

VIKTIMIZACE PACIENTŮ S PSYCHOTICKÝM ONEMOCNĚNÍM (I.)

souborný článek

Andrea Nichtová^{1,2}
Jan Vevera^{3,4,5}

¹Psychiatrická klinika 1. LF UK
a VFN v Praze

²Psychiatrická nemocnice Bohnice,
Praha

³Psychiatrická klinika FN Plzeň

⁴Psychiatrická klinika LF UK v Plzni

⁵Institut postgraduálního
vzdělávání ve zdravotnictví, Praha

Kontaktní adresa:

Mgr. Andrea Nichtová
Psychiatrická nemocnice Bohnice
Ústavní 91
181 00 Praha
e-mail:
andrea.nichtova@bohnice.cz

Tato práce byla podpořena grantem
SVV 260631 a Výzkumným centrem
Univerzity Karlovy, program číslo 9.

SOUHRN

Nichtová A, Vevera J. Viktimizace pacientů s psychotickým onemocněním (I.)

Trauma v dětství se pravděpodobně uplatňuje jako jeden z kauzálních faktorů psychotických poruch a trauma v dospělosti se negativně podílí na průběhu těchto poruch. Detekce traumat v klinické praxi je ale nedostatečná. Naše práce navazuje na systematický článek Látalové, Kamarádové a Praška z roku 2014 a zaměřila se na data o specifických typech viktimizace u pacientů s psychotickými poruchami. V první části přinášíme data o viktimizaci u pacientů s psychotickými poruchami.

Výskyt viktimizace u pacientů s psychotickou poruchou se pohybuje v rozmezí od 30,4 do 74,1 %. Toto rozpětí je široké. Hlavními důvody jsou podle našeho názoru: I) nepřesnosti v definici viktimizace, II) heterogenita zkoumaných souborů a III) reportování viktimizace za různá časová období.

Čtvrtina pacientů (vážený průměr 24,8%) s psychotickou poruchou byla během 12 měsíců obětí násilné viktimizace. Fyzickou viktimizací v dětství zažila pětina a sexuální šestina pacientů s psychózou (21,2% a 16,4%). Komorbidním PTSD trpí 15 až 20% pacientů. Tyto komorbidity ale nejsou v české klinické praxi diagnostikovány.

Diagnostika komorbidity psychotických poruch, viktimizace a jejích důsledků je důležitým úkolem, který otevírá dostupnou cestu ke zlepšení prognózy

SUMMARY

Nichtová A, Vevera J. Victimization of patients with psychotic disorder (I.)

Trauma in childhood is likely to be a causal factor in psychotic disorders, and trauma in adulthood negatively contributes to the course of these disorders. However, the detection of trauma in clinical practice is inadequate. Our paper builds on the 2014 systematic review by Látalová, Kamarádová and Praško and focuses on data on specific types of victimization in patients with psychotic disorders. In the first part, we present data on victimization in patients with psychotic disorders.

Prevalence of victimization in patients with psychosis varies from 30.4 to 74.1%. This range is wide. In our opinion, the main reasons for this are (I) inaccuracies in the definition of victimization, (II) heterogeneity of the cohorts studied, and (III) reporting of victimization over different time periods.

A quarter of patients (weighted mean 24.8%) with psychotic disorder were victims of violent victimization during the 12 months. One-fifth and one-sixth of patients with psychosis experienced physical and sexual victimization in childhood (21.2% and 16.4%, respectively). Between 15% and 20% of patients suffered from comorbid PTSD. However, these comorbidities are not diagnosed in Czech clinical practice.

Diagnosis of comorbidity of psychotic disorders, victimization and its consequences is an important task that

psychotického onemocnění. Bohužel, léčba PTSD jako komorbiditý psychózy v ČR není zavedena a její efektivita zkoumána.

Klíčová slova: násilí, oběť, psychotické onemocnění, traumatizace, viktimizace.

path the way to improve the prognosis of psychotic illness. Unfortunately, the treatment of PTSD as a comorbidity of psychosis is not established in the Czech Republic and its effectiveness has not been investigated.

Key words: violence, victim, psychotic illness, traumatization, victimization.

ÚVOD

Trauma je považováno za jeden z rizikových faktorů rozvoje psychických onemocnění. Toto zjištění stojí v základech moderní neurologie a psychiatrie, které položili vědci jako J. M. Charcot, P. Janet a Z. Freud. V průběhu druhé poloviny 20. století se začaly hledat příčiny onemocnění především v nerovnováze neurotransmiterů.¹ Trauma jako kauzální faktor psychózy se do hlavního zájmu odborných časopisů vrací až na začátku 21. století.^{2–5}

Zatímco trauma v dětství zvyšuje pravděpodobnost vzniku psychotického onemocnění, trauma v dospělosti negativně ovlivňuje průběh psychotické poruchy. Česká registrová studie prokázala, že hospitalizace pro somatické důsledky viktimizace (konkrétně napadení – MKN kódy X 93–X 95, X99, Y00–Y05) trojnásobně zvyšuje pravděpodobnost následné hospitalizace pro relaps vážného psychického onemocnění v období půl roku po napadení.⁶

Bohužel, tomu, jak často jsou pacienti trpící psychotickou poruchou vykonavatelé násilí, je věnována mnohem větší pozornost než tomu, jak často jsou oběťmi. Vevera et al.⁷ zjistili, že ze všech studií publikovaných na Pub-Medu do r. 2007 (N = 818) byly tři čtvrtiny (72 %) věnovány násilí a pouze čtvrtina (23 %) viktimizaci. Volavka a jiní upozornili na fakt, že oběť a pachatelem násilí se často stávají ti samí lidé (překryv oběť–pachatel), což naznačuje, že viktimizace, agrese a autoagrese se vzájemně ovlivňují.^{7–11}

