Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Katedra Psychologie

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. et Bc. Jana Heidingerová

Zjišťování attachmentového stylu jako součást diferenciální diagnostiky psychogenních neepileptických záchvatů (PNES)

Assessment of the attachment style as a part of the differential diagnosis of psychogenic non-epileptic seizures (PNES)

Praha 2020 Vedoucí práce: doc. PhDr. Lenka Krámská, Ph.D.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma: „Zjišťování attachmentového stylu jako součást diferenciální diagnostiky psychogenních neepileptických záchvatů (PNES)“ vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne ……

Bc. et Bc. Jana Heidingerová

Poděkování

Ráda bych poděkovala především paní doc. PhDr. Lence Krámské, Ph.D. za umožnění sběru dat, za vstřícnost, trpělivý přístup a cenné rady při vedení mé diplomové práce, dále pak také Mgr. Lucii Hreškové, Ph.D. za pomoc se sběrem dat.

Abstrakt

Název práce: Zjišťování attachmentového stylu jako součást diferenciální diagnostiky psychogenních neepileptických záchvatů (PNES)

Autor práce: Bc. et Bc. Jana Heidingerová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Lenka Krámská, Ph.D.

Počet stran: 101

Počet zdrojů: 93

Práce se zabývá problematikou psychogenních neepileptických záchvatů (PNES) a jejich diferenciální diagnostiky v souvislosti se zjišťováním charakteru attachmentu. Na základě teoretických poznatků byla předpokládána souvislost mezi poruchami citové vazby a diagnózou PNES. Tato souvislost byla zkoumána srovnáním výsledků tří skupin respondentů s rozdílnými diagnózami (PNES, PNES a epilepsie, epilepsie) a kontrolní skupiny.

Teoretická část práce se věnuje problematice attachmentu, PNES a epilepsie. Empirická část zkoumá rozdíly mezi výsledky jednotlivých skupin, vztahy proměnných se sociodemografickými faktory a vzájemné vztahy mezi výsledky jednotlivých testových metod. K výzkumu byly použity dotazníky PBI, ECR a ECR-RS. Sběr dat byl prováděn v Centru pro epilepsie Nemocnice na Homolce, výzkumný vzorek byl tvořen celkem 84 respondenty.

Výsledky byly pro řadu hypotéz statisticky signifikantní. Naznačují, že existují korelace některých subškál se sociodemografickými faktory, dále korelace mezi výsledky jednotlivých testových metod a zároveň i rozdíly v naměřených hodnotách u jednotlivých skupin respondentů. Poukazují na podobnost naměřených hodnot u pacientů s PNES a PNES i epilepsií, kdy se obě skupiny několikrát odlišovaly od kontrolní skupiny a skupiny pacientů s epilepsií, a to v souvislosti s měřením globální i specifické citové vazby. Zároveň výsledky poukazují na statisticky signifikantní rozdíly v naměřených hodnotách u kontrolní skupiny a u skupiny pacientů obecně.

Klíčová slova: psychogenní neepileptické záchvaty, epilepsie, citová vazba, typ citové vazby, rodinné vztahy

Abstract

Title: Assessment of the attachment style as a part of the differential diagnosis of psychogenic non-epileptic seizures (PNES)

Author: Bc. et Bc. Jana Heidingerová

Thesis supervisor: doc. PhDr. Lenka Krámská, Ph.D.

Pages: 101

Number of sources: 93

The thesis deals with the topic of psychogenic non-epileptic seizures (PNES) and their differential diagnosis in the context of attachment and its measuring. Based on theoretical knowledge, the relation between attachment disorders and the diagnosis of PNES was assumed. This connection was examined by comparing the results of three groups of respondents with different diagnoses (PNES, PNES and epilepsy, epilepsy) and a control group.

The theoretical part deals with the problematics of attachment, PNES and epilepsy. The empirical part examines differences between groups of respondents, correlations of the variables with socio-demographic factors and correlations between results of each used method. Three questionnaires, PBI, ECR and ECR-RS were used for the research. The data were collected in the Epilepsy Centre at the Na Homolce Hospital. The research sample consisted of a total of 84 respondents.

The results were statistically significant for numerous hypotheses. Research suggest that there are correlations of some subscales with socio-demographic factors, as well as the correlations between the results of three used test methods and differences in measured values among groups of respondents. The results show the similarity of measured values in patients with PNES and patients with PNES and epilepsy, where both groups differed several times from the control group and the group of patients with epilepsy concerning the measurement of both, global and specific attachment. The results also showed statistically significant differences in the measured values between the control group and the group of patients in general.

Key words: psychogenic non-epileptic seizures, epilepsy, attachment, attachment style, family relationships

OBSAH

I ÚVOD…… 8

II TEORETICKÁ ČÁST.....10

1 ATTACHMENT……. 11

1.1 Vymezení pojmů.....11

1.1.1 Citová vazba (attachment) ……...11

1.1.2 Primární pečující osoba či vazbová osoba……11

1.1.3 Vazebné chování……..11

1.1.4 Jistá základna (secure base)……..12

1.1.5 Vnitřní pracovní modely ……..12

1.1.6 Psychická deprivace…….13

1.1.7 Hospitalismus ……..13

1.2 Teorie citové vazby 13

1.2.1 Historie…….14

1.2.2 Funkce citové vazby…….18

1.2.3 Biologické aspekty citové vazby……..18

1.3 Druhy citové vazby.....19

1.3.1 Citová vazba jistá a nejistá……...20

1.4 Hierarchie citové vazby 21

1.5 Vývoj a vliv citové vazby v ontogenezi jedince.....22

1.5.1 Citová vazba v dětství…….…….22

1.5.2 Citová vazba v dospělosti……24

1.5.3 Poruchy citové vazby…….…..26

1.6 Metody zjišťování attachmentového stylu.....28

1.6.1 Vývoj diagnostických metod……..…..28

1.6.2 Vyšetřování dětí……...…28

1.6.3 Vyšetřování dospělých…….29

2 EPILEPSIE…… .....…….30

2.1 Úvod do tématu 30

2.2 Etiologie onemocnění.....30

2.3 Klasifikace epilepsií 31

2.4 Typologie epileptických záchvatů 33
2.5 Dopady záchvatovitého onemocnění 35
2.5.1 Kognitivní funkce 35
2.5.2 Psychiatrická komorbidita 35
2.5.3 Kvalita života 36
2.6 Diagnostika a léčba záchvatovitých onemocnění 36
2.6.1 Diagnostický systém 36
2.6.1.1 Neuropsychologické metody v kontextu záchvatovitých onemocnění 37
2.6.2 Léčba záchvatovitých onemocnění 38
3 PSYCHOGENNÍ NEEPILEPTICKÉ ZÁCHVATY (PNES) 39
3.1 Problematika diagnostického zařazení 39
3.1.1 Klasifikace 39
3.1.2 Diferenciální diagnostika 40
3.1.3 Prognóza 41
3.2 Projevy PNES 41
3.3 Etiologie onemocnění 42
3.3.1 Trauma a disociace 42
3.4 Neuropsychologické vyšetření u PNES 43
3.5 Komorbidita v souvislosti s PNES 43
3.6 PNES a rodina 44
3.7 PNES a epilepsie 45
3.8 Léčba PNES 45
3.9 Dopady onemocnění typu PNES na jedince a jeho nejbližší okolí 46
III EMPIRICKÁ ČÁST 47
1 ÚVOD DO EMPIRICKÉ ČÁSTI 48
1.1 Úvod 48
1.2 Etické aspekty výzkumu 48
2 CÍL VÝZKUMU, HYPOTÉZY 48
2.1 Výzkumný cíl 48
2.2 Stanovené výzkumné hypotézy 49
3 VÝZKUMNÝ VZOREK 49
3.1 Klinické údaje 50

3.2 Sociodemografické údaje 50
4 METODOLOGIE VÝZKUMU 54
4.1 Design výzkumu 54
4.2 Sběr dat 54
4.3 Metody sběru dat 55
4.3.1 Použité dotazníky a jejich psychometrické charakteristiky 55
4.3.1.1 ECR 55
4.3.1.2 ECR-RS 58
4.3.1.3 PBI 59
4.4 Metody analýzy dat 61
5 VÝSLEDKY VÝZKUMU A INTERPRETACE DAT 62
H1. 62
H2 62
H3. 64
H4 65
H5 69
H6 72
H7 74
H8 76
6 DISKUSE 80
7 ZÁVĚR 87
8 REFERENCE 90
9 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK 99
10 SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ 100
11 PŘÍLOHY 102
11.1 Příloha 1: Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu 102

I ÚVOD

Attachment neboli citová vazba je termín vyjadřující specifický vztah mezi dítětem a primární pečující osobou. Jde o pouto, které vzniká v nejútlejším dětství, podílí se na dalším sociálním, emocionálním i kognitivním vývoji dítěte a podstatně ovlivňuje i život jedince v dospělosti. Spojitost mezi charakterem citové vazby v raném dětství a pozdějším vývojem byla již mnoha výzkumy prokázána. Podoba citové vazby ovlivňuje v dospělosti vědomí o vlastní hodnotě i charakter navazování a udržování interpersonálních vztahů. Souvislost mezi typem citové vazby a osobnostními charakteristikami, například výskytem psychopatologií, byla rovněž popsána v rámci četných studií. Bezpečný nebo také jistý typ citové vazby souvisí s menší mírou neuroticismu, hostility, úzkostnosti, vyšší sociabilitou, psychickou odolností a s lepší schopností emoční regulace. Vznik poruch citové vazby v dětství může být způsoben traumatickými zkušenostmi ve vztazích s důležitými vazebnými figurami. Tyto zkušenosti mohou být zapříčiněny například nedostatečnou vnímavostí a péčí o potřeby dítěte ze strany pečující osoby, týráním apod.

Psychogenní neepileptické záchvaty (dále PNES) je možné definovat jako paroxysmální ataky bez měřitelného EEG korelátu. PNES řadíme podle MKN-10 mezi Poruchy neurotické, stresové a somatoformní do podkategorie Disociativní (konverzní) poruchy. Incidence se u PNES v celkové populaci uvádí 1,5 / 100 000 osob za rok (Bodde et al., 2009). Diplomová práce se v teoretické části zabývá problematikou tohoto onemocnění v šíři zahrnující klasifikaci, symptomy, etiologii, komorbiditu, dopady na kvalitu života a možnosti léčby tohoto onemocnění, dále se obdobně věnuje i tématu epilepsie, a to za účelem porovnání podobností a rozdílů obou onemocnění a nastínění komplikací, které mohou nastat při jejich diferenciální diagnostice. V rámci etiologie PNES zdroje uvádí mezi příčinami vzniku onemocnění zejména psychologické aspekty, jako je prožívaný stres, psychická vulnerabilita a prožitá traumata. PNES bývají vysvětlovány v souvislosti s rannými traumatickými zážitky a jejich disociacemi, které jsou psychickou obranou proti devastujícím vlivům těchto traumat. Zkušenost s traumatickými zážitky obecně má podle dostupných údajů 84-100 % pacientů s PNES (Kanner et al., 1999). Podobně jako u poruch citové vazby i s pacienty s diagnózou PNES bývají často kromě amnézie či disociace a somatizace spojovány termíny jako úzkost, deprese, narušení schopnosti emoční regulace, chybějící či maladaptivní copingové strategie, neuroticismus, deformované vztahy k druhým lidem, emočně nestabilní

porucha osobnosti hraničního typu, nebo vyhýbavá porucha osobnosti. Někteří autoři dodávají, že stejně jako u poruch attachmentu, PNES můžeme dávat do souvislosti s nefunkčností rodinného systému, kde verbální sdělování informací a sdílení emocí selhává. Pacienti s epilepsií mají rovněž oproti zdravým jedincům větší riziko výskytu psychiatrických symptomů, jde především o poruchy depresivní a úzkostné. Větší riziko psychiatrické komorbidity je u pacientů se závažnými a častými záchvaty.

Cílem této práce je proto za využití příslušných metod zjišťujících charakter citové vazby porovnat výsledky kontrolní skupiny zdravých jedinců s výsledky pacientů s PNES, PNES i epilepsií a epilepsií a případné zjištěné rozdíly či vztahy popsat pro účely dalšího využití v rámci diferenciální diagnostiky, která by se případně v návaznosti na výzkumná zjištění mohla v budoucnu vedle standardních používaných postupů začít zaměřovat i na zkoumání charakteru citové vazby u výše zmíněných pacientů. Výsledky by případně bylo možné využít i pro účely psychoterapie s pacienty s psychogenními neepileptickými záchvaty se záměrem zvýšení její efektivnosti.

II TEORETICKÁ ČÁST

1 Attachment

1.1 Vymezení pojmů

1.1.1 Citová vazba (*attachment*)

Citová vazba neboli attachment, případně také citové přilnutí či připoutání je termín vyjadřující specifický vztah mezi dítětem a primární pečující osobou. Toto pouto vzniká v nejútlejším dětství na základě vrozeného předpokladu a jeho hlavní funkcí je zajištění přežití dítěti tím, že se přimkne k pečující osobě. Ta pak skrze péči o něj zabezpečuje naplnění jeho základních životních potřeb a poskytuje mu pocit bezpečí (Bowlby, 2010).

1.1.2 Primární pečující osoba či vazbová osoba (*primary attachment figure*)

Termín primární pečující osoba je užíván z toho důvodu, že ne vždy je možné v tomto významu hovořit o biologické matce dítěte. Mnohdy jde například o prarodiče či starší sourozence. Pojem odkazuje na osobu, ke které dítě inklinuje a u které hledá útočiště v momentě, kdy zažívá strach či bolest. Na osobu, se kterou si dítě vytváří prvotní podobu citové vazby, kterou pak přenáší skrze vnitřní pracovní modely do dalších vztahů v průběhu celého svého života. Sekundární attachmentové připoutání k jiné osobě (*secondary attachment figure*) zažívá dítě s několika dalšími blízkými lidmi, kteří mají svůj význam, i když zpočátku o něco menší než primární pečující osoba. Ve standardní situaci jde zde o otce dítěte, sourozence, prarodiče, chůvy apod. Sekundární attachmentové připoutání je pro dítě protektivním faktorem a posiluje jeho resilienci (Bowlby, 2010).

1.1.3 Vazebné chování

Ne každá interakce s osobou, k níž máme vytvořenou citovou vazbu, je vazebným chováním. Ať už jde o citovou vazbu mezi dítětem a dospělým, nebo o obdobný vztah mezi dvěma dospělými, mohou navazovat kontakt a vztahovat se k sobě bez známek attachmentových projevů. Vazebné chování je u dítěte aktivováno zpravidla bolestí, únavou, úzkostí, strachem a dalšími negativními emocemi, nebo uvědoměním si zmizení a nepřítomnosti matky (pečující osoby). Toto chování se vyskytuje v různých situacích s různou intenzitou a vyznačuje se například aktivním vyhledáváním pečující osoby, potřebou fyzického kontaktu s ní, křikem a pláčem ve snaze přivolat pečující osobu atd. Zároveň jde o chování, které je nejpatrnější a z evolučního hlediska nejvýznamnější právě v dětském věku, ale je možné jej

v různých formách pozorovat v průběhu celého lidského života (Bowlby, 1988).

U adolescentů a dospělých jedinců jsou situace, které vazebné chování vyvolávají, podobné (stresující situace, osamělost, nadměrná psychická zátěž, strach, úzkost, nemoc, představa ztráty blízké osoby apod.)., projevy vazebného chování se však mohou lišit. Dospělý jedinec nevyhledává nutně fyzickou přítomnost pečující osoby, je schopen se uklidnit pouze na základě její mentální reprezentace, která sama o sobě dokáže navodit zklidnění, případně s využitím telefonického rozhovoru apod. V dospělosti mají pak partnerské vztahy na bázi attachmentu reciproční charakter a partneři se v poskytování péče druhému v krizové situaci střídají dle potřeby (Mikulincer & Shaver, 2007). Vazebné chování může odpovídat normě, nebo spadat pod jednu z kategorií poruch vazebného chování, které jsou popsány v podkapitole s názvem Poruchy citové vazby.

1.1.4 Jistá základna (*secure base*)

Jde o termín poprvé zmíněný M. D. Ainsworthovou v rámci její disertační práce z roku 1940, vyjadřující jeden z ústředních bodů teorie citové vazby. Jistá či bezpečná základna symbolizuje matku dítěte nebo primární pečující osobu, ke které se dítě opakovaně vrací během explorace okolí pro získání pocitu bezpečí. Postupem času se jistá základna zvnitřňuje v podobě mentální reprezentace a dítě už nevyžaduje její permanentní fyzickou blízkost. Bezpečná základna (i v podobě mentální reprezentace) je využívána pro zmírnění pociťované úzkosti, strachu či jiných negativních emocí. Tento termín je pak možné aplikovat i v teorii citové vazby u dospělých v rámci rodinných a partnerských vztahů. Jistou základnu může pro klienta symbolizovat například i terapeut. V souvislosti s výrazem *secure base* bývá užíváno i označení *safe heaven*, vyjadřující pojmenování pro model bezpečného útočiště (Mikulincer & Shaver, 2007).

1.1.5 Vnitřní pracovní modely

Vnitřní pracovní modely v teorii attachmentu zahrnují kognitivní a emoční obsahy uložené v paměti a získané na základě interakcí s primární pečující osobou a dalšími lidmi. Postupné utváření těchto modelů souvisí s vývojem kognitivních schopností. Modely jsou aktivní i v dospělém věku a ovlivňují myšlení a chování jedince, jeho sebepojetí i vztahování se k druhým lidem. Rozhodují částečně o vědomí vlastních kompetencí, resilienci a schopnosti řešit problémy. Tyto získané a zvnitřnělé pracovní modely se často předávají transgeneračním

přenosem z rodiče na dítě. Mohou zůstávat v nezměněné podobě z dětství do dospělosti, nebo se měnit v závislosti na zkušenostech jedince (Brisch, 2011; Cassidy, 2008).

1.1.6 Psychická deprivace

Termín deprivace je užíván ve smyslu ztráty něčeho, jde o strádání nenaplněním důležité potřeby. V případě psychické deprivace nejde o fyzické strádání, nýbrž o nenaplnění duševních potřeb. Psychická deprivace zahrnuje i deprivaci citovou a souvisí s deprivací senzorickou, která může mít negativní dopad na kognitivní vývoj jedince. M. D. Ainsworthová popisuje psychickou deprivaci jako nedostatečnost vzájemné interakce mezi dítětem a primární pečující osobou (Langmeier & Matějček, 2011)

„*Všeobecně se má za to, že dítě ke svému zdravému vývoji v prvé řadě potřebuje citovou vřelost, lásku. Dostává-li se mu dosti sympatie a citové podpory, pak to vynahradí i nedostatek jiných psychických prvků – např. nedostatek smyslových podnětů, nedostatek hraček, nedostatek výchovy a vzdělání. Základní patogenní význam pro poruchy vývoje a charakteru má tedy nedostatečné ukojení afektivních potřeb: emoční, afektivní deprivace*."

(Langmeier & Matějček, 2011, s. 23)

1.1.7 Hospitalismus

Pojem hospitalismus vyjadřuje dle R. A. Spitze syndrom poruch vývoje dítěte v důsledku působení insuficientního množství podnětů v rámci delšího umístění dítěte v nemocničním či jiném zařízení podobného typu. Způsobená psychická deprivace může mít celoživotní následky. S termínem souvisí i takzvaná anaklitická deprese. Jde o specifický typ separační úzkosti vyvolaný přerušením vazby mezi matkou a dítětem a charakteristický je například apatií dítěte a odmítáním podnětů i potravy (Hartl & Hartlová, 2015).

1.2 Teorie citové vazby

Teorie citové vazby, která původně popisovala dětský vývoj v souladu s vývojem interakcí mezi dítětem a pečující osobou, je dnes nástrojem používaným ke studiu interpersonálních vztahů v dospělosti jedince, kdy zkoumány mohou být vztahy partnerské, ale i například pracovní či vztahující se k určité sociální skupině apod. (Mikulincer & Shaver, 2007).

1.2.1 Historie

Základy teorie citové vazby položili psychoanalytik a psychiatr **John Bowlby** se svým kolegou, sociálním pracovníkem **Jamesem Robertsonem** na začátku druhé poloviny dvacátého století, kdy se společně v londýnské *Tavistock Clinic* věnovali pozorování dětí převážně batolecího věku separovaných od rodičů na kratší či delší období z důvodu hospitalizace, dále pak využívali poznatky získané z pozorování poválečných sirotků taktéž separovaných od rodinných příslušníků. Filmy natočené v souvislosti s výzkumy této dvojice pomohly změnit pravidla pro návštěvy zavedená v nemocnicích a podnítily další dalekosáhlé změny ve vztahu odborníků k dětem a změnu pohledu na emoční a sociální vývoj člověka. Na počátku padesátých let dvacátého století bylo zvykem, že malé děti nepřišly s rodiči během hospitalizace vůbec do kontaktu. V současné době je i díky Bowlbymu a Robertsonovi tento zákaz kontaktu převážně minulostí. V rámci svých výzkumů popsali tito autoři separační reakce hospitalizovaných dětí ve věku 18–24 měsíců, tyto reakce rozdělili do následujících fází (Bowlby & Robertson, 1952 et 1957 in Langmeier & Krejčířová, 2006):

- *Fáze protestu* – křik a pláč ve snaze přivolat matku zpět, protože jde o způsob, který má dítě z minulosti zažitý jako funkční.
- *Fáze zoufalství* – fáze ztráty naděje a odvracení se od druhých, nabízených předmětů (hraček), pasivita, ležení v postýlce apod.
- *Fáze odpoutání od matky* – dítě je schopno potlačit své city k matce a připoutat se k jiné osobě, která o něj pečuje a je nablízku. Pokud takováto osoba není dostupná, upoutává se následně dítě spíše k věcem nežli k lidem.

Bowlby vycházel v teorii citové vazby z psychoanalýzy Sigmunda Freuda, hlubinného směru, který byl populární převážně v první polovině dvacátého století a zdůrazňoval důležitost nevědomých psychických obsahů. Psychoanalýza propojila psychické poruchy a osobnostní patologie v dospělosti s bezútěšnými či dysfunkčními vztahy v dětství. Freud zastával tvrzení, že na základě vhledu a porozumění situaci na straně pacienta je možné přetvořit či pozměnit jedincovo chování a sebekontrolu ve vztahu k jeho tělu i mysli. Tento názor se později stal důležitým i pro teorii citové vazby, zejména v souvislosti s terapií. Pudovou determinaci u dětí popsanou Freudem ale Bowlby vnímal více v souladu s evolučně-biologickým přístupem Charlese Darwina, základním pudem dle něj je u dítěte přimknutí k matce. Zkombinoval poznatky z teorie objektních vztahů, která tvořila součást hlubinného přístupu a je spojena se jménem Donalda Woodse Winnicotta, dále koncept kontejnování

Wilfreda Biona a etologii ovlivněnou Darwinem, poznatky z vývojové a kognitivní psychologie a zkušenosti z klinické praxe. Teorie vychází z předpokladu, že dítě má vrozenou instinktivní tendenci vyhledávat a udržovat blízkost pečující osoby, která mu poskytuje ochranu a bezpečí, což dítěti ve výsledku za předpokladu adekvátní odezvy od pečující osoby umožňuje přežití. Zároveň se teorie snaží popsat a vysvětlit vše prostupující a stálý vliv podoby raného dětství a vztahů s rodiči na osobnostní vývoj jedince a jeho chování a prožívání v dospělosti (Mikulincer & Shaver, 2007). Přesah charakteru citové vazby do dospělého života jedince a do kvality jeho mezilidských vztahů zkoumali kromě M. Mikulincera a P.R. Shavera (2007; 2009) další autoři na Bowlbyho navazující, například N. L. Collins a S. J. Read, (1990). Své dílo John Bowlby publikoval v trilogii v českém jazyce vydané pod názvy Vazba (2010), Odloučení (2012) a Ztráta (2013). První díl se věnuje kvalitě raných vztahů mezi matkou a dítětem, pojednává o procesu citového přilnutí a dokazuje, že tendence dítěte ke vztahové vazbě je instinktivní odpovědí na potřebu ochrany. V ideálním případě vyjadřováním této potřeby a adekvátní odpovědí ze strany pečující osoby vzniká tzv. bezpečná či jistá vazba. Druhý svazek se pak zabývá především fenoménem separační úzkosti, obavami z odloučení od pečující osoby, situacemi navozujícími strach a vyvolávajícími vazebné chování. Třetí díl trilogie se týká problému žalu a zármutku, jež se mohou objevit jako důsledek úzkosti a ztráty. Bowlby zde popisuje, jak malé děti reagují na aktuální nebo stálou ztrátu mateřské osoby. Výsledky svého dosavadního zkoumání i výzkumů ostatních shrnuje Bowlby takto:

„*Dítě v útlém věku má být vychováváno v ovzduší citové vřelosti a má být připoutáno k matce (nebo k náhradní mateřské osobě) intimním a trvalým citovým svazkem, který je pro oba zdrojem uspokojení a radosti. Situace, v níž dítě strádá nedostatkem takového citového pouta, vede k řadě poruch duševního zdraví, které podle stupně a trvalosti takové deprivace jsou různě těžké a popřípadě nenapravitelné*.“

(Bowlby, 1951 in Langmeier & Matějček, 2011, s.18).

Osobou, která významně spolupracovala s Bowlbym a podstatně přispěla k rozšíření teorie citové vazby byla americká psycholožka **Mary Dinsmore Ainsworthová**, která svými výzkumy poukázala na možnost zkoumat teorii citové vazby i empiricky skrze její experimentální ověřování. Výsledky metody zvláštní situace či *Strange Situation Test* (Ainsworth & Wittig, 1969 in Ainsworth & Bowlby, 1991), kterou začala při výzkumu

dětského chování používat, vedly k mnoha dalším studiím a článkům vyjadřujícím se k dané problematice. Ainsworthová zkoumala vývoj citové vazby mezi primární pečující osobou a dítětem. Výsledky pozorování vypovídaly o interindividuálních odlišnostech v kvalitě této vazby mezi jednotlivými zkoumanými dvojicemi a vedly k rozlišení citové vazby na jistou a nejistou a následně k pojmenování tří (později čtyřech) konkrétních typů citové vazby (Collins & Read, 1990), které bylo možné identifikovat podle druhu vazebného chování dítěte v reakci na separaci od matky. Ainsworthová (1979) také nazvala primární pečující osobu termínem bezpečná základna (*secure base*), od které dítě podniká své objevné výpravy do okolí a v případě potřeby či obav z nastalé situace se k ní může vrátit a znovunabýt pocit bezpečí. Dále popsala i souvislost mezi určitými typy chování matek k dítěti a konkrétními typy citové vazby u dítěte, zejména pak pozitivní vliv vnímavosti a citlivosti matky vůči potřebám dítěte na jeho další vývoj a negativní důsledky snížené vnímavosti a citlivosti vůči signálům dítěte.

Americký psycholog **Harry Frederick Harlow**, se kterým byl John Bowlby v pracovním kontaktu od padesátých do sedmdesátých let dvacátého století, se rovněž podílel na utváření teorie citové vazby, a to převážně svými experimenty s opicemi rodu Makak rhesus. Dlouhodobě sledoval vývoj mláďat vyrůstajících u svých matek a mláďat, která byla od matky oddělena. Do výzkumu zahrnul i atrapy opičích matek, například zjednodušenou kovovou atrapu poskytující potravu a další, uměle vytvořenou náhradu za opičí matku, která měla na sobě srst. Výsledky experimentů poukázaly na tendenci mláďat zůstávat v blízkosti oné osrstěné, jim podobnější matky, k atrapě poskytující potravu se mláďata chodila jen nakrmit. Harlow tímto zpochybnil názor psychoanalytiků a teoretiků učení založený na tvrzení, že se citová vazba mezi matkou a dítětem vytváří v souvislosti s poskytováním potravy. Zároveň Harlow prokázal, že mláďata izolovaná od matek, která nebyla od narození vystavena standardnímu mateřskému přístupu a neměla možnost se setkávat se svými vrstevníky, měla až do konce života problémy se sociálním a reprodukčním chováním a vykazovala znaky psychické deprivace, (auto)agrese apod. Tato mláďata nebyla v dospělosti motivována rozmnožovat se a v případě narození potomků je už dospělé opice odstrkávaly a bily, nebyly schopny mateřského chování (Van Der Horst, Leroy & Van Der Veer, 2008; Vicedo, 2009; Langmeier & Matějček, 2011).

Langmeier a Matějček (2011), kteří se věnovali longitudinálnímu výzkumu deprivovaných dětí v kojeneckých ústavech a v dětských domovech, popisují ve své knize

vznik a význam psychické deprivace v dětství a rozdělují vývoj zájmu o tuto problematiku a o raný vývoj dětí obecně do čtyřech období:

- První období nazývají *empirickým* (2. pol. 19. stol. – třicátá léta 20. století), kdy šlo spíše o hromadění poznatků získaných z pozorování dětí v nalezincích, dětských nemocnicích atd. a obsahem záznamů byla například zvýšená nemocnost a úmrtnost u dětí vychovávaných ústavně, jejich opožděný a nerovnoměrný vývoj. V této době ještě nebyl záměrem soustavný rozbor a experimentální ověřování.
- Druhé, *alarmující* období, datováno autory od třicátých do čtyřicátých let 20. století již zahrnovalo systematické zkoumání dané problematiky například v rámci práce americké psycholožky rakouského původu **Charlotte Bühlerové**, která se věnovala spolu s manželem a se svými kolegy zkoumání vývoje dětí pocházejících z různých nepříznivých podmínek, nejen z ústavů, ale také dětí z pěstounské péče a dětí ze špatných socioekonomických poměrů. Práce takzvané *vídeňské školy* se stala inspirací i pro výzkumy amerického psychoanalytika **René Árpáda Spitze**, autora termínu hospitalismus, započaté ještě před druhou světovou válkou a trvající po několik následujících let. Z konce tohoto období pochází i zájem o děti strádající vlivem druhé světové války (válečné sirotky, děti přeživší koncentrační tábory atd.), ale i studie **Wiliama Goldfarba**, zabývající se srovnáním dětí vyrůstajících v pěstounské péči s dětmi vychovávanými nejdříve v ústavu a až následně v pěstounské rodině. Výsledky hovoří o nepříznivých následcích ranné ústavní péče majících vliv na intelektovou i charakterní stránku.
- Třetí období je označováno jako *kritické* a mapuje padesátá léta dvacátého století, kdy se po **Bowlbyho** monografii vydané v roce 1951 uskutečnilo velké množství studií na dané téma. Zároveň se ohnisko zájmu posunulo k deprivaci projevující se u dětí, žijících v úplných rodinách (**J. Robertsonová**), výzkum přestal být orientován pouze na děti vychovávané v ústavech a děti hospitalizované. Bowlby později na základě nových poznatků přeformuloval v roce 1956 své závěry týkající se ireverzibility poškození dětí trpících psychickou deprivací. Do *kritického* období spadá i publikace World Health Organization (WHO) z roku 1962 pod názvem „*Deprivation of Maternal Care*“.
- Poslední, *experimentálně-teoretické* období se datuje od šedesátých let dvacátého století a zdůrazňuje individualitu lidské osobnosti a důležitost vnímání nejen vlivů

deprivačního prostředí, ale i předpokladů jedince pro zdravý vývoj navzdory okolnostem, nebo naopak pro zvýšenou psychickou zranitelnost. Je možné říci, že v praxi došlo od první fáze zájmu o raný vývoj dítěte po současnost díky novým poznatkům ke změnám například v nových formách náhradní rodinné péče, v nové organizaci ústavní péče a v nových pravidlech hospitalizace dětí v kojeneckém a batolecím věku.

