

Univerzita Karlova

Pedagogická fakulta

Katedra psychologie

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Souvislost mezi časnými traumaty a nadměrnou spavostí

The connection between early trauma and excessive sleepiness

Lucie Paterová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Marek Preiss, Ph.D.

Studijní program: Psychologie

Studijní obor: Psychologie s rozšířením o speciální pedagogiku

2021

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Souvislost mezi časnými traumaty a nadměrnou spavostí“ vypracovala samostatně za použití uvedených pramenů a literatury.

Rovněž prohlašuji, že tato bakalářská práce nebyla použita k získání jiného či stejného titulu.

V Praze dne 16. 3. 2021

Děkuji doc. PhDr. Marku Preissovi, Ph.D. za vedení bakalářské práce a za poskytování užitečných rad při rešerši literatury a následném psaní samotného textu. Rovněž bych chtěla poděkovat MUDr. Jitce Buškové, Ph.D. a MUDr. Evě Miletínové, M.Sc. et M.Sc. z Národního ústavu duševního zdraví za poskytnutí podkladů k bakalářské práci a za jejich početné a velmi přínosné konzultace. Mimo jiné děkuji Mgr. Kateřině Lukavské Ph.D., Dominiku Stříbrnému a Bc. Michaele Králové za pomoc při zpracovávání statistické části práce.

Abstrakt

Tématem bakalářské práce je zjišťování souvislostí mezi časně prožitými traumaty a poruchami nadměrné spavosti, tedy hypersomnií. Práce má potenciál přispět do diskuse o dalekosáhlých důsledcích časného traumatu a stále nedostatečně probádaných příčin hypersomnie. Teoretická část je rozdělena na dvě hlavní kapitoly. První kapitola zabývající se traumaty je rozdělena na několik částí, ve kterých jsou postupně popsána časná traumata, jejich vznik, možné faktory trauma ovlivňující, a nakonec jsou předestřeny dopady traumat na život jedince. V druhé kapitole je zprvu definován spánek samotný, následuje vymezení příčin vzniku nadměrné spavosti, její léčba, diagnostika a dopady. Mimo jiné jsou zde také nastíněna možná propojení těchto dvou entit. Praktická část je zaměřena na kvantitativní výzkum zabývající se souvislostí mezi časnými traumaty a hypersomnií. Participanti jsou rozděleni do výzkumného souboru sestávajícího z osob z objektivně diagnostikovanou hypersomnií a kontrolního souboru bez známek poruch spánku.

Použitými metodami se staly dotazníky zabývající se časnými traumaty (*Early trauma inventory self report – short form*) a tíhou spavosti (*Epworthská škála spavosti*). Kromě hlavní výzkumné otázky zjišťující potenciální souvislost byly položeny některé dílčí, tážající se na souvislost mezi jednotlivými typy traumatu, rozdíly v prožívání nadměrného strachu, či zabývající se rozdíly v traumatech mezi pohlavími. Rovněž byly uvedeny stručné informace o vybraných pacientech, které napomohly k propojení statisticky získaných dat s teoretickou částí práce. Z výsledků vyplývá statisticky signifikantní souvislost mezi časnými traumaty a hypersomnií. Dále byly potvrzeny vedlejší hypotézy, které se shodují s informacemi uvedenými v teoretické části této práce. Mezi ty patří například zjištění, že hypersomnie nesouvisí s určitým, specifickým typem traumatu, že jedinci s hypersomnií častěji prožívali intenzivní strach, děs a bezmocnost, nebo že mezi muži a ženami není významný rozdíl v počtu prožitých časných traumat.

Klíčová slova: spánek, hypersomnie, časné trauma, nadměrná spavost, stres

Abstract

The topic of this bachelor thesis is an exploration of relationship between early experienced traumas and problems with excessive sleepiness, called hypersomnia. This thesis has a potential to contribute to discussion about far-reaching consequences of early trauma and causes of hypersomnia, which are yet not fully explored.

This thesis is standardly divided into theoretical and practical part. The theoretical part contains of two main chapters.

First chapter deals with traumas and is further divided into a description of early trauma, its origin together with factors contributing to it, and with subsequently described impacts.

The first chapter deals with traumas and is divided into a description of early trauma, its origin together with the factors influencing it, with the subsequently described consequences. The second chapter defines sleep itself, and then defines the causes of excessive sleepiness, its treatment, diagnosis, and consequences. Among other things, the possible interconnections of these two entities are also outlined in this part. The practical part is focused on quantitative research dealing with the relationship between early trauma and hypersomnia. There is a research group consisting of patients with objectively diagnosed hypersomnia and a control group without signs of sleep disorders.

Methods used are questionnaires dealing with early traumas (*Early trauma inventory selfreport – short form*) and the weight of sleepiness (*Epworth sleepiness scale*).

In addition to the main research question determining the potential connection, some partial questions were asked, finding out the connection between individual types of trauma, differences in the experience of excessive fear, or dealing with differences in traumas between the sexes. Brief information about selected patients was also provided, which helped to link the statistically obtained data with the theoretical part of the work. The results show a statistically significant relationship between early trauma and hypersomnia. Furthermore, the secondary hypotheses were confirmed, which agree with the information provided in the theoretical part of this thesis. These findings include, for example, the finding that hypersomnia is not associated with a specific type of trauma, that individuals with hypersomnia are more likely to experience intense fear, dread, and helplessness, or that there is no significant difference in the number of early traumas between men and women.

Key words: sleep, hypersomnia, early trauma, excessive sleepiness, stress

Obsah

ÚVOD	6
TEORETICKÁ ČÁST BAKALÁŘSKÉ PRÁCE	9
1. ČASNÉ TRAUMA	9
1.1. VYMEZENÍ ČASNÉHO TRAUMATU.....	9
1.2. VZNIK ČASNÉHO TRAUMATU – TEORIE STRESU.....	9
1.3. OD STRESU K TRAUMATU	11
1.4. FAKTORY	OVLIVŇUJÍCÍ VZNIK TRAUMATU 11
1.4.1. Věk.....	12
1.4.2. Pohlaví.....	13
1.4.3. Genetické faktory.....	14
1.4.5. Attachment.....	15
1.5. DŮSLEDKY TRAUMATU.....	16
2. SPÁNEK	19
2.1. SPÁNKOVÝ CYKLUS	20
2.2. PORUCHY SPÁNKU/HYPERSOMNIE	21
2.2.1. Hypersomnie.....	21
2.2.2. Typy hypersomnie.....	22
2.2.3. Diagnostika hypersomnie	25
2.2.4. Příčiny hypersomnie	25
2.2.5. Léčba hypersomnie	27
2.3. DOPAD HYPERSOMNIE	28
EMPIRICKÁ ČÁST BAKALÁŘSKÉ PRÁCE	30
3. CÍL A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	30
3.1. VYMEZENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK	30
4. VÝZKUMNÝ DESIGN	33
4.1. VÝZKUMNÉ SOUBORY.....	33
4.2.1 Proces sběru dat.....	36
4.2.1 Testové nástroje využívané pro sběr dat.....	36
4.3. METODY SBĚRU A ZPRACOVÁNÍ DAT.....	39
5. VÝSLEDKY	41
5.1. STATISTICKÁ ČÁST.....	41
5.2. SOUHRNÝ STRUČNÝCH INFORMACÍ U VYBRANÝCH PACIENTŮ.....	50
6. DISKUSE	52
6.1. INTERPRETACE KVANTITATIVNĚ ZÍSKANÝCH VÝSLEDKŮ.....	53
6.2. INTERPRETACE STRUČNÝCH INFORMACÍ O PACIENTECH	55
6.3. LIMITY	58
6.4. NÁVRHY NA DALŠÍ VÝZKUMY	59
ZÁVĚR	60
POUŽITÁ LITERATURA	62
PŘÍLOHY	73
PŘÍLOHA 1 - SCREENINGOVÝ DOTAZNÍK TÝKAJÍCÍ SE SPÁNKU	73
PŘÍLOHA 2 - EARLY TRAUMA INVENTORY SELF REPORT – SHORT FORM.....	77
PŘÍLOHA 3 - EPWORTHSKÁ ŠKÁLA SPAVOSTI	80

Úvod

Psychické trauma bylo v západní společnosti po dlouhou dobu považováno za ryze duševní problém, a nebyl brán zřetel na komplexní propojení duše a těla. V současné době je velmi aktuálním teoretickým východiskem biopsychosociální model člověka, který stojí na předpokladech, že nemoci jsou výsledkem mnoha působících efektů, které mohou být psychologické, biologické, či sociální úrovní. S tím souvisí určité rizikové a protektivní faktory, které rozvoj daných obtíží mohou ovlivňovat. Mezi ty může patřit například věk, pohlaví, či osobnost člověka (Monroe & Simons, 1991). Experimentálně prokázané poznatky z pole neurověd či psychoneuroimunologie předkládají, že existují mnohé dráhy, pomocí kterých komunikuje mozek se zbytkem našeho těla (Levine & Frederick, 1997). Je tedy velmi pravděpodobné, že se duševní potíže mohou manifestovat somatickou formou, a to například potížemi se spánkem, které budou v souvislosti s traumaty v této bakalářské práci dále zkoumány. Pokud přijmeme složitost a propojenost těla i duše, dává smysl, že snaha o napravení problému pouze skrz jeden z těchto aspektů nemusí být ve všech případech zcela dostačující.

Tato bakalářská práce je zaměřená na souvislost časných traumat, tedy takových, které byly prožity do 18. roku života (Bremner, 2000), s hypersomnií, poruchou nadměrné spavosti. Problematika raných traumat je velice rozsáhlá, a je obtížné zjistit, co vše může narušený vývoj mozku a celého organismu způsobený traumatizující událostí zapříčinit za změny. V minulosti již byly provedeny výzkumy zjišťující dopad těchto traumat na pozdější život jedince, zaměřující se například na odezvu traumatizovaných jedinců na psychoterapeutickou léčbu (Craighead et al., 2006), na jejich míru depresivity (Trappler et al., 2007), či na zneužívání návykových látek (Khoury et al., 2010). Výsledkem vyplývajícím téměř ze všech publikovaných studií je, že způsob, jakým se lidé se svými traumaty prožitými v dětství či mládí vypořádají, do velké míry ovlivňuje následný průběh jejich životů. Kvůli tomu je nutné tyto skutečnosti nezanedbávat, snažit se jim předcházet, a pokud nastanou, začít je včas řešit (Levine & Frederick, 1997).

Dalším podstatným bodem této práce je spánek, a to s hlubším zaměřením na poruchy nadměrné spavosti. Problematika spánkových poruch je v současné době velmi aktuální, jelikož jejich prevalence ve společnosti stále narůstá (Ferrie et al., 2011). O propojenosti spánkových poruch s traumaty lze nalézt důkazy například v 11. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí, kde jsou mezi nejčastější symptomy posttraumatické stresové poruchy zařazeny potíže se spánkem

(World Health Organization, 2020). Tou nejvíce probádanou poruchou v souvislosti s traumaty, projevující se problémy se zahájením či udržením spánku, je insomnie (Mai & Buysse, 2008).

Tato bakalářská práce se však zaměří na protipól této poruchy, tedy hypersomnii, jejíž příčiny jsou stále z velké části nejasné. U hypersomnie mohou nastávat i problémy s léčbou, a to v případě, pokud pacient nevykazuje objektivní známky poruchy, či pokud léčba pomocí medikamentů nezabírá. V takové chvíli je třeba na problém pohlédnout z jiného úhlu pohledu, a začít se více zabírat psychickým stavem jedince. Dopad poruch spánku na život jedince je také velmi výrazný, a mnohé výzkumy dokládají, že tyto potíže narušují fyzické, psychické i sociální aspekty kvality života (Szentkirályi, 2009, s. 50). Z uvedených důvodů se domnívám, že by bylo vhodné hlouběji zkoumat příčiny a mechanismy týkající se těchto dvou témat ve světle nejnovějších poznatků.

Bakalářská práce je standardně rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. První část je zaměřena na teoretická východiska týkající se traumata, s důrazem na traumata časná, jejich popis, vznik, faktory ovlivňující vznik a prožívání traumatu, a jejich dopad v pozdějším životě jedince. Dále jsou uvedeny základní informace o spánku a jeho poruchách, o hypersomnii, jejích typech a možných příčinách a důsledcích. Vzhledem k nedostatku literatury o daném tématu se traumatem a spánku věnuji z velké části jednotlivě, přičemž se snažím osvětlit potenciální souvislosti mezi těmito dvěma tématy.

Praktická část se zabývá provedeným výzkumem zkoumajícím souvislost mezi časnými traumaty a hypersomnií.

Pro výzkum byly použity dva soubory, přičemž první se skládá z pacientů s diagnostikovanou poruchou nadměrné spavosti a druhý sestává z jedinců, kteří tyto potíže nevykazují. Výzkum byl prováděn kvantitativní formou, s cílem prozkoumat jak již zmíněnou souvislost mezi těmito dvěma entitami, tak další faktory s tímto tématem související, jako jsou konkrétní typy traumata, které by mohly pomoci odlišit jedince s hypersomnií a bez ní, nebo prožívání různých traumata v závislosti na pohlaví. Tyto statistické analýzy jsou dále doplněny o několik podrobnějších informací ohledně pacientů trpících nadměrnou spavostí, které by mohly být nápomocné pro hlubší porozumění problematice.

Práce si mimo testování hypotéz klade za cíl propojit teoretické předpoklady týkající se traumata a hypersomnie, na které je převážně nahlíženo pouze z hlediska humanitního či přírodovědného. Podstatou je poukázat na případné propojení negativně zbarvených psychických zážitků prožitých v dětství spolu s rozvojem poruch nadměrné spavosti, což by mohlo být přínosem do diskuse jak o příčinách hypersomnie, tak o dalekosáhlých dopadech

časného traumatu. Závěry by se tak mohly stát odrazovým můstkem jak k provedení dalších výzkumů, pokoušejících se o překlenutí propasti mezi dvěma rozdílnými obory, jakými je psychologie a lékařství, tak k tvorbě nových postupů léčby pro pacienty trpící hypersomnií.

Teoretická část bakalářské práce

1. Časné trauma

1.1. Vymezení časného traumatu

Časné trauma je dle psychiatra Douglase Bremnera, tvůrce dotazníku *Early trauma inventory self report – short form* (Bremner, 2000) definováno jako traumatický zážitek, který byl prožit před 18. rokem života jedince. Předtím, než budou vymezeny příčiny vzniku časného traumatu a celkové pojetí tohoto pojmu dohledatelné v literatuře spolu s jeho mechanismy a potenciálními důsledky, se krátce zaměřím na obecné definice traumatu s cílem zařazení problematiky časného traumatu do uceleného kontextu.

Trauma je dle lékařského slovníku obecně definováno jako „náhlá zevní událost, která svým působením na organismus vyvolá jeho poškození“ (Vokurka & Hugo, 2005, s. 914). Pavla Doležalová uvádí, že „psychické trauma charakteristické tím, že jeho zdrojem bývá velmi silný, nebezpečný a děsivý zážitek ohrožující život, přesahující naši osobnost a narušující integritu těla i duše. Strategie jeho zvládnutí nefunguje běžným způsobem, neboť trauma není běžná situace. Jedinec se cítí bezmocný, ztracený, neukotvený a bez naděje“ (Doležalová, 2017, s.8).

Tento traumatizující zážitek však nemusí být objektivně silný, v centru stojí především naše subjektivní vnímání. Záleží na věku jedince, na jeho osobnosti či senzitivě. Tu zahrnuje ve své definici traumatu například psychoanalytička Annie Rogersová, která tvrdí, že trauma je „jakýkoliv zážitek, který je ze své povahy více, než dokážeme zvládnout nebo snést“ (Rogers, 2006). Podstatným bodem je, že podnět vyvolávající trauma „působí na “já” silou, která proráží ochrannou vrstvu obranných mechanismů. Člověk se pak cítí zbytečný, nedůležitý, a vydáný všemu napospas“ (Baštecká & Goldman, 2001, s. 276). V dlouhodobějším horizontu může v reakci na trauma dojít ke změně vzorců chování, mezi které patří například změny v sexuální touze, ve stravování (v rozmezí od nadměrného přejídání po nechutenství), a rovněž se může měnit kvalita a kvantita spánku, a to různými způsoby. Někteří lidé po prožití traumatu nemohou spát, jiní se stanou neustále unavenými, někteří celé dny prospí (Baštecká & Goldmann, 2001).

1.2. Vznik časného traumatu – teorie stresu

Abychom se mohli traumatům dále věnovat, je důležité definovat příčiny a podmínky jeho vzniku. Obecnou příčinou každého traumatu je stres. Americký psycholog Richard Lazarus svým transakčním modelem stresu a copingu definuje stres jako zážitek, při kterém člověk zažívá,

že požadavky na zvládnutí situace přesahují osobní a sociální zdroje, které je jedinec schopen mobilizovat (Lazarus, 1966).

Stresor, tedy stimul, který způsobí stres, se dělí na dvě hlavní kategorie, a to na fyziologický a psychologický. Fyziologické stresory jsou obvykle způsobené narušením homeostázy (stálého vnitřního prostředí organismu) například skrz narušení integrity těla (zranění), vyhladováním či nekvalitním spánkem. Psychické stresory mají naopak původ v našem osobním vnímání světa, a jsou závislé především na našich emocích. Oba typy jsou však velmi silně propojeny (Kovács et al., 2005).

Nyní se dostáváme k rozdělení typu stresů od Hanse Selyeho, a to na eustress a distress. Eustress je popisován jako příjemný stres, který zažíváme při dosahování úspěchů. Naproti tomu distress je takový, který přesahuje míru našeho zvládnutí, a je naplněn pocitem frustrace a nedostatečnosti (Selye, 1975). Tento autor také vytvořil pojem „adaptační syndrom“, kterým označuje fáze reakce na stres (Selye, 1950).

Prvním bodem tohoto syndromu je poplachová reakce. Mezi tyto počáteční reakce patří například vylučování adrenalinu a kortizolu, což jsou dva hormony, které spolu jsou v ideálním případě v rovnováze. Při běžné stresové situaci vede zvýšení hladiny těchto látek k evolučně získané reakci, nazývané „fight or flight“, tedy bojů či úteč. Z evolučního pohledu je pro nás tato reakce velmi důležitá, jelikož umožňovala našim předkům utéct před divokými zvířaty, či přežít v nehostinných podmínkách (Cannon, 1915).

V tuto chvíli, několik málo okamžiků po začátku působení stresoru, se náš organismus snaží stres překonat a obnovit homeostázu. Postupně může přijít na řadu bod druhý, kterým je stádium adaptace. Organismus si na stresor, pokud není příliš intenzivní, zvykne, a adaptuje se na něj. Může však nastat i poslední možnost, kterou je fáze vyčerpání. Ta se může vyskytnout ve dvou případech – buď v takovém, kdy stresor, který může být i slabšího rázu, působí po dlouhou dobu (např. ponižování), nebo když je jednorázový stresor moc silný. Tato získaná vnitřní nerovnováha může následně vést ke vzniku traumatu, které je specifické tím, že tělo nemá dost sil se bránit, a není schopno se navrátit do běžného stavu (Selye, 1950).

Za zmínku také stojí, že pro děti jsou stresující situace ještě náročnější, jelikož velmi mladí jedinci často nejsou schopni ze situací, do kterých je často přivádí blízcí lidé, utéct, a ani nemají šanci se bránit. Pokud opakovaně nezvládají ze stresujících situací uniknout či proti nim bojovat, reagují nejčastěji třetím možným způsobem, kterým je zamrznutí (anglicky „freeze“) (Perry, 2001). Právě tato reakce je nejčastěji spojována s rozvojem traumatu, a to jak u dětí, tak

u dospělých. Kvůli té se v našich tělech stále ukládá nevybitá energie, což způsobuje dysregulaci různých orgánových soustav a může být velmi nebezpečná.

Samozřejmě, že ne každý stres, který jedinec prožije, trauma způsobí, jelikož jsme ve většině případů schopni se s danou situací vyrovnat, obnovit homeostázu a pokračovat dál ve svých životech (Friedman, 2015). V každém případě však jde o spouštěč.

1.3. Od stresu k traumatu

Co tedy vlastně odlišuje stres od traumatu? Důležitým kritériem pro trauma je vnímaný pocit bezmocnosti, tedy neschopnost čelit nepříznivé situaci. Také je podstatná právě reakce zamrznutí, která má za následek aktivaci bloudivého nervu. Podle Roberta Scaera má kvůli tomu trauma větší dopad než pouhý stres (Scaer, 2005).

S výše uvedenými teoriemi souvisí rozdělení traumat na další dva, pro mě relevantní typy, které doplňují informace o stresu. První je akutní trauma, které je způsobeno zkušeností, která přesahuje naše kapacity, a nejsme schopni na ni adekvátně reagovat. To je způsobeno stresem akutním, obvykle jednorázovým. To obvykle vede k fyziologické excitaci a následně se vyskytujícími vtíravým myšlenkám. Druhým typem je trauma chronické, jež by mělo mít spíše rozměr disociativní, projevující se pocitem odloučení od okolí a inhibicí organismu (Bremner, 1999).

Zvláštním případem chronického traumatu je trauma vývojové. To obvykle vzniká pozadí dlouhotrvajícího zneužívání dítěte, což se v důsledku projevuje afektivní a fyziologickou nerovnováhou, problémy se sociálními vztahy a silným vlivem na fungování jedince v běžném životě. Někteří autoři (Van der Kolk, 2005) se domnívají, že tato vývojová traumata v mnohém přesahují efekty pouhé jedné události, a to z toho důvodu, že tento typ traumatu je v rozporu se správným neurobiologickým vývojem mozku. Dítě není dostatečně zralé pro integraci různých informací do jednoho smysluplného celku, což vede k přetížení mentálních kapacit a může způsobit pravidelně se vyskytující aktivaci neadaptivních obranných mechanismů projevující se v nepříznivých životních situacích. Mezi ty může patřit například únik, který fungují jako ochrana před prožíváním nepříjemné reality. Mezi možnosti úniku může patřit například abúzus alkoholu či nadměrný spánek (Marlatt et al., 1988).

1.4. Faktory ovlivňující vznik traumatu

Je rovněž nutné pohlédnout na různé faktory, které mohou ovlivnit rozvoj traumatu a s tím souvisejících potenciálních potíží. Na každého stresory působí jinak, a přispívá k tomu nespočet

jak dispozičních, tak situačních faktorů, jako je například věk, pohlaví či osobnost. Některé z nejdůležitějších faktorů budou rozvedeny s následujícími kapitolách.

