



KAPITOLY MODERNEJ PSYCHIATRIE

Mgr. Anton Heretik, PhD.

PSYCHOEDUKÁCIA V LIEČBE SCHIZOFRÉNIE

recenzent: Prof. MUDr. Vladimír Novotný, CSc.

dizertačná práca 2001



Vydané s podporou spoločnosti Lundbeck

Lundbeck



Mgr. Anton Heretik, PhD.
dizertačná práca 2001

PSYCHOEDUKÁCIA V LIEČBE SCHIZOFRÉNIE

recenzent: Prof. MUDr. Vladimír Novotný, CSc.

SLOVO NA CESTU KNIHE MGR. ANTONA HERETIKA, PHD

Písať úvody nie je jednoduchá vec, i keď na prvý pohľad sa to tak javí. Písať úvod kolegovi, priateľovi, ktorého poznám od útleho detstva (to som sa zasa priznal ku kmetskému veku), je o to horšie. Ale „junior“ si to zaslúži a najmä jeho kniha.

Predkladaná kniha je vlastne prvou knihou, i keď vlastne aj to je relatívne, lebo „junior“ bol výdatným spoluautorom neskoršie vzniklého, ale skôr vydaného EPIDu.

Predkladaná práca má štandardné rozdelenie na teoretickú a výskumnú časť a je vlastne zhustením doktorandskej práce.

Teoretická časť obsahuje kapitoly o diagnostike, etiológii, sociálnych a priebehových charakteristikách schizofrénie. Z pochopiteľných dôvodov venuje viac pozornosti psychologickým teóriám schizofrénie. Dost' podrobne sa s ohľadom na potreby vlastnej práce popisujú kognitívne teórie a kognitívne poruchy schizofrénie.

Výskumná časť porovnáva 2 psychoedukačné programy – Prelaps a kognitívne behaviorálny program podľa Roderu a oba tieto programy so štandardným ambulatným liečebným postupom, ktorý tvorí kontrolný prístup.

Autor vyšetřil pomerne veľkú skupinu pacientov a hodnotil ich aj po roku. Zažil som, ako autor trpezlivo chodil vyšetřovať vcelku obtiažnych pacientov so schizofréniou, aby získal relevantné a dostatočne obširne dáta za použitia viacerých metód.

Autor použil viaceré psychodiagnostické metódy (napr. WAIS–R, AE, Zulliger, Hárđiho test ľudskej postavy) a formuloval početné hypotézy. Zistil, že Prelaps viedol k signifikatne lepšej informovanosti pacientov, v porovnaní s ostatnými dvomi skupinami. Potvrđil, že čiastočne sa zlepšili kognitívne funkcie. V niektorých testoch (a u niektorých funkcií) sa nezistili signifikatné zmeny v závislosti na type intervencie.

Veľmi dôležitú je zistenie, že zmeny v dôsledku psychoedukácie sú len prechodné. Nepotvrđilo sa, že psychosociálnou intervenciou produkované zmeny by mohli byť stabilné aj po roku. T.j. efekt intervencie bol iba prechodný.

Výsledky sa diskutujú s podobne zameranými prácami. Autor neopomína v diskusií rôzne pohľady na predloženú problematiku. Predložená práca sa nevyhýba sa ani problematickým miestam a je v tom vzáčne kritická a opatrná.

Práca je informačne bohatá, ilustruje sa príslušnými prílohami a grafmi. Môžem len konštatovať, že práca prináša veľmi cenné poznatky o málo prebádanej oblasti liečby schizofrénie. V našich podmienkach je prioritná. Tiež môžem len konštatovať, že škoda, že tak dlho čakala na vydanie. Bez sponzorstva firmy Lundbeck by to však vôbec nebolo možné. Treba poďakovať firme, že sponzoruje odborné publikácie mladých kolegov. Dúfajme, že táto snaha im vydrží dlho.

Prajeme knihe dobrý štart.

V Bratislave 12.11.2005

Prof. MUDr. Vladimír Novotný, CSc.

PREDHOVOR

S psychoedukáciou ako metódou práce s pacientmi som sa prvýkrát zoznámil ako študent psychológie chytivý praxe. Program PRELAPSE sa zároveň stal predmetom môjho prvého výskumného snaženia – diplomovej práce. V doktorandskej práci som sa snažil potenciál psychoedukácie ako súčasť liečby pacientov so schizofréniou preskúmať extenzívnejšie i intenzívnejšie. Rozšírením výskumu myslím porovnanie rôzne zameraných psychoedukačných programov (PRELAPSE a MIPT vs kontrolná skupina), prehĺbením zase snahu o zachytenie potenciálu psychoedukačných programov v rôznych oblastiach (zvýšenie informovanosti o chorobe a jej liečbe, vplyv psychoedukácie na kognitívne fungovanie a zlepšenie schizofrénnej symptomatológie).

Predložená práca je výberom výsledkov z obhájenej doktorandskej práce. Zameral som sa na dve oblasti, ktoré sa mi vidia byť s odstupom času ako kľúčové: na analýzu kognitívnych funkcií a ich porúch, ktoré sú v súčasnosti považované za sľubnú oblasť pre porozumenie schizofrénnym poruchám a oblasť praktickú – ako sa toto porozumenie premieta do terapeutickú prácu s pacientmi (psychoedukačné programy). Snažil som sa sklbiť dva ciele: aby bola práca zaujímavá pre odborného čitateľa a zároveň ponechať dostatočný priestor pre analýzu a diskusiu o výskumných zisteniach. Ostáva mi len dúfať, že sa mi oba ciele podarilo aspoň čiastočne naplniť.

Mgr. Anton Heretik, PhD.

OBSAH

PREDHOVOR	5
ÚVOD	9
1. SCHIZOFRÉNNÉ PORUCHY	11
2. KLINICKÉ CHARAKTERISTIKY SCHIZOFRÉNNYCH PORÚCH	13
2.1. Priebeh a prognóza	13
2.2. Etiológia schizofrénie	14
2.2.1. Biologické teórie	14
2.2.2. Psychologické a sociálne teórie schizofrénnych porúch	15
2.2.2.1. Komunikačné, rodinné a systemické teórie	16
2.2.2.2. Kognitívne poruchy, nálezy a neuropsychologické hypotézy	16
2.2.3. Syntetizujúce teórie	19
3. LIEČBA SCHIZOFRÉNNIE	21
3.1. Psychofarmakologická liečba	21
3.2. Psychosociálne intervencie v liečbe schizofrénnych porúch	21
3.2.1. Psychoterapeutické a rehabilitačné postupy pri liečbe schizofrénnych ochorení	22
3.2.2. Psychoedukačné intervencie v terapii schizofrénnych ochorení	23
4. CIELE A METÓDY VÝSKUMU	27
4.1. Ciele výskumu	27
4.2. Výskumný dizajn, projekt výskumu	28
4.3. Intervenčné programy	30
4.3.1. PRELAPSE	30
4.3.2. Modifikácia Integrovaného psychoterapeutického programu (MIPT)	31
4.4. Výskumný súbor	33
4.5. Metodika výskumu	36
4.5.1. Asociačný experiment (AE, Kondáš, 1979)t	36
4.5.2. WAIS-R	36
4.5.3. Zulliger Tafeln Test	37
4.5.4. DISO (Dotazník Informovanosti o schizofrénnom ochorení)	39
4.5.5. Relaps	40

5. VÝSLEDKY VÝSKUMU	41
5.1. Vplyv PRELAPSE a MIPT na znalosti pacientov o ochorení	41
5.2. Vplyv intervenčných programov na kognitívny výkon participantov	42
5.3. Vplyv intervenčných programov na úroveň porúch myslenia (TDI)	44
5.4. Vplyv intervencií na úroveň psychopatológie	48
5.5. Vzťah medzi mierou efektu intervencií vo výkonových a projektívnych metódach	49
5.6. Vzťah medzi klinickými charakteristikami a veľkosťou efektu intervenčných programov	49
5.7. Stabilita efektu programu PRELAPSE v čase	50
5.8. Počet relapsov v skupine PRELAPSE a kontrolnej skupine po jednom roku ...	51
6. DISKUSIA	53
Ovplyvnenie kognitívnych porúch	58
Ovplyvnenie porúch myslenia	60
Vzťah medzi psychopatologickými charakteristikami a mierou efektu intervenčných programov	61
Stabilita efektu programu PRELAPSE po jednom roku	62
Efekt PRELAPSE na počet relapsov v jednoročnom sledovaní	63
7. ZHRNUTIE	65
Odporúčania pre prax a klinický výskum	65
Záver	67
ZOZNAM LITERATÚRY	69
POZNÁMKY	74

ÚVOD

Schizofrénia je závažné psychické ochorenie, ktoré sa počas života prejaví asi u 0,8-1% populácie (Fleischer, Čaplová, 1991, Libiger, 1990, Häfner 1992). Výskyt ochorenia je celosvetový. Ochorenie sa u pacientov objavuje najčastejšie v mladom veku a napriek pokrokom v psychofarmakológii u vysokého percenta pacientov dochádza i po preliečení k relapsom a k trvalým následkom, ktoré sa prejavujú v ich osobnom, pracovnom i sociálnom živote.

Vzhľadom na tendenciu ochorenia opakovať sa i progredovať, predstavuje liečba schizofrénie aj značnú ekonomickú záťaž (Byrom et al, 1998, Lindstrom, 1996). Typicky sa však uvádzajú len tzv. priame náklady, pričom nepriame náklady (pokles pracovnej produktivity, čas potrebný na starostlivosť venovanú pacientovi členmi rodiny) sú častokrát výrazne väčšie ako priame náklady, s následným dopadom na rodinu pacienta i celú spoločnosť.

V prípade schizofrénie sa teda ochorenie stáva nielen medicínskym ale i psychologickým, sociálnym (a ekonomickým) problémom, s potrebou komplexného – interdisciplinárneho prístupu k jeho riešeniu. Základom naďalej ostáva psychiatrická starostlivosť, ktorá má viesť k potlačeniu príznakov ochorenia. V komplexnom ponímaní liečby by mali nasledovať rozličné, psychosociálne a rehabilitačné stratégie (činnosťná terapia, nácvik psychosociálnych zručností, tréning kognitívnych funkcií, psychoedukačné programy). Ich cieľom je rehabilitácia sociálne-psychického fungovania pacienta, a začlenenie pacienta späť do života (Vránová, 1991).

V posledných rokoch nastáva prudký rozvoj týchto komplexných liečebných stratégií, pričom ich účinnosť ako preventora relapsu, lepšieho fungovania pacienta bola výskumne preukázaná (Goldstein, 1994, Kissling, 1996ab, Fadden, 1998). Tieto snahy sú v zhode s modernými medicínskymi trendami, ktoré zdôrazňujú nielen „liečbu symptómov“, ale i zlepšenie „kvality života“ pacienta. Trendy môžeme charakterizovať ako „odklon od zamerania na chorobu k dôrazu na pacienta, od liečenia k rehabilitácii, návratu do života, od predĺženia života k zlepšeniu jeho kvality, od objektívnych merítok k subjektívnym ukazovateľom, od výhradne biologického zamerania k sociálnym a od monopolu „odborníkov“ k široko chápanému novému rozdeleniu zodpovednosti“ (Dragomirecká, Škoda, 1997 a,b, s.424).

Napriek tomu ostávajú mnohé otázky ohľadne psychosociálnych a psychoedukačných programov nezodpovedané a je potrebné na ne zamerať ďalšie výskumné úsilie (Fadden, 1998, Hatfield, 1988, Solomon, 1996).

Na Slovensku má podávanie systematických informácií o ochorení pacientom skupinovú formu dlhšiu tradíciu (Kabátová, Hlušeková, 1996). Avšak prvý systematický program, ktorý ponúkol psychoedukačný model štruktúrovanou formou, s jasne definovanými témami a počtom stretnutí s pacientmi bol program PRELAPSE (Kissling, 1996a, preklad a úprava textu, Kolibáš, Kořínková, 1996). K jeho rozšíreniu na mnohé slovenské klinické a stacionárne pracoviská dopomohlo neúnavné propagačné úsilie firmy LUND-

BECK. K očakávaniam v súvislosti s programom PRELAPSE patrilo okrem podania informácií pre pacientov aj zlepšenie spolupráce (compliance) a zníženie počtu relapsov (Kissling, 1996a).

Prvé výskumné výsledky naznačovali nielen efektívnosť programu v zlepšení informovanosti o ochorení, ale i čiastočné zlepšenie kognitívneho výkonu (Heretik, 1997). Ďalšie výskumy (Hrmová, Jediná, 1998, Petrová, Slášťanová, 1998) čiastočne potvrdili prvé výsledky, ale priniesli i nové otázky a problémy v skúmaní efektívnosti psychoedukácie ako súčasť komplexnej liečby schizofrénnych porúch. K nim patrilo i trvanie efektu psychoedukácie v oblasti informovanosti, stimulačný vplyv psychoedukácie na kognitívne funkcie i otázka odlišnosti v efektívnosti PRELAPSE a iných programov obsahujúcich psychoedukáciu.

Na ďalších stranách prezentujeme výsledky výskumu, v ktorom sme sa pokúsili o porovnanie efektívnosti programu PRELAPSE a Modifikovaného Integrovaného psychoterapeutického programu MIPT (Krajčovičová, Čaplová, 2000, Roder et al 1993). Súčasťou nášho projektu bolo katamnesticke sledovanie efektu pacientov z programu PRELAPSE a kontrolnej skupiny po jednom roku od ukončenia programu.

1. SCHIZOFRÉNNE PORUCHY

Prejavy schizofrénie sú interindividuálne i longitudoálne značne variabilné, podstatu, prejavu tohto ochorenia je ťažké jednoducho definovať. Typicky sa vyskytujú: „poruchy **emotivity** – postupné vyhasínanie emócií, neprilievavosť v emotivite, poruchy **myslenia**: dynamiky, formy i obsahu, poruchy **konania**, charakterizované ako neprilievavé, neúčelné, neprimerané, nevypočítateľné často mechanické a poruchy osobnosti prejavujúce sa nápadným rozdielom medzi premorbídnou osobnosťou chorého a terajším stavom” (Fleischer, Čaplová, 1991, s.171). Často sa vyskytujú postupné, ale i náhle zmeny osobnosti, dochádza k zvýrazňovaniu niektorých vlastností, ubúdaniu iných, k dezintegrácii osobnosti. Vyskytujú sa i rozmanité poruchy základných psychických funkcií: poruchy vnímania, bludy, poruchy pozornosti a psychomotoriky. Smolík (1996) uvádza nasledovnú definíciu ochorenia: „*Schizofrénia je duševná porucha všeobecne charakterizovaná fundamentálnym a charakteristickým narušením myslenia a vnímania, pričom emotivita nezodpovedá situácii alebo je oploštená. Je narušená väčšina základných funkcií, ktoré poskytujú normálnemu jedincovi pocit osobitosti, jedinečnosti a sebakontroly*” (1996, s.151). Rozmanitosť symptómov a ich popisov viedla mnohých autorov k snahám definovať, triediť poruchy, ktoré sa pri schizofrénii vyskytujú podľa rôznych teoretických či praktických kritérií. Z histórie sú známe a akceptované delenia:

Bleulerove, (Bleuler a Bleuler, 1998), ktorý delí symptómy pri schizofrénii do dvoch skupín – na **základné** (tzv. štyri **A**) – poruchy asociácií, afektivity a afektová a vôľová ambivalencia a autizmus

– **prídavné** symptómy: halucinácie, bludy, katatónne príznaky, kognitívne poruchy (Bleuler, Bleuler et al, 1998).

Presadilo sa i pragmatické delenie podľa K. Schneidera (napr. in Libiger, 1990). Ten rozdelil symptómy podľa ich diagnostickej váhy na symptómy 1. a 2. rádu:

Symptómy prvého rádu: ozvučovanie myšlienok, počutie hlasov vo forme konverzácie, zážitky telesného ovplyvňovania, odnímanie a ďalšie ovplyvňovanie myšlienok, šírenie myšlienok, bludné vnímanie, v prežívaní pacienta je všetko ovplyvňované a "robené inými" – v oblasti citovej, pudovej a vôľovej.

Symptómy druhého rádu zahrňujúce: ostatné zmyslové klamy, bludné nápady, bezradnosť, zmätenosť, depresívne a euforické nálady, prežitky citového ochudobnenia.

V 80. rokoch vytvoril Crow (in Smolík, 1996) dichotomické delenie pacientov podľa prevažujúceho charakteru príznakov.

Typ I predstavujú pacienti s prevažne pozitívnymi príznakmi. Pozitívne príznaky predstavujú: "nadmerné alebo skreslené vyjadrenie normálnych funkcií" (Smolík, 1996, s.152).

Typ II sa vyskytuje u pacientov s prevažne negatívnymi symptómami, predstavujúcimi ochudobnenie normálnych duševných dejov – napr. oploštená emotivita, stiahnutie sa do seba, poruchy schopnosti iniciovať cieľavedomé správanie (abulia).

Faktorovanie a klustrovanie symptómov a syndrómov viedlo k tvorbe trojdimenzionálneho modelu (Koukolík, 2000), pričom za každou skupinou príznakov môže stáť iný patofyziologický proces:

1. Psychomotorické ochudobnenie (Psychomotoric poverty): ochudobnenie reči a spontánneho pohybu, oploštenie expresivity prejavu a afektu a zástavami v reči
2. Dezorganizácia daná neprimeranosťou afektu, obsahovo chudobnou rečou a rečovými inkoherenciami, distraktibilitou pozornosti a poruchami správania
3. Skreslenie reality (Reality distortion): bludy a halucinácie.

2. KLINICKÉ CHARAKTERISTIKY SCHIZOFRÉNNYCH PORÚCH

2.1. Priebeh a prognóza

Schizofrénne poruchy sa začínajú prejavovať najčastejšie v období od puberty do tridsiatky. Huber (in Hell, Fischer-Felten, 1997) udáva, že medzi 10. a 20. rokom ochorenie prepuká asi u 17% pacientov – schizofrenikov, vo veku od 20 do 30 rokov u 39%, u 26% sa prejaví medzi 30-tym a 40-tym rokom, medzi 40. a 50. rokom u 14%. U mužov ochorenie začína priemerne skôr.

Neexistuje jednotný obraz vývoja ochorenia. Ochorenie niekedy prepukne náhle s dramatickým obrazom (pozitívne symptómy, neprimerané správanie), častejšie sa však rozvíja dlhodobejšie od nešpecifických porúch (hlavne negatívnych symptómov), až k akútnym prejavom. Häfner (1992) uvádza priemernú dĺžku výskytu negatívnych príznakov pri spätnej explorácii v dĺžke dva roky. Existuje i rastúce množstvo dôkazov, že u vysokého percenta osôb, ktoré neskôr ochorejú na schizofréniu sa už v detstve vyskytujú rôzne behaviorálne, kognitívne odchýlky a nápadnosti, ktoré môžu byť známkou predispozície k chorobe, ktorá prepukne neskôr (Murray, 1994, Woods, 1998).

Schizofrénne ochorenie sa zvykne po preliečení akútnej fázy a následnej čiastočnej až úplnej remisii opakovať v návratoch akútnej fázy ochorenia či dočasnom prehĺbení negatívnych príznakov (relaps), preto mnohé výskumy boli zamerané na zistenie prognózy a recidívy choroby. Často citovaným pomerom v prognóze priebehu choroby je, že asi 1/3 pacientov sa uzdraví a dosiahne úplnú remisiu, u 1/3 dôjde k zlepšeniu stavu s výskytom reziduálnych porúch, u 1/3 napriek liečbe dochádza ku chronifikácii ochorenia (napr. Hell, Fischer-Felten, 1997). Marneros (1992) však referuje, že pri skúmaní dlhodobej prognózy ochorenia len u asi 7% sa v remisii nevyskytujú žiadne symptómy a deficity. U 21% Marneros pozoroval syndróm oploštenia, u 35% apaticko-paranoidný syndróm, adynamicko-deficientný u 20% remitovaných pacientov.

Charakteristickým obrazom je chronifikovaná forma ochorenia s reziduálnymi príznakmi, ktoré zahŕňajú predovšetkým negatívnu symptomatológiu, sociálne stiahnutie a zmeny osobnosti.

Snaha viacerých odborníkov smerovala k určeniu prognostických faktorov, ktoré súvisia s lepším či horším priebehom/prognózou schizofrénnych porúch.

Torrey (1988) uvádza nasledujúce faktory, ktoré ovplyvňujú priaznivý/nepriaznivý priebeh ochorenia:

Znaky dobrej prognózy: dobrá sociálna prispôsobenosť pacienta pred nástupom ochorenia, rýchly nástup choroby, ženské pohlavie, vyšší vek nástupu choroby, prítomnosť klinických porúch: katatónne a paranoidné symptómy, poruchy nálady v zmysle mánie a depresie, výskyt atypických príznakov, normálny CT nález a dobrá odpoveď na liečbu.

Znaky zlej prognózy: zlé premorbídne fungovanie, pomalý nástup ochorenia, negatívne príznaky, oploštená emotivita, myšlienková nevypravnosť, sociálna stiahnutosť, prítomnosť obsesívnych a rituálnych symptómov, abnormný CT nález, zlá odpoveď na medikáciu. Torrey (1988) zdôrazňuje, že tieto príznaky sú zovšeobecňujúce a nemusia byť smerodajné pre konkrétny prípad.

2.2. Etiológia schizofrénie

Teórie príčin vzniku a schizofrénnych porúch bývajú tradične delené na biologické, psycho-sociálne, sami o sebe sú vždy len jedným uhlom pohľadu na ochorenie. Napriek nesporným prínosom, ktoré jednotlivé teórie priniesli sa v modernom ponímaní schizofrénie postupne stále viac presadzujú tzv. syntetizujúce teórie snažiace sa reálne vzážiť podiel jednotlivých bio – psycho – sociálnych faktorov a postihnúť ich vzájomné pôsobenie vo vzniku a priebehu poruchy.

2.2.1. Biologické teórie

Biologické teórie pokladajú poruchy činnosti mozgu za fundamentálnu podmienku pre vznik schizofrénie (Libiger, 1990). Pre tento predpoklad existuje množstvo dôkazov, ktoré sú ustavične dopĺňané pomocou najnovších metód (neuro-zobrazovacie techniky). U osôb trpiacich charakteristickými schizofrénnymi príznakmi sa na rôznych biologických úrovniach (od biologického substrátu cez neurochemické procesy, bunky, štruktúry častí mozgu,) našli rozličné odchýlky. Mnohé zistenia variujú od štúdie k štúdiu (Murray, 1994). Za opakovane preukázané sa považujú: atfia mozgu sprevádzaná pomerným zväčšením mozgových komôr (Murray, 1994, Češková, 1998, 1999), poruchy v oblasti frontálnych lalokov („hypofrontalita“ podľa Weinbergera, 1987), či odchýlky v oblastiach temporálneho laloku (Yank et al, 1993). Monozygotné dvojčatá, ktoré ochoreli na schizofréniu, vykazovali oproti zdravému dvojčatú zväčšenie komôr a inú neuroanatomickú patológiu (Reveley et al, in Murray, 1994).

Fakt, že nie u všetkých pacientov so schizofrénnymi poruchami sa objavila patológia na neuroanatomickej úrovni podľa niektorých autorov svedčí pre potrebu diferencovať rôzne typy schizofrénie (Murray, 1994).

Existuje veľké množstvo nálezov, zistených rôznymi laboratórnymi metódami, napr. počítačovou tomografiou, nukleárnou magnetickou rezonanciou (NMR), meraním evokovaných potenciálov a ďalšími pomocnými vyšetrovacími metódami (Kolibáš et al, 1997), ktoré dokumentujú odlišnosti v štruktúre mozgu u pacientov so schizofréniou v porovnaní s normou. Popri mnohých nešpecifických zmenách mozgu sa našli i typickejšie zmeny, ktoré môžeme označiť za biologické markery ochorenia.

Češková (1998) rozdeľuje biologické markery u schizofrénie na **markery vulnerability** (markery predstavujúce náchylnosť k ochoreniu) a tzv. **state markery**, ktoré súvisia s dynamikou ochorenia.

Za najlepšie replikované nálezy neuroanatomického charakteru považuje rozšírenie mozgových komôr a patológie limbického systému, predstavujúce markery vulnerability pri

schizofrénii (Češková, 1998). Takmer 86% pacientov so schizofréniou malo výrazne väčšiu tretiu komoru proti kontrole, 76 % postranné komory, 61% signifikantne širšie kôrové ryhy mozgu. Z ďalších replikovaných nálezov sú viaceré histologické defekty, napr. neusporiadanosť hipokampových buniek, degenerácia limbického systému, najmä atrofia limbických štruktúr v mediálnej časti temporálnych lalokov, zmenšené frontálne laloky, atrofie častí cerebela (Libiger, 1990, Bruder et al, 1999). Problémom mnohých nálezov je fakt, že tieto abnormality sa nevyskytujú u všetkých diagnostikovaných schizofrenikov, ako aj to, že mnohé takéto nálezy sú popisované i u pacientov s tzv. organickým poškodením mozgu. To ale skôr prispieva k dôkazu, že aj pri schizofrénii ide o organickú (nie tzv. funkčnú poruchu), i keď často len diskkrétne vyjadrenú.

Významné poznatky o biologickej podstate schizofrénie pochádzajú i z oblasti genetiky.

V 30.-rokoch 20. storočia robil Kallman široko poňatý výskum výskytu schizofrénie v príbuzenskom okolí pacientov. Zistil, že až 40% príbuzných: „bolo nejakým spôsobom postihnutých tým, čo by sme dnes zaradili do „porúch schizofrénneho spektra“. U monozygotných dvojčiat zistil až 86-percentnú koincidiu výskytu schizofrénnej poruchy (in Faloon et al. 1985, str.33). V literatúre sa často cituje aj práca Gottesmana a Schieldsa (napr. Gelder et al, 1991), ktorí uskutočnili v Európe výskum s cieľom určiť celoživotné riziko ochorenia pre príbuzných pacientov so schizofréniou. Zistili, že celoživotné riziko ochorenia je asi 9,4% pre deti, 7,3% pre súrodencov, asi 3% pre vnukov schizofrénnych pacientov.

