

MUDr. Ľubica Forgáčová, PhD.

VZŤAH PARANOIDNÉHO SYNDRÓMU K OSOVÝM DISPOZÍCIÁM

recenzent: Prof. PhDr. Anton Heretik, CSc.

dizertačná práca 2003



Vydané s podporou spoločnosti Lundbeck

Lundbeck



MUDr. Ľubica Forgáčová, PhD.
dizertačná práca 2003

VZŤAH
PARANOIDNÉHO
SYNDRÓMU
K OSOVÝM
DISPOZÍCIÁM

recenzent: prof. PhDr. Anton Heretik, CSc.

PREDSLOV

V spoločnej edícii Psychiatrickej spoločnosti SLS a firmy Lundbeck vychádza ďalšia podnetná práca, tentoraz od odbornej asistentky Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave MUDr. Ľubice Forgáčovej, PhD. Venuje sa vzťahu paranoidného syndrómu k osovým dispozíciám. V súčasnej fáze prudkého rozvoja farmakoterapie a semištandardných diagnostických klasifikačných systémov bol terapeutický nihilizmus nahradený psychopatologickým pragmatizmom. Deskripcia prevládla nad etiopatogenetickým myslením. Práca je preto oceneniahodným návratom ku témam klasickej psychopatológie modernou výskumnou metodológiou. Rozvíja myšlienky bratislavskej psychopatologickej školy prof. MUDr. Ernesta Guensbergera a školiteľa autorky doc. MUDr. Juraja Fleischera. Je významná ako pre psychiatrickú teóriu, tak aj pre klinickú prax. Autorka to ostatne veľmi pekne formulovala v osobne koncipovanom úvode o prežívaní „prakticko-bádateľskej“ a „teoretickej“ stránky psychiatrickej diagnostiky v každodennej klinickej praxi.

Teoretická časť je výborným prehľadom historického vývinu názorov na symptomatológiu a etiopatogenézu paranoidného syndrómu a paranoidných stavov a ich postavenie v súčasných klasifikačných systémoch. Osobitne sa venuje otázke psychopatológie bludu, jeho vzniku a bludnej štruktúre. Za jadrové možno pokladať tie časti, kde sa zaoberá špecifickými a nešpecifickými psychopatologickými syndrómami a osobitne vzťahom paranoidného syndrómu k osovým dispozíciám. Opiera sa o práce viedenskej školy P. Bernera a spol. a koncepcie J. Fleischera, podľa ktorých možno predbežne určiť vzťah poruchy k etiológii na základe prierezovej symptomatológie. Berner predpokladá existenciu 3 endogenomorfných osových syndrémov (cyklotýmneho, schizofrénneho a organického), ktorých prejavy môžu byť v klinickom obraze kombinované s akcesórnymi príznakmi. Syndrémová genéza a teda i manifestácia psychopatologických prejavov nie je náhodná a riadi sa pravidlami, ktoré sú empiricky poznateľné. Pri kombinácii je jeden syndrém vždy menej špecifický (sekundárny, akcesórný) a môže pôsobiť na syndrém viac špecifický (primárny, osový). V tomto chápaní vystupuje paranoidný syndrém ako nešpecifický a formuje sa v závislosti od osového (špecifického) syndrómu.

Na teoretických východiskách, ktoré sa opierajú o rozsiahle znalosti literatúry nielen dominujúcej anglosaskej, ale i nemeckej, ruskej a francúzskej proveniencie, postavila autorka aj metodológiu výskumného projektu o vzťahu paranoidného syndrómu k osovým dispozíciám. Rozhodla sa popísať psychopatologické príznaky čistého paranoidného syndrómu a vytvoriť škálu na jeho meranie, poukázať na zmeny psychopatologického obrazu paranoidného syndrómu v závislosti od osových syndrémov a kvantifikovať ich. Výskumný súbor tvoril úctyhodný počet 109 psychiatrických pacientov, starších ako 18 rokov s paranoidným syndrómom. Vylučujúcimi znakmi boli poruchy vedomia a akútne somatické ochorenia. Diagnosticky bol súbor zložený z pacientov so schizofréniou, afektívnymi, bludovými a organickými poruchami. V rámci predvýskumu vytvorila Škálu pre čistý paranoidný syndrém (SCPS) – sedempoložkovú posudzovaciu škálu Likertovho typu, ktorej použitie a vnútornú konzistenciu overila na súbore 39 pacientov. Na meranie osových syn-

drómov autorka použila celú batériu štandardných psychiatrických posudzovacích škál (BPRS, PANSS, HAMD, YMRS, MMS) a 2 škály na meranie úrovne bludnej štruktúry (Kendler, Eisen).

Výsledky potvrdili vysokú vnútornú konzistenciu novovytvorenej škály SCPS. Overila sa štatisticky významná negatívna závislosť medzi mierou osových syndrómov – schizofrénneho (výsledky BPRS, PANSS), afektívneho (HAMD), organického (MMS) a čistého paranoidného syndrómu (SCPS). Tento vzťah sa nepotvrdil pri porovnaní s výsledkami už existujúcich škál na meranie bludnej štruktúry (Kendler, Eisen), ktoré nešpecifikujú prejavy primárneho a sekundárneho syndrómu. Výsledky sú interpretované a diskutované v kontexte východzej teórie a s dôsledkami pre klinickú prax.

Široká obec slovenských psychiatrov pozná Dr. Forgáčovú z jej vystúpení na seminároch a konferenciách, či z atestačnej prípravy na SZU. Predložená práca potvrdzuje, že jej prednášky vychádzajú nielen zo znalostí psychiatrickej literatúry, ale aj z originálnych výsledkov vlastného empirického výskumu.

prof. PhDr. Anton Heretik, CSc.
Katedra psychológie FF UK

V Bratislave, 25.mája 2006

OBSAH

1. ÚVOD	7
2. SÚČASNÉ TRENDY V PSYCHOPATOLOGICKOM VÝSKUME	8
3. PARANOIDNÝ SYNDRÓM	11
3.1. Problém terminológie	11
3.2. Nešpecifickosť paranooidného syndrómu	12
3.3. Klinický popis paranooidného syndrómu	13
3.4. Čistý paranooidný syndróm	15
4. OSOVÉ SYNDRÓMY, OSOVÉ DISPOZÍCIE	16
5. SYNDRÓMOVÁ GENÉZA	18
6. TÉZY, TEORETICKÉ VÝCHODISKÁ A CIELE VÝSKUMU	21
7. METÓDA	23
7.1. Výskumný plán	23
7.2. Posudzovacie stupnice	24
7.2.1. Stupnice zamerané na meranie primárnych syndrómov	24
7.2.2. Stupnice zamerané na hodnotenie bludnej štruktúry	25
7.2.3. Diskusia	25
8. ŠKÁLA PRE ČISTÝ PARANOIDNÝ SYNDRÓM (SCPS)	27
9. VÝSLEDKY	29
9.1. Charakteristika súboru	29
9.2. Škála pre čistý paranooidný syndróm	31
9.3. Celý súbor	37
Medziškálové vzťahy v celom súbore	37
9.4. Diagnostické skupiny	37
Medziškálové vzťahy v diagnostických skupinách	39
9.4.1. Diagnostická skupina SCHIZOFRÉNIE	41
9.4.2. Diagnostická skupina AFEKTÍVNE PORUCHY	43
9.4.3. Diagnostická skupina ORGANICKÉ PORUCHY	44
9.4.4. Diagnostická skupina PORUCHY S BLUDMI	46
10. DISKUSIA	49
11. ZÁVER	56
12. LITERATÚRA	59

1. ÚVOD

V úvodoch sa tradične píše o skúmanej problematike, o cieľoch práce, o motívoch a zámeroch autora, o jeho očakávaníach od výskumu a podobne. Úvody sa nepíšu ľahko a vo väčšine prípadov sa paradoxne píše ako posledné. Svojím spôsobom sú už poznačené celým dielom autora. Nie je to inak ani v mojom prípade.

Od začiatku mojej psychiatrickej kariéry ma fascinovala psychopatológia. Spočiatku som si dostatočne jasne neuvedomovala, čo je na psychopatológii pre mňa také príťažlivé, či jej „prakticko – bádateľská“ stránka, s ktorou som bola denno-denne v klinickej praxi konfrontovaná pri odhaľovaní mnohorakosti a jedinečnosti jej prejavov u pacientov, alebo jej stránka teoretická, bohatá na hypotézy, dohady a vedecké špekulácie. Dnes už viem, že od začiatku to boli obe stránky. Postupne, ako som získavala istotu v klinickej praxi, strácala som „pôdu pod nohami“ v oblasti teoretickej a naopak. Dizertačná práca mi poskytla možnosť „zmerať si sily“ na oboch „frontoch“ psychopatológie.

Téma, ktorej sa venujem v dizertačnej práci, vo mne dozrievala dlhšiu dobu a bola vyústením podnetných diskusií s docentom Fleischerom, neskôr mojím školiteľom, ktorý sformuloval námet témy dizertačnej práce do konečnej podoby: „Vzťah paranoidného syndrómu k osobným dispozíciám“. Téma vystihuje práve tie zvláštnosti psychopatológie, pre ktoré sa stala pre mňa neuveriteľne pútavou: originálny výskum, ktorý sa odvíja od klinickej empirie a nevyčerpatelné teoretické problémy.

Cieľom teoretickej časti dizertačnej práce je poukázať na niektoré teoretické problémy klinickej psychopatológie, ktoré súvisia s uvedenou témou práce (problém terminológie, problém špecifickosti a nešpecifickosti psychopatologických syndrómov, čistý paranoidný syndróm, syndrómová genéza, koncept osobných syndrómov a osobných dispozícií) a poukázať na viaceré prístupy riešenia týchto problémov v priebehu histórie psychiatrie. Cieľom výskumnej časti dizertačnej práce je kvantifikovať vzťah paranoidného syndrómu k osobným dispozíciám.

V Bratislave, 1. 3. 2003

Poznámka

V predloženej publikácii je uvedená skrátená verzia teoretickej časti a výber výsledkov výskumnej časti obhájenej doktorskej dizertačnej práce. Niektoré témy teoretickej časti práce boli postupne publikované v odborných psychiatrických časopisoch (problém klasifikácie paranoidných stavov, teórie bludov, možnosti skúmania bludnej štruktúry, problém nozologickej špecifickosti psychopatologických syndrómov, koncepcia tzv. bizarných bludov, význam afektívnych symptómov pri vzniku porúch s bludmi), preto som ich do výberu tejto publikácie nezaradila, prípadne ich spomínam iba okrajovo.

Autorka

Bratislava, máj 2006

2. SÚČASNÉ TRENDY V OBLASTI PSYCHOPATOLOGICKÉHO VÝSKUMU

Paranoidný syndróm (jeho hlavné charakteristiky, vznik a vývoj, priebeh a vzťah k iným syndrómom) je predmetom klinickej psychopatológie, presnejšie psychopatologickej syndromológie. Doposiaľ však nejestvuje jednotná, všeobecne akceptovaná teória psychopatológie. Ide skôr o pestrú paletu názorov a teórií biologických, psychologických aj filozofických.

Jednou z možností je prijať medicínsky model psychopatológie, to znamená predpokladať, že psychické choroby sú aj telesnými chorobami, hlavne mozgovými. Príčinný vzťah medzi poruchou mozgu a psychopatologickými príznakmi sú známe, ale nedostatočne preskúmané a súčasné poznatky nedovoľujú formulovať jednoznačné závery a jednotnú teóriu psychopatológie (*Taylor, 1979, Pichot, 1994*).

Od čias, kedy sa objavili prvé publikácie psychopatológie, sa vystriedali viaceré metódy psychopatologického výskumu, ktoré sa zameriavali na objasnenie fenomenológie psychických prejavov, ich patogenézy a postavenie v nozologických systémoch (*Scharfetter, Stassen, 1998*).

Fenomenologicko-deskriptívny prístup (podľa Jaspersa neskôr Schneidera) je viac zameraný na odhalenie vnútorného prežívania ako na pozorovanie vonkajšieho správania sa. Podľa *Hubera (2002)*, niektoré súčasné prístupy v psychiatrii podceňujú (dokonca odmietajú) jaspersiánsko-schneideriánsky prístup, čo znamená nebezpečenstvo, že psychopatológia stratí kompetencie v rámci výskumu aj v praxi.

Andreasen (1997) zdôrazňuje potrebu psychopatológie v súlade s názormi európskych psychiatrov. Podľa nej psychopatológia podľa Jaspersa a Schneidera bezpochyby predstavuje fundamentálnu oblasť v psychiatrii.

V súčasnosti proklamovaný ateoretický prístup, ktorý sa stal východiskom pre novú klasifikáciu duševných porúch, problém psychopatológie taktiež definitívne nerieši a pre psychopatológiu a psychopatologický výskum predstavuje určité ochudobnenie (*Lindquist, 1993, Berrios, 1999*).

Pod vplyvom pribúdajúcich poznatkov sa začína zdôrazňovať význam psychopatológie ako integratívnej vedeckej disciplíny (*Scharfetter, Stassen, 1998, Kandel, 1998*). Hlavný cieľ psychopatológie – objasniť pôvod a podstatu duševných ochorení sa môže uskutočniť len v tesnej súčinnosti s ostatnými vedami ako sú genetika, biochémia, sociológia, psychofarmakológia, transkultúrna psychiatria atď. Úlohou psychopatológie nie je len zhromažďovať základné psychopatologické poznatky pre ďalší psychiatrický výskum, ale pôsobiť v tomto výskume ako integrujúci činiteľ.

V tejto súvislosti sa v poslednom období predkladajú nové, syntetické modely výskumu v psychopatológii (*Mishara, Schwartz, 1995, Leckman, Mayes, 1998*), ktoré by mali zahŕňať rôzne faktory, akými sú napríklad vulnerabilita, životné cykly (súvisiace s biologickými aj sociálnymi činiteľmi), psychosociálne vplyvy a sociálna opora, ktoré rôznym spôsobom

interferujú na jednej strane s genetickými a vrodenými faktormi a na strane druhej s osobnosťnými premennými.

Je veľmi pravdepodobné, že vďaka citlivejším a technicky dokonalejším diagnostickým metódam sa budú poznatky z oblasti biologickej psychiatrie dopĺňať a v súvislosti s koncipovaním nových, presnejšie formulovaných teórií vznikne záujem o podrobnejšie psychopatologické rozborly.

V priebehu posledných dvoch desaťročí sa výskum v psychopatológii koncentroval na kategorizáciu psychopatologických symptómov na základe ich reliability. Výsledkom takéhoto výskumu bol vznik operacionálnych kritérií a rôznych symptómových škál, ich použitie však z hľadiska etiopatogenézy nevedlo k vytváraniu dostatočne homogénnych jednotiek (*van Praag, 1999b*). Tento nedostatok niektorí autori vysvetľujú tým, že tie psychopatologické znaky, ktoré sú z hľadiska primárnej dysfunkcie významné, sa v klinickom obraze vyskytujú často len v diskkrétnej podobe a z hľadiska použitia operacionálnych kritérií a škál sú irelevantné (*Berner, 1997*).

Zástancovia na symptóm orientovaného prístupu (*Costello, 1992, Berner, 1997*) vychádzajú z predpokladu, že základné psychopatologické procesy sa prejavujú špecifickými symptómami. Cieľom psychiatrického výskumu by mali byť tieto primárne dysfunkcie, ktoré sú málokedy nozologicky špecifické, ale sú funkčne špecifické (*van Praag, 1999a, 2000*).

V oblasti psychopatologického výskumu sa množia práce, v ktorých sa uplatňujú metódy štatistické, matematické a kybernetické (*Spitzer, 1995, Moller, 2001*), ktoré slúžia k vytváraniu symptómových klastrov (*Meehl, Golden, 1982*), rôznych modelov (multidimenzionálne a pravdepodobnostné prístupy) (*Bell a spol., 1998*) a k simulácii syndrómov pomocou neuronálnych sietí (*Spitzer, 1995*).

V odbornej psychiatrickej obci sa objavujú zaujímavé názory, podľa ktorých východiskom pre zložitú problematiku psychopatológie môže byť systémový prístup (*Fleischer, 1997*), na základe ktorého možno formulovať všeobecne platné zákonitosti psychopatologickej výstavby duševných porúch, pri ktorých jednotlivé komponenty možno považovať za subsystémy.

Tieto názory sa opierajú o zistenia, že v našom svete fungujú v systémoch určité procesy, ktorých mechanizmus vykazuje univerzalitu bez ohľadu na kvalitu subsystémov, čiže častí, ktoré ich tvoria. Práve preto je možné vypracovať univerzálnu teóriu procesov, ktorá by umožňovala popísať a vysvetliť správanie sa takýchto systémov.

Takúto teóriu sa pokúsil vypracovať *Haken (1978)* a nazval ju „synergetika“. Názov má vyjadrovať skutočnosť, že v skúmaných systémoch ide o vzájomnú interakciu subsystémov, ktorá napokon privádza tieto systémy do nových kvalitatívne odlišných stavov. Skutočná príčina kvalitatívnych zmien sa nehladá v často neprehľadných vonkajších príčinách, ale vo vnútornej dynamike systému.

Na záver tejto časti možno konštatovať, že klinický psychopatologický výskum je v súčasnosti limitovaný mnohými činiteľmi. Medzi najdôležitejšie z nich patria rôznorodosť prístupov a nejednotnosť názorov na psychopatológiu, nepreukázateľnosť špecifickosti psychopatologických symptómov a syndrómov, odlišná forma a obsah psychopatologic-

kých fenoménov a základné metodologické problémy dynamické (subjektívne ovplyvnenia skúmaných javov) a statické (nespolahlivosť prostriedkov výskumu).

Príspevkom k možnostiam psychopatologického výskumu je aj metóda, vypracovaná pre potreby výskumu v rámci dizertačnej práce s názvom „Vzťah paranoidného syndrómu k osobným dispozíciám“.

3. PARANOIDNÝ SYNDRÓM

3.1. Problém terminológie

Paranoidný syndróm patrí medzi základné psychopatologické syndrómy a blud vzťahovosti medzi základné psychopatologické symptómy. Viacerí autori upozorňujú, že týmto fundamentálnym témam v psychiatrii sa z hľadiska výskumu nevenuje dostatočná pozornosť, pričom len systematický výskum psychopatologických symptómov a syndrómov prispeje k porozumeniu vzniku zložitejších štruktúr, akými sú paranoidné poruchy (Eisen a spol., 1998, Munro, 2000).

Prídavné meno „*paranoidný*“ je odvodené od gréckeho slova „*paranoia*“, čo v preklade znamená „mimo seba“. Hippokrates používal tento výraz na označenie delirantného stavu s vysokými teplotami. V ďalšom období sa termínom označoval stav demencie alebo šialenstva. Termín postupne upadal do zabudnutia. Znovuzrodenia sa dočkal až v 19. storočí, kedy sa do centra pozornosti vtedajších psychiatrov dostala problematika paranoidných stavov.

Termín „*paranoidný*“ sa v psychiatrii používa nejednotne. Podľa klasickej nemeckej psychiatrie sa termín vzťahuje ku všetkým typom bludov, ktoré jedinec produkuje (Peters, 1967, Berner, Kufferle, 1981). V anglicky hovoriacich krajinách sa termín používa v užšom význame, na označenie bludov perzekučných a vzťahovačných (Kendler a spol., 1989, Schwartz, 1963). V súčasnej nemeckej psychiatrii sa termín používa na označenie určitej bludnej štruktúry: nesystemizované bludy „*paranoidné*“ na rozdiel od systemizovaných bludov „*paranoických*“ (Berner a spol., 1986, Musalek a spol., 1999). Vo Francúzsku sa termín „*paranoide*“ používa výlučne na pomenovanie formy schizofrénie (Pull, 1995).

Termín „*paranoidný*“ sa často používa na označenie podozrievavého, nepriateľského, kverulačného či žiarliveckého správania, bez toho, aby sa rozlišovalo, či ide o variant normálneho správania alebo o psychopatologické príznaky duševnej poruchy. Manschreck (1979, 1996) v tejto súvislosti doporučuje zvážiť niekoľko dôležitých skutočností. Označenie „*paranoidný*“ má byť vyhradené pre prípady, kedy klinik na základe psychiatrického vyšetrenia usúdi, že ide o psychopatologické fenomény. Tieto nemusia byť späté len so schizofróniou, ale sa môžu vyskytovať aj pri iných duševných a telesných poruchách. Inými slovami, paranoidné príznaky poukazujú na prítomnosť psychopatológie, nepoukazujú však na špecifické príčiny alebo špecifický priebeh ochorenia, sú nešpecifické.

Aby sa predišlo terminologickým nejasnostiam, v anglicko-americkej literatúre doporučuje Winokur (1977) používať novší, históriou nezaťažený, ale doposiaľ málo vžitý širší pojem „*delusional*“ (bludový). Termín sa objavil aj v súvislosti so zavedením novej diagnostickej kategórie v klasifikácii Americkej psychiatrickej asociácie DSM-III-R (1987) – *delusional disorder* (porucha s bludmi), ktorej hlavným prejavom sú bludy rôzneho obsahu. Viedenský autori (Berner, 1972, Berner, 1982, Berner a spol., 1992), ktorí sa skúmaniu paranoidných stavov systematicky venujú už niekoľko desaťročí, poukazujú na mnohoraké významy termínu „*paranoidný*“. Vo svojich novších odborných príspevkoch (v anglickom jazyku) používajú aj doporučujú používať namiesto termínu „*paranoidný*“ termín „*bludový*“ (angl. „*delusional*“).

3.2. Nešpecifickosť paranoidného syndrómu

Otázka nozologickej špecifickosti psychopatologických syndrómov nie je doriešená. Vo všeobecnej medicíne, všetky syndrómy, ktoré nie sú jednoznačne definované na základe etiológie, sa označujú ako syndrómy neznámeho pôvodu. Berúc do úvahy skutočnosť, že na základe súčasných poznatkov nie je možné jednoznačne preukázať špecifickosť psychiatrických syndrómov, mala by sa v psychiatrii uplatňovať taká istá konvencia. Rozlišovanie syndrómov z hľadiska dichotómie špecifický/nešpecifický alebo primárny/sekundárny predpokladá jednoznačné poznatky o kauzalite a o jej dôsledkoch. V opačnom prípade, takýto prístup k psychiatrickým syndrómom môžeme považovať iba za hypotetický.

Otázkou špecifickosti sa zaoberal v 50-tych rokoch napríklad Weitbrecht (*podľa Šedivec, 1988*), ktorý došiel k uzáveru, že nejestvuje symptóm, ktorý by bol špecifický pre určitú diagnózu. Predpokladal však, že sa podarí preukázať špecifické symptómové komplexy, ktoré umožnia stanoviť diagnózu na základe klinického obrazu.

Špecifickosť psychopatologických syndrómov obhajoval aj *Snežnevskij (1960)*, ktorý sa pokúsil roztriediť psychopatologické syndrómy podľa stupňa nozologickej špecifickosti. Podľa jeho predstáv by špecifickosť mala vyplynúť zo zložitých vzájomných vzťahov etiológie a patogenézy v priebehu každej duševnej choroby. Bol ovplyvnený evolucionisticky orientovanými francúzskymi psychiatrami, ktorí presadzovali predstavu hierarchického usporiadania psychopatologických syndrómov.

