala míru internalizovaného stigmatu a její vztah k osobnostním charakteristikám, nádeji, závažnosti psychopatologie a demografickým faktorům u pacientů s poruchami schizofrenního spektra.

Pacienti

Do studie bylo zařazeno 39 pacientů obou pohlaví docházejících do psychiatrické ambulance ve stabilizovaném stavu, který nevyžadoval hospitalizaci, změny v medikaci ani jinou terapeutickou intervenci.

K potvrzení diagnózy bylo použito strukturované interview M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview). Kritéria zařazení do studie:

1. Věk 18–65 let.
2. Diagnóza některé z poruch schizofrenního spektra podle MKN-10⁴⁷ a DSM-5.⁴⁸
3. Závažnost psychotického onemocnění byla určena zevrubným pohovorem s lékařem, z něhož vychází stupeň CGI.

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

Posuzovací nástroje

Po krátké instruktáži pacienti vyplnili posuzovací škály a dotazníky. Použity byly následující posuzovací nástroje:

- **ISMI** (The Internalized Stigma of Mental Illness Scale)⁴⁹ – Škálu internalizovaného stigmatu psychické poruchy tvoří 29 položek se čtyřbodovou stupnicí, které hodnotí 5 oblastí sebestigmatizace. Patří mezi ně pocity odcizení a toho, že jedinec není plnohodnotným členem společnosti, míra souhlasu se stereotypy o lidech s duševní poruchou, percepce toho, jak je s pacientem od doby stanovení diagnózy zacházeno, stažení se ze společnosti a stupeň odolnosti vůči stigmatu.⁵⁰ Škála ISMI byla v českém překladu standardizována Ociskovou et al.⁵¹ Vnitřní konzistence české verze škály je vynikající (Cronbachova alfa $\alpha = 0,91$).⁵¹ Velmi dobrá je rovněž stabilita škály v čase hodnocená v časovém odstupu tří týdnů ($r = 0,90$, $p < 0,001$).
- **BAI** (Beck Anxiety Inventory, Beck et al. 1988)⁵² – Beckovu stupnicí úzkosti tvoří 21 položek se čtyřbodovou Likertovou stupnicí, podle níž jedinec označuje závažnost příznaků úzkosti, jimiž trpěl za poslední týden. BAI v českém jazyce validizovala Kamarádová et al.⁵³ Inventář vykazuje vynikající vnitřní konzistenci (Cronbachova $\alpha = 0,92$).⁵³
- **BDI-II** (Beck Depression Inventory-II)⁵⁴ – Beckův inventář deprese obsahuje 21 položek, ze kterých pacient vybírá jednu ze čtyř definovaných možností, která nejvíce odpovídá tomu, jak se cítí v posledních dvou týdnech. Korelace BDI-II s ostatními standardizovanými škálami deprese se pohybuje kolem 0,70, vnitřní konzistence (Cronbachova alfa) se pohybuje od 0,73 do 0,95.⁵⁵ Škála je široce používána k posouzení aktuál-

ní úrovně depresivní symptomatologie v klinice i výzkumu. Test byl adaptován na českou populaci.⁵⁶

- **CGI** (Clinical Global Impression)⁵⁷ – Celkový klinický dojem je hodnocení celkové závažnosti poruchy. Zdrojem evaluace v CGI-O je komplexní hodnocení pacienta lékařem. V jeho subjektivní verzi (CGI-S) hodnotí svůj celkový stav sám pacient. Při vyplňování je úkolem lékaře i pacienta zaznamenat intenzitu psychických potíží na sedmibodové škále (1 = normální, bez známek nemoci, 7 = prožívá/m extrémně silné příznaky nemoci).
- **TCI-R**: (Temperament and Character Inventory – Revised)⁴⁰ – Revidovaný inventář temperamentu a charakteru sestává z 240 položek, z toho 5 validizačních. Dotazník hodnotí čtyři temperamentové a tři charakterové rysy osobnosti. Mezi rysy temperamentu patří vyhledávání nového (NS), vyhýbání se ohrožení (HA), závislost na odměně (RD) a vytrvalost či persistence (PS). Mezi charakterové rysy patří sebeřízení (SD), spolupráce (CO) a sebezpřesah (ST).⁵⁸ České percentilové normy vytvořili Preiss a Klose.⁵⁹
- **ADHS** (Adult Dispositional Hope Scale)⁴¹ – Dispoziční škála naděje pro dospělé má 12 položek: 4 hodnotí schopnost stanovovat si adaptivní cesty k cíli, 4 se zaměřují na snahu a 4 slouží jako distraktory (necílové podněty ztěžující připravené odpovědi). Pacient volí míru souhlasu s uvedeným tvrzením na osmibodové stupnici. Český překlad vytvořily Ocisková ve spolupráci se Sobotkovou.⁴³ Překlad vykazuje dobrý stupeň vnitřní konzistence – celková Cronbachova alfa je 0,85.⁴³
- **Demografický dotazník** obsahoval základní údaje: pohlaví, věk, rodinný stav, dosažené vzdělání, zaměstnanost, případnou invaliditu, věk nástupu nemoci, délku docházky do psychiatrické ambulance, počet hospitalizací, dobu od poslední hospitalizace, počet navštěvovaných psychiatrů, současnou medikaci, údaj o vysazování medikace v minulosti (na doporučení psychiatra a z vlastní vůle).