V súčasnosti sa skúmajú viaceré genetické hypotézy, napr. hypotéza kontinuálneho rozšírenia vloh ochorieľ schizofréniou (genetická vloha k poruche sa manifestne prejaví po prekonaní určitého prahu). Ďalej sa skúma, či niektoré gény predstavujú gény s väčším vplyvom na vznik, prípadne či existuje niekoľko genetických subtypov schizofrénie (Owens, McGuffin, 1996). Nie všetky fakty však podporujú predpoklad genetických dispozícií k poruche. Proti jednoznačne genetickým dispozíciám svedčí výskyt schizofrénie i u pacientov, v rodinách ktorých sa ochorenie nevyskytlo. Ani „len“ 50%-ná koincidiu výskytu ochorenia u monozygotných dvojčiat nepodporuje jednoznačný genetický prenos.

Hans et al (1999) dlhoročným longitudinálnym sledovaním porovnávali potomkov rodičov so schizofrénnymi poruchami a skupinu detí bez psychiatrickej rodinnej záťaže, alebo kde sa vyskytlo iné psychiatrické ochorenie. Ich výskum potvrdil zvýšenú genetickú záťaž u detí rodičov, kde sa vyskytla schizofrénia, pričom táto záťaž bola detekovateľná už v detstve. Mužskí potomkovia schizofrénnych rodičov boli postihnutí schizofrénnymi poruchami vo väčšej miere a so závažnejšími neurobehaviorálnymi poruchami.

2.2.2. Psychologické a sociálne teórie schizofrénnych porúch

Pri dnešných poznatkoch sa zdá byť zrejmé, že schizofrénne ochorenia sú vo svojej podstate poruchami mozgovej činnosti. Pod psychologickými a sociálnymi teóriami rozumieme skupinu názorov, ktorá pri vzniku, závažnosti, prognóze či špecifických defektoch predpokladá pôsobenie psychických faktorov a faktorov prostredia. Symptómy a poruchy myslenia, správania, emócií, osobnosti sú interpretované v psychologickom, sociálnom, či

tzv. „systémovom“ prístupe. Niektoré prístupy predpokladajú biologickú povahu ochorenia, avšak zdôrazňujú, že ide vždy o jednotlivca, s jeho špecifickou osobnosťou, životnými skúsenosťami, rodinným, či kultúrnym pozadím a jeho spracovaním a vyrovnaním sa s takou závažnou životnou udalosťou, akou je schizofrénna psychóza.

Z hľadiska relevancie k našej téme vyberáme nasledovné teórie:

2.2.2.1. Komunikačné, rodinné a systemické teórie

Táto skupina prístupov a teórií vzniku psychických porúch predpokladá, že k vzniku a/alebo udržiavaniu patologického správania a prežívania prispieva porušený systém vzťahov v rodine či širšej societe, prejavujúci sa najmä v poruchách komunikácie. Tieto poruchy vzťahov a komunikácie sa majú najvypuklejšie prejavovať práve v rodinách schizofrénnych pacientov.

Rodinné teórie s komunikačnou či systemickou paradigmou zaznamenali najväčší rozvoj v 50. – 60. rokoch (Nugter, 1997). Súčasťou pôvodných teórií bola špecifická „patologického“ správania sa rodín schizofrenikov. Neskôr sa dôraz psycho-sociálnych teórií preniesol na skúmanie vplyvu sociálnych podmienok – hlavne rodinného prostredia – na priebeh pacientovho ochorenia a tiež sa začal skúmať vplyv dlhodobej záťaže a stresu u príbuzných ako následku ochorenia pacienta.

Považujeme za dôležité zdôrazniť, že spomenuté teórie si podľa nášho názoru zamieňali to, čo laici nazývajú „schizofréniou“ s duševnou poruchou. Aj keď oba javy vykazujú niektoré spoločné „symptómy“ (napríklad ambivalenciu a ambitendencie), ich podstata je odlišná. Dôvod, prečo sa o týchto teóriách zmieňujeme je, že upriamili pozornosť na rodinu pacienta a faktory, ktorými môže rodinné prostredie vplývať na zdravotný stav pacienta.

2.2.2.2. Kognitívne poruchy, nálezy a neuropsychologické hypotézy

Pozorovania, že pacienti so schizofréniou trpia rôznymi poruchami kognitívnych funkcií – pozornosti, myslenia, spracovania informácií, pochádzajú už od klasikov psychiatrie – Bleulera a Kraepelina (Fleischer, Čaplová, 1991, Murray, 1994, Gallhofer et al, 1999). V tridsiatych rokoch James a Trapp (in Weiner, 1997) longitudinálne skúmali intelekt schizofrénnych pacientov so záverom, že u tejto diagnostickej skupiny dochádza k priemernej deteriorácii IQ o 7,6 bodu oproti premorbidnému výkonu, čo potvrdzovalo Kraepelinov predpoklad o „predčasnej demencii“. Iní autori takéto zhoršenie nepozorovali, prípadne popisovali selektívne zhoršenie či naopak stabilitu jednotlivých kognitívnych funkcií (pozri nižšie). V tejto súvislosti sa u schizofrénnych pacientov skúmali hlavne pozornosť, pamäť, reč, intelekt (Češková, 1998, 1999) a exekutívne funkcie. S rozvojom inštrumentálnych, psychodiagnostických a neuro-psychologických metód boli popísané mnohé jednotlivé i globálne odchýlky vo výkone, pričom autori sa často snažili postihnúť vzťah medzi kognitívnou poruchou a neurologickými či anatomicko-histologickými odlišnosťami mozgu u týchto pacientov, či vzťah medzi typom ochorenia (symptómami) a spomenutými poruchami.

Heaton, Baade a Johnson (in Phares, 1988) previedli prehľad literatúry k téme kognitívnych porúch a ich diagnostike a zistili, že sa používa množstvo neuropsychologických

testov, a že tieto dostatočne neodlišujú organicitu u schizofrénii (schizofrénna porucha nebola zaradená v MKCH10 ani DSM-IV medzi organické poruchy). U oboch skupín (schizofrénie, organické poškodenia) boli nájdené kognitívne poruchy. Za užitočné sa z hľadiska kognitívnych porúch javí delenie schizofrénie na dva subtypy I. a II. Druhý typ má bližšie ku konštruktu organicity (Diamant, Vašina, 1998).

V dôsledku kritiky aplikovania neuropsychologických metód, vyvinutých pre alebo hodnotených na vzorke neurologických pacientov na schizofrénnu populáciu Allen et al (1998) skúmali konštrukčnú validitu neuropsychologických testov pomocou WAIS-R (na základe spoločných faktorov) a zistili, že tieto neuropsychologické miery hodnotia v zásade tie isté konštrukty aj u pacientov so schizofróniou.

Základnú otázku v oblasti kognitívnych funkcií u schizofrénie možno postaviť nasledovne: *Je schizofrénia progredujúca kognitívna porucha alebo následok stabilného kognitívneho deficitu?*

Zatiaľ čo väčšina autorov sa zhoduje v tom, že biologický deficit je prítomný už v rannom období života budúcich pacientov, názory a výsledky rôznych výskumov sa líšia v tom, či je tento deficit stabilný (napr. Hans et al, 1999, Hoff et al, 1999, Weinberger, Galhofer, 1997), alebo sa časom zhoršuje (Murray, 1994). Niektorí autori zistili i zlepšenie kognitívneho fungovania po čase od objavenia sa akútnej schizofrénnej psychózy (Gold et al, 1999).

Mohamed et al (1999) skúmali úroveň kognitívneho fungovania u pacientov s prvým výskytom schizofrénie s cieľom odlíšiť vplyv neuroleptík na kognitívne fungovanie. Týchto porovnávali so skupinou zdravých participantov. Použili širokú batériu neuropsychologických a kognitívnych testov a zistili u pacientov so schizofróniou významne horší globálny výkon, ktorý sa najvýraznejšie prejavil vo WSCT (perseveratívne skóre), Rey Auditory Verbal Learning Test (recognition skóre), WAIS-R (Porozumenie, Symboly a Zoradovanie obrázkov). Autori uzatvárajú, že všeobecné konštatovanie globálneho kognitívneho deficitu je dôsledkom súčasnej úrovne neuropsychologických metód a vzájomnej prepojenosti kognitívnych funkcií. Je potrebné vytvoriť štruktúrovanejšie modely kognitívneho fungovania u schizofrénie. Vzhľadom na široké spektrum kognitívnych porúch navrhujú autori pre celkový deficit u schizofrénie termín *kognitívna dysmetria* (Mohamed et al, 1999). Aj ďalší výskumný tím (Hoff et al, 1999) longitudinálne sledujúci pacientov s prvým výskytom schizofrénie zistil, že výkon pacientov v neuropsychologických testoch je jednu až dve štandardné odchýlky od normy, pričom tento je stabilný v čase.

Podľa viacerých odborníkov je **porucha pozornosti** základnou kognitívnou poruchou. Táto sa javí byť markerom vulnerability pre schizofrénne ochorenie a zároveň stabilným kognitívnym deficitom. Roitman et al (1997) porovnávali pacientov s diagnózou schizotypovej poruchy osobnosti a schizofrénie, kde zistili u oboch skupín zhoršený výkon v testoch pozornosti v porovnaní s výkonom pacientov s inými poruchami osobnosti a normou. Autori uzavierajú, že porucha pozornosti je u schizofrénnych porúch jedným z najslubnejších indikátorov. Cornblatt et al (1985) skúmali vzťah medzi pozitívnymi a negatívnymi symptómami a schopnosťou distrakcie pozornosti a schopnosťou spracovať akustické informácie v podmienkach informačného presýtenia. Pozitívne symptómy mali vzťah k zníženej

schopnosti distrakcie pozornosti. Negatívne symptómy zase korelovali so zníženou schopnosťou spracovať informácie v podmienkach informačného presýtenia.

Za najvypuklejšie poruchy kognitívneho fungovania u schizofrénie sú považované **poruchy myslenia**. Manifestné poruchy myslenia a asociačných procesov sa vyskytujú najmä v akútnej fáze ochorenia, preukázanie ich výskytu je dôležitým diagnostickým kritériom. Podľa Weinaera (1997) schopnosť myslieť možno posudzovať na základe troch kategórií:

a/schopnosti „skenovať“ informácie selektívne, navodiť a udržiavať zameranie na relevantný materiál a clonenie irelevantného či intruzívneho materiálu,

b/kapacita uvažovať logicky o vzťahu medzi objektmi a udalosťami,

c/kapacita interpretovať zážitky na primeranej úrovni abstrakcie a generalizácie (Weiner, 1997, s.27). Všetky tri procesy sú u schizofrénie viac či menej narušené.

Poruchy myslenia sú hlavne v akútnej fáze explorovateľné a evidentné i v bežnej reči. Ich výskyt možno zisťovať i psychodiagnostickými metódami (Stančák, 1996, Weiner, 1997). Aj keď sa poruchy myslenia vyskytujú u všetkých psychóz (Solovay et al, 1987), poruchy myslenia u schizofrénie majú svoje špecifiká. Pacienti so schizofrénnymi psychózami majú tendencie k idiosynkretistickému, zabiehavému mysleniu a konfúzii, neologizmom a zvláštnym verbalizáciám. Niektoré z týchto porúch sú typické a/alebo exkluzívne sa vyskytujúce pri schizofrénii. Poruchy myslenia zaradené v Thought Disorder Index – TDI (pôvodne Johnston a Holzman, revidované Solovay et al, 1987) do najzávažnejšej kategórie porúch myslenia (napr. kontaminácie, bizarné asociácie) sa vo výskumoch vyskytovali takmer výlučne u psychiatrických pacientov so schizofréniou (Solovay et al, 1987, Edell, 1987).

Termín **exekutívne funkcie** je komplexným pojmom, ktorý v odbornej literatúre pokrýva široké spektrum rôznych kognitívnych a behaviorálnych funkcií, napr. schopnosť plánovať akciu smerom k cieľu, používať flexibilne získané informácie, schopnosť modifikovať a sekvencovať správanie (Banisch, 1997, Hutton et al, 1998).

Poruchy exekutívnych funkcií sú pozorované aj u pacientov so schizofréniou. Časté je porušené plánovanie a schopnosť primerane riešiť problémy. Nachádzame zníženú schopnosť učiť sa z minulej skúsenosti. Tieto poruchy dávajú viacerí autori do súvislosti s patológiou neuro-anatomických štruktúr hlavne vyššou denzitou bielej hmoty, hypofrontalitou (Weinberger et al, 1987).

Na posúdenie deficitov kognitívnych funkcií u schizofrénie sa štandardne používa Wisconsin Card Sorting Test (WCST), kde sa hodnotí hlavne stupeň perseverácií (opakovanie nesprávneho riešenia napriek negatívnej spätnej väzbe od administrátora), ale i množstvo iných neuropsychologických testov (Hutton et al, 1998). Breier et al zistili, že výkon vo WCST je signifikantným prediktorom celkového sociálneho fungovania aj v dlhoročnom sledovaní (in Weinberger a Galhofer, 1997).

Mahurin et al (1998) sa pokúsili o subtypovú analýzu exekutívneho kognitívneho fungovania u rôznych skupín pacientov so schizofréniou, pričom na ich rozdelenie použili rozšírenú verziu BPRS s faktormi Withdrawal-Retardation (W-R), Reality Distorsion (RD)

a Conceptual Disorganization (CD). Použili širokú škálu testov so zameraním na exekutívne funkcie a exploratívnou faktorovou analýzou testových skóre popísali tri faktory:

- Faktor verbálneho procesovania/pamäti,
- Faktor kognitívnej flexibility/ pozornosti,
- Faktor psychomotorickej rýchlosti/vizuálneho skenovania.

Prvá podskupina, klinicky charakterizovaná ako W-R (Motorické spomalenie, Emocné stiahnutie a Afektívna plochosť), vykázala oproti ostatným skupinám zhoršenie v psychomotorickej rýchlosti, verbálnej fluencii, pracovnej pamäti, a kognitívnej flexibilitate. Druhá skupina CD (Dezorganizácia, Disktraktibilita, Bizarné správanie) bola horšia v pozornosti a tretia skupina RD (Podozrievavosť, Neobvyklé obsahy myslenia, Halucinácie) vo verbálnej pamäti.

Aj keď priekopníci moderného pohľadu na schizofrénne psychózy Kraepelin a Bleuler (in Aleman et al, 1999) nepovažovali pôvodne **poruchy pamäti** za typické pre pacientov so schizofróniou, postupne bolo uverejnených množstvo zistení, ktoré svedčia pre to, že poruchy pamäti sú súčasťou kognitívneho deficitu u schizofrónií. Viaceré zdroje uvádzajú stabilný horší výkon v pamäťových testoch priemerne o minimálne 1 až 2 štandardné odchýlky od priemeru zdravej populácie (Aleman et al, 1999, Wechsler, 1999).

U schizofrénie boli skúmané rôzne modalita a subsystemy pamäti s rozličnými zisteniami, prevažná časť výskumov však našla mierne až výrazné poruchy pamäti u pacientov so schizofróniou. Zistenia autorov sa líšili, čo sa týka jednotlivých oblastí narušenej pamäti (globálny pamäťový deficit vs. špecifický) a tiež čo sa týka zmien v čase (progredujúci, stabilný, zlepšenie výkonu).

V našom výskume (Práznovská et al, 2002) sme nezistili zhoršenie výkonu v závislosti od počtu hospitalizácií, avšak pacienti so schizofrónnymi poruchami vykazovali významne horší výkon ako priemer normálnej populácie.

Aleman et al, (1999) preto previedli meta-analýzu 70-tich výskumov, ktoré porovnávali výkony pacientov so schizofróniou s normálnou populáciou. Výsledkom bolo, že existuje významný vzťah medzi schizofróniou a poruchami pamäti, ktorý je najvýraznejší v oblasti vybavovania (recall). Signifikantne boli prítomné aj poruchy rozpoznania (recognition), tieto však boli menej výrazné. Čo sa týka modality, horší výkon podávali pacienti v oblasti verbálnej pamäti. Pamäťový deficit bol stabilný v čase, nebol závislý od veku, medikácie, trvania choroby, závažnosti psychopatológie, či pozitívnych symptómov. Negatívne symptómy vykazovali slabý ale významný vzťah k poruchám pamäti. Autori nezistili významný trend k zhoršovaniu sa pamäťového výkonu v čase v porovnaní s normou a uzatvárajú, že poruchy pamäti sú integrálnou ak nie fundamentálnou súčasťou kognitívneho deficitu u schizofrénie.

2.2.3. Syntetizujúce teórie.

Viacerí autori (pozri Weinberger, Crow in Petrová, Slašťanová, 1998), Zubin et al (in Roder et al, 1993) Ciompi (in Perris, 1998) sa snažili syntetizovať medicínske a psychologické poznatky v oblasti schizofrénnej problematiky do širšej ucelenej teórie.

Weinberger (Weinberger et al, 1987) vo svojej teórii predpokladá, že preukázané lézie u pacientov so schizofréniou (v dôsledku perinatálnej traumy, infekcie) sa vo vývine pacienta aktivizujú (hlavne vplyvom záťaže – puberta, životné udalosti), čo sa prejaví hlavne negatívnymi príznakmi. Podľa autora existuje prepojenie hypoaktivity kôry mozgu so sekundárnou hyperaktivitou v mezolimbickom systéme, ktorá produkuje pozitívne symptómy. Vzniká tak typický obraz schizofrénnej poruchy začínajúcej v adolescencii. Alterácie v štruktúre, chémii a fungovaní mozgu vytvárajú zvýšenú náchylnosť k účinkom stresujúcich udalostí a deficitov v oblasti kognitívnych a sociálnych funkcií (Glenn, Yank, et al, 1993).

Teória Vulnerabilita – stres – zvládanie **Zubina a Springa** (in Roder, 1993, Glenn, Yank et al, 1993) je ďalšou z integrujúcich teórií vzniku a priebehu schizofrénnych porúch. Zubin a Spring definovali vulnerabilitu ako relatívne stálu črtu (dispozíciu) k ochoreniu, ktorej súčasťou môžu byť neuropatologické odchýlky, kognitívne deficity. Vonkajšie podmienky (najmä stresory) pôsobia ako vyvolávajúce agensy choroby a môžu mať vplyv na priebeh choroby, početnosť i závažnosť relapsov.

Iní autori napr. Nuechterlein a Dawson, Rund a Landro (In Glenn et al, 1993) prezentujú vulnerabilitu ako model založený na poruche informačného procesovania, ktorá je dôsledkom geneticky podmienenej či prenatálne zapríčinennej mozgovej dysfunkcie. Tento deficit (deficity) sa môžu „od-maskovať“ v adolescencii vplyvom zvýšenej sociálnej záťaže alebo na báze abnormálneho vývoja mozgu (poruchy neuronálnych prepojení).

Teória Expressed Emotions (Teória emočného angažovania)

(poznámka: v texte používame preklad termínu emočné angažovanie a jej súčastí podľa Kolibáš, Kořínková, manuál PRELAPSE, in Kissling, 1996a).

Teória Emočného angažovania vznikla pôvodne ako „rodinná“ teória – predpokladala špecifický vplyv rodín pacientov so schizofréniou na pretrvávajúce či zhoršovanie (relaps) pacientových obtiaží (Nugter, 1997). Súčasný stav poznania dovoľuje tvrdiť, že úroveň a kvalita emočného angažovania príbuzných má vplyv na relaps a vývoj ochorenia pacienta (Honig et al, 1997, Chambless et al, 1999). Výskumne sa však taktiež overilo, že úroveň pacientových obtiaží má vplyv na emočné angažovanie príbuzných. Tieto zistenia ale *nie sú* špecifické pre schizofréniu, skôr sú odrazom vzájomného vplyvu porucha – prostredie (podrobnejšie in Heretik, 2002).

Honig et al (1997) definujú emočné angažovanie (EA) nasledovne: „Emočné angažovanie (EA) reflektuje úroveň s akou príbuzní pacienta vyjadrujú kritické, hostilné či emocionálne prebate (overinvolved) postoje k príbuznému.“ (s.17-18).

Kritika pôvodného konštruktu EA priniesla snahu o „faktorovanie“ emočného angažovania (Chambless et al, 1999) a tiež zameranie aj na rodiny s tzv. nízkym EE a well being členov rodiny (Solomon, 1996).

Chambless et al (1999) previedli metaanalýzu výskumov emočného angažovania (EE). Výstupom ich skúmania bolo postulovanie existencie troch faktorov v emočnom angažovaní: *kriticizmu* (s ktorým silne korelovala hostilita), *pozitivity a prebateho emočného angažovania* (emotional overinvolvement). Prebate emočné angažovanie sa v tejto analýze

ukazovalo byť najslabším faktorom (Chambless et al, 1999), ktorý je sýtený skôr pocitmi viny a zodpovednosti príbuzných k pacientovi ako klasickej miere prepätosti v CFI. V prípade predikcie relapsu je Prepätie emočné angažovanie taktiež najslabším faktorom v rámci Emočného angažovania (Nugter, 1997). Podľa Chambless et al (1999) autorov sú miery kriticismu získané zo self-reportu príbuzných, pacientovho reportu a pozorovania správania nezávislými pozorovateľmi indikátormi spoločného latentného konštruktú.

Nuechterlein et al (1994) vo výsledkoch longitudinálnej štúdie modelu vulnerabilita-stress uvádzajú, že prostredie s nízkou úrovňou emočného angažovania slúži ako protektívny faktor pre prognózu ochorenia (hlavne relapsov).

Butzlaff a Hooley (1998) previedli meta-analýzu výskumov zaoberajúcich sa EE a zistili, že vysoké emočné angažovanie je silným prediktorom relapsu u schizofrénie (a u nielen schizofrénie, ale i napr. u depresívnej a bipolárnej afektívnej poruchy a porúch príjmu potravy). Ukazuje sa, že úroveň emočného angažovania je možné ovplyvniť cieľovými programami (Vaughn a Leff in Nugter, 1997, Kissling, 1996a).

3. LIEČBA SCHIZOFRÉNIÉ

3.1. Psychofarmakologická liečba

Základom modernej liečby schizofrénnych porúch je psychofarmakologická liečba predovšetkým neuroleptikami, ktorá býva kombinovaná použitím iných psychofarmák (antidepresíva, tymoprofylaktiká pri výraznej poruche afektivity, antiparkinsoniká pri výskyte extrapyramídových nežiaducich účinkov neuroleptík). Pri hlbokých psychotických dekompenzáciách s negatívnou alebo depresívnou symptomatológiou je indikovaná aj elektrokonvulzívna liečba (Kolibáš et al., 1997). Neuroleptiká v akútnej fáze potláčajú výskyt psychotickej symptomatológie, v doliečovacej fáze okrem spomínanej funkcie splňajú i profylaktickú funkciu, bránia znovuobjaveniu či zhoršeniu symptómov schizofrénie. Vo oblasti výskumu účinkov a účinnosti neuroleptík prebieha diskusia nakoľko sú tieto lieky schopné ovplyvniť základné kognitívne deficity a tzv. negatívnu symptomatológiu. Niektoré poukazujú na možnosť ovplyvnenia i týchto bazálnych deficitov hlavne tzv. atypickými neuroleptikami (Gallhofer et al., 1999).

U pacientov so schizofrénnymi psychózami sa odporúča dlhodobé užívanie neuroleptík, po prvom ataku psychózy minimálne jeden rok, po relapse či relapsoch aspoň päť rokov udržiavacej liečby (Kissling et al., 1994).

3.2. Psychosociálne intervencie v liečbe schizofrénnych porúch

Nevyhnutnou súčasťou celkovej liečebnej starostlivosti by mala byť aktívna psychosociálna liečba či rehabilitácia, zacielená na opätovné začlenenie osôb so schizofrénnymi poruchami do spoločnosti, psychoedukácia s cieľom pomôcť pacientovi i príbuzným pochopiť podstatu ochorenia a jeho liečby. Súčasťou liečby môže byť i spolupráca s príbuznými formou individuálnych pohovorov, prípadne formou rodinnej terapie.

3.2.1. Psychoterapeutické a rehabilitačné postupy pri liečbe schizofrénnych ochorení

Predstavujú široký súbor techník a prístupov k pacientovi so zameraním sa na pomoc pri opätovnom začlenení pacienta do spoločnosti. Cieľom je: „postupné obnovenie a utváranie sociálnej role“ (Syřišťová, 1989, s.29). Za ideálny cieľ považuje Vránová (1991): „dosiahnuť takú úroveň duševného zdravia, aby bol pacient schopný práce a pôvodnej sociálnej aktivity, a ak to nie je možné,aby bol schopný využiť svoje reziduálne kapacity pri bežnom sociálnom styku a adaptácii.“ (s.20).

Podľa Jarolímecka (1996) sú hlavnými dvoma cieľmi individuálnej a skupinovej psychoterapie schizofrénie, „aby pacienti pochopili, že sú duševne chorí. Aby sa dokázali vyznať aj čo sa týka prípadných spúšťačov a signálov opätovnej schizofrénnej epizódy.“ (s.19).

Rôzni autori (napr. Vránová, 1991, Kratochvíl, 1998) uvádzajú odlišné členenia jednotlivých psycho-sociálnych stratégií. Uvádžeme ich bez nároku na úplnosť, deliac ich na psychoterapeutické, rehabilitačné a socioterapeutické.