V 70. rokoch minulého storočia Berner so svojimi spolupracovníkmi popísali ošové syndrómy, ktoré z hľadiska prebiehajúcej poruchy považujú za špecifické (*Berner, Kufferle, 1981, Berner a spol., 1992*).

Úvahy o nešpecifickosti paranoidného syndrómu siahajú do obdobia 19. storočia, kedy sa veľmi intenzívne riešila otázka diagnostiky a zatriedovania paranoidných stavov v rámci psychiatrickej nozológie, formovali sa rôzne koncepcie a postupne sa objavovali výsledky systematickejších klinických štúdií. V tomto období Kahlbaum v r. 1863 (*podľa Manschreck, 2000*) popísal paranoju a poukázal na skutočnosť, že paranoidné príznaky sú nešpecifické a môžu sa vyskytovať pri mnohých ochoreniach.

Mnohí autori v nedávnej minulosti prezentovali stanovisko, podľa ktorého bludy a halucinácie sú fenomény, ktoré môžu byť podmienené rôznymi bazálnymi dysfunkciami a z hľadiska diagnózy im neprisovali takú dôležitosť (*Edwards, 1972, Manschreck, Petri, 1978*). Aj ďalší autori získali presvedčenie, že pre diagnózu endogénnych psychóz sú rozhodujúce afektívne syndrómy a tzv. schizofrenické jadrové symptómy. (*Johnson, 1981, Knights, Hiesch, 1981, Schanda, Gabriel, 1988*) V prípade afektívnej poruchy aj v prípade schizofrenie môžu byť bludy a halucinácie rôzneho druhu a v rôznych kombináciách inkorporované, nemajú však primárne morbogénny charakter.

Schanda so spolupracovníkmi (1991) na základe skúmania dlhodobého priebehu psychóz poukazujú na skutočnosť, že paranoidné symptómy sa zoskupujú do viac alebo menej organizovaného paranoidného systému, ktorý sa ako superštruktúra môže manifestovať pri rôznych chorobných stavoch, pričom priebeh choroby nemusí byť nevyhnutne totožný

s priebehom paranoidných príznakov. Napríklad paranoidný syndróm, ktorý vzniká pri schizofrénii, môže ustúpiť, zatiaľ čo schizofrenický proces pokračuje ďalej a rozvíjajú sa deficitné symptómy.

Aj na základe novších neurobiologických štúdií sa v odbornej literatúre objavujú úvahy o tom, že psychotické príznaky (bludy a halucinácie) nie sú špecifické ani pre schizofréniu, ani pre ostatné duševné poruchy, schizoformné, symptomatické, organické či psychoreaktívne. Napríklad *Spitzer (1993)* sformuloval hypotézu, podľa ktorej bludy vznikajú ako dôsledok biologických kompenzačných mechanizmov. *Tsuang so spolupracovníkmi (2000)* považujú psychotické príznaky bludy a halucinácie za „horúčku“ ťažkých duševných ochorení – sú to závažné, avšak nešpecifické príznaky.

V odbornej psychiatrickej literatúre sa už od r. 1965 objavujú práce pracovníkov viedenskej školy, ktoré sa zameriavajú na skúmanie vzťahov medzi špecifickými (osobnými) a menej špecifickými (akcesórnymi) syndrómami. Na základe svojich štúdií, v ktorých skúmali paranoidný syndróm prierezovo aj z hľadiska dlhodobého priebehu, viedenski autori preukázali, že paranoidný (bludový) syndróm sa formuje v závislosti od osobných syndrémov endogénnych a organických duševných porúch (*Berner, Katschnig, 1983, Berner, 1999*).

3.3. Klinický popis paranoidného syndrómu

Príznaky paranoidného syndrómu, z praktického hľadiska, doporučujú niektorí autori rozdeliť na subjektívne, ktoré sú súčasťou súkromných obsahov prežívania (paranoidné koncepcie, bludy vzťahovačné, perzekučné, žiarlivecké, erotomanické, velikášske a iné) a na objektívne, ktoré možno identifikovať na základe pozorovania prejavov pacienta. Tradične sa za súčasť paranoidného syndrómu považujú napr. podozrievavosť, ostražitosť, vzťahovačnosť, hostilita, agresivita, dráždivosť, nedotklivosť, samotárstvo, mrzutosť, strata zmyslu pre humor, velikášstvo, zvýšené sebavedomie, dráždivosť, prípadne ďalšie, ktoré sa hodnotia v kontexte s bludnou produkciou a ďalšími psychopatologickými príznakmi (*Manschreck 1996, Manschreck, Petri, 1978*).

Pogády a Guensberger (1987) popisujú paranoidné syndrómy ako syndrómy, pri ktorých sú vedúcimi symptómami bludy alebo paranoidné koncepcie, ktoré obsahujú element katatýmneho prežívania.

Popisuje sa niekoľko štádií vývoja paranoidného syndrómu (*Peters, 1967, Roberts, 1992*). Štádium difúznej vzťahovačnosti vystrieda štádium, v ktorom sa bludné myšlienky skĺbia do bludnej sústavy. V ďalších štádiách sa bludný systém upevňuje a neustále aktualizuje novými podnetmi s vonkajšieho prostredia, inokedy naopak, pod vplyvom chorobných procesov sa kontinuita bludného systému naruší, dochádza k rozpadu syndrómu, ostáva len tzv. paranoidné rezíduum.

Paranoidný syndróm sa môže manifestovať pri rôznych chorobných stavoch, pričom priebeh choroby nemusí byť nevyhnutne totožný s priebehom paranoidných príznakov. Napríklad paranoidný syndróm, ktorý vzniká pri schizofrénii, môže ustúpiť, zatiaľ čo schizofrenický proces pokračuje ďalej a rozvíjajú sa deficitné symptómy. V rámci diferenciálne diagnostických úvah vzniká potreba bližšie charakterizovať paranoidný syndróm s cieľom určiť základné ochorenie. Svojráznosť paranoidného syndrómu neurčuje obsah bludu, ale

jeho bludná štruktúra. Túto skutočnosť zdôrazňujú vo svojich prácach mnohí autori (Munro, 1988, Manschreck, 1992).

Skupina viedenských autorov vypracovala postup, podľa ktorého možno prierezovo stanoviť charakter bludnej štruktúry. Postup, ktorý sa realizuje na štyroch úrovniach (osiach), zároveň do určitej miery poukazuje na podstatu a akútnosť prebiehajúcich patogenetických mechanizmov (Berner, Kufferle, 1981, Berner a spol., 1986). Na prvej úrovni viedenski autori, inšpirovaní prácami francúzskych psychiatrov Eya a Pujola (1955), klasifikujú bludový syndróm na základe popisu jeho štruktúrálnych a výstavbových prvkov. Výstavbové prvky možno rozdeliť do dvoch skupín: normálne výstavbové prvky (neporušené vnímanie, skutočné spomienky a spomienkové klamy) a psychopatologické (bludné nápady, bludné vnímania, pocity ovplyvňovania, misidentifikácia, ilúzie, halucinácie, fabulácie). Pokiaľ sa pri formovaní bludu uplatňujú výstavbové prvky prvej skupiny, blud sa formuje logicky (porozumiteľne) a postupne sa organizuje do koherentného systému – vznikajú „jednoduché bludové syndrómy“ (zodpovedajú klasickej koncepcii paranoje a paranoidného vývoja). Pri uplatnení patologických výstavbových elementov vznikajú „parafrenické syndrómy“ – bludy sa formujú paralogicky a môžu, ale nemusia sa ďalej organizovať do bludného systému. Na druhej úrovni sa vyhodnocuje vzťah bludov k vonkajšiemu svetu. Aj tu sa rozlišuje niekoľko typov bludov. Bludy, ktoré sa viažu na reálny svet, a bludy „odtrhnuté“ od reality (autistické). Na tretej úrovni sa posudzuje obsah bludov. Predpokladá sa, že dôležitú úlohu pri výbere témy zohráva osobná história pacienta ako aj samotný patogenetický mechanizmus (organický, endogénny, psychogénny). Na štvrtej úrovni sa stanovuje vzťah bludov k etiológii – stanovuje sa definitívna nozologická diagnóza. Ak to nie je možné, diagnóza ostáva na syndrómovej úrovni. Bludový syndróm klasifikovaný na úrovni 1-3 autori považujú len za superštruktúru („nadstavbu“), ktorá môže byť definovaná len s ohľadom na niektorý z tzv. osobných syndrómov.

Popisy samostatného paranoidného syndrómu možno nájsť v učebniciach psychiatrie, v ktorých sa okrem popisu uvádzajú aj poruchy, pri ktorých sa tento syndróm môže vyskytovať. Všeobecne sa kladie dôraz (okrem poruchy obsahov myslenia) na prítomnosť poruchy nálady (dysforická, často dráždivá) a na prítomnosť príslušnej zmeny osobnosti (stenická, astenická alebo stenicko-astenická). Prítomnosť ďalších príznakov závisí od poruchy, pri ktorej sa paranoidný syndróm vyskytuje, napríklad poruchy vnímania, apatická nálada, agitovanosť, zmätenosť, telesné príznaky a iné.

Manschreck (1979, 1992) rozlišuje paranoidný stav a paranoidný syndróm. Paranoidný stav sa vyznačuje prítomnosťou samostatných paranoidných príznakov pričom paranoidný syndróm predstavuje určitú konšteláciu psychopatologických príznakov, z ktorých len niektoré sú paranoidné.

V súvislosti s plánovaným uvedením novej diagnostickej kategórie do klasifikačného systému DSM-III – R (1987), bludovej poruchy, sa častejšie aj v odborných časopisoch objavovali práce zamerané na podrobnejšie popisy klinických obrazov paranoidných stavov, na základe ktorých sa neskôr štatistickými metódami stanovovali jej diagnostické kritériá (Lewis, 1970, Manschreck, 1979). Tvorcovia novej diagnostickej kategórie sa opierali

o práce klasikov psychiatrie a preverovali validitu a reliabilitu konceptov paranoidných stavov (*Kendler, 1980*).

3.4. Čistý paranoidný syndróm

Paranoidný syndróm môže byť samostatný, alebo sa môže kombinovať s inými syndrómami, endomorfnými, organickými alebo so syndrómami porušeného vedomia. Túto klinickú realitu reflektujú niektoré označenia, s ktorými sa možno stretnúť aj v domácej odbornej psychiatrickej literatúre. *Pogády a Guensberger (1987)* popisujú paranoidný syndróm v čistej forme, ktorý sa vyznačuje relatívnou neprítomnosťou ďalšej psychopatológie a vyskytuje sa pri paranoji a čiastočne pri parafrénií. *Žucha (1990)* hovorí o samostatnom paranoidnom syndróme vtedy, ak téma vzťahovosti dominuje a organizuje „okolo seba“ všetko psychopatologické dianie.

Podľa *Bernera a Katschniga (1983)* sa paranoidný (bludový) syndróm formuje v závislosti od osového syndrómu. Vzácnne sa vyskytuje v čistej forme, pri paranoji (paranoický sy), bez osovej dispozície a pravdepodobne vzniká psychogénne.

Manschreck (1978, 1979) doporučuje rozlišovať medzi paranoidným stavom a paranoidným syndrómom. Paranoidný stav sa vyznačuje prítomnosťou samostatných paranoidných príznakov, pričom paranoidný syndróm predstavuje určitú konšteláciu psychopatologických príznakov, z ktorých len niektoré sú paranoidné.

Na základe vyhodnotenia mnohých súborných prác venovaných problematike paranoidných stavov možno skonštatovať, že popisy samostatného paranoidného syndrómu zodpovedajú popisu klasickej paranoje: Bludy sú logicky sklbené, ale zakladajú sa na mylných, nesprávnych premisách. Majú tendenciu vytvárať pevný, koherentný bludný systém. Bludný systém je stabilný, presvedčenie hlboké a neodkloniteľné, má značný vplyv na konanie a zasahuje mnohé oblasti života postihnutého. Obsah bludného systému je zakotvený v realite, časté sú bludy paranoidné, perzekučné, kverulačné, žiarlivecké, inventórne, menej časté sú bludy erotomanické. Z ďalších príznakov, môžu byť prítomné stenicko-astenické črty osobnosti a dysforická nálada (*Manschreck, 1979, 1992; Kendler, 1981; Munro, 1988; Gelder a spol., 1989; Pull, 1995*). Označenie „samostatný“ prípadne „čistý“ vo väčšine týchto prípadov vyjadruje spoločnú skúsenosť autorov, týkajúcu sa klinického obrazu paranoidného syndrómu (neprítomnosť ďalšej psychopatológie) prípadne poukazuje na ich stanovisko ku klasifikácii paranoidných stavov (samostatná diagnostická jednotka).

Pracovníci viedenskej školy, ktorí sa problematikou paranoidných stavov zaoberajú systematicky už niekoľko desaťročí, v klinickej praxi uplatňujú pri vyhodnocovaní bludov postup, ktorý je zameraný na posúdenie obsahu aj formy bludu (bludnej štruktúry). V ich prácach sa v súvislosti s vyhodnocovaním bludnej štruktúry objavuje termín *čistý paranoidný syndróm*, ktorý má svoje presnejšie vymedzenie.

Viedenski autori, na základe vyhodnotenia bludnej štruktúry v závislosti od prítomnosti normálnych alebo patologických výstavbových elementov, rozlišujú niekoľko typov bludových syndrómov. Pokiaľ sa pri formovaní bludu uplatňujú normálne výstavbové elementy (neporušené vnímanie, skutočné spomienky a spomienkové klamy), vznikajú *jednoduché*

bludové syndrómy. Ak sa blud formuje logicky (zrozumiteľne) a postupne sa organizuje do systému, označuje sa ako *paranoický syndróm* (zodpovedá klasickej koncepcii paranoje). Ak sa blud formuje nie celkom logicky (nie celkom porozumiteľne), označuje sa ako *čistý paranoidný syndróm (Rein paranoides syndrom)* (Berner, 1972, Berner a spol., 1984, Berner a spol., 1986). Pri uplatnení patologických výstavbových elementov (bludné nápady, bludné vnímania, pocity ovplyvňovania, misidentifikácia, ilúzie, halucinácie, fabulácie) vznikajú *parafrenické syndrómy*. Prítomné bludy sa formujú paralogicky a môžu, ale nemusia sa ďalej organizovať do bludného systému (bludy paralogické, organizované alebo bludy paralogické, neorganizované).

4. OSOVÉ SYNDRÓMY A OSOVÉ DISPOZÍCIE

Symptómy, ktoré determinujú aktuálny stav a vytvárajú „kompletný obraz“ choroby, sa označujú ako charakteristické. Tradične sa zastáva názor, že takéto symptómy reprezentujú exemplárny typ niektorej z endogénnych porúch a predstavujú dôležité diagnostické kritérium. Symptómy, ktoré sa vyskytujú pri rôznych poruchách, sú pre konkrétnu poruchu necharakteristické, akcesórne. V jednotlivých prípadoch pozorujeme viac alebo menej „kompletný obraz“ exemplárneho typu endogénnej poruchy.

Jestvujú dve rozdielne metódy, ktorými sa možno v praxi dopracovať k validnej prierezovej diagnóze. Jedna spočíva v tom, že všetkým symptómom sa pripíše rovnaký význam, spočíta sa ich skóre a určí prah, kedy sú splnené kritériá pre danú poruchu (Costello, 1992, Sullivan, Kendler, 1998). Druhý prístup sa vyznačuje tým, že sa určia symptómy, ktoré z hľadiska diagnózy majú väčší význam, môžu určovať diagnostické kritériá. Tieto symptómy sa nazývajú *osové* (Hoche, 1912, podľa Berrios, Chen, 1993). Vo väčšine prípadov sa navzájom zokupujú a vytvárajú typický syndróm, ktorý sa potom označuje ako *osový syndróm*.

Predstavitelia viedenskej školy (Berner, 1980, Berner a spol. 1984, 1986) vypracovali pre schizofréniu, afektívne a organické poruchy výskumné kritériá (Vienna Research Criteria) a nazvali ich „osové syndrómy“. Osové syndrómy obsahujú také symptómy, o ktorých autori predpokladajú, že sú pre každú z uvedených porúch charakteristické a ľahko sa rozpoznávajú. Rozlišujú endogenomorfný – schizofrenický (formálne poruchy myslenia, neologizmy, citová plochosť), endogenomorfný-cyklotýmny (porucha biorytmov, zreteľná alterácia nálady a psychomotoriky) a organomorfný osový syndróm (porucha myslenia, pamäti a reči). Prípona „morfný“ má v prípade určenia osového syndrómu vyjadrovať jeho vzťah k určitej poruche, ktorej nozologická príslušnosť sa predbežne nedá spoľahlivo stanoviť. Termín „cyklotýmny“ prevzali zo Schneiderovej terminológie. Ďalšie kritériá, ako sú napríklad priebeh ochorenia, somatické príznaky, odpoveď na liečbu a genetické údaje, môžu predbežnú diagnózu potvrdiť alebo spochybníť (Berner, Katschnig, 1983, Berner a spol., 1992).

Organomorfný osový syndróm možno stanoviť len v prípade, ak sa jasne preukáže organické poškodenie mozgu. Hlavnými príznakmi sú poruchy myslenia a reči (pomalé, viskózne myslenie, perseverácie).

Viedenski autori popísali osové syndrómy a poukázali aj na vzťahy medzi nimi a akcesórnymi syndrómami. Vychádzajú z predstavy hierarchického usporiadania psychopatologických stavov (endogenomorfný–cyklotýmny, endogenomorfný – schizofrenický a endogenomorfný – organický osový syndróm), podľa ktorého u pacientov s organickými duševnými chorobami sa môžu vyskytnúť príznaky endogenomorfného schizofrenického aj cyklotýmneho osového syndrómu, bez genetickej predispozície voči schizofrénii alebo afektívnym psychózam. Na druhej strane pripúšťajú možnosť, že organické a endogénne poruchy sa môžu vyskytovať v koincidencii a upozorňujú na súčasný výskyt schizofrenického a afektívneho osového syndrómu u toho istého jedinca (schizoafektívna porucha).

Podľa tejto koncepcie majú endogénne psychózy svoje osové (primárne) syndrómy, ktoré môžu byť skryté alebo nekompletné a v klinickom obraze sa manifestujú syndrómy menej charakteristické (sekundárne). Skryté osové syndrómy (osové dispozície) disponujú k rozvoju sekundárnych syndrémov (*Berner, Katschnig, 1983*).

Z tohto hľadiska možno posudzovať aj rozličné bludové syndrómy podľa toho, či sa vyskytujú samostatne (paranoický syndróm), alebo sa kombinujú s niektorým s osových syndrémov. Pri schizofrénii nadobúdajú bludy svoj špeciálny charakter. Sú nepochopiteľné, paralogické, „odtrhnuté“ od reality, ich obsah je často bizarný, absurdný (bludy depersonalizačné, bludy ovplyvňovania, imputácia, amputácia myšlienok). Nedochádza k vytváraniu pevnejšieho bludného systému. Pri ľahších formách organického poškodenia mozgu (poruchy pamäti, intelektu, pozornosti, nevýpravné myslenie, perseverácie) sa môže manifestovať paranoidný syndróm, pri ťažších poruchách (deteriorácie psychických funkcií) sa pozorujú len fragmenty bludového syndrómu. Pri afektívnych poruchách sú bludné myšlienky logicky sklbené. Vzhľadom na prevažne akútne charakter ochorenia, bludy nevytvárajú bludný systém, pri zlepšení nálady bludy ustupujú. Intenzita príznakov (vrátane bludného prežívania) v priebehu dňa môže kolísť. Uvedené popisy reflektujú spoločný poznatok vyplývajúci z klinickej empirie. Možno ho interpretovať v duchu viedenských autorov aj tak, že štruktúra bludového syndrómu sa formuje (mení alebo „rozpadá“) v závislosti od osového syndrómu (schizofrenického, afektívneho alebo organického). Podľa Bernera a jeho spolupracovníkov má osový syndróm pre bludový syndróm dispozičný význam. Môže zdvihnúť jeho projekčnú schopnosť a podmieniť jeho vznik na klinickej úrovni (*Berner, 1972, Berner a spol., 1986*). Projekčná pohotovosť sa získava v individuálnom vývoji (nie je však vylúčené, že sa pri jej vzniku môžu uplatniť aj iné neznáme mechanizmy).

Diagnostika pracovníkov viedenskej školy sa principiálne odlišuje od tradičných diagnostických postupov. Pred apriórnym nozologickým zatriedňovaním poruchy uprednostňujú syndromologický prístup. Prierezovo, na základe klinického obrazu identifikujú osový syndróm (resp. znaky osového syndrómu), definitívnu nozologickú diagnózu stanovujú len v prípade evidentne preukázanej organickej príčiny.

5. SYNDRÓMOVÁ GENÉZA DUŠEVNÝCH PORÚCH

Manifestácia psychopatologických prejavov v klinických obrazoch psychických ochorení nie je náhodná, ale sa riadi určitými pravidlami (*Fleischer, 1997*). Komponentmi zložitejších psychopatologických stavov sú psychopatologické syndrómy. Tieto sa nevyskytujú nezávisle od seba, môžu sa kombinovať meniť a vzájomne ovplyvňovať. Tento jav možno označiť ako syndrómová genéza (termín použil *Wieck, 1978*).

Syndrómová genéza určitého psychopatologického stavu sa na rôznych stupňoch vyznačuje psychopatologickými prejavmi, ktoré sú sčasti odlišné kvantitatívne a sčasti kvalitatívne. Kvantitatívne sa vyvíjajú bazálne príznaky, ktoré sa stávajú zreteľnejšími v priebehu syndrómovej genézy psychopatologického stavu. Prejavová heterogénnosť rôznych štádií psychopatologického stavu súvisí s tým, že sa menia akcesórne prejavy (*Fleischer, Žucha, 1992*). Túto skutočnosť dokumentujú bohaté klinické skúsenosti, ktoré sa môžu interpretovať a formulovať rôzne.

V predchádzajúcich desaťročiach, do značnej miery tieto skúsenosti reflektovala teória evolucionisticky orientovaných psychiatrov, ktorá však, ako konštatuje *Fleischer (1997)*, nezískala väčšiu a trvalejšiu váhu, čo poukazuje na fakt, že sa nevenuje dostatočná pozornosť klinickým skúsenostiam, ktoré poukazujú na existenciu všeobecne platných pravidiel. Je dosť pravdepodobné, že tento, možno zdanlivý nezájum, súvisí so širším okruhom problémov, ktoré sa týkajú koncepcie duševných ochorení.

Smer nozologický (kategoriálny) definuje kategóriu (nozologickú jednotku), vytvára teoretické konštrukty a systematiku duševných chorôb, na ktorých je založená diagnostika. V každom storočí sformuloval a zostavil svoj nozologický systém veľkán psychiatrie (napr. Kraepelinova klasifikácia), ktorý zároveň aj garantoval jeho validitu. V tomto storočí sa prístup k nozológii zmenil – uplatňuje sa konsenzus expertov a validita systému sa overuje tzv. validizačnými štúdiami.