Oba autoři se v tehdejším Československu zásadně zasloužili o změny v ústavní péči a podporu péče pěstounské, zároveň byli u zakládání prvních SOS dětských vesniček. Ve své knize (2011) popsali obraz následků psychické deprivace a diagnostická východiska u dětí. Mezi znaky psychické deprivace zmiňují například hospitalismus a anaklitickou depresi podle Spitze, psychopatické rysy podle Bowlbyho, či obecně příznaky spadající pod deprivační syndrom, jako je například opoždění kognitivního vývoje a poškození intelektu či poškození charakterového vývoje (neurotické, psychopatické i psychotické příznaky), to vše na různých úrovních. Autoři však zdůrazňují, že příznaky psychické deprivace mohou být velmi rozmanité a je třeba brát v potaz individualitu dítěte a různou délku deprivace (v podobě například ústavní výchovy) různého stupně a v různém věku dítěte. Z výsledků pozorování dětí je patrné, že i mezi dětmi stejně starými vyrůstajícími ve stejných podmínkách jsou viditelné rozdíly ve vývoji a příznacích.

1.2.2 Funkce citové vazby

Ze strany dítěte jde v případě vazebného chování o behaviorální mechanismus zajišťující přežití. Kromě této evolučně-biologické funkce lze za další považovat i funkci psychologickou, kdy citová vazba může být pro dítě zdrojem pocitu bezpečí a jistoty a tím i zmírňovat úzkost pociťovanou například z neznámého člověka či objektu. Vazebné chování projevující se vyhledáváním pečující osoby a udržováním kontaktu s ní má tedy i funkci emočně-regulační. Bowlby (2010) v souvislosti s jistou citovou vazbou dále zdůrazňuje sociální aspekt a důležitost navazování vztahů s vrstevníky v dětství oproti izolaci a zároveň lepší předpoklady pro standardní kognitivní vývoj jedince díky větší sebejistotě, zvídavosti a motivovanosti objevovat okolí.

1.2.3 Biologické aspekty citové vazby

Podle Bowlbyho evolučního vysvětlení attachmentu bylo u dětí, které měly vybudovánu jistou citovou vazbu s primární pečující osobou více pravděpodobné, že přežijí a předají dále

příštím generacím své geny zahrnující vrozené vyhledávání blízkosti pečující osoby a další druhy vazebného chování uplatňované v nebezpečných situacích.

V současné době víme, že je citová vazba spojena s činností peptidických hormonů vazopresinu a oxytocinu, stresových hormonů adrenalinu a kortizolu a s činností amygdaly a hypothalamo-hypofyzárního systému při reakci na hrozby a stresory. Zajímavý je fakt, že oxytocin hraje roli jak v citové vazbě mezi dítětem a rodičem tak v citové vazbě mezi dospělými partnery a dále skutečnost, že byla jeho naměřená hodnota u dětí týraných a zneužívaných nízká (Mikulincer & Shaver, 2007). Zvýšená hladina kortizolu byla měřena u dětí i dospělých, kteří byli odděleni od osoby, ke které mají attachmentový vztah, nebo si pouze tuto situaci ztráty představili (Gillath et al., 2006 in Mikulincer & Shaver, 2007). Davidson (2000) popisuje pozitivní vliv mateřské péče na lidský mozek ve dvou souvislostech. Zaprvé dostatek adekvátní mateřské pozornosti v raném věku snižuje vliv v budoucnu prožívaného stresu tím, že generuje větší množství receptorů kortizolu v mnohých částech mozku, vytváří tím jakousi biochemickou zábranu pro v budoucnu zažívané negativní emoce. Dále vylepšuje možnosti pro růst a vývoj důležitých mozkových center, jejichž aktivita souvisí s vazebným chováním, emoční regulací a řešením problémů. Další výzkumy popisují vztah mezi déletrvajícím stresem, případně psychickými traumaty a poškozením hipokampu (Benes, 1989; Sapolsky, 1990; Watanabe, Gould & McEwen, 1992; Geuze, 2005 in Cozolino, 2014). Autoři zmiňují, že vlivem dlouhotrvající vysoké hladiny hormonů glukokortikoidů, například kortizolu, který je odpovědí těla na stres je ve výsledku způsobeno odumírání buněk v hipokampální oblasti, dendritická degenerace a omezené fungování hipokampu jako celku včetně zmenšení jeho objemu, což může souviset například se zhoršenou schopností ukládání informací do dlouhodobé pamětí.

1.3 Druhy citové vazby

Jak již bylo naznačeno dříve v textu, existuje více typů citového přilnutí, odlišujících se od sebe navzájem různými projevy chování dítěte při odloučení od attachmentové osoby. Tyto odlišnosti v reakcích jsou dány převážně rozdílným charakterem vzájemného vztahu mezi dítětem a pečující osobou u různých dvojic. Mary Ainsworthová používala v rámci svých výzkumů *Strange Situation Test,* který byl založený na zkoumání chování dítěte v blízkosti matky, po odchodu matky, při jejím návratu a za přítomnosti cizí osoby. Ainsworthová popsala na základě výsledků svých výzkumů za použití této metody pro 12 až 18měsíční děti dva základní typy citové vazby, jistou a nejistou. Nejistou vazbu dělí dále na typ vyhýbavý a

typ ambivalentní. Mary Mainová později dodala k typologii ještě typ dezorganizovaný (1997 in Hašto, 2005).

1.3.1 Citová vazba jistá a nejistá (Hašto, 2005):

Jistá citová vazba (*secure attachment*)

Jistě připoutané dítě reaguje nelibě na odchod matky, případně se může chovat přátelsky i k neznámému člověku a navazovat s ním kontakt, při návratu matky projevuje radost a po přivítání se vrací zpět ke hře a k exploračním aktivitám, které původně započalo v přítomnosti matky / pečující osoby. Nechá se rychle a snadno utišit a v kontaktu s pečující osobou není patrný hněv, nebo odtažitost. Jisté citové pouto vzniká díky vnímavosti a citlivým reakcím matky na potřeby dítěte. Rodič je v tomto případě dostupný fyzicky i emočně a na dítě reaguje adekvátně, bez výrazně převládající ignorace nebo trestání. Dítě s jistou vazbou je schopné projevit před rodičem své potřeby a rodič je zpravidla vnímá, zároveň je motivován tyto potřeby uspokojit.

Nejistá citová vazba (*insecure attachment*)

Nejistá citová vazba je charakteristická narušením vztahu mezi dítětem a matkou či primární pečující osobou a dělí se na další tři podkategorie:

Vyhýbavý typ (avoidant)

Děti s tímto typem citové vazby projevují menší snahu vyskytovat se v blízkosti primární pečující osoby, při odloučení od ní nevykazují projevy nespokojenosti. Může se zdát, že navenek neprojevují žádné znatelné emoce v souvislosti s danou situací a vzniklým stresem, potlačují své pocity. Po návratu pečující osoby jsou obezřetní až nedůvěřiví, zdrženliví a neprojevují ani výraznou radost. Nevyhledávají blízkost matky, případně se až kontaktu s ní cíleně vyhýbají. Toto chování bývá vysvětlováno jako obrana a snaha předejít nepříjemným až ohrožujícím interakcím.

Ambivalentní typ (ambivalent)

Na dětech ambivalentního typu je pozorovatelná závislost na matce / pečující osobě. Jsou úzkostné, při matčině odchodu reagují velmi afektovaně, bez ní nejsou schopny interagovat s cizí osobou a po návratu se na matku / pečující osobu upnou, případně reagují až zlostně a snaží se odporovat její snaze o přiblížení. Mají poté obavu se od matky opět vzdálit například při hře, což může být spojováno se strachem z opětovného opuštění matkou / pečující osobou.

Dezorganizovaný typ (desorganised)

Tyto děti se chovají zároveň vstřícně i vyhýbavě a odmítavě, střídavě a bez logického vzorce. Jsou ve svých projevech velmi nekonzistentní. Chaotické až zmatené chování u dezorganizovaného typu je vysvětlováno zejména ve spojitosti s týranými a zneužívanými dětmi, a to jako podvědomá obranná strategie, jako výsledek protichůdné tendence přilnout k pečující osobě a zažít pocit bezpečí, oproti strachu z osoby, která byla už několikrát v minulosti zdrojem ohrožení. Dezorganizovaný typ citové vazby bývá spojován s dětmi matek s psychotickým onemocněním, nebo například s dětmi matek závislých na návykových látkách. Tento rozpor mezi touhou přilnout k matce a snahou se bránit nutí děti rozhodovat se mezi vřelostí a obranným stažením se a mnohdy je v jejich jednání paralyzuje, ve snaze snížit počet nepříjemných až nebezpečných interakcí na minimum (Pöthe, 2000 in Hašto, 2005).

1.4 Hierarchie citové vazby

V předchozím textu již bylo zmíněno primární a sekundární citové připoutání rozlišující mezi hlavní pečující osobu a vedlejšími „pomocnými“ vazbovými osobami. Bowlby (1969 et 1982 in Mikulincer & Shaver, 2007) popisuje, jak se děti během prvního roku života kromě primární pečující osoby navážou i na několik dalších významných blízkých osob, pokud mají tu možnost a tyto další osoby spolu s matkou / primární pečující osobou spoluutvářejí hierarchii attachmentových figur. Tuto hierarchii v pozdějším dětství, adolescenci a dospělosti doplňují další lidé, kteří mohou sloužit jako attachmentové figury, například sourozenci, vzdálenější příbuzní, učitelé, nejbližší přátelé a partneři. Osobou, ke které má člověk attachmentový vztah, může být například i terapeut, nebo v případě věřících Bůh. V dospělosti, jak bylo zmíněno v podkapitole Vymezení pojmů, mohou mít partnerské vztahy na bázi attachmentu reciproční charakter kdy se partneři v poskytování péče jeden druhému v krizové situaci střídají dle potřeby, člověk zastupující attachmentovou figuru tedy může být v určitých situacích i osobou péči přijímající.

Dítě může profitovat z více attachmentových figur, se kterými v dětství naváže vztah, v situaci vážného ohrožení či nemoci však preferuje přítomnost osoby konkrétní. Sekundární citová vazba může rovněž naplnit potřeby, které nebyly dosyceny primární citovou vazbou, a to za předpokladu, že je vhodnou měrou intenzivní a pečující (Ainsworthová, 1979).

1.5 Vývoj a vliv citové vazby v ontogenezi jedince

Citová vazba v dětství vzniká mezi dítětem a matkou nebo jiným primárním pečovatelem. Jde o silné pouto velmi podstatné pro další vývoj jedince. Spojitost mezi charakterem citové vazby v raném dětství a pozdějším sociálním i emocionálním vývojem jedince byla již mnoha výzkumy prokázána. Podoba citové vazby ovlivňuje vědomí o vlastní hodnotě, dále vytváření modelů, podle kterých navazujeme v dospělosti interpersonální vztahy včetně intimních. Jisté či nejisté připoutání souvisí i s vnímanou (ne)důvěrou vůči druhým lidem a resiliencí (Bowlby, 2010).

1.5.1 Citová vazba v dětství

Raný vývoj vztahu k „objektu“, tedy pečující osobě uspokojující potřeby dítěte popsal v rámci svých studií o hospitalismu a v díle s názvem „První rok života dítěte, geneze prvních objektních vztahů“ *(La Première année de la vie de l'enfant : Genèse des premières relations objectales*, 1958*)* například výše zmíněný **René Spitz** (Spitz, 1945, 1946 et 1958 in Langmeier & Krejčířová, 2006). Dle autora se první rok života dítěte dělí na tři stadia:

1. stadium preobjektální,
2. stadium předběžného objektu,
3. stadium objektu.

V prvním stadiu, trvajícím zhruba do tří měsíců nemá dítě rozvinuté a déle trvající vztahy k objektům z okolního světa, ať už živým či neživým a orientováno je primárně na své potřeby a pocity libosti či nelibosti. Druhé stadium trvá od tří do šesti až osmi měsíců a je charakteristické prvním sociálním úsměvem a schopností dítěte diferenciovat lidský obličej (či nápodobu s rysy lidského obličeje) od ostatních objektů. Pozitivní reakce dítěte vzbuzuje reakci i u dospělého. Vzájemná interakce je tedy bohatší a intenzivnější. Třetí fáze přichází mezi šestým až osmým měsícem a vyznačuje se vytvořením specifického vztahu k jedné osobě (zpravidla matce či primární pečující osobě), kterou má dítě tendenci preferovat před jinými. V této fázi se objevuje i strach z cizích osob a takzvaná separační úzkost, kdy dítě snáší (i krátkodobé) oddělení od matky či primární pečující osoby mnohem hůře než děti mladší šesti měsíců.

Bowlby (1982 in Mikulincer & Shaver, 2007) zmiňuje v souvislosti s vývojem citového pouta čtyři fáze, pre-attachmentovou trvající do dvou měsíců věku, dále fázi vytváření attachmentu (od 2 do 6 měsíců), fázi výrazného / zřejmého attachmentu začínající

právě v 6-7 měsících věku a fázi k cíli orientovaného partnerství, která začíná kolem druhého roku věku.

Margaret Mahlerová (Mahler et al., 1975) popsala ve svém díle psychický vývoj dítěte v souvislosti s interakcemi s matkou / primární pečující osobou. Jednotlivé fáze tohoto vývoje rozděluje na:

1. normální autistickou fázi (do cca 2. měsíce věku)
2. normální symbiotickou fázi (do cca 4. měsíce věku) a
3. separačně-individuační fázi (od 5. měsíce), která je popsána až do cca tří let věku dítěte a kterou dále dělí na následující čtyři subfáze:
    - diferenciační subfáze,
    - praktikující subfáze,
    - znovusbližovací subfáze a
    - subfáze vlastní separace-individuace.

V normální autistické fázi se dítě zabývá převážně samo sebou v souvislosti se zatím dostatečně nevyvinutým smyslovým vnímáním a postupným zráním nervové soustavy. Neodlišuje sebe, matku ani okolí a jedná s cílem zmírnit tenzi a uspokojit své potřeby. Normální symbiotická fáze je charakteristická subjektivním pocitem splynutí s matkou / primární pečující osobou. Problém nastává v případě, když dítě již v této fázi předčasně zjišťuje, že matka není jeho nedílnou součástí, případně když neuspokojuje jeho potřeby. V separačně-individuační fázi se dítěti postupně rozšiřuje takzvaný akční radius, což souvisí i s rozvojem motoriky. Na počátku je dítě schopno odlišit matku od druhých lidí a vyžaduje její přítomnost, je stále u ní, postupně se začíná pohybovat dále od matky a objevovat okolní svět, přičemž podniká návraty k matce, aby se ujistilo, že je stále přítomna. Intervaly návratů se postupně prodlužují. Definitivní uvědomění si fyzické oddělenosti od matky vede dítě dočasně k znovusbližovacímu chování, kdy dítě matku kvůli strachu ze ztráty „pronásleduje“ na každém kroku. Toto chování je následováno vědomím stálosti objektu (od cca 2 let), kdy je obraz matky internalizován a dítě ví, že matka stále existuje, i když zrovna není na dohled. Dítě se ve výsledku navrací k objevování okolí a k postupné individuaci a vytváření vztahů k dalším osobám.

Od mentální reprezentace k mentalizaci a vnitřním pracovním modelům

Rozdíl mezi mentální reprezentací (např. obraz matky) a vnitřním pracovním modelem formujícím navazování vztahů v budoucnu je ten, že pracovní model je navíc obohacen ještě

o intrapsychické procesy jedince, nejde tedy pouze o kognitivní, ale o emočně-kognitivní strukturu. Získané modely ústící v ustálené vzorce chování se často předávají z jedné generace na druhou (Brisch, 2011). Teorie mentalizace Petera Fonagyho a Mary Targetové popisuje vývoj schopnosti rozumět svým pocitům i pocitům druhých skrze hru s matkou v takzvaném přechodovém – tréninkovém prostoru. Tato hra souvisí s vývojem schopnosti emoční regulace, který může být narušen v souvislosti s absencí primární pečující osoby, nebo jejím příliš odtažitým či příliš kontaktním přístupem (Pöethe, 2013).

Citová vazba k otci

Intenzita zpravidla sekundární citové vazby k otci je odvislá od množství času, které otec s dítětem tráví. Děti ve věku 18 měsíců preferují otce před matkou, co se her týče, v případě ohrožení však vyhledávají mateřskou blízkost a ochranu (Clarke-Stewart, 1978).

V testové situaci *Strange Situation Test* reagují děti jednoho roku věku negativněji na odchod matky, nežli na odchod otce, což může být dáno tím, že primární pečující osobou je právě matka (Kotelchuck, 1976 in Lamb, 2004). Pokud je primární citová vazba nedostatečná, nebo zcela chybí, může ji citová vazba sekundární (například k otci) částečně nahradit (Ainsworthová, 1979).

Rozdíly v chování jistě a nejistě připoutaných dětí

Ainsworthová (1979) na základě svých výzkumů porovnává jistě a nejistě připoutané děti a popisuje přístup jistě připoutaných dětí, kterým byl v době experimentu zahrnujícím Strange Situation Test cca 1 rok, k matkám a dalším dospělým osobám později v dětském věku jako více spolupracující, pozitivní a méně agresivní či vyhýbavý. V rámci dalšího vývoje se tyto děti jeví jako více společensky obratné v komunikaci s vrstevníky. Ve volné hře vyráží explodovat okolí na delší vzdálenosti a časové úseky a projevují více nadšení a vytrvalosti při řešení různých úkolů. Zároveň jsou děti s jistým připoutáním více ochotné přijmout matčinu pomoc, jsou zvídavější, vykazují větší resilienci obecně a obvykle vykazují vyšší skóry ve vývojových škálách a v testech mapujících jazykový vývoj.

1.5.2 Citová vazba v dospělosti

„*Everything can be acquired in solitude – except sanity*."

(Friedrich Nietzsche, 1951 in Cozolino, 2014, s. 229)

Jak už bylo výše zmíněno, citová vazba dospělého člověka utvořená v raném dětství ovlivňuje další sociální a emocionální vývoj a podílí se i na sebevědomí jedince a jeho odolnosti vůči stresu i způsobu řešení konfliktů a problémů (Bowlby, 2010; Mikulincer & Shaver, 2009).

Primární a sekundární citová vazba

Podkapitola Hierarchie citové vazby se věnuje rozlišení primárního citového pouta a sekundárních vazeb, které se vytváří na základě vztahů s dalšími rodinnými příslušníky, sourozenci, prarodiči apod. V dospělosti zůstávají člověkem zastupujícím attachmentovou figuru rodiče, ale může jím být i partner, blízký přítel, nebo například terapeut. Vazebné chování se pak v dospělosti liší od dětského jednak tím, že dospělý nutně nevyžaduje fyzickou přítomnost dané attachmentové figury, dále pak tím, že se vazebným chováním projevuje ve chvílích vnímání ohrožení apod., ale je zároveň schopen zastávat roli pečujícího v případě, že to potřebuje jeho partner či přítel (Bowlby, 2010; Mikulincer & Shaver, 2007).

Aktivace vazebného chování

Vazebné chování bylo blíže popsáno v podkapitole Vymezení pojmů. Stejně jako v dětském věku se i u dospělých vyskytuje vazebné chování v reakci na stres a ohrožení. Kromě pro děti standardního vyhledávání blízkosti attachmentové figury dokáže dospělý jedinec svoji potřebu pocitu bezpečí saturovat pouhou představou vazbové osoby, nebo například telefonickou komunikací s ní (Cassidy, 2008).

Rodičovství a dědičnost vazebného chování

Mateřské chování k dítěti je podle Brische (2011) zčásti instinktivní, zčásti však také ovlivněné i vlastní zkušeností matky s primární pečující osobou a charakterem její citové vazby vůči druhým lidem, kterou si utvářela v dětství. Styl citové vazby je takto přenosný transgeneračně z matky na dítě (Brisch, 2011; Bowlby, 1988). Bowlby (1988) dále popisuje tendenci některých nejistě připoutaných matek vyžadovat péči od svých dětí, což zmíněné děti přetváří v úzkostné jedince. Matka, která v dětství zažila týrání či zneužívání, nebo opuštění rodiči má větší pravděpodobnost než jiné, že bude týrat své vlastní dítě (DeLozier, 1982 in Bowlby, 1988).

Elaine Scharfe (2007 in Luz, George et Spitz, 2016) popisuje možnou souvislost mezi převládajícím nejistým attachmentovým stylem u matky a poporodními depresemi, matka s vazbou nejistou má podle autorky větší riziko výskytu depresivních symptomů po porodu. Zároveň zmiňuje souvislost depresivní symptomatologie v období těhotenství s vyhýbavým

typem vazby a chování k dítěti po porodu. Typ citové vazby, konkrétně vazba nejistá – vyhýbavá ovlivňuje podle některých autorů (Rholes, Simpson, Blakely, Lanigan, & Allen, 1997 in Luz, George et Spitz, 2016) negativně motivaci respondentů mít vlastní děti.

Psychická odolnost

Jistá citová vazba bývá v dospělosti spojována s resiliencí. Odolnost vůči stresu a schopnost zklidnit se v zátěžové situaci v dospělosti je významně založena na zkušenostech z dětství, na zažitém pocitu bezpečného přístavu poskytnutého rodičem (Mikulincer & Shaver, 2007).

Partnerské vztahy

Úspěšnost v dosahování blízkosti a v zažívání pocitu bezpečí v partnerských vztazích souvisí s kvalitou citové vazby v dětství (Mikulincer & Shaver, 2007). Autorky Kotrlová a Lacinová (2013) se věnovaly výzkumu stylů řešení konfliktů v partnerských vztazích v souvislosti s různými typy citové vazby. Zkoumaný vzorek byl tvořen 226 bezdětnými a svobodnými respondenty ve věku 18-33 let, muži i ženami, z dotazníků byly použity Experiences in Close Relationships-Revised a Relationship Partner Conflict Scale. Autorky výzkumu došly k závěru, že styl citové vazby souvisí se stylem řešení konfliktů v partnerském vztahu, přičemž jistá citová vazba odpovídá převážně konstruktivnímu, kompromisnímu řešení problémů v partnerském vztahu, kdežto nejisté styly citové vazby zapříčiňují spíše destruktivní styly řešení konfliktů, jako jsou například styl dominantní, reaktivní, separační a submisivní.

1.5.3 Poruchy citové vazby

„*The biggest disease today is … The feeling of being unwanted*."

(Matka Tereza, 1971, s.851 in Cozolino, 2014, s. 313)

Souvislost mezi typem citové vazby a osobnostními charakteristikami, například výskytem psychopatologií, byla popsána v rámci četných studií (Greenberg, 1999; Dozier, 1999 in Fonagy & Target, 2005). Bezpečný typ citové vazby získaný v dětství bývá považován za jeden z protektivních faktorů zdravého psychického vývoje jedince, souvisí s menší mírou neuroticismu, hostility, vyšší sociabilitou, psychickou odolností a s lepší schopností emoční regulace. Nejistou vazbu vnímají výše uvedení autoři jako rizikovou pro zvýšený výskyt depresí, úzkostí a psychosomatických obtíží. Co se týče konkrétních duševních poruch, bývá nejistý attachment spojován například s hraniční poruchou osobnosti (vazba ambivalentního

typu), s abúzem návykových látek, závislostí a také s dysthymií, typicky u vyhýbavého typu nejisté vazby. Další autoři (Feeney, Alexander, Noller & Hohaus, 2003; Pesonen, Räikkönen,Strandberg, Keltikangas-Järvinen & Järvenpää, 2004; Monk, Leight & Fang, 2008; Rholes, Simpson, Campbell & Grich, 2011 in Luz, George & Spitz, 2016) zkoumali souvislost mezi nejistým typem citové vazby v dospělosti a výskytem depresivní symptomatologie u budoucích matek během období porodu. Jiní na základě svých výzkumů tvrdí, že existuje signifikantní vztah mezi nejistou citovou vazbou a depresivními a úzkostnými symptomy obecně (Luz, George & Spitz, 2016).

Vrtbovská (2010) vysvětluje vznik poruch citové vazby v dětství jako důsledek traumatických zkušeností ve vztazích s důležitými vazebnými figurami. Tyto zkušenosti mohou být zapříčiněny například nedostatečnou vnímavostí a péčí o potřeby dítěte ze strany pečující osoby, týráním apod. Autorka tvrdí, že u dětí nějakým způsobem traumatizovaných dochází k nespecifickým změnám na mozku, které mohou mít za následek poruchy v kontrole impulsů, poruchy emocionality a poruchy schopnosti regulovat své afekty. Tyto poruchy pak napomáhají vytvoření takzvaného bludného kruhu, kdy dítě není schopno regulovat své emoce, vyvolává ve svém okolí tímto chováním negativní reakce a ve výsledku si skrze odmítavé reakce okolí potvrzuje původní schémata a přesvědčení o světě, jako o nepřátelském, nebezpečném místě. Autorka dále hovoří o problému, kteří mají lidé s poruchou citové vazby s uvědomováním si a vybavováním nepříjemných vzpomínek a pocitů, tyto negativní zážitky špatně zpracovávají, což ovlivňuje jejich chování.

Konkrétní pojmenování specifických poruch vazebného chování popisuje Brisch (2011), zmiňuje absenci vazebného chování, nediferenciované vazebné chování, přehnané vazebné chování, tlumené vazebné chování, agresivní vazebné chování, obrácení dětské a rodičovské role a dále ještě závislé chování a psychosomatickou symptomatiku. Obrácení role dítěte a rodiče zmiňuje i Cozolino (2014), který popisuje souvislost mezi depresí u matky a vytvořením pečujícího vzorce chování na straně dítěte se snahou regulovat emoce rodiče. Toto může mít u dítěte za následek potlačování vlastních emocí a ve výsledku opožděný emoční vývoj se silnou potřebou péče o druhé, která umožňuje nezaobírat se tolik sám sebou. Cassidy (2008) spojuje nejisté připoutání v dětství s neuroticismem v dospělosti, poruchami osobnosti a chybějícími copingovými strategiemi. Levy (2005) z poruch osobnosti spojuje s nejistým attachmentem zejména v dětství vznikající emočně nestabilní poruchu osobnosti hraničního typu a disociální či vyhýbavou poruchu osobnosti. Cozolino (2014) za možný

důsledek silného stresu zažívaného v raném období života (například v podobě psychických traumat) považuje větší riziko k rozvinutí psychopatie, hraniční poruchy osobnosti nebo sociální fobie. Luxenberg, Spinazzola a Van der Kolk (2001) popisují poruchy způsobené extrémním stresem dále nespecifikované (*Disorders of extreme stress not otherwise specified* – DESNOS), mezi jejichž symptomy zařazují narušení emoční regulace, nutkavé a sebedestruktivní chování, amnézii a disociaci, somatizaci, deformované vztahy k druhým lidem a ztrátu přesvědčení a zachování víry.

Terapie

Narušené vztahy v dětství a s nimi spojená nejistá citová vazba ovlivňují často celý dospělý život jedince. Korektivní zkušenosti je možné nabýt skrze zástupnou attachmentovou figuru získanou v pozdějším věku (učitel, partner, terapeut), která může dosytit nenasycené psychické potřeby z dětství. Pokud jedinec nemá možnost zažití korektivní zkušenosti v podobě pocitu bezpečí a přijetí, existuje riziko rozvoje duševního onemocnění, které bylo popsáno v předchozí podkapitole, například poruchy osobnosti či psychosomatických obtíží. V rámci terapie existují přístupy cíleně vytvořené pro práci s citovou vazbou, například Attachment-Based Family Therapy, nebo Emotionally Focused Family Therapy (Cassidy, 2008).

1.6 Metody zjišťování attachmentového stylu

1.6.1 Vývoj diagnostických metod

Za účelem rozšířit obsah teorie citové vazby a zahrnout kromě dětského vývoje i zkoumání stylu citové vazby u dospělých jedinců bylo nutné vytvořit či přizpůsobit metody převzaté z rozlišných oblastí psychologického výzkumu, jako jsou například zobrazovací metody využívané v neurologické oblasti, fyziologická měření, pozorování lidského chování, laboratorní experimenty a dotazníková šetření (Mikulincer a Shaver, 2007).

1.6.2 Vyšetřování dětí

Podoba vyšetřování citové vazby u dětí se liší podle věku dítěte. Existují metody založené na pozorování chování, dále pak metody obsahující specifické hračky nebo obrázky určené pro manipulaci a u starších dětí i jako podněty k vyprávění příběhů, u nejstarších dětí případně jejich rodičů je možné využít dotazníky.

Strange Situation Test Mary Ainsworthové, popsaný v kapitole Druhy citové vazby je

založený na pozorování dítěte v uměle vytvořené situaci separace od matky. Dále byly na podobném principu vytvořeny například testy Attachment Classification for Kindergarten-Age Children, nebo Preschool Assessment of Attachment. Na hře jsou založené testy jako Attachment Doll Play Assessment (George & Solomon, 1990 in Cassidy 2008), Attachment Story Completion Test (Bretherton, 1990 in Cassidy 2008) a také Incomplete Stories with Doll Family (Cassidy, 1988 in Cassidy 2008). Dále je možné využít kresbu, konkrétně kresbu rodiny. Co se týče dotazníků, existuje například Test rodinného systému FAST, Dotazník rodičovského jednání a postojů pro adolescenty ADOR prof. Matějčka, nebo Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA). V souvislosti s projektivními metodami je možné použít dětem uzpůsobené *Children's Apperception test* CAT od Bellaka (Cassidy, 2008) a českou verzi CATO (Výrost, 2008).

1.6.3 Vyšetřování dospělých

Narativní metody

Jednou z narativních metod založených na vyprávění osobní a rodinné historie je Adult Attachment Interview (AAI) Mary Mainové z roku 1985. Přerušovaná plynulost, myšlenkové zárazy a chybějící informace mohou podle autorky odkazovat na problematický attachment (Vrtbovská, 2010). Známý je též test The Narative Attachment Assessment (Waters, Rodrigues & Ridgeway, 1998 in Cassidy, 2008).

Dotazníky a škály

Attachmentové dotazníky se zaměřují na zkoumání podoby citové vazby k rodičům a dalším blízkým osobám, kdy dospělý jedinec hodnotí tyto vztahy z pohledu současného nebo z pohledu retrospektivního, vyžadují tedy mimo jiné schopnost sebereflexe. Mezi tyto dotazníky řadíme například Experiences in Close Relationships neboli ECR (Hazan & Shaver, 1987 in Cassidy, 2008; Lečbych, 2012) a revizi tohoto dotazníku ECR-R (Sibley, Fischer & Liu, 2005). dále například Adult Attachment Scale, Adult Attachment Questionnaire a Attachment Style Questionnaire, Parental Bonding Instrument (Čikošová & Preiss, 2011) a Dotazník vztahů neboli Relationship Scale Questionnaire RSQ (Wolt, 2017 in Cassidy, 2008). Fraley, Heffernan a Vicary (2011) vypracovali revizi metody ECR s názvem The experiences in close relationships—Relationship Structures neboli ECR-RS se zaměřením na charakter vztahů nejen k rodičům či k lidem obecně, ale také například k partnerovi či nejbližšímu

příteli (Cvrčková, 2017). Dotazníky PBI, ECR a ECR-RS jsou blíže popsány v empirické části práce.

Projektivní metody

Jako doplňkové je možné v rámci vyšetřování attachmentových stylů využívat i projektivní metody, například Tématický apercepční test (Murray & Morgan) nebo Rorschachovu, metodu (Cassidy, 2008).