Podľa Kratochvíla (1998) je psychoterapia liečebná činnosť, liečba psychologickými prostriedkami, s cieľom odstrániť chorobné príznaky, reedukovať, resocializovať, reštruktúrovať, rozvíjať či integrovať pacientovu osobnosť. Pri všetkých rozmanitých psychoterapeutických postupoch Kratochvíl (1998) považuje za spoločné účinné postupy: vytvorenie istého terapeutického vzťahu, budovanie náhľadu, konštruktívnu a korektívnu skúsenosť, nácvik adekvátneho správania a sociálne učenie (s.88-90).

Psychoterapia psychóz má svoje špecifiká dané povahou ochorenia. Viacerí autori (Syřišťová, 1989, Kratochvíl, 1998) uvádzajú pri psychoterapeutickej práci s pacientmi s psychózou potreby vyššej aktivity, väčšej štruktúrovanosti terapie, zameranosť na konkrétne a praktické ciele.

Kognitívne – behaviorálna terapia

Kognitívne-behaviorálne programy sú štruktúrované terapeutické intervencie zamerané na redukcii nežiadúcich symptómov, znovuoobnovenie kognitívnych funkcií a posilňovanie adaptívnych stratégií (kopingové stratégie a sociálne zručnosti). Známe sú štruktúrované programy rôznych autorských tímov napríklad Cognitive Enhancement Therapy of Schizophrenia (Hogarty, Flesher, 1999ab), kognitívne orientovaná psychoterapia pre ľudí s prvou psychotickou epizódou COPE/STOPP (Jackson et al., 1996), Libermanov nácvik sociálnych zručností (in Roder et al., 1993), Cognitive-behavioural Coping-orientated Therapy for Schizophrenia (Schaub, 1998), Integrovaný psychoterapeutický program pre schizofrénnych pacientov (Roder et al., 1993) a ďalšie.

Súčasný trendy v kognitívne-behaviorálnej terapii psychóz (ďalej KBT) pozorujeme v oblastiach:

- plošného uplatňovania KBT a zároveň snáh o individuálny prístup,
- snáh o ovplyvnenie negatívnych aj pozitívnych symptómov,
- zvýšeného záujmu o tréning sociálnych zručností pacientov a jeho aplikáciu na prirodzené situácie.

Kognitívne – behaviorálne programy sa bežne používajú ako súčasť psychoedukačných programov, ich účinnosť v tejto oblasti bola opakovane potvrdená (Fadden, 1998). Do kognitívne-behaviorálnych programov sa pretavujú snahy o modifikáciu a ovplyvnenie pozitívnych (práca s hlasmi či bludmi, napr. Fowler et al., 1998).

Sociálne fungovanie je fundamentálnou podmienkou kvality života aj u pacientov so schizofróniou. V terapii schizofrénie boli rozvíjané mnohé socioterapeutické postupy (Krajčovičová a Čaplová, 2000). Niektorí autori vyčleňujú rehabilitáciu a socioterapiu ako samostatnú skupinu v rámci psychosociálnej liečby schizofrénie, ale zdôrazňujú jej začlenenie do celkového individuálneho liečebného plánu pacienta. Súbor rôznych podporných stratégií v psychosociálnej oblasti predstavujú aj rozličné rehabilitačné postupy.

3.2.2. Psychoedukačné intervencie v terapii schizofrénnych ochorení.

Zo systematického hľadiska by psychoedukačné programy bolo možné zaradiť do niektorej z vyššie uvedených oblastí, keďže sú však cieľom nášho záujmu, popíšeme ich v samostatnej podkapitole.

Psychoedukačné programy predstavujú v klinickej praxi relatívne nový spôsob zvýšenia efektivity terapie psychotických ochorení. Výrazný rozvoj zažívajú v posledných 15 rokoch, (Fadden, 1998). Úlohou psychoedukácie je informovať chorých (a príbuzných) o podstate ochorenia, liečbe, relapse a jeho predchádzaní. Súčasťou psychosociálnych programov s psychoedukačnými prvkami je aj nácvik ochorenia zvládacích stratégií (nácvik zvládania stresu, sociálnych zručností, tréning kognitívnych funkcií (Faloon, 1996, Linzsen et al., 1996, Vaughn a Leff in Goldstein, 1994).

Napriek rozšírenému používaniu pojmu psychoedukácia, psychoedukačné programy a podobne, nie je mnohokrát v rôznych psychoedukačných programoch koncept psychoedukácie jasne a zmysluplne definovaný (Hatfield, 1988). Súčasťou tzv. psychoedukačných programov bývajú mnohokrát iné psychosociálne stratégie a naopak psychoedukácia je súčasťou mnohých širšie poňatých terapeutických programov. Autori psychoedukačných programov sa tiež líšia v oblasti teórie či filozofie psychoedukácie, cieľoch, obsahu a rozsahu psychoedukačných metód.

Účinnosť psychoedukačných metód bola mnohokrát výskumne overovaná s prevažne pozitívnymi efektmi v sledovaných oblastiach (prehľad Fadden, 1998, North et al., 1998). Mnohé výskumy sa však líšili typom intervenčného programu, prítomnosťou či neprítomnosťou kontrolnej skupiny, spôsobmi merania efektov a celkovým výskumným dizajnom, čo prispelo k rozdielnym výsledkom niektorých štúdií a sťažuje ich vzájomnú komparáciu.

Definície a ciele psychoedukácie

Podľa Hatfieldovej (1988) je psychoedukácia v rôznych terapeutických programoch kombináciou edukácie – vzdelávania pacienta, či príbuzného o chorobe, podpornej zložky a terapeutických prvkov (napr. rodinnej terapie). Hlavný dôraz je podľa autorky kladený na informovanie a zlepšenie spolupráce v oblasti medikácie a intervencie vo vzťahu k emočnému angažovaniu (Hatfield, 1988). Strachan (in Hatfield, 1988), nachádza medzi jednotlivými psychoedukačnými programami nachádza podobnosti: psychoedukačné pro-

gramy sú skôr prakticky a konkretisticky zamerané, edukácia je vedená štruktúrovaným a priamym spôsobom a s členmi rodiny je zachádzané s rešpektom a snahou podporiť ich v rozvíjaní kopingových stratégií.

Podľa Hatfieldovej (1988) tak sledujú psychoedukačné programy v zásade tri ciele:

1. Prevenciu pacientových relapsov
2. Tréning rodín s cieľom, aby sa rodiny stali dlhodobými opatrovatelmi (caregivers)
3. Zlepšenie kvality života členov pacientovej rodiny

Iní autori (napr. Solomon, 1996, Honig, 1997) vidia v psychoedukácii skôr didaktický úvod k terapeutickému vzťahu. Podľa Solomonovej (1996), „psychoedukačné programy kombinujú edukačné a terapeutické ciele ponúkajú didaktický materiál o ochorení pre pacienta a príbuzného s cieľom posilniť komunikačné a kopingové zručnosti rodiny pacienta a znížiť úroveň pacientových relapsov.“ (s. 1364). Odlišuje psychoedukáciu od rodinnej edukácie, ktorá má byť skôr zameraná na zvládanie záťaže, stresu a „well being“ príbuzných.

Autori komplexného programu pre liečbu a prevenciu skorých psychóz McGorry, Edwards, (1997) uvádzajú kľúčové elementy vo filozofii psychoedukácie u psychóz (str.3, skrátené):

- Ľudia majú právo získať poznatky, ktoré im pomôžu lepšie pochopiť a integrovať svoje zážitky
- Porozumenie je splnomocňujúce (posilňujúce). Psychoedukácia umožňuje jedincovi previať aktívnu rolu v manažmente jeho choroby
- Psychoedukácia je integrálnou, ak nie centrálnou súčasťou psychoterapeutického procesu
- Zážitok psychózy je pre každého jedinečný
- Všetci pacienti majú právo na plnú informáciu o ich chorobe, liečbe a prognóze
- Psychóza môže mať závažný účinok na príbuzných a priateľov chorého
- Psychóza je bio-psycho-sociálny fenomén
- Pozitívne očakávania pre budúcnosť zvyšujú kvalitu života
- Uzdravovanie sa z psychózy je spoločným úsilím – zahŕňa pacienta, pacientovu rodinu a terapeutický tím

Psychoedukácia ako metóda tvorí základnú (McGorry, Edwards, 1997), ale nie jedinú súčasť programov, ktoré sa nazývajú psychoedukačné. Štandardnou súčasťou týchto programov býva i kognitívne behaviorálna terapia, nácvik sociálnych zručností, intervencie zamerané na ovplyvnenie emočného angažovania (pozri nižšie) a podobne.

Môžeme teda zhrnúť, že psychoedukačné programy sú pragmatické a štruktúrované intervencie s cieľom informovať príbuzných a pacienta o povahe jeho ochorenia, farmakologickej liečbe a psychosociálnych aspektoch, ktoré môžu ovplyvniť vývoj a priebeh poruchy. Dôraz je kladený na budovanie a zlepšovanie zručností vo vyrovnávaní sa so záťažou a stresom spojeným s ochorením a tiež podpora orientácie pacienta a príbuzných nielen na chorobu ale aj zlepšenie kvality života.

V rámci našej práce rozlišujeme psychoedukáciu ako metódu zacielenú na vzdelávanie pacienta a príbuzných o ochorení a témach s ním spojených od programov nazývaných „psychoedukačné“, kde je psychoedukácia centrálnou, ale nie jedinou súčasťou terapie.

Účinné faktory psychoedukácie

V literatúre na tému psychoedukácia nachádzame rozlične definované (či nedefinované) ciele a očakávané efekty psychoedukačných programov. Pollio et al. (1998), a Solomon, (1996) vo svojom zhrnutí z literatúry v oblasti psychoedukácie u schizofrénie uvádzajú, že častým meraným efektom sú:

- zmena úrovne psychopatológie (merané pomocou BPRS, či iných posudzovacích škál),
- zmena úrovne emočného angažovania, (meranou pomocou Camberwell Family Interview – CFI pôvodne Vaughn, Leff, 1976, či Five Minute Sample Speech – FMSS, Magana et al., 1986), kvalita života pacientov či príbuzných napr. (Quality of Life Scale, QLS), katamnesticke sledovanie stability efektu u pacientov či príbuzných.

Mc Farlan a Anderson (in Kissling 1996) uvádzajú nasledovné mechanizmy účinku a efekty psychoedukačných programov:

a/edukácia – informovanie o ochorení a liečbe prispieva k znalosti povahy choroby a možného vysporiadania sa s ňou, zvyšuje kompetenciu rodiny, znižuje úroveň napätia

b/odstránenie stigmatizácie, znižovanie pocitov viny a pocitov hanby súvisiacej s ochorením

c/odstránenie zvýšeného emočného angažovania (koncept Expressed Emotion, EE)

d/u „Multi-Family“ programov (McFarlan, 1985) „nepriama reštruktúracia“ rodiny, ku ktorej dochádza vplyvom priameho učenia sa kopingovým stratégiám od iných rodín.

Kritika efektívnosti psychoedukácie a spôsobov merania poukázala na to, že v oblasti pacientových relapsov môžu psychoedukačné programy skôr pôsobiť ako oddalovač než ako preventor relapsu (Lam in Solomon, 1996). Taktiež sa ukazuje, že bezprostredný efekt sa po čase znižuje (Vránová, 1998). Viacerí autori nepokladajú počet relapsov za vhodné kritérium pre overenie efektívnosti psychoedukácie a ani jej primárny cieľ (Mari a Steiner, 1994, Solomon, 1996).

Programy tzv. prvej generácie

Jedným z prvých komplexných psychosociálnych programov s prvkami psychoedukácie, na ktorý sme v referenčnej literatúre narazili, bol „Krizový model“ Goldsteina et al z roku 1978 (in Goldstein, 1994) – dnes považovaný za jednu z klasických štúdií v danej problematike. Vychádzal z poznatkov, že asi 30-45% pacientov relapsuje do jedného roku napriek tomu, že užívajú lieky (Goldstein, 1994). V predpokladových výskumoch sa ukázalo, že užívanie medikácie a spolupráca pacienta pri liečbe (súhrnne compliance) nie sú jedinými faktormi možného predchádzania relapsu. Goldstein et al. (in Goldstein, 1994) sa zamerali na rodiny pacientov s cieľom zvýšiť antirelapsový potenciál. Vytvorili modelový program pre rodinu pacienta, a sledovali 4 ciele:

1. Spolu s rodinou identifikovať stresory
2. Pracovať s rodinami na rozvíjaní zvládacích stratégií
3. Podporiť rodinu i pacienta v používaní získaných stratégií už počas intervencie
4. Uvažovať o stresoroch, ktoré by sa mohli objaviť v období po terapii a zhrnúť ich do predpokladového stresového plánovania.

Výsledkom bol menší počet relapsov v intervenčnej skupine, lepšie skóre BPRS u pacientov s medikáciou + programom.

Vo svojom prehľade uvádza Goldstein (1994) aj ďalšie komplexné terapeutické programy s psychoedukačnými prvkami:

Program Fallona et al. (1996) zaraďujúci okrem psychoedukácie aj terapeutické sedenia zamerané na zlepšenie zručností v riešení problémov v rodine pacienta. Štruktúra programu bola charakterizovaná intenzívnym prístupom s týždennými stretnutiami po dobu prvých troch mesiacov, dvojtýždennými stretnutiami ďalšie tri mesiace, jednomesačnými stretnutiami posledné tri mesiace.

Leff et al. (in Goldstein, 1994) vo svojom programe vychádzali z predpokladu vplyvu tzv. zvýšeného emočného angažovania (expressed emotions) rodinných príslušníkov k pacientovi na počet relapsov i celkové „well-being“ rodiny. Predpokladom Leffa spolupracovníkov bolo, že znížením emočného angažovania (hlavne hostility a hyperprotektívnosti) príbuzných voči pacientovi sa zníži počet relapsov i úroveň psychopatológie.

Psychoedukačný program, ktorý vytvorili Hogarty et al v roku 1985 (in Goldstein 1994, Nugter, 1997) predpokladal štvorfázové členenie:

1. Fáza – počas hospitalizácie – rodina je oboznámená o pacientovom stave a liečbe, sú podané návrhy pre zvládanie krízy
2. Fáza – rodinný workshop: sú podávané informácie o schizofrénii a jej liečbe, je daná možnosť zdieľať informácie a skúsenosti
3. Fáza – terapeutické sedenia s pacientom a rodinou: individualizované techniky riešenia problémov
4. Fáza – po ukončení programu volili pacient a rodina, či budú pokračovať v rodinnej terapii.

Programy druhej generácie.

Niektorí autori (napr. Nugter, 1997, Fadden, 1998) takto označujú výskumy, ktoré prebehli v deväťdesiatych rokoch so zameraním na porovnanie efektov medzi rozličnými psychoedukačnými či psychosociálnymi programami a podrobnejším skúmaním predpokladaných účinných faktorov (napr. konštruktu emočného angažovania).

Napríklad Linzsen et al. (1996) porovnávali u pacientov so schizofréniami a schizofrénii príbuznými poruchami účinnosť individuálneho psychosociálneho programu (IPI) a Individuálne a rodinne orientovaného intervenčného programu (IPFI). Oba programy využívali prvky psychoedukácie.

V literatúre prezentované výskumné výsledky svedčia pre pozitívne efekty psychoedukačných programov. Kritika (Solomon, 1996, Fadden, 1998) však poukazuje na to, že jednotlivé potenciálne účinné faktory (napr. kognitívne behaviorálny program, samotná psychoedukácia, entuziazmus terapeutov a ich výcvik, schopnosti) nie sú dostatočne preskúmané.

Aj keď výskumy programov prvej generácie väčšinou preukázali efektívnosť psychoedukačných programov, ďalšie výskumy z tzv. druhej generácie tieto výsledky nepotvrdili (napr. Linzsen et al., 1996, Mueser in Nugter, 1997). Tieto sa, ako sme spomenuli, zamerali na porovnanie efektívnosti jednotlivých programov v snahe o podrobnejšiu analýzu prípadných účinných faktorov týchto programov.

Aj z tohto dôvodu sme našu pozornosť zamerali na dva odlišné programy, pričom pomocou kontrolnej skupiny sa chceme vyhnúť možnému vplyvu náhodných či systematických premenných.

Pre skúmanie potenciálneho efektu psychoedukačných programov sme vybrali dva programy, ktoré sa používajú v klinickej praxi – psychoedukačný program PRELAPSE (Kissling, 1996a), ktorý je na Slovensku podľa prieskumu rutinne používaný (Góbis, 1999) a kognitívne–behaviorálny program: Modifikovaný Integrovaný psychoterapeutický program (Krajčovičová, 2000a,b), ktorý okrem nácviku kognitívnych funkcií a sociálnych zručností obsahuje aj prvky psychoedukácie.

4. CIELE A METÓDY VÝSKUMU

4.1. Ciele výskumu

V rámci realizovaného výskumu sme zvolili dva dostupné intervenčné programy, ktoré sa používajú na slovenských klinických pracoviskách. Prvý z nich je program PRELAPSE (Kissling, 1996), krátky psychoedukačný program zameraný na podanie informácií a diskusiu o schizofrénnych psychózach s pacientmi a ich príbuznými. Predpokladá osem stretnutí, na ktorých sa rozoberajú relevantné témy.

Program Modifikácia Integrovaného psychoterapeutického programu (Kotuliaková, Čaplová, 1995, Krajčovičová, 2000a,b, Liberman, 1992, Roder, 1993) je zameraný na tréning sociálnych zručností a kognitívnych funkcií. Jeho súčasťou je i psychoedukácia o schizofrénii. Predpokladá 15–25 stretnutí, ktoré sú súčasťou post-akútnej starostlivosti o pacientov so schizofréniou.

Zaujímali nás efekt (efekty) intervenčných programov v cieľových oblastiach.

Základnými cieľmi bolo:

Overiť efektívnosť psychoedukačného (PRELAPSE) a kognitívne–behaviorálneho programu (Modifikácia IPT) v oblastiach :

- informovanosti pacienta o ochorení
- oblasti kognitívneho fungovania
- v oblasti psychopatológie (vplyv na relaps ochorenia, úroveň psychopatologickej symptomatológie).

Porovnať účinnosť oboch programov v sledovaných oblastiach medzi sebou a voči kontrolnej skupine.

Špecificky nás zaujímalo:

Či a do akej miery psychoedukácia v oblasti informovanosti o ochorení vedie k zvýšeniu informovanosti a zlepšeniu spolupráce v oblasti liečby.

Naokoľko je tento **efekt** stabilný v čase (jednoročné sledovanie u skupiny PRELAPSE vs kontrolnej skupiny).

Do akej miery tréningový, informatívny a sociabilizujúci efekt závisí od psychopatologického stavu účastníka (dĺžka ochorenia, počet hospitalizácií).

4.2. Výskumný dizajn, projekt výskumu

Výskumný dizajn bol koncipovaný ako *quasi-experimentálny* (Kazdin et al 1995, 1998), *naturálny* (Kumar, 1998) a *kontrolovaný*.

Z časového hľadiska pre lepšiu prehľadnosť rozdelíme výskum na dve línie:

1. línia: pred-a-po sledovanie oboch programov a kontroly
2. línia: longitudinálne jednoročné katamnestické sledovanie efektu programu PRELAPSE (vs kontrolná skupina)

Výber vzorky a oslovenie účastníkov:

Oslovení boli účastníci, ktorí sa zúčastnili intervenčných programov a spĺňali nižšie uvedené kritériá. U kontrolnej skupiny všetci účastníci, ktorí sa v určené ambulantné dni dostavili na kontrolu, spĺňali kritériá a súhlasili so zaradením. Pacienti boli informovaní o charaktere a cieľoch výskumu ako i o potrebe retestu (-ov). Zaradení pacienti vyslovili s účasťou výslovný súhlas.

Uvedený spôsob výberu je metodologickým problémom (je možné, že pacienti, ktorí odmietli na výskume participovať, majú niektoré systematicky odlišné charakteristiky od súboru účastníkov, ktorí sa výskumu zúčastnili).

Rozdelenie účastníkov do jednotlivých skupín neprebiehala riadenou randomizáciou, ale účastníci boli zaradení do jednotlivých skupín na základe miestnej a časovej dostupnosti.

Vstupnými kritériami pre zaradenie do výskumu boli:

- diagnostikovaná schizofrénia či schizoafektívna psychóza. V prípade Modifikovaného IPT programu: prítomnosť reziduálnych či postakútnych príznakov, ktoré by mohli byť programom priaznivo ovplyvnené. V prípade programu Prelapse bola zaradená väčšina dostupných pacientov, ktorí spĺňali kritériá.
- neprítomnosť známkov akútneho relapsu, stabilizovaný stav.
- pri zaradovaní do výskumnej skupiny PRELAPSE a MIPT neúčasť na konkrétnom programe v minulosti (aspoň jeden rok dozadu).

Vylučovacími kritériami boli:

- mentálna retardácia,
- akútna psychóza či závažný chronický stav, ktorý by bránil účasti a absolvovaniu programov (napr. výrazný autizmus, nepokoj, nevládnuteľný negativizmus, ťažká porucha koncentrácie pozornosti.)
- psychomotorický deficit či závažnejšia porucha zmyslových orgánov (zrak, sluch).

Pacienta do *intervenčného programu* zaradil jeho ošetrojúci lekár. Do oboch skupín boli zaradovaní i pacienti, ktorí mali k účasti na programoch výhrady s tým, že absolvujú nejaké stretnutia a rozhodnú sa, či budú pokračovať ďalej. Z etických (i praktických) dôvodov sa zaradenie *do výskumu* a psychologické vyšetrenie pred i po intervencii realizovalo len po explicitnom vyjadrení súhlasu zo strany pacienta.

Kontrolnú skupinu tvorili ambulantní pacienti, ktorí spĺňali kritériá a súhlasili so zaradením do výskumu. Kontrolná skupina bola na štandardnej medikácii, chodila na ambulantné kontroly a nezúčastňovala sa žiadneho psychoterapeutického programu.

Kontrolu stability efektu u programu MIPT po jednom roku sme nepreviedli kvôli katamnestickej nedostupnosti participantov.

Zaradení boli prevažne pacienti z Bratislavy a širšieho okolia. Vylúčení boli participanti nespĺňajúci vyššie uvedené kritériá, alebo nesúhlasili so zaradením. Čo sa týka povahy takéhoto naturálneho výberu domnievame sa, že aj zaradovanie pacientov lekármi do oboch programov bolo rôzne motivované. Všetky skupiny tak obsahovali pacientov s rôznou úrovňou psychopatologických symptómov. Pre kontrolu tohto predpokladu sme previedli štatistické overenie homogenity-heterogenity skupín.

Limity.

Nevýhodou quasi-experimentálneho typu výskumu je už uvedená nedôsledná randomizácia participantov a možné diagnostické a psychopatologické „znečistenie“ (k diskusii Murray, 1994) experimentálnych skupín (napr. zaradenie schizofrénnych i schizoafektívnych participantov, rozdielna dĺžka trvania ochorenia, závažnosť psychopatologických symptómov a pod). Taktiež zaradenie do programu záviselo od subjektívneho posúdenia ošetrojúceho lekára participanta. Limitom je i to, že získaná vzorka ťažko predstavuje reprezentatívny výber schizofrénnej populácie.

Výhodou takéhoto settingu je jeho „prirodzenosť“, a „realistickosť“, pretože takýto výber do značnej miery odráža reálny spôsob výberu „as is“ (tak ako sa deje v klinických a stacionárnych zariadeniach) zaraďovania participantov do týchto programov. Naším výskumným cieľom je **overenie efektivity intervenčných programov pre potreby klinickej praxe**.

Tab 1: Výskumný dizajn

Modifikovaný IPT	Program PRELAPSE	Kontrolná skupina
Okamžitý efekt programu	Okamžitý efekt programu	Kontrola
X	Stabilita efektu po jednom roku	Kontrola po jednom rok

4.3. Intervenčné programy

4.3.1. PRELAPSE

Program PRELAPSE je komplexný psychoedukačný program pre pacientov so schizofréniou a ich príbuzných. Autorom programu je W. Kissling (1996a). Program vznikol za podpory firmy Lundbeck a stal sa oficiálnym programom Svetovej zdravotníckej organizácie. Výskumy ukázali, že neuroleptiká výrazne zmiernujú príznaky ochorenia a účinne prispievajú k prevencii relapsu (asi 80%, 20% relapsovalo napriek profylaktickej liečbe). Prax ale ukázala omnoho vyššie percento relapsov. Zistilo sa, že len asi polovica pacientov (Kane, 1994) dodržiava predpísanú neuroleptickú liečbu. U prvohospitalizovaných pacientov to bolo až 75% (Gaebel a Piczker in Kissling, 1994). Dôvodom je tzv. non-compliance, čo môžeme charakterizovať ako nedostatočnú spoluprácu a kooperáciu s lekárom pri liečbe zo strany pacienta (a príbuzných). K príčinám patrí nedostatočná informovanosť o ochorení, jeho liečbe a prevencii relapsu, nerozpoznanie faktu, že u schizofrénie ide o duševnú poruchu a i. Psychoedukácia by mala napomôcť zlepšiť niektoré z faktorov zapríčínujúcich non-compliance.

Autori psychoedukačného programu pri tvorbe programu PRELAPSE využili svoje skúsenosti s psychoedukáciou a skúsenosti z iných výskumov zameraných na psychoedukáciu a príbuzné psychosociálne stratégie. Východiskom pre koncipovanie programu bola nemecká štúdia PIP (Psychosen-Informationen-Projekt, Mníchov in Kissling, 1996b). Cieľom tejto štúdie bolo overiť vplyv psychoedukácie na compliance a počet rehospitalizácií u pacientov so schizofréniou. Išlo o randomizovanú prospektívnu štúdiu s kontrolnou skupinou. Výskumná skupina bola na štandardnej medikácii a zúčastňovala sa psychoedukácie, kontrolná skupina bola len na štandardnej medikácii. Skúmal sa počet relapsov ochorenia, priebeh a výsledky sa posudzovali podľa štandardizovaných stupníc (BPRS, GAS, AMDP). Výskum preukázal štatisticky významne znížený počet rehospitalizácií u intervenčnej skupiny (21% rehospitalizácií) oproti kontrolnej skupine (38%). Zistila sa tiež lepšia úroveň spolupráce u intervenčnej skupiny. Kissling (1996b, s.31) uvádza: „Ročné sledovanie ukázalo, že 8-hodinový program signifikantne zlepšil spoluprácu pacientov a znížil počet rehospitalizácií na polovicu.“

Náplň programu PRELAPSE je rozdelený do 8 stretnutí, realizovaných zvlášť pre pacientov a zvlášť pre ich príbuzných, pričom obsahová náplň je rovnaká.

