

# DLHODOBÁ ÚZKOSŤ A KLINICKY DIAGNOSTIKOVANÉ PORUCHY: SÚVISLOSTI S TRAUMATIZÁCIOU V DETSTVE A NEISTOU VZŤAHOVOU VÄZBOU V DOSPELOSTI

původní práce

Natália Kaščáková<sup>1,2</sup>  
Martina Petříková<sup>1</sup>  
Jozef Hašto<sup>1,2,3</sup>  
Peter Tavel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut sociálního zdraví UP  
Olomouc

<sup>2</sup>Psychiatricko-psychoterapeutická  
ambulancia Pro mente sana,  
Bratislava, Slovensko

<sup>3</sup>Katedra sociálnej práce,  
Vysoká škola zdravotníctva  
a sociálnej práce sv. Alžbety,  
Bratislava, Slovensko

## Kontaktní adresa:

MUDr. Natália Kaščáková, PhD.  
Pro mente sana  
Heydukova 27  
811 08 Bratislava  
Slovensko  
e-mail:  
natalia.kascakova@oushi.upol.cz

Tento článok vznikol vďaka  
finančnej podpore Grantové  
agentury České republiky  
č.19-18964S.

## SÚHRN

**Kaščáková N, Petříková M, Hašto J, Tavel P. Dlhodobá úzkosť a klinicky diagnostikované poruchy: súvislosti s traumatizáciou v detstve a neistou vzťahovou väzbou v dospelosti**

**Cieľ:** V genéze väčšiny duševných porúch sa uplatňuje kombinácia hereditárnych dispozícií a nepriaznivých faktorov prostredia. Cieľom tejto práce bolo zistiť asociácie medzi rôznymi formami zlého zaobchádzania v detstve a dlhotrvajúcou úzkosťou v populácii a poruchami zo spektra neurotických, stresových a somatoformných porúch v dospelosti.

**Súbor a metódika:** Z reprezentatívnej vzorky ČR (n = 1800, 48,7% mužov, priemerný vek 46,61) boli vybraní: (A) subjektívne „zdraví“ respondenti (n = 405, 58% mužov, priemerný vek 36,54 ± 14,45) a (B) respondenti, ktorí subjektívne udávali dlhodobú úzkosť (n = 125, 32,8% mužov, priemerný vek 40,51 ± 12,71). Klinickú vzorku (C) tvorili pacienti zo spektra neurotických, stresových a somatoformných porúch (F 40–48) (n = 73, 27,4% mužov, priemerný vek 40,51 ± 12,71). Respondenti v štandardizovanom interview odpovedali na nasledovné dotazníky: dotazník Trauma z detskosti (CTQ), otázky na dlhotrvajúce zdravotné ťažkosti (vrátane úzkosti), Dotazník Prožívaní blízkých vzťahů (ECR-R-16), Stručná škála resilience (BRS) a vybrané otázky na anxiétu v rámci Stručného Inventára príznakov (BSI-53).

## SUMMARY

**Kaščáková N, Petříková M, Hašto J, Tavel P. Long-term anxiety and clinically diagnosed disorders: associations with childhood trauma and insecure attachment in adulthood**

**Objective:** A combination of hereditary dispositions and adverse environmental factors are involved in the development of most mental disorders. The study aimed to assess associations between various forms of childhood adversity and long-term anxiety in the population and disorders from the spectrum of neurotic, stress and somatoform disorders in adulthood.

**Research sample and methods:** The following were selected from a representative sample of the Czech Republic (n = 1800, 48.7% men, mean age 46.61): (A) subjectively “healthy” respondents (n = 405, 58% men, mean age 36.54 ± 14.45) and (B) respondents who subjectively reported long-term anxiety (n = 125, 32.8% men, mean age 40.51 ± 12.71). The clinical sample (C) consisted of patients from the spectrum of neurotic, stress and somatoform disorders (F 40–48) (n = 73, 27.4% men, mean age 40.51 ± 12.71). Respondents answered the following questionnaires in a standardized interview: the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), the Experiences in Close Relationships – Revised questionnaire (ECR-R-16), the Brief Resilience Scale (BRS) and

**Výsledky:** Respondenti z populačnej vzorky, udávajúci emočné týranie a emočné a fyzické zanedbávanie mali aj po zohľadnení veku a pohlavia vyššie riziko, že budú trpieť dlhotrvajúcou úzkosťou. Všetky formy zlého zaobchádzania boli asociované so zvýšeným rizikom výskytu klinicky diagnostikovanej poruchy zo spektra neurotických, stresových a somatoformných porúch oproti populácii, ktorá neudávala žiadne ťažkosti, ale aj oproti populácii udávajúcej úzkosť. Riziko výskytu dlhotrvajúcej úzkosti v populačnej vzorke a klinicky diagnostikovanej poruchy zostalo štatisticky významné aj po zohľadnení vzťahovej úzkostnosti, vzťahovej vyhýbavosti a resiliencie.

**Záver:** Významné asociácie medzi zlým zaobchádzaním v detstve a dlhotrvajúcou úzkosťou v populačnej vzorke a výskytom porúch zo spektra neurotických, stresových a somatoformných porúch v dospelosti poukazujú na dôležitosť faktorov prostredia – špeciálne zlých skúseností s opatrojúcimi osobami v detstve – v etiopatogenéze týchto porúch a upriamujú pozornosť na možnosti prevencie a nutnosť zohľadňovať ich pri terapeutických intervenciách.

**Kľúčové slová:** zlé zaobchádzanie v detstve, týranie, zneužívanie, zanedbávanie, úzkosť, vzťahová úzkostnosť a vyhýbavosť, resiliencia.

selected questions on anxiety within the Brief Symptom Inventory (BSI-53).

**Results:** Respondents from the population sample reporting emotional abuse and emotional and physical neglect had even higher odds of suffering from long-term anxiety, after adjusting for age and gender. All forms of childhood adversity were associated with increased risk of clinically diagnosed disorder from the spectrum of neurotic, stress and somatoform disorders compared to the population which did not report any difficulties but also compared to the population reporting anxiety. The risk of long-term anxiety in the population sample and the sample with a clinically diagnosed disorder remained statistically significant even after adjusting for attachment anxiety, attachment avoidance and resilience.

**Conclusion:** Significant associations between childhood adversity and long-term anxiety in the population sample and the occurrence of disorders in the spectrum of neurotic, stress and somatoform disorders in adulthood point to the importance of environmental factors – especially adverse experiences with child caregivers – in the aetiopathogenesis of the disorders and prevention and highlight the possibilities of prevention and the need to consider them in therapeutic interventions.

