

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra psychologie

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Validizace nástroje na měření traumatu: PTSD Checklist pro DSM-5

Validation of trauma measurement tool: PTSD Checklist for DSM-5

Bc. Jessica Idlbeková

Vedoucí práce: doc. PhDr. Marek Preiss, PhD.

Studijní program: Psychologie

Studijní obor: Psychologie

Odevzdáním této diplomové práce na téma Validizace nástroje na měření traumatu: PTSD Checklist pro DSM-5 potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Praha dne 12. 7. 2021

Tímto bych ráda poděkovala vedoucímu mé diplomové práce doc. PhDr. Marku Preissovi, PhD. za odbornou pomoc a podnětné rady. Současně bych chtěla poděkovat všem respondentům a respondentkám, kteří věnovali čas vyplnění dotazníku. V neposlední řadě děkuji své rodině a mým blízkým za veškerou podporu při studiu.

ABSTRAKT

Tato diplomová práce se zaměřuje na prvotní validizaci dotazníku PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) v jeho české verzi. Jedná se o sebeposuzovací metodu, která měří symptomy provázející posttraumatickou stresovou poruchu (PTSP). Teoretická část práce popisuje vývoj diagnózy PTSP v čase a její nynější kritéria. Dále prezentuje výčet diagnostických nástrojů pro měření PTSP včetně PCL-5 a jeho psychometrických vlastností. Výzkumná část práce popisuje průběh sběru a zpracování dat, výsledky stanovených hypotéz a diskuzi. Výzkumný vzorek tvořilo 444 respondentů (370 žen; 74 mužů) s věkovým průměrem 32,6 let (SD = 10,6). Průměrným skórem v PCL-5 bylo 29,3 bodů (SD = 19,9). Při srovnání výsledků žen (M = 30,2; SD = 20) a mužů (M = 24,7; SD = 18,8) byl pozorován statisticky signifikantní rozdíl ($p = 0,029$). Při srovnání respondentů s PA – psychiatrickou anamnézou (M = 39,5; SD = 20) a bez PA (M = 21,7; SD = 16,6) byl také pozorovaný významný rozdíl ($p < 0,001$). V případě srovnání respondentů bez PA podle pohlaví nebyl statisticky významný rozdíl potvrzen. Cronbachovo alfa pro celý dotazník vyšlo vysoké: 0,955 (pro klastry v rozmezí 0,831-0,908), což je v souladu s předchozími studii. Provedena byla také konfirmační faktorová analýza, která celkově prokázala adekvátní fit k datům pro DSM-5 model ($\chi^2(164) = 644$, $p < 0,001$; SRMR = 0,0414; CFI = 0,924; TLI = 0,912; RMSEA = 0,0812), ale lepší pro Hybridní model ($\chi^2(149) = 462$, $p < 0,001$; SRMR = 0,0336; CFI = 0,950; TLI = 0,937; RMSEA = 0,0688). Podobných výsledků při srovnávání modelů bylo dosaženo také v jiných studiích. I přes limity této práce se jeví dotazník PCL-5 vhodným a spolehlivým nástrojem pro další bádání jeho vlastností na české populaci.

KLÍČOVÁ SLOVA

Posttraumatická stresová porucha, DSM-5, sebeposuzovací dotazník, PCL-5

ABSTRACT

This thesis focuses on the initial validation of the PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) in its Czech version. It is a self-report method that measures symptoms accompanying posttraumatic stress disorder (PTSD). The theoretical part of the thesis describes the development of the diagnosis of PTSD over time and its current criteria. It also presents a list of diagnostic tools for measuring PTSD, including the PCL-5 and its psychometric properties. The research part of the thesis describes the process of data collection and processing, the results of the hypotheses and discussion. The research sample consisted of 444 respondents (370 women; 74 men) with a mean age of 32,6 years (SD = 10,6). The mean PCL-5 score was 29,3 (SD = 19,9). When comparing the scores of women (M = 30,2; SD = 20) and men (M = 24,7; SD = 18,8), a statistically significant difference was observed ($p = 0,029$). When comparing respondents who were psychiatric patients (PP; M = 39,5; SD = 20) and those who were not (M = 21,7; SD = 16,6), a significant difference ($p < 0,001$) was also observed. In case of comparison of respondents by gender who were not PP, no statistically significant difference was confirmed. Cronbach's alpha for the whole questionnaire came out high: 0,955 (for clusters ranging from 0,831-0,908), which is consistent with previous studies. Confirmatory factor analysis was also performed, which showed an overall adequate fit to the data for the DSM-5 model ($\chi^2(164) = 644$, $p < 0,001$; SRMR = 0,0414; CFI = 0,924; TLI = 0,912; RMSEA = 0,0812), but better for the Hybrid model ($\chi^2(149) = 462$, $p < 0,001$; SRMR = 0,0336; CFI = 0,950; TLI = 0,937; RMSEA = 0,0688). Similar results when comparing models have been obtained in other studies. Despite the limitations of the present study, the PCL-5 questionnaire seems to be a suitable and reliable tool for further investigation of its properties in the Czech population.

KEYWORDS

Posttraumatic stress disorder, DSM-5, Self-report questionnaire, PCL-5

Obsah

Úvod	7
1 Vývoj diagnózy posttraumatické stresové poruchy	9
1.1 Historie do roku 1980	9
1.2 PTSP ve vydáních DSM	14
1.2.1 DSM-III	14
1.2.2 DSM-III-R	17
1.2.3 DSM-IV a DSM-IV-TR	18
1.2.4 DSM-5	21
1.3 PTSP ve vydáních MKN.....	25
1.3.1 Posttraumatická stresová porucha v MKN-10.....	25
1.3.2 MKN-11	26
2 Diagnostické nástroje ke zjišťování / měření PTSP	28
2.1 Rozhovory.....	28
2.2 Dotazníky.....	30
2.3 PTSD Checklist pro DSM.....	36
2.3.1 PCL-5	38
Výzkumná část diplomové práce.....	44
3 Definice výzkumného problému a stanovení hypotéz.....	45
3.1 Výzkumné hypotézy	45
4 Použité metody	47
5 Popis sběru dat a výzkumný vzorek	49
6 Zpracování dat	52
7 Výsledky.....	53
7.1 Odpovědi na výzkumné hypotézy.....	61

8	Diskuze	63
	Závěr	68
	Seznam použitých informačních zdrojů	70
	Seznam příloh	79
	Seznam tabulek	80
	Seznam grafů	80

Úvod

Cílem této diplomové práce je přispět k validizaci metody PCL-5 na české populaci. Jedná se o sebesposuzovací screeningový dotazník pro měření přítomnosti a závažnosti posttraumatických symptomů s dobrými psychometrickými vlastnostmi (Weathers et al., 2013c). V České republice (ČR) zatím dotazníkové metody pro screeningovou diagnostiku posttraumatické stresové poruchy (PTSP) nejsou výzkumně ověřené a publikované. PCL-5 vychází z kritérií poruchy, která jsou uvedena v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch 5. revize (DSM-5; APA, 2013).

V teoretické části této práce je představena historie vzniku PTSP. Poté jsou diagnóza a její symptomy popsány podle vývoje v diagnostických manuálech DSM-III až po nejaktuálnější DSM-5. Práce neopomíná popis PTSP i podle evropského manuálu Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize (MKN-10) a také 11. revize, na jehož implementaci v ČR se pracuje (MZČR, 2019). Dále se teoretická část věnuje představení diagnostických nástrojů, které byly pro měření PTSP vytvořeny. Připojeny jsou také ukázkové položky k těmto nástrojům. Poslední podkapitola je zaměřena na dotazník PCL-5 a jeho předchozí verze. Představena je také rešerše zahraničních výzkumných studií k této metodě a jejich výsledky, včetně diskuze vedené nad výsledky konfirmační faktorové analýzy PCL-5.

Empirická část diplomové práce přibližuje průběh výzkumu, výzkumný vzorek, který byl sbírán pro probíhající výzkumní studii pod záštitou NUDZ *Validizace nástrojů na měření psychického traumatu*, i použitý statistický postup při zpracování dat. Cílem analýzy nasbíraných dat je vyhodnotit pilotní výsledky z českého prostředí. Zaměřuje se na vnitřní konzistenci testu, dále deskriptivní statistiku, která sleduje rozdílné výsledky mezi skupinami. Výzkumné hypotézy si kladou za cíl zjistit rozdíl ve výsledcích PCL-5 mezi muži a ženami, mezi skupinami respondentů rozdělených podle přítomnosti psychiatrické anamnézy a také podle pohlaví ve výběru respondentů a respondentek, kteří neuvedli zkušenost s psychiatrickou péčí. Jedna z výzkumných otázek si klade za cíl zjistit, zda existuje vztah mezi dosaženým průměrným skóre v PCL-5 a uvedenou náladou respondentů v den šetření. Pomocí konfirmační faktorové analýzy budou představeny výsledky přiléhavosti modelů pro PCL-5. Diskuzní část se pak bude věnovat naměřeným výsledkům,

jejich interpretaci a srovnání s daty nasbíraných ze zahraničí a zhodnocení dat, které přispějí k ověření dotazníku PCL-5 v českém prostředí a dopomohou tak k validizaci spolehlivé metody pro oblast psychického traumatu.

1 Vývoj diagnózy posttraumatické stresové poruchy

1.1 Historie do roku 1980

Posttraumatická stresová porucha (PTSP) nese svůj dnešní název teprve 40 let, poruchy spojené se stresem jsou však v literatuře popisovány již mnohem déle. Symptomy, které jsou nápadně podobné dnešním kritériím poruchy, najdeme napříč různými obdobími a v různých žánrech. Mezi nejstarší diskutovaná¹ díla z hlediska PTSP patří Homérův epos *Ilias*, konkrétně postava válečníka Achilla (Shay, 1991; Turnbull, 1998; Crowley, 2014). Rovněž Harry Percy, postava prvního dílu *Jindřicha IV.* od proslulého autora Williama Shakespeara, prožívá podobné příznaky. Manželka postavy vypráví o citovém otupění svého muže, o tendenci k izolaci, nezájmu o intimní život, či o jeho potížích se spánkem. Jelikož byl Harry vystaven válečným bitvám, čímž je splněna podmínka vystavení traumatu², Bennet (2011) se domnívá, že jde o jeden z prvních popisů posttraumatické stresové poruchy. Z pozdějšího období, konkrétně z roku 1895, lze zmínit např. knihu *Rudý odznak odvahy* od autora Stephena Cranea, taktéž spojenou s válečným tématem³ (Andreasen, 2010).

Z historických dokumentů je nutno zmínit deníky Samuela Pepyse, který v roce 1666 zažil Velký londýnský požár. Ve svých zápiscích dal ohni přívlastky jako zlomyslný či krvavý. Uváděl, že mu po této tragické události pouhé zprávy o dalekých požárech komínů způsobovaly velký strach a naháněly mu hrůzu (Turnbull, 1998). Potíže měl i v oblasti spánku. Někdy mu trvalo usnout několik hodin, protože mu v tom bránily opakovaně navracející se myšlenky na onen požár a znovuprožívání strachu z upálení (Daly, 1983). Dnes Pepysem popsané symptomy nepříjemných intruzí a flashbacků zařazujeme pod posttraumatickou stresovou poruchu. Je tedy zřejmé, že tento syndrom vznikl mnohem dříve, než se dostal do centra pozornosti různých odborníků, což se stalo zejména během 1. světové války, ještě než se začala formovat jeho kritéria (Andreasen, 2010).

¹Srov.: Jonathan Shay: Learning About Combat Stress from Homer's Iliad a Jason Crowley: The Psychology of the Athenian Hoplite: The Culture of Combat in Classical Athens.

² V dnešní diagnostice posttraumatické stresové poruchy.

³ Postava Henryho Fleminga prožívající úzkostní symptomy během válečných bojů.

V odborných publikacích z minulého tisíciletí byly zmiňovány posttraumatické symptomy velmi často v kontextu války. Traumatu se však věnovali i jiní odborníci, jejichž klientelou nebyli vojáci, nýbrž civilisti. Jeden z prvních publikovaných textů popisující psychické zvláštnosti po traumatických událostech napsal anglický chirurg J. E. Erichsen v roce 1866 (in Lamprecht & Sack, 2002). U lidí, kteří zažili železniční nehody, popsal únavu, nevolnost, úzkost, poruchy paměti, poruchy vnímání, spánkové obtíže, noční můry, hluk v uších, bolesti v končetinách, v některých případech i poruchy řeči. Souhrn těchto příznaků, které jsou v mnohém podobné dnešnímu PTSP, dal název *railroad spine syndrom*. Domníval se, že jej zapříčiňují mikrotraumata na páteři, což však později oponoval chirurg H. W. Page a zejména německý neurolog H. Oppenheim, který označil za problémovou část mozek. V roce 1889 napsal monografii *Traumatická neuróza* a zasloužil se o rozšíření kontextu pojmu „trauma“ z chirurgie nově také do psychiatrie. Upozorňoval také na nadměrnou srdeční vzrušivost, kterou ve většině případů přisuzoval traumatické neuróze, nikoli patologii kardiovaskulární soustavy, která často absentovala (Lamprecht & Sack, 2002). Předpokládal, že tyto posttraumatické symptomy tvoří rozpoznatelný syndrom a „vychází z přímých – anatomických nebo psychických – následků traumatických zkušeností“⁴ (de Soir, 2018, s. 208). Kritikem této teorie byl Charcot (1887), „který viděl ‚traumatickou neurózu‘ pouze jako konkrétní etiologickou formu hysterie – nanejvýš – hysteroneurastenie“⁵ (in de Soir, 2018, s. 208). Hysterii se kromě Charcota věnovali i Janet a Freud (Vizinová & Preiss, 1999; Lamprecht & Sack, 2002; de Soir, 2018). Ti všichni nějakým způsobem spojovali příznaky hysterie se zážitkem traumatu. Janet (1889, in Lamprecht & Sack, 2002) zdůrazňoval roli disociace jakožto hlavního procesu ve vývoji posttraumatických symptomů. Domníval se, že příliš silné emoce lidé nedokážou na žádné úrovni zpracovat, a proto disociují mimo vědomou a záměrnou kontrolu. V terapii se snažil pacientům vzpomínky zaintegrovat (Lamprecht & Sack, 2002), a posílit oslabenou schopnost duševní a emoční syntézy (de Soir, 2018). Charcotův student Freud se pokoušel tuto oblast také rozvíjet a v roce 1896 na přednášce ve Vídni prezentoval 18 svých kazuistik, ze kterých vyvozoval závěry, že hysterické symptomy jsou následkem sexuálního zneužití

⁴ „resulted from the direct – anatomical or psychic – effects of traumatic experiences“

⁵ „who saw ‘traumatic neurosis’ as nothing more than a particular etiologic form of hysteria, or – at the most – od ‘hysteroneurasthenia’“

v dětství. Odborné publikum však jeho hypotézy nepřijalo a Freud tak své teorie přepracoval (Lamprecht & Sack, 2002). V roce 1956 psal o traumatickém původu hysterie, kdy ona traumatická událost nemůže být vědomím zpracována a vyjadřuje se tělesně pomocí symptomu v části těla (de Soir, 2018). Charcot se na základě vlastních 20 klinických případů pacientů s diagnózou hysterie (z fr. *hystérie traumatique* či *névrose traumatique*) domníval, že příčinou je spojení dědičné nebo konstituční predispozice a enviromentálního spouštěče, kterému říkal *agent provocateur*. Mezi symptomy patřily motorické a smyslové poruchy, únava, bolesti hlavy či zad, bušení srdce, nepravidelný puls, bolest na hrudi a také emoční a spánkové obtíže (Micale & Lerner, 2001 in de Soir, 2018).

Co se týče traumat z válečného kontextu, první zápisy pocházejí z americké občanské války (Vizinová & Preiss, 1999). U vojáků z této bitvy zaznamenal problémy se srdcem A. Myers a Da Costa začátkem 70. let 19. století, což je v souladu s Oppenheimovou teorií o vyšší srdeční vzrušivosti traumatizovaných jedinců (Lamprecht, Sack, 2002). Da Costa zkoumal vzorek téměř 300 vojáků z americké občanské války. Domníval se, že vojáci po bitevní zkušenosti trpící posttraumatickými symptomy mají zvýšené riziko kardiovaskulárního onemocnění. Souvislost mezi těmito projevy pojmenoval jako *podrážděné srdce (irritable heart* nebo *soldier's heart*)⁶ (Pollard et al., 2016).

V letech 1914 a 1915 zápasila britská armáda nejen s Ústředními mocnostmi, ale také s tzv. *shell shock*⁷. Jde o koncept poruchy vytvořený právě za 1. světové války. Vojáci trpěli únavou, třesem, zmatenými stavy, nočními můrami, bolestmi hlavy a poškozením zraku či sluchu. Vojenští lékaři těmto stavům nedokázali porozumět a ani je efektivně léčit. Příležitost k vyřešení této problematiky dostal britský psycholog Charles S. Myers, který v tu dobu sloužil ve Francii. Dospěl k závěru, že příznaky jsou způsobeny spíše psychickou povahou poruchy a že je vyvolává potlačené trauma (Jones, 2012). Nejdříve se věřilo, že jde o trauma způsobené účastí v bojích s intenzivním dělostřelectvím. Později se však ukázalo, že se symptomy projevují i u vojáků, kteří nebyli součástí první linie (nebojovali v zákopech), a příčina je více obecná – stres z vystavení válečným bojům (Andreasen, 2010) a emoční šok (Lamprecht & Sack, 2002). Pro vojáky, u kterých bylo neurologické narušení

⁶ Pro nové poznatky potvrzující Da Costovu teorii srov. "Soldier's Heart": A Genetic Basis for Elevated Cardiovascular Disease Risk Associated with Post-traumatic Stress Disorder (Pollard et al., 2016).

⁷ Překládán i jako nervový otřes od výbuchu granátu (Vizinová & Preiss, 1999).

zjevně způsobené fyzickým zraněním, používal Myers (1915) termín *shell concussion* (in Lamprecht & Sack, 2002).

Myers se společně s kolegou W. McDougalem domníval, že léčba spočívá v oživení traumatické události a v její integraci do vědomí, což vyžadovalo několik sezení. V prosinci 1916 se vytvořily čtyři speciální jednotky, které ve válečných zónách poskytovaly psychologickou podporu. Lehčí a akutní případy se řešily přímo na místě a závažné nebo chronické stavy byly posílány do nemocnic pro intenzivnější léčbu. Případů však bylo mnohem více, než speciální jednotky zvládaly, což mělo za následek posílení názorů, že vojáci s udávanými symptomy jsou jenom zbabělci (Jones, 2012). Tento pohled panoval ve větší míře například v německé armádě a vojáky s posttraumatickými symptomy označovali za fluktuanty a dezertéry (Moran, 1945 in Lamprecht & Sack, 2002). Posléze se podařilo na Myersův popud vytvořit kurzy základů vojenské psychiatrie a léčby shell shocku⁸ (Jones, 2012).

Když skončila 1. světová válka, vyhasl také větší zájem o diagnózy připomínající PTSP. S počátkem další velké války se však tento stresový syndrom stal znovu aktuálním. Kromě původního názvu shell shock se mu říkalo také traumatická válečná neuróza, bojová únava, stres z bojů či velká stresová porucha (Jones, 2012).

Po 2. světové válce se v USA intenzivněji debatovalo o potřebě sjednotit medicínskou terminologii. V roce 1948 se nejvíce používaly tři různé nomenklatury, z nichž ani jedna dobře neodpovídala již existující Mezinárodní klasifikaci nemocí a organizace manuály střídaly podle potřeby. I z těchto důvodů Americká psychiatrická asociace (*American Psychiatric Association*, APA) usilovala o vydání Diagnostického statistického manuálu duševních nemocí a v roce 1952 se jí to oficiálně podařilo (APA, 1952). V tomto vydání najdeme kapitolu, která se jmenuje *přechodné situační poruchy osobnosti* a v ní *velkou stresovou poruchu*, jednoho z předchůdců PTSP. Na úvod je obecný popis celé kategorie, kde se uvádí, že by se mělo jednat jen o přechodné poruchy bez přítomnosti jiné diagnózy. Stav je zapříčiněn potížemi s adaptací na ohromující situace a u jedinců s dobrou schopností

⁸ Některé Myersovy principy (např. akutnost v rychlosti léčby zvyšující pravděpodobnost návratu vojáka do boje) byly využity jak anglickou, tak americkou armádou během 2. světové války, a taktéž si je osvojily i dnešní západní vojenské složky působící v Afganistánu a Iráku (Jones, 2012).

adaptivity příznaky vymizí, když pomine i situační stres. Dlouhodobé přetrvávající obtíže jsou znakem závažnější poruchy a měla by být změněna klasifikace. K samotné diagnóze velké stresové poruchy (*Gross stress reaction, GSR*) je přiřazen následovný obraz příznaků: „za podmínek velkého či neobyčejného stresu, může jinak zdravá osobnost využívat určité vzorce reakcí ke zvládnání nepřekonatelného strachu⁹“ (str. 40); od neurózy a psychózy se liší celkovým klinickým obrazem a přechodností, při adekvátní léčbě se stav rychle lepší, může se však i zhoršit do neurózy a při přetrvání reakce je potřeba překlasifikace. Dále manuál určuje, že se diagnóza týká jedinců, kteří byli vystaveni vážnému fyzickému či extrémnímu emočnímu stresu, jako je boj – tj. první druh možného stresoru, nebo civilní katastrofa – tj. druhý typ stresoru (např. požár, zemětřesení, exploze, aj.) (APA, 1952).