2 Epilepsie

2.1 Úvod do tématu

„*Jak známo, epileptický záchvat, padoucnice, přichází naráz. V tu chvíli se k nepoznání změní tvář, zvláště výraz očí. Celé tělo se křečovitě svíjí a škube sebou a stejně tak všechny rysy obličeje. Strašný, nepředstavitelný, ničemu nepodobný skřek se dere z prsou; v tom skřeku jako by zanikalo všechno lidské a pozorovatel vůbec nemůže, nebo přinejmenším velmi těžko může přiznat a představit si, že to křičí právě týž člověk. Dokonce se mu zdá, jako by křičel kdosi jiný, skrytý v onom člověku. Mnoho lidí tak alespoň líčilo svůj dojem, v mnohých pak probouzí pohled na člověka stiženého záchvatem padoucnice nesnesitelnou, prudkou hrůzu, jež má v sobě až cosi mystického*.“

(Fedor Michajlovič Dostojevskij, 1972, s. 186)

Epilepsii lze definovat jako „*chronické neurologické onemocnění mozku charakterizované opakovanými záchvaty a abnormálními výboji mozkových neuronů*“ (Hummelová in Kulišťák (Ed.), 2017, s. 310). Jde o jedno z nejvíce se vyskytujících neurologických onemocnění. Epilepsii má dle statistik Světové zdravotnické organizace (*World Health Organization* – WHO) z roku 2013 přibližně 50 milionů lidí po celém světě. Prevalence se u aktivní epilepsie (minimálně jeden záchvat za posledních 5 let či stav vyžadující trvalé užívání medikace) pohybuje v číslech 0,4 – 1 %, přičemž v rozvojových zemích lze hovořit o dvojnásobku tohoto čísla (Hummelová in Kulišťák (Ed.), 2017).

2.2 Etiologie onemocnění

Epilepsie rozlišujeme z etiologického hlediska na idiopatické (primární) a symptomatické (sekundární). U primárních nelze spolehlivě označit příčinu onemocnění, může jít například o skryté genetické vlivy. Sekundární epilepsie má zjistitelnou příčinu a bývá následkem například traumatického poškození mozku (i v období perinatálním), dále vzniká v souvislosti

s nádorovými onemocněními, infekcemi mozku, vlivem cévních, genetických, degenerativních či metabolických příčin (Hummelová in Kulišťák (Ed.), 2017).

Marusič, Ošlejšková a Brázdil (2018) rozlišují v souladu s novou klasifikací epileptických záchvatů a epilepsií ILAE (International League against Epilepsy) z roku 2017 následující etiologie (přičemž jedna konkrétní epilepsie může být klasifikována současně do více etiologických skupin):

- **Strukturální etiologie**: abnormality jsou viditelné na zobrazovacích metodách, jsou získané například úrazem, cévní mozkovou příhodou, vývojovou malformací kůry, růstem nádorů atd.
- **Genetická etiologie**: epilepsie jako přímý důsledek genetické mutace, pro kterou jsou záchvaty typickým projevem.
- **Idiopatické generalizované epilepsie**: dětské absence, juvenilní absence, juvenilní myoklonická epilepsie a epilepsie pouze s generalizovanými tonicko-klonickými záchvaty, často genetická příčina.
- **Infekční etiologie**: nejčastější varianta, akutní neuroinfekce a symptomatické záchvaty, nebo rozvoj epilepsie v důsledku akutní neuroinfekce (HIV, tuberkulóza, malárie atd.).
- **Metabolická etiologie**: vznik epilepsie v návaznosti na metabolické onemocnění, jehož jsou záchvaty jedním ze symptomů (porfyrie, uremie, poruchy metabolismu aminokyselin atd.).
- **Autoimunitní etiologie**: epilepsie jako přímý důsledek zánětu CNS, například u encefalitidy.
- **Neznámá etiologie:** blíže nespecifikovatelná příčina.

2.3 Klasifikace epilepsií

Dle desáté verze Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 (WHO, 1992) je epilepsie řazena do skupiny poruch záchvatovitých – paroxyzmálních (G40–G47), kde je uváděno následující dílčí členění:

G40 Epilepsie (zastarale padoucnice)

- G40. 0 Idiopatická epilepsie a epileptické syndromy (fokální / parciální) příbuzné lokalizace se záchvaty lokalizovaného nástupu

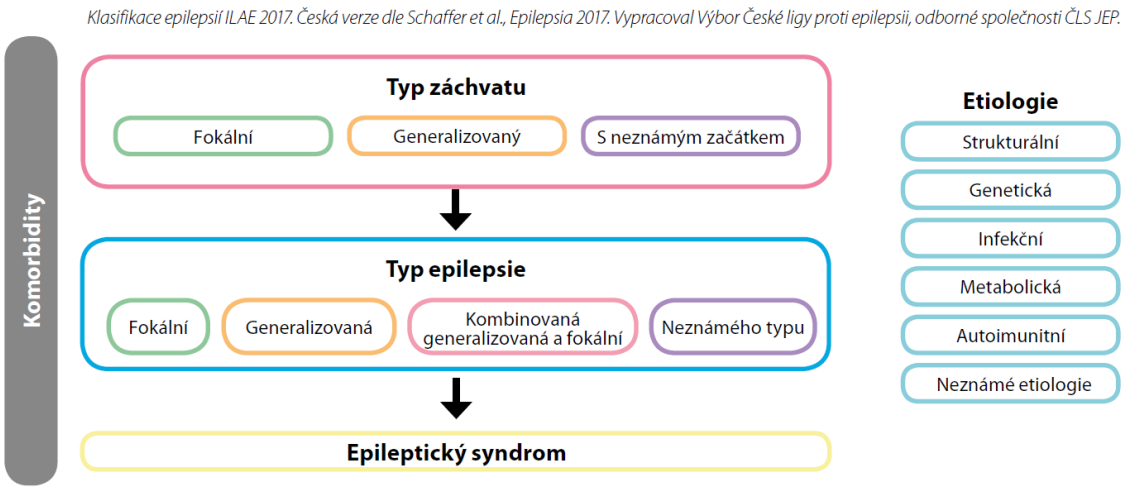
- G40. 1 Symptomatická epilepsie a epileptické syndromy (fokální / parciální) příbuzné lokalizace s jednotlivými parciálními záchvaty
- G40. 2 Symptomatická epilepsie a epileptické syndromy (fokální / parciální) příbuzné lokalizace s komplexem parciálních záchvatů
- G40. 3 Generalizovaná idiopatická epilepsie a epileptické syndromy
- G40. 4 Jiná generalizovaná epilepsie a epileptické syndromy
- G40. 5 Zvláštní epileptické syndromy (epileptické záchvaty spojené s: alkoholem, léčivy, hormonálními změnami, nespavostí, stresem)
- G40. 6 Záchvaty grand mal (s nebo bez petit mal) NS
- G40. 7 Petit mal bez záchvatů grand mal NS
- G40. 8 Jiná epilepsie (epilepsie a epileptické syndromy u kterých je neurčené, zda jsou fokální nebo generalizované)
- G40. 9 Epilepsie NS

G41 Status epilepticus

- G41. 0 Grand mal–status epilepticus (tonicko-klonický epileptický stav)
- G41. 1 Petit mal status epilepticus (status epilepticus primárně generalizovaných záchvatů typu absencí)
- G41. 2 Status epilepticus typu parciálních záchvatů s komplexní symptomatologií
- G41. 8 Jiný status epilepticus
- G41. 9 Status epilepticus NS

Status epilepticus je termín popisující stav, kdy záchvat trvá déle než třicet minut, případně kdy záchvaty navazují jeden na druhý bez návratu vědomí. Například v případě generalizovaných tonicko-klonických záchvatů jde o stav život ohrožující. Mortalita se pohybuje kolem 20 % a roste s délkou trvání statu. Nonkonvulzivní status je spojen se zmateností, automatickým jednáním bez účelu, nebo s poruchou vědomí (Rektor & Ošlejšková, 2010).

Marusič, Ošlejšková a Brázdil (2018) rozdělují epilepsie podle klasifikace epilepsií ILAE (*International League against Epilepsy*) z roku 2017 v souvislosti s typy záchvatů na fokální, generalizovanou, kombinovanou a neznámého typu (viz obrázek 1):



Obrázek 1: Klasifikace epilepsií podle ILAE (International League against Epilepsy), 2017

Epilepsie je možné dělit i z hlediska lokalizace ve vztahu k jednotlivým mozkovým lalokům na epilepsii temporálního laloku, frontálního laloku, parietálního laloku a okcipitálního laloku. **Epilepsie temporálního laloku** je nejčastější. Jde o nejvíce epileptogenní část mozku a pacienti s tímto druhem onemocnění mívají často epilepsii farmakorezistentní, neuropsychologické vyšetření by mělo být zaměřeno na paměťové schopnosti, vizuospaciální funkce, řeč a sluchovou percepci. **Epilepsie frontálního laloku** je druhým nejčastějším typem a je spojována mimo jiné i s exekutivní dysfunkcí, osobnostními změnami a poruchami chování. U pacientů s **epilepsií parietálního laloku** lze často pozorovat potíže v oblasti pozornosti, dále například akalkulii, agrafii, alexii či apraxii, autotopagnózii a potíže při lokalizaci předmětu v prostoru. **Epilepsie okcipitálního laloku** je spíše výjimečná a z hlediska neuropsychologického vyšetření jsou klíčové vizuální procesy (Brázdil et al., 2011).

2.4 Typologie epileptických záchvatů

Epileptický záchvat je možné definovat jako dočasný výskyt symptomů, které vzniky následkem abnormální synchronní neuronální aktivity v mozku (Marusič, Ošlejšková & Brázdil, 2018). Hummelová (in Kulišťák (Ed.), 2017) rozlišuje:

- záchvaty parciální (fokální, ložiskové),
- záchvaty primárně generalizované,
- neklasifikovatelné epileptické záchvaty,
- neepileptické záchvaty (somaticky podmíněné záchvaty a psychogenní neepileptické záchvaty, blíže popsané v kapitole 3).

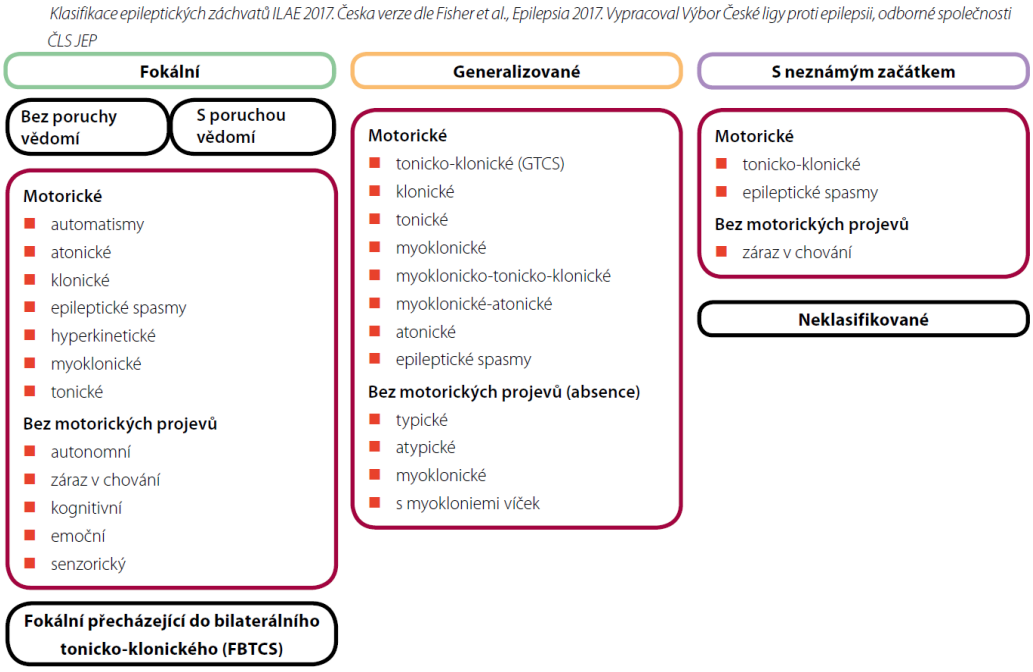
Záchvaty parciální jsou charakteristické tím, že jejich klinické projevy nebo EEG nálezy odkazují na ložisko záchvatu v některé z částí jedné z mozkových hemisfér, lokalizace záchvatu v mozku zpětně koreluje s klinickými projevy. V jejich průběhu může i nemusí dojít k narušení vědomí stejně tak jako k následném rozvoji záchvatu generalizovaného. Pacienti někdy pociťují blížící se záchvat například skrze změny tlaku v oblasti hrudníku či břicha, pocit tepla, sluchové nebo zrakové psaudohalucinace atd. Tyto symptomy pociťované před přicházejícím záchvatem bývají označovány jako aura. Dále je možné pozorovat u pacientů například automatické mimovolní pohyby, jako přežvykování, manipulace s předměty v okolí atd.

U záchvatů generalizovaných naznačují projevy postižení obou mozkových hemisfér. Generalizované záchvaty nemívají auru a fokální, ložiskový původ. Narušení vědomí je časté. Generalizované záchvaty bývají také častěji spojovány s pokousáním jazyka či pomočením.

Patří sem tonicko-klonické záchvaty, dříve označované *grand mal – vel*ký záchvat (oproti takzvanému malému záchvatu – *petit mal*) a dále také absence neboli „zahledění“, krátkodobý výpadek.

Marusič, Ošlejšková a Brázdil (2018) rozlišují záchvaty obdobně na fokální a generalizované a dále pak podle (ne)přítomnosti poruchy vědomí a podle motorických projevů na záchvaty s motorickými projevy a bez nich (viz obrázek 2). Mezi motorické projevy na obličeji, trupu nebo končetinách patří:

- klonické od jemných záškubů např. víček, po masivní záškuby svalů a končetin,
- tonické napnutí končetin a tonické postury,
- automatismy (mimovolné nesmyslné pohyby, např. olizování),
- pohyby axiálního svalstva, zejména verzivní pohyby (otáčení hlavy, trupu, očí),
- atonické záchvaty se ztrátou svalového tonu a nekontrolovaným pádem,
- hypermotorické záchvaty, masivní repetitivní pohybové automatismy trupu a končetin (Rektor & Ošlejšková, 2010).



Obrázek 2: Nová klasifikace epileptických záchvatů dle ILAE (International League against Epilepsy), 2017

2.5 Dopady záchvatovitého onemocnění

2.5.1 Kognitivní funkce

Epilepsie je spojena s určitými změnami mozkové aktivity a tím i s případným kognitivním deficitem, který se odvíjí od charakteru onemocnění. Nejčastěji jde o poruchy různého rozsahu v oblasti řeči, paměti, pozornosti, nebo exekutivních funkcí. Míra deficitu je určována typem epilepsie, délkou onemocnění, frekvencí a intenzitou záchvatů, stejně tak jako věkem pacienta a podstupovanou farmakoterapií (Tailby, Kowalczyk & Jackson, 2018). Dále je známo, že nedostatečnost kognitivních funkcí, například paměti, přisuzují pacienti často vedlejším účinkům antiepileptik, přestože podle výzkumu je příčinou spíše zhoršení celkového psychického stavu v důsledku onemocnění, kdy negativní vliv na paměť má například deprese (Salpekar & Mula, 2018).

2.5.2 Psychiatrická komorbidita

Jak už bylo zmíněno v popisu jednotlivých druhů epilepsie, kromě kognitivních deficitů často pacient s epilepsií trpí i poruchami nálady, změnami chování a osobnosti. Pacienti s epilepsií

mají oproti intaktní populaci větší riziko výskytu psychiatrických symptomů, a to v iktálním období (v průběhu záchvatu nebo po něm) i v období mezi záchvaty. U 40-60 % pacientů jde o poruchy depresivní a u 20-40 % pacientů o poruchy úzkostné. Psychotická symptomatologie se vyskytuje pouze u 2-8 % pacientů, mírně zvýšený oproti běžné populaci je i výskyt suicidálních pokusů a poruch osobnosti (Hovorka, Herman a Nežádal, 2004). Větší riziko psychiatrické komorbidity je u pacientů se závažnými a častými záchvaty (Salpekar & Mula, 2018).

2.5.3 Kvalita života

Epilepsie je onemocnění, které zasahuje život člověka po více stránkách. Ovlivňuje nejen kognitivní funkce, ale může s sebou přinášet i sociální stigma a omezení v pracovním i v osobním životě. Mezi tato omezení a změny můžeme řadit omezení volby povolání, případně invalidní důchod, neschopnost řídit automobil, osobnostní změny a změny nálad a nesoulad v partnerských vztazích v důsledku choroby či užívané medikace. Časté jsou rovněž všudypřítomné obavy o vlastní zdraví, strach z úrazů a nehod a ztráty kontroly nad svým tělem. Ve výsledku může pacient trpět depresemi a úzkostmi (Rektor & Ošlejšková, 2010; Loring, Meador & Lee, 2004).

Pro měření kvality života u pacientů s epilepsií využíváme například následující dotazníky: WPSI (Washingtonský psychosociální dotazník pro záchvatová onemocnění) a QOLIE (Quality of Life in Epilepsy). Pacienti vnímající přijetí od okolí a menší míru stigmatizace a sociální izolace vnímají subjektivně vyšší kvalitu života a jsou odolnější vůči psychiatrickým komorbiditám spojeným s jejich onemocněním (Suurmeijer, Reuvekamp, & Aldenkamp, 2001).

2.6 Diagnostika a léčba záchvatovitých onemocnění

2.6.1 Diagnostický systém

Na diagnostice a léčbě záchvatovitých onemocnění se podílí multidisciplinární týmy složené z neurologů, neurochirurgů, neuropsychologů, středního zdravotnického personálu a dalších. Po celé České republice existují specializované epileptologické ambulance, v Praze a Brně jsou pak specializovaná centra pro léčbu epilepsie a epileptochirurgii (Hummelová in Kulišťák (Ed.), 2017).

Vedle anamnestických dat a klinického vyšetření jsou nejdůležitějším ukazatelem pro diagnózu zobrazovací metody, zejména elektroencefalografie (EEG), která může být v rámci video EEG monitorace doplněna nahráváním na video v laboratoři, zatímco je pacient na lůžku na monitorovací jednotce. Zachycení abnormální mozkové aktivity na EEG záznam v rámci záchvatu může být určující, naproti tomu však normální EEG záznam nevylučuje epilepsii. Nález mezi záchvaty u jednoduchých parciálních iktů bývá často negativní. Ani definitivní a spolehlivé stanovení diagnózy epilepsie nemůže vyloučit výskyt epileptických a neepileptických záchvatů současně (Rektor & Ošlejšková, 2010).

Závěrem se stanovuje epileptický syndrom, jehož popis zahrnuje typy záchvatů, nálezy ze zobrazovacích metod, spouštěče záchvatů a případně prognózu. Marusič, Ošlejšková a Brázdil (2018).

K indikaci klinicko-psychologického vyšetření u pacienta s epilepsií je přistupováno v případě, kdy:

- pacient je po prvním záchvatu, případně dále pak v průběhu onemocnění na žádost neurologa, například pravidelně po uplynutí určitého časového úseku,
- při subjektivních či objektivních změnách v oblasti kognitivních schopností,
- v případě změn v chování, emotivitě, sociabilitě a náladě, nebo v souvislosti s poruchou osobnosti (Brázdil et al., 2011).

2.6.1.1 Neuropsychologické metody v kontextu záchvatovitých onemocnění

Neuropsychologické vyšetření je indikováno především v souvislosti s:

- diagnostikou kognitivních schopností, osobnosti, poruch nálady, úzkostných poruch,
- předoperační lateralizací a lokalizací oslabených oblastí,
- predikcí rizik epileptochirurgické léčby,
- pooperačním sledováním, sledováním účinků farmakoterapie,
- posudkovou činností (invalidní důchody, řidičské průkazy),
- diferenciální diagnostikou psychogenních (PNES) a somaticky podmíněných záchvatů (Brázdil et al., 2011).

Neuropsychologické vyšetření pacienta s epilepsií se zaměřuje na základní anamnestické údaje, údaje o charakteru onemocnění, vyšetření laterality, kognitivních funkcí, intelektu, případně na lokalizaci a lateralizaci funkčního postižení kognitivních funkcí. Používané metody variují podle vyšetřované funkce a lokalizace onemocnění. Například v souvislosti

s epilepsií temporálního laloku se k vyšetření používají testy paměťové (WMS-III, RAVLT, příslušné subtesty z WAIS-III, Bentonův test vizuální retence), testy vizuospaciálních funkcí a paměti (ROCFT, subtest Kostky z WAIS-III), testy sluchové a řečové percepce (Zkouška dichotického naslouchání) a testy řečových funkcí (Boston naming test). Hummelová (in Kulišťák (Ed.), 2017) v souvislosti s epilepsií frontálního laloku jmenuje jako vhodné pro užívání tyto metody: Wisconsinský test třídění karet, Test Londýnské věže, Stroopův test, Trail Making Test, Test kognitivního odhadu, zkoušky cílené verbální fluence, testy motorických, řečovách a praktických schopností, Behavioral Dyscontrol Scale a Frontal Assesment Battery (FAB).

Speciálním druhem testování je takzvaný Wada (nebo Wadův) test, při kterém je po injekčním podání barbiturátu na pár minut vyřazena z funkce jedna hemisféra. Tímto lze u bdělého pacienta testovat funkce druhé hemisféry, lateralizaci fatických center a zejména paměťových funkcí, což je přínosné pro zmapování situace před epileptochirurgickým zákrokem (Rektor & Ošlejšková, 2010).

2.6.2 Léčba záchvatovitých onemocnění

Při léčbě epilepsie, jako neurologického onemocnění je v první řadě uplatňována farmakoterapie, kdy jsou pacientovi podávána antiepileptika. Dalším možným postupem je v souladu se zmírněním projevů onemocnění a umožněním žádoucího účinku medikace úprava pacientovy životosprávy (spánek, strava, omezení užívání návykových látek). Je možné využít i psychologických a psychoterapeutických služeb, z hlediska edukace pacienta, jeho rodiny a případně i déle trvající podpůrné terapie.

Při standardním průběhu a léčbě epilepsie lze prognózu označit za příznivou, až u 70 % pacientů lze v případě farmakoresponzivní epilepsie pozorovat časem úplné vymizení záchvatů. Avšak u pacientů farmakorezistentních (v ČR asi 20 000) bývá někdy nutné přistoupit k epileptochirurgické léčbě (Hummelová in Kulišťák (Ed.), 2017; Brázdil et al., 2011).

3 Psychogenní neepileptické záchvaty (PNES)

3.1 Problematika diagnostického zařazení

3.1.1 Klasifikace

Psychogenní neepileptické záchvaty (*psychogenic nonepileptic seizures*, dále PNES) je možné definovat jako paroxysmální ataky bez měřitelného EEG korelátu. Odborná literatura rozlišuje mezi neepileptickými záchvaty psychogenního a somatického původu. Somatický původ mají například synkopy, bazilární migréna, kardiální arytmie nebo tranzitorní ischemické ataky. Psychogenní záchvaty dále dělíme na nevědomé a vědomě navozené (Krámská in Kulišťák (Ed.), 2017).

PNES řadíme podle MKN-10 (WHO, 1992) mezi Poruchy neurotické, stresové a somatoformní (F40–F48), dále do podkategorie Disociativní (konverzní) poruchy (F44). Mezi disociativní poruchy patří kromě Disociativních záchvatů (F44.5), o kterých pojednává tato práce, také disociativní amnézie, anestezie, fuga, stupor a motorické poruchy, které mohou být někdy k záchvatům přidružené a tvořit disociativní poruchu smíšenou (F44.7).

Disociativní nebo konverzní poruchy bývají spojovány se ztrátou schopnosti integrace vzpomínek, vytěsňováním a tím i se sníženým uvědomováním si vlastní identity, dále pak se ztrátou volní kontroly nad tělesnými pohyby a somatizací. Poruchy spojené s bolestí a dalším komplexem tělesných pocitů jsou však řazeny pod poruchy somatoformní (F45.0). Symptomy disociativních / konverzních poruch se projevují opakovaně v řádu týdnů či měsíců a často bývají reakcí na traumatické události v životě pacienta či interpersonální problémy a narušení vztahů. Splňují laickou představu o tom, jak má daná somatická nemoc vypadat, neodpovídají však medicínským znalostem. Do této kategorie poruch spadá i psychogenní obrna či ztráta citlivosti dříve uváděná pod pojmem konverzní hysterie, kterou se v druhé polovině 19. století zabýval Jean-Martin Charcot a po něm i Sigmund Freud a Pierre Janet (Abbasi & Aw, 2017). Komplexní vyšetření u disociativní poruchy často neodhalí žádné fyziologické příčiny na neurologické nebo interní bázi. Ztráta funkce volní kontroly případně ztráta citlivosti bývá reakcí na emoční konflikt nebo potřebu. V americkém DSM 5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) jsou PNES řazeny nikoliv pod poruchy disociativní, ale pod poruchy se somatickými příznaky (American Psychiatric Association, 2013).

Disociativní záchvaty se mohou podobat epileptickým paroxysmům po stránce motorické, méně často se však můžeme setkat s tím, že by se pacient během disociativního

záchvatu pomočil, nebo se kousl do jazyka více než na jeho špičce, také vážné úrazy způsobené například ztrátou vědomí a následným pádem na zem jsou raritní. Incidence se u PNES v celkové populaci uvádí 1,5 / 100 000 osob za rok (Bodde et al., 2009).

3.1.2 Diferenciální diagnostika

Odlišení psychogenních neepileptických záchvatů od epileptických může být obtížné. Ve 21. století se možnosti diferenciální diagnostiky zlepšily se zavedením dnes již standardního postupu, takzvané video-EEG monitorace. Ta umožňuje pacienta v rámci hospitalizace nahrávat na lůžku v době záchvatu i v klidové fázi na video a zároveň snímat mozkovou aktivitu díky EEG. U některých případů se však v době sledování záchvaty nevyskytnout a je nutné se spolehnout na subjektivní i objektivní anamnézu pacienta, jeho popis průběhu záchvatů, nálezy z dalších zobrazovacích metod, popřípadě využití sugestivní indukce, vyloučení dalších somatických příčin záchvatů atd. Komplikace při stanovování diagnózy PNES dokládá i fakt, že se k ní přistupuje průměrně až po 7–10 letech sledování pacienta, a to často až při druhé nebo třetí hospitalizaci v jednom z epileptologických center. Včasná diagnostika tohoto onemocnění je však žádoucí, a to především kvůli prevenci negativních vlivů vedlejších účinků antiepileptik, která jsou pacientům často podávána v domnění, že trpí epilepsií. Pacientům zároveň z důvodu problematického stanovování diagnózy nebývá včas poskytována psychoterapeutická, případně psychiatrická péče.

V případě, že je prokázáno, že záchvaty nemají epileptický charakter, postupuje se dále přes snahu vyloučit další možné somatické příčiny (metabolické a endokrinní nemoci apod.). V případě vyloučení somatických příčin se zvažují záchvaty na nevědomém podkladě – PNES, nebo vědomé vytváření symptomů pojmenované jako simulace (*malingering*) nebo faktitivní (předstírané) poruchy (Krámská in Kulišťák (Ed.), 2017). U novorozenců, kojenců, batolat a předškolních dětí jsou četnější somaticky podmíněné neepileptické záchvaty, u adolescentů a dospělých pacientů se kromě čistě psychogenní formy často vyskytuje i kombinace epileptických a neepileptických záchvatů, nejčastěji psychogenních, což může také velmi komplikovat diagnostiku (Rektor & Ošlejšková, 2010). Autoři Weisholtz a Dworetzky (in Dworetzky & Baslet (Eds.), 2017) uvádí, že 1-9 % dětí vyšetřovaných pro podezření na epilepsii má ve výsledku PNES.

3.1.3 Prognóza

Bullock & Barry (in Dworetzky & Baslet (Eds.), 2017) uvádějí, že pouze 25-38 % pacientů s PNES se dostane do fáze bez záchvatů v době od prvního půlroku do deseti let po stanovení diagnózy. U dětí je prognóza lepší (70-80 %).

3.2 Projevy PNES

Popis znaků, kterými se neepileptické psychogenní záchvaty liší od epileptických (Abbasi & Aw, 2017; O'Neal & Caplan in Dworetzky & Baslet (Eds.), 2017):

Pacienti s epilepsií	Pacienti s PNES
otevřené oči	zavřené oči
hlava v jedné poloze	pohyby hlavou ze strany na stranu
trup v rovné poloze	opistotonus (prohnutí do oblouku, křečovitý spasmus zádového svalstva)
pohyb těla bez rotace	intenzivní rotace na lůžku
průběh záchvatu plynulý	průběh záchvatu kolísavý
inkontinence moči zejména u generalizovaných záchvatů	inkontinence moči pouze výjimečně
pokousání jazyka po stranách	pokud pokousání jazyka, pak pouze na špičce
aura, stereotypní pohyby	bez aury a stereotypních pohybů
rovnoměrný třes a pohyb končetin	asymetrický třes a pohyb končetin
zranění při pádu	omdlévání bez zranění při pádu

Tabulka 1 Epileptické vs. psychogenní neepileptické záchvaty

Pacienti s PNES se obvykle vyznačují i vysokou mírou hypnability a neochotou sdělovat podrobnosti ohledně záchvatů („*detailing block*"). Mezi pacienty s epilepsií a PNES jsou

patrné rozdíly i ve verbálním pojetí popisování záchvatů, kdy pacienti s PNES hovoří o sobě v aktivní roli a záchvaty jsou pasivním pozadím či okolností, do kterého/é se dostávají, pacienti s epilepsií popisují své záchvaty jako aktivní sílu jdoucí proti nim. Dále mají pacienti s PNES spíše nízké vědomí vlastní zdatnosti (*self-efficacy*) a ohledně svého zdravotního stavu uplatňují spíše pohled vnějšího těžiště řízení (*locus of control*) (Bullock & Barry in Dworetzky & Baslet (Eds.), 2017).

3.3 Etiologie onemocnění

PNES vytvářejí výzvu pro porozumění vztahu mezi tělem a myslí. Bodde et al. (2009) popisují v rámci etiologie PNES následující body:

- **Psychologická etiologie** – stres, traumatické zážitky z dětství.
- **Vulnerabilita** – predisponující faktory (osobnost, pohlaví, věk, organické poškození)
- **Modifikující faktory** – modifikace projevů na psychogenní záchvaty namísto například poruch hybnosti či bolesti hlavy. Modifikujícím faktorem je například příbuzná osoba trpící epilepsií, jejíž projevy pak pacient napodobuje, nebo zaměstnání ve zdravotnictví a kontakt s epileptickými pacienty.
- **Spouštěče** – situace či okolnosti, které vedou ke spuštění záchvatu.
- **Udržující faktory** – podílí se na chronicitě onemocnění, na jeho trvání po delší dobu. Jde například o naučené copingové strategie nebo o sekundární zisky, které pacientům psychogenní záchvaty přinášejí.

Co se týče spouštěčů onemocnění, u 20–30 % pacientů s PNES jde o fyziologické původce typu dřívější traumata mozku a bolesti. Dále jsou to anestezie a u žen gynekologické zákroky (Lichter et al., 2004). Bullock & Barry (in Dworetzky & Baslet (Eds.), 2017) řadí mezi predisponující faktory specifickou kulturní příslušnost (například tureckou, indickou, portorikánskou a kulturu Středního východu). Dále zmiňují, že u pacientů s PNES převažuje ženské pohlaví, a to v dospělém i adolescentním věku (66-99 %).