1.4.1. Věk

U časného traumatu bývá rozhodujícím faktorem věk, přičemž mladší jedinci, jak už bylo zmíněno, stresující zážitky zvládají hůř. Děti mohou považovat i situace, které by dospělí lidé vnímají jako neškodné, za život ohrožující. Nemají ještě dostatek životních zkušeností, a obvykle nemají možnost se vzepřít tomu, co se jim děje, jsou odkázáni na pomoc svého okolí. Pokud se dítěti nedostává podpory od primárních pečovatelů, traumatizující zážitky se opakují, a jedinec je zažívá jako součást svého běžného života, existuje vysoká pravděpodobnost vzniku vývojového traumatu (Vrtbovská, 2010). Mimo jiné děti a mladiství mají nižší frustrační toleranci, což je schopnost čelit podnětům, které brání uspokojení potřeb bez dlouhodobého narušení homeostázy (Hošek, 1997).

Nízký věk je také předpokladem k vyšší citlivosti k silně emočně zbarveným emocím, a to převážně negativním, jako je vina, stud, zahanbení či strach. Pokud dítě v časných stádiích vývoje prožívá tyto emoce příliš často, mohou se díky vysoké neuroplasticitě mozku rozvinout závažnější důsledky než u dospělého jedince (Karr-Morse & Wiley, 2012). Mozek dítěte není ještě dostatečně vyvinut na to, aby dokázal emoce adekvátně zpracovávat, reagovat přiměřeně na odměnu, a regulovat své reakce v nepříznivých okamžicích života. Všechny tyto faktory související s věkem mohou vést k nezvládnutí stresových situací, které může vést k dalším problémům v následujících letech života (Fox, 2010; McLaughlin, 2011).

Jak popisuje výzkum, tak se u dětí, které mají pocit, že se nachází v kontinuálním ohrožení, může rozvinout téměř neustálá ostražitost vůči možným hrozbám. Jejich tělo je tedy až nezdravě dlouhou dobu ve střehu, což organismus může postupně velice vyčerpávat a snižovat jeho odolnost (Shields & Cicchetti, 1998).

Trauma prožité ve velmi raném věku (cca do tří let) obvykle kvůli nedokončenému vývoji hippocampu (mozková struktura pro ukládání a zpracovávání vzpomínek) přetrvává jen jako nepříjemné vjemy a pocity, bez toho, aby jedinci měli uchopitelné vzpomínky. Na tyto typy traumat se velmi těžko přichází, a pomocí dotazníků jsou velmi těžko zjištělné (Karr-Morse & Wiley, 2012). Také se předpokládá, že časné trauma může mít za následek větší škody než trauma získané v dospělosti, a to kvůli stále probíhajícímu rozvoji seberegulace a případně i attachmentové vazby. Co se týká poruch psychických, tak bylo zjištěno, že zneužívání a týrání

kdykoliv před 17. rokem věku významně zvyšuje risk pro rozvoj poruch nálady než traumata prožitá v dospělosti (Chu et al., 2013).

Z uvedených informací vyplývá, že časné trauma může být kvůli stále probíhajícímu vývoji jedince závažnější dopad než trauma u dospělých osob. Věk je v této bakalářské práci považován za ten nejvýznamnější faktor, který udává směr celé této práci vzhledem k zaměření na traumata časná.

1.4.2. Pohlaví

Pohlaví může být také jistým prediktorem k náchylnosti k určitému typu traumatu a jeho prožívání. Muži a ženy se mezi sebou liší jak typy traumat, která prožívají, tak jejich citlivostí k nim. Ženy mívají více zkušeností se sexuálním zneužíváním či domácím násilím, zatímco muži více zažívají přírodní katastrofy, nehody a častěji jsou svědky zabití či zranění (Tolin & Foa, 2006). Pravá míra výskytu sexuálního zneužívání u mužů je velmi těžko dohledatelná, protože se o tomto tématu muži nechtějí příliš svěřovat (Pino & Meier, 1999).

U žen je udávaná téměř dvakrát větší míra výskytu posttraumatické stresové poruchy než u mužů, a to i přesto, že celkový počet udávaných traumat mezi muži a ženami je velice podobný. Můžeme tedy předpokládat, že traumata na ženy mívají obecně větší vliv než na muže. Ve studiích prováděných s adolescenty vykazovaly dívky větší počet traumat (Cuffe, 1998) a jejich horší zvládnutí (Curle & Williams, 1996). Ve výzkumech s dospělými jedinci měli více traumat naopak muži (Breslau, 2002). Počty se od sebe ale nijak zásadně neliší.

Ohledně dopadu traumat na život jedince studie uvádějí, že největší psychickou újmu způsobí svědectví traumatu někoho jiného (např. vidět někoho zabít), fyzické násilí a sexuální obtěžování (McCutcheon, 2008). To však platí pro obě pohlaví, a stále se nedostává odpovědi na otázku, jak je možné, že se žen traumatické události více dotýkají. Tomuto tématu se věnoval výzkum, který došel k závěru, že jsou ženy více citlivé k podmiňování na bázi strachu. Za možné vysvětlení autoři považují buď geneticky podmíněnou zranitelnost, či sociálně a kulturně získaný rys, pramenící z toho, že jsou ženy považovány za slabší pohlaví (Inslight, 2013).

Také se liší strategie, pomocí kterých se muži a ženy se vypořádávají s traumatizujícími situacemi. Muži vykazují spíše přeměnu stresové reakce na vztek a agresi, zatímco ženy vyhledávají ve svém okolí péči a pochopení. Pokud ji nemohou najít (např. při emočním zneužívání), jejich stres se ještě prohlubuje a zvyšuje se pravděpodobnost negativních následků traumatu (Olf, 2017).

1.4.3. Genetické faktory

Dalším faktorem, kromě samotného vývojového stádia, ve kterém se jedinec právě nachází, a jeho pohlaví, jsou potenciální dědičné vlivy, které mohou činit jedince více náchylného k rozvoji traumatu (Skelton & Ressler, 2012).

Že je senzitivita k horšímu prožitku traumatu dědičná, ukazují několikagenerační studie – příkladem může být výzkum z roku 2001, který přišel na to, že děti přeživších holocaustu mívaly častěji diagnostikovanou posttraumatickou stresovou poruchu (Yehuda, 2001).

Tyto poznatky ukazují, že někteří jedinci opravdu mohou mít geneticky podmíněnou vyšší citlivost ke stresorům, takže na ně ve výsledku můžou mít dopad i situace, které by pro někoho nemusely být traumatizující (Skelton & Ressler, 2012).

1.4.4. Osobnostní faktory

Neopomenutelnou kategorií, která může zásadním způsobem ovlivnit reakce na stres, je osobnost člověka. Různé tendence k chování a prožívání mohou člověka dělat odolnějším či senzitivnějším vůči stresorům přicházejícím z vnějšího prostředí a mohou ovlivňovat to, zda se trauma rozvine.

Zajímavý pohled z hlediska osobnostních faktorů přináší pětifaktorový model osobnosti od Costy a McCrae (McCrae & Costa, 1987). U lidí, kteří prožili časné trauma, bývá zvýšený rys neuroticismu a otevřenosti vůči zkušenosti (ve smyslu rizikového chování, užívání drog), a snížená míra přívětivosti (Nederlof et al., 2010). Právě neuroticismus, který je charakterizován emoční labilitou a vyšší náchylností k prožitkům strachu, smutku a úzkosti (McCrae & Costa, 1987), je spojován s prožíváním menšího množství pozitivních zážitků. Ženy v neuroticismu obvykle dosahují vyššího skóre (Lynn & Martin, 1997). Opačně funguje rys „extraverze“, který je spojován s větším množstvím pozitivních emocí, a nižší náchylností k traumatům (Pos et al., 2016).

Dalším možným pohledem na situaci je teorie zabývající se typem chování ve vztahu ke zdraví, vycházející ze souhry osobnostních faktorů s určitou situací, která tyto faktory ovlivňuje. Zjištění o těchto rozličných typech chování začala v 50. letech díky lékařům Friedmanovi a Rosenmanovi, kteří rozdělili chování na typ A – hlučné, nervózní a sebevědomé, asociované se srdečními chorobami, a B – trpělivé, klidné, spojené s vysokou frustrační tolerancí (Van Dijk, 1978).

Poté přidali lékaři Morris a Greer chování typu C, které by mohlo mít největší souvislost mezi traumaty a spánkem. Toto chování je charakteristické tím, že lidé hodně využívají své obranné mechanismy, a popírají negativní emoce. Toto vyhýbání se negativním myšlenkám a situacím může vést k tomu, že organismus těchto osob nebude schopen nápor zvládat, a díky tomu mohou se rozvinout různá onemocnění, jako je například rakovina (angl. cancer, proto chování typu C) (Greer & Morris, 1979; Grossarth-Maticek et al., 1989). Důležité v souvislosti s traumatem je ještě chování typu D, které vymyslel psycholog Denollet. Písmeno „D“ je dle slova „distressed“ (sklíčený, zarmoucený), což už samo o sobě napovídá, že tito lidé častěji a intenzivněji prožívají negativní emoce, které následně potlačují (Denollet & De Fruyt, 2002). Důvodem je údajně zvýšená hladina vylučovaného hormonu kortizolu v reakci na stresové situace než v běžné populaci (Sher, 2005), navíc mají tito jedinci vyšší úroveň prozánětlivých proteinů, které mohou způsobovat budoucí potíže. Tento typ se zdá být nejnáchylnějším k rozvoji úzkostných stavů, a je také možné ho spojovat se spánkovými poruchami (Denollet, 2003).

Problematika osobnostních faktorů se silně prolíná s genetickými předpoklady, ale i přesto je samostatnou jednotkou lidské psychiky, a významně ovlivňuje prožívání rozličných situací.

1.4.5. Attachment

Z vývojového hlediska bychom mohli brát v potaz teorii attachmentu od Johna Bowlbyho a Mary Ainsworthové, jelikož právě kvalita připoutání k primárnímu pečovateli je naprosto zásadní pro vývoj člověka, jeho následné vnímání světa, a pro jeho citlivost vůči nepříznivým podnětům (Ainsworth, 1978). Emoční regulace není vrozená, děti se ji musí postupně naučit. K tomu jsou potřeba primární pečovatelé, kteří by se měli pokoušet dítěti zrcadlit to, co prožívá, aby se naučilo ovládat své vnitřní stavy (Bowlby, 1979). Předpokládá se, že právě attachmentová vazba získaná v dětství může pomoci vysvětlit některé psychické i somatické problémy v dospělosti (Sroufe, 2005). Tyto rané zprostředkované vzorce chování a prožívání také ovlivňují to, jak bude jedinec ve svém budoucím životě zpracovávat informace, a také to, jak bude reagovat na potenciálně traumatizující podněty.

V případě, kdy je dítě bezpečně připoutané, což znamená, že má ve svou matku (či jiného pečovatele) důvěru, věří, že je svět bezpečné místo, a má pocit, že se na okolní svět může spolehnout, tak existuje větší pravděpodobnost, že bude lépe rozumět tomu, co prožívá, a bude se s náročnými situacemi lépe vypořádávat.

Když však rodič není schopen zrcadlit pocity dítěte, čímž by mu přinášel do života možnost porozumění vlastním duševním stavům, tak může dojít k tomu, že dítě bude samo chaotické a nebude schopno regulovat své vnitřní napětí. Tím pádem bude mít nižší frustrační toleranci, a stresory na něj budou mít větší vliv než na bezpečně připoutané jedince. Sám John Bowlby roku 1953 definoval několik stresujících a negativně nabitých životních událostí, které mohou attachment narušit (Bowlby, 1953). Mezi ty patří nemoc či zranění dítěte či jeho rodiče, rozvod či rozchod rodičů, psychiatrická porucha u rodičů, zneužívání alkoholu, či zkušenost dítěte s fyzickým či sexuálním zneužíváním. Tyto situace jsou předkládány jako typické i v dotazníku *Early trauma inventory self report – short form* (Bremner, 2000).

Je tedy možné, že při prožití některých z těchto závažných časných traumat dojde k narušení attachmentové vazby, což by mohlo mít za následek dlouhodobé potíže jedince – ať už způsobené zvýšenou senzitivitou vůči dalším traumatům, tak nevhodným připoutáním dítěte. Mimo jiné bylo naznačeno, že nevhodná attachmentová vazba spolu s prožitím časného traumatu jsou silnými prediktory disociativního chování, jehož důsledkem by potenciálně mohla být i neovladatelná spavost (Ogawa et al., 1997).

V této kapitole byly představeny některé relevantní faktory vzniku traumatu, které se mohou různými způsoby prolínat, a proto bývá zjištění příčiny dopadu traumatu mnohdy obtížné.

1.5. Důsledky traumatu

Po představení faktorů ovlivňujících vznik a průběh traumatu se přesouvám k další části, kterou je definice možných dopadů časného traumatu na fungování a pozdější život jedince, spolu s vysvětlením některých psychologických a biologických mechanismů, které s traumatem mohou souviset.

Abychom byli schopni si představit dlouhodobější dopady traumatu, je nutné zrekapitulovat průběh traumatu od samého počátku. Fáze zpracování traumatizujícího zážitku sestávají z několika po sobě jdoucích kroků. Baštecká v knize používá členění od Sandry van Essen, která rozděluje časový průběh traumatu do pěti fází (Baštecká & Goldmann, 2001, s. 277). Po fázi šoku (0-24 hodin), výkřiku (do tří dnů), hledání smyslu (3 dny až dva týdny), popření a znovuprožívání (2 týdny – měsíc) nastává posttraumatická fáze, která by měla trvat v období od jednoho do tří měsíců po prožití události. Z té se člověk může dostat – uzdravit se či situaci uzavřít, ale také v ní může uvíznout.

Někdy se ale stává, že osoba danou vzpomínku pouze povrchně potlačí, i když je sama přesvědčena, že je zkušenost zcela uzavřená a vyřešená, a uvízne v ní. Problémy

z nezpracované traumatické události se tak mohou po zbytek jejich života manifestovat různými způsoby (Baštecká & Goldmann, 2001).

Takovým případem, kdy lidský organismus zcela selže v adaptaci na traumatizující zážitek, může být posttraumatická stresová porucha. Ta může být jak akutního rázu (doba trvání do 3 měsíců), tak chronického, který může bez vhodné léčby přetrvat i po zbytek života. Posttraumatická stresová porucha se projevuje dle 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí vymezuje za nejčastější příznaky flashbacky, ostražitost, vyhýbání se myšlenkám na událost a problémy se spánkem (World Health Organization, 2020). Dle Baštecké je běžnou praxí, že dochází k odložené traumatické reakci, která se projeví až po mnoha letech (Baštecká & Goldmann, 2001). Existuje také velká skupina lidí, která nesplňuje diagnostická kritéria na to, aby mohla být zařazena do kategorie posttraumatické stresové poruchy. Tato skupina je z velké části složena právě z dětí, u nichž bývá problém komplexnějšího rázu, a diagnostické podmínky nemusí splňovat (Kiser, 2001). Tato diagnóza nemusí zdaleka pokrýt všechny oblasti, ve kterých bude traumatizované dítě zasaženo (Cook, Spinazzola, 2005).

Jaké další potíže může tedy prožitek traumatu způsobit?

Jedním z nejčastěji udávaných důsledků je deprese. Ta vzniká na základě neuroendokrinních změn, které v těle nastaly jako odezva na nepříznivé vnější podmínky. Změny v mozku, které je možné vyzorovat v reakci na trauma, se velmi silně shodují s těmi, které následně nacházíme u deprese (Heim et al., 2008). Při propojení hypersomnie a deprese je možné na problematiku pohlížet tak, že lidé s depresí mohou nadměrně spát, aby unikli před emočním utrpením, které je provází v bdělém stavu (Manber, 2015).

Jak už bylo řečeno, trauma je definováno pocitem bezmocnosti a parasympatickou reakcí zamrznutí, která vzniká při neschopnosti proti situaci bojovat či z ní uniknout. To v sobě nese svá specifika, která od sebe odlišují právě důsledky traumatu a stresu.

Potíže pramenící ze stresu většinou vedou ke kardiovaskulárním či zažívacím poruchám, diabetu typu II, či autoimunitním onemocněním. Trauma může mít mimo těch, které jsou způsobeny stresem, ještě následky jiné: přerušovaný spánek, chronický únavový syndrom či psychické poruchy, a to převážně poruchy nálady. U dětí a mladistvých se typicky objevují i poruchy příjmu potravy (Cook, Spinazzola, 2005).

Za tyto projevy je zodpovědný bloudivý nerv, který u některých živočichů umožňuje schopnost hibernace, při které se díky aktivaci parasympatiku sníží frekvence dechu a tepu, a spolu s tím se zpomalí i další orgány (Scaer, 2005). Tuto reakci na traumatizující událost, při které můžeme

prožít disociaci, tedy pocit odloučení od okolí, si náš organismus zapamatuje. To může vést k rozvoji chronického mentálního schématu, které vede k tomu, že prožíváme mírný pocit disociace i při pouhé vzpomínce na danou situaci (Marmar, 1994).

Hypersomnie by tedy mohla být výsledkem vyhýbavého aspektu disociace získaného prožitím traumatu. Vzhledem k těmto mechanismům mám důvod se domnívat, že by reakce na trauma mohla souviset s následně indukovanou zvýšenou spavostí.

2. Spánek

Tato část bude věnována problematice spánku a poruch s ním spojených, a to s důrazem na nadměrnou spavost, jinak nazývanou hypersomnie. Budou uvedeny existující typy hypersomnie, její možné příčiny, diagnostika, léčba a důsledky.

Spánek je esenciální součástí našeho života. Má velký vliv na naše zdraví, jelikož je důležitý jak pro psychickou, tak fyzickou obnovu (Rechtschaffen, 1998). Zlepšuje například naši imunitu, umožňuje produkci růstového hormonu a hraje roli v konsolidaci vzpomínek do dlouhodobé paměti (Diekelmann & Born, 2010). V běžném životě se dostatek kvalitního spánku projevuje lepší náladou, pozorností, a také vykazováním lepších výkonů v jakémkoliv odvětví (Epstein & Mardon, 2007).

Podstatnost spánku v našich životech si nejlépe uvědomíme při pohledu na problémy těch, kteří trpí poruchami s ním spojenými. Tato onemocnění mají prokazatelný vliv na zdraví i zhoršení kvality života (Reimer & Flemons, 2003).

Pokud bychom chtěli spánek definovat, mohli bychom říct, že je souhrou funkčních změn v různých systémech našeho těla (Orem, 2012, s. 13). Z behaviorálního hlediska se jedná o změněný stav vědomí spolu s relativní imobilitou a zavřenými očima. Průběh je takový, že ztrácíme kontrolu nad svým chováním, objevuje se menší citlivost na vnější podněty, a postupně se uvolňuje napětí našeho svalstva (Carley & Farabi, 2016; Siegel, 2009).

Vnějšímu pozorovateli, který sleduje jen viditelné behaviorální projevy jedince během spánku, by se tedy mohlo zdát, že je spánek pasivním stavem, a že by celý organismus, včetně mozku, měl být utlumen. S obdobným vnímáním této problematiky se můžeme setkat při pohledu do historie. Například Aristoteles ve svém spisu o spánku a nespavosti tvrdil, že spánek je opakem bdělosti, a dokonce, že spánek je bdělostí degradovanou. Tyto dva stavy srovnával s protiklady jako je krása a ošklivost, síla a slabost, či zdraví a nemoc (Aristoteles, cca. 347 př.n.l., s. 1-2).

Dnes už však víme, že tomu není tak není. V první polovině 20. století, kdy byl vynalezen elektroencefalograf (EEG), tedy přístroj pro měření elektrické aktivity mozku, se prokázalo, že je lidský mozek v některých stádiích spánku dokonce podobně aktivní jako ve stavu bdělém (Moorcroft, 2005).

Je známo, že je spánek nepostradatelnou součástí života jak lidí, tak zvířat. Záleží ale i na tom, kolik času spánkem strávíme? Určitě ano. Potřebná doba spánku k regeneraci organismu je pro každého člověka individuální, bývá však u většiny dospělých mezi sedmi s devíti hodinami.

Obecně uznávanou optimální dobou, za kterou je tělo obvykle schopno se adekvátně zregenerovat, se považuje doba spánku lehce převyšující 7 hodin (Watson & Badr, 2015). Samozřejmě existují i výjimky. Jsou i tací, kteří mohou mít fyziologicky potřebu spánku nižší (čtyři až šest hodin), nebo i vyšší (devět až deset hodin) (Epstein & Mardon, 2007). Obecně však může být výrazně kratší či delší spánek považován za patologický jev.

2.1. Spánkový cyklus

Pro následné hlubší porozumění poruchám spánku je nejprve nutné představit, jakým způsobem probíhá běžný spánkový cyklus. Spánek není homogenním procesem, ale skládá se ze dvou odlišných, cyklicky se střídajících stavů, kterými jsou NREM a REM fáze (Jouvet, 1967). Za normálních okolností trvá jeden spánkový cyklus mezi 70 a 100 minutami (Carskadon & Dement, 2011).

Při usínání se nejprve objevuje NREM spánek, (z anglického “non rapid eye movement“) který se skládá ze tří fází, jenž postupují od nejmělkčí do nejhlubší fáze spánku (Fell & Röschke, 1996, s. 403).

Během nástupu první NREM fáze – tedy při usínání, nastává uvolněné bdění se zavřenými očima. Náš mozek již nemusí zpracovávat velké množství podnětů z vnějšího světa, a pomalu se začne stávat klidnějším a synchronizovanějším. Postupně se uvolňuje svalstvo, a oči se začínají pomalu pohybovat ze strany na stranu (Epstein & Mardon, 2007). Člověk se tak pomalu dostává do NREM 1 (Iber & Ancoli-Israel, 2007).

Následuje NREM2, která zabírá kolem 50 % celého spánku. Tato fáze se v průběhu noci prodlužuje (Iber & Ancoli-Israel, 2007). Pokud chceme jedince vzbudit vnějším podnětem, musí být tento stimul silnější než ten, který by dostačoval v předchozí mělkčí fázi spánku (Carskadon & Dement, 2011).

Nakonec jedinec upadne do NREM3 fáze, známé jako hluboký spánek. Dech i tep se ještě více ustálí, a mozek je synchronizován v delta vlnách o vysoké amplitudě a nízké frekvenci (Carskadon & Dement, 2011).

Z mozkových center, které se podílí na vnímání podnětů z vnějšího světa, zůstává nejaktivnější sluchové ústrojí, a to kvůli tomu, abychom se mohli v případě nebezpečí probudit. Tato nejhlubší fáze spánku tvoří asi 20 % spánkového cyklu (Iber & Ancoli-Israel, 2007).