Archibald a Tuddenham (1962, 1965 in Scott, 1990) pracovali s veterány z druhé světové a korejské války. Diagnózu pro válečnou neurózu viděli jako přínosnou a všimli si podobnosti mezi stavy veteránů a přeživších z koncentračních táborů, kterým se věnovaly paralelně probíhající studie. O to víc bylo i pro ně překvapující, že ve druhém vydání DSM v roce 1968 byla diagnóza velké stresové poruchy z manuálu vypuštěna. Důvody pro toto rozhodnutí nejsou zcela známé a vytvořilo se k nim několik teorií, z nichž jedna naráží na snížení finančních nákladů spojených s válečnými veterány, nakolik zdravotní pojišťovny ani soudy již GSR neakceptovaly¹⁰. Psychiatr s vlastní zkušeností s válkou ve Vietnamu John Talbott v kritice nového manuálu uvedeném v *International Journal of Psychiatry* (1969, in Scott, 1990) na tvůrce apeloval, ať GSR v dalším vydání DSM vrátí. Pár let poté v roce 1974 se objevila informace, že se pracuje na aktualizaci statistického manuálu. V tomtéž roce advokát, který obhajoval veterána žalovaného pro ničení majetku a u soudu mu strategie obhajoby pomocí „neexistující“ diagnózy velké stresové poruchy neprošla, zavolał Spitzerovi z APA a zeptal se ho, zda se plánuje daná porucha do DSM vrátit. Negativní odpověď se přes reportérku dostala k psychiatrovi Shatanovi. Jak sám Shatan uvedl v rozhovoru v roce 1988 se Scottem (1990), tato zpráva ho překvapila a vylekala. Zmobilizoval další kolegy Liftona a Smitha a pomocí empirických důkazů a médií se pokusili zabránit opětovnému vyloučení diagnózy pro válečnou neurózu z DSM-III. Po

⁹ Under conditions of great or unusual stress, a normal personality may utilize established patterns of reaction to deal with overwhelming fear.

¹⁰ Srov. Scott, W. J. (1990). *PTSD in DSM-III: A Case in the Politics of Diagnosis and Disease*.

jejich nátlaku Spitzer vytvořil komisi, která mj. řešila, zda v novém vydání bude porucha s posttraumatickými symptomy. Úsilí ze strany Shatana, Smitha, Haley, Liftona a dalších spolupracujících kolegů nejdříve směřovalo k mužům s válečnými zkušenostmi a přeživším z koncentračních táborů. Postupně však sesbírali důkazy od dalších odborníků, kteří léčili oběti různých katastrof a vypracovali vlastní návrh diagnózy, kterou pojmenovali *katastrofická stresová porucha (Catastrophic stress disorder)*. Nancy Andreasen, jedna ze tří členů komise, pracovala s lidmi s těžkým stupněm popálení. Pozorovala u nich posttraumatické symptomy, jaké popisovala výše zmíněná skupina odborníků a snad i tato skutečnost pomohla k rozhodnutí vrátit do manuálu odpovídající diagnózu. Komise tedy návrh přijala, z části upravila a v roce 1980 do DSM-III zařadila nově posttraumatickou stresovou poruchu (Scott, 1990).

1.2 PTSP ve vydáních DSM

Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (v originále *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM) je příručka pro klasifikaci duševních nemocí. Obsahuje popisy, symptomy a jiná kritéria poruch. Používaná je zejména v Americe, kde ji vydává Americká psychiatrická asociace (APA, n.d.). První verze byla publikována v roce 1952 (APA) a od té doby byla již několikrát revidována.

1.2.1 DSM-III

Posttraumatická stresová porucha se prvně objevila ve třetím vydání DSM (APA, 1980), v oddílu úzkostných poruch, s přiřazeným kódem¹¹ diagnózy 308.30 pro akutní verzi a 309.81 pro chronickou či s opožděným nástupem. V úvodní části jsou popsána kritéria a možné projevy poruchy včetně definice traumatické události a její příklady. V dalším úseku jsou uvedené související informace jako přidružené nemoci, věkové období nástupu, znevýhodnění plynoucí z PTSP či diferenciální diagnostika¹². Závěr koncepce poruchy tvoří

¹¹ Americký systém kódování zdravotnických diagnóz založen na DSM.

¹² Kvůli konzistenci manuálu mají všechny poruchy systematickou strukturu popisu informací, začínající hlavním kritériem, s pokračováním dalších symptomů, dalších specifik poruchy, prevalencí atd.

přehledná tabulka s výčtem všech kritérií a jejich stanovené limity v jednotlivých oblastech pro určení této diagnózy:

- A. Přítomnost rozpoznatelného stresoru, který by vyvolal signifikantní projevy distresu téměř u každého.
- B. Znovuprožívání traumatu, které se projevuje alespoň jedním z následovných:
 - 1) opakující se vtíravé vzpomínky na událost
 - 2) opakující se sny o události
 - 3) náhlé jednání či pocit, že se traumatická událost znovu objevila v důsledku asociace s enviromentálním či myšlenkovým podnětem
- C. Otupeň reakcí nebo snížený zájem o vnější svět, objevující se nějakou dobu po traumatu a projevující se alespoň jedním symptomem:
 - 1) značně snížený zájem v jedné nebo více důležitých činnostech
 - 2) pocit odtažení nebo odcizení od ostatních
 - 3) zúžené prožívání
- D. Přítomnost minimálně dvou symptomů, které však nebyly přítomny před traumatem:
 - 1) nadměrná ostražitost nebo zvýšené úlekové reakce
 - 2) poruchy spánku
 - 3) pocit viny z přežití, když jiní zemřeli, nebo za chování, které bylo k přežití nutné
 - 4) poruchy paměti nebo pozornosti
 - 5) vyhýbání se činnostem, které připomínají traumatickou událost
 - 6) zintenzivnění symptomů po vystavení události, která symbolizovala nebo připomínala traumatickou událost

V případě, že se symptomy PTSP projeví do šesti měsíců od prožitého traumatu a zároveň bude jejich trvání omezeno na maximální dobu šesti měsíců od doby vzniku, jedná se o akutní verzi. Odborníci podílející se na tomto manuálu dávají této kategorii lepší prognózu pro remisi. U jedinců s nástupem symptomů minimálně šesti měsíců od traumatické události se uděluje subtyp s opožděným nástupem. Není však raritou, pokud se

příznaky objeví i po letech od prožití traumatu. Pro chronický typ PTSP, který se však nevylučuje s předchozím typem, je podmínka trvání příznaků alespoň půl roku.

Pro lepší porozumění této poruše je nezbytné si prohlédnout celý text manuálu vzhledem k již zmiňovanému obohacenému popisu poruchy ve srovnání s tabulkou. Důležité je zmínit rozvětvený popis traumatického zážitku, který „*je většinou nad rámec běžných lidských zkušeností jako jsou běžná úmrtí, chronická nemoc, krach podnikání či manželský konflikt*“¹³ (APA, 1980, str. 236). Prožít může být samostatně, např. u napadení; ale i ve skupině, často ve vojenských bitvách. Jako stresor nejsou opomenuty ani přírodní katastrofy; nehody způsobené člověkem; ani záměrné útoky a katastrofy řízené lidmi, jako jsou bombové útoky či koncentrační tábory. U poslední kategorie, kde jsou stresorem lidé, se předpokládá, že průběh poruchy bude závažnější a déletrvající.

K PTSP se běžně přidružuje deprese či úzkosti a v případě, že jsou dostatečně závažné, je lze diagnostikovat zvlášť. Manuál upozorňuje i na možnosti výskytu výbušného agresivního chování z důvodů zvýšené podrážděnosti, která je typická zejména pro veterány. Pro přeživší koncentračních táborů jsou charakterističtější symptomy organického narušení týkající se paměti, pozornosti, emoční lability či závratě.

Co se týče diferenciální diagnostiky mezi PTSP a *poruchou přizpůsobení (Adjustment Disorder)* související také se stresem, ta tkví v identifikaci stresoru. U poruchy přizpůsobení jde obvykle o méně závažný stresor, který je v rámci běžnějších lidských zkušeností a chybí některé symptomy typické pro PTSP, např. znovuprožívání traumatu.

Porucha se může objevit u různých věkových kategorií, včetně dětí. O prevalenci v době vydání nebyly údaje a taktéž ani pro poměr výskytu mezi pohlavími. Jako predispozice pro rozvoj PTSP se považuje existence jiné psychopatologie u jedince již před traumatem. Člověka může posttraumatická stresová porucha ovlivnit mírně, ale může také prostoupit celým jeho životem. V některých případech může dojít až k suicidálním aktům nebo k závislostem na návykových látkách (APA, 1980).

¹³ „is generally outside the range of such common experiences as simple bereavement, chronic illness, business losses, or marital conflict“.

1.2.2 DSM-III-R

Ve třetí revidované verzi DSM (APA, 1987) zůstala posttraumatická stresová porucha nadále v oblasti úzkostných poruch. Došlo však k několika změnám a úpravě kritérií. Jeden z možných symptomů (prožívání viny) byl ze seznamu vypuštěn, pár jich bylo nově přidáno a v některých případech se kritéria jen mírně přeformulovala nebo přesunula do jiného klastru. Popis poruchy je spíše rozšířen a obsahuje více příkladů traumatizujících událostí. Kód diagnózy se uvádí jeden – 308.89, přičemž se již nikde nepíše o akutní či chronické posttraumatické stresové poruše. Zmiňuje se jen možná specifikace „s opožděným nástupem“ v případech, kdy se symptomy objeví po šesti měsících nebo později. Novinkou je stanovení minimální doby projevu příznaků. Pro klasifikaci musí trvat nejméně jeden měsíc. Základní definice stresové události se téměř nezměnila, byla naopak obohacena o přídavek „*je obvyčejně prožívána s intenzivním strachem, hrůzou a bezmocí*¹⁴“ (APA, 1987, str. 247). Mezi nejčastější trauma patří ohrožení vlastního života či fyzické integrity; ohrožení či ublížení blízkým příbuzným nebo přátelům (v některých případech se o těchto skutečnostech stačí jen dozvědět); náhlé zničení domova nebo komunity; a svědectví ohrožení nebo ztráty života jiné osoby následkem nehody či násilím. K dalším výraznějším změnám patří důraz na příznak zvýšené podrážděnosti, který v předchozí verzi nebyl zařazen jako samostatný symptom. To platí i pro psychogenní amnézii či pocit ztráty smyslu vlastní budoucnosti. Nově autoři zařadili informace týkající se vzniku poruchy u mladších dětí, kde jsou zmíněna specifika projevů, např. repetitivní hra zobrazující traumatický zážitek, psychosomatické projevy či mutismus.

Diagnostická kritéria posttraumatické stresové poruchy v DSM-III-R (1987, str. 250) zní následovně:

- A. Prožití traumatu jako základ pro diagnostiku PTSP zůstalo, obsahuje však navíc příklady situací uvedené již výše.
- B. Kritérium znovuprožívání, nutno splnit aspoň jeden ze čtyř uvedených příznaků:
 - 1) opakující se nepříjemné vtíravé vzpomínky na událost
 - 2) opakující se nepříjemné sny o události

¹⁴ „is usually experienced with intense fear, terror, and helplessness“.

- 3) náhlé jednání či pocit, že se traumatická událost znovu objevila (včetně pocitu znovuprožívání události, iluzí, halucinací, flashbacků, a to včetně těch po probuzení či během intoxikace)
 - 4) výrazná psychická nepohoda u vystavení události, která symbolizuje nebo připomíná traumatizující událost, včetně výročí traumatu
- C. Vyhýbání se podnětům připomínajícím událost nebo otupění reakcí, nutno splnit tři ze sedmi symptomů:
- 1) snaha vyhnout se myšlenkám a pocitům, které trauma připomínají
 - 2) snaha vyhnout se činnostem, které přivádí vzpomínky na trauma
 - 3) psychogenní amnézie na důležité části traumatického prožitku
 - 4) značně snížený zájem o důležité činnosti
 - 5) pocit odtažení nebo odcizení od ostatních
 - 6) zúžené prožívání, neschopnost prožívat vřelé city
 - 7) ztráta smyslu své budoucí existence, jako např. očekávání nevlastnit auto, založit rodinu či dlouhý život
- D. Oblast symptomů nadměrné aktivace (nepřítomné před událostí), k diagnostice přítomnost dvou z následujících:
- 1) potíže se spánkem
 - 2) podrážděnost nebo výbuchy vzteku
 - 3) potíže s pozorností
 - 4) hypervigilita
 - 5) zvýšené úlekové reakce
 - 6) fyziologická reakce při vystavení připomínkám traumatu
- E. Přetrvávání symptomů klastrů B, C, D alespoň jeden měsíc.

1.2.3 DSM-IV a DSM-IV-TR

V první polovině devadesátých let bylo oficiálně vydáno čtvrté vydání DSM (APA, 1994). Ve srovnání s předchozí verzí se v ní nenachází mnoho zásadních změn kritérií¹⁵, jde

¹⁵ Z tohoto důvodu je výčet diagnostických kritérií pro PTSP z DSM-IV (a taktéž DSM-IV-TR) v příloze 1.

spíše o úpravy formulací či bližší popis symptomů. Celkově však text k diagnóze PTSP obsahuje necelých šest stran, což je téměř o polovinu více, než bylo v DSM-III, kdy byla posttraumatická stresová porucha uvedena v manuálu poprvé. Od té doby uplynulo čtrnáct let a mezitím se stihly nasbírat data z různých výzkumů, což umožnilo autorům publikovat nově prevalenci či detailnější popisy poruchy. V uváděných komunitních studiích se celoživotní prevalence pohybovala na úrovni 1 až 14 %. Mezi ohroženými skupinami, jako jsou veteráni či oběti násilí, se prevalence zjistila od 3 % do 58 %.

Mezi nejvýraznější změny patří např. rozšíření kritéria A, které definuje přítomnost vystavení traumatu. Stanovuje, že reakce jedince musí zahrnovat intenzivní strach, hrůzu nebo bezmoc¹⁶. Tato informace se nacházela již v předchozím vydání, avšak ne jako podmínka. Přidalo se také kritérium F pojednávající o nutné závažnosti důsledků diagnózy na život člověka. Další změnou je minimální doba trvání projevů pro splnění klasifikace. Prakticky se však zvýšila jen o jeden den, poněvadž se doba posunula z jednoho měsíce na „více než jeden měsíc“. Ke specifiku opožděného nástupu poruchy se autoři rozhodli vrátit i akutní a chronický typ. Kód diagnózy ale zůstal jen jeden – 309.81. Pro specifikum akutní PTSP je trvání příznaků méně než tři měsíce, v opačném případě se přidělí podtyp chronický.

Výčet potenciálně traumatických událostí se znovu rozšířil (např. o nečekané spatření mrtvoly nebo částí těla), jasněji sortuje mezi přímým prožitím daných traumat; mezi tím být svědkem; a mezi tím se o tom dozvědět. Manuál nově upozorňuje na rizikovou skupinu lidí emigrujících z oblastí sociálních nepokojů a občanských konfliktů, u které se projevuje PTSP ve zvýšené míře. Tak jako v předchozím vydání, i v tomto je k nalezení specifitější popis symptomů u dětí, ne však jako samostatná kritéria pro tuto kategorii (APA, 1994).

V DSM-III-R (APA, 1987) se uvádělo, že se symptomy projeví obvykle hned nebo v brzké době po vystavení traumatu, ač příznaky znovuprožívání nastupují i měsíce po. Související symptomy s vyhýbavým chováním bývají však přítomny od začátku. Ve čtvrtém vydání DSM (APA, 1994) již autoři blíže předkládají jeden z nejběžnějších scénářů průběhu, kdy se posttraumatické symptomy vynoří do třech měsíců, ale taktéž mohou mít opožděný nástup i po letech od prožití traumatizujícího zážitku. Poměrně často se stává, že

¹⁶ U dětí bývá přítomno spíše dezorganizované nebo agitované chování.

posttraumatické projevy krátce po traumatu splňují kritéria pro *akutní stresovou reakci* (*Acute Stress Disorder*), která však trvá nejméně dva dny a nejvíce čtyři týdny¹⁷, jinak přichází k překlasifikaci diagnózy, obvykle PTSP, pakliže jsou splněna daná kritéria. Značně se rozšířila oblast diferenciální diagnostiky. Je potřeba odlišit poruchy nálady, jiné úzkostní poruchy či flashbaky od psychotických halucinací u schizofrenie, deliria atd. U benefitu plynoucí z diagnózy, jako je finanční kompenzace či u soudně pojednávaných jedinců, by měla být vyloučena simulace.

Pravděpodobnost, zda se u jedince vytvoří PTSP, ovlivňují podle manuálu nejvíce tyto faktory: závažnost, trvání a blízkost vystavení traumatu. Na prognóze poruchy se může podílet sociální podpora, zkušenosti z dětství a rodiny, osobnostní charakteristiky nebo již zaznamenaná duševní porucha v anamnéze. Je však důležité zmínit, že posttraumatická stresová porucha se může objevit i u jinak zdravých lidí, zejména u těch, kteří byli vystavení extrémnímu traumatu (APA, 1994).

V roce 2000 vyšla upravená verze čtvrtého manuálu – DSM-IV-TR (APA). Všechna kritéria zůstala stejná a v textu došlo jen k několika málo změnám. Pár revizí souviselo pouze s úpravou formulací, kdy v některých případech se nové vyjádření jeví v humanističtějším stylu. Např. „...**reakce člověka** na trauma zpočátku naplní kritéria pro akutní stresovou poruchu...“¹⁸ (APA, 2000, s. 466), kdy v předchozí verzi bylo uvedeno „...**narušení** zpočátku naplní kritéria pro akutní stresovou poruchu...“¹⁹ (APA, 1994, s. 426). Mezi nově přidané informace patří zmínka o možném dědičném komponentu přenosu PTSP. Autoři také předpokládají, že jedinci, jejichž příbuzní prvního stupně mají v anamnéze deprese, jsou náchylnější pro vznik posttraumatické stresové poruchy. U závažných chronických případů se mohou objevovat sluchové halucinace a paranoidní myšlenky. Aktualizace proběhla i v prevalenci americké populace (přibližně na 8 %) a studie s rizikovými skupinami zjistily nejvyšší výskyt poruchy u přeživších znásilnění, válečných bojů a zajetí a etnicky či politicky motivovaných genocid či vyhnanství (od 30 % do víc než 50 %) (APA, 2000).

¹⁷ Podle DSM-IV (APA, 1994).

¹⁸ „...a person's reaction to a trauma initially meets criteria for Acute Stress Disorder...“.

¹⁹ „...the disturbance initially meets criteria for Acute Stress Disorder...“.

1.2.4 DSM-5

Při prvním uvedení do diagnostického manuálu DSM měla posttraumatická porucha dvanáct možných symptomů (vyjímaje kritéria A – prožití traumatu). Aktualizací v DSM-III-R se rozšířily o pět nových a tento počet zůstal zachován i ve dalších dvou vydáních, byť se různě modifikovaly. Nejnovější vydání DSM-5 (APA) je z roku 2013. Počet symptomů se rozšířil na rovných dvacet a vznikl nový klastr zařazující příznaky negativních změn v kognici a náladě. Změnil se i koncept uspořádání diagnóz a PTSP se již nenachází mezi úzkostnými poruchami. Vznikl nový oddíl pro poruchy spojené se stresem²⁰, u kterých je společným jmenovatelem vystavení traumatu. Kód PTSP zůstal uveden po stejným číslem 309.81, obsahuje však i druhý kód F43.10, který jej měl vystřídat. Důvodem bylo přijetí tzv. ICD-10-CM²¹ v USA s platností od 1.10.2014 (APA, 2013).

Autoři rozšířili popis diagnózy PTSP o další poznatky z oblasti rizikových faktorů, prognózy, prevalence či charakteristických projevů. Zdůrazňují, že každý jedinec může mít klinický obraz jistým způsobem odlišný. Někteří lidé vykazují problémy na stejné úrovni ve všech klastrech. U někoho se projevuje nejvíce anhedonie a negativní kognice, jiní mohou mít dominantní symptomy z oblasti disociace, zatímco u jiné skupiny mohou převládat symptomy znovuprožívání a navracejícího se strachu. Jak bývá ve vydáních DSM zvykem, neopominou výčty traumatických událostí a zpravidla se seznam obohatí o další příklady. DSM-5 uvádí např. tyto: prožití války jako voják nebo civilista, hrozící nebo skutečné fyzické napadení či sexuální násilí (patří sem i alkoholem/drogami facilitovaná sexuální penetrace nebo sexuální obchodování), únos, být zadržen jako rukojmí, přírodní katastrofy nebo ty způsobené lidmi, teroristické útoky, vážné dopravní nehody či prožití anafylaktického šoku.