3.3.1 Trauma a disociace

PNES bývají spojovány s rannými traumatickými zážitky a jejich disociacemi, které jsou psychickou obranou proti devastujícím vlivům těchto traumat (Rosenberg et al. 2000), nebo může jít například o implicitní odpověď na potlačený intrapsychický konflikt a emoce s ním spojené, negativní afekt je konvertován do somatických symptomů (Kanner et al., 1999). U pacientů s PNES je možné v souvislosti s administrací MMPI-2 (Minnesota Multiphasic

Personality Inventory) sledovat ve výsledcích profil takzvaného „konverzního V“, které je spojováno s disociacemi a rozporem mezi zažívanými pocity a myšlenkami či vzpomínkami (Krámská in Kulišťák (Ed.), 2017). Dále bývá u těchto pacientů často diagnostikována i posttraumatická stresová porucha (PTSD), z výsledků různých studií jí trpí přibližně 58–100 % pacientů (Testa et al., 2012). Sexuálním zneužíváním v raném věku pak 24 % (Alper et al., 1993), týráním 33–67 % (Bowman, 1999) a zkušenost s traumatickými zážitky obecně má 84-100 % (Kanner et al., 1999) pacientů s PNES. Myers et al. (2013) uvádí, že 90 % pacientů s psychogenními záchvaty zažilo alespoň jednou ve svém životě traumatickou událost větší závažnosti, z toho jde často o zneužívání v dětství, které má za následek symptomy podobné PTSD.

3.4 Neuropsychologické vyšetření u PNES

Součástí neuropsychologického vyšetření u PNES je podrobná anamnéza zaměřená na vztahy v rodině i mimo ni, zátěžové a traumatické situace v životě pacienta, zdravotní, případně i psychiatrickou minulost atd. Je vhodné použít například polostrukturovaný dotazník mapující výskyt specifických zátěžových událostí v životě pacienta (úmrtí rodičů v dětství, nemoc člena rodiny, alkoholismus, šikana, násilí, závažné operace apod.). U pacientů s PNES je dále vyšetřován například typ vazby k rodičům (PBI), kognitivní funkce obecně spolu s inteligencí (WAIS-R/III), řeč (Boston Naming Test), verbální a neverbální paměť (Rey-Osterrieth Complex Figure Test), vizuálně percepční schopnosti (Benton Visual Retention Test), pozornost a koncentrace (Opakování čísel), exekutivní funkce (Trail Making Test) a motorické funkce (Finger Tapping). Je možné využiít i neuropsychologické baterie, jako je například RBANS (*Repeatable Battery for Assessment of Neuropsychological Status).* Dále se u pacientů s PNES obvykle provádí diagnostika osobnostní patologie například metodou MMPI-2. Je možné pacientům zadávat i škály pro změření úzkosti a deprese, nebo dotazníky mapující počet a charakter traumatických zkušeností (Krámská in Kulišťák (Ed.), 2017).

3.5 Komorbidita v souvislosti s PNES

Podobně jako u poruch citové vazby (podkapitola 1.5.3), i s pacienty s diagnózou PNES bývají často kromě amnézie či disociace a somatizace spojovány termíny jako úzkost, deprese, narušení schopnosti emoční regulace, chybějící či maladaptivní copingové strategie, neuroticismus, deformované vztahy k druhým lidem, emočně nestabilní porucha osobnosti hraničního typu, vyhýbavá porucha osobnosti, pouze u PNES i antisociální, narcistická a

histriónská porucha a závislé rysy (Alper, 1994; Reuber et al., 2004; Uliaszek et al., 2012; Direk et al., 2012). Hraniční porucha osobnosti se podle některých studií vyskytuje až u 50 % pacientů s PNES (Dworetzky & Baslet (Eds.), 2017). Některé z výše uvedených projevů a symptomů se mohou vyskytnout až jako následek psychogenních záchvatů, konkrétně deprese a úzkosti, které jsou u pacientů s PNES nejčastější. V souvislosti s PTSD, depresí a hraniční poruchou osobnosti se může vyskytnout i automutilace a sebevražedné jednání (Abubakr et al., 2003; Dworetzky & Baslet (Eds.), 2017). Studie z roku 2020 (Krámská et al.) zkoumala rozdíl v přítomnosti maladaptivních stylů emoční regulace u skupiny pacientů s PNES a u zdravých jedinců. Výzkumný vzorek čítal celkem 64 osob a použity byly české verze dotazníků *Affective Style Questionnaire* (ASQ) a *The Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS). Výsledky popisují ve větší míře narušení stylů emoční regulace u skupiny pacientů s PNES oproti zdravým respondentům, a to téměř ve všech dimenzích obou dotazníků. Narušení schopnosti emoční regulace u konverzních poruch je dle některých autorů (Ludwig et al., 2018) spojováno s maladaptivními zkušenostmi z rodinného prostředí v dětství, které mohou ve výsledku vést k narušení citové vazby a somatizaci. Děti, které nebyly rodiči podporovány při nácviku emoční regulace v raném věku mají později jako dospělí sníženou schopnost adaptivní emoční regulace.

Kognitivní oslabení u pacientů s PNES zjištěné z výsledků testových metod může vypovídat například pouze o snížené motivaci a vyhovění požadavkům vyšetřujícího (*compliance*). Pacienti s PNES mají větší, ač nevědomou motivaci podávat ve výkonových testech špatné výkony v souladu s jejich subjektivními prožitky špatného soustředění a paměti (Krámská in Kulišťák (Ed.), 2017).

3.6 PNES a rodina

Krawetz et al. (2001) nahlíží na PNES jako na možný odraz nefunkční komunikace v rodinném systému, případně jako na způsob specifické neverbální komunikace tam, kde verbální sdělování informací a sdílení emocí selhává. Z výzkumu autorů vyplývá, že pacienti s psychogenními záchvaty vnímají své rodiny jako nefunkční zejména z hlediska emoční akceptace, komunikace a popisují i častější konflikty. Zajímavé je, že členové rodin těchto pacientů tyto problémy nevnímají, nebo jim nepřikládají takovou váhu, může však jít o takzvané „identifikování nemocného člena rodiny“ se kterým pak rodina spojuje všechny své problémy a který pak odvádí pozornost od jiných konfliktů a krizí.

Pacienti s PNES žijí taktéž často v závislých vztazích, a to po citové i materiální

stránce. Může jít o pozůstatek z dřívějších vztahů, založených na týrání či zneužívání. Zároveň mají často problémy vyjádřit v rodinném kruhu své potřeby, popsat své pocity, což může být zapříčiněno osobností pacienta, jeho dřívějšími zkušenostmi s (blízkými) lidmi, nebo nastavením rodinného prostředí, které toto neumožňuje. Pro mnohé rodinné příslušníky je akceptovatelnější onemocnění somatické nežli duševní. Co se týče nejistého attachmentového stylu, hypotéza o souvislosti nejisté citové vazby a pozdějším výskytu PNES by umožnila vysvětlit přítomnost psychogenních záchvatů u pacientů, kteří žádná traumata v dětském či dospělém věku nezažili (Krámská in Kulišťák (Ed.), 2017).

3.7 PNES a epilepsie

Diagnóza PNES i epilepsie zároveň se může u některých pacientů vyskytnout a dle autorů Bullock a Barry (in Dworetzky & Baslet (Eds.), 2017) variuje od 5 do 56 % pacientů s PNES, a to na základě nejednotných diagnostických kritérií a postupů, kdy často diagnóza epilepsie bývá předchůdcem PNES, jak už bylo zmíněno v podkapitole Problematika diagnostického zařazení. Dále autoři tvrdí, že u 2-9 % pacientů s epileptickými záchvaty se po epileptochirurgickém zákroku vyvinou PNES do několika měsíců. Existují výzkumy porovnávající výskyt raných traumat charakteru sexuálního zneužívání u pacientů s epilepsií a PNES, kdy u pacientů s PNES je počet těchto zkušeností signifikantně vyšší (Alper et al., 1993; Kuyk et al., 1999; Akyuz et al., 2004; Elliot & Charyton, 2014). Pacienti s PNES i epilepsií zároveň vykazovali větší míru disociací v porovnání s intaktní populací a s pacienty s epilepsií (Bullock & Barry in Dworetzky & Baslet (Eds.), 2017). Další studie udává, že u pacientů s PNES i epileptickými záchvaty obvykle epilepsie časově předchází PNES, kdy průměrný věk počátku epileptických záchvatů je 14.5 let a PNES 26,7 let (Reuber et al., 2003).

3.8 Léčba PNES

Na léčbě pacientů s PNES se na počátku v souvislosti s diferenciální diagnostikou v optimálním případě podílí neurolog, elektrofyziolog, zdravotní sestry, praktický lékař, neuropsycholog, případně klinický psycholog a psychoterapeut, ne v každém místě bydliště je však dostupná takováto všestranná péče (Krámská in Kulišťák (Ed.), 2017).

Pozitivních výsledků dosahuje v poslední době u pacientů s PNES edukace v souvislosti s jejich onemocněním a kognitivně behaviorální terapie (KBT), dále také psychodynamické přístupy. Vzhledem k tomu, že PNES bývají úzce spjaty s atmosférou

v rodině a kvalitou vzájemných vztahů a komunikace, nalézá zde uplatnění i rodinná terapie a systemický přístup. Psychoterapie ovšem často nastupuje až po zahájení farmakoterapie, v tomto případě většinou antidepresivy nebo krátkodobě anxiolytiky, zde záleží i na psychiatrické komorbiditě u konkrétního pacienta (Abbasi & Aw, 2017). LaFrance et al. (2010) porovnávali ve svém výzkumu výsledky pacientů s KBT, KBT a farmakoterapií a pacientů pouze s farmakoterapií. U pacientů, kteří podstupovali KBT nebo KBT v kombinaci s farmakoterapií byl zjištěn signifikantní úbytek záchvatů. V dalším výzkumu nebyl zjištěn žádný rozdíl v poklesu záchvatů mezi skupinou užívající antidepresiva a skupinou užívající placebo.

Jako jeden z možných problémů řešitelných v rámci dlouhodobější terapie u pacientů s PNES zmiňují Bullock & Barry (in Dworetzky & Baslet (Eds.), 2017) alexytymii, která je často součástí onemocnění. Pacienti nejsou vlivem disociace schopni popsat dobře své emoce a tím jim i porozumět, což může za určitých okolností snižovat kvalitu jejich života. Jako další z cílů terapie zmiňují vyrovnávání se s prožitými traumaty, předpokladem tohoto je ale nejdříve jejich zvědomení.

3.9 Dopady onemocnění typu PNES na jedince a jeho nejbližší okolí

Jak už bylo naznačeno v předchozích kapitolách, onemocnění typu PNES s sebou nese určité společenské stigma. Lékaři a psychologové se někdy mohou setkat s hostilními reakcemi pacienta v případě, že je diagnóza epilepsie po určité době změněna na PNES. Weisholtz a Dworetzky (in Dworetzky & Baslet (Eds.), 2017) podotýkají, že v případě dětí a adolescentů s PNES může mít sociální stigmatizace také nemalé důsledky. Rodiče obvykle ze strachu neinformují školu o problémech svého dítěte a pracovníci školy poté v případě záchvatu postupují jako u záchvatu epileptického a v souladu s tím informují i přivolanou záchrannou službu. Dítěti tedy může být poskytnuta farmakoterapeutická léčba, která může negativně ovlivnit vývoj jeho mozku. U dětí s PNES jsou časté také absence ve škole. Pro jedince i jeho okolí je mnohdy přijatelnější somatické onemocnění nežli duševní. Pacienti mohou toto řešit stěžováním si na další somatické obtíže, často se pak opět můžeme setkat s medicínsky nevysvětlitelnými příznaky. Stejně jako pacienti s epilepsií, i pacienti s PNES vnímají subjektivně velmi sníženou kvalitu života na základě své nemoci (Krámská in Kulišťák (Ed.), 2017).

III EMPIRICKÁ ČÁST

1 Úvod do empirické části

1.1 Úvod

Empirická část diplomové práce obsahuje shrnutí cíle výzkumu, stanovené hypotézy, popis výzkumného vzorku, dále popis jednotlivých použitých metod sběru dat a metod analýzy dat a v neposlední řadě se věnuje výsledkům výzkumu a jejich interpretaci.

1.2 Etické aspekty výzkumu

Sběr dat byl prováděn v Centru pro epilepsie Nemocnice na Homolce pod dohledem vedoucí diplomové práce doc. PhDr. Lenky Krámské, Ph.D. Všichni respondenti (pacienti i kontrolní skupina) byli informováni o účelech výzkumu a podepsali informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a se zpracováním osobních údajů (znění viz Přílohy). Součástí zpracování dat byla jejich anonymizace, kdy byli respondenti v tabulkách vedeni pod náhodně přiřazenými čísly.

2 Cíl výzkumu, hypotézy

2.1 Výzkumný cíl

Cílem diplomové práce je v návaznosti na teoretickou část postihnout možnou souvislost mezi psychogenními neepileptickými záchvaty a poruchami citové vazby skrze psychometrické dotazníky. Primárním záměrem bylo zjistit, jestli existují rozdíly v charakteru citové vazby u skupiny pacientů s PNES, epilepsií, PNES a epilepsií a u kontrolní skupiny.

Dílčími cíli tedy bylo zmapování a popsání charakteru citové vazby u pacientů s PNES s využitím výsledků tří příslušných dotazníků a následné srovnání těchto výsledků s výsledky kontrolní skupiny a pacientů s jinou diagnózou (epilepsie či PNES a epilepsie), dále pak porovnání výsledků u dvou testů založených na měření stejných škál (ECR a ECR-RS) a zjišťování případného vztahu výsledků a sociodemografických proměnných.

Výsledky by v ideálním případě mohly vést k usnadnění postupů diferenciální diagnostiky PNES a epilepsie a v případě prokázání rozdílů mezi jednotlivými skupinami nebo souvislostí se sociodemografickými faktory by rovněž mohly přinést nové náměty pro diskusi a další výzkum ohledně zjišťování etiologie PNES.

2.2 Stanovené výzkumné hypotézy

Ve výzkumu bylo stanoveno celkem osm hypotéz:

- H1: Jednotlivé sociodemografické údaje souvisí se skóry úzkostnosti a vyhýbavosti v dotaznících ECR a ECR-RS.
- H2: Jednotlivé sociodemografické údaje souvisí s hodnotami škál péče a kontroly v dotazníku PBI.
- H3: Existuje rozdíl mezi výsledky v testech ECR, ECR-RS a PBI u kontrolní skupiny a skupiny pacientů (zahrnující pacienty s PNES, s epilepsií a s PNES i epilepsií).
- H4: Existuje rozdíl mezi skóry úzkostnosti a vyhýbavosti tvořícími globální citovou vazbu u pacientů s PNES oproti pacientům s PNES i epilepsií, pacientům s epilepsií a kontrolní skupině.
- H5: Existuje rozdíl mezi skóry úzkostnosti a vyhýbavosti tvořícími specifickou citovou vazbu u pacientů s PNES oproti pacientům s PNES i epilepsií, pacientům s epilepsií a kontrolní skupině.
- H6: Existuje rozdíl mezi hodnotami škál péče a kontroly u pacientů s PNES oproti pacientům s PNES i epilepsií, pacientům s epilepsií a kontrolní skupině.
- H7: Existuje vztah mezi typy vazeb získanými z dotazníků PBI a ECR.
- H8: Existuje vztah mezi výsledky v testu ECR, ECR-RS a PBI získanými od všech respondentů.

3 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek byl tvořen celkem 84 respondenty, které je možné dále rozdělit do dvou hlavních skupin: kontrolní skupina (n=51) a pacienti (n=33). Pacienty je pak dále možné rozdělit do třech podskupin: pacienti s PNES (n=8), pacienti s epilepsií (n=19) a pacienti s PNES i epilepsií (n=6). Více diagnóz než jedna (PNES) bylo zvoleno za účelem lepšího srovnání a možného přínosu pro diferenciální diagnostiku onemocnění, která spolu mohou podle teoretické i praktické zkušenosti úzce souviset. Výzkumný vzorek tedy nebyl po stránce diagnózy zcela homogenní a mezi skupinou pacientů a kontrolní skupinou byly vzhledem k odlišnému postupu při sběru dat zjištěny i některé sociodemografické rozdíly (vzdělání, zaměstnání).

Každý z 84 respondentů vyplnil tři dotazníky zjišťující charakter citové vazby (PBI, ECR, ECR-RS) a dotazník se sociodemografickými údaji. Informovaný souhlas, který byl

součástí baterie dotazníků předkládané všem respondentům, byl v případě kontrolní skupiny rozšířen o jeden bod umožňující výběr jedinců intaktních z hlediska epilepsie a duševního onemocnění a respondentů bez zkušenosti s psychologickou či psychiatrickou péčí: *Prohlašuji, že jsem se v minulosti neléčil a v současné době se neléčím s epilepsií ani s duševním onemocněním. Potvrzuji, že nedocházím a ani jsem nedocházel do psychiatrické či do psychologické ambulance a nebyl jsem doposud kvůli duševnímu onemocnění či epilepsii hospitalizován nebo medikován*. Výběr vzorku probíhal metodou prostého záměrného (účelového) výběru. Jedná se o výběr dle konkrétního kritéria (Miovský, 2006). Daným kritériem je v této práci konkrétní diagnóza u pacienta, nebo naopak její absence u kontrolní skupiny.

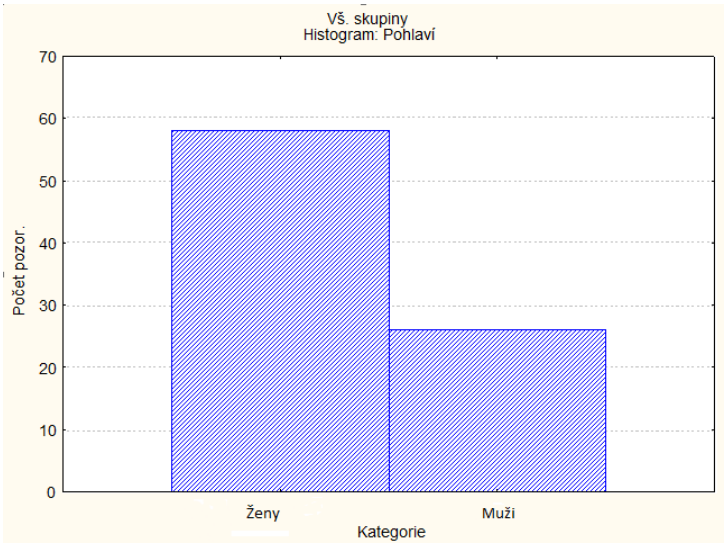
3.1 Klinické údaje

Pacienti byli, jak již bylo uvedeno výše, rozděleni do tří skupin podle diagnózy na pacienty s PNES, epilepsií a PNES i epilepsií. Čtvrtá skupina byla kontrolní. Typ epilepsie nebyl vzhledem k nižšímu počtu respondentů dále rozlišován.

3.2 Sociodemografické údaje

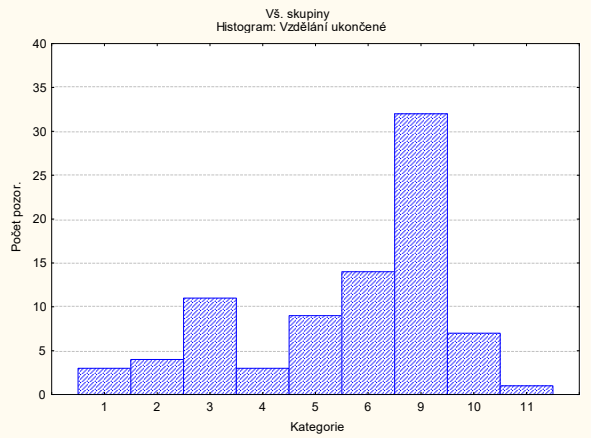
Mezi sledovanými sociografickými faktory byly věk, pohlaví, dokončené vzdělání, celková doba vzdělání, zaměstnání a rodinný stav.

Co se týče pohlaví, zahrnoval výzkum odpovědi 58 žen a 26 mužů. Ve skupině PNES bylo 5 žen a 3 muži, pacientů s epilepsií bylo 10 žen a 9 mužů, pacientů s PNES i epilepsií bylo 6 žen a v kontrolní skupině bylo 37 žen a 14 mužů.

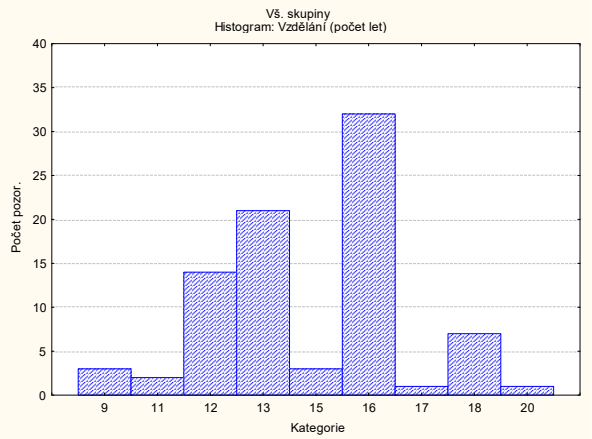


Graf 1 Pohlaví

Vzdělání bylo sledováno podle počtu let studia a dále také podle nejvyššího dokončeného stupně vzdělání, kde bylo stanoveno 11 kategorií: 1 = základní vzdělání (n=3), 2 = vyučení bez maturity (n=4), 3 = střední odborné vzdělání bez maturity (n=11), 4 = vyučení s maturitou (n=3), 5 = střední všeobecné vzdělání s maturitou (n=9), 6 = střední odborné vzdělání s maturitou (n=14), 7 = nástavbové studium nebo více středních škol, 8 = vyšší odborné vzdělání, 9 = vysokoškolské bakalářské (n=32), 10 = vysokoškolské dokončené (n=7) a 11 = doktorské vzdělání (n=1). Tomuto rozložení odpovídal i počet let studia (nejčastěji 16). Vzhledem ke způsobu sběru dat byl patrný rozdíl mezi dosaženým vzděláním u kontrolní skupiny a u skupiny pacientů (s PNES, epilepsií, epilepsií a PNES). V kontrolní skupině bylo nejčastěji zastoupenou kategorií vysokoškolské bakalářské vzdělání (n=29) a celková doba vzdělání 16 let, naproti tomu ve skupině zahrnující všechny pacienty bylo nejčastější kategorií střední odborné vzdělání bez maturity (n=11) a střední odborné vzdělání s maturitou (n=11). Nejčastěji udávanou dobou studia bylo 12 let (n=14).

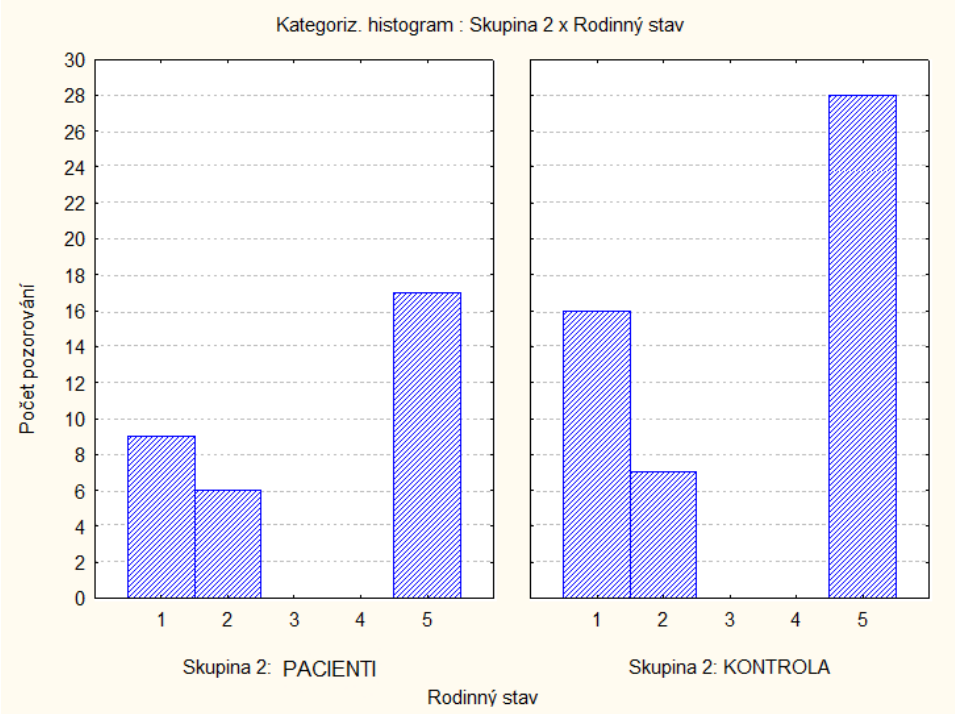


Graf 2 Vzdělání (ukončené) – všechny skupiny



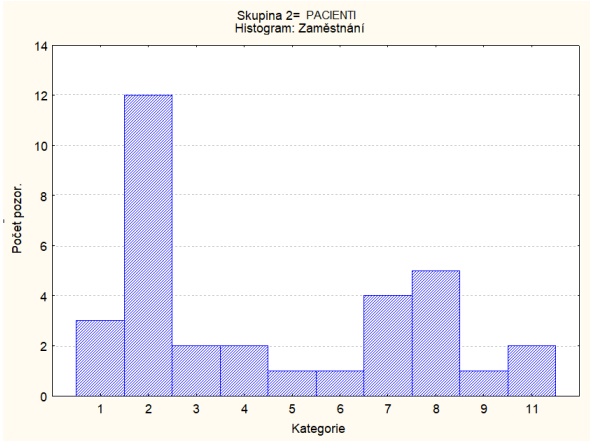
Graf 3 Vzdělání (počet let) – všechny skupiny

Dále byl u respondentů sledován rodinný stav, kdy 1 odpovídá stavu svobodný/á bez vztahu (n=26), 2 ženatý/vdaná (n=13), 3 rozvedený/á, 4 vdovec/vdova a 5 s druhem/s družkou (n=45). S ohledem na množství respondentů v jednotlivých kategoriích se odpovědi svým zastoupením příliš nelišily. U skupiny pacientů s PNES byla nejčastěji zastoupená možnost svobodný/á bez vztahu (n=4), u skupiny pacientů obecně to byla možnost s druhem/s družkou (n=17), dále svobodný/á bez vztahu (n=9) a ženatý/vdaná (n=6). U kontrolní skupiny bylo zjištěno stejné pořadí kategorií jako u skupiny pacientů: s druhem/s družkou (n=28), dále svobodný/á bez vztahu (n=16) a ženatý/vdaná (n=7).

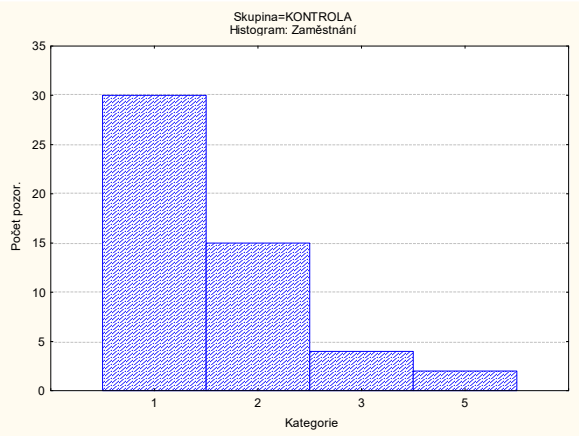


Graf 4 Rodinný stav - pacienti a kontrolní skupina

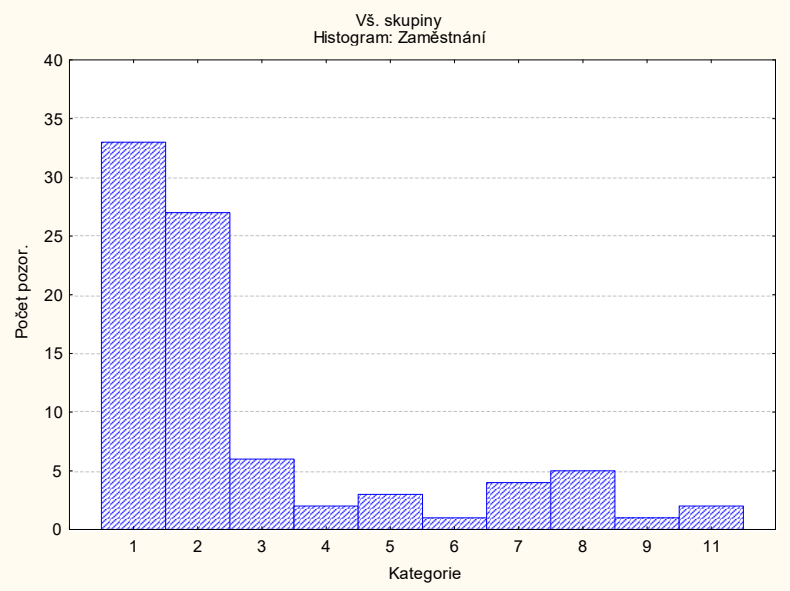
Dalším zjišťovaným údajem bylo zaměstnání, kdy 1 = student, 2 = zaměstnanec, 3 = osoba samostatně výdělečně činná (OSVČ), 4 = v pracovní neschopnosti, 5 = mateřská dovolená, 6 = částečný invalidní důchod, 7 = částečný invalidní důchod + zaměstnanec, 8 = invalidní důchod, 9 = starobní důchod, 10 = v domácnosti a 11 = pobírání sociální podpory. Zde je opět patrný rozdíl mezi kontrolní skupinou a skupinou pacientů, kdy v kontrolní skupině bylo 30 studentů, 15 zaměstnanců, 4 v pracovní neschopnosti a 2 na mateřské dovolené. Ve skupině pacientů bylo nejvíce zaměstnanců (n=12), studenti tři a ostatní kategorie mimo kategorii 10 byly zastoupeny počtem od 1 do 5. Celkově tedy ve výzkumném vzorku bylo 33 studentů, 27 zaměstnanců, 6 OSVČ, dvě osoby v pracovní neschopnosti, tři na mateřské dovolené, jedna v částečném invalidním důchodu, čtyři zaměstnanci s částečným invalidním důchodem, pět osob v invalidním důchodu, jedna osoba ve starobním důchodu a dvě osoby pobírající sociální podporu. Ve skupině pacientů s PNES byly odpovědi následující: pro kategorii 1 n=1, u 2 n=2, u 4 n=1, u 7 n=1, u 8 n=2 a u kategorie 11 n=1.



Graf 5 Zaměstnání - pacienti



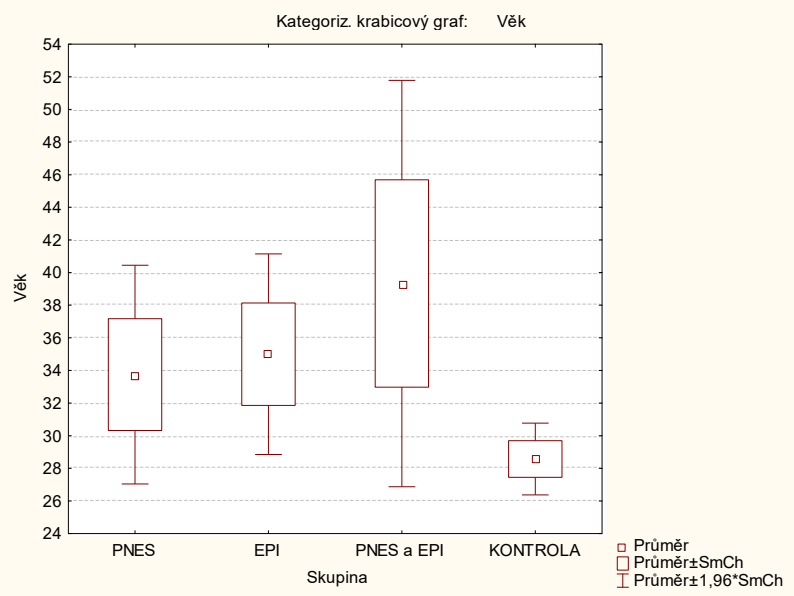
Graf 6 Zaměstnání - kontrolní skupina



Graf 7 Zaměstnání - všechny skupiny

Dalším zjišťovaným sociodemografickým údajem byl věk. Nejmladšímu respondentovi bylo v době realizace výzkumu 19 let a nejstaršímu 70 let, průměrný věk všech respondentů byl 31 let (31,25 / SD = 10,72). Průměry pro jednotlivé skupiny byly následující:

- celková skupina pacientů: 35,48
- pacienti s PNES 33,75
- pacienti s PNES a epilepsií 39,33
- pacienti s epilepsií 35
- kontrolní skupina 28,57



Graf 8 Věk - všechny skupiny

4 Metodologie výzkumu

4.1 Design výzkumu

Provedený výzkum má s ohledem na metody sběru a analýzy dat kvantitativní charakter. Prostřednictvím anamnestických dotazníků byly od pacientů získány základní sociodemografické údaje: pohlaví, věk, vzdělání, údaje o zaměstnání a rodinném stavu. Dále byla s pomocí dotazníkových metod zjišťujících charakter citové vazby získána data kvantitativního charakteru, se kterými byla dále provedena statistická analýza za pomoci programu STATISTICA 9.1.