V těchto třech stádiích NREM spánku dochází k regeneraci našeho těla, k reparačním procesům, nebo také k sekreci růstového hormonu. Obecně se NREM vyznačuje „ještě relativně

neaktivním, ale aktivně regulujícím mozkiem v pohybujícím se těle“ (Carskadon & Dement, 2011, s. 17) – stále se tedy mohou vyskytovat pohyby, jako například otáčení či převalování se do pohodlnější polohy.

Po skončení NREM fází se opět zvyšuje mozková aktivita, nastává REM fáze, od slov “rapid eye movement”, vyznačující se tedy rychlými očními pohyby. Ta probíhá asi ve 25 % doby nočního spánku, a její zastoupení v průběhu noci postupně narůstá (Iber & Ancoli – Israel, 2007). Rychlé oční pohyby však nejsou jediným specifikem této fáze. Podstatné je, že v REM fázi je naše mozková aktivita oproti ostatním zvýšená (nejvíce snů máme právě v této fázi, ale objevují se i v ostatních) (Dement & Kleitman, 1957), a k tomu se vyskytuje svalová atonie, jejíž smysl nejspíše spočívá v tom, abychom se při případném při případném prožívání snu nemohli zranit kvůli případným prudkým pohybům končetin (McCarter & St. Louis, 2012). Oproti NREM se opět zvyšuje tělesná teplota i krevní tlak. Také mozková aktivita již není tolik utlumená, a dostane se téměř na úroveň srovnatelnou s bdělým stavem (Shrivastava, 2014).

Přesný význam této fáze je stále nejasný. Předpokládá se však, že účelem je především ozdravení naší mysli, spojená hlavně s učením, pamětí, a regulací emocí (Horne & McGrath, 1983). Tato fáze je ve zjednodušené verzi charakteristická „aktivním, snícím mozkiem v paralyzovaném těle“ (Carskadon & Dement, 2011, s. 17).

U zdravého mladého člověka NREM-REM cyklus za noc proběhne čtyřikrát až pětkrát. V první polovině noci je větší výskyt NREM spánku, zatímco ve druhé části noci převládá spíše REM. K ránu se hluboký spánek zkracuje a stává se mělkým, zatímco fáze REM se prodlužují (Epstein & Mardon, 2007; Colten & Altevogt, 2006).

2.2. Poruchy spánku/hypersomnie

K rozdělení poruch spánku se zaměřením na poruchy nadměrné spavosti jsem si vybrala 11. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí, která má v České republice vejít v platnost 1. ledna 2022 (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019).

2.2.1. Hypersomnie

Hypersomnie neboli poruchy nadměrné spavosti se vyskytují u 4-6 % obecné populace (Billiard, 2003, s. 333). V porovnání s nejčastější poruchou spánku – insomnií, projevující se neschopní zahájit či udržet spánek, jejíž prevalence se pohybuje okolo 15 % v běžné populaci (Roth, 2007), se jedná o méně častou poruchu.

Pro správné pochopení symptomů je důležité zprvu definovat rozdíl mezi únavou a spavostí. Imperativní spavost vyjadřuje neschopnost zůstat vzhůru i v situacích, kdy je bdělost vyžadována (řízení auta, práce, komunikace). Únava je naopak stav vyčerpání a snížené kapacity pro fyzickou či psychickou činnost, která obvykle není zlepšena ani odpočinkem (Avidan, 2012). Hypersomnie je v podstatě obecný termín, který zahrnuje několik diagnóz, ve kterých je nadměrná spavost společným prvkem (Frenette & Kushida, 2009).

Dle etiologie je dělíme na primární a sekundární, což je zásadní pro další práci s pojmy z této oblasti. Při primárních hypersomniích, které jsou velmi vzácné, je přítomna nadměrná spavost, která se nedá vysvětlit jinými zdravotními obtížemi (somatickými nebo psychickými). Předpokládá se tedy, že tento typ hypersomnie je centrálního původu (Frenette & Kushida, 2009).

Sekundární typ je možné vysvětlit jinou příčinou, jako je například Parkinsonova choroba, spánková apnoe, chronický únavový syndrom či psychickými potížemi. Také může být kupříkladu doprovodným jevem mozkových nádorů či zranění hlavy (Manfredi & Brennan, 1987).

2.2.2. Typy hypersomnie

Dle 11. vydání Mezinárodní klasifikace nemocí je hypersomnie zařazena do kategorie poruch spánku a bdění, a dále do poruch nadměrné spavosti. Zde můžeme nalézt 9 subkategorii (World Health Organization, 2020), přičemž mě vzhledem k cílům této bakalářské práce zajímá zejména hypersomnie idiopatická a hypersomnie spojená s mentální poruchou. Pro ucelenost informací bude zmíněna i organicky indukovaná narkolepsie a některé hypersomnie sekundárního typu.

Idiopatická hypersomnie je vzácnou hypersomnií primárního typu, s nejasně určenou četností výskytu, která se nejspíš pohybuje okolo 0,3 % v obecné populaci (Ohayon, 2008). Slovo idiopatický pochází z řeckých slov “idios”, což znamená vlastní, sám od sebe, a ze slova “pathos”, tedy nemoc. Idiopatická porucha je tedy taková, kterou nelze vysvětlit jiným onemocněním a jejíž původ neznáme (Sacks, 2010, s. 426).

U pacientů se vyskytuje prodloužený noční spánek, problémy se vstáváním, a neustálé či opakující se epizody denní spavosti, které trvají od jedné až do několika hodin (Billiard & Dauvilliers, 2001). Někdy si pacienti také stěžují na symptom zvaný „spánková opilost“, který se projevuje nedokonalým prolongovaným probuzením, kdy daná osoba provádí činnosti, o kterých si později nepamatuje, že by je dělala (Roth, 1981). Pacienti s tímto typem poruchy

mohou mít hlubší spánek, než je běžné, což znamená, že se déle nachází v NREM 3 (Kushida, 2009, s. 229).

Určit věk, kdy idiopatická hypersomnie nastupuje, je náročné. Je to hlavně z toho důvodu, že se u mladých lidí, kteří mají obecně vyšší potřebu spánku než dospělí, (Watson & Badr, 2015) těžko rozlišuje mezi dobou spánku, která je v pořádku, a dobou, která je abnormálně dlouhá. Obvykle se tedy lékaři uchylují k obecnějším závěrům ohledně toho, kdy se nadměrná spavost poprvé vyskytla, a většinou se jejich odhady pohybují v rozmezí přibližně deseti let (dětství, adolescence, dospělost). Velmi výjimečně se tato porucha projeví až po 30. roce života (Billiard & Dauvilliers, 2001).

Průměrná latence usnutí v testu objektivizujícím denní spavost ve spánkové laboratoři (tzv. *Test mnohočetné latence usnutí*, viz kap. *Diagnostika hypersomnie*), je u idiopatické hypersomnie v rozmezí 6,2 +/- 3 minuty. Pro tuto diagnózu se obvykle bere jako průkazná latence usnutí pod 8 minut (Thorpy, 2012; Kushida, 2009).

Musí být však splněny i další podmínky, kterými je například absence vážných psychických poruch, (Vernet & Arnulf, 2009), či nepřítomnost jiných spánkových potíží (Billiard & Dauvilliers, 2001).

Dalším typem primární hypersomnie je **narkolepsie**, s výskytem přibližně 0,026 % v populaci (Dauvilliers & Buguet, 2005). Dělí se na dva subtypy, a to 1 a 2. Narkolepsie obecně je chronické neurologické onemocnění, při kterém není mozek schopen udržet bdělost. Lidé mohou znenadání usnout téměř při jakékoliv aktivitě, jako je jedení, mluvení či řízení automobilu (Scammell, 2015).

Narkolepsie typu jedna (NT 1) se dříve nazývala “narkolepsie s kataplexií”. Kataplexie jsou stavy náhlé svalové slabosti, a to bez ztráty vědomí. Často bývá tento stav navozen silnými emocemi (Krahn & Lymp, 2005). Za příčinu tohoto typu narkolepsie se považuje nedostatek peptidu orexinu, který reguluje spánek a bdění.

U jedinců s druhým typem narkolepsie (NT 2) jsou příznaky onemocnění obvykle mírnější, a nedochází ke kataplexii. Přesná příčina není známa (Thannickal & Moore, 2000).

U narkolepsie typu 1 nepovažují za tolik podstatnou její souvislost s časnými traumaty, a to z důvodu, že její příčina spočívá nejspíš na neurologické úrovni, a je pravděpodobně způsobena autoimunitními vlivy (Nishino & Ripley, 2000). Nemohu však vyvrátit fakt, že stres hraje v imunitní reakci zásadní roli (Glaser & Kiecolt-Glaser, 2005), a také to, že narkoleptici mívají vyšší podíl deprese než zdravá populace (Reynolds & Christiansen, 1983).

Dále se dostáváme k hypersomniím sekundárním, tedy přidruženým k jinému onemocnění či poruše. Z těch je pro mě nejpodstatnější **hypersomnie spojená s duševní poruchou** (World Health Organization, 2020), a to především s poruchami nálady (Plante, 2015).

Nicméně, literární údaje se liší. Billiard a kolegové například tvrdí, že nadměrná denní spavost je velmi zřídka s těmito poruchami spojena (Billiard & Dolenc, 1994). Novější zdroje také uvádí, že je hypersomnie u poruch nálad spíše subjektivního rázu, než že by byla objektivně prokazatelná (Dauvilliers & Lopez, 2013). Z jiných zdrojů se naopak můžeme dozvědět, že se hypersomnie ve spojitosti s poruchami nálad, konkrétně s depresí, objevuje velmi často. (Kaplan & Gruber, 2011; Kaplan & Harvey, 2009; Plante, 2015). Můžeme si tedy povšimnout, že se ještě nepodařilo prokázat přesvědčivou souvislost mezi psychikou a poruchami nadměrné spavosti. Problémem komplikujícím diagnostiku být i častá záměna této sekundární hypersomnie s hypersomnií idiopatickou, u které taky 15-25 % pacientů uvádí depresivní příznaky (Dauvilliers & Lopez, 2013).

Určitá souvislost mezi hypersomnií a psychickými poruchami tedy nejspíš existuje, ale ještě se nepodařilo potvrdit přímou kauzalitu. Možná příčina a následek v tomto případě ani neexistují, a oba faktory zároveň přispívají k posilování toho druhého (Meltzer, 2009).

Dále mezi sekundární hypersomnie patří **hypersomnie způsobená zdravotním stavem** – převážně somatickými chorobami. Častou příčinou bývá hypothyreóza, tedy snížená funkce štítné žlázy, či traumatické poranění hlavy. Tento stav mohou také zapříčinit genetické poruchy, jako je Prader-Williho syndrom, nebo třeba také nádory centrální nervové soustavy (Overeem & Mignot, 2001). Existuje také hypersomnie způsobena léky či jinými substancemi. Tato diagnóza je stanovována především při závislosti na alkoholu, či při užívání určitých typů medikamentů (Gault, 1976). Také se může objevit při užívání stimulancií (např. kokain), jelikož tělo bývá v těchto případech přetěžováno a přehnaně dlouho aktivní (Schweitzer, 2000).

Do této skupiny hypersomnií se také řadí **syndrom nedostatečného spánku**, který je indukován behaviorálně. V tomto případě se jedná o takové jedince, kteří nemají dostatek spánku, a tím si vytváří chronickou spánkovou deprivaci. To následně vede k problémům během dne, kterými je denní spavost, ale také například snížená pozornost a výkonnost. Obvykle se tento stav tělo snaží vykompenzovat například dlouhým spánkem během volného dne (Roehrs & Zorick, 1983).

2.2.3. Diagnostika hypersomnie

Dosud nebyl publikován žádný systematický postup, který by se měl používat při vyšetřování hypersomnie (Vernet & Arnulf, 2009). Z toho důvodu tedy popíší postup lékařů z Národního ústavu duševního zdraví. U pacientů, kteří do ústavu přijdou již s podezřením na nadměrnou denní spavost, se postupuje následujícím způsobem: Lékař pomocí rozhovoru zjišťuje pacientovu anamnézu, která zahrnuje například současná i minulá onemocnění jak samotného pacienta, tak jeho rodiny. Mimo jiné se objevují otázky na psychické problémy, užívání léků, pití čaje a kávy, a v neposlední řadě na alkohol, kouření, a užívání dalších drog. Po pohovoru následuje vyšetření. Diagnóza samotná stojí především na objektivním testu mnohočetné latence usnutí (MSLT) a také na polysomnografii, která slouží k vyloučení jiných příčin spavosti, a budou nyní popsány. Mimo to se používají také pomocné subjektivní metody, jako je například *Epworthská škála spavosti* (podrobněji viz kap. *Testové nástroje využívané pro sběr dat*).

Test mnohočetné latence usnutí

Objektivní metodou využívanou ke zjišťování míry spavosti je test mnohočetné latence usnutí – Multiple Sleep Latency Test (MSLT). Principem testu je hodnocení latence usnutí opakovaně v průběhu dne, přičemž se vypočítává jednak průměrná latence těchto usnutí a jednak se posuzuje stádium spánku, kterým pacient usíná. Pokud člověk neusne do 20 minut, je test ukončen. Pro hypersomnií svědčí takový výsledek, kdy je průměrná spánková latence z těchto pěti měření pod 8 minut (pacient tedy průměrně usíná do 8 minut) (Thorpy, 2012).

Video-polysomnografie

Důležitým nástrojem k měření různých proměnných během spánku je také video-polysomnografie, která podporuje potvrzení diagnózy hypersomnie. Tento komplexní nástroj měří elektrickou aktivitu mozku pomocí elektroencefalografu (EEG), elektrickou srdeční aktivitu, frekvenci dýchání, hladinu kyslíku v krvi a oční pohyby. Mimo jiné je záznam nočního spánku také po celou dobu vyšetření nahráván na videokameru. Video-polysomnografie je základním vyšetřením pro diagnostiku spánkových poruch (Rapoport & Norman, 1998).

2.2.4. Příčiny hypersomnie

Tou nejjednodušší příčinou nadměrné spavosti může být dlouhodobý nedostatek spánku, který vede ke spánkové deprivaci. Tento stav se dá vcelku snadno odhalit a řešit zlepšením spánkové hygieny (Kushida, 2009, s. 238).

Pro diagnostiku hypersomnie rozlišujeme hypersomnii primární a sekundární. U primární hypersomnie se věří, že původ je centrální, a pramení z postižení regulačních systémů mozku, které řídí spánek a bdění. To se týká kupříkladu již dříve zmíněné narkolepsie, jejíž příčina spočívá v nedostatku neuropeptidu orexinu a její původ nejspíš tkví v autoimunitních reakcích organismu (Mignot, 2012).

To je téměř vše, co je možné o příčinách spavosti v současné době uvést. Stále však zbývá značná skupina hypersomnií, u kterých jejich příčinu neznáme. Zatím neexistují objektivní nástroje na oddělení hypersomnií provázející psychické poruchy, kde je hypersomnie příznakem základního onemocnění, a idiopatických hypersomnií, s komorbidně vyskytujícími se psychiatrickými symptomy (Barateau & Lopez, 2017).

Lékaři se u spavých pacientů obzvláště zaměřují na posuzování psychického stavu, spánkových návyků a s tím související práce na směny, anémie, poruch štítné žlázy nebo zneužívání drog či alkoholu. Dále se musí brát v potaz možná poranění hlavy, nádory a neurologická onemocnění, jako je Parkinsonova choroba, nebo i předepsané medikamenty, které jsou užívány za účelem uklidnění (mezi ně mohou patřit i antihistaminika využívaná proti alergiím) (Mignot, 2012).

Další možné příčiny hypersomnie zmiňují mnohé studie. Proběhl zajímavý výzkum, který se zabýval možnými příčinami hypersomnie v souvislosti s traumaty (Gupta, 2017). U participantů ve výzkumu s potvrzenou posttraumatickou stresovou poruchou byla zjištěna porucha autonomní regulace, přičemž osoby zažívaly hypersomnické periody, při kterých spaly 12-16 hodin přes noc, spolu s dalšími 2-3 hodinami během dne. Na Epworthské škále spavosti (Johns, 1991, viz kap. *Diagnostika hypersomnie*) participanté skórovali od 16 do 20. Výzkumníci tvrdí, že hypersomnie jako reakce na traumata by se mohla objevovat v důsledku kompenzace těla na přehnanou aktivaci autonomního nervového systému (Gupta, 2017). Podle jiných autorů by nadměrný spánek to mohl být adaptivní mechanismus, který při stresu pomáhá obnovovat tělesné pochody (Thase & Frank, 2000).

Někteří autoři uvádí, že existují také psychické mechanismy, které mohou zapříčinit vznik a přetrvání hypersomnie. Mezi ně patří například problémy s motivací a udržením pozornosti. Díky tomu, že se mozek nesoustředí, tak se velmi lehce uklidní a dostane do fáze usínání (Billiard & Dolenc, 1994).

Jak už bylo zmíněno v kapitole o traumatech, spánek mohl sloužit jako vyhýbavý obranný mechanismus (Jacobson & Martell, 2006). To by mohlo vysvětlit také to, proč pacienti

s idiopatickou hypersomnií usínají spíše při klidných aktivitách, při kterých je aktivována zejména defaultní síť našeho mozku. Ta je aktivována v situacích, kdy se naše nemusíme na nic soustředit, a naše mysl může přemýšlet „sama o sobě“. Naše myšlenky tedy zabíhají do minulosti a budoucnosti, místo toho, abychom zůstávali plně přítomni. U jedinců, kteří prožili časné trauma, bylo prokázáno, že mívají zvýšenou a pozměněnou aktivitu této sítě (Daniels, 2011). To by mohlo znamenat, že v reakci na špatné myšlenky, kterým se chtějí vyhnout, raději usínají.

Ve starší literatuře můžeme najít zmínky o tom, že lidé trpící nadměrnou spavostí se vyznačovali psychickou nezralostí, a tím, že v minulosti neadekvátně reagovali na stres. U některých byl údajně spánkový cyklus narušen souhrou nepředvídatelných událostí, nad kterými neměli kontrolu (Pai, 1950).

2.2.5. Léčba hypersomnie

Lékaři se ve většině případů nepřiklání k samostatné farmakologické léčbě (např. psychostimulancii), jelikož by se na nich u pacientů mohla vytvořit závislost (Mignot, 2012). Místo toho se v určitých institucích využívá nefarmakologických typů léčby. Prvním, podpůrným způsobem je psaní spánkových deníků, pomocí kterých pacienti mohou lépe pochopit své spánkové zvyklosti, a případně najít souvislosti s tím, co by mohlo zhoršovat kvalitu spánku (Rogers et al., 2001).

U hypersomnie sekundárního typu by měl být pacient nasměrován za psychologem nebo psychiatrem (Kushida, 2009, s. 239). Například při depresi spojené s příznaky hypersomnie (převážně u sezónní deprese, která se objevuje v zimních měsících, kdy se lidé potýkají s nedostatkem slunečního záření) může být použita terapie jasným světlem (anglicky bright light therapy), která cílí na koordinaci cirkadiálních rytmů s vnějšími podmínkami (Lewy et al., 1998).

Asi nejlépe a nejkompaktněji pojatou nefarmakologickou léčbou všech typů hypersomnie je multikomponentová kognitivně-behaviorální intervence od Kaplana a Harveyho (Kaplan & Harvey, 2009). Ta sestává z několika fází, přičemž zpočátku se lékaři či terapeuti snaží o funkční analýzu a detailní vytvoření profilu pacienta – jsou pokládány otázky jak na samotnou hypersomnii, tak na její důsledky, na to, co jí předcházelo, a na další možné souvislosti. Pacienti si také píšou spánkový deník. Dále se snaží pacienta motivovat směrem ke změně, a nastavit společně s ním cíle, kterých chce dosáhnout. Musí proběhnout rozhovor o různých metodách,

kterými chce svého cíle dosáhnout, i o překážkách, které ho na cestě mohou potkat. To se neobejde bez dostatečné edukace o spánku a jeho poruchách.

Celkově je léčba hypersomnie velice náročná, a stále neexistuje spolehlivý způsob, jak spavému jedinci s jistotou pomoci.

2.3. Dopad hypersomnie

Důsledky hypersomnie mohou být velmi závažné. Pro spokojený život jedince je důležité, aby dokázal v běžných denních situacích udržet svou pozornost, což v případě nadměrné spavosti často není možné, a jedinci tak pocítují sníženou pracovní výkonnost, zhoršené sociální vztahy a celkově horší kvalitu života (Gooneratne et al., 2003; Kushida, 2009, s. 242).

Nejen, že hypersomnie snižuje produktivitu, ale také vyvolává ohrožení jak samotného pacienta, tak i jeho okolí. Příkladem mohou být nehody na silnicích nebo pracovní úrazy. Dle výzkumu je jedna třetina všech smrtelných automobilových nehod způsobena usnutím za volantem (Shapiro & Dement, 1993).

Existuje rovněž mnoho důkazů o negativním vlivu nadměrné spavosti na zdraví. Napříč všemi věkovými skupinami je hypersomnie spojena s kognitivními obtížemi, a dokonce i s větší pravděpodobností časného úmrtí (Braun et al, 2012). Také může být uveden výzkum provedený u adolescentů trpících hypersomnií, který ukázal, že tito jedinci mívají interpersonální problémy, méně prožívají pocity štěstí a mívají zvýšenou emoční labilitu (Roberts et al., 2001). Vzhledem k neúspěchům v pracovním i sociálním životě se u pacientů často rozvine deprese, úzkosti, a v některých případech i závislost na návykových látkách, mnohdy na stimulantech, pomocí kterých se lidé snaží zapojit do běžného života (Breslau, 2002).

Jeden z výzkumů, zabývajících se dopadem hypersomnie na jedince trpící depresí, uvádí, že jedinci, kteří udávali jako jeden ze svých příznaků nadměrnou spavost, vykazovali více pokusů o sebevraždu (Ağargün, 1997). Obecně tito depresivní jedinci s přidruženými poruchami spánku zažívali problémy s fungováním v běžném životě, a to obzvláště z hlediska vztahů a sociálního života. Také je hypersomnie je spojena i s vyšší mírou nezaměstnanosti a celkově nižším ekonomickým příjmem (Soehner, Kaplan, 2014). Co se týče rozdílů mezi pohlavími, tak je prokázáno, že ženy více trpí nadměrnou denní spavostí, a subjektivně ji považují za větší břemeno než muži (Boccabella & Malouf, 2017).