Kritérium A, definující prožití traumatu, prošlo docela výraznou změnou. Již nestanovuje přítomnost strachu a bezmoci jako nutnou součást emoční reakce při traumatu. Konkrétně se v manuálu píše: *„vystavení skutečné či hrozící smrti, vážnému zranění, nebo*

²⁰ „Trauma-and Stressor-Related Disorders“ (DSM-5, str. 265).

²¹ Americká modifikace klasifikace MKN-10 (APA, 2013, str. xiii); V roce 2019 pak vyšla 11. revize MKN s naprosto odlišným systémem kódování (WHO, 2019).

sexuálnímu násilí v jednom (nebo více) z následujících způsobů“²² (APA, 2013, str. 271). Mezi způsoby prožitku traumatické události či více událostí²³ patří prožití skrze vlastní osobu; fyzické svědectví; konfrontace s informací, že se trauma stalo členu rodiny či blízkému příteli a jedná se o násilnou událost či nehodu; a nově i opakované či extrémní vystavení averzivním detailům traumatu, např. u lidí pracujících v bezpečnostních službách (sběrači lidských ostatků, policisté vyšetřující týrání dětí a s tím spojené opakované vystavení fotodokumentaci aj.). Posledně uvedený bod se týká jen pracovního prostředí, nelze to jinak aplikovat na traumatizaci skrze násilné filmy či jiná média. Další novinkou při kritériu A je stanovení věku. Výše popsané platí pro všechny dospělé včetně dětí nad šest let. Pro děti pod tuto věkovou hranici jsou již vytvořena samostatná kritéria. Tato práce se však vzhledem k jejím účelům bude zabývat jen dospělou populací. Dvacet symptomů pro diagnostiku PTSP podle DSM-5 zní následovně:

B. Přítomnost alespoň jednoho symptomu z následujících:

- 1) opakující se, vtíravé, nechtěné vzpomínky na událost
- 2) opakující se nepříjemné sny, kdy obsah a/nebo pocity připomínají trauma
- 3) disociativní reakce (flashbacky), kdy se člověk cítí nebo jedná, jako by se trauma znovu odehrávalo
- 4) intenzivní či delší psychická nepohoda při vystavení internímu či externímu podnětu, který symbolizuje nebo se týká události
- 5) výrazné fyziologické reakce při vystavení internímu či externímu podnětu, který symbolizuje nebo se týká události

C. Vyhýbání se podnětům připomínajícím trauma. Přítomny jeden nebo oba symptomy se začátkem po traumatické události:

- 1) vyhýbání se (či snaha vyhnout se) nepříjemným vzpomínkám, myšlenkám, pocitům připomínajícím událost
- 2) vyhýbání se (či snaha vyhnout se) externím připomínkám (lidé, objekty, místa, situace, konverzace) souvisejících s traumatem

²² „Exposure to actual or threatened death, serious injury, or sexual violence in one (or more) of the following ways“.

²³ DSM-5 a taktéž MKN-11 (viz níže) nově zmiňují krom jednoho traumatu i prožití vícero traumatických událostí.

D. Negativní změny v kognici a náladě. Nutno min. dva symptomy ze sedmi:

- 1) psychogenní amnézie na důležité části traumatického prožitku (která není následkem intoxikace či poškození mozku)
- 2) přetrvávající a přehnané negativní přesvědčení či očekávání o sobě, jiných nebo o světě
- 3) přetrvávající zkreslené vnímání o příčině nebo následcích traumatu, které vedou k pocitu viny či obviňování jiných
- 4) dlouhotrvající negativní emocionální stav (např. strach, vztek, vina, stud)
- 5) značně snížený zájem či účast v důležitých činnostech
- 6) pocit odtažení či odcizení od druhých
- 7) dlouhodobá neschopnost prožívat pozitivní emoce (např. štěstí, uspokojení, či láska)

E. Značné změny ve vzrušivosti a reaktivitě souvisejících s traumatem. Alespoň dva ze šesti symptomů, přičemž se objevily nebo zintenzivněly po události:

- 1) podrážděné chování a výbuchy vzteku (s minimální provokací či úplně bez) typicky projevující se verbální nebo fyzickou agresí směřovanou k lidem či k objektům
- 2) lehkomyšlné či sebedestruktivní chování
- 3) hypervigilita
- 4) nadměrné úlekové reakce
- 5) problémy s pozorností
- 6) poruchy spánku

F. Symptomy B až E by měly trvat déle než měsíc.

G. Určuje, že by porucha měla způsobovat značnou nepohodu či znevýhodnění v sociální, pracovní nebo v jiné důležité oblasti fungování.

H. Stanovuje, že porucha není přičitatelná fyziologickým změnám z užívání látky (medikamenty, alkohol) nebo jinému zdravotnímu stavu.

Jak již bylo zmíněno, jedna z největších změn je klastr D. Obsahuje zejména příznaky popisující emoční změny. Některé z těchto symptomů (D1, D5, D6) již byly v předchozím vydání DSM, jiné jsou však uvedeny nově. Můžeme si ale povšimnout, že některá z těchto kritérií jsou jistou modifikací předchozích symptomů. Např. v minulé verzi bylo zmíněno

zúžené prožívání (C6, in APA, 2000) nebo ztráta smyslu své budoucí existence (C7, in APA, 2000), z čehož vyplývá jisté negativní ladění osoby, kdežto v aktuální verzi se uvádí neschopnost prožívání pozitivních emocí (D7) či dlouhodobý negativní emocionální stav (D4), nebo možné přetrvávající negativní sebepojetí (D2) (APA, 2013).

Nynější kritéria F a G jsou v nezměněném stavu, přičemž je doplňuje nově H. Vylučuje symptomy vyskytující na základě užívání návykových látek či medikamentů, tudíž se jedná o změnu, protože od verze DSM-III-R (APA, 1987) bylo uváděno, že flashbaky mohou být klasifikovány i v případě jejich výskytu během intoxikace. Tento dovětek v kritériu B3 již v DSM-5 nenajdeme (APA, 2013).

V případě, že se všechny symptomy plně projeví až po šestém měsíci od události, jde o posttraumatickou stresovou poruchu s opožděnou manifestací. Tato specifikace se již nacházela v předchozí verzi, jmenovala se však „*s opožděným nástupem*“. Cílem této změny je zdůraznění možného nástupu symptomů krátce po traumatu, přičemž opožděn je projev všech příznaků potřebných ke klasifikaci. Pokud se objeví symptomy depersonalizace a/nebo derealizace, jde o posttraumatickou stresovou poruchu s disociativními příznaky. Tento typ je nově definován a autoři popisují depersonalizaci jako pocit odpojení se od vlastního těla či nahlížení na vlastní osobu zvenku, nebo pocit být ve snu či pocit zpomalení času. Derealizaci popisují jako zkreslené vnímání okolí, pocit nereálnosti či vzdálenosti vnějšího světa.

Roční prevalenci mezi dospělou populací v Americe udává DSM-5 na 3,5 %. U Evropanů konstatuje nižší výskyt mezi 0,5 a 1 %. APA se domnívá, že předpoklad výskytu PTSP po podobné zkušenosti s traumatickou událostí se může v různých kulturách lišit. Taktéž odhaduje, že mezi staršími generacemi, u nichž byla zjištěna menší prevalenci PTSP, se objevuje PTSP bez naplnění všech kritérií, ale i přes to s sebou podprahový výskyt poruchy přináší značné potíže (APA, 2013, s. 277).

Autoři manuálu poskytují výčet rizikových faktorů. Z hlediska života jedince před traumatem se zdá být důležité, zda měla osoba v raném dětství emocionální potíže nebo projevy duševních poruch. Mezi další rizikové faktory řadí nefunkční rodinné vzorce, pozitivní rodinnou anamnézu na duševní poruchy, ekonomickou deprivaci, nižší stupeň vzdělání či nižší intelekt jedince. Pravděpodobnost vzniku PTSP podporuje i závažnost

traumatické události. V případech, kdy se disociace objeví již během traumatu a přetrvává i po skončení, prognóza je horší. Celkově u nevhodných copingových strategií vzniká vyšší riziko výskytu PTSP. U jedinců vystavených opakovaným připomínkám traumatu je riziko rovněž vyšší. Prediktorem však může být i diagnóza akutní stresové poruchy po traumatu. Jeden z nejdůležitějších faktorů podporujících psychické zvládnutí prožitého traumatu je podpora rodiny a okolí. U žen je míra prevalence PTSP vyšší a taktéž mívají delší trvání poruchy. Zdá se, že alespoň část vyššího výskytu u žen je vysvětlena zvýšenou mírou vystavení traumatům (např. ženy coby oběti znásilnění). Diagnóza posttraumatické stresové poruchy musí být odlišena od mnoha poruch, zejména úzkostných a poruch nálady), je s ní však spojené i vysoké riziko komorbidity. Pacienti s touto diagnózou mají až o 80 % vyšší riziko přidružení jiné nemoci. Časté je např. užívání návykových látek, přičemž tato kombinace je běžnější u mužského pohlaví (APA, 2013).

1.3 PTSP ve vydáních MKN

V Mezinárodní klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, MKN) najdeme celosvětově uznávané standardy klasifikace nemocí jak pro klinické, tak i pro výzkumné účely. První MKN (původně Classification of Causes of Death) popisující zejména příčiny úmrtí vydal Mezinárodní statistický institut v roce 1893. Později se účel klasifikace rozšířil o nemoci i bez následku smrti, vzácné nemoci, trendy ve zdraví, morbiditu či související statistiky. Světová zdravotnická organizace (World Health Organization, WHO) se vydávání tohoto manuálu ujala od roku 1948, kdy začala pracovat na šesté revizi. Nyní je publikována již 11. verze, která vstoupí do platnosti 1. 1. 2022. Momentálně platí MKN-10, která je uznávaným statistickým manuálem (nejen) v Evropě, a tedy platí i v České republice (WHO, n.d.).

1.3.1 Posttraumatická stresová porucha v MKN-10

10. revize MKN vyšla v roce 1992. V České republice vstoupila do platnosti dva roky poté (ÚZIS, n.d.). Je to první vydání tohoto manuálu, ve kterém se nachází diagnóza PTSP

(MKN-10, 2021). Zařazena je v kapitole F věnované duševním poruchám a poruchám chování. PTSP neboli F43.1 je zařazena do oddílu Neurotické, stresové a somatoformní poruchy.

Ve srovnání s DSM je popis PTSP v MKN mnohem kratší, což však vychází ze samotné koncepce MKN. Text je zhuštěn, popsány jsou obvyklé projevy a průběh nemoci. Není stanoven minimální počet kritérií pro klasifikaci. WHO definuje prožití traumatu jako „*stresovou událost nebo situaci (krátkého nebo dlouhého trvání) mimořádně ohrožující nebo katastrofické povahy, která je schopná způsobit silné rozrušení téměř u každého*“ (MKN-10, 2021, s. 220). Mezi typické symptomy zařazují:

1. znovuprožívání traumatu ve snech či flashbacích; nespavost,
2. pocit tuposti a emoční oploštělosti; anhedonie; tendence k izolaci od lidí,
3. vyhýbavé chování směrem k činnostem a situacím připomínající trauma,
4. vegetativní hyperaktivita; hypervigilita; zesílené úlekové reakce.

Příznaky začínají jako opožděná reakce po traumatické události, obvykle po týdnech až měsících. Ve většině případů dochází k ustoupení symptomů, jsou však případy, kdy posttraumatická stresová porucha trvá i několik let a diagnóza se může překlasifikovat na *přetrvávající změnu osobnosti po katastrofické události* (F62.0). Za rizikový faktor pro vznik či vážnější průběh PTSP se považují určité rysy osobnosti (např. nutkavé) nebo neuróza v anamnéze. Přidruženy jsou často i depresivní nebo úzkostní stavy, které mohou v některých případech vést až k sebevražedným myšlenkám (tamtéž).

1.3.2 MKN-11

Zásadní novinku v klasifikaci posttraumatické stresové poruchy přináší MKN-11 (ICD-11, 2019), na jejíž implementaci v ČR se pracuje (MZČR, 2019). Změna spočívá v rozdělení diagnózy na dva druhy, přičemž klasifikace jedné vylučuje druhou. První si ponechává svůj název PTSP a druhý typ se jmenuje *komplexní posttraumatická stresová porucha* (*Complex Posttraumatic Stress Disorder*, K-PTSP). Jak již bylo zmíněno, projevy poruchy mohou variovat. Nově vzniklou kategorií K-PTSP se docílilo jasnějšího rozlišení v míře závažnosti a prostupnosti příznaků. U obou diagnóz se pro klasifikaci předpokládá

vystavení extrémně hroživé či děsivé události, u K-PTSP je však definice obsáhlejší. Dodává, že se častěji jedná o dlouhotrvající či opakovanou traumatizaci, jako např. u domácího násilí či opakovaného dětského zneužívání nebo týrání (ICD-11, 2019).

Posttraumatická stresová porucha

Pozměněný systém kódování přinesl PTSP nový kód 6B40. Ve srovnání s předchozí verzí jsou charakteristické projevy přehledněji rozděleny do třech oblastí:

1. Znovuprožívání traumatu formou vtíravých živých vzpomínek, flashbacků či nočních můr. Často jsou doprovázeny intenzivními emocemi, zejména strachem a hrůzou. Symptomy znovuprožívání mohou být manifestovány i skrze vícero smyslových modalit najednou.
2. Vyhýbání se myšlenkám, vzpomínkám na trauma i lidem, místům a situacím, kteří traumatickou událost připomínají.
3. Přetrvávající vnímání zvýšené hrozby, které se projevuje např. pomocí zesílených úlekových reakcí či hypervigilitou.

Příznaky jsou přítomny alespoň několik týdnů a negativně zasahují do osobního či pracovního života, do procesu vzdělávání, nebo do jiné důležité oblasti.

Komplexní posttraumatická stresová porucha

Všechny výše uvedená kritéria v oddílu 1.3.2. platí také pro klasifikaci této diagnózy. Liší se však oblastí emočně-sociálních projevů, přičemž v K-PTSP musí být přítomny také tyto symptomy:

1. Problémy s regulací afektů.
2. Negativní přesvědčení o sebe sama / sebekoncept (např. méněcennost, poražení) a pocity selhání, studu či viny spojené s traumatem.
3. Pocity vzdálenosti od druhých osob a problémy s udržením vztahů (ICD-11, 2019).

2 Diagnostické nástroje ke zjišťování / měření PTSP

Jak uvádí psychiatr Kačeňák (in CSSP, 2012), k diagnostice PTSP se nejčastěji používá rozhovor. Zároveň je to metoda, která by v diagnostickém procesu této poruchy neměla chybět. Jsou však další nástroje, které mohou při klasifikaci dopomoci. Jedná se o krátké screeningové metody, dotazníky či posuzovací škály. Lze je zadávat větším skupinám lidí, u kterých je potřeba zmapovat možný výskyt PTSP a na základě výsledků pak pokračovat v diagnostice a intervenci. Mohou sloužit jako podklad pro rozhovor o traumatických událostech či symptomech²⁴ a být zadávány odborníky ještě před prvními konzultacemi ve zdravotnických centrech. Některé jsou vhodným doplňkem standardizované dokumentace. V neposlední řadě jsou účelnými v řadách výzkumů, které jsou (nejen) pro zkvalitňování medicínské péče důležité (Institute of Medicine, 2006).

2.1 Rozhovory

Jak je uvedeno výše, jednu z kategorií nástrojů na měření psychického traumatu tvoří diagnostické rozhovory. Zadává je odborník, přičemž je nezbytné, aby danou metodu znal včetně jejího systému skórování. Každou odpověď pacienta/respondenta je totiž nutné obodovat či jiným způsobem ohodnotit. Níže uvedené rozhovory vycházejí z kritérií PTSP založených na DSM, takže není důležitý jen celkový počet získaných bodů za přítomné symptomy. Pro vyslovení možné diagnózy by měl být splněn i určitý počet příznaků z každé jedné oblasti, které DSM manuály stanovují.

Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5)

Strukturovaný rozhovor CAPS-5 (Weathers et al., 2013a) je považován za „zlatý standard“ v diagnostice PTSP. Má 30 položek, přičemž obsahuje otázky na všechny symptomy z DSM-5²⁵. Zjišťuje také nástup a trvání příznaků, subjektivní nepohodu pacienta, dopad na jeho život či disociativní příznaky. Samozřejmě je určení traumatické

²⁴ Tento účel naplňují také polostrukturované a strukturované rozhovory.

²⁵ Předchozí verze CAPS-4 odpovídala kritériím PTSP z DSM-IV.

události, ke které se mají dané projevy vztahovat. Lze k tomu použít kratší screeningovou metodu, např. *Life Event Checklist for DSM-5 (LEC-5)*.

Výhodou CAPS-5 je dostupnost třech různých variant²⁶. Jedna je určena pro zjišťování příznaků vyskytujících se za poslední měsíc, kdy vypovídá o aktuální přítomnosti PTSP. Další verze mapuje příznaky pacienta za poslední týden, slouží tedy k evaluaci symptomů od poslední administrace CAPS-5. V poslední verzi je možné zjistit celoživotní výskyt PTSP, přičemž se administrátor dotazuje na nejhorší měsíc v životě jedince v souvislosti s posttraumatickými projevy. Rozhovor za použití této metody trvá přibližně 45 až 60 minut. Odpovědi se hodnotí podle pětistupňové škály závažnosti projevů.

CAPS-5 byl vytvořen v americkém Národním centru pro PTSP a na základě žádosti je možné jej získat. Předpokládá se však adekvátní vzdělání a působení v oboru.

Ukázkové položky CAPS-5²⁷ (Weathers et al., 2013a):

- *Měl/a jste v posledním měsíci nevyžádané vzpomínky na (UDÁLOST), když jste byl/a vzhůru, tzn. mimo snění?*
- *Jak dochází k tomu, že si vzpomenete na (UDÁLOST)? (Pokud je potřeba dovysvětlit: Přicházejí vzpomínky nechtěně, nebo na ně záměrně pomyslíte?)*
- *Jak moc Vás tyto vzpomínky obtěžují?*
- *Jste schopen/a vzpomínky dostat pryč z hlavy a myslet na něco jiného?*
- *Jak často jste měl/a tyto vzpomínky v posledním měsíci?*

PTSD Symptom Scale – Interview for DSM-5 (PSS-I-5)

Stejně jako předchozí diagnostický rozhovor, i PSS-I-5 (Foa, 2013a) vychází ze své starší verze určené pro DSM-IV a nyní pokrývá symptomy podle nejnovějšího DSM. Řadí se mezi polostrukturované interview a obsahuje 24 položek. Nejdříve se dotazuje na kritérium A, tedy prožití traumatu. V případě vícero událostí se vybere jedna (zpravidla ta nejtěživější), ke které se otázky budou vztahovat. Následuje 20 otázek kopírujících 20 symptomů z DSM-5 a poslední položky zjišťují distres, nástup a trvání symptomů. Škála

²⁶ Pro děti nad 7 let a adolescenty byla vytvořena vlastní verze CAPS-CA-5.

²⁷ Volný překlad z anglického jazyka, originální znění viz příloha č. 2.

hodnocení odpovědí má taktéž pět stupňů jako v případě CAPS-5 (od 0 = symptom není přítomný; do 4 = přítomný min. 6x za týden). Škálu lze získat u jedné z autorek E. B. Foa (2013a).

Ukázková otázka: *Měl/a jste nechtěné rušivé vzpomínky na (událost)?*²⁸

Mezi další rozhovorové metody patří *Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5)*. Jedná se o polostrukturovaný klinický rozhovor pro diagnostiku poruch DSM. Jeho verze *SCID-5 Research Version* a *SCID-5 Clinician Version* obsahují modul zaměřený na oblast PTSP (Columbia University Department of Psychiatry, n.d.). Také např. metody *Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI)* a *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)* obsahují screening pro PTSP (Spoont, Arbisi, Fu, et al., 2013).

2.2 Dotazníky

Jak již bylo zmíněno, standardizované dotazníkové metody pro měření posttraumatické stresové poruchy v ČR chybí. Vzhledem k velikosti USA a s tím se pojící početnější populací vojáků a veteránů, která je jednou z rizikových skupin pro vznik PTSP, je pochopitelné, že se výzkumu v této oblasti věnuje i větší pozornost. V americkém Národním centru pro PTSP se vyvíjí a aktualizuje vícero metod, zároveň i odborníci mimo tuto instituci (a samozřejmě i jiné státy) se podílejí na vývoji diagnostických nástrojů. Sebeposuzovací dotazníky a škály se tak jako rozhovory často vážou na pojetí poruchy podle určitého manuálu. Níže budou představeny zejména metody vytvořené či modifikované pro nejnovější DSM a taktéž pro evropský manuál MKN-11.

