

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Diplomová práce

Bc. Eva Kuhnová

Hodnocení kognitivního postižení u schizofrenních pacientů

Assessment of cognitive impairment in schizophrenic patients

Praha 2016

Vedoucí práce: PhDr. Tamara Hrachovinová, CSc.

Poděkování

Děkuji PhDr. Tamaře Hrachovinové, CSc. za odborné vedení diplomové práce, připomínky a trpělivé konzultace. Dále mé veliké poděkování patří MUDr. Ondřeji Pěčovi, který mě přivedl k tématu této diplomové práce a zapojil mě do výzkumu realizovaným na Klinice ESET. Děkuji mu také za podporu a vřelost během konzultací, velmi cenné připomínky a množství doporučené literatury. Dále děkuji PhDr. Evě Dragomirecké za pomoc s metodologickými otázkami a statistickým zpracováním dat. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat všem, kteří byli ochotni odpovídat na všechny otázky v dotaznících a bez jejichž spolupráce by tato práce nemohla vzniknout.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci napsala samostatně s využitím pouze uvedených a řádně citovaných pramenů a literatury a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 25. července 2016

.....

Bc. Eva Kuhnová

Abstrakt

Práce se věnuje aktuálnímu tématu kognitivních deficitů u osob se schizofrenií. Blíže představuje subjektivní hledisko nemocných, prožívání deficitů v kognitivní oblasti. Vlastní text práce je obvyklým způsobem rozčleněn na teoretickou a empirickou část.

Teoretická část se zabývá specifiky kognitivních funkcí a jejich deficity u pacientů se schizofrenií. Blíže se zaměřuje na subjektivní pohled jedince, prožívání postižení, které vyplývá z narušených kognitivních funkcí. Sleduje také dopad potíží v kognitivních oblastech na život jedince. V práci jsou představeny nástroje, které měří kognitivní funkce. Velký prostor je věnován sebehodnotícímu nástroji Frankfurtský dotazník potíží (FBF, FCQ), jeho vzniku, popisu a psychometrickým vlastnostem.

Empirická část je věnována využití českého překladu Frankfurtského dotazníku potíží v praxi. Na vzorku 53 jedinců s diagnózou F20.0 a 53 jedinců bez psychiatrické diagnózy byly zkoumány psychometrické kvality dotazníku (diskriminační validita, Cronbachovo alfa, test-retest reliabilita). U pacientů s F20.0 byl dále zkoumán vliv počtu hospitalizací a vliv absolvované léčby ve stacionáři pro psychotické pacienty na jejich subjektivně prožívané potíže. Sledována byla také souvislost mezi vnímanými kognitivními poruchami a zdravotním stavem, měřeným nástrojem HoNOS. Zjištěná data byla porovnána se zahraničními výzkumy.

Výsledky ukazují, že FBF je dostatečně validní a reliabilní metoda, která odlišuje zdravé osoby od osob s diagnózou schizofrenie. Závislost mezi počtem prodělaných hospitalizací a vnímanými kognitivními poruchami nebyla prokázána. Byly však prokázány signifikantní pozitivní korelace mezi vnímanými kognitivními potížemi a vnímaným zdravotním stavem. Osoby, které vnímají více potíží v kognitivní oblasti, pociťují výrazněji symptomy, jako jsou halucinace, bludy a skleslá nálada. Dále pociťují větší problémy s pamětí a orientací, tělesné potíže a potíže v sociální oblasti. Výsledky také naznačují snížení množství prožívaných kognitivních potíží po absolvování psychotherapeutického programu denního stacionáře na Klinice ESET.

Klíčová slova: kognitivní funkce, kognitivní deficit, schizofrenie, prožívání, Frankfurtský dotazník potíží (FBF), zdravotní stav

Abstract

The thesis deals with the contemporary topic of cognitive deficit present by schizophrenic people. It introduces the subjective point of view of the patients in more detail, which means the experience of deficits in the cognitive area. The text itself consists, as usual, of the theoretical and the research section.

The theoretical section deals with the specifics of cognitive functions and their deficits present by schizophrenic patients. It focuses more closely on the subjective point of view of an individual, the impairment-related experience which follows from the impaired cognitive functions. The thesis pursues also the impact of cognitive impairment on an individual's life. A part of the theoretical section is also dedicated to the tools designated to measure cognitive functions. The major subpart is dedicated to self-evaluating tool entitled Frankfurt Complaint Questionnaire (FCQ), concerning primarily its origin, description and psychometric properties.

The research section is based on the usage of the Czech translation of the FCQ in practice. Based on an observation of a sample of 53 individuals diagnosed with F20.0 and 53 healthy people, the psychometric qualities of the FCQ (discriminant validity, Cronbach's alpha, test-retest reliability) were examined. In case of patients diagnosed with F20.0, there was also examined the impact of the count of hospitalizations and also the impact of participating on the program for psychotic patients on their subjective perception of the experienced troubles. Relationships between the perceived cognitive impairment and the actual health state (measured by the HoNOS tool) were examined as well. The collected information was compared with research work from abroad.

The results prove that the FCQ is a sufficiently valid and reliable method that distinguishes healthy people from patients diagnosed with schizophrenia. The relationship between the count of underwent hospitalizations and the perceived cognitive impairments has not been proven. However, significant positive correlations between the perceived cognitive impairments and the perceived health state have been demonstrated. Patients that perceive several troubles within the cognitive area, tend to perceive symptoms like hallucinations, fallacies and decreased mood more intensely. Furthermore, they tend to experience troubles related to memory and orientation, and physical and social impairment, more significantly. The results also indicate a decrease

of volume of the perceived cognitive impairment after taking part in the daily psychotherapeutic program of the ESET care center.

Key words: cognitive functions, cognitive deficit, schizophrenia, Frankfurt Complaint Questionnaire (FCQ), health state

Obsah

Úvod.....	9
Teoretická část	11
1 Kognitivní funkce u pacientů se schizofrenií.....	11
1.1 Úvod do problematiky kognitivních funkcí	11
1.1.1 Kognitivní funkce a dysfunkce, postižení kognitivních funkcí	11
1.1.2 Kognitivní deficit	13
1.2 Schizofrenie.....	13
1.2.1 Stručné vymezení schizofrenie	14
1.2.2 Symptomy schizofrenie	15
1.2.3 Typy schizofrenie	17
1.3 Kognitivní deficity u pacientů se schizofrenií.....	20
1.3.1 Historie kognitivních deficitů u schizofrenie.....	21
1.3.2 Kognitivní deficit jako symptom schizofrenie.....	22
1.3.3 Průběh kognitivního deficitu u schizofrenie	22
1.3.4 Oblasti kognitivní dysfunkce u schizofrenie	23
1.3.5 Terapie kognitivního deficitu u schizofrenie	29
2 Prožívání u pacientů se schizofrenií.....	32
2.1 Subjektivní prožívání kognitivních potíží	33
2.1.1 Huberova koncepce bazálních poruch	34
2.1.2 Bazální symptomy	35
2.1.3 Vztah mezi bazálními symptomy a klinickými projevy schizofrenie... 36	
2.2 Nástroje hodnocení subjektivního prožívání u schizofrenie	37
3 Měření kognitivního deficitu.....	38
3.1.1 Nástroje objektivního hodnocení kognice u schizofrenie.....	40
3.1.2 Nástroje subjektivního hodnocení kognice u schizofrenie	42
4 Frankfurtský dotazník potíží (FBF, FCQ).....	46
4.1 Vývoj metody	46
4.2 Diagnostické využití.....	48
4.3 Popis metody	48
4.4 Přehled škál	49
4.5 Interpretace.....	54
4.6 Psychometrické vlastnosti	55
4.7 Výzkumné studie.....	56
4.7.1 Výzkumy u pacientů se schizofrenií.....	56

4.7.2	Výzkumy pacientů různých diagnostických skupin	57
4.7.3	Korelace dotazníku s dalšími nástroji.....	58
4.8	Česká verze dotazníku FBF.....	60
	Empirická část.....	61
5	Cíl výzkumu, výzkumný problém a hypotézy	61
6	Výzkumný vzorek	63
6.1	Výběr výzkumného a kontrolního souboru	64
6.1.1	Výzkumný soubor (VS)	64
6.1.2	Kontrolní soubor (KS)	65
6.2	Popis výzkumného a kontrolního souboru	66
7	Výzkumné metody	71
8	Průběh šetření.....	73
9	Výsledky	75
9.1	Skórování a zpracování výsledků.....	75
9.2	Popis výsledků.....	75
10	Interpretace a diskuse získaných dat	86
10.1	Výsledky.....	86
10.2	Soubor respondentů.....	90
10.3	Užité metody	91
10.4	Prostor pro další zkoumání.....	92
	Závěr	93
	Použitá literatura	95
	Seznam tabulek	102
	Seznam grafů	103
	Přílohy.....	104

Úvod

Deficity kognitivních funkcí byly v posledních desetiletích v čele zájmu mnoha odborníků pracujících se schizofrenními pacienty. Nepochybně jsou velmi významným aspektem psychopatologie schizofrenie. Kognitivní deficity mají značný dopad na život jedince, způsobují mnoho projevů psychologického a sociálního postižení. Příkladem mohou být potíže v adaptaci, ve zvládnání běžných činností a potíže v sociálních vztazích. Snahou odborníků, pracujících s touto klientelou je usilovat o zmírnění kognitivního postižení a umožnit nemocným žít co nejkvalitnější život. K tomuto cíli přistupují cestou farmakologické léčby a psychologickým působením. Efektivní se zdá být integrovaný přístup, který kombinuje farmakoterapii, psychoedukaci, nácvik sociálních dovedností a kognitivní trénink.

V současné době je k dispozici mnoho neuropsychologických testů, ale také elektrofyziologických metod, které přispívají ke studiu kognitivních funkcí a poskytují nové informace. Zjištění získaná z objektivních metod však nemusí mít vždy přímočarý vztah k subjektivnímu prožívání nemocných osob. Chceme-li skutečně poznat, jak se nemocní cítí, s jakými obtížemi se setkávají a co jim způsobuje těžkosti v životě, musíme se zeptat přímo pacientů. Pro snadnější orientaci nám mohou pomoci sebeposuzovací nástroje. Věřím, že snaha o pochopení situace nemocného, zájem o jeho vnitřní svět a jedinečný přístup, může významným způsobem pomoci na jeho cestě k zotavení.

Výběr tématu diplomové práce se odvíjel od mého dosavadního zájmu o osoby se schizofrenií, kterým jsem se věnovala již ve své bakalářské práci, a s nimiž mám jako sociální pracovník možnost soustavně pracovat. Přestože jsem s těmito lidmi v každodenním kontaktu, ke zkoumání hodnocení kognitivního postižení mě přivedl až MUDr. Ondřej Pěč, kterého jsem oslovila ohledně možnosti výzkumu na Klinice ESET. Moc si vážím příležitosti zapojit se do výzkumu adaptace české verze Frankfurtského dotazníku potíží (FBF) a rozšíření znalostí o tomto nástroji a problematice kognitivních poruch.

Cílem teoretické části práce je seznámení čtenáře s problematikou kognitivních funkcí a kognitivních deficitů u schizofrenních pacientů. Nebylo záměrem prezentovat

schizofrenii ve své celistvosti. Domnívám se, že takový úkol by byl na samostatnou publikaci. Schizofrenie byla představena především v kontextu kognitivních deficitů. Nebylo však opomenuto alespoň stručné vymezení tohoto onemocnění, seznámení čtenáře s jeho symptomy a subtypy. Další kapitola je věnována prožívání pacientů se schizofrenií a prožívání kognitivních potíží. Čtenáři je přiblížena Huberova koncepce bazálních poruch a bazální symptomy. Zbývající kapitoly teoretické části jsou věnovány měření kognitivního deficitu a Frankfurtskému dotazníku potíží, metodě užívané ve světě pro měření vnímaných kognitivních a percepčních poruch.

Empirická část je věnována využití FBF v praxi. Naše studie sleduje hodnocení kognitivních poruch u pacientů se schizofrenií. Realizace výzkumu proběhla v denním stacionáři Kliniky ESET. Kromě sebehodnotícího dotazníku FBF byl dále využit sebehodnotící dotazník zdravotního stavu HoNOS. Byly ověřovány psychometrické kvality Frankfurtského dotazníku potíží, zmapovány pocíťované potíže v kognitivních oblastech. Také byla sledována souvislost některých proměnných s výsledky dotazníku FBF jako je počet hospitalizací či absolvování denního stacionáře pro psychotické pacienty. V neposlední řadě byla ještě zkoumána souvislost mezi prožívanými kognitivními poruchami a zdravotním stavem nemocných.

Prezentované výsledky nám umožňují nahlédnout do individuálního prožívání potíží jednotlivců se schizofrenií. Jsou nejen podkladem pro další výzkum, ale mohou sloužit také jako materiál pro plánování poskytovaného programu péče o pacienty.

Teoretická část

1 Kognitivní funkce u pacientů se schizofrenií

1.1 Úvod do problematiky kognitivních funkcí

Záměrem této kapitoly je uvést čtenáře do problematiky kognitivních funkcí, které jsou důležitou oblastí zkoumání kognitivní psychologie a lékařské vědy. V obecné rovině zde budou představeny základní pojmy, se kterými bude dále pracováno.

1.1.1 Kognitivní funkce a dysfunkce, postižení kognitivních funkcí

S termínem kognitivní funkce se zpravidla setkáváme v odborné psychologické, neuropsychologické či psychiatrické literatuře. Slovo „kognitivní“ představuje širokou škálu mentálních a intelektuálních schopností závislých na koordinovaném a integrovaném fungování mozku, především na funkci mozkové kůry (Preiss, 2006). Kognitivní funkce lze chápat jako jednotící pojem pro funkce a schopnosti, které se vztahují k procesům poznávání, zvláště ke schopnostem člověka chápat informace a dále je využívat. Malá (2005, s. 119) definuje kognitivní funkce jako „*funkční systémy mozku, které zahrnují pozornost, krátkodobou paměť, exekutivní funkce a zrakově prostorové úkony, potažmo motorickou koordinaci.*“ Vymezení kognitivních funkcí je v literatuře různorodé, např. Sternberg (2009) se zabývá těmito oblastmi - pozornost a vědomí, vnímání, paměť, reprezentace poznatků, jazyk, řešení problémů a tvořivost, usuzování a rozhodování.

Preiss (2006, s. 31) rozděluje kognitivní funkce do tří oblastí:

- receptivní (výběr, udržení, třídění a integrace informací),
- paměť a učení,
- myšlení a expresivní funkce.

Autor odděluje od kognitivních funkcí funkce exekutivní, oblast emocí a oblast motivace. Jiní autoři (Kučerová & Říhová, 2006; Rodriguez & Mohr, 2004; Tůma, 2008) řadí exekutivní funkce mezi kognitivní. Exekutivní funkce (řídící funkce) jsou výkonnými funkcemi a umožňují vytváření a realizaci plánů (Malá, 2005). Kognitivní funkce mají významný vliv na život jedince a jeho kvalitu, samostatnost při zvládnání běžných činností, jsou velmi důležité pro sociální interakce a adaptaci.

Pokud dojde k narušení některé z kognitivních funkcí, hovoříme o kognitivní dysfunkci. Malá (2005) ji společně s percepčními poruchami označuje jako centrální poruchu poznání. Konkrétně se jedná o poruchy poznání včetně diskriminace významných podnětů a také poruchy konceptualizační spojené s neschopností zpracovávat a kategorizovat informace a využívat naučené v nových kontextech.

V terminologii laické i odborné je často užíván pojem postižení. Užití tohoto pojmu však není zcela jednotné. Pro ilustraci uvádím definici Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF, 2008, s. 221), která definuje postižení (disability) jako *„zastřešující pojem pro poruchy, hranice aktivit a omezení participace. Označuje negativní hlediska interakce mezi jedincem (se zdravotním problémem) a spolupůsobícími faktory daného jedince (faktory prostředí a faktory osobní)“*. Disability dle MKF tedy zastřešuje tři pohledy - tělo, jedinec a společnost.

Postižení kognitivních funkcí se nachází u celé řady neuropsychiatrických onemocnění, zejména u demence, deprese, schizofrenie, úrazů hlavy, záchvatovitých onemocnění a dalších. U jednotlivých poruch má kognitivní postižení řadu podobných projevů a zároveň svá specifika. Liší se formou, závažností a průběhem onemocnění. Nejvíce byla oblast kognitivních dysfunkcí studována v souvislosti se schizofrenií a demencí. Léčba kognitivní dysfunkce je v současné době považována za výzvu pro neurovědce. Z toho důvodu bylo 21. století nazváno *„éra kognitivního deficitu“* (Češková, Kučerová, Kašpárek, & Příkryl, 2006).

1.1.2 Kognitivní deficit

V některých pramenech se setkáváme s pojmem kognitivní deficit. Slovem „deficit“ je myšleno „*snížení; z hlediska behaviorismu ty projevy, které se nevyskytují v patřičné síle nebo se nevyskytují vůbec a jejich chybění či narušení je nežádoucí*“ (Kučerová & Říhová, 2006, s. 224). Kognitivní deficit je možné chápat jako postižení poznávacích funkcí dočasného či trvalého charakteru. Dále je užíván také termín „mnohočetný kognitivní deficit“, v souvislosti se schizofrenií je možné slyšet o „defektu“ kognitivních funkcí. V terapii se hovoří o léčbě poruch kognitivních funkcí. Mnozí odborníci se však často neshodují, kdy se z projevů „širší normy“ stává „deficit“ (Preiss, 2006). Přítomnost kognitivního deficitu je možné stanovit dvojím způsobem – kvalitativně (např. projevy v klinickém rozhovoru) nebo kvantitativně (srovnání se statistickou normou). Dle Preisse (2006) může být kognitivní deficit definován jako hodnota 2 a více standardních odchylek od běžné populační normy podle věku a ideálně podle vzdělání. V porovnání Obereignerů, Obereignerů, Divéky a Praško (2011) výkony do -0,5 směrodatné odchylky (SD) včetně odpovídají mírnému poškození, středně těžkému poškození odpovídá rozmezí menší než -0,5 až -1,5 SD a těžkému poškození více jak -1,5 SD.

Šíře kognitivních deficitů je variabilní, od izolovaných až po globální poškození, která naplňují kritéria pro demenci. O deficitech je možné mluvit až po systematickém pozorování, vyhodnocení objektivních anamnestických údajů a na základě výsledků testových diagnostických metod (Obereignerů et al., 2011).

1.2 Schizofrenie

O schizofrenii bylo napsáno mnoho knih, článků a prací. Dokazuje to, že mezi odbornou veřejností je tato choroba stále velmi aktuální a hodná zřetele. S přihlédnutím k rozsahu a zaměření své práce se však nechci zabývat touto nemocí komplexně. Na tomto místě bych ráda přiblížila základní informace o nemoci a zaměřila se blíže na symptomy a typy schizofrenie. Další kapitoly budou již věnovány konkrétně kognitivním deficitům spojeným s tímto onemocněním.

1.2.1 Stručné vymezení schizofrenie

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění patřící do okruhu nemocí označovaných jako psychózy, které postihuje přibližně 1% populace. Jedná se o klinický syndrom, vyznačující se pestrostí příznaků, které vyplývají z multisystémového poškození mozkových funkcí. Vágnerová (2008, s. 333) definuje schizofrenii jako „závažnou duševní chorobu, která se projevuje chronickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity“.