Z informací uvedených v kapitolách týkajících se spánku vyplývá, že hypersomnie je stále nepřilíš prozkoumanou poruchou, která může velmi významně snížit kvalitu lidského života,

a efektivní léčba není doposud známa. I přesto, že tato porucha není napříč populací natolik rozšířená, se domnívám, že by bylo vhodné věnovat větší pozornost její diagnostice a léčbě a pomoci tak zlepšit péči o jedince, kteří touto poruchou trpí.

Empirická část bakalářské práce

3. Cíl a výzkumné otázky

Provedený kvantitativní výzkum s několika kvalitativními prvky vychází ze dvou témat popsaných v teoretické části této bakalářské práce, a to časných traumat a hypersomnie. V současné době je možné dohledat mnoho výzkumů, které se zabývají samostatně buď traumaty či poruchami spánku, přičemž nadměrné spavosti se nedostává dostatečné pozornosti ani jako samostatné entity. Na přímé propojení těchto dvou konceptů téměř není možné narazit, kdežto protipól hypersomnie, tedy insomnie, je zkoumán v tomto kontextu velmi často.

Cílem této práce je zjistit, zda existuje statisticky významná souvislost mezi časnými traumaty a hypersomnií, a to skrze porovnávání průměrů počtu časných traumat dle dotazníku *Early trauma inventory self report – short form* u pacientů trpících touto poruchou s osobami bez poruch spánku.

Mezi vedlejší cíle této práce patří například rozpoznání určitých typů traumat či přímo konkrétních událostí, které by mohly pomoci rozlišit jedince s nadměrnou spavostí od těch, kteří poruchami spánku netrpí. Dále bylo stanoveno za cíl hledání rozdílů mezi muži a ženami v počtu a typu časných traumat. Mimo jiné je také vedlejším cílem pokus o nalezení souvislosti mezi pocity derealizace či intenzivního strachu s nadměrnou spavostí.

Účelem hledání odpovědí na výše zmíněné cíle je snaha o odhalení širších příčin nadměrné spavosti, které dosud nejsou v odborné literatuře dostatečně popsány. Přesah hledání těchto odpovědí nabízí také přesah pro psychoterapeutickou práci – tedy cílení na speciální psychoterapii pro pacienty s hypersomnií. Z druhé strany by mohly závěry přispět k diskusi o dopadu časných traumat na život člověka.

Z mých cílů vyvstává několik výzkumných otázek, jejichž zodpovězení by mohlo pomoci specifikovat souvislosti traumatu s poruchami nadměrné spavosti.

3.1. Vymezení výzkumných otázek

V této části bakalářské práce budou postupně popsány jednotlivé výzkumné otázky. První bude popsána otázka hlavní a následně výzkumné otázky vedlejší.

1. Hlavní výzkumná otázka, jež je základním pramenem mého výzkumu, zní: **„Existuje statisticky významná souvislost mezi časnými traumaty a hypersomnií?“**

Z této výzkumné otázky vychází hypotéza:

- **H.1. Lidé s hypersomnií budou mít větší výskyt časných traumat než lidé bez hypersomnie.**
- **H.1.0 Výskyt časných traumat se nebude lišit mezi lidmi s hypersomnií a bez ní.**

2. Druhá výzkumná otázka je zaměřena konkrétněji na jednotlivé kategorie traumatu. Ptám se tedy, zda je možné, že některý typ traumatu bude s hypersomnií souviset, a některý ne. Otázka tedy zní:

„Souvisí hypersomnie se všemi typy traumat – obecnými, fyzickými, emočními a sexuálními?“

Jelikož u této otázky nemám výzkumy podložené žádné předpoklady, ponechávám ji jako čistě explorační.

3. Pokud pohlédneme na časná traumata ještě blíže, můžeme se ptát: **„V jakých konkrétních otázkách z dotazníku na časná traumata bude mezi jedinci s a bez hypersomnie rozdíl?“**

Opět ponechávám tuto otázku jako explorační, bez konkrétně stanovených hypotéz.

4. Vzhledem k informacím uvedeným v teoretické části této práce, a to těm, že trauma má svůj disociativní rozměr, který je způsoben aktivací parasympatického nervového systému (Bremner, 1999; Perry, 2001; viz kap. *Teorie stresu*) je vhodné analyzovat dvě doplňující otázky, které se v dotazníku nachází. Informace, které tyto otázky poskytnou, by potenciálně mohly pomoci odlišit, zda jedinec prožil silné trauma, při kterém se cítil bezmocně či zažíval pocit odloučení od těla, nebo zda u něj k takovému zážitku nedošlo. Taková zjištění by mohla přispět k objasnění některých zákonitostí vzniku poruch se spánkem po prožitém traumatu.

V dotazníku těmto otázkám předcházela kratší text, který nyní uvedu.

„Pokud jste odpověděl/a ANO na některý z předchozích dotazů, zvažte, která událost měla největší vliv na váš život, a v souvislosti s tím odpovězte na následující otázky. Při odpovědích uvažujte o tom, jak jste se cítil/a v průběhu události.“

1. Zažil/a jste intenzivní strach, děs a bezmocnost?

2. Zažil/a jste mimotělní zážitek, jako byste se na sebe díval/a zvenčí nebo jako byste byl/a ve snu?“ (viz Přílohy)

Z první dotazníkové položky vyplývá má otázka týkající se tohoto tématu: **„Zažívali pacienti s hypersomnií častěji intenzivní strach, děs a bezmocnost než jedinci bez hypersomnie?“**

A s tím spojená hypotéza:

- **H.2. U lidí s hypersomnií se bude častěji vyskytovat zážitek intenzivního strachu, děsu a bezmocnosti než u lidí bez hypersomnie.**

- **H.2.0. Mezi lidmi s hypersomnií a lidmi bez hypersomnie nebude rozdíl ve výskytu zážitku intenzivního strachu, děsu a bezmocnosti.**

Z druhé otázky v dotazníku vyplývá další otázka a s tím spojená hypotéza: „**Zažívali pacienti s hypersomnií častěji mimotělní zážitek než osoby, které hypersomnií netrpí?**“

- **H.3. U lidí s hypersomnií se bude častěji vyskytovat mimotělní zážitek než u lidí bez hypersomnie.**
- **H.3.0. Mezi lidmi s hypersomnií a lidmi bez hypersomnie nebude rozdíl ve výskytu mimotělního zážitku.**

5. Jelikož mě zajímají i možné faktory, které ovlivňují jak vznik a průběh traumatu, tak mechanismy rozvoje hypersomnie, přidávám ještě několik specifitějších otázek. První je zaměřená na rozdíly mezi pohlavími, aby bylo případně možné přizpůsobit způsob intervence těmto odlišnostem. Také by bylo vhodné zjistit, zda výsledky s ohledem na pohlaví souhlasí s již provedenými výzkumy (Breslau, 2002; Cuffe, 1998; Tolin & Foa, 2006), a zda je tedy výzkumný soubor složen z reprezentativních jedinců, a proto tyto otázky zařazuji i přes nerovnoměrně rozložený počet mužů a žen (31 žen a 7 mužů ve výzkumném i kontrolním souboru).

První otázka zní: „**Jaká traumata a jaký počet traumat prožívají jednotlivá pohlaví?**“

Z teoretických východisek (Breslau, 2002; Cuffe, 1998) navrhuji hypotézu:

- **H.4. Mezi muži a ženami nebude rozdíl ve výši skóru časných traumat.**
- **H.4.0. Skóry časných traumat budou u mužů a žen rozdílné.**

6. Z hlediska pohlaví se opět podíváme i na počty a typy prožitých traumat. Můžeme se ptát, zda: „**Existují rozdíly mezi muži a ženami v počtu a typu časných traumat?**“ Hypotézy jsou opět odvozeny od poznatků uvedených v teoretické části této práce (Tolin & Foa, 2006; viz kap. *Pohlaví*).

- **H.5. Ženy budou mít vyšší skór časných emocionálních traumat než muži.**
- **H.5.0 Skóry časných emocionálních traumat se mezi muži a ženami nebudou lišit.**
- **H.6. Ženy budou mít vyšší skór časných sexuálních traumat než muži.**
- **H.6.0. Skóry časných sexuálních traumat se mezi muži a ženami nebudou lišit.**
- **H.7. Muži budou mít vyšší skór časných obecných traumat než ženy.**
- **H.7.0 Skóry časných obecných traumat se mezi muži a ženami nebudou lišit.**

- **H.8. Muži budou mít vyšší skór časných fyzických traumat než ženy.**
- **H.8.0 Skóry časných fyzických traumat se mezi muži a ženami nebudou lišit**

4. Výzkumný design

V této kapitole postupně rozeberu složení výzkumného souboru, metody použité ke zkoumání participantů, důvody a proces výběru tématu a způsob zpracování dat. Celý výzkum byl prováděn od prosince 2019 do května 2020 s pomocí Oddělení spánkové medicíny v Národním ústavu duševního zdraví v Klecanech.

4.1. Výzkumné soubory

V této podkapitole budou popsány charakteristiky výzkumných souborů a kritéria, která museli jedinci splňovat, aby se mohli stát součástí tohoto výzkumu. Vzhledem k cílům práce museli být participanté rozděleni do dvou souborů, přičemž v prvním, výzkumném souboru se nachází pacienti s objektivně diagnostikovanou hypersomnií. Tato diagnostika byla prováděna ošetřujícím lékařem na Oddělení spánkové medicíny v Národním ústavu duševního zdraví, a bylo využito metod video-polysomnografie a testu mnohočetné latence usnutí (podrobněji viz kap. *Diagnostika hypersomnie*). Druhý, kontrolní soubor tvoří jedinci bez poruch nadměrné spavosti, které uvádím jako „bez hypersomnie“. U nich byly potíže se spánkem posuzovány dle jejich subjektivních výpovědí týkajících se jejich spánkových zvyklostí a obtíží, zjišťované pomocí on-line screeningového dotazníku se zaměřením na spánek.

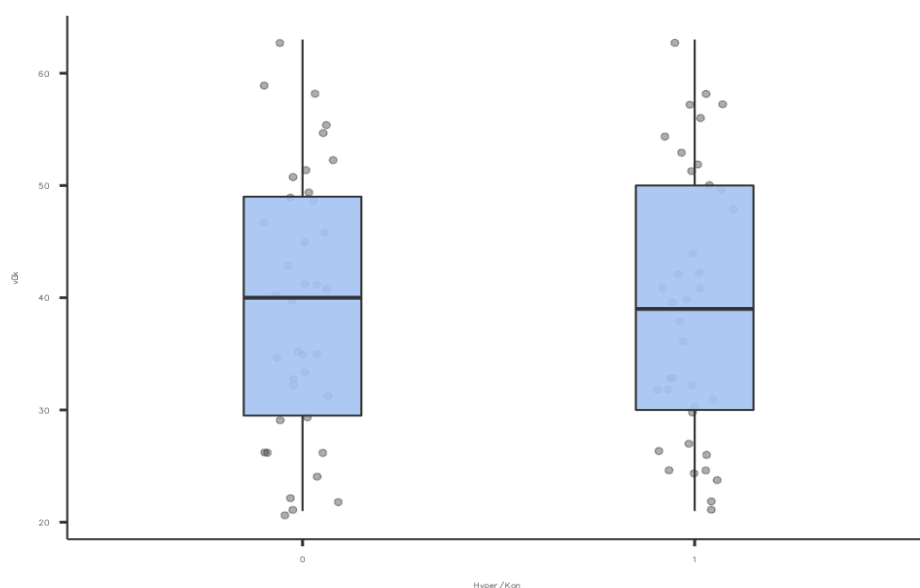
Oba soubory se celkově skládají ze 76 participantů, z toho z 38 v každém z nich. Jeden soubor tvoří vždy 7 mužů a 31 žen. Nerovnoměrnost rozložení pohlaví je způsobena nedostatkem mužů s poruchami nadměrné spavosti, kteří by navštívili Oddělení spánkové medicíny v Národním ústavu duševního zdraví.

Tabulka 1 - Popisné charakteristiky výzkumných souborů dle věku.

	Hypersomnie – věk	Bez hypersomnie – věk
N	38	38
Průměr	39,1	39,3
Medián	39	40
Standardní odchylka	12,1	11,8
Minimum	21	21
Maximum	63	63

Minimální věk participantů byl 21 let, který byl identický jak pro jedince s hypersomnií, tak pro jedince bez ní. U maximálního věku 63 byla situace obdobná. V průměrném věku se soubory liší minimálně, a to s hodnotami 39,1 let u hypersomníků, a s hodnotou 39,3 roku u jedinců bez hypersomnie. Medián se liší o celou jednotku, s hodnotou 39 ku 40. Byl také proveden t-test, který pracoval s hypotézou rozdílného věku vzhledem k příslušnosti k danému souboru. P hodnota tohoto testu byla 0.969, což poukazuje na velkou míru věkové shody.

Grafické znázornění 1 – Boxplot zobrazující rozložení jedinců ve skupině hypersomnie a bez hypersomnie dle věku. Osa x, vlevo: hypersomnie, vpravo: bez hypersomnie. Osa y: věk



Na uvedeném boxplotu si můžeme povšimnout velmi podobného rozdělení u obou skupin dle věku. To se shoduje s kritériem komplementárního věku v rozmezí tří let.

Tabulka 2 - Popisné charakteristiky výzkumného souboru dle pohlaví

Muži	Hypersomnie	Bez hypersomnie	Ženy	Hypersomnie	Bez hypersomnie
Počet	7	7	Počet	31	31
Průměr	33,0	33,3	Průměr	40,5	40,6
Medián	31	29	Medián	41	41
Standardní odchylka	9,61	10,4	Standardní odchylka	12,2	11,8
Minimum	25	24	Minimum	21	21
Maximum	51	53	Maximum	63	63

U žen je větší rozptyl věku, 21-63 let, u mužů 24-53. Průměr věku obou pohlaví se také liší, a to 33 (resp. 33.3) u žen ku 40,5 (resp. 40.6) u mužů.

Nyní pohlédneme na konkrétní kritéria, která museli jedinci splňovat, aby mohli být do daných souborů zařazeni.

Výzkumný soubor – hypersomnie

1. Inkluzivní faktory:

- Hospitalizace v Národním ústavu duševního zdraví mezi lety 2017-2020 kvůli podezření na poruchy nadměrné spavosti
- Plnoletost
- Podepsaný informovaný souhlas o zařazení do možných výzkumů Národního ústavu duševního zdraví
- Diagnóza hypersomnie. Konkrétně: „poruchy nadměrné spavosti“, „idiopatická hypersomnie“ či „neorganická hypersomnie“,
- Výsledek testu mnohočetné latence usnutí pod 8 minut (viz kap. *Diagnostika hypersomnie*)
- Výsledek video-polysomnografie ukazující na nepřítomnost jiných spánkových poruch
- Skóre v testu *Epworthská škála spavosti* nad 10 bodů. (viz dále, kap. *Proces sběru dat*).

2. Exkluzivní faktory:

- Diagnóza „narkolepsie“ a „obstrukční spánková apnoe“, které se dají vysvětlit neurologickými a dýchacími obtížemi.

Kontrolní soubor – bez hypersomnie

1. Inkluzivní faktory:

- Komplementární věk (+3 roky) a pohlaví k pacientům s hypersomnií
- Plnoletost
- Skóre v *Epworthské škále spavosti* pod 10 bodů
- Nepřítomnost významnější poruchy spánku
- Poučení o zařazení do výzkumu

2. Exkluzivní faktory:

- Délka nočního spánku pod 5 a nad 9 hodin
- Buzení v noci více než 3x
- Doba potřebná k usnutí delší než 20 minut
- Potíže s neovladatelnou spavostí během dne

- Usínání v práci/ve škole/při monotónní činnosti
- Psychické či neurologické obtíže
- Epilepsie
- Závislost na alkoholu
- Užívání antidepresiv

3. Individuálně posuzované exkluzivní faktory:

- Víření myšlenek v hlavě
- Brzké ranní buzení
- Mluvení ze spánku
- Skřípání zubů
- Sucho v ústech
- Křeče v nohou

4.2.1 Proces sběru dat

Oba soubory, jak výzkumný, tak kontrolní, se ze své podstaty lišily procesem, který musely absolvovat. Poněvadž spaví jedinci navštívili Oddělení spánkové medicíny z důvodu problému se spánkem, bylo potřeba, aby došlo k fyzickému kontaktu s lékařem, aby proces trval delší dobu a byl celkově podrobnější, jelikož hlavním cílem setkání bylo zlepšit kvalitu života pacienta. Proces v tomto souboru proběhl bez mého zasahování, mým úkolem byl následný svěr a analýza dat. Profesionály prováděný průběh diagnostiky hypersomnie je podrobně popsán v kapitole *Diagnostika hypersomnie*.

U souboru jedinců bez hypersomnie, kterou jsem naopak měla celou na starost, bylo nejprve nutné zjistit, zda jedinci nějakou poruchou spánku netrpí, a poté přikročit k vyplňování dalších testů. Z toho důvodu byl zařazen screeningový dotazník týkající se spánku, který bude popsán v následující kapitole společně s dalšími použitými metodami.

4.2.1 Testové nástroje využívané pro sběr dat

Screeningový dotazník s důrazem na poruchy spánku

Tento dotazník (*viz Přílohy*) byl vytvořen Národním ústavem duševního zdraví pro zjišťování přibližné a subjektivní spánkové anamnézy respondentů v různých studiích. Z tohoto dotazníku vychází inkluzivní a exkluzivní kritéria pro jedince **bez hypersomnie**.

Zaměřuje se na nemoci, spánkové zvyklosti a možné problémy spánek doprovázející. První část otázek je směřována na současná a minulá onemocnění samotného člověka, kupříkladu na

alergie, úrazy hlavy, úzkostné poruchy, problémy se závislostí na alkoholu či na epilepsii. Další část otázek se zabývá onemocněními v rodině – potížemi se spánkem, neurologickými či psychiatrickými problémy. Následují dotazy na užívané léky, které jsou zařazeny důvodu, že by užívání některých z nich mohlo potenciálně narušit spánkový cyklus.

Kategorie „spánkové zvyklosti“ sestává z otázek na obvyklou dobu spánku a času potřebného k usnutí, či na počet probuzení během noci. Poslední část se skládá z konkrétních otázek na různé problémy se spánkem – náměsíčnost, náhlá neovladatelná spavost, sucho v ústech a na mnoho dalších. Odpovědi na tyto otázky byly nápomocny při vytváření si přehledu o tom, zda může být spánek daného člověka považován za neproblematický, a definitivně použitých kritérií výběru je možné si všimnout v kapitole „*Výzkumné soubory*“.

Tento nástroj nemá specifické vyhodnocování, slouží pouze k přehledu o možných potížích se spánkem, a všechny odpovědi jsou hodnoceny individuálně dle momentálního účelu dotazníku.

Dotazníky společné pro obě skupiny

Nyní se dostáváme k dotazníkům, které vyplňovaly obě skupiny. Mezi ty patřila již zmíněná *Epworthská škála spavosti* a dotazník na časná traumata s názvem *Early trauma inventory self report – short form*.

Epworthská škála spavosti

Jako první bude zmíněn základní nástroj pro posouzení subjektivní tíže spavosti, kterým je *Epworthská škála spavosti* (anglicky *Epworth Sleepiness Scale*) (Johns, 1991). Jedná se o pomocný nástroj, který sice nemůže diagnózu hypersomie potvrdit, ale umožňuje lékařům primární pohled na hodnocení tíže spavosti pacientem. Tento dotazník byl vytvořen roku 1991 doktorem Murrayem Johnsem, a to kvůli potřebě identifikovat jedince, kteří mají zvýšenou denní spavost, jenž může silně zhoršovat psychomotorické dovednosti (např. při řízení auta), ale i sociální komunikaci (usínání během rozhovoru).

Obsah dotazníku sestává z osmi položek, ve kterých je vždy uveden příklad jisté běžné denní situace, a jedinec má posoudit, jaká je u něj v této situaci pravděpodobnost usnutí. Člověk zvolí odpověď na stupnici od nuly do tří, přičemž nula znamená, že by v dané situaci nikdy neusnul, a tři, že je pravděpodobnost usnutí vysoká. Respondent může v dotazníku skórovat od 0 do 24. Hranice normy je stanovena na 10 bodů. 11-12 bodů již svědčí pro nízké riziko nadměrné denní spavosti, 13-15 pro střední, a nad 16 těžké (Johns, 1991).

Psychometrické vlastnosti české verze jsou dle výzkumu velmi dobré. Cronbachovo alfa vyšlo $\alpha = 0,808452$, korelace mezi testem a re-testem $r=0,968550$ a hodnota p dosáhla $<0,001$ (Schalek, Hornáčková, 2015).

Early trauma inventory self report – short form

Další nástroj slouží k měření míry traumatu, kterou je již výše zmíněný dotazník *Early trauma inventory self report – short form*, do češtiny neoficiálně překládaný jako „*Záznam časných traumatických událostí*“ (Bremner et al., 2000).

Původní, plnou verzi vytvořili J. Douglas Bremner, Eric Vermetten a Carolyn M. Mazure roku 2000. Uvádějí, že důvodem pro vytvoření bylo to, že výzkum raných traumat byl limitován nedostatkem spolehlivých a validních nástrojů, které by řešily výskyt časných traumatických událostí. Ty jsou podle nich velkým společenským problémem, který má obrovský dopad na pozdější život traumatizovaných jedinců, projevujícím se například depresí (Briere et al., 1988) či posttraumatickou stresovou poruchou (Greenwald, 1990). Dali tedy za vznik inventáři, který se dotazuje na traumata prožitá před 18. rokem věku, a dělí je do kategorií na obecná, fyzická, emocionální a sexuální traumata.

Fyzické trauma je charakterizována jako „fyzický kontakt, nátlak či uvěznování, a to za účelem ublížit či zranit“ (Bremner, 2000, s. 2). Do této kategorie patří facky, pálení cigaretou, tlačení, strkání. Dále je obsaženo emoční trauma, jehož příčinou je verbální komunikace prováděná za účelem ponížení oběti. Sexuální trauma je definováno nežádoucími poznámkami nebo kontaktem vykonaným za účelem uspokojení pachatele, či pro dokázání dominance nad obětí. Poslední kategorií jsou traumata obecná, která obsahují řadu stresujících a traumatizujících událostí, jako je smrt či onemocnění blízkého člověka, život ohrožující katastrofa či rozvod rodičů (Bremner, 2000).