Smer antinozologický (dimenzionálny) presadzuje predstavu kontinua duševných porúch, kde sa jednotlivé entity odlišujú len dimenzionálne. Pri poruchách umiestnených na kontinuu sa predpokladá jednotný patogenetický základ. Cieľom je skúmať podobnosť medzi jednotlivými poruchami v rámci kontinua (podobnosť klinického obrazu, genetikých dispozícií, podobnosť v odpovedi na liečbu a v ďalších biologických premenných). Na základe týchto podobností sa poruchy zlučujú do spektier, napríklad paranoidné spektrum (*Munro, 1988*) alebo schizofrenické spektrum (*Parnas, Jorgenssen, 1989; Faraone a spol., 1995*). Dôkazom opodstatnenosti spektra má byť skutočnosť, že poruchy v rámci spektra môžu v oboch smeroch do seba prechádzať.

K antinozologickému smeru sa hlásia aj zástancovia koncepcie tzv. jednotnej psychózy. V polovici 19. storočia Griesinger (adoptoval Guislainov unitárny model psychózy) predpokladal, že rôzne chorobné duševné stavy sú vývojovými stupňami toho istého chorobného procesu (*podľa Marx, 1972*). O niečo neskôr aj ďalší autori, Weitbrecht a Petrilowitsch, vychádzali z predpokladu o jednotnom patogenetickom podklade endogénnych psychóz, avšak na rozdiel od pôvodnej Griesingerovej predstavy o usporiadaní chorobných duševných

stavov na vertikálnej rovine predpokladali, že jednotlivé chorobné stavy sú umiestnené na horizontálnej rovine. Popísali však aj mechanizmy medzi rôznymi psychopatologickými stavmi, ktoré vychádzajú z predstavy o usporiadaní porúch na vertikálnej úrovni (podľa *Fleischera*, 1997). Tento prístup sa od dimenzionálneho prístupu, ktorý posudzuje (porovnáva) chorobné jednotky umiestnené na horizontálnej rovine odlišuje tým, že neskúma len podobnosti medzi nimi, ale skúma aj ich vzájomné vzťahy.

Koncept jednotnej psychózy zo súčasných autorov zastáva *Crow* (1990, 1998, 1999), ktorý predpokladá, že nejednajú samostatné entity, ktoré majú odlišnú etiológiu, ale jedná varianta jednej entity, ktoré sa odlišujú v jednotlivých dimenziách. *Crow* postuluje spoločný genetický podklad psychotických porúch (Schizofrénia-schizoafektívna porucha-afektívne poruchy).

Na základe klinickej skúsenosti vieme, že niektoré psychické poruchy sa môžu v klinickom obraze prejavovať prakticky všetkými známymi psychopatologickými prejavmi, iné len určitým obmedzeným počtom. Hovoríme, že vzhľadom na pestrosť svojich psychopatologických prejavov dosahujú rôznu stupeň polymorfности.

V tomto smere sú prínosom práce *Snežnevského* (1983), ktorý sa pokúsil zoradiť duševné poruchy na základe stupňa polymorfности poruchy do stále sa zužujúcich okruhov v poradí: organické poruchy, genuinné epilepsie, symptomatické psychózy, schizofrénie, cyklofrénie, psychopatie a psychogénne poruchy. Najvyšším stupňom polymorfности sa vyznačujú organické duševné poruchy (najširší okruh ochorení), najnižším psychogénne duševné poruchy (najužší okruh ochorení). V smere zužujúcich sa okruhov klesá špecifickosť syndrómov. *Snežnevskij* akceptoval klinickú empiriu, ale inšpiroval sa aj prácami evolucionisticky orientovaných psychiatrov.

Títo autori sa pod vplyvom filozofického smeru evolucionizmu pokúsili interpretovať klinickú skúsenosť, podľa ktorej sa psychopatologické stavy v priebehu ochorenia môžu meniť a kompletizovať. Predpokladali, že klinický obraz psychickej poruchy závisí od vrstvy psychiky, t.j. hĺbky, do akej porucha zasiahla. Čím hlbšie porucha zasiahne, tým je jej obraz komplexnejší (*Ey*, 1963). Model evolucionistov vychádzal z predpokladu, že nervový systém je zostavený z onto aj fylogeneticky hierarchicky usporiadaných vrstiev, pričom vyššia vrstva kontroluje nižšiu. V duchu tejto predstavy, psychózy a neurózy nepredstavujú samostatné chorobné jednotky, ale len syndrómy, ktoré sa formujú v závislosti od vrstvy, do ktorej zasahujú – dezintegrácia niektorej vrstvy podmieni regresiu vo vrstve hlbšej (t.j. porucha postupne prechádza do hlbších vrstiev, ktoré sú fylogeneticky staršie) a klinický obraz psychickej poruchy závisí od vrstvy (hĺbky), do ktorej porucha zasiahla.

Berner so spolupracovníkmi (1980, 1986, 1992) popísali osový syndróm, ktoré z hľadiska prebiehajúcej poruchy považujú za špecifické (endogenomorfný schizofrenický, endogenomorfný cyklotýmny a organomorfný osový syndróm), zároveň však poukázali aj na ich vzájomné vzťahy s menej špecifickými akcesórnymi syndrómami. Poukázali na prípady, pri ktorých je osový syndróm skrytý a v popredí klinického obrazu sa manifestujú necharakteristické syndrómy (hovorí o tzv. deviacii od exemplárnej typológie). Tieto prípady sa v klinickej praxi často označujú ako atypické (*Berner*, 1980).

Pestrosť symptomatológie duševných porúch má podľa *Fleischera (1997, 1994)* pôvod v kombinovaní určitého okruhu psychopatologických syndrómov. Kombinácie sa uskutočňujú podľa pravidiel, ktoré možno považovať za všeobecne platné zákonitosti symptomatologickej výstavby psychických porúch a možno ich formulovať na základe systematického prístupu. Svoj názor opiera o zistenia, že v našom svete fungujú v systémoch určité procesy, ktorých mechanizmus vykazuje univerzalitu bez ohľadu na kvalitu subsystémov, čiže častí, ktoré ich tvoria. Výhodiskom pre formulovanie vyššie uvedených empirických zákonitostí sú poznatky o prejavovej polymorfности psychických porúch a nozologickej špecifickosti psychopatologických syndrómov. V zložitejšie štruktúrovanom psychopatologickom stave sa kombinujú dva alebo viac autonómnych komponentov, t.j. psychopatologických syndrómov (systém a subsystémy). Pri kombinovaní dvoch syndrómov je jeden vždy nozologicky menej a druhý viac špecifický. Syndróm menej špecifický (sekundárny, akcesórny) pôsobí stimulujúco na syndróm viac špecifický (primárny, osový). Pri vymiznutí primárneho syndrómu môže sekundárny ustúpiť. Syndróm primárny disponuje k rozvoju sekundárneho pri svojej čiastočnej prejavovej intenzite. Pri maximálnej intenzite primárneho syndrómu, pri jeho plnom rozvinutí, sekundárny syndróm ustupuje, klesá jeho intenzita, „rozpadá“ sa jeho psychopatologická štruktúra (*Fleischer, 1994*). Psychopatologické syndrómy v popísaných vzťahoch vystupujú ako reálne klinicko patogenetické jednotky, to znamená, symptomatologickej štruktúre zodpovedá patogenetická štruktúra.

Takto formulované empirické zákonitosti umožňujú vysvetliť mnohé špeciálne psychopatologické javy. Určité klinicky sa prejavujúce chorobné procesy sú vyvolané alebo podporované skrytými chorobnými procesmi ďalších systémov, súčasne na ne vplývajú, mobilizujú ich a zúčastňujú sa na zložitých vzájomných vzťahoch. Diagnostika sa zameriava na identifikáciu alebo vylúčenie skrytých komponentov v týchto zložitých patogenetických vzťahoch (*Molčan, Fleischer a spol., 1988*).

6. TÉZY, TEORETICKÉ VÝCHODISKÁ A CIELE VÝSKUMU

Tézy

- Manifestácia psychopatologických prejavov v klinických obrazoch psychických ochorení nie je náhodná, ale sa riadi určitými pravidlami.
- Komponentmi zložitejších psychopatologických stavov sú psychopatologické syndrómy. Tieto sa nevyskytujú nezávisle od seba, ale sa môžu kombinovať, meniť a vzájomne ovplyvňovať.
- Pravidlá, podľa ktorých sa syndrómy navzájom kombinujú, možno považovať za všeobecne platné empirické zákonitosti. Východiskom pre formulovanie týchto zákonitostí sú poznatky o prejavovej polymorfnosti psychických porúch a nozologickej špecifickosti psychopatologických syndrómov.
- V zložitejšie štruktúrovanom psychopatologickom stave sa kombinujú dva alebo viac psychopatologických syndrómov. Pri kombinovaní dvoch syndrómov je jeden vždy nozologicky menej špecifický, druhý viac špecifický.
- Syndróm menej špecifický (sekundárny, akcesórny) pôsobí stimulujuco na syndróm viac špecifický (primárny, osový). Pri vymiznutí primárneho syndrómu môže sekundárny ustúpiť. Syndróm primárny disponuje k rozvoju sekundárneho pri svojej čiastočnej prejavovej intenzite. Pri maximálnej intenzite primárneho syndrómu, pri jeho plnom rozvinutí sekundárny syndróm ustupuje, klesá jeho intenzita, „rozpadá sa“ jeho psychopatologická štruktúra.

Uvedené empirické zákonitosti sú predmetom psychopatologického výskumu dizertačnej práce.

Teoretické východiská

Najdôležitejšie skutočnosti, ktoré sú významné z hľadiska porozumenia cieľov výskumnej práce, a ktoré sa stali podkladom pre vypracovanie výskumnej metódy, sú uvedené v nasledujúcom súhrne:

- Termín „paranoidný syndróm“ používam v duchu klasickej nemeckej psychiatrie, podľa ktorej sa termín vzťahuje voči všetkým typom bludov, ktoré jedinec produkuje (*Peters, 1967, Berner, Kufferle, 1981*).
- Vychádzam z predpokladu, že paranoidný syndróm patrí medzi nešpecifické syndrómy a formuje sa v závislosti od osového (špecifického) syndrómu (*Manschreck, Petri, 1978, Schanda a spol., 1991, Spitzer, 1993*). Pre ďalšie triedenie paranoidného syndrómu je teda rozhodujúca prítomnosť osového syndrómu. V klinickom obraze sa musia rozlišovať symptómy paranoidného syndrómu a symptómy osového syndrómu. S postupným zvýrazňovaním osového syndrómu sa mení štruktúra paranoidného syndrómu.
- Pridržiavam sa klasifikácie bludových syndrómov na základe bludnej štruktúry podľa autorov viedenskej školy: jednoduché bludové syndrómy (paranoický a čistý paranoidný syndróm) a parafrenické syndrómy (*Berner a spol., 1986*).

- Termín „čistý paranoidný syndróm“ sa vzťahuje na prípady, kedy sa blud formuje logicky (porozumiteľne), bez účasti patologických výstavbových elementov a postupne sa organizuje do systému (Berner a spol., 1986).
- Akceptujem tradičný nozologický model usporiadania duševných porúch (tradičné členenie na organické, endogénne, psychogénne duševné poruchy) a koncepciu osových syndrómov (endogenomorfný schizofrenický, endogenomorfný cyklotýmny a organomorfný osový syndróm) a ich význam v diagnostike paranoidných stavov (Berner a spol. 1992).
- Osový syndróm má pre paranoidný syndróm dispozičný význam. Termín osová dispozícia chápem v kontexte so zákonitostami syndrómovej genézy. Osové syndrómy vytvárajú podmienky (disponujú) k prejavu sa akcesórnych (sekundárnych, nešpecifických) syndrómov (Berner a spol., 1986, Fleischer, 1997).
- Vychádzam z predpokladu, ktorý vychádza z klinickej empirie, že psychopatologické syndrómy sa kombinujú a vzťahy medzi nimi sú zákonité. Z dvoch kombinujúcich sa syndrómov je jeden viac špecifický (osový, primárny) a druhý menej špecifický (akcesórny, sekundárny) (Fleischer, 1997).
- Vychádzam z poznatkov o kvantitatívnych vzťahoch medzi komponentami zložitejšej psychopatologickej štruktúry (Fleischer, 1997).
- Rozlišovanie syndrómov z hľadiska dichotómie špecifický/nešpecifický alebo primárny/sekundárny predpokladá jednoznačné poznatky o kauzalite a o jej dôsledkoch. V prípade psychiatrických syndrómov takýto prístup môžeme považovať iba za hypotetický.

Ciele výskumu

1. Poukázať na zmeny psychopatologického obrazu paranoidného syndrómu v závislosti od osových syndrómov (zmeny sekundárneho syndrómu v závislosti od primárneho syndrómu)
2. Vzťah medzi paranoidným syndrómom a osovými syndrómami kvantifikovať pomocou štatistických metód
3. Na základe výsledkov vyhodnotiť vzťah paranoidného syndrómu k osovým dispozíciám.

7. METÓDA

7.1 Výskumný plán

- Vyvinúť meraciu symptómovú škálu pre čistý paranoidný syndróm
 - vyhodnotiť reliabilitu škály (pilotná štúdia)
 - všetky ďalšie psychopatologické zvláštnosti paranoidného syndrómu hodnotiť v kontexte s poruchami, pri ktorých sa paranoidný syndróm vyskytuje (v závislosti od osového syndrómu).
- U pacientov s rôznymi duševnými poruchami, u ktorých sa klinickým vyšetrením stanovil paranoidný syndróm, a ktorí spĺňajú vstupné kritériá
 - aplikovať škálu pre čistý paranoidný syndróm
 - aplikovať známe validizované škály, podľa ktorých sa bude vyhodnocovať úroveň osového (primárneho) syndrómu
 - použiť ďalšie validizované škály, ktoré sú určené na posúdenie bludnej štruktúry.
- U každého pacienta na základe klinického vyšetrenia a na základe kritérií ICD 10 (1992) stanoviť psychiatrickú diagnózu.
- Poukázať na zmeny psychopatologického obrazu paranoidného syndrómu v závislosti od osových syndrómov (zmeny sekundárneho syndrómu v závislosti od primárneho syndrómu).

Hypotetická úvaha vychádzajúca z klinickej empirie:

V zložitejšie štruktúrovanom psychopatologickom stave sa kombinujú dva alebo viac psychopatologických syndrómov. Pri kombinovaní dvoch syndrómov je jeden vždy nozologicky menej špecifický (sekundárny), druhý viac špecifický (primárny, osový). Ak bude v klinickom obraze prítomný rozvinutý primárny syndróm (schizofrenický, afektívny alebo organický), bude narastať aj jeho skóre (použije sa príslušná škála). Skóre sekundárneho syndrómu (paranoidný syndróm) bude klesať (použije sa škála pre čistý paranoidný syndróm). Štruktúra čistého paranoidného syndrómu sa bude v závislosti od primárneho syndrómu „rozpadáť“. Naopak, pri málo rozvinutom „skrytom“ primárnom syndróme bude jeho dosiahnuté skóre klesať, skóre sekundárneho syndrómu bude narastať. V klinickom obraze bude čistý paranoidný syndróm.

- Kvantifikovať vzťah medzi paranoidným syndrómom a osobnými dispozíciami
Tesnosť vzťahu sa vypočíta štatistickými metódami
- Vyhodnotiť a interpretovať výsledky výpočtov (diskusia).
Zber všetkých dát, ktoré sa stali podkladom pre štatistické spracovanie, uskutočnil autor osobne.

7.2 Posudzovacie stupnice

U každého pacienta zaradeného do štúdie, ktorý spĺňal požadované kritériá (prítomnosť paranoidného syndrómu, vek > 18 rokov), sa psychopatologické symptómy vyhodnocovali prierezovo, v priebehu prvých 2-3 dní hospitalizácie, pomocou posudzovacích stupníc:

1. Stupnice zamerané na meranie primárnych (osových) syndrómov
2. Stupnica pre čistý paranoidný syndróm
3. Stupnice zamerané na meranie úrovne bludnej štruktúry.

7.2.1 Stupnice zamerané na meranie primárnych (osových) syndrómov

Endogenomorfný schizofrenický osový syndróm

BPRS – BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE (*Overall, Gorham, 1962*), verzia škály s počtom položiek 18 (*Bech, Kastrup, Rafaelson, 1986*), skórovanie od 0 do 6. Škála je určená pre dospelú populáciu pacientov s psychotickým ochorením a ochorením okruhu schizofrenie.

Validita a reliabilita škály dosahuje uspokojivé hodnoty (*Andersen a spol., 1989*).

PANSS – POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROME SCALE (*Kay, Opler, Lindenmayer, 1988*), skórovanie od 0-6, počet položiek 30 (7 položiek pozitívne symptómy, 7 položiek negatívne symptómy a 16 položiek všeobecné psychopatologické symptómy). Škála je určená pre dospelú populáciu pacientov so schizofréniou.

Validita a reliabilita škály je uspokojivá (*Kay a spol., 1988*).

Endogenomorfný cyklotýmny osový syndróm

HAMD – HAMILTON PSYCHIATRIC RATING SCALE FOR DEPRESSION (*Hamilton, 1967*). Počet položiek 21 (verzia škály podľa *Guy, 1976*), skórovanie od 0 do 4 (položky 4, 5, 6, 12, 13, 14, 17 a 21 od 0-2, položka 20 od 0-3). Škála je určená pre dospelú populáciu osôb s príznakmi depresie.

Validita a reliabilita škály dosahuje adekvátne hodnoty (*Bech a spol., 1979*).

YMRS – YOUNG MANIA RATING SCALE (*Young a spol., 1978*). Počet položiek 11, skórovanie 0-4 (7 položiek) a 0-8 (4 položky). Škála je určená pre dospelú populáciu s príznakmi mánie.

Validita a reliabilita dosahujú adekvátne hodnoty (*Young a spol., 1978*).

BPRS – (popis škály je uvedený vyššie). Škála bola použitá vzhľadom na skutočnosť, že v prípade psychopatologických obrazov zaradených pacientov do štúdie išlo o psychotické formy afektívnych porúch (s kongruentnými alebo inkongruentnými bludmi a halucináciami). Použitie tejto škály v prípade psychotických foriem afektívnych porúch je v súlade s údajmi z literatúry (*Overall, Hollister, 1986*).

Endogenomorfný organický syndróm

MMS – MINI-MENTAL STATE (*Folstein, Folstein, Mc Hugh, 1975*). Škála je určená pre dospelé osoby s rozvíjajúcim sa kognitívnym deficitom a dementným syndrómom. Obsahuje štandardné otázky a inštrumentálnu časť. Skórovanie od 0 do 3. Validita škály je uspokojivá (*Folstein a spol., 1975*).

7.2.2 Stupnice zamerané na hodnotenie bludnej štruktúry

DIMENSIONS OF DELUSIONAL EXPERIENCE (Dimenzie bludného prežívania) (*Kendler a spol., 1983*). Kategóriálna škála, počet položiek 5, skórovanie od 0 do 5:

1. Presvedčenie (stupeň presvedčenia pacienta o skutočnosti bludu)
2. Extenzia (rozširovanie bludnej viery na rôzne oblasti života, stupeň do akej miery bludy zasahujú do rôznych oblastí života pacienta)
3. Bizarnosť (do akej miery sa blud odchyľuje od reality, nemožnosť, absurdnosť bludu)
4. Dezorganizácia (do akej miery je bludná produkcia vnútorne inkonzistentná, nelogická a systemizovaná)
5. Tlak (do akej miery sa pacient bludom zaoberá, do akej miery si blud pripúšťa)

Autori uvedenej škály vychádzajú z predpokladu, že bludy a bludové syndrómy predstavujú multidimenzionálny klinický fenomén, ktorý má svoju štruktúru. Štatistickými metódami zistili dobrú reliabilitu škály.

THE BROWN ASSESSMENT OF BELIEFS SCALE (Brownova škála na hodnotenie bludnej viery) (*Eisen a spol., 1998*) Kategóriálna škála, obsahuje 7 položiek, skórovanie 0-4 :

1. Presvedčenie
2. Schopnosť vnímať názory iných na bludnú produkciu
3. Schopnosť prijať iné názory a vysvetlenie
4. Fixácia bludných myšlienok
5. Rezistencia (schopnosť odolávať bludu)
6. Náhľad
7. Bludy kontrolovania (ovplyvňovania)

Skóre 0-4 – od najmenej patologickej po značne patologickú produkciu

Škála je určená na skúmanie bludov a bludnej štruktúry pri rôznych psychiatrických ochoreniach s cieľom potvrdiť/vylúčiť prítomnosť bludov. Autori štatistickými metódami zistili vysokú reliabilitu a validitu škály.

7.2.3 Diskusia

V súvislosti s hodnotením bludov a bludnej štruktúry pri rôznych duševných poruchách boli vytvorené viaceré dimenzionálne škály: *The Brown Assessment of Beliefs Scale* (*Eisen a spol., 1998*), *Dimensions of Delusional Experience* (*Kendler a spol., 1983*), *Belief Rating Scale* (*Jones, Watson, 1997*), *Characteristic of Delusional Experience* (*Garety, Hemsley, 1987*). Uvedené škály boli vytvorené pre rôzne účely. Potvrdiť, že blud je multidimenzionálna entita, skúmať vzťah stanovených dimenzií k ďalším premenným, odhaliť bludnú štruktúru pri rôznych duševných poruchách, potvrdiť/vylúčiť prítomnosť bludu, stanoviť stupeň hĺbky bludného prežívania. Autori týchto škál vychádzajú z predpokladu, že bludy predstavujú multidimenzionálny klinický fenomén, ktorý má svoju štruktúru. Vybrali určitý počet charakteristík (dimenzií) bludu ako položky škály, pričom sa opierali o údaje v odbornej literatúre a o vlastné skúsenosti. Aká je však „váha“ jednotlivých položiek z hľadiska závažnosti či hĺbky bludného syndrómu? Je porucha hlboká vtedy, ak je blud

bizarný, paralogický alebo vtedy, ak je logicky dobre organizovaný a vytvára pevný systém? Názory na tento problém sú nejednotné.

Podľa škály Dimenzie bludného prežívania (*Kendler a spol., 1983*), najvyššie skóre dosahujú pacienti s bizarnými paralogickými a nesystemizovanými bludmi.

Podľa Brownovej škály (*Eisen a spol., 1998*) na posudzovanie bludnej viery, stupeň závažnosti bludnej produkcie určujú všetky položky.

Čo sa však týka jednotlivých položiek, bizarnosť a dezorganizovanosť pozitívne korelujú s ďalšími schizofrenickými príznakmi (*Overal, Gorham, 1962*). To znamená, že ak narastá skóre primárneho syndrómu (napr. podľa BPRS) pri použití Kendlerovej škály narastá aj skóre sekundárneho syndrómu (bludového).

Cieľom výskumu je však poukázať na to, že ak narastá skóre primárneho syndrómu, klesá skóre sekundárneho syndrómu (rozpadá sa čistý paranoidný syndróm). Ak je skóre primárneho syndrómu nízke, čo poukazuje na to, že primárny syndróm je málo rozvinutý, skóre sekundárneho syndrómu je vysoké. Prítomný je rozvinutý, čistý paranoidný syndróm. Primárny syndróm pri svojej nízkej prejavovej intenzite disponuje ku vzniku sekundárneho syndrómu. Z hľadiska stanoveného cieľa nie je vhodné hovoriť o „hlbke“ alebo „závažnosti“ sekundárneho syndrómu, ale skôr o intenzite jeho prejavu, či je plne rozvinutý (čistý paranoidný syndróm), alebo sa v závislosti od primárneho syndrómu jeho štruktúra mení „rozpadá“.