1. stretnutie: Úvod – vzájomné spoznávanie sa, informácie o programe a jeho štruktúre
2. stretnutie: Čo sú schizofrénne psychózy?
3. stretnutie: Aké sú príčiny schizofrénie?
4. stretnutie: Liečba schizofrénie a jej vedľajšie účinky
5. stretnutie: Farmakoterapia a psychosociálna liečba ako rovnocenné súčasti liečby
6. stretnutie: Prevencia relapsu
7. stretnutie: Úloha príbuzných
8. stretnutie: Záver

V predošlom exploračnom výskume (Heretik, 1997) sme porovnávali úroveň informovanosti, kognitívneho fungovania pred a po absolvovaní tohto programu a zistili sme významné zvýšenie informovanosti a zníženie percenta porúch asociácie (ostatné sledované premenné: kognitívne fungovanie, sociabilita, zostali bez signifikantnej zmeny). Z tohto hľadiska nás zaujíma nakoľko je k zmene informovanosti potrebný štruktúrovaný systematický psychoedukačný program (PRELAPSE) a do akej miery ovplyvní kognitívne behaviorálny program kognitívne a sociálne fungovanie.

4.3.2. Modifikácia Integrovaného psychoterapeutického programu (MIPT)

Druhým intervenčným programom je Modifikovaný Integrovaný psychoterapeutický program (ďalej MIPT), ktorý obsahuje aj prvky Libermanovho nácviku sociálnych zručností (Kotuliaková a Čaplová, 1995). Modifikácia bola vykonaná s ohľadom na špecifické podmienky Psychiatrickej kliniky FN Bratislava: predpokladá dvojmesačnú dĺžku hospitalizácie, resp. pravidelného kontaktu s pacientom. Pacient absolvuje program v čase hospitalizácie pacienta po odznení akútneho príznaku, prípadne pokračuje po prepustení z nemocnice.

Cieľová intervenčná skupina: zatvorená skupina 4-8 pacientov po odznení akútnej fázy ochorenia.

Integrovaný psychoterapeutický program.

Integrovaný psychoterapeutický program (ďalej IPT) patrí ku komplexným moderným prístupom zameraným na zlepšenie kognitívnych a sociálnych zručností pacientov so schizofrénnymi poruchami. Program je určený pre dlhodobu liečených pacientov so schizofréniou, ktorí sú hospitalizovaní v nemocnici či stacionári najmenej 6 mesiacov.

Autori (Roder et al, 1993) charakterizujú ciele programu nasledovne:

- zmierniť ťažkosti pri spracovávaní informácií, zmiernenie kognitívnych deficitov
- zvýšiť realistikosť vnímania emočne náročných situácií
- zlepšiť kopingové stratégie pacientov
- rozšíriť „životný priestor pacienta“
- zlepšiť integráciu pacienta do pre neho dôležitej životnej oblasti.

IPT je zložený z piatich podprogramov:

1. podprogram – Kognitívne diferencovanie
2. podprogram – Sociálne vnímanie
3. podprogram – Verbálna komunikácia
4. podprogram – Sociálne spôsobilosti
5. podprogram – Interpersonálne riešenie problémov

Tréning sociálnych zručností (TSS)

Libermanov Tréning sociálnych zručností predstavuje vo svojom zameraní kognitívne behaviorálny prístup s dôrazom na pozitívne posilňovanie a ignorovanie (neposilňovanie) maladaptívneho správania. Ciele TSS (Liberman et al, 1992):

1. Naučiť sa začať, udržať a ukončiť rozhovor s príbuzným, priateľmi
2. Precvičovať komunikačné spôsobilosti – očný kontakt, primeranú silu hlasu, gestiku a mimiku tváre
3. Poskytovať a vyžadovať informácie a názory druhých
4. Naučiť sa vytvoriť a udržiavať vzťahy
5. Naučiť sa, ako lepšie usmerňovať svoju liečbu.
6. Naučiť sa kritizovať a prijímať kritiku
7. Naučiť sa zastať svoje práva

Cieľová intervenčná skupina: Pacienti s poruchami vyššie uvedených funkcií, schopní chápať inštrukcie a sledovať štruktúrovaný proces učenia aspoň 15 minút (Lieberman in Petrová, Slášťanová, 1998).

Terapeutický program:

1. podprogram – Kognitívne diferencovanie
 - I. stupeň: Systémy verbálnych pojmov (hierarchia pojmov, synonymá, antonymá, definícia slov)
 - II. stupeň: Hľadanie mysleného predmetu.
2. podprogram – Sociálne vnímanie
 - I. stupeň: Zhromažďovanie informácií (podrobný popis určitej sociálnej situácie)
 - II. stupeň: Interpretácia a diskusia (Cieľ: pretvorenie nesprávnych interpretačných vzorcov)
 - III. stupeň: Nájdenie najvýstižnejšieho názvu pre situáciu na obrázku
3. podprogram – Verbálna komunikácia
 - I. stupeň: Doslovná reprodukcia viet
 - II. stupeň: Voľná reprodukcia témy
 - III. stupeň: Samostatne formulované otázky a odpovede na ne
- IV. stupeň: Kladenie otázok jednému členovi skupiny na danú tému
- V. stupeň: Voľná komunikácia
4. podprogram: Sociálne spôsobilosti.
 - I. stupeň: Kognitívne spracovanie, ktoré predstavuje zadanie cvičnej situácie, stanovenie cieľa, anticipáciu požiadaviek
 - II. stupeň: demonštrácia sociálnej situácie v modelových podmienkach s poskytnutím spätnej väzby, precvičovanie, domáce úlohy

Modifikácia sa týkala nasledujúcich oblastí:

1. Program trvá jeden mesiac
2. Piaty podprogram je vypustený (resp. je súčasťou 4. podprogramu)
3. Štvrtý podprogram bol doplnený viacerými intervenciami z Liebermanovho TSS
4. Všetky podprogramy prebiehajú súčasne
5. Dĺžka prvý troch programov bola redukovaná, dôraz je prenesený na 4. podprogram
6. Program bol obohatený o psychoedukáciu

7. Materiál s dôrazom na afektivitu sa využíva v podprogramoch už skôr.

Krajčovičová (2000a,b) vo svojom výskume skúmala efekt programu MIPT v oblasti ovplyvnenia kognitívnych a sociálnych funkcií a klinickej psychopatológie.

4.4. Výskumný súbor

Súbor pacientov s diagnózou schizofrénnych psychóz psychiatrických oddelení a kliník Psychiatrickej kliniky Fakultnej nemocnice, Bratislava, Psychiatrickej kliniky SPAM Ružinov, Stacionára HESTIA, ambulantných pacientov súkromnej psychiatrickej ambulancie Bratislava, Mýtna 1, a i., počas plnej a parciálnej hospitalizácie. Celkový výskumný súbor je rozdelený do 3 skupín podľa intervenčného programu:

1. Skupina: pacienti – účastníci programu Prelapse
2. Skupina: pacienti – účastníci modifikovaného Integrovaného psychoterapeutického programu
3. Skupina: kontrolná skupina na štandardnej medikácii, dochádzajúca na ambulantné kontroly

Celkový počet participantov pri prvom vyšetrení („pred“) bol 79 participantov. Po intervenčnom programe sme získali výsledky od 64 participantov. Z nich v jednoročnom sledovaní bolo zaradených 38 participantov.

Tab 2: Účast' participantov jednotlivých skupín vo výskume

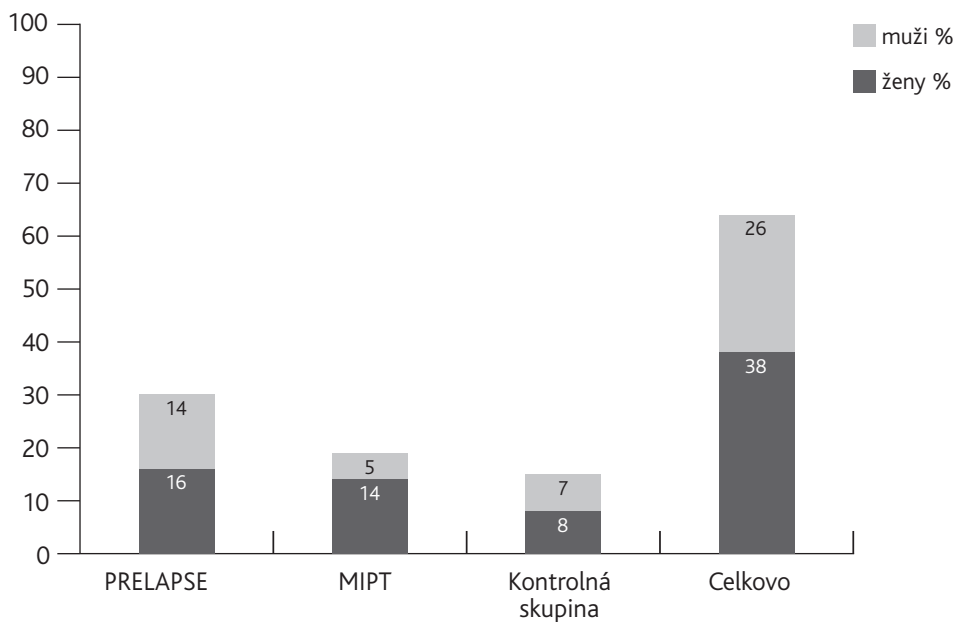
Skupina	PRELAPSE	MIPT	Kontrolná skupina	Celkovo
Pred intervenciou	37	24	18	79
Po intervencii	30	19	15	64
Po 1 roku	23	X	15	38

Príčinami pomerne vysokého podielu „drop out“ 15 participantov (12%) boli:

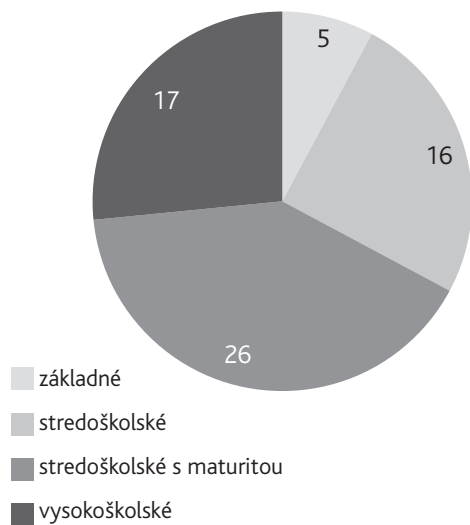
- predčasné prepustenie (9 participantov)
- neabsolvovanie aspoň polovice plánovaných stretnutí (2 participant)
- odmietnutie participanta zúčastniť sa vyšetrenia po absolvovaní intervenčného programu (3 participant)
- zhoršenie stavu (1)

Bližšie opisné charakteristiky sú sprehľadnené v tabuľke 3.

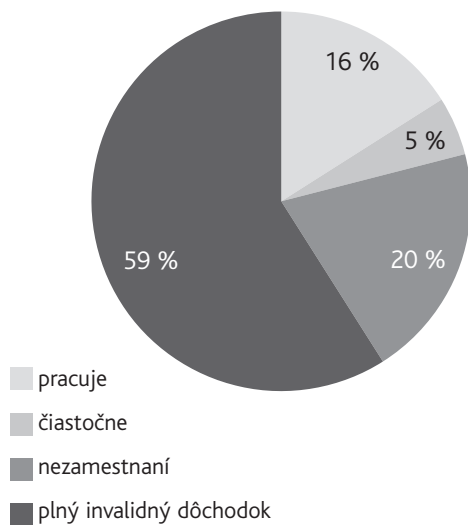
Graf 1: Podiel mužov a žien v jednotlivých skupinách



Graf 2: Najvyššie ukončené vzdelanie,



Graf 3: Zamestnanosť vo výskumnom súbore (celý výskumný súbor, n=64).



Tab 3: Opisné dáta výskumného súboru (podľa skupín + celkovo)

SKUPINY:	PRELAPSE	Modifikovaný IPT	Kontrolná skupina	Celkovo
Počet participantov	30	19	15	64 participantov
Muži (%)	14 (46,7%)	5 (26,3%)	7 (46,7%)	26 (40,6%)
Ženy (%)	16 (53,3%)	14 (73,7%)	8 (53,3%)	38 (59,4%)
Vek (Priemer)	18-55 (39,3)	20-54 (36,3)	24-53 (39,5)	18-55 (37,8)
Diagnóza				
Schizofrénna psychóza	26	12	11	55 (85%)
Schizoafektívna psychóza	4	7	4	9 (15%)
Nástup ochorenia	17-34 (24,1)	17-43 (25,1)	16-40 (24,9)	16-43 (24,6)
Dĺžka ochorenia v rokoch¹ (priemer)	0-29 (15,3)	0-31 (10,1)	4-34 (14,8)	0-34 (13,6)
Počet hospitalizácií (p)	1-20 (6,8)	1-17 (4,3)	2-25 (6,6)	1-25 (6)
Typ medikácie:				
Typické neuroleptiká	14 (46,7)	12 (63,2%)	4 (26,7)	30 (46,9)
Atypické	15 (50)	7 (36,8%)	11 (73,3)	33 (51,6)
Zmiešané+ tymoprofylaxia	1 (3,3)	0	0	1 (1,6)
Typ medikácie po 1. roku	X			
Typické neuroleptiká	7 (23,3%)		4 (26,7)	11 (17,2%)
Atypické	15 (50%)		11 (73,3)	26 (40,6%)
Zmiešané+ tymoprofylaxia	1 (3,3%)	0	1 (1,6%)	
Chýba:	7 (23,3%)		38 (59,4%)	
Vzdelanie (%)				
Základné	3 (10%)	1 (5,3%)	1 (6,7%)	5 (7,8%)
Stredoškolské	6 (20%)	6 (31,6%)	4 (26,7%)	16 (25%)
Stredoškolské s maturitou	11 (36,7%)	9 (47,4%)	6 (40%)	26 (40,6%)
Vysokoškolské	10 (33,3%)	3 (15,8%)	4 (26,7%)	17 (26,6%)
Zamestnanie				
Pracuje:	3 (10%)	4 (21,1%)	3 (20%)	10 (15,6%)
Čiastočne:	0 (0%)	1 (5,3%)	2 (13,3%)	3 (4,7%)
Nezamestnaní:	7 (23,3%)	5 (26,3%)	1 (6,7%)	13 (20,3%)
Plný invalidný dôchodok:	20 (66,7%)	9 (47,4%)	9 (60,0%)	38 (58,4%)

¹ počítané od prvej hospitalizácie, v zátvorke () sú uvedené priemerné údaje, pokiaľ nie je uvedené inak

4.5. Metodika výskumu

Metódy výskumu sme vybrali vzhľadom k cieľom výskumu: preskúmať efekt programov na zmenu informovanosti o schizofrénii, kognitívne funkcie a úroveň psychopatológie u pacientov pred, po programe a po jednom roku od jeho ukončenia.

4.5.1. Asociačný experiment (AE, Kondáš, 1979)

Základom metódy je štandardizovaný súbor asociačných podnetov (podstatné mená). Jednotlivé duševné poruchy sa v AE prejavujú okrem všeobecného zhoršenia asociativity aj diagnosticky špecifickými poruchami. Poruchy asociácie zaraďoval k základným poruchám u schizofrénii už Bleuler (in Weiner, 1997) a sú v prípade tejto diagnostickej jednotky častými a bežnými poruchami.

Schizofrénne psychózy sa v AE prejavujú jednak znakmi spoločnými pre všetky psychózy (Kondáš, 1979) t.j. najmenej trojnásobným predĺžením reakčného času (s výnimkou mánie) v porovnaní s normou, poruchami asociácií okolo 40%. Pre schizofréniu sú charakteristické neologizmy, bizarné asociácie, z hľadiska asociačného vzťahu menej kvalitné reakcie, striedanie kvalitných a nekvalitných asociácií, zlyhávajúce na bežné asociácie. Typické je vzdáľovanie asociačného vzťahu medzi podnetom a reakciou.

Keďže táto metóda má vypracované viaceré (paralelné) série, je možné ju použiť pre opakované posúdenie participantovho psychického stavu v čase. Test sme zaradili pre jednoduchosť administrácie, časovú nenáročnosť, i dobrú kvantifikovateľnosť. Osvedčil sa nám i pri predošlom výskume (Heretik, 1997), kde sa ukázal byť citlivým ukazovateľom zmeny psychopatologického stavu.

Vo výskume sme použili štandardizovaný Asociačný Experiment (AE) (Kondáš, 1979) 30-položkový, základnú a paralelné série (I. a II.). Sledovanými premennými boli: percento porúch asociácií, percento porúch reprodukcií, (typy porúch asociácií).

4.5.2. WAIS-R

je intelligenčný test, široko používaný v oblasti poradenskej i klinickej psychológie. Svojím zameraním predstavuje snahu o komplexné poňatie inteligencie ako všeobecnej rozumovej schopnosti. Obsahuje 11 subtestov, ktoré sa rozdeľujú na dve kategórie: *verbálne* a *performačné* subtesty. Okrem úrovne intelektových schopností umožňuje test zistiť i psychopatologické charakteristiky rozličných duševných porúch. Napriek zložitému diagnostickému problému, ktorý schizofrénne ochorenia znamenajú (rôzne obrazy poruchy, akútnosť, chronicita, vplyv liečby, osobnosť pacienta a podobne) sa našli vo WAIS-R určité spoločné znaky (Ričan et al, 1983, s.88):

1. veľké rozdiely medzi skóre v jednotlivých subtestoch (veľká intersubtestová variabilita)
2. chabý úsudok a poruchy v subteste Porozumenie, Zoraďovanie obrázkov (predstavujúce nielen intelektovú kapacitu v sociálnej oblasti, ale i schopnosť správne vnímať sociálnu realitu).
3. zlá koncentrácia pozornosti, dobrá pasívna pozornosť, malá výberovosť vnímania (Opakovanie čísel lepšie ako Počty)

4. rozmanité deviantné a bizarné verbalizácie (u floridných procesov)

5. náhle zmeny v úrovni kvality odpovedí.

Globálne IQ vo WAIS-R je priemerne nižšie u schizofrénii ako u normatickej populácie. Češková (1999) udáva súhrnné zistenie, že priemerný intelekt je u pacientov so schizofróniou nižší už premorbídne. Zo štúdií vyplýva, že dochádza aj k malému poklesu IQ vzhľadom k premorbídnej úrovni o 6-12 bodov (Češková, 1999).

Pre potreby nášho výskumu sme sa rozhodli vybrať 3 subtesty v literatúre referované ako citlivé na psychopatologické charakteristiky (Ríčan et al, 1983, Westen et al, 1999), hlavne poruchy myslenia a usudzovania (Banisch, 1997). Ide o subtesty: Zoraďovanie obrázkov, Porozumenie, Podobnosti.

Tab. 4 popis použitých subtestov WAIS-R.

Subtest		Meria:	Korelácia s celkovým IQ (Ríčan et al, 1983)
Zoraďovanie obrázkov	Performačný subtest	Schopnosť plánovať, anticipovať, schopnosť metafory a humoru, divergentné myslenie, tvorivosť a kontakt s realitou	0,59
Podobnosti	Verbálny subtest	Schopnosť analógie a primeranej generalizácie	0,68
Porozumenie	Verbálny subtest	Odráža socializovanosť myslenia a ukotvenie v realite.	0,72

Súčasťou kognitívneho tréningu pacientov v Modifikovanom IPT je aj tréning schopnosti generalizácie, analógie, pozornosti (respektíve pracovnej pamäti). Naším predpokladom je, že takto koncipovaný tréning kognitívnych funkcií trvajúci mesiac (20-30 stretnutí) povedie k zlepšeniu kognitívnych funkcií po programe.

Pre potreby testu-retestu sme použili klasickú split-half metódu – nepárne položky subtestov boli administrované pred intervenciou, párne po, celé subtesty po roku. Split – half skóre pred a po intervencii sa vynásobilo dvoma a previedlo na vážené skóre.

4.5.3. Zulliger Tafeln Test

Zulliger Tafeln Test bol pôvodne vytvorený ako skriningová psychopatologická metóda, je považovaný za „skrátenu“ verziu ROR. Predlohy tvoria 3 tabuľky s amorfnými škvrnami (čierna, farebná, čierno-červená), vytvorenými na podobnom princípe ako Rorschachove predlohy. Aj teória v pozadí metódy vychádza z „rorschachovskej teórie“, ktorú popisujeme nižšie. V hodnotení používame rorschachovské kritériá, modifikované podľa Ríčana et al, (1981), Dobrotku (1980) ako i monografiu o Zulligerovom teste od Michala (1998).

Pri hodnotení sa opierame o kvantifikačný systém (Ríčan et al, 1981, Johnston a Holzman et al, 1986), základom však je kvalitatívne posúdenie charakteru odpovedí. Kvantifikácia sa týka základných kategórií: spôsobu postihovania, determinanty, obsahu, zvláštnych fenoménov.

Johnston a Holzman (1986) vyvinuli Thought Disorder Index (ďalej TDI) aplikovateľný u projektívnych techník (ROR) i verbálnych subtestov WAIS-R. TDI sa ukázal byť citlivým ukazovateľom porúch myslenia u schizofrénie (pre prehľad pozri Solovay et al, 1987 a Westen spol., 1999).

Shenton et al (1987) zistili, že TDI je možné kvalitatívne použiť na rozlíšenie medzi poruchami myslenia u mánií miešaných psychóz a schizofrénie. Aj keď sú poruchy myslenia pravdepodobne črtou – súčasťou celkovej vulnerability u schizofrénie a stálejšou charakteristikou, ktorá sa v miernejšej podobe vyskytuje i u príbuzných schizofrénnych pacientov (Kinney et al, 1997), úroveň i kvalita porúch myslenia zachytávané TDI sa môže časom meniť (Marengo a Harrow, 1997) a odráža úroveň remisie. Škálu sme sa preto rozhodli použiť na posúdenie zmeny psychopatológie v oblasti porúch myslenia. Kvalitatívne ukazovatele ako perseverácie, fabulácie a sme podľa Manuálu Thought Disorder Index – ďalej TDI (Solovay et al, 1986) previedli na výsledné skóre pred intervenciou, po nej a po jednom roku. Manuál popisuje celkovo 23 kategórií porúch myslenia a tieto „váži“ podľa závažnosti na .25, .50, .75 a 1. hladine. Do výsledného skóre sa počítajú všetky evidované fenomény násobené indexom podľa kategórie, do ktorej patria. Vzorec pre získanie výsledného skóre pre index porúch myslenia v prípade ROR (v našom prípade ZTT) je:

$$TDI = \frac{.25(A) + .50(B) + .75(C) + 1.(D)}{R} \times 100$$

Pričom A= počet odpovedí na .25 úrovni, B= poč. odpovedí na .50 úrovni, C= poč. odpovedí na .75 hladine a D počet odpovedí na 1. hladine, R= celkový počet odpovedí. V tabuľke č. 6 uvádzame zoznam všetkých fenoménov podľa hladiny.

Tab 5: Prehľad fenoménov meraných TDI podľa psychopatologickej hladiny

,25 hladina	,50 hladina	,75 hladina	1. hladina
1. Neprimeraná vzdialenosť a. strata či zvýšenie odstupe b. excesívna kvalifikácia c. konkrétnosť d. prílišná špecifickosť e. synkretické odpovede	9. verbalizácia vzťahu	17. fluidita	21. Kontaminácia
2. ľahkomyselné odpovede	10. idiosynkretický symbolizmus a. farebný symbolizmus b. obrazový symbolizmus	18. absurdné odpovede	22. inkoherenca
3. vágnosť	11. zvláštne odpovede	19. konfabulácie	23. neologizmy
4. zvláštne verbalizácie a odpovede	12. zmätenosť	20. autistická logika	
5. ťažkosti s nachádzaním pojmov	13. stratenie sa		
6. verbálne pošmyknutia	14. fabulované kombinácie, neskutočné či bizarné		
7. perseverácie	15. hravé konfabulácie		
8. nekongruentné kombinácie a. poskladané odpovede b. umelé formo-farbové odp. c. neprimeraná aktivita v odp.	16. fragmentácia		

Názvy niektorých fenoménov či podskupín nie sú jednoznačné, prípadne sa používajú v psychológii i v inom kontexte (napr. fluidita), v manuáli sú však podrobne popísané s uvedením príkladov. Získané skóre pred, po a po roku sú vzájomne porovnávané pre posúdenie zmeny klinického obrazu.

4.5.4. DISO (Dotazník Informovanosti o schizofrénnom ochorení)

Cieľom tejto dotazníkovej metódy je získať stručnú informáciu o úrovni pacientovej znalosti v oblasti jeho ochorenia, liečby a iných relevantných oblastí pred a po intervenčnom programe a tiež overenie poddržania informácií v longitudinálnom sledovaní.

Cieľom je zistiť, či PRELAPSE a MIPT vedú k zmene informovanosti o liečbe, ako je táto zmena stála v čase a či vedie k lepšej spolupráci pacienta s lekárom. Zaujímá nás i predstava, názor pacientov o príčine choroby.

Dotazník informovanosti o schizofrénnom ochorení (DISO) sme vytvorili pre potreby nášho predošlého výskumu (Heretik, 1997a). Je určený na stručné posúdenie úrovne informovanosti o schizofrénnom ochorení a relevantných oblastiach pre pacientov so schizofréniou a ich príbuzných.