4.2 Sběr dat

Sběr dat probíhal průběžně od července 2018 do dubna 2019. Jak již bylo zmíněno v kapitole 3, výzkumný vzorek je možné rozdělit na pacienty a kontrolní skupinu. Skupina pacientů byla dále pro účely analýzy dat rozdělena podle diagnózy na pacienty s PNES, epilepsií a s PNES i epilepsií, ve všech případech šlo o pacienty spadající pod oddělení Klinické psychologie v Nemocnici Na Homolce v Praze, kde byl sběr dat prováděn v rámci jejich hospitalizace či ambulantního docházení. Respondenti byli seznámeni s dotazníkovými metodami, byl jim vysvětlen účel vyšetření a po zodpovězení případných dotazů podepsali informovaný souhlas. Sběr dat probíhal metodou tužka papír, výsledky metod byly dále převedeny do excelových tabulek a zpracovány s pomocí statistického programu. Metody použité ve výzkumu byly

součástí širšího neuropsychologického vyšetření v rámci zdravotnické péče o pacienty s PNES a s epilepsií. Data respondentů z kontrolní skupiny byla sbírána ve stejném časovém intervalu na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy a na Pedagogické fakultě Jihočeské univerzity. V případě kontrolní skupiny nebyla použita baterie neuropsychologických testových metod včetně attachmentových dotazníků, pouze metody zjišťující charakter citové vazby a dotazník anamnestický.

4.3 Metody sběru dat

4.3.1 Použité dotazníky a jejich psychometrické charakteristiky

K výzkumu byly použity tři dotazníkové metody měřící dimenze související s citovou vazbou a zjišťující charakter attachmentu, které byly respondentům administrovány po anamnestickém dotazníku. Šlo o metody **PBI** (Parental Bonding Instrument), **ECR** (Experiences in Close Relationships) a **ECR-RS** (Experiences in Close Relationships-Relationship Structures). Tyto metody byly zvoleny pro jejich psychometrické charakteristiky a s ohledem na možnost srovnání výsledků jednotlivých testů. Zároveň je možné díky těmto dotazníkům zmapovat a porovnat citovou vazbu globální a citovou vazbu specifickou k jednotlivým blízkým osobám respondenta.

V českém prostředí není doposud měření citové vazby běžnou a rozšířenou klinickou praxí, existují však některé studie, které dokládají zájem o tuto problematiku a pokusy o mapování attachmentu (Kozelková, 2008; Chatrná, 2006; Kociánová, 2006; Kodytková, 2009 in Čikošová & Preiss, 2011).

4.3.1.1 Experiences in Close Relationships

Dotazník Experiences in Close Relationships (dále ECR) byl publikován v roce 1998 (Brennan, Clark, Shaver) při počtu 60 subškál a 323 položek. Po ověření na souboru studentů (N=1086) byly identifikovány dva dominantní faktory, vztahová úzkostnost a vztahová vyhýbavost. Výsledná metoda obsahující dvě škály po 18 položkách disponuje odpovídající kriteriální a konstruktovou validitou i reliabilitou dle vnitřní konzistence škál (Seitl, Charvát, Lečbych, 2016). Metoda byla přeložena do řady jazyků, český překlad se zachováním odpovídajících psychometrických charakteristik pochází z roku 2012 (Lečbych & Pospišilíková) a byl již použit v řadě studií (Lečbych, Seitl, 2013; Maierová et al., 2014; Medalová & Procházka, 2014). Původní verze dotazníku z roku 1998 byla v roce 2000 na

základě výzkumu (Fraley, Waller & Brennan) a uplatnění teorie odpovědi na položku doplněna revidovanou verzí s finálním názvem Experiences in Close Relationship Questionnaire-Revised (ECR-R). K úpravě došlo především pro zjištěnou menší přesnost měření u ECR v nízkých hodnotách subškál úzkostnosti a vyhýbavosti, které jsou charakteristické pro jistou citovou vazbu. Tato revidovaná verze byla rovněž převedena do řady jazyků a použita například ve studii Kotrlové a Lacinové (2013). Někteří autoři (Mikulincer & Shaver, 2007; Rozvadský Gugová, Heretik, Hajdúk, 2014) zmiňují jako výhodu přesnější měření nízkých hodnot, ale poukazují zároveň na sníženou nezávislost obou dimenzí a zhoršení některých dalších psychometrických charakteristik. Seitl, Charvát a Lečbych (2016) tedy zůstávají ve své studii (N=1072) u původní verze dotazníku z roku 1998. U obou subškál dotazníku byla v této studii ověřována reliabilita vnitřní konzistence pomocí Cronbachovo koeficientu alfa a test-retestová reliabilita po třech měsících pomocí Pearsonova korelačního koeficientu. Pro posouzení validity byla použita explorační faktorová analýza a pro posouzení souběžné kriteriální validity korelace škál ECR se škálami Bochumského osobnostního dotazníku (BIP). Výsledky faktorové analýzy poukázaly na existenci tří faktorů (úzkostnosti, vyhýbavosti a neochoty přijmout pomoc), standardní dvoufaktorové řešení vysvětluje 51 % společného rozptylu, třífaktorové 59 %. Cronbachovo koeficient alfa dosahoval hodnot 0,86 u vyhýbavosti a 0,87 u úzkostnosti a koeficient test-retestové reliability 0,72 u vyhýbavosti a 0,87 u úzkostnosti. Normové parametry získané s pomocí dvoucestné ANOVA poukázaly na statisticky významné efekty věkových pásem. Průměrné skóry vztahové vyhýbavosti s vyšším věkem mírně narůstají a průměrné skóry vztahové úzkostnosti s vyšším věkem mírně klesají, a to zejména u mužů. Souběžná kriteriální validita zjišťovaná prostřednictvím dotazníku BIP potvrdila silné a střední negativní korelace v souladu s teoretickým výkladem (vyšší skór vyhýbavosti odpovídá nižší orientaci na tým apod.).

Ve studii zahrnující českou verzi dotazníku ECR nabývalo Cronbachovo alfa u obou škál následující hodnoty: škála vztahové úzkostnosti: 0,842; škála vztahové vyhýbavosti: 0,838. U amerického výzkumného vzorku s využitím původní nepřeložené verze ECR vyšly hodnoty ve stejném pořadí takto: 0,915 a 0,907 (Lečbych & Pospíšilíková, 2012).

Dotazník obsahuje 36 položek a každou z nich respondent hodnotí na stupnici 1 až 7 od „rozhodně nesouhlasím“ po „rozhodně souhlasím“. Položky jsou zaměřeny obecně – na blízké a druhé lidi a výsledkem měření je globální citová vazba, která je se skládá ze dvou

subškál – vztahové vyhýbavosti a úzkostnosti. Každá škála obsahuje 18 tvrzení, škála vyhýbavosti je tvořena lichými položkami a škála úzkostnosti sudými. Tvrzení č. 3, 15, 19, 22, 25, 27, 29, 31, 33 a 35 jsou reverzně skórována. Výpočtem průměru u každé škály získáme skór vyhýbavosti a skór úzkostnosti u daného jednotlivce. Vyšší skóry odpovídají vyšší vyhýbavosti / úzkostnosti. Pro určení konkrétního typu vazby autoři (Brennan, Clark & Shaver, 1998) vypracovali na základě vzorku o 1086 respondentech vzorce pro výpočet a určení konkrétního typu vztahové vazby. U každého respondenta je tedy třeba provést 4 výpočty a následně vybrat nejvyšší hodnotu. Vzorce pro každý typ vazby:

- SEC = avoidance*3.2893296 + anxiety*5.4725318 – 11.5307833
- FEAR = avoidance*7.2371075 + anxiety*8.1776446 – 32.3553266
- PRE = avoidance*3.9246754 + anxiety*9.7102446 – 28.4573220
- DIS = avoidance*7.3654621 + anxiety*4.9392039 – 22.2281088

- SEC označuje *secure dimension* (jisté připoutání),
- PRE označuje *preoccupied dimension* (zaujatý typ vazby),
- DIS označuje *dismissing dimension* (distancovaný typ vazby) a
- FEAR označuje *fearful dimension* (bázlivé připoutání).

Na základě teoretického podkladu (popsáno blíže v teoretické části práce) rozlišujeme čtyři typy citové vazby: jistou, nejistou-ambivalentní, nejistou-vyhýbavou a nejistou-dezorganizovanou. Brennan, Clark a Shaver (1998) označují tyto čtyři typy ve stejném pořadí jako bezpečnou vztahovou vazbu, úzkostnou vztahovou vazbu, vyhýbavou vztahovou vazbu a bázlivě-vyhýbavou vztahovou vazbu. Lečbych a Pospíšilíková (2012) propojují teoretické názvosloví s pojmy využitými v dotazníku ECR pro označení jednotlivých vazeb (opět ve stejném pořadí):

- SEC (*secure*) pro jistý typ citové vazby, charakteristický nízkými skóry úzkostnosti a vyhýbavosti,
- PRE (*preoccupied)* pro nadměrně zaujatý (úzkostný) typ vazby, charakteristický vysokým skórem úzkostnosti a nízkým skórem vyhýbavosti,
- DIS (*dismissing)* pro distancovaně vyhýbavý typ vazby, charakteristický vysokým skórem vyhýbavosti a nízkým skórem úzkostnosti a
- FEAR (*fearful)* pro bázlivě vyhýbavý typ vazby, charakteristický vysokými skóry obou subškál.

Seitl, Charvát a Lečbych (2016) k danému rozložení dodávají, že popis bázlivě vyhýbavé či dezorganizované vazby dle teorie úplně neodpovídá vysokým hodnotám subškál úzkostnosti a vyhýbavosti u označení vazby *fearful*.

4.3.1.2 Experiences in Close Relationships-Relationship Structures

Dotazník Experiences in Close Relationships-Relationship Structures (dále ECR-RS), který bývá do českého jazyka překládán jako Dotazník struktury vztahů, měří globální ale i specifickou citovou vazbu ke konkrétním blízkým osobám (matka, otec, partner, nejlepší přítel). Stejně jako ECR je i ECR-RS založen na měření dvou dimenzí souvisejících s attachmentovými vzorci, na vyhýbavosti a úzkostnosti (Fraley et al., 2000 in Fraley et al., 2011). Ve vztahu ke každé osobě z výše zmíněných hodnotí respondent 9 tvrzení na sedmistupňové škále od „rozhodně nesouhlasím" po „rozhodně souhlasím". Celkem tedy hodnotí 36 tvrzení. ECR-RS měří v souvislosti s každou specifickou vazbou (matka, otec, partner, nejlepší přítel) skór vztahové vyhýbavosti a úzkostnosti. K vyhýbavosti se vztahují položky 1 až 6, přičemž položky 1, 2, 3 a 4 jsou reverzně skórovány. Skór úzkostnosti se počítá z odpovědí na položky 7 až 9. Výpočet se provádí zprůměrováním hodnoty podle počtu položek (6 nebo 3). U každé ze čtyřech osob, ke kterým má respondent blízký vztah je tedy možné zjistit skór úzkostnosti a vyhýbavosti, stejně tak jako i celkový (globální) skór vyhýbavosti a celkový (globální) skór úzkostnosti, který je vždy průměrem získaných výsledků u jednotlivých osob, a to zvlášť pro úzkostnost a zvlášť pro vyhýbavost. Dotazník ECR-RS je svým designem flexibilní a je možné jej po přeformulování jednotlivých položek využít i pro měření citové vazby například u sourozenců (Tancredy & Fraley, 2006), citové vazby k učitelům a poradcům (Meyer & Pilkonis, 2001), k Bohu (Kirkpatrik, 1998) nebo k domácím zvířatům (Kurdek, 2009).

Fraley a kol. (2011) ve své studii založené na vzorku získaném online přesahujícím 21 000 respondentů (N = 21 838), kteří byli v manželském svazku nebo v partnerském vztahu, zjistili, že lze metodu ECR-RS považovat za reliabilní. Přestože má dotazník ECR-RS menší množství položek v porovnání s verzemi ECR a ECR-R, Cronbachovo alfa u něj dosahuje obdobných hodnot (nejnižší naměřená hodnota byla 0,85, nejvyšší 0,92 a u ECR a ECR-R dosahují hodnoty obvykle kolem 0,91). Reliabilita globální úzkostnosti a globální vyhýbavosti vypočítaná zprůměrováním skórů získaných v ECR-RS pro jednotlivé osoby byla taktéž uspokojivá (0,85 pro úzkostnost a 0,88 pro vyhýbavost na hladině významnosti $p < 0,05$), je tedy možné ze specifických vazeb vypočítat vazbu globální. Výsledky explorativní

faktorové analýzy ukázaly podle předpokladů jako významné dva faktory (úzkostnost a vyhýbavost), které vysvětlovaly 69 % rozptylu dat v každé ze čtyřech domén (vztah k matce, otci, partnerovi a nejlepšímu příteli). Fraley (2014) popisuje postupný odklon od měření globální citové vazby skrze počítání průměrů z vazby specifické získané z ECR-RS. Pro méně komplikovaný postup autor vytvořil verzi ECR-RS, kde je osoba (matka, otec, partner nebo nejlepší přítel) nahrazena obecným pojmem „*people*“ (lidé).

Druhá část studie (N=388) srovnávající výsledky dotazníků ECR-RS a ECR-R prokázala, že měření specifické citové vazby (respondenta ke konkrétním blízkým osobám) obecně lépe predikuje interpersonální charakteristiky (kvalita a fungování vztahu, chování ve vztahu apod.), než je tomu u měření globální citové vazby a naopak, že měřená globální citová vazba lépe, než specifická predikuje osobnostní rysy jedince. Kromě ECR-RS a ECR-R respondenti vyplňovali i osobnostní dotazník Big Five, Investment Model Scale (IMS) měřící kvalitu a fungování vztahu a Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) zjišťující depresivní symptomy. Nejvýraznější korelace byla patrná mezi úzkostností v ECR a úzkostností v ECR-RS v dimenzi partnerského vztahu (0,66) a dále korelace vyhýbavosti v ECR a vyhýbavosti v ECR-RS v dimenzi partnerského vztahu (0,56). Tyto výsledky mohou odkazovat na to, že ačkoliv je dotazník ECR či ECR-R používán převážně pro měření globální citové vazby, nejvíce odpovídá vazbě v partnerských vztazích. Co se týče vztahu k výsledkům dalších použitých dotazníků, skóry globální úzkostnosti a globální vyhýbavosti získané z dotazníku ECR-R korelovaly pozitivně s depresivními symptomy (0.40 úzkostnost a 0.28 vyhýbavost), dále s tendencemi hledat si alternativního partnera (0.17 a 0.33) a negativně se spokojeností ve vztahu (-0,33 a -0,42) a s věrností (-0,21 a -0,43). Dále byla popsána pozitivní korelace mezi úzkostností v ECR-R a neuroticismem v Big Five (0,36) a negativní korelace mezi vyhýbavostí v ECR-R a přívětivostí v Big Five (-0,35).

Shrnutí psychometrických charakteristik metody ECR-RS a cross-validizaci výsledků české a originální (anglické) verze metody ECR-RS se věnovala Aneta Cvrčková (2017,2019).

4.3.1.3 Parental Bonding Instrument

Dvojdimenzionální dotazník Parental Bonding Instrument (dále PBI) je metodou zjišťující vztah k matce a otci respondenta. Metoda v souvislosti s teorií attachmentu vychází z předpokladu, že podoby vazby k matce a otci v dětském až adolescentním věku mají

významný vliv na další, dospělý život jedince. Metoda vznikla v roce 1979 a jejím autorem je Gordon Parker. Dotazník byl v pilotní studii testován na 34 zdravotních sestrách a 19 studentech medicíny (Parker, Tupling & Brown, 1979). V současné době je široce užíván a v roce 2002 byl přeložen do českého jazyka. PBI je určen primárně dospělým, případně dospívajícím od 16 let. Dotazník zahrnuje dva záznamové archy, jeden obsahuje položky mapující respondentův vztah k matce a druhý k otci. Každý má celkem 25 položek s tvrzeními, která respondent hodnotí na čtyřstupňové škále: pravda – spíše pravda – spíše nepravda – nepravda. Respondenti odpovídají podle toho, jak si své rodiče pamatují z prvních 16 let svého života. Při absenci vlastních rodičů hodnotí rodiče nevlastní, kteří se o ně v době jejich dětství a dospívání starali (Čikošová & Preiss, 2011).

Metoda má dvě subškály, škálu péče a škálu kontroly. Škála péče má 12 položek a je definována na jedné straně emocionální vřelostí, empatií a blízkostí, druhým pólem je pak emocionální chlad, lhostejnost a odmítání. Škála kontroly má položek 13 a mapuje spektrum od výrazné kontroly, opatrování až obtěžování přílišným kontaktem a infantilizací bránící ve vývoji jedince na jedné straně po poskytování nezávislosti a možnosti fungovat samostatně na straně druhé. Z výsledků je možné stanovit jeden ze čtyřech typů citové vazby, které jsou v tomto dotazníku rozděleny následovně:

1. optimální typ vazby,
2. typ vazby „nelaskavá kontrola“,
3. typ vazby „kontrolující, byť s láskou“ a
4. chybějící či slabá citová vazba,

kdy pro optimální typ vazby je charakteristický vysoký skór péče a nízký skór kontroly, pro typ vazby „nelaskavá kontrola“ naopak, pro typ vazby „kontrolující, byť s láskou“ vysoký skór péče i kontroly a pro chybějící či slabou vazbu oba skóry nízké.

Výsledky obou škál u obou rodičů je zároveň možné porovnávat s normami pro českou populaci vytvořenými v rámci validizační studie na české populaci (N=269), která potvrdila dobré psychometrické vlastnosti dotazníku. Pro škálu péče je průměrná hodnota pro otce 21 se standardní odchylkou 7 a pro matku 25 se standardní odchylkou 6, pro škálu kontroly je pro otce průměr 13 se standardní odchylkou 6 a pro matku 15 se standardní odchylkou 6. Nejvyšší hodnota pro škálu péče je 36 a nejnižší 0, pro škálu kontroly je nejnižší hodnotou také 0 a nejvyšší 39. Cut-off skóry se pro studii z roku 1979 a pro českou studii

neliší, pro škálu péče u matky byl použit cut-off skór 25, u otce 21, pro škálu kontroly u matky 15 a u otce 13 (Čikošová & Preiss, 2011).

Existuje několik studií prokazujících dobré psychometrické vlastnosti PBI (Mackinnon, Henderson, Scott & Duncan-Jones, 1989; Parker et al., 1979), jeho stabilitu v čase, nízkou citlivost vůči efektům momentální nálady (Parker, 1989; Wilhelm, Niven, Parker & Hadzi-Pavlovic, 2005) a nízkou ovlivnitelnost věkem, sociálním statutem a pohlavím respondenta (Parker, 1989). Pro zjištění reliability a validity české verze dotazníku byl použit Cronbachův alfa koeficient, koeficient test – retestové reliability měření s třítýdenním odstupem (n=30) za předpokladu dolní hranice 0,8 a dále také koeficient korelace. Korelace jednotlivých subškál citové vazby zjistila, že se jednotlivé faktory nepřekrývají a dvoufaktorový model konstruktu lze považovat za opodstatněný. Koeficient stability u subškály péče u otce byl 0,955, u subškály kontroly u otce 0,898. U subškály péče u matky 0,950 a u subškály kontroly u matky 0,849, výsledky jsou uváděny na hladině významnosti p <0,001. Cronbachův koeficient alfa zjišťující vnitřní konzistenci české verze dotazníku vykazoval tyto hodnoty: otec-péče 0,839; otec-kontrola 0,785; matka-péče 0,849; matka-kontrola 0,815. Za předpokladu, že lze jako kritickou hranici reliability stanovit hodnotu 0,70 lze všechny subškály citové vazby považovat za reliabilní (Halama, 2005 in Čikošová & Preiss, 2011).

4.4 Metody analýzy dat

Za účelem statistické analýzy dat byly použity programy STATISTICA 9.1 a Jamovi 0.8.6.0. K ověření normality dat byl užit Shapirův-Wilkův test a výsledky u skupiny kontrolní i u skupiny pacientů poukazovaly na normální rozložení dat, z tohoto důvodu byly následně použity parametrické metody. V souvislosti se stanovenými hypotézami byla pro zjištění rozdílů ve výsledcích v dotaznících napříč jednotlivými skupinami respondentů použita vícefaktorová analýza rozptylu ANOVA, která byla dále upřesněna post hoc testem, Fisherovou LSD metodou mnohonásobného porovnávání (Fishers Least Significant Difference (LSD) test). Pro obecnější porovnání výsledků skupin spadajících do kategorie „pacienti“ a výsledků kontrolní skupiny byl použit T-test pro dva nezávislé výběry, stejně tak pro porovnání výsledků pro jednotlivá pohlaví. Pro účely zjištění vztahu výsledků jednotlivých testů, vztahu výsledků testů a sociodemografických proměnných a vztahu mezi typy vazby zjištěnými v různých dotaznících byl použit užit parametrický Pearsonův

korelační koeficient. Statistická analýza dat byla prováděna na hladině významnosti α = 0,05 (95 %).

5 Výsledky výzkumu a interpretace dat

Výsledky statistické analýzy dat jsou dále členěny podle jednotlivých stanovených hypotéz.

H1: Jednotlivé sociodemografické údaje souvisí se skóry úzkostnosti a vyhýbavosti v dotaznících ECR a ECR-RS.

H2: Jednotlivé sociodemografické údaje souvisí s hodnotami škál péče a kontroly v dotazníku PBI.

V rámci H1 a H2 byl s pomocí Pearsonova korelačního koeficientu zjišťován vztah mezi sociodemografickými údaji a výsledky v dotaznících PBI, ECR a ECR-RS. V tabulce výsledků je u každého vztahu uveden vždy Pearsonův koeficient korelace r a p-hodnota. Červeně jsou označeny statisticky signifikantní korelace na hladině významnosti * p < 0,05 a ** p < 0,01.

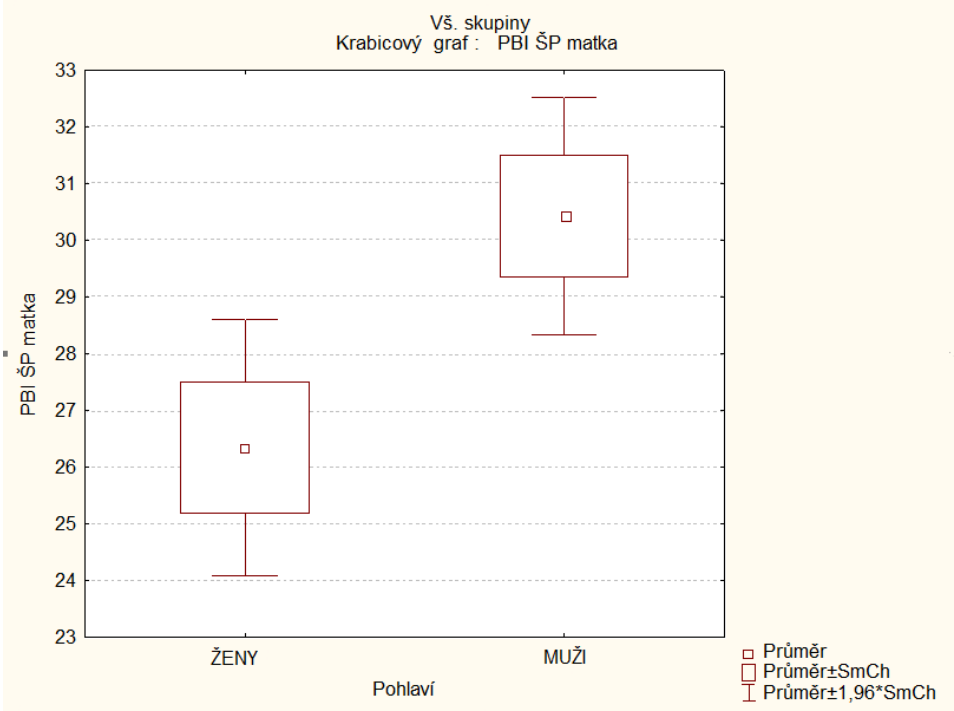
Tabulka 2 Korelace – sociodemografické údaje

Pearsonův koeficient korelace r **p-hodnota**	**Věk**	**Vzdělání (počet let)**
PBI ŠP otec	-0,015 0,895	-0,053 0,635
PBI ŠK otec	0,113 0,308	-0,328** 0,002
PBI ŠP matka	-0,140 0,206	0,120 0,278
PBI ŠK matka	0,114 0,303	-0,102 0,356
ECR vyhýbavost	0,099 0,370	-0,145 0,190
ECR úzkostnost	-0,020 0,854	-0,041 0,708
ECR-RS vyhýbavost	0,247* 0,023	-0,204 0,063
ECR-RS úzkostnost	0,142 0,197	-0,150 0,172

* p < 0,05 ; ** p < 0,01

Ze všech sociodemografických údajů získávaných za účelem popsání výzkumného vzorku byly pro zjištění korelací využity pouze následující proměnné: věk a vzdělání (počet let). Dále byl ještě s použitím T-testu zjišťován rozdíl průměrných skórů u skupin rozdělených podle pohlaví. U dotazníku PBI byla zjištěna statisticky signifikantní negativní korelace mezi proměnnou Škála kontroly – otec a proměnnou Vzdělání (počet let). U dotazníku ECR nebyly u daných proměnných zjištěny žádné statisticky signifikantní korelace. Ve výsledcích u dotazníku ECR-RS byla zjištěna pozitivní korelace mezi proměnnými Vyhýbavost a Věk.

Pro srovnání výsledků skupin podle pohlaví (muži a ženy) byl použit T-test pro dva nezávislé výběry, který odhalil statisticky signifikantní rozdíly průměrů u proměnných PBI ŠP matka (26,33 ženy a 30,42 muži, znázorněno na grafu 9) a dále rozdíly u průměrů proměnných ECR-RS Vyhýbavost – partner (12,96 ženy a 17,84 muži) a ECR-RS Vyhýbavost – matka (18,35 ženy a 23,42 muži).



Graf 9 PBI Škála péče – matka, proměnná pohlaví

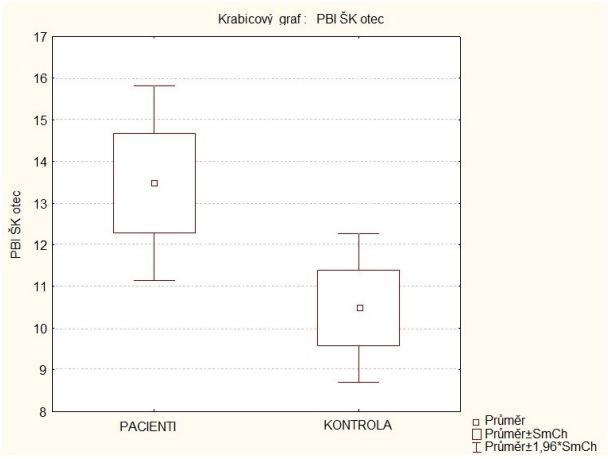
H3: Existuje rozdíl mezi skóry v testech ECR, ECR-RS a PBI u kontrolní skupiny a skupiny pacientů (zahrnující pacienty s PNES, s epilepsií a s PNES i epilepsií).

Výsledné skóry jednotlivých subškál v testech ECR, ECR-RS a PBI napříč všemi skupinami respondentů jsou porovnávány v rámci H4 až H6. Globální citovou vazbou se zabývá H4, specifickou citovou vazbou H5 a škálami dotazníku PBI H6. V rámci H3 jsou stručnějším a obecnějším způsobem porovnávány pouze dvě skupiny, kontrolní skupina a skupina pacientů (do které byli zahrnuti pacienti s PNES, s epilepsií a s PNES i epilepsií). Ke srovnání výsledků byl použit T-test pro dva nezávislé výběry. Statisticky signifikantní rozdíl průměrů těchto dvou skupin byl zjištěn na hladině významnosti 0,05 u následujících čtyřech proměnných:

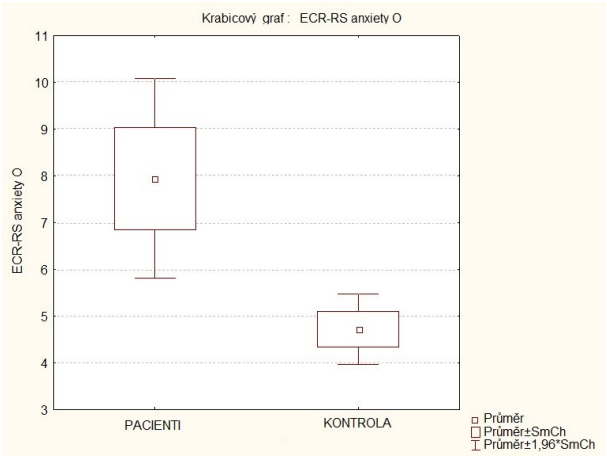
Proměnná	**Pacienti** (průměrná hodnota)	**Kontrolní skupina** (průměrná hodnota)	**p**	**SD pacienti**	**SD kontrolní skupina**
(PBI) škála kontroly – otec	13,48485	10,48077	0,046358	6,84709	6,563387
(ECR-RS) škála úzkostnosti – matka	7,15152	4,63462	0,014442	6,12434	3,131302
(ECR-RS) škála úzkostnosti – otec	7,93939	4,71154	0,001626	6,25969	2,767717
(ECR-RS) škála vyhýbavosti – n. přítel	18,69697	14,92308	0,024496	9,30888	5,897311

Tabulka 3 Pacienti vs. kontrolní skupina T-test

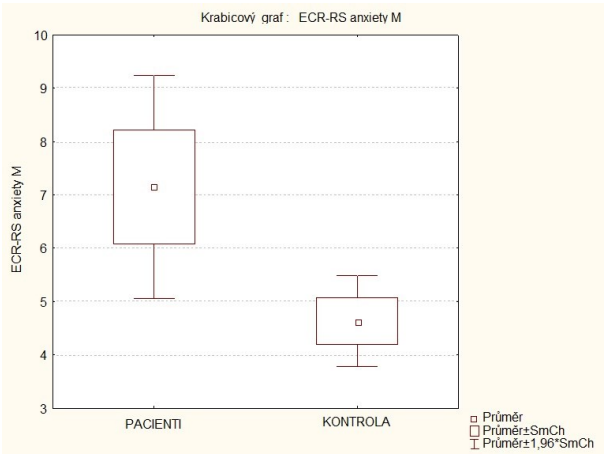
Tyto výsledky jsou znázorněny i na následujících grafech:



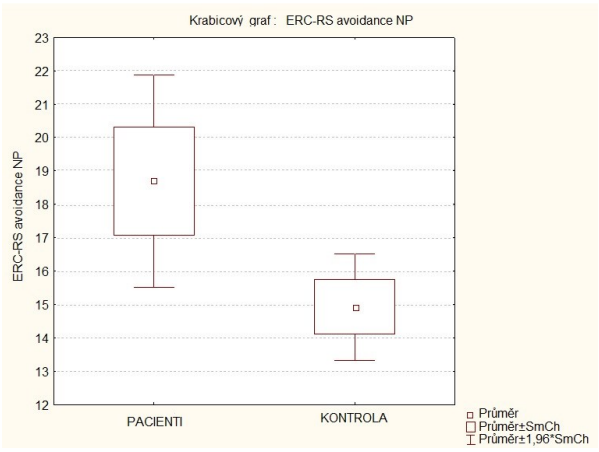
Graf 10 Pacinti vs. kontrola, PBI ŠK otec



Graf 11 Pacienti vs. kontrola, ECR-RS úzkostnost otec



Graf 12 Pacienti vs. kontrola, ECR-RS úzkostnost matka



Graf 13 Pacienti vs. kontrola, ECR-RS vyhýbavost nejlepší přítel

Z výsledků T-testu je zřejmé, že se průměry u některých proměnných statisticky signifikantně liší a H0 je tedy možné v tomto případě zamítnout. Dále je patrné, že skupina pacientů měla ve čtyřech případech, tedy u 4 subškál, odlišnou, a to vždy vyšší hodnotu průměru nežli skupina kontrolní. Jak je zmíněno v tabulce, jednalo se o subškály:

- (PBI) škála kontroly – otec,
- (ECR-RS) škála úzkostnosti – matka,
- (ECR-RS) škála úzkostnosti – otec,
- (ECR-RS) škála vyhýbavosti – nejlepší přítel.