Škála pre čistý paranoidný syndróm by tento problém mala zohľadniť, to znamená, že skóre rozvinutého čistého syndrómu by malo byť najvyššie. Tým sa škála stáva voči niektorým škálam z literatúry divergentnou. Skóre nebude najvyššie pri stanovení dezorganizovanej bludnej štruktúry, ale naopak pri bludnej štruktúre, kde je blud logicky sklbený a organizovaný do systému.

8. ŠKÁLA PRE ČISTÝ PARANOIDNÝ SYNDRÓM (SCPS)

Vývoj škály

Proces vytvárania škály (*Meehl a Golden, 1982, Bech, Kastrup, Rafaelsen, 1986, Bech, 1981*) by mal zahŕňať nasledovné postupy: stanoviť cieľ a vymedziť problém, určiť typ škály, vybrať relevantné položky (výber položiek má zohľadniť teoretické východisko a klinické skúsenosti), každú položku jednoznačne zadefinovať, uskutočniť vzájomnú koreláciu položiek a použiť ďalšie štatistické metódy za účelom vyhodnotenia reliability škály.

Cieľom meracej škály s pracovným názvom Škála pre čistý paranoidný syndróm (SCPS) je určiť stupeň intenzity prejavu paranoidného syndrómu (či je plne rozvinutý „čistý“, alebo sa v závislosti od primárneho syndrómu (primárnej poruchy) „rozpadá“, znižuje sa intenzita jeho prejavu).

Škála pre čistý paranoidný syndróm (SCPS) je škála symptómová, zameraná na aktuálny stav. Štatistickými metódami sa zistilo, že pre symptómové škály zamerané na užšiu oblasť merania postačuje 5 - 10 položiek (*Widiger a spol., 1984*). Optimálny spôsob skórovania je päť stupňový, tzv. Likertova škála (*podľa Lissitz, Green, 1975*), vedie k vyššej reliability skórovania. Dôvodom použitia päť stupňového skórovania je predpoklad, že charakteristiky, ktoré sa stali podkladom položiek škály sa prejavujú dimenzionálne. Vzhľadom na tieto údaje, škála SCPS obsahuje 7 položiek a skórovanie od 1-5 (stupeň intenzity prejavu príznaku).

Výber položiek škály determinovali dva významné faktory: klinické skúsenosti (klinický popis čistého paranoidného syndrómu) a teoretické východisko vyplývajúce z koncepcných prác autorov *Benera a spol. (1984, 1986)* príslušníkov tzv. viedenskej školy.

Hodnotenie bludnej štruktúry podľa viedenských autorov

Berner a spolupracovníci klasifikujú paranoidný (bludový) syndróm z hľadiska bludnej štruktúry na štyroch úrovniach. Na prvej úrovni viedenski autori klasifikujú bludový syndróm na základe popisu jeho štruktúrálnych a výstavbových prvkov. Výstavbové prvky možno rozdeliť do dvoch skupín: normálne výstavbové prvky (neporušené vnímanie, skutočné spomienky a spomienkové klamy) a psychopatologické (bludné nápady, bludné vnímanie, pocity ovplyvňovania, misidentifikácia, ilúzie, halucinácie, fabulácie). Pokiaľ sa pri formovaní bludu uplatňujú výstavbové prvky prvej skupiny, blud sa formuje logicky (porozumiteľne) a postupne sa organizuje do koherentného systému – vznikajú „jednoduché bludové syndrómy“ (zodpovedajú klasickej koncepcii paranoje a paranoidného vývoja).

Pri uplatnení patologických výstavbových elementov vznikajú „parafrenické syndrómy“ – bludy sa formujú paralogicky a môžu, ale nemusia sa ďalej organizovať do bludného systému. V prípade parafrenických syndrómov možno predpokladať, že sa vyskytujú v rámci organických alebo endogénnych duševných porúch (*Berner, 1972, Berner a spol., 1984, Berner a spol., 1986*).

Na druhej úrovni sa vyhodnocuje vzťah bludov k vonkajšiemu svetu (inzercia do vonkajšieho sveta). Aj tu sa rozlišuje niekoľko typov bludov. Bludy, ktoré sa viažu na reálny svet,

a bludy „odtrhnuté“ od reality (autistické). Na tretej úrovni sa posudzuje obsah bludov. Predpokladá sa, že dôležitú úlohu pri výbere témy zohráva osobná história pacienta ako aj samotný patogenetický mechanizmus (organický, endogénny, psychogénny). Na štvartej úrovni sa stanovuje vzťah bludov k etiológii – stanovuje sa definitívna nozologická diagnóza. Ak to nie je možné, diagnóza ostáva na syndrómovej úrovni.

Klinický popis čistého paranoidného syndrómu

Blud pri čistom paranoidnom syndróme je logicky sklbený (*logická sklbenosť*) s tendenciou vytvárať bludný koherentný systém (*systemizácia*). Pri jeho vzniku sa neuplatňujú patologické výstavbové elementy, ktoré by mohli ovplyvniť úroveň presvedčenia (*presvedčenie*), podmieniť jeho prchavosť, odkloniteľnosť (*stabilita*) a ďalšie charakteristiky. Logicky sklbený stabilný bludný systém s hlbokým presvedčením má značný vplyv na konanie (*vplyv na konanie*) a zasahuje mnohé oblasti života postihnutého (*extenzia*). Bludný systém je zakotvený v realite (*inercia*).

Položky škály: Logická sklbenosť, Systemizácia, Stabilita, Presvedčenie, Vplyv na konanie, Extenzia, Inercia. Skórovanie intenzity prejavu znaku narastá od 1 do 5: žiadny alebo veľmi nízky, veľmi slabý (1), nízky, slabý (2), stredný, stredne silný (3), silný (4), veľmi silný (5). Jednotlivé položky (dimenzie) môžu byť v klinickom obraze rôzne intenzívne vyjadrené. Ich vyjadrenie závisí od prítomnosti primárneho syndrómu.

Položky 1-4 zodpovedajú prvej úrovni hodnotenia paranoidného syndrómu (štrukturálne a výstavbové elementy) podľa Bernera (1986). Položky 5-7 vyjadrujú vzťah bludov k realite (druhá úroveň hodnotenia bludnej štruktúry).

Účasť psychopatologických výstavbových elementov sa vyhodnotí na základe výsledkov škálovania primárneho syndrómu.

Obsah bludu (tretia úroveň hodnotenia bludnej štruktúry) závisí od predchádzajúcich dvoch úrovní, od ďalších faktorov a celej histórie postihnutého. Z tohoto dôvodu sa táto úroveň škálou nevyhodnocovala.

Vzťah bludového syndrómu k osobným syndrómom (štvrtá úroveň hodnotenia bludnej štruktúry) – cieľ dizertačnej práce.

Jednotlivé položky (dimenzie) môžu byť v klinickom obraze rôzne intenzívne vyjadrené. Ich vyjadrenie závisí od prítomnosti primárneho syndrómu.

Charakteristika škály

- Pracovný názov škály: Škála pre čistý paranoidný syndróm (SCPS)
- Typ škály: Symptómová škála, počet položiek 7, skórovanie od 1 do 5 (hodnotenie stupňa skúmanej dimenzie)
- Cieľ meracej škály: určiť stupeň intenzity prejavu paranoidného syndrómu
- Približné trvanie hodnotenia: 30 minút
- Zdroj údajov: verbálny (neverbálny) prejav pacienta
- Technika získavania dát: klinický rozhovor

- Hodnotené obdobie: posledný týždeň
- Vnútrošná konzistencia škály – Cronbachov koeficient alfa=0,8327 (dobrá reliabilita). Reliabilita škály sa overovala v rámci pilotnej štúdie (n =39). Výsledky pilotnej štúdie aj výsledky z celého súboru (n=109) poukázali, že hodnoty vzájomných korelácií dobre akceptujú vnútornú konvergenciu a homogenitu položiek škály. Výsledky sú podrobne uvedené v nasledujúcej časti.

9. VÝSLEDKY

Medziškálové vzťahy boli v celom súbore a v jednotlivých diagnostických skupinách preverované pomocou korelačnej a regresnej analýzy. Pre vyhodnotenie bol použitý štatistický software SPSS (for WINDOWS) a MS EXCEL 2000.

Základným ukazovateľom pre vyhodnotenie tesnosti závislosti dvoch kvantitatívnych premenných je stanovenie súčinového **korelačného koeficientu (r)** (Pearsonov korelačný koeficient). Korelačný koeficient teda predstavuje mieru väzby premenných, ktorá sa prejavuje kovariáciou premenných. Číselná hodnota korelačného koeficientu sa pohybuje v intervale (-1,1). Ak sú premenné nezávislé, korelačný koeficient sa približuje k 0, ak sa približuje k 1, resp -1, jedná sa o pozitívnu resp. negatívnu funkčnú závislosť. Pozitívna závislosť je závislosť, kedy so stúpaním hodnoty jednej premennej stúpa hodnota aj druhej premennej. Negatívna závislosť sa prejavuje opačnou tendenciou, t.j. pri stúpajúcich hodnotách jednej premennej, hodnota druhej premennej klesá.

Súčasne s vyhodnotením koeficientu korelácie sa vyhodnocuje **odhad hladiny významnosti (p)** (jednostrannej alebo dvojstrannej).

V rámci regresnej analýzy sa vyhodnocujú **koeficienty regresnej krivky** vypočítanej metódou najmenších štvorcov. Regresná krivka predstavuje najlepší odhad parametrov krivky prelozenej bodmi štatistického priebehu. Významným parametrom regresnej analýzy je **parameter spoľahlivosti (R²)**, ktorý je štvorcem korelačného koeficientu. Hodnota tohoto parametru sa nachádza v intervale (0,1), pri vysokej tesnosti vzťahu (funkčnej závislosti) sa približuje k 1.

9.1 Charakteristika súboru

Do výberového štatistického súboru bolo postupne zaradených 109 pacientov, hospitalizovaných na Psychiatrickej klinike terajšej Slovenskej zdravotníckej univerzity (SZU) v Bratislave v rokoch 1998 – 2002, ktorí spĺňali vstupné kritériá:

- hospitalizovaní pacienti
- vek > 18 rokov
- paranoidný syndróm v klinickom obraze
- neprítomnosť poruchy vedomia
- neprítomnosť akútneho telesného ochorenia

U každého pacienta bola na základe klinického vyšetrenia a na základe kritérií ICD 10 (1992) stanovená psychiatrická diagnóza. Podľa týchto diagnóz bol výberový súbor rozdelený do 4 skupín: schizofrénie, afektívne poruchy, bludové poruchy a organické duševné poruchy. Prehľad základných štatistických údajov súboru a zastúpenie jednotlivých diagnostických kategórií v jednotlivých skupinách uvádza tabuľka č. 1.

Tabuľka č. 1 Charakteristika súboru

Diagnózy	Počet pacientov Spolu (ženy/muži)	Priem. vek (roky)	Počet hosp.	Dĺžka ochorenia (roky)
Schizofrénie (F20,F21,F23,F25)	67 (35/32)	35,5	5,3	11,1
Afektívne poruchy (F30,F31,F32,F33)	15 (6/9)	45,4	5,2	14,2
Bludové poruchy (F22)	11 (6/5)	51,2	3,5	9
Organické poruchy (F00,F01,F06)	16 (5/11)	64,6	1,8	4,3
Pacienti spolu	109 (52/57)	49,2	3,9	9,6

U každého pacienta v diagnostických skupinách sa aplikovali príslušné validizované škály, zamerané na posúdenie úrovne primárneho (osového) syndrómu (BPRS, PANSS, HAMD, YMRS a MMS) a úrovne bludnej štruktúry (škála Eisena a spol., 1998 a Kendlera a spol., 1983). Na určenie stupňa intenzity prejavu paranoidného syndrómu sa použila Škála pre čistý paranoidný syndróm (SCPS). Pre potreby výskumu sme škálu Eisena a spolupracovníkov nazvali EISEN a škálu Kendlera a spolupracovníkov KENDLER (nejestvujú oficiálne slovenské názvy týchto škál).

9.2 Škála pre čistý paranoidný syndróm SCPS

Štatistická analýza

Pre účely vyhodnotenia štatistických parametrov škály SCPS bol použitý súbor 109 pacientov (tabuľka č.1). Pre skúmanie štatistických závislostí boli vytvorené charakteristiky:

- celkové, priemerné skóre súboru, rozptyl/smerodajná odchýlka v rámci položiek a celkového skóre škály
- výberové korelácie položiek škály
- medzipoložkové korelácie
- regresná analýza jednotlivých položiek škály
- vnútorná konzistencia škály.

Deskriptívne charakteristiky súboru (škála SCPS N=109)

Deskriptívne charakteristiky súboru (priemerné skóre súboru, rozptyl/smerodajná odchýlka v rámci položiek a celkového skóre škály) sú uvedené v tabuľke č. 2. a grafe č. 1.

Tabuľka č.2 Deskriptívne charakteristiky súboru (škála SCPS)

	Priemerná hodnota	Štandardná odchýlka
1. logická sklbenosť	2,73	1,17
2. systemizácia	2,42	1,05
3. stabilita	2,90	1,00
4. presvedčenie	3,78	0,88
5. vplyv na konanie	3,00	1,00
6. extenzia	2,64	0,89
7. inercia	2,97	1,19
celkové skóre	20,45	5,07
priemerné skóre	2,92	0,72

Výberové korelácie položiek škály SCPS (N=109)

Korelácie jednotlivých položiek škály boli vykonané medzi skóre jednotlivých položiek a celkovým skóre s exkluzívnou skóre danej položky. Štatistická významnosť korelačných koeficientov bola testovaná na hladine p s 108 stupňami voľnosti. Hodnoty korelácií dobre akceptujú vnútornú konvergenciu a homogenitu položiek škály (tabuľka. č. 3).

Tabuľka č. 3 Výberové korelácie položiek škály s celkovým skóre

Položka škály	Priemerné skóre	Sm. odchýlka	Korelácie položiek/celkové skóre (N=109)	
			R	P
Logická sklbenosť	2,73	1,2	0,635	<0,01
Systemizácia	2,42	1,1	0,853	<0,01
Stabilita	2,90	1	0,781	<0,01
Presvedčenie	3,78	0,9	0,648	<0,01
Vplyv na konanie	3,00	1	0,712	<0,01
Extenzia	2,64	0,9	0,686	<0,01
Inercia	2,97	1,1	0,615	<0,01
Celkové skóre	2,92	1,04	1	0

R – koeficient korelácie

P – hladina významnosti (dvojstranný odhad)

Medzipoložkové korelácie škály SCPS (N=109)

Vzájomná závislosť položiek škály je posudzovaná medzipoložkovými koreláciami (Korelačná matica Pearson-váhových korelácií). Z analýzy vyplýva asociácia položiek „logická sklbenosť“, „systemizácia“, „stabilita“, „extenzia“ a „inzercia“. Položky „presvedčenie“ a „vplyv na konanie“ tvoria relatívne konzistentnú nezávislú skupinu tvoriacu väzbu s položkou „extenzia“ (tabuľka č. 4).

Tabuľka č. 4 Medzipoložkové korelácie

Položka škály	Logická sklbenosť	Systemizácia	Stabilita	Presvedčenie	Vplyv na konanie	Extenzia	Inzercia
Logická sklbenosť	1,00	,598**	,204*	,005	,125	,128	,809**
Systemizácia		1,00	,683**	,427**	,434**	,463**	,547**
Stabilita			1,00	,607**	,637**	,624**	,214
Presvedčenie				1,00	,715**	,610**	,056
Vplyv na konanie					1,00	,695**	,085
Extenzia						1,00	,060
Inzercia							1,00

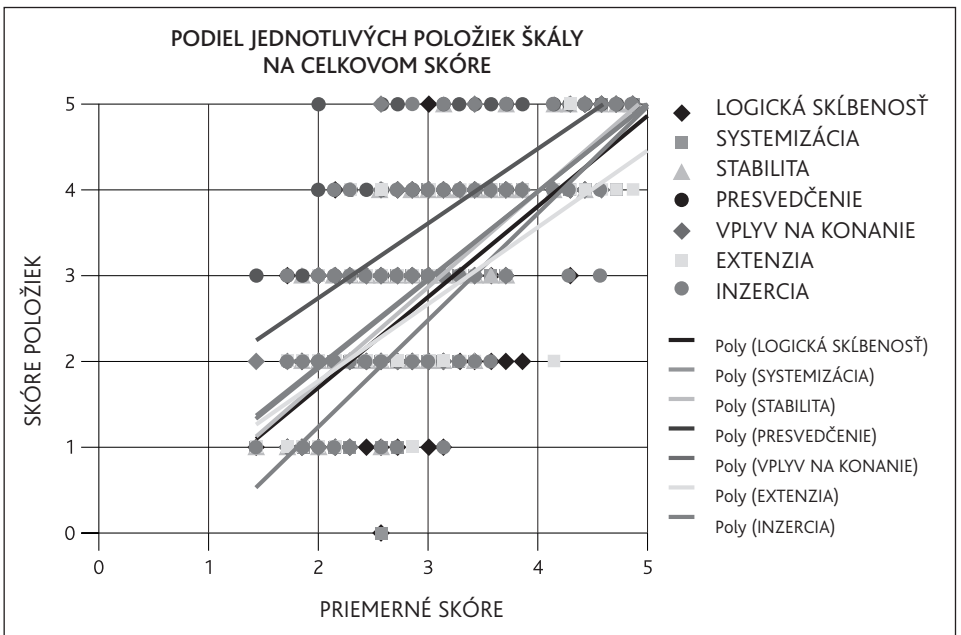
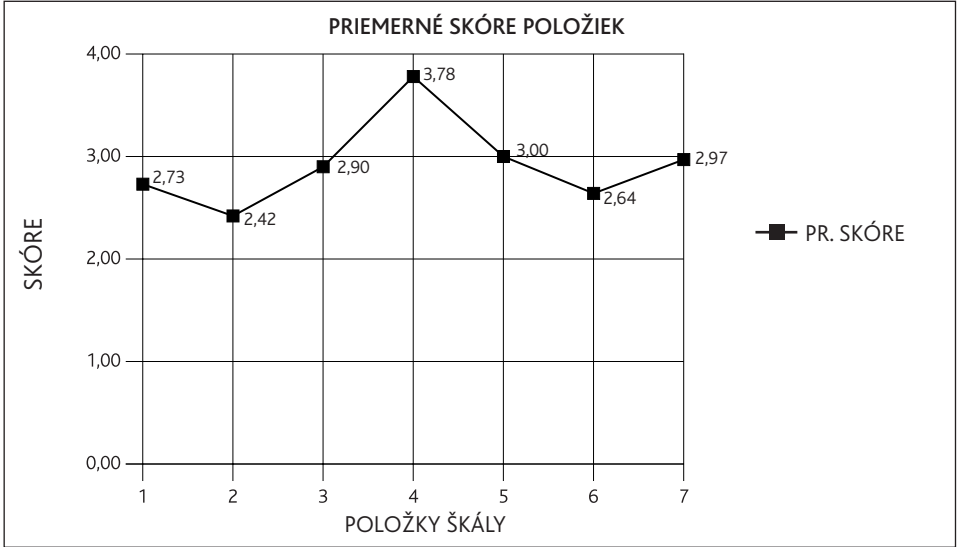
** Korelácie signifikantné na hladine 0.01 (2-stranný odhad).

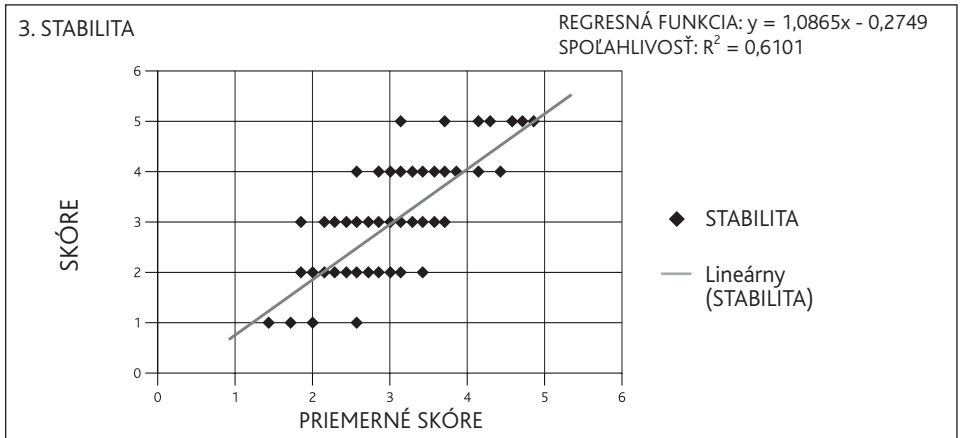
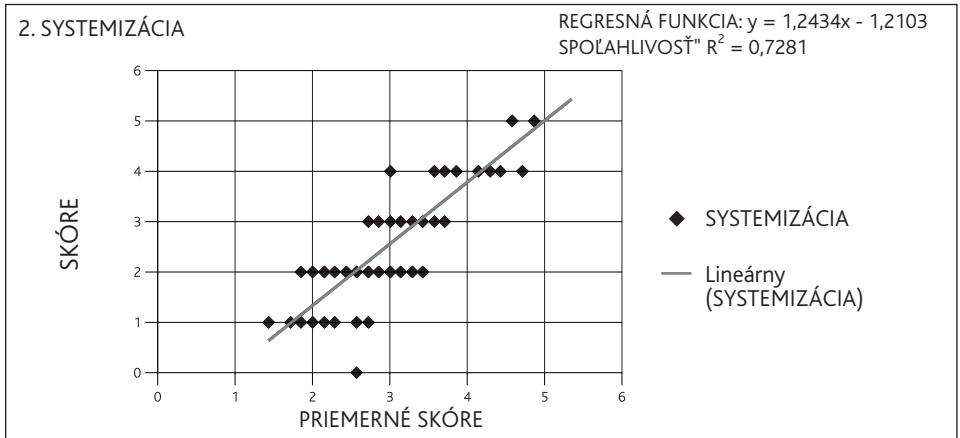
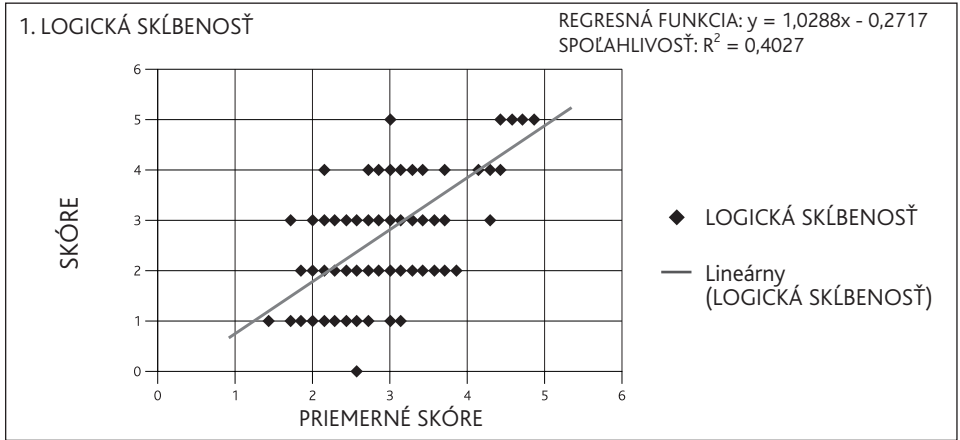
* Korelácie signifikantné na hladine 0.05 (2-stranný odhad).