Dôvodom pre vytvorenie dotazníka bolo, že podobne zamerané dotazníky, ktoré sme mali k dispozícii, boli pre pacientov príliš náročné a zdĺhavé, prípadne sa nehodili na naše účely. Dnešná forma dotazníka vzišla z pôvodnej verzie overovanej v predvýskumnej fáze (Heretik, 1997a) znížením počtu položiek a ich zjednodušením.

Dotazník tvorí 12 otázok, 5 otvorených a 7 s možnosťami výberu (a-f) vhodnej alternatívy.

Dotazník bol podaný pred, po intervenčnom programe (či adekvátnom čase pri kontrole) a v rámci katamnézy po jednom roku. Zaujímal nás bezprostredný informačný zisk, stabilita podržania informácií, vzťah informovanosti k spolupráci či iné efekty psychoedukácie.

Dotazník sme overovali pri skúmaní efektu programu PRELAPSE (Heretik, 1997) a rozhodli sa použiť bezo zmeny aj v tomto výskume. Podrobnejšie o spôsobe vyhodnotenia referujeme inde (Heretik, 1997a, 2001).

4.5.5. Relaps

Definície a kritériá pre posúdenie relapsu sa v klinickej literatúre značne odlišujú. Gilbert et al in Kane, (1994) urobil prehľad 66 štúdií sledujúcich z rôznych dôvodov relapsu u schizofrénie. Zistil, že 22 štúdií explicitne nedefinovalo relaps, 2 definovali relaps ako návrat k aktívnej medikácii, 33 definovalo relaps na podklade zhoršenia prejavov ochorenia, niektoré použili škály BPRS a podobne. Schooler et al, (1997) odporúčajú hodnotiť nárast určitých položiek v BPRS, posúdiť úroveň negatívnych i pozitívnych príznakov.

Kane (1996) odporúča hodnotiť:

- nárast celkovej psychopatológie
- charakteristika psychopatológie
- miera nárastu psychopatológie oproti východzie mu stavu
- trvanie exacerbácie.

Z dôvodov, že sme nemali prístup k údajom, ktoré by podrobne a dlhodobo sledovali pacientov zdravotný stav (napríklad pomocou posudzovacích škál typu PANSS, BPRS), či prístup k pravidelným údajom o pacientovom stave, hladine medikácie z chorobopisu, sme sa v prípade posúdenia relapsov rozhodli uplatniť tzv. hrubé meradlo – počet rehospitalizácií počas sledovaného obdobia.

5. VÝSLEDKY VÝSKUMU

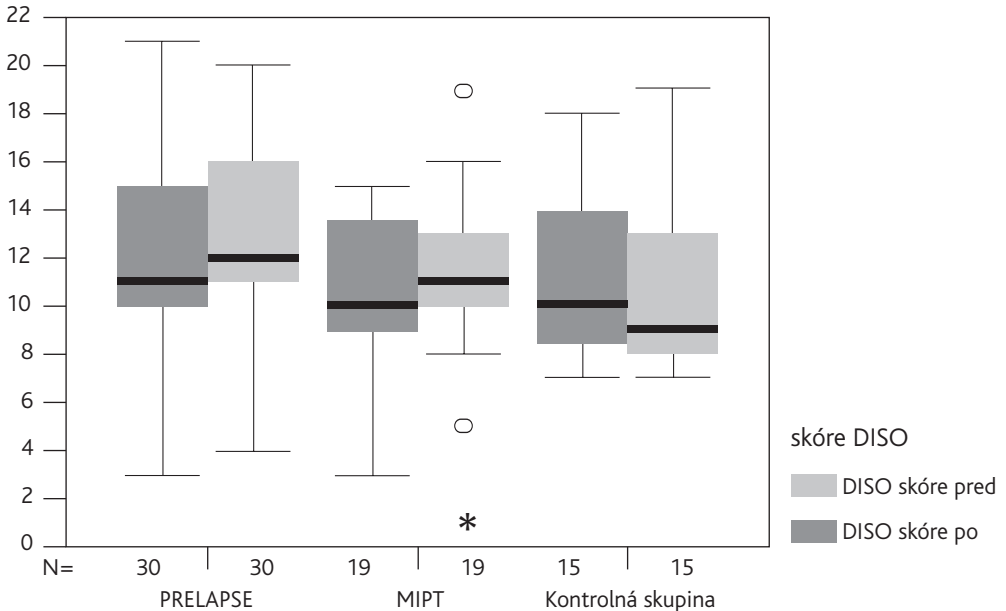
Pozn.: O priebehu výskumu a štatistickej analýze podrobnejšie referujeme na inom mieste (Heretik, 2001).

5.1. Vplyv PRELAPSE a MIPT na znalosti pacientov o ochorení

Predpokladali sme, že oba programy povedú k zvýšeniu informovanosti pacientov o svojom ochorení (dotazník DISO, Heretik, 1997).

Podľa nášho predpokladu k najvýraznejšej zmene došlo v skupine PRELAPSE a najmenej v kontrolnej skupine. U oboch intervenčných programov došlo k miernemu zvýšeniu skóre, u kontrolnej skupiny k miernemu zníženiu (graf 4). Ani u jednej zo skupín sme však nezistili štatisticky významnú zmenu (zvýšenie v skóre DISO) po absolvovaní programu.

Graf 4: Mediány skóre DISO u jednotlivých skupín pred a po intervencii. Krabíčkový graf.

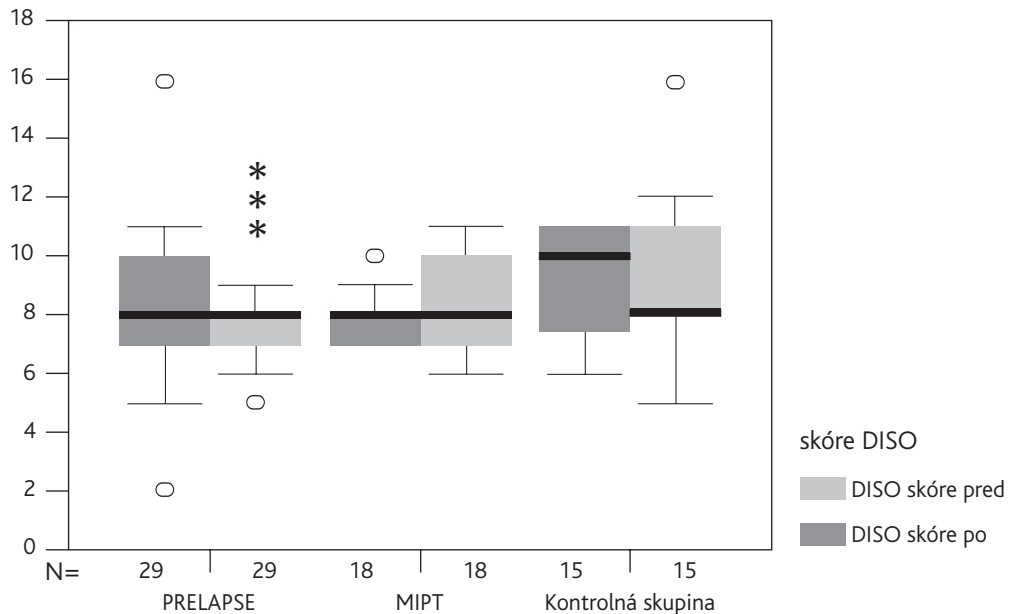


Keďže rozdiel v skóre v dotazníku DISO v skupine PRELAPSE sa blížil hladine štatistickej významnosti (Monte Carlo sig=.076, $r_m=.32$), korelačná miera efektu ukazuje na stredný efekt. Náš predpoklad, že PRELAPSE povedie k významnému zlepšeniu informovanosti pacientov o ich ochorení (DISO), považujeme za **potvrdený**. **Nepotvrdilo** sa očakávanie, že MIPT bude viesť k významnému zvýšeniu informovanosti (DISO).

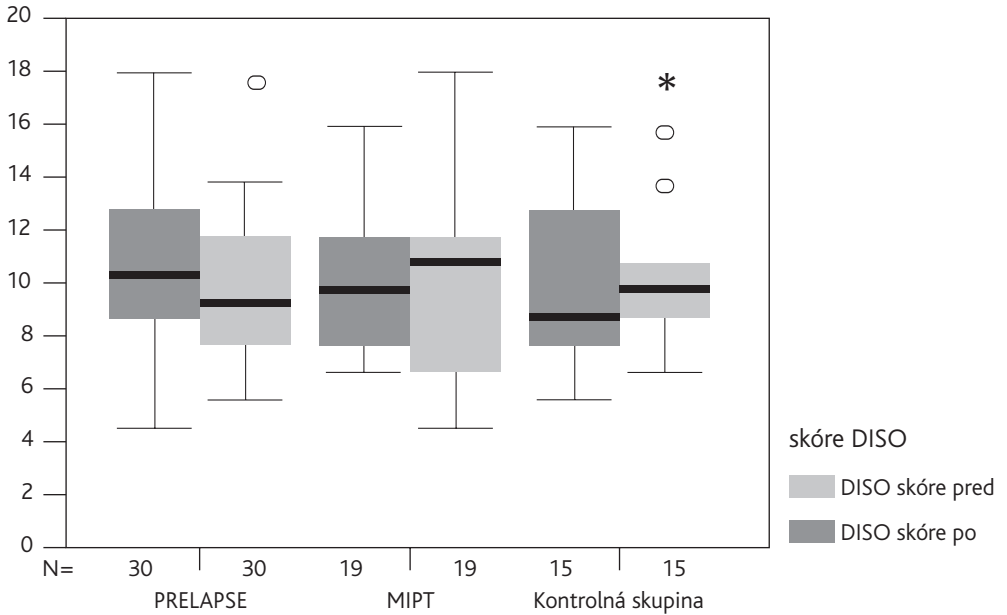
5.2. Vplyv intervenčných programov na kognitívny výkon participantov

Vzhľadom k predošlým výskumným výsledkom (Heretik, 1997) sme predpokladali, že v skupine „PRELAPSE“ dôjde k zlepšeniu výkonu kognitívnych funkcií. Program MIPT obsahuje priamy tréning kognitívnych funkcií, a tak sme očakávali **významné zlepšenie kognitívnych funkcií a asociativity** (merané subtestmi WAIS-R, AE).

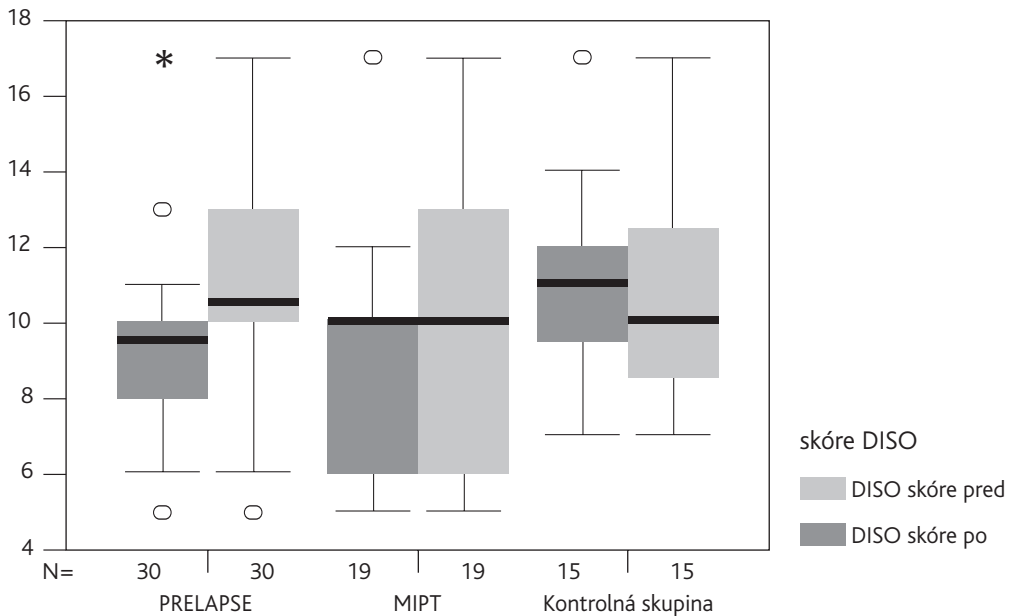
Graf 5: Mediány skóre v subteste Zoradovanie obrázkov pred a po intervencii pre jednotlivé skupiny.



Graf 6: Mediány skóre v subteste Porozumenie pred a po intervencii u jednotlivých skupín.



Graf 7: Mediány skóre v subteste Podobnosti pred a po intervencii u jednotlivých skupín.



Zistili sme, že k štatisticky významnému efektu došlo v subteste Podobnosti u skupiny PRELAPSE ($p=.011$), korelačná miera efektu $r_m=.48$ a u intervenčného programu MIPT v subteste Podobnosti ($p=.031$, $r_m=.46$, graf 5 a 6). Korelačná miera efektu je v oboch prípadoch v pásme stredného efektu. Výkon v kontrolnej skupine sa podľa očakávania významne nezmenil (graf 7).

K štatisticky významnej zmene v subtestoch Porozumenie a Zoraďovanie obrázkov nedošlo ani v jednej skupine.

Pri porovnávaní zmeny pre každú skupinu zvlášť (pomocou Wilcoxonovho testu) sme zistili štatisticky významnú zmenu (na 0.05 hladine významnosti) u skupiny PRELAPSE a MIPT v subteste Podobnosti. Korelačná miera efektu bola v oboch prípadoch vysoká.

Druhou metódou, ktorou sme overovali efekt intervenčných programov na kognitívne funkcie, je Asociačný experiment. **Naša hypotéza, že oba programy povedú k zníženiu percenta porúch asociácií i reprodukcie, sa nepotvrdila** (podrobnejšie Heretik, 2001).

Efekt intervenčných programov na kognitívny výkon sme merali pomocou subtestov WAIS-R (Podobnosti, Porozumenie, Zoraďovanie obrázkov) a v oblasti asociativity pomocou AE (% porúch asociácií a % porúch reprodukcií). Čiastočne sa potvrdilo naše očakávanie o zlepšení kognitívneho fungovania u pacientov, ktorí absolvovali PRELAPSE alebo MIPT.

5.3. Vplyv intervenčných programov na úroveň porúch myslenia (TDI)

Vplyv intervenčných programov na úroveň porúch myslenia sme skúmali pomocou Indexu porúch myslenia (Thought Disorder Index, ďalej TDI), ktorý vyvinuli Johnston a Holzman a do manuálu spracovali Solovay et al., (1987). Výsledné skóre TDI je sumou získanou vážením kvalitatívnych porúch myslenia. Tieto sú rozdelené do štyroch kategórií (A,B,C,D) podľa závažnosti (tab 6).

Wilcoxonovým testom sme porovnávali úroveň porúch myslenia pre jednotlivé skupiny pred a po intervencii. U oboch intervenčných skupín došlo po absolvovaní programu k štatisticky významnému zníženiu hladiny porúch myslenia (TDI) $p<0,01$ (tab. 6 a 7). Korelačné miery efektu pre skóre TDI v skupine PRELAPSE $r_m=0,51$, v skupine MIPT až $r_m=.63$ čo v oboch prípadoch naznačuje vysokú mieru efektu.

Tab. 6: Porovnanie úrovne porúch myslenia pred a po intervencii u skupiny PRELAPSE

PRELAPSE Poruchy myslenia	N	Medián	Priemer	Št. odchýlka	Minimum	Maximum	Z	Monte Carlo Sign. (1-smerná)
poruchy myslenia A pred intervenciou	26	2	2,46	1,42	1,00	6,00		
Poruchy myslenia A po intervencii	26	2	1,73	1,04	0	5	-2,219(a)	,013
poruchy myslenia B pred intervenciou	26	0	,42	,57	,00	2,00		
Poruchy myslenia B po intervencii	26	0	,27	,53	0	2	-1,414(a)	,145
poruchy myslenia C pred intervenciou	26	0	,19	,40	,00	1,00		
Poruchy myslenia C po intervencii	26	0	0,8	,17	0	1	-2,000(a)	,061
poruchy myslenia D pred intervenciou	26	-	0	0	0	0		
Poruchy myslenia D po intervencii	26	-	0	,00	0	0	,000(b)	1,000
Celkové skóre TDI pred intervenciou	26	11,02	11,15	6,03	2,50	27,78		
Celkové skóre TDI po intervencii	25	7,14	7,44	4,12	,00	17,86	-3,172	0,01

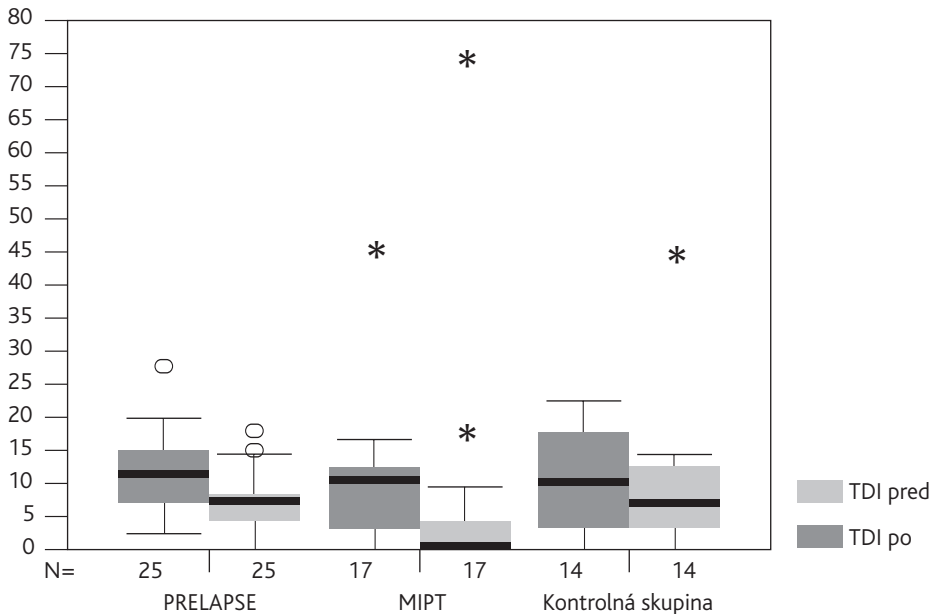
Tab. 7: Porovnanie úrovne porúch myslenia pred a po intervencii u skupiny MIPT (Wilcoxonov test)

MIPT Poruchy myslenia	N	Medián	Priemer	Štandard. odchýlka	Minimum	Maximum	Z	Monte Carlo Sign. (1-smerná)
poruchy myslenia A pred intervenciou	19	2	1,63	1,165	,00	4,00		
Poruchy myslenia A po intervencii	17	0	,47	,624	,00	2,00	-2,671(a)	,008
poruchy myslenia B pred intervenciou	19	0	,32	,582	,00	2,00		
Poruchy myslenia B po intervencii	17	0	,112	,332	,00	1,00	-1,265(a)	,367
poruchy myslenia C pred intervenciou	19	0	,3158	,7493	,00	3,00		
Poruchy myslenia C po intervencii	17	0	,1176	,3321	,00	1,00	-5,77(a)	1,000
poruchy myslenia D pred intervenciou	19	0	0,05	,23	,00	1,00		
Poruchy myslenia D po intervencii	17	-	,00	,00	,00	,00	-1,000(a)	1,000
Celkové skóre TDI pred intervenciou	18	9,62	9,91	10,35	,00	45,83		
Celkové skóre TDI po intervencii	17	0	7,23	18,12	,00	75,00	-2,046	0,015

Tab. 8: Porovnanie úrovne porúch myslenia pred a po intervencii u kontrolnej skupiny (Wilcoxonov test)

Kontrolná skupina Poruchy myslenia	N	Medián	Priemer	Št. odchýlka	Minimum	Maximum	Z	Monte Carlo Sign. (1-smerná)
poruchy myslenia A pred intervenciou	14	2	1,86	1,6575	,00	5,00		
Poruchy myslenia A po intervencii	14	2	2,00	1,3587	,00	4,00	-,302(a)	,773
poruchy myslenia B pred intervenciou	14	5	,65	,7449	,00	2,00		
Poruchy myslenia B po intervencii	14	0	,36	,6333	,00	2,00	-2,000(b)	,122
poruchy myslenia C pred intervenciou	14	0	,14	,3631	,00	1,00		
Poruchy myslenia C po intervencii	14	0	,21	,4258	,00	1,00	-,577(a)	1,000
poruchy myslenia D pred intervenciou	14	-	,00	,0000	,00	,00		
Poruchy myslenia D po intervencii	14	-	,00	,0000	,00	,00	,000(c)	X
Celkové skóre TDI pred intervenciou	14	10,2	10,66	7,7179	,00	22,50		
Celkové skóre TDI po intervencii	14	8,04	10,11	11,2107	,00	45,00	-1,334	0,119

Graf 8: Mediány celkového skóre v Indexe porúch myslenia (TDI) pred a po intervencii u jednotlivých skupín



Z grafu 8 vidíme, že v skupine MIPT došlo k výraznejšiemu zníženiu úrovne porúch myslenia oproti skupine PRELAPSE. Vplyv mal na to pravdepodobne priamy tréning kognitívnych funkcií, ktorý prebiehal v MIPT.

Absolvovanie PRELAPSE i MIPT viedlo k významnému zníženiu porúch myslenia (TDI).

5.4. Vplyv intervencií na úroveň psychopatológie

Metódu sme overovali pomocou kvantifikácie fenoménov v Zulligerovej projektívnej metóde. Táto je založená na Rorschachovskom modeli.

Pre potreby výskumu sme hodnotili kvantifikované fenomény:

- V oblasti postihovania: podiel odpovedí z detailu na celok (DG), a medzipriestorových riešení (Dzw).
- V oblasti determinanty: zvýšenie F+%, ale aj zvýšenie F% (na úkor farbových FbF, FB) odpovedí.
- V oblasti obsahu: zmenu v podiele ľudských odpovedí (M%) a zmenu v podiele nerealistických odpovedí (Nereal%).
- Zmenu v skóre Reality index (RI).

Štvrtú hodnotiacu kategóriu v metódach Rorschachovského typu, tzv. zvláštne fenomény, sme hodnotili zvlášť – viaceré z nich sú súčasťou TDI.

Ani v jednom zo sledovaných ukazovateľov **nedošlo k zlepšeniu** (podrobnejšie Heretik, 2001).

5.5. Vzťah medzi mierou efektu intervencií vo výkonových a projektívnych metódach

Zaujímalo nás, aké budú vzťahy medzi výsledkami získanými tzv. **výkonovými** a **projektívnymi** metódami. Predpokladali sme, že zmena psychického stavu sa u participantov prejaví porovnateľne u oboch skupín psychodiagnostických metód.

Pri overení hypotézy sme korelovali diferencie medzi výsledkami druhého a prvého merania, získané výkonovými a projektívnymi technikami pomocou Spearmanovej poradovej korelácie.

Zistili sme, že vzťahy medzi efektom intervencií u výkonových (WAIS-R) a projektívnych (ZTT) metód nie sú významné a naša výskumná hypotéza sa nepotvrdila.

5.6. Vzťah medzi klinickými charakteristikami a veľkosťou efektu intervenčných programov

Predpokladali sme, že klinické charakteristiky ochorenia pacienta **vplyvajú na jeho kapacitu a potenciál k zmene výkonu**. Ako dôležité psychopatologické premenné sme vybrali počet hospitalizácií, a dĺžku trvania ochorenia. Participant z jednotlivých výskumných skupín boli vedení na rozličných klinických a ambulantných pracoviskách, takže získanie „solistikovanejších“ údajov z oblasti psychopatológie (napr. pomocou psychiatrických škál typu PANSS, BPRS) sme nedokázali zabezpečiť.

Tab 9: Vzťah medzi psychopatologickými charakteristikami a efektom intervencií (WAIS, AE, TDI).

	Spearman's rho	Zoradovanie obrázkov	Podobnosti	Porozumenie	Poruchy asociácií	Poruchy reprodukcií	DISO	TDI
Počet hospitalizácií	Korelačný Koeficient	-,331	-,265	-,042	-,150	-,180	-,041	,037
	Sig. (2-smerná)	,009**	,034*	,740	,236	,155	,749	,787
	N	62	64	64	64	64	64	56
Trvanie ochorenia	Korelačný Koeficient	-,234	-,251	-,181	-,125	-,134	,017	,051
	Sig. (2-smerná)	,067	,045*	,153	,323	,289	,894	,710
	N	62	64	64	64	64	64	56

** Korelácia signifikantná na .01 hladine (2-smerná). * Korelácia signifikantná na .05 hladine (2-smerná).

Tab 10: Vzťah medzi psychopatologickými charakteristikami a efektom intervencií (Zulliger).

	Spearman's rho	DTDIEF	DDG	DDZW	DF	DFPLUS	DM	DNREAL	DRI
Početí hospitalizácií	r	,037	,130	,185	-,007	-,178	,179	-,034	,165
	Sig. (2-smerná)	,787	,339	,172	,961	,189	,186	,805	,224
	N	56	56	56	56	56	56	56	56
Trvanie ochorenia	r	,051	,109	,184	-,031	-,143	,167	,035	,153
	Sig. (2-smerná)	,710	,425	,174	,823	,294	,217	,799	,259
	N	56	56	56	56	56	56	56	56

Signifikantný sa ukázal byť vzťah medzi počtom hospitalizácií, trvaním ochorenia (operacionálne počítané ako počet rokov od prvej hospitalizácie) a efektom v subteste Zoraďovanie obrázkov a Podobnosti (tab 9).