I přes to, že dotazníkové metody vyplňuje sám respondent, je důležité, aby jejich vyhodnocování a interpretace zůstala v rukou odborníků. Některé metody jsou kratšími screeny, často s nižším počtem položek, jiné jsou rozsáhlejší a mohou sloužit pro mapování všech kritérií poruchy, ale finální stanovení diagnózy by nemělo být postaveno jen na kvantitativních výsledcích z dané metody (Weathers et al., 2013c).

²⁸ „Have you had unwanted distressing memories about the trauma?“.

Life event Checklist for DSM-5 (LEC-5)

LEC-5 slouží jako screeningový dotazník pro kritérium A, tedy zjišťuje informaci, zda se respondent ocitl v potenciálně traumatizující situaci. Standardní verze obsahuje šestnáct nejčastějších možných událostí, které mohou být příčinou rozvinutí posttraumatické stresové poruchy. Poslední sedmnáctá položka nabízí definici jakékoli jiné stresující události.

Ukázkové položky²⁹:

1. *Přírodní katastrofa (například povodeň, hurikán, tornádo, zemětřesení).*
5. *Vystavení toxické látky (například nebezpečné chemikálii, radiaci).*
7. *Napadení se zbraní (například být postřelen, bodnut, vyhrožování s nožem/zbraní/bombou).*
16. *Vážné zranění, škoda, nebo smrt, kterou jste způsobili někomu jinému.*

Odpovědi respondent volí z možností: *zažil/a jsem – byl/a jsem svědkem – doslechl/a jsem se o tom – součást mé práce – nejsem si jistý/á – nestalo se mi.* Pro tento test neexistuje škála bodů a tedy ani celkové skóre. Hodnotí se pouze zda respondent traumatickou událost zažil a na jaké úrovni.

V případě, kdy byl jedinec vystaven více traumatům nebo pozitivně odpověděl na otázku č. 17, může následovat zadání LEC-5 *Interview Version*. Slouží k bližší specifikaci prožitých traumatických událostí a v případě, že jich je více, stanovení té nejhorší (ke které by se v další diagnostice měly vztahovat otázky související se symptomy PTSP). V případech, kdy tyto informace plánujeme zjistit rovněž dotazníkovou metodou, můžeme hned ze začátku zadat rozšířenou verzi LEC-5 (*Extended Version*), která obsahuje i otevřené otázky na daná traumata. Dotazníky LEC-5 jsou volně dostupné v americkém Národním centru pro PTSP, jako většina diagnostických nástrojů, které v něm vznikly (Weathers et al., 2013b).

²⁹ Volný překlad, originální znění položek i odpovědí viz příloha č. 3.

Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5)

Tento pěti položkový dotazník má charakter krátkého screeningu pro výskyt PTSP podobně jako LEC-5. V úvodu respondent odpovídá na otázku, zda ve svém životě zažil potenciálně traumatickou událost, jako je např. vážná nehoda či požár; fyzické nebo sexuální napadení; zemětřesení nebo povodeň, válka; byl svědkem úmrtí či vážné nehody; a sebe/vraždy blízké osoby. Pokud respondent zvolí odpověď *ANO*, vyplňuje dalších pět otázek zaměřených na nejčastější příznaky PTSP spojených s traumatem (či traumaty) přítomných za poslední měsíc (Prins et al., 2015).

Ukázkové položky³⁰:

- 1. Měl/a jste noční můry o dané události nebo jste měl/a myšlenky na událost i přes to, že jste nechtěl/a?*
- 4. Cítil/a jste se otupěle nebo odtazeně od lidí, aktivit či Vašeho okolí?*

Další položky se ptají na symptomy vyhýbavého chování, zvýšených vegetativních reakcí a pocitů viny či obviňování jiných za odpovědnost vzniku události. Respondenti volí vždy z dichotomické škály *ANO* – *NE*. V případě třech kladných odpovědí (symptomů vyskytujících se v posledním měsíci) by měla následovat další diagnostika. Tato hranice se ukázala jako relativně dobrý prediktor rizika PTSP, přičemž čtyři kladné odpovědi (neboli 4 body) jsou ještě spolehlivějším prediktorem. Pokud odpoví respondent hned v úvodní otázce *NE*, tedy žádnou traumatickou událost nezažil, uděluje se skóre 0 bodů a dál se již nepokračuje. Metoda je dostupná v americkém Národním centru pro PTSP (tamtéž).

Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS-5)

PDS-5 patří do skupiny rozsáhlejších dotazníků, které mapují celou symptomatiku PTSP na základě kritérií uvedených v DSM-5. Do stejné kategorie lze zařadit i PCL-5, který bude popsán v další části kapitoly této práce. V úvodu PDS-5 se nacházejí dvě screeningové otázky na identifikaci traumatu. Dále obsahuje 24 položek, z nichž 20 kopíruje symptomy PTSP podle manuálu a zbylé položky monitorují nástup, trvání a dopad daných symptomů.

³⁰ Volný překlad, originální znění položek viz příloha č. 4.

Respondent volí na pětibodové škále, zda se příznak u něj v posledním měsíci vyskytoval a v jaké míře: *vůbec – jednou týdně nebo méně – 2 až 3 krát týdně – 4 až 5 krát týdně – 6 krát a více za týden*. Za nejvyšší frekvenci u položky se získávají 4 body a s nižším výskytem bodové hodnocení klesá až na nulu (Foa, 2013b). Cut-off skóre (hraniční hodnota) pro podezření na PTSP se předpokládá alespoň 28 bodů (Foa et al., 2016).

Ukázková položka: *Nechtěné znepokojující vzpomínky na trauma.*³¹

Dissociative Subtype of PTSD Scale (DSPS)

DSM-5 rozlišuje u posttraumatické stresové poruchy podtyp s disociativními příznaky (APA, 2013). DSPS se zaměřuje na diagnostiku disociativních symptomů a je vhodným nástrojem pro určení tohoto podtypu PTSP (v případě, že jsou zbylá kritéria splněna). Metoda se dá respondentům zadávat jako dotazník, ale také jako polostrukturovaný rozhovor. U obou variant je nutné mít již specifikovanou traumatickou událost, ke které se budou vztahovat i některé položky z DSPS.

Celkově obsahuje 15 otázek. Metoda se skládá ze třech škál, přičemž pro potvrzení PTSP s disociativními příznaky je relevantní výsledek konkrétně z jedné – *Derealizace/depersonalizace*. Škály *Ztráta povědomí* a *Psychogenní amnézie* nedokážou rozlišit, zda má respondent disociativní podtyp podle kritérií DSM-5. Symptomy v nich jsou však často doprovodnými k těm ze škály derealizace a depersonalizace a jejich výsledky mohou hrát roli např. při stanovení léčby.

Respondent nejdříve odpovídá na každou položku/otázku administrátora, zda daný symptom někdy ve svém životě zažil. Pokud ano, je dotazován, zda jej zažil v posledním měsíci a v případě kladné odpovědi posuzuje frekvenci symptomu na škále od 1 (což odpovídá *1-2× za měsíc*) do 4 (*denně*) a intenzitu na škále od 1 (*ne velmi silná*) až 5 (*extrémně silná*). U každé položky je doplňující otázka, zda se symptom projevil jen při únavě nebo při medikaci způsobující únavu. Metoda je dostupná na stránkách amerického Národního centra pro PTSP ke stažení (Wolf et al., 2017).

³¹ „Unwanted upsetting memories about the trauma“ (Foa, 2013b).

Ukázková položka č. 8, která podle autorů nejlépe diskriminuje mezi ne/přítomnosti derealizace a depersonalizace:

*Stalo se Vám někdy, že svět kolem Vás (jiní lidé, věci, místa) vypadal nereálně?*³²

Mezi další dotazníkové metody pro měření psychického traumatu (podle DSM-IV či nezávisle od manuálu) patří *Trauma Screening Questionnaire*, *Impact of Event Scale – Revised (IES-R)*, *Davidson Trauma Scale*, *Posttraumatic Maladaptive Beliefs Scale*, *Trauma Symptom Inventory*, *Trauma Symptom Checklist – 40* a další (National Center for PTSD, n.d.).

International Trauma Exposure Measure (ITEM)

Na vývoji diagnostických nástrojů, které odpovídají kritériím manuálu MKN, se podílejí odborníci v oblasti traumatu z různých částí světa pod záštitou sdružení *International Trauma Consortium (ITC)* (n.d.).

ITEM je screening, který zaznamenává traumatické události v životě člověka. Obsahuje 21 položek popisujících příklady těchto událostí a respondent odpovídá, zda jej prožil. Dotazník je svým charakterem podobný rozšířené verzi LEC-5.

ITEM také obsahuje navíc položku (č.22), která může představovat jakékoli trauma, pokud byla prožita událost jedince nad rámec ostatních položek v dotazníku (v tomto případě je nutné událost popsat). V ITEM však respondent neodpovídá, zda byl svědkem či sám obětí. Položky jsou již formulovány do situací vlastního prožitku nebo svědectví a respondent jen označuje, zda se událost stala do dvanáctého roku života, mezi 13. a 18. rokem, nebo v dospělosti. Dále se zjišťuje, která položka (1-22) je pro respondenta nejvíce tíživá, kolikrát ji prožil a jak dávno. Poslední, na co se ITEM ptá, je emoce, kterou si respondent s událostí nejvíce asociuje. Na výběr je z možností: *strach; vztek; znechucení; smutek; stud; vina; bez emoce* (Hyland et al., 2021).

Ukázkové položky³³:

³² „Have there been times when the world around you (other people, objects, places) did not seem real?“

³³ Volný překlad, originální znění položek viz příloha č. 5.

3. Někomu z vašich blízkých byla diagnostikována život ohrožující nemoc nebo zažil život ohrožující nehodu.

5. Byl/a jste fyzicky napaden/a (pěstí, kopáním, fackováním, okraden/a atd.) rodičem nebo pečovatelem.

8. Byl/a jste sexuálně napaden/a (análně, vaginálně, orální penetrací, či jakýmkoli kontaktem sexuálních partí) někým jiným než je rodič či pečovatel.

12. Způsobil/a jste jiné osobě extrémní utrpení či smrt.

International Trauma Questionnaire (ITQ)

Mezi relativně nově vytvořené diagnostické nástroje patří také ITQ, který u respondentů mapuje symptomy PTSP a K-PTSP. Na úvod se vyplňuje otevřená otázka na nejtříživější zážitek a následně se volí z několika možností časový údaj, kdy přesně se daná situace odehrála. Dále test obsahuje 18 položek, které odpovídají symptomům obou poruch podle ICD-11. Respondent odpovídá, jak moc ho daná položka, resp. problém trápil v posledním měsíci nebo jak moc je tvrzení pro něj platné (*vůbec ne až extrémně*). ITQ včetně vyhodnocovacího manuálu je volně dostupné ve více než 25 jazycích³⁴ (Cloitre et al., 2018).

Ukázkové položky³⁵:

P5. Jste vysoce ostražití, bdělí nebo ve střehu?

P8. Byla narušena vaše práce nebo schopnost pracovat?

C1. Když jsem naštvaný, trvá mi dlouho než se uklidním.

C5. Cítím se vzdáleně nebo odříznutě od druhých lidí.

³⁴ Přeložen byl i do češtiny a na jeho české standardizaci se pracuje (Vymětal, 2019).

³⁵ Volný překlad, originální znění viz příloha č. 6.

2.3 PTSD Checklist pro DSM

PTSD Checklist (PCL) byl začátkem 90. let uveden jako nový sebesuzovací nástroj na měření posttraumatické stresové poruchy (Weathers et al., 1993). Obsahuje 17 položek, které nyní korespondují se symptomy DSM-IV, a respondent má při každé položce uvést, jak moc ho daný příznak obtěžoval za poslední jeden měsíc. Odpověď se volí na škále od 1 do 5, přičemž nejnižší skór odpovídá popisu *vůbec ne* a nejvyšší *extrémně* (Norris & Hamblen, 2003). Dotazník byl vyvinut ve dvou verzích, zpočátku pro DSM-III-TR³⁶. První, PCL-M (*military*) je určena pro respondenty z armády, kdy jsou položky vztáhnuty ke stresujícím zkušenostem z vojenského prostředí. Druhá verze PCL-C (*civilian*) byla vytvořena pro běžnou populaci a události spouštějící posttraumatické symptomy mohou být jakéhokoli rázu. Autoři však v PCL viděli rozsáhlejší možnost využití a navrhovali možnost změny zadání pro potřeby vlastního účelu. Buď se ptát respondentů na jiný časový horizont, např. poslední týden, a zjišťovat tak vývoj symptomů nebo efektivitu terapie, či upravit formulaci stresující události za konkrétní specifickou zkušenost (Weathers et al., 1993).

PCL může být vyhodnoceno dvěma způsoby. Sčítat získané body (od 17 do 85) a určit celkový skór pro závažnost posttraumatické symptomatiky. Nebo pro klasifikaci samotné poruchy pozitivně označit položky s odpovědí 3 a výše a sledovat, zda naplní kritéria z DSM-III-R, tedy přítomnost 1 symptomu pro klastr B, 3 z klastru C a 2 z D³⁷.

Kolektiv autorů PCL rovněž publikoval výsledky dvou studií pro posouzení psychometrických vlastností dotazníku. V jedné se účastnilo 123 veteránů z Vietnamské války. Vnitřní konzistence PCL byla $\alpha = 0,97$, pro jednotlivé klastry 0,92 až 0,93. Test-retestová reliabilita byla 0,96 a PCL také silně koreloval s jinými dotazníky na PTSP *Mississippi Scale* (0,93) a *Impact of Event Scale* (0,90). Vzorek veteránů prošel také klinickým rozhovorem *Structured Clinical Interview* pro DSM-III-R a zjištěná prevalence PTSP byla 54 %. Na základě těchto výsledků se jako nejoptimálnější cut-off skór pro predikci PTSP jevila hranice 50 bodů (senzitivita 0,82, specifita 0,83). Veteráni s aktuální

³⁶ Symptomy podle DSM-III-TR a DSM-IV jsou však téměř totožné.

³⁷ Tyto požadavky jsou pro DSM-IV stejné; zároveň je nutné pamatovat, že z této metody lze získat jen kritéria, která se týkají klastrů B až D.

diagnózou měli průměrně 63,6 bodu (SD = 14,1) a bez diagnózy PTSP 34,4 bodu (SD = 14,1). Druhé studie se účastnily i ženy (12,8 %), přičemž šlo také o vzorek veteránů (mužů i žen N = 1006). Zadání a položky PCL byly specifikovány k jejich zážitkům z války v Perském zálivu. Vnitřní konzistence testu byla také ve vysokých hodnotách, $\alpha = 0,96$; pro samostatné klastry se pohybovala v rozmezí 0,89 až 0,91. Průměrný skóre byl 64,2 (SD = 9,1) pro diagnostikované veterány s PTSP a 29,4 (SD = 11,5) bez poruchy. S Mississippi Scale byla v této studii korelace $r = 0,85$. Faktorovou analýzou byl popsán jeden velký faktor sestávající ze symptomů znovuprožívání a hyperarousalu a jeden menší, pokrývající položky emočního otupění (Weathers et al., 1993). Vzhledem k dobrým prvotním psychometrickým zjištěním PCL není zřejmě překvapením, že se dotazník stal předmětem mnoha dalších studií, které napomáhají mapovat jeho validitu a reliabilitu.

McDonald & Calhoun (2010) sesbírali data z 18 výzkumů, přičemž zahrnuli i studii veteránů z Vietnamské války uvedenou výše. Podmínkou k zařazení byly validizační studie s anglickými verzemi PCL-C, PCL-M nebo PCL-S³⁸ a taktéž administrace rozhovorové metody pro diagnostiku PTSP u zúčastněných respondentů. Výzkumy se zaměřovaly na různé skupiny populace od lidí s psychotickými poruchami (Grubaugh et al., 2007); na ženy s rakovinou prsu (Andrykowski et al., 1998); matky, jejichž děti prošly léčbou rakoviny (Manne et al., 1998); HIV pozitivními pacienty (Bollinger et al., 2008); až po odlišné skupiny veteránů (Weather et al., 1993; Dobie et al., 2002; Lang et al., 2003; Prins et al., 2003; Lang & Stein, 2005; Yeager et al., 2007; Bliese et al., 2008; Keen et al., 2008) ad. (in McDonald & Calhoun, 2010). I prevalence PTSP mezi danými skupinami byla různorodá. Nejnižší pozorovaná hodnota byla 5 % u pacientů po transplantaci kostní dřeně (Widows et al., 2000), pak 6 % u matek jejichž děti absolvovaly léčbu rakoviny, a u žen s rakovinou prsu. Nejvyšší prevalence se vyskytla u pacientů s psychotickou poruchou (59 %) a u vietnamských veteránů (54 %) (in McDonald & Calhoun, 2010).

Tyto výzkumné studie s heterogenními vzorky populací, různou variantou metody PCL a různou mírou pozorované prevalence s sebou přináší také různorodé výsledky vlastností testů. U 14 z nich, které publikovaly svá zjištění na základě určeného cut-off skóru 50, byla sledovaná senzitivita, tedy poměr těch respondentů, kteří měli PTSP a dotazník je

³⁸ Zavedená varianta PCL pro specifické události, jak navrhovali původně autoři.

správně identifikoval, v rozmezí od 0,20 do 0,86 ($M = 0,57$). Specifita, tedy poměr těch respondentů, které vyhodnotil dotazník správně bez přítomnosti poruchy, se pohybovala od 0,67 do 0,99 ($M = 0,89$). Pokud je potřeba změnit cut-off skóre pro zvýšení senzitivity, bude to mít negativní efekt na specifitu a naopak. Když spojíme výsledky těchto dvou charakteristik testu, zjistíme tzv. efektivnost³⁹ (*efficiency*). Ta se pohybovala ve zmíněném seznamu studií od 0,58 do 0,83 ($M = 0,73$).

McDonald & Calhoun (2010) se domnívají, že optimální univerzální cut-off skór pro PCL-M, -S, a -C není možné stanovit. Při jeho určování kladou důraz na účel využití PCL dotazníku. Klinická praxe a výzkumná oblast mohou mít jiné požadavky na požadovanou efektivnost screeningu respondentů. Prevalence poruchy ve vzorku a samotná populace hrají také důležitou roli.

Sesbírané informace ze studií naznačují, že se hranice 50 bodů jeví vhodnou pro populaci veteránů a hranice 44 bodů pro civilní populaci. Co se týče metody vyhodnocování, všech 18 výzkumů použilo metodu hledání vhodného cut-off skóru. Necelá třetina z nich však operovala i s dalším způsobem vyhodnocování, který je zmíněn výše. Říká se mu *symptom cluster method*, tedy jde o sledování nikoli celkového skóru, ale splnění určitého počtu symptomů podle klasifikace v DSM. Z pěti výzkumů, které přinesly výsledky v obou metodách, nelze konstatovat, že by jedna z metod vyhodnocování měla nějakou výhodu. Při respektování limitů testu autoři článku *The Diagnostic Accuracy of the PTSD Checklist: A Critical Review* vidí v dotazníku PCL (-M/S/C) užitečnou screeningovou metodu (McDonald & Calhoun, 2010).

2.3.1 PCL-5

Poslední revize DSM manuálu s sebou přinesla i nároky na aktualizaci diagnostických metod. Weathers et al. (2013c) PCL dotazník přizpůsobili tak, aby korespondoval se symptomy PTSP nejnovějšího DSM-5, čímž vznikl *PTSD Checklist for DSM-5* (PCL-5). Velkou změnou je, že se jedná o jedinou univerzální verzi dotazníku. Lze ho zadávat samostatně nebo v rozšířené verzi, která navíc stručně zjišťuje kritérium A, či ve

³⁹ (správně pozitivně identifikovaní + správně negativně identifikovaní) / N (McDonald, Calhoun, 2010).

variantě s podrobnějším kritériem A včetně zadání LEC-5. Zůstává také možnost monitorovat symptomy během nebo po absolvování léčby: v tomto případě se použije PCL-5 s formulací, která u respondenta zjišťuje přítomnost posttraumatických symptomů za poslední týden, nikoliv měsíc.

Mezi další velké úpravy patří změna skórování. Likertova škála je stále pětibodová, ale přiřazené body k odpovědím jsou od 0 do 4. Se zařazením nových třech symptomů má dotazník 20 položek a nově již 4 klastry. Vzhledem k předchozím třem verzím PCL pro DSM-IV, kdy byla škála skórování od 1 do 5 a kdy bylo méně položek, je jasné, že výsledky v těchto verzích PCL mezi sebou nelze srovnávat. Autoři navrhují cut-off skór pro PCL-5 od 31 do 33 bodů, upozorňují však na možné odchylky ve volbě této hranice právě kvůli rozmanitým populacím a účelu testování, na což upozorňovali např. i McDonald s Calhounem zmínění výše (Weathers et al., 2013c). Tak jako u předchozích verzí PCL je možné i tuto nejnovější vyhodnocovat pomocí metody symptom cluster method. Pro kladné označení příznaku však musí být jeho přítomnost respondentem zvolena odpovědí hodnocenou min. dvěma body, tedy středně (Weathers et al., 2013c).