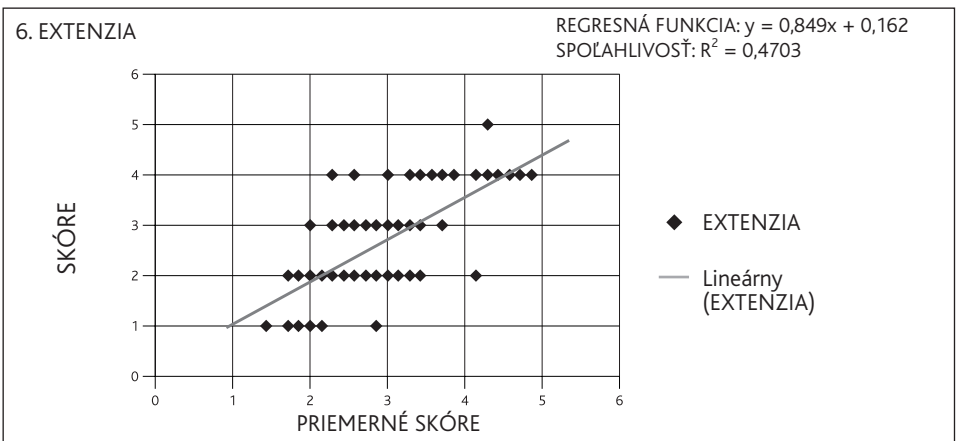
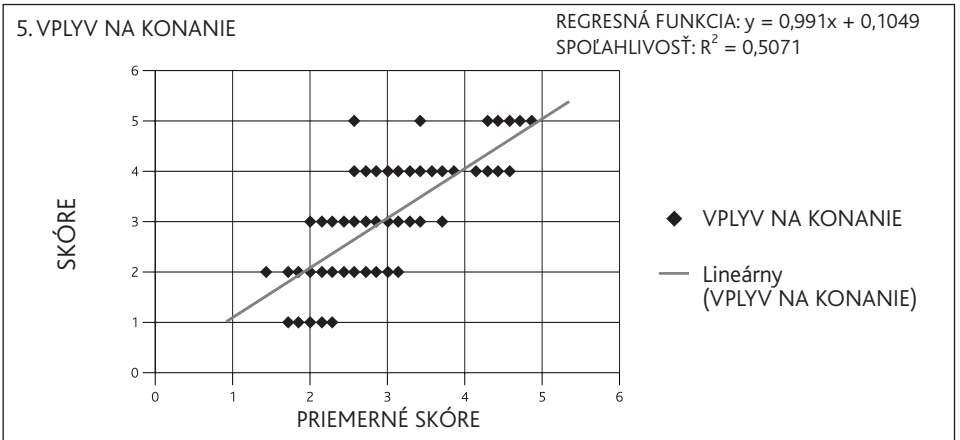
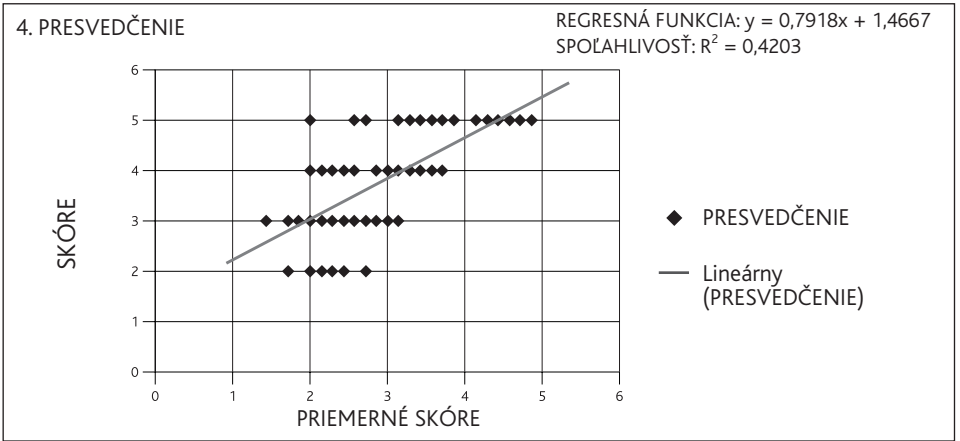
Vnútrotná konzistencia škály – Cronbachov koeficient alfa=0,8327.

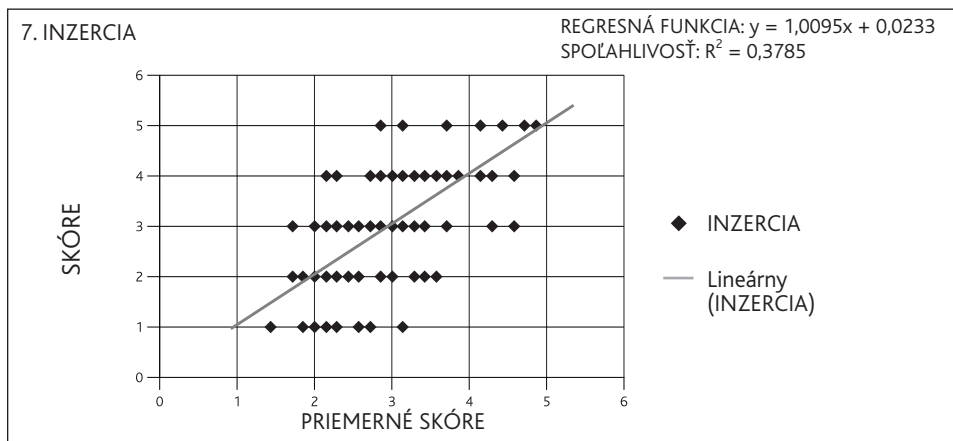
Regresná analýza jednotlivých položiek škály SCPS (N=109)

Graf č. 1 Deskriptívne parametre škály









9.3 Celý súbor

Medziškálové vzťahy v celom súbore

Vzťah medzi osobnými a paranoidným syndrómom v celom súbore bol vyšetrovaný vyhodnotením vzťahu priemerného skóre škály SCPS (nezávisle premenná) a priemerného skóre validizovaných škál BPRS, EISEN, KENDLER, PANSS, HAMD a MMS (závisle premenná) pre jednotlivých pacientov celého súboru.

Korelácie medzi skóre jednotlivých škál (N=109)

Vzájomná závislosť položiek škál je posudzovaná parciálnymi koreláciami (Korelačná matica Pearson-korelácií – tabuľka č.5).

Tabuľka č. 5 Korelácie hodnotenia skóre podľa škál (N=109)

	SCPS	EISEN	KENDLER	MMS	HAMD	PANSS	BPRS
SCPS	1	0,329*	0,169	-0,184	-0,107	-0,541**	-0,573**
EISEN	0,329*	1	0,769**	-0,164	-0,204*	0,265*	0,211*
KENDLER	0,169	0,769**	1	-0,174	-0,093	0,337*	0,351*
MMS	-0,184	-0,164	-0,174	1	0,134	-0,110	0,036
HAMD	-0,107	-0,204*	-0,093	0,134	1	-0,031	0,179
PANSS	-0,541**	0,265*	0,337*	-0,110	-0,031	1	0,731**
BPRS	-0,573**	0,211*	0,351*	0,036	0,179	0,731**	1

** Korelácie signifikantné na hladine 0.01 (2-stranný odhad).

* Korelácie signifikantné na hladine 0.05 (2-stranný odhad).

Vzhľadom k uvedeným výsledkom bola pre užšie skúmanie vzťahov medzi osobnými a paranoidným syndrómom v jednotlivých diagnostických skupinách rezovo použitá škála SCPS. Vo vybraných diagnostických skupinách boli testované aj ďalšie škály:

SCHIZOFRÉNIA – BPRS, PANSS (vrátane subškál PP, NP a PS)

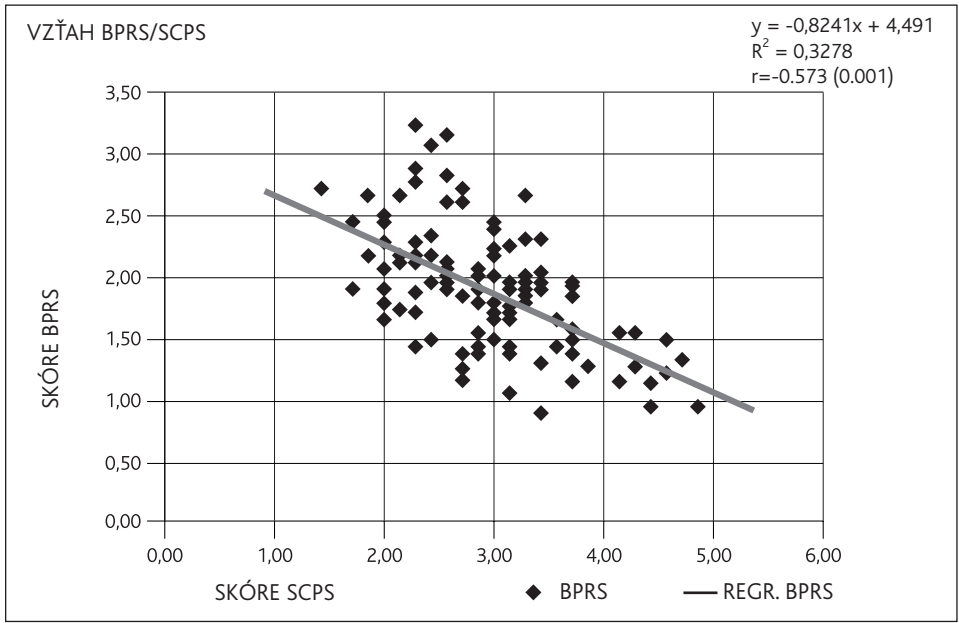
AFEKTÍVNE PORUCHY – BPRS

ORGANICKÉ PORUCHY – BPRS, MMS

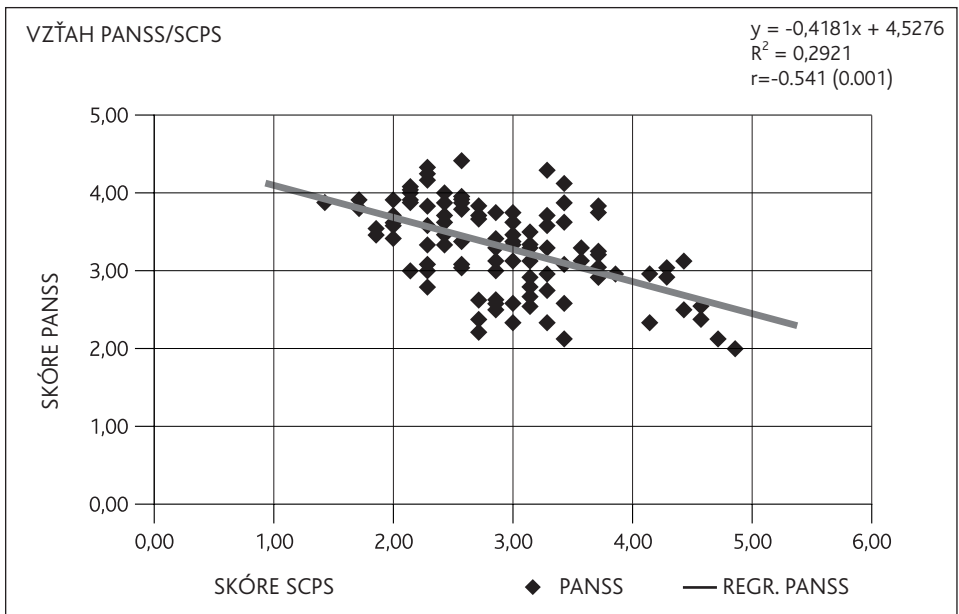
PORUCHY S BLUDMI – BPRS, HAMD, PANSS (vrátane subškál PP, NP a PS)

Pre názornosť sú v nasledujúcich grafoch zobrazené aj bodové priemety skóre škál BPRS a PANSS v závislosti od škály SCPS. Ide o prípady, kedy sa preukázala negatívna väzba. Hodnoty skóre škál BPRS a PANSS vykazujú klesajúci trend so stúpajúcim skóre SCPS (graf č. 2 a graf č. 3).

Graf č. 2: Bodové rozdelenie hodnôt skóre BPRS podľa skóre SCPS



Graf č. 3: Bodové rozdelenie hodnôt skóre PANSS podľa skóre SCPS

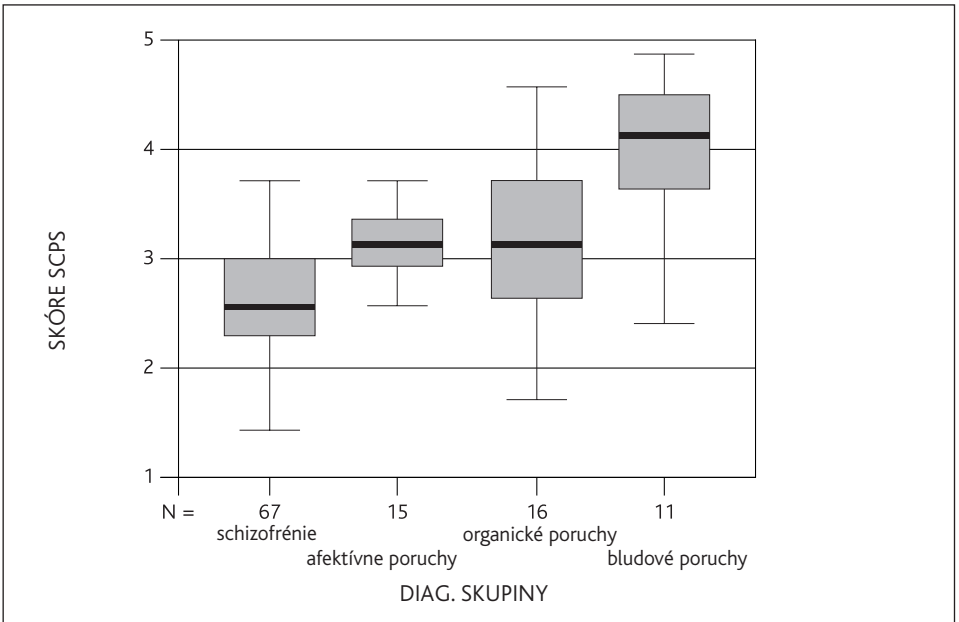


9.4. Diagnostické skupiny

Medziškálové vzťahy v diagnostických skupinách

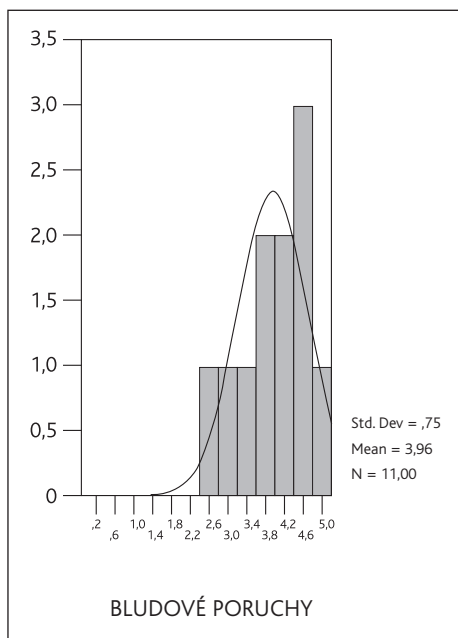
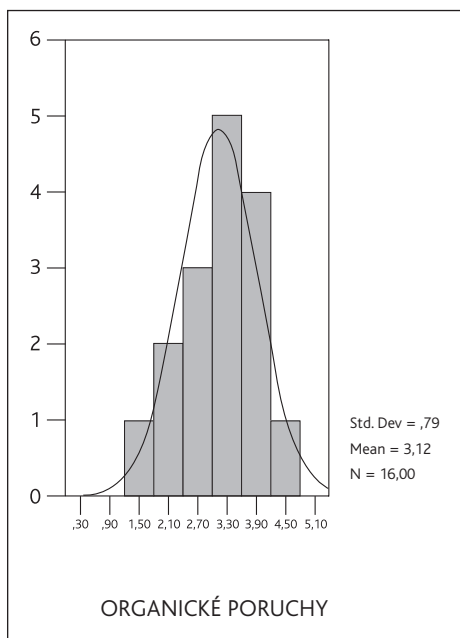
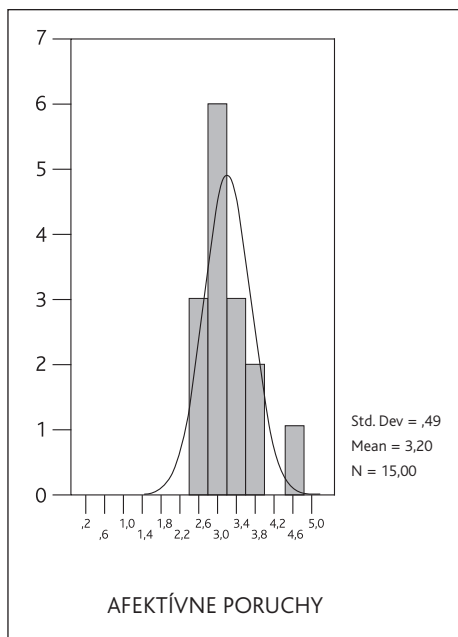
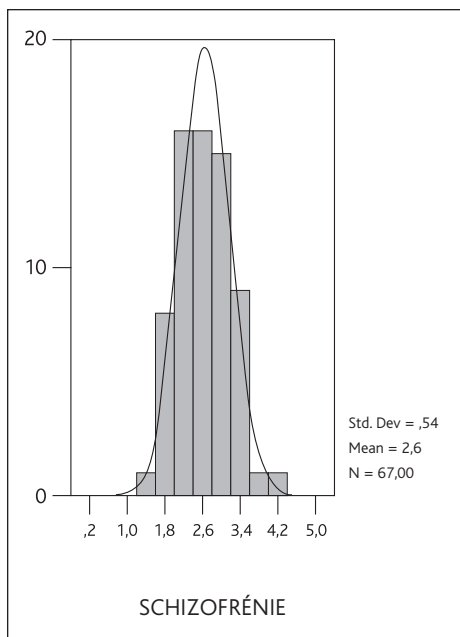
Pre skúmanie vzťahov medzi osobnými a paranoidným syndrómom bola použitá škála SCPS ako nezávisle premenná a validizované škály BPRS, PANSS, HAMD a MMS ako závisle premenné v jednotlivých diagnostických skupinách, resp. ich vybraných položkách. Z tohto hľadiska je dôležitá otázka distribúcie pokrytia definičného intervalu škály SCPS. Situáciu je možné sledovať v grafe č. 4.

Graf č. 4: Škatuľkový graf skóre SCPS v jednotlivých diagnostických skupinách



Najvýznamnejšie zastúpenie má skupina SCHIZOFRÉNIE (N=67) s najnižšími hodnotami skóre (str. hodnota 2.6). Dve skupiny, ORGANICKÉ PORUCHY a AFEKTÍVNE PORUCHY pokrývajú stredné pásmo škály (N=16, resp. N=15, str.hodnota 3.2, resp 3.12). Najvyššie skóre škály poskytuje skupina PORUCHY S BLUDMI (str. hodnota 3.98). Uvedenú situáciu je možné vidieť taktiež v grafoch rozdelenia početnosti v jednotlivých diagnostických skupinách (histogramy – graf č. 5).

Graf č. 5: Rozdelenie početností skóre SCPS v jednotlivých diagnostických skupinách.



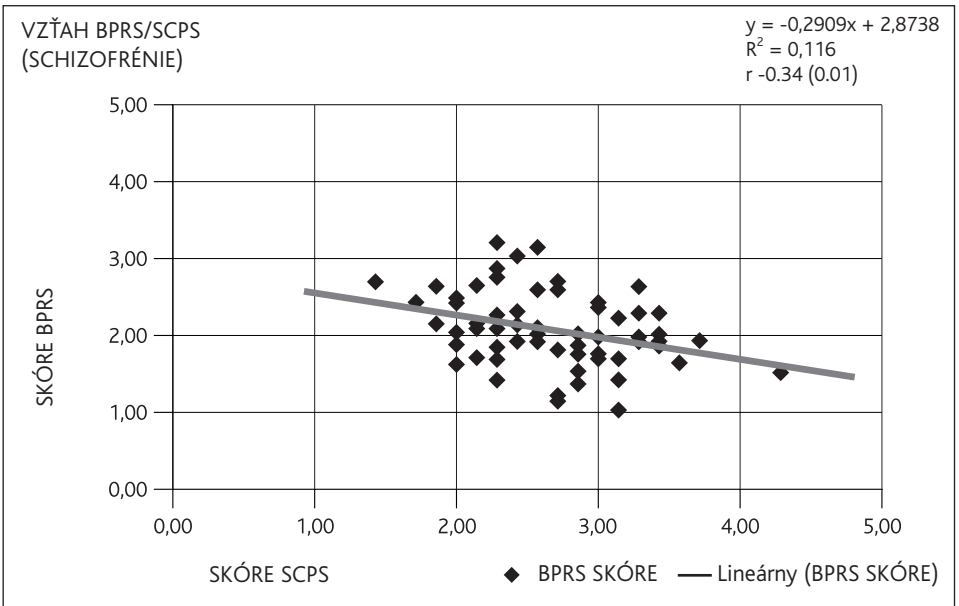
9.4.1. Diagnostická skupina SCHIZOFRÉNIE (N=67)

Pre diagnostickú skupinu SCHIZOFRÉNIE boli vyhodnotené výsledky merané škálami SCPS, BPRS a PANSS. Aby bolo možné sledovať vplyv vybraných položiek PANSS na celkovom hodnotení, boli separátne vyhodnocované štatistické charakteristiky.

Hodnotenie BPRS / SCPS

Pri sledovaní vzťahu skóre BPRS a skóre SCPS sa stanovením súčinného korelačného koeficientu (-0.34) potvrdila negatívna závislosť na hladine významnosti $p < 0.01$ (graf č. 6).

Graf č. 6: Rozdelenie hodnôt skóre podľa BPRS a skóre podľa SCPS pre diagnostickú skupinu pacientov so schizofréniou

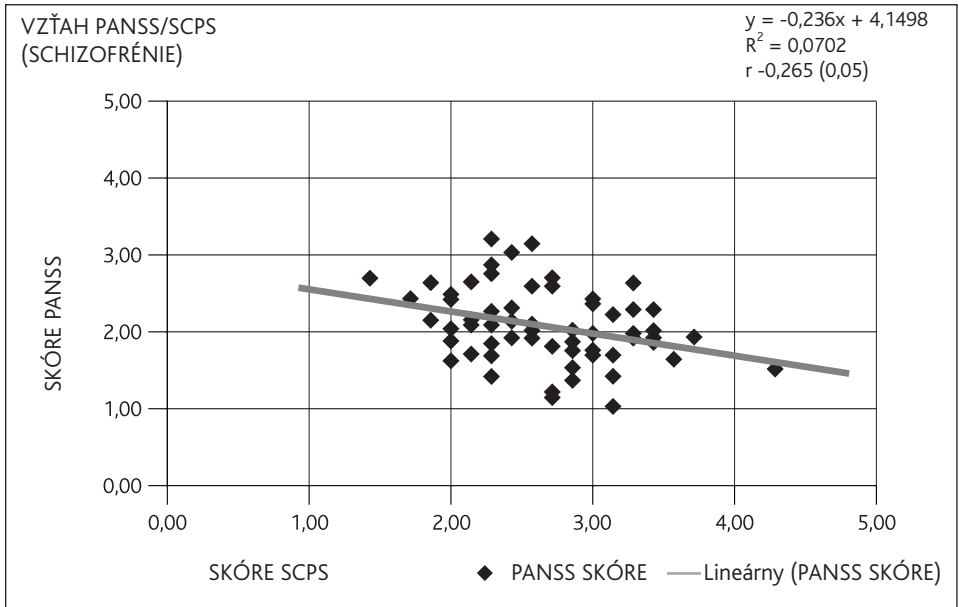


Vypočítané parametre regresnej priamky (lineárny BPRS skóre) odrážajú posun skóre BPRS s narastajúcim skóre SCPS k nižším hodnotám.