Látalová et al.⁹ publikovali souhrnný článek o viktimizaci, ze kterého vyplynulo, že prevalence celoživotní násilné viktimizace se ve člancích do roku 2014 vyskytovala v rozmezí 4,3–92 % případů a viktimizace v posledním roce v 7,1–56 %. Zjistili, že ženy byly častěji oběťmi sexuální viktimizace než muži a míra viktimizace měla tendenci s věkem klesat. Za široký rozptyl těchto hodnot byla zodpovědná především nejednotná definice viktimizace. Autoři⁹ chápali násilnou viktimizaci jako fyzické trauma,

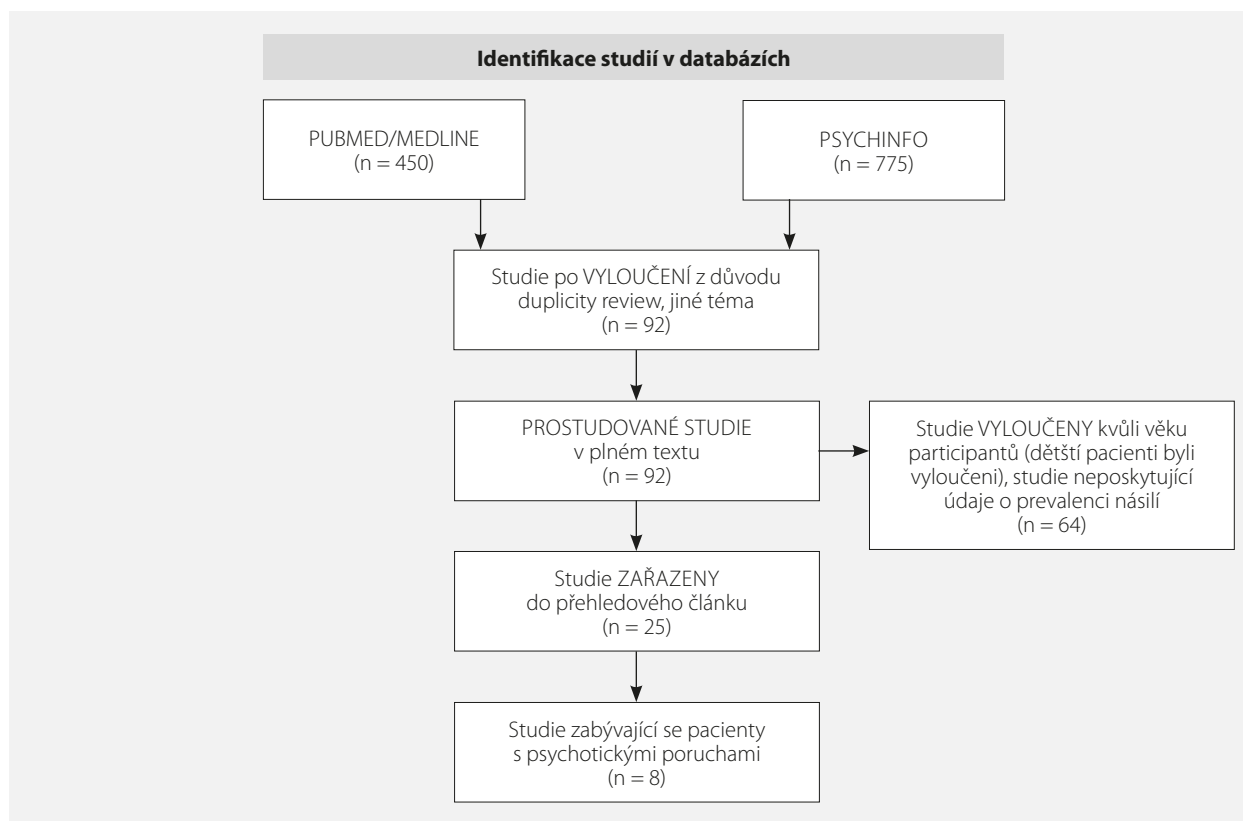
které má dlouhodobé následky na průběh psychické nemoci a které výrazně ovlivňuje kvalitu života pacienta.

Cílem naší přehledové práce je navázat na tuto studii a přinést data o specifických typech viktimizace ve dvou na sebe navazujících studiích. V této práci sledujeme viktimizaci u pacientů s psychotickým onemocněním a v další práci přineseme údaje o viktimizaci pacientů s dalšími závažnými duševními poruchami (severe mental illness – SMI). Navíc jsme přidali kategorii studií zabývajících se specifickými populacemi.

METODIKA

Pro účely této práce jsme využili dostupné články z databáze PSYCHINFO a PUBMED/MEDLINE, kde jsme vyhledávali relevantní články pomocí následujících slov: „psychosis“, „psychoses“, „psychotic“, „severe mental illness“, a „schizophrenia“. Vyhledávání článků bylo nastaveno od června 2014 do listopadu 2021 tak, aby zahrnovalo články, které již nebyly součástí práce Látalové, Kamarádové a Praška.⁹ Dodatečná kritéria pro výběr článků byla nastavena tak, že zkoumané subjekty jsou starší 16 let a byla jim diagnostikována psychotická porucha z kategorie F20–F29 v MKN-10. Vybírány byly pouze recenzované časopisy. Vyloučeny byly knihy, kapitoly z knih, komentáře, review a disertační práce (obr. 1).