DSM-5 model dělí symptomy posttraumatické stresové poruchy do 4 klastrů: znovuprožívání; vyhýbání; negativní změny v kognici a náladě; a změny ve vzrušivosti a reaktivitě (APA, 2013). Vzhledem k tomu, že PCL-5 všechny symptomy do jednoho kopíruje by se dalo říct, že kopíruje i onen čtyř faktorový model. Konfirmační faktorovou analýzou se již několik studií pokusilo ověřit, zda tento model PCL-5 dobře odpovídá (např. Armour et al., 2015; Armour et al., 2016; Blevins et al., 2015; Bovin et al., 2016; Keane et al., 2014; Krüger-Gottschalk et al., 2017; Lee et al., 2019; Liu et al., 2014; Pietrzak et al., 2015; Seligowski & Orcutt, 2016).

Výsledky většiny studií tento model nemohly plně podpořit, což dalo výzkumníkům prostor navrhovat alternativní modely na základě jejich dat. Nejvíce zkoumanými z nich jsou Dysforia model (*Dysphoria*, Simms et al., 2002) se čtyřmi faktory, Dysforický arousal (*Dysphoric Arousal*, Elhai et al., 2011) model s pěti faktory, šestifaktorový Anhedonie model (*Anhedonia*, Liu et al., 2014), se stejným počtem Model externalizujícího chování (*Externalizing Behavior*, Tsai et al., 2015), a poslední Hybridní model (*Hybrid*, Armour et al., 2015) se sedmi faktory, který kombinuje oba šestifaktorové alternativní modely.

Poslední z modelů se skládá z těchto klastrů: znovuprožívání, vyhýbání, negativní efekt, anhedonie, externalizující chování, úzkostná vzrušivost, dysforická vzrušivost. V tabulce 9, která se nachází v empirické části této práce jsou prezentovány faktorová rozdělení a jejich položek pro všechny modely. Shevlin et al. (2017) se domnívají, že volba diagnostické struktury PTSP, resp. metody sledující tuto strukturu, má následně vliv na udávanou prevalenci v populaci. Na základě jejich výzkumu pozorovali vyšší prevalenci PTSP ve vzorku respondentů při užití kritérií čtyřfaktorového modelu poruchy, než u modelů se 6 a 7 faktory⁴⁰. Je podle nich proto důležité, aby se výzkumy věnovaly také latentní struktuře dotazníku a otázce, na základě kolika faktorů je PTSP v praxi diagnostikováno⁴¹ (Shevlin et al., 2017).

V jiném výzkumu se vzorkem 446 hasičů konstatovali při použití Hybridního modelu nízkou vnitřní konzistenci u faktoru úzkostné vzrušivosti ($\alpha = 0,57$) (Carvalho et al., 2020), přičemž výzkumný tým, který měl za respondenty zdravotnický personál po vypuknutí pandemie covidu-19, zas na svých datech naměřil uspokojující výsledky pro všechny faktory Hybridního modelu (Cheng et al., 2020). Jak uvádí Lee et al. (2019), nově navrženým alternativním modelům prozatím chybí dostatečná konstruktivní validita, a rozhodnutí, který model je nejlepší, zatím nebylo konsenzuálně učiněno.

Vnitřní konzistence PCL-5 podle modelu DSM-5 se již mnohými studii potvrdila jako velmi uspokojivá. Cohen et al. (2014) publikoval na základě dat univerzitních studentů s prožitým traumatem Cronbachovo α pro jednotlivé klastry PCL-5 hodnoty od 0,87 do 0,91 (klastr B = 0,89, C a D = 0,91, E = 0,87). Studenti tvořili respondenty i ve výzkumu Blevinse et al. (2015), kdy hodnota α pro celý dotazník byla 0,94 pro první studii a 0,95 pro druhou, k níž je dostupná i naměřená hodnota test retestové reliability, kdy $r = 0,82$, a taktéž konvergentní validita $r = 0,85$ (korelace PCL-5 a PCL-S). Dva studentské vzorky respondentů měl i Ashbough et al. (2016). U anglicky mluvících konstatovali celkovou vnitřní konzistenci $\alpha = 0,95$, pro jednotlivé klastry od 0,81 do 0,90. Cut-off skóre 31 bylo vyváženo senzitivitou 0,85, specifitou 0,95, s efektivností 0,95. Ve svém druhém vzorku

⁴⁰ Při využití metody hodnocení *symptom cluster method*, kterou pro alternativní modely sami navrhli.

⁴¹ Pro více informací o alternativních modelech PTSP srov. *Examining the disconnect between psychometric models and clinical reality of posttraumatic stress disorder* (Shevlin et al., 2017) a *Latent Factor Structure of DSM-5 Posttraumatic Stress Disorder: Evaluation of Method Variance and Construct Validity of Novel Symptom Clusters* (Lee et al., 2019).

populace studentů s francouzskou verzí PCL-5 byla vnitřní konzistence $\alpha = 0,94$, pro klastry od 0,79 do 0,87. Nejlepší cut-off skóre v tomto výzkumu určili na 32 bodů, přičemž senzitivita = 0,83, specifita = 0,95 a efektivnost = 0,95. Obě skupiny respondentů vyplňovaly také dotazník pro zjišťování posttraumatických symptomů IES-R, se kterým byla naměřena korelace $r = 0,82$ pro první skupinu a 0,80 pro druhou (Ashbaugh et al., 2016).

Na přeživší po zemětřesení se zaměřily dvě čínské studie. Liu et al. (2014) konstatovali při validizaci PCL-5 vysokou vnitřní konzistenci $\alpha = 0,94$. Druhá studie autorů Wang et al. (2015) publikovala výsledek $\alpha = 0,91$ pro celý dotazník a hodnoty od 0,77 do 0,82 pro jednotlivé faktory.

Na klinické populaci, která má v anamnéze prožití traumatické události, validizovalo PCL-5 již několik studií z různých částí světa. V roce 2016 publikovali Sveen et al. výsledky na základě dat od respondentů, kterými byli rodiče dětí s popáleninami ($N = 62$). Ve švédské verzi dotazníku byla naměřena vnitřní konzistence $\alpha = 0,90$ a pro klastry C-E hodnoty od 0,74 do 0,78. Jediný klaster B (znovuprožívání) dosáhl nižšího, ale pořád dostatečného čísla, konkrétně $\alpha = 0,57$. Konvergentní validita byla měřena korelací s IES-R, kdy $r = 0,58$ (Sveen et al., 2016). Německá verze PCL-5 byla validizována s klinickou skupinou o velikosti 352 respondentů. Vnitřní konzistence byla v této studii vysoká. Celkově odpovídala $\alpha = 0,95$, pro klastry B-E byly hodnoty 0,89; 0,79; 0,86; 0,84. Test retestová validita byla $r = 0,91$ a korelace se zlatým standardem CAPS-5 byla 0,77 (Krüger-Gottschalk et al., 2017). Brazílská studie taktéž s klinickou populací konstatovala ještě trochu vyšší výsledky vnitřní konzistence ($\alpha = 0,96$ pro celou metodu a pro klastry B-E hodnoty 0,90; 0,90; 0,89; 0,87). Na základě jejich dat stanovili ideální cut-off skóre 36 bodů, při senzitivě 0,94, specifitě 0,71 a celkové efektivnosti 0,80 (Pereira-Lima et al., 2019).

V roce 2019 (Hall et al.) vyšla studie o psychometrických vlastnostech PCL-5 zaměřena na ženy filipínského původu pracující v Číně, které se přestěhovaly za práci. Autoři studie na základě cut-off skóre 25 konstatovali senzitivitu 0,89, specifitu 0,73 a efektivnost 0,77. s vnitřní konzistencí testu $\alpha = 0,95$. Jednu z nejvyšších pozorovaných hodnot vnitřní konzistence PCL-5 naměřili Cernovsky et al. v roce 2021 na základě dat od respondentů po vážných autonehodách ($N = 80$; $\alpha = 0,98$). Jimi navrhané cut-off skóre (32 b) bylo ve shodě s původními návrhy autorů dotazníku.

Lidé z pomáhající profese tvořili skupinu respondentů a respondentek ve studii z Číny a Portugalska. Cheng et al. (2020) zadávali PCL-5 zdravotnickému personálu po vypuknutí pandemie kvůli covidu-19 (N = 212). Cronbachovo α bylo 0,91, přičemž pro jednotlivé klastry 0,90; 0,75; 0,84; 0,74. Portugalská verze PCL-5 byla zadávána 446 hasičům. Vnitřní konzistence byla obdobně jako u ostatních studií vysoká, v hodnotě $\alpha = 0,94$. Pro jednotlivé čtyři faktory testu byla α 0,89; 0,76; 0,87; 0,85 a celková test retestová reliabilita dotazníku $r = 0,91$ (Carvalho et al., 2020).

V neposlední řadě je nutné zmínit studie, které publikovaly svá data na základě sebehodnocení skupin veteránů. Výzkumný tým Bovin et al. (2015) pracoval se vzorkem 468 veteránů, přičemž 12 % tvořily respondentky ženského pohlaví. Vnitřní konzistence testu byla vysoká, $\alpha = 0,96$. Pro tento typ populace navrhovali cut-off skóre v rozmezí 31-33, což odpovídá přesně rozmezí, které uvádí autoři PCL-5. Pro všechny tyto cut-off skóre konstatovali stejné výsledky: senzitivita 0,88, specifita 0,69 a efektivnost 0,80. Publikovali také hodnotu test retestové reliability, která činila $r = 0,84$ (Bovin et al., 2015).

Druhá studie s veterány, kterou provedli Wortmann et al. v roce 2016, operovala se vzorkem 912 veteránů, z čehož 8,4 % tvořily ženy. Cronbachovo α naměřili 0,91 (pro klastry 0,75, 0,80, 0,82, 0,83). Na základě svých dat určili nejvhodnější bodovou hranici pro pozitivní screening PTSP 33 bodů (senzitivita 0,93, specifita 0,72, efektivnost 0,88). Obě tyto studie zkoumaly také konvergentní validitu pomocí korelace se starší verzí PCL (PCL-C pro první studii a PCL-S pro druhou). Hodnota r byla v obou případech 0,87.

Co mají tyto dvě výzkumné studie ještě společné je to, že mezi výsledky pohlaví pozorovaly rozdíly. U Bovina et al. (2015) byla průměrná hodnota PCL-5 u mužů 35,72 (SD = 21,06), u žen signifikantně vyšší 42,25 (SD = 21,54). Rozdíl se týkal i průměrů jednotlivých klastrů B, C a D také ve prospěch vyššího skóre u ženského pohlaví. Při srovnávání věkových skupin bylo na základě dat zjištěno, že starší věk respondentů a respondentek ovlivňoval jejich skóre směrem dolů. Jinak řečeno, starší dospělí měli signifikantně nižší výsledky v PCL-5 i v klastrech B, D a E, než lidé z mladších věkových kategorií (Bovin et al., 2015). U Wortmanna et al. (2016) byl naměřen rozdíl mezi pohlavím v předchozí verzi dotazníku, v PCL-S. Průměrný skór mužů byl 52,80 (SD = 12,27), přičemž u žen 56,45 (SD = 11,86). Co se týče jejich výsledků v PCL-5, konstatovali efekt věku, ale

ve srovnání s předchozí studií, obráceným směrem. Starší věk byl spojován s vyššími výsledky. Toto statistické pozorování věkového efektu bylo však naměřeno až při retestu, který absolvovalo 439 veteránů dva týdny od ukončení léčby (Wortmann et al., 2016).

Vzhledem k zaměření této práce právě na dotazník PCL-5 budou ukázkové položky tohoto dotazníku ve výzkumné části diplomové práce.

Výzkumná část diplomové práce

3 Definice výzkumného problému a stanovení hypotéz

Cílem této diplomové práce je snaha pomoci k validizaci dotazníku PCL-5 v České republice; a to zejména kvůli nedostatku ověřených screeningových diagnostických nástrojů na naší populaci, které by odborníci mohli využívat k mapování posttraumatických příznaků. Studie validizující českou verzi PCL-5 (a další nástroje) probíhá pod záštitou Národního ústavu duševního zdraví (NUDZ) pod vedením doc. PhDr. Marka Preisse, PhD. a nese název *Validizace nástrojů na měření psychického traumatu*. V roce 2019 bylo schváleno provádění dané studie Etickou komisí NUDZ. Data prezentovaná v této práci jsou majetkem NUDZ a vycházejí z výzkumných aktivit této organizace.

Jak již bylo prezentováno v teoretické části, PCL je podle rešerše výsledků studií ze zahraničí spolehlivá a validní screeningová metoda, která má dobrou schopnost predikce posttraumatické stresové poruchy. Vzhledem k její poslední modifikaci na PCL-5 způsobené vydáním aktualizovaného manuálu DSM již v páté revizi, je potřeba psychometrické vlastnosti tohoto dotazníku stále ověřovat. Proběhlé studie validizovaly tento dotazník již v mnoha jazycích a s různými vzorky populace.

Výzkumná část této diplomové práce se bude zaměřovat zejména na získané celkové skóre v PCL-5. Bude sledovat, zda je mezi průměrnými hodnotami hrubého skóru v PCL-5 rozdíl mezi ženským a mužským pohlavím. Zda je rozdíl mezi respondenty, kteří uvedli absolvování psychiatrické léčby, či zda existuje vztah mezi uvedenou náladou respondentů před vyplněním PCL-5 a výši celkového skóru v něm. Navíc k těmto úvahám, které jsou shrnuty níže v hypotézách, bude pomocí statistických testů zjišťována hodnota Cronbachovy alfy pro PCL-5 a pro jeho čtyři klastry podle modelu DSM-5, a také zda je tento čtyřfaktorový model dostatečně přiléhavý k nasbíraným datům.

3.1 Výzkumné hypotézy

Pro zjištění rozdílů mezi různými skupinami respondentů a respondentek jsou formulovány následující hypotézy:

První hypotéza sleduje rozdíly v dosaženém skóru PCL-5 podle pohlaví bez ohledu na psychiatrickou anamnézu (PA) mezi všemi ženami a všemi muži ve výzkumném vzorku:

1. H_0 : Průměrná hodnota hrubého skóru PCL-5 je mezi respondentkami ženského pohlaví a respondenty mužského pohlaví stejná.

H_1 : Průměrná hodnota hrubého skóru PCL-5 je mezi respondentkami ženského pohlaví a respondenty mužského pohlaví odlišná.

Druhá hypotéza sleduje taktéž rozdíly mezi pohlavím, ale srovnává mezi sebou respondentky a respondenty bez udané PA.

2. H_0 : Průměrná hodnota hrubého skóru PCL-5 je mezi respondentkami ženského pohlaví bez PA a respondenty mužského pohlaví bez PA stejná.

H_1 : Průměrná hodnota hrubého skóru PCL-5 je mezi respondentkami ženského pohlaví bez PA a respondenty mužského pohlaví bez PA odlišná.

Třetí hypotéza se zaměřuje na srovnání všech respondentů bez PA a všech respondentů s PA.

3. H_0 : Průměrná hodnota hrubého skóru PCL-5 je u lidí během života psychiatricky léčených stejný jako u lidí bez psychiatrické anamnézy.

H_1 : Průměrná hodnota hrubého skóru PCL-5 je u lidí během života psychiatricky léčených ve srovnání s lidmi bez psychiatrické anamnézy odlišný.

Čtvrtá a zároveň poslední hypotéza sleduje, zda existuje statisticky významný vztah mezi dosaženým skóre v PCL-5 a respondentem udanou náladou před jeho vyplněním.

4. H_0 : Respondenti a respondentky, kteří označili, že se před vyplněním dotazníku PCL-5 cítili lépe, mají stejný skór v PCL-5, jako ti, kteří označili, že se mají špatně.

H_1 : Respondenti a respondentky, kteří označili, že se před vyplněním dotazníku PCL-5 cítili lépe, mají nižší skór v PCL-5, než ti, kteří označili, že se mají špatně.

4 Použité metody

Metoda PCL-5 je dvaceti položkový sebesuzovací dotazník, který měří přítomnost a závažnost posttraumatických symptomů. Ty odpovídají kritériím pro PTSP uvedených v DSM-5. Dotazník se může ptát na prožívání symptomů v posledním měsíci života jedince pro screening PTSP, nebo na období posledního týdne pro monitorování a evaluaci příznaků během či po absolvování léčby (Weathers et al., 2013c).

Z originálního znění anglického jazyka byl PCL-5 přeložen do češtiny v Národním ústavu pro duševní zdraví v rámci výzkumné studie *Validizace nástrojů na měření psychického traumatu*. Preferovaný způsob vyplnění je vlastní administrace respondenta, podle autorů je však možné dotazník zadávat i skrze administrátora, který by respondentovi PCL-5 četl, a to i v komunikaci přes telefon. Podle použité verze, které jsou blíže popsány v teoretické části této práce (kapitola 2.3 PTSD Checklist pro DSM), trvá vyplnění dotazníku 5 až 10 minut (Weathers, et al., 2013c). Pro tuto práci je využita základní verze PCL-5 bez rozšíření o kritérium A.

Instrukce před vyplněním PCL-5 uvádí respondentovi seznam problémů, které lidé zažívají jako reakce na nepříjemné situace. Respondent je dále tázán, aby si každý problém a odpovědi k němu přečetl a poté jednu z odpovědí zakroužkoval (označil) tak, aby nejvíce vystihovala, jak moc ho daný problém za poslední měsíc obtěžoval.

Na každou z dvaceti položek se dá odpovědět na pětibodové Likertově škále, přičemž odpovědi jsou reprezentovány popisy: *vůbec ne* (0 b), *trochu* (1 b), *středně* (2 b), *hodně* (3 b), *extrémně* (4 b). Celkovým skórem tedy může být hodnota od 0 do 80 bodů (Weathers et al., 2013c).

Ukázkové položky PCL-5 z jednotlivých klastrů B, C, D, E:

Položka č. 1: *Měl/a jste opakované, rušivé a nechtěné vzpomínky na nepříjemnou událost?*

Položka č. 7: *Vyhýbal/a jste se věcem, které Vám nepříjemnou událost připomínaly (např. lidi, místa, konverzace, aktivity, předměty nebo situace)?*

Položka č. 13: *Cítil/a jste se vzdálený/a nebo odříznutý/á od ostatních lidí?*

Položka č. 17: *Byl/a jste nadměru ostražitý/á nebo v pohotovosti?*

5 Popis sběru dat a výzkumný vzorek

Jak již bylo zmíněno, data od respondentů byly sbírány pro výzkumní studii pod záštitou NUDZ. V této práci budou prezentována data sesbírána za rok 2020 a částečně 2021, ale výzkumný projekt i sběr dat nadále probíhá.

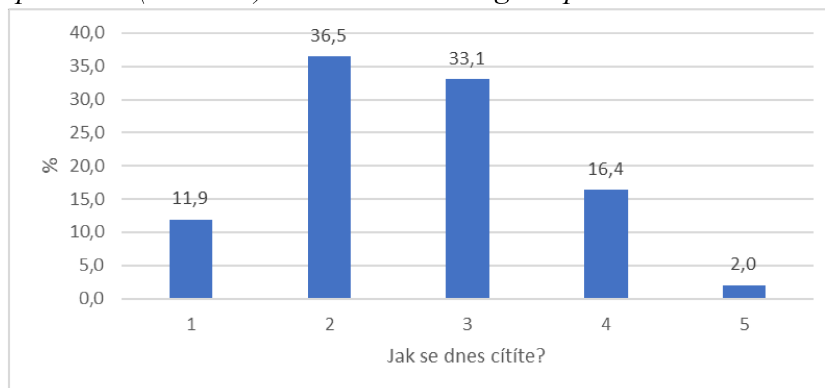
Respondenti účastníci se této studii vyplňovali informovaný souhlas, sadu demografických údajů a několik dotazníkových metod včetně PCL-5, která byla druhou v pořadí. Dotazníkové šetření probíhalo (a probíhá) v elektronické verzi. Národní ústav pro duševní zdraví skrze svůj oficiální profil na sociálních sítích publikoval výzvu k dobrovolné účasti ve studii a tato výzva byla dál sdílena. Účast byla dobrovolná a nehonorovaná. Všechna data jsou anonymizována.

Vzhledem k probíhající validizaci PCL-5 v českém jazyce bylo z nasbíraného vzorku dat odfiltrováno 40 respondentů jiné národnosti kvůli riziku plynoucího z lingvistického nedorozumění. Ze statistické analýzy byl také vyloučen respondent, který se identifikoval s pohlavím „růžový poník“, což dále znemožňovalo daného člověka zařadit do podkategorie.