Statistika a etika

Ke statistickému hodnocení výsledků byl použit statistický program Prism (GraphPad PRISM version 5.0; <http://www.graphpad.com/prism/prism.htm>) a SPSS 17.0. Demografická data i průměrná celková skóre v jednotlivých dotaznících a stupnicích byla hodnocena pomocí popisné statistiky (průměr, medián, směrodatná odchylka a charakter rozložení dat). Průměry byly porovnávány pomocí t-testů. Vztahy mezi jednotlivými kategoriemi byly hodnoceny pomocí korelačních koeficientů. Vztah alternativních proměnných (pohlaví, stav, vysazování medikace) byl ověřen Fisherovým testem. K analýze síly významu jednotlivých korelací jednotlivých faktorů byla použita zpětná kroková 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.⁶⁰ Pacienti podepsali informovaný souhlas.

Vedení léčby

Všichni pacienti se léčili na psychiatrické ambulanci a byli aktuálně ve stabilizovaném stavu, který nevyžadoval změnu léčebného postupu nebo režimu. Všichni pacienti zařazení do hodnocení užívali antipsychotika v terapeutických dávkách ($5,57 \pm 3,70$ mg, dávka antipsychotika přepočtena na index risperidonu). Kromě antipsychotické medikace bylo 21 (53,8 %) pacientů medikováno antidepresivy, pět (12,8 %) pacientů benzodiazepinovými anxiolytiky a pět (12,8 %) pacientů stabilizátory nálady. Léky byly podávány podle doporučených postupů při léčbě onemocnění schizofrenního okruhu.⁶¹

VÝSLEDKY

Popis souboru

Sběr dat probíhal v období od května 2015 do května 2016. Baterie dotazníků byla nabídnuta 50 pacientům se schizofrenním onemocněním, kteří docházejí na ambulanci psychiatrické kliniky v Olomouci. Účast ve výzkumu a vyplnění dotazníků byly dobrovolné. Dotazníky dosud vyplnilo 39 pacientů (78,0 %). V souboru mírně převažovali muži (56,4 %). Průměrný věk byl $35,85 \pm 9,97$ roku. Dosažené vzdělání bylo rozvrstveno relativně rovnoměrně: 7 (17,9 %) pacientů mělo základní vzdělání, 12 (31,1 %) bylo vyučených, 10 (25,6 %) mělo středoškolské a 9 (23,1 %) vysokoškolské vzdělání. Převažovali pacienti bez práce: 59 % bylo nezaměstnaných, 41 % pracovalo jako zaměstnanci nebo OSVČ, 38,5 % pacientů bylo v plném invalidním důchodu, 15,4 % v částečném. S ohledem na rodinný stav bylo ve skupině pacientů více pacientů svobodných a bez partnera (69,2 %), 20,5 % bylo ženatých/vdaných a 7,7 % rozvedených. Partnera mělo 30,8 % pacientů (tab. 1).

Jako primární diagnóza byla stanovena porucha schizofrenního okruhu u všech 39 pacientů (u 20 schizofrenie, u dvou porucha s bludy, u sedmi akutní a přechodná psychotická porucha a u deseti schizoafektivní porucha). Čtyři pacienti byli diagnostikováni s komorbidní závislostí na psychoaktivních látkách a u jedné pacientky byla diagnostikována rovněž porucha osobnosti.

Celkové skóre ISMI dosáhlo $60,8 \pm 14,2$ bodu. Co se týče závažnosti onemocnění, psychiatr hodnotil aktuální stav v průměru mezi „hraniční“ a „mírné projevy nemoci“ (CGI-O hodnota 2–3). Subjektivní hodnocení závažnosti onemocnění se významně nelišilo od objektivního hodnocení (Mannův Whitneyův test, $MW U = 590$; n. s.) a subjektivní a objektivní hodnocení závažnosti onemocnění spolu významně korelovala (Spearmanovo $r = 0,69$, $p < 0,001$).

Pacienti v průměru dosahovali mírných projevů deprese a jejich průměrná celková úzkost byla nízká. Průměrné výsledky dotazníku TCI-R hodnotící osobnostní rysy jsou uvedeny v tab. 1. Soubor vykazoval ve srovnání s normami průměrnou míru závislosti na odměně (percentil 40–45), sebeřízení (percentil 40–45), spolupráce (percentil 55) a sebezpřesahu (percentil 55). Stupeň vyhýbání se poškození byl významně vyšší, než udává norma (percentil 80–85). Průměrná míra vyhledávání nového a vytrvalosti

