

*Pôvodná práca*

**Sledovanie asertivity u pacientov v podmienkach denného stacionára  
Psychiatrickej kliniky Lekárskej fakulty UK a Univerzitetnej nemocnice v Bratislave**

Dana Krajčovičová, Eva Morovicsová

**Monitoring of Assertiveness of Patients in Conditions of the Daily Stationary  
of the Department of Psychiatry of the Faculty of Medicine of the CU  
and University Hospital in Bratislava**

**Súhrn**

Autorky sa v príspevku zaoberajú problematikou asertivity, historickému vymedzeniu pojmu, ako aj jej uplatňovaní v sociálnych interakciách. Cieľom prospektívnej štúdie, ktorá sa realizovala v Dennom stacionári (DS) Psychiatrickej kliniky LF UK a UNB od septembra 2013 do apríla 2014 bolo sledovanie asertivity u 30 pacientov s vybranými psychickými poruchami (s diagnózami F 20 - Schizofrénia, F 25 - Schizoafektívna porucha, F 21- Schizotypová porucha, F 23 - Akútna prechodná psychotická porucha, F 32 - Depresívna porucha). Za účelom sledovania asertivity bola použitá 19 - položková sebaopisovacia škála - Rathusova škála asertivity. Z výsledkov štúdie vyplynulo, že menej asertívni sú pacienti s diagnózami z okruhu schizofrénie (F 20-29) v porovnaní s pacientmi z okruhu afektívnych porúch (F 30-39). Ženy s diagnózami F 20-29 sú asertívnejšie než muži, muži s diagnózami F 30-39 sú asertívnejší než ženy. V rámci ochorení z okruhu schizofrénie, t.j. F 20-29 najmenej asertívni sú pacienti s diagnózou F 21 (Schizotypová porucha) a najviac asertívni sú pacienti s diagnózou F 25 (Schizoafektívna porucha). Výsledky štúdie je možné vzhľadom na nízky počet pacientov (celkovo 30 pacientov) považovať za tzv. sondu do problematiky sledovania asertivity u chorých s psychickými poruchami. Danej problematike sa v odborných kruhoch doposiaľ nevenovala väčšia pozornosť. Obsahovo podobne zameraná štúdia bola realizovaná v podmienkach v podmienkach DS Psychiatrickej kliniky LF UK a UNB roku 2012 a viedla k podobným záverom, pričom bol použitý Dotazník sebaopisovania. Na posúdenie asertivity sa však použitie Rathusovej škály asertivity javí ako výhodnejšie z dôvodu rýchlejšej administrácie a väčšej citlivosti pre rozlíšenie asertívneho správania u jednotlivých typov diagnóz.

**Kľúčové slová:** asertivita, schizofrénia, afektívne poruchy.

**Summary**

The authors are dealing in the contribution with the issues of assertiveness, historical specification of the term as well as their application in social interactions. The goal of the prospective study implemented in the Daily Stationary (DS) of the Department of Psychiatry of the Faculty of Medicine of the CU and UH in Bratislava from September 2013 to April 2014 was the monitoring of assertiveness of 30 patients with selected mental disorders (with diagnoses F 20 - Schizophrenia, F 25 - Schizoaffective disorder, F 21- Schizotypal disorder, F 23 - Acute transient psychotic disorder, F 32 - Depressive disorder). In order to monitor assertiveness, the 19-item self-assessment scale - the Rathus Assertiveness Schedule has been used. It has resulted from the outcomes of the study that patients with diagnoses from the circle of schizophrenia (F 20-29) are less assertive when compared to patients from the circle of affective disorders (F 30-39). Women with diagnosis F 20-29 are more assertive than men; men with diagnosis F 30-39 are more assertive than women. Within the framework of diseases from the circle of schizophrenia, i.e., F 20-29, the least assertive are patients with the diagnosis F 21 (Schizotypal disorder) and patients with the diagnosis F 25 (Schizoaffective disorder) are most assertive. Results of the study may be considered, with regard to the low number of patients (30 patients in total), to be the so-called probe into the issues of monitoring assertiveness of patients suffering from mental disorders. So far, no major attention has been paid to the given issues in professional circles. A study with a similar content was implemented in conditions of the DS of the Department of Psychiatry of the Faculty of Medicine of the CU and UH in Bratislava in 2012 with similar conclusions, while an Assertiveness Self-Assessment Questionnaire was used.

However, the application of the Rathus Assertiveness Schedule for assessing assertiveness seems to be more advantageous due to faster administration and higher sensitiveness for differentiation of assertive behaviour in case of particular types of diagnoses.

Key words: assertiveness, schizophrenia, affective disorders.

## Úvod

V sociálnych interakciách je dôležitý nielen spôsob prezentovania vlastných názorov, postojov a myšlienok, ale aj rešpektovanie názorov a postojov partnera. Konkrétny spôsob vzájomnej interakcie komunikujúcich osôb podmieňujú viaceré aspekty. Ide predovšetkým o ich osobnostnú výbavu, zaužívaný spôsob riešenia problémov, ale aj charakter a náročnosť danej situácie, hodnotovú orientáciu a komunikačné štýly. Dôležitým faktorom je aj zmenený zdravotný stav a aktuálny psychický a telesný stav komunikujúcich. Uplatňovanie asertívnej komunikácie a asertívneho správania je predpokladom efektívnej komunikácie a konštruktívneho riešenia problémov nielen v bežnom živote, ale aj v klinickej praxi a v tomto smere je často diskutovanou témou.

## Historický pohľad na asertivitu

Podstatu a princípy asertivity prvý raz ucelene publikoval v 50. rokoch minulého storočia americký psychológ Andrew Salter. Pri tvorbe svojej koncepcie čerpal z vlastných klinických skúseností v oblasti behaviorálnej psychoterapie. Podľa autora neurotické problémy v komunikácii podmieňujú neprimerane vysoké zábrany, z ktorých väčšina u človeka mizne po požití alkoholu. Predpokladal, že odstránenie výrazných zábran možno doceliť aj poskytnutím psychologickéj pomoci. Jej podstatou má byť u jedinca modifikácia náhodných a trvalých sociálnych vzťahov na základe osvojenia si vhodného súboru techník a spôsobov správania. Takáto príprava môže prispieť k zvýšeniu sebavedomia jedinca, zlepšiť istotu v komunikácii a pri prezentovaní názorov. Vznik teórie asertivity podmienila aj povojnová spoločenská situácia a výrazný nárast masovej komunikácie. Psychológovia v pasívnom preberaní vzorov správania, postojov a komentárov, ktoré prezentovali mediálne idoly vtedajšej doby, videli v masových médiách podnet pre zneužitie manipulácie (Vybíral, 2009). Prvé tréningy asertivity, ktoré A. Salter viedol, boli adresované dvom skupinám účastníkom kurzov: introvertom a extrovertom. Cieľom tréningov bolo pomôcť nesmelým introvertom sa slobodne prejaviť a presadiť, pričom autor zdôrazňoval sebadôveru („ver hlavne sám sebe“). Tréning extrovertov bol zameraný na kontrolu vlastného správania.

Slovo asertívny pochádza z latinčiny (*assere, assertio*), z ktorej ho prevzala angličtina. Anglické sloveso *to assert* znamená tvrdiť, prehlasovať, uplatňovať si nárok, trvať na svojom práve. Slovenčina nemá pre asertivitu jednoslovný preklad, prekladá sa opisne. Pod pojmom asertivita chápeme správanie, ktoré sa vyznačuje priamym, primeraným a úprimným vyjadrovaním vlastných myšlienok, citov, názorov

a vnútorného duševného rozpoloženia, a to v pozitívnej aj v negatívnej podobe. Ide o správanie, ktoré predpokladá skutočnosť, že človek vie, čo chce a nechce a vie to jasne formulovať bez úzkosti, neistoty, napätia, irónie, sarkazmu či iných foriem napadania druhej osoby (Jobánková a kol., 2002; Honzák a Novotná, 2006). Asertivita nie je len spôsobom komunikácie, ale aj spôsobom myslenia a pohľadu na svet a predstavuje v zmysle jej autora „*terapeutickú techniku či sadu techník*“. Jej podstatou je vecný a neústupný komunikačný štýl, ale tiež tzv. podporný vzťah k partnerovi v komunikácii a vedomé vyhýbanie sa komunikačným „*faulom*“.

Spôsob presadzovania názorov, postojov, požiadaviek môže byť rôzny. Preto teória asertívnej komunikácie vychádza z princípu, že správanie ľudí a ich vzájomnú komunikáciu možno rozdeliť do troch základných skupín:

- na asertívnu komunikáciu a správanie,
- na agresívnu komunikáciu a správanie,
- na neasertívnu komunikáciu a správanie (Dobšovič, 2000; Novák a Capponi, 2003).

## Asertívna komunikácia a správanie

Asertívne konajúci človek sa nepresadzuje na úkor iných, rešpektuje práva druhých, ale vie sa správne presadiť. Vyžaduje, čo mu patrí bez toho, aby poškodzoval iných a stojí si za svojim bez toho, aby sa pokúsil manipulovať inými. Vie iných požiadať o pomoc a láskavosť, vie povedať nie. Je to správanie jasné, priame, dbá na čistú komunikáciu, keď jedinec povie skutočne to, čo povedať chce a takým spôsobom, aby ho iní pochopili. Nepodlieha manipulácii (Honzák a Novotná, 2006, Kopřiva, 2006).

**Na obsahovej úrovni (v rovine verbálnej komunikácie)** v bežnej komunikácii sa človek vyjadruje v prvej osobe (*napr. rozumiem vám, nemôžem akceptovať vaše stanovisko, pokúsím sa prispôsobiť podmienky... a pod.*). Používa tzv. ja – jazyk. Hovorí sám za seba a neskrýva sa za nikoho a za nič. Prejavuje záujem o riešenie problému, je ochotný urobiť kompromis. Stavba vety je jasná, stručná, zrozumiteľná. Reč je plynulá a intenzita hlasu primeraná. Jedinec dokáže prispôsobiť tempo svojej reči poslucháčom a pružne meniť rytmus. Vie, kedy má rozprávať a kedy má mlčať. Vie rozhovor začať, udržiavať ho, ale aj ukončiť.

**Na vzťahovej úrovni (pri neverbálnych prejavoch)** má komunikujúci pokojný výraz tváre, mimika je uvoľnená, dokáže sa pozeráť do očí, neuhýba zrakom. Používa pozitívne gestá na doplnenie prejavu, celková gestikulácia zodpovedá situačnému kontextu. Dodržiava osobný priestor, má vzpriamené držanie tela, zaujíma otvorený útvar, kongruentnú polohu, vyžaruje z neho pokoj a sebaistota. Nie sú prítomné bariéry. Jeho vystupovanie je sebaisté (Morovicsová a kol., 2011).

Psychiatrická klinika lekárskej fakulty Univerzity Komenského, Špitálska 24, 813 72 Bratislava

Adresa pre korešpondenciu: MUDr. Dana Krajčovičová, PhD.,  
Psychiatrická klinika LF UK, Špitálska 24, 813 72 Bratislava  
E- mail: krajovicovamudr@centrum.sk

## Členenie asertívnej komunikácie a príklady jej uplatnenia v klinickej praxi

Asertívna komunikácia, podľa miery empatie, sa ďalej člení a jej uplatnenie v klinickej praxi závisí od charakteru konkrétnej sociálnej interakcie a situačného kontextu (Dobšovič, 2000; Novák a Caponi, 2004). **Základná asertivita** predstavuje správanie, keď rešpektujeme práva iných i svoje, ale v kontakte s partnermi empatia nemá výraznejšie zastúpenie. V klinickej praxi je typická pre formálny kontakt na poradách, na rokovaníach, kde nie je priestor vymedzený na osobné poradenstvo a pomáhanie. V kontakte s pacientom, v interpersonálnych vzťahoch v rámci tímovej práce sa neuplatňuje. **Empatická asertivita** znamená doplnenie obyčajnej asertivity o schopnosť vcítiť sa do situácie iných. Má tvoriť základ terapeutického vzťahu lekár – pacient. Je založená predovšetkým na aktívnom počúvaní pacienta, čo znamená počúvať nielen to, čo pacient hovorí, ale všimnúť si aj informácie, ktoré vysiela na vzťahovej úrovni. Pri aktívnom počúvaní v rámci získavania informácií pacientovi neradíme, zbytočne ho neprerušujeme, nehovoríme o sebe a pokiaľ to nie je nevyhnutné, ani o skúsenostiach iných. Priestor pre doplnenie informácií a poskytovanie rád je vhodné zaradiť až po úvodnej časti rozhovoru. Prekážkou pri aktívnom počúvaní sú zlozvyky a nedisciplinovanosť (napr. „čítanie“ myšlienok, prerušovanie pacienta, intrúzia, nereagovanie, neverbálne odmietnutie) (Lloyd a Bor, 2004). **Stupňujúca sa (eskalujúca) asertivita** sa uplatňuje v situáciách, keď je pacient v kontakte s lekárom alebo inými zdravotníkmi pracovníkmi neobjektívny, nepríjemne naliehavý, kritizuje, ignoruje usmernenia, vysvetlenia a svojím správaním prekročil spoločenské konvencie, hranicu terapeutického vzťahu. Zo strany lekára si takáto situácia vyžaduje zvýšenú sebakontrolu, aby sa ubránil obranným reakciami, konfrontácii a útočnosťou. **Konfrontatívna asertivita** predstavuje správanie, ktorého cieľom je odstrániť rozdiel medzi slovom a skutkom v prístupe, či prejave partnera. V klinickej praxi sa môže uplatniť u pacienta, ktorého postoj k ochoreniu je bagatelizujúci. Pacient aj napriek opakovaným kontrolám a konzultáciám dlhodobo nedodrížiava navrhnutý terapeutický proces a zároveň popiera svoju nedôslednosť v liečbe. Konfrontácia rozdielnosti v prístupe a postojoch pacienta má smerovať k tomu, aby pacient na základe racionálneho prehodnotenia a argumentácie lekára zmenil svoj prístup k liečbe. Zmena postojov sa má docieľiť bez útočnosti a agresívnej konfrontácie (Beran, 2010, Morovicsová a kol., 2011). **Sebaotvárajúca asertivita** spočíva v tom, že jediniec je schopný uvedomiť si, priznať a poukázať na vlastné chyby, či nedostatky. **Záporná, negatívna asertivita** vyjadruje súhlas jedinca s kritikou reálnych nedostatkov, ktoré nepopiera, zaujíma vlastný postoj k ich kritike a kritikovi. Nespolupráca pacienta je častým problémom v liečbe somatických ochorení aj psychických porúch. Ak sa lekár vhodným spôsobom snaží zmeniť postoj pacienta k liečbe bez obviňovania, útočnosti a agresie, pacient sa skôr otvorí spolupráci a prehodnotí svoj nesprávny prístup k liečbe (Praško a Prašková, 2007, Morovicsová a kol., 2011).

## Agresívna komunikácia a správanie

O agresívnej komunikácii hovoríme, keď človek presadzuje predovšetkým svoje vlastné práva, na iných neberie ohľad, alebo iba veľmi málo. Svoje zámary sa snaží dosiahnuť agresívnym postojom alebo nepriamo, manipuláciou, napr. apelovaním na morálku, pocit viny, názory okolia, prípadne aj v podobe „sladkých“ slov. Najčastejšou príčinou takéhoto správania je hlboká a starostlivo ukrývaná neistota a komplex menejcennosti (Edmüller a Wilhelm, 2010).

**Na obsahovej úrovni** pozorujeme v jeho reči veľa hodnotiacich výrokov (napr. to ste nezvládli, nedá sa na vás spoľahnúť a pod.). Často sa vyjadruje v druhej osobe jednotného alebo množného čísla (používa tzv. ty alebo vy – jazyk). Napr. *odovzdaj mi podklady do zajtra, ste nezodpovední .....*, *uzavrite výsledky štúdie .....*, *prineste mi a pod.* Veľa kritizuje, býva ironický, uštipačný, zvykne ľudí zosmiešňovať. Nerešpektuje názory iných, často skáče do reči. Hovorí zvýšeným hlasom.

**Na vzťahovej úrovni** mimika vyjadruje nadradenosť, dominantnosť (odmeraný výraz, kritické gesto, nesúhlas), zrakový kontakt býva častejší a prítomné sú dlhšie provokujúce pohľady, gestikulácia výrazná s prevahou negatívnych gest. Jediniec vstupuje do osobného priestoru, približuje sa k ľuďom viac, ako je príjemné, časté sú nepríjemné prejavy haptiky. Z posturiky prevažuje dominantné držanie, zatvorený útvár, ukazovanie chodidiel, nadradenosť, prítomnosť bariér, rýchle pohyby a náhlivosť. Svojím správaním rád ukazuje, že konvencie sú pre neho zbytočnosťou (Morovicsová a kol., 2011).

## Neasertívna komunikácia a správanie

V psychologickej terminológii sa zvykne nazývať aj ako pasívne správanie. Najčastejšie je to typ človeka, ktorý už svojím výzorom a spôsobom správania vyvoláva u iných potrebu chrániť ho, alebo naň zaútočiť. Neasertívne komunikujúci jediniec sa nedokáže presadiť, často sa ospravedlňuje, vyhýba sa výmene názorov a cítiť z neho neistotu. Má veľmi nízku mieru sebahodnotenia. Veľmi často používa nepriame vyjadrovanie a podlieha manipulácii (Vymětal, 2010).

**Na obsahovej úrovni** je typickým znakom vyjadrovanie v tretej osobe jednotného čísla (*používanie tzv. človek – jazyka*). Napr. *človek by sa radšej tomu vyhol, keby vedel, ako sa situácia vyvinie a pod.* Nehovorí o svojich emóciách a prianiach, v záujme iných ich potláča. Jeho prejav nie je plynulý, častým javom je skákanie z témy na tému, používanie výrazov ako „možno, snáď, neviem, iba ak, to je v poriadku“ a pod. Aj vo vecnej kritike vidí kritiku svojej osoby. Oblúbenou témou je počasie, často používa nepriame vyjadrovanie. Má nízke sebahodnotenie. V paralingvistike je typická znížená intenzita hlasu, tón hlasu je skôr zaliečajúci, tempo reči je pomalé a prejav často submisívny.

**Na vzťahovej úrovni** vidíme v prejavoch často klopenie zraku, vyhýbanie sa zrakovému kontaktu. Celkové držanie tela naznačuje neistotu. Zvykne sa dotýkať svojho oblečenia, časté sú prejavy sebahaptiky, neistotu zakrýva zamestnaním sa nejakou činnosťou. Dodrížiava bezpečnú vzdialenosť, ruku zvykne podávať spôsobom mŕtvej ryby. Túži po

ocenení a lásky, ale vôbec si o to nedokáže požiadať. Proti svojej vôli podlieha manipulácii a nedokáže ísť za svojím rozhodnutím (Morovicsová a kol., 2011).

Aj napriek vyššie uvedenej klasifikácii neexistuje z hľadiska asertívnej komunikácie a správania čistý a vyhranený typ osobnosti, podobne ako neexistuje čistý, vyhranený typ temperamentu. Každý človek má vo svojom správaní asertívne, agresívne aj neasertívne prejavy.

### Vplyv choroby na správanie človeka

Ochorenie a jeho priebeh má dopad na prežívanie a správanie chorých a ovplyvňuje aj ich sociálne interakcie. *Náhla zmena zdravotného stavu* predstavuje pre pacienta ohrozenie, pacient prežíva napätie, strach, je bezradný a snaží sa hľadať istotu u zdravotníckych pracovníkov. V sociálnych interakciách sa to prejavuje častým kladením otázok, čo môže vyznievať zo strany pacienta ako naliehanie a netrpezlivosť, prípadne aj ako agresívny štýl presadzovania svojich potrieb. Ak zdravotnícki pracovníci pochopia príčinu zmeny správania pacienta v tejto fáze, môžu trpezlivým prístupom a vysvetľovaním mu pomôcť zorientovať sa v novej situácii a tým prispieť k jeho upokojeniu. *V období aktívnej psychickej adaptácie* pacient spolupracuje v diagnostickom a terapeutickom procese, dodržiava odporúčania a v sociálnych interakciách sa výraznejšie uplatňuje asertívny spôsob komunikácie. Ak je proces liečby dlhodobý a zlepšenie stavu nenastáva, prípadne je iba prechodné alebo sa objavia nepredvídateľné okolnosti, pacient stráca dôveru k práci zdravotníckych pracovníkov a spolupráca s ním sa zhoršuje. *V období psychickej dekompenzácie* býva pacient precitlivejší, často podráždený, konfliktný, neobjektívne kritický a v presadzovaní svojich názoroch viac uplatňuje prvky agresívnej komunikácie. Submisivita, poddajnosť a pasivita je u pacientov charakteristická *pre fázu psychickej rezignácie*. Pacient odmieta účasť na liečbe, spoluprácu a je veľmi pasívny v komunikácii aj so svojim najbližším okolím. Špecifická situácia je u pacientov s psychickou poruchou, čo vyplýva z charakteristík a klinického obrazu choroby. Pacienti často nedokážu reálne a objektívne posúdiť svoj stav, situáciu, čo sa premieta aj do jeho správania a kontaktu s okolím.

Skúmaniu asertívnej komunikácii a správaniu pacientov s psychickou poruchou sa v klinickej praxi doposiaľ nevenovala väčšia pozornosť. Za účelom sledovania asertivity u pacientov bola v podmienkach Denného stacionára PK LF UK a UNB (ďalej DS) realizovaná prospektívna štúdia v čase od septembra 2013 do apríla 2014.

### Ciele

Cieľom štúdie bolo sledovanie asertivity u pacientov s vybranými psychickými poruchami v podmienkach DS. Základné kritériá pre zaradenie pacientov do štúdie boli nasledujúce:

1. Diagnóza z okruhu F 20-29 (z okruhu schizofrénie) a F 30-39 (z okruhu afektívnych porúch) podľa MKCH-10 (1993).

2. Absolvovanie programu DS v rozsahu minimálne 4 týždňov.
3. Ochota spolupracovať pri vyplňaní dotazníka.

### Materiál a metodika

Do štúdie sme zaradili 30 pacientov, z toho 17 mužov (56,7%), 13 žien (43,3%), priemerný vek celého súboru bol 39,9 rokov. Všetkých hospitalizovaných pacientov v tomto období bolo 47 (8 pacienti boli v sledovanom období rehospitalizovaní, 9 pacienti nespĺnili kritériá zaradenia - doba hospitalizácie bola kratšia ako 4 týždne). Pacienti boli následne rozdelení do 2 súborov. Súbor 1 tvorili pacienti z okruhu schizofrénie (F 20-29), súbor 2 tvorili pacienti z okruhu afektívnych porúch (F 30-39). Zloženie súboru pacientov podľa diagnóz približujeme v tabuľkách 1 a 2.

**Tabuľka 1. Diagnostické zloženie súboru (n=30).**

Diagnóza	Počet	Muži	Ženy
<b>F 20 Schizofrénia</b>	11 (36,7%)	5 (16,7%)	6 (20%)
<b>F 21 Schizotypová porucha</b>	2 (6,7%)	2 (6,7%)	0
<b>F 23 Akútne prechod. psychot. poruchy</b>	3 (10%)	2 (6,7%)	1 (3,3%)
<b>F25 Schizofektívna porucha</b>	6 (20%)	6 (20%)	0
<b>F30-39 Afektívne poruchy</b>	8 (26,7%)	2 (6,7%)	6 (20%)

**Tabuľka 2. Rozdelenie pacientov do súborov podľa diagnózy.**

	Súbor 1 (F20-29)	Súbor 2 ( F30-39)
<b>Počet pacientov</b>	22 (73,3%)	8 (26,7%)
<b>Muži</b>	15 (50%)	2 (6,7%)
<b>Ženy</b>	7 (23,3%)	6 (20%)

Z demografického hľadiska v Súbore 1 (F 20-29) boli pacienti najčastejšie slobodní (70%), invalidní dôchodcovia (50%), žijúci s rodičmi (77,3%), stredoškolsky vzdelaní s maturitou (77,3%). V Súbore 2 (F 30-39) tvorili 37,5% zastúpenie pacienti slobodní, rovnako aj pacienti rozvedení, invalidní dôchodcovia (50%), žijúci sami (50%) a stredoškolsky vzdelaní (62,5%).

Za účelom sledovania asertivity u pacientov boli použité nasledujúce dotazníky a škály:

*Vstupný záznam*, pomocou ktorého sme získali základné demografické údaje o pacientoch jednotlivých súborov (ako je vek, vzdelanostná úroveň, zamestnanie a pod.).

*Rathusova škála asertivity* (Rathus a Nevid, 1977). Ide o 30 - položkový sebaopisovací dotazník, pričom v štúdiu bola použitá jeho skrátená 19 - položková verzia. Administrácia dotazníka je pomerne jednoduchá, nakoľko pacient odpovedá, ako by riešil uvedenú situáciu v danom okamihu

pomocou 6 možných odpovedí (od -3, t.j. celkom netypické až po +3, t.j. celkom typické). Niektoré položky sú opatrené znamienkom, ktoré mení znamienko odpovede za účelom minimalizovania očakávaných odpovedí zo strany pacienta. Celkové skóre sa získa sčítaním jednotlivých položiek. Hodnoty pohybujúce sa okolo skóre „0“ sú typické pre respondentov bez psychiatrickej diagnózy. Celkové skóre, ktoré dosahuje výrazne mínusové hodnoty je typické pre chorých z okruhu schizofrénie. Medzi týmito a nulovými hodnotami skóre sú chorí s diagnózou z okruhu afektívnych porúch (Rathus a Nevid, 1977).

Uvedenú škálu vyplnil každý pacient po absolvovaní minimálne 4 týždňov pobytu v DS, nakoľko sme predpokladali, že po tomto období sa dosiahne remisia, t.j. obdobie bez zjavných chorobných príznakov. Rovnako sme predpokladali okrem osobnostných premenných u pacientov s dg. F 20-29 a F 30-39 aj vplyv programu DS (napr. psychoedukačného programu, tréningu kognitívnych funkcií, sociálnych zručností a iných psychoterapeutických a rehabilitačných postupov) na asertívne správanie pacientov.

## Výsledky

Z hodnotenia celkového priemerného skóre asertivity (PSA - C), priemerného skóre asertivity u mužov (PSA - M), priemerného skóre asertivity u žien (PSA-Ž) Rathusovej škály asertivity pre okruhy diagnóz F 20-29 a F 30-39 (v rámci F 20-29 pre jednotlivé podtypy) sme dospeli k nasledujúcim výsledkom:

- V súbore 1 (F 20-29) pacienti dosiahli nižšie hodnoty celkového priemerného skóre asertivity (PSA-C) v porovnaní s pacientmi s dg. F 30-39 (-9,7 verzus -8).
- V súbore 1 (F 20-29) sa dosiahlo nižšie PSA u mužov ako u žien (-11,5 verzus -5,7).
- V súbore 2 (F 30-39) sa dosiahlo nižšie PSA u žien ako u mužov (-9,3 verzus -4).

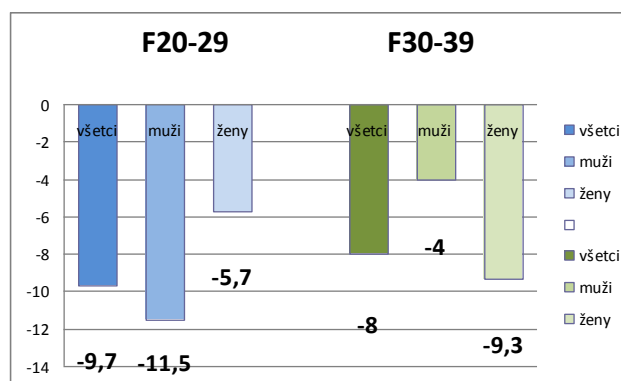
### V rámci súboru 1 (F 20-29):

- Pacienti s dg. F 21 (Schizotypová porucha) dosiahli najnižšie PSA-C (-13,5).
- Pacienti s dg. F 25 (Schizoafektívne poruchy) dosiahli najvyššie PSA-C (-8,2).

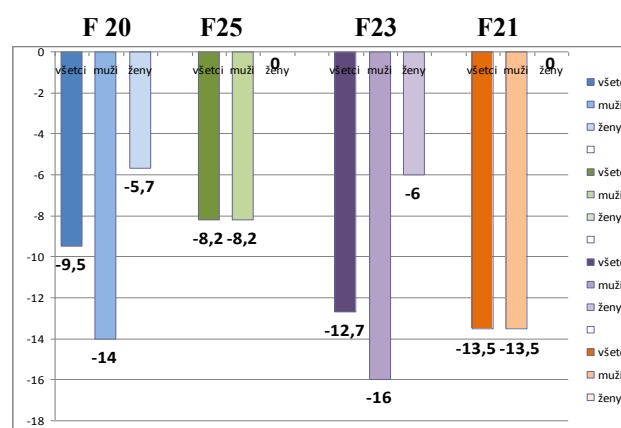
### Z hľadiska pohlavia:

- Muži a ženy s dg. F 23 (Akútne a prechodné psychotické poruchy) dosiahli najnižšie PSA (muži: -16, ženy: -6).
- Muži s dg. F 25 (Schizoafektívne poruchy) dosiahli najvyššie PSA (-8,2).
- Ženy s dg. F 20 (Schizofrénia) dosiahli najvyššie PSA (-5,7).

Uvedené výsledky dokumentujeme na obrázkoch 1 a 2.



Obrázok 1. Priemerné skóre asertivity – PSA pre súbory 1 a 2.



Obrázok 2. Priemerné skóre asertivity – PSA pre súbor 1 (F 20-29).

## Diskusia

Výsledky štúdie je možné vzhľadom na nízky počet pacientov (celkovo 30) považovať za tzv. sondu do problematiky sledovania asertivity u chorých so psychickými poruchami. Pretože boli pacienti do našej štúdie zaradení v štádiu remisie (keď sa predpokladalo, že príznaky ochorenia nebudú výrazne ovplyvňovať asertívne správanie), rozdiely v priemernom celkovom skóre (ale aj v skóre mužov a žien) mohli ovplyvniť najmä osobnostné premenné chorých. Výsledky mohlo ovplyvniť aj absolvovanie programu DS, ktorého súčasťou sú aj programy zamerané na zlepšenie asertívneho správania (psychoedukačný program, tréning sociálnych zručností a kognitívnych funkcií a iné). Keďže je asertivita jedným z aspektov sociálnej kognície, ktorá je u chorých so schizofréniou trvalo znížená a pomerne ťažko ovplyvniteľná liečebnými postupmi, môžeme sa domnievať, že na nižšom celkovom priemernom skóre asertivity u chorých v súbore 1 (dg. F 20-29) sa mohla podieľať práve uvedená skutočnosť. Krajčovičová (2000), ktorá skúmala vplyv Modifikovaného integrovaného psychoterapeutického programu pre chorých so schizofréniou (MIPT) na sociálne spôsobilosti a v rámci nich aj na asertívne správanie zistila, že asertívne správanie predstavuje komplexnejšie vzorce správania sa, ktoré je psychoterapeutickým programom MIPT ťažšie ovplyvniteľné. Zlepšenie asertivity súvisí podľa nej skôr so zlepšením klinického stavu.

Najnižšie priemerné skóre dosiahnuté v našej štúdiu u chorých s dg. F 21 (Schizotypová porucha) poukazuje na to, že zmeny sociálneho fungovania sú pri tejto diagnostikovej jednotke trvalo a výraznejšie narušené už od obdobia včasnej adolescencie, prípadne puberty, čo je terapeuticky ťažko ovplyvniteľné. Pomerne vyšší stupeň asertivity u chorých s dg. F 25 (Schizoafektívne poruchy) je daný priebehom tejto formy poruchy, pre ktorú sú typické kvalitnejšie remisie s menším dopadom na kognitívne funkcie a sociálne fungovanie.

V literatúre sa nestretávame často s prácami, ktoré by sa zaoberali problematikou asertivity u psychicky chorých. Podobná štúdia bola realizovaná taktiež v podmienkach DS v období február 2011 - marec 2012 (Lehocká, 2012). Autorka sledovala 25 pacientov (14 mužov /56%/ a 11 žien /44%/), priemerný vek súboru bol 41,8 rokov, pričom najväčší počet predstavovali pacienti s dg. F 20-29 (84%), pacienti s dg. F 30-39 tvorili 16% celého súboru. Za účelom sledovania rozdielov asertívneho správania bol použitý Dotazník seba-predsedania (Praško a kol., 1995). Ide o 42-položkový seba-predsedací dotazník, ktorý sleduje častosť výskytu situácie (skóre A), ako aj pocit príjemnosti v danej situácii (skóre B). Jeho vyhodnocovanie sa robilo rovnako po absolvovaní minimálne 3 týždňov pobytu v DS. Podmienky oboch štúdií možno z hľadiska metodiky považovať za porovnateľné. Autorka sa dopracovala k zisteniu, že ženy s dg. F 20-29 sú asertívnejšie než muži, podobne ako v našej štúdiu. Najnižšie skóre častnosti (A) v štúdiu dosiahli pacienti s dg. F 25 (Schizoafektívne poruchy), najvyššie skóre príjemnosti (B) dosiahli pacienti s dg. F 23 (Akútne a prechodné psychotické poruchy). Okrem toho pomocou uvedeného dotazníka dosiahli pacienti s dg. F 20-29, ako aj pacienti s dg. F 30-39 hodnoty v rámci normy, hoci sa očakávali hodnoty nižšie oproti norme.

Na základe uvedeného sa možno domnievať, že Rathusova škála asertivity:

- citlivejšie diferencuje rozdiely v asertívnom správaní chorých s psychickou poruchou,
- vzhľadom na nižší počet položiek (19 položiek verzus 42 položiek) sa ľahšie administruje a vyhodnocuje.

Využitie Rathusovej škály asertivity (Rathus a Nevid, 1977) považujeme na účely sledovania asertívneho správania u psychicky chorých za vhodnejšie.

## Záver

Problematika asertívneho správania je veľmi aktuálna, nakoľko ovplyvňuje riešenie bežných životných situácií nielen u zdravých, ale aj chorých s psychickou poruchou. Do značnej miery modifikuje správanie sa v jednotlivých sociálnych situáciách (napr. výber zamestnania, zoznámenie sa inou osobou a pod.), preto je potrebné uvedenej problematike venovať dostatočnú pozornosť.

Z perspektívneho hľadiska je ďalším našim cieľom vytvoriť väčší súbor pacientov z oboch diagnostických okruhov (F 20-29 a F 30-39), aby bolo možné rozdiely medzi súbormi vyhodnotiť s väčšou štatistickou presnosťou. Zaujímavou je otázka, do akej miery ovplyvní asertívne správanie

ochorenie v štádiu relapsu, t.j. zjavných príznakov ochorenia, čo by mohlo byť predmetom iného skúmania. Iné sledovanie by sa mohlo týkať aj porovnania zmien v asertívnom správaní na začiatku a po absolvovaní pobytu v DS. Sonda do uvedenej problematiky tak otvorila iné, širšie možnosti skúmania.

## Literatúra

**Beran, J.:** Lékařská psychologie v praxi. Praha: Grada, 2010, 144 s.

**De Vito, J.:** Základy mezilidské komunikace. Praha: Grada, 2008, 512 s.

**Dobšovič, E.:** Naučte sa riešiť konflikty. Modra: Persona, 2000, 146 s.

**Edmüller, A., Wilhelm, T.:** 27 manipulativních technik. Praha: Grada, 2010, 192 s.

**Honzák, R., Novotná, V.:** Jak se asertivně prosadit. Praha: Grada, 2006, 180 s.

**Jobánková, M. a kol.:** Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002, 225 s.

**Kopřiva, K.:** Lidský vztah jako součást profese. Praha: Portál, 2006, 147 s.

**Krajčovičová, D.:** Využitie psychoterapie na ovplyvnenie porúch kognitívnych funkcií a porúch sociálnych spôsobilostí pri schizofrénii - II. časť - hypotézy a vlastné výsledky. Psychiatria, 3, 2000, č. 7, s. 145-158.

**Lehocká, M.:** Subjektívne hodnotenie asertivity u pacientov v závislosti od diagnózy. Diplomová práca. LF UK v Bratislave, 2012, 73 s.

**Lloyd, M., Bor, R.:** Communication Skills for Medicine. Londýn: Churchill Livingstone, 2004, 202 s.

**MKCH-10:** Medzinárodná klasifikácia chorôb - príručka, 10. revízia. Obzor, 1993, 171 s.

**Morovicsová, E. a kol.:** Komunikácia v medicíne. Bratislava: Univerzita Komenského Bratislava, 2011, 212 s.

**Novák, T., Capponi, V.:** Sám sobě psychologem. Praha: Grada, 2003, 220 s.

**Novák, T., Capponi, V.:** Asertivně do života. Praha: Grada, 2004, 174 s.

**Praško, J., Sipek, J., Minaříková, V.:** Asertivitou proti depresii. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1995, s. 13-15.

**Praško, J., Prašková, H.:** Asertivitou proti stresu. Praha: Grada, 2007, 280 s.

**Rathus, S. A., Nevid, J. S.:** Concrument validity of the 30-item Assertiveness Shedule with psychiatric population. Behavior Therapy, 1977, č. 8, s. 393-397.

**Vybíral, Z.:** Psychologie komunikace. Praha: Portál, 2009, 319 s.

*Do redakcie došlo 2.9.2014.*