Následně se datový soubor skládal ze 444 respondentů, přičemž 83,3 % (N = 370) tvořily ženy. Z hlediska pohlaví se tedy jedná o nevyvážený vzorek populace. Průměrný věk respondentů byl 32,6 let (SD = 10,6). Nejmladšímu účastníkovi bylo 18 let, nejstaršímu 74 let. Nejvíce respondentů mělo nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské II. stupně (35,6 %) a středoškolské s maturitou (34 %). Nejméně zastoupenými skupinami z hlediska vzdělání byli respondenti se základním vzděláním (2,7 %) a středoškolským bez maturity (3,6 %). V hlavním městě Praha žije 50,5 % všech respondentů. Druhým nejpočetněji uváděným krajem je Středočeský (15,5 %). Všechny zbylé kraje jsou ve vzorku zastoupeny, avšak v malých počtech od 0,9 % (Vysočina) po 5,4 % (Ústecký kraj).

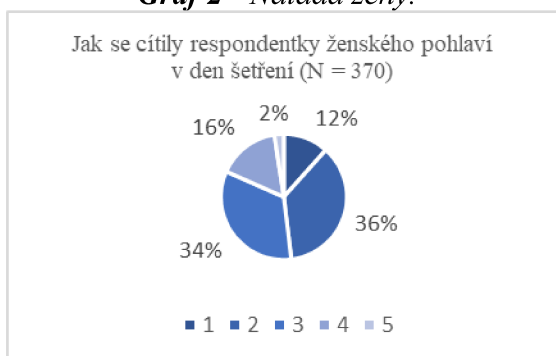
Všichni účastníci výzkumu byli při vyplňování demografických údajů tázáni i na svou aktuální náladu, konkrétně otázkou „*Jak se dnes cítíte?*“. Odpovědí bylo zvolení čísla na škále jako ve škole od 1 do 5, přičemž 1 = *velmi dobře* a 5 = *velmi špatně*. V grafu 1 lze vidět rozložení jejich odpovědí. Nejčastěji svůj pocit hodnotili 2 body (N = 162; 36,5 %) a 3 body (N = 147; 33,1 %). Tyto hodnoty jsou důležité zejména k hypotéze č. 4 o vztahu mezi uváděnou náladou a celkovým skóre v PCL-5.

Graf 1 – Respondenti (N = 444) rozdělení do kategorií podle uváděné nálady v den šetření.

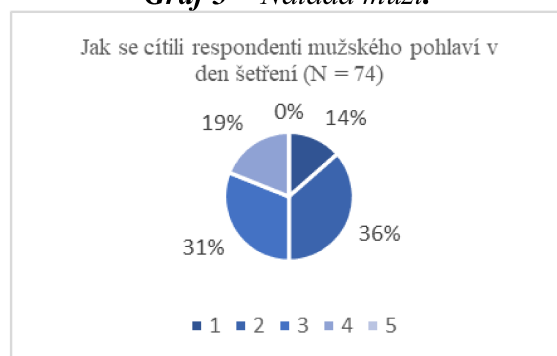


Procentuální zastoupení odpovědí na otázku zjišťující náladu jsou k vidění zvlášť pro ženy v grafu 2 a pro muže v grafu 3. Lze pozorovat, že žádný z mužských respondentů neoznačil svoji náladu jako velmi špatnou. U žen tomu tak nebylo, ale jedná se o velmi malou skupinu 9 žen, což je u celkového počtu ženských respondentek 370 méně než 2,5 %. Jak je dále možné pozorovat, ostatní hodnoty mezi pohlavími jsou velmi podobné.

Graf 2 - Nálada ženy.



Graf 3 – Nálada muži.



Další hypotézy předpokládají rozdělení výzkumného souboru do skupiny s psychiatrickou anamnézou a bez psychiatrické anamnézy. Do těchto kategorií byli respondenti zařazeni podle odpovědí na tyto tři otázky:

1. *Byl/a jste někdy dlouhodobě ambulantně psychiatricky léčen/a?*

2. *Byl/a jste někdy hospitalizován na psychiatrickém oddělení?*
3. *Užíval/a jste někdy psychofarmaka – léky na psychiku, po dobu 1 měsíce či déle (např. Neurol, Prozac, Stilnox...)?*

Ve skupině lidí s PA je 157 respondentů, kteří odpověděli kladně na první a/nebo druhou otázku. Ve druhé skupině, která uvedla, že se psychiatricky neléčila ambulantně ani nebyla hospitalizovaná a taktéž nebrala nikdy farmakologické preparáty na psychiku, je 244 respondentů (žen N = 191; mužů N = 53). Respondenti, kteří odpověděli negativně na psychiatrickou péči, ale kladně na otázku, zda brali psychofarmakologické léky (N = 43), nebudou ve srovnávání těchto skupin zařazeni. Důvodem je nedostatečná patřičnost k jedné ze skupin, kdy nelze vyloučit obtíže psychiatrického rázu, ani je zároveň potvrdit, vzhledem k tomu, že daná psychofarmaka mohou předepisovat i lékaři mimo obor psychiatrie.

6 Zpracování dat

Kvantitativní data byla za pomoci níže uvedených statistických metod zpracována v programech SPSS, Jamovi a Microsoft Excel:

1. Shapiro-Wilkův test k ověření předpokladu normality dat;
2. Mann-Whitney U test k ověřování hypotéz o rozdílech mezi výzkumnými skupinami;
3. Spearmanův korelační koeficient ke zjištění vztahu mezi výsledky PCL-5 a uváděnou náladou v den šetření;
4. analýza reliability prostřednictvím výpočtu Cronbachova koeficientu alfa;
5. konfirmační faktorová analýza pro posouzení vhodnosti modelů pro PCL-5.

7 Výsledky

Získaná data od respondentů z PCL-5 byla otestována na normalitu. Jelikož je p-hodnota ($p < 0,001$) ze Shapiro-Wilkova testu menší než hladina významnosti $\alpha = 5 \%$, zamítá se na této hladině nulová hypotéza o tom, že by data pocházela z normálního rozdělení. Data pocházejí z jiného než normálního rozdělení a pro práci s nimi je nutné použít neparametrické testy hypotéz.

Tabulka 1 prezentuje průměrnou hodnotu hrubého skóru PCL-5⁴² (29,3 b) pro celý výzkumný vzorek, společně s další deskriptivní statistikou. V dotazníku je možné získat 0 až 4 body za každou z 20 položek. Dosáhnutí minima 0 bodů i maxima 80 bodů bylo ve vzorku pozorováno. V prvním klastru (znovuprožívání), tvořeném položkami č. 1-5, získali účastníci v průměru 7,5 bodu (max. 20). Ve druhém klastru (vyhýbání), který je tvořen položkou č. 6 a 7, je průměrná hodnota 3,2 bodu (max. 8). Za největší sedmipoložkový klaster (negativní změny v kognici a náladě) zastoupen položkami č. 8-14, byla průměrná dosažená hodnota 10,5 bodu (max. 35). V posledním klastru (změny ve vzrušivosti a reaktivitě) zastoupeném položkami č. 15-20 byl průměr 8,1 bodu (max. 30).

Tabulka 1 – Průměrný skór v PCL-5 pro celý vzorek.

PCL-5_TOTAL	
N	444
Průměr	29,3
Medián	26,0
Minimum	0,0
Maximum	80,0
Směrodatná odchylka	19,9

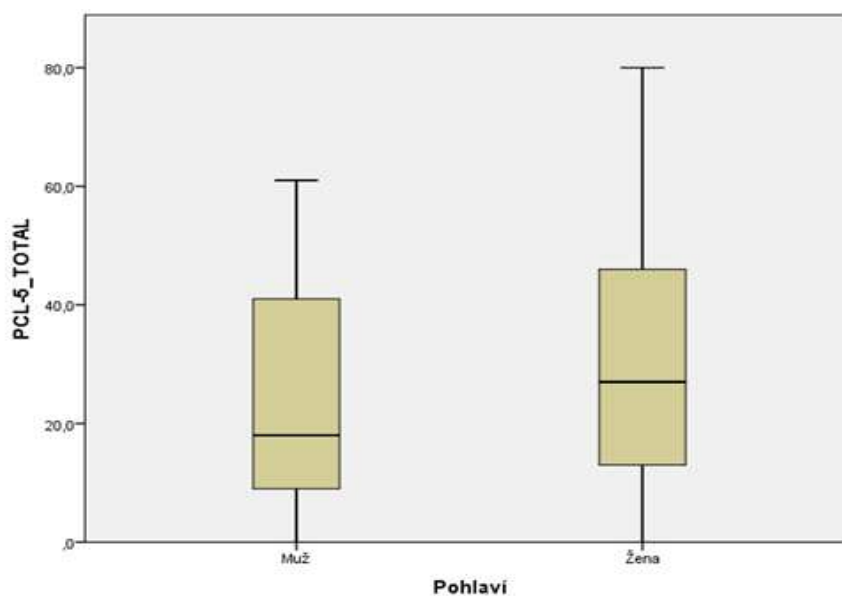
Základní statistické charakteristiky pro celkový skór v PCL-5 u skupin podle pohlaví lze vidět v tabulce 2 pro respondenty a respondentky z celého vzorku. Celkový skór u těchto dvou skupin lze pozorovat i v krabicovém grafu (graf 4). Průměrně získali muži (N = 74) 24,7 bodů (SD = 18,8) a ženy (N = 370) 30,2 bodů (SD = 20).

⁴² Hodnota označena také jako PCL-5_TOTAL.

Tabulka 2 – Celkové skóre v dotazníku PCL-5 podle pohlaví (všechny osoby).

PCL-5_TOTAL	Pohlaví	
	Muž	Žena
N	74	370
Průměr	24,7	30,2
Medián	18,0	27,0
Minimum	0,0	0,0
Maximum	61,0	80,0
Směrodatná odchylka	18,8	20,0

Graf 4 – Krabicový graf znázorňující celkové skóre v PCL-5 u skupin podle pohlaví.



Výsledek testu Mann-Whitney (tabulka 3) ukazuje, že se dosažené průměrné skóre mezi skupinami podle pohlaví významně liší na hladině významnosti $\alpha = 5\%$ ($p = 0,029$).

Tabulka 3 – Výsledek testu Mann-Whitney pro skóre mezi skupinami podle pohlaví (všechny osoby).

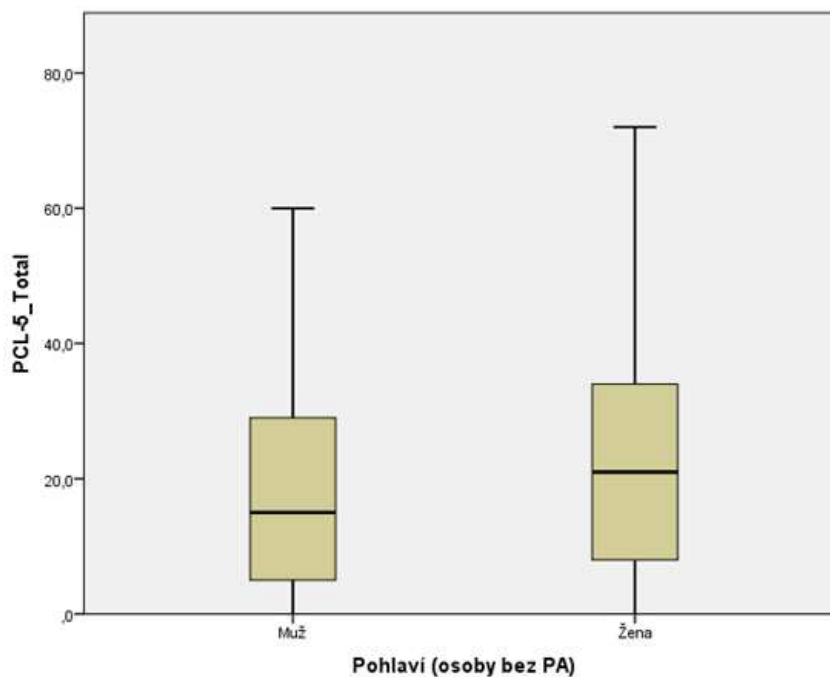
Mann-Whitneyův U test	PCL-5_TOTAL
Testové kritérium	11494,0
P-hodnota	0,029

Základní statistické údaje pro PCL-5_TOTAL mezi respondenty mužského a ženského pohlaví bez psychiatrické anamnézy jsou zobrazeny v tabulce 4 a grafu 5. Průměrné hrubé skóre u mužů bez PA je 19,3 bodů (SD = 16,7), u žen je průměr 22,3 (SD = 16,6). Lze pozorovat, že nejvyšším dosaženým skórem u mužů je hodnota 60 bodů, u žen je to o 12 více.

Tabulka 4 – Celkové skóre v dotazníku PCL-5 podle pohlaví (osoby bez PA).

PCL-5_TOTAL	Pohlaví (osoby bez PA)	
	Muž	Žena
N	53	191
Průměr	19,3	22,3
Medián	15,0	21,0
Minimum	0,0	0,0
Maximum	60,0	72,0
Směrodatná odchylka	16,7	16,6

Graf 5 – Krabicový graf znázorňující celkové skóre v dotazníku PCL-5 u skupin podle pohlaví (osoby bez PA).



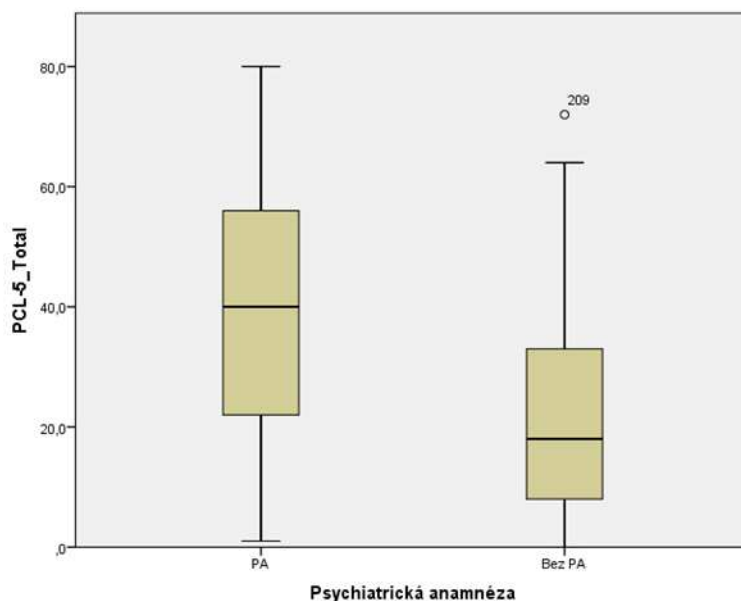
I přes menší pozorovaný rozdíl v získaných bodech napříč skupinami pohlaví bez PA, Mann-Whitneyův U test vyhodnotil tuto odlišnost jako statisticky nevýznamnou ($p = 0,188 > \alpha = 5 \%$).

Pro potřeby třetí hypotézy byly vyhodnoceny skóry PCL-5_TOTAL pro výzkumnou skupinu, která uvedla psychiatrickou péči a pro skupinu bez psychiatrické anamnézy. První skupina (N = 157) má průměr 39,5 bodů (medián = 40; SD = 20), druhá skupina bez PA (N = 244) má zřetelně nižší průměr v hodnotě 21,7 bodů (medián = 18; SD = 16,6). Další údaje jsou prezentovány v tabulce 5 a grafu 6.

Tabulka 5 – PCL-5_TOTAL podle kritéria psychiatrické anamnézy.

PCL-5_TOTAL	Psychiatrická anamnéza	
	PA	Bez PA
N	157	244
Průměr	39,5	21,7
Medián	40,0	18,0
Minimum	1,0	0,0
Maximum	80,0	72,0
Směrodatná odchylka	20,0	16,6

Graf 6 – Krabicový graf pro PCL-5_TOTAL u skupin s PA a bez PA.



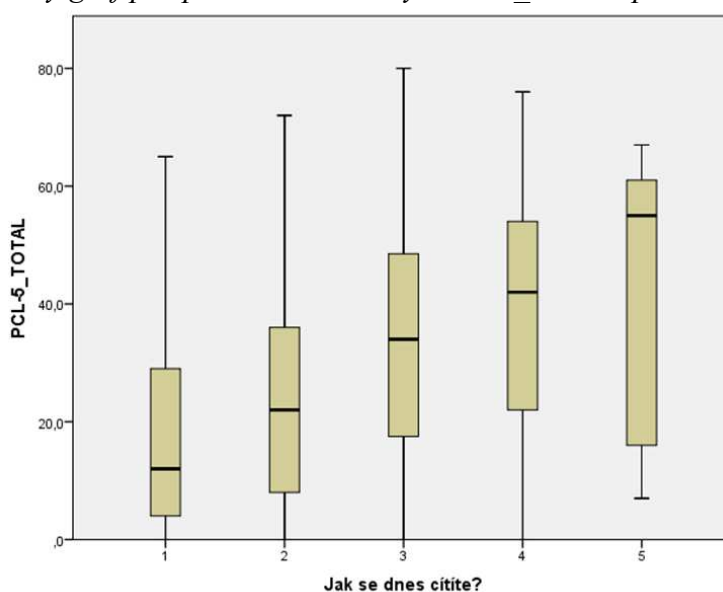
Na základě výše uvedených dat pro tyto skupiny není překvapující, že pozorovaný rozdíl Mann-Whitneyův U test vyhodnotil na hladině významnosti $\alpha = 5 \%$ jako statisticky významný ($p < 0,001$).

Průměrné hrubé skóry PCL-5 byly spočteny i pro všechny respondenty rozdělené do skupin podle uvedené nálady v den šetření. Jejich výsledky jsou prezentovány v tabulce 6 a grafu 7. Lze pozorovat narůstající průměr, medián, a taktéž v menším poměru i nárůst směrodatné odchylky. Účastníci výzkumu, kteří zvolili pro svůj pocit nejlepší hodnocení 1 (velmi dobře), mají tyto skóry 17,7; 12; 16,8. Naproti tomu respondenti s odpověďmi pocitového hodnocení 5 (velmi špatně), mají průměr 43,8; medián 55 a $SD = 24,6$.

Tabulka 6 – Průměrné hodnoty PCL-5_TOTAL pro skupiny podle nálady.

PCL-5_TOTAL	Jak se dnes cítíte?				
	1	2	3	4	5
N	53	162	147	73	9
Průměr	17,7	23,9	34,0	38,5	43,8
Medián	12,0	22,0	34,0	42,0	55,0
Minimum	0,0	0,0	0,0	0,0	7,0
Maximum	65,0	72,0	80,0	76,0	67,0
Směr. odchylka	16,8	17,9	19,1	19,4	24,6

Graf 7 – Krabicový graf pro průměrné hodnoty PCL-5_TOTAL pro skupiny podle nálady.



Pro posouzení závislosti u těchto dvou proměnných byl kvůli chybějící podmínce normálního rozložení dat zvolen Spearmanův korelační koeficient. Na základě provedeného testu, kdy hodnota korelačního koeficientu je 0,367 a p-hodnota ($p < 0,001$) je menší než hladina významnosti $\alpha = 5 \%$, lze usuzovat na existující vztah mezi PCL-5_TOTAL a udávanou náladou v den výzkumného šetření.

V rámci analýzy byly spočteny koeficienty Cronbachovy alfy pro celkový dotazník PCL-5 a pro jeho čtyři klastry (faktory). Výsledky jsou v tabulce 7. Hodnota tohoto koeficientu pro celý dotazník je 0,955 a pro jednotlivé faktory v intervalu 0,851 – 0,908, což vypovídá o vysoké vnitřní konzistenci. Po vypuštění kterékoli položky neklesla hodnota koeficientu pod 0,951.

Tabulka 7 – Cronbachovo alfa pro dotazník PCL-5 a jeho faktory.

PCL-5	Cronbachovo alfa	Počet položek
Celkový dotazník PCL-5	0,955	20
Faktor 1 – znovuprožívání	0,904	5
Faktor 2 – vyhýbání	0,831	2
Faktor 3 – negativní změny v kognici a náladě	0,908	7
Faktor 4 – změny ve vzrušivosti a reaktivitě	0,851	6

Konfirmační faktorovou analýzou byla posuzována přiléhavost modelů pro PCL-5 k nasbíraným datům ($N = 444$). Níže jsou prezentovány výsledky pro jednotlivé modely (tabulka 8) a přehled položek tvořící faktory u každého z modelů (tabulka 9). Kvalita modelů byla posuzovaná χ^2 testem, který sleduje shodu mezi pozorovanou a modelem implikovanou kovarianční maticí. Vzhledem k p-hladině $< 0,001$ naměřené u všech modelů lze konstatovat, že mezi očekávanou a pozorovanou kovarianční maticí existuje statisticky významný rozdíl, což znamená, že se shoda ani jednoho z modelů s daty v tomto testu neprokázala.

Nejlepší hodnotu ($G = 462$) má však sedmifaktorový Hybridní model. V tabulce 8 lze pozorovat i další koeficienty indexů fitu (*fit indices*) CFI, TLI, SRMR a RMSEA. Hodnoty z prvních tří fitů ukazují dobrou shodu s daty u všech modelů; poslední, RMSEA,

zjistil nedostatečnou přiléhavost při použití striktnějšího cut-off skóru u všech modelů. Další interpretace těchto výsledků bude v následující kapitole této práce.