Seznam traumatických událostí byl sestaven na základě klinických zkušeností, zhodnocení již existujících nástrojů a průzkumu literatury na dané téma (Bremner, 2000). V mém výzkumu je použita zkrácená verze, která obsahuje 25 hlavních položek (plná obsahuje 56), a dvě doplňující. Respondenti dotazník vyplňují sami, a to zaškrtnutím odpovědí „ano“ či „ne“. Vyhodnocení posléze probíhá pouhým součtem položek, a to buď celkovým, nebo dle daných kategorií. Maximální možné skóre je 25, minimální 0. Na konci se ještě objevují dvě přidavné otázky na pocity intenzivního strachu, děsu a bezmocnosti a mimotělní zážitky.

Autoři prováděli srovnání mezi plnou a zkrácenou verzí. Korelace mezi plnou verzí a touto je $r=0,96$, $df=12$, $s p=.0001$ (Bremner et al., 2000). Dotazník byl tedy použit také pro jeho validitu, reliabilitu a rychlou administraci.

4.3. Metody sběru a zpracování dat

V této části bude uveden celý proces výzkumu, a to od prvotního záměru zabývat se tímto tématem až po statistické zpracování dat a jejich vyhodnocení.

1. Výběr tématu (*prosinec 2019*)

Z důvodu probíhající stáže na Oddělení spánkové medicíny v Národním ústavu duševního zdraví jsem měla povědomí o tom, že pacienty s hypersomnií by bylo vhodné, vzhledem k nedostatku existujících výzkumů, zkoumat z psychologického hlediska. Výběr konkrétního, psychologicky zaměřeného tématu jsem však konzultovala s vedoucím této bakalářské práce, s doc. Markem Preissem, který se specializuje na traumatizované jedince. Tímto profesním zaměřením byla volba tématu práce ulehčena. Na základě mého výzkumného zájmu jsem si dále vybrala souvislost mezi časnými traumaty a hypersomnií a dále jsem si stanovila za cíl věnovat se souvislosti časných traumát a hypersomnie. Pozitivně hodnotím výběr tématu časných traumát, především z důvodu možnosti více se věnovat dětskému vnímání traumatu. Zvolením konkrétního, výše zmíněného zvoleného tématu, mě provázela podpora odborníků zaměřených jednak na trauma, zprostředkovaná vedoucím mé bakalářské práce, jednak také na oblast spánku, díky mé výzkumné stáži v Národním ústavu duševního zdraví.

2. Sběr dat od pacientů s hypersomnií (*prosinec 2019 – březen 2020*)

Od prosince 2019 do března 2020 probíhala kompletace dat od pacientů, kteří navštívili Oddělení spánkové medicíny. Sběr těchto dat probíhal vyhledáváním a zapisováním informací z tištěné podoby do tabulky v počítačovém programu Microsoft Excel. Mezi posuzované informace patřily jak výsledky použitých dotazníků, tak stručné poznámky týkající se celé anamnézy jedince, případně s dodatky z psychologického vyšetření. Tento krok probíhal výlučně v Národním ústavu duševního zdraví. Celkově byla nasbírána data od 38 pacientů, kteří splňovali kritéria pro zařazení do skupiny hypersomnie (viz kap. *Výzkumný soubor*).

3. Seřazení jedinců dle věku a pohlaví (*březen 2020*)

Vcelku jednoduchým, avšak podstatným krokem bylo řazení participantů dle věku a pohlaví, a to z důvodu vytvoření představy o tom, jaké osoby bude potřeba vyhledat do kontrolního souboru, sestávající z lidí bez hypersomnie a jiných významnějších poruch spánku.

4. Tvorba on-line dotazníku pro soubor jedinců bez hypersomnie (březen 2020)

Souběžně s krokem číslo 3 probíhalo vytváření on-line formuláře, který sestával z již zmíněného screeningového dotazníku týkajícího se spánku, *Epworthské škály spavosti* a dotazníku na časná traumata. Celý dotazník byl vytvořen v českém jazyce a zveřejněn na oficiálních webových stránkách Národního ústavu duševního zdraví, konkrétně na adrese: „<https://forms.nudz.cz>“.

5. Rozesílání dotazníků (březen – květen 2020)

V březnu 2020 bylo zahájeno rozesílání on-line dotazníků. Respondenti do souboru „bez hypersomnie“ byli vyhledáváni v mém širším okolí, a obvykle byli kontaktováni přes e-mail či ústní formou. Části respondentů byla předložena tištěná verze tohoto dotazníku, a to z důvodu jednodušší distribuce mezi určitými věkovými skupinami. Všichni tito jedinci byli poučeni o výzkumu.

6. Ukončení vyplňování dotazníků (květen 2020)

Možnost vyplňování dotazníku byla ukončena v květnu téhož roku po nasbírání dostatečného množství odpovědí a výběru vyhovujících participantů. Internetovou verzi vyplnilo celkem 97 respondentů, tištěnou 9. Celkový počet vyplněných dotazníků byl tedy 106. Po posouzení kritérií pro zařazení do výzkumu bylo vyřazeno 68 jedinců, kteří nesplnili kritéria. Zbýlých 38 odpovědí bylo použito.

7. Přepis dat z dotazníků a párování komplementárních jedinců (květen – červen 2020)

Následně došlo ke zkoumání, zda respondenti splňují podmínky zařazení do výzkumu, a poté proběhl přenos dat z dotazníků do programu Microsoft Excel. Nejproblematictější aspekt, kvůli kterému muselo být vyřazeno mnoho jedinců, byl věk, a to kvůli párování jedinců v rozsahu tří let.

8. Statistická analýza dat (červen – srpen 2020)

Po dokončení komplementace dvojic dle věku a pohlaví došlo ke statistické analýze získaných dat. K té byl využit volně přístupný statistický program „Jamovi“.

Co se týče bodování a následné práce s jednotlivými dotazníky, tak u *Early trauma inventory self report – short form* byly k analýze využity jak celkové, tak jednotlivé součty dle typů traumata. Naopak u *Epworthské škály spavosti* byla důležitá pouze bodová hranice, jelikož lidé bez hypersomnie museli skórovat pod, a jedinci s hypersomnií nad 10 bodů. Dále se s

výsledkem tohoto testu nepracovalo, protože mým předpokladem nebylo, že by vyšší počet traumat měl znamenat i vyšší míru spavosti.

Pro srovnávání dvou skupin byl použit t-test, pro zjišťování rovnoměrnosti rozložení u skupin byl využíván chí-kvadrát test asociace. Následně byly tabulky upraveny v programu Microsoft Excel a přeloženy do českého jazyka.

5. Výsledky

V této kapitole budou uvedeny výsledky jak kvantitativně testovaných hypotéz a otázek uvedených v části „Cíle a výzkumné otázky“, tak budou předloženy souhrny anamnéz pacientů trpících hypersomnií.

5.1. Statistická část

Tato část se zabývá testováním předložených hypotéz spolu s prezentací výsledků.

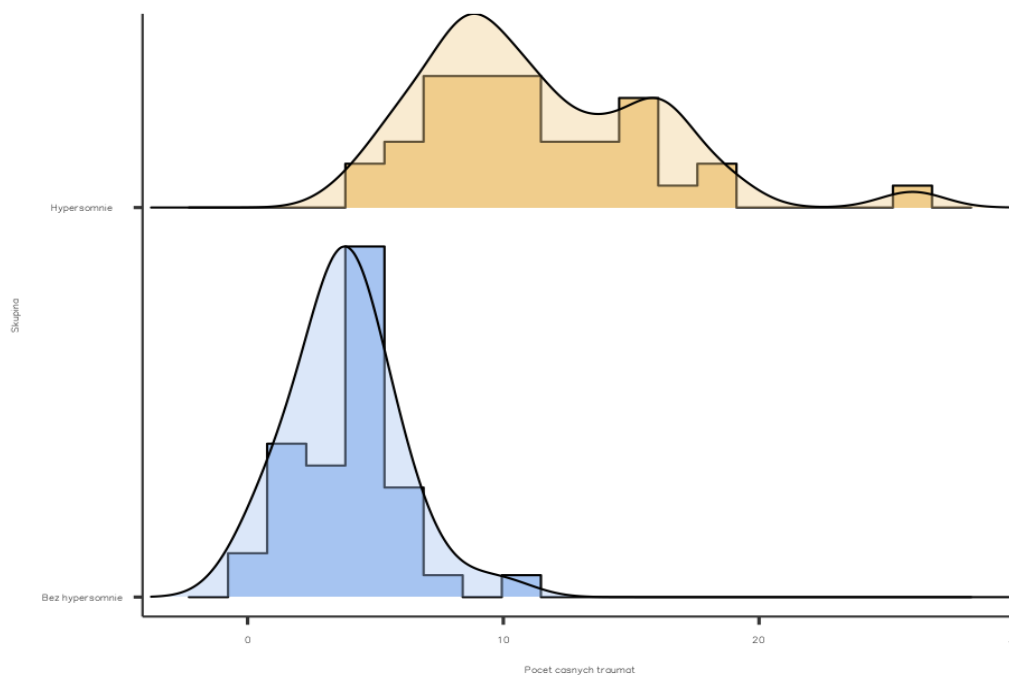
1. Jako první se budu věnovat hlavní otázce, kterou je: „**Existuje souvislost mezi časnými traumaty a hypersomnií?**“

A z toho vycházející hypotéze:

- **H.1. Lidé s hypersomnií budou mít větší výskyt časných traumat než lidé bez hypersomnie.**
- **H.1.0 Výskyt časných traumat se nebude lišit mezi lidmi s hypersomnií a bez ní.**

Pro prvotní porozumění oběma souborům je vhodné pohlédnout na histogram, který rozděljuje skóre traumat, zkoumané pomocí dotazníku *Early trauma inventory self report – short form* dle příslušnosti k souboru – hypersomnie či bez hypersomnie.

Grafické znázornění 2 - Histogram zobrazující součet traumát v závislosti na souboru. Vrchní histogram: Hypersomnie, spodní histogram: Bez hypersomnie



Tento histogram graficky zobrazuje rozdělení odpovědí v dotazníku na časná traumata v rámci souborů. Horní graf zobrazuje soubor jedinců trpících hypersomnií, dolní osob, u kterých se hypersomnie nevyskytuje. Osa x zobrazuje počet uvedených časných traumát, osa y naopak četnost odpovědí v daném souboru. V každém ze souborů se nacházelo 38 respondentů. Průměrný skóre traumát byl 11,3 u pacientů s hypersomnií a 3,79 u jedinců bez hypersomnie, medián skóre pak byl 10,5 u jedinců hypersomnií a 4 u lidí bez hypersomnie. Standardní odchylka byla vyšší u lidí s hypersomnií- Z histogramu je patrné rovnoměrnější rozdělení hodnot v rámci výzkumného souboru sestávajícího z osob s hypersomnií, a jejich celkově vyšší skóre. Také si můžeme povšimnout vyšší špičatosti u souboru bez hypersomnie oproti souboru hypersomnie.

Již bylo zjištěno, že naměřené hodnoty časných traumát byly u pacientů s hypersomnií vyšší než u zdravých jedinců. Nyní zbývá určit signifikantnost tvrzení, že lidé s hypersomnií mají větší počet časných traumát než lidé bez hypersomnie. Pro tento účel byl použit t-test.

Tabulka 3 - Výsledky t-testu zobrazující rozdíl mezi jedinci s hypersomnií a bez hypersomnie v počtu traumat

Logistický parametr	Hypersomnie		Bez hypersomnie		t(74)	p	Cohenovo d
	M	SD	M	SD			
Traumata	11,3	4,60	3,79	2,04	-9,22	<,001	-2,12

T-test ukazuje, že mezi jedinci s hypersomnií a bez hypersomnie je velký (Cohenovo $d < -0,5$) a statisticky významný (p hodnota $<0,001$) rozdíl v průměrných skórech časných traumat. **Toto zjištění je v souladu s hlavní hypotézou** že jedinci trpící hypersomnií mají větší počet časných traumat než lidé bez hypersomnie.

2. Pokud nadále zůstaneme u typů traumatu, dostáváme se k otázce, **zda souvisí hypersomnie se všemi typy traumat – obecnými, fyzickými, emočními a sexuálními?** K tomuto účelu byl opět použit t-test, který srovnával průměrné výsledné skóre jednotlivých typů traumatu, stále dle dotazníku *Early trauma inventory self report – short form* s příslušností k souboru hypersomnie či bez hypersomnie.

Tabulka 4 - Výsledky t-testu zobrazující rozdíly mezi jedinci s hypersomnií a bez hypersomnie u konkrétních typů traumatu

Logistický parametr	Hypersomnie		Bez hypersomnie		t(74)	p	Cohenovo d
	M	SD	M	SD			
Obecná traumata	4,63	2,19	1,158	1,175	-8,63	<,001	1,979
Fyzická traumata	2,87	1,26	1,737	1,309	-3,85	<,001	0,882
Emocionální traumata	2,32	1,77	0,737	1,057	-4,72	<,001	1,082
Sexuální traumata	1,37	1,75	0,0158	0,437	-4,15	<,001	0,951

Cohenovo d dosahovalo ve všech případech hodnoty menší než $-0,5$, což značí velký rozdíl v průměrech jednotlivých typů traumatu v závislosti na souboru. **Hladina významnosti splňovala pro všechny kategorie nejpřísnější hranici $p < 0,001$.** Největší vliv na diferenciaci souboru s nadměrnou spavostí a bez ní mají traumata obecná, s hodnotou Cohenova $d (-1,979)$.

3. Již víme, že všechny kategorie časného traumatu jsou pro odlišení souboru zdravých jedinců a pacientů trpících nadměrnou spavostí podstatné. Po proniknutí hlouběji do dotazníku se dostáváme ke třetí otázce: „**V jakých konkrétních otázkách z dotazníku na časná traumata bude mezi jedinci s hypersomnií a bez hypersomnie rozdíl?**“

Tabulka 5 - Kontingenční tabulka zobrazující očekávané a pozorované hodnoty naměřené u 2. otázky v kategorii fyzických traumat u jedinců s hypersomnií a bez hypersomnie

Kontingenční tabulka		Soubor		
Fyzická traumata, 2. otázka		Hypersomnie	Bez hypersomnie	Celkem
Ne	Pozorováno	31	35	66
	Očekáváno	33	33	66
Ano	Pozorováno	7	3	10
	Očekáváno	5	5	10
Celkem	Pozorováno	38	38	76
	Očekáváno	38	38	76

Pro testování této hypotézy byl použit chí kvadrát test asociace, který zjišťuje soulad mezi očekávaným a reálným rozložením odpovědí. Ve dvou otázkách nebyl mezi odpověďmi jedinců s hypersomnií a osob bez hypersomnie statisticky významný rozdíl, ve zbylých 23 ano.

První otázkou, která se zdá nebýt podstatnou pro odlišení dvou hlavních souborů pochází z kategorie fyzických traumat, ve znění: „*„Byl/a jste někdy popálena horkou vodou, cigaretou, nebo něčím jiným?*“. Díky hodnotě chí-kvadrát (1) =3,12, a $p=0,175$, nemůžeme zamítnout nulovou hypotézu.

Tabulka 6 - Kontingenční tabulka zobrazující očekávané a pozorované hodnoty naměřené u 4. otázky v kategorii sexuálních traumat u s hypersomnií a bez hypersomnie

Kontingenční tabulka	Soubor			
Sexuální traumata, 4. otázka		Hypersomnie	Bez hypersomnie	Celkem
Ne	Pozorováno	35	38	73
	Očekáváno	36,5	36,5	73
Ano	Pozorováno	3	0	3
	Očekáváno	1,5	1,5	3
Celkem	Pozorováno	38	38	76
	Očekáváno	38	38	76

Další otázka pochází z kategorie traumat sexuálních, ve znění: „Měl někdo s vámi sexuální styk proti vaší vůli?“, s chí-kvadrát (1) = 3.12 a p hodnotou dosahující 0,077, tudíž zde také **nemůžeme zamítnout nulovou hypotézu**. U této otázky se objevili pouze tři respondenti, kteří odpověděli kladně. Zbylé otázky nabývaly adekvátní p-hodnoty, můžeme je tedy považovat za významné.

4. Dále se dostáváme k otázkám, které obě vychází z doplňujících otázek *dotazníku Early trauma inventory self report – short form*.

První testovaná otázka zní: „**Zažívali pacienti s hypersomnií častěji intenzivní strach, děs a bezmocnost než jedinci bez hypersomnie?**“

A k tomu hypotéza:

- **H.2. U lidí s hypersomnií se bude častěji vyskytovat zážitek intenzivního strachu, děsu a bezmocnosti než u lidí bez hypersomnie.**
- **H.2.0. Mezi lidmi s hypersomnií a lidmi bez hypersomnie nebude rozdíl ve výskytu zážitku intenzivního strachu, děsu a bezmocnosti.**

Pro testování této hypotézy byl použit chí-kvadrát test asociace, zjišťující rovnoměrné rozložení odpovědí v souborech.

Tabulka 7 - Kontingenční tabulka zobrazující očekávané a pozorované hodnoty u otázky týkající se intenzivního strachu, děsu a bezmocnosti u jedinců s a bez hypersomnie

Kontingenční tabulka		Soubor		
Intenzivní strach, děs a bezmocnost		Hypersomnie	Bez hypersomnie	Celkem
	Ne	Pozorováno	24	33
	Očekáváno	28,5	28,5	57
Ano	Pozorováno	14	5	19
	Očekáváno	9,50	9,50	19
Celkem	Pozorováno	38	38	76
	Očekáváno	38	38	76

Výsledky použitého chí kvadrát testu asociace jsou významné, díky p hodnotě 0.017, a hodnotě chí-kvadrát (1) =5,68. Ve výzkumném souboru se nachází více lidí, kteří zaškrtnuli, že zažívali pocity intenzivního strachu, pocitu a bezmocnosti, než by bylo očekávané při rovnoměrném rozdělení u obou souborů. **Nulová hypotéza byla tedy vyvrácena.**

Kvůli tomu, že tato zjištění jsou v souladu s hypotézou, že u lidí s hypersomnií se častěji vyskytují zážitky intenzivního strachu, děsu a bezmocnosti byl následně proveden t-test, ve kterém byly porovnávány odpovědi na tuto otázku s ostatními proměnnými, jako je celkový počet traumat a míra spavosti dle *Epworthské škály spavosti*.

Tabulka 8 - Výsledek t-testu zobrazující proměnné „traumata“ a „spavost“ u jedinců, kteří uvedli, že prožili v souvislosti s traumaty strach, děs a bezmocnost, a těch, kteří uvedli, že tento stav nezažili.

Logistický parametr	Strach, děs, bezmocnost		Bez strachu, děsu, bezmocnosti		t(74)	p	Cohenovo d
	M	SD	M	SD			
Traumata	11,3	5,04	6,3	4,62	-4,01	<,001	1,061
Spavost	13,1	5,67	8,6	5,78	-2,94	0,004	0,778

Výsledkem bylo, že jedinci, kteří udávali, že někdy v životě zažili intenzivní strach, děs a bezmocnost, mají statisticky významně zvýšený průměr jak u spavosti ($p = 0,004$), tak mají celkově vyšší celkový průměr časných traumat ($p <.001$).

Z druhé doplňující položky dotazníku vyplývá má druhá otázka: „**Zažívali pacienti s hypersomnií častěji mimotělní zážitek než osoby, které hypersomnií netrpí?**“

Pro tento účel byl opět použit t-test, který porovnával průměry celkového počtu traumat u souborů mužů a žen.

- **H.3. U lidí s hypersomnií se bude častěji vyskytovat mimotělní zážitek než u lidí bez hypersomnie.**
- **H.3.0. Mezi lidmi s hypersomnií a lidmi bez hypersomnie nebude rozdíl ve výskytu mimotělního zážitku.**

Stejně jako u první otázky byl použit chí-kvadrát test asociace.

Tabulka 9 - Kontingenční tabulka zobrazující očekávané a pozorované hodnoty pro mimotělní zážitky u osob s a bez hypersomnie.

Kontingenční tabulka		Soubor		
Mimotělní zážitek		Hypersomnie	Bez hypersomnie	Celkem
Ne	Pozorováno	34	34	68
	Očekáváno	34	34	68
Ano	Pozorováno	4	4	8
	Očekáváno	4	4	8
Celkem	Pozorováno	38	38	76
	Očekáváno	38	38	76

U druhé otázky **hypotéza nebyla potvrzena**, naopak musíme potvrdit nulovou hypotézu kvůli tomu, že hodnota $p = 1$ a chí kvadrát $(1) = 0$. Výsledek odpovídá rovnoměrnému rozložení. Nepotvrdilo se tedy, že by pacienti s hypersomnií více zažívali mimotělní zážitky než kontrolní soubor.

5. Následující 2 výzkumné otázky budou zaměřeny na souvislost traumat a pohlaví. První otázka zní: „**Existuje rozdíl mezi muži a ženami ve výši skóru časných traumat?**“

Jako první byla testována hypotéza:

- **H.4. Mezi muži a ženami bude rozdíl ve výši skóru časných traumat.**
- **H.4.0. Mezi muži a ženami nebude rozdíl ve výši skóru časných traumat.**

Pro tento účel byl opět použit t-test, který porovnával průměry celkového počtu traumát u skupiny mužů a žen podle dotazníku *Early trauma inventory self report – short form*.

Tabulka 10 - Výsledek t-testu porovávajícího průměry časných traumát u mužů a žen

Logistický parametr	Muži		Ženy		t(74)	p	Cohenovo d
	M	SD	M	SD			
Počet traumát	7,86	6,53	7,48	4,89	0,242	0,809	0,0716

Mezi muži a ženami je malý (Cohenovo d = 0,0716) a statisticky nesignifikantní rozdíl v počtu časných traumát, s p hodnotou 0.809. Muži vykazují lehce zvýšený průměrný počet časných traumát oproti ženám, ale medián mají o pět desetin nižší. **Hypotézu, že mezi muži a ženami bude rozdíl ve výši skóre nadměrných traumát tímto vyvracím.**

Byly provedeny ještě dvě následné analýzy, které se zvlášť zabývaly jedinci ze skupiny osob trpících nadměrnou spavostí a spánkově intaktní skupiny, a to proto, abych mohla zjistit případné rozdíly v počtu traumát v těchto skupinách.

Tabulka 11 - Výsledek t-testu porovávajícího průměry časných traumát u jedinců s hypersomnií z hlediska pohlaví

Logistický parametr	Muži		Ženy		t(36)	p	Cohenovo d
	M	SD	M	SD			
Počet traumát u jedinců s hypersomnií	12	7,07	11,2	3,9	0,431	0,669	0,180

U samotných lidí s hypersomnií byl také malý (Cohenovo d = 0,180) a statisticky nevýznamný (p hodnota = 0,669) rozdíl v průměrech skóre časných traumát mezi muži a ženami.

