

Vyberáme pre vás

**Traumatizácia v detstve a schizofrénia**

**Konspekt článku: The Relationship between Childhood Trauma and Schizophrenia. Symptoms Severity at Zagazig University Hospitals**

Asaad Abd El Rahman Shalanda, Amira Mohamed Youssef,  
Rehab Saeed Mahdy, Alaa Elsayed Mohamed Zayed

The Egyptian Journal of Hospital Medicine (October 2019) Vol. 77 (3), Page 5114-5120

**Poznámka na úvod**

Výskumný tím pri Pro mente sana, Bratislava v prepojení a spolupráci s OUSHI – Olomouc University Social Health Institute skúma súvislosti medzi traumatizáciou v detstve, vzťahovou väzbou a zdravím. Prvé získané dáta od reprezentatívnej vzorky dospelého obyvateľstva SR sme publikovali v predchádzajúcom čísle tohto časopisu (Kaščáková, N., et al Traumatizácia v detstve a zdravie v dospelosti). Naším ďalším zámerom o.i. je získať dáta od ľudí s unipolárnymi depresiami a bipolárnymi afektívnymi poruchami a tiež od pacientov so schizofrénnymi ochoreniami. Pri štúdiu literatúry sme sa dostali k zaujímavým zisteniam týkajúcich sa traumatizácie v detstve ľudí s diagnózou schizofrénia. Rozhodli sme sa ponúknuť jeden z článkov vo forme konspektu, do ktorého vybrala podstatné informácie Mgr. Martina Petriková. Ponechali sme pre záujemcov aj odkazy na literatúru. V súvislosti s témou snád' stojí za zmienku, že Bleulerova škola už celé storočie rozlišuje primárne a sekundárne symptómy a potom ešte základné a akcesórne a že Manfred Bleuler publikoval v roku 1972 rozsiahlu monografiu, ktorej názov v slovenčine by bol „Schizofrénne psychické poruchy vo svetle dlhodobých klinických a rodinných kazuistík“, išlo o vzorku 208 pacientov s diagnózou schizofrénia, ktorých lognitudinálne sledoval 23 rokov. V dôkladných rodinných a osobných anamnézach zaznamenal, že zlé rodinné pomery a zlé zaobchádzanie v detstve zhoršovali priebeh porúch. V tejto aj v ďalších prácach zdôrazňoval, že aj pri vzniku a priebehu tejto poruchy hrá rolu nielen heredita ale aj nepriaznivá životná skúsenosť a životné udalosti. Na základe jeho zistení rozpracovali ďalší autori model vulnerability a stresu pri schizofréniiach.

Autor poznámky: prof. MUDr. Jozef Hašto, Pro mente sana, Bratislava, e-mail: j.hasto.tn@gmail.com

Schizofrénia je závažné, komplexné psychiatrické ochorenie charakterizované nedostatkom prejavov citov a emoционаality a zmenami v myslení, vnímaní a správaní. U mnohých pacientov sú prítomné bludy a halucinácie, taktiež aj nesprávne chápanie reality (1). Traumatizácia v detstve je jedným z environmentálnych faktorov, ktoré zvyšujú riziko vzniku tohto ochorenia (2). Nedávne štúdie potvrdili zvýšený výskyt traumatizujúcich zážitkov z detstva u pacientov so schizofréniou (3,4). Ďalšie poznatky potvrdzujú súvislosti medzi nepriaznivými zážitkami z detstva a zvýšenou psychopatológiou, symptomatológiou a kognitívnymi deficitmi (5, 6), zvýšeným výskytom psychózy (7), general multifunctioning (8) a častejšou hospitalizáciou (9).