Příčiny vzniku schizofrenie jsou předmětem mnoha výzkumů a teorií, dosud však nebyly zcela objasněny. Současné teorie nabízí různé rizikové faktory (genetické faktory, vnější vlivy prostředí), jejichž vzájemná interakce způsobí onemocnění. Schizofrenie prostupuje celou osobností nemocného, ovlivňuje myšlení, cítění a jednání osob, narušuje schopnost srozumitelně a účelně jednat. Nemocní si vytvářejí svůj vlastní svět a stahují se ze sociálních kontaktů. To vše je spojeno se sníženou kvalitou života jedinců, obtížemi v praktickém fungování všedního dne, potížemi s uspokojivým naplněním vlastního života.

Vodítka pro diagnostikování schizofrenie uvádí Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) a Diagnostický a statistický manuál (DSM-V). Dle Koukolíka (2000) k diagnóze schizofrenie dochází především vylučovací cestou, jelikož žádné klinické příznaky ani výsledky z lékařských vyšetření nemají dostatečnou senzitivitu a specificitu pro jednoznačnou diagnózu.

Lze předpokládat, že historie schizofrenie sahá tam, kam lidstvo samo, její příznaky studovali lékaři či filozofové od nepaměti. V 19. století lze s touto nemocí spojit Wilhelma Griesingera, který prosazoval koncepci jednotné psychózy. Znaměřší postavou je Emil Kraepelin, který v roce 1896 použil termín „dementia praecox“ (předčasná demence), kterou chápal jako nevléčitelnou organickou poruchu progresivního charakteru. V odborné literatuře se pojem „schizofrenie“ poprvé objevil v roce 1911. Jeho autorem je Eugen Bleuler. Autor chtěl tímto označením zdůraznit různé typy štěpení uvnitř mysli nemocných lidí. Bleuler rozeznával několik typů štěpení – asociační štěpení, štěpení psychických funkcí a štěpení do různých osobnostních částí. Tato štěpení později formuloval jako základní příznaky schizofrenie. Kromě těchto

příznaků dále rozlišoval poruchy asociací (asociativní přeskoky, paralogie), poruchy afektivity (nepřiměřenost, oploštění), ambivalenci (vzájemně neslučitelné postoje a afekty) a autismus známé jako Bleulerova „4A“. Příznaky jako poruchy vnímání (bludy) a halucinace považoval Bleuler za příznaky akcesorní (Probstová & Pěč, 2014).

1.2.2 Symptomy schizofrenie

Klinický obraz schizofrenie není jednotný, může se projevovat relativně různorodými symptomy. Vodítka pro diagnostikování schizofrenie jsou k nalezení v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) a Diagnostickém a statistickém manuálu (DSM-V). Schizofrenie se podle současného pojetí těchto dvou klasifikačních systémů projevuje charakteristickou směsí pozitivních i negativních příznaků, které jsou přítomny dostatečně zřetelně po určitou dobu (Motlová, 2004). Rozdělení na pozitivní a negativní symptomy (příznaky) jsem také zvolila pro účely této práce.

Pozitivní symptomy

Pozitivní symptomy jsou popisovány jako projev nadměrného, resp. zkresleného, vyjádření standardních funkcí. Normální psychika je neobsahuje, jsou projevem patologické desinhibice korových funkcí. V porovnání se zdravými jedinci jsou jakoby „navíc“ (Motlová, 2004).

Mezi pozitivní symptomy patří:

- **Bludy** – privátní, mylné a zpravidla nevyvratitelné přesvědčení, které zásadním způsobem ovlivňuje jednání člověka (Vágnerová, 2008).
- **Halucinace** – klamné vjemy, které vznikají nezávisle na vnějším podnětu, ale nemocný je nevyvratně přesvědčen o jejich reálnosti (Vágnerová, 2008).
- **Dezorganizace řeči** – dochází ke ztrátě asociací a tangenciality projevující se neschopností udržet téma hovoru. Pacienti užívají fráze a paralogie, neologismy. Inkoherentní myšlení postrádá gramatické vazby, pro druhé je nesrozumitelné. Může se objevit tzv. slovní salát, vkládání myšlenek nebo myšlenkový blok či záraz.
- **Dezorganizované chování** – neschopnost koordinovat své chování. Nápadné chování, které se manifestuje rozličně, od dovádívého chování až po

nepředvídatelný neklid. Osoby mají potíže v každodenním životě, s dodržováním hygieny, mohou být nápadně oblečení. Ve společnosti se mohou projevit neadekvátním sexuálním chováním nebo nepředvídatelným „pokřikováním“.

- **Katatonní symptomy** – charakteristické jsou mimovolní pohyby, postoje a úkony, z nichž některé mohou být závislé na vnějších podnětech. Příkladem jsou negativismus, manýrování, stereotypie, povelový automatismus, katalepsie, vosková ohebnost, grimasování, stupor nebo raptus.

Negativní symptomy

V protikladu s pozitivními symptomy stojí symptomy negativní. Lze říci, že negativní symptomy reprezentují generalizovanou ztrátu funkcí, psychika normálního zdravého člověka je o ně „ochuzena“ (Motlová, 2004). Dle Příkryla a Kučerové (2008) jsou negativní příznaky společně s kognitivním deficitem považovány za jádrovou součást schizofrenie. Oproti pozitivním symptomům v mnohem větší míře ovlivňují sociální i pracovní zařazení pacientů a jejich celkovou kvalitu života.

Negativní příznaky je možné rozdělit do pěti základních domén (Příkryl & Kučerová, 2008):

- **Poruchy komunikace** – alogie. Představuje ochuzení řeči. Pacient hovoří málo nebo je řeč obsahově chudá.
- **Narušení afektivity** – oploštělá afektivita. Dle Vágnerové (2008) dochází k vyhasínání emočních reakcí s postupujícím onemocněním. Citová otupělost, útlum, vyhasnutí schopnosti prožívat se objevuje spíše v pozdější fázi onemocnění.
- **Zhoršená schopnost socializace** – asocialita. Autistické projevy, koncentrace na sebe sama, ztráta zájmu o kontakt s okolím, o partnerské vztahy. Vede k omezení sociálního života a kontaktů.
- **Snížení schopnosti se radovat** – anhedonie. Neschopnost vyjadřovat radost, pociťovat potěšení, užívat si osobních zájmů.

- **Narušení motivace** – abulie. Nedostatečná motivace, neschopnost započít jakoukoli činnost, potíže se započítím i dokončením běžných činností, nedostatečná péče o vlastní osobu.

1.2.3 Typy schizofrenie

Podle symptomů a doby vzniku onemocnění je možné rozlišit několik typů této nemoci. V praxi se mohou jednotlivé typy překrývat a přecházet z jedné formy do druhé (Vágnerová, 2008).

MKN-10 rozlišuje tyto typy schizofrenie (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009, 2008):

F20.0 Paranoidní schizofrenie

F20.1 Hebefrenní schizofrenie

F20.2 Katatonní schizofrenie

F20.3 Nediferencovaná schizofrenie

F20. 4 Postschizofrenní deprese

F20. 5 Reziduální schizofrenie

F20. 6 Simplexní schizofrenie

F20. 8 Jiná schizofrenie

F20.9 Schizofrenie NS

F20.0 Paranoidní schizofrenie

Tato forma schizofrenie je charakterizována relativně trvalými, často persekucními bludy, které jsou většinou provázeny sluchovými halucinacemi a poruchami vnímání (MKN-10, 2008). Nemocní jsou ke svému okolí patologicky podezřaví, vztahovační, mohou být v rámci svého bludu přesvědčeni, že jsou ohroženi,

pronásledování, hrozí jim zničení atd. (Vágnerová, 2008). Mezi nejčastější bludy vyskytující se u této formy jsou kromě bludu pronásledování a vztahovačnosti bludy originární (o vznešeném původu), emulační (žárlivecké), kverulační (stěžovatelské) a megalomaničké. Halucinace převažují sluchové (zejména ve formě hlasů), ale mohou se objevit i halucinace jiných smyslových modalit. Afektivní poruchy, poruchy vůle, řeči a katatonní symptomy nejsou přítomné nebo jsou poměrně nenápadné (MKN-10, 2008). Pod vlivem bludů a halucinací se může objevit neklid, agresivita či sebevražedné jednání jedince (Dušek & Večeřová–Procházková, 2015).

F20.1 Hebefrenní schizofrenie

Vznik této formy je datován do období adolescence a rané dospělosti (15-25 let). Prognóza není dobrá, jelikož je rozvoj osobnosti zasažen v době, kdy se měla vytvářet a stabilizovat nová identita jedince (Vágnerová, 2008), rychle se rozvíjí negativní symptomy, zvláště oploštění afektů a ztráta vůle. Jsou nápadné afektivní změny, částečné a prchavé bludy a halucinace, neodpovědné, nepředvídatelné chování a manýrování. Nálada je nepřiměřená a plochá (MKN-10, 2008). Jeví se jako prohloubená, protahovaná puberta s podivným způsobem uvažování a klackovitým chováním neodpovídajícím věku. V sociálních vztazích mohou mít nemocní nedostatek zábrán a citlivosti, mohou být hrubí a suverénní. Jiní se mohou izolovat od sociálních kontaktů (Vágnerová, 2008).

F20.2 Katatonní schizofrenie

Charakteristickými jsou nápadnosti v oblasti motorické aktivity, které se pohybují mezi hyperkinézou a stuporem, nebo povelovým automatizmem a negativizmem (MKN-10, 2008). Vágnerová (2008) u motorických aktivit rozlišuje dvě varianty – produktivní a stuporózní formu. Pod produktivní formu spadá nadměrná a nepřiměřená pohybová aktivita, echolálie či echopraxie (opakování určitých slov či pohybů). Stuporózní forma je charakteristická zpomalením či útlumem motorické aktivity, ztrátou vůle k činnosti. Patří sem např. *flexibilitas cerea* (vosková ohebnost, tj. osoba zůstává v takové poloze, do jaké byla uvedena). Katatonní příznaky mohou být kombinovány snovými stavy a živými scénickými halucinacemi (MKN-10, 2008).

F20.3 Nediferencovaná schizofrenie

Do této kategorie jsou zahrnuty psychotické stavy, které splňují obecná diagnostická kritéria pro schizofrenii, ale nelze je zařadit do žádného z výše uvedených subtypů. Objevují se příznaky ze subtypů F20.0 – F20.2, bez převahy specifických charakteristik (MKN-10, 2008).

F20.4 Postschizofrenní deprese

Tento subtyp označuje depresivní stav, který se objevuje jako dozvuky schizofrenní nemoci. Stále musí být přítomny některé schizofrenní symptomy, pozitivní nebo negativní, ale nejsou již v popředí klinického obrazu. U tohoto onemocnění je zvýšené riziko sebevražedného jednání (MKN-10, 2008).

F20.5 Reziduální schizofrenie

Subtyp označuje chronické stádium onemocnění, kde je jasná progresse z časného stadia do stadia pozdního. Charakteristické jsou dlouhodobé negativní symptomy a poruchy, které však nemusí být nutně nevratné. Příkladem je psychomotorické zpomalení, snížená aktivita, otupělost afektu, pasivita, chudá řeč, snížená péče o vlastní osobu aj. (MKN-10, 2008).

F20.6 Simplexní schizofrenie

Charakteristickým je časný a plíživý vznik choroby. Pro tento subtyp je typická výraznější psychosociální deteriorace. Zpočátku se může jevit jako porucha osobnosti s leností a sociální nepřizpůsobivostí, nemocní nerespektují sociální normy, zahálají, nemají zájmy, své dny tráví nečinně (Vágnerová, 2008). Projevy se často vyvíjejí bez zřejmých psychotických příznaků (MKN-10, 2008).

F20.8 Jiná schizofrenie

Do tohoto podtypu je zařazena např. cenestopatická schizofrenie nebo schizofreniformní porucha NS či schizofreniformní psychóza NS. Jedná se o skupinu, u které se vyskytují symptomy ze všech psychopatologických okruhů, typických pro schizofrenii.

F20.9 Schizofrenie NS

Nespecifikovaná schizofrenie tvoří poslední subtyp klasifikace.

V páté revizi klasifikačního systému DSM-V byly klasické subtypy schizofrenie eliminovány. Eliminace je odborníky odůvodněna tím, že dělení na subtypy je málo spolehlivé, subtypy jsou v průběhu onemocnění málo stabilní, nevykazují ustálené vzorce dlouhodobého průběhu či terapeutické odpovědi a v konečném důsledku nemají prakticky žádnou prognostickou relevanci. Podle nové koncepce heterogenitu vystihují lépe tzv. psychopatologické dimenze, které zahrnují pozitivní příznaky, negativní příznaky, konceptuální dezorganizaci, deficit kognitivních funkcí, motorické příznaky a příznaky poruchy nálady (Slováková, Španiel, & Bankovská Motlová, 2015).

1.3 Kognitivní deficity u pacientů se schizofrenií

Kognitivní deficity jsou významným aspektem psychopatologie schizofrenie a v posledních desetiletích byly právě kognitivní deficity předmětem výzkumu mnoha odborníků pracujících s lidmi s tímto onemocněním. Z tohoto důvodu také proběhly úvahy, že by „úroveň kognitivních funkcí“ měla být přidána k diagnostickým kritériím schizofrenie v DSM-V. Protože však taková kategorie dostatečně neodlišuje schizofrenii od jiných poruch, nebylo tak učiněno (Tandon et al., 2013).

1.3.1 Historie kognitivních deficitů u schizofrenie

Deficitu v oblasti kognitivních funkcí si všiml již Kraepelin, který popisoval u pacientů snížení intelektových schopností, což vedlo k pojmenování onemocnění předčasná demence (*dementia precox*). V české literatuře byl na konci 19. století užíván pojem „*dementia juvenilis*“. Kognitivní potíže neopomenul ani Eugen Bleuler, který byl toho názoru, že primární poruchy elementárních kognitivních procesů významně přispívají k tzv. poruchám myšlení u schizofreniků (Roder, Brenner, Kinzle, & Hodel, 1993). U nás se otázkou intelektu u schizofrenie v polovině 20. století zabýval Zdeněk Mysliveček, jehož myšlenkou bylo, že se nejedná o skutečnou intelektovou otupělost, ale že nemocný nepoužívá dostatečně svých intelektových schopností a neřídí je účelně (Kučerová & Říhová, 2006).

V průběhu 20. století se pohled na kognitivní postižení v souvislosti se schizofrenií měnil. Na počátku 20. století převládal názor, že kognitivní deficit není primárním příznakem schizofrenie. Deficit kognitivních funkcí byl považován za druhotný fenomén související se sníženou motivací nemocných při testových vyšetřeních, s pozitivními příznaky, s dlouhodobým pobytem nemocných v psychiatrických a azylových zařízeních a v druhé polovině 20. století i s nežádoucím tlumivým efektem neuroleptik (Tůma & Lenderová, 2001).

V druhé polovině minulého století ovlivnil výzkum kognitivních funkcí rozvoj nových výzkumných metod. Na konci 70. let potvrdily a upřesnily zobrazovací metody výskyt specifických strukturálních a funkčních změn v mozku schizofrenních pacientů. Na schizofrenii se začalo nahlížet jako na nemoc spojenou s poškozením určitých mozkových částí. Byly využívány metody jako funkční nukleární magnetická rezonance (fNMR), jednofotonová emisní počítačová tomografie (SPECT) a pozitronová emisní tomografie (PET). Na základě výsledků zobrazovacích metod se psychiatrii a neuropsychologové od 80. let 20. století začali podrobněji zabývat deficitem kognitivních funkcí jako jádrovým příznakem schizofrenie.

1.3.2 Kognitivní deficit jako symptom schizofrenie

Zásadní význam narušení kognitivních funkcí souvisí zejména s jejich odrazem v psychosociálním fungování nemocných jedinců. Tyto poruchy jsou hlavními původci významných potíží v profesním, sociálním a ekonomickém fungování schizofrenních pacientů, proto by měly být důležitým cílem léčby (Keefe & Harvey, 2012). Současné poznatky poukazují na oslabení nebo poruchu kognitivních funkcí až u 65% nemocných v porovnání se zdravými osobami (Bezdiček, Nikolai, Michalec, Harsa, & Kališová, 2015). Keefe a Harvey (2012) dokonce zmiňují, že u pouhých 27 % pacientů se schizofrenií neuropsychologické testy nevyhodnotily kognitivní funkce jako narušené (oproti 85% celkové populace). Upozorňují však, že i tito pacienti dosahovali nižší úrovně kognitivního fungování, nežli by bylo odpovídalo premorbidní úrovni a vzdělání rodičů. Dokonce až 98 % schizofrenních pacientů mělo horší výsledky v kognitivních testech než by se dalo predikovat pomocí úrovně vzdělání rodičů.

Pokud hovoříme o kognitivních deficitech u schizofrenie, je třeba říci, že specifický profil a míra kognitivního poškození může být individuálně odlišná (Kučerová & Říhová, 2006). Kognitivní postižení se u těchto pacientů liší formou, závažností i průběhem onemocnění. Šíře deficitů je variabilní od izolovaných po globální poškození, určitou roli hrají i adaptační schopnosti pacienta v průběhu života. Nejvýraznější deficity jsou nacházeny u pacientů s dlouhodobě nepříznivou odpovědí na léčbu a při chronickém průběhu choroby (Obereignerů et al., 2011).

1.3.3 Průběh kognitivního deficitu u schizofrenie

Studie, které doposud proběhly, neprokazují jasné informace o průběhu a rozvoji kognitivního deficitu a jeho závislosti na délce onemocnění, premorbidních intelektových schopnostech, věku pacienta v době propuknutí nemoci, léčbě či aktivitě (Kučerová & Říhová, 2006). Někteří autoři tvrdí, že schizofrenie je spojena s raným poškozením centrálního nervového systému, sníženým premorbidním IQ (Agnew-Blais et al., 2015; Nelson et al., 1990) či poruchami řeči (Niendam et al., 2003; Asarnow, 1999). Lze však nalézt i takové studie, které poukazují na neexistující deficit v oblasti intelektových a jiných neuropsychologických funkcí. Například studie Palmera et al.

(1997) prezentuje, že 30 % zkoumaných pacientů se schizofrenií nemělo žádné neuropsychologické poškození.

Na základě odborných zkoumání je možné říci, že neuropsychologický deficit je pravděpodobně vývojového původu. Mírný deficit bývá často přítomen už v dětství, v období před vznikem schizofrenie. Projevy mohou být drobné poruchy motorického vývoje, pozornosti, řeči a poruchy učení.

Tůma a Lenderová (2001) uvádějí, že náhlý a významný pokles kognitivní výkonnosti (o 2 a více SD pod průměrem zdravých osob) je obvykle spojen s první epizodou schizofrenie. Bývá tak často jednou z hlavních příčin selhávání ve studiu, zaměstnání i sociálních vztazích. U některých forem schizofrenie bývá deficit poznávacích funkcí překryt produktivními, pozitivními příznaky, může se projevit po ústupu těchto příznaků.

Dá se také uvažovat o tom, že kognitivní deficit je stabilní v čase a nezávislý na pozitivní symptomatice. Bezdíček et al. (2015) popisují, že v dalším průběhu nemoci je obvykle kognitivní deficit poměrně stabilní. Každá další ataka nemoci však může kognitivní narušení prohlubovat. Během období klinické remise však již nedochází k návratu kognitivních funkcí na premorbidní úroveň. Pro doplnění tohoto zjištění bych zmínila například výzkum Příkryla et al. (2007), kteří pomocí neuropsychologických testů zjistili, že pacienti trpící první epizodou schizofrenie mají potenciál ke zlepšování kognitivního deficitu, a to dokonce bez ohledu na případnou reaktivitu na léčbu. Zjištění tak odkazují na stabilitu kognitivního deficitu s tendencí ke zlepšení i po krátkém časovém období. Zlepšování poznávacích funkcí bylo nejvýraznější v oblasti exekutivních funkcí a paměti, pozornost zůstala nezměněna. Autoři tak předpokládají, že zlepšení kognice může souviset s ústupem symptomů schizofrenie, zejména s ústupem negativních příznaků (Příkryl et al., 2007).