**Key words:** child adversity, abuse, neglect, anxiety, attachment anxiety and avoidance, resilience.

## ÚVOD

Symptómy úzkosti sú jadrovým príznakom pre diagnózu úzkostných porúch a úzkosť sa v rôznej miere uplatňuje aj v psychodynamike rôznych iných neurotických, stresových a somatoformných porúch. Úzkostné poruchy majú v populácii vysokú prevalenciu, podľa Európskej epidemiologickej štúdie je celoživotná prevalencia 13,6 %<sup>1</sup> a v nedávnej českej štúdií na reprezentatívnej vzorke prevalencia aktuálnej úzkostnej poruchy 7,3 %.<sup>2</sup>

V etiopatogenéze väčšiny duševných porúch vrátane úzkostných sa uplatňuje spravidla kombinácia hereditárnych dispozícií a nepriaznivej životnej skúsenosti. Z prehľadovej štúdie o epigenetických procesoch ovplyvňujúcich expresiu génov vyplýva, že na manifestáciu úzkostných porúch môžu významne vplývať faktory prostredia prostredníctvom epigenetických mechanizmov.<sup>3</sup>

Nepriame indície pre význam faktorov prostredia pre vznik zmienených psychických porúch môžeme nájsť aj vo výskumoch hereditárnych dispozícií v ich etiológii. Heritabilita (dedivosť) udáva, aká veľká časť premenlivosti znaku je zapríčinená genetickými faktormi. Výskumy v tejto oblasti konštatujú heritabilitu pri panickej poruche 48 %, generalizovanej úzkostnej poruche 31,6 %, sociálnej fóbie 24–51 %, špecifických fóbiách 20–40 %, obsedantno-kompulzívnej poruche 40 %.<sup>4</sup> Čiže pre faktory prostredia v komplexnej etiológii je pomerne veľký „priestor“, ktorého význam môžeme číselne vyjadriť, keď od 100 % odpočítame heritabilitu. Pre somatoformné, disociatívne a adaptačné poruchy sme nenašli výskumy heritability, ale klinický odhad podľa nášho názoru umožňuje predpokladať veľký vplyv faktorov prostredia. V aktuálnom období prebieha česká štúdia skúmajúca interakcie génov

a prostredia u vybraných skupín psychiatrických pacientov vrátane ľudí s úzkostnými poruchami.<sup>5,6</sup>

Už počas raného detstva môže byť dieťa vystavené nepriaznivým životným skúsenostiam, keď zažíva ignorovanie detských potrieb (emočné zanedbávanie) alebo verbálnu agresivitu od rodičov (emočné týranie). Emočnému týraniu a zanedbávaniu sa na rozdiel od fyzického týrania a sexuálneho zneužívania nevenovala dostatočná pozornosť, ako konštatovala aj veľká meta-analytická štúdia,<sup>7</sup> a vzhľadom na ich škodlivý potenciál pre budúci vývin je potrebné venovať pozornosť prevencii týchto menej viditeľných foriem zlého zaobchádzania. Nepriaznivé rané skúsenosti s primárnymi vzťahovými osobami s nedostatkom vyvažujúcich zážitkov bezpečia môžu spôsobiť vývoj nejstej vzťahovej väzby, ako to potvrdzujú štúdie u detí<sup>8</sup> alebo študentov.<sup>9</sup> Neistá vzťahová väzba ovplyvňuje schopnosť regulovať emócie, čo má aj svoj neurobiologický korelát v mozgu.<sup>10</sup> Neistá vzťahová väzba je asociovaná so zvýšeným rizikom psychopatológie v dospelosti<sup>11</sup> a najmä zvýšená vzťahová úzkostnosť je spájaná s úzkosťou v dospelosti.<sup>12</sup>

Meta-analytické štúdie<sup>13</sup> poukazujú na významné asociácie medzi traumatizáciou v detstve a neskorším rozvojom psychopatológie v adolescencii a dospelosti vrátane úzkostných porúch. V nedávnej austrálskej prospektívnej štúdiu u jedincov s anamnézou traumatizácie v detstve s následným 21-ročným sledovaním sa ukázala významná asociácia medzi depresívnymi a úzkostnými poruchami a emočným týraním a zanedbávaním, ako aj s výskytom viacerých typov traumatizácie súčasne.<sup>14</sup>

Neurobiologické štúdie potvrdzujú, že skúsenosti raného stresu môžu viesť k zvýšenej vulnérabilite voči stresu v neskoršom veku, cez zmenu regulácie hypotalamo-hypofýzo-adrenálnej (HPA) osi.<sup>15</sup> Pietromonaco a Powers<sup>16</sup> sa detailne venujú špecifickým fyziologickým procesom súvisiacim so systémom vzťahovej väzby, vrátane HPA osi, kardiovaskulárnej odozvy a imunitných reakcií. Je množstvo štúdií, ktoré dokazujú rozličné zmeny v štruktúrach mozgu – najmä vo ventrálnej amygdale sprostredkujúcej reakcie ohrozenia, vo fronto-parietálnej kôre dôležitej pre komplexné sociálne a kognitívne spracovávanie informácií,<sup>17</sup> aj podľa toho, či sa jednalo o týranie alebo zanedbávanie alebo kombinovanú traumatizáciu. Pri výskyte viacerých druhov zlého zaobchádzania v detstve sa zisťuje hypoaktívacia vo viacerých kortikálnych oblastiach a prekvapivo aj v amygdale.<sup>18</sup>

Niektorí jedinci zostanú zdraví, napriek tomu, že zažijú mnoho nepriaznivých udalostí v detstve či neskôr v dospelosti alebo hoci sa im rozvinie nejaký psychopatologický syndróm, súčasne alebo po jeho odznení sú dokonca schopní posttraumatického rastu,<sup>19</sup> ktorý je prisudzovaný resiliencii.<sup>20</sup> V posledných rokoch sú v súvislosti s resilienciou intenzívne sledované aj genetické a epigenetické mechanizmy podmieňujúce schopnosť jedinca zostať zdravý napriek nepriaznivým udalostiam<sup>21</sup> a študuje sa polymorfizmus génov, ktorý môže vysvetľovať, prečo ľudia s porovnateľnou nepriazňou osudu v detstve môžu mať rozličný vývoj v dospelosti, prečo sa u niekoho vyvinie depresívna alebo úzkostná porucha a u iného nie.<sup>22</sup>

Vzhľadom na to, že máme k dispozícii dáta o zastúpení jednotlivých foriem zlého zaobchádzania, ukazovateľoch

vzťahovej väzby (skóre vzťahovej úzkostnosti a vyhýbavosti), a o resiliencii v reprezentatívnej vzorke Českej republiky, a tiež v klinickej vzorke pacientov s diagnostikovanými neurotickými, stresovými a somatoformnými poruchami, je možnosť porovnať skupiny medzi sebou. Cieľom našej štúdie je 1) opísať prevalenciu rôznych typov nevhodného zaobchádzania v detstve v rôznych skúmaných vzorkách a porovnať ich zastúpenie; 2) posúdiť, nakoľko majú ľudia, ktorí udávajú rôzne typy traumatizácie v detstve, zvýšené riziko, že budú v dospelosti trpieť dlhodobou úzkosťou, resp. klinicky diagnostikovanou poruchou zo spektra neurotických, stresových a somatoformných porúch; 3) posúdiť asociácie medzi rôznymi formami zlého zaobchádzania v detstve, vzťahovou úzkostnosťou a vyhýbavosťou, resilienciou a dlhodobou úzkosťou v dospelosti populácie aj klinickej vzorke.