Tab. 1. Popis souboru

Proměnná	Počty nebo hodnoty
Počet účastníků	39
Věk	$35,85 \pm 9,97$
Pohlaví: muži / ženy	22 / 17
Zaměstnaní: ano / ne	16 / 23
Manželský stav: svobodný / ženatý / rozvedený / ovdovělý	27 / 8 / 3 / 0
Partner: ano / ne	12 / 27
Důchod: nemá / plný / částečný / starobní	18 / 15 / 6 / 0
Vzdělání: základní / vyučení / maturita / vysoká škola	7 / 12 / 10 / 9
Počátek nemoci	$28,18 \pm 9,11$
Počet hospitalizací	$3,59 \pm 3,24$
Délka léčby v letech	$7,84 \pm 8,86$
Doba od poslední hospitalizace	$2,12 \pm 2,82$
ISMI celkově	$60,84 \pm 14,24$
Odcizení	$12,76 \pm 4,04$
Souhlas se stereotypy	$13,18 \pm 3,78$
Zkušenost diskriminace	$9,92 \pm 3,13$
Sociální stažení	$12,39 \pm 3,58$
Rezistence vůči stigmatu	$12,37 \pm 2,42$
CGI-O	$2,42 \pm 1,35$
CGI-S	$2,79 \pm 0,99$
BDI-II	$16,05 \pm 10,34$
BAI	$12,16 \pm 9,89$
NS (vyhledávání nového)	$95,41 \pm 9,57$
HA (vyhýbání se ohrožení)	$111,9 \pm 19,79$
RD (závislost na odměně)	$93,67 \pm 9,03$
PS (vytrvalost, persistence)	$101,20 \pm 17,16$
SD (sebeřízení)	$133,90 \pm 17,65$
CO (kooperativita, spolupráce)	$127,20 \pm 13,40$
ST (sebezpřesah)	$68,92 \pm 15,41$
ADHS	$37,57 \pm 9,59$
Cesta	$18,86 \pm 4,97$
Snaha	$18,70 \pm 5,65$
Antipsychotikum – 39 pacientů – index risperidonu v mg	$5,57 \pm 3,70$
Antidepresivum – 21 pacientů – index paroxetinu v mg	$28,57 \pm 12,56$
Anxiolytikum – 5 pacientů – index diazepam v mg	$9,00 \pm 4,18$
Thymopropylaktikum – 5 pacientů	

pak byla ve srovnání s normami naopak signifikantně nižší (vyhledávání nového se nacházelo na percentilu 35–40 a vytrvalost se pohybovala na úrovni percentilu 30–35).⁶²

Co se týče Dispoziční škály naděje, průměrné skóre skupiny ($37,57 \pm 9,59$) odpovídá 3. stenu u norem, tedy velmi nízké míře naděje.⁴³

Pacienti byli léčeni běžnými dávkami antipsychotik, někdy byla přítomna přídatná medikace, zejména pak anti-depresiva, antikonvulziva nebo anxiolytika.

Tab. 2. Korelační koeficienty a jejich statistická významnost mezi mírou sebestigmatizace a vybranými demografickými, klinickými a psychologickými faktory

Proměnná	Korelační koeficient
Věk	0,1795 P
Počátek nemoci	-0,157 P
Počet hospitalizací	0,5167 S ***
Délka léčby v letech	0,3595 P *
Doba od poslední hospitalizace	0,0303 S
CGI-O	0,553 P ***
CGI-S	0,4084 S *
BDI-II	0,4242 P **
BAI	0,4896 P **
NS (vyhledávání nového)	0,2468 P
HA (vyhýbání se ohrožení)	0,6424 P ***
RD (závislost na odměně)	-0,01615 P
PS (vytrvalost, persistence)	-0,4619 P **
SD (cílesměrnost, sebeřízení)	-0,7480 P ***
CO (spolupráce, kooperativnost)	-0,5181 P ***
ST (sebeřesah)	-0,0686 p
ADHS	-0,6625 P ***
Cesta	-0,5173 P **
Snaha	-0,6693 P ***

Pozn.: P = Pearsonovo r; S = Spearmanovo r, *0,05; **0,01; ***0,001.

Sebestigmatizace a demografické či klinické faktory

Celkové skóre ISMI statisticky významně koreluje s některými demografickými a klinickými faktory a se závažností psychopatologie (tab. 2).

Věk v době vyšetření a věk počátku rozvoje onemocnění s mírou sebestigmatizace nekoreluje, zato však statisticky významně koreluje počet hospitalizací a délka léčby

nemoci v letech (tab. 2). Míra sebestigmatizace vysoce pozitivně koreluje s celkovou závažností onemocnění, hodnocenou jak lékařem (CGI-O), tak samotným pacientem (CGI-S) (tab. 2).

Ukazuje se, že míra internalizovaného stigmatu souvisí se závažností úzkostných symptomů hodnocených BAI i závažností depresivních příznaků, hodnocených BDI-II (tab. 2).

Podle rodinného stavu se neukázal rozdíl mezi svobodnými, ženatými a rozvedenými pacienty. I když sebestigmatizace má tendenci narůstat u rozvedených, jejich počty pro statistické zpracování nejsou dostatečné (tab. 3).