1.3.4 Oblasti kognitivní dysfunkce u schizofrenie

Jak jsem zmiňovala v předchozí kapitole, není možné sestavit jasný profil kognitivních poruch u schizofrenních pacientů. Dostupná literatura pojednává o různých oblastech, ve kterých se mohou deficity poznávacích funkcí projevovat.

Nejčastěji jsou jako nejvíce postižené oblasti vymezeny porucha paměti, pozornosti a exekutivních funkcí. Jednotliví autoři se ve výčtu narušených oblastí však liší, odlišný je i fokus jejich zkoumání. Tak například Malá (2005, s. 74) ve spojení se schizofrenií upozorňuje na následující kognitivní zhoršení:

- porucha pracovní paměti a porucha kognitivních exekutivních funkcí,
- porucha deklarativní paměti,
- porucha emočních a sociálních funkcí,
- poruchy řečových funkcí a sémantické abnormality.

Specifičtější vymezení můžeme nalézt v práci autorů zabývajících se integrovaným psychoterapeutickým programem pro schizofrenní pacienty (Roder et al., 1993, s. 10), kteří jako základní kognitivní poruchy popisují především následující dysfunkce:

- problémy při selekci relevantních a potlačování irelevantních podnětů,
- problémy při udržování nebo flexibilním přemísťování zaměřené pohotovosti zpracovat informaci a disponovat uloženou informací a identifikací podnětu,
- omezená schopnost abstrakce,
- nedostatečná tvorba konceptu,
- chyby v sylogických a analogických závěrech,
- omezený výběr odpovědi zapříčiněný interferencí konkurujících si reakcí.

Pro účel této práce blíže rozvedu oblasti kognitivních deficitů tak, jak je vymezuje Tůma s Lenderovou (2001) či Kučerová a Říhová (2006). Bude jimi pozornost, paměť, exekutivní funkce, jazyk a řečové schopnosti, motorické dovednosti a intelektové schopnosti. Popsána bude ještě sociální kognice.

Pozornost

Narušení pozornosti se u nemocných objevuje velmi často a má velký vliv na celkovou kognitivní výkonnost. Funkce pozornosti jsou u schizofrenních pacientů komplexně narušeny po všech stránkách – stránce tenacity (vytrvalosti po delší dobu), koncentrace (na jeden objekt nebo činnost s potlačením okolních rušivých jevů),

rozsahu (kapacity zahrnout více jevů), distribuce (sledování dvou a více jevů současně) a přepojování pozornosti (Obereignerů et al., 2011).

Keefe a Harvey (2012) upozorňují, že poruchy pozornosti mohou mít veliké důsledky pro každodenní fungování jedinců, zahrnují deficity na sociální úrovni, komunitním fungování a získávání dovedností. Příkladem uvádí obtíže při společenské konverzaci nebo neschopnost dodržet pokyny. Činnosti jako sledování televize nebo čtení jsou velmi náročné až nemožné. Obereignerů et al. (2011) popisují zvláštnosti pozornosti v průběhu paranoidních stavů, kdy může docházet k alteraci některých pozornostních funkcí (např. zvýšená ostražitost spojená s paranoidním procesem myšlení, vysoká vnímavost k neznámým osobám atd.). Dle Kučerové a Říhové (2006) jsou poruchy pozornosti spojeny s jinými parametry kognitivních funkcí. Negativně ovlivňují zejména pracovní paměť.

Paměť

Zkoumání ukazují, že osoby nemocné schizofrenií podávají v průměru mírně snížený výkon ve většině typů paměťových testů. Poruchy paměti se nevyskytují pouze u chronicky nemocných, ale i u osob v první epizodě onemocnění, nejsou závislé na délce trvání onemocnění a závažnosti psychopatologie. Postižení paměťových funkcí nejsou přikládány vedlejším účinkům antipsychotik. Dle výzkumů poruchy paměti přetrvávají i po zlepšení psychózy (Tůma, 2008).

Pokud se zaměříme na typy paměti, výsledky testů poukazují na narušení téměř všech typů paměti (Kučerová & Říhová, 2006, Obereignerů et al., 2011). Největší deficity byly shledány u paměti deklarativní, v oblasti sémantické (paměť pro významy, fakta a tvrzení) i epizodické (pro autobiografické události). Pacienti mívají potíže především při kódování informací a konsolidaci paměťových stop (Obereignerů et al., 2011). Nedotčená nebo relativně málo postižená zůstává u těchto pacientů paměť procedurální (nedeklarativní). Je předpokládáno, že paměťový proces je postižen spíše ve fázi vstřípivosti nežli ve fázi retence (Keefe & Harvey, 2012, Tůma & Lenderová, 2001).

Z časového hlediska bylo nejvíce věnováno poruchám pracovní paměti. Pracovní paměť je nezbytná k ukládání informací, které slouží k řešení úlohy či situace. Jedná se o proces zadržení informací z první úlohy v mysli až do doby, než je provedena druhá úloha. Skládá se ze dvou subsystémů, fonologické smyčky ke zpracování jazyka (verbální paměť) a z vizuoprostorového skicáře (Rodriguez & Mohr, 2004). Nejčastěji byly nalézány poruchy verbální paměti, méně často vizuálně prostorové pracovní paměti (Tůma, 2008). Keefe a Harvey (2012) na základě empirických výsledků hovoří o těžkém narušení verbální paměti, jehož důsledkem mohou být potíže sociálního fungování. Někteří autoři tak hledají důkazy toho, že dysfunkce pracovní paměti je jednou z jádrových neuropsychologických poruch. Pracovní paměť způsobuje selhávání pacientů v dalších kognitivních oblastech, způsobuje narušenou schopnost kódovat informace, znemožňuje rozlišovat vlastnosti objektů a prostorových charakteristik (Kučerová & Říhová, 2006). Výzkumy ukazují vysoké korelace pracovní paměti s pozorností, plánováním a inteligencí (Keefe & Harvey, 2012). V literatuře jsou uváděny i poruchy dlouhodobé paměti.

Exekutivní funkce

Exekutivní funkce, označené také jako „řídící funkce“, jsou spojovány s prefrontální oblastí mozku. Mezi exekutivní funkce zahrnujeme schopnost plánovat a anticipovat výsledek jednání v rámci kognitivní flexibility. Patří sem i vnímání a monitorování sebe sama (Tůma, 2008).

Deficity exekutivních funkcí u schizofrenie mohou být popisovány jako (Tůma & Lenderová, 2001):

- obtíže v sestavování plánu a jeho uskutečňování,
- obtíže v řešení problémů, jejichž řešení není na první pohled zřejmé,
- obtíže v řešení problémů, při nutnosti kombinovat dosavadní znalosti,
- obtíže způsobené dysfunkcí krátkodobé paměti.

McGhie a Chapman se v kontextu řídicích funkcí u pacientů se schizofrenií v 60. letech 20. století zabývali narušeným filtrovým mechanismem. Autoři (McGhie & Chapman, 1961) hovoří o snížené schopnosti filtrace nepodstatných stimulů.

Neschopnost vyloučit nepodstatné stimuly ze smyslových orgánů vede k přesycení informacemi. Důsledkem takového přesycení je prožívání utrpení, které vede k celkové dezintegraci kognitivních procesů a následně až k poruchám myšlení.

Exekutivní deficit významně predikuje sociální dovednosti, pracovní výkonnost a kvalitu života. Narušení souvisí se selháváním v běžných životních situacích a může být příčinou neúspěšné sociální rehabilitace.

Jazyk a řečové schopnosti

Narušení řečové schopnosti je projevem poruchy myšlení a může také souviset s narušením exekutivních funkcí a paměti. U pacientů nalezneme v řeči formální poruchy, jako jsou neologismy, paralogie, poruchy asociací, poruchy syntaxe.

U nemocných bývá narušena verbální plynulost (verbální fluence), tedy schopnost vybavit si co nejvíce slov v časovém úseku. Poruchy verbální fluence se projevují sníženou spontaneitou řečového projevu (Tůma & Lenderová, 2001), sníženou slovní produkcí v časovém limitu a menší slovní zásobou (Kučerová & Říhová, 2006). Podle Obereignerů et al. (2011) je u 16 % pacientů se schizofrenií řeč hodnocena jako inkoherentní, další nápadnosti řečového projevu mohou být například rozvolnění asociací, bezcílnost, bezobsažná řeč, okrajovost, nemluvnost, nelogičnost, perseverace a sebestřednost.

Motorické dovednosti

Ve vztahu ke kognitivním funkcím je třeba nezapomínat na motorické dovednosti. Někteří autoři je řadí mezi základní oblasti kognitivních funkcí, jiní alespoň poukazují na souvislost motoriky s poznávacími procesy.

Schopnost správně vnímat vlastní pohybové, motorické aktivity je předpokladem normální kognitivní funkce při plánování, kontrole a anticipaci motorických aktů. Tůma (2008) upozorňuje, že predikce a anticipace hraje významnou roli v monitorování pohybové aktivity, dovoluje srovnání s očekávaným a reálným výsledkem pohybu. V zahraniční literatuře se objevuje termín „corollary discharge“, mechanismus, který

umožňuje nevědomě rozpoznat a ignorovat senzorní vjemy plynoucí z našich akcí (Ford, Gray, Faustman, Roach, & Mathalon, 2007). Pro schizofrenní pacienty je charakteristické narušení tohoto mechanismu, způsobující specifickou formu duševní dezintegrace. Tato dezintegrace je spojená se ztrátou schopnosti rozlišovat vnitřní a vnější svět (autonoetická agnózie), nebo také s verbálními sluchovými halucinacemi (Ford et al., 2007). Dle Tůmy (2008) může takové narušení vyústit v prožitky pasivity, blud kontrolovanosti či ovlivňování. Pacienti se schizofrenií mají tendenci vykonávat motorické úkoly neefektivně, pomaleji, pohyb je přerušován. Objevují se perseverační vzorce, je snížena schopnost změny chování, učení se z chyb a jejich korekce, pacienti mohou mít potíže s ukončením započatého jednání (Tůma & Lenderová, 2001).

Intelektové schopnosti

Otázka, zda je schizofrenie demencí ve smyslu progredujícího intelektuálního úpadku či nikoli, byla příčinou realizace mnoha výzkumů. Kučerová a Říhová (2006) uvádí, že celých 51 % pacientů vykazuje pokles premorbidního IQ o 10 a více bodů. Příčinami mohou být poruchy paměti, pozornosti a poruchy exekutivních funkcí. Podle Obereignerů et al. (2011) je premorbidní intelektový výkon zachován u čtvrtiny pacientů. Některé longitudiální výzkumy se zabývaly zkoumáním inteligence již před vypuknutím psychózy. Výsledky britské studie naznačují sníženou hodnotu celkového IQ ve starším školním věku, dosahování průměrných a podprůměrných výkonů ve škole (Obereignerů et al., 2011). Studie Weickerta et al. (2000) poukazuje na skutečnost, že pokles IQ u pacientů se schizofrenií není univerzálně charakteristický, narušení intelektových funkcí nemusí být přítomno již před vypuknutím nemoci. U některých pacientů dochází ke kognitivnímu úpadku až po manifestaci onemocnění.

Sociální kognice

Tůma (2008) se v rámci poznávacích procesů u schizofrenních pacientů zabývá také sociální kognicí. Narušení emoční percepce je přítomno již v časných stádiích nemoci, v průběhu nemoci je stabilní s možností prohloubení v akutní epizodě. Specifické jsou pro tuto diagnostickou skupinu problémy rozpoznat emoční výrazy jiných osob, odhadovat pohnutky a myšlenky druhých. Pacienti mívají potíže

s porozuměním metafor, ironie a humoru. Ve společnosti mohou mít také potíže z důvodu zhoršeného citu pro překračování společenských pravidel. Dysfunkce v oblasti sociální kognice může být významně ovlivněna nízkou motivační úrovní nebo anhedonií nemocného (Sergi et al. 2007).

1.3.5 Terapie kognitivního deficitu u schizofrenie

Léčba kognitivního deficitu v současné době využívá dva přístupy - biologický a psychologický. Dle Kučerové a Říhové (2006) by péče o schizofrenní pacienty měla oba tyto přístupy integrovat. Výsledkem léčby pacientů je plnohodnotné zapojení do života, schopnost vést nezávislý život, komunikovat s okolím, pracovat.

Biologický přístup

Biologický přístup využívá možnosti farmakologické léčby. Farmakologické ovlivnění lze rozdělit do dvou skupin – antipsychotika a přídatná léčba.

Léčba moderními antipsychotiky se ukazuje být jednou z cest k ovlivnění kognitivních deficitů. Průkaznost efektu užívání antipsychotik však není prozatím dostatečná. Lékaři předepisují dva typy farmak – typická a atypická antipsychotika.

Typická antipsychotika ovlivňují především pozitivní symptomatologii. Na účinky typických antipsychotik však mnoho pacientů reagovalo jen částečně nebo vůbec. Negativem typických antipsychotik byl také velký sedativní efekt a mnoho nepříjemných vedlejších účinků (vegetativní a extrapyramidové). Z této skupiny je dosud často používán haloperidol.

Nyní jsou hojně užívána atypická antipsychotika (AAP, atypika), která jsou kromě zaměření na pozitivní symptomatologii navíc spojována s pozitivním ovlivněním negativních příznaků a kognitivní dysfunkce. Pozitivem by mělo být snížení vedlejších účinků. Mnozí odborníci věří, že AAP mohou poskytovat větší neurokognitivní přínos pro pacienty než typická antipsychotika. Mezi nejčastěji užívaná atypika patří clozapin, olanzapin, quetiapin, amisulpirid a risperidon.

Přídavná léčba předpokládá nedostatečnou aktivitu jednotlivých neurotransmiterů v některých oblastech. Podpora aktivity neurotransmiterů přispívá ke zmírnění kognitivní dysfunkce (Češková, Kučerová, Kašpárek, & Příkryl, 2006).

Psychologický přístup

Ukazuje se, že samotná farmakoterapie problému schizofrenního onemocnění nedokáže vyřešit. Stále existují pacienti s přetrvávajícími symptomy, kognitivními deficity, které jdou špatně ovlivnit medikamenty. Právě proto je důležitá psychoterapie či psychosociální intervence.

Psychoterapie podporuje nemocného při zvládnání nemoci, při porozumění sobě samému, podstatě choroby i ke zlepšení sociálních dovedností. Z psychoterapeutických směrů může být využita například kognitivně-behaviorální terapie, psychoanalytická psychoterapie, nebo existencionální přístupy. Pěč (2009) upozorňuje na důležitost terapie individuální, skupinové i rodinné, ale také na kognitivní rehabilitaci, psychoedukaci a nácvik sociálních dovedností. Sociální dovednosti jsou zaměřeny na aktivizaci nemocných a podporu rozvoje různých praktických dovedností, začlenění do společenského světa a sociálních kontaktů.

Do tohoto přístupu je možné zařadit i kognitivní rehabilitaci, která představuje poměrně široké spektrum intervencí, od jednodušších po komplexní programy. U nás je používáno např. cvičení typu „tužka-papír“, ale hlavně počítačové nácvikové programy, např. COG-PACK nebo PSS CogReHab. Obereignerů et al. (2011) blíže popisují metodu metakognitivní trénink. V tomto tréninku se pacient učí přemýšlet o svých myšlenkových procesech, o tom, jak myslí a uvažuje v běžném životě. Trénink sestává z osmi modulů, které se zaměřují na specifické kognitivní procesy, negativně ovlivněnými psychopatologií schizofrenie.

Integrovaný přístup

Jako efektivní se zdá být léčba kombinující farmakoterapii, psychoedukaci, nácvik sociálních dovedností a kognitivní trénink. V tomto směru je velmi dobře rozpracovaný Integrovaný psychoterapeutický program (IPT) autorů Roderer et al. Tento

program je zacílen na kognitivní trénink, zlepšování sociální percepce a kompetence, zvyšování schopnosti verbální komunikace a řešení interpersonálních situací. Z kognitivní oblasti je zaměřen na kvalitu pozornosti, schopnost vytvářet a přehodnocovat koncept strategie vedoucí k určitému cíli a schopnost si tento koncept znovu vybavovat (Kučerová & Říhová, 2006). V České republice je s programem IPT pracováno od roku 1991, kdy byl program včleněn do denního stacionáře společného pracoviště Psychiatrického centra a Sdružení Fokus. V roce 1992 s programem IPT začala pracovat skupina schizofrenních pacientů v PN Bohnice. Dalším typem komplexního programu je Hogartyho terapie rozvíjení kognitivních schopností (cognitive enhancement therapy – CET), která v počáteční fázi využívá počítačový trénink a v pokročilejší fázi skupinový program zaměřený na rozvíjení kognitivních schopností a sociální dovednosti (Pěč, 2009).

2 Prožívání u pacientů se schizofrenií

Předchozí kapitoly blíže představily symptomy onemocnění, které se mohou u osob se schizofrenií v různé míře vyskytovat a které je možné zachytit různými metodami. Důležitou otázkou, kterou by si však mnozí odborníci pracující s duševně nemocnými a také jejich blízcí měli klást je, jak samotná osoba prožívá a hodnotí své onemocnění.

Plháková (2010, s. 45) definuje prožívání jako „*nepřetržitý tok psychických zážitků (obsahů), který probíhá při různých stupních jasnosti vědomí, respektive bdělosti*“. Hájek (2002) ve své definici prožívání zdůrazňuje propojení těla a mysli, ve kterém se uplatňují všechny psychické procesy, kterými jsou vnímání, myšlení, představování a volní procesy. Pociťováním je rozuměno tělesné prožívání zaznamenané myslí.

Objektivní hodnocení nemoci lékařem je důležitým výchozím bodem pro další práci s nemocným. Subjektivní postoj a prožitky nemocného jsou však vždy jedinečné. Různí lidé prožívají své potíže odlišným způsobem, pouze oni jsou „*experti*“ na své prožívání, míru zažívaného utrpení a s tím souvisí i jejich celkové reagování. Prožívání nemoci je ovlivněno mnoha faktory, např. premorbidní osobností, charakterem počátku onemocnění, časem zahájení léčby, formou léčby, vztahy se sociálním okolím atd.

Ve zdravotnické psychologii je pro objasňování subjektivního prožívání využíván termín „*autoplastický obraz nemoci*.“ Tento obraz je složen z následujících složek (Zacharová, Hermanová, & Šrámková, 2007, s. 37):

- senzitivní (místní bolesti a obtíže),
- volní (úsilí odolávat nemoci, usilovat aktivně o uzdravení),
- emocionální (strach, úzkost, naděje),
- racionální a informativní (znalosti o nemoci, léčbě, prevenci).

Uvedené složky nepůsobí izolovaně, ale mají tendenci se vzájemně prolínat. Příkladem může být doprovod citovými prožitky u racionálního zdůvodnění.