## SÚBOR A METODIKA

### Výskumný súbor

Zber v reprezentatívnej vzorke sa konal v septembri až novembri 2016. Dáta boli zbierané formou štandardizovaného rozhovoru vyškolenými administrátormi. Celý súbor 1800 respondentov je reprezentatívny z hľadiska pohlavia (48,7 % mužov), veku (priemerný vek 46,61 ± 16,04), vzdelania a regionálnej príslušnosti. Za účelom súčasnej štúdie boli vybraní respondenti, ktorí neudávali žiadne dlhotrvajúce ochorenie (subjektívne „zdraví“, n = 405, 58 % mužov, priemerný vek 36,54 ± 14,45), a respondenti, ktorí subjektívne udávali dlhodobú úzkosť (n = 125, 32,8 % mužov, priemerný vek 40,51 ± 12,71).

Zber dát v klinickej vzorke pacientov s diagnostikovanými neurotickými, stresovými a somatoformnými poruchami (F40–F48) sa konal v januári až júni 2017 v Psychiatrickej nemocnici Šternberk (18 pacientov) a v Psychiatrickej nemocnici Kroměříž (55 pacientov). V klinickej vzorke bola prevaha žien (27,4 % mužov), priemerný vek bol 40,51 ± 12,71. Účasť pacientov na výskume bola dobrovoľná, každý z nich bol oboznámený s jeho účelom a podpísal informovaný súhlas. Dáta zbierali lekári a psychológovia oddelení formou štandardizovaného rozhovoru.

Štúdia bola 14. júna 2016 schválená Etickou komisiou Palackého univerzity (2016/3) a v súlade so Zákomom o ochrane osobných údajov (101/2000).

Sociodemografické údaje z dvoch populačných vzoriek a z klinickej vzorky sú v tab. 1. Zastúpenie jednotlivých diagnóz v klinickej skupine je uvedené v tab. 2.

### Metódy

#### Zlé zaobchádzanie v detstve

Zlé zaobchádzanie v detstve bolo zisťované dotazníkom *Trauma z detstvá* (Childhood Trauma Questionnaire; CTQ).<sup>23</sup> Dotazník posudzuje všetkých 5 typov zlého zaobchádzania v detstve, tj. emocionálne a fyzické týranie a sexuálne zneužívanie, ako aj emocionálne a fyzické

Tab. 1. Sociodemografické charakteristiky komunitných a klinickej vzorky

	(A)	(B)	(C)
	Komunitná vzorka subjektívne zdravých n = 405	Komunitná vzorka udávajúca dlhotrvajúcu úzkosť n = 125	Klinická vzorka (F40-F48) n = 73
<b>Vek: M (SD)</b>	36,54 (14,45)	49,70 (18,47)	40,51 (12,71)
<b>Pohlavie: n (%)</b>			
1. mužské	235 (58,0)	41 (32,8)	20 (27,4)
2. ženské	170 (42,0)	84 (67,2)	53 (72,6)
<b>Spôsob života: n (%)</b>			
1. s partnerom/kou v manželstve	152 (37,5)	56 (44,8)	24 (32,9)
2. s partnerom/kou	98 (24,2)	27 (21,6)	7 (9,6)
3. sám/sama	94 (23,2)	30 (24,0)	22 (30,1)
4. s rodičmi/súrodencami	61 (15,1)	12 (9,6)	20 (27,4)
<b>Vzdelanie: n (%)</b>			
1. základné	18 (4,4)	12 (9,6)	8 (11,0)
2. stredné odborné učilište	81 (20,0)	41 (32,8)	20 (27,4)
3. stredná škola s maturitou	212 (52,3)	48 (38,4)	29 (39,7)
4. vysokoškolské	94 (23,2)	24 (19,2)	16 (21,9)

Pozn.: M – Mean (priemer), SD – štandardná odchýlka.

Tab. 2. Zastúpenie jednotlivých diagnóz v klinickej skupine

Kód diagnózy podľa MKCH-10	Názov diagnózy podľa MKCH-10	Počet respondentov
F40.0	Agorafóbia	3
F40.1	Sociálne fóbie	3
F40.2	Špecifické fóbie	1
F41.0	Panická porucha	2
F41.1	Porucha s generalizovanou úzkosťou	5
F41.2	Zmiešaná úzkostná a depresívna porucha	26
F41.8	Iné špecifikované úzkostné poruchy	1
F42.0	Obsedantno-kompulzívna porucha	1
F43.1	Posttraumatická stresová porucha	1
F43.2	Adaptačné poruchy	18
F44.2	Disociatívny stupor	2
F44.5	Disociatívne kříče	1
F45.0	Somatoformné poruchy	2
F45.1	Nediferencovaná somatoformná porucha	1
F45.2	Hypochondrická porucha	1
F48.0	Neurasténia	5

zanedbávanie. 25 položiek dotazníka meria 5 konštrukcií zlého zaobchádzania (5 položiek pre každú subškálu), s možnosťami škálovania od 1 (nikdy) po 5 (veľmi často), s možným rozsahom skóre v jednotlivých subškálach od 5 do 25. Prednosťou tohto nástroja je možnosť posúdiť aj závažnosť týrania, zneužívania a zanedbávania, s odstupňovaním závažnosti v štyroch kategóriách: 1. žiadna až

minimálna, 2. nízka až stredná, 3. stredná až ťažká, 4. ťažká až extrémna, pričom pre každý typ traumatizácie sú vypočítané cut-skóre. Cronbachovo alfa celej škály CTQ dotazníka bolo v reprezentatívnej vzorke 0,72 a v klinickej 0,75.

### Vzťahová väzba

Dotazník *Prožívání blízkých vztahů* (The Experience in Close Relationships Revised – ECR-R) sa zameriava na posúdenie vzťahovej väzby v dospelom veku. Pôvodná verzia dotazníka pozostáva z 36 sebahodnotovacích položiek. Na škále od 1 do 7 respondent hodnotí svoju mieru súhlasu alebo nesúhlasu s daným tvrdením (1 – úplne nesúhlasím, 7 – úplne súhlasím). Dotazník sleduje dve dimenzie vzťahovej väzby – úzkosť a vyhýbavosť a bol validovaný v českom prostredí v skrátenej 16-položkovej verzii.<sup>24</sup> Cronbachovo alfa pre škálu vzťahovej úzkostnosti bolo 0,87 v reprezentatívnej vzorke a 0,82 v klinickej vzorke a pre škálu vzťahovej vyhýbavosti 0,91 a 0,80.