Hodnotenie PANSS / SCPS

Pri sledovaní vzťahu skóre PANSS a skóre SCPS sa stanovením súčinnového korelačného koeficientu (-0.265) potvrdila negatívna závislosť na hladine významnosti $p < 0.05$ (graf č. 7).

Graf č. 7: Rozdelenie hodnôt skóre podľa PANSS a skóre podľa SCPS pre diagnostickú skupinu pacientov so schizofréniou

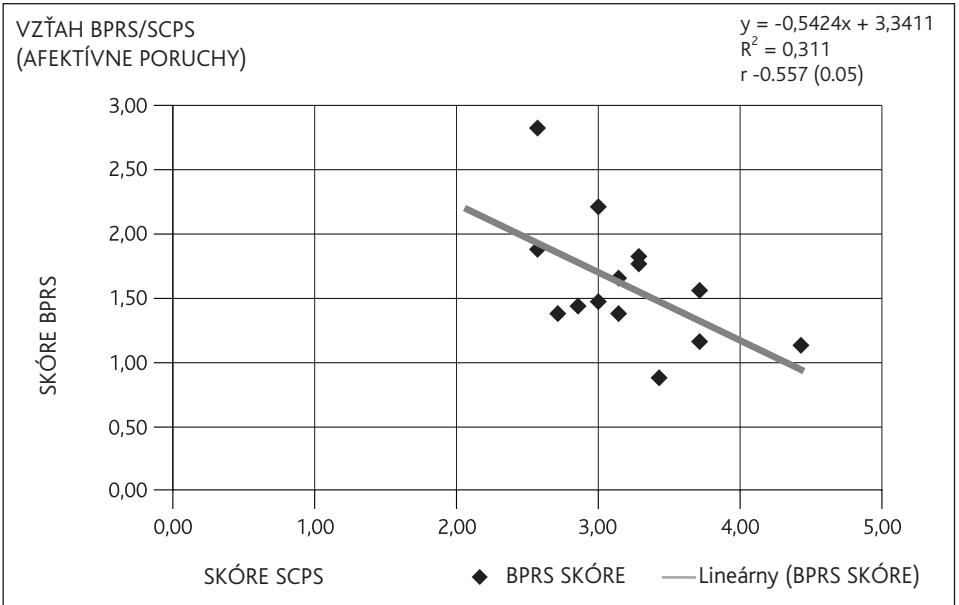


9.4.2. Diagnostická skupina AFEKTÍVNE PORUCHY (N=15)

Hodnotenie BPRS / SCPS

Pri sledovaní vzťahu skóre BPRS a skóre SCPS sa stanovením súčinnového korelačného koeficientu (-0.557) potvrdila negatívna závislosť na hladine významnosti $p < 0.05$ (graf č. 8).

Graf č. 8: Rozdelenie hodnôt skóre podľa BPRS a skóre podľa SCPS pre diagnostickú skupinu pacientov s afektívnou poruchou



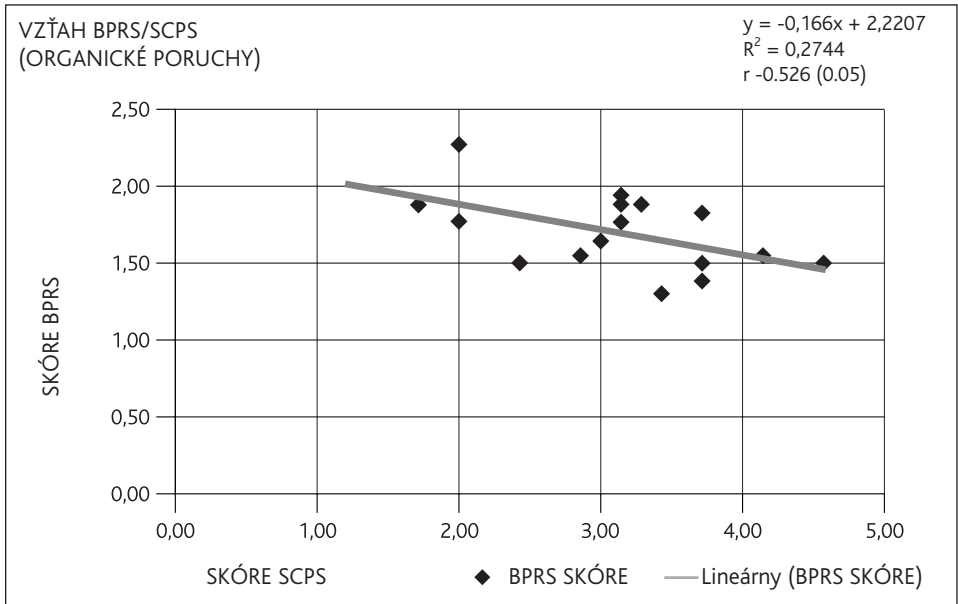
Vypočítané parametre regresnej priamky (lineárny BPRS skóre) odrážajú posun skóre BPRS s narastajúcim skóre SCPS k nižším hodnotám.

9.4.3. Diagnostická skupina ORGANICKÉ PORUCHY (N=16)

Hodnotenie BPRS / SCPS

Vzťah skóre BPRS a skóre SCPS sa potvrdil stanovením súčinného korelačného koeficientu (-0.526) na hladine významnosti $p < 0.05$ (graf č. 9).

Graf č. 9: Rozdelenie hodnôt skóre podľa BPRS a SCPS pre diagnostickú skupinu pacientov s organickou poruchou

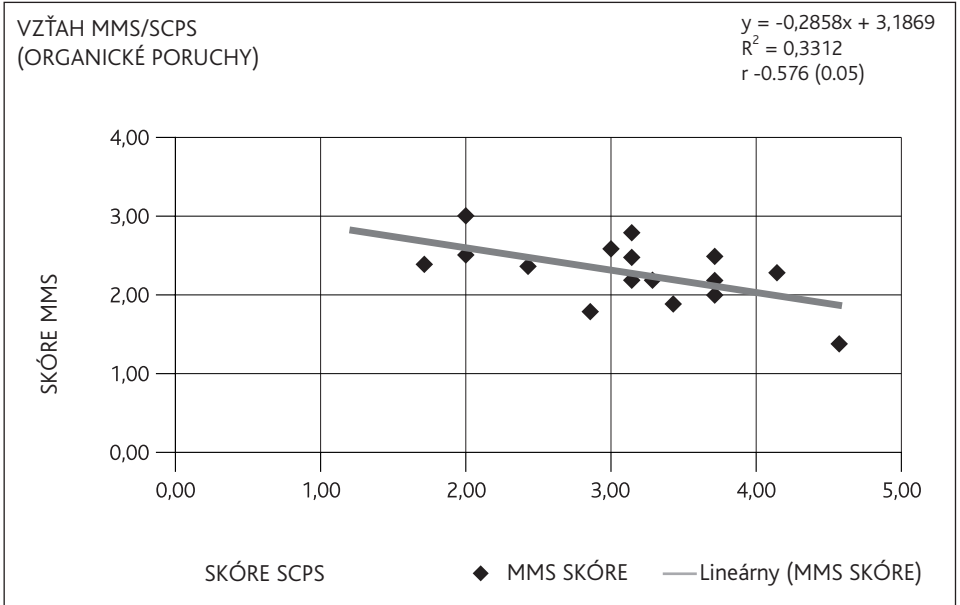


Uvedený vzťah je nepriamo úmerný, t.j. parametre regresnej priamky (lineárny BPRS skóre) odrážajú posun skóre BPRS s narastajúcim skóre SCPS k nižším hodnotám.

Hodnotenie MMS / SCPS

Pri sledovaní vzťahu skóre MMS a skóre SCPS sa stanovením súčinnového korelačného koeficientu (-0.576) potvrdila negatívna závislosť na hladine významnosti $p < 0.05$ (graf č. 10).

Graf č. 10: Rozdelenie hodnôt skóre podľa MMS a SCPS pre diagnostickú skupinu pacientov s organickou poruchou



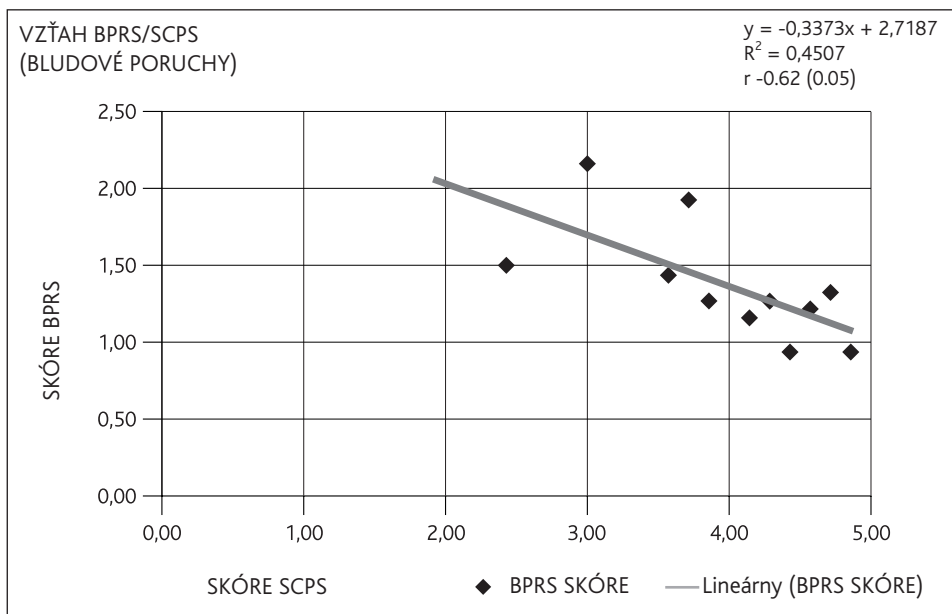
9.4.4. Diagnostická skupina PORUCHY S BLUDMI (N=11)

Pre diagnostickú skupinu PORUCHY S BLUDMI boli vyhodnotené výsledky merané škálami SCPS, BPRS, PANSS a HAMD. Vplyv vybraných položiek PANSS na celkovom hodnotení bol meraný separátnym vyhodnotením štatistických charakteristík skupinových položiek škály PANSS (PP – pozitívne príznaky, NP – negatívne príznaky a PS – všeobecné psychopatologické symptómy) vo vzťahu ku skóre škály SCPS.

Hodnotenie BPRS / SCPS

Pri sledovaní vzťahu skóre BPRS a skóre SCPS sa stanovením súčinného korelačného koeficientu (-0,62) potvrdila negatívna závislosť na hladine významnosti $p < 0,05$ (graf č. 11).

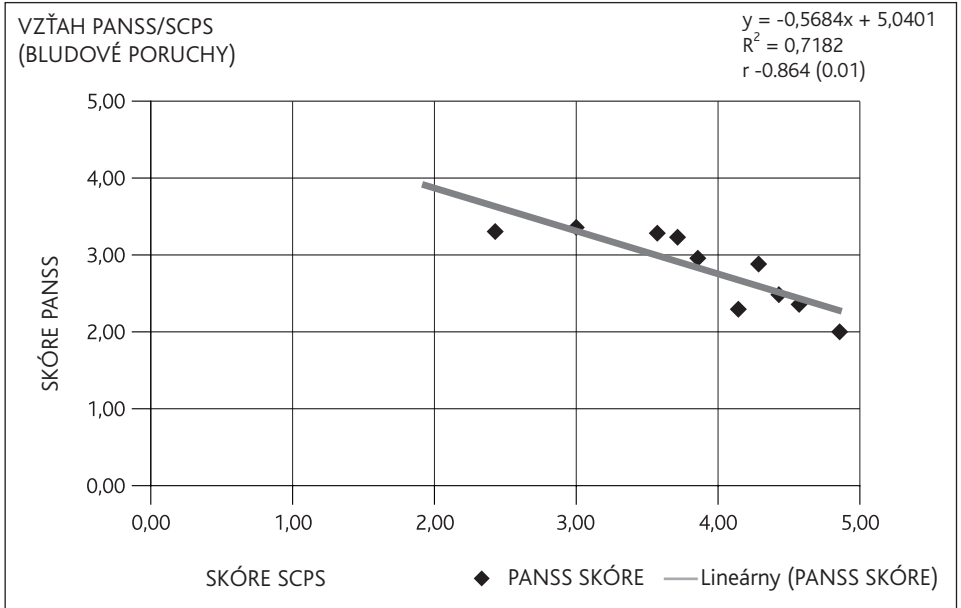
Graf č. 11: Rozdelenie hodnôt skóre podľa BPRS a SCPS pre diagnostickú skupinu pacientov s poruchou s bludmi



Hodnotenie PANSS / SCPS

Pri sledovaní vzťahu skóre PANSS a skóre SCPS sa stanovením súčinnového korelačného koeficientu (-0.864) potvrdila negatívna závislosť na hladine významnosti $p < 0.01$ (graf č. 12).

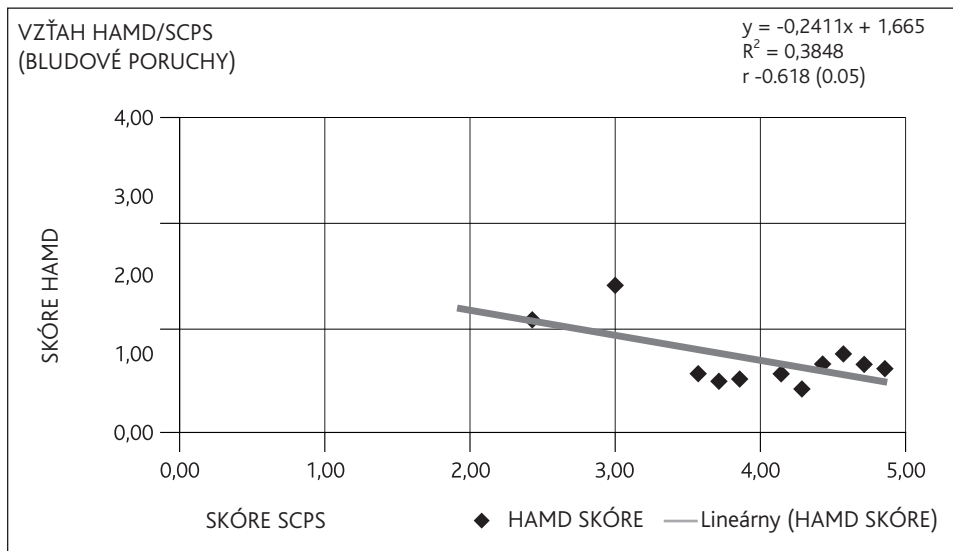
Graf č. 12: Rozdelenie hodnôt skóre podľa PANSS a SCPS pre diagnostickú skupinu pacientov s poruchou s bludmi



Hodnotenie HAMD / SCPS

Pri sledovaní vzťahu skóre HAMD a skóre SCPS sa stanovením súčinnového korelačného koeficientu (-0.618) potvrdila negatívna závislosť na hladine významnosti $p < 0.05$ (graf č. 13).

Graf č. 13: Rozdelenie hodnôt skóre podľa HAMD a skóre podľa SCPS pre diagnostickú skupinu pacientov s poruchou s bludmi



10. DISKUSIA

Ciele výskumu

Od stupňa vedeckého poznania skúmanej oblasti závisí, či pri postavení cieľov, výskumných otázok alebo výskumných hypotéz bude vplyvnejšia teoretická alebo empirická rovina, inými slovami, či konkrétny výskum bude verifikačný alebo len exploračný (Ritomský, 2002). Ak je teoretická rovina skúmaného problému málo dopracovaná a ani empirické výskumy tejto oblasti nie sú známe, nemusia sa nájsť relevantné odpovede na všetky stanovené výskumné otázky.

Explicitne postavené ciele predloženej výskumnej práce vychádzajú z predpokladu (hypotetickej úvahy), že pravidlá, podľa ktorých sa psychopatologické syndrómy kombinujú, možno považovať za všeobecne platné empirické zákonitosti. Z dvoch kombinujúcich sa syndrómov je jeden viac špecifický (osový) a druhý menej špecifický (akcesórny). Viac špecifický, osový syndróm disponuje k prejavu sa menej špecifického, akcesórneho syndrómu pri svojej čiastočnej prejavovej intenzite. Pri maximálnej intenzite osového syndrómu akcesórny syndróm ustupuje, „rozpadá“ sa jeho štruktúra (Fleischer, 1994, 1997).

Klinický psychopatologický výskum je v súčasnosti limitovaný mnohými činiteľmi. Medzi najdôležitejšie z nich patria rôznorodosť prístupov a nejednotnosť názorov na psychopatológiu, nepreukázateľnosť špecifickosti psychopatologických symptómov a syndrómov, odlišná forma a obsah psychopatologických fenoménov a s tým spojené základné metodologické problémy. Príspevkom k možnostiam psychopatologického výskumu je aj metóda vypracovaná pre potreby exploračného výskumu v rámci dizertačnej práce.

Súbor pacientov

Výberový súbor tvorili pacienti, ktorí boli hospitalizovaní na psychiatrickej klinike terajšej Slovenskej zdravotníckej univerzity (SZU) v Bratislave v rokoch 1998 – 2002, u ktorých sa klinickým vyšetrením stanovil paranoidný syndróm. Do súboru boli zaradení len tí pacienti, ktorým bol autor výskumnej práce ošetrojúcim lekárom. To znamená, že išlo len o časť pacientov s paranoidným syndrómom, ktorí boli v uvedenom období hospitalizovaní a možno ich považovať za reprezentatívnu vzorku s náhodným výberom. Početnosť pacientov v jednotlivých diagnostických skupinách (najviac v skupine schizofrénií, podstatne menej v skupine bludových porúch a organických porúch) zodpovedá typickému profilu diagnóz v skupine hospitalizovaných pacientov. Pomerne nízke zastúpenie pacientov s psychotickými formami afektívnych porúch je pravdepodobne dôsledkom nesystematického zaraďovania pacientov do súboru (tabuľka č. 1).

Kritériom pre aplikovanie škál nebola diagnóza pacienta (vychádzalo sa z predpokladu, že diagnostika v niektorých prípadoch môže trvať aj dlhšie). U každého pacienta sa preto v priebehu prvých 3 dní aplikovali všetky škály, t.j. škály zamerané na posúdenie úrovne primárneho syndrómu (BPRS, HAMD, PANSS, YMRS a MMS), škály na posúdenie úrovne bludnej štruktúry (EISEN a KENDLER) a škála pre čistý paranoidný syndróm (SCPS).

Škály zamerané na hodnotenie bludnej štruktúry a škála SCPS

Potvrdil sa predpoklad, že škály zamerané na meranie bludnej štruktúry, ktoré sú uvedené v odbornej literatúre (škála Dimenzie bludného prežívania, *Kendler a spol.*, 1983 a Brownova škála bludnej viery, *Eisen a spol.*, 1998), neprispeli k dosiahnutiu stanovených cieľov výskumnej práce. Vzhľadom na to, že nejednajú slovenské oficiálne názvy týchto škál, označili sme ich ako KENDLER a EISEN (tabuľka č. 5).

Uvedené škály identifikujú, vzhľadom na charakter ich položiek, parafrenické sy – podľa klasifikácie bludových syndrómov *Bernera a spol.* (1986) – paralogicky štruktúrované dezorganizované bludy, nezávislé od reálneho sveta. To znamená, že zahŕňajú položky, ktoré poukazujú na účasť patologických výstavbových elementov (primárny syndróm), a ktoré merajú prejavy sekundárneho aj primárneho syndrómu (napríklad položky bizarnosť, dezorganizovanosť). Najvyššie dosiahnuté skóre podľa týchto škál dosahujú pacienti s bizarnými, paralogickými a nesystemizovanými bludmi.

Cieľom výskumnej práce však bolo poukázať na zmeny paranoidného syndrómu v závislosti od prítomnosti primárneho (osového) syndrómu. Pre tento účel bolo potrebné vytvoriť škálu, ktorá by mala tento problém zohľadniť a merala by len prejavy sekundárneho syndrómu.

Z tohoto dôvodu, súčasťou výskumnej metódy bol vývoj a validizácia škály pre čistý paranoidný syndróm (SCPS). Čistý paranoidný syndróm, podľa klasifikácie bludových syndrómov *Bernera a spol.* (1986), je syndróm, pri ktorom je blud logicky sklbený a postupne sa organizuje do pevného a stabilného systému. Škála SCPS je skonštruovaná tak, aby zohľadňovala stanovený cieľ výskumu – poukázať na to, že ak narastá skóre primárneho (osového) syndrómu, klesá skóre sekundárneho (akcesórneho) syndrómu – „rozpadá” sa štruktúra čistého paranoidného syndrómu a naopak, ak je skóre primárneho syndrómu nízke, skóre sekundárneho syndrómu je vysoké – prítomný je rozvinutý čistý paranoidný syndróm. To znamená, že skóre podľa škály SCPS bude vyššie v prípade, kedy je blud logicky sklbený a systemizovaný (čistý paranoidný syndróm) a nižšie v prípade dezorganizovanej bludnej štruktúry („rozpadávanie” bludnej štruktúry čistého paranoidného syndrómu). Tým sa škála SCPS z hľadiska skórovania stáva voči škálam EISEN a KENDLER divergentnou. Aj štatistickými metódami, ktorými sa skúmali medziškálové vzťahy sa preukázalo, že medzi EISEN a SCPS a KENDLER A SCPS nejednajú žiadna väzba (tabuľka č. 5).

Doklad o reliabilite posudzovacej stupnice je absolútnou požiadavkou psychiatrického výskumu. Reliabilitu vyjadruje tzv. Cronbachov koeficient alfa (*Cronbach, 1951*), ktorý vyjadruje vnútornú konzistenciu posudzovacej stupnice, má byť väčší ako 0,7. Ďalším veľmi významným parametrom reliability je korelačný koeficient kappa, ktorý vyjadruje stupeň zhody pri použití stupnice viacerými výskumníkmi (*Meehl, Golden, 1982*).

Vzhľadom na to, že zber všetkých dát, ktoré sa stali podkladom pre štatistické spracovanie, uskutočnil autor výskumnej práce bez spoluúčasti ďalších pracovníkov, nebolo možné vyhodnotiť korelačný koeficient kappa. Reliabilita škály sa overovala v rámci pilotnej štúdie (n=39).