Ve druhém kroku jsme vybrali údaje o fyzické a sexuální viktimizaci a zneužívání v dětství. Ze vzájemně srovnatelných dat jsme spočítali vážené průměry. Při definici viktimizace jsme vycházeli z klasické MacArthur Violence Study,¹² kterou jsme použili v našem předchozím výzkumu.^{13,14} Za středně závažnou viktimizaci je považováno napadení, které nevede k poranění a nebyla u něj použita zbraň, a za velmi závažnou viktimizaci je považováno napadení, u kterého došlo k poranění, nebo u něj byla použita zbraň.



Obr. 1. Shrnutí postupu selekce článků

VÝSLEDKY

Viktimizací u pacientů s psychózou (kategorie F20–F29 v MKN-10) se zabývá pouze 8 prací.^{13–20} Všechny tyto studie se zabývají jak fyzickým, tak i sexuálním násilím, které lze označit jako násilnou viktimizaci. Některé práce sem zahrnují i vyhrožování (zbraní nebo bez ní).^{13–16} Celková míra *násilné viktimizace* se v těchto studiích pohybuje v rozmezí od 9,7 do 33,4 % bez ohledu na období sledování (*fyzické násilí* 3,3–47,4 % a *sexuální násilí* 1,8–30,3 %).

De Vries et al.¹⁵ studovali viktimizaci u 353 psychotických pacientů a kontrolní skupiny (N = 9135) v posledním roce a v posledních 5 letech. Obětí jakékoli formy viktimizace byla v posledním roce třetina pacientů. Obětí násilné viktimizace bylo v posledním roce 9,7 % pacientů, to je dvakrát více než u kontrolní skupiny (4,5 %). Sexuální násilí se na tomto čísle podílelo pouze 2 %, což je výrazně méně než v jiných studiích. Autoři se domnívají, že je to ovlivněno vyšším věkem pacientů (49,5 roku) a dále tím, že studie probíhala v rurální části Nizozemska, kde je celkově kriminalita nižší. Během pěti let bylo násilně viktimizováno 20,4 % pacientů.

Van der Stouwe et al.¹⁶ studovali genderové rozdíly ve viktimizaci u 482 pacientů. Stejně jako v předchozí studii¹⁵ sledovali viktimizaci v posledním roce

a v posledních 5 letech, ale věnovali se pouze násilné viktimizaci. Za násilnou/fyzickou viktimizaci považují fyzické napadení, vyhrožování násilím nebo zbraní a za sexuální viktimizaci nucený sexuální styk, sexuální doteky bez souhlasu či sexuální obtěžování. Celkově bylo viktimizováno 33,4 % pacientů. Překvapivě nenalezli rozdíly mezi muži a ženami ve fyzické viktimizaci (muži 4,7 % vs. ženy 1,2 %, $p = 0,06$), ale mužům bylo fyzickým násilím častěji vyhrožováno. Co se týče sexuální viktimizace, autoři opět nenalezli rozdíly mezi muži a ženami v posledním roce (muži 1 % vs. ženy 3 %), ale při pětiletém sledování už byly rozdíly signifikantní (muži 3,6 % vs. ženy 13,3 %). Autoři své závěry shrnují tak, že muži byli vystaveni vyššímu riziku násilné viktimizace, zatímco ženy měly vyšší riziko sexuální viktimizace. Muži byli častěji napadeni neznámou osobou mimo domov, zatímco ženy byly častěji napadeny doma partnerem, přítelem nebo členem rodiny.

Černý et al.^{13,14} se zabývali viktimizací v posledních 6 měsících (fyzické i sexuální násilí), sexuálním zneužíváním a fyzickým zneužíváním v dětství a dospívání. Pacienti s psychotickým onemocněním se stávali čtyřikrát častěji pachateli násilného chování v porovnání s kontrolní skupinou z řad akutních stomatologických pacientů a dvakrát častěji obětmi násilného chování. Obětí násilného chování se především stávaly ženy, kde byla

Tab. 1. Výsledky práce a definice viktimizace Černý et al.¹³, Vevera et al.¹⁴

Pacienti M = (n = 93) F = (n = 65)	Viktimizace v posledních 6 měsících Nástroj – MacArthur Violence Risk Assessment		Zneužívání v dětství – do 17 let Nástroj – Childhood Experience of Care and Abuse Questionnaire (CECA.Q)			
	Definice		Fyzické zneužívání Definice		Sexuální zneužívání Definice	
Středně závažná	napadení nevedlo k poranění, nebyla použita zbraň	muži 21,5 % ženy 21,5 %	zranění nevyžadující lékařské ošetření	muži 5,4 % ženy 10,8 %	nevhodné dotýkání, nepříjemná sexuální zkušenost bez fyzického kontaktu (ukazování pornografie, setkání s exhibicionistou)	muži 5,4 % ženy 9,2 %
Velmi závažná	vedlo ke vzniku poranění nebo byla použita zbraň	muži 7,5 % ženy 15,4 %	zranění vyžadující lékařské ošetření	muži 10,8 % ženy 10,8 %	donucení k orálnímu sexu, znásilnění, kontakt s genitáliemi, erekce, ejakulace	muži 5,4 % ženy 23,1 %
Celkem	Ženy 36,9 % / Muži 29 %		Ženy 21,5 % / Muži 10,8 %		Ženy 32,3 % / Muži 10,9 %	
	Ženy 46,2 % / Muži 19,4 %					

prevalence jakékoliv fyzické viktimizace v posledním půl roce před hospitalizací 36,9 % v porovnání se ženami bez psychózy – 17 %. Z celkového počtu 24 viktimizovaných žen jich pětina byla viktimizována sexuálně (N = 5). Mužů bylo viktimizováno 29 %, z toho jen jeden muž sexuálně. **Celoživotní komorbidita s PTSD byla diagnostikována u 8 % u mužů a 15 % žen.** Tab. 1 nabízí souhrnný přehled výsledků. Nejsilnějším prediktorem násilí byla viktimizace v posledním půlroce, která zvyšuje pětikrát (OR 5,1) riziko agresivního chování.