### Resiliencia

Dotazník *Stručná škála resilience* (The Brief Resilience Scale, BRS) pozostáva zo 6 sebahodnotiacich položiek, ktoré sú posudzované na 5 bodovej Likertovej škále (1 – silne nesúhlasím, 5 – silne súhlasím). V českom prostredí dosahuje dobrú validitu aj reliabilitu.<sup>25</sup> Cronbachovo alfa v reprezentatívnej vzorke bolo 0,80 a v klinickej vzorke 0,84.

### Anxieta

Na posúdenie úzkosti sme využili subškálu anxiety z dotazníka *Stručný inventář příznaků* (The Brief Symptom Inventory – BSI-53).<sup>26</sup> Dotazník sleduje úroveň psychopatológie prostredníctvom 53 položiek, ktoré sú hodnotené na škále od 0 (vôbec nie) do 4 (extrémne). Subškála úzkosti obsahuje 6 položiek a Cronbachovo alfa v reprezentatívnej vzorke bolo 0,83 a v klinickej vzorke 0,88.

Tab. 3. Hodnoty priemerov a štandardných odchýliek jednotlivých subškál CTQ, ECR-R, úzkosti a resiliencie a porovnanie medzi skupinami

	(A)	(B)	(C)	Rozdiely medzi skupinami
	Komunitná vzorka subjektívne zdravých n = 405	Komunitná vzorka udávajúca dlhotrvajúcu úzkosť n = 125	Klinická vzorka (F40-F48) n = 73	
<b>CTQ: M (SD)</b>				
Emočné týranie	6,50 (2,23)	7,98 (3,33)	13,12 (7,33)	A-B***, A-C***, B-C***
Fyzické týranie	5,63 (1,87)	5,74 (2,20)	8,68 (5,53)	A-C***, B-C***
Sexuálne zneužívanie	5,41 (1,58)	5,70 (2,45)	7,32 (5,02)	A-C***, B-C***
Emočné zanedbávanie	9,85 (4,44)	12,32 (5,10)	15,59 (5,19)	A-B***, A-C***, B-C***
Fyzické zanedbávanie	6,90 (2,64)	8,18 (2,86)	9,16 (4,19)	A-B***, A-C***
<b>ECR-R-16: M (SD)</b>				
Vzťahová úzkosť	18,38 (9,44)	25,65 (11,14)	33,46 (11,75)	A-B***, A-C***, B-C***
Vzťahová vyhýbavosť	23,24 (12,47)	26,18 (12,00)	26,29 (9,62)	A-B*, A-C*
<b>Anxieta (BSI-53): M (SD)</b>	0,37 (0,47)	1,22 (0,73)	2,07 (1,00)	A-B***, A-C***, B-C*
<b>Resiliencia: M (SD)</b>	3,22 (0,70)	2,49 (0,70)	2,16 (0,78)	A-B***, A-C***, B-C*

Pozn.: M – Mean (priemer), SD – štandardná odchýlka; \*p < 0,05, \*\*p < 0,005, \*\*\*p < 0,001; rozdiely medzi skupinami hodnotené neparametrickým Kruskalovým-Wallisovým testom.

### Sociodemografické údaje

V rámci sociodemografie sme sa pýtali na vek, pohlavie, vzdelanie a spôsob života.

### Dlhotrvajúca úzkosť

V rámci dotazníka sme sa respondentov pýtali, či majú nejaké dlhotrvajúce zdravotné ťažkosti, medzi ktorými bola zaradená aj dlhotrvajúca úzkosť.

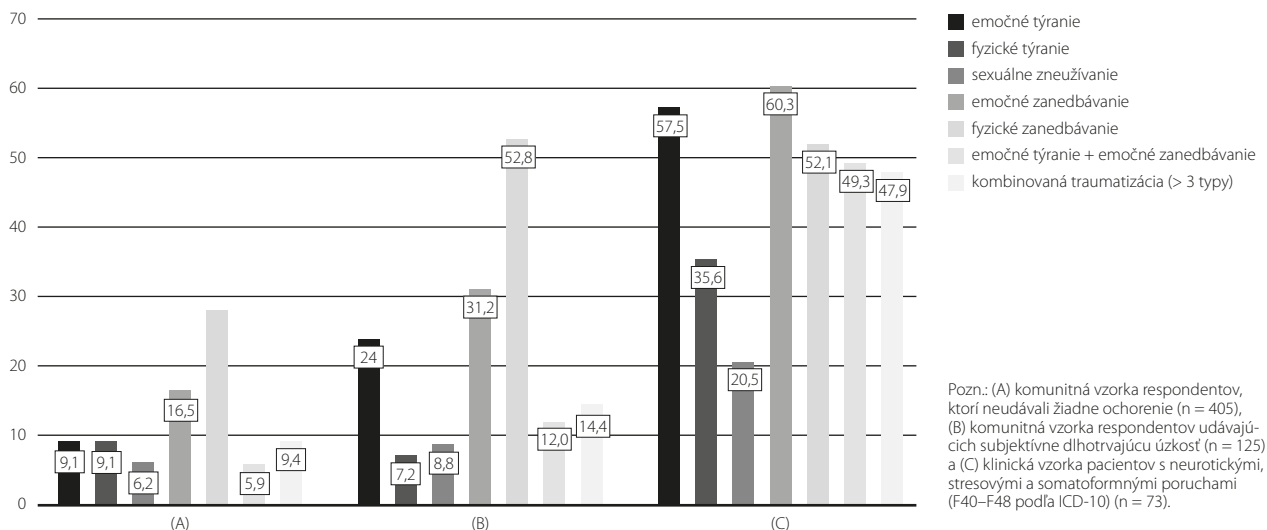
### Štatistické metódy

Bola použitá deskriptívna analýza, stanovenie priemerých hodnôt a štandardných odchýliek. Percentuálny výskyt traumatizácie bol vyrátaný podľa Walker et al.,<sup>27</sup> ktorí navrhli dichotomizované skórovanie podľa klinickej závažnosti zlého zaobchádzania v detstve. Na porovnanie priemerých hodnôt medzi jednotlivými skupinami bol použitý neparametrický Kruskalov-Wallisov test, na hodnotenie korelácií Spearmanove korelačné koeficienty. Asociácie medzi sledovanými premennými sú analyzované pomocou multinomiálnej lineárnej regresie. Analýzy boli robené pomocou softwaru IBM SPSS 21.