Ako významný sa ukázal byť aj vzťah medzi dĺžkou trvania ochorenia, počtom hospitalizácií a výkonom v Zoraďovaní obrázkov (tab 9). V tomto prípade však efekt intervencií na zmenu v skóre v subteste nebol štatisticky významný, teda je pravdepodobné, že u pacientov s rastúcim počtom hospitalizácií (indikujúcim závažnejšie ochorenie, či nedostatnú spoluprácu v liečbe) klesá kognitívny výkon v niektorých mierach.

Ukazuje sa, že efektivita programu pre pacientov súvisí aj s dĺžkou trvania ich ochorenia. **U pacientov s viacerými hospitalizáciami je v niektorých oblastiach efektívnosť tréningových programov nižšia.** Počet hospitalizácií ako nepriamy ukazovateľ závažnosti stavu sa javí citlivým ukazovateľom pri ovplyvňovaní pacienta (psycho)terapeutickými intervenciami.

5.7. Stabilita efektu programu PRELAPSE v čase

V zhodnocovaní globálnej efektívnosti intervencie sa nemôžeme uspokojiť len so zhodnotením okamžitého efektu (Kazdin, 1999). Je potrebné sledovať stabilitu, smerovanie a trendy zmeny v longitudinálnom behu. V rámci nášho výskumu sme nemohli longitudinálne sledovať intervenčnú skupinu MIPT, ktorá prebiehala na pôde Psychiatrickej kliniky Fakultnej Nemocnice v Bratislave, keďže účastníci po absolvovaní programu a ukončení hospitalizácie neboli pre nás dosiahnuteľní. Stabilitu efektu sme sledovali v skupine PRELAPSE, ktorá bežala prevažne v Dennom stacionári Hestia, a jej absolventi sa zúčastňovali denných aktivít stacionára, či občas dochádzali do patientských skupín. Kontrolnú skupinu tvorili pacienti dvoch bratislavských psychiatrických ambulancií.

Úroveň informovanosti po jednom roku.

Overovaním stability sme zistili, že v dotazníku DISO došlo po jednom roku od intervencie k významnému zníženiu skóre (bližšie Heretik, 2001). **Úroveň informovanosti po jednom roku zreteľne poklesla na pôvodnú predintervenčnú úroveň.**

Stabilita efektu psychoedukačných programov v kognitívnej oblasti.

Efekt programov v kognitívnej oblasti sme overovali pomocou troch subtestov WAIS-R (Zoradovanie obrázkov, Podobnosti a Porozumenie) a percenta porúch asociácií a reprodukcií v Asociačnom experimente. Pri testovaní bezprostredného efektu intervencií sme zistili signifikantný efekt pre subtest Podobnosti v oboch intervenčných skupinách. Ostatné premenné sa signifikantne nezmenili.

V skupine PRELAPSE došlo po roku v významnému zníženiu skóre v subteste Podobnosti na pôvodnú preintervenčnú úroveň. Ukazuje sa, že aj v kognitívnej oblasti odchádza po roku k zníženiu na predintervenčnú úroveň.

Stabilita efektu psychoedukačných programov v oblasti porúch myslenia (TDI).

Predpoklad, že obe intervenčné programy budú viesť k bezprostrednému zníženiu úrovne porúch myslenia u pacientov, sa potvrdilo. Aká je situácia po roku?

Priemerné percento porúch myslenia sa po roku od intervencie v skupine významne PRELAPSE zvýšilo ($p=0,01$, $r_m=.50$). Môžeme konštatovať, že aj **úroveň porúch myslenia sa po jednom roku vracia na pôvodnú úroveň.**

V kontrolnej skupine sa ukazuje hladina porúch myslenia ako stabilná ($p=.925$).

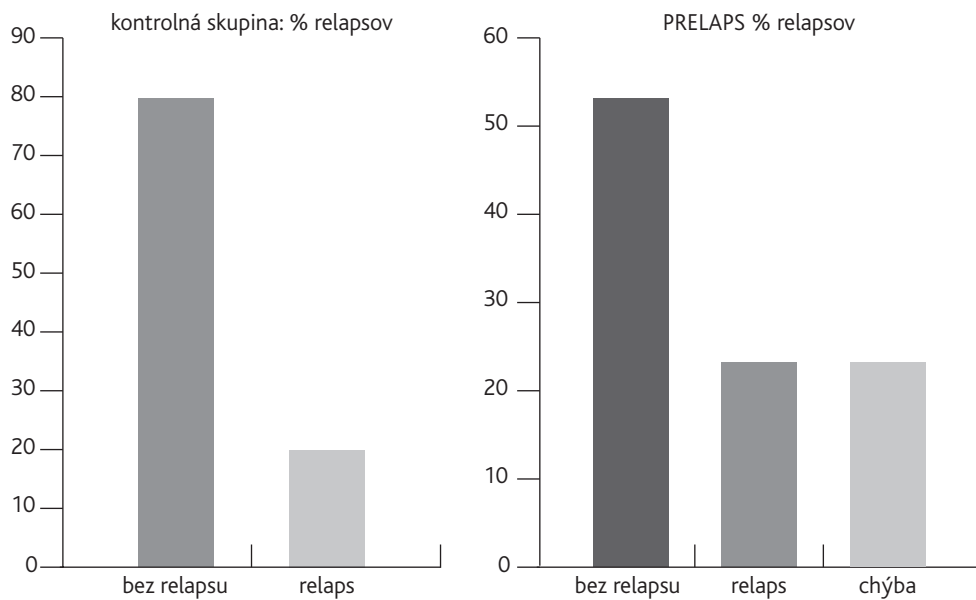
Môžeme uzavrieť, že po jednom roku efekt programov MIPT a PRELAPSE klesá na pôvodnú, predintervenčnú úroveň.

5.8. Počet relapsov v skupine PRELAPSE a kontrolnej skupine po jednom roku

Kissling uvádza, že už krátky psychoedukačný program môže viesť k zníženiu relapsov a to až na polovicu (1996a). Mechanizmom vplyvu je tu zlepšenie spolupráce pacientov s lekármi vplyvom lepšej informovanosti o ochorení a potenciálne i zmene postojov k nej.

V našej výskumnej skupine sme toto očakávanie nemohli potvrdiť. Medzi skupinou PRELAPSE a kontrolnou skupinou **nebol po roku rozdiel v počte rehospitalizácií** (naše výskumné kritérium relapsu, analyzované Chi-kvadrát testom a Fisherovým exact testom).

Graf 9 a 10: Podiel relapsov v skupine PRELAPS a kontrolnej skupine.



6. DISKUSIA

V prezentovanej štúdií sme porovnávali efekt dvoch intervenčných programov: Modifikovaného Integrovaného terapeutického programu – MIPT (Kotuliaková, Čaplová, 1995, Krajčovičová, 1999, 2000) a programu PRELAPSE (Kissling, 1996a) s kontrolnou skupinou bez absolvovania podobného programu. Pacienti zaradení do programu PRELAPSE a kontrolnej skupiny boli sledovaní jeden rok po absolvovaní programu s cieľom posúdiť stálosť zisťovaného efektu psychoedukačných programov.

Hodnotenie efektu programov sa bolo zamerané na:

- oblasť informovanosti o ochorení (dotazník DISO),
- oblasť kognitívneho fungovania (subtesty WAIS-R a Asociálny experiment),
- oblasť úrovne psychopatológie (Zulligerov projektívny test, ďalej ZTT),
- Úroveň porúch myslenia (index TDI)

V tabuľke 11 uvádzame prehľad výskumných zistení podľa jednotlivých hypotéz. V riadkoch sú uvedené hypotézy a metódy, ktorými boli testované.

Porovnávanie výkonu pred a po intervencii pre každú skupinu samostatne ukázalo štatisticky významný efekt v zlepšení výkonu v subteste WAIS-R (Podobnosti v skupine PRELAPSE aj MIPT). K významnému zníženiu percenta porúch myslenia TDI so strednou mierou efektu došlo opäť u oboch intervenčných skupín. Hladine štatistickej významnosti pri strednej korelačnej miere efektu sa blížilo i zvýšenie skóre v DISO u skupiny PRELAPSE. Nezistili sme, že by absolvovanie programov PRELAPSE a MIPT pacientmi malo za následok pokles psychopatologických ukazovateľov v Zulligerovej projektívnej metóde.

Čiastočne sa potvrdil predpoklad, že pacienti s vyšším počtom hospitalizácií majú nižší potenciál k pozitívnej zmene po absolvovaní psychoedukačného programu. **Zistenie je v zhode s upozornením Kanea, že každý ďalší relaps je pre pacienta potenciálnym rizikom chronických následkov (Kane in Kissling, 1994).**

V ďalšej diskusii budeme sledovať výsledky výskumu voľne podľa skúmaných oblastí.

Tab. 11: Výsledky výskumu pre jednotlivé hypotézy a metódy.

Hypotéza (Metóda)	Intraskupinový efekt*	Globálny efekt**
PRELAPSE a MIPT povedú k zvýšeniu znalostí o ochorení.		
(DISO, skóre)	PRELAPSE: efekt intervencie sa potvrdil . MIPT: efekt intervencie sa nepotvrdil.	PRELAPSE: efekt intervencie sa nepotvrdil . MIPT: efekt intervencie sa nepotvrdil .
PRELAPSE a MIPT intervencie povedú k zlepšeniu kognitívnych funkcií.		
WAIS-R: Zoradovanie obrázkov	PRELAPSE: MIPT: efekt intervencie sa nepotvrdil.	PRELAPSE: efekt intervencie sa nepotvrdil . MIPT: efekt intervencie sa nepotvrdil.
WAIS-R: Porozumenie	PRELAPSE: efekt sa nepotvrdil . MIPT: efekt sa nepotvrdil .	PRELAPSE: efekt sa nepotvrdil . MIPT: efekt sa nepotvrdil .
WAIS-R: Podobnosti	PRELAPSE: štatisticky významné zlepšenie výkonu . MIPT: štatisticky významné zlepšenie výkonu .	PRELAPSE: efekt sa nepotvrdil . MIPT: efekt sa nepotvrdil .
AE: percento porúch asociácií	PRELAPSE: efekt sa nepotvrdil . MIPT: efekt sa nepotvrdil.	PRELAPSE: efekt sa nepotvrdil . MIPT: efekt sa nepotvrdil.
AE: percento porúch reprodukcií	PRELAPSE: efekt sa nepotvrdil . MIPT: efekt sa nepotvrdil.	PRELAPSE: efekt sa nepotvrdil . MIPT: efekt sa nepotvrdil.
PRELAPSE a MIPT povedú k zníženiu porúch myslenia.		
Poruchy myslenia (TDI)	PRELAPSE: štatisticky významné zlepšenie výkonu . MIPT: štatisticky významné zlepšenie výkonu . Vysoká miera efektu (rm).	PRELAPSE: efekt sa nepotvrdil . MIPT: efekt sa nepotvrdil.
PRELAPSE a MIPT povedú k zníženiu úrovne psychopatológie.		
Ukazovatele z ZTT	PRELAPSE: efekt sa nepotvrdil. MIPT: efekt sa nepotvrdil.	PRELAPSE: efekt sa nepotvrdil . MIPT: efekt sa nepotvrdil.
Predpokladali sme, že existuje vzťah medzi mierou efektu intervencií vo výkonových a projektívnych metódach.		
WAIS-R, TDI, ZTT	PRELAPSE: efekt sa nepotvrdil . MIPT: efekt sa nepotvrdil. (Chi-kvadrát testy)	PRELAPSE: efekt sa nepotvrdil . MIPT: efekt sa nepotvrdil. (Chi-kvadrát testy)
Miera efektu programov bude závisieť od počtu hospitalizácií a dĺžky trvania ochorenia. (Chi-kvadrát testy)		
WAIS-R, AE, TDI, ZTT,	nepotvrdenie hypotézy	
Efekt PRELAPSE sa udrží aj po roku.		
WAIS-R, AE, TDI, ZTT,	Čiastočné potvrdenie hypotézy (Wilcoxon, Man-Whitney Testy).	
Predpokladali sme, že v skupine PRELAPSE a kontrolnej skupine nebude významný rozdiel v počte relapsov ochorenia.		
Počet relapsov za rok	Potvrdenie hypotézy	

* testované Wilcoxonovým testom, ak nie je uvedené inak, ** testované Kruskal-Wallisovým testom, ak nie je uvedené inak

Na základe výsledkov výskumov vrátane nášho predošlého výskumu (Heretik, 1997) sme predpokladali, že intervenčný program PRELAPSE povedie k štatisticky významnému zlepšeniu informovanosti (merané dotazníkom DISO). Nedostatok a nesprávnosť informácií o povahe schizofrénnych psychóz a ich liečbe sú uvádzané ako jeden z dôvodov nízkej spolupráce pacientov a ich príbuzných s lekármi (Kissling, 1996a,b).

Uvedený vzťah pravdepodobne posilňuje viacero faktorov. Samotné ochorenie má interindividuálne aj longitudinálne rozmanitý priebeh a životná situácia a skúsenosť pacientov je moderujúcim činiteľom v chápaní a vysporiadaní sa s ochorením. Zo sociálnych faktorov sťažuje prijatie a vyrovnávanie sa s faktom psychickej poruchy u pacienta aj príbuzných najmä stigmatizácia osoby s psychiatrickými problémami. Schizofrénne ochorenie výrazne zhoršuje náhľad na jeho podstatu: keďže ochorenie samo postihuje aj kognitívne procesy, hlavne usudzovanie a náhľad na realitu, pre pacientov býva veľkým problémom prijať svoju diagnózu, osvojiť si pravidlá liečby a tieto dodržiavať (Fowler et al, 1998, Lysaker et al, 1997, Smith et al, 1999, 2000).

Psychoedukácia ako metóda slúži na poskytnutie explanačného modelu ochorenia: jeho potenciálnych príčin, vzniku, vplyvov, ktoré môžu moderovať závažnosť a priebeh ochorenia, liečby a stratégií prevencie relapsu.

PRELAPSE používa jednoduchú metódu podania informácií spolu s diskusiou s pacientmi či príbuznými. Očakáva zlepšenie informovanosti i modifikáciu postojov k ochoreniu a jeho liečbe. Najjednoduchšou metódou je práve overenie zmeny v znalostiach pomocou dotazníka. Dá sa tak pomerne jednoducho zistiť aspoň približný informačný efekt programu.

Otázkou zostáva nakoľko sú podané informácie začlenené do štruktúr, ktoré sprostredkujú skúsenosť pacienta a nakoľko modifikujú či ovplyvňujú jeho postoje k dôležitým aspektom spojenými s ochorením. Vo výskume Góbisovej (1999) bola na postihnutie zmeny v skúsenostnej a postojovej oblasti použitá metóda sémantického výberu. Skúmanými modalitami boli prežívanie ochorenia, spolupráce v liečbe, užívaní liekov, hodnotenia svojej životnej dráhy so zameraním na budúcnosť a hodnotenia vlastnej osoby, (Góbis, 1999). Po absolvovaní psychoedukačného modulu zistila autorka posun v „sémantickom priestore“: vzdialenie pojmov choroba-strach, zblíženie pojmov zdravie-Ja, spolupráca, spolupráca-lieky, slabý sa aj po absolvovaní programu ukazoval vzťah lieky-zdravie. Dá sa teda usudzovať, že psychoedukácia ovplyvňuje i niektoré postojové aspekty pacientovej skúsenosti. Ako však upozorňuje Plichtová (2002), napriek nášmu intuitívnemu očakávaniu, že zmena postojov bude súvisieť so zmeneným správaním, máme pre takéto tvrdenie len prekvapivo málo výskumných dôkazov.

Na rozdiel od PRELAPSE programová štruktúra Modifikovaného Integrovaného Psychoterapeutického programu, ktorá vychádzala zo skráteného Roderovho modelu, (Krajčovičová, Čaplová, 2000) neobsahovala štruktúrovanú psychoedukáciu. Psychoedukácia bola vedená v diskusii s pacientmi podľa potreby. Podané informácie neboli ďalej precvičované, opakované. Vo svojom výskume efektu MIPT na oblasť informácií o ochorení Petrová a Slášťanová (1998) nepotvrdili, že by program viedol k významnému nárastu informácií

o ochorení. Keďže použili ten istý dotazník, musíme uvažovať aj o možnosti, že tento nezachytáva všetky zmeny v znalostiach a informáciách pacientov o svojom ochorení.

V tabuľke 12 sú sumarizované výsledky troch výskumov, ktoré u nás skúmali efekt psychoedukácie v oblasti znalostí o ochorení a používali tú istú metódu. V štvrtom uvedenom výskume (Góbis, 1999) autorka vyvinula vlastný dotazník (DIPO) pre potreby overenia intervenčného programu Psychoedukačný modul, pričom výber pacientov nebol obmedzený na schizofrénie ale psychózy všeobecne (schizofrénne poruchy však prevažovali).

Tab 12: Efekt psychoedukačných programov na informácie a znalosti o ochorení.

Autori	Skúmané programy	Metóda	Štatistické pracovanie	Zmena v skóre (priemer)	Výsledky
Heretik (1997)	PRELAPSE (30)*	DISO	Neparametrické testy	Pred 5,6 Po 7,4	Významný nárast znalostí
Petrová, Slášťanová (1998)	PRELAPSE (9)*, MIPT (10)* Kontrolná skup. (8)*	DISO	T-test pre dva závislé výbery	PRELAPSE pred=5,5 PRELAPSE Po=7,2 MIPT pred=4,3 MIPT Po=5,7 Kontrolná pred=4,3 Kontrolná po=5,5	Nepotvrdil sa predpoklad o významnom zlepšení.
Góbis	Psychoedukačný modul (67)	Dotazník DIPO	T-test Po=13	Pred=8,9 nárast informácií	Významný
Heretik (2001) (prezentovaný výskum)	PRELAPSE (30), MIPT (19)* Kontrolná skup. (15)*	DISO	Neparametrické testy (Wilcoxon a Kruskal-Wallis tests)	PRELAPSE pred=11,8 PRELAPSE po=12,9 MIPT pred=10,5 MIPT po=10,9 Kontrolná pred=11,2 Kontrolná po=10,9	Potvrdil sa predpoklad o významnom zlepšení u PRELAPSE, u MIPT nie.

* počet participantov v jednotlivých skupinách.

Opisné údaje	Priemerný vek	Muži/Ženy	Vzdelanie	Zamestnanie	Počet hospitalizácií
Heretik (1997)	34,2	60/40%	ZŠ: 20% SŠ: 60%, VŠ: 20%	Pracuje 10% ID+ nezamest: 76% ID+práca: 13,3%	Priemer=10,3
Petrová, Slášťanová (1998)	36,4	50/50%	ZŠ: 6% SŠ: 70,6%, VŠ: 23,4%	x	Prvohospitalizovaní: 35,3% Opakovane: 64,7%
Góbis (1999)	20-30 30% 31-40 31% 41-50 25% 51> 14%	51/49%	ZŠ: 6% SŠ: 37% SŠ s mat:37% VŠ: 7%	Nezamestnaní: 21% Zamestnaní: 12% ID: 66% ID+práca: 1%	
Heretik (2001)	37,8	40,6/59,4%	ZŠ: 6% SŠ: 70,6%, VŠ: 23,4%	Nezamestnaní: 20,3% Zamestnaní: 15,6% ID: 58,4% ID+práca: 4,7%	Priemer=6

Samostatne sme skúmali aj zmeny pre jednotlivé položky dotazníka v intervenčných skupinách. V skupine PRELAPSE došlo k významnej zmene v položke znalosť názvu ochorenia, významnej hladine sa blížila i zmena znalosti príčin ochorenia a vedľajších účinkov liekov. V predchádzajúcom výskume (Heretik, 1997) sa správne uvedenie diagnózy či správne označenie ochorenia po absolvovaní PRELAPS-u tiež významne zlepšilo, avšak znalosť príčin ochorenia bola nízka a len málo ovplyvnená programom, čo je v rozpore s terajším zistením. Petrová a Slášťanová (1998) tiež zistili výrazný nárast v znalosti príčin ochorenia. Nízku vstupnú úroveň znalostí príčin ochorenia uvádza vo svojom výskume i Góbis (1999).

Pri porovnávaní výsledkov jednotlivých výskumov musíme zohľadniť i to, že pacienti v jednotlivých výskumoch dosahovali rozdielne skóre pred absolvovaním programu a diferencie nemuseli odrážať skutočný prínos programov. V prípade dobrej informovanosti už pred ochorením a vyššieho skóre v dotazníku je tendencia k rozdielu nízka. Napriek tomu však pacient môže z psychoedukácie získať a obnoviť poznatky a odporúčania pre prevenciu relapsov. Naopak u málo informovaných pacientov je efekt psychoedukácie ľahšie zisiteľný a „dramatický“ nárast informácií je pravdepodobnejší. Otázkou je **nakoľko jednorazová zmena v informáciách vedie aj k modifikácii správania** (zlepšenie compliance, dodržiavanie zásad liečby) a postojov.

Je pravdepodobné, že pacienti prvý či druhýkrát hospitalizovaní budú mať menej informácií ako skúsenejší pacienti, čo sa odrazí aj v dotazníku. Petrová a Slášťanová (1998) zistili, že efekt psychoedukácie u prvohospitalizovaných je významne vyšší ako u viacnásobne hospitalizovaných. My sme však zistili, že informovanosť veľmi slabo korelovala s počtom hospitalizácií a teda dlhšia skúsenosť s ochorením neznamená automaticky lepšiu úroveň znalostí o ochorení (Heretik, 1997).

Samostatným výskumným problémom je aj nakoľko akceptovanie a osvojenie si modelu vulnerability je potrebné pre dodržiavanie liečby (pacienti berú lieky, lebo im to „kázal doktor“) a naopak či súhlas a pochopenie modelu, na ktorom je psychoedukácia založená, vedie k zmene postoja pacienta k jeho vlastnej liečbe.

Ovplyvnenie kognitívnych porúch

V výskume schizofrénnych porúch rastie počet a mohutnosť dôkazov o tom, že deficit kognitívnych funkcií je bazálnou súčasťou obrazu schizofrénie, predchádza prepuknutiu ochorenia a vplyvom ochorenia sa môže ďalej prehľbovať (Mockler et al, 1998, Murray, 1994, Rund, 1998). Pri skúmaní jednotlivých funkcií bolo navrhnutých viacero modelov kognitívnych porúch a cieľových oblastí pre ďalší výskum (pozri kap. 4). Je pravdepodobné, že niektoré aspekty neurokognitívneho fungovania súvisia aj so sociálnym uplatnením (Addington, Addington, 1999). Nestor et al (1998) uvádzajú, že neuropsychologické deficity zistené u pacientov so schizofréniou: „odrážajú fundamentálnu poruchu sémantického systému, principiálnej funkcie, ktorá organizuje mentálne reprezentácie slovných konceptov, úrovne abstrakcie a hierarchie“ (s. 218). Aj keď nižšie výkony v rôznych kognitívnych a intelektových testoch u pacientov so schizofrénnymi poruchami nemusia automaticky znamenať horšie sociálne a komunikačné zručnosti, existuje mnoho výskumných potvrdení pre ich vzájomný vzťah. To viedlo viaceré výskumné tímy k snahe o vytvorenie testovateľných teórií tzv. sociálnych kognícií (Hogarty a Flescher, 1999a, Addington a Addington, 1999) a následných implikácií do praxe v podobe tréningových programov (napr. Hogarty a Flescher, 1999 a,b).

Pri skúmaní efektu programov sme sa zamerali len na verbálne úlohy, keďže tieto sú menej negatívne ovplyvnené vekom a dlhodobým užívaním neuroleptík. Verbálne schopnosti a schopnosti usudzovania sú pravdepodobne dôležitejším mediátorom sociálnej úspešnosti ako rýchlosť spracovania informácií (Hogarty a Flescher, 1999).

Použili sme subtesty WAIS-R Zoraďovanie obrázkov, Porozumenie a Podobnosti, ktoré sú považované za citlivé na schizofrénne poruchy (Ríčan et al, 1983). Ide o verbálne subtesty v prípade **Podobnosti** úlohou je hľadať sémantické a významové analógie, **Porozumenie** je zamerané aj na sociálne aspekty inteligencie (sociálne kognície). **Zoraďovanie obrázkov** predpokladá zapájanie verbálnych i neverbálnych schopností a Bilder et al (2000) ho považujú za neuropsychologický test exekutívnych funkcií.

Po absolvovaní programu došlo u oboch intervenčných skupín k štatisticky významnému zvýšeniu váženého skóre v subteste Podobnosti u oboch programov. V ostatných dvoch subttestoch nebola zmena významná. Výkon kontrolnej skupiny sa nezmenil. Výkon pacientov vo výskumnom súbore pred i po absolvovaní je vzhľadom k populačnému priemeru nižší (Ríčan et al, 1983). Najvýraznejšie sa tento deficit prejavuje v Zoraďovaní obrázkov. Medián skóre v Zoraďovaní obrázkov bol v našom výskume 8, priemer 8,6, čo je blízke priemerným hodnotám 7,3, ktoré získali Bilder et al (2000). Môžeme usudzovať, že priemerný výkon pacientov so schizofréniou je v inteligenčných testoch nižší ako u priemernej populácie a dosahuje nižší priemer až hraničné pásmo. Výsledky výskumu naznačujú, že intervenciami je možné tento výkon aspoň čiastočne pozitívne ovplyvniť.

V prípade PRELAPSE, ktorý je vedený ako prednáška a diskusia a sám o sebe neobsahuje explicitný tréning kognitívnych funkcií predpokladáme, že prispieva k aktivizácii pacientov a pomocou nepriamych metód môže dôjsť aj k čiastočnému ovplyvneniu kognitívneho výkonu. MIPT je priamo zameraný na tréning kognitívnych funkcií a jednou z tréningových metód je i hľadanie analógií (v princípe podobné úlohe v subteste Podobnosti). Z mediánových hodnôt i veľkosti vecnej signifikancie môžeme tvrdiť, že efektivita MIPT je vyššia ako u PRELAPSE.