Tabulka 8 – Výsledky konfirmační faktorové analýzy.

Pozn.: df – degrees of freedom; CFI – Comparative fit index; TLI – Tucker Lewis index; RMSEA – Root mean square error of approximation; SRMR – Standardized root mean squared residual.

<i>Model</i>	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>CFI</i>	<i>TLI</i>	<i>SRMR</i>	<i>RMSEA</i>	<i>RMSEA 90 % interval spoleh.</i>	
DSM-5	644	164	< 0,001	0,924	0,912	0,0414	0,0812	0,0746	0,0878
Dysforie	686	164	< 0,001	0,917	0,904	0,0421	0,0846	0,0781	0,0913
Dyforický arousal	591	160	< 0,001	0,931	0,919	0,0391	0,0779	0,0713	0,0847
Externaliz. chování	553	155	< 0,001	0,937	0,922	0,0372	0,07610	0,0693	0,0830
Anhedonia	505	155	< 0,001	0,944	0,932	0,0362	0,0714	0,0645	0,0783
Hybridní model	462	149	< 0,001	0,950	0,937	0,0336	0,0688	0,0617	0,0759

Tabulka 9 – Rozdělení položek PCL- 5 do faktorů⁴³ pro modely DSM-5, Dysforie, Dysforický arousal, Externalizující chování, Anhedonie a Hybridní model.

Symptom PSTP (DSM-5)	Modely PCL-5					
	DSM-5	Dysforie	Dysforický arousal	Externaliz. chování	Anhedonie	Hybridní model
1. Vtíravé myšlenky	Z	Z	Z	Z	Z	Z
2. Noční můry	Z	Z	Z	Z	Z	Z
3. Disociativní reakce	Z	Z	Z	Z	Z	Z
4. Neg. emoční reakce při připomínce T	Z	Z	Z	Z	Z	Z
5. Fyziolog. reaktivita	Z	Z	Z	Z	Z	Z
6. Vyhýbání se myšlenkám na T	V	V	V	V	V	V
7. Vyhýbání se připomínkám na T	V	V	V	V	V	V
8. Amnézie na trauma	NZ	D	NZ	NZ	NZ	NA
9. Negativní přesvědčení	NZ	D	NZ	NZ	NZ	NA
10. Pocit viny či obviňování jiných	NZ	D	NZ	NZ	NZ	NA
11. Negativní emoční stav	NZ	D	NZ	NZ	NZ	NA
12. Ztráta zájmu	NZ	D	NZ	NZ	An	An
13. Odcizení	NZ	D	NZ	NZ	An	An
14. Zúžené prožívání	NZ	D	NZ	NZ	An	An
15. Zvýšená iritabilita	ZVR	D	DA	ECH	DA	ECH
16. Lehkomyšlné chování	ZVR	ZVR	DA	ECH	DA	ECH
17. Hypervigilita	ZVR	ZVR	ÚA	ÚA	ÚA	ÚA
18. Nadměrné úlekové reakce	ZVR	ZVR	ÚA	ÚA	ÚA	ÚA
19. Potíže s koncentrací	ZVR	D	DA	DA	DA	DA
20. Poruchy spánku	ZVR	D	DA	DA	DA	DA

⁴³ Z – znovuprožívání, V – vyhýbání, NZ – negativní změny v kognici a náladě, ZVR – změny ve vzrušivosti a reaktivitě, D – dysforie, DA – dysforický arousal, ÚA – úzkostný arousal, ECH – externalizující chování, An – anhedonie; T – trauma.

7.1 Odpovědi na výzkumné hypotézy

První výzkumná otázka se týkala rozdílnosti průměrné hodnoty hrubého skóru v dotazníku PCL-5 u ženského a mužského pohlaví z celého vzorku:

1. H_0 : Průměrná hodnota hrubého skóru PCL-5 je mezi respondentkami ženského pohlaví a respondenty mužského pohlaví stejná.

H_1 : Průměrná hodnota hrubého skóru PCL-5 je mezi respondentkami ženského pohlaví a respondenty mužského pohlaví odlišná.

Na základě výsledků žen ($M = 30,2$) a mužů ($M = 24,7$) byl zjištěn rozdíl na hladině významnosti $p = 0,029$. Jelikož je p -hodnota nižší než hladina významnosti 5 %, lze nulovou hypotézu, tedy že průměry skupin se neliší, zamítnout. Ženy dosahují v průměru vyššího skóre.

Dále byl sledován rozdíl mezi skórem v PCL-5 taktéž mezi pohlavím, ale jen u účastníků výzkumu, kteří nemají psychiatrickou anamnézu:

2. H_0 : Průměrná hodnota hrubého skóru PCL-5 je mezi respondentkami ženského pohlaví bez PA a respondenty mužského pohlaví bez PA stejná.

H_1 : Průměrná hodnota hrubého skóru PCL-5 je mezi respondentkami ženského pohlaví bez PA a respondenty mužského pohlaví bez PA odlišná.

Průměrně získaná hodnota u žen je 22,3 bodů, u mužů 19,3 bodů. P -hodnota (0,188) pro rozdíl těchto průměrných skóru je vyšší než hladina významnosti $\alpha = 5 \%$, nulová hypotéza pro tuto výzkumnou otázku se tedy na této hladině významnosti nezamítá. Nepodařilo se prokázat, že by u osob bez PA ze vzorku rozdělených podle pohlaví byl statisticky významný rozdíl v dosažených hodnotách průměrů PCL-5.

Třetí hypotéza se zaměřila na srovnání všech respondentů bez PA a všech respondentů s PA.

3. H_0 : Průměrná hodnota hrubého skóru PCL-5 je u lidí během života psychiatricky léčených stejná jako u lidí bez psychiatrické anamnézy.

H_1 : Průměrná hodnota hrubého skóru PCL-5 je u lidí během života psychiatricky léčených ve srovnání s lidmi bez psychiatrické anamnézy odlišná.

Na základě zprůměrovaných výsledků pro skupinu s PA ($M = 39,5$) a druhou skupinu bez PA ($M = 21,7$) byla p-hodnota $< 0,001$, nulová hypotéza se tedy na hladině významnosti $\alpha = 5 \%$ zamítá. Průměrné hrubé skóre v PCL-5 bylo statisticky významně vyšší u lidí s psychiatrickou anamnézou.

Poslední hypotéza sleduje vztah mezi dosaženým skóre v PCL-5 a respondentem udanou náladou před jeho vyplněním:

4. H_0 : Respondenti a respondentky, kteří označili, že se před vyplněním dotazníku PCL-5 cítili lépe, mají stejný skór v PCL-5, jako ti, kteří označili, že se mají špatně.

H_1 : Respondenti a respondentky, kteří označili, že se před vyplněním dotazníku PCL-5 cítili lépe, mají nižší skór v PCL-5, než ti, kteří označili, že se mají špatně.

Na základě korelačního koeficientu 0,367 a výsledné p-hodnoty ($< 0,001$), která je menší než hladina významnosti $\alpha = 5 \%$, se nulová hypotéza zamítá. Vztah mezi těmito proměnnými byl prokázán. Respondenti, kteří odpověděli, že se mají lépe v den šetření, dosáhli průměrně nižších skóru v PCL-5 než ti respondenti a respondentky, kteří označili, že se mají špatně.

8 Diskuze

Empirická část této práce si kladla za cíl blíže prozkoumat některé psychometrické vlastnosti dotazníku PCL-5 (Weathers et al., 2013c) v českém prostředí. Metoda byla vytvořena pro aktualizovaný manuál duševních poruch DSM-5 (APA, 2013). Jedná se o dotazník převzatý ze zahraničí, který zjišťuje sebezpouzením respondenta přítomnost a závažnost posttraumatických příznaků. Podobné metody zatím v České republice nejsou validizované a tato výzkumná studie, která čerpá data z probíhajícího projektu *Validizace nástrojů na měření psychického traumatu* v NUDZ, přináší pilotní výsledky z heterogenního vzorku české dospělé populace.

Vnitřní konzistence testu PCL-5 vyšla ve vysokých hodnotách. Pro celkový dotazník je hodnota Cronbachovy alfy 0,955. Pro jednotlivé čtyři faktory jsou to hodnoty 0,904; 0,831; 0,908; 0,851. Reliabilní data jsou v souladu s provedenými studiemi ze zahraničí, kdy konkrétní celková hodnota $\alpha = 0,95$ byla pozorována v několika z nich (Ashbaugh et al., 2016; Blevins et al., 2015; Hall et al. 2019; Krüger-Gott et al., 2017). I další výzkumy však publikovaly vnitřní konzistenci pro celé PCL-5 min. v hodnotě 0.9 (Carvalho et al., 2020; Liu et al., 2014; Pereira-Lima et al., 2019; Seligowski & Orcutt, 2016; Wang et al. 2015 ad.).

Výzkumný vzorek se 444 respondenty (ženy = 370; muži = 74) s věkovým průměrem 32,6 let (SD = 10,6) dosáhl v PCL-5 průměrný hrubý skóre 29,3 bodů (SD = 19,9). Průměrné hodnoty naměřené v zahraničních studiích se pohybují v relativně velkém rozpětí také v závislosti od výběru vzorku, např. Blevins et al. (2015) u univerzitních studentů konstatovali průměr 15,42 b; Hall et al. (2019) u filipínských žen migrujících za prací do Číny 20,66 bodů; Bovin et al. (2015) u veteránů 36,97; Krüger-Gott et al. (2017) na klinickém vzorku respondentů naměřili 39,09; u další skupiny veteránů ze studie Wortmann et al. (2016) vyšel průměr v PCL-5 52,4 bodů; a jednu z nejvyšších hodnot publikoval Cernovsky et al. (2014) u klinické populace lidí po těžkých autonehodách 55,4 bodů.

Výsledek z dat této práce ($M = 29,3$) se nejbližší přibližuje k hodnotě 31,65 (SD = 11,36), kterou naměřili Carvalho et al. (2020) u skupiny hasičů ($N = 446$), má však větší směrodatnou odchylku (19,9), která by mohla být způsobena právě heterogenitou respondentů, kteří svými daty přispěli k tomuto šetření.

V případě, kdy byla výzkumná data rozdělena do kategorií podle kritéria psychiatrické anamnézy, byl mezi těmito dvěma skupinami shledán signifikantní rozdíl ($p < 0,001$). Průměr v PCL-5 u lidí bez psychiatrické anamnézy byl 21,7 bodů (SD = 16,6), pro skupinu s PA výrazně vyšší hodnota 39,5 (SD = 20).

I přes skutečnost, že z analyzovaných dat nejde rozlišit konkrétní psychiatrický charakter obtíží a zda účastníci se jedinci mají PTSP⁴⁴, je tento patrný rozdíl mezi skupinami vlastně žádoucí. Podporuje hypotézu, že PCL-5 dokáže diskriminovat mezi lidmi s klinickými příznaky. Jak je z proběhlých studií známo, PCL-5 do jisté míry koreluje např. s výsledky dotazníků zaměřených na depresi⁴⁵ či úzkost. Blevins et al. (2015) ve svém výzkumu naměřili kladnou korelaci PCL-5 s *Personality Assessment Inventory* a jeho škálou depresivity 0,60 ($p < 0,01$) a taktéž se škálou úzkosti 0,40 ($p < 0,01$). Korelační koeficient v hodnotě 0,64 a 0,61 ($p < 0,01$) uváděla další studie pro PCL-5 a Beckovu sebesuzovací škálu depresivity a PCL-5 a Beckovu škálu úzkosti (Wortmann et al., 2016).

Srovnány byly i výsledky průměrů pohlaví. Jedna analýza proběhla pro respondenty a respondentky z celého vzorku, tedy nehledě na kritérium psychiatrické anamnézy. U těchto skupin byl mezi průměrnými hodnotami PCL-5 pro muže (N = 74) 24,7 (SD = 18,8) a pro ženy (N = 370) 30,2 bodů (SD = 20) zjištěn významný rozdíl na hladině významnosti $\alpha = 5 \%$ ($p = 0,029$). Pokud je v potaz bráno kritérium PA a do skupin podle pohlaví se vyfiltrují jenom respondenti a respondentky bez PA, průměry jsou pro muže 19,3 (SD = 16,7) a pro ženy 22,3 (SD = 16,6). P-hodnota pro srovnání těchto hodnot byla vyšší než hladina významnosti $\alpha = 5 \%$ ($p = 0,188$), tedy mezi těmito skóry nebyla nalezena statisticky významná odlišnost. Významné rozdíly mezi pohlavím (muži M = 35,72; SD = 21,06; ženy M = 42,25; SD = 21,54) byly pozorovány např. ve studii veteránů (Bovin et al., 2015), která měla srovnatelně velký vzorek respondentů (N = 468). Podíl zastoupení žen však byl jenom 12 %, přičemž ve vzorku užitém pro tuto práci to je až 83,3 %. Ideální výzkumný soubor by měl být samozřejmě vyrovnanější z hlediska pohlaví, pakliže se

⁴⁴ Pro predikci PTSP by mělo být nejdříve splněno kritérium A, které data pro tuto práci neobsahují.

⁴⁵ Rozsáhlá metaanalýza z roku 2013 (Rytwinski et al.) na základě dat z 57 studií publikovala závěr, že 52 % lidí s PTSP má současně velkou depresivní poruchu.

nejedná o studii zaměřenou konkrétně na úzkou cílovou populaci (jak tomu bylo např. u studie Hall et al., 2019).

Všichni respondenti vyplňovali v den šetření kromě demografických údajů i odpověď na otázku, jak se ten den cítí. Po rozdělení všech lidí ze vzorku do pěti skupin na základě jejich odpovědí lze pozorovat narůstající průměrný skóre pro PCL-5. Skupina, která označila 1 = velmi dobře, má průměrně 17,7 bodů (SD = 16,8). Další skupiny podle vzrůstající nespokojenosti mají průměr a SD 23,9 (17,9); 34 (19,1); 38,5 (19,4); 43,8 (24,6). Korelace, tedy vztah mezi veličinami skóru PCL-5 a náladou (pro celý vzorek), je vyjádřena Spearmanovým korelačním koeficientem 0,367 na hladině významnosti $p < 0,001$, tedy se jedná o potvrzení existujícího vztahu. Pozitivní hodnota korelace (i když nižší hodnoty) znamená, že s rostoucí nespokojeností je pozorovatelné i vyšší skóre v PCL-5 ve srovnání s těmi, co označili, že se mají lépe. Korelace však neznamená kauzální příčinnost.

Konfirmační faktorová analýza srovnávala přiléhavost šesti různých modelů navržených pro PCL-5, včetně základního DSM-5 modelu (APA, 2013). Všechny skóre pro χ^2 test, CFI, TLI, SRMR a RMSEA jsou k vidění v tabulce 8. Na základě výsledků *chi-kvadrát* testu nebyla nalezena shoda mezi pozorovanou a modely implikovanou kovarianční maticí ($p < 0,001$). Nejhorší hodnotu χ^2 ($G = 686$) měl model Dysforie, nejlepší sedmifaktorový Hybridní model ($G = 462$). Chí-kvadrát bývá kritizován za přílišnou citlivost vůči velikosti vzorku související s jeho vzorcem; čím je totiž vzorek větší, tím je pravděpodobnější, že se odhalí malé odchylky mezi pozorovanou a implikovanou kovarianční maticí a zamítne se nulová hypotéza o jejich shodě (Pituch & Stevens, 2015). Na stejné hladině významnosti ($p < 0,001$) byly podobné výsledky χ^2 naměřené u Blevins et al. (2015) a Krüger-Gott et al. (2017).

Dalšími metodami, jak posoudit přiléhavost modelů, jsou fit indexy. O jejich žádoucích hodnotách pojednávají Hooper et al. (2008) ve své práci *Structural equation modelling: guidelines for determining model fit*. Podle MacCallum et al. (1996) je u RMSEA hraniční hodnota pro dobrý fit modelu do 0,08 a nad 0,08 do 1 je průměrný. Později Hu & Bentler (1999) ale navrhovali přísnější hranici, a to do 0,06. Tito autoři také navrhovali hranici pro SRMR 0,08 jako dostačující. Jiní však doporučovali snížit tuto hranici na 0,05 (Byrne, 1998; Diamantopoulos and Siguaw, 2000). Pro TLI se navrhoval cut-off od 0,80,

striktnější až 0,95, pro CFI alespoň 0,9 (Hu & Bentler, 1999) (in Hooper et al., 2008). Pro výsledky z tabulky 8 lze podle těchto doporučení konstatovat adekvátní hodnoty jak pro CFI, tak pro TLI index u všech měření (žádný z výsledků neklesl pod 0,09), přičemž Hybridní model dosáhl nejvyšších hodnot (0,95 a 0,937) a Dysforia nejmenších (0,917 a 0,904). Kdyby se však vzalo v potaz přísnější kritérium u TLI, žádný z modelů této hranice nedosáhl. Podobné výsledky byly pozorovány i v dalších studiích, kdy CFI a TLI byly min. nad hranicí 0,09 a 0,08 (Blevins et al., 2015 u všech třech testovaných modelů DSM-5, Anhedonie a Hybrid; Bovin et al., 2015 u všech modelů; Wortmann et al., 2016 u všech pěti modelů bez zařazení Dysforie). Carvalho et al. (2020) testovali všech šest modelů, ideálních hranic u CFI a TLI dosáhl jen Hybridní a šestifaktorový model Anhedonie.

Striktnější hodnotu RMSEA 0,06 v testování na českých datech nedosáhl žádný z modelů, nejbližší je však opět Hybridní model se sedmi faktory (0,0688) a nejhůře opět Dysforie (0,0846), následovaná DSM-5 modelem (0,0812). Na rozdíl od zbylých modelů, poslední dva zmíněné nedosahují ani té benevolentnější hranice, přičemž DSM-5 je těsně nad ní. Výsledky jsou v souladu s naměřenými hodnotami jiných studií. RMSEA pod 0,06 bylo pozorováno jen u modelů Anhedonie a Hybrid (Blevins et al., 2015; Bovin et al., 2015; Wortmann et al., 2016).

Pro poslední index SRMR byla splněna přísnější hranice pod 0,05 u všech testovaných modelů, přičemž opět platí pořadí nejlepšího a nejhoršího výsledku pro Hybrid a Dysforii. U Bovina et al. (2015) byla pozorována stejná úspěšnost v SRMR, avšak s jiným pořadím výsledků: v neprospěch DSM-5 modelu, který měl ale pořád žádoucí hodnotu 0,047. Obecně se tomuto modelu v jiných studiích dařilo. Nabýval hodnot SRMR indexu 0,049 (Krüger-Gott et al., 2017); 0,059 (Wortmann et al., 2016); 0,07 (Blevins et al., 2015).

Tak jako u dalších studií (Ashbaugh et al., 2016; Blevins et al., 2015; Bovin et al. 2015; Liu et al., 2014; Seligowski & Orcutt, 2016; Wang et al. 2015; Wortmann et al., 2016) lze zhodnotit patrně lepší výsledky konfirmační faktorové analýzy pro nejnovější Hybridní model od Armour et al. (2015). Příléhavost DSM-5 modelu podle většiny indexů fitu (CFI, TLI, SRMR) se však jeví adekvátně. Jak již bylo zmíněno v teoretické části této práce, u alternativních modelů ještě nejsou prozkoumány všechny potřebné vlastnosti a zatím se

odborná veřejnost neshodla na tom, že by v tuto chvíli měl být některý z nich přijat jako ten nejlepší (Lee et al., 2019).

Tato diplomová práce s sebou nese několik limitů, co se výzkumné části týče. Výzkumný vzorek respondentů byl z hlediska pohlaví velmi nevyrovnaný a obsahoval malé zastoupení mužů. Získaná data také nebyla normálního rozdělení. Další výzkumy by mohly být podpořeny i sběrem dat a analýzou dalších metod pro výpočty konvergentní a diskriminační validity. V neposlední řadě zařazení metody, která mapuje kritérium A, což by mohlo dopomoci ke stanovení adekvátního cut-off skóru pro českou populaci. V ideálním případě rozhovorového typu (např. CAPS-5), bez které by se mj. definitivní diagnóza posttraumatické stresové poruchy v praxi neměla vyřknout (Weathers et al., 2013c).

Závěr

Cílem této diplomové práce bylo přispět k validizaci dotazníkového nástroje PCL-5, který měří přítomnost a závažnost posttraumatických symptomů. Pro screeningovou diagnostiku posttraumatické stresové poruchy zatím nejsou dotazníkové metody ověřené v České republice dostupné. Tato práce si kladla za cíl přinést pilotní výsledky z výzkumných dat v českém prostředí, které byly nasbírány pro probíhající studii *Validizace nástrojů na měření psychického traumatu* pod NUDZ.

Teoretická část práce nejdříve prezentovala vývoj diagnózy PTSP. Poté byla představena kritéria této poruchy na základě manuálu DSM-III (APA, 1980), kdy byla PTSP pod tímto názvem poprvé uvedena do manuálu duševních poruch. Dále byl zmapován vývoj popisovaných kritérií a symptomů i podle dalších revizí DSM, až po ten nejaktuálnější DSM-5 (APA, 2013), ze kterého dotazník PCL-5 vychází. V práci je zařazena také podkapitola o PTSP podle evropského manuálu MKN-10 a MKN-11.