## VÝSLEDKY

V tab. 3 sú uvedené priemery a štandardné odchýlky skóre jednotlivých subškál dotazníka CTQ, vzťahovej úzkostnosti a vyhýbavosti (ECR-R), odolnosti (BRS) a skóre subškály anxiety (BSI-53). V tabuľke môžeme vidieť aj významné rozdiely medzi skupinami vo vzťahovej úzkostnosti, vzťahovej vyhýbavosti, resiliencii a anxiete. Komunitná vzorka zdravých respondentov sa signifikantne líšila od respondentov z populácie, ktorí trpeli dlhotrvajúcou úzkosťou, a od pacientov s klinicky diagnostikovanou poruchou zo spektra neurotických, stresových a somatoformných porúch vo vzťahovej úzkostnosti ( $p < 0,001$ ), vyhýbavosti ( $p < 0,05$ ) aj v anxiete ( $p < 0,001$ ). Štatisticky významné rozdiely v resiliencii sa potvrdili aj medzi skupinami komunitnej vzorky s dlhotrvajúcou úzkosťou a klinickej vzorky v porovnaní so zdravou populáciou ( $p < 0,001$ ).

V grafe 1 sú znázornené prevalencie rôznych typov zlého zaobchádzania v detstve vo výskumných skupinách. V komunitnej vzorke respondentov udávajúcich subjektívne dlhotrvajúcu úzkosť je významne vyššie zastúpenie



Graf 1. Prevalencia rôznych typov zlého zaobchádzania vo výskumných skupinách (%)

Tab. 4. Spearmanove korelačné koeficienty medzi subškálami dotazníka CTQ, vzťahovou úzkostnosťou a vyhýbavosťou (ECR-R), resilienciou (BRS) a skóre anxiety z BSI-53.

	EA	PA	SA	EN	PN	Vzťahová úzkostnosť	Vzťahová vyhýbavosť	Resiliencia	Anxieta
EA	–	0,48***	0,39***	0,58***	0,39***	0,36***	0,22***	–0,22***	0,46***
PA	0,48***	–	0,49***	0,43***	0,42***	0,24***	0,18***	–0,15***	0,33***
SA	0,39***	0,49***	–	0,36***	0,36***	0,18***	0,19***	–0,10**	0,28***
EN	0,58***	0,43***	0,36***	–	0,63***	0,30***	0,38***	–0,20***	0,39***
PN	0,39***	0,42***	0,36***	0,63***	–	0,23***	0,36***	–0,14***	0,30***
Vzťahová úzkostnosť	0,36***	0,24***	0,18***	0,30***	0,23***	–	0,22***	–0,33***	0,50***
Vzťahová vyhýbavosť	0,22***	0,18***	0,19***	0,38***	0,26***	0,22***	–	–0,16***	0,21***
Resiliencia	–0,22***	–0,15***	–0,10**	–0,20***	–0,14***	–0,33***	–0,16***	–	–0,48***
Anxieta	0,46***	0,33***	0,28***	0,39***	0,30***	0,50***	0,21***	–0,48***	–

Pozn.: EA = emočné týranie, PA = fyzické týranie, SA = sexuálne zneužívanie, EN = emočné zanedbávanie, PN = fyzické zanedbávanie; \*p < 0,05, \*\*p < 0,005, \*\*\*p < 0,001.

emočného týrania a emočného a fyzického zanedbávania oproti zdravým. V klinickej skupine sú významne viac zastúpené všetky formy zlého zaobchádzania oproti zdravým a významne vyššie zastúpenie emočného týrania a emočného a fyzického zanedbávania a kombinovanej

traumatizácie oproti respondentom z populačnej vzorky udávajúcich dlhotrvajúcu úzkosť.

Spearmanove korelačné koeficienty (tab. 4) naznačujú, že existujú stredne silné až silné pozitívne korelačné vzťahy medzi emočným a fyzickým týraním, sexuálnym

Tab. 5. Riziko výskytu úzkosti v populačnej vzorke a v klinickej vzorke u respondentov udávajúcich rôzne typy zlého zaobchádzania v detstve

CTQ	Skupina (B) vs (A) OR (95% CI)	
	(1)	(2)
Emočné týranie (cut-skóre 10)	3,5 (1,9–6,1) ***	2,9 (1,5–5,5)***
Fyzické týranie (cut-skóre 8)	0,8 (0,4–1,8)	0,5 (0,2–1,1)
Sexuálne zneužívanie (cut-skóre 8)	1,4 (0,6–3,1)	1,0 (0,4–2,4)
Emočné zanedbávanie (cut-skóre 15)	2,2 (1,4–3,7) **	1,9 (1,0–3,3)*
Fyzické zanedbávanie (cut-skóre 8)	2,5 (1,6–3,8) ***	2,2 (1,3–3,6) **
Emočné týranie + zanedbávanie	2,9 (1,4–6,0)**	2,5 (1,1–5,8)*
Kombinovaná traumatizácia (> 3 typy)	2,5 (1,3–5,0)	1,8 (0,8–3,9)
	Skupina (C) vs (A) OR (95% CI)	
	(1)	(2)
Emočné týranie (cut-skóre 10)	12,6 (6,9–22,8) ***	8,8 (4,3–17,9) ***
Fyzické týranie (cut-skóre 8)	5,4 (2,9–9,9) ***	2,8 (1,3–5,9)*
Sexuálne zneužívanie (cut-skóre 8)	3,7 (1,8–7,6) ***	2,1 (0,8–5,4)
Emočné zanedbávanie (cut-skóre 15)	7,8 (4,5–13,6) ***	6,5 (3,2–13,1) ***
Fyzické zanedbávanie (cut-skóre 8)	2,7 (1,6–4,5) ***	2,2 (1,1–4,1)*
Emočné týranie + zanedbávanie	19,8 (10,0–39,4)***	13,8 (5,9–32,3)***
Kombinovaná traumatizácia (> 3 typy)	13,4 (6,7–26,6) ***	8,0 (3,4–18,8) ***
	Skupina (C) vs (B) OR (95% CI)	
	(1)	(2)
Emočné týranie (cut-skóre 10)	3,6 (1,9–6,9) ***	3,0 (1,6–5,8) ***
Fyzické týranie (cut-skóre 8)	6,7 (2,9–15,5) ***	6,1 (2,5–14,6) ***
Sexuálne zneužívanie (cut-skóre 8)	2,6 (1,1–6,1) **	2,1 (0,8–5,4)
Emočné zanedbávanie (cut-skóre 15)	3,5 (1,9–6,5) ***	3,5 (1,8–6,9) ***
Fyzické zanedbávanie (cut-skóre 8)	1,1 (0,6–2,0)	1,0 (0,5–1,9)
Emočné týranie + zanedbávanie	6,9 (3,1–14,9)***	5,5 (2,5–12,4)***
Kombinovaná traumatizácia (> 3 typy)	5,3 (2,4–11,9) ***	4,5 (1,9–10,7) ***