**Výskumná vzorka a metódy**

Štúdia prebiehala na psychiatrickom oddelení Univerzitetnej nemocnice v Zagazig na 104 schizofrenických pacientoch (priemerný vek 35,5 rokov, 79,8 % mužov). Testovacia procedúra pozostávala z týchto krokov:

- 1) semi-štruktúrovaný rozhovor na zistenie sociodeografických údajov;
- 2) štruktúrované klinické interview SCID-I;
- 3) štandardizované klinické interview PANSS na posúdenie prítomnosti pozitívnych a negatívnych príznakov schizofrénie a všeobecnej psychopatológie za posledných 7 dní. (10, 11);
- 4) dotazník ACE-IQ (Adverse Childhood Experiences – International Questionnaire), ktorý deteguje traumatizujúce skúsenosti z detstva a delí ich do 13 kategórií: fyzické a emočné týranie, sexuálne zneužívanie, násilie medzi členmi domácnosti, starostlivosť o člena rodiny, ktorý je fyzicky alebo psychicky chorý, mal samovražedné sklony, bol odsúdený do väzenia, dysfunkcie rodiny ako je smrť jedného alebo oboch rodičov, rozvod alebo odlúčenie rodičov, emočné a fyzické zanedbávanie, zneužívanie alkoholu a návykových látok v rodine, kolektívne násilie, šikanovanie (12).

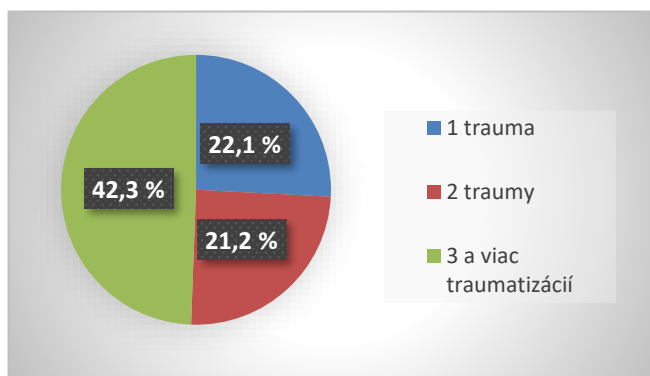
## Výsledky

V tabuľke 1 uvádzame deskriptívne rozloženie dát vo vzorke.

**Tabuľka 1. Sociodemografické charakteristiky súboru.**

	n	%
<b>Pohlavie</b>		
muži	496	48,7
ženy	522	51,3
<b>Vek</b>		
18-24 r.	110	10,8
25-34 r.	187	18,4
35-44 r.	199	19,5
45-54 r.	166	16,3
55-64	168	16,5
65 a viac	188	18,5
<b>Spôsob života</b>		
s manželom/manželkou	551	54,1
s partnerom/kou bez manželského zväzku sami	120	11,8
s rodičmi	162	15,9
185	18,2	
<b>Dosiahnuté vzdelanie</b>		
základné	137	13,5
SOU bez maturity	272	26,7
Stredná škola s maturitou	382	37,5
vysokoškolské	227	22,3
<b>Ekonomická aktivita</b>		
zamestnaný	557	54,7
podnikateľ, SZČO	83	8,2
v domácnosti, aj mat. dovolenka	35	3,4
nezamestnaný	36	3,5
študent	60	5,9
invalidný dôchodca	19	1,9
starobný dôchodca	228	22,4

Traumatizujúce zážitky z detstva sa potvrdili u 89 (85,6 %) respondentov. Početnosť traumatizujúcich zážitkov podľa ACE-IQ uvádzame v grafe 1.



**Graf 1. Početnosť traumatizácie podľa ACE-IQ (n=89).**

Tabuľka 2 uvádza najčastejšie formy traumatizácie v detstve podľa ACE-IQ. Najčastejšou formou traumatizácie bolo násilné správanie člena v domácnosti voči matke alebo niekomu v domácnosti (49,1 %) emočné zanedbávanie (36,5 %), absencia jedného alebo oboch rodičov, odlúčenie rodičov alebo rozvod (22,1 %).

Sociodemografické rozdiely medzi skupinami respondentov s a bez traumatizácie v detstve sú uvedené v tabuľke 3. Štatisticky významný rozdiel medzi respondentmi s traumou a bez traumy sa potvrdil vo vzdelaní ( $p \leq 0,001$ ) a mieste bydliska ( $p \leq 0,001$ ). Výsledky teda naznačujú, že výskyt traumatizácie súvisí s nízkou úrovňou vzdelania a miestom bydliska na vidieku.