Hardy et al.¹⁷ sledovali celoživotní viktimizaci, viktimizaci v dětství a viktimizaci v dospělosti u 228 opakovaně hospitalizovaných pacientů (převážně muži – 72 %, průměrný věk 38,2 roku, průměrná délka kontaktu s psychiatrickými službami 10,8 roku). Viktimizaci rozdělovali na **sexuální, fyzickou** a oproti předchozí práci českých autorů^{13,14} přidali kategorii **emocionálního zneužívání**. Přehled výsledků nabízí tab. 2. Kritéria pro PTSD splňovalo 21,5 % (n = 49) a traumatická událost byla nejčastěji spojována s šikanou, fyzickým napadením a sexuálním zneužitím v dětství. Hlavním cílem studie bylo studium vlivu traumatu na specifické psychotické symptomy. Zjistili, že dětské sexuální zneužívání zvyšuje dvakrát pravděpodobnost auditivních halucinací a emoční zneužívání

dvakrát zvyšovalo výskyt pocitů pronásledování a referenčních bludů. Vztah mezi tělesným zneužíváním (bitím) a psychózou autoři nenalezli. To vysvětlovali tak, že psychické zneužívání může hrát při vzniku psychózy důležitější roli než fyzické týrání.

Horsselebenberg et al.¹⁸ se věnovali závažnosti symptomů a prožité viktimizaci (v posledních 3 letech) a jejich vlivu na self-stigma u 102 (77 mužů a 25 žen) ambulantních pacientů (průměrný věk 39,1 roku, léčených průměrně 13,3 roku). Viktimizaci zaznamenali u 43,1 % pacientů, ve 26,5 % se jednalo o loupežné přepadení.

Fisherová et al.¹⁹ zjistili, že ve vzorku 149 participantů po první psychotické atace se 43 % (n = 64) stalo obětí kriminální viktimizace (70 % mužů, průměrný věk 24 let). Tato práce nenabízí procentuální zastoupení fyzického a sexuálního násilí, ale uvádí výskyt násilné kriminální viktimizace u 31 % klientů. Téměř všichni (95,3 %) uváděli, že viktimizace proběhla předtím, než se u nich psychóza rozvinula (průměrně do 5 let od daného incidentu).

Honings et al.²⁰ analyzovali interakci mezi dětskou viktimizací a psychotickými zkušenostmi a jejich vliv na reviktimizaci v dospělosti u pacientů s první psychotickou zkušeností (N = 340) a běžnou populaci (N =

Tab. 2. Výsledky studie Hardy et al.¹⁷

Soubor 228 pacientů		
Viktimizace v dětství 50,5 %	Viktimizace v dospělosti 54,5 %	Viktimizace celoživotní 74,1 %
Fyzické násilí 21,9 %	Fyzické násilí 41,7 %	Fyzické násilí 47,4 %
Sexuální násilí 21,9 %	Sexuální násilí 15,4 %	Sexuální násilí 30,3 %
Emocionální násilí 31,6 %	Emocionální násilí 15,4 %	Emocionální násilí 43,2 %

Tab. 3. Studie zaměřené na pacienty s psychotickou poruchou

Autoři článku / rok	Země / N / Muži % (n)	Diagnózy	Použitá metoda	Typy zneužívání	Období sledování / typ studie	Celková prevalence viktimize % (n)	Násilná viktimize % (n)	Fyzická viktimize % (n)	Sexuální viktimize % (n)
de Vries et al. ¹⁵ / 2019	Nizozemsko / 353 / 65 % (n = 229)	psychotické onemocnění, z toho 29 % duální diagnóza	Dutch Crime and Victimization Survey	majetkové zločiny, vandalismus, násilná viktimize, jiná viktimize	viktimize v posledních 12 měsících / longitudinální observační kohortová studie	32,6 % (115)	9,7 % (34)	3,6 % (12)	1,8 % (6)
					posledních 5 let	51,8 % (183)	20,4 % (68)	7,2 % (24)	5 % (17)
Fisher et al. ¹⁹ / 2017	Spojené království / 149 / 71,1 % (n = 106)	first-episode psychosis	4 otázky na viktimize	kriminální násilná viktimize (napadení, znásilnění, přepadení, ohrožování zbraní) a nenásilná viktimize	celoživotní / retrospektivní	43 % (64)	30,8 % (46)	–	–
Hardy et al. ¹⁷ / 2016	Spojené království / 228 / 54,8 % (n = 165)	schizofrenie (85,5 %), schizoafektivní porucha (12,7 %), porucha s bludy (1,8 %)	The Trauma History Questionnaire	fyzické násilí, sexuální násilí, emocionální zneužití	celoživotní / retrospektivní	74,1 % (169)	–	47,4 % (108)	30,3 % (69)
					v dětství	50,5 % (114)	–	21,9 % (50)	21,9 % (50)
					v dospělosti	54,4 % (124)	–	41,7 % (95)	15,4 % (35)
Honings et al. ²⁰ / 2017	Nizozemsko / 340 / 37,4 % (n = 127)	pacienti s první psychotickou zkušeností	otázky na viktimize v dětství a v dospělosti	fyzické a sexuální násilí (osahávání, nevyžádané svlékání a nucení k sexu), psychologické zneužití, emocionální zneužití	v dětství / retrospektivní	61,8 % (207)	–	23,3 % (80)	14,1 % (48)
					v dospělosti / retrospektivní	55 % (171)	–	–	–
Horselenberg et al. ¹⁸ / 2016	Nizozemsko / 102 / 75,5 % (n = 77)	schizofrenie (93 %), schizoafektivní porucha (5 %), schizotypální porucha (1 %), psychotická porucha jinak nespecifikovaná (1 %)	International Crime Victimization Survey	výhrůžky, majetkové zločiny, vandalismus, fyzické a sexuální násilí	v posledních 3 letech / retrospektivní	43,1 % (44)	–	–	–
van der Stouwe et al. ¹⁶ / 2021	Nizozemsko / 482 / 65 % (n = 312)	schizofrenie (58 %), jiné psychotické poruchy (42 %)	Safety Monitor (victimization subscale)	násilná viktimize (fyzické, sexuální násilí a výhrůžky)	viktimize v posledních 12 měsících / observační kohortová studie	33,4 % (161)	33,4 % (161)	3,3 % (16) ženy 1,2 % (2) / muži 4,7 % (14)	1,6 % (8) ženy 3 % (5) / muži 1 % (3)
					v posledních 5 letech	–	–	10,2 % (49) ženy 6,8 % (11) / muži 12,7 % (38)	6,8 % (33) ženy 13,3 % (22) / muži 3,6 % (11)
								–	–