Ovšem porovnání skupin pacientů rozdělených dle pobíraného důchodu (bez invalidního důchodu, s plným nebo s částečným) vykazuje statisticky vysoce významné rozdíly. Použití Bonferroniho mnohočetného srovnávacího testu ukazuje, že tento rozdíl jde hlavně na vrub rozdílu mezi pacienty bez invalidního důchodu a pacienty s přiznaným plným invalidním důchodem, kdy pacienti s plným invalidním důchodem se stigmatizují významně více.

Míra sebestigmatizace statisticky významně nesouvisí s úrovní dosaženého vzdělání, avšak je zde naznačený trend směrem k nižší sebestigmatizaci s vyšší úrovní vzdělání (tab. 3).

Sebestigmatizace a osobnostní rysy

Stupeň sebestigmatizace pozitivně koreluje s osobnostním rysem Vyhýbání se ohrožení (HA), což vypovídá o pohotovosti k prožívání úzkosti, nesmělosti v interpersonálních vztazích a rychlé unavitelnosti (tab. 2).

Negativní korelace s mírou sebestigmatizace byla zaznamenána ve vztahu k osobnostnímu rysu Sebeřízení (SD). Negativní korelace s mírou sebestigmatizace byla rovněž zjištěna ve vztahu k osobnostnímu rysu Spolupráce (CO). Pacienti s vyšší mírou sebestigmatizace mají tendenci méně kooperovat s druhými lidmi (tab. 2).

Tab. 3. Porovnání sebestigmatizace u různých podskupin pacientů podle pohlaví, zaměstnanosti, manželského stavu, partnerství, důchodu a vzdělání

Proměnná	Průměr ISMI-CS	Statistický význam
Věk: muži ženy	61,05 ± 13,97 60,59 ± 15,00	nepárový t-test: t = 0,09752 df = 36; n. s.
Zaměstnaní: ano ne	53,07 ± 13,29 65,91 ± 12,68	nepárový t-test: t = 2,996 df = 36; p < 0,005
Manželský stav: svobodný ženatý rozvedený	59,85 ± 14,13 62,25 ± 16,46 66,00 ± 12,12	one way ANOVA: F = 0,2894 df = 37; n. s.
Partner: ne ano	61,62 ± 13,70 59,17 ± 15,68	nepárový t-test: t = 0,4875 df = 36; n. s.
Důchod: nemá plný částečný	51,94 ± 13,38 70,60 ± 9,46 61,67 ± 11,13	one way ANOVA: F = 10,29 df = 37; p < 0,0005 Bonferroniho mnohočetný srovnávací test: Bez důchodu < s plným důchodem (p < 0,001)
Vzdělání: základní vyučení maturita vysoká škola	63,00 ± 13,98 65,33 ± 12,12 59,30 ± 16,53 54,89 ± 14,34	one way ANOVA: F = 1,016 df = 37; n. s.

Pozn.: ISMI-CS = Internalizované stigma psychické poruchy – celkové skóre.

Tab. 4. Mnohočetná regresivní analýza s celkovým skórem ISMI jako závislou proměnnou

Regresory	B	SE	β	Významnost
Počet hospitalizací	1,218	0,516	0,232	0,025
CGI-O	3,174	1,717	0,199	0,074
HA	0,421	0,064	0,657	0,001
PS	0,185	0,100	0,247	0,073
SD	-0,167	0,086	-0,269	0,060

Sebestigmatizace a naděje

Celkové skóre ISMI statisticky významně negativně koreluje s prožívanou nadějí (tab. 2). Pacienti s vyšší sebestigmatizací prožívají menší naději (hodnoceno jak celkovým skóre ADHS, tak v obou jejích subškálách). Negativní korelace je statisticky významná v subškále Cesta i v subškále Snaha (tab. 2).

Kroková regrese

K identifikaci proměnných, které ve vztahu k sebestigmatizaci zůstávají statisticky signifikantní i přes možný vliv dalších proměnných zařazených do analýzy, byla realizována mnohonásobná regresivní analýza, konkrétně zpětná kroková regrese. Uvádíme ji přesto, že počet pacientů je omezený, a její platnost tudíž velmi limitovaná. Vzhledem k blízkosti některých proměnných nebylo možné zařadit všechny výše zmíněné faktory. Při rozhodování mezi hodnocením psychického stavu lékařem (CGI-O) nebo pacientem (CGI-S) bylo zvoleno hodnocení lékařem.

Jako závislá proměnná vystupuje celkové skóre ISMI. Nezávislé proměnné, které se ukázaly statisticky významné v korelacích s ISMI, byly tyto: počet hospitalizací, CGI-O, celkové skóre ADHS a rysy osobnosti: vyhýbání se ohrožení (HA), persistence (PS), sebeřízení (SD) a spolupráce (CO). Z těchto nezávislých proměnných prošlo v osmi krocích zpětné krokové regrese pět faktorů. Statisticky významný vztah k ISMI měly pouze dvě proměnné, a to počet hospitalizací a vyhýbání se ohrožení (HA) (tab. 4).