Dokladom reliability škály pre čistý paranoidný syndróm je Cronbachov koeficient alfa – 0,8916, ktorý poukazuje na veľmi dobrú homogenitu škály. Ďalšie korekcie škály preto neboli potrebné. Výsledky štatistickej analýzy, ktorá zahŕňala údaje z celého súboru (n=109) sa od výsledkov pilotnej štúdie významne neodlišovali a potvrdili dobré psychometrické charakteristiky škály – hodnoty vzájomných korelácií dobre akceptujú vnútornú konvergenciu a homogenitu položiek škály (tab. č. 3 a tab.č. 4). Položka „Presvedčenie“ sa vyznačuje nízkou koreláciou s ostatnými položkami (tab. č. 4). Znamená to, že sa prejavuje najmenej dimenzionálne. Podobný výsledok referujú aj autori škál zameraných na skúmanie bludného prežívania (napr. škála Kendlera a spol., 1983, Eisen a spol., 1998). Presvedčenie sa dimenzionálne prejavuje až v prípade kedy sa do úvahy berie kontinuum, na ktorom sa na jednom konci nachádza presvedčenie zdravého jedinca a na druhom konci bludné presvedčenie (*Kendler a spol., 1983, Spitzer, 1990*). Deskriptívne parametre škály popisuje graf 1. Dokladom reliability škály pre čistý paranoidný syndróm je Cronbachov koeficient alfa=0,8327.

Škály použité na hodnotenie primárnych (osových) syndrómov

Škály BPRS, PANSS, HAMD, YMRS a MMS, použité za účelom merania primárneho (osového) syndrómu, sú síce škály validizované a ich platnosť sa preukázala v mnohých klinických štúdiách (prevažne farmakologických, kde sa osvedčili pri posudzovaní zmien klinického obrazu), ale cieľom tohoto výskumu vyhovujú iba čiastočne – neboli konštruované za účelom kvantifikovať (hodnotiť úroveň) osových syndrómov (endogenomorfného schizofrenického, endogenomorfného cykloidného a organomorfného).

Klinické obrazy duševných porúch sú komplexné – kombinujú sa bazálne (primárne) aj akcesórne (sekundárne) príznaky. Diagnostické škály, ktorých položky sa extrahovali na základe popisov klinických obrazov, kvantifikujú teda príznaky primárne aj sekundárne. V tejto súvislosti treba dodať, že v posledných desaťročiach sa výskum v psychopatológii koncentroval na kategorizáciu psychopatologických symptómov na základe ich reliability. Výsledkom takéhoto výskumu bol vznik rôznych symptómových škál, ich použitie však z hľadiska etiopatogenézy nevedie k vytváraniu dostatočne homogénnych jednotiek (*van Praag, 1999b*). Tento nedostatok možno vysvetliť aj tým, že tie psychopatologické znaky, ktoré sú z hľadiska primárnej poruchy významné, sa vyskytujú v klinickom obraze v diskretnej podobe a z hľadiska použitia škál sú irelevantné (*Berner, 1997*). Kritériá pre osovú syndrómu vypracovala skupina viedenských autorov (*Berner a spol., 1992*). Tieto kritériá prispievajú k presnejšej etiopatogenetickej diagnostike, doposiaľ sa však nestali východiskom pre vytvorenie meracej škály.

Medziškálové vzťahy v celom súbore

Paranoidný syndróm sa môže vyskytovať samostatne (pri paranoji), alebo sa kombinuje s niektorým z osových syndrómov. Osové syndrómy sú dispozíčné – disponujú k vzniku, k prejavu sa akcesórneho (v tomto prípade paranoidného) syndrómu. Cieľom štatistickej analýzy získaných údajov bolo kvantifikovať vzťah medzi paranoidným syndrómom a osovými dispozíciami. Medziškálové vzťahy sa preverovali v celom súbore a v diagnostických skupinách pomocou korelačnej a regresnej analýzy.

Prvým krokom v rámci štatistických výpočtov bolo vyhodnocovanie medziškálových vzťahov na základe údajov z celého súboru (n=109).

V prípade škál BPRS a SCPS (graf č. 2, tab.č. 5) a škál PANSS a SCPS (graf č. 3, tab. č.5) sa preukázala negatívna väzba, hodnoty skóre škál BPRS a PANSS vykazujú klesajúci trend so stúpajúcim skóre SCPS.

V prvom prípade, výsledok štatistickej analýzy možno interpretovať tak, že škála BPRS, určená pre dospelú populáciu pacientov s psychotickými poruchami (*Overall, Gorham, 1962*), pokrýva spektrum psychotických porúch a meria, aspoň do určitej miery, úroveň všetkých troch osobných syndrómov.

V druhom prípade, predpoklad, že škála PANSS pokrýva celé spektrum psychotických porúch, je menej pravdepodobný. Škála PANSS je určená pre dospelú populáciu pacientov so schizofréniou (*Kay, Opler, Lindenmayer, 1988*). Výsledok do značnej miery mohol ovplyvniť fakt, že v celom súbore je vysoký počet pacientov so schizofréniou (n= 67).

V oboch prípadoch k uvedenému výsledku významne prispel fakt, že získané hodnoty podľa SCPS z celého súboru pokrývajú celý rozsah škály (graf č. 4).

V rámci vyhodnocovania údajov z celého súboru sa žiadna väzba nezistila medzi škálami EISEN a SCPS, KENDLER a SCPS, HAMD a SCPS, MMS a SCPS (tab. č. 5). Škály EISEN a KENDLER (škály zamerané na skúmanie bludnej štruktúry), ako už bolo vysvetlené vyššie, sú z hľadiska skórovania voči škále SCPS divergentné a nevyhovujú cieľom výskumnej práce. Škála HAMD je určená pre pacientov s afektívnymi poruchami a škála MMS pre pacientov s organickými duševnými poruchami. V celom súbore bola prevaha pacientov so schizofréniou (n=67), pacientov s afektívnymi (n=15) a organickými poruchami (n=16) bolo relatívne málo. Vzhľadom na to sme ani neočakávali, že sa pri vyhodnocovaní údajov z celého súboru väzba medzi HAMD a SCPS a MMS a SCPS preukáže.

Medziškálové vzťahy v diagnostických skupinách

Ďalším krokom bolo skúmanie medziškálových vzťahov v štyroch diagnostických skupinách: SCHIZOFRÉNIE, AFEKTÍVNE PORUCHY, ORGANICKÉ PORUCHY a PORUCHY S BLUDMI (tab.č. 1). Pre skúmanie vzťahov medzi osobnými a paranoidným syndrómom v jednotlivých diagnostických skupinách boli použité škály BPRS, PANSS, HAMD a MMS a škála SCPS.

Najpočetnejšou skupinou bola diagnostická skupina SCHIZOFRÉNIE (n=67). Štatisticky boli vyhodnotené výsledky namerané škálami BPRS a PANSS (škály zamerané na primárny syndróm) a SCPS (škála zameraná na sekundárny – paranoidný syndróm).

Na základe klinickej skúsenosti vieme, že pri schizofrénii sa v závislosti od osobného syndrómu bludná štruktúra formuje paralogicky, obsah bludu je „odtrhnutý“ od reality, často bizarný (napríklad bludy autistické, depersonalizačné, bludy ovplyvňovania), vplyv bludov na konanie a tendencia k vytváraniu systému sú nekonštantné. Táto skutočnosť sa odrazila aj v úrovni dosiahnutého skóre v škále SCPS. Priemerné skóre SCPS dosahovalo v tejto skupine najnižšie hodnoty (graf č. 4 a graf č. 5).

Pri sledovaní vzťahu skóre BPRS a skóre SCPS v tejto diagnostickej skupine sa preukázala štatisticky významná negatívna závislosť (graf č. 6), čím sa potvrdila klinická skúsenosť, že s postupným zvyrazňovaním osového (schizofrenického) syndrómu (vyššie hodnoty skóre v BPRS) sa štruktúra paranoidného syndrómu „rozpadá“ (klesá skóre v SCPS). Podobné výsledky sa dosiahli aj pri skúmaní vzťahu celkového skóre PANSS a skóre SCPS (graf č. 7).

V oboch prípadoch sa potvrdila negatívna závislosť na hladine významnosti (0,01 a 0,05). Nižšie hodnoty korelačných koeficientov (-0,34 a -0,26) môžu byť dôsledkom použitia posudzovacích stupníc, ktoré, ako už bolo spomenuté vyššie, nie sú zamerané špeciálne na hodnotenie osových syndrómov. Ďalšou príčinou môže byť fakt, že v súbore boli len hospitalizovaní pacienti s akútnym rozvinutým obrazom schizofrenie, ktorí dosahovali nízke skóre v SCPS. V súbore bolo veľmi málo prípadov s nižšou intenzitou prejavu osového syndrómu skrytého alebo nekompletného (rozvíjajúci sa alebo odznievajúci obraz schizofrenie), teda prípady, pri ktorých je intenzita prejavu paranoidného syndrómu vyššia (vyššie skóre v SCPS).

V diagnostickej skupine AFEKTÍVNE PORUCHY (n=15) boli štatisticky vyhodnotenú výsledky namerané škálami BPRS (škála zameraná na primárny syndróm) a SCPS (škála zameraná sekundárny – paranoidný syndróm).

Pôvodný zámer aplikovať škály HAMD a YMRS u pacientov s paranoidným syndrómom pri afektívnych poruchách sa síce uskutočnil, ale vzhľadom na malý súbor pacientov (9 pacientov HAMD a 6 pacientov YMRS) sa dáta nepoužili na štatistické spracovanie. Na štatistické spracovanie sa použili údaje získané pomocou škály BPRS (n = 15). Použitie tejto škály v prípade psychotických foriem afektívnych porúch je v súlade s údajmi v odbornej literatúre (*Overall, Hollister, 1986*).

Bludy pri afektívnych poruchách sú kongruentné alebo inkongruentné s náladou. Bludná štruktúra je logicky usporiadaná, v niektorých prípadoch ľahko paralogická. Bludy môžu mať značný vplyv na konanie, doznievajú spolu s poruchou nálady, zriedka sa organizujú do pevnejšieho systému. V hodnotení bludnej štruktúry podľa SCPS bolo v tejto skupine zastúpené stredné pásmo škály (graf č. 4, graf č. 5). Pri sledovaní vzťahu skóre BPRS a skóre SCPS sa potvrdila štatisticky významná negatívna závislosť (graf č. 8).

V prípade diagnostickej skupiny ORGANICKÉ PORUCHY (n= 16) sa pri skúmaní vzťahu osového a sekundárneho syndrómu použili škály MMS a SCPS. Vzhľadom na skutočnosť, že sa v rámci štatistickej analýzy celého súboru preukázala väzba medzi škálami BPRS a SCPS, vyhodnocovali sme údaje získané pomocou BPRS aj v tejto diagnostickej skupine.

V oboch prípadoch, BPRS a SCPS ako aj MMS a SCPS, sa v diagnostickej skupine ORGANICKÉ PORUCHY potvrdila štatisticky významná negatívna závislosť (graf č. 9 a graf č. 10).

V klinickom obraze organických porúch sú príznaky, ktoré poukazujú na organické poškodenie mozgu (poruchy pamäte, intelektu, pozornosti). V závislosti od intenzity prejavu

osového organomorfného syndrómu sa môže manifestovať plne vyjadrený paranoidný syndróm alebo len jeho fragmenty. V skúmanej skupine sa dosiahnuté skóre úrovne bludnej štruktúry v SCPS približovalo k stredným hodnotám, rozptyl v oboch smeroch bol však väčší ako v prípade diagnostickej skupiny AFEKTÍVNE PORUCHY (graf č. 4 a graf č. 5).

V prípade diagnostickej skupiny PORUCHA S BLUDMI (n= 11) sa vzhľadom na nejednoznačnosť jej nozologického zatriedenia použili škály BPRS, PANSS aj HAMD (škály zamerané na meranie endogenomorfného schizofrenického aj cyklotýmneho osového syndrómu) a škála SCPS (zameraná na sekundárny syndróm).

Podľa klasifikácie ICD 10 (1992) je porucha s bludmi vyčlenená ako samostatná diagnostická kategória v rámci veľkej triedy duševných ochorení F20 – 29 (schizofrenia, schizotypová porucha a porucha s bludmi). Zahŕňa paranoju, paranoidnú psychózu, paranoidný stav, neskorú parafreniu a senzitívny vývoj bludu. Porucha s bludmi predstavuje značne heterogénnu skupinu ochorení, pri ktorých nie je vyjasnený vzťah k etiológii. Otázka, či porucha s bludmi predstavuje samostatnú nozologickú entitu, alebo je variantou schizofrenie či afektívnej poruchy, nie je doriešená.

Bludy pri bludovej poruche sú dobre logicky sklbené, majú tendenciu vytvárať pevný systém, ktorý je stabilný a môže mať značný vplyv na konanie. Obsah bludného systému je zakotvený v realite. Presvedčenie býva hlboké a neodkloniteľné. Túto skutočnosť odráža najvyššie dosahované skóre SCPS v tejto skupine (graf č. 4 a graf č. 5).

Štatisticky významná negatívna závislosť sa potvrdila pri skúmaní vzťahu skóre BPRS a skóre SCPS (graf č. 11), pri skúmaní PANSS a SCPS (graf č. 12) aj pri skúmaní skóre HAMD a skóre SCPS (graf č. 13). Je zaujímavé, že závislosť sa potvrdila v prípade škál BPRS a PANSS (zamerané na schizofrenický osový syndróm) a SCPS ako aj škál HAMD (zameraná na afektívny osový syndróm) a SCPS.

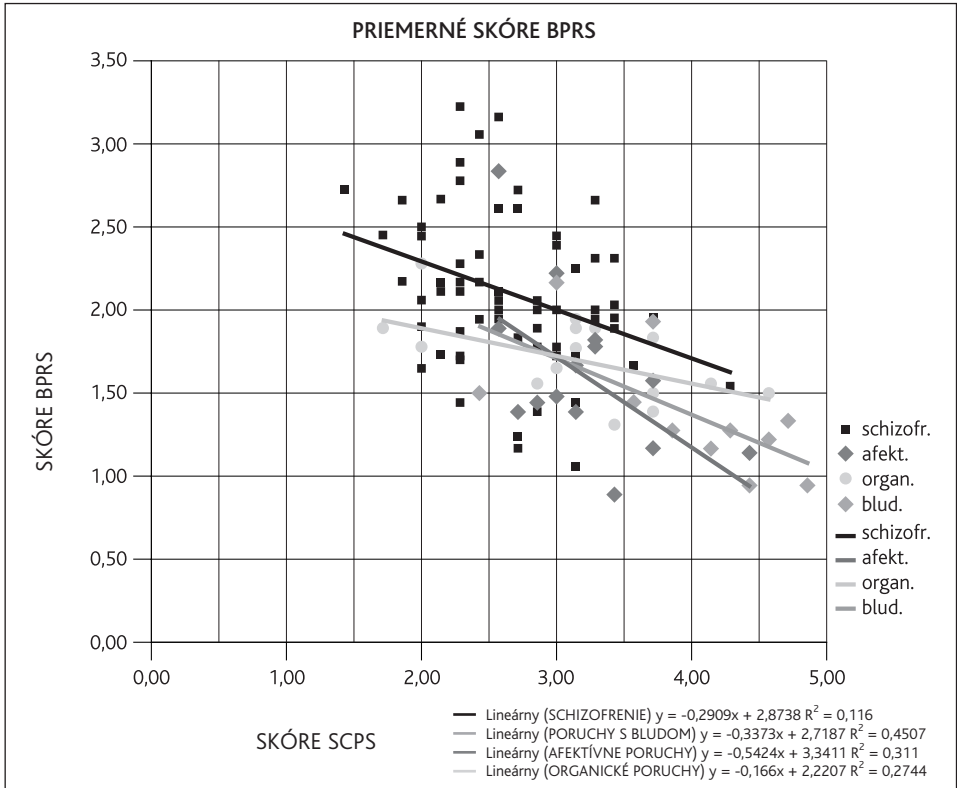
Táto skupina dokumentuje tie prípady, pri ktorých je osový syndróm (schizofrenický, afektívny aj organický) skrytý a disponuje k rozvoju paranoidného syndrómu, ktorý sa manifestuje vyššou intenzitou prejavu (čistý paranoidný syndróm). Podľa výsledkov štatistickej analýzy údajov z tejto skupiny, pre rozvoj paranoidného syndrómu pri bludovej poruche je dispozičný schizofrenický aj afektívny osový syndróm.

Významným limitujúcim faktorom pri interpretácii výsledkov v prípade diagnostických skupín PORUCHY S BLUDMI, AFEKTÍVNE PORUCHY a ORGANICKÉ PORUCHY je fakt, že počet skúmaných pacientov je pomerne nízky.

Zhrnutie

Výsledky, ktoré sme získali pri štatistickom vyhodnocovaní údajov z celého súboru a údajov z jednotlivých diagnostických skupín, sme pre lepšiu názornosť sústredili do jedného grafu, z ktorého vidieť trend závislosti skóre BPRS a SCPS, ktorý sa prejavil v celom súbore aj v jednotlivých diagnostických skupinách (graf č. 14).

Graf č. 14: Bodové rozdelenie hodnôt skóre BPRS podľa skóre SCPS



Možno konštatovať, že výsledky výskumnej práce naplnili stanovené ciele:

1. Poukázali sme na zmeny paranoidného syndrómu v závislosti od osobných syndrómov (zmeny sekundárneho syndrómu v závislosti od primárneho)
2. Kvantifikovali sme vzťah medzi paranoidným syndrómom a osobnými syndrómami pomocou štatistických metód (tesnosť vzťahu, lineárna regresia)
3. Na základe štatistických výsledkov (korelačná a regresná analýza) možno vyhodnotiť vzťah paranoidného syndrómu k osobným dispozíciám. Potvrdil sa predpoklad vychádzajúci z klinickej empirie, podľa ktorého sa v zložitejšie štruktúrovanom psychopatologickom stave kombinujú dva alebo viac psychopatologických syndrómov. Ak je v klinickom obraze prítomný rozvinutý primárny (osobný) syndróm (schizofrenický, afektívny alebo organický), narastá aj jeho skóre. Skóre paranoidného syndrómu (sekundárneho) klesá. Naopak, pri málo rozvinutom osobom syndróme jeho dosiahnuté skóre klesá, skóre paranoidného syndrómu narastá. Preukázalo sa, že osobné syndrómy, schizofrenický, afektívny a organický disponujú (vytvárajú podmienky) k tomu, aby sa prejavil para-

noidný (sekundárny) syndróm. Syndróm primárny disponuje k rozvoju paranoidného syndrómu vtedy, ak je skrytý alebo nekompletný, to znamená pri svojej čiastočnej prejavovej intenzite. Pri maximálnej intenzite primárneho syndrómu, pri jeho plnom rozvinutí, paranoidný syndróm ustupuje, rozpadá sa jeho psychopatologická štruktúra.

11. ZÁVER

Poznatky z oblasti psychopatológie, ktoré sú podrobnejšie predstreté v teoretických častiach dizertačnej práce (paranoidný syndróm, špecifické a nešpecifické psychopatologické syndrómy, osové syndrómy a osové dispozície, vznik zložitejších psychopatologických obrazov – syndrómová genéza), sa stali východiskom jednotlivých téz dizertačnej práce.

Paranoidný syndróm, jeho hlavné charakteristiky, vznik a vývoj, vzťah k ostatným syndrómom, je predmetom klinickej psychopatológie. Súčasné poznatky nedovoľujú formulovať jednoznačné uzávery a jednotnú teóriu psychopatológie.

V odbornej psychiatrickej verejnosti sa objavujú zaujímavé názory, podľa ktorých východiskom pre zložitú problematiku psychopatológie môže byť systémový prístup, na základe ktorého možno formulovať všeobecne platné zákonitosti psychopatologickej výstavby duševných porúch.

Manifestácia psychopatologických prejavov v klinických obrazoch psychických ochorení nie je náhodná, ale sa riadi určitými pravidlami. Tieto pravidlá možno považovať za všeobecné empirické zákonitosti. Východiskom pre formulovanie týchto zákonitostí sú poznatky o prejavovej polymorfности a nozologickej špecifickosti psychopatologických syndrómov.

Z hľadiska prebiehajúcej poruchy možno považovať za špecifické tzv. osové syndrómy. Po klinickej stránke sú to komplexy psychopatologických symptómov, ktoré sú usporiadané v určitých psychopatologických štruktúrach. Osové syndrómy sú dispozičné, disponujú (vytvárajú podmienky) pre rozvoj akcesórnych syndrómov.

V zložitejšie štruktúrovanom psychopatologickom stave sa kombinujú dva alebo viac psychopatologických syndrómov. Jeden z nich je viac a druhý menej špecifický (jeden je primárny, osový, druhý sekundárny, akcesórny). Ak sa primárny syndróm manifestuje len vo svojej čiastočnej intenzite (nie je plne rozvinutý), disponuje k rozvoju sekundárneho syndrómu. Ak v klinickom obraze dominuje plne rozvinutý primárny syndróm (dosahuje maximálnu intenzitu), sekundárny syndróm ustupuje a jeho intenzita prejavu klesá. Pri vymiznutí primárneho syndrómu môže ustúpiť aj sekundárny.

Endogénne psychózy majú svoje osové syndrómy (endogenomorfný schizofrenický, endogenomorfný cykloidný a organomorfný osový syndróm), ktoré môžu byť skryté alebo nekompletné a v klinickom obraze dominujú syndrómy akcesórne. Paranoidný syndróm patrí medzi nešpecifické syndrómy a formuje sa v závislosti od osového (špecifického) syndrómu.

Uvedené empirické zákonitosti sa stali predmetom exploračného výskumu dizertačnej práce.

Prvým cieľom výskumu bolo poukázať na zmeny psychopatologického obrazu paranoidného syndrómu v závislosti od osových syndrómov (afektívneho, schizofrenického a organického). Druhým cieľom bolo kvantifikovať vzťah medzi paranoidným syndrómom a osovými syndrómami pomocou štatistických metód. Posledným cieľom bolo vyhodnotiť na základe výsledkov vzťah paranoidného syndrómu k osovým dispozíciám.

Súčasťou výskumnej metódy bol vývoj a validizácia posudzovacej stupnice pre čistý paranoidný syndróm. Termín čistý paranoidný syndróm v duchu viedenskej školy sa vzťahuje na prípady, kedy sa blud formuje logicky, porozumiteľne a postupne sa organizuje do systému.

Škála pre čistý paranoidný syndróm (SCPS) je symptómová škála, zameraná na skúmanie intenzity prejavu paranoidného syndrómu u pacientov, u ktorých sa klinickým vyšetrením zistí blud a stanoví paranoidný syndróm. Obsahuje 7 položiek (logická skĺbenosť, systemizácia, stabilita, presvedčenie, vplyv na konanie, extenzia, inercia), skórovanie od 1-5. Pri výbere položiek sa vychádzalo z klinického popisu čistého paranoidného syndrómu a z klasifikácie paranoidných syndrómov na základe bludnej štruktúry podľa autorov viedenskej školy. Výsledky štatistickej analýzy potvrdili dobré psychometrické charakteristiky škály, Cronbachov koeficient alfa = 0,8327 poukazuje na veľmi dobrú homogenitu škály.