Autoři článku / rok	Země / N / Muži % (n)	Diagnózy	Použitá metoda	Typy zneužívání	Období sledování / typ studie	Celková prevalence viktimize % (n)	Násilná viktimize % (n)	Fyzická viktimize % (n)	Sexuální viktimize % (n)
Cerný et al. ^{13,14} / 2018	Česká republika / 158 / 61 % (n = 93)	psychotické onemocnění (F20–F29)	Childhood Experience of Care and Abuse Questionnaire (CECA.Q)	násilná viktimize (fyzické, sexuální násilí)	viktimize v dětství a dospívání / retrospektivní	30,4 % (48)	30,4 % (48)	15,7 % (24)	13,3 % (21)
			MacArthur Violence Risk Assessment		viktimize v posledních 12 měsících / retrospektivní	33 % (51)	33 % (51)	36,9 % (24) / muži 29 % (27)	ženy 21,5 % (14) / muži 10,8 % (10)

6019). Jakoukoli viktimize v dětství zjistili u 62 % pacientů a v dospělosti u 55 %. Analýza ukázala, že samotné psychotické zkušenosti (OR = 4,49) a samotná dětská viktimize (OR = 3,73) způsobují zvýšené riziko výskytu jakékoli viktimize v dospělosti. Avšak přítomnost obou těchto symptomů je spojená s nižším rizikem viktimize v dospělosti, než když byly tyto efekty zkoumány odděleně (OR = 2,88, 9).

Souhrn výsledků

U studií, které poskytovaly alespoň tři vzájemně srovnatelné výsledky, jsme spočítali jejich vážené průměry. Ve všech případech se jednalo o studie, které sledovaly násilnou viktimize. Zlatým standardem pro nás byla viktimize použitá v klasické MacArthur Violence study.¹²

U pacientů s psychotickou poruchou nalézáme násilnou viktimize v posledních 12 měsících u 24,8 % (CI 22,1–27,6 %) pacientů v rozmezí od 9,7⁵ do 33,4 %.¹⁶ V dětství a dospívání nacházíme fyzickou viktimize u 21,2 % (CI 18,3–24,4 %) a sexuální viktimize u 16,4 % (CI 13,8–19,3 %).

DISKUSE

Rozeptí viktimize u pacientů s psychotickou poruchou se pohybuje od 30,4^{13,14} do 74,1 %¹⁷ (bez ohledu na formu viktimize a období sledování). Látalová et al.⁹ našli rozeptí 4,3–92 %. Tato rozeptí jsou široká. Hlavními důvody jsou podle našeho názoru: 1) nepřesnosti v definici viktimize (a tedy i typy viktimize, kterým se věnovali), 2) heterogenita zkoumaných souborů a 3) reportování viktimize za různá časová období (roční, pětiletá, celoživotní, období dětství a dospívání).

Definice viktimize

Základním problémem při studiu viktimize je definice tohoto jevu. Honnings et al.²⁰ za viktimize považují emoční zneužívání, emoční zanedbávání, sexuální zneužívání, fyzické zneužívání a fyzické zanedbávání, ale jasně nedefinují, jaké konkrétní chování tyto kategorie zahrnují. Fisher et al.¹⁹ považují za viktimize také majetkové zločiny vůči psychicky nemocným, jako jsou např. vloupání, loupeže, krádeže nebo vandalismus. Toto

Tab. 4. Vážený průměr, rozsah a interval spolehlivosti 95% prevalence násilí u pacientů s psychotickou poruchou

Sledované období viktimize	Vážený průměr výskytu násilné viktimize / Konfidenční interval 95%/Rozsah % (N pacientů)	Studie započtené do váženého průměru násilné viktimize	Vážený průměr výskytu fyzické viktimize / Konfidenční interval 95%/Rozsah % (N pacientů)	Vážený průměr výskytu sexuální viktimize / Konfidenční interval 95%/Rozsah % (N pacientů)	Studie započtené do váženého průměru fyzické a sexuální viktimize
Prevalence během 12 měsíců	24,8%/ CI 22,1–27,6%/ 9,7–33,34% (993)	de Vries et al. ¹¹ , van der Stouwe et al. ¹⁴ , Černý et al. ¹	–	–	–
viktimize v dětství a dospívání	–	–	21,2%/ CI 18,3–24,4%/ 15,7–23,3% (726)	16,4%/ CI 13,8–19,3%/ 13,3–21,9% (726)	Hardy et al. ¹⁵ , Honings et al. ¹⁸ , Černý et al. ¹³

rozlišení je důležité, protože různé formy viktimizace mají naprosto rozdílné neurobiologické důsledky. Bez ohledu na vývojové načasování je zneužívání spojeno s opožděným dozráváním emočních obvodů (amygdala, hipokampus, insula, cingulum), zatímco zanedbávání je spojeno se zrychleným vývojem mozku.^{21,22}