Tabulka 12 - Výsledek t-testu porovnávajícího průměry časných traumat u jedinců bez hypersomnie z hlediska pohlaví

Logistický parametr	Muži		Ženy		t(36)	p	Cohenovo d
	M	SD	M	SD			
Počet traumat u jedinců bez hypersomnie	3,71	1,50	3,81	2,17	-0,106	0,916	-0,0445

Ve skupině hypersomnie byly výsledky téměř srovnatelné, jelikož pro medián byla u obou skupin zaznamenána hodnota 4. Standardní odchylka byla v tomto případě o něco vyšší u žen (2.17) oproti mužům (1.50). P hodnota téměř dosahuje čísla 1 (0.916), což znamená, že rozdíly v průměrech mají velmi malou statistickou významnost. Celkově tedy můžeme říct, že **naše výsledky jsou v souladu s hypotézou**, že mezi muži a ženami neexistuje statisticky významný rozdíl ve výši skóre časných traumat.

6. Po zodpovězení 5. otázky, zabývající se rozdíly mezi muži a ženami ve výši skóre časných traumat, je možné se hlouběji zaměřit na hledání určitého typu traumatu, které by bylo více typické pro určité pohlaví.

Výzkumná otázka tedy zní: „**Existují rozdíly mezi muži a ženami v počtu a typu časných traumat?**“

K ní připojené hypotézy:

- **H.5. Ženy budou mít vyšší skóre časných emocionálních traumat než muži.**
- **H.5.0 Skóre časných emocionálních traumat se mezi muži a ženami nebudou lišit.**
- **H.6. Ženy budou mít vyšší skóre časných sexuálních traumat než muži.**
- **H.6.0. Skóre časných sexuálních traumat se mezi muži a ženami nebudou lišit.**
- **H.7. Muži budou mít vyšší skóre časných obecných traumat než ženy.**
- **H.7.0 Skóre časných obecných traumat se mezi muži a ženami nebudou lišit.**
- **H.8. Muži budou mít vyšší skóre časných fyzických traumat než ženy.**
- **H.8.0 Skóre časných fyzických traumat se mezi muži a ženami nebudou lišit**

Tyto hypotézy jsem se rozhodla opět testovat pomocí t-testu.

Tabulka 13 - Výsledek t-testu zobrazující průměry u jednotlivých typů traumata z hlediska pohlaví

Logistický parametr	Muži		Ženy		t(74)	p	Cohenovo d
	M	SD	M	SD			
Obecná traumata	3,286	3,05	2,806	2,34	0,654	0,515	0,193
Fyzická traumata	2,857	1,61	1,737	1,309	1,666	0,10	0,493
Emocionální traumata	1,071	1,49	1,629	1,68	-1,14	-0,558	-0,338
Sexuální traumata	0,806	1,37	1,571	1,60	-0,56	-0,235	-0,167

Statisticky významný rozdíl nebyl prokázán ani u jednoho z typů, ani jednu z hypotéz tedy nemohu potvrdit. Podíváme-li se na samotné velikosti rozdílů, muži měli střední skóre ve fyzických traumatech ($d = 0,493$) oproti ženám, a ženy středně vyšší skóre v emočních traumatech ($d = 0,338$) oproti mužům. U obecných traumata mají muži lehce zvýšené skóre oproti ženám ($d = 0,193$), u sexuálních traumata mají naopak o trochu více ženy ($d = 0,167$). **Jelikož však p hodnota neklesá pod 0,005, hypotézu musím vyvrátit.**

5.2. Souhrny stručných informací u vybraných pacientů

V této části uvedu několik informací o životních zážitcích některých pacientů, u většiny z nich spolu s výsledky psychologického vyšetření. Tyto informace byly sbírány lékařkami z Oddělení spánkové medicíny v Národním ústavu duševního zdraví a byly mi poskytnuty pro tento výzkum. Konkrétní pacienti byli vybráni tak, aby reprezentovali hojně se vyskytující psychické obtíže, se kterými jedinci obecně přicházeli, spolu s několika případy relevantními pro tento výzkum.

Tabulka 14 - Vybrané informace od několika pacientů s hypersomnií

Pohlaví	Věk	Počet časných traumat	Deprese	Úzkost	Komentář
Žena	24	6	Mírná deprese	Mírné projevy úzkosti	V dětství trauma, dlouhodobě v léčbě kvůli tupozrakosti
Žena	56	8	Mírná deprese	Mírné projevy úzkosti	Chronické trauma v dospělosti. Stalking a psychické týrání od partnera. Pokud je přítomen – pocit na omdlení, neustálý strach. Neurotická struktura osobnosti, tendence k regresi a únikům.
Žena	33	9	Normální nálada	Mírné projevy úzkosti	Směnný provoz, dodělává si maturitu. Matka rovněž spává.
Žena	26	18	Silná deprese	Vysoká závažnosti potíží	S diagnózou souvisí prvky osobnosti, neadaptivní řešení – únikové obranné mechanismy. V zimě spavost horší.
Žena	32	8	Mírná deprese	Mírné projevy úzkosti	Syn trpí ADHD a poruchou autistického spektra. Mimo jiné závislost na alkoholu.
Žena	42	20	Mírná deprese	Mírné projevy úzkosti	Sklony k sociálnímu stažení, potíže s uvědomováním a prožíváním svých pocitů.
Žena	50	10	Normální nálada	Mírné projevy úzkosti	Larvovaná deprese. Přišla o miminko + šikana ze strany nadřízeného.

Žena	32	24	Střední deprese	Střední závažnost potíží	Sociální fobie, deprese, a emočně nestabilní porucha osobnosti. Šikana, problémy v rodině, sexuální zneužívání od přítele matky.
Žena	57	17	Střední deprese	mírné projevy úzkosti	Hypersomnie od dětství, deprese. Genetické faktory – otec schizofrenie, matka neurologické poruchy. Exmanžel sebevražda, manžel alkoholik. Děti náměsíčné.
Žena	63	5	Normální nálada	Mírné projevy úzkosti	Syn závislý na herních automatech, snacha na drogách. Soudy o vnučku, neúspěšné, vnučka je v dětském domově. Manžel obviněn ze sexuálního zneužívání vnučky.
Žena	30	8	Střední deprese	Vysoká závažnosti potíží	Hypersomnie od dospělosti, po zbití přítelem – deprese, nepřijímala potravu, nevycházela ven. Složitá rodinná situace, s otcem se nestýká, matka v Německu. Zranitelnost, sklony ke stažení do sebe.

6. Diskuse

Tato kapitola je rozdělena do několika částí. První část diskuse se zabývá interpretací již zmíněných výsledků a hledáním souvislostí s informacemi uvedenými v teoretické části bakalářské práce. Následně jsou vymezeny limity výsledných zjištění a jsou představeny úvahy nad možnostmi zlepšení procesu výzkumů na toto téma spolu s představením možných návrhů výzkumů v této oblasti.

6.1. Interpretace kvantitativně získaných výsledků

Celkem bylo stanoveno 6 výzkumných otázek, z nichž 4 byly podpořeny hypotézami. Zbylé dvě byly pouze explorační. Všechny mnou předložené předpoklady vycházely z převážně zahraničních zdrojů věnujících se tématům souvisejících s touto problematikou, a to většinou z pramenů zabývajících se samostatně buď spánkem či traumaty.

Můj hlavní cíl spočíval ve zjišťování potenciální souvislosti mezi časnými traumaty a hypersomnií. Ani vzhledem k pečlivé rešerši literatury se mi nepodařilo najít ucelený, stejně zaměřený výzkum, a výsledky testované hlavní hypotézy tedy nemohu srovnávat s výsledky žádné, již uskutečněné studie na toto téma. Výsledek první testované hypotézy s konečnou hodnotou $p < 0,001$ byl v souladu s předpokladem, že existuje určitý vztah mezi časně prožitými traumatickými zážitky a nadměrnou spavostí.

Rušivý vliv však představují další proměnné, které by tento vztah mohly vyvrátit, a je vhodné je dále zkoumat. Jednou z možných proměnných je již dříve zmíněná deprese, která je prokazatelně spojená jak s časným traumatem, tak s poruchami spánku (Chu et al., 2013). Není však v žádném případě možné potvrdit jakoukoliv kauzalitu těchto tří aspektů – časných traumát, deprese, a hypersomnie. Lze vyvozovat, že tyto tři faktory spolu mohou nějakým způsobem souviset, ale ne zcela nutně. Je možné se setkat s lidmi, kteří trpí hypersomnií po expozici časnému traumatu i bez jakýchkoliv známek deprese, anebo i s takovými, kteří ani po mnohočetném prožití časných traumát žádné potíže nezaznamenávají. Původ případné deprese u těchto lidí také může tkvět i v neúspěších v životě a celkové zhoršené kvalitě života, které z nadměrného spánku pramení.

Výsledky také mohl ovlivnit jakýkoliv z faktorů, zmíněných v kapitole „Faktory ovlivňující vznik či rozvoj traumatu“, přičemž tyto možné rušivé proměnné je velmi náročné identifikovat.

V rámci této otázky by bylo také vhodné se věnovat interpretaci výzkumného vzorku dle průměru výsledků časných traumát. Pacienti s hypersomnií dosahovali průměrného skóre 11,3, bez hypersomnie 3,79. Pro srovnání předkládám studii psychometrických vlastností dotazníku *Early trauma inventory self report – short form* (Bremner et al., 2007), ve které se nacházely dvě skupiny – jedinci trpící posttraumatickou stresovou poruchou a intaktní jedinci. První skupina dosáhla skóre 10,9 a zdravá skupina skóre 3,5. Z hlediska této shody představují výsledky této bakalářské práce podnětnou oblast budoucího výzkumu, která by mohla podhalit více o reliabilitě těchto výsledků.

Druhá otázka byla čistě explorační, a zabývala se typem traumatu, který je nejvíce signifikantní pro oddělení souboru jedinců s hypersomnií a lidí bez hypersomnie. Ve výsledku všechny typy dosáhly hladiny významnosti menší než 0,001, jedinci s hypersomnií tedy prožívali všechny typy traumat častěji než druhá skupina, a neexistuje žádný určitý typ traumatu, který by pomohl rozpoznat rozdíly mezi těmito skupinami.

Další otázka byla rovněž explorační, a snažila se najít odpověď na to, jaké konkrétní otázky jsou podstatné pro rozlišení dvou skupin, a které ne. Z celkových 25 otázek vyšly nesignifikantní pouze dvě, a to jedna z kategorie fyzických traumat, a druhá z kategorie traumat sexuálních. Pravděpodobným důvodem těchto výsledků je nedostatek kladných odpovědí na tyto otázky v obou skupinách. U otázky: „Měl s vámi někdo sexuální styk proti vaší vůli?“ můžeme také uvažovat o neochotě přiznávat v dotazníku takto choulostivé vzpomínky.

Následující dvě hypotézy se týkaly doplňujících otázek ohledně pocitů intenzivního strachu a prožití mimotělních zážitků. První výsledek byl v souladu s mou hypotézou, že participanti s hypersomnií častěji prožívali intenzivní strach, děs a bezmoc v souvislosti s prožitými traumaty než lidé bez hypersomnie. Předložené předpoklady o tomto tématu však naprosto vyvrací výsledek druhé otázky, dotazující se na mimotělní zážitek, kde p hodnota dosáhla čísla 1. Vysvětlením tohoto výsledku je, že v obou skupinách čtyři lidé odpověděli kladně, a tím pádem bylo dosaženo rovnoměrného rozložení odpovědí.

Obě hypotézy by se měly dle teoretických východisek věnovat přibližně stejnému tématu, tedy, že pocit ochromujícího strachu a bezmoci může vést k reakci zamrznutí, která může vést k disociaci (Bremner, 1999; Scaer, 2005). Tyto výsledky však musí být považovány pouze za orientační, jelikož bylo již průběhu přenosu dat z tištěných dotazníků do počítačové formy zjištěno, že tyto dvě otázky byly velmi často pacienty vynechávány. Je možné, že osoby ovlivnil faktor délky textu, tím pádem někteří úsek jednoduše přeskočili. Také osoby nemusely chtít sdílet takto intimní informace prostřednictvím dotazníku, který jim byl předložen při jejich krátkodobé hospitalizaci či v on-line formě. Pro přesné změření předpokladu, že zážitek disociace může způsobit následné opakování této reakce, které by mohlo způsobovat nadměrnou spavost, by bylo vhodné se na tuto otázku ptát přímo, a nejen v souvislosti s předem danými, jasně vytyčenými situacemi, a po vyčerpávajícím textu psaným drobným písmem. Vzhledem k absenci fyzického kontaktu nebylo možné zjistit, zda jedinec takový pocit opravdu nikdy neprožil, či ho jen nezažil v souvislosti s danými otázkami.

V první otázce týkající se pohlaví byl testován předpoklad, že se ženy a muži mezi sebou nebudou o mnoho lišit v počtu prožitých traumat (Breslau, 2002; Cuffe, 1998). Ten byl

v podstatě potvrzen. Ženy mají jen o něco málo zvýšený počet časných traumat, a to v obou hlavních skupinách. Poměr pacientů ženského a mužského pohlaví se však velice liší. Tuto nerovnoměrnost rozložení můžeme přičítat několika faktorům.

Na ženy by měla mít traumata obecně silnější dopad (Curle & Williams, 1996) a proto by i srovnatelný počet traumat měl ovlivnit více žen než mužů. Také však musíme počítat s tím, že muži nenavštěvují lékaře a psychology tak často, jako ženy (Thompson et al., 2016), a je možné, že o pravém dopadu traumatu na muže máme zkreslené informace. Při pohledu do odborné literatury týkající se poruch spánku se dozvídáme, že muži i ženy by měli trpět hypersomnií srovnatelně. Možné vysvětlení je takové, že velký podíl na tomto poměru má především spánková apnoe, která má u mužů vyšší prevalenci (Ohayon, 2008), a kterou jsem do svého výzkumu nezahrnovala kvůli svému pravděpodobně organickému původu.

U další otázky týkající se mužů a žen bylo zjišťováno, zda existují rozdíly v typech prožitých traumat mezi muži a ženami. Hypotézy se nepodařilo potvrdit na dostatečné hladině významnosti, avšak výsledné rozdíly odpovídají studiím (Tolin & Foa, 2006) na základě nichž byly stanoveny. Ženy tedy opravdu poměrově udávaly více emocionálních a sexuálních traumat, zatímco muži více fyzických a obecných. Pro dostatečné potvrzení těchto hypotéz by však nejspíše bylo vhodné, aby byl soubor složen z většího množství participantů mužského pohlaví. Ženy bývají vnímány jako křehčí a senzitivnější, proto je u nich větší pravděpodobnost sexuálního zneužití a emoční zranitelnosti (Inslicht, 2013). Zvýšený počet fyzických a obecných traumat u mužů přičítám větší míře riskování, než bývá běžné u žen (Pawlowski et al., 2008).

6.2. Interpretace stručných informací o pacientech

K rozboru kvantitativně zpracovaných dat nyní připojím interpretaci stručných informací získaných od pacientů. Cílem je propojení informací získaných od pacientů s poznatky uvedenými v první části bakalářské práce, a je nutné brát v potaz, že tento text je čistě spekulativního rázu. Uvedené informace se vztahují k diagnóze hypersomnie daných pacientů, avšak nejsou schopny pojmut celou komplexitu daného jedince. Můžeme si zde povšimnout několika věcí, které nám mohou pomoci propojit teoretické poznatky s praxí. Také se zde odhalují některé limitace této práce, které budou zobrazeny v další kapitole.

Dotazník na časná traumata není ve všech případech schopen predikovat rozvoj hypersomnie kvůli zvýšenému počtu traumat. Příkladem je pacientka, která se dlouhodobě léčila s tupozrakým okem. Neudávala mnoho časných traumat, a pro její zážitek se v dotazníku

nenacházela ani vhodná položka. Ona sama pobyt v léčebně však považuje za důležitý ve vztahu ke vzniku hypersomnie. Také můžeme předpokládat, že toto trauma vzhledem k dlouhé době trvání má chronický ráz, což se shoduje s poznatky o odlišném působení chronického traumatu (Bremner, 1999).

Chronické trauma nejspíše zažívala i žena, kterou po rozchodu sledoval bývalý partner a psychicky ji týral. Fakt, že z něj má stále strach a prožívá v jeho přítomnost pocity na omdlení, svědčí pro možnou reakci zamrznutí, spojenou s aktivací parasympatického nervového systému, což by mohlo indukovat nadměrnou spavost. Její psychologický rozbor poukazuje na neurotickou strukturu osobnosti (Nederlof et al., 2010) a tendenci k regresi a únikům, což se shoduje s tvrzeními z teoretické části bakalářské práce, že hypersomnie by mohla být důsledkem únikového obranného mechanismu (Marlatt et al., 1988). U jiné ženy se spavost vyskytovala převážně v různých stresujících obdobích jejího života, rovněž tedy můžeme uvažovat o tomto obranném mechanismu.

Osobnostní složka je nepostradatelným stavebním kamenem každého z nás, a neměli bychom ji podceňovat. Pro to svědčí i psychologický rozbor ženy, která uváděla vysoký počet časných traumat (18), a v psychologickém rozboru bylo naznačeno, že prvky její osobnosti napomáhají k rozvoji a setrvávání nadměrné spavosti. Mezi tyto prvky osobnosti patří například volba neadaptivních řešení, kam může být opět zařazen únikový obranný mechanismus.

Únik z reality je možný více způsoby, které nám ukazuje žena, jejíž syn trpí ADHD (porucha pozornost s hyperaktivitou) spolu s poruchou autistického spektra. Tato participantka je mimo nadměrnou spavost také závislá na alkoholu. Oba tyto způsoby by mohly znamenat, že pacientka nechce být přítomna ve své realitě, ve které má nemocného syna, tak se snaží uniknout jak alkoholem, tak spánkem (Marlatt et al., 1988).

Souhru zranitelnosti a sklony ke stažení do sebe spolu s nepříliš vysokým počtem časných traumat můžeme pozorovat u ženy, byla fyzicky týrána, když se nacházela v USA. Od té doby trpěla depresemi, a kvůli strachu nejedla a nevycházela ven. Tyto zážitky se udály až v její dospělosti, a i přesto nejspíš měly silný vliv na rozvoj nadměrné spavosti. Nelze se tedy držet předpokladu, že hypersomnii způsobí právě trauma časné, jelikož traumatizující zážitek prožitý v jakémkoliv věku může narušit homeostázu organismu a může vést k rozvoji mnohých potíží.

Při pohledu na sesbírané informace je možné si všimnout i jiného typu hypersomnie, v jednom případě nejspíše behaviorálně indukované, a to kvůli práci na směnný provoz spolu s doděláváním maturitní zkoušky. Genetické vlivy přispívající k rozvoji hypersomnie také

nejsou nepodstatné, jelikož matka této ženy byla rovněž nadměrně spavá. To samé můžeme pozorovat u ženy, která trpí nadměrnou spavostí již od útlého věku, všechny její děti trpí náměsícností, její matka trpí neurologickými poruchami a otec schizofrenií.

Zajímavým příkladem, který vysvětluje manifestaci psychických problémů pomocí potíží se spánkem je larvovaná deprese, což je stav, při kterém se deprese projevuje jinými způsoby než melancholií a smutkem, a to často psychosomatickými příznaky (Lesse, 1983). Tato diagnóza je předpokládána u jedné z participantek, která ve svém životě zažila mnoho chronických stresujících situací, jelikož přišla o miminko a ve stejné době zažívala šikanu od svého nadřízeného.

Podobně si můžeme somatických projevů psychických potíží všimnout u ženy, která uvedla velmi nízký počet časných traumat, a považovala se ze psychicky vyrovnanou. Její zkušenosti však vypovídají o naprostém opaku. Její syn je závislý na herních automatech, snacha je závislá na drogách. Kvůli tomu, že oba jako rodiče nebyli dostatečně kompetentní k tomu, aby se postarali o její vnučku, se o ní několik let soudila, avšak žádost byla zamítnuta, a to z důvodu, že její manžel byl obviněn ze sexuálního zneužívání vnučky. Ta se nyní nachází v dětském domově.

Jedna z žen trpících hypersomnií zároveň zažívá potíže s uvědomováním svých pocitů. Vzhledem k tomu, že pacientka zároveň uváděla vysoký počet časných traumat, můžeme uvažovat o tom, že v tomto případě raná traumata vedla k opakujícím se pocitům disociace i v pozdějším věku, díky které není schopná rozumět svým pocitům (Terock et al., 2016). Jak už bylo řečeno, disociace je silně spojena s parasympatickým nervovým systémem, který zpomaluje náš organismus a může vyvolat potřebu spánku (Scaer, 2005).

U těchto tří žen zároveň můžeme uvažovat o chování typu C či D, při kterém osoby popírají své emoce (Greer & Morris, 1979; Grossarth-Maticek et al., 1989; viz kap. *Faktory ovlivňující vznik traumatu*).

Možný problém s attachmentem a viditelný vliv nepříznivých zkušeností z dětství na pozdější život můžeme pozorovat u ženy, která měla extrémně vysoký počet časných traumat (24), k tomu trpí sociální fobií, depresemi, a emočně nestabilní poruchou osobnosti. V dětství byla šikanována a matka ji jako nezletilou vyhodila z bytu, má komplikovaný vztah s vlastním otcem a sexuálně ji obtěžoval partner její matky.

Z těchto uvedených informací vyplývá, že vždy na život pacienta musíme pohlížet z více úhlů, a nepovažovat odpovědi z dotazníku za naprosto platné. Z informací, které jsem získala, se však

domnívám, že silnější zaměření na trauma, nehledě na to, zda je časné či recentní, by mohlo pomoci ve zjišťování příčin hypersomnie. Rovněž bychom mohli uvažovat, že by opravdu chronické trauma, před kterým jedinec po delší dobu nemůže uniknout, mohlo přispět k rozvoji hypersomnie, a to možná díky obrannému mechanismu úniku, který jedincům nepříliš adaptivně pomáhá vypořádat se s nepříznivými životními situacemi.

6.3. Limity

V této části budou nastíněny limity této práce, které spočívají převážně v nevhodném výběru dotazníku a nepříliš rozsáhlém výzkumném vzorku spojeném s nerovnoměrným rozložením mužů a žen. Také zde budou naznačeny některé výhody této práce.