Rozdiely v prítomnosti príznakov schizofrénie medzi skupinami s a bez traumatizujúcich zážitkov z detstva sú uvedené v tabuľke 4. Významný rozdiel vo výskyte traumy sa potvrdil medzi pacientmi s a bez pozitívnych príznakov (PANSS). Výsledky štatistickej analýzy potvrdili, že 3 a viac zážitkov traumatizácie podľa ACE-IQ súvisí s väčším výskytom pozitívnych príznakov schizofrénie podľa PANSS (tab. 5).

**Tabuľka 2. Výskyt nepriaznivých zážitkov z detstva vo výskumnej vzorke podľa ACE-IQ (n = 104).**

Kategórie	n = 104
Telesné týranie	21 (20,2 %)
Emočné týranie	20 (19,2 %)
Kontaktné sexuálne zneužívanie	13 (12,5 %)
Abúzer alkoholu a/alebo drog v domácnosti	9 (8,7 %)
Väznenie člena domácnosti	4 (3,8 %)
Niekoľko v domácnosti depresívny, duševne chorý inštitucionalizovaný alebo suicidálny	22 (21,2 %)
Matka a/alebo niekto v domácnosti bol vystavený násiliu	51 (49,1 %)
Jeden alebo žiadni rodičia, odlúčenie alebo rozvod rodičov	23 (22,1 %)
Emočné zanedbávanie	38 (36,5 %)
Telesné zanedbávanie	17 (16,3 %)
Šikanovanie	11 (10,6 %)
Násilie v spoločnosti	16 (15,4 %)
Kolektívne násilie	0 (0,0 %)
<b>Total:</b>	
Priemer (smerodajná odchýlka)	2,4 (1,7)
Medián (rozsah)	2 (0 - 6)

Tabuľka 3. Porovnanie pacientov s a bez traumatizácie v detstve vzhľadom na sociodemografické charakteristiky.

Sociodemografické charakteristiky	Pacienti bez traumatizácie v detstve podľa ACE-IQ (n = 15)	Pacienti s traumatizáciou v detstve podľa ACE-IQ (n = 89)	Test signifikancie	P
<b>Vek:</b>			T 0,2	0,8
Priemer (smerodajná odchýlka)	36,1 (11,5)	35,4 (9,4)		
<b>Pohlavie:</b>			$\chi^2$ 0,5	0,4
Muži	13 (86,7 %)	70 (78,7 %)		
Ženy	2 (13,3 %)	19 (21,3 %)		
<b>Status:</b>			$\chi^2$ 1,3	0,8
Slobodný/á	6 (40,0 %)	50 (59,3 %)		
Ženatý/ Vydatá	8 (53,3 %)	24 (26,9 %)		
Rozvedený/á; Vdovec/vdova	1 (6,7 %)	15 (16,8 %)		
<b>Vzdelanie:</b>			$\chi^2$ 50,8	≤0,001 HS
Analfabet, písanie a čítanie	0 (0,0 %)	8 (9,0 %)		
Primary; Preparatory education	1 (6,7 %)	28 (31,5 %)		
Secondary; High	14 (93,3 %)	53 (59,5 %)		
<b>Zamestnanie:</b>			$\chi^2$ 0,6	0,4
Zamestnaný/á	5 (33,3 %)	21 (23,6 %)		
Nezamestnaný/á	10 (66,7 %)	68 (76,4 %)		
<b>Miesto bydliska:</b>			$\chi^2$ 16,9	≤0,001 HS
Mesto	11 (73,3 %)	19 (21,4 %)		
Vidiak	4 (26,7 %)	70 (78,6 %)		

\*Poznámka: S = štatisticky signifikantný rozdiel

Tabuľka 4. Porovnanie pacientov s a bez traumatizácie v detstve v PANSS.