Druhá část teoretické práce se soustředila na popis diagnostických metod vytvořených pro mapování posttraumatických symptomů, které doprovází PTSP. K popsáním metodám jsou uvedeny i ukázkové položky testů či rozhovorů. Větší prostor byl věnován samotnému PCL-5 a jeho předchozím verzím. Prezentovány byly výsledky zahraničních validizačních studií, které prokazovaly dobré psychometrické vlastnosti dotazníku, a předestřena byla otázka jiných výzkumníků, zda je model poruchy PTSP podle DSM-5 dostatečně přiléhavý.

Empirická část práce prezentovala jednotlivé výzkumné kroky od cílů práce, hypotéz, sběru dat, výzkumného vzorku až po výsledky a diskuzi. Celkový počet respondentů pro tuto práci byl 444, z čehož byla většina ženského pohlaví (83,3 %). Na základě dat byla analyzována vnitřní konzistence PCL-5, která vyšla ve vysokých hodnotách jak pro celý dotazník, tak pro jednotlivé klastry. Průměrné hrubé skóry dosažené v PCL-5 byly srovnávány napříč skupinami mezi respondenty podle psychiatrické anamnézy či pohlaví. Významné rozdíly byly pozorovány mezi oběma srovnáními. Po odfiltrování lidí s psychiatrickou anamnézou ze vzorku se mezi výsledky PCL-5 u mužů a žen signifikantní rozdíl nepotvrdil. Mírnou korelací ($r = 0,367$) se potvrdil vztah mezi výsledkem PCL-5

a uváděnou náladou. Respondenti, kteří uvedli v den šetření dobrou náladu, měli v průměru významně nižší ($p < 0,001$) výsledky než ti, kteří uvedli, že se mají hůř.

Konfirmační faktorová analýza ve shodě se zahraničními studii (např. Bovin et al., 2015; Liu et al., 2014; Wortmann et al., 2016) prokázala adekvátní fit modelu DSM-5 pro PCL-5, alternativní sedmifaktorový Hybridní model však dosáhl lepších výsledků s výzkumnými daty.

Tato práce přinesla první výsledky ze statistických měření pro nasbíraná data metody PCL-5 v českém prostředí, na základě kterých lze metodu i přes limity práce doporučit pro další ověřování. Přínosem pak bude spolehlivá a validní metoda, ze které by mohli těžit psychologové i psychiatři pracující s traumatem, i samotní klienti a pacienti.

Seznam použitých informačních zdrojů

- American Psychiatric Association Committee on Nomenclature and Statistics. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC.
- American Psychiatric Association Committee on Nomenclature and Statistics. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (2nd ed)*. Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed.)*. Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed., revised)*. Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*. Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (2013). *Anxiety disorders. In Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (n.d.). *DSM-5: Frequently Asked Questions*. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsmfeedback-and-questions/frequently-asked-questions>
- Andreasen N. C. (2010). Posttraumatic stress disorder: a history and a critique. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1208, 67–71. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2010.05699.x>
- Armour, C., Tsai, J., Durham, T. A., Charak, R., Biehn, T. L., Elhai, J. D., & Pietrzak, R. H. (2015). Dimensional structure of DSM-5 posttraumatic stress symptoms: support for a hybrid Anhedonia and Externalizing Behaviors model. *Journal of psychiatric research*, 61, 106–113. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.10.012>
- Armour, C., Contractor, A., Shea, T., Elhai, J. D., & Pietrzak, R. H. (2016). Factor Structure of the PTSD Checklist for DSM-5: Relationships Among Symptom Clusters, Anger, and Impulsivity. *The Journal of nervous and mental disease*, 204(2), 108–115. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000430>

- Ashbaugh, A. R., Houle-Johnson, S., Herbert, C., El-Hage, W., & Brunet, A. (2016). Psychometric Validation of the English and French Versions of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5). *PloS one*, 11(10), e0161645. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161645>
- Bennet, G. (2011). Shakespeare and post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 198(4), 255-255. doi:10.1192/bjp.198.4.255
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of traumatic stress*, 28(6), 489–498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>
- Bovin, M. J., Marx, B. P., Weathers, F. W., Gallagher, M. W., Rodriguez, P., Schnurr, P. P., & Keane, T. M. (2016). Psychometric properties of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition (PCL-5) in veterans. *Psychological assessment*, 28(11), 1379–1391. <https://doi.org/10.1037/pas0000254>
- Carvalho, T., da Motta, C., & Pinto-Gouveia, J. (2020). Portuguese version of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Comparison of latent models and other psychometric analyses. *Journal of clinical psychology*, 76(7), 1267–1282. <https://doi.org/10.1002/jclp.22930>
- Cernovsky, Z. Z., Fattahi, M., Litman, L. C., & Diamond, D. M. (2021). Validation of the PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) on Patients Injured in Car Accidents. *European Journal of Medical and Health Sciences*, 3(2), 154-159. <https://doi.org/10.24018/ejmed.2021.3.2.790>
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., Karatzias, T., & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 536–546. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>
- Cohen, J., Kanuri, N., Kieschnick, D., Blasey, C., Taylor, C., Kuhn, E., Ruzek, J., Newman, M. (2014, 20th November). *Preliminary Evaluation of the Psychometric Properties of the PTSD Checklist for DSM – 5*. Conference: 48th Annual Convention

- of the Association of Behavior and Cognitive Therapies. Philadelphia.
doi:10.13140/2.1.4448.5444
- Columbia University Department of Psychiatry. (n.d.). *Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID). Research and Clinician Version Comparison*. <https://www.columbiapsychiatry.org/research/research-labs/diagnostic-and-assessment-lab/structured-clinical-interview-dsm-disorders-10#faq-CV-Module-G.-Obsessive-Compulsive-and-Related-Disorders-and-PTSD>
 - Crowley, J. (2014). *Combat trauma is nothing like in classical antiquity – so why are we still treating it as such?* <https://theconversation.com/combat-trauma-is-nothing-like-in-classical-antiquity-so-why-are-we-still-treating-it-as-such-30955>
 - Daly R. J. (1983). Samuel Pepys and post-traumatic stress disorder. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 143, 64–68.
 - De Soir, E. (2018). The concept of psychological trauma in psychodynamic French theory: From metaphor to clinical usefulness, *European Journal of Trauma and Dissociation* (2) 207-214 <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2018.04.006>
 - Elhai, J. D., Biehn, T. L., Armour, C., Klopper, J. J., Frueh, B. C., & Palmieri, P. A. (2011). Evidence for a unique PTSD construct represented by PTSD's D1-D3 symptoms. *Journal of anxiety disorders*, 25(3), 340–345. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.10.007>
 - Foa, E. B. (2013a). *PTSD Symptom Scale – Interview for DSM-5 (PSS-I-5)*. National Center for PTSD. <https://www.PTSD.va.gov/professional/assessment/adult-int/pss-i.asp>
 - Foa, E. B. (2013b). *Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS-5)*. National Center for PTSD. <https://www.PTSD.va.gov/professional/assessment/adult-sr/pds.asp>
 - Foa, E. B., McLean, C. P., Zang, Y., Zhong, J., Powers, M. B., Kauffman, B. Y., Rauch, S., Porter, K., & Knowles, K. (2016). *Psychometric properties of the Posttraumatic Diagnostic Scale for DSM-5 (PDS-5)*. *Psychological assessment*, 28(10), 1166–1171. <https://doi.org/10.1037/pas0000258>
 - Hall, B. J., Yip, P., Garabiles, M. R., Lao, C. K., Chan, E., & Marx, B. P. (2019). Psychometric validation of the PTSD Checklist-5 among female Filipino migrant

- workers. *European journal of psychotraumatology*, 10(1), 1571378. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1571378>
- Hooper, D., Coughlan, J., Mullen, M. (2008). Structural Equation Modelling: Guidelines for Determining Model Fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*, 6(1), 53-60. DOI:10.21427/D7CF7R
 - Hyland, P., Karatzias, T., Shevlin, M., McElroy, E., Ben-Ezra, M., Cloitre, M., & Brewin, C. R. (2021). Does requiring trauma exposure affect rates of ICD-11 PTSD and complex PTSD? Implications for DSM-5. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 13, 133- 142. <https://doi.org/10.1037/tra0000908>
 - Cheng, P., Xu, L. Z., Zheng, W. H., Ng, R., Zhang, L., Li, L. J., & Li, W. H. (2020). Psychometric property study of the posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5) in Chinese healthcare workers during the outbreak of corona virus disease 2019. *Journal of affective disorders*, 277, 368–374. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.038>
 - Institute of Medicine. (2006). *Posttraumatic Stress Disorder: Diagnosis and Assessment*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/11674>.
 - International Trauma Consortium. (n.d.). *About Us*. <https://www.traumameasuresglobal.com/>
 - Jones, E. (2012, June). Shell shocked. *Monitor on Psychology*, 43(6). <http://www.apa.org/monitor/2012/06/shell-shocked>
 - Kačeňák, R., (2011). *Posttraumatická stresová porucha - diagnóza a diagnostika* in *Posttraumatická stresová porucha u dospělých a dětí ohrožených domácím násilím; práce s osobami ohroženými domácím násilím s psychiatrickou diagnózou*. Centrum sociálních služeb Praha. https://www.csspraha.cz/wcd/domaci-nasili/postrautmaticka_stresova_porucha_v_kontextu_dn_2012.pdf
 - Keane, T. M., Rubin, A., Lachowicz, M., Brief, D., Enggasser, J. L., Roy, M., Hermos, J., Helmuth, E., & Rosenbloom, D. (2014). Temporal stability of DSM-5 posttraumatic stress disorder criteria in a problem-drinking sample. *Psychological assessment*, 26(4), 1138–1145. <https://doi.org/10.1037/a0037133>

- Krüger-Gottschalk, A., Knaevelsrud, C., Rau, H., Dyer, A., Schäfer, I., Schellong, J., & Ehring, T. (2017). The German version of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): psychometric properties and diagnostic utility. *BMC psychiatry*, 17(1), 379. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1541-6>
- Lamprecht, F., & Sack, M. (2002). Posttraumatic stress disorder revisited. *Psychosomatic medicine*, 64(2), 222–237. <https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00005>
- Lee, D. J., Bovin, M. J., Weathers, F. W., Palmieri, P. A., Schnurr, P. P., Sloan, D. M., Keane, T. M., & Marx, B. P. (2019). Latent factor structure of DSM-5 posttraumatic stress disorder: Evaluation of method variance and construct validity of novel symptom clusters. *Psychological assessment*, 31(1), 46–58. <https://doi.org/10.1037/pas0000642>
- Liu, P., Wang, L., Cao, C., Wang, R., Zhang, J., Zhang, B., Wu, Q., Zhang, H., Zhao, Z., Fan, G., & Elhai, J. D. (2014). The underlying dimensions of DSM-5 posttraumatic stress disorder symptoms in an epidemiological sample of Chinese earthquake survivors. *Journal of anxiety disorders*, 28(4), 345–351. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.03.008>
- McDonald, S. D., & Calhoun, P. S. (2010). The diagnostic accuracy of the PTSD checklist: a critical review. *Clinical psychology review*, 30(8), 976–987. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.012>
- *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decenální revize - Tabelární část*. Aktualizované vydání k 1. 1. 2021. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. <https://www.uzis.cz/res/f/008319/mkn-10-tabelarni-cast-20210101.pdf>
- MZČR. (7.8.2019). *Světová zdravotnická organizace schválila jedenáctou revizi Mezinárodní klasifikace nemocí*. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/svetova-zdravotnicka-organizace-schvalila-jedenactou-revizi-mezinarodni-klasifikace-nemoci/>
- National Center for PTSD. (n.d.). *Adult PTSD Self-Report Measures*. <https://www.PTSD.va.gov/professional/assessment/adult-sr/index.asp>

- Norris, F. H., & Hamblen, J. L. (2003). Standardized self-report measures of civilian trauma and PTSD. In J. Wilson & T. Keane (Eds.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD: A Practitioner's Handbook (2nd Ed.)*, New York: Guilford.
- Pereira-Lima, K., Loureiro, S. R., Bolsoni, L. M., Apolinario da Silva, T. D., & Osório, F. L. (2019). Psychometric properties and diagnostic utility of a Brazilian version of the PCL-5 (complete and abbreviated versions). *European journal of psychotraumatology*, 10(1), 1581020. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1581020>
- Pietrzak, R. H., Tsai, J., Armour, C., Mota, N., Harpaz-Rotem, I., & Southwick, S. M. (2015). Functional significance of a novel 7-factor model of DSM-5 PTSD symptoms: results from the National Health and Resilience in Veterans study. *Journal of affective disorders*, 174, 522–526. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.007>
- Pituch, K.A. & Stevens, J. P. (2015). *Applied multivariate statistics for the social sciences*. Sixth Edition. Routledge.
- Pollard, H. B., Shivakumar, C., Starr, J., Eidelman, O., Jacobowitz, D. M., Dalgard, C. L., Srivastava, M., Wilkerson, M. D., Stein, M. B., & Ursano, R. J. (2016). "Soldier's Heart": A Genetic Basis for Elevated Cardiovascular Disease Risk Associated with Post-traumatic Stress Disorder. *Frontiers in molecular neuroscience*, 9, 87. <https://doi.org/10.3389/fnmol.2016.00087>
- Prins, A., Bovin, M. J., Kimerling, R., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., Pless Kaiser, A., & Schnurr, P. P. (2015). *The Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5)*. National Center for PTSD. <https://www.PTSD.va.gov/professional/assessment/screens/pc-PTSD.asp>
- Rytwinski, N. K., Scur, M. D., Feeny, N. C., & Youngstrom, E. A. (2013). The co-occurrence of major depressive disorder among individuals with posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Journal of traumatic stress*, 26(3), 299–309. <https://doi.org/10.1002/jts.21814>
- Seligowski, A. V., & Orcutt, H. K. (2016). Support for the 7-factor hybrid model of PTSD in a community sample. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*, 8(2), 218–221. <https://doi.org/10.1037/tra0000104>

- Shay, J. (1991). Learning About Combat Stress from Homer's Iliad. *Journal of Traumatic Stress*, (4) 4.
- Shevlin, M., Hyland, P., Karatzias, T., Bisson, J. I., & Roberts, N. P. (2017). Examining the disconnect between psychometric models and clinical reality of posttraumatic stress disorder. *Journal of anxiety disorders*, 47, 54–59. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.02.006>
- Simms, L. J., Watson, D., & Doebbeling, B. N. (2002). Confirmatory factor analyses of posttraumatic stress symptoms in deployed and nondeployed veterans of the Gulf War. *Journal of abnormal psychology*, 111(4), 637–647. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.111.4.637>
- Spont M., Arbisi P., Fu S., et al. (2013). *Screening for Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in Primary Care: A Systematic Review*. Washington (DC): Department of Veterans Affairs (US) Available from: www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK126692/table/methods.t1/#__NBK126692_dtls__
- Sveen, J., Bondjers, K., & Willebrand, M. (2016). Psychometric properties of the PTSD Checklist for DSM-5: a pilot study. *European journal of psychotraumatology*, 7, 30165. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.30165>
- Tsai, J., Harpaz-Rotem, I., Armour, C., Southwick, S. M., Krystal, J. H., & Pietrzak, R. H. (2015). Dimensional structure of DSM-5 posttraumatic stress disorder symptoms: results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *The Journal of clinical psychiatry*, 76(5), 546–553. <https://doi.org/10.4088/JCP.14m09091>
- Turnbull G. J. (1998). A review of post-traumatic stress disorder. Part I: Historical development and classification. *Injury*, 29(2), 87–91. [https://doi.org/10.1016/s0020-1383\(97\)00131-9](https://doi.org/10.1016/s0020-1383(97)00131-9)
- ÚZIS. (n.d.). *Mezinárodní klasifikace nemocí*. <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci>
- Vizinová, D., & Preiss, M. (1999). *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD): psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. Portál.

- Vymětal, Š. (2019, 22. říjen). *Sexuální násilí z pohledu soudního znalce – odolnost a traumatické dopady*. Konference PROFEM 2019. Praha.
- Wang, L., Zhang, L., Armour, C., Cao, C., Qing, Y., Zhang, J., Liu, P., Zhang, B., Wu, Q., Zhao, Z., & Fan, G. (2015). Assessing the underlying dimensionality of DSM-5 PTSD symptoms in Chinese adolescents surviving the 2008 Wenchuan earthquake. *Journal of anxiety disorders*, 31, 90–97. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.02.006>
- Weathers, F., Litz, B., Herman, D., Huska, J.A., Keane, T. (1993). *The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility*. Paper Presented at the Annual Convention of the International Society for Traumatic Stress Studies.
- Weathers, F.W., Blake, D.D., Schnurr, P.P., Kaloupek, D.G., Marx, B.P., & Keane, T.M. (2013a). *The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5)*. [Assessment] Available from www.PTSD.va.gov.
- Weathers, F.W., Blake, D.D., Schnurr, P.P., Kaloupek, D.G., Marx, B.P., & Keane, T.M. (2013b). *The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5)*. Instrument available from the National Center for PTSD at www.PTSD.va.gov
- Weathers, F.W., Litz, B.T., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P., & Schnurr, P.P. (2013c). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. Scale available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov.
- Wilbur J. Scott, PTSD in DSM-III: A Case in the Politics of Diagnosis and Disease. *Social Problems*, Volume 37, Issue 3, 1 August 1990, Pages 294–310, <https://doi.org/10.2307/800744>
- Wolf, E., Mitchell, K. S., Sadeh, N., Hein, C., Fuhrman, I., Pietrzak, R. H., & Miller, M. W. (2017). *Dissociative Subtype of PTSD Scale (DSPS)*. National Center for PTSD. https://www.PTSD.va.gov/professional/assessment/adultsr/dissociative_subtype_dsps.asp
- World Health Organization. (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision)*. Retrieved from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.
- World Health Organization (2020). *International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.)*. <https://icd.who.int/>

- World Health Organization. (n.d.). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)*. <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>
- Wortmann, J. H., Jordan, A. H., Weathers, F. W., Resick, P. A., Dondanville, K. A., Hall-Clark, B., Foa, E. B., Young-McCaughan, S., Yarvis, J. S., Hembree, E. A., Mintz, J., Peterson, A. L., & Litz, B. T. (2016). Psychometric analysis of the PTSD Checklist-5 (PCL-5) among treatment-seeking military service members. *Psychological assessment*, 28(11), 1392–1403. <https://doi.org/10.1037/pas0000260>

Seznam příloh

Příloha 1 – Diagnostická kritéria pro PTSD v DSM-IV.

Příloha 2 – Ukázkové položky CAPS-5 v originálním znění.

Příloha 3 – Ukázkové položky LEC-5 v originálním znění.

Příloha 4 – Ukázkové položky PC-PTSD-5 v originálním znění.

Příloha 5 – Ukázkové položky ITEM v originálním znění.

Příloha 6 – Ukázkové položky ITQ v originálním znění.

Seznam tabulek

Tabulka 1 – Průměrný skór v PCL-5 pro celý vzorek (str. 53).

Tabulka 2 – Celkové skóre v dotazníku PCL-5 podle pohlaví (všechny osoby) (str. 54).

Tabulka 3 – Výsledek testu Mann-Whitney pro skóry mezi skupinami podle pohlaví (všechny osoby) (str. 54).

Tabulka 4 Celkové skóre v dotazníku PCL-5 podle pohlaví (osoby bez PA) (str. 55).

Tabulka 5 – PCL-5_TOTAL podle kritéria psychiatrické anamnézy (str. 56).

Tabulka 6 – Průměrné hodnoty PCL-5_TOTAL pro skupiny podle nálady (str. 57).

Tabulka 7 – Cronbachovo alfa pro dotazník PCL-5 a jeho faktory (str. 58).

Tabulka 8 – Výsledky konfirmační faktorové analýzy (str. 59).

Tabulka 9 – Rozdělení položek PCL- 5 do faktorů pro modely DSM-5, Dysforie, Dysforický arousal, Externalizující chování, Anhedonie a Hybridní model (str. 60).

Seznam grafů

Graf 1 – Respondenti (N = 444) rozdělení do kategorií podle uváděné nálady v den šetření (str. 50)

Graf 2 – Nálada ženy (str. 50).

Graf 3 – Nálada muži (str. 50).

Graf 4 – Krabicový graf znázorňující celkové skóre v PCL-5 u skupin podle pohlaví (s. 54).

Graf 5 – Krabicový graf znázorňující celkové skóre v dotazníku PCL-5 u skupin podle pohlaví (osoby bez PA) (str. 55).

Graf 6 – Krabicový graf pro PCL-5_TOTAL u skupin s PA a bez PA (str. 56).

Graf 7 – Krabicový graf pro průměrné hodnoty PCL-5_TOTAL pro skupiny podle nálady (str. 57).