Pozn.: Rôzne typy traumatizácie sú ako nezávislé premenné, dichotomizované podľa klinického skórovania.<sup>27</sup> Multinomiálna regresia bola adjustovaná na vek a pohlavie (1) a na vek, pohlavie, vzťahovú úzkosť, vzťahovú vyhýbavosť a resilienciu (2); (A) komunitná vzorka respondentov, ktorí neudávali žiadne ochorenie (n = 405), (B) komunitná vzorka respondentov udávajúcich subjektívne dlhotrvajúcu úzkosť (n = 125) a (C) klinická vzorka pacientov s neurotickými, stresovými a somatoformnými poruchami (F40–F48 podľa ICD-10) (n = 73). OR – odds ratio, CI – 95% konfidenčný interval, \*p < 0,05, \*\*p < 0,005, \*\*\*p < 0,001.

zneužíváním, emočným a fyzickým zanedbávaním, vzťahovou úzkostnosťou, vyhýbavosťou a anxiétou. Stredne silný až silný negatívny korelačný vzťah sa preukázal medzi premennými v spojitosti s resilienciou (odolnosťou). Tento negatívny korelačný vzťah naznačuje, že vyššia miera resiliencie súvisí s nižším výskytom emočného, fyzického a sexuálneho zneužívania a zanedbávania, nižšou mierou vzťahovej úzkostnosti a vyhýbavosti aj anxiety.

V tab. 5 je uvedené, nakoľko je zvýšené riziko, že respondenti udávajúci rôzne typy zlého zaobchádzania v detstve a kombinovanú traumatizáciu (teda výskyt viac ako 3 typov zlého zaobchádzania) budú trpieť v dospelosti dlhotrvajúcou úzkosťou, resp. klinicky diagnostikovanou poruchou zo spektra neurotických, stresových a somatoformných porúch.

Respondenti v komunitnej vzorke uvádzajúci zážitky emočného týrania, emočného zanedbávania a fyzického zanedbávania vo vyššej miere v dospelosti trpeli úzkosťou v porovnaní so subj. zdravými respondentmi (skupina B vs. A, OR: 2,2–3,2).

Zážitky všetkých typov týrania a zanedbávania (EA, PA, SA, EN, PN), ako aj kombinovaná traumatizácia, signifikantne zvyšovali riziko klinicky diagnostikovanej úzkostnej a stresom podmienenej poruchy v porovnaní so subjektívne zdravými respondentmi (C vs. A, OR: 2,7–19,8) a tiež v porovnaní s respondentmi z populačnej vzorky udávajúcej dlhotrvajúcu úzkosť (C vs. B, OR: 2,6–6,9).

Emočné týranie a obe formy zanedbávania sú silnými prediktormi pre prežívanie dlhotrvajúcej úzkosti aj po zohľadnení veku, pohlavia, vzťahovej úzkostnosti, vzťahovej vyhýbavosti a resiliencie (B vs A, OR: 1,9–2,9). Respondenti udávajúci emočné týranie, fyzické týranie, emočné a fyzické zanedbávanie a kombinovanú traumatizáciu majú vyššie riziko, že budú trpieť klinicky diagnostikovanou poruchou zo spektra neurotických, stresových a somatoformných porúch oproti zdravým (C vs. A, OR: 2,2–13,8), ale aj oproti populácii udávajúcej dlhotrvajúcu úzkosť (C vs B, OR: 3,0–6,1), aj po zohľadnení veku, pohlavia, vzťahovej úzkostnosti, vzťahovej vyhýbavosti a resiliencie.

## DISKUSIA

V štúdiu sme sa venovali rozdielom v zastúpení rôznych typov zlého zaobchádzania v detstve v populačných a v klinických vzorkách. V populačnej vzorke udávajúcej dlhotrvajúcu úzkosť bolo vyššie percentuálne zastúpenie emočného týrania a emočného a fyzického zanedbávania v porovnaní s ľuďmi bez zdravotných ťažkostí. V klinickej vzorke pacientov s neurotickými, stresovými a somatoformnými poruchami boli významne viac zastúpené všetky formy zlého zaobchádzania oproti zdravým a významne vyššie zastúpenie emočného týrania a emočného a fyzického zanedbávania oproti respondentom z populačnej vzorky udávajúcich úzkosť. Pacienti z klinickej vzorky významne viac udávali emočné týranie spoločne so zanedbávaním alebo kombinovanú traumatizáciu než „zdraví“ respondenti a než ľudia z populačnej vzorky, ktorí udávali subjektívne dlhotrvajúcu úzkosť.

Respondenti z populačnej vzorky udávajúci emočné týranie a obe formy zanedbávania mali aj po zohľadnení veku a pohlavia vyššie riziko, že budú trpieť dlhotrvajúcou úzkosťou. Všetky formy zlého zaobchádzania boli asociované so zvýšeným rizikom výskytu klinicky diagnostikovanej poruchy zo spektra neurotických, stresových a somatoformných porúch oproti populácii, ktorá neudávala žiadne ťažkosti, ale aj oproti populácii udávajúcej dlhotrvajúcu úzkosť. Riziko výskytu dlhotrvajúcej úzkosti v populačnej vzorke a klinicky diagnostikovanej poruchy zostalo štatisticky významné aj po zohľadnení vzťahovej úzkostnosti, vzťahovej vyhýbavosti a resiliencie.

Zistenie, že v populačnej vzorke udávajúcej dlhotrvajúcu úzkosť bolo významne vyššie zastúpenie emočného týrania a zanedbávania, je v zhode s nedávnou prospektívnou 21-ročnou štúdiou,<sup>14</sup> ktorá poukázala najmä na túto súvislosť. Emočné týranie, ktoré v sebe zahŕňa aj verbálne týranie, teda používanie znevažujúcich, zraňujúcich komentárov, môže hlboko negatívne zasahovať do sebaúcty a sebahodnoty dieťaťa / mladého človeka a okrem toho sú dôkazy, že verbálne násilie, najmä spoločne so zažívaním násilia v rodine, súvisí s výskytom úzkosti, depresie a hostility.<sup>28</sup> Emočné zanedbávanie je kvalitatívne iné než rôzne formy týrania, pretože súvisí skôr s nedostatkom primeranej stimulácie a interakcie s dieťaťom. Ukazuje sa, že nedostatok emočnej starostlivosti v detstve negatívne vplyva na odmeňujúci systém v mozgu a znižuje množstvo oxytocínových receptorov v mozgu.<sup>29</sup> Predpokladáme, že v kontexte úzkostných porúch sa môže táto zmena v oxytocínovom systéme prejavovať zníženou schopnosťou profitovať z pozitívnych vzťahových zážitkov a tiež zníženou schopnosťou sebaupokojenia a regulácie stresu a zvýšenou pohotovosťou k úzkosti a strachu.