Príznačky	Pacienti bez traumatizácie v detstve podľa ACE-IQ (n = 15)	Pacienti s traumatizáciou v detstve podľa ACE-IQ (n = 89)	Test signifikancie	P
<b>Pozitívne PANSS:</b>			T 2,7	0,04 S
Priemer (smerodajná odchýlka)	14 (5,7)	20 (5)		
Medián (rozsah)	15 (7 - 27)	20 (9 - 31)		
<b>Negatívne PANSS:</b>			T 0,2	0,8
Priemer (smerodajná odchýlka)	19,3 (8,5)	18,9 (6,8)		
Medián (rozsah)	18 (7 - 32)	17 (9 - 37)		
<b>Celkovo PANSS:</b>			T 0,3	0,7
Priemer (smerodajná odchýlka)	34,3 (9)	33,7 (6,9)		
Medián (rozsah)	36 (18 - 49)	33 (23 - 59)		

\*Poznámka: S = štatisticky signifikantný rozdiel

Tabuľka 5 Súvislosti medzi celkovým skóre v ACE-IQ a PANSS u respondentov s traumatizujúcimi zážitkami v detstve.

Príznaky	ACE-IQ			F	P
	1 trauma (n = 23)	2 traumy (n = 22)	≥3 traumy (n = 44)		
<b>Pozitívne PANSS:</b>				2,6	<b>0,04 S</b>
Priemer (smerodajná odchýlka)	15,5 (4,8)	15 (5,1)	* 17,5 (4,8)		
Medián (rozsah)	15 (7 -24)	14,5 (7-27)	17 (7 - 31)		
<b>Negatívne PANSS:</b>				0,5	0,7
Priemer (smerodajná odchýlka)	18 (6,4)	19,8 (8,3)	19 (7,6)		
Medián (rozsah)	18 (9 - 3)	16,5 (10 - 37)	17 (12 - 36)		
<b>Celkovo PANSS:</b>				0,5	0,7
Priemer (smerodajná odchýlka)	31,9 (5,6)	34 (7,8)	34,4 (7,1)		
Medián (rozsah)	32 (23 - 41)	33 (24 - 59)	34 (23 - 57)		

\*Poznámka: S = štatisticky signifikantný rozdiel

## Diskusia

Cieľom práce bolo u 104 schizofrenických pacientov posúdiť súvislosti medzi ranými traumatizujúcimi zážitkami a schizofréniou.

85,6 % schizofrenických pacientov zažilo minimálne 1 typ traumatizácie v detstve. Len 14,4 % schizofrenických pacientov neudávalo zážitky traumatizácie v detstve. Vysoký výskyt traumatizácie v detstve u schizofrenických pacientov potvrdili aj viaceré štúdie (2, 3, 4, 5, 7, 13, 14, 15, 16).

Vo výskume schizofrenie dospelých respondentov Rosenberg a kol. (9) zistili, že iba 14 % respondentov nezažili žiadne nežiaduce udalosti v detskom veku, zatiaľ čo 18 % referovalo o jednom incidente, 22 % uvádzalo dva incidenty a 46 % malo tri alebo viac nepriaznivých zážitkov z detstva. Fyzické týranie (56 %) bolo najčastejším typom nepriaznivých udalostí v detstve, po ktorom nasledovalo svedectvo o násilí rodičov (49 %), odlúčenie alebo rozvod (36 %), sexuálne zneužívanie detí (34 %) a psychické ochorenie rodičov (21 %). Read et al. (17) preskúmali 51 štúdií uskutočnených v rokoch 1987 až 2005, ktoré odhalili zvýšenú úroveň sexuálneho a fyzického násillia medzi psychotickými pacientmi počas dospievania: sexuálne zneužívanie (48 % žien a 28 % mužov) a fyzické týranie (48 % žien a 50 % mužov).