DISKUSE

Cílem tohoto výzkumu bylo prozkoumat faktory, které mohou být významně spojené s internalizovaným stigmatem u pacientů se schizofrenií a příbuznými poruchami. Většina výzkumů na téma sebestigmatizace ukazuje na významnou souvislost mezi internalizovaným stigmatem a vyšší intenzitou příznaků deprese, úzkosti a celkově větší závažností psychopatologie.⁵⁰ Výsledky prezentované studie potvrzují tyto nálezy u skupiny pacientů se schizofrenií a příbuznými poruchami. Sebestigmatizace pozitivně koreluje se závažností depresivních symptomů, přestože nebyla diagnostikována komorbidní depresivní porucha u žádného z pacientů.

Celkové skóre ISMI dosahuje v průměru podobných hodnot, jako je tomu u jiných studií sebestigmatizace s touto populací (60,39 ± 13,49 v naší předchozí studii;¹⁶ 63,98 ± 13,74 u jiné populace ambulantních pacientů se schizofrenií v České republice⁶³). Ve studii pacientů s bipolární afektivní poruchou dosahovalo celkové skóre

ISMI rovněž podobných hodnot (61,07 ± 13,49).⁴ Jedná se o středně vysokou sebestigmatizaci, velmi blízkou průměru u patientské populace hodnocené při standardizaci ISMI v české populaci (63,55 ± 14,36).⁵¹ V průměru vyšší míra sebestigmatizace se objevuje u hraniční poruchy osobnosti (71,15 ± 14,74).⁶⁴

Míra sebestigmatizace hodnocená ISMI-CS nekoreluje s věkem ani s věkem počátku nemoci. Tento nálezy je v souladu s nálezy Holubové et al. u ambulantní populace pacientů s onemocněním schizofrenního okruhu.⁶³

Průměrné skóre Dispoziční škály naděje (ADHS; 37,57 ± 9,59) je v porovnání se zdravými kontrolami (46,14 ± 7,80) podstatně nižší.⁴³ Míra naděje v celkovém skóre ADHS i v jednotlivých subskóre Cesta a Snaha vysoce statisticky významně negativně koreluje s mírou sebestigmatizace hodnocenou ISMI-CS. U pacientů s onemocněním schizofrenního okruhu jde o unikátní nálezy, ovšem podobný nálezy byl zjištěn u pacientů s úzkostnými poruchami.⁶⁵ Pacienti s vyšší mírou sebestigmatizace si hůře stanovují adaptivní cesty k cíli a vyvíjejí menší úsilí k jejich dosažení. Rovněž ale opačná kauzalita je možná, pacienti, kteří nedovedou nalézt adaptivní cesty k dosažení cíle, se mohou více stigmatizovat. Tento závěr je v souladu s výsledky jiných studií, které ukázaly vyšší míru sebestigmatizace u pacientů se závažným duševním onemocněním.^{25,66}

Opačný vztah (pozitivní korelace) platí pro vztah mezi sebestigmatizací a celkovou úrovní úzkosti.^{67,68} Nicméně, vzhledem k použitým hodnoticím nástrojům nebylo možné identifikovat zdroje zvýšené úzkosti nebo potvrdit či vyvrátit názory Corrigan et al. nebo Vautha et al., podle nichž jedinci s vyššími úrovněmi sebestigmatizace trpí především anticipační úzkostí při obavě z odmítnutí, protože v naší studii byla měřena pouze celková úzkostnost.^{67,68}

Sebestigmatizace výrazně souvisí jak s mírou deprese, tak s mírou úzkosti i s celkovou závažností poruchy, hodnocenou jak pacientem samotným, tak lékařem. To znamená, že čím více se pacient sám stigmatizuje, tím více je úzkostný a depresivní. Vztah však může mít i opačnou kauzalitu – pacienti s vyšší mírou deprese a úzkosti trpí také vyšší mírou sebestigmatizace.

Vztah mezi internalizovaným stigmatem a sklonem k úzkostnému prožívání byl také částečně potvrzen významnou korelací mezi sebestigmatizací a dimenzí Vyhýbání se ohrožení (HA) v TCI-R. Dimenze Vyhýbání se ohrožení (HA) vypovídá o přítomnosti obav z budoucnosti, strachu z potenciálně nebezpečných situací, rychlé unavitelnosti, ale svědčí také o studu a stísněnosti při kontaktu s lidmi, s nimiž se pacient příliš dobře nezná.⁶⁹ Lidé s vysokou mírou HA jsou také citlivější vůči kritice a odmítnutí ze strany druhých a vyžadují častější projevy podpory a ujišťování, že jejich činy jsou správné.⁷⁰

Dále bylo zjištěno, že s mírou sebestigmatizace významně souvisí také nižší hodnota osobnostních rysů Spolupráce (CO) a Sebeřízení (SD). To může znamenat, že pacienti s vyšší mírou sebestigmatizace věnují menší úsilí k dosažení svého záměru. Je ale také možné, že pacienti s nízkou mírou SD jsou více kritizováni a negativní postoje svého okolí potom zvnitřňují. Úroveň Vytrvalosti (PS) dle původních očekávání u těchto pacientů snížena nebyla. S nárůstem míry sebestigmatizace klesalo celkové skóre naděje ADHS i obě její subskóre (Cesta a Snaha).