Už prenatálny stres, ako napríklad vystavenie plodu nadmernej úzkosti matky, môže negatívne pôsobiť na vývin HPA osi u plodu a zvyšovať neskoršiu vulnabilitu na stres počas života.<sup>30</sup> Čo sa týka pôrodu a obdobia po pôrode, ukazuje sa, že prirodzený vaginálny pôrod, s neprerušovaným bondingom aspoň na jednu hodinu, s nadobjením a s nadväzujúcim bedding-in, sú optimálne pre vývoj primeranej materinskej starostlivosti a interakcie v dyáde.<sup>31</sup> Myslíme si, že psychiatri a psychoterapeuti majú dobrý dôvod vnímať gynekológov a pôrodníkov ako blízkych spojencov v prevencii psychických a psychosomatických porúch.

V klinickej praxi a pri našich výskumoch sme opakovane boli konfrontovaní s neostrosťou používaných psychologických a psychopatologických pojmov. Napríklad, ako je to s úzkosťou, úzkostnosťou, strachom, pohotovosťou k strachu, fóbiou? Zdá sa nám vhodné brať do úvahy nálezy a koncepty Jaaka Pankseppa,<sup>32</sup> ktorý definoval osem základných emočno-motivačných systémov v mozgu. Tie máme viac-menej spoločné s ostatnými cicavcami. Podľa jeho zistení by sme mali rozlišovať medzi strachom a úzkosťou, keďže majú špecifické neurobiologické regulačné siete. Rozlišuje emočno-motivačný systém strachu a systém paniky a žiaľu, ktorý súvisí s utváraním vzťahovej väzby. Pacienti v klinickej skupine a tiež respondenti udávajúci dlhotrvajúcu úzkosť mali významne vyššiu vzťahovú úzkostnosť a vyhýbavosť, čo poukazuje na neistú vzťahovú väzbu, ktorá býva asociovaná s nepriaznivými zážitkami

s primárnymi vzťahovými osobami. Z výskumov vyplýva, že najmä zvýšená vzťahová úzkosť je asociovaná s úzkosťnými poruchami v dospelosti.<sup>12</sup>

V klinickom súbore bolo významne vyššie zastúpenie fyzického týrania a sexuálneho zneužívania (oproti obom populačným vzorkám), ktoré sa v súvislosti s úzkosťou a úzkosťnými poruchami v dospelosti potvrdzuje tiež v iných štúdiách.<sup>33</sup>

Kombinovaná traumatizácia, teda výskyt viac ako 3 typov zlého zaobchádzania v detstve, bola významným prediktorom pre výskyt klinicky diagnostikovanej poruchy zo spektra neurotických, stresových a somatoformných porúch, v porovnaní so zdravými respondentmi z reprezentatívnej vzorky, ale aj s tými, ktorí udávali dlhotrvajúcu úzkosť. Opakovane sa poukazuje na to, že ľudia, ktorí zažívali viaceré typy násillia a zanedbávania, sú vo vyššom riziku rozvoja psychopatológie, ako napríklad v nedávnej štúdií s adolescentmi,<sup>34</sup> kde skupina zažívajúca kombinovanú traumatizáciu mala oproti iným vyšší výskyt depresie a úzkosťných porúch. Pri retrospektívnom skúmaní zlého zaobchádzania sa na základe prospektívno-retrospektívnych meraní ukazuje, že dochádza skôr k nižšiemu referovaniu o zlom zaobchádzaní,<sup>35</sup> z dôvodov infantilnej amnézie pre nezrelosť hipokampu (ak sa zlé zaobchádzanie dialo v ranom veku), z dôvodov traumatického vytesnenia, tendencie chrániť obraz rodiča alebo sociálnej žiaducnosti. Na základe vyššie uvedeného teda môžeme predpokladať,

že v skutočnosti sa zlé zaobchádzanie vyskytuje vo vyššej miere, než o tom ľudia retrospektívne referujú.

## ZÁVER

Významné asociácie medzi zlým zaobchádzaním v detstve a dlhotrvajúcou úzkosťou a výskytom neurotických, stresových a somatoformných porúch v dospelosti poukazujú na dôležitosť faktorov prostredia v ich etiopatogenéze a upriamujú pozornosť na možnosti prevencie. Zvyšovanie povedomia o negatívnych vplyvoch traumatizácie v detstve na zdravie aj v dospelosti vo verejných aj odborných kruhoch môže viesť k včasnejšiemu riešeniu a zabráneniu prípadných zdravotných následkov. Výsledky nášho výskumu potvrdzujú nálezy v novších prácach o značnom patogénnom význame emočného týrania a zanedbávania, ktoré sú obvykle menej nápadné než fyzické týranie. Ako veľmi účinné sa ukazujú preventívne programy zvyšujúce resilienciu, zamerané už na tehotenstvo, pôrod, bonding a dojčenie v prvých hodinách po pôrode, rané a neskoršie detstvo a dospelosť. V prípade dlhotrvajúcej úzkosti alebo iných ťažkostí, kde je významným sprievodným symptómom úzkosť, je užitočné myslieť s ohľadom na prípadné pôsobenie chronického stresu vplyvom zlého zaobchádzania v detstve a zohľadniť to v použití cielených psychoterapeutických intervencií.

## POĎAKOVANIE

Tento článok vznikol vďaka finančnej podpore Grantové Agentury České republiky č.19-18964S. Ďakujeme agentúre Spirox za zber údajov v reprezentatívnej vzorke a MUDr. Milošovi Sedláčkovi, MUDr. Michalovi Krylovi a Mgr. Nikole Fústatej za zber dát v klinickej vzorke.

## LITERATÚRA

- Alonso J, Angermeyer M, Bernert S et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004; 109: 21–27.
- Formánek T, Kagström A, Cermakova P et al. Prevalence of mental disorders and associated disability: Results from the cross-sectional CZEch Mental health Study (CZEMS). *European Psychiatry* 2019; 60: 1–6.
- Nieto SJ, Patriquin MA, Nielsen DA et al. Don't worry; be informed about the epigenetics of anxiety. *Pharmacology Biochemistry and Behavior* 2016; 146: 60–72.
- Hettema JM, Neale MC, Kendler KS. A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry* 2001; 158 (10): 1568–1578.
- Hosák L, Hosáková K, Končelíková DK et al. Vliv faktorů zevního prostředí na rozvoj duševních poruch – první výsledky. *Čes a slov Psychiat* 2020; 116 (6): 289–294.
- Latalova K, Sery O, Hosakova K et al. Gene–Environment Interactions in Major Mental Disorders in the Czech Republic. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2020; 16: 1147.
- Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH. The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2013; 48 (3): 345–355.
- Baer JC, Martinez CD. Child maltreatment and insecure attachment: A meta-analysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2006; 24 (3): 187–197.
- Styron T, Janoff-Bulman R. Childhood attachment and abuse: Long-term effects on adult attachment, depression, and conflict resolution. *Child Abuse & Neglect* 1997; 21 (10): 1015–1023.
- Mikulincer M, Shaver PR. Attachment orientations and emotion regulation. *Current Opinion in Psychology* 2019; 25: 6–10.
- Mikulincer M, Shaver PR. An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry* 2012; 11 (1): 11–15.
- Nielsen SKK, Lønfeldt N, Wolitzky-Taylor KB et al. Adult attachment style and anxiety–The mediating role of emotion regulation. *Journal of Affective Disorders* 2017; 218: 253–259.
- Norman RE, Byambaa M, De R et al. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine* 2012; 9 (11): e1001349.
- Kisely S, Abajobir AA, Mills R et al. Child maltreatment and mental health problems in adulthood: birth cohort study. *The British Journal of Psychiatry* 2018; 213 (6): 698–703.
- Heim C, Shugart M, Craighead WE et al. Neurobiological and psychiatric consequences of child abuse and neglect. *Developmental Psychobiology* 2010; 52 (7): 671–690.
- Pietromonaco PR, Powers SI. Attachment and health-related physiological stress processes. *Current Opinion in Psychology* 2015; 1: 34–39.
- Teicher MH, Samson JA, Anderson CM et al. The effects of childhood maltreatment on brain structure, function