Vysokú prevalenciu detskej traumatizácie v štúdií (85,6 %) možno podľa autorov vysvetliť skúmaním prítomnosti viacerých typov zlého zaobchádzania a skúseností detí (13 kategórií). Okrem toho sa štúdie chorých na schizofréniu od populačných líšia v mnohých metodických aspektoch, napríklad pri definovaní týrania, zneužívania alebo skúmaných druhoch traumy. Štúdie preto nie sú z dôvodu týchto faktorov porovnateľné (18).

Zvýšený výskyt domáceho násillia v Egypte možno vysvetliť v dôsledku toho, že stále prevláda násillné správanie voči ženám, najmä v nízkom sociálno-ekonomickom postavení a pri všeobecne akceptovanej kultúrnej praxi. Okrem

toho sa zdá, že ochrana pred domácim násillím, ktorú poskytujú zákon a vládne organizácie v Egypte, sú v porovnaní s niektorými inými národmi stále nedostačujúce. Miera uvádzaného sexuálneho zneužívania je v tomto výskume nízka, čo je pravdepodobne spôsobené kultúrnymi tabu a stigmatizáciou sexuálneho zneužívania detí (19). Pokiaľ ide o socio-demografické údaje v prípade schizofrenie s traumou/bez traumy, v tejto štúdií sa vyskytli vysoko štatisticky významné rozdiely medzi pacientmi s traumatizáciou v detskom veku a bez nej ( $p < 0,001$ ). Traumatizácia z detstva súvisí s nízkou úrovňou vzdelania a spôsobom života na vidieku. Nepotvrdili sme však významné rozdiely týkajúce sa iných sociálno-demografických charakteristík, ako sú pohlavie, rodinný stav a zamestnanie medzi pacientmi s a bez traumatizácie v detstve. Jedným z možných vysvetlení zistenia podľa autorov je, že sociálno-ekonomický status a úroveň vzdelania vo vidieckych regiónoch je oproti mestám nižšia. Výsledkom je, že rodičia sú viac zaneprázdnení a nemajú dostatok času na starostlivosť o deti.

Pokiaľ ide o vzťah medzi detskou traumou a schizofrenickými symptómami, táto štúdia ukazuje, že pacienti s nepriaznivými zážitkami v detstve sú významne asociovaní s pozitívnymi symptómami ako pacienti bez traumatizujúcich zážitkov. Tiež sa potvrdilo, že ťažké detské traumy (celkové skóre ACE  $\geq$  3traumy) sú spojené so závažnejšími pozitívnymi symptómami ochorenia. Tieto výsledky sa zhodujú s inými štúdiami (3, 5, 20, 21). Niektoré štúdie odhalili dôležitý vzťah medzi výskytom viacnásobných traumatizácií u detí ( $\geq$  4 traumy) a výskytom psychózy, najmä sluchových halucinácií (18, 22).

## Záver

Výskum potvrdil, že schizofrenní pacienti majú zvýšený výskyt traumatizujúcich zážitkov z detstva. Traumatizácia v detstve koreluje s výskytom pozitívnych symptómov schizofrenie, najmä pri troch a viac traumatizujúcich zážitkoch.