Jako statisticky významný v souvislosti s celkovou mírou sebestigmatizace v krokové regresní analýze přetrvával pouze osobnostní rys Vyhýbání se ohrožení (HA). Význam krokové regrese je v tomto souboru velmi omezený pro nedostatečný počet subjektů. Nicméně tento výsledek je v souladu s nálezy jiných autorů. Margetićová et al. ve svém článku o internalizovaném stigmatu u schizofrenie interpretují Vyhýbání se ohrožení (HA) jako faktor zranitelnosti a Sebeřízení (SD) jako faktor odolnosti vůči rozvoji vlastního stigmatu.²¹ To je v souladu s Cloningerem, který postuloval Vyhýbání se ohrožení (HA) jako rys temperamentu, který je do značné míry dědičný a nepodléhá významným změnám v pozdějším životě, zatímco Sebeřízení (SD) zařadil mezi charakterové rysy osobnosti, na kterých se vývoj v průběhu života významně podílí.⁶⁹ Vyhýbání se ohrožení (HA) je vlastnost spojená se zvýšenou citlivostí na averzivní podněty a s následným sklonem k vyhýbavému chování.⁶⁹ Zdá se tedy, že tento osobnostní rys může smysluplně predikovat výskyt sebestigmatizace u pacientů s onemocněním schizofrenního okruhu. Cloninger uvádí, že Sebeřízení (SD) se v průběhu života mění.⁷¹ Je možné, že vlastní sebestigmatizace může také vést ke snížení SD. Nicméně Snyder měl jinou představu. Jeho teorie naděje je vývojová a lze ji také použít v případě Sebeřízení (SD). Byl přesvědčen, že základ ke schopnosti adaptivně řešit problémy v životě a být proaktivní, nebo naopak tendence se vyhýbat, se vyvíjí už v prvních letech života.⁴¹ Další vývoj této schopnosti fluktuuje kolem tohoto základu vytvořeného v průběhu dětství. I když podstatné změny jsou v zásadě možné, nedochází k nim bez narušení psychickým traumatem, nebo naopak vlivem významných pozitivních událostí či psychoterapií v pozdějším životě.^{41,70} Toto teoretické zázemí může částečně posilovat představu Margetićové et al. o Sebeřízení (SD) jako faktoru odolnosti vůči sebestigmatizaci.²¹

Omezení studie

Popisovaná studie má svá omezení, zejména nemůže objasnit kauzalitu popsanych korelací. Výzkumný soubor pacientů byl malý. Kroková regrese byla provedena s vě-

domím, že počet probandů je nedostatečný, a použili jsme ji zejména pro dokreslení výsledků. Ty jsou koherentní s nálezy jiných autorů. Fakt, že data byla sbírána pomocí dotazníků, které vyplňovali sami pacienti, a převaha subjektivních posuzovacích psychodiagnostických metod, v nichž jsme odkázáni na schopnost introspekce pacienta a jeho ochotu o sobě vypovídat, má svá omezení, zejména u pacientů se schizofrenií, kteří mohou trpět různou mírou kognitivní dysfunkce. Kromě demografických dat, objektivního CGI a dávek medikace mohlo být samotné vyplňování modifikováno také různou mírou unavitelnosti a motivace pacientů. Přes tyto limitace se však zdá, že je sebestigmatizace významným faktorem, který souvisí s některými osobnostními rysy a s nadějí pacienta. Do budoucna může být užitečné zkoumat vliv sebestigmatizace, osobnostních faktorů a naděje na léčebný efekt u této diagnostické skupiny. Dalším krokem by pak bylo hledání specifických strategií na ovlivnění faktorů zhoršujících sebestigmatizaci a léčebnou odpověď.

ZÁVĚR

Stigma představuje vážný problém, který trápí a omezuje pacienty s různými psychickými poruchami. Výsledky studie naznačují, že míra sebestigmatizace může být významným faktorem, který u pacientů s poruchami ze schizofrenního spektra souvisí s povahovým rysem Vyhýbání se ohrožení. Internalizované stigma u ambulantních pacientů se schizofrenií a příbuznými poruchami souvisí především s velikostí této proměnné a počtem předešlých hospitalizací. Mezi další významné psychosociální faktory, které mohou významně souviset s mírou sebestigmatizace, patří Sebeřízení a Spolupráce, míra naděje, závažnost depresivních a úzkostných symptomů, doba trvání poruchy, invalidita a zaměstnanost. Pokud tento výsledek bude ověřen dalšími studiemi na větším vzorku pacientů, strategie snižující sebestigmatizaci, zvyšující naději, snižující vyhýbavé chování a bránící častým hospitalizacím mohou omezit míru sebestigmatizace a jejich důsledků.

LITERATURA

- Chromý K. Duševní nemoc. Sociologický a sociálně psychologický pohled. Praha: Avicenum 1990.
- Gray AJ. Stigma in psychiatry. *J R Soc Med* 2002; 95: 72–76.
- 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.
- Hajda M, Kamarádová D, Látalová K et al. Self-stigma, treatment adherence, and medication discontinuation in patients with bipolar disorders in remission – a cross sectional study. *Act Nerv Super Rediviva* 2015; 5 (1–2): 6–11.
- 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.
- Alonso J, Buron A, Bruffaerts R 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.
- Ocisková M, Praško J, Látalová K et al. Internalizované stigma a efektivita farmakoterapie a psychoterapie u úzkostných poruch a poruch neurotického spektra. *Čes a slov Psychiat* 2014; 110 (3): 233–243.
- Kamarádová D, Látalová K, Praško J et al. Sebestigmatizace, adherence k léčbě a vysazování medikace u psychických poruch – průřezová studie. *Psychiatrie* 2015; 19 (4): 175–183.
- 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.

11. Corrigan PW, Watson AC. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology* 2002; 9 (1): 35–53.
12. 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.
13. Praško J. Stigmatizace u „psychogenních poruch“. *Psychiatrie* 2001; 5 (1): 32–37.
14. Adamcová K, Praško J, Raszka M. Od dálení léčby u pacientů s panickou poruchou. *Čes a slov Psychiat* 2010; 106 (2): 145–149.
15. Villares CC, Sartorius N. Challenging the stigma of schizophrenia. *Rev Bras Psiquiatr* 2003; 25: 1–2.
16. Vrbová K, Kamarádová D, Látalová K et al. Self-stigma and adherence to medication in patients with psychotic disorders – cross-sectional study. *Neuroendocrinol Lett* 2014; 35 (7): 645–652.
17. Corrigan P, Markowitz F, Watson A. Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophr Bull* 2004; 30: 481–491.
18. 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.
19. 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.
20. Rüschi N, Corrigan PW, Powell K et al. A Stress-Coping Model of Mental Illness Stigma: II. Emotional Stress Responses, Coping Behavior and Outcome. *Schizophrenia Research* 2009; 110: 65–71.
21. 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.
22. Ritsher JB, Phelan JC. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research* 2004; 129: 257–265.
23. 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.
24. Corrigan PW, Watson AC, Barr L. Understanding the self-stigma of mental illness. *Journal of Social and Clinical Psychology* 2006; 25: 875–884.
25. Corrigan PW, Rafacz J, Rüschi N. Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Research* 2011; 189: 339–343.
26. Alonso J, Buron A, Rojas-Farerras S, de Graaf R, Haro JM, de Girolamo G, Vilagut G. Perceived stigma among individuals with common mental disorders. *Journal of Affective Disorders* 2009; 118: 180–186.
27. Gerlinger G, Hauser M, de Hert M et al. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry* 2013; 12: 155–164.
28. West ML, Yanos PT, Smith SM, Roe D, Lysaker PH. Prevalence of internalized stigma among persons with severe mental illness. *Stigma Research and Action* 2011; 1: 3–10.
29. Brohan E, Elgie R, Satorius N, Thornicroft G. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia Research* 2010; 122: 232–238.
30. Wahl OF. Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin* 1999; 25: 467–478.
31. Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS et al. Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 479–481.
32. Watson AC, Corrigan PW, Larson JE, Sells M. Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin* 2007; 33: 1312–1318.
33. Gaebel W, Záske H, Baumann AE et al. Evaluation of the German WPA “program against stigma and discrimination because of schizophrenia – Open the Doors”: results from representative telephone surveys before and after three years of antistigma interventions. *Schizophr Res* 2008; 98 (1–3): 184–193.
34. Kleim B, Vauth R, Adam G et al. Perceived stigma predicts low self-efficacy and poor coping in schizophrenia. *Journal of Mental Health* 2008; 17: 482–491.
35. Pescosolido BA, Martin JK, Lang A, Olafsdottir S. Rethinking theoretical approaches to stigma: a Framework Integrating Normative Influences on Stigma (FINIS). *Soc Sci Med* 2008; 67: 431–440.
36. Yanos PT, Roe D, Lysaker PH. The impact of illness identity on recovery from severe mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 2010; 13: 73–93.
37. Yen CF, Chen CC, Lee Y et al. Association between quality of life and self-stigma, insight, and adverse effects of medication in patients with depressive disorders. *Depress Anxiety* 2009; 26 (11): 1033–1039.
38. Cavelti M, Kvigic S, Beck E, Rüschi NA, Vauth R. Self-stigma and its relationship with insight, demoralization, and clinical outcome among people with schizophrenia spectrum disorders. *Comprehensive Psychiatry* 2011; 53: 468–479.
39. 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.
40. 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.
41. Snyder CR (ed.). *Handbook of Hope: Theory, Measures, & Applications*. New York: Academic Press 2000.
42. Hasson-Ohayon I, Kravetz S, Meir T, Rozenzwaig S. Insight into severe mental illness, hope, and quality of life of persons with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Psychiatry Research* 2008; 167: 231–238.
43. Ocisková M, Sobotková I, Praško J, Mihál V. Standardizace české verze Snyderovy škály naděje pro dospělé. *Psychologie a její kontexty* 2016; 7 (1): 109–123.
44. Snyder CR, Rand KL, Sigmon DR. Hope theory: A member of positive psychology family. In C. R. Snyder, S. J. Lopez (eds.). *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press 2002: 257–276.
45. Schrank B, Amering M, Hay AG, Weber M, Sibitz I. Insight, positive and negative symptoms, hope, depression and self-stigma: a comprehensive model of mutual influences in schizophrenia spectrum disorders. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2014; 23 (3): 271–279.
46. Hanzawa S, Nosaki A, Yatabe K et al. Study of understanding the internalized stigma of schizophrenia in psychiatric nurses in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci* 2012; 66 (2): 113–120.
47. Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize, MKN-10 (1. vydání); Maxdorf Praha; 1996.
48. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Ed. DSM-5*. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
49. Ritsher JB, Otilingam PO, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research* 2003; 121: 31–49.

50. 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.
51. Ociskova M, Prasko J, Kamaradova D et al. Individual correlates of self-stigma in patients with anxiety disorders with and without comorbidities. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2015; 11 1767–1779.
52. 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.
53. Kamaradova D, Prasko J, Latalova K et al. Psychometric properties of the Czech version of the Beck Anxiety Inventory – Comparison between diagnostic groups. *Neuroendocrinology Lett* 2015; 36 (7): 706–712.
54. 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.
55. Domino G, Domino ML. *Psychological testing: An introduction*. Cambridge University Press 2006.
56. Preiss M, Vacíř K. Beckova sebepoznavací škála depresivity pro dospělé. BDI-II. Příručka. Brno: Psychodiagnostika 1999.
57. Guy W (ed.). *ECDEU Assessment manual for psychopharmacology*. Rockville, U.S. DHEW 1976.
58. 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.
59. Preiss M, Klose J. Diagnostika poruch osobnosti pomocí teorie C. R. Cloninger. *Psychiatrie* 2001; 5: 226–231.
60. EMEA, 2002: <http://www.ema.europa.eu/pdfs/human/ich/013595en.pdf>. 20. 3. 2009.
61. Češková E, Příkrýl R, Pěč O. Schizofrenie u dospělých. In: Raboch J, Uhlíková P, Hellerová P, Anders M, Šusta M (eds.). *Psychiatrie. Doporučené postupy psychiatrické péče IV. Psychiatrická společnost ČSL JEP* 2014; 44–51.
62. Preiss M, Kucharova J, Novak T, Stepanková H. The temperament and character inventory-revised (TCI-R): a psychometric characteristics of the Czech version. *Psychiatr Danub* 2007; 19 (1–2): 27–34.
63. Holubova M, Prasko J, Latalova K et al. Are self-stigma, quality of life, and clinical data interrelated in schizophrenia spectrum patients? A cross-sectional outpatient study. *Patient Preference and Adherence* 2016: 265–274.
64. Grambal A, Prasko J, Kamaradova D et al. Self-stigma in borderline personality disorder in comparison with schizophrenia, major depressive disorder, and anxiety disorders – cross-sectional study. *Patient Preference and Adherence* 2016; v recenzním řízení.
65. Ociskova M, Prasko J, Kamaradova D et al. Coping strategies, hope, and treatment efficacy in pharmacoresistant inpatients with neurotic spectrum disorders. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2015; 11: 1191–1201.
66. Mashiach-Eizenberg M, Hasson-Ohayon I, Yanos PT, Lysaker PH, Roe D. Internalized stigma and quality of life among persons with severe mental illness: the mediating roles of self-esteem and hope. *Psychiatry Res* 2013; 208: 15–20.
67. Corrigan PW, Larson JE, Rüsć N. Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry* 2009; 8: 75–81.
68. Vauth R, Kleim B, Wirtz M, Corrigan PW. Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry Res* 2007; 150: 71–80.
69. Cloninger CR. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatric Developments* 1986; 3: 167–226.
70. Kose S. A psychobiological model of temperament and character: TCI. *Yeni Symposium* 2003; 41 (2): 86–97.
71. Cloninger CR. *The Temperament and Character Inventory (TCI) – A guide to its development and use*. St. Louis, Missouri: Centre for Psychobiology of Personality 1994.

referáty z literatury

Özdemir AK, Park SC, Canan F et al. Paliperidone palmitate use in pregnancy in a woman with schizophrenia

(Paliperidon palmitát použitý v těhotenství u schizofreničky)
Arch Women's Ment Health 2015; 18 (5): 739–740.

Použití depotních antipsychotik u schizofrenie se stalo výhodou s ohledem na ochotu spolupracovat při léčbě a vhodnou aplikací těchto léků. Podle tureckých autorů (univerzitní, fakultní pracoviště Antalya) nejsou žádné

údaje o použití paliperidonu palmitátu (PP) v těhotenství. Ten patří mezi nejdéle působící (tj. 1 měsíc) atypická antipsychotika.

V této kazuistice se autoři snaží představit pacientku s dg. schizofrenie, která užívala PP před těhotenstvím a během něho až do 28. týdne. Ve 39. týdnu porodila dítě mužského pohlaví, které vážilo 3 kg.

Autoři se domnívají, že jde o první kazuistiku o použití PP během těhotenství. (Pozn. překl.: Poporodní monitorování duševního vývoje a stavu dětí matek léčených i během těhotenství PP by mělo být předmětem dalšího výzkumu).

MUDr. Jaroslav Veselý