Do výberového štatistického súboru bolo postupne zaradených 109 pacientov hospitalizovaných na psychiatrickej klinike terajšej Slovenskej zdravotnickej univerzity v rokoch 1998 - 2002, ktorí spĺňali vstupné kritériá. U každého pacienta bola na základe klinického vyšetrenia stanovená psychiatrická diagnóza (podľa ICD-10). Podľa týchto diagnóz bol výberový súbor rozdelený do 4 skupín (schizofrénie, afektívne poruchy, bludové poruchy a organické duševné poruchy). U každého pacienta sa aplikovali validizované škály zamerané na posúdenie úrovne primárneho (osového) syndrómu (BPRS, PANSS, HAMD, YMRS a MMS) a úrovne bludnej štruktúry (škála Eisena a spol., 1998, a škála Kendlera a spol., 1983). Na určenie stupňa intenzity prejavu paranoidného syndrómu sa použila škála pre čistý paranoidný syndróm (SCPS).

Tesnosť vzťahu sa vyhodnocovala štatistickými metódami. Medziškálové vzťahy v jednotlivých diagnostických skupinách boli preverované pomocou korelačnej a regresnej analýzy. Pre vyhodnotenie bol použitý štatistický software SPSS (for Windows) a MS EXEL 2000.

Možno konštatovať, že výsledky výskumnej práce naplnili stanovené ciele.

Poukázali sme na zmeny paranoidného syndrómu v závislosti od osových syndrómov (zmeny sekundárneho syndrómu v závislosti od primárneho).

Kvantifikovali sme vzťah medzi paranoidným syndrómom a osovými syndrómami pomocou štatistických metód (tesnosť vzťahu, lineárna regresia).

Na základe štatistických výsledkov (korelačná a regresná analýza) možno vyhodnotiť vzťah paranoidného syndrómu k osovým dispozíciám. Potvrdil sa predpoklad vychádzajúci z klinickej empirie. Ak je v klinickom obraze prítomný rozvinutý osový syndróm (schizofrenický, afektívny alebo organický), narastá aj jeho skóre. Skóre paranoidného syndrómu klesá. Naopak, pri málo rozvinutom osovom syndróme jeho dosiahnuté skóre klesá, skóre paranoidného syndrómu narastá. Pri sledovaní vzťahu skóre BPRS a skóre SCPS

v skupine SCHIZOFRÉNIA sa stanovením súčinnového korelačného koeficientu (-0.34) potvrdila negatívna závislosť na hladine významnosti $p < 0.01$, pri sledovaní vzťahu skóre PANSS a skóre SCPS sa stanovením súčinnového korelačného koeficientu (-0.265) potvrdila negatívna závislosť na hladine významnosti $p < 0.05$. Podobne v skupine AFEKTÍVNE PORUCHY sa pri sledovaní vzťahu skóre BPRS a skóre SCPS stanovením súčinnového korelačného koeficientu (-0.557) potvrdila negatívna závislosť na hladine významnosti $p < 0.05$.

Preukázalo sa, že osové (primárne) syndrómy, schizofrenický, afektívny a organický disponujú (vytvárajú podmienky) k tomu, aby sa prejavil paranoidný (sekundárny) syndróm. Pri sledovaní vzťahu skóre PANSS a skóre SCPS v skupine PORUCHY S BLUDMI sa stanovením súčinnového korelačného koeficientu (-0.864) potvrdila negatívna závislosť na hladine významnosti $p < 0.01$ a pri sledovaní vzťahu skóre HAMD a skóre SCPS sa stanovením súčinnového korelačného koeficientu (-0.618) potvrdila negatívna závislosť na hladine významnosti $p < 0.05$.

Škála pre čistý paranoidný syndróm (SCPS), ktorá vznikla pre potreby výskumu, môže byť prínosom pre klinickú prax. Môže byť užitočná v rámci psychopatologických rozborov duševných porúch, pri ktorých sa vyskytujú bludové syndrómy a v rámci diferenciálne diagnostických úvah môže prispieť k presnejšej diagnostike paranoidných stavov. Dosiahnuté skóre informuje o úrovni bludnej štruktúry – vysoké skóre poukazuje na paranoidný a čistý paranoidný syndróm, nízke skóre na parafrenické syndrómy. Nízke skóre škály poukazuje na prítomnosť osobného syndrómu. Škála prierezovo zachytí zmeny bludnej štruktúry v závislosti od primárneho syndrómu.

Istou prednosťou predkladanej výskumnej práce je skutočnosť, že predmetom psychopatologického výskumu sa stali empirické zákonitosti, ktorým sa v súčasnej psychiatrii nevenuje dostatočná pozornosť a nejestvujú vhodné výskumné metódy, ktoré by umožňovali popísať tieto javy na exaktnej úrovni. Možno preto konštatovať, že výskumná metóda vypracovaná pre potreby dizertačnej práce je svojím spôsobom „novátorská“ (v úvodzovkách preto, lebo o skutočnom novátorstve možno hovoriť iba v prípade, ak sa dostatočne jasne preukáže prínos výskumu). Na druhej strane, najmä pre neskúseného výskumníka je to obrovskou nevýhodou, pretože nejestvuje možnosť korigovať metodologické nedostatky a porovnávať výsledky s publikovanými prácami v odbornej literatúre. Opakované rešerže z odborných časopisov a prieskumy príslušných internetových stránok poukazujú na absenciu relevantných údajov týkajúcich sa témy, ktorá je predmetom výskumnej časti dizertačnej práce.

12. LITERATÚRA

1. Andersen, J., Larsen, J.K., Schultz, V.: *Dimension of schizophrenia. Reliability and construct validity.* *Psychopathology*, 22, 1989, s. 168-176.
2. Andreasen, N.C.: *Linking mind and brain in the study of mental illness. A project for scientific psychopathology.* *Science*, 275, 1997, s. 1586-1593.
3. Bech, P.: *Rating Scales for affective disorders. Their validity and consistency.* *Acta psychiatr. Scand.*, 64, 1981, suppl. 295.
4. Bech, P., Bolwing, T.G., Kramp, P., Rafaelsen, O.J.: *The Bech-Rafaelson Mania Scale and the Hamilton Depression Scale.* *Acta Psychiatr. Scand.*, 59, 1979, s. 420-430.
5. Bech, P., Kastrup, M., Rafaelsen, O.J.: *Mini-compendium of rating scales for states of anxiety, depression, mania, schizophrenia with corresponding DSM-III syndromes.* *Acta Psychiatr. Scand.*, 73, 1986, supp. 326, s. 1-37.
6. Bell, R.C., Dudgeon, P., Gregory, P.D., Jackson, H.J.: *The dimensionality of schizophrenia concepts in first-episode psychosis.* *Acta Psychiatr. Scand.*, 97, 1998, s. 334-342.
7. Bech, P., Boleig, T.G., Kramp, P., Rafaelsen, O.J.: *The Bech-Rafaelsen Mania Scale and the Hamilton Depression Scale.* *Acta Psych. Scand.*, 59, 1979, s. 420-430.
8. Berner, P.: *Paranoide syndrom.* In: *Psychiatrische der Gegenwart.* Kisker, K.P., Meyer, J.E., Muller, M., Stromgren, E., 2. Aufl. Bd. III/1. Springer, Berlin 1972, s. 153-182.
9. Berner, P.: *Psychopathology of „atypical“ endogenous depression.* In: *Psychopathology of depression.* *Psychiatria Fennica supplementum*, 1980, s. 217-221.
10. Berner, P.: *Psychiatrische Systematic.* Verlag Hans Huber Bern Stuttgart Wien 1982.
11. Berner, P.: *Conceptualization of Schizophrenia: The symptom-oriented approach.* *Psychopathology*, 30, 1997, s. 251-256.
12. Berner, P.: *Course and Outcome of Paranoic Psychoses.* *Current Opinion in Psychiatry*, 12, 1999, suppl. 1, s. 69.
13. Berner, P., Katschnig, H.: *Principles of „multiaxial“ classification in psychiatry as basis of modern methodology.* In: *Helgason, Methods in evaluation of psychiatric treatment.* Cambridge University Press, Cambridge 1983.
14. Berner, P., Kufferle, B.: *Symptom, Syndrom, Krankheitsdiagnose.* In: *Psychopathologie. Neue Beiträge zu Klinik und Praxis/ hrsg. von Buchar, J. M..* Stuttgart; New York 1981, s. 93-100.
15. Berner, P., Schanda, H., Thau, K. et al: *Heterogenity of delusional syndromes: diagnostic criteria and course.* *Psychopathology*, 17, 1984, s. 280-289.
16. Berner, P., Gabriel, E., Kieffer, W., Schanda, H.: *Paranoid psychoses, New aspects of classification and prognosis coming from Vienna research group.* *Psychopathology*, 19, 1986, s. 16-29.
17. Berner, P., Gabriel, E., Katschnig, H., Kieffer, W. et al: *Diagnostic criteria for Functional psychoses.* Cambridge University Press. Cambridge 1992.
18. Berrios, G.E.: *Classification in psychiatry: a conceptual history.* *Aust. N.Z. Psychiatry*, 33, 1999, 4, s. 145-160.
19. Berrios, G.E., Chen, E.Y.H.: *Recognising Psychiatric symptoms. Relevance to the diagnostic process.* *Br. J. Psychiatry*, 163, 1993, s. 308-314.
20. Costello, Ch.G.: *Research on symptoms versus research on syndromes. Arguments in Favour af Allocating more research time to study of symptoms.* *Br. J. Psychiatry*, 160, 1992, s. 304-308.
21. Cronbach, L.J.: *Coefficient alpha and the internal structure tests.* *Psychometrika*, 16, 1951, s. 297-334.
22. Crow, T.J.: *From Kraepelin to Kretschmer leavend by Schneider.* *Arch. Gen. Psychiatry*, 55, 1998, s. 502-504.
23. Crow, T.J.: *The continuum of psychosis and its genetic origins: the sixty-fifth Maudsley lecture.* *Br. J. Psychiatry*, 156, 1990, s.788-797.
24. Crow, T.J.: *Schizo-affective illness: The genetics of a continuum? Current Opinion in Psychiatry*, 12, 1999, Suppl. 1, s. 87.
25. *DSM-III-R. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd edn., revised, Washington, DC. APA, 1987.*
26. Edwards, G: *Diagnosis of schizophrenia: An Anglo-American comparison.* *Br. J. Psychiatry*, 120, 1972, s. 120-156.
27. Eisen, J. L., Phillips, K.A., Baer, L., Beer, D.A. et al: *The Brown Assessment of Beliefs Scale: Reliability and validity.* *Am. J. Psychiatry*, 155, 1998, s. 102-108.
28. Ey, H.: *The psychopathology of Pierre Janet and the dynamic conception of psychiatry.* 1963. In.: *Anthology of French language psychiatric texts, Institut d'édition, Le Plessis-Robinson 1999, s. 531-551.*
29. Ey, H., Pujol, R.: *Groupe des delires chroniques.* *Encycl.chir. Paris*, 37, 1955, s. 299 – 315.

30. Faraone, S.V., Kremen, W.S., Lyons, M.J. et al: Diagnostic accuracy and linkage analysis: how useful are schizophrenia spectrum phenotypes? *Am. J. Psychiatry*, 152, 1995, s. 1286-1290.
31. Fleischer, J.: *Psychiatrická syndromológia. Zborník prednášok a súhrnov, I. Slovenský psychiatrický zjazd. Banská Bystrica 1994*, s. 18-22.
32. Fleischer, J.: *Zákonitosti symptomatologickej výstavby psychických porúch (1990). Klinicko-psychopatologické problémy. Bratislava, Psychiatrická klinika LFUK a FN, Lundbeck 1997*, s. 27-32.
33. Fleischer, J., Žučka, I.: *Psychopatologické problémy v súdnej psychiatrii. Zborník. XV. Celoštátna súdropsychiatrická konferencia, Trenčianske Teplice 1992*, s. 110-113.
34. Folstein, M.F., Folstein, S.E., Mc Hugh, P.R.: *Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J. Psychiat. Res.*, 12, 1975, s. 189-202.
35. Garety, P.A., Hemsley, D.R.: *Characteristics of delusional experience. Eur. Arch. Psychiatr. Neurol. Sci.*, 126, 1987, s. 294-298.
36. Gelder, M.G., Gath, D., Mayou, R.: *Paranoid symptoms and paranoid syndromes. In Oxford Textbook of Psychiatry, 2nd edn.*, s. 324-344. Oxford University Press, Oxford 1989.
37. Guy, W.: *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Rockville, U.S. DHEW 1976.*
38. Haken, H.: *Synergetic. An introduction. 2 ed. Springer Series in Synergetics. Vol. 1. Berlin-Heidelberg-New York. Springer Verlag 1978.*
39. Hamilton, M.: *Development of a Rating Scale for Primary Depressive Illness. Brit. J. Soc. Clin. Psychol.*, 61, 1967, s. 278-296.
40. Huber, G.: *The psychopathology of K. Jaspers and K. Schneider as a fundamental method for psychiatry. The World Journal of Biological Psychiatry*, 3, 2002, 1, s. 50-57.
41. *ICD-10. World Health Organization, WHO: International Classifications of Diseases (ed 10), Geneva 1992.*
42. Johnson, D.A.W.: *Studies of depressive symptoms in schizophrenia. The prevalence of depression and its possible causes. Br. J. Psychiatry*, 139, 1981, s. 89-93.
43. Jones, E., Watson, J.P.: *Delusion, the overvalued idea and religious beliefs: a comparative analysis of their characteristics. Br. J. Psychiatry*, 170, 1997, s. 381-386.
44. Kandel, E.R.: *A New Intellectual Framework for Psychiatry. Am. J. Psychiatry*, 155, 1998, s. 457-469.
45. Kay, S.R., Opler, L.A., Lindenmayer, J.P.: *Reliability and validity of positive and negative syndrome scale for schizophrenics. Psychiatry Res.*, 23, 1988, s. 99-110.
46. Kendler, K.S.: *The nosologic validity of paranoia (Simple Delusional Disorder). Arch. Gen. Psychiatry*, 37, 1980, s. 699-706.
47. Kendler, K.S., Hays P.: *Paranoid psychosis (delusional disorder) in schizophrenia. Arch. Gen. Psychiatry*, 38, 1981, s. 547-554.
48. Kendler, K.S., Glazer, W.M., Morgenstern, H.: *Dimensions of delusional experience. Am. J. Psychiatry*, 140, 1983, s. 466-469.
49. Knights, A., Hiesch, S.R.: *„Revealed“ depression and drug treatment for schizophrenia. Arch. Gen. psychiatry*, 38, 1981, s. 806-811.
50. Leckman, J.F., Mayes, L.C.: *Understanding Developmental Psychopathology: How Useful Are Evolutionary Accounts. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 37, 1998, s. 1011-1021.
51. Lewis, A.: *Paranoia and paranoid: historical perspective. Psychol. Med.*, 1, 1970, s. 2-12.
52. Lindquist, G., Malmgren, H.: *Organic Mental Disorders as Hypotetical Pathogenetic Process. Acta Psychiatr. Scand.*, 88, 1993, suppl. 373, s. 5-17.
53. Lissitz, R.W., Green, S.B.: *Effects of the number of scale points of reliability. A Monte Carlo approach. J. App. Psychol.*, 60, 1975, s. 10-13.
54. Manschreck, T.C.: *The assesment of paranoid Features. Compr. Psychiatry*, 20, 1979, s. 370-379.
55. Manschreck, T.C.: *Delusional disorder. Psychiatric Annals*, 22, 1992, s. 225-285.
56. Manschreck, T.C.: *Delusional Disorder. The recognition and management of paranoia. J. Clin. Psychiatry*, 57, 1996, suppl. 3, s. 32-38.
57. Manschreck, T.C., Petri, M.: *The paranoid syndrome. Lancet*, 2, 1978, s. 251-259.
58. Marx, O. M.: *William Griesinger and the history of psychiatry: A reassessment. Bull. Hist. Med.*, 6, 1972, s. 519-544.
59. Meehl, P., Golden, R.R.: *Taxometric methods. In: Handbook of research methods in clinical psychology. Kendall P.C., Butcher, J.N. (eds.) John Wiley a Sons, New York 1982*, s. 127-181.
60. Mishara, A.L., Schwartz, M.A.: *Conceptual analysis of psychiatric approaches: phenomenology, psychopathology, and classification. Current Opinion in Psychiatry*, 8, 1995, s. 312-316.
61. Moller, H.J.: *Methodological Issues in Psychiatry: Psychiatry as an Empirical Science. The World J. Biol. Psychiatry*, 2, 2001, 1, s. 38-47.

62. Molčan, J., Fleischer, J. et al: Príspevok k diagnostike paranoidných psychóz. *Čs. Psychiat.*, 84, 1988, 1, s. 18-23.
63. Munro, A.: *Delusional (Paranoid) disorders: Etiologic and taxonomic considerations. I. The possible significance of Organic Brain factors in etiology of delusional disorders.* *Can. J. Psychiatry*, 33, 1988, 4, s. 171-174.
64. Musalek, M., Hobl, B. et al: Polydiagnostic approach in Delusional Disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 12, 1999, suppl. 1, s. 387.
65. Overall, J.E., Gorham, D.R.: *The Brief Psychiatric Rating Scale.* *Psychol. Rep.* 10, 1962, s. 799-812.
66. Overall, J.E., Hollister, L.E.: *Assessment of depression using Brief Psychiatric Rating Scale.* In: Sarorius, N., Ban, T.A., eds. *Assessment of Depression.* Berlin: Springer, 1986, s. 159-178.
67. Parnas, J., Jorgensen A.: *Pre-morbid psychopathology in schizophrenia spectrum.* *Br. J. Psychiatry*, 155, 1989, s. 623-627.
68. Peters, U.H.: *Das Paranoid-halluzinatorische Syndrom.* *Fortschr. Med.*, 85, 1967, s. 3-6.
69. Pichot, P.: *Nosological Models in Psychiatry.* *Br. J. Psychiatry*, 164, 1994, s. 232-240.
70. Pogády, J., Guensberger, E.: *Základy psychopatológie. Edícia pre postgraduálne štúdium lekárov a farmaceutov. Dérevera zbierka, zväzok 96.* Martin, Osveta 1987, s. 216.
71. Praag van, H.M.: *The impact of classification on psychopharmacology and biological psychiatry.* *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 1, 1999a, s. 141-151.
72. Praag van, H.M.: *Psychiatric Diagnosing in Route, On the Right or on the Wrong Track?* *Current Opinion in Psychiatry*, 12, 1999b, 6, s. 193.
73. Praag van, H.M.: *Nosologomania: A Disorder of Psychiatry.* *World J. Biol. Psychiatry*, 1, 2000, s. 151-158.
74. Pull, C.B.: *Atypical Psychotic Disorders.* In: *Schizophrenia.* Hirsch, S.R., Weinberg, D.R., eds. Oxford, England Blackwell Science 1995, s. 58-72.
75. Ritomský, A.: *Metódy psychologického výskumu: kvantitatívna analýza dát. Medzinárodné stredisko pre štúdium rodiny.* Bratislava 2002.
76. Roberts, G.: *The origins of delusion.* *Br. J. Psychiatry*, 161, 1992, s. 298-308.
77. Schanda, H., Gabriel, E.: *Position of Affective Symptomatology in the Course of Delusional Psychoses.* *Psychopathology*, 21, 1988, s. 1-11.
78. Schanda, H., Woergoetter, G., Berner, P. et al.: *Predicting course and outcome in delusional psychoses.* *Acta Psychiatr. Scand.*, 83, 1991, s. 469-475.
79. Scharfetter, Ch., Stassen, H.H.: *Psychopathological Concepts.* *Psychopathology*, 28, 1998, suppl. 1, s. 8-12.
80. Schwartz, D.A.: *A review of the „paranoid concept“.* *Arch. gen. Psychiatry*, 8, 1963, s. 349-358.
81. Snežnevskij, A.V.: *O nosologičeskoj špecifičnosti psihopatologičeskich sindromov.* *Zb. Nevropat. Psikhiat.*, 60, 1960, s. 91-108.
82. Snežnevskij, A.V.: *Schizophrenia (1983).* In: *Russian/Soviet and Western Psychiatry.* Calloway, P., John Wiley & Sons, Canada 1993, s. 121-159.
83. Spitzer, M.: *A neurocomputational approach to delusions.* *Compr. Psychiatry*, 36, 1995, s. 83-105.
84. Spitzer, R.L., First, M.B. et al: *The reliability of three of definitions of bizarre delusions.* *Am. J. Psychiatry*, 150, 1993, s. 880-884.
85. Sullivan, F., Kendler, K.: *Typology of common psychiatric syndromes. An empirical study.* *Br. J. Psychiatry*, 173, 1998, s. 312-319.
86. Šedivec, V.: *Problém nespecifičnosti psychopatologických syndromu.* *Čs. Psychiat.*, 84, 1988, 1, s. 3-6.
87. Taylor, F.K.: *Psychopathology. Its causes and symptoms.* The John Hopkins University Press. Baltimore, Maryland . United States of America 1979.
88. Tsuang, M.T., Stone, W.S., Faraone, S.V.: *Toward reformulating the diagnosis of schizophrenia.* *Am. J. Psychiatry*, 157, 2000, s. 1041-1050.
89. Widiger, T.A., Hurt, S.W., Frances, A., Clarkin, J.F., Gilmore, M.: *Diagnostic efficiency and DSM-III.* *Arch. Gen. Psychiatry*, 41, 1984, s. 1005-1012.
90. Wieck, H.H.: *Nosologische Systematik in der Psychiatrie.* In: *Gestaltandel psychiatrischen Krankheitsbilder.* J. Glatzel (Hsgb.). Stuttgart-New York, Schattauer 1978, s. 1-15.
91. Winokur, G.: *Delusional disorder (paranoia).* *Compr. Psychiatry*, 185, 1977, s. 511-521.
92. Young, R.C., Biggs, J.T., Zielger, V.E., Meyer, D.A.: *A rating scale for mania: Reliability and validity.* *Br. J. Psychiatry*, 133, 1978, s. 429-440.
93. Žucha, I.: *Syndromológia.* In: *Psychiatria, 1-všeobecná časť.* Kafka, J. Kolibáš, E. Vysokoškolské učebné texty, Univerzita P. J. Šafárika, Košice 1990, s. 125-140.

MUDr. Ľubica Forgáčová, PhD.

**VZŤAH PARANOIDNÉHO SYNDRÓMU
K OSOVÝM DISPOZÍCIÁM**

pre Lundbeck Slovensko s.r.o.
vydala Zuzana Čičelová v roku 2006
grafický design © Zuzana Čičelová
layout: Beata Staňáková
tlač: Peter Prekop Print Production

vydanie 1.

Lundbeck Slovensko s.r.o.
Zvolenská 19
821 09 Bratislava 2

ISBN 80-969505-0-9

MUDr. František Kuzma
Parafrenia, história pojmu a postavenie v súčasnosti
atestačná práca 2002

Mgr. Mária Andrášiová, PhD.
Analýza snov
dizertačná práca 2002

Mgr. Anton Heretik, PhD.
Psychoedukácia v liečbe schizofrénie
dizertačná práca 2001

MUDr. Ľubica Forgáčová, PhD.
Vzťah paranoidného syndrómu k osobným dispozíciám
dizertačná práca 2003



Lundbeck Slovensko
Zvolenská 19
821 09 Bratislava 2

www.lundbeck.com

ISBN 80-969505-0-9



9 788096 950508