## Literatúra

1. **American Psychiatric Association:** Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association. BMC Med, 2013, 17, 133-137.
2. **Baudin G., Godin O., Lajnef M., Aouizerate B., Berna F., Brunel L., Dubreucq J.:** Differential effects of childhood trauma and cannabis use disorders in patients suffering from schizophrenia. Schizophrenia research, 2016, 175(1-3): 161-167.
3. **Schalinski I., Breinlinger S., Hirt V., Teicher M., Odewald M., Rockstroh B.:** Environmental adversities and psychotic symptoms: The impact of timing of trauma, abuse, and neglect. 2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
4. **Bonoldi I., Simeone E., Rocchetti M., Codjoe L., Rossi G., Gambi F., Fusar-Poli P.:** Prevalence of self-reported childhood abuse in psychosis: a meta-analysis of retrospective studies. Psychiatry research, 2013, 210(1): 8-15.
5. **Duhig M., Patterson S., Connell M., Foley S., Capra C., Dark F., Scott J.:** The prevalence and correlates of childhood trauma in patients with early psychosis. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 2015, 49(7): 651-659.
6. **Schalinski I., Teicher M.H., Carolus A.M., Rockstroh B.:** Defining the impact of childhood adversities on cognitive deficits in psychosis: an exploratory analysis. Schizophrenia research, 2018, 192: 351-356.
7. **Alvarez M.J., Roura P., Osés A., Foguet Q., Sola J., Arrufat F.X.:** Prevalence and clinical impact of childhood trauma in patients with severe mental disorders. The Journal of nervous and mental disease, 2011, 199(3): 156-161.
8. **Yung A.R., Cotter J., Wood S.J., McGorry P., Thompson A.D., Nelson B., Lin A.:** Childhood maltreatment and transition to psychotic disorder independently predict long-term functioning in young people at ultra-high risk for psychosis. Psychological medicine, 2015, 45(16): 3453-3465.
9. **Rosenberg S.D., Lu W., Mueser K.T., Jankowski M.K., Cournos F.:** Correlates of adverse childhood events among adults with schizophrenia spectrum disorders. Psychiatric Services, 2007, 58(2): 245-253.
10. **Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A.:** The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia Schizophrenia bulletin, 1987, 13(2): 261-276.
11. **Peralta V.M., Cuesta M.Z.:** Validation of positive and negative symptom scale (PANSS) in a sample of Spanish schizophrenic patients. Actas luso-espanolas de neurologia, psiquiatria y ciencias afines, 1994, 22(4): 171-177.
12. **World Health Organization:** Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ). [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/activities](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities). 2014.
13. **Andrianarisoa M., Boyer L., Godin O., Brunel L., Bulzacka E., Aouizerate B., Dubreucq J.:** Childhood trauma, depression and negative symptoms are independently associated with impaired quality of life in schizophrenia. Results from the national FACE-SZ cohort. Schizophrenia research, 2017, 185: 173-181.
14. **Yildirim M.H., Yildirim E.A., Kaser M., Guduk M., Fistikci N., Cinar O., Yuksel S.:** The relationship between adulthood traumatic experiences and psychotic symptoms in female patients with schizophrenia. Comprehensive psychiatry, 2014, 55(8): 1847-1854.
15. **Üçok A., Bıkmaz S.:** The effects of childhood trauma in patients with first-episode schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2007, 116(5): 371-377.
16. **Bennouna-Greene M., Bennouna-Greene V., Berna F., Defranoux L.:** History of abuse and neglect in patients with schizophrenia who have a history of violence. Child abuse & neglect, 2011, 35(5): 329-332.
17. **Read J., van Os J., Morrison A.P., Ross C.A.:** Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2005, 112(5): 330-350.
18. **Vallejos M., Cesoni O.M., Farinola R., Bertone M.S., Prokopez C.R.:** Adverse childhood experiences among men with schizophrenia. Psychiatric Quarterly, 2017, 88(4): 665-673.
19. **Rajkumar R.P.:** The impact of childhood adversity on the clinical features of schizophrenia. Schizophrenia research and treatment, 2015. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.
20. **Hirt V., Schalinski I., Rockstroh B.:** Decoding the impact of adverse childhood experiences on the progression of schizophrenia. Mental Health & Prevention, 2019, 13: 82-91.
21. **Hacıoğlu Yildirim M., Yildirim E.A., Kaser M., Guduk M., Fistikci N., Cinar O., Yuksel S.:** The relationship between adulthood traumatic experiences and psychotic symptoms in female patients with schizophrenia. Comprehensive psychiatry, 2014, 55(8): 1847-1854.
22. **Álvarez M.J., Masramon H., Peña C., Pont M., Gourdier C., Roura-Poch P., Arrufat F.:** Cumulative effects of childhood traumas: polytraumatization, dissociation, and schizophrenia. Community mental health journal, 2015, 51(1): 54-62.

*Do redakcie došlo 12.6.2020.*

**Konspekt vypracovala**

**Mgr. Martina Petříková**

E-mail: [mm.petrikova@gmail.com](mailto:mm.petrikova@gmail.com)