Efekt MIPT na kognitívne funkcie skúmala i Krajčovičová (1999). Použila Ríčanov neverbálny Test Intelektového potenciálu (TIP). Absolvovanie MIPT viedlo k vyššiemu skóre u pacientov, táto zmena však nebola štatisticky významná. Autorka vo svojej práci uvádza viaceré výskumy efektu IPT. Kraemer et al (in Krajčovičová, 1999) zistil zlepšenie kognitívneho výkonu pomocou IPT (metódy ZVT a FBF –Frankfurte Beschwerdefragebogen), pričom program trval tri mesiace po piatich sedeniach týždenne (MIPT jeden mesiac). Podobne vo výskume Roder et al (1993) viedlo absolvovanie IPT po dobu 5 mesiacov, 3x týždenne k zlepšeniu výkonu vo viacerých testových úlohách. Krajčovičová uzatvára, že jedným z možných príčin nepotvrdenia hypotézy je kratšia doba trvania programu MIPT. Minimálne trojmesačné trvanie programu odporúča ako efektívny faktor aj Nugter (1997).

Tab 13: Efekt (M)-IPT na kognitívne funkcie účastníkov.

Autor	Program/Metóda	Výskumná vzorka	Výsledky
Kraemer et al (1987)	IPT (BPRS, FBF, ZVT)	15 + 15 (kontrola)	Pozitívne zmeny v FBF a ZVT
Roder et al (1993)	IPT (BPRS, MMPI, Benton)	14+14 (kontrola)	Po programe: efekt v BPRS, FBF, MMPI Po 18 mesiacoch: Benton.
Petrová, Slášťanová (1998)	MIPT x PRELAPSE (subtesty WAIS-R, AE)	11+14+9 (kontrola)	Efekt programu v oblasti kognitívnych funkcií nebol potvrdený.
Krajčovičová (2000)	MIPT (TIP)	50+25 (kontrola)	Bez významného efektu v TIP

Viaceré výskumy ukazujú, že primeraným tréningom s dostatočnou dobou trvania je možné zlepšiť kognitívny výkon pacientov v niektorých oblastiach (tab 13). Výrazným problémom takýchto výsledkov je ich ekologická validita (Goodwin, 1999), t.j. nakoľko sa tréning kognitívnych zručností a sociálnych spôsobilostí, zistený v klinických podmienkach pomocou testov inteligencie a klinických škál, odrazí na lepšom sociálnom fungovaní (a uplatnení) pacientov so schizofréniou v rodine, práci a spoločnosti.

Skúsenosti z oblasti neurológie ukazujú, že poškodené funkcie je ťažké až nemožné priamo trénovať a cesta vedie cez ich kompenzáciu a tréning iných nepoškodených funkcií, ktoré by mohli deficit kompenzovať (Diamant a Vašina, 1998).

Kritika uplatňovania tréningu „abstraktných“ zručností (Addington a Addington, 1999, Hogarty a Flescher, 1999) sa uberá práve týmto smerom. Spaulding et al, (1999, s.276) navrhujú zamerať výskum v tejto oblasti na tri otázky:

1. Aká je prognostická signifikancia kognitívneho deficitu u akútnych psychóz?
2. Môže byť kognitívne fungovanie zlepšené u chronickej a reziduálnej schizofrénie?
3. Aký je vzťah kognitívneho výkonu a úzdravy a rehabilitácie?

Vo výskume spomenutých autorov k odpovedi na prvú otázku našli signifikantný vzťah medzi vekom nástupu ochorenia, rodinným stavom a závažnosťou kognitívnych porúch a porúch získaných v neuro-psychologickom teste COGLAB, pričom tieto údaje mali predikčnú hodnotu v oblasti neskoršieho pacientovho fungovania. K druhej výskumnej otázke autori potvrdili svoj predpoklad, že úzdrava a prípadné zlepšenie kognitívneho výkonu u chronicky chorých a stabilizovaných pacientov sa nedeje na úrovni elementárnych kognitívnych procesov, skôr na komplexnej modulárnej strategickej a integrujúcej úrovni (Spaulding et al, 1999). Toto je v zhode s dôrazom na komplexnejšiu kompenzáciu deficitných funkcií (na rozdiel od priameho tréningu konkrétnych bazálnych funkcií). V odpovedi k tretej otázke sa autori odvolávajú na pokračujúcu diskusiu s inými autormi (Bellack, Corrigan a Storzbach, 1993, Brenner, 1994 in Spaulding et al 1999), že vzájomná súvislosť medzi zlepšením kognitívneho výkonu pacientovým komplexným fungovaním sa môže odohrávať na troch úrovniach:

- **prostheticke mechanizmy**, kedy nové zručnosti môžu nahrádzať alebo kompenzovať poškodené funkcie (napríklad pri použití atribučných, edukačných a sebainštrukčných metód)
- **nápravné mechanizmy**, kedy môže dôjsť k regenerácii poškodenej funkcie
- **reorganizačné mechanizmy**, kedy environmentálne podmienky (úprava prostredia, sebainštrukčné a mnemotechnické pomôcky a pod.) zvyšujú funkčnú reorganizáciu procesov poškodených akútnou psychózou.

Ovplyvnenie porúch myslenia

Koncom 80.-rokov minulého storočia Holzman, Johnson a Solovay et al. (1987) rozpracovali pre potrebu psychodiagnostiky skórovací systém porúch myslenia a nazvali ho Thought Disorder Index (ďalej TDI). Výskumy naznačili, že na základe typických porúch myslenia je možné diferencovať jednotlivé diagnostické kategórie (Marengo, Harrow, 1997, Shenton et al, 1987, Solovay et al, 1987) a závažnosť psychopatologického stavu sa odráža v kvantitatívnom skóre, ktoré s nastupujúcou remisiou klesá (Gold a Hurt, 1990). Pacienti so schizofréniou majú spomedzi pacientov s inými psychózami priemerne vyššie skóre porúch myslenia (Solovay et al, 1987).

V prezentovanom výskume sme neporovnávali TDI vzhľadom k očakávanému priemeru, ale v porovnaní s východiskovým stavom pred intervenciou. Zistili sme, že absolvovanie každého z intervenčných programov viedlo k významnému zníženiu s vysokou mierou efektu (kontrolná skupina bez zmeny).

K zistenému efektu v TDI najviac prispela hladina najľahších porúch myslenia. Tieto sú pravdepodobne najovplyvniteľnejšie intervenciami a najviac podliehajú priebežným zmenám. Fakt, že sa ťažšie poruchy (keď ich posudzujeme samostatne) významne neznížili môže súvisieť aj s ich celkovým nízkym počtom (najťažšia úroveň porúch myslenia, napr. kontaminácia sa v našom výskumnom súbore nevyskytla).

Vzťah medzi psychopatologickými charakteristikami a mierou efektu intervenčných programov

V teoretickej časti našej práce (kapitoly 1, 4, 5) sme spomenuli klasický spor v oblasti schizofrénie, ktorý je stále aktuálny. Klasik modernej psychiatrie Kraepelin považoval schizofréniu za formu predčasnej demencie, ktorá vedie k úpadku duševného života (Libiger, 1990). Rozvoj medicíny a psychofarmakológie od 50. rokov minulého storočia viedol k zavrnutiu takejto predstavy. Zhoršené sociálne a psychické fungovanie po akútnom ochorení pacientov sa často zdôvodňovalo vplyvom akútnych symptómov na sociálny a kognitívny výkon a psychologicky ako reaktívne spracovanie choroby.

Nové poznatky podporené rozvojom neuro-zobrazovacích metód spolu s longitudinálnymi či retrospektívnymi výskumami priniesli zmenu paradigmy. Za základné prejavy ochorenia sa začal považovať deficit v kognitívnom fungovaní, zhoršené emočné a motivačné fungovanie. Tieto deficity (tzv. negatívne symptómy) sú prítomné už pred ochorením (Woods, 1998) a môžu progredovať po nástupe ochorenia, pričom rizikom je každý relaps (Kane, 1994).

Základný problém môžeme zjednodušene sformulovať do otázky: *Je schizofrénia progresujúca psychická porucha (vedúca k **deteriorácii** intelektu a emočného života) alebo sú akútne prejavy a následky ochorenia moderované (či zapríčinené) premorbidným znížením kognitívnej a intelektovej kapacity (v širokom slova zmysle)?*

Či špecifickejšie: Je deficit v oblasti kognitívnych funkcií stabilný alebo progreduje? Je kognitívny deficit napravitelný? Sú poškodené kognitívne funkcie trénovateľné?

Pre náš výskum: Súvisí závažnosť psychopatologického stavu (počet hospitalizácií a trvanie ochorenia) s kapacitou pacientov k zlepšeniu po absolvovaní intervenčných programov PRELAPSE a MIPT?

Pri hodnotení východzieho stavu (pred absolvovaním programu) sme nenašli významné vzťahy medzi počtom rokov trvania choroby, skóre v subtestoch WAIS-R a ukazovateľmi v AE. Niektoré premenné však významne korelovali s počtom hospitalizácií (poruchy asociácií a reprodukcií, výkon v Zoraďovaní obrázkov). Toto zistenie by prevažne podporovalo hypotézu o stabilite kognitívneho deficitu v čase a podporovalo tvrdenie Kanea (1994), že každý ďalší relaps (a následná hospitalizácia) môže viesť k zhoršeniu oproti predošlému

stavu. Vzťah medzi počtom hospitalizácií a psychopatológiou zároveň vypovedá o závažnosti priebehu ochorenia.

Nepriamo sme získali odpoveď i na časť problému o stabilite a ovplyvniteľnosti kognitívnych deficitov a porúch.

Nás však vo výskume špecificky zaujímalo, či pacienti môžu absolvovaním programu rovnakou mierou profitovať na začiatku ochorenia i po jeho dlhšom trvaní.

Zistili sme, že u mier, ktoré sa významne zmenili po absolvovaní programu existuje významný vzťah len medzi počtom hospitalizácií a ziskom skóre v Podobnostiach.

Zaujímali sme sa i o východzí stav, tzn. vzťah medzi absolútnymi hodnotami jednotlivých premenných (skóre a pod) a počtom hospitalizácií resp. trvaním ochorenia.

V subteste Zoraďovanie obrázkov a Porozumenie bol vzťah medzi vstupnými skóre a počtom hospitalizácií pre PRELAPSE aj MIPT nevýznamný. Po absolvovaní sa korelácia v oboch prípadoch zvýšila a dosiahla 0.05 hladinu významnosti (korelácie boli v oboch prípadoch záporné). Táto zmena sa netýkala kontrolnej skupiny. **Dá sa teda tvrdiť, že zlepšenie výkonu v oboch subtestoch závisí od počtu hospitalizácií a so zvyšujúcim sa počtom sa kapacita k zmene znižuje.** Toto zistenie je v zhode s výsledkami Petrovej a Slášťanovej (1998), ktoré zistili, že pacienti s prvou hospitalizáciou dosahujú významne vyššie skóre v Zoraďovaní obrázkov ako viacnásobne hospitalizovaní pacienti. Podľa Bildera et al (2000) je Zoraďovanie obrázkov komplexnou mierou exekutívnych funkcií a spomenuté výsledky by potvrdzovali tvrdenia o poškodení exekutívnych funkcií u pacientov so schizofréniou (pozri kap. 4) a naznačujú progredujúci charakter.

Spomenuté zistenia teda ukazujú, že existuje súvislosť medzi výkonmi v niektorých testoch (Podobnosti, Zoraďovanie obrázkov, Poruchy asociácií) a počtom hospitalizácií ako ukazovateľom závažnosti pacientovho ochorenia.

Ukazuje sa, že potenciál pre zmenu vplyvom intervencií (PRELAPSE, MIPT) u niektorých mier klesá s počtom hospitalizácií (Porozumenie, Zoraďovanie obrázkov).

Na základe našich výskumných dát predpokladáme, že niektoré testy naznačujú stabilitu výkonu („držia“) a výkon v niektorých výrazne klesá vplyvom závažnosti ochorenia. Vzhľadom k otázke stability vs. progresivity ochorenia tieto výsledky naznačujú potrebu diferenciácie v hodnotení stability a progresivity schizofrénnych porúch.

Stabilita efektu programu PRELAPSE po jednom roku

Pri skúmaní efektivity intervencií je trvalosť zmeny popri jej „sile“ jednou z najdôležitejších ukazovateľov „ekonomiky“ efektu (McFarlan 1995, Kissling 1996b). Výskumy v oblasti psychoedukačných programov poukázali na to, že efekt intervencií sa s časom vracia na svoju pôvodnú úroveň. Tento pokles v čase je však rozdielny pre jednotlivé oblasti. Medzi faktory ovplyvnené psychoedukáciou aj v longitudinálnom sledovaní Vránová (1998) zaraďuje:

- pocit podpory zo strany terapeutického tímu
- porozumenie ochoreniu
- akceptácia faktu, že správanie pacienta nie je úmyselné
- menšie odmietanie pacienta.

K faktorom, ktoré „nedržia“ v čase resp. sú nedostatočne ovplyvnené patrí:

- podržanie informácií
- citlivosť na symptómy pacienta
- interakcie s pacientom
- bremeno choroby v rodine
- nádej do budúcnosti
- počet hodín strávených s pacientom (v rámci teórie EA).

Relatívne rýchly je úbytok informácií získaných priamo psychoedukáciou (Vránová, 1998), čo je v súlade so všeobecnou teóriou učenia v psychológii o vyhasínaní, znižovaní rozdielov v čase (napr. Atkinson et al, 1995).

Podľa Hogartyho et al (1999a) k redukcii naučených spôsobilostí na pôvodnú úroveň po psychoedukačnom programe, ktorý obsahuje behaviorálny či tréningový program dochádza v priemere po 21 mesiacoch. Podľa výskumu Donahoe a Driesenga (in Krajčovičová, 1999) pretrváva účinnosť tréningu od 2 týždňov až 7 mesiacov po skončení programu.

V rámci výskumu sme sledovali trvalosť efektu po jednom roku od ukončenia programu v skupine PRELAPSE a kontrolnej skupine. V zhode s tvrdením Vránovej (1998) sme zistili, že zisk informácií (efekt psychoedukácie ako metódy) výrazne klesá s časom v skupine PRELAPSE. V kontrolnej skupine sme nezaznamenali štatisticky významnú zmenu.

Bolo by zaujímavé sledovať aj zmenu výkonu v čase u pacientov v MIPT, ktoré sa tréningu sociálnych spôsobilostí a kognitívnych zručností venovali intenzívnejšie a priamo.

Efekt PRELAPSE na počet relapsov v jednoročnom sledovaní

Existujú výskumné potvrdenia, že psychoedukačný program je aj bez iného psychoterapeutického programu účinnou metódou v zlepšovaní spolupráce a predchádzaní relapsov (Kissling, 1996a). Fadden (1998) vo svojom súhrnnom článku uvádza, že psychoedukačné intervencie znižujú počet relapsov a hospitalizácií, efekt pretrváva v čase, že tieto zistenia sú transkultúralne platné. Autorka ďalej uvádza výskumné zistenia (Smith and Birchwood, Abramowitz and Coursey, Posner in Fadden 1998), že čisto edukačné sedenia nemajú anti-relapsový efekt, čo je v rozpore so zistením Kisslinga (1996a).

Aplikovaním teórií vulnerability (bližšie kap. 4), sme predpokladali, že na samotný relaps vplýva aj viacero závažných faktorov. Aj keby samotná psychoedukácia viedla k lepšiemu dodržiavaniu medikácie a celkovej spolupráce pacienta s lekárom, nestačí to na ovplyvnenie relapsu (merané ako rehospitalizácia v nemocnici). Výsledok jednoročného sledovania podporil náš skeptický predpoklad – počet rehospitalizácií bol v oboch skupinách proporcionálne podobný. Medzi skupinou PRELAPSE a kontrolnou skupinou neboli významné rozdiely v počte hospitalizácií za jeden rok od prebehnutia programu.

Približne u 20% pacientov v oboch skupinách zhoršenie ich stavu počas roka viedlo k hospitalizácii (výskumné kritérium relapsu).

Pri hodnotení toho výsledku si musíme byť vedomí niekoľkých obmedzení

- počty v oboch skupinách sú veľmi nízke
- naše kritérium relapsu (relaps = rehospitalizácia) je dosť hrubé
- počet relapsov okolo 20% je číslo výrazne nižšie ako uvádza Kane (1994) a Kissling (1996b), takže je možné, že v našom malom výbere ide o nie typickú „schizofrénnu“ populáciu, ale o skupinu s takmer „ideálnym“ počtom relapsov za rok (Kane, 1994 uvádza, že okolo 20% pacientov relapsuje do jedného roka napriek dostatočnej compliance pri liečbe)
- Pacienti v oboch sledovaných skupinách užívali v mnohých prípadoch nové („atypické“) druhy neuroleptík a ich celkový podiel výrazne prekračoval celoslovenský priemer (Novotný, 2001).

Viacerí autori nepokladajú počet relapsov za vhodné kritérium pre overenie efektívnosti psychoedukácie a ani za jej primárny cieľ (Solomon, 1996, Mari et al, 1994). Smith et al 2000, zdôrazňujú, že vzťah medzi vhladom, spoluprácou, neurokogníciou a klinickými symptómami je multidimenzionálny.

Pre potreby budúceho výskumu v tejto oblasti je nutné stanoviť oveľa jemnejšie kritérium pre diferencovanie relapsov či well-being pacientov.

7. ZHRNUTIE

Z výsledkov výskumu vyplýva:

- Program **PRELAPSE** viedol k **významnému zlepšeniu** informovanosti o ochorení.
- Oba programy (**PRELAPSE, MIPT**) viedli k **čiasočnému zlepšeniu kognitívneho výkonu** (WAIS-R – Podobnosti).
- V oboch skupinách došlo po absolvovaní intervenčných programov k **významnému zníženiu hladiny porúch myslenia** (TDI). Celkové zníženie bolo výraznejšie pre **MIPT**, čo je v zhode s očakávaním (priamy tréning kognitívnych funkcií vedie k lepšiemu výsledku).
- **Čiasočne sa potvrdil predpoklad o vzťahu medzi závažnosťou psychopatológie** (posudzované počtom hospitalizácií a rokmi trvania ochorenia) a **ziskom z intervenčného programu** (v subteste Podobnosti WAIS-R).
- **Potvrdil sa vplyv závažnosti stavu** (merané počtom hospitalizácií) **na potenciál k zlepšeniu** pacientovho fungovania.
- Katamnestické vyšetrenie participantov skupiny **PRELAPSE** a kontrolnej skupiny poukázalo na **znižovanie zisteného efektu PRELAPSE v čase** v oblasti informovanosti, úrovni porúch myslenia. Kontrolná skupina sa po sledovanom čase nezmenila.
- **Jednoročné sledovanie neukázalo na významné rozdiely v počte hospitalizácií medzi PRELAPSE a kontrolnou skupinou.**

Ku globálnym limitom výskumu patrí klinické posudzovanie efektívnosti, nezameriavali sme sa na sledovanie pacientov v ich každodennom sociálnom fungovaní (ekologická validita).

Odporúčania pre prax a klinický výskum

Výsledky predloženého výskumu potvrdzujú zistenia iných autorov (Fadden, 1998, Góbis, 1999, Goldstein, 1996, Kissling, 1996a, Krajčovičová, Čaplová, 2000, Roder et al, 1993), že **psychoedukačné programy** ako špecifická skupina širších psychosociálnych a rehabilitačných stratégií sú **účinnou súčasťou komplexnej liečby schizofrénnych psychóz**.

V prezentovanom výskume sme mohli potvrdiť niektoré predpoklady o efektívnosti psychoedukácie. Psychoedukácia ako metóda môže viesť k nárastu znalostí o ochorení a lepšej orientácii pacienta v relevantnej problematike. Tréning kognitívnych funkcií môže viesť k ich priamemu posilneniu. Priama i nepriama stimulácia myslenia pacientov obsiahnutá v psychoedukačných programoch môže prispieť k zníženiu úrovne porúch myslenia.

Podľa Nugter (1997) najširší efekt dosiahli psychoedukačné programy, ktoré trvali viac ako tri mesiace, zúčastňoval sa ich pacient, bola dosiahnutá dobrá úroveň compliance a popri edukácii sa uplatňoval behaviorálny prístup (s.33).

Výsledky overovania stability dosiahnutého efektu sú v zhode so všeobecnou teóriou učenia a výsledkami katamnestických štúdií efektívnosti psychoedukačných a tréningových – behaviorálnych programov. Efekt PRELAPS-u pri ďalšom neprecvičovaní časom klesá, čo sa

potvrdilo aj v jednoročnom sledovaní efektu. V zhode s inými autormi (napr. Solomon, 1998) sa ukazuje ako potrebné opakovať a znova precvičiť niektoré cieľové oblasti (napríklad v rámci ambulantnej starostlivosti v skupinách, či v rámci aktivít denných psychiatrických nemocníc a stacionárov).

V rámci paradigmy vulnerability a špecificky v kontexte nových trendov (Addington a Addington, 1999, Bellack et al, 1999, Hogarty, Flescher, 1999) je vhodné začať so všeobecným „mobilizujúcim“ programom pre širokú skupinu pacientov už v postakútnej fáze. Tento program by mal mať sociabilizujúci a prípadne i tréningový efekt. Následne je však potrebné pokračovať individuálne (alebo v malej homogénnejšej tréningovej skupine) nácvikom a riešením konkrétnych situácií vedúcich k posilovaniu a kompenzovaniu sociálnych zručností a spôsobilostí.

Len čisto klinické hodnotenie efektívnosti je potrebné vnímať ako čiastkové. Pri hodnotení významnosti efektu programov je dôležité mať na zreteli okrem testov významnosti aj praktickú efektivitu a ekologickú validitu, (Goodwin, 1999).

Otvoreným problémom je vzťah medzi veľkosťou zmeny zachytenej v klinických podmienkach a zlepšením pacientovho fungovania v reálnom živote (napríklad v sociálnej či pracovnej oblasti).

Výzvou sa javí vzájomná konfrontácia klinických zistení s pozorovaním a hodnotením uplatnenia pacienta v jeho prirodzenom prostredí – v rodine, práci a širšej spoločnosti.

Aj keď sme mohli potvrdiť, že psychoedukácia je efektívnou intervenčnou metódou, musíme zároveň konštatovať, že efekt sa časom stráca, a preto je potrebné opakované aplikovanie niektorých psychoedukačných metód po čase.

Za dôležité považujeme aj ďalšie pátranie po štruktúrovaní získaných poznatkov do pacientovho „videnia sveta“, stále máme málo informácií nakoľko dochádza k modifikovaniu pacientových postojov k liečbe, sebe samému a okoliu a nakoľko psychoedukácia vedie až k systematickým zmenám v správaní a prežívaní pacientov.

V oblasti diagnostiky a psychologickéj evaluácie efektívnosti liečby sa nám osvedčilo použitie vybraných subtestov WAIS-R s ohľadom na cieľovú oblasť. Index porúch myslenia TDI získaný z odpovedí v ZTT (a všeobecne získateľný z rôznych projektívnych a verbálnych diagnostických metód) je citlivou mierou psychopatológie porúch myslenia a ich zmeny v čase či vplyvom terapie.

Výsledky výskumu naznačujú aj potrebu diferencovanejších kritérií a hodnotenia relapsu.

Pri porovnávaní efektivity programov medzi sebou sme globálne nezistili štatisticky významné rozdiely v účinnosti. Program PRELAPSE sa ukazuje ako účinnejší vo zvyšovaní informovanosti. Niektoré iné ukazovatele (korelačná miera efektu v TDI) naznačovali väčší efekt MIPT hlavne v oblasti zníženia porúch myslenia, mierne v prospech MIPT sa javila i zmena v skóre Podobnosti.

Výskum bol orientovaný na konfirmáciu existujúcich výskumných zistení a tiež exploračiou potenciálu oboch programov v procese rehabilitácie psychických funkcií pacientov so schizofréniou. Základnou „paradigmou“ pre výskum boli teórie vulnerability. V zhodnotení

výsledkov však cítime potrebu vytvorenia a overovania diferencovanejších teórií či hypotéz o poruchách kognitívnych funkcií pri schizofrénii a možnostiach ich rehabilitácie v praxi. Inšpiratívnymi sa nám vidia byť teórie sociálnych kognícií ich tréningu u schizofrénie (Addington a Addington, 1999, Bellack et al, 1999, Hogarty, Flescher, 1999, Spaulding et al, 1999).

Záver

Program PRELAPSE ako súčasť komplexnej liečby schizofrénie – sa na Slovensku objavil v polovici 90.–tych rokov minulého storočia. Program podporovaný WHO sa vďaka propagátorskému úsiliu firmy LUNDBECK stal synonymom pre psychoedukáciu v oblasti schizofrénie. Zdôrazňovaný bol najmä anti-relapsový potenciál psychoedukácie ako súčasť komplexnej liečby pacientov trpiacich schizofrénnyimi poruchami.

Napriek tomu, že v našom výskume nedošlo k zníženiu počtu relapsov po absolvovaní psychoedukácie, našli sme určité okamžité efekty pomocou kvantitatívnych klinických metód.

Nemyslím si však, že to je „jediný“ efekt a úžitok z psychoedukácie pre pacientov. Považujem za užitočné ďalej a inak skúmať prežívanie, zmenu postojov a celkové začlenenie podaných informácií a stretnutí s odborníkmi, ktorí vykonávajú psychoedukáciu. Myslím, že je na to potrebné zmeniť aj uhol pohľadu (zmena z „klinického“ na „ekologický“ – sociálny pohľad) viac s ohľadom na kvalitu života v každodennej realite ľudí so schizofrénnyimi poruchami a na porozumenie ich prežívaniu, postojom a správaniu v súvislosti s ochorením. S tým súvisí aj potreba zmeniť (či skôr rozšíriť) metodológiu klinického výskumu: použiť nielen kvantifikačné klinické metódy, ale i tzv. kvalitatívne metódy (bližšie Silverman, 2005).