Volbu zkrácené verze dotazníku *Early trauma inventory*, tedy její verzi *self report – short form* nepovažuji za zcela správnou, jelikož postrádá velice podstatné prvky, jako jsou otázky na počet opakování traumatu, na jeho původce, či na věk expozice k traumatizujícímu zážitku (Bremner et al. 2000), které se v plné verzi nachází. Při použití nekompletní verze byl k dispozici jen silně zúžený výběr pozitivní či negativní odpovědi na předem dané otázky. Všechny odpovědi mají stejnou váhu, a to i přesto, že jednotlivá traumata se silou svého dopadu mohou lišit.

Subjektivita dotazníku je také silným negativem, například z důvodu, že nelze určit, do jaké míry souhlasí uvedené informace s objektivně prožitým zážitkem. Rovněž panuje nejistota v tom, jak moc byl jedinec danou událostí opravdu ovlivněn. Není totiž jasné, zda byly dané podněty pro osoby opravdu traumatizující – víme pouze, že se respondentům daná, potenciálně traumatizující situace přihodila, ale nejsme schopni vyčíst doplňující informace.

Použitá zkrácená verze dotazníku také znemožnila zkoumání chronických a akutních traumat, které se mohou lišit svými důsledky (Bremner, 1999). U některých položek dotazníku byla jednorázovost či chroničnost traumatu předestřena již díky významu věty, ale takto položených otázek nebylo dostatek, aby se dala provést statisticky vypovídající analýza.

Úskalím ostatně i všech dalších použitých dotazníků je fakt, že jsou sebeposuzovací. Existuje tedy mnoho důvodů, kvůli kterým udávané odpovědi nemusí být založené na skutečnosti. Celkové výsledky tohoto výzkumu mohou být zkresleny tím, že si respondenti nedostatečně četli jakékoliv otázky, nechtěli přiznávat choulostivá témata (např. u sexuálního zneužívání, nemoci v rodině, užívané léky), nebo také, že některé události, které pro ně mohli být stresující, v dotazníku chybí (např. hospitalizace v nemocnici).

Vedlejší limitací u pacientů, kteří navštívili Národní ústav duševního zdraví s podezřením na hypersomnii je možné přehánění negativních symptomů jejich nadměrné spavosti, potenciálně za účelem získání invalidního důchodu, který je při této diagnóze možný získat (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2009). Naopak u lidí ze skupiny jedinců s hypersomnií bychom mohli narazit na opačný problém, spojený s vyhledáváním respondentům v mém širším okolí. Osoby si nemusely být jisty anonymitou jejich informací, a proto nemuseli zcela upřímně přiznávat choulostivá traumata.

Pro důkladnější rozbor celého tohoto problému by byl zcela jistě vhodný širší vzorek respondentů. Bylo by ideální vyrovnat počty mužů a žen, neboť nás to může omezit v zobecnění závěrů na širší populaci. Rovněž tato práce postrádá základní demografický údaj, kterým je nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Tato absence je způsobena tím, že v lékařských zprávách nebývají vždy obsaženy tyto informace.

Dalším významným limitem mohou rozdíly v osobnostech daných jedinců. I přesto, že některé osoby mohly objektivně zažít méně traumat o nižší intenzitě, problémy se spánkem mohly přesto nastat. Někteří lidé jsou ze své podstaty senzitivnější než ostatní, a reagují na objektivně slabší stresory výrazněji. Je tedy jasné, že pouhý součet prožitých traumat nikdy nemůže s naprostou jistotou predikovat vznik spánkové poruchy, a o to spíše ne tak specifické jako je hypersomnie.

Podstatným nedostatkem je také věk, na který se v souvislosti s traumaty dotazují. Některá časná traumata mohla být prožita ve velmi brzkém věku, ve kterém kvůli nedozrálému hippokampu nemusela být uložena vybavitelná paměťová stopa (Karr-Morse & Wiley, 2012). Rovněž absence fyzického kontaktu s participanty limituje výzkum na soubor několika informací bez znalostí komplexnosti celého jedince

Naopak nespornou výhodou tohoto výzkumu je práce s daty od pacientů s objektivizovanou hypersomnií. Data od většího množství jedinců trpících touto poruchou by se mi nejspíše nepovedlo nalézt ve vzorku běžné populace. Dále považuji za výhodu komplementárně seřazené jedince dle věku a pohlaví, přičemž průměr věku se liší 0,2. Výhodou použitých dotazníků je jejich snadná administrace a vyhodnocování, spolu s nepřiliš dlouhou dobou nutnou k vyplnění.

6.4. Návrhy na další výzkumy

Tuto podkapitolu o návrzích dalších tematicky obdobně zaměřených výzkumů přidávám do diskuse z důvodu dosud nedostatečné probádanosti tématu. Další výzkumy by se mohly

potenciálně navíc věnovat jedincům trpícím insomnií, tedy neschopností zahájit či udržet spánek. Takový výzkum by od sebe mohl pomoci odlišit typy časných traumat u jedinců s hypersomnií a insomnií. Rovněž by připadalo v úvahu prozkoumat rozdíly v traumatech chronických a akutních, přičemž chronická se dle literatury zdají být více podstatnými pro rozvoj hypersomie. Dále by mohly být analyzovány další faktory, jako jsou například určité složky osobnosti člověka, typ attachmentové vazby či genetické předpoklady. Při podrobnějším rozhovoru se zkoumanými jedinci bychom potenciálně mohli zjišťovat například typy využívaných obranných mechanismů, které se zdají být pro psychicky indukovanou nadměrnou spavost podstatné.

Jelikož lidé s hypersomnií často usínají při klidných a monotónních činnostech, při kterých je pravděpodobně zapojena defaultní síť, mohlo by zkoumání aktivace této sítě přinést zajímavé výsledky. Tento návrh podporuje například i již dříve zmíněný výzkum uvádějící, že po vystavení časnému traumatu se mění propojení této sítě mění a zvyšuje se její aktivita (Daniels, 2011). Tyto změny ještě nejsou zcela probádané, proto by pozorování těchto jevů mohlo být zajímavé.

Závěr

Tématem bakalářské práce bylo zjišťování souvislosti mezi časnými traumaty, tj. traumaty prožitými do 18 roku věku, a poruchami nadměrné spavosti, jinak nazývanými hypersomnie.

V teoretické části bakalářské práce byla nastíněna problematika spánkových obtíží a také časných traumat. V první kapitole teoretické části byl vymezen samotný pojem časné trauma. Následně byl vyzdvihnut vliv stresu na rozvoj časného traumatu a další faktory ovlivňující jeho vznik a rozvoj. Propojení s druhým tématem této bakalářské práce, tedy problematikou spánku, lze spatřit v podkapitole „Důsledky traumatu“, kde je nastíněn pohled na problematiku i z evolučně-psychologického a biologického hlediska. Z tohoto hlediska lze lépe nahlédnout podstatu mechanismů způsobující zvýšenou únavu a potřebu spánku v souvislosti s traumaty.

Druhá kapitola teoretické části je zaměřena na spánek se zahrnutím relevantních výzkumů zabývajících se spánkem a vysvětlením příčin spánkových obtíží. Důraz byl kladen na spánkovou poruchu zkoumanou v praktické části této práce – hypersomnií. Podrobně byla popsána diagnostika, léčba, typy hypersomie a její možné příčiny a dopady.

V praktické části práce byla stanovena hlavní hypotéza tážající se po souvislosti časných traumat a hypersomie. Dále byly předloženy další dílčí hypotézy zaměřující se na rozdíly mezi

věkem, pohlavím a časná traumata rozřazená do kategorií na obecná, fyzická, emocionální a sexuální, umožňující problematiku souvislosti časných traumat a hypersomnií zkoumat z užšího úhlu pohledu. Za účelem testování hypotéz bylo realizováno dotazníkové šetření za pomoci Oddělení spánkové medicíny v Národním ústavu duševního zdraví. 38 pacientů s hypersomnií, tvořící výzkumný soubor, a 38 participantů bez spánkových obtíží, utvářející kontrolní skupinu, vyplnilo dotazníky týkající se časných traumat (*Early trauma inventory self report – short form*) a subjektivní tíže spavosti (*Epworthská škála spavosti*).

Z výsledků statistické analýzy dat získaných z dotazníkového šetření vyplývá statisticky významná souvislost mezi časnými traumaty a nadměrnou spavostí. Odborné literatury, která se zabývá touto souvislostí, není mnoho. Výzkum tohoto typu dle dohledatelných zdrojů dosud nebyl realizován. Z tohoto hlediska shledávám výsledky výzkumu této bakalářské práce jako unikátní, otevírající možnost dalších replikujících výzkumných šetření a hledající možné relevantní vysvětlení této souvislosti. Dále bylo zjištěno, že hypersomnie souvisí se všemi uvedenými typy traumat (obecná, fyzická, emocionální a sexuální), přičemž největší souvislost mají traumata obecná, kam patří především zranění sebe či blízkých osob, psychické poruchy v rodině či rozvod rodičů. Téměř všechny otázky z dotazníku na časná traumata byly významné pro rozdělení skupiny s hypersomnií a bez hypersomnie, nevýznamné byly pouze dvě, přičemž jedna se týkala sexuálního styku proti vůli daného člověka, a druhá popálení horkou vodou či cigaretou. Také bylo zjištěno, že u lidí s hypersomnií je častější výskyt zážitku intenzivního strachu, děsu a bezmocnosti, zatímco častější prožívání mimotělního zážitku u jedinců s hypersomnií se nepotvrdilo. Jak se předpokládalo, mezi muži a ženami nebyl statisticky významný rozdíl v počtu časných traumat. Další předpoklad, a to ten, že ženy budou více zažívat emocionální a sexuální traumata, a muži obecná a fyzická, se nepodařilo potvrdit na dostatečné hladině statistické významnosti, poměrově však rozdíly odpovídaly.

Přesah a význam tohoto výzkumu lze spatřit jednak v samotném pochopení příčin hypersomnie, jež nejsou dosud zcela známé, jednak také k umožnění cílené psychoterapie pro pacienty s hypersomnií. Bakalářská práce mimo jiné poukazuje také na možnou efektivitu propojení humanitně zaměřené psychologie a biologicky zaměřených lékařských oborů.

Použitá literatura

- Ağargün, M., Kara, H., & Solmaz, M. (1997). Sleep Disturbances and Suicidal Behavior in Patients With Major Depression. *The Journal Of Clinical Psychiatry*, 58(6), 249-251.
- Ainsworth, M. (1978). The Bowlby-Ainsworth attachment theory. *Behavioral And Brain Sciences*, 1(3), 436-438.
- Boccabella, A., & Malouf, J. (2017). How Do Sleep-Related Health Problems Affect Functional Status According to Sex?. *Journal Of Clinical Sleep Medicine*, 13(05), 685-692.
- Aristoteles. (347 př.n.l.), On sleep and Sleeplessness. In J.I. Beare, On sleep and Sleeplessness, *Cybraria LLC*, 2009, 1-11.
- Avidan A.Y. (2012). Hypersomnia, *Sleep medicine clinics*. 12(1), 108-320.
- Barateau, L., Lopez, R., Franchi, J. A., & Dauvilliers, Y. (2017). Hypersomnolence, Hypersomnia, and Mood Disorders. *Current psychiatry reports*, 19(2), 13.
- Baštecká, B., & Goldmann, P. (2001). Základy klinické psychologie. *Portál*. 275-277.
- Billiard, M. (2003). Sleep. Boston, MA: *Springer US*.
- Billiard, M., & Dauvilliers, Y. (2001). Idiopathic Hypersomnia. *Sleep Medicine Reviews*, 5(5), 349-360.
- Billiard, M., Dolenc, L., Aldaz, C., Ondze, B., & Besset, A. (1994). Hypersomnia associated with mood disorders: A new perspective. *Journal Of Psychosomatic Research*, 38, 41-47.
- Bowlby, J. (1953). Child care and the growth of love. London: Pelican Books.
- Bowlby, J. (1979). The Bowlby-Ainsworth attachment theory. *Behavioral And Brain Sciences*, 2(4), 637-638.
- Braun, M., Cines, P., & Gooneratne, N. (2012). Hypersomnia in Older Patients. *Sleep Medicine Clinics*, 7(2), 365-378.
- Bremner, J. D. (1999). Acute and chronic responses to psychological trauma: where do we go from here?. *American Journal of Psychiatry*, 156(3), 349-351.
- Bremner, J., Bolus, R., & Mayer, E. (2007). Psychometric Properties of the Early Trauma Inventory Self Report. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*, 195(3), 211-218.

- Bremner, J., Vermetten, E., & Mazure, C. (2000). Development and preliminary psychometric properties of an instrument for the measurement of childhood trauma: The early trauma inventory. *Depression And Anxiety, 12*(1), 1-12.
- Breslau, N. (2002). Epidemiologic Studies of Trauma, Posttraumatic Stress Disorder, and other Psychiatric Disorders. *The Canadian Journal Of Psychiatry, 47*(10), 923-929.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(5), 748–766.
- Cannon, Walter B. (1915). Bodily changes in pain, hunger, fear and rage: An account of recent researches into the function of emotional excitement. New York, NY, US: D Appleton & Company, *19*(3), 100–101.
- Carley, D., & Farabi, S. (2016). Physiology of Sleep. *Diabetes Spectrum, 29*(1), 5-9.
- Carskadon, M. (1986). Guidelines for the Multiple Sleep Latency Test (MSLT): A Standard Measure of Sleepiness. *Sleep, 9*(4), 519-524.
- Carskadon, M.A., & Dement, W.C. (2011). Monitoring and staging human sleep. *Principles and practice of sleep medicine, 12*(2), 16-26.
- Conroy, D., Novick, D., & Swanson, L. (2012). Behavioral Management of Hypersomnia. *Sleep Medicine Clinics, 7*(2), 325-331.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., & Cloitre, M. et al. (2005). Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals, 35*(5), 390-398.
- Craighead, W., Sheets, E., & Bjornsson, A. (2006). Specificity and Nonspecificity in Psychotherapy. *Clinical Psychology: Science And Practice, 12*(2), 189-193.
- Cuffe, S. P., Addy, C. L., Garrison, C. Z., Waller, J. L., Jackson, K. L., McKeown, R. E., et al. (1998). Prevalence of PTSD in a community sample of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 37*(2), 147–154.
- Curle, C., & Williams, C. (1996). Post-traumatic stress reactions in children: Gender differences in the incidence of trauma reactions at two years and examination of factors influencing adjustment. *British Journal Of Clinical Psychology, 35*(2), 297-309.

- Daniels, J. (2011). Default mode alterations in posttraumatic stress disorder related to early-life trauma: a developmental perspective. *Journal Of Psychiatry & Neuroscience*, 36(1), 56-59.
- Dauvilliers, Y., Lopez, R., Ohayon, M., & Bayard, S. (2013). Hypersomnia and depressive symptoms: methodological and clinical aspects. *BMC Medicine*, 11(1), 243-250.
- De Fruyt, F., & Denollet, J. (2002). Type D Personality: A Five-Factor Model Perspective. *Psychology & Health*, 17(5), 671-683.
- Dement, W., & Kleitman, N. (1957). The relation of eye movements during sleep to dream activity: An objective method for the study of dreaming. *Journal Of Experimental Psychology*, 53(5), 339-346.
- Denollet, J., Conraads, V., Brutsaert, D., De Clerck, L., Stevens, W., & Vrints, C. (2003). Cytokines and immune activation in systolic heart failure: the role of Type D personality. *Brain, Behavior, And Immunity*, 17(4), 304-309.
- Diekelmann, S., & Born, J. (2010). The memory function of sleep. *Nature Reviews Neuroscience*, 11(2), 114-126.
- Doležalová P., & Orliková B. (2017). Trauma v dětství a adolescenci, průvodce pro pedagogy. *Národní ústav duševního zdraví*.
- Epstein, L., & Mardon, S. (2007). The Harvard Medical School guide to a good night's sleep. *New York: McGraw-Hill*.
- España, R., McCormack, S., Mochizuki, T., & Scammell, T. (2007). Running Promotes Wakefulness and Increases Cataplexy in Orexin Knockout Mice. *Sleep*, 30(11), 1417-1425.
- Fell, J., Röschke, J., Mann, K., & Schäffner, C. (1996). Discrimination of sleep stages: a comparison between spectral and nonlinear EEG measures. *Electroencephalography And Clinical Neurophysiology*, 98(5), 401-410.
- Ferrie, J., Kumari, M., Salo, P., Singh-Manoux, A., & Kivimaki, M. (2011). Sleep epidemiology--a rapidly growing field. *International Journal Of Epidemiology*, 40(6), 1431-1437.
- Fox, S., Levitt, P., & Nelson III, C. (2010). How the Timing and Quality of Early Experiences Influence the Development of Brain Architecture. *Child Development*, 81(1), 28-40.
- Frenette, E., & Kushida, C. (2009). Primary Hypersomnias of Central Origin. *Seminars In Neurology*, 29(04), 354-367.

- Friedman, M. (2015). Overview of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). *Posttraumatic And Acute Stress Disorders*, 20(3), 1-8.
- Glaser, R., & Kiecolt-Glaser, J. (2005). Stress-induced immune dysfunction: implications for health. *Nature Reviews Immunology*, 5(3), 243-251.
- Gooneratne, N., Weaver, T., Cater, J., Pack, F., Arner, H., Greenberg, A., & Pack, A. (2003). Functional Outcomes of Excessive Daytime Sleepiness in Older Adults. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 51(5), 642-649.
- Greer, S., Morris, T., & Pettingale, K. (1979). Psychological response to breast cancer: effect on outcome. *The Lancet*, 314(8146), 785-787.
- Grossarth-Maticek, R., & Eysenck, H. (1989). Length of Survival and Lymphocyte Percentage in Women with Mammary Cancer as a Function of Psychotherapy. *Psychological Reports*, 65(1), 315-321.
- Gupta M. A. (2017). Recurrent Hypersomnia and Autonomic Dysregulation in Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of clinical sleep*, 13(12), 1491.
- Heim, C., Newport, D., Mletzko, T., Miller, A., & Nemeroff, C. (2008). The link between childhood trauma and depression: Insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology*, 33(6), 693-710.
- Horne, J., & McGrath, M. (1984). The consolidation hypothesis for REM sleep function: Stress and other confounding factors — A review. *Biological Psychology*, 18(3), 165-184.
- Hošek, V. (1999). *Psychologie odolnosti. Karolinum.*
- Chu, D., Williams, L., Harris, A., Bryant, R., & Gatt, J. (2013). Early life trauma predicts self-reported levels of depressive and anxiety symptoms in nonclinical community adults: Relative contributions of early life stressor types and adult trauma exposure. *Journal Of Psychiatric Research*, 47(1), 23-32.
- Iber, C. Ancoli-Israel, S., Chesson, A., Quan, S.F. (2007), The AASM manual for the scoring of sleep and associated events: Rules, terminology and technical specifications. *American Academy of Sleep Medicine.*
- Inslicht, S., Metzler, T., Garcia, N., Pineles, S., Milad, M., & Orr, S. et al. (2013). Sex differences in fear conditioning in posttraumatic stress disorder. *Journal Of Psychiatric Research*, 47(1), 64-71.

- Institute of Medicine. (2006), Sleep Disorders and Sleep Deprivation: An Unmet Public Health Problem. *National Academies Press*.
- Colten, H. R., Altevogt, B. M., & Institute of Medicine. (2006). Sleep Disorders and Sleep Deprivation: An Unmet Public Health Problem. *National Academies Press*.
- Jacobson, N., Martell, C., & Dimidjian, S. (2006). Behavioral Activation Treatment for Depression: Returning to Contextual Roots. *Clinical Psychology: Science And Practice*, 8(3), 255-270. doi: 10.1093/clipsy.8.3.255
- Johns, M. (1991). A New Method for Measuring Daytime Sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. *Sleep*, 14(6), 540-545.
- Jouvet M. (1967). Neurophysiology of the states of sleep. *Physiological reviews*, 47(2), 117-177.
- Kaplan, K., & Harvey, A. (2009). Hypersomnia across mood disorders: A review and synthesis. *Sleep Medicine Reviews*, 13(4), 275-285.
- Kaplan, K., Gruber, J., Eidelman, P., Talbot, L., & Harvey, A. (2011). Hypersomnia in inter-episode bipolar disorder: Does it have prognostic significance?. *Journal Of Affective Disorders*, 132(3), 438-444.
- Karr-Morse, R., Wiley, M. (2012). Scared Sick. *Basic Books*.
- Khoury, L., Tang, Y., Bradley, B., Cubells, J., & Ressler, K. (2010). Substance use, childhood traumatic experience, and Posttraumatic Stress Disorder in an urban civilian population. *Depression And Anxiety*, 27(12), 1077-1086.
- Kiser, L., Heston, J., Millsap, P., & Pruitt, D. (1991). Physical and sexual abuse in childhood: Relationship with post-traumatic stress disorder. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 30(5), 776-783.
- Kovács, K., Miklós, I., & Bali, B. (2005). Psychological and physiological stressors. *Handbook Of Stress And The Brain – Part 1: The Neurobiology Of Stress*, 775-792.
- Krahn, L. E., Lymp, J. F., Moore, W. R., Slocumb, N., & Silber, M. H. (2005). Characterizing the emotions that trigger cataplexy. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 17(1), 45-50.
- Kushida, C., (2009), Handbook of sleep disorders. *CRC Press*.
- Lazarus, R. S. (1966). Psychological stress and the coping process. *McGraw-Hill*.