V našich předchozích studiích^{13,14} je k popisu násilí a viktimizace použita adaptovaná verze klasického MacArthur Community Violence Interview,¹² která popisuje násilí z hlediska typu spáchaného činu, jeho cíle, místa a přítomnosti psychotických příznaků. Pacienti a vedlejší informátoři jsou dotazováni na výskyt agresivního chování v posledních 6 měsících (např. kopání, facky, údery pěstí, vyhrožování zbraní) a zaznamenána je jejich kvantita. Toto interview umožňuje kvantifikovat intenzitu násilí a viktimizace (tab. 1). K definici **zneužívání v dětství** byla v této studii použita část dotazníku Childhood Experience of Care and Abuse Questionnaire (CECA-Q), který sleduje fyzické zneužívání rodiči, vychovateli či jinou osobou a sexuální zneužívání u dětí do 17 let věku. Za středně závažnou sexuální viktimizaci považuje nevhodné dotýkání, nepříjemnou sexuální zkušenost bez fyzického kontaktu (ukazování pornografie, setkání s exhibicionistou). Za závažnou viktimizaci považuje donucení k orálnímu sexu, znásilnění, kontakt s genitáliemi, erekci, ejakulaci.

Heterogenita zkoumaných souborů

Pojem psychotická porucha je velmi široký a často se překrývá se SMI, ke kterým se v České republice standardně řadí schizofrenní onemocnění, afektivní poruchy, eventuálně obsedantně-kompulzivní poruchy a specifické poruchy osobnosti (trvajících více než 2 roky, funkční narušení – skóre GAF \leq 60).²³ Pro větší přehlednost jsme se rozhodli výsledky rozdělit do dvou studií a detailněji tuto problematiku pojednáme v naší následující studii.

Viktimizace v různých časových obdobích

Základním krokem ke zjištění průměrné prevalence viktimizace je porovnání srovnatelných hodnot. To nejpřesněji umožňují studie používající definice násilné viktimizace.

Prevalence násilné viktimizace

Násilnou viktimizací rozumíme fyzické napadení, ohrožování se zbraní v ruce a jakékoliv fyzické sexuální napadení. **Čtvrtina pacientů** (vážený průměr 24,8 %, CI 22,1–27,6 %) s psychotickou poruchou byla během **12 měsíců obětí násilné viktimizace**. Fyzickou viktimizaci v dětství a dospívání zažije pětina pacientů (vážený průměr 21,2 %, CI 18,3–24,4 %) a sexuální viktimizaci šestina pacientů (vážený průměr 16,4 %, CI 13,8–19,3 %).

Zatímco obětí sexuální viktimizace se nejčastěji stávají ženy, obětí fyzického násilí se častěji stávají muži. V posledním roce bylo obětí fyzického násilí 5 % mužů a 1,2 % žen¹⁶ a v posledních 5 letech 12,7 % mužů a 6,8 % žen.¹⁶ **Česká studie ale nalezla jak fyzickou, tak sexuální viktimizaci vyšší u žen.**^{13,14}

Sexuální zneužívání

Obětí sexuální viktimizace se častěji stávají ženy. O tom svědčí údaje jak z posledního roku před zkoumáním (3 % žen vs. 1 % mužů),¹⁶ tak z posledních 5 letech (13,3 % žen vs. 3,6 % mužů).¹⁶

Specifickou formou násilné viktimizace je **znásilnění**. Mansour-Musová a Weiss²⁴ se věnovali zkoumání sexuálního násilí u 60 pacientek se schizofrenním onemocněním hospitalizovaných v Psychiatrické léčebně v Horních Beřkovicích a srovnávali je s běžnou populací žen (N = 701). Zjistili, že pacientky byly 3krát častěji sexuálně zneužité (21 % jednou, 9 % opakovaně, znásilnění – 13 % jednou, 15 % opakovaně) než ženy z obecné populace (8 % jednou, 3 % opakovaně, znásilnění 8 % jednou, 5 % opakovaně). Výsledky naší předcházející studie ukazují, **že do 17 let bylo znásilněno 23,1 % pacientek a 5,4 % pacientů se schizofrenií.**¹³ Jakékoliv sexuální zneužívání v této studii reportovalo 11 % pacientů a 32 % pacientek. I když údaj o tom, že pacient byl obětí znásilnění, by měl být součástí psychiatrické anamnézy, v obou českých studiích^{13,24} je autoři v dokumentaci nenacházeli.