Mgr. Anton Heretik, PhD.

ZOZNAM LITERATÚRY

1. Addington, J., Addington, D.: *Neurocognitive and Social Functioning in Schizophrenia*, *Schizophrenia Bulletin*, 25/1/, 1999, s. 173-182.
2. Aleman, A., Hijman, R., Haan de, H.,F., Kahn, R.S: *Memory impairment in Schizophrenia: A Meta—Analysis*, *Am J Psychiatry*, Sept, 1999, 156:9, s.1358-1366
3. Allen, D.N., Aldarondo, F., Goldstein, G., Huegel, S.G., Glibertson, M., Kammen, Van, D.P., *Construct validity of neuropsychological tests in schizophrenia*, *Assesment*, 1998, 5/4/, 365-74.
4. Banisch, M.T.: *Neuropsychology, The neural basis of mental function*, Houghton Mifflin Company, Boston, New York, 1997.
5. Bellack, A.S., Gold, J.M., Buchanan, R.W.: *Cognitive Rehabilitation for Schizophrenia: Problems, Prospects, and Strategies*, *Schizophrenia Bulletin*, 25(2):257-274, 1999.
6. Bilder, R.M., Goldman, R.S., Robinson, D. a kol.: *Neuropsychology of First – Episode Schizophrenia: Initial Characterization and Clinical Correlates*, *American Journal of Psychiatry*, 157:4, 2000, s.549-559.
7. Bleuler, E., Bleuler M.: *Učebnica psychiatrie, Vybrané kapitoly*, 15. vydanie, Vydavateľstvo F, Trenčín, 1998.
8. Bruder, G., Kayser, J., Tenke, C., Amador, X., Friedman, M., Sharif, Z., Gorman, J.: *Left temporal dysfunction in schizophrenia*, *Arch.Gen.Psychiat*, Vol.56/3/, 1999, s.267-276.
9. Butzlaff, R.I., Hooley, J.M.: *Expressed Emotion and Psychiatric Relapse: A Meta-analysis*, *Arch.Gen.Psychiat.*, 55, 1998, s.547-552.
10. Byrom B.D., Garrat Ch., J., Kilpatrick, A.T.: *Influence of antipsychotic profile on cost of treatment of schizophrenia: A decision analysis approach.*, *Int Journal of Psychiat in Clin Practise*, 1998 Vol.2, s. 129-138.
11. Cohen, J.: *Things I_ve learned (so far)*, in Kazdin, A.E, ed, 1995, s.316-333.
12. Cornblatt, B.: *Pozitive and negative schizophrenic symptoms, attention and information processing*, *Schizophr Bull*, 1985, 11:397-408.
13. Češková, E.: *Biologické markery a schizofrénie*, *Česká a Slovenská psychiatrie 2*, , 1998, s. 75-84.
14. Češková, E.: *Kognitívny dysfunkcie u schizofrenie*, *Česká a Slovenská psychiatrie*, 95(5), 1999, s.278-287.
15. Diamant, J.J., Vašina, L.: *Kapitoly z Neuropsychologie*, Masarykova Univerzita, Brno, 1998.
16. Dobrotka, G.: *Defektové riešenia v Rorschachu, skriptá, text prednášky*, Katedra psychológie UK, Bratislava, 1980.
17. Dobrotka, G.: *Osobné konzultácie*.
18. Dragomirecká, E., Škoda, C.: *Kvalita života, vymezení definice a historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii ČS. Psychiatria*, 93/2/ 1997, s. 102-108
19. Dragomirecká, E., Škoda, C., *Měření kvality života v sociální psychiatrii ČS.Psychiat* 93/8/, 1997, s. 423-432
20. Edell, W.S.: *Role of Structure in Disordered Thinking in Bordeline and Schizophrenic Disorders*, *J Personality Assessment*, 51/1/, 1987, s.23-41
21. Fadden, G.: *Research update: Psychoeducational Family Interventions*, *Journal of Family Therapy*, 20/3/, 1998, s.293-309.
22. Fallon I.R.H., Boyd, J.L., McGill, Ch.: *Schizofrenia v rodinnej opatere – riešenie problémov v prístupe k liečeniu mentálneho ochorenia*, (pôvodne 1985), samizdat, Hestia, 1996.
23. Fleischer, J., Čaplová, T.: *Psychiatria pre študentov psychológie*, UK Bratislava, 1991.
24. Fowler, D., Garety P., Kuipers, E.: *Understaning the Inexplicable: An Individually Formulated Cognitive Approach to Delusional Beliefs*, in Perris, McGory Eds, 1998.
25. Friedman, H.: *A simplified table for the estimation of magnitude of experimental effect*. *Psychonomic Science*, 1969, 14(4).
26. Friedman, H.: *Introduction to Statistics*, Random House, New York, 1972.
27. Gallhofer, B., Lis, S., Meyer-Lindenberg, A., Krieger, S.: *Cognitive dysfunction in schizophrenia: A new set of tools for the assessment of cognition and drug effects*, *Acta Psychiat Scand*, 99, /Suppl.395/, 1999, s.118-128.
28. Gelder, M., Gath, D., Mayou, R.: *Oxford textbook of psychiatry*, 2end ed., Oxford University Press, Oxford, New York, Toronto, 1991.
29. Glenn, R., Yank, M.D., Bentle, M., Kia, J., Hargrove, D.S.: *The vulnerability –stress model of schizophrenia: Advances in Psycho-social Treatment*, *Am J Orthopsychiatrie*, 63/1/, 1993, s.55-69.
30. Gobis, O.: *Psychoedukačný modul v liečbe psychotických ochorení, Rigorózna práca, FiFUK, Bratislava, 1999.*
31. Gold, J.M., Hurt, S.W.: *The effects of Haloperidol on thought disorder and IQ in schizophrenia*, *J Pers Assesment*, 54/1-2/, 1990, 390-400.
32. Gold, S., Arndt, S., Nopoulos, P., O Leary, D.S., Andreasen, N.C.: *Longitudinal Study of Cognitive Function in First-Episode and Recent-Onset Schizophrenia*, *Am J Psychiatry*, September, 1999, 156:1342-1348.

33. Goldstein, M.J.: *Psychoeducation and relapse prevention. International Clinical Pharmacology*, 1994, Vol.9 supplement 5, s.59-69.
34. Goodwin, J.G.: *Research In Psychology, Methods and Design*, Sec.ed, John Wiley & Sons, Inc, NY, 1999.
35. Häfner, H.: *The Epidemiology of Schizophrenia, Triangl Sandoz Journal of Medical Science, Schizophrenia Part I*, 31/4/, 1992, s.133-154.
36. Hans, S.L., Marcus J., Nuechterlein, K.H., Asarnow, R.F., Styr, B., Auerbach, J.G.: *Neurobehavioral, deficits at Adolescence in Children at Risk for Schizophrenia, Arch.Gen.Psychiat.*, Vol 56/8/, 1999, s.741-748.
37. Hatfield, A.: *Issues in psychoeducation for families of the mentally ill, Int J Ment Health*, 17/1/, 1988, s.48-64.
38. Hell, F., Fischer-Felten, M.: *Schizofrénie – Základy pre porozumenie a spoluprácu*, Vydavateľstvo F, Trenčín, 1997.
39. Heretik, A.H.: *Skúmanie efektu psychoedukačného programu PRELAPS*, Diplomová práca, Katedra psychológie, Fi FUK Bratislava, 1997.
40. Heretik, A., Heretik A., Jr, Obuch, I.: *Pokus o hodnotenie efektu Prelapsu – prvé skúsenosti, Psychiatria 4*, č.1-4, 1997, s.129-133.
41. Heretik, A.H.: *Porovnanie efektu psychoedukačných programov v liečbe schizofrénie. Doktorandská dizertačná práca*, FF UK, Bratislava, 2001.
42. Heretik, A.H.: *Psychoedukačné programy u schizofrénie na Slovensku - 5.ročné skúsenosti. Česká a Slov. Psychiatria*, 98, 2002, No. 4, pp. 214 - 220.
43. Hoff, J., Sakuma, M., Wieneke, M., Horon, R., Kushner, M., DeLisi, L.E.: *Longitudinal Neuropsychological Follow-Up Study of Patients With First-Episode Schizophrenia, Am J Psychiatry*, 1999, 156: 1336-1341.
44. Hogarty, E.G., Flesher, S.: *Developmental Theory for Cognitive Enhancement Therapy in Schizophrenia, Schizophr Bull*, 25/4/, 1999a, s. 693-708.
45. Hogarty, E.G., Flesher, S.: *Practice Principles of Cognitive Enhancement Therapy for Schizophrenia, Schizophr Bull*, 25/4/, 1999b, s. 677-692.
46. Honig, A., Hofman, A., Rozendaal, N., Dingemans, P.: *Psychoeducation in bipolar disorder: effect on expressed emotion, Psychiatry research*, 72/1997/, 17-22.
47. Hutton, S.B., Puri, B.K., Duncan, L.J. Robins, T.W., Barnes, T.R.E., Joyce, E.M.: *Executive Function in first episode schizophrenia, Psychological Medicine*, 28, 1998, s.463-73.
48. Chambless, D., Steketee, G., Hooley, J.M., Aiken, L.S., Bryan, A.D.: *The Structure of Expressed Emotion: A Three-Construct Representation, Psychological Assessment*, 11 /1/, 1999, 67-76.
49. Imrišková, A.: *Skúsenosti so zaradením programu PRELAPSE do komplexného prístupu v liečbe schizofrénie, Československá psychiatria*, 94(4), 1998, s.191-197.
50. Jackson a spol.: *COPE- Cognitively oriented psychotherapy for early psychosis, in Early intervention and preventive application of clinical psychology*, Cotton,PO Jackson, HJ eds, Melbourne Australian Psychological Society, 1996.
51. Jarolímeck, M.: *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*, Pallata, Praha, 1996.
52. Johnston, H., Holzman, P.S. et al: *Scoring Manual for the Thought Disorder Index, Schizophrenia Bulletin*, 12,3, 1986, 483-496.
53. Kabátová, M., Hlušeková A.: *Skupinová psychoterapia a rehabilitácia psychotikov. Prednáška na vedeckej schôdzi SLS pri príležitosti 10. Výročia založenia stacionára PK FN*, 21.5.1996.
54. Kane, J.M.: *Co je to relaps: Prelapse- časopis o prevenci relapsů u schizofrenií, Číslo 1, červen 96, Lundbeck, ČR*, 1996.
55. Kazdin A.E., ed.: *Methodological Issues & Strategies in Clinical Research*, APA, Washington, 1995.
56. Kazdin, A.E., /Ed./: *Methodological issues & strategies in clinical research (2nd ed.)*. Washington, DC, USA: American Psychological Association. (1998). xvi, s. 825.
57. Kendall, P.C., Holmbek, G.N., Butcher, J.N., /eds/: *Handbook of Research Methods in Clinical Psychology*, Wiley, 1999.
58. Kinney, D.K. a spol.: *The Thought Disorder in schizophrenic and control adoptees and their relatives.*, Arch Gen Psychiat, 54(5), 1997, s.475-9.
59. Kissling, W. ed.: *Guidelines fo Neuroleptic Relapse Prevention in Schizophrenia, Proceeding of a Consensus Conference held in April 19-20,1989 in Bruges, Belgium, Springer. Verlag, Berlin-Heidelberg-New York-London-Paris-Tokyo-Honk Kong-Barcelona-Budapest*, 1994.
60. Kissling, W.: *Program Prelaps – príručka pre terapeutov*, Lundbeck, Bratislava, 1996./A/
61. Kissling W.: *Léčba schizofrenie prinášá finanční „zisk“.*, Prelapse – časopis o prevenci relapsů u schizofrenií, Číslo 1, červen 96 /B/
62. Kolibáš, E. a spol.: *Všeobecná psychiatria*, Univerzita Komenského, Bratislava, 1997.

63. Kolibáš, E.: *Liečba schizofrénie vždy komplexná*, Nery č.1, Lundbeck, 1998.
64. Kondáš, O.: *Asociačný experiment*. Bratislava, Psychodiagnostické a didaktické testy, n.p., 1979.
65. Kotuliaková, D., Čaplová, T.: *Integrovaný psychoterapeutický program pre pacientov s diagnózou schizofrénie – naše prvé skúsenosti.*, *Psychiatria*, 2, 1995, č.4, s.201-204.
66. Krajčovičová, D., Čaplová, T.: *Možnosti zlepšovania sociálnych spôsobilostí u schizofrenikov a ich význam pre reintegráciu a resocializáciu*, *Psychiatria*, 7, supl.1, 2000, s.82-86.
67. Krajčovičová, D.: *Využitie psychoterapie na ovplyvnenie porúch kognitívnych funkcií a porúch sociálnych spôsobilostí pri schizofrénii, II. časť*, *Psychiatria*, 3(7), 2000, s.145-156.
68. Kratochvíl, S.,: *Základy psychoterapie*, Portál, Praha, 1998.
69. Kumar, R.: *Research Methodology*, SAGE Publications, London-Thousand Oaks-New Delhi, 1998.
70. Liberman, R.P., DeRisi, W.J., Mueser, K.T.: *Tréning sociálnych spôsobilostí u psychiatrických pacientov, samizdatový preklad*, 1992, 230 s.
71. Petrová, K., Slašťanová, E.: *Porovnanie efektu programu Prelaps a modifikácie Integrovaného psychoterapeutického programu u pacientov so schizofróniou*, diplomová práca, Katedra psychológie, FiFuK, Bratislava, 1998, 118 s., J.: *Schizofrenie*, Psychiatrické centrum, Praha, 1990, 134s., „Zprávy“ č.109.
72. Lindstrom, E.: *Hidden Cost of Schizophrenia*, *J. Drug Dev. Clin. Pract.* 7, 1996, s.281-288.
73. Linzen, D., Dingemans, P., Van Der Does, J.W., Nugter, A., Scholte, P., Lenior, R., Goldstein, M.J.: *Treatment, expressed emotion and relapse in recent onset schizophrenic disorders*, *Psychological Medicine*, 26, 1996, s.333-342.
74. Lysaker, P.H., Bell, M.D., Bryson G., Kaplan E.: *Neurocognitive function and insight in schizophrenia: support for an association with impairments in executive function but not with impairment in global function*, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1997:4, s.297-301
75. Magana, A.B., Goldstein, M.J., Karno, M. a spol.: *A Brief Method of Assessing EE in Relatives of Psychiatric Patients*, *Psychiatry Research*, 17, 1986, s.203-12.
76. Mahurin, K., R., Velligan, D.I., Miller, A.L.: *Executive-frontal cognitive dysfunction in schizophrenia: A symptom subtype analysis*, *Psychiatry Research*, 79 /1998/, s.139-149.
77. Marengo, J.T., Harrow, M.: *Longitudinal Courses of thought disorder in schizophrenia and schizoaffective disorder*, *Schizoph Bull.* 23/2/, 1997, s273-85.
78. Mari, J.D.J., Steiner, D.: *An overview of family interventions and relapse in schizophrenia: A metanalysis of research findings*, *Psychosocial Medicine*, 24, 1994, s. 565-577.
79. Mameros, A.: *The long term course and outcome of schizophrenia*, *Triangl-Sandoz Journal of Medical Science*, *Schizophrenia Part I*, 31,4, 1992, s.155-161.
80. McFarlane, W.R., Lukens, E., Link, B. a kol: *Multiple Family Groups and Psychoeducation in the Treatment of Schizophrenia*, *Arch gen Psychiatry*, 52, 1995, s. 679-687
81. McGorry P., Edwards.J.: *Early psychosis training pack, Gardiner-Clawell Communicatios Ltd and Early Psychosis Prevention and Intervention Centre /EPPIC/, Melbourne, Australia*, 1997.
82. Michal, V.: *Zulligerův tabulkový test: Stručný úvod do Zulligerovy projektivní techniky*, *Jindřich Horkel Elektronik Test*, 1998, *Nový Jičín*, 1998.
83. Mohamed, S., a spol.: *Generalized Cognitive deficits in Schizophrenia: A Study of First-Episode Patients*, *Arch Gen Psychiatry*, 56, 1999, s. 749-754.
84. Mockler, D., Riordan, J., Sharma, T.: *Memory and Intellectual Deficits Do Not Decline With Age in Schizophrenia*, *Schizophrenia Research*, 30/1/, 1998, s.31-39.
85. Murray, R.M.: *Neurodevelopmental Schizophrenia: The Rediscovery of Dementia Praecox*, *B J Psychiat*, 165, supl.25, 1994, s.6-12.
86. Nestor, P.G., Shenton, M.E., Wible, C. et al: *A neuropsychological analysis of schizophrenic thought disorder*, *Schizophrenia Research*, 29, 1998, s.217-225.
87. North, C.S., Pollio, D.E., Sachar, B.: *The Family as a Caregiver: A Group Psychoeducational Model For Schizophrenia*, *Am. J. Orthopsychiatry*, 68, 1998, s. 39-46.
88. Novotný, V.: *osobná komunikácia*, 2001.
89. Nugter, A.: *Family Factors and Interventions In Recent Onset Schizophrenia*, *Academisch Proefschrift, AMC Amsterdam*, 1997.
90. Nuechterlein, K.H., Dawson, M.E., Ventura, J., a kol: *The Vulnerability/stress model of schizophrenic relapse: a longitudinal study*, *Acta Psychiatr Scand*, 89 /suppl 382/, 1994, s. 58-64.
91. Owens, M., McGuffin, P.: *Genetika schizofrénie: budoucí směry*, *Schizophrenia Monitor*, 6., 1, 1996, s.1-17.

92. Perris, C., McGory P., eds: *Cognitive psychotherapy of psychotic and personality disorders: Handbook of theory and practice*, John Wiley and Sons, 1998, ISBN 0-471-98221-0
93. Perris C.: *Cognitive behavioral therapy approach*, in Perris, McGory, 1998, s.35-62.
94. Petrová, K., Slašťanová, E.: *Porovnanie efektu programu Prelaps a modifikácie Integrovaného psychoterapeutického programu u pacientov so schizofréniou*, diplomová práca, Katedra psychológie, FiFUK, Bratislava, 1998, 118 s.
95. Phares, J. : *Clinical psychology, Third ed.*, Dorsey Press, 1988, USA
96. Plichtová, J.: *Metódy sociálnej psychológie zblízka. Kvalitativné a kvantitatívne skúmanie sociálnych reprezentácií*, Média, Bratislava, 2002, ISBN: 80-967525-5-3
97. Pollio, D.E., North, C.S., Foster, D.A.: *Content and Curriculum in Psychoeducation Groups for Families of Person With Severe Mental Illness*, *Psychiatric Services*, 49, 1998, s. 816-822.
98. Práznovská, L., Alakša, D., Heretik, A.H.: *Poruchy pamäti u pacientov so schizofréniou. Prvé skúsenosti s Wechslerovou škálou pamäti III. Verzia.*, *Psychiatria*, 9, 2002, __, s.116-120.
99. Ričan, P., Šebek, M., Ženatý, J., Morávek, S.: *Úvod do Rorschachovy metódy, Psychodiagnostické a diagnostické testy*, n.p., Bratislava, 1981.
100. Ričan, P., Šebek, M., Wágnerová, M.: *WAIS-R, I.časť, príručka, Psychodiagnostické a didaktické testy*, Bratislava, 1983.
101. Ritomský, A.: *Deskripcia dát pomocou SPSS, Medzinárodné stredisko pre štúdium rodiny*, 1999.
102. Ritomský, A.: *Metódy psychologického výskumu: Kvantitatívna analýza dát, Medzinárodné stredisko pre štúdium rodiny*, Bratislava, 2002.
103. Roder, V., Brenner, D.H., Kienzle N., Hodel, B.: *Schizofrenie, integrovaný psychoterapeutický program pro schizofrenní pacienty*, Triton, Praha, 1993.
104. Roitman, S.E.L., Cornblatt, B.A. et al: *Attentional functioning in schizotypal personality disorder*, *Am j of Psychiatry* 154:5, 1997, 655-660.
105. Rosenthal, R., *Valid Interpretation of Quantitative Research Results*, in Brinberg, D., Kidder, L.H. eds
106. Rund, B.R.: *A review of Longitudinal Studies of Cognitive Functions in Schizophrenia Patients*, *Schizophrenia Bulletin*, 24/3/, 1998, s.425-35.
107. Shenton, M.E., Solovay, M.R., Holzman, P.: *Comparative study of thought disorder, II. Schizoaffective disorder*, *Arch Gen Psychiat*, 44/1/. 1987, 21-30.
108. Schaub, A.: *Cognitive-behavioural Coping-orientated Therapy fo Schizophrenia: a New Treatment Model for Clinical Service and Research*, in Perris, McGory, eds, 1998.
109. Schooler, N.R.; Keith, S.J; Severe, J.B.; Matthews, S.M.; Bellack, A.S.; Glick, I.D.; Hargreaves, W.A.; Kane, J.M.; Ninan, P.T.; Frances, A; Jacobsm M; Lieberman, J.A; Mance, R.; Simpson, G.M.; Woerner, M.G.: *Relapse and rehospitalization during maintenance treatment of schizophrenia. The effects of dose reduction and family treatment.* *Arch-Gen-Psychiatry*.1997 May; 54(5), s. 453-63.
110. Silverman, D.: *Ako robiť kvalitatívny výskum*, Ikar, edícia Pegas, Bratislava, 2005.
111. Smith, T.E. a kol: *The relative influences of symptoms, insight, and neurocognition on social adjustment in schizophrenia and schizoaffective disorder*, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187/2/, 1999, s.102-108.
112. Smith, T.E. a kol: *Insight, symptoms and neurocognition in schizophrenia and schizoaffective disorder*, *Schizophrenia Bulletin*, 26, 2000, s. 193-200.
113. Smolík, P.: *Duševní a behaviorální poruchy – průvodce klasifikací a nástin nozologie, diagnostika*, Maxdorf-Jesenius, Praha, 1996.
114. Solomon, P.: *Moving From Psychoeducation to Family Education for Families of Adults With Serious Mentall Illness*, *Psychiatric Services*, 12/47/, 1996, 1364-1370.
115. Solovay, M.R., Shenton, M.E., Holzman, P.S.: *Comparative Studies of Thought Disorder, Part.I: Mania and Schizophrenia, II.Schizoaffective Disorder*, *Arch Gen Psychiatry*, 44/1/, 1987, s.13-31.
116. Spaulding, W.D., Fleming, S.K., Reed D., Sullivan, M., Storzbach, D. Lam, M.: *Cognitive Functioning in Schizophrenia: Implications for Psychiatric Rehabilitation*, *Schizophrenia Bulletin*, 25/2/, 1999, s.275-289.
117. Stančák, I. : *Klinická psychodiagnostika dospelých*, Psychoprof, Nové Zámky, 1996.
118. Syříštová, E. a kol.: *Skupinová psychoterapie psychotikú a osob s těžším somatickým postižením*, Avicenum, Zdravotnické nakladatelství, Praha, 1989.
119. Torrey, E.F.: *Surviving Schizophrenia /A family manual/*, Perenial Library, Harper and Row Publishers, NY- Grand Rapids-Philadelphia-St.Louis-San Francisco-London-Singapore-Tokyo-Toronto, 1988.
120. Vaughn C., Leff, J.: *The measurement of expressed emotion in the families of schizophrenic patients*, *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 15,1976, s.157- 166.

121. Vránová, J.: *Psychiatrická rehabilitácia schizofrénnych pacientov, Práca pred kvalifikačnou atestáciou II.stupňa zo psychiatrie, IVZ, Bratislava, 1991.*
122. Vránová, J.: *Psychoedukácia v liečbe psychóz, Nervy, Občasník pre psychiatrov, Lundbeck, č. 1, 1998, s.2-3.*
123. Wechsler, D. *Technická príručka: WAIS-III: Wechslerova intelligenčná škála pre dospelých – III. Vydanie, WMSIII Wechslerova pamäťová škála – III. Vydanie, Psychodiagnostika, Bratislava, 1999.*
124. Weinberger, D.R., Berman, K.,F., Ilowsky, B.P: *Physiological dysfunction of dorsolateral prefrontal cortex in schizophrenia: III.A new cohort and evidence for monoaminergic mechanism, Arch Gen Psychiatry, 44, 1987, 660-669.*
125. Weinberger, D.R., Galhofer, B.: *Cognitive function in schizophrenia, International Clinical Psychopharmacology, 12 /supl 4/, 1997, s.29-36.*
126. Weiner, I.B.: *Psychodiagnostics of Schizophrenia, Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Inc, Manwah New Jersey, 1997.*
127. Westen, D., Feit, A., Zittel, C.: *Methodological Issues in Research Using Projective Methods, in Kendall, PC., Holmbek, GN, Butcher, JN, eds.*
128. Woods, B.T.: *Is Schizophrenia a Progressive Neurodevelopmental Disorder? Toward a Unitary Pathogenetic Mechanism, American Journal of Psychiatry, 155, 12, 1998, s.1661-1670.*
129. Yank, M.D., Bentle, M.S.S.W., Glenn, R., Kia, J., Hargrove, D.S.: *The vulnerability – stress model of schizophrenia: Advances in Psychosocial Treatment, Am J Orthopsychiatry, 63/1/, 1993, s.55-69.*

Psychoedukácia v liečbe depresie
Mgr. Anton Heretik, PhD.

pre Lundbeck Slovensko s.r.o.
vydala Zuzana Čičelová v roku 2005
grafický design © Zuzana Čičelová
tlač: Peter Prekop Print Production

vydanie 1.

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

ISBN 80-969430-5-7

KAPITOLY MODERNEJ PSYCHIATRIE

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



Lundbeck Slovensko
Zvolenská 19
821 09 Bratislava 2

www.lundbeck.com

ISBN 80-969430-5-7



9 788096 943050