Zmíněné subškály jsou součástí dotazníků PBI a ECR-RS. Ve výsledcích dotazníku ECR se odpovědi těchto dvou skupin statisticky signifikantně neodlišovaly. Vyšší skóry v daných subškálách ECR-RS odpovídají vyšší vyhýbavosti / úzkostnosti v konkrétním vztahu (matka / otec / nejlepší přítel). U PBI odpovídá vyšší škála kontroly zvýšené kontrole zde ze strany otce.

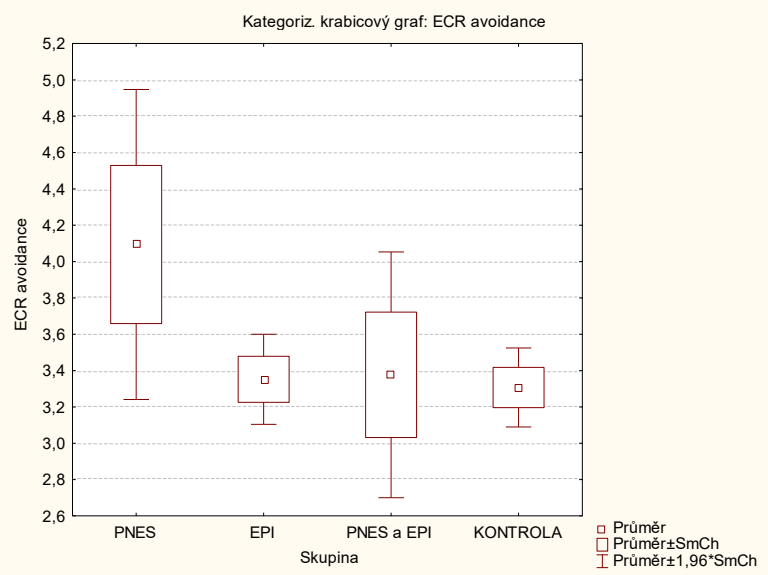
H4: Existuje rozdíl mezi skóry úzkostnosti a vyhýbavosti tvořícími globální citovou vazbu u pacientů s PNES oproti pacientům s PNES i epilepsií, pacientům s epilepsií a kontrolní skupině.

Globální citová vazba byla zjišťována z dotazníků ECR a ECR-RS v podobě dvou subškál, vyhýbavosti a úzkostnosti. K porovnání rozdílů napříč jednotlivými skupinami respondentů byla využita analýza rozptylu a LSD testy (neboli testy mnohonásobného porovnávání jednotlivých dvojic průměrů proměnných). Výsledky jsou popsány a znázorněny v následujících grafech a tabulkách, zvlášť pro proměnnou ECR vyhýbavost, ECR úzkostnost,

ECR-RS vyhýbavost a ECR-RS úzkostnost. Statisticky signifikantní rozdíly mezi skupinami na hladině významnosti p <0,05000 jsou vyznačeny červenou barvou.

Skupina	LSD test; proměnná **ECR vyhýbavost** Označené rozdíly jsou významné na hladině p <0,05000			
	(1) M=4,0938	(2) M=3,3521	(3) M= 3,3767	(4) M=3,3069
PNES (1)		0,031276	0,102054	0,011673
EPI (2)	0,031276		0,948077	0,834257
PNES a EPI (3)	0,102054	0,948077		0,840838
KONTROLA (4)	0,011673	0,834257	0,840838	

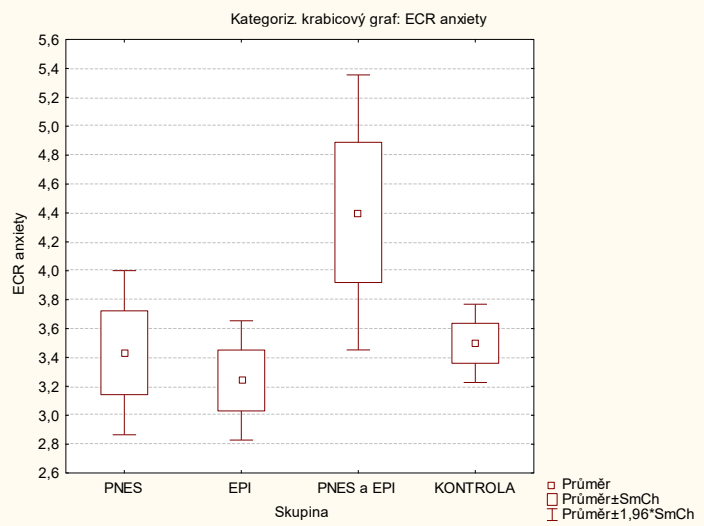
Tabulka 4 proměnná ECR vyhýbavost (H4)



Graf 14 proměnná ECR vyhýbavost (H4)

Skupina	LSD test; proměnná **ECR úzkostnost** Označené rozdíly jsou významné na hladině p <0,05000			
	(1) M=3,4325	(2) M=3,2411	(3) M= 4,4033	(4) M=3,4977
PNES (1)		0,643585	0,069737	0,861118
EPI (2)	0,643585		0,013079	0,330581
PNES a EPI (3)	0,069737	0,013079		0,034735
KONTROLA (4)	0,861118	0,330581	0,034735	

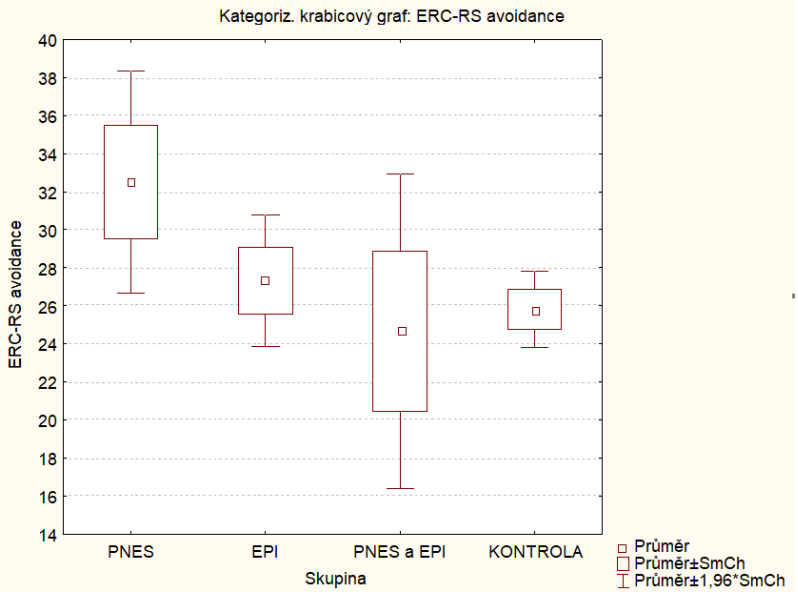
Tabulka 5 proměnná ECR úzkostnost (H4)



Graf 15 proměnná ECR úzkostnost (H4)

Skupina	LSD test; proměnná **ECR-RS vyhýbavost** Označené rozdíly jsou významné na hladině p <0,05000			
	(1) M=5,4167	(2) M=4,5526	(3) M= 4,1111	(4) M=4,3013
PNES (1)		0,118530	0,66457	0,026491
EPI (2)	0,118530		0,470183	0,472632
PNES a EPI (3)	0,66457	0,470183		0,735156
KONTROLA (4)	0,026491	0,472632	0,735156	

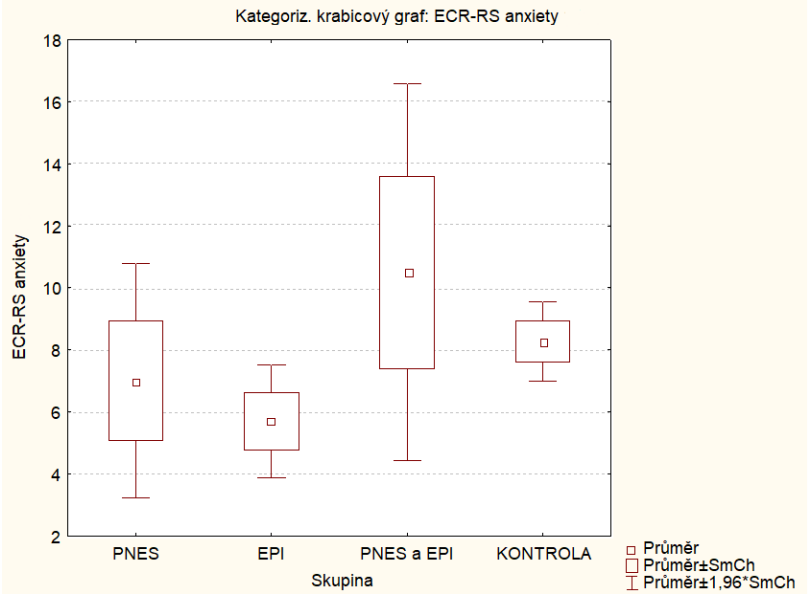
Tabulka 6 proměnná ECR-RS vyhýbavost (H4)



Graf 16 proměnná ECR-RS vyhýbavost (H4)

Skupina	LSD test; proměnná **ECR-RS úzkostnost** Označené rozdíly jsou významné na hladině p <0,05000			
	(1) M=7,0000	(2) M=5,6842	(3) M= 10,500	(4) M=8,2692
PNES (1)		0,523593	0,187320	0,494825
EPI (2)	0,523593		0,037933	0,051253
PNES a EPI (3)	0,187320	0,037933		0,291555
KONTROLA (4)	0,494825	0,051253	0,291555	

Tabulka 7 proměnná ECR-RS úzkostnost (H4)



Graf 17 proměnná ECR-RS úzkostnost (H4)

Co se týče globální citové vazby, nelze podle výsledků říci, že by některá ze čtyřech skupin respondentů skórovala statisticky signifikantně více či méně v obou subškálách tvořících globální citovou vazbu zároveň (vyhýbavosti a úzkostnosti) a to ani v jednom z dotazníků (ECR a ECR-RS). V souvislosti s teoretickými podklady odpovídají vyšší skóry v dotaznících vyšší vyhýbavosti / úzkostnosti a nízké hodnoty v obou subškálách jisté citové vazbě (Brennan, Clark & Shaver, 1998). V tomto případě nelze na základě výsledků konstatovat, že by v některé ze čtyřech skupin respondentů byla zastoupena statisticky významně častěji vyšší nebo nižší úzkostnost a vyhýbavost zároveň, a tedy ani například jistá citová vazba. Statisticky signifikantní rozdíly se ale objevují u jednotlivých subškál nezávisle

na sobě (vyhýbavost či úzkostnost) a to v obou testech (ECR i ECR-RS). Statisticky signifikantní rozdíl průměrů byl zjištěn u:

- **ECR vyhýbavosti**: kde se průměr skupiny PNES (M=4,0938) statisticky signifikantně lišil od skupiny EPI (M=3,3521) a zároveň od kontrolní skupiny (M=3,3069),
- **u ECR úzkostnosti**: kde se průměr skupiny PNES-EPI (M=4,4033) statisticky signifikantně lišil od skupiny EPI (M=3,2411) a zároveň od kontrolní skupiny (M=3,4977),
- **u ECR-RS vyhýbavosti**: kde se průměr skupiny PNES (M=5,4167) statisticky signifikantně lišil od kontrolní skupiny (M=4,3013),
- **a u ECR-RS úzkostnosti**: kde se průměr skupiny PNES-EPI (M=10,500) statisticky signifikantně lišil od průměru skupiny EPI (M=5,6842).

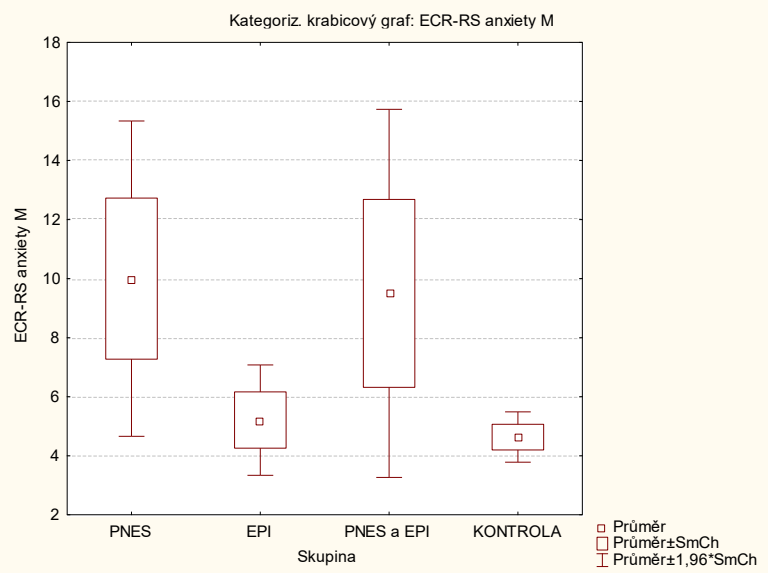
Z výsledků je tedy patrné, že u skupiny PNES je průměr subškály vyhýbavost nejvyšší v obou dotaznících. Subškála úzkostnosti dosahuje nejvyšších hodnot v obou dotaznících u skupiny PNES-EPI. Skupina PNES-EPI měla ve všech subškálách rovněž největší rozptyl, jak je znázorněno na grafech.

H5: Existuje rozdíl mezi skóry úzkostnosti a vyhýbavosti tvořícími specifickou citovou vazbu u pacientů s PNES oproti pacientům s PNES i epilepsií, pacientům s epilepsií a kontrolní skupině.

Pro porovnání potenciálního rozdílu v naměřených hodnotách jednotlivých subškál napříč skupinami byla opět použita analýza rozptylu a LSD testy. Byly porovnávány skóry u jednotlivých subškál – specifické citové vazby (vyhýbavost-matka, úzkostnost-matka, vyhýbavost-otec, úzkostnost-otec, vyhýbavost-partner, úzkostnost-partner, vyhýbavost-nejlepší přítel, úzkostnost-nejlepší přítel) naměřené v rámci použití dotazníku ECR-RS. Dále jsou vypsány pouze proměnné, u kterých byly zjištěny statisticky významné rozdíly na hladině $p < 0,05000$, ty jsou v tabulkách vyznačeny opět červenou barvou.

Skupina	LSD test; proměnná **ECR-RS úzkostnost – matka** Označené rozdíly jsou významné na hladině p <0,05000			
	(1) M=10,000	(2) M=5,2105	(3) M= 9,5000	(4) M=4,6346
PNES (1)		0,010664	0,831884	0,001682
EPI (2)	0,010664		0,038204	0,622505
PNES a EPI (3)	0,831884	0, 038204		0,011201
KONTROLA (4)	0,001682	0,622505	0,011201	

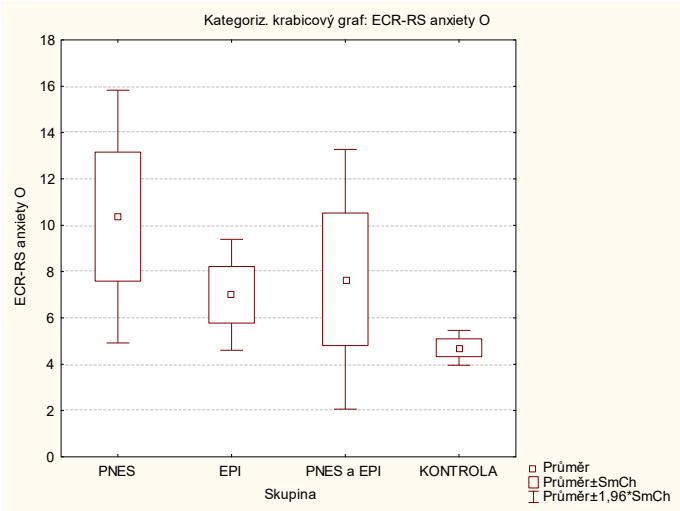
Tabulka 8 Proměnná ECR-RS úzkostnost – matka (H5)



Graf 18 Proměnná ECR-RS úzkostnost – matka (H5)

Skupina	LSD test; proměnná **ECR-RS úzkostnost – otec** Označené rozdíly jsou významné na hladině p <0,05000			
	(1) M=10,3750	(2) M=7,0000	(3) M= 7,6667	(4) M=4,7115
PNES (1)		0,073506	0,259513	0,001129
EPI (2)	0,073506		0,748022	0,056735
PNES a EPI (3)	0,259513	0,748022		0,124580
KONTROLA (4)	0,001129	0,056735	0,124580	

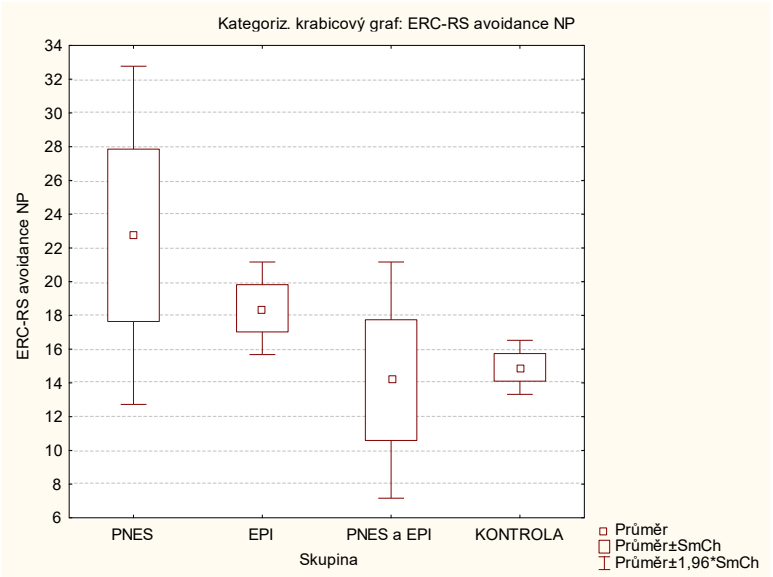
Tabulka 9 Proměnná ECR-RS úzkostnost – otec (H5)



Graf 19 Proměnná ECR-RS úzkostnost – otec (H5)

Skupina	LSD test; proměnná **ECR-RS vyhýbavost – nejlepší přítel** Označené rozdíly jsou významné na hladině p <0,05000			
	(1) M=22,750	(2) M=18,421	(3) M= 14,167	(4) M=14,923
PNES (1)		0,162002	0,031877	0,005839
EPI (2)	0,162002		0,215537	0,076728
PNES a EPI (3)	0,031877	0,215537		0,810128
KONTROLA (4)	0,005839	0,076728	0,810128	

Tabulka 10 Proměnná ECR-RS vyhýbavost - nejlepší přítel (H5)



Graf 20 Proměnná ECR-RS vyhýbavost - nejlepší přítel (H5)

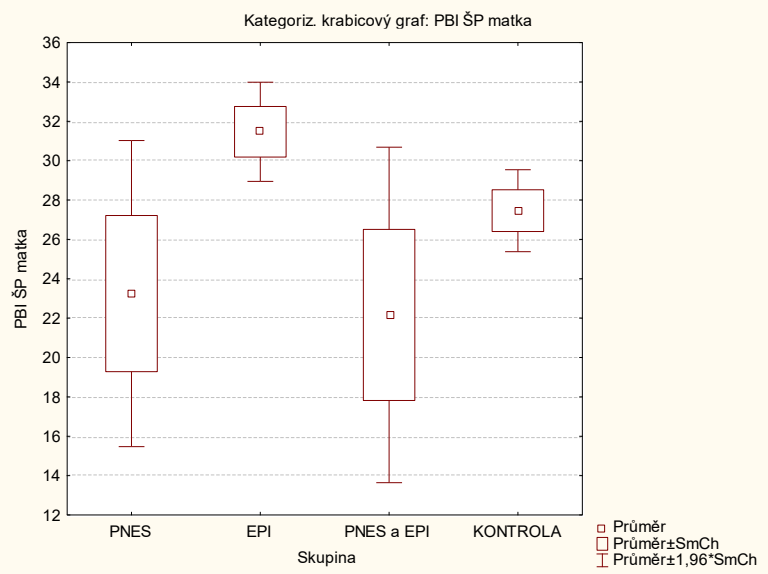
Co se týče specifické citové vazby měřené dotazníkem ECR-RS, statisticky signifikantní rozdíly mezi skupinami respondentů byly zjištěny celkem u tří proměnných: úzkostnost-matka, úzkostnost-otec a vyhýbavost-nejlepší přítel. Průměrnou hodnotu měla ve všech třech případech nejvyšší skupina PNES, nejnižší hodnota byla zjištěna 2x u kontrolní skupiny a jednou u skupiny PNES-EPI (subškála vyhýbavost – nejlepší přítel). Statisticky signifikantní rozdíl byl zjištěn u subškály úzkostnosti – otec mezi skupinou PNES a skupinou kontrolní. U subškály úzkostnost – matka byl zjištěn signifikantní rozdíl mezi skupinou PNES a skupinou EPI i kontrolní skupinou, stejně tak byl v této subškále zjištěn signifikantní rozdíl mezi výsledky skupiny PNES-EPI a skupinou EPI i kontrolní skupinou. V subškále vyhýbavosti – nejlepší přítel byl zjištěn statisticky signifikantní rozdíl mezi průměrem skupiny PNES a průměry skupin PNES-EPI a kontrolní skupiny.

H6: Existuje rozdíl mezi hodnotami škál péče a kontroly u pacientů s PNES oproti pacientům s PNES i epilepsií, pacientům s epilepsií a kontrolní skupině.

K porovnání rozdílů mezi hodnotami škál péče a kontroly (dotazník PBI) napříč jednotlivými skupinami respondentů byla využita opět analýza rozptylu a LSD testy. Výsledky jsou popsány a znázorněny v následujících grafech a tabulkách, zvlášť pro proměnnou škála péče – otec, škála kontroly – otec, škála péče – matka a škála kontroly – matka. Statisticky signifikantní rozdíly mezi skupinami na hladině významnosti p <0,05000 jsou vyznačeny červenou barvou. Tyto rozdíly byly zjištěny pouze u dvou proměnných: škála péče – matka a škála kontroly – matka.

Skupina	LSD test; proměnná **PBI škála péče – matka** Označené rozdíly jsou významné na hladině p <0,05000			
	(1) M=23,250	(2) M=31,474	(3) M= 22,167	(4) M=27,462
PNES (1)		0,015073	0,799127	0,161938
EPI (2)	0,015073		0,013358	0,060336
PNES a EPI (3)	0,799127	0,013358		0,121936
KONTROLA (4)	0,161938	0,060336	0,121936	

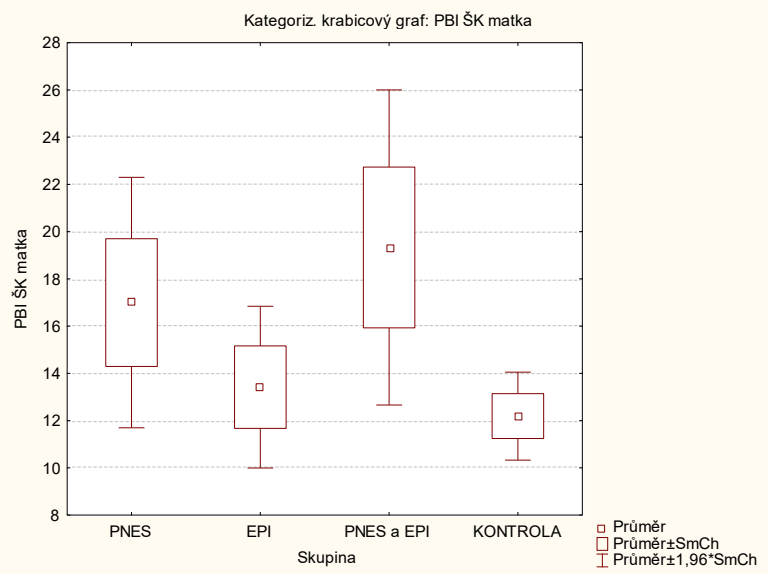
Tabulka 11 Proměnná PBI škála péče – matka (H6)



Graf 21 Proměnná PBI škála péče – matka (H6)

Skupina	LSD test; proměnná **PBI škála kontroly – matka** Označené rozdíly jsou významné na hladině p <0,05000			
	(1) M=17,000	(2) M=13,421	(3) M= 19,333	(4) M=12,192
PNES (1)		0,241301	0,549804	0,082235
EPI (2)	0,241301		0,083047	0,525825
PNES a EPI (3)	0,549804	0,083047		0,023888
KONTROLA (4)	0,082235	0,525825	0,023888	

Tabulka 12 Proměnná PBI škála kontroly – matka (H6)



Graf 22 Proměnná PBI škála kontroly – matka (H6)

U proměnné škála péče – matka byly zjištěny statisticky signifikantní rozdíly průměrů u porovnávání skupin PNES a EPI, kdy skupina EPI měla průměr vyšší a u skupin PNES-EPI a EPI, kdy skupina EPI měla opět vyšší průměr. Z výsledků je patrné, že hodnoty naměřené u skupiny PNES a PNES-EPI se liší od hodnot naměřených ve skupině EPI a kontrolní skupině. Hodnoty u skupin PNES a PNES-EPI mají větší rozptyl a nižší medián.

Škála péče – matka	Minimum	Maximum	Medián
PNES	4	36	26,5
EPI	15	36	34
PNES-EPI	3	32	24,5
KS	5	36	30

Tabulka 13 PBI škála péče – matka, hodnoty (H6)

U proměnné škála kontroly – matka byl zjištěn statisticky signifikantní rozdíl v průměrech pouze u dvojice kontrolní skupina a PNES-EPI, kdy u skupiny PNES-EPI byly naměřeny hodnoty vyšší. U škály kontroly bylo zjištěno, že skupiny PNES a PNES-EPI dosahují častěji vyšších skórů.

Škála kontroly – matka	Minimum	Maximum	Medián
PNES	5	25	17,5
EPI	3	30	14
PNES-EPI	9	33	18
KS	2	31	11,5

Tabulka 14 PBI škála kontroly – matka, hodnoty (H6)

Statisticky signifikantní rozdíly mezi skupinami byly zjištěny tedy pouze u proměnných ve vztahu k matce, konkrétně u skupin výše zmíněných. Skupiny PNES a PNES-EPI se zároveň jeví dle výsledků odlišné od skupiny EPI a kontrolní skupiny, což je patrné například na mediánech nebo grafech 20 a 21.

H7: Existuje vztah mezi typy vazeb získanými z dotazníků PBI a ECR.

V rámci H7 byl s pomocí Pearsonova korelačního koeficientu zjišťován vztah mezi typy vazeb získanými z dotazníků PBI a ECR. T-test nebyl použit s ohledem na typ proměnných.

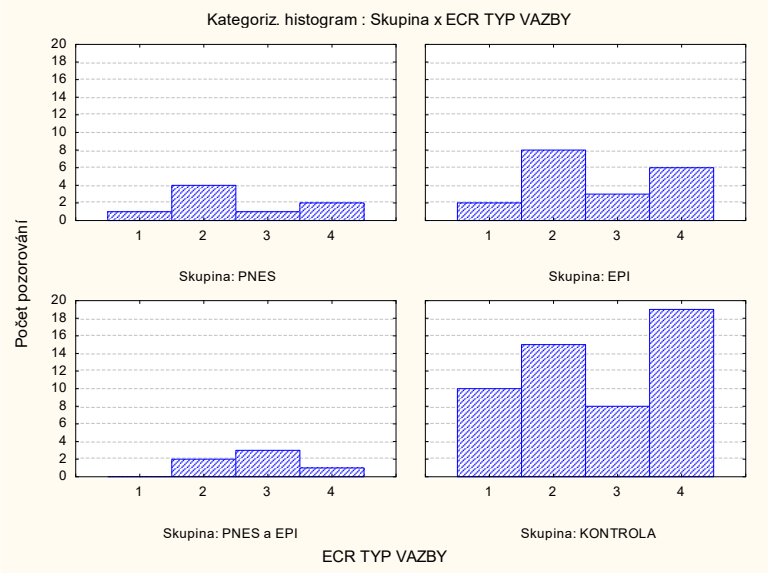
Na základě výsledků (r = 0,026, p hodnota 0,812) nebyl zjištěn vztah mezi jednotlivými typy vazeb, je tedy možné H7 jako alternativní hypotézu zamítnout.

Deskriptivní statistika: nejčastěji zjištěný typ citové vazby v dotazníku ECR u pacientů s PNES, s PNES i epilepsií, u pacientů s epilepsií a v kontrolní skupině

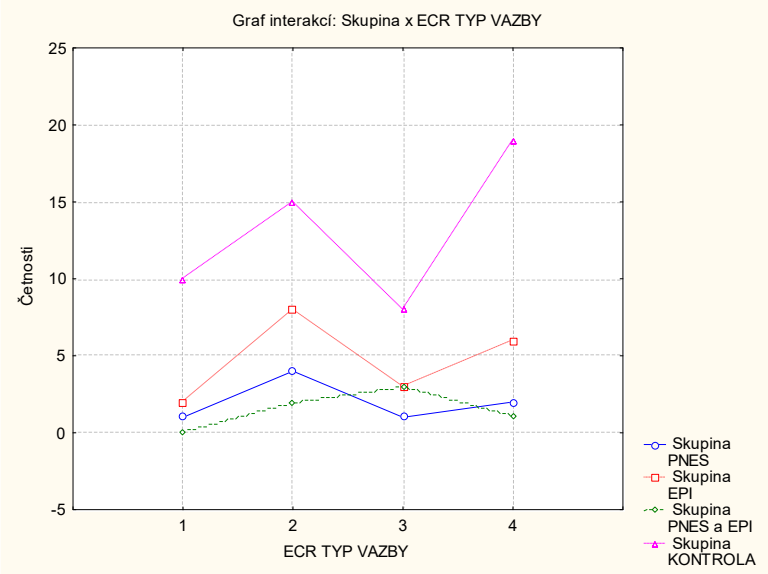
Ke zjištění rozdílu mezi nejčastěji zjištěným typem citové vazby v dotazníku ECR napříč všemi skupinami respondentů byla použita deskriptivní statistika. Výsledky jsou popsány v následující tabulce:

Skupina	**TYP 1**	**TYP 2**	**TYP 3**	**TYP 4**	Celkem – řádek
PNES	1	**4**	1	2	8
EPI	2	**8**	3	6	19
PNES-EPI	0	2	**3**	1	6
KS	10	15	8	**18**	51
Celkem – sloupec	13	29	15	27	84

Tabulka 15 Typ vazby (H7)



Graf 23 Typ vazby (H7)



Graf 24 Typ vazby II (H7)

Typ 1 zde odpovídá *secure dimension* (jisté připoutání), typ 2 *preoccupied dimension* (zaujatý typ vazby), typ 3 označuje *dismissing dimension* (distancovaný typ vazby) a typ 4 *fearful dimension* (bázlivé připoutání). Nejčastěji zjištěným typem vazby celkově byl typ 2 (n=29). Nejméně častým typ 1 (n=13). Ve skupině PNES byl nejčastější typ 2, ve skupině EPI také, ve skupině PNES-EPI typ 3 a v kontrolní skupině typ 4. Bez ohledu na množství respondentů v dané skupině je u tří ze čtyřech skupin z grafického znázornění patrné obdobné nejčastější zastoupení, kdy nejvíce byla zastoupena vazba 2 nebo 4 a nejméně 1 nebo 3. U skupiny PNES-EPI tomu bylo jinak, typy vazby byly zastoupeny v tomto počadí od nejčetnějšího: 3, 2, 4, první typ vazby chyběl.