Komorbidity psychotických poruch

a Posttraumatické stresové poruchy

Nejtypičtějším psychiatrickým důsledkem násilné viktimizace je akutní reakce na stres a PTSD. Hardy et al.⁸ zjistili **výskyt komorbidity psychózy a PTSD ve 21,5 % případů**. Česká studie¹³ zjistila **celoživotní komorbiditu PTSD v 8 % u mužů a v 15 % u žen**. Rovněž další studie zjistily, že 15 % pacientů s psychózou má aktivní příznaky PTSD.^{25,26}

Důvody nedostatečného diagnostikování viktimizace

V České republice,¹³ USA²⁷ či v Německu²⁸ nejsou viktimizace ani z ní plynoucí psychiatrické poruchy (akutní reakce na stres či PTSD u pacientů s psychotickými poruchami) správně diagnostikovány ani léčeny. Ve výše zmíněné české studii¹³ se komorbidity schizofrenní poruchy a PTSD vyskytla na Psychiatrické klinice I. LF UK a VFN v dokumentaci opakovaně hospitalizovaných pacientů před vstupem do studie pouze v jednom případě. Když autoři začali výskyt PTSD u těchto klientů sledovat cíleně, zjistili **celoživotní komorbiditu PTSD v 8 % u mužů a v 15 % u žen**. Na Psychiatrické klinice UK v Plzni tato komorbidity nebyla diagnostikována v letech

2016 až 2022 ani jednou. V další české studii komorbidit u pacientů s diagnózou schizofrenie – COSMOS – nebyla tato komorbidita zaznamenána vůbec.²⁹ Důvody této neuspokojivé situace nejsou dostatečně zkoumány. Domníváme se, že to může být zaběhlou praxí, kdy je diagnóza stanovena hned při vstupním vyšetření a k údajům o traumatu, především o sexuálním traumatu, je zapotřebí navázání delšího a hlubšího vztahu. Lékaři se pravděpodobně už k doplnění anamnestických údajů nevracejí. Dokazuje to i naše studie, kdy jsme se o zneužívání nedozvěděli ze vstupních vyšetření, ale získali jsme je až po cíleném dotazování ke konci hospitalizace (průměrně trvající 35 dnů),¹³ kdy byl pravděpodobně navázán kvalitnější terapeutický vztah.

Dalším důvodem může být skutečnost, že se lékaři domnívají, že příznaky PTSD nebudou moci spolehlivě odlišit od příznaků psychózy. Studie z USA³⁰ i z Nizozemska¹⁵ ukazují, že i když pacienti o viktimizaci hovoří se svým terapeutem, většina těchto incidentů zůstává nepovšimnuta. V recentní nizozemské studii jen šestina psychiatrů, kteří byli dle pacientů informováni, připustila, že o tom skutečně ví.¹⁵

Část pacientů také není ochotna nebo schopna o traumatu hovořit. Mezi diskutovanými důvody se objevují pocity viny či studu³¹ a strach z reviktimizace pachatelem.³² V akutní psychóze může paranoia a perzekuční myšlenky bránit nahlášení viktimizace.³³ Častým důvodem bývá také to, že je pachatelem blízká osoba nemocného.¹⁵

Důvěryhodnost sebehodnotících údajů

Někteří pacienti mohou mít tendenci nadměrně hlásit, že se stali obětí násilí. To může být způsobeno nejen širokou definicí viktimizace, ale také paranoiou pacientů,³⁴ nebo také zkreslením paměti, ke kterému může časem docházet.³⁵ Zkoumali jsme,^{13,14} zda pacienti s psychotickým onemocněním mohou poskytovat validní informace o viktimizaci a násilí, kterého se dopustili, a ukázalo se, že ano. Konkordance údajů mezi pacienty

a kolaterálními informátory (většinou rodinnými příslušníky) byla 79,7 % pro násilí a 75,3 % pro viktimizaci.

Hardy et al.²⁵ zjistili, že pouze v 0,82 % traumatických činů, o kterých pacienti referovali, se jednalo o bludnou produkci či halucinace. Můžeme tedy konstatovat, že pokud se správně zeptáme, s největší pravděpodobností dostaneme realistickou odpověď.

Limitace

Limitace studie vnímáme ve výběru zvolené metody, která kopíruje práci Latalové et al.⁹ z roku 2014 vzhledem k neustálému posunu výzkumu v rámci zkoumání viktimizace v mnohých ohledech. Výběr klíčových slov, použité metody, výběr pacientů a velikost zkoumaného souboru v různých výzkumech se liší. Výzkumy rozlišují celoživotní prevalenci viktimizace, ale zabývají se více specificky i viktimizací v posledním roce nebo v jiném stanoveném časovém období. Výrazný vliv na prevalenci viktimizace má již zmiňovaná definice viktimizace, která není jednotná.

ZÁVĚR

Zjistili jsme, že čtvrtina pacientů s psychotickou poruchou byla během 12 měsíců obětí násilné viktimizace. Fyzickou viktimizaci v dětství zažila pětina a sexuální šestina pacientů s psychózou. Komorbidním PTSD trpí 15 až 20 % pacientů.

Základní podmínkou ke zlepšení detekce viktimizace je shoda na tom, co pod pojmem viktimizace rozumíme. Pro české prostředí nám připadá vhodné použití definic použitých v českých studiích popsaných výše,^{13,14} protože umožňuje kvantifikovat intenzitu viktimizace a k hodnocení užívá mezinárodně uznávané škály, které autoři adaptovali. Zásadním úkolem do budoucna je zkoumání příčin nedostatečného diagnostikování komorbidit vyplývajících z viktimizace a navržení vhodných terapeutických intervencí.