V souvislosti se schizofrenií je udáváno, že osobě trpící schizofrenií chybí přiměřený náhled na své onemocnění. Vágnerová (2008) připomíná, že i nemocní si

obvykle uvědomují změny, které se odehrávají. Vnější svět i vlastní osobnost se jeví jinak než dříve, vše nabývá jiného významu. Prožitky toho, že svět je odlišný od dřívějších zkušeností, mohou být pro nemocné nepříjemné až hrozné.

2.1 Subjektivní prožívání kognitivních potíží

První pokus o popis a výzkum subjektivních zkušeností pacientů lze přičíst Jaspersovi, kterého poté následovali další členi Heidelberské školy (Mayer-Gross a Schneider). Východiskem pro Jasperse byla Husserlova fenomenologie, na základě které zavedl „návrat k věcem samotným“ – svou vlastní fenomenologickou metodu. Jeho cílem bylo intuitivně zachytit „podstatu“ pacientova subjektivního a prožitkového světa, bez užití jakéhokoli předchozího teoretického rámce, který by měl být následně pochopen a vysvětlen. Vývoj této fenomenologické psychopatologie je popisnou metodou skutečného zájmu o studium subjektivních zkušeností a snahou o pochopení významu onemocnění (Miret, Fatjó-Vilas, Peralta, & Fañanás, 2016).

Součástí této tradice je i studium „abnormálních subjektivních zkušeností schizofrenie“. Tyto anomálie byly nedávno znovu pojaty jako klíčový aspekt schizofrenních poruch. Kromě toho kořeny současného rozlišení prodromálního, prodromálního a psychotického stadia schizofrenie leží v pozornosti autorů věnujícím se prekurzory syndromů a počátečním manifestacím onemocnění. Zde je možno poukázat na Conradův popis „počínající schizofrenie“ a jeho pokus demonstrovat spojení mezi různými jevy schizofrenního zážitku a to jak ve svých prodromálních podobách, tak v následných fázích vývoje (Conrad, 1958, in Miret et al., 2016).

Fenomenologická Bonnská škola, vedená Gerdem Huberem, přispěla k základním myšlenkám o charakteristice prodromální symptomatologie psychózy. Na tuto školu navázaly práce Süllwoldové, Grosse, Klosterköttera a dalších anglo-amerických autorů. Huberův model bazálních psychotických symptomů „blízkých substrátů“ je založen na dlouhodobé klinické studii pacientů. Huber zavedl pojem „bazální symptomy“, které jsou hypoteticky k nalezení blízko neurobiologickému substrátu.

V odborné literatuře je možné nalézt pojmy „abnormální subjektivní zkušenosti“ a „bazální poruchy“ jako synonyma. Někteří autoři (Vargas et al., 2016) hovoří o bazálních symptomech jako o „subjektivních kognitivních deficitech“, jiní pouze o „subjektivních symptomech“, „subjektivních zkušenostech“ či „subjektivních zážitcích deficitu“ (Loas, Yon, & Brien, 2002).

Pojetí bazálních symptomů bude vzhledem k zaměření práce věnována následující kapitola.

2.1.1 Huberova koncepce bazálních poruch

Otázkou, jak je možné představit si zprostředkující funkci kognitivních poruch mezi neurochemickými dysfunkcemi a symptomy nebo deficity chování, se v rámci tzv. „koncepce bazální poruchy“ věnoval Gerd Huber a jeho spolupracovníci. Koncepce bazálních poruch byla vymezena v 50. letech 20. století a v následujících desetiletích se nadále vyvíjela. Tento přístup otevírá nový úhel pohledu k porozumění kognitivních poruch u schizofrenních pacientů. V centru pozornosti nestojí behaviorální projevy, ale subjektivní prožívání pacientů, například prožívání svých nedostatků, které se vyskytlo již před nástupem onemocnění (Gross & Huber, 2010).

Podle této koncepce *„vede neurochemická porucha v transfenomenální oblasti k poruše zpracování informací s nivelizací zkušenostních hierarchií a současně k některým bazálním poruchám, které se jako společný mezičlánek různou mírou uplatňují v bazálních symptomech, které pacienti pocítují. Jde o symptomy relativně blízké substrátu, jež jsou v konečných a nadstavbových fenoménech typické pro schizofrenii a vznikají amalgamizací s antropologickou matrix“* (Huber, 1983, in Roder et al., 1993, s. 23).

Koncepce bazální poruchy zahrnuje vedle kognitivních poruch i další skupiny bazálních fenoménů, např. tělesné senzace ve smyslu anestézií. Ze subjektivních obtíží sem patří například zvýšená dráždivost a sugestibilita, puzení k neklidu, dále sensorické poruchy jako např. nejasné vidění, přecitlivělost na světlo, poruchy cyklu spánku a bdění nebo termoregulace a poruchy jednotlivých vitálních pudů. Další obtíže uvádí Roder et al. (1993).

2.1.2 Bazální symptomy

Bazální symptomy (někdy také abnormální subjektivní zkušenosti, subjektivní kognitivní zkušenosti) můžeme chápat jako subjektivní potíže, které se objevují v počátcích psychotických poruch a přetrvávají v dlouhodobém horizontu. Bazální symptomy se skládají z jemných subklinických potíží, především potíží vůle, afektů, myšlení a jazyka (řeči), (tělesného) vnímání, paměti, motoriky, centrálních vegetativních funkcí, kontroly automatických kognitivních procesů a odolnosti vůči stresu (Miret et al., 2016).

Jedná se o potíže, které jsou prožívány subjektivně. Ačkoli je pro pacienty někdy obtížné tyto potíže popsat, pacienti je zaznamenají a popisují jako neobvyklé, což je odlišuje od pozitivních a negativních symptomů. Bazální symptomy jsou nedílnou součástí psychóz a mohou se objevit ve všech stádiích onemocnění, jako pre-psychotický syndrom, v prodromální fázi, během první epizody, v prodromech relapsu, či v reziduálních stavech.

Dle původního konceptu se časné symptomy vyvíjí ve 3 formách (Miret et al., 2016, s. 3):

- úroveň 1 – “nespecifické” – potíže převážně s vůlí, afektivitou, koncentrací a pamětí,
- úroveň 2 – „specifické“ – kvalitativně odlišné potíže, zejména v oblasti myšlení, jazyka, tělesného vnímání a motoriky,
- úroveň 3 – psychotické symptomy jako takové, včetně příznaků prvního řádu dle Schneidera.

Miret et al. (2016) uvádí, že ačkoli nejsou bazální symptomy specifické pouze pro schizofrenii a mohou se vyskytovat i u jiných poruch (např. poruchy nálady), zdá se, že prokazují větší specifitu pro rozvoj psychózy.

Mohou být studovány pomocí klinických nástrojů nebo sebeposuzujících dotazníků. Bazální symptomy mohou být využity například jako screeningové nástroje u rizikových skupin populace (Vargas et al., 2016). Zkoumání subjektivních zkušeností může být dále prospěšné lékařům tím, že poskytuje základ pro pomoc pacientům

využívat vhodné copingové strategie a vyhnout se strategiím nevhodným (Kim, Lee, & Lee, 2013).

Výzkum bazálních symptomů standardním způsobem na zážitkové psychologické rovině prováděla Süllwoldová. Dle této autorky je například „ztráta ovladatelnosti myšlenkových pochodů“ prožívána různým způsobem jako porucha myšlení, koncentrace a paměti. Její různorodé aspekty lze popsat jako kognitivní „klouzání“, poruchu selektivní pozornosti, receptivní a expresivní řečovou poruchu nebo jako interferenci myšlenek a zárazy. Jedná se např. o neustálé vnucování se vedlejších asociací do myšlenkového procesu, neschopnost zaměřit pozornost, ale i o náhlou zástavu myšlenek a schopnosti reagovat nebo o neschopnost porozumět čtenému textu nebo při poslechu slov a delších slovních sekvencí (Roder et al., 1993).

2.1.3 Vztah mezi bazálními symptomy a klinickými projevy schizofrenie

Různé studie se věnovaly vztahu bazálních symptomů k dalším psychopatologickým aspektům schizofrenie – např. pozitivním a negativním symptomům, rozdílným neuropsychologickým deficitům nebo psychopatologické symptomatologii v různých stádiích nemoci.

Studie ukazují inkonzistentní výsledky, závislé především na výběru testů a charakteristikách výzkumného vzorku (Banaschewski, Schulz, Martin, & Remschmidt, 2000). Některé studie referují o souvislosti subjektivních zkušeností s pozitivními symptomy akutní a chronické schizofrenie, zatímco jiné studie vztah akutní schizofrenie s pozitivní symptomatologií zamítají. Jiné studie hovoří o signifikantním vztahu mezi bazálními symptomy a negativními symptomy u chronické schizofrenie (Kim, Byun, Ann, & Lee, 2010). Tak například porucha pozornosti byla spojována s pozitivními i negativními symptomy. Postižení intelektových funkcí korelovalo spíše s negativními symptomy než pozitivními (Banaschewski et al., 2000).

2.2 Nástroje hodnocení subjektivního prožívání u schizofrenie

Fakt, že subjektivní hledisko pacienta je významnou proměnnou pro jeho další fungování a rehabilitaci si uvědomují odborníci pracující s pacienty se schizofrenií. Z toho důvodu vznikaly po celém světě nástroje, které si kladou za cíl tyto subjektivní obtíže odhalit. V České republice s těmito nástroji není příliš pracováno, chybí standardizované normy pro českou populaci.

V zahraniční literatuře je možné setkat se například s níže uvedenými metodami:

- Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms (BSABS),
- Frankfurt Complaint Questionnaire (Frankfurter Beschwerde-Fragebogen),
- Intentionality Scale (IntentionalitätsSkala, InSka),
- Frankfurt Well-being Scale (Frankfurter Befindlichkeits-Skala),
- Günzburg Self Assessment Scale of Basic Symptoms (Günzburger Selbstbeurteilungsskala für Basissymptome),
- Rome Basic Disorders Scale,
- The Subjective Scale to Investigate Cognition in Schizophrenia (SSTICS) a dalšími.

3 Měření kognitivního deficitu

V této kapitole bych se chtěla věnovat metodám, které přinášejí důležitá zjištění o kognitivních deficitech vyšetřovaných osob. K měření deficitů poznávacích funkcí je možné přistupovat ze dvou hledisek. Prvním je hledisko objektivní, které využívá neuropsychologické testování a zobrazovací metody. Druhé hledisko je subjektivní pohled nemocného, který sám podle svých zkušeností a zážitků hodnotí kvalitu svých poznávacích schopností. K subjektivnímu hodnocení bývají v praxi využívány sebeposuzovací stupnice.

Neuropsychologické testy

Neuropsychologické vyšetření je prováděno běžně dostupnými, standardizovanými nebo alespoň provizorně normovanými metodami. Neuropsychologické metody a terminologie bývají v praxi užívány nejednotně, což ve výsledku ztěžuje srovnání jednotlivých studií nebo výkonu jednoho pacienta vyšetřeného více odborníky. Další komplikací testování je, že většina testů měří více funkcí současně (Tůma & Lenderová, 2001). Preiss (2007) se blíže zabývá touto problematikou ve svém článku „*Jak (ne)měřit kognitivní funkce*“.

Z hlediska náročnosti je možné rozlišit 2 typy neuropsychologických testů (Preiss, 2006). První typ testů zahrnuje kognitivní nebo senzomotorické testy, které zvládne většina neurologicky intaktní populace. V takovém testu dosáhne maxima prakticky každá relativně zdravá osoba. Tento typ je výhodný pro pacienty se zřetelným poškozením. Druhý typ předpokládá, že výkony testované osoby budou optimální jen v malém procentu případů. Užití takovýchto metod je vhodné pro minimální poškození nebo všeobecný screening.

Většina neurologických testů doporučuje skór, který odděluje „zdravou“ populaci od „postižené“, tzv. „cut-off“. Tyto skóry jsou prospěšné při testování schopností, které mají v populaci normální rozložení, např. řečové nebo motorické schopnosti (Preiss, 2006).

Informace získané z neuropsychologického vyšetření mohou být užitečné pro další práci s pacientem a plánování rehabilitace.

V klinické praxi bývá při podezření na oslabení poznávacích funkcí prováděno screeningové vyšetření. Vyšetření vychází z úvahy, že kognitivní funkce bývají postiženy jako celek, počáteční screeningové vyšetření bývá z tohoto důvodu zaměřeno na všechny rizikové oblasti (psychomotorické tempo, paměť, pozornost, řídicí funkce). Klasickými screeningovými nástroji jsou test kresby hodin, MMSE, Paměťový test učení, počítání, psaní, všeobecné informace či interpretace přísloví (Preiss, 2006). Podrobné neuropsychologické vyšetření obsahuje většinou rozsáhlé neuropsychologické baterie. U nás jsou nejužívanější 2 baterie - Halstead-Reitan Neuropsychological Battery (HRNB) a Luria-Nebraska Neuropsychological Battery (LNNB).

Pro ilustraci zde uvádím diagnostické metody, které mohou být využity při hodnocení jednotlivých kognitivních schopností (viz Tabulka 1).

Hodnocená oblast	Diagnostické metody
Pozornost	Číselný čtverec, Číselný obdélník, Test pozornosti d2, Test cesty (TMT)
Paměť	Paměťový test (WMS, WMS-III), Paměťový test učení (AVLT), Rey-Osterriethova komplexní figura (RCFT), Bentonův vizuálně-retenční test (BVRT), Krátký vizuální paměťový test (BVMT)
Řeč	Test verbální fluence (VFT)
Exekutivní funkce	Testy věží (Hanojská, Londýnská), Wisconsinský test třídění karet (WCST), Stroopův test (CWT), Test cesty (TMT)
Intelligence	Wechslerův inteligenční test pro dospělé (WAIS-R, WAIS-III), Krátký test všeobecné inteligence (KAI), Ravenovy standardní progresivní Matice (SPM), Vídeňský maticový test (VMT)

Tabulka 1: Diagnostické metody pro měření kognitivních funkcí

Zobrazovací a funkční metody

Kromě testových metod je důležité pro diagnostiku kognitivních poruch vyšetření fyzikálními metodami. Dle Vyhnálka et al. (2011) jsou v České republice zobrazovací metody k diagnostice poznávacích poruch využívány nedostatečně. Mezi užívané metody patří počítačová tomografie (CT), funkční nukleární magnetická rezonance – fNMR, jednofotonová emisní počítačová tomografie – SPECT

a pozitronová emisní tomografie – PET. Elektrofyziologické metody (EEG) mají v této oblasti spíše pomocný význam.

3.1.1 Nástroje objektivního hodnocení kognice u schizofrenie

V předchozí podkapitole bylo obecně vymezeno, jakými způsoby u nás probíhá objektivní hodnocení kognitivních deficitů, bez ohledu na diagnózu vyšetřovaného. V této podkapitole bude uvedeno, jaké metody měření kognitivního deficitu jsou využívány konkrétně u diagnózy schizofrenie.

Tůma s Lenderovou (2001, s. 7) doporučují u pacientů se schizofrenií provést nejprve počáteční screeningové vyšetření zaměřené na všechny „rizikové“ oblasti. Do těchto oblastí zahrnují:

- psychomotorické tempo (spolu s kvalitou a rychlostí vizuomotorické koordinace),
- paměť (pracovní, krátkodobou s různě odstupňovaným oddálením, dlouhodobou epizodickou a sémantickou, schopnost učení se novým informacím),
- pozornost (zaměřenou, střídavou a rozdělenou),
- řeč (především verbální plynulost),
- řídicí (exekutivní) funkce.

Pokud je zjištěno narušení některé z konkrétních funkcí, mělo by následovat konkrétní vyšetření. Testování může proběhnout v jednom nebo více sezeních. Je důležité, aby po každém sezení následovalo zpětné dotazování na pacientovy pocity během vyšetření (pocity únavy, trémy, míra úzkosti, rušivé elementy atd.). Pokud by se tak nestalo, může dojít k chybným interpretacím a validita testování může být snížena.

V dnešní době existuje velké množství testových metod zkoumajících poznávací funkce, které jsou užívány u pacientů se schizofrenií. Problémem ve využití těchto metod může být standardizace v našem kulturním prostředí a časová náročnost komplexní testové baterie.

Pro příklad uvádím baterii testů, kterou pro neuropsychologické testování pacientů se schizofrenií navrhli Peréz a Tůma (Tůma & Lenderová, 2001). Baterie zahrnuje:

- Subtest z Wechslerova paměťového testu (WMSIII) Logická paměť (pouze první část)
- Subtest Verbální párové asociace z WMSIII
- Test verbální fluence
- Rey-Osterriethova komplexní figura (R.-O. figura)
- Test kreslení dráhy – forma A (TMT)
- Číselný čtverec
- Hanoiská věž
- Stroopův test
- Wisconsinský test třídění karet (WCST)

K novým trendům v oblasti měření kognice u schizofrenie patří specializované baterie doporučené na základě konsenzu MATRICS (Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia). MATRICS obsahuje 7 kognitivních oblastí specifických pro schizofrenii – pozornost, pracovní paměť, rychlost zpracování informací, verbální učení a paměť, zrakové učení a paměť, logické myšlení a řešení problému a sociální kognici. Dále existují počítačové testové baterie CogState Schizophrenia Battery, testy sociální kognice (např. Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test – Managing Emotions, MSCEIT), testy rychlosti zpracování informací (Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia (BACS) a další (Obereignerů et al., 2011). Kognitivní poruchy je také možné zachytit v Rorschachově metodě (ROR), konkrétně v indexech kognitivní triády - Zpracovávání (Processing) – Zprostředkování (Mediation) – Představivost – Vytváření idejí (Ideation).

Vzhledem k souvislosti mezi kognitivními deficity a negativními a pozitivními příznaky schizofrenie Obereignerů et al. (2011) uvádějí možnost užití následujících nástrojů - škálu pro hodnocení negativních symptomů (SANS), škálu pro hodnocení pozitivních symptomů (SAPS) nebo škálu pozitivních a negativních příznaků (PANSS).

Zkoumání pomocí zobrazovacích metod přináší informace o změnách v mozku ve vztahu ke kognitivnímu deficitu u schizofrenie. Mezi nejčastěji uváděné

morfologické nálezy patří změny v oblasti dorsolaterálního prefrontálního kortexu, limbického systému, hipokampu (zvláště v levé hemisféře), parahipokampálního kortexu a gyrus cinguli, thalamu a bazálních ganglií. Popisována je také inverzní korová asymetrie (Tůma & Lenderová, 2001). Pro zájemce o problematiku strukturálních změn mozku při schizofrenii odkazují na práci Františka Koukolíka (Koukolík, 1992).

Pro přehlednost uvádím nálezy psychopatologie vztahující se ke schizofrenii u různě anatomicky lokalizovaných poškození mozku (viz Tabulka 2).