- Lesse, S. (1983). The Masked Depression Syndrome—Results of a Seventeen-Year Clinical Study. *American Journal Of Psychotherapy*, 37(4), 456-475.
- Levine, P., & Frederick, A. (1997). Waking the tiger. *North Atlantic Books*.
- Lewy, A., Bauer, V., Cutler, N., Sack, R., Ahmed, S., & Thomas, K. et al. (1998). Morning vs Evening Light Treatment of Patients With Winter Depression. *Archives Of General Psychiatry*, 55(10), 890.
- Lynn, R., & Martin, T. (1997). Gender Differences in Extraversion, Neuroticism, and Psychoticism in 37 Nations. *The Journal Of Social Psychology*, 137(3), 369-373.
- Mai, E., & Buysse, D. (2008). Insomnia: Prevalence, Impact, Pathogenesis, Differential Diagnosis, and Evaluation. *Sleep Medicine Clinics*, 3(2), 167-174.
- Manber, R. (2015). Treatment Plans and Interventions for Insomnia: A Case Formulation Approach. *Guilford Publications*.
- Manfredi, R., Brennan, R., & Cadieux, R. (1987). Disorders of Excessive Sleepiness: Narcolepsy and Hypersomnia. *Seminars In Neurology*, 7(03), 250-258.
- Marlatt, G.A., Baer, J.S., Donovan, D.M., Kivlahan, D.R., (1988). Addictive behaviors: etiology and treatment. *Annual Review of Psychology* 39, 223–252.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Jordan, B. K., Kulka, R. A., & Hough, R. L. (1994). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. *The American Journal of Psychiatry*, 151(6), 902–907
- McCarter, S., St. Louis, E., & Boeve, B. (2012). REM Sleep Behavior Disorder and REM Sleep Without Atonia as an Early Manifestation of Degenerative Neurological Disease. *Current Neurology And Neuroscience Reports*, 12(2), 182-192.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(1), 81–90.
- McCutcheon, V., Heath, A., Nelson, E., Bucholz, K., Madden, P., & Martin, N. (2008). Accumulation of trauma over time and risk for depression in a twin sample. *Psychological Medicine*, 39(3), 431-441.
- McLaughlin, K., Fox, N., Zeanah, C., & Nelson, C. (2011). Adverse Rearing Environments and Neural Development in Children: The Development of Frontal Electroencephalogram Asymmetry. *Biological Psychiatry*, 70(11), 1008-1015.

- Meltzer, L., Phillips, C., & Mindell, J. (2009). Clinical psychology training in sleep and sleep disorders. *Journal Of Clinical Psychology*, 65(3), 305-318.
- Mignot, E.J.M., (2012). A Practical Guide to the Therapy of Narcolepsy and Hypersomnia Syndromes. *Neurotherapeutics*, 9(3), 739–752.
- Monroe, S., & Simons, A. (1991). Diathesis-stress theories in the context of life stress research: Implications for the depressive disorders. *Psychological Bulletin*, 110(3), 406-425.
- Moorcroft, W. (2006). Understanding Sleep and Dreaming. Dordrecht: *Springer-Verlag New York Inc*.
- Nederlof, E., van der Ham, A., Dingemans, P., & Oei, K. (2010). The relation between dimensions of personality and personality pathology and offence type and severity in juvenile delinquents. *Journal Of Forensic Psychiatry & Psychology*, 21(5), 711-720.
- Nishino, S., Ripley, B., Overeem, S., Lammers, G., & Mignot, E. (2000). Hypocretin (orexin) deficiency in human narcolepsy. *The Lancet*, 355(9197), 39-40.
- Ogawa, J., Sroufe, L., Weinfield, N. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development And Psychopathology*, 9(4), 855-879.
- Ohayon, M. (2008). From wakefulness to excessive sleepiness: What we know and still need to know. *Sleep Medicine Reviews*, 12(2), 129-141.
- Olf, M. (2017). Sex and gender differences in post-traumatic stress disorder: an update. *European Journal Of Psychotraumatology*, 8(4), 135-204.
- Orem, J. (2012). Physiology in sleep. *Elsevier*.
- Overeem, S., Mignot, E., Gertvan-Dijk, J., & Lammers, G. (2001). Narcolepsy: Clinical Features, New Pathophysiologic Insights, and Future Perspectives. *Journal Of Clinical Neurophysiology*, 18(2), 78-105.
- Pai, M. (1950). Hypersomnia Syndromes. *BMJ*, 1(4652), 522-524.
- Pawlowski, B., Atwal, R., & Dunbar, R. (2008). Sex Differences in Everyday Risk-Taking Behavior in Humans. *Evolutionary Psychology*, 6(1), 29-41.
- Perry, B. (2001). The neurodevelopmental impact of violence in childhood, *American Psychiatric Press*, 25(2), 221-238.

- Pino, N., & Meier, R. (1999). Gender Differences in Rape Reporting. *Sex Roles, 40*(11/12), 979-990.
- Plante, D. (2015). Hypersomnia in Mood Disorders: a Rapidly Changing Landscape. *Current Sleep Medicine Reports, 1*(2), 122-130.
- Pos, K., Boyette, L., Meijer, C., Koeter, M., Krabbendam, L., & de Haan, L. (2016). The effect of childhood trauma and Five-Factor Model personality traits on exposure to adult life events in patients with psychotic disorders. *Cognitive Neuropsychiatry, 21*(6), 462-474.
- Rechtschaffen, A. (1998). Current Perspectives on the Function of Sleep. *Perspectives In Biology And Medicine, 41*(3), 359-390.
- Reimer, M., & Flemons, W. (2003). Quality of life in sleep disorders. *Sleep Medicine Reviews, 7*(4), 335-349.
- Reynolds, C., Christiansen, C., Taska, L., Coble, P., & Kupfer, D. (1983). Sleep in Narcolepsy and Depression Does It All Look Alike?. *The Journal Of Nervous And Mental Disease, 171*(5), 290-295.
- Roberts, R., Roberts, C., & Chen, I. (2001). Functioning of Adolescents With Symptoms of Disturbed Sleep. *Journal Of Youth And Adolescence, 30*(1), 1-18.
- Roehrs, T., Zorick, F., Sicklesteel, J., Wittig, R., & Roth, T. (1983). Excessive Daytime Sleepiness Associated with Insufficient Sleep. *Sleep, 6*(4), 319-325.
- Rogers, A., Aldrich, M., & Lin, X. (2001). A Comparison of Three Different Sleep Schedules for Reducing Daytime Sleepiness in Narcolepsy. *Sleep, 24*(4), 385-391.
- Rogers, A. G. (2006). The unsayable: The hidden language of trauma. *Random House*.
- Roth B. (1981). Idiopathic hypersomnia: a study of 187 personally observed cases. *International journal of neurology, 15*(1-2), 108-118.
- Roth T. (2007). Insomnia: definition, prevalence, etiology, and consequences. *Journal of clinical sleep medicine, 3*(5), 7-10.
- Sacks, O. (2010). Probouzení. Praha: *Dybbuk*.
- Scaer, R. (2005). The trauma spectrum. *Norton*.
- Scammell, T. (2015). Narcolepsy. *New England Journal Of Medicine, 373*(27), 2654-2662.

- Scammell, T., & Mochizuki, T. (2009). Is Low Histamine a Fundamental Cause of Sleepiness in Narcolepsy and Idiopathic Hypersomnia?. *Sleep*, 32(2), 133-134.
- Selye, H. (1950). Stress and the general adaptation syndrome. *British medical journal*, 1(4667), 1383-1390.
- Selye H. (1975). Stress and distress. *Comprehensive therapy*, 1(8), 9–13.
- Shapiro, C., & Dement, W. (1993). ABC of sleep disorders. Impact and epidemiology of sleep disorders. *BMJ*, 306(6892), 1604-1607.
- Sher, L. (2005). Type D personality: the heart, stress, and cortisol. *QJM: An International Journal Of Medicine*, 98(5), 323-329.
- Shields, A., & Cicchetti, D. (1998). Reactive Aggression Among Maltreated Children: The Contributions of Attention and Emotion Dysregulation. *Journal Of Clinical Child Psychology*, 27(4), 381-395.
- Shrivastava, D., Jung, S., Saadat, M., Sirohi, R., & Crewson, K. (2014). How to interpret the results of a sleep study. *Journal of community hospital internal medicine perspectives*, 4(5), 24-83.
- Schalek P, Hornáčková Z. (2015). Psychometrické vlastnosti české verze Epworthské škály spavosti. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 78(6), 689-692.
- Schweitzer P. (2000). Drugs that disturb sleep and wakefulness. *Principles and Practice of Sleep Medicine*. 4(2), 1176–1196.
- Siegel, J. (2009). Sleep viewed as a state of adaptive inactivity. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(10), 747-753.
- Skelton, K., Ressler, K., Norrholm, S., Jovanovic, T., & Bradley-Davino, B. (2012). PTSD and gene variants: New pathways and new thinking. *Neuropharmacology*, 62(2), 628-637.
- Soehner, A. M., Kaplan, K. A., & Harvey, A. G. (2014). Prevalence and clinical correlates of co-occurring insomnia and hypersomnia symptoms in depression. *Journal of Affective Disorders*, 16(7), 93–97.
- Sroufe, A.L. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & Human Development*, 7(2), 349–367.

- Szentkirályi, A., Madarász, C., & Novák, M. (2009). Sleep disorders: impact on daytime functioning and quality of life. *Expert Review Of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 9(1), 49-64.
- Takahashi, Y., Kipnis, D., & Daughaday, W. (1968). Growth hormone secretion during sleep. *Journal Of Clinical Investigation*, 47(9), 2079-2090.
- Terock, J., Van der Auwera, S., Janowitz, D., Spitzer, C., Barnow, S., & Miertsch, M. et al. (2016). From Childhood Trauma to Adult Dissociation: The Role of PTSD and Alexithymia. *Psychopathology*, 49(5), 374-382.
- Thannickal TC, Moore RY, Nienhuis R, et al. (2000). Reduced number of hypocretin neurons in human narcolepsy. *Neuron*, 27(1), 469–474.
- Thase, M. E., Frank, E., Kornstein, S. G., & Yonkers, K. A. (2000). Gender differences in response to treatments of depression. *American Psychiatric Publishing*, 7(3), 103-129.
- Thompson, A., Anisimowicz, Y., Miedema, B., Hogg, W., Wodchis, W., & Aubrey-Bassler, K. (2016). The influence of gender and other patient characteristics on health care-seeking behaviour: a QUALICOPC study. *BMC Family Practice*, 17(1), 111-131.
- Thorpy, M. (2012). Classification of Sleep Disorders. *Neurotherapeutics*, 9(4), 687-701.
- Tolin, D., & Foa, E. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132(6), 959-992.
- Trappler, B., & Newville, H. (2007). Trauma Healing Via Cognitive Behavior Therapy in Chronically Hospitalized Patients. *Psychiatric Quarterly*, 78(4), 317-325.
- Van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder. A new, rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 101-112.
- Van Dijl, H. (1978). The A/B typology according to Friedman and Rosenan and an effort to test some of the characteristics by means of a psychological test (RSL or BUL). *Journal Of Psychosomatic Research*, 22(2), 101-109.
- Vernet, C., & Arnulf, I. (2009). Idiopathic Hypersomnia with and without Long Sleep Time: A Controlled Series of 75 Patients. *Sleep*, 32(6), 753-759.
- Vokurka, M., & Hugo, J. (2005). Velký lékařský slovník. *Maxdorf*.
- Vrtbovská, P. (2010). O ztraceném dítěti & cestě do bezpečí. *Scan*.

Wang, Z., Zhang, X., Cui, X., Cui, S., Yu, B., & Sheng, Z. et al. (2015). Glucocorticoid receptors in the locus coeruleus mediate sleep disorders caused by repeated corticosterone treatment. *Scientific Reports*, 5(1), 90-98.

Watson, N. F., Badr, M. S., Belenky, G., Bliwise, D. L., Buxton, O. M., Buysse, D., Dinges, D. F., Gangwisch, J., Grandner, M. A., Kushida, C., Malhotra, R. K., Martin, J. L., Patel, S. R., Quan, S. F., & Tasali, E. (2015). Recommended Amount of Sleep for a Healthy Adult: A Joint Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society. *Sleep*, 38(6), 843–844.

Wise, M., Arand, D., Auger, R., Brooks, S., & Watson, N. (2007). Treatment of Narcolepsy and other Hypersomnias of Central Origin. *Sleep*, 30(12), 1712-1727.

Yehuda, R. (2001). Biology of posttraumatic stress disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62(117), 41–46.

Internetové zdroje:

Ministerstvo práce a sociálních věcí. (2009). Vyhláška 359/2009 Sb., Dostupné z https://www.naseduchody.cz/clanek_44-invalidni-duchody-nova-vyhlaska.html

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2019). Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/svetova-zdravotnicka-organizace-schvalila-jedenactou-revizi-mezinarodni-klasifik_17669_3970_1.html

Rapoport DM, Norman, RG, (1998), Polysomnograph scoring, *US Patent 5,732,696*. Dostupné z: <https://patents.google.com/patent/US5732696>

World Health Organization (2020). International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.). Dostupné z: <https://icd.who.int/>

Přílohy

Příloha 1 - Screeningový dotazník týkající se spánku

Spavosti a traumata – screeningový dotazník ohledně spánku

Léčíte se nebo léčil/a jste se v minulosti pro některou z uvedených chorob?

	Nyní	V minulosti
Diabetes mellitus (cukrovka)		
Vysoký krevní tlak		
Cévní mozková příhoda		
Kardiovaskulární onemocnění, srdeční selhání		
Infarkt myokardu		
Opakované virózy, infekce		
Rozedma plic, chronická obstrukční plicní nemoc		
Astma bronchiale		
Tuberkulóza		
Alergie		
Endokrinní (hormonální) onemocnění		
Urologické onemocnění		
Onemocnění prostaty		
Anémie (chudokrevnost)		
Žaludeční vředy		
Reflux jícnu (pálení žáhy)		
Onemocnění ledvin		
Artritida (bolesti kloubů)		
Chronické bolesti zad		
Úraz hlavy, bezvědomí		
Chronické bolesti hlavy		
Epilepsie (záchvatové stavy)		
Kolapsové stavy		
Poruchy paměti / demence		
Poruchy nálady (deprese, mánie)		
Úzkostná porucha		
Problémy se závislostí na alkoholu		
Problémy se závislostí na omamných látkách (drogové závislosti)		

Jiná neurologická onemocnění

vypište

Jiná psychiatrická onemocnění

vypište

Vyskytují se ve Vaší rodině (matka, otec, sourozenci, vlastní děti) některá z neurologických onemocnění (Parkinsonova nemoc, demence či jiné):

vypište jaké

Vyskytují se ve Vaší rodině (matka, otec, sourozenci, vlastní děti) některá z psychiatrických onemocnění (schizofrenie, sebevraždy či jiné):

vypište jaké

Vyskytují se ve Vaší rodině (matka, otec, sourozenci, vlastní děti) některá z interních onemocnění (vysoký krevní tlak, cukrovka či jiné):

vypište jaké

Vyskytuje se ve Vaší rodině (matka, otec, sourozenci, vlastní děti) některá ze spánkových poruch (spánková apnoe, narkolepsie či jiné):

vypište jaké

Uvedte všechny užívané léky **za posledních 6 měsíců**. Zamyslete se nad Vašimi zdravotními problémy a léky, se kterými jste se léčil/a.

NÁZEV LÉKU, VITAMÍNU NEBO BYLINNÉ LÁTKY, KTEROU UŽÍVÁTE / JSTE UŽÍVAL/A	POČET TABLET / KAPEK / VDECHŮ / apod. DENNĚ	DÁVKA	Jak dlouho jste přípravek užíval/anebo užíváte?	Za jakým účelem?	Užíváte přípravek nyní?

V pracovních dnech spím v průměru.... hodin.

doplňte, prosím, počet hodin

Potřeboval/a bych spát alespoň hodin.

doplňte, prosím, počet hodin

V noci se budím v průměru.....krát.

doplňte, prosím, průměrný počet nočních probuzení

Průměrně znovu usínám za minut.

doplňte, prosím, počet minut, které potřebujete k usnutí

Ve volných dnech spím v průměru.... hodin.

doplňte, prosím, počet hodin

Večer usnu obvykle za minut.

doplňte, prosím, počet minut potřebných k usnutí

V následující tabulce označte, jakými problémy trpíte, a jakými nikoliv.

	NIKDY	VÝJIMEČNĚ	NĚKDY	OBVYKLE	VŽDY
Při usínání nebo při probuzení se cítím paralyzován/a (nemohu se pohnout)					
Při usínání nebo při probuzení mívám snové představy (halucinace), přestože vím, že již nespím					
Podklesávají mi kolena nebo cítím náhlou svalovou slabost, když se směji, jsem rozčilený/á nebo překvapený/á					

	ANO	NE
Skřípání zubů během spánku		
Chování provázející sny (předvádění snů)		
Kopání nohou během spánku		
Křeče v nohou během spánku		
Zvýšené napětí ve svalech při usínání		
Nepříjemné pocity v nohou při usínání		
Potíže s usínáním		
Potíže s udržením spánku		
Víření myšlenek v hlavě při usínání		
Obava, že neusnu		
Brzké ranní probuzení		
Užívání léků na spaní, abych usnul/a		
Užívání alkoholu večer a před spaním, abych usnul/a		
Bolest hlavy při probuzení		
Sucho v ústech při probuzení		
Hlasité chrápání s častým probuzením		
Noční můry / děsivé sny		
Mluvení ze spánku		
Náměsíčnost		
Náhlá neovladatelná spavost během dne		
Usínání v práci / ve škole / při klidné monotónní činnosti		
Noční pomočování		
Nadměrné pocení během noci		
Probuzení kvůli pálení žáhy		
Probuzení kvůli močení (2x a vícekrát za noc)		
Bolest, která brání spánku		

Příloha 2 - *Early trauma inventory self report – short form*

Záznam časných traumatických událostí.

Zaznamenávejte odpovědi zaškrtnutím ano/ne. Před věkem 18 let.

Část 1. Obecná traumata.

Zažil/a jste někdy život ohrožující katastrofu?

Ano

Ne

Byl/a jste někdy účastníkem závažné nehody?

Ano

Ne

Utrpěl/a jste závažné zranění nebo měl/a jste závažné onemocnění?

Ano

Ne

Zažil/a jste někdy smrt nebo závažné zranění vašich rodičů nebo vašeho vychovatele?

Ano

Ne

Zažil/a jste někdy rozvod nebo rozchod vašich rodičů?

Ano

Ne

Zažil/a jste někdy smrt nebo závažné zranění vašeho sourozence?

Ano

Ne

Byl/a jste někdy svědkem násilí k druhým, včetně členů vaší rodiny?

Ano

Ne

Trpěl někdo z vaší rodiny psychickým nebo psychiatrickým onemocněním anebo se psychicky zhroutil/a?

Ano

Ne

Měli vaši rodiče nebo vychovatelé problémy s alkoholem nebo užíváním drog?

Ano

Ne

Viděl/a jste někdy někoho zabít?

Ano

Ne

Část 2. Fyzické trestání. Před věkem 18 let.

Dostal/a jste někdy facku?

Ano
Ne

Byl/a jste někdy popálen/a horkou vodou, cigaretou nebo něčím jiným?

Ano
Ne

Byl/a jste někdy uhozena nebo kopnut/a?

Ano
Ne

Byl/a jste někdy zasažen/a nějakým hozeným předmětem?

Ano
Ne

Byl/a jste někdy tlačěn/a, strčen/a?

Ano
Ne

Část 3. Emoční zneužívání. Před věkem 18 let.

Byl/a jste často ponižován/anebo zesměšňován/a?

Ano
Ne

Byl/a jste často ignorován/anebo byl ve vás vytvářen pocit, že se s vámi nepočítá?

Ano
Ne

Bylo vám často řečeno, že nejste dobrý/á?

Ano
Ne

Byl/a jste většinu často vychováván/a chladným, nestarostlivým způsobem anebo byl ve vás vytvořen pocit, že nejste milován/a?

Ano
Ne

Stávalo se často, že vaši rodiče nebo vychovatelé selhali v pochopení vašich potřeb?

Ano
Ne

Část 4. Sexuální události. Před věkem 18 let.

Dotýkal se vás někdy někdo v intimních místech (např. prsa, stehna, genitálie) způsobem, který vás překvapil nebo jste se cítil/a nepohodlně?

Ano
Ne

Zažil/a jste někdy, že někdo otíral o vás své genitálie?

Ano
Ne

Byl/a jste někdy přinucen/a dotýkat se intimních míst jiné osoby?

Ano
Ne

Měl někdo s vámi sexuální styl proti vaší vůli?

Ano
Ne

Byl/a jste někdy přinucen/a někoho líbat?

Ano
Ne

Pokud jste odpověděl/a ANO pro některý z předchozích dotazů, zvažte, která událost měla největší vliv na váš život a v souvislosti s tím odpovězte na následující otázky. Při odpovědích uvažujte o tom, jak jste se cítil/a v průběhu události.

Zažil/a jste intenzivní strach, děs a bezmoc?

Ano
Ne

Zažil/a jste mimotělní zážitek/jako byste se na sebe díval/a zvenčí nebo byl/a jako ve snu?

Ano
Ne

Příloha 3 - Epworthská škála spavosti

Epworthská škála spavosti

Dřímáte nebo usínáte v situacích popsanych níže (nejedná se o pocit únavy)? Tato otázka se týká Vašeho běžného života v poslední době. Jestliže jste následující situace neprožil/a, zkuste si představit, jak by Vás mohly ovlivnit. Vyberte ze škály nejvhodnější odpověď ke každé situaci.

Při četbě vsedě

nikdy bych nedřímával/a / neusínával/a
slabá pravděpodobnost dřímoty / spánku
střední pravděpodobnost dřímoty / spánku
značná pravděpodobnost dřímoty / spánku

Při sledování televize

nikdy bych nedřímával/a / neusínával/a
slabá pravděpodobnost dřímoty / spánku
střední pravděpodobnost dřímoty / spánku
značná pravděpodobnost dřímoty / spánku

Při nečinném sezení na veřejném místě (v kině, na schůzi apod)

nikdy bych nedřímával/a / neusínával/a
slabá pravděpodobnost dřímoty / spánku
střední pravděpodobnost dřímoty / spánku
značná pravděpodobnost dřímoty / spánku

Při hodinové jízdě v autě (bez přestávky) jako spolujezdec

nikdy bych nedřímával/a / neusínával/a
slabá pravděpodobnost dřímoty / spánku
střední pravděpodobnost dřímoty / spánku
značná pravděpodobnost dřímoty / spánku

Při ležení – odpočinku po obědě, když to okolnosti dovolují

nikdy bych nedřímával/a / neusínával/a
slabá pravděpodobnost dřímoty / spánku
střední pravděpodobnost dřímoty / spánku
značná pravděpodobnost dřímoty / spánku

Při rozhovoru vsedě

nikdy bych nedřímával/a / neusínával/a
slabá pravděpodobnost dřímoty / spánku
střední pravděpodobnost dřímoty / spánku
značná pravděpodobnost dřímoty / spánku

Vsedě v klidu po obědě bez alkoholu

nikdy bych nedřímával/a / neusínával/a
slabá pravděpodobnost dřímoty / spánku
střední pravděpodobnost dřímoty / spánku
značná pravděpodobnost dřímoty / spánku

V automobilu stojícím několik minut v dopravní zácpě

nikdy bych nedřímával/a / neusínával/a
slabá pravděpodobnost dřímoty / spánku
střední pravděpodobnost dřímoty / spánku
značná pravděpodobnost dřímoty / spánku