LITERATURA

- van der Kolk B. Tělo sčítá rány. Brno: Jan Melvil Publishing 2021: 496.
- Read J, van Os J, Morrison AP et al. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 112 (5): 330–350.
- Janssen I, Krabbendam L et al. Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatr* 2004; 109: 38–45.
- Shevlin M, Dorahy M, Adamson G. Trauma and psychosis: an analysis of the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 166–169.
- Bebbington P, Bhugra D, Brugha T et al. Psychosis, victimisation and childhood disadvantage: evidence from the second British National Survey of Psychiatric Morbidity. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 220–226.
- Mlada K, Formanek T et al. Serious physical assault and subsequent risk for rehospitalization in individuals with severe mental illness: a nationwide, register-based retrospective cohort study. *Ann Gen Psychiatry* 2021; 20 (44): 1–8.
- Veveřa J, Černý M, Král P. Agrese a násilné chování. *Postgraduální medicína* 2011; 220–227.
- Hiday V, Swanson J et al. Victimization: a link between mental illness and violence. *Int J Law Psychiatry* 2001; 24: 559–572.
- Latalova K, Kamaradova D, Prasko J. Violent victimization of adult patients with severe mental illness: a systematic review. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2014; 10: 1925–1939.

10. Sarislan A, Lichtenstein P et al. Triggers for violent criminality in patients with psychotic disorders. *JAMA Psychiatry* 2016; 73: 796–803.
11. Volavka J. Editorial: Victimization and perpetration in the mentally ill: two phenotypes of the same underlying disorder? *Psychiatrie, časopis pro moderní psychiatrii* 2020; 52.
12. Steadman H, Mulvey E et al. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55 (5): 393–401.
13. Cerny M, Hodgins S et al. Violence in persons with and without psychosis in the Czech Republic: risk and protective factors. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2018; 14: 2793–2805.
14. Vevera J, Černý M et al. Viktimizace pacientů trpících psychózou. *Postgraduální medicína* 2018; 20 (6): 573–579.
15. de Vries B, Pijnenborg G et al. "Please tell me what happened": a descriptive study on prevalence, disclosure and characteristics of victimization in people with a psychotic disorder. *PLoS ONE* 2019; 14 (7): 1–15.
16. van der Stouwe ECD, Steenhuis LA et al. Gender differences in characteristics of violent and sexual victimization in patients with psychosis: a cross-sectional study. *BMC Psych* 2021; 21 (541): 1–9.
17. Hardy A, Emsley R et al. Psychological mechanisms mediating effects between trauma and psychotic symptoms: the role of affect regulation, intrusive trauma memory, beliefs, and depression. *Schizophr Bull* 2016; 42 (1): 34–43.
18. Horselsenberg E, van Busschbach J et al. Self-stigma and its relationship with victimization, psychotic symptoms and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *PLoS ONE* 2016; 11 (10): 1–13.
19. Fisher H, Roberts A et al. Impact of crime victimization on initial presentation to an early intervention for psychosis service and 18-month outcomes. *Early Interv Psychiatry* 2017; 11: 123–132.
20. Honings S, Drukker M et al. The interplay of psychosis and victimisation across the life course: a prospective study in the general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2017; 52: 1363–1374.
21. Stenson AF, Jovanovic T. Abuse and delayed brain maturation in girls: the cost of lagging behind. *Am J Psychiatry* 2021; 178 (11): 988–990.
22. Keding TJ, Heyn S.A, Russell JD et al. Differential patterns of delayed emotion circuit maturation in abused girls with and without internalizing psychopathology. *Am J Psychiatry* 2021; 178: 1026–1036.
23. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky: Standard služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví (CDZ) pro osoby se závažným chronickým duševním onemocněním (SMI) 2021. Částka 8, str. 6. Dostupné na: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/06/Vestnik-MZ_8-2021.pdf
24. Mansour-Musová H, Weiss P. Zkušenosti se sexuálním zneužitím a se sexuálním násilím u pacientek s onemocněním schizofrenního okruhu. *Čes a slov Psychiat* 2006; 102: 179–182.
25. Hardy A, O'Driscoll C et al. A network analysis of post-traumatic stress and psychosis symptoms. *Psychol Med* 2021; 51: 2485–2492.
26. de Bont P, van den Berg D et al. Predictive validity of the trauma screening questionnaire in detecting post-traumatic stress disorder in patients with psychotic disorders. *Br J Psychiatry* 2015: 408–416.
27. Mueser K, Rosenberg S. Trauma, PTSD, and the course of severe mental illness: an interactive model. *Schizophr Res* 2002; 53: 123–143.
28. Jones R, Banbury L. Rates of criminal victimization in an early intervention for psychosis service – a cross sectional survey. *Early Interv Psychiatry* 2018; 12: 1081–1086.
29. Kohútová B, Novák T et al. Komorbidita a kvalita života pacientů s diagnózou schizofrenie, depresivní poruchy, generalizované úzkostné poruchy a neuropatické bolesti: Projekt COSMOS. *Psychiatrie* 2019; 23 (1): 4–10.
30. Marley JA, Buila S. When violence happens to people with mental illness. *Disclosing victimization. Am J Orthopsychiatry* 1999; 63 (3): 398–402.
31. Breitenbecher KH. The relationships among self-blame, psychological distress, and sexual victimization. *Journal of Interpersonal Violence* 2006; 21 (5): 597–611.
32. Hathaway J, Willis G, Zimmer B. Listening to Survivors' Voices: addressing partner abuse in the health care setting. *Violence Against Women* 2002; 8 (6): 687–716.
33. Short T, Thomas S, Luebbers S et al. A case-linkage study of crime victimisation in schizophrenia-spectrum disorders over a period of deinstitutionalisation. *BMC Psychiatry* 2013; 13.
34. Langeveld J, Bjørkly S et al. A 10-year follow-up study of violent victimization in first episode psychosis: risk and protective factors. *Psychiatry Res* 2018; 259: 545–549.
35. Persson M, Belfrage H, Kristiansson M. Violent victimization and health service utilization in a forensic psychiatric context: a comparison between offenders with mental disorders and matched controls. *BMC Psychiatry* 2017; 17 (91): 1–10.