Organické poškození mozku a psychopatologie ve vztahu ke schizofrenii		
Anatomická lokalizace léze	Psychopataologie	Citace
Frontální lalok - mediální část	Katatonní a hebefrenní příznaky; ztráta iniciativy, volní a intelektové aktivity, zárazy v myšlení, mutizmus	Hilborm (1951) Joseph (1996)
Frontální lalok - laterální část (narušení fronto-talamo-neokortikálních okruhů)	Poruchy zpracování informací, přehlčení sensorickými podněty, zmatenost, poruchy pracovní paměti, chudost řeči	Joseph (1996) Lewis (1995)
Nucleus caudatus (narušení okruhu bazální ganglia - frontální kortex)	Senzorické poruchy, agitovanost, hyperaktivita nebo apatie, emoční oploštělost, katatonní stavy	Joseph (1996) Spiegel a Szekeley (1961)
Temporální lalok	Nepřiměřená emoční reaktivita, agresivita, afázie, paranoidita, halucinace, poruchy paměti, magické, religiózní myšlení	Crowe a Kuttner (1991) Trimble a Perez (1982)
Amygdala, hipokampus	Komplexní halucinace, poruchy řeči a myšlení, poruchy paměti a učení, sociálně emoční agnozie	Dauphinais et al. (1990) Joseph (1996)

Tabulka 2: Organické poškození mozku a psychopatologie ve vztahu ke schizofrenii (Tůma & Lenderová, 2001)

3.1.2 Nástroje subjektivního hodnocení kognice u schizofrenie

Nalézt sebezposuzovací dotazník, který by se zabíral čistě kognitivními deficity u pacientů s diagnózou schizofrenie, se pokoušel Nondek, Dočkalová, Preiss a Motlová (2009). Protože takový dotazník nenašli, použili u schizofrenních pacientů dotazníky zacílené na populaci s organickým postižením - DEX, CFQ a EMQ. Poměrně nově

užívaným nástrojem k sebesouzení kognice je Beckova posuzovací škála kognitivního náhledu. V České republice je aktuálně využíván Frankfurtský dotazník potíží, který je zaměřen na bazální symptomy. Tomuto dotazníku bude věnována samostatná kapitola. Hodnocením bazálních symptomů se zabývá i Bonnská škála.

Dysexecutive Questionnaire (DEX)

DEX je nástrojem k posouzení každodenních příznaků exekutivních potíží. Do češtiny byl přeložen PhDr. Kulišťákem. Původně je tento dotazník součástí neuropsychologické baterie BADS. V dotazníku je 20 položek sledující paměť, motoriku, pozornost a exekutivu. Probandi na pětistupňové škále posuzují, jak často se jim přihodila popsána událost v posledních čtrnácti dnech. DEX existuje ve formě sebesouzovací i v paralelní formě pro posouzení blízkými osobami - DEX-SO (Nondek, 2006).

Cognitive Failures Questionnaire (CFQ)

Pro sebesouzení kognitivního deficitu v běžném životě byl dále vyhotoven dotazník CFQ. Český překlad provedl M. Nondek v rámci své diplomové práce. Tento nástroj má 25 položek a pětistupňovou numerickou škálu hodnocení. Stejně jako předchozí dotazník je zaměřen na různé oblasti kognitivního deficitu, jako jsou pozornost, paměť, motorika atd. (Nondek, 2006).

Everyday Memory Questionnaire (EMQ)

Dotazník EMQ je orientován na projevy specifického deficitu paměti v běžném životě. Byl vytvořen A. Sunderlandem ke zjišťování poruch paměti v běžném životě po úrazech hlavy. Překlad do českého jazyka zajistil Nondek (2006). Dotazník obsahuje 28 položek, které probandi hodnotí na osmibodové numerické škále.

Beck Cognitive Insight Scale (Beckova posuzovací škála kognitivního náhledu, BCIS)

BCIS je nástroj navržený Aaronem T. Beckem v roce 2004, který slouží k hodnocení kognitivních procesů u pacientů, jejich anomálních zkušeností a specifických nesprávných interpretací. Zaobírá se kognitivním náhledem, který Beck definuje jako sníženou schopnost pacientů racionálně reflektovat své neobvyklé zážitky a rozpoznat, že jsou jejich závěry nesprávné (Crisan & Macrea, 2009). BCIS obsahuje 15 položek s výroky, úkolem probandů je hodnotit tato tvrzení na 4 bodové numerické škále.

Beckova posuzovací škála je sestavena ze dvou subškál:

- **sebereflexe (self-reflectiveness)** – obsahuje 9 položek. Například *„Druzí lidé dokážou lépe pochopit příčinu mých neobvyklých zkušeností lépe než já.“*
- **sebejistota (self-certainty)** – obsahuje 6 položek. Například *„Mé interpretace mých zkušeností jsou rozhodně v pořádku.“*

Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms (BSABS, Bonnská škála)

Tato škála slouží jako screeningový nástroj pro včasnou detekci prodromů schizofrenie. Škála vychází z Huberovy teorie, je založena na přítomnosti a hodnocení bazálních symptomů. Cílem tohoto nástroje je co nejdříve identifikovat rizikové jedince a poskytnout jim adekvátní léčbu. Obsahem je široké spektrum prodromálních příznaků, které detailně mapují neuropsychologické a psychopatologické abnormality, převážně zážitkového charakteru. Hlavní kategorie tohoto nástroje jsou (Forgáčová, 2014):

- Dynamické anomálie, úroveň 1 (např. zvýšená potřeba spánku, snížená schopnost prožívat radost a vlastní emoce, snížená potřeba kontaktu),
- dynamické anomálie, úroveň 2 (např. zvýšená dráždivost a emoční reaktivita, obsese, kompulze, fobie, depersonalizační fenomény),
- kognitivní anomálie, poruchy vnímání, poruchy aktivity,
- cenestézie (nadměrné a neobvyklé vnímání vlastního těla a jeho částí),
- vegetativní poruchy,
- nedostatečné strategie zvládnání zátěže.

Na závěr této kapitoly je nutné říci, že vztah mezi subjektivním prožíváním a objektivním zjištěním nebývá přímočarý. Některé osoby prožívají a hodnotí své potíže velmi intenzivně, kdežto jiné mohou působit dojem, že žádné potíže neevidují. Myslím, že při práci s pacienty je vždy třeba brát v potaz subjektivní stesky pacientů, nepřehlížet je. Velmi důležitá mi také připadá poznámka Schiffmana a Walkerové (1998), že viditelně snížené vyjadřování emocí nemusí nutně znamenat, že nemocní mají méně intenzivní subjektivní prožitky než zdravé osoby. Některé nálezy naznačují, že zeslabené vyjadřování emocí může koexistovat s intenzivním prožíváním emocí na osobní rovině.

4 Frankfurtský dotazník potíží (FBF, FCQ)

Frankfurtský dotazník potíží je speciální metoda vyvinutá pro osoby se schizofrenií. V současné době se s touto metodou můžeme setkat v různých jazykových variantách (např. němčina, japonština, ruština, italština, španělština francouzština a angličtina) pod různými názvy – Frankfurter Beschwerde-Fragebogen (FBF) nebo Frankfurt Complaint Questionnaire (FCQ). Ve světě je FBF jedním z nejčastěji používaných sebehodnotících dotazníků pro měření vnímaných kognitivních a percepčních poruch (Moritz et al., 2001). Dotazník naráží na kognitivní deficity, vyskytující se v každodenních situacích. V České republice není tento nástroj prozatím užíván ve velké míře.

4.1 Vývoj metody

Autorka metody prof. Lilo Süllwoldová (Süllwold, 1991) uvádí, že dotazník vznikl v průběhu šetření u osob se schizofrenií po první epizodě, kdy samotní pacienti schopni mluveného projevu a interakce popisovali své potíže. Süllwoldová poukazuje na fakt, že většina nemocných se cítí přetížena, pokud jsou od nich očekávány spontánní popisy potíží nebo je požadován vlastní náhled na nemoc, upozorňuje, že tyto jevy jsou také symptomy onemocnění. Skrze experimentální výzkum autorka objektivizovala charakteristické deficity, které se opakovaně nacházely v subjektivních zkušenostech osob se schizofrenií. Autorka dále vycházela z práce Gerda Hubera a netypických symptomů schizofrenie. Dotazník tak předkládá konkrétní popisy potíží, které jsou schopni rozpoznat i těžce nemocní pacienti, a díky tomu umožňuje jejich potíže zachytit.

Süllwoldová (1991) upozorňuje, že zkušenost s psychózou není omezena pouze na psychotické symptomy v úzkém slova smyslu. Takové poruchy, které byly pozorovány u nemocných kromě akutní epizody nemoci a které jsou označeny jako „bazální symptomy“, představují důležité aspekty pro terapii a rehabilitaci.

Vytvořené položky dotazníku odkazují na komplexní interferenční jevy afektivního a kognitivního druhu, které jsou považovány za indikátory bazálních

symptomů. Dle Rottera (1980, in Süllwold, 1991) tyto poruchy spontánně fluktuují v průběhu dne a zdá se, že se objevují s akutní psychózou.

Mnozí pacienti pociťují úlevu a pochopení, když je v položkách vyjádřeno, co je tíží. Bilancují a sdělují, co je pro ně významné. Dotazník zachycuje nejen kvantitativní aspekt, ale zejména subjektivní význam (váhu) potíží a nabízí možnost vyjádření a komunikace, které by bylo bez podnětů těžko k dispozici (Süllwold, 1991).

Metoda nebyla vyvinuta pro diferenciální diagnostiku v obvyklém slova smyslu. Uplatnění je předpokládáno v kontextu komplexně diagnostických metod a/nebo terapeutických prostředků. Autorka upozorňuje, že je důležité, aby si byl pacient vědom toho, že jeho sdělení by měla být použita ke zlepšení pochopení jeho specifických potíží a pro cílenou pomoc. V opačném případě, např. když se pacient obává, že výsledky budou mít za důsledek nějaké nevýhody (např. zvýšení medikace, oddálení propuštění atd.), lze očekávat popření potíží ze strany pacienta. Aby byly výsledky co nejlépe využitelné, měl by být výzkum uskutečněn osobou, která je pro pacienta důvěryhodná a co nejlépe vysvětlí jeho smysl. Informace o druhu a stupni jednotlivých poruch, situačních podmínkách jejich výskytu atd. mohou být získány prostřednictvím následné explorační. Ta poskytuje příležitost ke zvážení nevyřčených variant potíží (Süllwold, 1991).

Při koncepci dotazníku byla zohledněna omezená schopnost chápat a zpracovávat podněty, která je pro nemocné charakteristická. V předběžných studiích se ukázalo, že určité metodiky, které jsou vhodné pro dotazníky v jiných oblastech, přetěžují schopnost zpracovávat informace a nevedou k relevantním výsledkům. Respondentům je nabízena možnost odpovědi dvojího typu „ANO“ a „NE“. Prokládání dotazníku tzv. lži-otázkami vzbouzelo nedůvěru. Süllwoldová (1991) uvažuje, že ten, kdo hledá pomoc, je zpravidla připraven popsat svůj stav či náladu, a tendence odpovídat v duchu „sociální desirability“ při subjektivním hodnocení postižení taktéž nehraje žádnou roli. Homogenní konstrukce dotazníku umožňuje zkoumat také pacienty s těžkým postižením funkcí. Dle autorky je akustická schopnost chápat často lepší než optická. V takových případech se osvědčilo čtení položek. Je-li však poskytována podpora při zpracování položek, je nutné vyhnout se jakémukoli naznačování odpovědí. Popsané potíže mohou být pouze vysvětleny. Většina osob se schizofrenií ovšem potíže při

zpracování dotazníku nemá. Necháávají si na odpovědi čas a dávají najevo, že dokážou každou položku interpretovat (Süllwold, 1991).

4.2 Diagnostické využití

Frankfurtský dotazník potíží umožňuje kvantitativně zjišťovat subjektivní váhu individuálně vnímaných deficitních potíží, které stojí v pozadí onemocnění pacientů. To, jak dotyčné konkrétně omezuje v každodenním životě, musí být určeno pomocí dalších výzkumů a řízeným sebezpozorováním.

Autorka upozorňuje, že v popředí klinické diagnostiky nestojí pouze stěžejní oblast poruchy a její subjektivní rozsah, ale také odhalování vztahů (Süllwold, 1991). Např. budou se osoby vyhýbat sociálním kontaktům, protože je narušena řeč, nebo proto, že zkreslené vnímání napomáhá chybné interpretaci (např. paranoidním myšlenkám)? Klopí pacient oči k zemi, protože se objekty kolem něj třesou, nebo proto, že se takto vyhýbá jinému smyslovému podráždění? Chová se nemocný do značné míry pasivně, protože je řazení průběhu dějů možné pouze s velkým vypětím koncentrace?

Diagnostické vyhodnocení dotazníku patří do kontextu všech dostupných informací. Dle Süllwoldové (1991) může být podezření na psychózu vyvozeno pouze tehdy, když se k subjektivně vnímaným potížím přidružují nápadné změny chování s poruchami na funkční úrovni důležitých oblastí života.

4.3 Popis metody

Úvodní strana dotazníku mapuje demografické údaje o vyšetřované osobě, dotazuje se na prvotní objevení potíží, počáteční způsob léčby a aktuálně užívané léky. Další strana obsahuje písemnou instrukci pro respondenty. V dotazníku je předloženo 98 položek, které zachycují konkrétní obtíže afektivního a kognitivního druhu, se kterými se pacienti mohou setkávat v každodenním životě. Tyto položky dále autorka rozděluje do 10 škál dle fenomenologických podobností (ztráta kontroly, sensorická iritace, poruchy vnímání, řeč, myšlení, paměť, motorika, ztráta automatismů, anhedonie a strach a záplava stimulů). Všechny škály jsou zastoupeny 10 položkami, pouze škála

„ztráta kontroly“ obsahuje jen 8 položek. Toto rozdělení do škál upřesňuje deskripci a poukazuje na hlavní příčinu poruch. Pro takové posouzení je pod očíslovanými položkami v závorkách uvedeno, do které z 10 kategorií položka spadá.

Respondenti jsou požádáni, aby odpovídali na položky formou „ANO“ a „NE“. Odpověď „ANO“ zapisují pacienti, pokud na sobě pozorují popisovanou poruchu. V případě, že se některá porucha objevila před několika měsíci nebo před delší dobou a nyní už se nevyskytuje, je třeba, aby osoby odpověděly „ANO“, ale dopsali k tomu ještě komentář „dříve“. Pokud se popisované potíže neobjevují, zaškrtnou dotazování „NE“. U každé položky je dále ponechán prostor, do kterého mohou dotazování poznamenat nějaké další důležité informace (např. četnost potíží nebo jejich zvláštnosti).

Na závěr dotazníku je vložena ještě doplňující otázka „Co mi pomáhá a zlepšuje můj stav“. Na tuto otázku je předloženo 8 možností, které mohou pomoci, a osoba je opět vyzvána k zaškrtnutí „ano“ či „ne“. Je zde také prostor pro dopsání jiných strategií. Süllwoldová (1991, s. 9) uvádí distribuci pořadí těchto výroků dle procentuální hojnosti (n = 229; viz Tabulka 3).

REAKCE	ODPOVĚĎ ANO
Když se vyvaruji neklidu kolem sebe	65,9%
Když se soustředím na málo aktivit a všechno ostatní nechám stranou	58,5%
Když pracuji pomalu	52,0%
Když se vyvaruji citového rozrušení	41,5%
Když se uchýlím do ústraní	34,1%
Když se často zdržuji v těch samých prostorách	33,2%
Když jsem v klidu a málo se pohybuji	30,6%
Když málo mluvím	27,1%

Tabulka 3: Distribuce reakcí zlepšující stav pacientů (Süllwold, 1991, s. 9)

4.4 Přehled škál

Abychom byli schopni popsat klíčové oblasti poruch v jednotlivých případech, autorka rozděluje položky do deseti kategorií dle psychologicky přijatelných fenomenologických podobností. V této kapitole uvádím volný překlad těchto škál dle manuálu Süllwoldové z roku 1991 (Süllwold, 1991).

Ztráta kontroly (KO)

Mnoho pacientů zažívá, že se chovají jinak, než odpovídá jejich úmyslu, dochází k „vpádům“ či „vykolejení“, které nastávají automaticky. Např. položka 96 vyjadřuje: „Často zjistím, že se chovám jinak, než bych chtěl/a, již to nedokážu dost dobře ovládnout.“ Kromě těchto reakcí patří do této kategorie také záraz, jak eviduje např. položka 86: „Někdy jsem na chvíli ztuhlý/á a nedokážu reagovat, i když bych chtěl/a.“ Pokusy kompenzovat své chování skrze dobrovolné vypětí, potlačovat nejistoty svých reakcí, je k nalezení v položkách jako: „I při úplně běžných situacích musím stále dávat pozor na to, abych se choval/a správně“ (položka 83).

Ztráty postihují také řeč a myšlení. Osoby se snaží o „vyrovnání se s hierarchií reakcí“, to znamená, že výběr z jakékoli vhodné reakce selhává. To platí zejména v případě, kdy je situace nejasná nebo je stimulace příliš rozmanitá. Postižení jsou omezováni náhlým zablokováním nebo chybnými reakcemi. Tyto poruchy nesmí být zaměňovány s impulzivním vykolejením nebo zábránám vzhledem k sociální úzkosti, jako se vyskytují u neurotických pacientů. Naproti tomu neodůvodněný výskyt nutí přemýšlet spíše nad slabší formou „automatického pózování“ (automatic posturing) (Huber, 1981, in Süllwold, 1991).

Vnímání (jednoduchá, senzorická iritace, WAS)

Smyslové zkušenosti se u mnoha pacientů mění již před vznikem plných psychotických symptomů. Důsledkem mohou být často pocity ztráty dříve známého, strach a děs. Např. položka 24 vyjadřuje: „Stalo se mi, že na chvíli vypadaly barvy na důvěrně známých věcech jinak.“ Proti tomu popisuje položka 27 deficit v kategorickém chápání, ze kterého vyplývá narušení vyššího stupně zpracování informací: „To, co vidím před sebou, nedokážu správně pochopit, a proto jsem nejistý/á.“

Poruchy vnímání (komplexní, organizované, WAK)

U některých osob se schizofrenií se vyskytují kolísavé komplexní poruchy percepce, které jsou pro tyto osoby znepokojující. Může se jednat o vizuální, zvukové

nebo propioceptivní zkreslení. Např. položka 14 cituje: „Už se mi stalo, že lidské obličejy vypadaly nezvykle, jakoby znetvořeně nebo zdeformovaně.“ Zde se nejedná o halucinace v užším slova smyslu, ale o poruchu ve vnímání skutečné reality, která může kromě znepokojení vést především k chybné interpretaci.

Do této kategorie poruch patří např. také subjektivně vnímané zhoršení začlenění přicházejících podnětů z různých smyslových modalit, jak je popsáno v položce 97: „Nemůžu se již pořádně dívat na televizi, je pro mě namáhavé sledovat zároveň obraz i zvuk a chápat děj.“ Derealizace, paranoidní reakce nebo zdánlivě nepochopitelné změny chování (např. náhlé vyhýbání se čtení, sledování TV, poslechu rádia) mohou mít svůj základ v těchto poruchách vnímání. (Konzumace nelegálních drog je při hodnocení vyloučena.)

Řeč (SP)

Poruchy komunikace, které mají dopad na okolí, mylná interpretace sociálních situací nebo zmatek a strach v přítomnosti dalších osob mají nezřídka základ v poruchách expresivní a receptivní řeči. Dostupná slovní zásoba je zmenšena, vedlejší asociace pronikají do plynulé řeči a řeč je pro partnera v konverzaci splývavá, nepřesná a nepřiměřená.

K typům poškození ovládnutí řeči patří narušení jejího porozumění. Je-li s postiženou osobou veden příliš rychlý a dlouhý rozhovor, není schopna nepřetržitě a dostatečně detekovat obsah. Vzhledem k tomu, že nedokáže vysvětlit zpomalení příjmu informací, má neustále mezery v porozumění, vyhýbá se pacient často společenským kontaktům, což může komplikovat i skutečnost, že okolní ruch nemůže být redukován. Takové narušení selektivní pozornosti způsobí, že je dočasně slyšen pouze bezvýznamný hluk. Také dešifrování delších textů je namáhavé, mnoho nemocných schizofrenií proto čtení přerušuje.