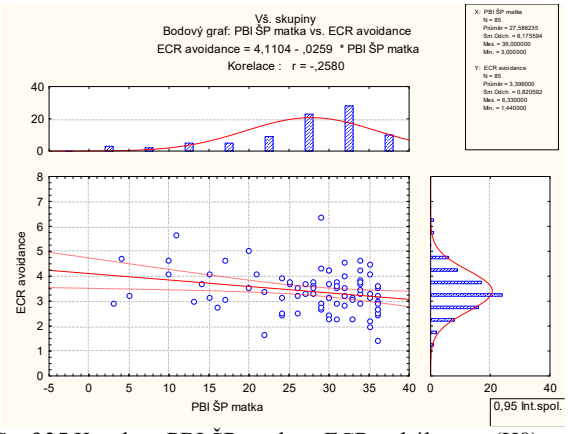
H8: Existuje vztah mezi výsledky v testu ECR, ECR-RS a PBI získanými od všech respondentů.

V rámci H8 byl s pomocí Pearsonova korelačního koeficientu zjišťován vztah mezi výsledky subškál jednotlivých testů (ECR, ECR-RS a PBI). Výsledky jsou popsány zvlášť podle jednotlivých testů a podrobněji popsány jsou pouze korelace významné na hladině $p<0,05000$.

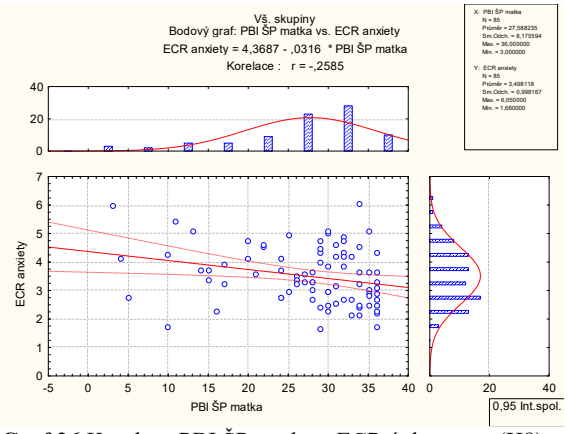
Vztah mezi výsledky PBI a ECR

Proměnná	Vš. skupiny Korelace Označ. korelace jsou významné na hlad. p < ,05000 ECR avoidance	ECR anxiety
PBI ŠP otec	-,2077	-,1429
	p=,056	p=,192
PBI ŠK otec	,2215	,0920
	p=,042	p=,402
PBI ŠP matka	-,2580	-,2585
	p=,017	p=,017
PBI ŠK matka	,0640	,3004
	p=,561	p=,005

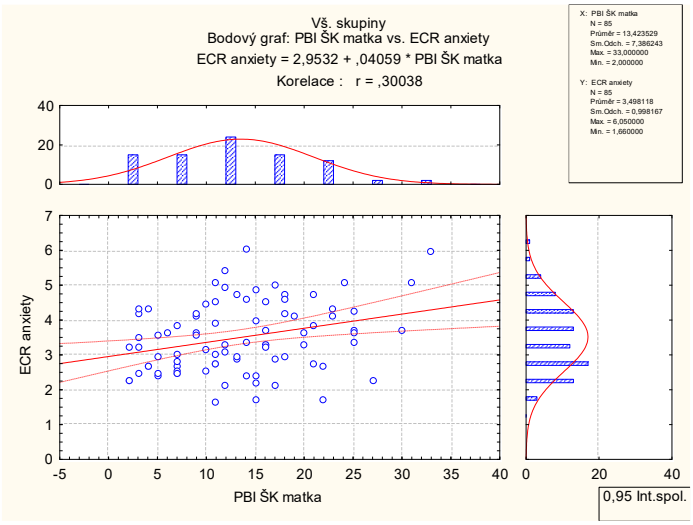
Tabulka 16 Korelace ECR a PBI (H8)



Graf 25 Korelace PBI ŠP matka a ECR vyhýbavost (H8)



Graf 26 Korelace PBI ŠP matka a ECR úzkostnost (H8)



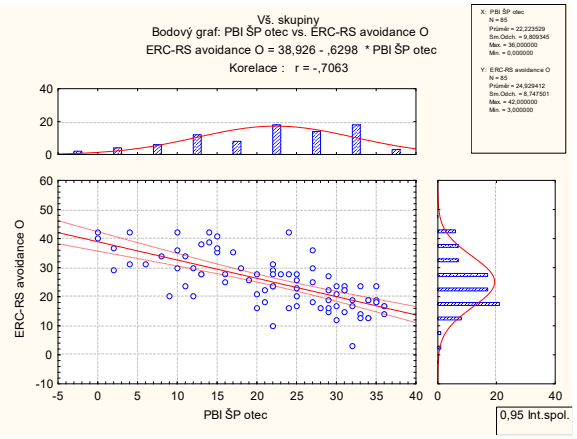
Graf 27 Korelace PBI ŠK matka a ECR úzkostnost (H8)

Statisticky signifikantní pozitivní korelace byla zjištěna mezi proměnnými PBI Škála kontroly – otec a ECR Vyhýbavost, dále mezi PBI Škála kontroly – matka a ECR úzkostnost. Statisticky signifikantní negativní korelace byla zjištěna mezi proměnnou PBI Škála péče matka a proměnnými ECR úzkostnost i vyhýbavost.

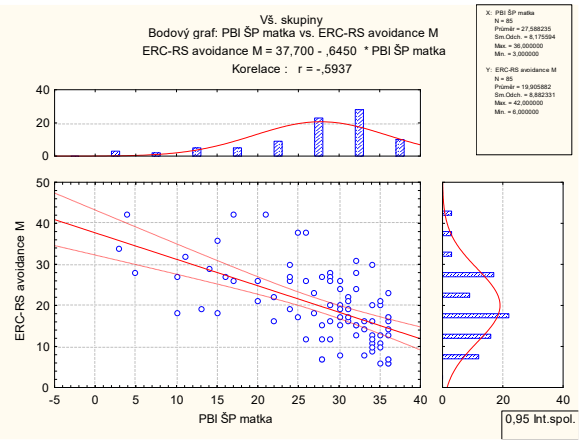
Vztah mezi výsledky PBI a ECR-RS

Proměnná	Vš. skupiny Korelace Označ. korelace jsou významné na hlad. p < ,05000 ERC-RS avoidance M	ECR-RS anxiety M	ERC-RS avoidance O	ECR-RS anxiety O	ERC-RS avoidance P	ECR-RS anxiety P	ERC-RS avoidance NP	ECR-RS anxiety NP
PBI ŠP otec	-,2781	-,0649	-,7063	-,3389	,0046	-,3029	-,0514	-,0654
	p=,010	p=,555	p=,000	p=,002	p=,967	p=,005	p=,640	p=,552
PBI ŠK otec	,1631	,2705	,1414	,2922	,0939	,0874	,3218	,2145
	p=,136	p=,012	p=,197	p=,007	p=,393	p=,426	p=,003	p=,049
PBI ŠP matka	-,5937	-,4259	-,1923	-,2328	-,0553	-,1501	-,0579	-,1695
	p=,000	p=,000	p=,078	p=,032	p=,615	p=,170	p=,599	p=,121
PBI ŠK matka	,2603	,2919	,0985	,3664	,0107	,1865	,1283	,3293
	p=,016	p=,007	p=,370	p=,001	p=,923	p=,087	p=,242	p=,002

Tabulka 17 Korelace PBI a ECR-RS (H8)



Graf 28 Korelace PBI ŠP otec a ECR-RS vyhýbavost otec (H8)



Graf 29 Korelace PBI ŠP matka a ECR-RS vyhýbavost matka (H8)

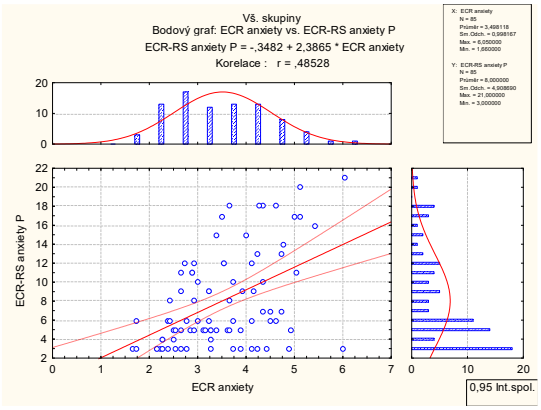
Statisticky signifikantní pozitivní korelace byla zjištěna mezi proměnnou PBI Škála kontroly – otec a proměnnými ECR-RS: Úzkostnost-matka, Úzkostnost-otec, Vyhýbavost – nejlepší přítel a Úzkostnost – nejlepší přítel, dále mezi proměnnou PBI Škála kontroly – matka a proměnnými ECR-RS: Úzkostnost – matka, Vyhýbavost – matka, Úzkostnost – otec a Úzkostnost – nejlepší přítel. Statisticky signifikantní negativní korelace byla zjištěna mezi proměnnou PBI Škála péče – otec a proměnnými ECR-RS: Vyhýbavost – matka, Vyhýbavost – otec, Úzkostnost – otec, Úzkostnost – partner, dále mezi proměnnou PBI Škála

péče – matka a proměnnými ECR-RS: Vyhýbavost – matka, Úzkostnost – matka, Úzkostnost – otec.

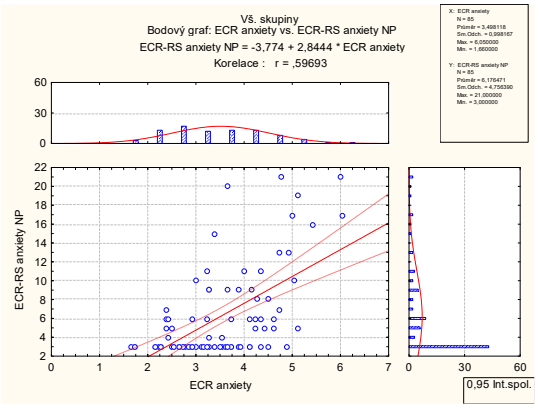
Vztah mezi výsledky ECR a ECR-RS

Proměnná	Vš. skupiny Korelace Označ. korelace jsou významné na hlad. p < ,05000 ERC-RS avoidance M	ECR-RS anxiety M	ERC-RS avoidance O	ECR-RS anxiety O	ERC-RS avoidance P	ECR-RS anxiety P	ERC-RS avoidance NP	ECR-RS anxiety NP
ECR avoidance	,3737	,2325	,2565	,2761	,4927	,3461	,3747	,3203
	p=,000	p=,032	p=,018	p=,011	p=,000	p=,001	p=,000	p=,003
ECR anxiety	,1911	,4135	,0273	,3047	,1701	,4853	,0375	,5969
	p=,080	p=,000	p=,804	p=,005	p=,120	p=,000	p=,733	p=,000

Tabulka 18 Korelace ECR a ECR-RS (H8)



Graf 30 Korelace ECR úzkostnost a ECR-RS úzkostnost otec (H8)



Graf 31 Korelace ECR úzkostnost a ECR-RS úzkostnost nejlepší přítel (H8)

Statisticky signifikantní pozitivní korelace na hladině významnosti 0,05 byla zjištěna mezi proměnnou ECR Vyhýbavost a všemi proměnnými ECR-RS. Další statisticky signifikantní pozitivní korelace byla zjištěna mezi proměnnou ECR Úzkostnost a všemi proměnnými ECR-RS měřícími úzkostnost (Úzkostnost-matka, Úzkostnost-otec, Úzkostnost-partner, Úzkostnost-nejlepší přítel).

6 Diskuse

Jak již bylo zmíněno v kapitole Metodologie výzkumu, není doposud měření citové vazby běžnou a rozšířenou klinickou praxí, existují však některé studie, které dokládají zájem o tuto problematiku, a to i v českém prostředí (Kozelková, 2008; Chatrná, 2006; Kociánová, 2006; Kodytková, 2009 in Čikošová & Preiss, 2011). Ještě méně existuje studií zkoumajících vzájemný vztah PNES a attachmentu, případně rodinných vztahů obecně, např. Krawetz, P., Fleisher, W., Pillay, N., Staley, D., Arnett, J. & Maher, J. (2001), Brown, R. J., Bouska, J. F., Frow, A., Kirkby, A., Baker, G. A., Kemp, S. & Reuber, M. (2013) či Green, B., Norman, P., & Reuber, M. (2017). Při prokázání rozdílných výsledků v dotaznících mapujících charakter a typ citové vazby v souvislosti s diagnózou PNES, PNES-epilepsie nebo epilepsie by zaměření se na zkoumání attachmentu mohlo sloužit jako jeden z důležitých prvků klinickopsychologické diferenciální diagnostiky (vedle anamnézy a compliance, diagnostiky kognitivních schopností, motorických a exekutivních funkcí, osobnostních rysů, psychopatologie atd.).

Cílem tohoto výzkumu bylo zmapovat problematiku psychogenních neepileptických záchvatů z hlediska attachmentu a s tím souvisejících možností pro diferenciální diagnostiku PNES a epilepsie, zaměřit se na případnou souvislost mezi psychogenními neepileptickými záchvaty a poruchami citové vazby, dále v souladu s teoretickými podklady na sociodemografické charakteristiky a jejich vztah k PNES (Bodde et al., 2009; Lichter et al., 2004; Bullock & Barry in Dworetzky & Baslet (Eds.), 2017) a to skrze psychometrické a anamnestické dotazníky. V případě prokázání statisticky signifikantních rozdílů ve výsledcích mezi jednotlivými skupinami respondentů tohoto výzkumu nebo při prokázání souvislostí výsledků se sociodemografickými faktory by výzkum rovněž mohl přinést nové pohledy na etiologii PNES. Dalším, z metodologického hlediska informativním záměrem práce bylo zjištění případných vztahů mezi výsledky jednotlivých použitých metod.

Bylo stanoveno celkem 9 hypotéz, které byly ve výzkumu testovány a které jsou v diskusi dále rozebírány a jejich výsledky jsou dávány do teoretických souvislostí.

Hypotézy **H1** a **H2** předpokládaly vztah mezi sociodemografickými údaji a skóry v dotaznících ECR a ECR-RS (H1) a PBI (H2). Tento předpoklad vznikl na teoretické bázi zahrnující mezi predisponujícími faktory ke vzniku onemocnění typu PNES například traumatickou minulost, situační spouštěče, specifické osobnostní rysy, ale i pohlaví, věk atd.

(Bodde et al., 2009). Bullock & Barry (in Dworetzky & Baslet (Eds.), 2017) řadí mezi predisponující faktory i specifickou kulturní příslušnost a zmiňují například, že u pacientů s PNES převažuje ženské pohlaví, a to v dospělém i adolescentním věku (66-99 %).

Pro zjištění korelací byly využity proměnné věk a vzdělání (počet let) a skóry v dotaznících PBI, ECR a ECR-RS. Dále byl ještě s použitím T-testu zjišťován rozdíl průměrných skórů u skupin rozdělených podle pohlaví. U dotazníku PBI byla zjištěna statisticky signifikantní negativní korelace mezi proměnnou Škála kontroly – otec a proměnnou Vzdělání (počet let). U dotazníku ECR nebyly u daných proměnných zjištěny žádné statisticky signifikantní korelace. Ve výsledcích u dotazníku ECR-RS byla zjištěna pozitivní korelace mezi proměnnými Vyhýbavost (globální) a Věk. Pro srovnání výsledků skupin podle pohlaví (muži a ženy) byl použit T-test pro dva nezávislé výběry, který odhalil statisticky signifikantní rozdíly průměrů u proměnných PBI ŠP matka (26,33 ženy a 30,42 muži, znázorněno na grafu 9) a dále rozdíly u průměrů proměnných ECR-RS Vyhýbavost – partner (12,96 ženy a 17,84 muži) a ECR-RS Vyhýbavost – matka (18,35 ženy a 23,42 muži). U mužů dosahovala tedy PBI subškála péče-matka vyšších hodnot, zároveň i ECR-RS vyhýbavost ve vztahu k partnerovi a ve vztahu k matce. Nelze tedy říci, že by v daném výzkumném vzorku existoval signifikantní vztah mezi výsledky v dotaznících a například věkem či pohlavím, kdy by byly vyšší / nižší hodnoty obou subškál zároveň a kdy by vztah byl patrný ve více než 1 dotazníku. Přesto však určité statisticky signifikantní korelace nalezeny byly a H0 je tedy možné zamítnout, H1 a H2 tedy platí. Ve výzkumu se tedy objevily vztahy mezi výše zmíněnými proměnnými, které nebyly předem na základě teorie předpokládány a který by mohly být předmětem dalšího zkoumání.

H3 předpokládala rozdíly mezi skóry v testech ECR, ECR-RS a PBI u kontrolní skupiny a skupiny pacientů (zahrnující pacienty s PNES, s epilepsií a s PNES i epilepsií). Pro srovnání výsledků byl použit T-test pro dva nezávislé výběry. Statisticky signifikantní rozdíl průměrů těchto dvou skupin byl zjištěn na hladině významnosti 0,05 u čtyřech proměnných: (PBI) škála kontroly – otec, (ECR-RS) škála úzkostnosti – matka, (ECR-RS) škála úzkostnosti – otec, (ECR-RS) škála vyhýbavosti – nejlepší přítel. Průměry proměnných se statisticky signifikantně liší a H0 je tedy možné v tomto případě zamítnout, H3 tedy platí. Dále je patrné, že skupina pacientů měla ve všech čtyřech případech vyšší hodnotu průměru nežli skupina kontrolní. Vyšší skóry v daných subškálách ECR-RS odpovídají vyšší vyhýbavosti / úzkostnosti v konkrétním vztahu (matka / otec / nejlepší přítel). U PBI

odpovídá vyšší škála kontroly zvýšené kontrole zde ze strany otce. Zjištěná zvýšená úzkostnost či vyhýbavost ve vztazích s rodiči a dalšími blízkými lidmi oproti kontrolní skupině může souviset s diagnózou pacientů (PNES, PNES-EPI či epilepsie). Jak bylo zmíněno v teoretické části práce, někteří autoři řadí mezi komorbidní symptomy u PNES úzkost, deprese, narušení schopnosti emoční regulace, chybějící či maladaptivní copingové strategie, neuroticismus, deformované vztahy k druhým lidem (Alper, 1994; Reuber et al., 2004; Uliaszek et al., 2012; Direk et al., 2012). Podobně je tomu i u poruch citové vazby (podkapitola 1.5.3), poruchy citové vazby jsou zároveň charakteristické zvýšenými hodnotami úzkostnosti, vyhýbavosti, nebo obou subškál. U pacientů s epilepsií jde ze všech případů psychiatrické komorbidity ve 40-60 % o poruchy depresivní a u 20-40 % pacientů o poruchy úzkostné. Psychotická symptomatologie se vyskytuje pouze u 2-8 % pacientů, mírně zvýšený oproti běžné populaci je i výskyt suicidálních pokusů a poruch osobnosti (Hovorka, Herman a Nežádal, 2004). Větší riziko úzkostnosti a psychiatrické komorbidity obecně je u pacientů se závažnými a častými záchvaty (Salpekar & Mula, 2018).

H4 předpokládala rozdíl mezi skóry úzkostnosti a vyhýbavosti tvořícími globální citovou vazbu u pacientů s PNES oproti pacientům s PNES i epilepsií, pacientům s epilepsií a kontrolní skupině. Globální citová vazba byla zjišťována z dotazníků ECR a ECR-RS. Nebylo potvrzeno, že by některá ze skupin měla statisticky signifikantně odlišné průměry v obou subškálách zároveň, jisté signifikantní rozdíly ale zjištěny byly, a proto je možné zamítnout nulovou hypotézu. Z výsledků analýzy rozptylu a LSD testů je patrné, že u skupiny PNES byl průměr subškály vyhýbavost nejvyšší, a to v obou dotaznících. Subškála úzkostnosti dosahovala nejvyšších hodnot v obou dotaznících u skupiny PNES-EPI. Fakt, že průměry kontrolní skupiny byly statisticky signifikantně nižší, než průměry skupin PNES a PNES-EPI je možné dát do souvislosti se studiemi popsanými u H3 (Alper, 1994; Reuber et al., 2004; Uliaszek et al., 2012; Direk et al., 2012; Hovorka, Herman a Nežádal, 2004), zmiňujícími psychiatrickou komorbiditu u pacientů s PNES i u pacientů s epilepsií. Skupina PNES měla statisticky signifikantně vyšší průměr u subškály vyhýbavosti a skupina PNES-EPI zase u subškály úzkostnosti, je zde tedy určitý rozdíl. Autoři porovnávající pacienty s PNES, PNES i epilepsií a s epilepsií nesrovnávají přímo rozdíly v úzkostnosti či vyhýbavém chování, zmiňují ale některé rozdíly, mezi nimi signifikantně vyšší výskyt psychických traumat z raného dětství u pacientů s PNES, ovlivňující vztahování se k lidem v dospělém věku (Alper et al., 1993; Kuyk et al., 1999; Akyuz et al., 2004; Elliot & Charyton, 2014). Pacienti, kteří

mají diagnostikovány psychogenní neepileptické záchvaty i epilepsii zároveň vykazují dle výzkumů větší míru disociací v porovnání se zdravou populací a s pacienty pouze s epilepsií (Bullock & Barry in Dworetzky & Baslet (Eds.), 2017).

H5 předpokládala rozdíl mezi skóry úzkostnosti a vyhýbavosti tvořícími specifickou citovou vazbu u pacientů s PNES oproti pacientům s PNES i epilepsií, pacientům s epilepsií a kontrolní skupině. Jak už bylo zmíněno, výsledky ukázaly statisticky signifikantní rozdíl celkem u tří proměnných: úzkostnost-matka, úzkostnost-otec a vyhýbavost-nejlepší přítel, kdy průměrnou hodnotu měla ve všech třech případech nejvyšší skupina PNES, nejnižší hodnota byla zjištěna 2x u kontrolní skupiny a jednou u skupiny PNES-EPI (subškála vyhýbavost – nejlepší přítel). Vzhledem ke zjištění statisticky signifikantních rozdílů průměrů je možné H0 v tomto případě zamítnout. Skupina pacientů s PNES tedy vykazovala nejvyšší průměrnou hodnotu vyhýbavosti v globální citové vazbě (H4) i ve specifické vazbě u subškály nejlepší přítel. Při specifikaci citové vazby a rozdělení na subškály matka, otec, partner a nejlepší přítel v rámci H5 se objevuje rovněž u skupiny PNES nejvyšší průměrný skór v úzkostnosti ve vztahu k oběma rodičům. Nefunkční komunikace v rodinném systému je jako častý jev zmiňována v souvislosti s rodinami pacientů s PNES (Krawetz et al., 2001). Autoři mezi důsledky nefunkční komunikace popisují častější konflikty a chybějící emoční akceptaci, to vše vnímáno především pacienty s PNES, a nikoliv dalšími členy rodiny. Otázkou zůstává, zda úzkostnost ve vztahu k rodičům souvisí s diagnózou pacienta, nebo onu diagnózu už předcházela.

H6 zkoumala případnou existenci rozdílu mezi hodnotami škál péče a kontroly u pacientů s PNES oproti dalším skupinám respondentů. Nulovou hypotézu je možné zamítnout, vzhledem ke zjištění signifikantních rozdílů průměrů některých skupin. Statisticky signifikantní rozdíly průměrů byly zjištěny pouze u subškál vztahujících se k matce: škála péče – matka a škála kontroly – matka. Nulovou hypotézu tedy lze zamítnout a H6 lze považovat za platnou. U proměnné škála péče – matka byl zjištěn signifikantní rozdíl průměru skupiny EPI oproti skupině PNES a PNES-EPI. U proměnné škála kontroly – matka byl zjištěn signifikantní rozdíl skupiny PNES-EPI oproti kontrolní skupině. Obecně lze říci, že skupiny PNES a PNES-EPI dosahovaly průměrně nižších skórů v subškále péče – matka, a naopak vyšších skórů v subškále kontroly – matka než ostatní skupiny. Tyto hodnoty odpovídají typu vazby „nelaskavá kontrola“, zmíněnému v souvislosti s PBI v podkapitole Metody sběru dat. Vrtbovská (2010) vysvětluje vznik poruch citové vazby v dětství jako

důsledek traumatických zkušeností ve vztazích s důležitými vazebnými figurami. Jak již bylo zmíněno v teoretické části, tyto zkušenosti mohou být zapříčiněny například nedostatečnou vnímavostí a péčí o potřeby dítěte ze strany pečující osoby, týráním apod. Tyto poruchy pak napomáhají vytvoření takzvaného bludného kruhu, kdy jedinec není schopen regulovat své emoce, vyvolává ve svém okolí tímto chováním negativní reakce a ve výsledku si skrze odmítavé reakce okolí potvrzuje původní schémata a přesvědčení o světě, jako o nepřátelském, nebezpečném místě. Autorka dále hovoří o problému, kteří mají lidé s poruchou citové vazby s uvědomováním si a vybavováním nepříjemných vzpomínek a pocitů, tyto negativní zážitky špatně zpracovávají, což ovlivňuje jejich chování. PNES řadíme podle MKN-10 (WHO, 1992) mezi Poruchy neurotické, stresové a somatoformní (F40–F48) do podkategorie Disociativní (konverzní) poruchy (F44) a často bývají spojovány s rannými traumatickými zážitky a jejich disociacemi, které jsou psychickou obranou proti devastujícím vlivům těchto traumat (Rosenberg et al. 2000), nebo se somatickými symptomy jako důsledky potlačených intrapsychických konfliktů (Kanner et al., 1999). Podoba citové vazby ve výsledku v dospělosti ovlivňuje vědomí o vlastní hodnotě, dále vytváření modelů, podle kterých navazujeme v dospělosti interpersonální vztahy včetně intimních. Jisté či nejisté připoutání souvisí i s vnímanou (ne)důvěrou vůči druhým lidem a resiliencí (Bowlby, 2010) a můžeme ho předávat dále svým dětem (DeLozier, 1982 in Bowlby, 1988).

V rámci **H7** byl zjišťován vztah mezi typy vazeb získanými z dotazníků PBI a ECR. Na základě výsledků nebyl zjištěn vztah mezi jednotlivými typy vazeb, alternativní hypotéza tedy neplatí. Je třeba uvést, že typy vazeb zjištěné z dotazníku ECR vypovídají o typu globální citové vazby respondenta, kdežto typy vazeb získané z dotazníku PBI vypovídají spíše o charakteru interakce respondenta s rodiči a přístupu rodičů ke svému dítěti obecně (míra péče a kontroly). V rámci deskriptivní statistiky byly dále popsány nejčastěji se vyskytující typy vazby podle dotazníku ECR v jednotlivých skupinách respondentů. Zastoupením typů vazeb se mírně liší skupina PNES-EPI, vzhledem k malému počtu respondentů nejde ale o zobecnitelný výsledek. Poslední hypotéza (**H8**) byla věnována zjišťování vztahu mezi výsledky v testu ECR, ECR-RS a PBI získanými od všech respondentů. Explorační analýza dat byla použita za účelem zjištění případného vztahu mezi výsledky jednotlivých testů. Tento vztah byl předpokládán na základě některých již uskutečněných validizačních studií zmíněných v podkapitole Metody sběru dat a dále na skutečnosti, že dva z použitých dotazníků jsou postaveny na měření stejných subškál. Bylo

zjištěno několik statisticky signifikantních korelací, H0 lze tedy zamítnout. Mezi zjištěnými vztahy proměnných, které nebyly dosud cíleně zmapovány a popsány a mohly by sloužit jako náměty k dalšímu zkoumání, je možné jmenovat korelace některých subškál dotazníku ECR-RS a dotazníku PBI, stejně tak jako korelace subškál dotazníku ECR a dotazníku PBI. Korelace zjištěné mezi výsledky dotazníků ECR a ECR-RS mohou vypovídat o shodném založení obou testových metod na měření totožných dimenzí. Subškála vyhýbavosti (ECR) v tomto případě korelovala se všemi proměnnými ECR-RS. A subškála úzkostnosti se všemi proměnnými ECR-RS měřícími úzkostnost (Úzkostnost-matka, Úzkostnost-otec, Úzkostnost-partner, Úzkostnost-nejlepší přítel).

Na závěr diskuse je vhodné shrnout, že výsledky práce poukazují na existenci určitých statisticky signifikantních rozdílů mezi pacienty s PNES, PNES i epilepsií, epilepsií a kontrolní skupinou. Testovým metodám zjišťujícím charakter citové vazby by mohlo být žádoucí věnovat dále větší pozornost jako součásti diferenciální diagnostiky PNES a epilepsie, ale také například jako nástroji ke zjištění informací o pacientovu rodinném prostředí využitelných následně v psychoterapii. Jak již bylo zmíněno v teoretické části, včasná a správná diagnostika a následná psychoterapie může pacientovi s onemocněním PNES usnadnit život a zamezit například nežádoucímu užívání antiepileptik, případně dlouhodobému užívání anxiolytik či antidepresiv. Dále by bylo vhodné více prozkoumat například vztah mezi výchovou a přístupem v primární rodině klienta (zde subškály kontroly a péče v dotazníku PBI) a mezi typy vazby případně poruchami vazby. Dalším tématem, které by mohlo být podrobněji prozkoumáno je vztah globální a specifické citové vazby u pacientů s PNES. Hypotéza 8 sice mapuje korelace výsledků jednotlivých dotazníků, a tedy i vztah výsledků ECR měřící globální citovou vazbu a ECR-RS měřící citovou vazbu specifickou, jde však pouze o zjištění vztahu proměnných, nikoliv o podrobnější zkoumání a interpretaci dané problematiky. Vzhledem k vysokým hodnotám úzkostnosti nebo vyhýbavosti zjištěným v některých subškálách u skupiny pacientů s PNES (či PNES a epilepsií) a komorbiditám souvisejícím s tímto onemocněním popsaným v teoretické části práce by případně další výzkum mohl být doplněn o škály měřící subjektivně vnímanou úzkost či dotazníky mapující charakter pacientových interpersonálních interakcí, to vše ideálně za předpokladu měření u pacienta před a po absolvování psychoterapie. Takovýto výzkum by mohl pomoci popsat účinky různých druhů psychoterapie u pacientů s PNES, ať už jde o kognitivně behaviorální

přístup, psychoterapii doplněnou farmakoterapií, na attachment zaměřenou terapii nebo například nácvik regulace emocí, edukaci a práci s fenoménem alexithymie.