- and connectivity. *Nature Reviews Neuroscience* 2016; 17 (10): 652.
18. Puetz VB, Viding E, Gerin MI et al. Investigating patterns of neural response associated with childhood abuse v. childhood neglect. *Psychological Medicine* 2020; 50 (8): 1398–1407.
  19. Mareš J. Posttraumatický rozvoj: výzkum, diagnostika, intervence. *Ceskoslovenska Psychologie* 2009; 53 (3): 271–290.
  20. Kebza V, Solcova I. Resilience: Některé novější koncepce psychické odolnosti. *Ceskoslovenska Psychologie* 2015; 59 (5): 444.
  21. Feder A, Nestler EJ, Charney DS. Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nature Reviews Neuroscience* 2009; 10 (6): 446–457.
  22. Hosák L. Nové poznatky v genetice a epigenetice významných duševních poruch. *Čes a slov Psychiat* 2019; 115 (3): 117–125.
  23. Kaščáková N, Fürstová J, Poláčková Šolcová I et al. Psychometrická analýza české verze dotazníka Trauma z dětství (CTQ) so sociodemografickými rozdielmi v traumatizácii dospelých obyvateľov Českej republiky. *Ceskoslovenska Psychologie* 2018; 62 (3): 212–230.
  24. Hašto J, Kaščáková N, Fürstová J et al. Dotazník Prožívání blízkých vztahů (ECR-R) a sociodemografické rozdiely vo vzťahovej úzkostnosti a vyhýbavosti. *Ceskoslovenska Psychologie* 2018; 62 (Supl 1): 56–79.
  25. Furstova J, Kascakova N, Polackova Solcova I et al. How Czecho-Slovakia Bounces Back: Population-Based Validation of the Brief Resilience Scale in Two Central European Countries. *Psychological Reports* 2022 Oct;125 (5): 2807–2827.
  26. Kabát J, Kaščáková N, Bartůšková L et al. Psychometrické charakteristiky české verze stručného inventáře příznaků (BSI-53). *Ceskoslovenska Psychologie* 2018; 62 (Suppl. 1): 19–39.
  27. Walker EA, Gelfand A, Katon WJ et al. Adult health status of women with histories of childhood abuse and neglect. *The American Journal of Medicine* 1999; 107 (4): 332–339.
  28. Teicher MH, Samson JA, Polcari A et al. Sticks, stones, and hurtful words: relative effects of various forms of childhood maltreatment. *American Journal of Psychiatry* 2006; 163 (6): 993–1000.
  29. Strathearn L. Maternal neglect: oxytocin, dopamine and the neurobiology of attachment. *Journal of Neuroendocrinology* 2011; 23 (11): 1054–1065.
  30. Radtke KM, Ruf M, Gunter HM et al. Transgenerational impact of intimate partner violence on methylation in the promoter of the glucocorticoid receptor. *Translational Psychiatry* 2011; 1 (7): e21–e21.
  31. Kaščáková N, Hašto J. Význam endogénneho oxytocínu pri prirodzenom vaginálnom pôrode a bondingu. *Slovenská gynekológia a pôrodnictvo* 2018; 25: 197–203.
  32. Panksepp J, Biven L. *Archeológia mysle*. Bratislava: Vydavateľstvo F, Pro mente sana 2021.
  33. Fuller-Thomson E, Sohn H, Brennenstuhl S et al. Is childhood physical abuse associated with anxiety disorders among adults? *Psychology, Health & Medicine* 2012; 17 (6): 735–746.
  34. Villodas MT, Morelli NM, Hong K et al. Differences in late adolescent psychopathology among youth with histories of co-occurring abuse and neglect experiences. *Child Abuse & Neglect* 2021; 120: 105189.
  35. Hardt J, Rutter M. Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines* 2004; 45 (2): 260–273.

# MOTOLSKÝ DEN

## DĚTSKÉ NEUROLOGIE 2022

9. listopadu 2022

Budova ředitelství/děkanátu, přízemí, Velká posluchárna

2. LF UK a FN Motol

Vážení kolegové,

chtěli bychom Vás co nejsrdečněji pozvat na 3. ročník Motolského dne dětské neurologie, který se bude konat ve středu 9. 11. 2022 od 14 h ve velké posluchárně 2. LF UK a FN Motol.

Hlavními tématy budou autoimunitní a cévní onemocnění nervové soustavy.

**První blok** připravili kolegové z Centra vysoce specializované péče (CVSP) pro roztroušenou sklerózu a neuromyelitis optika FN Motol, jehož součástí je i Klinika dětské neurologie.

Zaměříme se na jeden z nejčastějších symptomů, kterým je zánět zrakového nervu.

Představíme mezioborovou péči o dětské pacienty, kterou budou ilustrovat i poutavé kazuistiky.

**Druhý blok** sdělení se zaměří na stále častěji diskutovanou problematiku ischemické cévní mozkové příhody (iCMP) v dětském věku.

Ukážeme významný posun v přístupu k rekanalizační terapii u dětských pacientů, opět ilustrovaný konkrétními kazuistikami. Představíme připravovaný doporučený postup péče o pacienta s podezřením na iCMP.

**Vstup pro zájemce zdarma, ale registrace povinná.**

Věříme, že Vás tato témata zaujmou, a těšíme se na osobní setkání s Vámi v Motole!

Pořadatel a organizační zajištění  
MH Consulting s.r.o., [www.mhconsulting.cz](http://www.mhconsulting.cz)

Jménem celého kolektivu  
Kliniky dětské neurologie 2. LF UK a FN Motol  
Prof. MUDr. Pavel Kršek, Ph.D.