Jako příklad poruch této podkategorie jsou následující popisy potíží: „Mluvení mi nejde už tak dobře, protože mě dostatečně rychle nenapadají slova“ (položka 66); „Čtu nerad/a, protože mi dělá velkou námahu správně pochytit význam textu“ (položka 90); „Stráním se lidí, protože je pro mne těžké sledovat, co říkají“ (položka 93).

Poslední zmíněná položka popisuje častou vyhybavou reakci, která se ukazuje v souvislosti se ztrátou řeči. (Je nutné ji odlišit od intelektuálních potíží, které nemají nic společného s výše uvedenými poruchami.)

Myšlení (DE)

Ztráta mentálních schopností a stížnosti na slabou koncentraci mohou vést k počínajícím nenápadným poruchám myšlení, přičemž tyto potíže zůstávají zpočátku pouze v subjektivní rovině. Potíže jako: „Při přemýšlení odvádějí mou pozornost často nemístné nápady“ (položka 13) nebo „Přijde mi, jako bych již nedokázal/a koncentrovat své myšlenky na něco určitého“ (položka 39), popisují neustále nekontrolovatelný běh myšlenek a nápadů.

Záraz myšlení popisuje např. položka 43: „Občas je můj mozek jako vymetený“. Snahu o kompenzaci vyjadřuje položka 35: „Stojí mne stále větší úsilí utřídit si myšlenky“.

Paměť (GED)

V experimentálním výzkumu je pro pochopení schizofrenie stále více zřejmý ústřední význam narušených paměťových funkcí. Pacienti sami zaznamenávají potíže v této oblasti. „Mám velké mezery v paměti, mnoho z toho, co jsem věděl/a, prostě zmizelo“ (položka 8). Ztráty, které si osoby samy uvědomují, se týkají krátkodobého uchování informací a pravděpodobně také sensorické (ultrakrátké) paměti. „Když čtu delší texty, většinou se mi stane, že zapomenu začátek a uniká mi souvislost“ (položka 37). „Často nevím, co se kolem mě právě děje“ (položka 60). Narušenou aktualizaci obsahů paměti popisuje např. položka 52: „Když si chci na něco určitého vzpomenout, nepodaří se mi to, neboť mne napadne něco úplně jiného.“ Položka 91 poukazuje na deficity v opětovné vizualizaci: „Nedokážu si již pořádně vybavit obličej dříve známých osob.“

Motorika (MO)

Dokonce i pacienti, kteří neužívají neuroleptika, vnímají zhoršení psychomotorických procesů. Mohou být částečně způsobeny poruchou proprioceptivní zpětné vazby, tedy deficity ve vnímání. Tomu odpovídají položky jako: „Někdy necítím při pohybu svoje končetiny tak jako obvykle“ (položka 9); „Při chůzi jsem si někdy vědom/a každého jednotlivého kroku“ (položka 11). Nedostatečnou schopnost ovládat mimický výraz popisuje položka 59: „Můj výraz obličeje často vypadá jinak, než zrovna chci.“ Zárazy nebo nekontrolovatelné impulzy k pohybu se zdánlivě náhodně střídají. (Jejich nejednotnost a pouze krátkodobý výskyt s největší pravděpodobností odlišuje psychomotorické poruchy od nežádoucích účinků neuroleptik.)

Ztráta automatismů (AU)

Automatizované dovednosti jsou nezbytné pro přizpůsobení se. Bez rutinních procesů s nízkou zaměřenou pozorností bychom nebyli schopni správně plnit každodenní požadavky. Poruchy pozornosti nebo paměti se ve značné míře podílejí na tom, že u osob se schizofrenií tyto běžně upevněné „programy“ nejsou plně přítomny. Vše musí být promyšleno krok po kroku. Chovat se spořádaně vyžaduje intenzivní soustředění, jak je uvedeno v položce 6: „Drobné každodenní úkony mi již nejdou tak, jak jsem byl/a zvyklý/á. Musím si znova každý jednotlivý krok rozvážit“.

Důsledkem potíží je často omezení aktivit, protože tyto procesy vyžadují mnohem více času. Osoby jsou pomalé a musí vydávat mnohem větší fyzickou námahu. Od deprese se liší ztráta automatizovaných dovedností „psychomotorickým zmatkem“. Vše je popletené (zmatené), děje a činy musí být uspořádány pomocí četného opakování, kontrol nebo mluvení se sebou a vysokým výdejem koncentrace. Není vzácností, že pacienti chátrají, protože na základě těchto poškození nejsou schopni být soběstační. Dokonce často popisované „loudání se“, např. při ranní toaletě, často sahá až k ztrátě automatismů.

Anhedonie a strach (AN)

Schizofrenní pacienti prožívají své emoce často jako nediferencované. Vzrušení, které překračuje určitou prahovou hodnotu, je vždy vnímáno jako nepříjemné: „Když se rozruším, často ani nevím, zda cítím radost nebo zlost“ (položka 87). Osoby neprožívají žádné potěšení, jak vyjadřuje položka 16: „Již se nedokáži normálně radovat“. Obavy a strach vznikají mimo jiné z důvodu povšimnutí si svých potíží: „Mám strach, že má schopnost přemýšlet stále klesá“ (položka 1).

Záplava stimulů (REI)

Mnoho nápadných změn v chování schizofrenních pacientů, zdánlivě bizarní návyky, mohou být chápány jako strategie vyhýbání se neustálému zaplavení vnějšími či vnitřními podněty (stimuly). Toto obecně popisují obě následující položky: „Nedokážu se již dostatečně od něčeho oprostít, vše na mě působí příliš silně“ (položka 89); „Jsem příliš bdělý/á, pozoruji vše co se děje, i když vůbec nechci“ (položka 58). Když má osoba zkušenosti se záplavou stimuly (hyperstimulací), reaguje již tak, aby mohla tuto situaci zvládnout a potíže se zmenšily.

4.5 Interpretace

Celková hodnota dotazníku je měřítkem subjektivní váhy registrovaných potíží. Autorka upozorňuje, že není měřítkem závažnosti onemocnění (Süllwold, 1991). Někteří pacienti například při těžkém průběhu nemoci registrují jen málo potíží. Zpravidla však zhoršení zdravotního stavu doprovází nárůst potíží. Je však i možné setkat se s případy, kdy takovéto potíže ustupují. Süllwoldová poukazuje na nejednotnost těchto souvislostí. Dle autorky již mnohé studie prokázaly, že schizofrenní pacienti odpovídají z hlediska obsahu konzistentně. Platnost výsledků FBF omezuje pouze na tuto klinickou skupinu. Porovnání s jinými skupinami by mělo být podrobno strukturovanému výzkumu.

4.6 Psychometrické vlastnosti

Reliabilita FBF dle autorky dotazníku (Süllwold, 1991) prokázala uspokojivé hodnoty (viz Tabulka 4). Položková analýza odhalila obtížnost většiny položek v rozmezí 0,20 a 0,80. Obtížnost položky je v tomto případě definována jako symptom nebo přítomnost určité poruchy. Několik málo položek, které se nacházejí mimo tyto hodnoty, jsou z oblasti smyslových poruch. Tyto položky, které zachycují poměrně vzácná poškození, nebyly z dotazníku vyřazeny, jelikož mohou být důležité pro celkový klinický obraz nemocných. Indexy selektivity jsou především ve střední oblasti, tzn., že většina položek korelovala s celkovou hodnotou FBF od 0,40 do 0,60. Položky, které nespádaly do tohoto intervalu, byly také ponechány v dotazníku, protože zachycují důležité aspekty specifických zdravotních poškození v konkrétním případě (Süllwold, 1991). Uspokojivou spolehlivost testu prokázaly i další studie (Loas, Yon, Monestès, & Cuesta, 2011).

Cronbachovo alfa	0,9683
Spearman-Brown	0,9776
Flanagan	0,9770
Kristof	0,9770
Průměrná hodnota	33,78
Standardní odchylka	22,35

Tabulka 4: Hodnoty reliability, průměrná hodnota a stand. odchylka (Süllwold, 1991, s. 9)

Pomocí faktorové analýzy byly odhaleny 4 interpretovatelné faktory, které vysvětlují 72% celkového rozptylu (narušení automatizovaných procesů, narušené vnímání, deprese, přesytení). Další výzkumy objevily pomocí PCA analýzy (analýza hlavních komponent) jeden nebo dva faktory. Pomocí faktorové analýzy vznikla zkrácená verze dotazníku FCQ-24, která obsahuje 24 původních položek. Dotazník zahrnuje všech 10 oblastí (škál), které jsou zastoupeny alespoň 1 položkou (Süllwold, 1991). Podrobnějším výkladem těchto faktorů se vzhledem k rozsahu této práce nebudu zabývat.

Dlouhodobá spolehlivost dotazníku FBF byla také předmětem studií. Do jedné ze studií (Loas et al., 2011) z roku 2006 bylo zapojeno 56 osob se schizofrenií (n=28),

afektivní poruchou s psychotickými symptomy (n=20) a schizoafektivní poruchou (n=8). Osoby vyplňovaly zkrácený dotazník španělské verze o 18 položkách ve 2 časových intervalech. Poprvé po odeznění akutní epizody a následně v době mezi 6 měsíci až 2 lety po propuštění, kdy byli pacienti stabilizováni. Spearmanův korelační koeficient byl $r_s = 0,62$ ($p < 0,01$). Další studie z roku 2002 byla provedena pomocí francouzské verze FBF, finální vzorek činil 21 pacientů se schizofrenií (podle Loas et al., 2011). Pacienti vyplnili dotazník v průběhu stabilizovaného klinického stavu a poté až po 8-11 letech ($M = 9,1$ let). Autoři uvádí Spearmanův koeficient korelace $r_s = 0,83$ ($p < 0,01$).

4.7 Výzkumné studie

4.7.1 Výzkumy u pacientů se schizofrenií

Od doby zhotovení FBF proběhly v mnoha zemích různé výzkumné studie využívající tento nástroj. Někteří výzkumníci se zabývali otázkou vnímání kognitivních potíží v závislosti na délce a průběhu onemocnění schizofrenií. Moritz et al. (2001) zjišťoval, zda se v subjektivním hodnocení svých kognitivních schopností a dovedností liší pacienti s první atakou (n = 20) od chronických pacientů (n = 36). Výsledky studie potvrdily hypotézu autorů, že se chroničtí pacienti v subjektivním vnímání kognitivních schopností neliší od pacientů po první epizodě, pacienti se nelišili v žádné ze subškál FBF. Autoři v tomto výzkumu také potvrdili, že FBF významně diskriminuje pacienty se schizofrenií od kontrolní skupiny zdravých osob (ve všech subškálách).

Otázkou vztahu bazálních symptomů a symptomů dalších domén v různých fázích psychotických onemocnění se v roce 2014 zabýval Comparelli se svými kolegy. Do jejich výzkumu (Comparelli et al., 2014) byli kromě osob s první epizodou schizofrenie (FES) a pacientů s opakovanými epizodami (MES) zahrnuti i jedinci označení jako mimořádně riziková – ultra high risk (UHR; splňující kritéria „psychosis risk syndrome“/rizikový psychotický syndrom), a pacienti s generalizovanou úzkostnou poruchou (zde slouží jako kontrolní skupina). Studie se dohromady účastnilo 151 pacientů navštěvujících psychiatrické oddělení nebo ambulanci, kterým bylo kromě FBF předloženo semi-strukturované interview SIPS, včetně škály SOPS - Scale Of

Prodromal Symptoms (škála prodromálních symptomů). Výsledky studie potvrzují hypotézu, že pacienti se schizofrenií vykazují vyšší úroveň psychotických příznaků ve srovnání s pacienty s úzkostnou poruchou. Nicméně autoři poukazují i na fakt přítomnosti psychotických příznaků i u nepychotických pacientů, který podporuje model kontinua psychózy, který předpokládá, že psychotické symptomy jsou distribuovány v celé populaci. V dotazníku FBF se ukázal být statisticky významný rozdíl mezi skupinami FES a MES v porovnání s kontrolní skupinou. Skupina UHR se od kontrolní skupiny nelišila. Výsledky ukazují vyšší skóre FBF u pacientů po první epizodě (FBF total = 22,72; SE = 6,85) v porovnání se skupinami UHR (FBF total = 8,79; SE = 7,05) a MES (FBF total = 9,85; SE = 6,55). U pacientů s opakovanými epizodami nebyla nalezena žádná korelace mezi FBF a SOPS. Vysoké korelace mezi použitými nástroji byly především u kontrolní skupiny úzkostných pacientů.

Rozdílům mezi jedinci po první epizodě a jedinci ohroženými schizofrenií se z genderového hlediska věnoval tým autorů ve Švýcarsku (González-Rodríguez et al., 2013). Pacienti (n = 204) byli testováni pomocí FBF, BPRS (Brief psychiatric Rating Scalea) a SANS (Scale for the Assessment of Negative Symptoms). Ve Frankfurtském dotazníku potíží nebyly nalezeny signifikantní rozdíly mezi pohlavími.

4.7.2 Výzkumy pacientů různých diagnostických skupin

Jiní autoři se zaměřili na porovnání výsledků FBF mezi pacienty se schizofrenií a pacienty s jinými poruchami. Maß, Hitschfeld, Wall a Wagner (1997) do výzkumného vzorku zařadili 151 mužů, mezi kterými byli muži se schizofrenií, s duální diagnózou (schizofrenie a alkoholismus) a alkoholicí. Až na jednu výjimku (poruchy vnímání) se neprokázal statisticky významný rozdíl v subškálách ani celkovém výsledku FBF mezi skupinami.

Peralta a Cuesta (1998) se zabývali rozdíly subjektivních zkušeností mezi pacienty s psychotickými poruchami. Do studie bylo zařazeno 6 skupin - 40 osob se schizofrenií, 40 osob se schizofreniformní poruchou, 21 osob se schizoafektivní poruchou, 18 osob s poruchou nálady, 15 osob s krátkou reaktivní psychózou a 16 osob s atypickou psychózou. Autoři nezjistili signifikantní rozdíly mezi diagnostickými skupinami v celkovém skóre FBF ani jeho subškálách.

Další autoři se zabývali rozdíly schizofrenních pacientů a pacientů s bipolární poruchou (Arduini et al., 2002). Tento italský výzkum proběhl na vzorku 55 pacientů se schizofrenií a 39 bipolárních pacientů hospitalizovaných s psychotickou epizodou. V porovnání s pacienty s bipolární poruchou byly u pacientů se schizofrenií naměřeny vyšší skóre u subškál „ztráta kontroly“, „vnímání“ (jednoduché i komplexní), „motorika“ a „ztráta automatismů“. Autoři používají 4 faktorový model FBF, dle kterého jsou mezi skupinami signifikantní rozdíly v oblastech „centrální kognitivní poruchy“ a „vnímání a pohyblivost“. Odlišné výsledky sdílí autoři Kim et al. (2013), kteří do svého výzkumu kromě ambulantních pacientů se schizofrenií a bipolární poruchou zahrnuli ještě pacienty s depresivní poruchou a kontrolní vzorek osob bez psychiatrické diagnózy (KS). Na rozdíl od předchozí studie však nenalezli signifikantní rozdíly ve výsledcích FBF mezi klinickými skupinami. Poukazují však na významné rozdíly mezi KS a schizofrenními pacienty a KS a depresivními pacienty.

4.7.3 Korelace dotazníku s dalšími nástroji

Následující studie se zabývaly vztahem mezi subjektivním posouzením kognice a objektivními testy. V roce 1996 Cuesta, Peralta a Juan použili španělskou verzi FBF a neuropsychologickou baterii zahrnující Mini-Mental State, některé subtesty z WAIS, Bender gestalt test, Rey-Osterriethovu komplexní figuru a Trail Making Test. Všechny uvedené testy vyplnilo pouze 32 pacientů se schizofrenií, výsledné korelace však ukazují na blízký vztah mezi abnormálními subjektivními zkušenostmi/bazálními symptomy a neuropsychologickými poruchami, v menší míře i s frontálními neurologickými příznaky (Cuesta, Peralta, & Juan, 1996).

Italská studie (Vita, Deperi, Rolla, & Comazzi, 2008) sledovala souvislost mezi subjektivním hodnocením kognice pomocí FBF a kognitivním výkonem měřeným Wechslerovou inteligenční škálou. Výsledky studie, do které bylo zahrnuto 78 schizofrenních pacientů, poukazují na souvislost mezi slabším výkonem v inteligenčním testu a subjektivními stížnostmi na své mentální fungování.

V roce 2010 Vita a Peri ve své studii zjistili, že závažnost symptomů (pomocí SAPS a SANS) pozitivně korelovala s horším subjektivním vnímáním mentálních funkcí. Neuropsychologické fungování (měřené WAIS-R) korelovalo s vnímáním

vlastního kognitivního deficitu s abnormální subjektivní zkušeností spojenou s dalšími neuropsychologickými poruchami. Užívání atypických antipsychotik bylo spojeno s lepším pochopením kognitivní dysfunkce (Vita & Peri, 2010).

Kim et al. v roce 2010 ve svém výzkumu na Novém Zélandu porovnávali subjektivní hodnocení pacientů se schizofrenií a míru psychopatologie pomocí nástroje Manchester Scale (MS). Data získaná od 67 osob naznačují signifikantní korelace mezi pozitivní symptomatikou (halucinace, inkoherece) a jednotlivými škálami i celkovým skóre FBF. Výjimku tvoří bludné představy, které signifikantně nekorelovaly s dotazníkem FBF. Oproti tomu nebyla nalezena žádná signifikantní korelace mezi skóre negativních příznaků (zploštělá afektivita, chudá řeč, psychomotorická retardace) a Frankfurtským dotazníkem. Tyto výsledky autoři interpretují tak, že negativní symptomy mohou být spojeny s menší subjektivní zkušeností, nebo že pacienti trpící negativními symptomy nejsou schopni identifikovat své subjektivní zkušenosti v důsledku celkového oslabení mentálních procesů. Autoři také nenalezli signifikantní korelace mezi FBF a věkem, pohlavím, délkou onemocnění, vzděláním nebo užíváním antipsychotik (Kim et al., 2010).

Jiné výsledky prokázala již výše zmíněná studie Maße et al. (1997), ve které byly zkoumány korelace s pozitivními a negativními škálami PANSS (The Positive and Negative Syndrome Scale). Jejich výsledky naznačují, že existuje souvislost mezi FBF a pozitivními i negativními symptomy. Vyšší korelace FBF však byly zaznamenány s negativními symptomy. Výjimkami jsou škály „myšlení“ a „anhedonie a strach/deprese“. Myšlení korelovalo výhradně s P2 (formální poruchy myšlení) a P3 (Halucinace). Anhedonie a strach výhradně s P7 (nepřátelství). Žádné významné pozitivní korelace se škálou PANSS nebyly nalezeny u škál vnímání, motorika a záplava stimulů. Autoři (Maß et al., 1997) také zjistili signifikantní korelaci mezi FBF a BSABS (Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms), která se v jednotlivých škálách pohybovala mezi 0,28 a 0,60. Nejsilněji korelovala s celkovým skóre FBF kategorie C1 (kognitivní poruchy myšlení).