Výstupy této diplomové práce by mohly sloužit v klinické praxi díky srovnání skupin pacientů s odlišnou diagnózou a kontrolní skupiny, dále pro výsledky srovnání jednotlivých metod zjišťujících charakter citové vazby. Vzhledem k nízkému počtu pacientů s jednotlivými onemocněními zastoupených ve výzkumném vzorku má tato práce výrazné limity z hlediska zobecnění a přenositelnosti výsledků na českou populaci, v rámci případných dalších studií by bylo vhodné výzkumný vzorek zvětšit. Malý počet respondentů je zejména ve skupinách pacientů s PNES a pacientů s PNES a epilepsií dán nízkou prevalencí onemocnění a vyžaduje časově náročnější – dlouhodobější sběr dat pro získání adekvátního množství respondentů. Dalším limitem této práce byl nehomogenní charakter výzkumného vzorku, kdy se kontrolní skupina lišila sociodemografickými údaji od pacientů, což bylo dáno především způsobem sběru dat a v případných dalších studiích zahrnujících kontrolní skupinu by rovněž bylo zapotřebí dbát na odstranění tohoto rozdílu.

7 Závěr

Tato práce se zabývá problematikou psychogenních neepileptických záchvatů a jejich diferenciální diagnostiky v souvislosti se zjišťováním charakteru citové vazby. Na počátku byla na základě teoretických poznatků předpokládána možná souvislost mezi narušením citové vazby a diagnózou PNES. Tato souvislost byla zkoumána srovnáním výsledků skupin respondentů s rozdílnými diagnózami (PNES, PNES a epilepsie, epilepsie) a kontrolní skupiny intaktních osob, výsledky byly získány z dotazníků mapujících charakter citové vazby. Zvlášť byla srovnávána citová vazba globální a specifická a typy citové vazby. Dále bylo předpokládáno, že existuje souvislost mezi naměřenými hodnotami a sociodemografickými faktory a že spolu vzájemně souvisí výsledky jednotlivých použitých dotazníků s ohledem na podobné zaměření testových metod.

Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a empirickou. Teoretická část se zaměřuje především na přiblížení problematiky attachmentu, teorii citové vazby od její historie po současnost, vliv citové vazby na ontogenezi jedince a dospělý život a metody zjišťování attachmentového stylu. Dále pak obsahuje oblast věnující se epilepsii a následně psychogenním neepileptickým záchvatům, popisující u každého onemocnění diagnostické zařazení, etiologii, symptomy, komorbidity, dopady na kvalitu života a možnosti léčby, dále se věnuje i kombinaci onemocnění epilepsie a PNES. Empirická část práce obsahuje popis výzkumných cílů, stanovené hypotézy, popis výzkumného vzorku, metodologické stránky výzkumu a výsledky zahrnující interpretaci dat. Jádrem práce bylo využít metody PBI, ECR a ECR-RS mapující charakter citové vazby a porovnat výsledky pacientů s PNES, epilepsií, PNES a epilepsií a s výsledky kontrolní skupiny. Dále byly srovnávány výstupy jednotlivých testových metod spolu navzájem a zjišťován případný vztah.

Výsledky byly pro řadu hypotéz statisticky signifikantní. Výzkum ukázal, že existují některé korelace výsledků výše uvedených dotazníků se sociodemografickými faktory, které by mohly být předmětem dalšího zkoumání. Dále poukázal na rozdíly v naměřených hodnotách u kontrolní skupiny a u skupiny pacientů obecně (nezávisle na diagnóze), konkrétně šlo o 4 subškály, kdy ve 3 případech ze 4 se jednalo o proměnnou vztahující se významem k rodiči (matce nebo otci). Dále bylo u zkoumání globální citové vazby zjištěno, že skupiny pacientů s PNES a s PNES i epilepsií se statisticky signifikantně odlišovaly

průměry naměřených hodnot od ostatních skupin respondentů (kontrolní skupina a pacienti s epilepsií), pacienti s PNES v subškále vyhýbavosti a pacienti s PNES i epilepsií v subškále úzkostnosti. Skupina pacientů s PNES se dále odlišovala svými výsledky od ostatních respondentů (kontrolní skupina a pacienti s epilepsií) i v rámci specifické citové vazby, a to ve vztahu k rodičům (subškála úzkostnost – matka). Stejně tak i skupina s PNES i epilepsií. U subškály úzkostnost-otec se statisticky signifinaktně lišily hodnoty skupiny PNES oproti kontrolní skupině. Signifikantní rozdíl mezi průměry skupiny PNES a PNES-EPI byl zjištěn v subškále vyhýbavost-nejlepší přítel. Ve výsledcích dotazníku Parental Bonding Instrument byly zjištěny statisticky signifikantní rozdíly pouze u subškál souvisejících s matkou respondenta, nikoliv otcem, přičemž odlišné průměrné hodnoty měly opět skupiny pacientů s PNES a s PNES i epilepsií, konkrétně vyšší hodnoty v subškále kontroly a nižší v subškále péče. Nejčastějšími typy citové vazby zjištěnými ve výzkumném vzorku byly zaujatý typ vazby (*preoccupied dimension)* a takzvané bázlivé připoutání (fearful dimension). Ve výsledku lze vyzdvihnout podobnost naměřených hodnot u pacientů s PNES a PNES i epilepsií, kdy šlo o odlišné subškály (vyhýbavost, úzkostnost), ale průměry daných skupin respondentů se signifikantně lišily od kontrolní skupiny a skupiny pacientů s epilepsií.

Mimo výše zmíněné rozdíly a korelace byly zjištěny i vztahy výsledků jednotlivých dotazníků navzájem, kdy korelace některých subškál testové metody PBI s některými subškálami ECR a ECR-RS nebyly dříve zkoumány, tedy ani předem předpokládány a jejich existenci a obecně srovnání výstupů metody PBI a dalších dotazníků měřících attachment by mohla být věnována pozornost v dalším výzkumu, který by mohl přinést doplňující informace. Některé korelace výsledků testových metod založených na měření obdobných subškál, tedy ECR a ECR-RS byly taktéž signifikantní, což může vypovídat o validitě užitých dotazníků.

Co se týče praktického využití diplomové práce, záměrem bylo přispět novými poznatky do oblasti diferenciální diagnostiky psychogenních neepileptických záchvatů poukázáním na možné odlišnosti v charakteru citové vazby u těchto pacientů oproti pacientům s epilepsií (či PNES i epilepsií). Vzhledem k obtížnosti odlišení psychogenních neepileptických záchvatů od epileptických by mohlo zaměření se na attachment vyšetřovaného přispět k usnadnění situace vedle standardně využívaných postupů, jako je video-EEG monitorace, komplexní neuropsychologické vyšetření, zaměření se na subjektivní i objektivní anamnézu pacienta, jeho popis průběhu záchvatů, nálezy z dalších zobrazovacích

metod, popřípadě využití sugestivní indukce, vyloučení dalších somatických příčin záchvatů atd. Dalším praktickým využitím může být srovnání výstupů jednotlivých testových metod zaměřujících se na zjišťování charakteru citové vazby. Jak již bylo zmíněno v diskusi, námětem pro další výzkum by mohlo být například srovnání výsledků u pacientů před a po absolvování psychoterapie, kdy by dotazníky byly administrovány pouze osobám vykazujícím na počátku nejistou citovou vazbu a vysoké hodnoty vyhýbavosti a úzkostnosti, co se týče globální citové vazby. Před a po absolvování psychoterapie by mohla být zkoumána vyhýbavost (případně styl sociální interakce) nebo úzkostnost nejen jako součást globální citové vazby, ale i v samostatně testových metodách k tomu určených. zároveň by bylo podnětné zjišťovat hodnoty u pacientů, kteří absolvovali různé formy terapie. Takovýto výzkum by mohl pomoci popsat účinky různých druhů psychoterapie u pacientů s PNES ve vztahu k dimenzím citové vazby, ať už jde o kognitivně behaviorální přístup, psychoterapii doplněnou farmakoterapií, na attachment zaměřenou terapii nebo například nácvik regulace emocí, edukaci, práci s fenoménem alexythymie či traumaty.

Závěrem diplomové práce je třeba zmínit, že výsledky výzkumu je žádoucí vnímat v souvislosti s daným výzkumným vzorkem a nelze je tedy zobecňovat na populaci pacientů s PNES, epilepsií či PNES a epilepsií.

8 Reference

- Abubakr, A., Kablinger, A. & Caldito, G. (2003). Psychogenic seizures: clinical features and psychological analysis. *Epilepsy & Behavior*, 4(3), s. 241-245.
- Ainsworth, M. D. S. & Bowlby, J. (1991). An Ethological Approach to Personality Development. *American Psychologist*, 46(4), s. 333-341.
- Ainsworth, M. D. S. (1979). Infant–mother attachment. *American psychologist*, 34(10), s. 932-937.
- Akyuz, G., Kugu, N. & Akyuz, A. (2004). Dissociation and childhood abuse history in epileptic and pseudoseizure patients. *Epileptic Disorders*, 6(3), s. 187-192.
- Alper, K. (1994). Nonepileptic seizures. *Neurologic clinics*, 12(1), s. 153-174.
- Alper, K., Devinsky, O., Perrine, K., Vazquez, B. & Luciano, D. (1993). Nonepileptic seizures and childhood sexual and physical abuse. *Neurology*, 43(10), s. 1950-1950.
- American Psychiatric Association (2013). *Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-5* [online]. Dostupné z: https://www.psychiatry.msu.edu/_files/docs/Changes-From-DSM-IV-TR-to-DSM-5.pdf [cit. 16.1.2020].
- Bodde, N. M. G., Brooks, J. L., Baker, G. A., Boon, P. A. J. M., Hendriksen, J. G. M., Mulder, O. G. & Aldenkamp, A. P. (2009). Psychogenic non-epileptic seizures—definition, etiology, treatment and prognostic issues: a critical review. *Seizure*, 18(8), s. 543-553.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Bowlby, J. (2010). *Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál.
- Bowlby, J. (2012). *Odloučení: kritické období raného vztahu mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál.
- Bowlby, J. (2013). *Ztráta: smutek a deprese*. Praha: Portál.

- Bowman, E. S. (1999). Nonepileptic seizures: psychiatric framework, treatment, and outcome. *Neurology*, 53(5 Suppl 2), s. 84-8.
- Brázdil, M., Hadač, J. & Marusič, P. (2011). *Farmakorezistentní epilepsie*. 2., dopl. a aktualiz. vyd. Praha: Triton.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (s. 46–76). Guilford Press.
- Brown, R. J., Bouska, J. F., Frow, A., Kirkby, A., Baker, G. A., Kemp, S. & Reuber, M. (2013). Emotional dysregulation, alexithymia, and attachment in psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 29(1), s. 178–183.
- Brisch, K. H. (2011). *Poruchy vztahové vazby: od teorie k terapii*. Praha: Portál (Spektrum).
- Cassidy, J. & Shaver, P. R. (2008). *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications.* 2nd ed. New York: Guilford Press.
- Clarke-Stewart, K. A. (1978). And daddy makes three: The father's impact on mother and young child. *Child development*, 49 (2), s. 466-478.
- Collins, N. L. & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(4), s. 644-663.
- Cozolino, L. (2014). *The neuroscience of human relationships: Attachment and the developing social brain*. New York: W. W. Norton & Company, Inc.
- Cvrčková, A. (2017). *Psychometrické charakteristiky české adaptace ECR-RS, posouzení vztahu globální a specifické citové vazby.* Disertační práce. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií.
- Cvrčková, A. (2019). *Psychometrické charakteristiky metody ECR-RS, struktura globální a specifické citové vazby – cross-validizace výsledků české a originální (anglické) verze metody ECR-RS*. Rigorózní práce. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií.
- Čikošová, E. & Preiss, M. (2011). *Parental Bonding Instrument*. Otrokovice: Propsyco, s.r.o.

- Davidson, R. J. (2000). Affective style, psychopathology, and resilience: brain mechanisms and plasticity. *American Psychologist*, 55(11), s. 1196.
- Direk, N., Kulaksizoglu, I. B., Alpay, K. & Gurses, C. (2012). Using personality disorders to distinguish between patients with psychogenic nonepileptic seizures and those with epileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 23(2), s. 138-141.
- Dostojevskij, F. M. (1972). *Idiot*. 3. vyd. Praha: Svoboda.
- Dworetzky, B. A. & Baslet, G. (Eds.). (2017). *Psychogenic Nonepileptic Seizures: Toward the Integration of Care*. Oxford University Press.
- Elliott, J. O. & Charyton, C. (2014). Biopsychosocial predictors of psychogenic non-epileptic seizures. *Epilepsy research*, 108(9), s. 1543-1553.
- Fonagy, P. & Target, M. (2005). Bridging the transmission gap: An end to an important mystery of attachment research?, *Attachment & Human Development*, 7:3, s. 333-343.
- FRALEY, R. C. *Update on Global/General Attachment*. University of Illinois: Psychology Department Labs [online]. Illinois (2014). [cit. 1. 2. 2020]. Dostupné z: http://labs.psychology.illinois.edu/~rcfraley/measures/relstructures.htm
- Fraley, R. C., Heffernan, M. E., Vicary, A. M. & Brumbaugh, C. C. (2011). The experiences in close relationships—Relationship Structures Questionnaire: A method for assessing attachment orientations across relationships. *Psychological assessment*, 23(3), s. 615-625.
- Fraley, R. C., Niedenthal, P. M., Marks, M. J., Brumbaugh, C. C., & Vicary, A. (2006). Adult attachment and the perception of emotional expressions: Probing the hyperactivating strategies underlying anxious attachment. *Journal of Personality*, 74, s. 1163-1190.
- Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(2), s. 350–365.

- Green, B., Norman, P., & Reuber, M. (2017). Attachment style, relationship quality, and psychological distress in patients with psychogenic nonepileptic seizures versus epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 66, s. 120–126.
- Greenberg, M. T. (1999) in Cassidy, J. & Shaver, P. R. (Eds.). Attachment and psychopathology in childhood. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (s. 469–496). The Guilford Press.
- Gugová, G. R., Heretik, A., & Hajdúk, M. (2014). Psychometric properties of the Slovak version of Experiences in Close Relationships-Revisited (ECR-R) on general adult sample. *Studia psychologica*, 56(1), s. 37-52.
- Hartl, P. & Hartlová, H. (2015). *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál.
- Hašto, J. (2005). *Vzťahová väzba: Ku koreňom lásky a úzkosti*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
- Hovorka, J., Herman, E. & Nežádal, T. (2004). Epilepsie a základy antiepileptické léčby, část 1. *Diagnostika a léčba. Psychiatrie pro praxi*, 5, s. 123-130.
- Kanner, A. M., Parra, J., Frey, M., Stebbins, G., Pierre–Louis, S. & Iriarte, J. (1999). Psychiatric and neurologic predictors of psychogenic pseudoseizure outcome. *Neurology*, 53(5), s. 933-933.
- Kirkpatrick, L. A. (1998). God as a substitute attachment figure: A longitudinal study of adult attachment style and religious change in college students. *Personality and social psychology bulletin*, 24(9), s. 961-973.
- Kotrlová, H. & Lacinová, L. (2013). Citová vazba a řešení konfliktů v partnerských vztazích v dospělosti. *E-psychologie*, 4(7), s. 1-14.
- Krámská, L., Hrešková, L., Vojtěch, Z., Krámský, D., & Myers, L. (2020). Maladaptive emotional regulation in patients diagnosed with psychogenic non-epileptic seizures (PNES) compared with healthy volunteers. *Seizure*, 78, s. 7-11.
- Krawetz, P., Fleisher, W., Pillay, N., Staley, D., Arnett, J. & Maher, J. (2001). Family functioning in subjects with pseudoseizures and epilepsy. *The Journal of nervous and mental disease*, 189(1), s. 38-43.

- Kulišťák, P. (Ed.). (2017). *Klinická neuropsychologie v praxi*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.
- Kurdek, L. A. (2009). Pet dogs as attachment figures for adult owners. *Journal of Family Psychology*, 23(4), s. 439–446.
- Kuyk, J., Spinhoven, P., Boas, W. V. E. & van Dyck, R. (1999). Dissociation in temporal lobe epilepsy and pseudo-epileptic seizure patients. *The Journal of nervous and mental disease*, 187(12), s. 713-720.
- LaFrance, W. C., Keitner, G. I., Papandonatos, G. D. et al. (2010). Pilot pharmacologic randomized controlled trial for psychogenic nonepileptic seizures. *Neurology*, 75(13), s. 1166-1173.
- Lamb, M. E. (Ed.). (2004). *The role of the father in child development*. Hoboken, New Yersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Langmeier, J. & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie.* 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada (Psýché).
- Langmeier, J. & Matějček, Z. (2011). *Psychická deprivace v dětství.* Praha: Karolinum.
- Lečbych, M. & Pospíšilíková, K. (2012). Česká verze škály Experiences in close relationships (ECR): pilotní studie posouzení vztahové vazby v dospělosti. *E-psychologie*, 6(3), s. 1-11.
- Lečbych, M., & Seitl, M. (2013). The association between self-report attachment dimensions and the Rorschach Oral Dependency Scale in a sample of Czech adults. *Rorschachiana*. 34 (2), s. 137-155.
- Levy, K. N. (2005). The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Development and psychopathology*, 17(4), s. 959-986.
- Lichter, I., Goldstein, L. H., Toone, B. K. & Mellers, J. D. (2004). Nonepileptic seizures following general anesthetics: a report of five cases. *Epilepsy & Behavior*, 5(6), s. 1005-1013.

- Loring, D. W., Meador, K. J. & Lee, G. P. (2004). Determinants of quality of life in epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 5(6), s. 976-980.
- Ludwig, L., Pasman, J. A., Nicholson, T., Aybek, S., David, A. S., Tuck, S. & Stone, J. (2018). Stressful life events and maltreatment in conversion (functional neurological) disorder: systematic review and meta-analysis of case-control studies. *The Lancet Psychiatry*, 5(4), s. 307-320.
- Luxenberg, T., Spinazzola, J. & Van der Kolk, B. A. (2001). Complex trauma and disorders of extreme stress (DESNOS) diagnosis, part one: Assessment. *Directions in psychiatry*, 21(25), s. 373-392.
- Luz, R., George, A. & Spitz, E. (2016). Attachement, parentalité et diagnostic prénatal: perspectives théorique, clinique et de recherche en psychologie de la santé. *Pratiques Psychologiques*, 22(4), s. 399-415.
- Mackinnon, A. J., Henderson, A. S., Scott, R., & Duncan-Jones, P. (1989). The Parental Bonding Instrument (PBI): an epidemiological study in a general population sample. *Psychological Medicine*, 19(4), s. 1023-1034.
- Mahler, M. S., Pine, F. & Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation*. New York: Basic Books.
- Maierová, E., Charvát, M. & Miovský, M. (2014). Sociodemografický profil patologických hráčů v pobytové léčbě v psychiatrických léčebnách. *Adiktologie*, (14)1, s. 30–41.
- Marusič, P., Ošlejšková, H. & Brázdil, M. (2018). Nové klasifikace epileptických záchvatů a epilepsií ILAE 2017. *Neurologie pro praxi*, *19*(1), s. 32-36.
- Medalová, K & Procházka, R. (2014). Rané maladaptívne schémy, attachment a stratégie zvládania stresu u klinickej a neklinickej populácie. *E- psychologie* [online], 8(4), s. 11-22. [cit. 1. 2. 2020]. Dostupný z: http://e-psycholog.eu/pdf/medalova-prochazka.pdf
- Meyer, B., & Pilkonis, P. A. (2001). Attachment style. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38(4), s. 466–472.

- Mikulincer, M., & Shaver, P. in Obegi, J. H., & Berant, E. (Eds.) (2009). An Overview of Adult Attachment Theory. *Attachment theory and research in clinical work with adults*. The Guilford press. s. 17-45.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: The Guilford Press.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Myers, L., Perrine, K., Lancman, M., Fleming, M. & Lancman, M. (2013). Psychological trauma in patients with psychogenic nonepileptic seizures: trauma characteristics and those who develop PTSD. *Epilepsy & Behavior*, 28(1), s. 121-126.
- Parker, G. (1989). The parental bonding instrument: psychometric properties reviewed. *Psychiatric developmen*ts, 7(4), s. 317-335.
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British journal of medical psychology*, 52(1), s. 1-10.
- Patrick, M., Hobson, R. P., Castle, D., Howard, R. & Maughan, B. (1994). Personality disorder and the mental representation of early social experience. *Development and Psychopathology*, 6(2), s. 375-388.
- Pöthe, P. (2013). *Emoční poruchy v dětství a dospívání*. Praha: Grada Publishing.
- Rektor, I. & Ošlejšková, H. (2010). Stručná epileptologie pro praxi. *Neurologie pro praxi*, 11, s. 5-44.
- Reuber, M., Pukrop, R., Bauer, J., Derfuss, R. & Elger, C. E. (2004). Multidimensional assessment of personality in patients with psychogenic non-epileptic seizures. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 75(5), s. 743-748.
- Reuber, M., Pukrop, R., Bauer, J., Helmstaedter, C., Tessendorf, N. & Elger, C. E. (2003). Outcome in psychogenic nonepileptic seizures: 1 to 10year follow-up in 164 patients. *Annals of Neurology: Official Journal of the American Neurological Association and the Child Neurology Society*, 53(3), s. 305-311.

- Rosenberg, H. J., Rosenberg, S. D., Williamson, P. D. & Wolford, G. L. (2000). A comparative study of trauma and posttraumatic stress disorder prevalence in epilepsy patients and psychogenic nonepileptic seizure patients. *Epilepsia*, 41(4), s. 447-452.
- Salpekar, J. A. & Mula, M. (2018). Common psychiatric comorbidities in epilepsy: how big of a problem is it? *Epilepsy & Behavior*, 98, s. 293-297.
- Seitl, M., Charvát, M., & Lečbych, M. (2016). Psychometrické charakteristiky České verze škály Experiences in Close Relationships (ECR). Ceskoslovenska Psychologie, 60(4), s. 351-371.
- Sibley, C. G., Fischer, R. & Liu, J. H. (2005). Reliability and validity of the revised experiences in close relationships (ECR-R) self-report measure of adult romantic attachment. *Personality and social psychology bulletin*, 31(11), s. 1524-1536.
- Suurmeijer, T. P., Reuvekamp, M. F. & Aldenkamp, B. P. (2001). Social functioning, psychological functioning, and quality of life in epilepsy. *Epilepsia*, 42(9), s. 1160-1168.
- Tailby, C., Kowalczyk, M. A. & Jackson, G. D. (2018). Cognitive impairment in epilepsy: the role of reduced network flexibility. *Annals of clinical and translational neurology*, 5(1), s. 29-40.
- Tancredy, C. M., & Fraley, R. C. (2006). The nature of adult twin relationships: An attachment-theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90(1), s. 78-93.
- Testa, S. M., Krauss, G. L., Lesser, R. P. & Brandt, J. (2012). Stressful life event appraisal and coping in patients with psychogenic seizures and those with epilepsy. *Seizure*, 21(4), s. 282-287.
- Uliaszek, A. A., Prensky, E. & Baslet, G. (2012). Emotion regulation profiles in psychogenic non-epileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 23(3), s. 364-369.
- Van Der Horst, F., Leroy, H. & Van Der Veer, R. (2008). When Strangers Meet: John Bowlby and Harry Harlow on Attachment Behavior. *Integrative Psychological & Behavioral Science.* 42(4), s. 370-388.

- Van Der Horst, F., Van Rosmalen, L. & Van Der Veer, R. (2019). Research notes: John Bowlby's critical evaluation of the work of René Spitz. *History of Psychology*, 22(2), s. 205-208.
- Vicedo, M. (2009). Mothers, machines, and morals: Harry Harlow's work on primate love from lab to legend. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 45(3), s. 193-218.
- Vrtbovská, P. S. (2010). *O ztraceném dítěti & cestě do bezpečí: attachment, poruchy attachmentu a léčení*. Praha: Scan.
- Výrost, J. (Ed.). (2008). *Sociální psychologie.* 2., přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing.
- Wilhelm, K. A. Y., Niven, H., Parker, G. & Hadzi-Pavlovic, D. (2005). The stability of the Parental Bonding Instrument over a 20-year period. *Psychological medicine*, 35(3), s. 387-393.
- World Health Organization. (1992). *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decennální revize MKN-10 (kapesní formát).* Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky.

9 Seznam použitých zkratek

BIP	Bochumský osobnostní dotazník – inventář profesních charakteristik osobnosti.
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (páté vydání)
ECR	Dotazník Experiences in Close Relationships
ECR-R	Dotazník Experiences in Close Relationships - Revised
ECR-RS	Dotazník Experiences in Close Relationships questionnaire – Relationships Structures
EEG	Elektroencefalograf
EPI	Označení pro data získaná ze skupiny pacientů s epilepsií
KBT	Kognitivně behaviorální terapie
KS	Kontrolní skupina
MKN-10	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (desáté vydání)
MMPI-2	Dotazník Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2
PBI	Dotazník Parental Bonding Instrument
PNES	Psychogenní neepileptické záchvaty
PNES-EPI	Označení pro data získaná ze skupiny pacientů s PNES i epilepsií
PTSD	Posttraumatická stresová porucha (Post-traumatic stress disorder)
RAVLT	Reyův auditorně-verbální test učení (Rey Auditory Verbal Learning Test)
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
WMS-III	Wechslerova paměťová škála (Wechsler Memory Scale-III)

10 Seznam obrázků, tabulek a grafů

Obrázek 1: Klasifikace epilepsií podle ILAE (ILAE), 2017 33
Obrázek 2: Nová klasifikace epileptických záchvatů dle ILAE (ILAE), 2017 35

Tabulka 1 Epileptické vs. psychogenní neepileptické záchvaty 41
Tabulka 2 Korelace – sociodemografické údaje 62
Tabulka 3 Pacienti vs. kontrolní skupina T-test 64
Tabulka 4 proměnná ECR vyhýbavost (H4) 66
Tabulka 5 proměnná ECR úzkostnost (H4) 66
Tabulka 6 proměnná ECR-RS vyhýbavost (H4) 67
Tabulka 7 proměnná ECR-RS úzkostnost (H4) 68
Tabulka 8 Proměnná ECR-RS úzkostnost – matka (H5) 70
Tabulka 9 Proměnná ECR-RS úzkostnost – otec (H5) 70
Tabulka 10 Proměnná ECR-RS vyhýbavost - nejlepší přítel (H5) 71
Tabulka 11 Proměnná PBI škála péče – matka (H6) 72
Tabulka 12 Proměnná PBI škála kontroly – matka (H6) 73
Tabulka 13 PBI škála péče – matka, hodnoty (H6) 74
Tabulka 14 PBI škála kontroly – matka, hodnoty (H6) 74
Tabulka 15 Typ vazby (H7) 75
Tabulka 16 Korelace ECR a PBI (H8) 77
Tabulka 17 Korelace PBI a ECR-RS (H8) 78
Tabulka 18 Korelace ECR a ECR-RS (H8) 79

Graf 1 Pohlaví 50
Graf 2 Vzdělání (ukončené) – všechny skupiny 51
Graf 3 Vzdělání (počet let) – všechny skupiny 51
Graf 4 Rodinný stav - pacienti a kontrolní skupina 52
Graf 5 Zaměstnání - pacienti 53
Graf 6 Zaměstnání - kontrolní skupina 53
Graf 7 Zaměstnání - všechny skupiny 53

Graf 8 Věk - všechny skupiny 54
Graf 9 PBI Škála péče – matka, proměnná pohlaví 63
Graf 10 Pacinti vs. kontrola, PBI ŠK otec 64
Graf 11 Pacienti vs. kontrola, ECR-RS úzkostnost otec 64
Graf 12 Pacienti vs. kontrola, ECR-RS úzkostnost matka 65
Graf 13 Pacienti vs. kontrola, ECR-RS vyhýbavost nejlepší přítel 65
Graf 14 proměnná ECR vyhýbavost (H4) 66
Graf 15 proměnná ECR úzkostnost (H4) 67
Graf 16 proměnná ECR-RS vyhýbavost (H4) 67
Graf 17 proměnná ECR-RS úzkostnost (H4) 68
Graf 18 Proměnná ECR-RS úzkostnost – matka (H5) 70
Graf 19 Proměnná ECR-RS úzkostnost – otec (H5) 71
Graf 20 Proměnná ECR-RS vyhýbavost - nejlepší přítel (H5) 71
Graf 21 Proměnná PBI škála péče – matka (H6) 73
Graf 22 Proměnná PBI škála kontroly – matka (H6) 73
Graf 23 Typ vazby (H7) 75
Graf 24 Typ vazby II (H7) 76
Graf 25 Korelace PBI ŠP matka a ECR vyhýbavost (H8) 77
Graf 26 Korelace PBI ŠP matka a ECR úzkostnost (H8) 77
Graf 27 Korelace PBI ŠK matka a ECR úzkostnost (H8) 77
Graf 28 Korelace PBI ŠP otec a ECR-RS vyhýbavost otec (H8) 78
Graf 29 Korelace PBI ŠP matka a ECR-RS vyhýbavost matka (H8) 78
Graf 30 Korelace ECR úzkostnost a ECR-RS úzkostnost otec (H8) 79
Graf 31 Korelace ECR úzkostnost a ECR-RS úzkostnost nejlepší přítel (H8) 79

11 Přílohy

11.1 Příloha 1: Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu

INFORMOVANÝ SOUHLAS S ÚČASTÍ VE VÝZKUMU A SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ

Informace o výzkumu
Vážená paní, vážený pane,
dovolujeme si Vás pozvat k účasti na projektu, který se zabývá zjišťováním attachmentového stylu jako součástí diferenciální diagnostiky psychogenních neepileptických záchvatů (PNES). Výzkum je prováděn stážistkou Oddělení klinické psychologie Nemocnice Na Homolce a studentkou Filozofické fakulty Univerzity Karlovy Bc. et Bc. Janou Heidingerovou pod supervizí doc. PhDr. Lenky Krámské, Ph.D. Výzkumným záměrem je porovnat testové výsledky pacientů s PNES, epilepsií, PNES i epilepsií a kontrolní skupiny. Jedná se o proceduru neinvazivní a bez rizika újmy na zdraví zúčastněných jedinců. Osobní údaje a výsledky a údaje testů budou uchovávány na Oddělení klinické psychologie Nemocnice Na Homolce a budou zpracovávány tak, aby byla vyloučena možnost identifikace jednotlivých účastníků. Výzkumní pracovníci zajistí anonymitu ve všech publikačních výstupech.

Informace o účastníkovi ve výzkumu:
Jméno a příjmení: …….
Datum narození: ……
E-mail / telefon (dobrovolné): ……...

Prohlášení
Já níže podepsaný/á potvrzuji, že

a) Jsem se seznámil/a s informacemi o cílech a průběhu výše popsaného výzkumu (dále též jen „výzkum“);
b) Dobrovolně souhlasím s účastí své osoby v tomto výzkumu;
c) Rozumím tomu, že se mohu kdykoliv rozhodnout ve své účasti na výzkumu nepokračovat;
d) Jsem srozuměn s tím, že jakékoliv užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu nezakládá můj nárok na jakoukoliv odměnu či náhradu, tzn. že veškerá oprávnění k užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu poskytuji bezúplatně.

Zároveň prohlašuji, že souhlasím se zveřejněním anonymizovaných dat a výstupů vzešlých z výzkumu a s jejich dalším využitím.

Výše uvedená svolení a souhlasy poskytuji dobrovolně na dobu neurčitou až do odvolání a zavazuji se je neodvolat bez závažného důvodu spočívajícího v podstatné změně okolností. Vše výše uvedené se řídí zákony České republiky, s výjimkou tzv. kolizních norem, a bude v souladu s nimi nakládáno, přičemž případné spory budou řešeny příslušnými soudy v České republice.

Dne:

Podpis: