

Psychoedukačné programy: Porovnanie efektu PRELAPSE a MIPT v liečbe schizofrénie. Výsledky výskumu

A. Heretik, ml.

Psychoeducation programs: Comparing Effect of PRELAPSE vs MIPT in Treatment of Schizophrenia. Research results

Súhrn

Pozadie problému: V rámci komplexnej liečby schizofrénnych porúch sa čoraz častejšie presadzujú tzv. psychoedukačné programy. Mnohé z nich sa však odlišujú nielen čo do trvania, obsahu a štruktúry, ale aj cieľov a efektívnosti. Autor porovnával u nás používané programy: psychoedukačný program PRELAPSE, Modifikovaný Integrovaný psychoterapeutický tréning (MIPT) a kontrolnú skupinu. Porovnanie efektívnosti programov vs. kontrolnej skupiny prebehlo na vzorke 79 probandov – pacientov so schizofrénnymi psychózami. Program PRELAPSE a kontrolná skupina boli navyše katamnesticke sledované po jednom roku od ukončenia intervencie. Vzhľadom k skúmaným oblastiam potenciálneho efektu sme použili nasledovné metódy – Asociačný experiment, subtesty WAIS-R (Zoraďovanie obrázkov, Porozumenie, Podobnosti), Zulliger Tafeln Test, Thought Disorder Index TDI, a dotazník DISO.

Výsledky: Zistili sme, že oba programy viedli k čiastočnému zlepšeniu kognitívneho výkonu (subtest Podobnosti), k výraznému zníženiu indexu TDI. PRELAPSE viedol k efektu v oblasti zvýšenia informovanosti. Po jednom roku došlo v skupine PRELAPSE k zníženiu zisteného efektu na pôvodnú úroveň.

Záver: Oba programy mali čiastkový efekt v sledovaných oblastiach, v kognitívnej oblasti bol tento efekt v prospech MIPT (TDI), čo svedčí pre fakt, že priamy kognitívno-behaviorálny tréning kognitívnych funkcií je efektívnejší. Efektívnosť intervencií v oblasti informovanosti o ochorení len u PRELAPSE má pravdepodobne súvislosť s vyššou štruktúrovanosťou psychoedukácie a opakovaním informácií v tomto programe. Návrat k predintervenčným hodnotám po roku (PRELAPSE) svedčí pre znižovanie efektu skúmaných intervencií v čase (obr. 2, tab. 13, lit. 55).

Kľúčové slová: schizofrénia, psychoedukácia, PRELAPSE, MIPT

Summary

Background: The psychoeducation programs have become an important part of complex treatment of schizophrenia. The programs used differ in complexity, goals, methods and possible effects.

Method: Author compared two psychoeducation programs: PRELAPSE and Modified Integrated Psychotherapeutic Training (MIPT) vs control group. Comparison of effectiveness was based on 79 patients suffering from schizophrenia disorders. PRELAPSE and control groups were examined in one year follow-up. The methods used were: subtest s from WAIS-R (Comprehension, Similarities, Picture Arrangement), Zulliger Tafeln Test, TDI and questionnaire DISO.

Results: Both programs led to partial improvement of cognitive performance (Similarities), to decrease of Thought Disorder Index. The MIPT group had lower TDI scores than PRELAPSE. Only the PRELAPSE group improved significantly in area of information concerning schizophrenia disorder. Results show that within one year the improvements in the PRELAPSE group decreased to the pre-intervention levels.

Conclusions: Psychoeducation programs with different emphasis led to partially different effects. It seems that direct training of cognitive functions led to better results in cognitive performance and decreasing of thought disorder. Structured systematic psychoeducation is needed to improve patient's information about disorder. The immediate effects of interventions seem to diminish within one year after treatment. The future need to get to know more about how psychoeducation influences information-attitude-behavior, and other relevant topics, is discussed (Fig. 2, Tab. 13, Ref. 55).

Key words: schizophrenia, psychoeducation, PRELAPSE, MIPT

Úvod

Schizofrénne psychózy sú časté psychické poruchy, ktoré napriek nesporným pokrokom v (hlavne psychofarmakologickej) terapii často vedú k relapsom ochorenia, a u veľkej percenta pacientov k výraznému zneschopeniu pacienta. Priame i nepriame náklady na liečbu týchto ochorení tvoria nezanedbateľné finančné náklady (Byrom a spol., 1998; Lindstrom, 1996). V prípade schizofrénie je teda ochorenie nielen medicínskou ale i psychologickou, sociálnou (a ekonomickou) problematikou, s potrebou komplexného – interdisciplinárneho prístupu k jej riešeniu. Základ komplexného prístupu tvorí psychiatrická starostlivosť, ktorá vedie k potlačeniu príznakov ochorenia a v udržiavacej fáze pomáha brániť relapsu. Pri komplexnom chápaní liečebnej starostlivosti by mali nasledovať rozličné psychosociálne a rehabilitačné stratégie (činnosťná terapia, nácvik psychosociálnych zručností, tréning kognitívnych funkcií, psychoedukačné programy). Ich cieľom je rehabilitácia sociálno-psychického fungovania pacienta a začlenenie pacienta späť do života (Vránová, 1991).

V ostatných rokoch nastáva prudký rozvoj týchto komplexných liečebných stratégií, pričom ich účinnosť ako preventora relapsu, lepšieho fungovania pacienta bola výskumne preukázaná (Fadden, 1998; Goldstein, 1994; Leff in Rund a spol., 1994; Kissling, 1996). V literatúre, ktorá sa zaoberá komplexnou psychiatrickou rehabilitáciou pacientov, bývajú spomenuté psychosociálne intervencie označované súhrnne ako psychoedukačné programy (Fadden, 1998; Solomon, 1996) aj keď sama koncepcia psychoedukácie bola opakovane kritizovaná ako nejasne definovaná z hľadiska cieľov a použitých intervencií (Fadden, 1998; Hatfield, 1988).

Podľa Hatfielda (1988) 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.

Podľa Faddena (1998) je primárnym cieľom psychoedukačných programov prevencia relapsu, pacient i rodina sú často spoločnými účastníkmi takéhoto programu a k základnému didaktickému elementu je pridávaný tréning kopingových či iných zručností. Ani takáto široká definícia však nepokrýva celú oblasť psychoedukácie, formy a ciele programov (napr. Kissling, 1996; Nugter, 1997). Komparáciu efektivity rôznych psychoedukačných programov navyše často sťažujú odlišné metódy merania. Napriek entuziazmu pri používaní psychoedukácie chýba jednoznačnejší konsenzus o tom, čo psychoedukácia pre pacientov (a ich príbuzných prináša) a ako dlho jej prípadný efekt zotrúva.

Aj v našich klinických podmienkach dochádza k postupnému uplatňovaniu psychoedukačných a tréningových programov (napr. Góbis, 1999; Heretik, 1997; Imrišková, 1998; Kotuliaková a Čaplová, 1995; Krajčovičová, 2000, Petrová, Slášťanová, 1998). Vychádza sa pritom z rôznych zahraničných modelov aplikovaných na naše podmienky a potreby. Vystáva otázka užitočnosti a efektu takýchto programov. Prvé výskumy v českej a slovenskej odbornej literatúre nachádzajú efekt programov v oblastiach zvýšenia informovanosti, sebavedomia pacientov, v malej miere i v oblasti kognitívnych funkcií pacientov (Góbis, 1999; Heretik, 1997; Hrmová a Jediná, 1998; Krajčovičová, 2000, Petrová a Slášťanová, 1998).

V prezentovanom výskume sme sa rozhodli porovnať efekt rozlične zameraných a rôzne náročných intervenčných programov voči kontrolnej skupine. Zvolili sme dva dostupné intervenčné programy, ktoré sa používajú na slovenských klinických pracoviskách. Prvý z nich je program PRELAPSE (Heretik a spol., 1997; Imrišková, 1998; Kissling, 1996; Kolibáš a Kořínková, 1998), 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 – ďalej MIPT (Kotuliaková a Čaplová, 1995; Krajčovičová, 1999, 2000; Liberman, 1992; Roder, 1993) je zameraný na tréning sociálnych zručností a kognitívnych funkcií. Jeho súčasťou je aj psychoedukácia o schizofrénii. Predpokladá

15–25 stretnutí, ktoré sú súčasťou postakútnej starostlivosti o pacientov so schizofróniou. Podrobnejšiu charakteristiku a obsahovú náplň programov a jednotlivých sedení podávame na inom mieste (Heretik, 2001).

Ciele výskumu

Základným cieľom prezentovaného výskumu bolo:

- Overiť efektívnosť psychoedukačného (PRELAPSE) a kognitívne-behaviorálneho programu (Modifikácia IPP) v týchto oblastiach:
 - informovanosť pacienta o ochorení (DISO, Heretik, 1997),
 - kognitívne fungovanie (Subtesty WAIS-R, Řičan a spol., 1983),
 - psychopatológia (TDI, Solovay a spol., 1987; ZTT, Michal, 1998).
- Porovnať účinnosť oboch programov v sledovaných oblastiach medzi sebou a voči kontrolnej skupine.
- Špecificky nás zaujímalo, či a do akej miery psychedukácia v oblasti informovanosti o ochorení vedie k zvýšeniu informovanosti. Nakoľko je tento efekt stabilný v čase (jednoročné sledovanie v skupine PRELAPSE vs. kontrolnej skupine). Do akej miery tréningový, informatívny a sociabilizujúci efekt závisia od psychopatologického stavu probanda (dĺžka ochorenia, počet hospitalizácií). Teoretická báza výskumu bola založená na paradigme vulnerability (podľa Zubina a Springa, Ciompiho in Roder a spol., 1993 a Nuechterlein a spol. in Glenn, Yank a spol., 1993).

Metóda

Výskumný dizajn bol koncipovaný ako quasi-experimentálny (Kazdin a spol., 1995, 1998), naturálny, (Kumar, 1998) kontrolovaný výskumný setting. Metódy merania vyšli z klinicko-psychologickej diagnostickej praxe (Kondáš, 1979; Kondáš a spol., 1982; Řičan a spol., 1981; Řičan a spol., 1983; Stančák, 1996; Weiner, 1997). Na meranie efektu v oblasti kognitívnych funkcií sme použili subtesty z WAIS-R: Zoradovanie obrázkov, Porozumenie, Podobnosti, považované za citlivé v oblasti schizofrénnych porúch (Řičan a spol., 1983), v oblasti asociativity a myslenia Asociačný experiment (Kondáš, 1979) a Thought Disorder Index (ďalej TDI) (Johnston a Holzman in Westen, 1999; Solovay a spol., 1987), úrovně psychopatológie Zuliger Tafeln Test ďalej ZTT (Michal, 1998), v oblasti informovanosti Dotazník informovanosti o schizofrónom ochorení, ďalej DISO, (Heretik, 1997).

Vstupné kritériá

- diagnostikovaná schizofrénna či schizoafektívna psychóza, neprítomnosť známok akútneho relapsu, stabilizovaný stav,

- pri zaradovaní do PRELAPSE a MIPT neúčast na konkrétnom programe v minulosti (aspoň jeden rok dozadu),

- explicitný súhlas pacienta s účasťou.

Vylučovacie kritériá:

- mentálna retardácia,
- organická porucha,
- akútna psychóza či závažný chronický stav, ktorý by bránil účasti a absolvovaniu programov (napr. výrazný autizmus, nepokoj, nezvládateľný negativizmus, ťažká porucha koncentrácie pozornosti).

Výsledný výskumný súbor tvorilo pri prvom vyšetrení („pred“) 79 probandov. Po intervenčnom programe sme získali výsledky od 64 probandov (tab. 1).

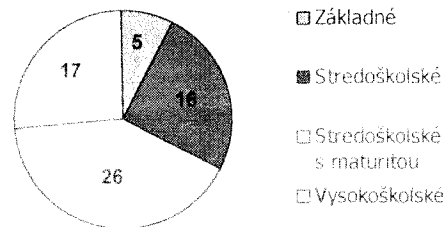
Tabuľka 1. Účasť probandov jednotlivých skupín vo výskume

Skupina	PRELAPSE	MIPT	Kontrolná skupina	Celkovo
Pred intervenciou	37	24	18	79
Po intervencii	30	19	15	64

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

- predčasné prepustenie (9 probandov),
- neabsolvovanie aspoň polovice plánovaných stretnutí (2 probandi),
- odmietnutie probanda zúčastniť sa vyšetrenia po absolvovaní intervenčného programu (3 probandi),
- zhoršenie zdravotného stavu (1).

Bližšie sú charakteristiky súboru sprehľadnené v tabuľke 2 a na obrázkoch 1 a 2.

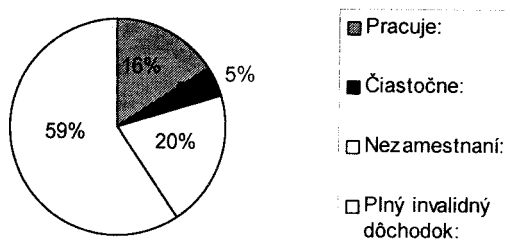


Obrázok 1. Najvyššie ukončené vzdelanie

Tabuľka 2. Opisné dáta sledovaného súboru (podľa skupín a celkovo)

SKUPINY:	PRELAPSE	MIPT	Kontrolná skupina	Celkovo
Počet probandov	30	19	15	64 probandov
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 rokoch I (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 I. 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%)
Rodinný stav				
Slobodní	18 (60%)	9 (47,4%)	8 (53,3%)	35 (54,7%)
Ženatý	7 (23,3%)	6 (31,6%)	4 (26,7%)	17 (26,6%)
S partnerom	2 (6,7%)		1 (6,7%)	3 (4,7%)
Rozvedení	3 (10%)	4 (21,1%)	1 (6,7%)	8 (12,5%)
Vdova/vdovec			1 (6,7%)	1 (1,6%)
Bývanie				
Sám	10 (33,3%)	4 (21,1%)	4 (26,7%)	18 (28,2%)
S pôvodnou rodinou	9 (30%)	9 (47,4%)	7 (46,7%)	25 (39,1%)
S novou (partnerom)	10 (33,3%)	6 (31,6%)	4 (26,7%)	20 (31,3%)
Chránené bývanie	1 (3,3%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,6%)
Iné	1 (3,3%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,6%)

I počítané od prvej hospitalizácie



Obrázok 2. Zamestnanosť probandov v sledovanom súbore (celý sledovaný súbor – n=64)

Výsledky

Z hľadiska štatistického spracovania je prezentovaný súbor malý a testmi normality (test Shapiro-Wilka, SPSS v.8) sme zistili, že vo väčšine nameraných vstupných hodnôt neboli tieto normálne distribuované. Medzi skupinami neboli pri prvom meraní ani pri jednej z použitých metód štatisticky významné rozdiely. Vo väčšine prípadov sme používali neparametrické testy. Ich výsledky sme v prípade hraničných hodnôt konfrontovali s korelačnou mierou efektu r_m (angl. „effect size correlation“, Friedman, 1969; Ritomský, 1999).

Predpokladali sme, že oba intervenčné programy budú mať pozitívny efekt na úroveň informovanosti (merané dotazníkom DISO, kde výsledné skóre tvoria správne odpovede na 9 otvorených i zatvorených (s výberom) otázok). Pri oboch programoch došlo k priemernému i mediánovému zvýšeniu skóre (tab.3). Wilcoxonovým neparametrickým testom sme porovnávali zmenu v skóre pre jednotlivé skupiny. Zistili sme, že zmena nie je ani v jednej skupine štatisticky významná. Zvýšenie skóre v programe PRELAPSE sa blížilo 5 % hladine štatistickej významnosti a tak sme výsledok overovali pomocou korelačnej miery efektu, ktorá bola v tomto prípade $r_m=0,32$ teda v pásme stredného efektu. Môžeme teda predpokladať, že vzhľadom k počtu prípadov v skupine PRELAPSE nie je zvýšenie skóre v dotazníku informovanosti náhodné.

Efekt psychoedukačných programov v oblasti kognitívneho výkonu a asociativity sme merali subtestami WAIS-R a AE. Predpokladali sme, že v psychoedukačných skupinách dôjde k zlepšeniu výkonu a očakávali sme, že vzhľadom k priamemu tréningu kognitívnych funkcií bude program MIPT úspešnejší. Pri oboch programoch došlo k štatisticky významnému zvýšeniu skóre v subteste Podobnosti testované Wilcoxonovým neparametrickým testom (PRELAPSE $p=0,011$, $r_m=0,48$ MIPT $p=0,031$, $r_m=0,46$; použili sme Monte Carlo Exact Test). Korelačná miera efektu sa pri oboch programoch pohybuje v strednom pásme (tab.4).

V ostatných subtestoch WAIS-R nebol efekt preukázaný (Podrobnejšie informácie Heretik, 2001). V kontrolnej skupine nedošlo k štatisticky významnej zmene ani v jednom subteste.

Pri sledovaní % porúch asociácií a % porúch reprodukcií (AE; Kondáš, 1979) nedošlo k štatisticky významnému efektu ani v jednej skupine (Heretik, 2001).

Pri sledovaní úrovne zmien psychopatológie v oblasti myslenia sme použili Thought Disorder Index – TDI (Solovay a spol., 1986), ktorý opisuje 23 kategórií porúch myslenia rozdelených podľa závažnosti do štyroch hladín. Úroveň porúch myslenia možno extrahovať predovšetkým z ROR či podobnej projektívnej techniky (v našom prípade ZTT), či verbálnych subtestov WAIS-R. Výsledné skóre je sumou získanou vážením kvalitatívnych porúch myslenia. Vzorec pre získanie indexu (%) je:

$$TDI = \frac{0,25(A) + 0,50(B) + 0,75(C) + 1,0(D)}{R} \cdot 100$$

Príklady značených porúch na jednotlivých hladinách (A, B, C, D): vágne odpovede a perseverácie (A), fabulované kombinácie a hravé konfabulácie, fragmentácia (B), konfabulácie a absurdné odpovede (C), kontaminácie, neologizmy (D).

V oboch intervenčných skupinách došlo k štatisticky významnému zníženiu indexu TDI (PRELAPSE $p=0,01$, $r_m=0,51$ MIPT $p=0,015$, $r_m=0,63$, tab. 5). Korelačná miera efektu r_m je v oboch prípadoch v pásme vysokého efektu. Oba intervenčné programy teda viedli k významnému zníženiu úrovne porúch myslenia (TDI), pričom v MIPT došlo k výraznejšiemu poklesu.

Úroveň psychopatológie sme merali nepriamo pomocou rorschachovských ukazovateľov v projektívnom ZTT (Michal, 1998). Sledovali sme:

- v oblasti postihovania: podiel odpovedí z detailu na celok (DG), a medzipriestorových riešení (Dzw),
- v oblasti deteminanty: 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 (Ne-real %),
- zmenu v skóre Reality index (RI).

Štvrtú hodnotiacu kategóriu v metódach Rorschachovského typu tzv. zvláštne fenomény sme hodnotili zvlášť (TDI).

Ani v jednom zo sledovaných ukazovateľov nedošlo k významnej zmene po absolvovaní programu (Heretik, 2001). Naš predpoklad o tom, že efekt programu sa prejaví v psychopatologicky významných ukazovateľoch v projektívnej technike sa nepotvrdil.

Zaujímala nás vzťah medzi zmenami vo výkonových (WAIS-R) a projektívnych (ZTT, TDI) technikách. Keďže ide o nehomogénne premenné porovnávali sme diferencie medzi druhým a prvým meraním. Tieto sme overovali pomocou Spearmanovej poradovej korelácie. Nezistili sme žiadne štatisticky významné korelácie medzi efektom výkonových (WAIS-R) a projektívnych (ZTT) metód. Pozorovali sme niektoré zaujímavé korelácie medzi jednotlivými subtestmi

Tabuľka 3. Intraskupinové zmeny v skóre DISO po intervencii (Wilcoxon)

Skóre DISO v jednotlivých skupinách	N	Medián	Priemer	Št. odchýlka	Min	Max	Z	Monte Carlo 1-smerná signifikancia
PRELAPSE pred	30	11	11,80	4,70	3,00	21,00		
PRELAPSE po	30	12	12,90	3,74	4,00	20,00	-1,438 a	,076
MIPT pred	19	10	10,53	3,34	3,00	15,00		
MIPT po	19	11	10,89	3,87	1,00	19,00	-,707 a	,245
Kontrolná skupina pred	15	10	11,20	3,57	7,00	18,00		
Kontrolná skupina po	15	9	10,87	3,91	7,00	19,00	-,203 b	,435

a Based on negative ranks. b Based on positive ranks.

Tabuľka 4. Skóre v subteste Podobnosti (WAIS-R) pri oboch programoch pred intervenciou a po nej

Program	N	Medián	Priemer	Št.odchýlka	Min	Max	Z	Monte Carlo jednosmerná sign.
Program PRELAPSE								
Subtest Podobnosti pred	30	10,1	9,67	3,29	5	17		
Subtest Podobnosti po	30	10,5	10,9	2,75	5	17	-2,467	.011
Program MIPT								
Subtest Podobnosti pred	19	10	8,74	2,96	5	17		
Subtest Podobnosti po	19	11	9,9	3,89	5	17	-1,900	.031

Tabuľka 5. Index TDI (celkové skóre) pred intervenciou a po nej

Skupina	N	Medián	Priemer	Št. odchýlka	Min	Max	Z	Monte Carlo Sign. (1-smerná)
PRELAPSE pred	26	11,02	11,15	6,03	2,50	27,8		
PRELAPSE po	25	7,14	7,44	4,12	,00	17,9	-3,172	0,01
MIPT pred	18	9,62	9,91	10,35	,00	45,83		
MIPT po	17	0	7,23	18,12	,00	75,00	-2,046	0,015
Kontrolná sk. pred	14	10,2	10,66	7,72	,00	22,5		
Kontrolná sk. Po	14	8,04	10,11	11,21	,00	45,00	-1,334	0,119

či metódami, tieto však neboli predmetom našich výskumných hypotéz a tak sa im nebudeme venovať.

Napokon sme predpokladali, že existuje vzťah medzi závažnosťou ochorenia (inštrumentálne hodnotenou ako dĺžka trvania ochorenia a predovšetkým počet hospitalizácií) a efektom programov. Očakávali sme, že u pacientov zo závažnejším a chronickejším ochorením budú mať programy nižší efekt (nižší potenciál k pozitívnej zmene).

Signifikantný sa ukázal byť vzťah medzi počtom hospitalizácií, trvaním ochorenia (operacionálne počítané ako počet rokov od prvej hospitalizácie) a efektom v subteste Podobnosti. Ako významný sa ukázal byť vzťah „psychopatológie“ k výkonu v Zoraďovaní obrázkov. V tomto prípade však efekt intervencií na zmenu v skóre v subteste nebol štatisticky významný. Štatisticky významný bol tento efekt v subteste Podobnosti v oboch intervenčných skupinách, nie však v kontrolnej (overované Wilcoxonovým neparametrickým testom). Ukazuje sa, že efektivita terapie súvisí aj s dĺžkou trvania ich ochorenia. Počet hospitalizácií ako nepriamy ukazovateľ závažnosti stavu sa javí citlivým ukazovateľom pri ovplyvňovaní pacienta (psycho)terapeutickými intervenciami.

Diskusia

Získané výsledky sú ovplyvnené výskumným dizajnom. Porovnávali sme tri výskumné skupiny: dve intervenčné skupiny, ktorých členovia sa zúčastnili psychoedukačného programu, a kontrolnú skupinu, zloženú z pacientov dochádzajúcich na ambulantné kontroly.

Efekt v oblasti informovanosti o ochorení (psychoedukácia ako metóda)

Po intervencii došlo k zlepšeniu informovanosti (dotazník DISO) v skupine PRELAPSE, nie však v skupine MIPT. Je pravdepodobné, že k zlepšeniu znalostí o ochorení je potrebný systematický prístup, v ktorom sú zrozumiteľné a štruktúrované informácie opakovane podávané so sprievodnou diskusiou, ktorá pomôže k vyjasneniu a želanej internalizácii poznatkov. Pri niektorých výskumoch vplyvu psychoedukácie na zlepšenie informácií viedla psychoedukácia k efektu (Heretik, 1997; Góbis, 1999), v iných sa efekt PRELAPSE či MIPT nepotvrdil (Petrová a Slášťanová, 1998). Problematickou je otázka nakoľko samé zvýšenie kvantity a kvality poznatkov povedie k zmenám v oblasti postojov aj kompliantného správania. Vo výskumnej literatúre je v tejto oblasti len veľmi málo informácií. Vo výskume Góbisovej (1999) bola na postihnutie zmeny v skúsenostnej a postojovej oblasti po absolvovaní psychoedukácie použitá metóda sémantického výberu. Skúmanými modalitami boli prežívanie ochorenia, spolupráce v liečbe, užívanie liekov, hodnotenia svojej životnej dráhy so zameraním na budúcnosť a hodnotenia vlastnej osoby, (Góbis, 1999). Po absolvovaní programu zistila 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 aj niektoré postojové aspekty pacientovej skúsenosti.

Efekt psychoedukácie meraný nárastom skóre v dotazníkoch je ovplyvnený aj pacientovou predošlou skúsenosťou. U málo informovaných pacientov je efekt psychoedukácie ľahšie zistiteľný a dramatický nárast informácií je pravdepodobnejší. U „skúsených“ informovaných pacientov môže pacient z opakovanej psychoedukácie získať a obnoviť poznatky a odporúčania pre prevenciu relapsov.

Efekt intervenčných programov na kognitívny výkon pacientov

Výskum schizofrénnych porúch prináša rastúci počet a mohutnosť dôkazov o tom, že deficit kognitívnych funkcií je bazálnou súčasťou obrazu schizofrénie, predchádza prepuknutiu ochorenia a vplyvom ochorenia sa môže ďalej prehĺbovať (Češková, 1998, 1999; Mockler a spol., 1998; Murray, 1994; Rund, 1998).

Ukazuje sa, že niektoré kognitívne deficity pri schizofrénii možno znížiť (Roder a spol., 1993). Ako sľubnejšie sa javí ísť cestou kompenzácie poškodenej funkcie ako priameho tréningu deficitu (Diamant a Vašina, 1998).

Zistili sme zlepšenie výkonu v subteste podobnosti (WAIS-R) v oboch intervenčných programoch mierne v prospech MIPT. 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 aj hľadanie analógií (v princípe podobné úlohe v subteste Podobnosti). Krajčovičová a Čaplová (2000 a,b) ani Petrová a Slášťanová (1998) nezistili zlepšenie kognitívneho výkonu u pacientov po absolvovaní MIPT.

Viacerí autori kritizovali nácvik abstraktných kognitívnych zručností a zdôrazňujú potrebu tréningu sociálnych kognícií, ktoré málo korelujú s abstraktnými a zároveň korelujú s úspešným fungovaním pacienta v komunite (Addington a Addington, 1999; Hogarty a Flescher, 1999).

Efekt intervencií v oblasti porúch myslenia

Efekt sme zisťovali pomocou Indexu porúch myslenia (TDI). Bolo zistené, že pacienti s psychózami skórujú v TDI významne vyššie ako norma (Khadiji a spol., 1997; Marengo a Harrow, 1997; Shenton a spol., 1987; Solovay a spol., 1987), pričom pacienti so schizofréniou mali najvyššie priemerné skóre (Solovay a spol., 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. Celkový efekt bol vyšší pre MIPT, čo je kongruentné s očakávaním. V kontrolnej skupine nedošlo k významnému zníženiu Indexu porúch myslenia. Oba programy viedli k nižšiemu počtu porúch myslenia k počtu podaných riešení.

K zistenému efektu v TDI najviac prispela 0,25 hladina porúch myslenia, t.j. pásmo najľahších porúch myslenia.

Tieto sú pravdepodobne najovplyvniteľnejšie intervenciami a najviac podliehajú priebežným zmenám. Fakt, že sa ťažšie poruchy (keď ich posudzujeme samostatne) významne neznižili, môže súvisieť aj s ich celkovým nízkym počtom (najťažšia hladina porúch myslenia, napr. kontaminácie sa napríklad v našom výskumnom súbore vôbec nevyskytla).

Efekt programov zisťovaný projektívnou technikou

Po intervencii nedošlo k štatisticky významnému poklesu psychopatologických ukazovateľov v Zulligerovej projektívnej metóde. Skriningové použitie ZTT s tromi predlohami oproti zaužívanej ROR s desiatimi mala aj exploračný charakter. Ukázalo sa, že je menej citlivý k zmene úrovne psychopatológie, čo je pravdepodobne spôsobené aj nízkym priemerným počtom získaných odpovedí.

Len jednoduchá kvantitatívna diferenciacia v ukazovateľoch nie je a nemôže byť automatickou mierou zlepšenia či zhoršenia a celkového hodnotenia probanda pred intervenciou a po nej (Dobrotka, 1999). Príkladom môže byť zníženie psychopatologických ukazovateľov, ale na úkor „plochého“ až autistického prežívania. Obraz akútnej paranoidnej schizofrenie sa zvyčajne prejavuje vyšším počtom psychopatologických fenoménov v ROR vyšším podielom Dzw a Dg odpovedí (Ričan a spol., 1981), naproti tomu obraz simplexnej formy sa môže prejavovať „len“ vyprázdnením – nízkym počtom riešení, nápadnou chudobnosťou či „konformitou“ obsahov. ZTT sa ale osvedčil ako metóda pre získanie indexu TDI.

Vzťah medzi efektom u projektívnych a výkonových metód

V oblasti klinicko-psychologickej diagnostiky bývajú metódy rozdeľované na takzvané výkonové a projektívne. V prvom prípade sú odpovede či správanie probanda hodnotené (bodované, skórované) a jeho výkon je priamo porovnávaný s výkonom relevantnej populácie. Projektívne techniky sú „sondou“ do prežívania a osobnosti probanda, a ich validita a reliabilita je opakovane zdrojom polemík a sporov (Parker, 1995).

V skúmaní efektivity (nielen psychoedukačných) programov nás zaujímalo nakoľko je použité testových a výkonových metód zameniteľné a nakoľko sú dopĺňujúcimi pohľadmi na efektívnosť intervencií. Je pravdepodobné, že pri riešení úloh v oboch typoch metód sú zapájané niektoré spoločné kognitívne funkcie a štýly a prejavujú sa vlastnosti osobnosti (napríklad cieľavedomosť, trpezlivosť, impulzivnosť).

V našom výskume sa oba ukazovatele (skóre v Podobnostiach aj TDI) po absolvovaní pri oboch intervenčných programoch významne zmenili, korelácia medzi nimi však bola nízka, čo je v rozpore so zistením Nestora a spol. (1998).

Obe skupiny metód poskytujú skôr dopĺňajúci ako prekrývajúci sa pohľad na hodnotenie efektu programov. V prípade snahy o široké hodnotenie efektivity intervencií možno preto odporučiť ich používanie ako dopĺňujúcich metód a „iných uhlov pohľadu“ na problém.

Vzťah psychopatológie a efektu psychoedukačného programu

Predpokladaný vzťah medzi psychopatologickými charakteristikami ochorenia u probandov (počet hospitalizácií, počet rokov trvania ochorenia) a efektom programov sa čiastočne potvrdil. Korene sporu o to, či schizofrenia vedie k úbytku intelektových a iných kognitívnych schopností stála v začiatkoch modernej psychiatrie (Kraepelin, Bleuler) a trvá dodnes (Hans a spol., 1999; Hoff a spol., 1999; Murray, 1994; Weinberger a Galhofer, 1997).

Pri hodnotení východzieho stavu (pred absolvovaním programu) sme nenašli významné korelácie (metódou Spearmanovej poradovej korelácie) 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, Zoradovanie 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 aj po dlhšom trvaní spojenom s relapsami.

Zistili sme, že pri mierach, ktoré sa významne zmenili po absolvovaní programu, existuje významný vzťah len medzi počtom hospitalizácií a získaním skóre v Podobnostiach. V subtestoch Zoradovanie obrázkov a Porožumenie nedošlo k zlepšeniu výkonu po programoch, miera zlepšenia však bola vo významnom vzťahu k počtu hospitalizácií. Tento vzťah sa netýkal 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.

Môžeme zhrnúť, že pri skúmaní vzťahu medzi dĺžkou trvania ochorenia závažnosťou ochorenia k mieram kognitívneho výkonu 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 diferenciacie v hodnotení stability a progresivity ochorenia.

Stabilita efektu programu PRELAPSE po jednom roku

Pri skúmaní globálnej efektívnosti intervencie sa nemôžeme uspokojiť len so zhodnotením okamžitého efektu (Kazdin, 1999). Je potrebné sledovať stabilitu, smerovanie a trendy zmeny v longitudinálnom priebehu. 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 bratislav-

Tabuľka 6. Stabilita efektu DISO po roku. Rozdiely medzi skupinami

	N	Priemer	Št. odchýlka	Min	Max	Mann-Whitney U	Exakt Sig. [2*(1-smerná sig.)]
Stabilita DISO	37	-,9081	3,1922	-10,00	5,00	Z	
skupina	64	1,7656	,8115	1,00	3,00	-2,442	.014

Mann-Whitney U Test,

Tabuľka 7. Stabilita efektu v subteste podobnosti po roku

	N	Priemer	Št. odchýlka	Min	Max	Z	Asympt. sig (2-smerná)
PRELAPSE							
subtest podobnosti po intervencii	30	10,87	2,75	5	17		
subtest podobnosti po roku	22	10,41	2,24	7	15	-1,760	,078
Kontrolná skupina							
subtest podobnosti po intervencii	15	10,93	3,08	7	17		
subtest podobnosti po roku	15	10,07	2,60	6	14	-1,355	,176

Tabuľka 8. Stabilita efektu v oboch sledovaných skupinách po roku

TDI (skóre porúch myslenia)	N	Priemer	Št. odchýlka	Min	Max	Z (TDI3-TDI2)	Asymp. Sig. (2-smerná)
PRELAPSE							
TDI po intervencii	25	7,44	4,1220	,00	17,86		
TDI po roku	20	11,76	7,7963	2,50	35,00	-2,576	.010
Kontrolná skupina							
TDI po intervencii	14	10,11	11,2107	,00	45,00		
TDI po roku	14	8,96	6,0940	,00	25,00	-,094	,925

Wilcoxonov Test.

ských psychiatrických ambulancií. Stabilitu efektu sme overovali po jednom roku od absolvovania PRELAPSE.

Pri dotazníku Informácií o schizofrénnom ochorení sme zistili signifikantný pokles znalostí v skupine PRELAPSE (Man-Whitney U Test, $p=0,014$, tab. 6).

Podobne ani zistený efekt pri PRELAPSE v subteste WAIS-R podobnosti sa po roku neudržal ($p=0,78$, $r_m=0,33$, tab. 7).

Bezprostredný efekt v projektívnych psychopatologických ukazovateľoch sme po absolvovaní programoch nezistili. Porovnanie stability meraných premenných má skôr teda význam ako ukazovateľ stability úrovne psychopatológie u probandov (ak vylúčime predpoklad, že uvedené premenné sú málo citlivé voči zmenám v psychopatológii) (tab. 8).

Z údajov v tabuľke 9 vidíme, že časovému vplyvu (či psychopatologickému stavu pacienta) najviac podliehajú ukazovatele: odpovede z detailu na celok, formový pomer odpovedí a index reality. K zisteniam sa vrátíme v diskusii.

Posledným výskumným predpokladom bolo, že program PRELAPSE povedie k zníženiu množstva relapsov (merané ako počet rehospitalizácií počas jedného roka) (tab. 10, 11).

Medzi skupinami sme nezistili významné rozdiely v počte relapsov po roku (tab. 12, 13).

Diskusie

Stabilita efektu po roku

Výskumný predpoklad o stabilite efektu intervencií po jednom roku sa čiastočne potvrdil. Pri skúmaní efektivity

Tabuľka 9. Stabilita psychopatologických ukazovateľov v ZTT

Projektívne ukazovatele	N	Priemer	Št.odchýlka	Minimum	Maximum	Z	Asymp.sig
detail-celok, po - %	56	6,36	9,9333	,00	33,30		
detail-celok po roku - %	34	10,96	16,8557	,00	88,90	-1,972	,049
medzipriestorové odp po - %	56	3,52	6,6782	,00	33,30		
medzipriestorové odp po roku %	34	5,03	7,9357	,00	28,60	-1,365	,172
forma po - %	56	85,32	9,9062	57,10	100,00		
forma po roku - %	34	83,24	8,1831	66,70	100,00	-2,027	,043
formová kvalita po - %	56	75,40	17,3364	3,30	100,00		
formová kvalita po roku - %	33	73,23	16,2095	8,00	100,00	-,364	,716
ľudské odp po - %	56	12,97	11,4027	,00	50,00		
ľudské odp po roku - %	34	12,02	9,7138	,00	33,30	-1,257	,209
nerealistické odp po - %	56	13,18	10,3723	,00	42,90		
nerealistické odp po roku - %	34	17,63	13,6394	,00	50,00	-2,301	,021
realitný index po - S	56	4,68	1,9735	,00	8,00		
realitný index po roku - S	34	4,88	1,5718	1,00	8,00	-,872	,383

Tabuľka 10. Skupina PRELAPSE: počet relapsov v jednoročnom sledovaní

	PRELAPSE	Frekvencia	Percento	Valid. Percent	Kumulatívne percento
Valid	Bez relapsu	16	53,3	69,6	69,6
	Relaps	7	23,3	30,4	100,0
	Celkovo	23	76,7	100,0	
Chýba	System	7	23,3		
Celkovo		30	100,0		

Tabuľka 11. Kontrolná skupina: Počet relapsov v jednoročnom sledovaní

	Kontrola	Frekvencia	Percento	Valid Percent	Kumulatívne percento
Valid	Bez relapsu	12	80,0	80,0	80,0
	Relaps	3	20,0	20,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Tabuľka 12. Významnosť rozdielov v počte relapsov medzi PRELAPSE a kontrolnou skupinou

	Value	df	Asymp. Sig. (2-smerná)	Exact Sig. (2-smerná)	Exact Sig. (1-smerná)
Pearsonov Chi-kvadrát	,510	1	,475		
Fisher's Exact Test				,709	,373

Tabuľka 13. Výsledky výskumu pre jednotlivé hypotézy a metódy

Hypotéza (Metóda)	Intraskupinový efekt*	Globálny efekt**
intervencie 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 .
Intervencie povedú k zlepšeniu kognitívnych funkcií		
WAIS-R: Zoradovanie obrázkov	PRELAPSE: efekt intervencie sa nepotvrdil . 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
Intervencie 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
Intervencie povedú k zníženiu úrovne psychopatológie		
Ukazovatele z ZTT	PRELAPSE: efekt sa nepotvrdil . MIPT: efekt sa nepotvrdil	PRELAPSE: efekt sa nepotvrdil . MIPT: efekt sa nepotvrdil
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)
Vzťah medzi psychopatologickými charakteristikami a mierou efektu intervenčných programov. (Chi-kvadrát testy)		
WAIS-R, AE, TDI, ZTT,	nepotvrdenie hypotézy	
Stabilita efektu PRELAPSE v oblastiach znalostí o chorobe, kognitívneho fungovania, asociativity pacientov.		
WAIS-R, AE, TDI, ZTT,	Čiastočné potvrdenie hypotézy (Wilcoxon, Man_Whitney Testy)	
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

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, patria: podržanie informácií, citlivosť na symptómy pacienta, interakcie s pacientom, bremeno choroby v rodine, nádej do budúcnosti, počet hodín strávených s pacientom. Relatívne rýchly je úbytok informácií získaných priamo psychoedukáciou (Vránová, 1998), čo je v súlade s všeobecnou teóriou učenia v psychológii o vyhasínaní, znižovaní rozdielov v čase (napr. Atkinson a spol., 1995).

Výsledky výskumu nás z tohto hľadiska nepriamo vedú k podpore predpokladu, že intervenčné programy viedli k zlepšeniu informovanosti a kognitívneho výkonu. V prípade, že by tieto zmeny boli spôsobené (či moderované) len zlepšujúcim sa stavom vplyvom farmakologickej liečby a zvyšujúcim časovým intervalom od prekonania akútnej psychózy by hodnoty v druhom meraní mali vykazovať stabilitu aj po roku (podobne ako v kontrolnej skupine).

V diskusii k výsledkom sme boli upozornení (Novotný, 2001), že podiel pacientov v našom súbore, ktorí užívajú atypické neuroleptiká výrazne presahuje celoslovenský priemer. Tiež sme bližšie nekategorizovali heterogénnu skupinu atypických neuroleptík, pričom mechanizmy ich účinku sa líšia.

Pri zhrnutí výsledkov tejto časti môžeme teda predbežne predpokladať, že efekt v oblasti informovanosti, kognitívnych funkcií aj Indexe porúch myslenia (TDI) dosiahnutý intervenciami sa časom stráca – blíži sa hodnotám pred absolvovaním programu PRELAPSE.

Potvrdil sa aj predpoklad, že medzi skupinou PRELAPSE a kontrolnou skupinou nebudú významné rozdiely v počte relapsov po jednom roku

Program PRELAPSE sám o sebe neznamenal ochranu pred relapsmi. Nedostatok a nesprávnosť informácií o povahe schizofrénnych psychóz a ich liečbe sa uvádzajú ako dôvod nízkej spolupráce pacientov a ich príbuzných s lekármi (Kane, 1994; Kissling, 1996). Podľa nášho zistenia samé zlepšenie informácií o ochorení (program PRELAPSE) nemá priamy vplyv zníženie počtu relapsov, čo je v rozpore so zistením Kisslinga (1996), ale v zhode so zisteniami iných autorov (Fadden, 1998; Nugter, 1997). Je však potrebné zdôrazniť, že sme použili veľmi hrubé kritérium relapsu (počet hospitalizácií) na malej vzorke a pre potreby budúceho výskumu v tejto oblasti je nutné stanoviť oveľa jemnejšie kritérium pre diferencovanie relapsov či well-being pacientov.

Limity

K limitom prezentovaného výskumu patrí, že pacienti do jednotlivých skupín neboli zaraďovaní náhodne. Pomerne vysoký bol drop-out pacientov. Aj keď sa skupiny medzi sebou významne nelíšili v jednotlivých metódach v žiadnom ukazateli, vykazovali určité systematické odchýlky. Žiaden zo zistených efektov overených Wilcoxonovým neparametrickým testom pre dva závislé výbery nebol potvrdený globálnym meraním efektu založenom na diferenciách rozdielov pomocou Kruskal-Wallisovho testu. Samostatným problémom mimo rámca bežného klinického výskumného dizajnu je ekologická validita zistení.

Zhrnutie a záver

V našom výskume sme mohli potvrdiť niektoré predpoklady o efektivite 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.

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 (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 zhode s paradigmou vulnerability a špecificky v kontexte nových trendov (Addington a Addington, 1999; Bellack a spol., 1999; Hogarty a Flescher, 1999) možno (a je to vhodné) začať všeobecným „mobilizujúcim“ programom pre širokú skupinu pacientov už v postakútnej fáze. Tento program by mal mať sociabilizujúci, a prípadne aj tréningový efekt. Následne je však potrebné pokračovať individuálne (či 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 efektívnosť a ekologickú validitu (Goodwin, 1999).

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

*Autor ďakuje prim. MUDr. Breierovi a personálu Psychiatrickej kliniky, ambulancií a Denného stacionára Fakultnej nemocnice NsP Ružinov-Bratislava, vedeniu a personálu Psychiatrickej kliniky a stacionára FN a LFUK Mickiewiczova ul. v Bratislave, MUDr. Janíkovej a v neposlednom rade pacientom za trpezlivosť a ochotu spolupracovať na projekte.

Literatúra

1. **Addington J., Addington D.:** Neurocognitive and social functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25(1), 1999, s. 173-182.
2. **Atkinson R.L., Atkinson R.C., Smith E.E., Bem D.J., Noel-Hoeksema S.:** *Psychologie*. Victoria Publishing, Praha, 1995.
3. **Bellack A.S., Gold J.M., Buchanan R.W.:** Cognitive rehabilitation for schizophrenia: Problems, prospects, and strategies. *Schizophrenia Bulletin*, 25(2), 1999, s. 257-274.
4. **Byrom B.D., Garrat Ch.J., Kilpatrick A.T.:** Influence of antipsychotic profile on cost of treatment of schizophrenia: A decision analysis approach. *Int. J. of Psychiat. in Clin. Practise*, 2, 1998, s. 129-138.
5. **Češková E.:** Kognitívny dysfunkcie u schizofrenie. *Česká a Slovenská psychiatria* 95(5), 1999, s. 278-287.
6. **Diamant J.J., Vašina L.:** *Kapitoly z neuropsychologie*. Masarykova Univerzita, Brno 1998.
7. **Fadden G.:** Research update: Psychoeducational family interventions. *J. of Family Therapy*, 20(3), 1998, s. 293-309.
8. **Friedman H.:** A simplified table for the estimation of magnitude of experimental effect. *Psychonomic Science*, 14(4), 1969.
9. **Gobis O.:** *Psychoedukačný modul v liečbe psychotických ochorení*. Rigorózna práca. FiFUK, Bratislava 1999.
10. **Goodwin J.G.:** *Research in psychology. Methods and design*. 2nd. ed., John Wiley & Sons, Inc, NY 1999.
11. **Goldstein M.J.:** Psychoeducation and relapse prevention. *International Clinical Pharmacology*, 9, 1994, Suppl. 5, s. 59-69.
12. **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.*, 56(8), 1999, s. 741-748.
13. **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*, 156, 1999, s. 1336-1341.
14. **Hatfield A.:** Issues in psychoeducation for families of the mentally ill. *Int. J. Ment. Health*, 17(1), 1988, s. 48-64.
15. **Heretik A.H.:** *Porovnanie efektu psychoedukačných programov v liečbe schizofrenie*. Doktorandská dizertačná práca, FF UK, Bratislava 2001.
16. **Heretik A., Heretik A., jr, Obuch I.:** Pokus o hodnotenie efektu Prelapsu - prvé skúsenosti. *Psychiatria* 4, 1997, č. 1-4, s. 129-133.
17. **Hogarty E.G., Flesher S.:** Developmental theory for cognitive enhancement therapy in schizophrenia. *Schizophr. Bull.*, 25(4), 1999, s. 693-708.
18. **Imrišková A.:** Skúsenosti so zaradením programu PRE-LAPSE do komplexného prístupu v liečbe schizofrenie. *Česko-Slovenská psychiatria*, 94(4), 1998, s. 191-197.
19. **Kane J.M.:** Neuroleptic relapse prevention. In: Kissling (ed.): 1994, s. 38-44.
20. **Kazdin A.E. (ed.):** *Methodological issues and strategies in clinical research*. APA, Washington 1995.
21. **Kazdin A.E.(ed.):** *Methodological issues and strategies in clinical research*. 2nd. ed. Washington, DC, USA: American Psychological Association, 16, 1998, s. 825.
22. **Khadivi A., Wetzler S., Wilson A.:** Manic indices on the Rorschach. *J. of Personality Assessment*, 69(2), 1997, s. 365-375.
23. **Kissling W.:** *Program Prelaps - príručka pre terapeutov*. Lundbeck, Bratislava 1996.
24. **Kolibáš E., Kořínková V.:** *Schizofrenia a poruchy z jej okruhu*. Asklepios, Bratislava 1998.
25. **Kondáš O.:** *Asociačný experiment*. Bratislava, Psycho-diagnostické a didaktické testy, n.p., 1979.
26. **Kondáš O.(ed.):** *Psychodiagnostika dospelých*. Osveta, Martin 1992.
27. **Kotuliaková D., Čaplová T.:** Integrovaný psychoterapeutický program pre pacientov s diagnózou schizofrenie - naše prvé skúsenosti. *Psychiatria*, 2, 1995, č. 4, s. 201-204.
28. **Krajčovičová D., Čaplová T.:** Možnosti zlepšovania sociálnych spôsobilostí u schizofrenikov a ich význam pre re-integráciu a resocializáciu. *Psychiatria*, 7, 2000, č. 3, Suppl. 1, s. 82-86.
29. **Krajčovičová D.:** Využitie psychoterapie na ovplyvnenie porúch kognitívnych funkcií a porúch sociálnych spôsobilostí pri schizofrenii. II. časť. *Psychiatria*, 7, 2000, č. 3, s. 145-156.
30. **Kumar R.:** *Research methodology*. SAGE publications, London-Thousand Oaks-New Delhi 1998.
31. **Lindstrom E.:** Hidden cost of schizophrenia. *J. Drug Dev. Clin. Pract.*, 7, 1996, s. 281-288.
32. **Marengo J.T., Harrow M.:** Longitudinal courses of thought disorder in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr. Bull.*, 23(2), 1997, s. 273-285.

- 33. Michal V.:** Zulligerův tabulkový test: Stručný úvod do Zulligerovy projektivní techniky. Jindřich Horkel Elektronik Test, Nový Jičín 1998.
- 34. 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.
- 35. Murray R.M.:** Neurodevelopmental schizophrenia: The rediscovery of dementia praecox. *B. J. Psychiat.*, 165, 1994, Suppl. 25, s. 6-12.
- 36. Nestor P.G., Shenton M.E., Wible C. et al:** A neuropsychological analysis of schizophrenic thought disorder, *Schizophrenia Research*, 29, 1998, s. 217-225.
- 37. Novotný V.:** Osobné zdedenie, 2001.
- 38. Nugter A.:** Family factors and interventions in recent onset schizophrenia. *Academisch Proefschrift*, AMC Amsterdam 1997.
- 39. Parker K.C., Hanson R.K., Hunsley J.:** MMPI, Rorschach and WAIS: A metaanalytic comparison of reliability, stability and validity. In: Kazdin A.E.(Ed.): *Methodological issues and strategies in clinical research*. APA, Washington 1995, s. 217-233.
- 40. 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.
- 41. Říčan P., Šebek M., Ženatý J., Morávek S.:** Úvod do Rorschachovy metody. *Psychodiagnostické a diagnostické testy*, n.p., Bratislava 1981.
- 42. Říčan P., Šebek M., Wágnerová M.:** WAIS-R. I. část. Příručka. *Psychodiagnostické a didaktické testy*, Bratislava 1983.
- 43. Ritomský A.:** Deskripcia dát pomocou SPSS. Medzinárodné stredisko pre štúdium rodiny, 1999.
- 44. Roder V., Brenner D.H., Kienzle N., Hodel B.:** Schizophrenie, integrovaný psychoterapeutický program pro schizofrenní pacienty. Triton, Praha 1993.
- 45. Rund B.R.:** A review of longitudinal studies of cognitive functions in schizophrenia patients. *Schizophrenia Bulletin*, 24(3), 1998, s. 425-435.
- 46. Shenton M.E., Solovay M.R., Holzman P.:** Comparative study of thought disorder. II. Schizoaffective disorder. *Arch. Gen. Psychiat.*, 44(1), 1987, s. 21-30.
- 47. Solomon P.:** Moving from psychoeducation to family education for families of adults with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 12(47), 1996, s. 1364-1370.
- 48. 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.
- 49. 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.
- 50. Stančák I.:** Klinická psychodiagnostika dospelých. *Psychoprof*, Nové Zámky 1996.
- 51. Vránová J.:** Psychiatrická rehabilitácia schizofrénnych pacientov. Práca k kvalifikačnej atestácii II. stupňa zo psychiatrie. IVZ, Bratislava 1991.
- 52. Weinberger D.R., Galhofer B.:** Cognitive function in schizophrenia. *International Clinical Psychopharmacology*, 12, 1997, Suppl. 4, s. 29-36.
- 53. Weiner I.B.:** *Psychodiagnostics of schizophrenia*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Inc., Manwah New Jersey 1997.
- 54. Westen D., Feit A., Zittel C.:** Methodological issues in research using projective methods. In: Kendall P.C., Holmbek G.N., Butcher J.N.(Eds.), 1998.

Do redakcie došlo 2.8.2002.