Vztahem subjektivně vnímaných potíží a kvalitou života se zabývali ve své studii španělská autoři Corrales, Remuzgo, Bosque a Fernández (2010). Padesát pacientů se schizofrenií z 5 různých zdravotnických zařízení vyplnilo dotazník FBF a Seville quality of life questionnaire (SQLQ). Osoby, které měly vysoké skóre FBF evidovaly

nižší životní spokojenost, sebedůvěru a harmonii. Ze studie vyplynulo, že zlepšení subjektivní kvality života pacientů se vztahuje k poklesu základních symptomů. Autoři zdůrazňují potřebu využívat nejen farmakologickou léčbu, ale i další kognitivní a psychosociální intervence, které budou prospěšné pro subjektivní zkušenost s onemocněním a budou tak pomáhat zvyšovat kvalitu života.

4.8 Česká verze dotazníku FBF

Česká verze dotazníku vznikla pod názvem Frankfurtský dotazník potíží. Dotazník do České republiky poprvé přinesl MUDr. Ondřej Pěč z pražské Kliniky ESET. Zde je více než deset let používán při vstupu do denního stacionáře s psychoterapeutickým programem a následně při výstupu z něj. První adaptace proběhla v letech 2008-2010. Byly zhotoveny dva překlady dotazníku z němčiny do češtiny a výsledný překlad byl porovnán se zpětným překladem z němčiny do češtiny. Proběhla položková analýza. Výsledná podoba této adaptace se používá až do současnosti, chybí však psychometrické charakteristiky nástroje. Podrobnější data má v úmyslu přinést tato diplomová práce.

Empirická část

5 Cíl výzkumu, výzkumný problém a hypotézy

Cílem empirické části této diplomové práce je ověřit využití českého překladu dotazníku FBF v české populaci. Dalším cílem je pomocí tohoto dotazníku zjistit subjektivní prožívání potíží spojených s kognitivními funkcemi u pacientů se schizofrenií navštěvující denní stacionář pro psychotické pacienty.

V teoretické části práce jsme se věnovali kognitivním potížím, které se mohou u schizofrenních pacientů objevovat, jejich rozsahu a působení na další oblasti života. Velmi významným pro spolupráci s pacienty v praxi a pro pochopení jejich situace je jejich subjektivní pohled na potíže, vlastní hodnocení svého postižení. V popředí našeho zájmu stojí, jak své potíže hodnotí samotní pacienti, ve kterých oblastech potíže pociťují a dále jak jsou tyto potíže vztaženy k subjektivně vnímanému zdravotnímu stavu. Zajímá nás také, zda může být subjektivní vnímání ovlivněno absolvováním denního stacionáře a pacienti mohou po účasti na programu pociťovat zlepšení v této oblasti. Studie, které se zabývaly prožíváním kognitivních potíží u pacientů s různou délkou onemocnění, průběhem onemocnění, nás dále přivedly na otázku, zda počet prodělaných hospitalizací ovlivňuje subjektivní hodnocení těchto potíží.

Výzkumný problém shrnujeme takto:

- Má česká verze dotazníku FBF uspokojivé psychometrické vlastnosti?
- Je subjektivní hodnocení kognitivních potíží ovlivněno počtem prodělaných hospitalizací?
- Může být subjektivní vnímání kognitivních potíží ovlivněno absolvováním denního stacionáře a účastí na programu? Mohou pacienti pociťovat zlepšení? V jakých oblastech?
- Existuje vztah mezi subjektivně vnímaným zdravotním stavem měřeným nástrojem HoNOS a subjektivně vnímanými potížemi měřenými FBF?

Z metodologického hlediska lze tento výzkum zařadit pod vzorkové přehledy (Ferjenčík, 2000), jejichž cílem je popis, orientace a klasifikace zkoumaných jevů. Nástroje použité v empirické části jsou kvantitativní povahy.

První část výzkumu si klade za cíl ověřit psychometrické vlastnosti české verze dotazníku FBF. Bude nás zajímat:

- 1) diskriminační validita,
- 2) vnitřní konzistence testu,
- 3) test-retest reliabilita.

Další části výzkumného problému budou ověřovány pomocí hypotéz. Pro účely této práce uvádíme nulové hypotézy, které budou testovány pomocí statistických testů:

H01: Výsledky hodnocení subjektivních potíží v dotazníku FBF se nebudou lišit v závislosti na počtu hospitalizací.

H02: Výsledky hodnocení subjektivních potíží v dotazníku FBF na počátku programu stacionáře pro psychotické pacienty se nebudou lišit od výsledků hodnocení subjektivních potíží v tomtéž dotazníku po skončení programu.

H03: Mezi subjektivně vnímaným zdravotním stavem měřeným nástrojem HoNOS a subjektivně vnímanými potížemi měřenými FBF není významný vztah.

6 Výzkumný vzorek

Frankfurtský dotazník potíží je primárně sestaven a určen pro pacienty se schizofrenií. Přestože některé studie v zahraničí se zabývaly užitím této metody i u jiných diagnostických skupin (např. Martinotti et al., 2010, Kim & Byun, 2009), rozhodli jsme se pro českou adaptaci zůstat u původní diagnostické kategorie F20. V kontextu diagnózy schizofrenie mnozí hovoří o paranoidním nastavení pacientů, nedůvěře či ostražitosti vůči cizím osobám, nebo nízké ochotě spolupracovat při léčbě (Motlová, 2004). Z toho důvodu byl výzkum zařazen jako běžná součást programu Denního stacionáře pro psychotické pacienty na Klinice ESET v Praze. Jelikož je vstup do stacionáře dobrovolný, lze předpokládat, že pacienti tohoto stacionáře mají pozitivní přístup k léčbě i testování.

Pro ověření psychometrických vlastností dotazníku a vztah s demografickými charakteristikami byl zvolen kontrolní vzorek, který je složen ze „zdravých osob“, bez psychiatrické diagnózy.

Denní stacionář pro osoby s psychotickými potížemi

Denní stacionář je jedním z léčebných programů Kliniky ESET nacházející se v Praze 4. Stacionář funguje od roku 1994. Po odborné stránce je stacionář zajištěn terapeutickým týmem, který tvoří dva psychiatři psychoterapeuti, zdravotní sestra, příjmoví lékaři a sestra. S týmem spolupracují také terénní psychiatrické sestry a ergoterapeutka. Vstup do stacionáře je umožněn osobám starším 18 let. Pro vstup do stacionáře je nezbytné absolvovat konzultaci s lékařem, který s pacientem probere jeho potíže a starosti a doporučí co nejvhodnější postup péče v denním stacionáři. O vhodnosti zařazení do stacionáře rozhoduje odborný tým. Do programu jsou zařazováni převážně pacienti se schizofrenií a schizoafektivní poruchou. Nejsou přijímáni pacienti s mentální retardací, s akutními psychotickými příznaky, osoby s velkým rizikem suicidálního jednání, dále osoby pod vlivem návykových látek a osoby odmítající léčbu.

Standardní délka pobytu ve stacionáři je devět měsíců. Dle individuální potřeby pacienta může být i kratší. Absolvování méně než 3 měsíců léčby je považováno za

předčasně ukončený pobyt. Pacienti do stacionáře dochází každý všední den od 9.00 do 15.00 hodin.

Program stacionáře tvoří:

- skupinové psychoterapie,
- kognitivní skupinové terapie a nácvik sociálních a komunikačních dovedností (Integrovaný psychoterapeutický program),
- arteterapie,
- trénink praktických dovedností.

Po ukončení stacionáře nabízí Klinika ESET navazující program docházkové psychoterapeutické skupiny (1x týdně) a rehabilitaci v oblasti práce, bydlení nebo volného času.

6.1 Výběr výzkumného a kontrolního souboru

6.1.1 Výzkumný soubor (VS)

Vzhledem k charakteru výzkumu a specifické cílové skupině byl výběr respondentů do výzkumného souboru řízen záměrným výběrovým postupem s danými kritérii:

- věk 18-65 let,
- čeština na úrovni rodilého mluvčího,
- účastník stacionáře pro psychotické pacienty na Klinice ESET,
- diagnóza schizofrenie (F20).

Kritéria pro vyloučení z výzkumu byla stanovena následující:

- pacient v akutní fázi onemocnění,
- osoba s duální diagnózou či další přidruženou diagnózou,
- osoba s organickou duševní poruchou,
- osoba s mentální retardací / demencí.

Abychom získali co nejvíce homogenní skupinu, provedli jsme před výběrem do finálního vzorku osob ještě analýzu z hlediska diagnostické kategorie. Z celkového počtu osob s diagnózou F20 tvořila 86% kategorie F20.0 paranoidní schizofrenie. Pouhých 9 osob reprezentovalo ostatní typy schizofrenie (F20.1, F20.3, F20.5 a F20.6). Z tohoto důvodu jsme se rozhodli pracovat pouze s kategorií F20.0 paranoidní schizofrenie.

Dále jsme provedli analýzu věku respondentů pomocí kvartilového grafu (boxplot). Na základě této analýzy byly z výzkumu vyřazeny osoby, jejichž věk se nacházel v odlehlých hodnotách (věk nad 46 let). Celkem se jednalo o 2 osoby z experimentální skupiny.

6.1.2 Kontrolní soubor (KS)

Pro účast v kontrolním souboru byly vybírány osoby tak, aby byly oba soubory (VS a KS) sjednocené podle pohlaví a věku (+/- 2 roky). Původním záměrem bylo spárovat kontrolní soubor i dle stupně vzdělání, aby byla zachována co možná nejvyšší homogenita celého vzorku. Nalezení osob do kontrolního souboru se základním vzděláním bylo však velmi problematické a nakonec se nezdařilo. Lze uvažovat o tom, že nižší vzdělání u experimentálního souboru má úzkou souvislost se schizofrenním onemocněním. Longitudiální studie Evy Malé (Malá, 2005) odkazuje, že 63 % nemocných schizofrenií má základní vzdělání, 15 % procent je vyučeno, 7,5 % nemocných osob má středoškolské vzdělání a pouze 2,5 % nemocných má vysokoškolský titul. Jelikož experimentální vzorek byl tvořen pacienty z pražské kliniky, do kontrolního vzorku byly zařazeny osoby z Prahy či Středočeského kraje.

Kritéria pro zahrnutí do výzkumu byla stanovena následující:

- věk 18-65 let,
- čeština na úrovni rodilého mluvčího,
- osoba se neléčila ani se neléčí s psychiatrickou diagnózou,
- osoba neužívala ani neužívá psychofarmaka,
- osoba neprodělala závažné onemocnění nebo úraz mozku (cévní mozková příhoda, zánět mozkových blan, operace mozku apod.),

- osoba nebyla a není závislá na návykových látkách (výjimkou je kouření).

6.2 Popis výzkumného a kontrolního souboru

Finální soubor tvoří dohromady 106 respondentů, z toho 53 osob reprezentuje experimentální soubor a 53 osob soubor kontrolní. V obou skupinách je totožné zastoupení obou pohlaví – 28 žen a 25 mužů (viz Tabulka 5).

Pohlaví	Experimentální skupina		Kontrolní skupina	
	Frekvence	%	Frekvence	%
Žena	28	52,8%	28	52,8%
Muž	25	47,2%	25	47,2%
Celkem	53	100,00%	53	100,00%

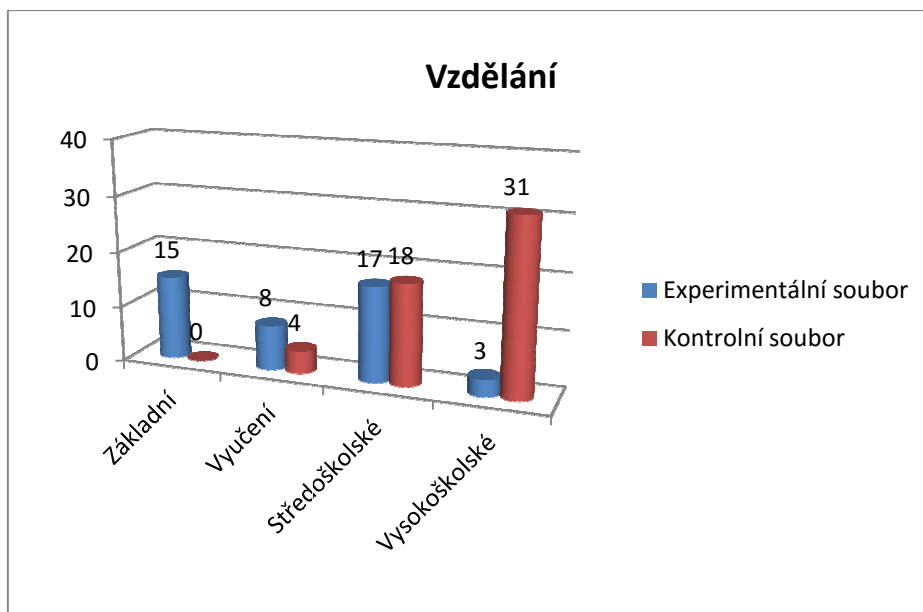
Tabulka 5: Pohlaví respondentů

Věk respondentů se pohyboval od 19 do 46 let. Průměrný věk v experimentální skupině byl 30,77, směrodatná odchylka 6,05. U kontrolní skupiny byl průměrný věk 30,64, se směrodatnou odchylkou 5,65. Průměrný věk žen experimentální skupiny ($M = 30,46$; $SD = 6,76$) byl nižší než průměrný věk mužů v experimentální skupině ($M = 31,12$; $SD = 5,26$). V kontrolní skupině byl naopak průměrný věk žen ($M = 30,68$; $SD = 6,35$) nepatrně vyšší než průměrný věk mužů ($M = 30,60$; $SD = 4,88$). Přehledný popis ukazuje Tabulka 6.

	Věk	Experimentální skupina	Kontrolní skupina
Obě pohlaví	Průměrný věk	30,77	30,64
	Medián	32,00	31,00
	Směrodatná odchylka	6,05	5,65
	Nejnižší	19	20
	Nejvyšší	46	45
Ženy	Průměrný věk	30,46	30,68
	Medián	31,50	31,50
	Směrodatná odchylka	6,76	6,35
	Nejnižší	19	20
	Nejvyšší	46	45
Muži	Průměrný věk	31,12	30,60
	Medián	32,00	31,00
	Směrodatná odchylka	5,26	4,88
	Nejnižší	21	21
	Nejvyšší	41	39

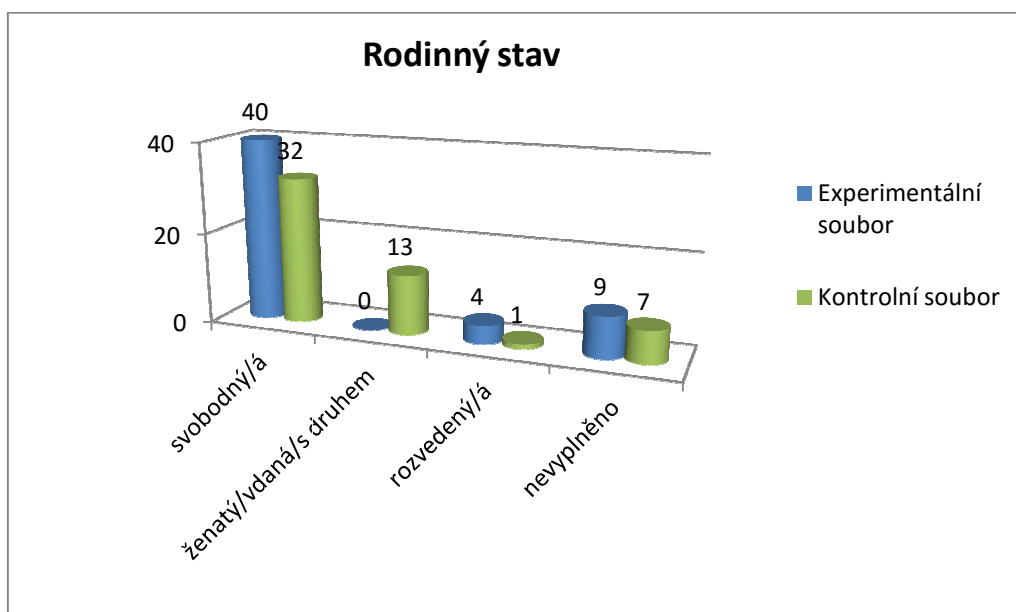
Tabulka 6: Věk respondentů

Z hlediska vzdělání jsou popisované soubory velmi odlišné, jak ukazuje Graf 1. Základní vzdělání je ve výzkumném souboru zastoupeno 15 osobami (28,3%). V kontrolním souboru není ani jedna osoba se základním vzděláním. Vyučených je 8 osob (15,1%) z VS oproti 4 osobám (7,5%) z KS. Kategorie středoškolského vzdělání je více vyrovnaná, 17 osob (32,1%) z VS a 18 osob (34%) z KS. Vysokoškolské vzdělání je u výzkumné skupiny zastoupeno pouze 3 osobami (5,7%), v kontrolním souboru naopak tvoří vysokoškoláci 58,5%. Dohromady 10 jedinců z VS (18,9%) informace o vzdělání nevyplnilo.



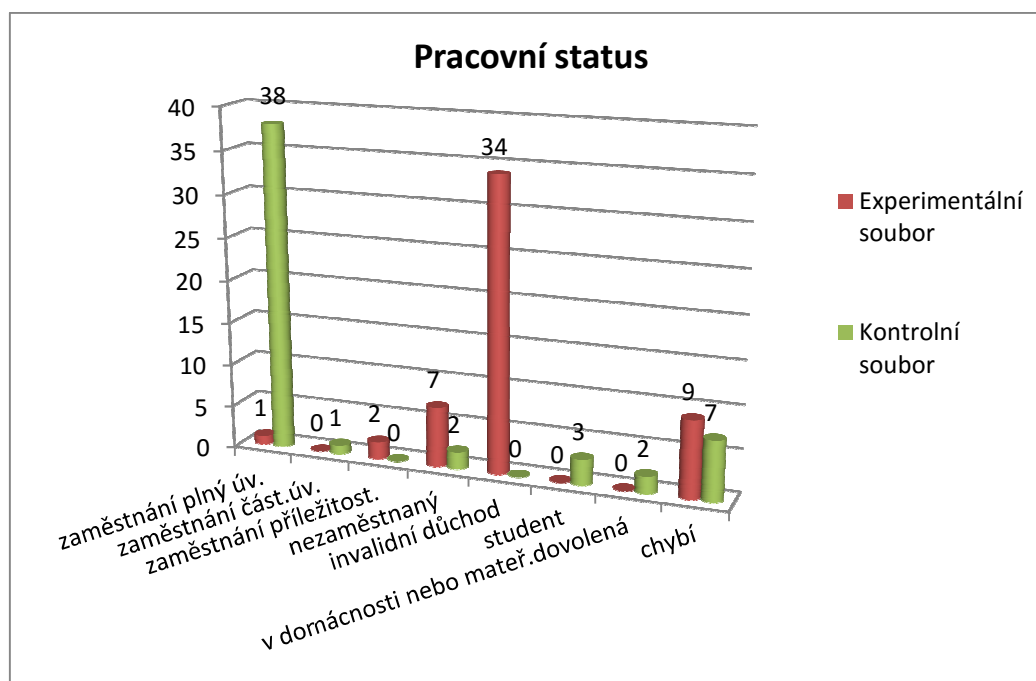
Graf 1: Vzdělání respondentů

Informace o rodinných poměrech přináší Graf 2. Nejvíce osob z obou souborů bylo svobodných – 40 osob z VS a 32 osob z KS. Žádný respondent z VS nebyl v manželském svazku (či soužití s druhem/družkou), oproti 13 osobám z KS. Čtyři osoby z výzkumného souboru a jeden respondent z kontrolního souboru byly rozvedení. Dohromady 16 osob (15% procent respondentů) informace o rodinném stavu nevyplnilo.



Graf 2: Rodinný stav respondentů

Většina osob z výzkumného souboru pobírá invalidní důchod (34 osob). V kontrolním souboru je většina zaměstnána na plný pracovní úvazek (38 respondentů). Celkem 16 osob (15% procent respondentů) nevyplnilo údaje o svém pracovním zařazení. Přesná data ukazuje Graf 3.



Graf 3: Pracovní status respondentů

U experimentálního souboru nás dále zajímalo, kolika hospitalizacemi pacienti dosud prošli. Informace o počtu hospitalizací jsme získali u 39 osob (86% respondentů). Ve výzkumu jsou pacienti, kteří dosud nebyli hospitalizováni, nejvyšší počet hospitalizací je 40. Průměrný počet hospitalizací je 4,74 (medián = 3; SD = 7,83). Pro účel výzkumu jsme se rozhodli na základě počtu hospitalizací vytvořit 3 kategorie. Tabulka 7 zobrazuje počet osob naplňující jednotlivé kategorie.

Počet hospitalizací	Počet osob	%	Kumulativní %
0-1 hospitalizace	12	30,77%	30,77%
2-3 hospitalizace	16	41,03%	71,79%
4 a více hospitalizací	11	28,21%	100,00%
Celkem	39	100,00%	

Tabulka 7: Počet hospitalizací, kategorie

V předběžné analýze dat jsme provedli statistické testy, které zkoumaly závislost výsledků FBF a některých demografických charakteristik – pohlaví, věk a vzdělání. Výpočty jsou uvedeny v příloze (viz. Příloha 1).

Provedené statistické testy ukazují, že u kontrolní ani experimentální skupiny **nebyl prokázán signifikantní vztah mezi výsledky FBF a pohlavím, věkem či dosaženým vzděláním**, což znamená, že tyto proměnné neovlivňují výsledky v testu FBF. Stejná zjištění popisují i autoři studií uvedených v teoretické části (Kim et al., 2010; González-Rodríguez et al., 2013).

7 Výzkumné metody

Hlavní metodou, pomocí které jsme zjišťovali subjektivní hodnocení spojené s kognitivními potížemi, byl Frankfurtský dotazník potíží (FBF), který je blíže představen v kapitole 4 a který v plném znění uvádíme v příloze (Příloha 2). Společně s touto metodou byl respondentům z výzkumného vzorku také administrován dotazník HoNOS - verze sebesuzovací (adaptovaná česká verze). HoNOS – sebesuzovací verzi taktéž uvádíme v příloze (Příloha 3).

HoNOS

Dotazník HoNOS (Health of the Nations Outcome Scales) je nástroj, který se zabývá hodnocením zdravotního stavu. Původ má ve Velké Británii, kde jej vytvořila skupina vedená J. K. Wingem. Záměrem skupiny bylo vytvořit takový nástroj, který by současně měřil zdravotní stav a sociální funkce lidí s duševním onemocněním, mohl by být používán v klinické praxi, svou stručností pacienty příliš nezatěžoval, byl citlivý na změnu klinického stavu a zároveň byl použitelný k epidemiologickým účelům (Pěč et al., 2009). Dotazník je zaměřen na hodnocení symptomů i sociálních funkcí.

HoNOS existuje ve dvou verzích, první vznikla verze pro externí hodnotitele, poté byla vytvořena i verze sebesuzovací (pro pacienty). Obě verze jsou sestrojeny obdobně, celkem se hodnotí 12 položek:

- 1) Nadměrně aktivní, agresivní, rušivé nebo agitované chování.
- 2) Úmyslné sebepoškozování.
- 3) Problémy s alkoholem nebo užíváním drog.
- 4) Kognitivní problémy.
- 5) Tělesná nemoc nebo postižení.
- 6) Problémy spojené s halucinacemi a bludy.
- 7) Problémy s depresivní náladou.
- 8) Jiné psychické problémy a poruchy chování (typ problému: A–fobický, B–úzkostný, C–obsedantně kompulzivní, D–duševní napětí, tenze, E–disociativní, F–somatoformní, G–příjem potravy, H–spánek, I–sexuální, J–jiné).

- 9) Problémy se vztahy.
- 10) Problémy s každodenními činnostmi.
- 11) Problémy s podmínkami bydlení.
- 12) Problémy se zapojením se a dalšími činnostmi.

Každou z položek je možné ohodnotit na stupnici 0-4 se slovním popisem, kde 0 = žádný problém, 1 = malý problém, 2 = mírný problém, 3 = středně vážný problém, 4 = vážný až velmi vážný problém. Hodnoceno bývá většinou období posledních 14 dnů.

Sebeuposuzující verze dotazníku navíc obsahuje doplňující položku, v níž dotazovaný může uvést 5 svých nejzávažnějších problémů.

Při vyhodnocení jsou položky slučovány do 4 kategorií:

A) Behaviorální potíže (chování) – součet u položek 1, 2 a 3.

B) Postižení – součet u položek 4 a 5.

C) Symptomy – součet u položek 6, 7 a 8.

D) Sociální potíže – součet u položek 9, 10, 11 a 12.

E) Zjišťuje se celkové skóre - součet všech položek (u verze pro externího hodnotitele se někdy hodnotí bez položek 11 a 12, když hodnotitel nemá o těchto oblastech dostatek informací).

Dotazník byl přeložen do českého jazyka a adaptován do českých kulturních podmínek. Výsledky pilotního testování Pěče et al. (2009) ukazují na použitelnost nástroje pro hodnocení klinického stavu, symptomů a sociálních funkcí u závažně duševně nemocných osob v dospělém věku.

8 Průběh šetření

Data pro výzkum subjektivního hodnocení potíží spojených s kognitivními poruchami u osob se schizofrenií byla na Klinice ESET shromažďována od roku 2010 až do roku 2015. Postup při zadávání dotazníků byl u všech respondentů jednotný. Při vstupním pohovoru do stacionáře byli pacienti seznámeni s tím, že budou na počátku stacionáře požádáni o vyplnění baterie dotazníků, které slouží ke zlepšení poskytované péče a zároveň přináší důležité informace o zdravotním stavu a prožívaných potížích. Pacienti byli seznámeni s tím, že vyplněné dotazníky budou součástí jejich zdravotní dokumentace a zároveň byli ujištěni o důvěrném charakteru sdělovaných informací. Dotazník FBF a sebesuzující verze dotazníku HoNOS byly pacientům administrovány v průběhu druhého týdne ve stacionáři. Pacienti vyplňovali dotazníky samostatně v přítomnosti administrátora (zdravotní sestra nebo lékař), který byl připraven případně pomoci s vyplněním. Administrátor přečetl pacientovi nejprve pokyny k vyplnění, které jsou uvedeny na začátku dotazníků, dále se zeptal, zda pacient pokynům rozumí.

Dotazník FBF byl pacientům znovu předložen na konci jejich léčby ve stacionáři. Délka pobytu ve stacionáři se pohybovala od 4 do 9 měsíců, průměrná délka pobytu byla 7,76 měsíce. Vyplněné dotazníky na konci pobytu jsme získali od 34 osob (64 %) z původního vzorku 53 pacientů. Z genderového hlediska se jednalo o 19 mužů (56 %) a 15 žen (44 %).

Data získaná od kontrolního souboru byla sbírána v období dubna až prosince 2015. Z metodologického hlediska lze hovořit o nenáhodném (příležitostném) výběru podle kritérií. Respondenti byli požádáni o spolupráci na výzkumu v rámci diplomové práce na FF UK a šetření k dotazníku na Klinice ESET. Vysvětlili jsme jim, že vyplněné dotazníky budou zpracovány anonymně a získané informace jsou důvěrné. Administrace proběhla v přítomnosti administrátora (autorky diplomové práce), která přečetla respondentovi instrukce k vyplnění a byla stejně jako u výzkumného vzorku připravena pomoci s vyplněním.

Z kontrolního vzorku jsme pomocí náhodného stratifikovaného výběru vybrali 22 osob, kterým byl po 2 týdnech znovu administrován FBF, aby mohla být zpracována

test-retest reliabilita. Původním záměrem bylo vybrat data od 11 mužů a 11 žen. Jedna z žen však odmítla dotazník znovu vyplnit. Výsledný vzorek tedy tvoří 21 respondentů. Test-retest reliabilitu jsme záměrně zkoumali na kontrolním vzorku, jelikož na rozdíl od výzkumného vzorku respondenti neabsolvovali žádnou léčbu či trénink kognitivních funkcí. Předpokládali jsme, že okolní podmínky zůstanou spíše stabilní.

9 Výsledky

9.1 Skórování a zpracování výsledků

Z důvodu zachování anonymity respondentů bylo každému respondentovi přiřazeno pořadové číslo. Data z dotazníků, které byly vyplňovány formou tužka-papír, jsme přenesli do elektronické databáze MS Excel a poté jsme s těmito daty pracovali v programu IBM SPSS Statistics 19.

Demografické údaje jsme obvyklým způsobem převedli do číselné podoby. Při vyhodnocování dotazníku FBF byla v každé položce respondentovi přidělena hodnota 1, pokud odpověděl ANO a hodnota 0, pokud odpověděl NE. Poté jsme sečetli výsledky pro jednotlivé škály a celkový součet všech položek v dotazníku (SUM FBF). Otázkou „Co mi pomáhá a zlepšuje můj stav“ jsme se v tomto výzkumu nezabývali.

Při zpracování dotazníku HoNOS byla respondentům v každé položce přidělena hodnota 0-4, podle toho jak respondent skóroval. Poté jsme sečetli výsledky v jednotlivých sekcích (A-D), pro každého respondenta bylo také vypočítáno celkové skóre (E/ SUM HoNOS), tzn. součet všech 12 položek.

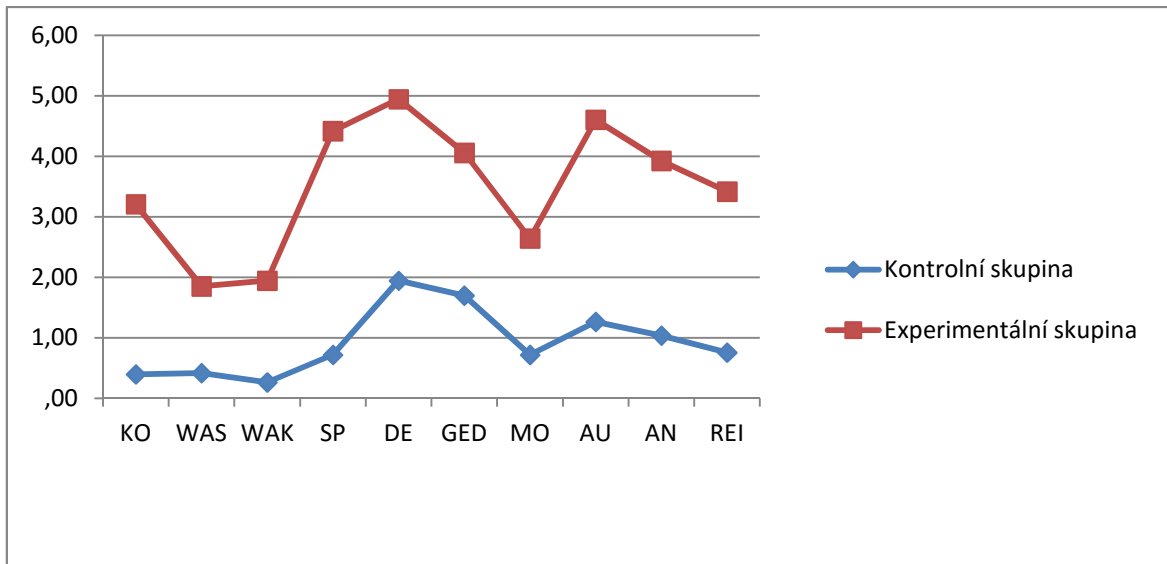
Před samotnými analýzami jsme se zabývali normalitou souboru. Tu jsme testovali pomocí Kolmogorov-Smirnovova testu, který ukázal, že hodnoty nejsou normálně rozloženy. Pro samotné testování jsme tedy použili neparametrické testové metody a pracovali s dvoustrannými testy. Hladinu významnosti jsme si zvolili 95 % ($\alpha = 0,05$). Názvy konkrétních testů jsou uvedeny v následující podkapitole.

9.2 Popis výsledků

V této části textu uvádíme postup kvantitativní analýzy výsledků a vyjadřujeme se k přijetí či zamítnutí stanovených hypotéz.

Psychometrické kvality dotazníku FBF

Diskriminační validita byla zkoumána porovnáním hodnot FBF u výzkumné a kontrolní skupiny. K porovnání dvou nezávislých výběrů jsme použili neparametrický Mann-Whitney U test. Porovnání obou skupin vizuálně znázorňuje Graf 4.



Graf 4: Výsledky měření FBF u experimentální a kontrolní skupiny

Tabulka 8 a Tabulka 9 zobrazují hodnoty naměřené u experimentální a kontrolní skupiny. Z výsledků (viz Tabulka 10) je patrné, že statisticky významný rozdíl se projevil u všech zkoumaných škál i v celkovém skóru dotazníku ($p < 0,01$). Lze tedy říci, že FBF **spolehlivě rozlišuje mezi pacienty se schizofrenií a kontrolní skupinou zdravých osob**. Pacienti se schizofrenií v testu FBF dosahují vyšších výsledků než osoby bez psychiatrické diagnózy.

Experimentální skupina	N	Mean	SD	Min	Max
Ztráta kontroly (KO)	53	3,21	2,545	0	8
Vnímání (WAS)	53	1,85	2,797	0	10
Poruchy vnímání (WAK)	53	1,94	2,568	0	10
Řeč (SP)	53	4,42	3,377	0	10
Myšlení (DE)	53	4,94	3,336	0	10
Paměť (GED)	53	4,06	2,931	0	10
Motorika (MO)	53	2,64	2,321	0	10
Ztráta automatismů (AU)	53	4,60	2,950	0	10
Anhedonie a strach (AN)	53	3,93	2,779	0	9
Záplava stimulů (REI)	53	3,42	2,845	0	10
Celkové skóre (SUM)	53	35,00	24,322	0	93

Tabulka 8: FBF, výsledky měření u experimentální skupiny, základní charakteristiky

Kontrolní skupina	N	Mean	SD	Min	Max
Ztráta kontroly (KO)	53	0,40	1,025	0	5
Vnímání (WAS)	53	0,42	1,046	0	6
Poruchy vnímání (WAK)	53	0,26	0,763	0	4
Řeč (SP)	53	0,72	1,246	0	5
Myšlení (DE)	53	1,94	2,492	0	9
Paměť (GED)	53	1,70	2,099	0	7
Motorika (MO)	53	0,72	1,306	0	7
Ztráta automatismů (AU)	53	1,26	1,318	0	6
Anhedonie a strach (AN)	53	1,03	1,315	0	4
Záplava stimulů (REI)	53	0,75	1,175	0	4
Celkové skóre (SUM)	53	9,21	10,685	0	42

Tabulka 9: FBF, výsledky měření u kontrolní skupiny, základní charakteristiky

	KO	WAS	WAK	SP	DE	GED	MO	AU	AN	REI	SUM
Mann-Whitney U	380,500	993,500	674,000	469,500	660,500	721,500	556,000	486,500	528,500	525,000	441,000
Wilcoxon W	1811,500	2424,500	2105,000	1900,500	2091,500	2152,500	1987,000	1917,500	1959,500	1956,000	1872,000
Z	-6,881	-3,108	-5,244	-6,134	-4,760	-4,381	-5,575	-5,909	-5,658	-5,763	-6,095
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,002	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

Tabulka 10: Mann-Whitney U test, porovnání rozdílů mezi kontrolní a experimentální skupinou

Reliabilitu dotazníku FBF jsme se rozhodli udělat dvojí – pomocí Cronbachovo alfa a test-retest reliability.

Tabulka 11 ukazuje odpovídající hodnoty α pro škály diagnostické metody a celkové α všech 98 položek. Cronbachovo alfa bylo vypočteno jak z výsledků osob experimentální skupiny ($n = 50$), tak osob z kontrolního souboru ($n = 53$), pro přehlednost uvádíme i hladinu alfa pro celý soubor ($n = 103$). Pro hodnocení reliability jsme se drželi kritéria Preisse (Preiss, 2006), který za hodnotu Cronbachovo alfa potvrzující reliabilitu považuje $r > 0,70$. **Hodnota Cronbachovo alfa všech položek vyšla jako vynikající pro experimentální skupinu ($r = 0,976$), pro kontrolní skupinu ($r = 0,945$) i pro celkový soubor ($r = 0,98$).** Neadekvátní reliabilita vyšla v kontrolním souboru ve škálách Poruchy vnímání ($r = 0,630$), Řeč ($r = 0,664$), Motorika ($r = 0,646$), Ztráta automatismů ($r = 0,634$), Anhedonie a strach ($r = 0,594$) a Záplava stimulů ($r = 0,563$). V ostatních škálách kontrolní skupiny a ve všech škálách experimentální skupiny byla reliabilita přiměřená či správná ($0,709 \leq r \leq 0,899$).

	Cronbachova alfa (α)		
	Experimentální $n = 50$	Kontrolní $n = 53$	Celkem $n = 103$
Ztráta kontroly (KO)	0,826	0,741	0,876
Vnímání (WAS)	0,899	0,709	0,886
Poruchy vnímání (WAK)	0,857	0,630	0,861
Řeč (SP)	0,881	0,664	0,904
Myšlení (DE)	0,871	0,843	0,887
Paměť (GED)	0,819	0,775	0,838
Motorika (MO)	0,761	0,646	0,783
Ztráta automatismů (AU)	0,822	0,634	0,857
Anhedonie a strach (AN)	0,785	0,594	0,825
Záplava stimulů (REI)	0,819	0,563	0,829
Total - všechny položky	0,976	0,945	0,980

Tabulka 11: Reliabilita FBF (Cronbachovo alfa)

Test-retest reliabilita byla provedena u osob z kontrolního souboru ($n = 21$). Tento vzorek tvoří 11 mužů a 10 žen. Průměrný věk respondentů je 34,19 let (medián 28, $SD = 12,742$). Pro výpočet retestové reliability jsme použili Spearmanovu korelaci. Reliabilitu všech položek lze opět hodnotit jako **vynikající** ($\rho = 0,982$). Jak ukazuje Tabulka 12, ρ dosahuje **uspokojivých hodnot**. Nižších hodnot dosahuje položka

Ztráta kontroly ($\rho = 0,689$) a Vnímání ($\rho = 0,447$). Obě hodnoty představují signifikantní výsledek na hladině významnosti $p = 0,05$. Svoboda (2010) považuje za kvalitní test ten, jehož koeficient korelace při test-retest reliabilitě neklesne pod 0,8. Pokud uplatníme toto měřítko, lze říci, že test je reliabilní s výjimkou subškál Ztráta kontroly, Vnímání a Řeč.

	Spearman's rho	Sig. (2-tailed)
Ztráta kontroly (KO)	0,689	0,001
Vnímání (WAS)	0,447	0,042
Poruchy vnímání (WAK)	1,000	0,000
Řeč (SP)	0,767	0,000
Myšlení (DE)	0,979	0,000
Paměť (GED)	0,913	0,000
Motorika (MO)	0,997	0,000
Ztráta automatismů (AU)	0,917	0,000
Anhedonie a strach (AN)	0,905	0,000
Záplava stimulů (REI)	1,000	0,000
Celkové skóre (SUM)	0,982	0,000

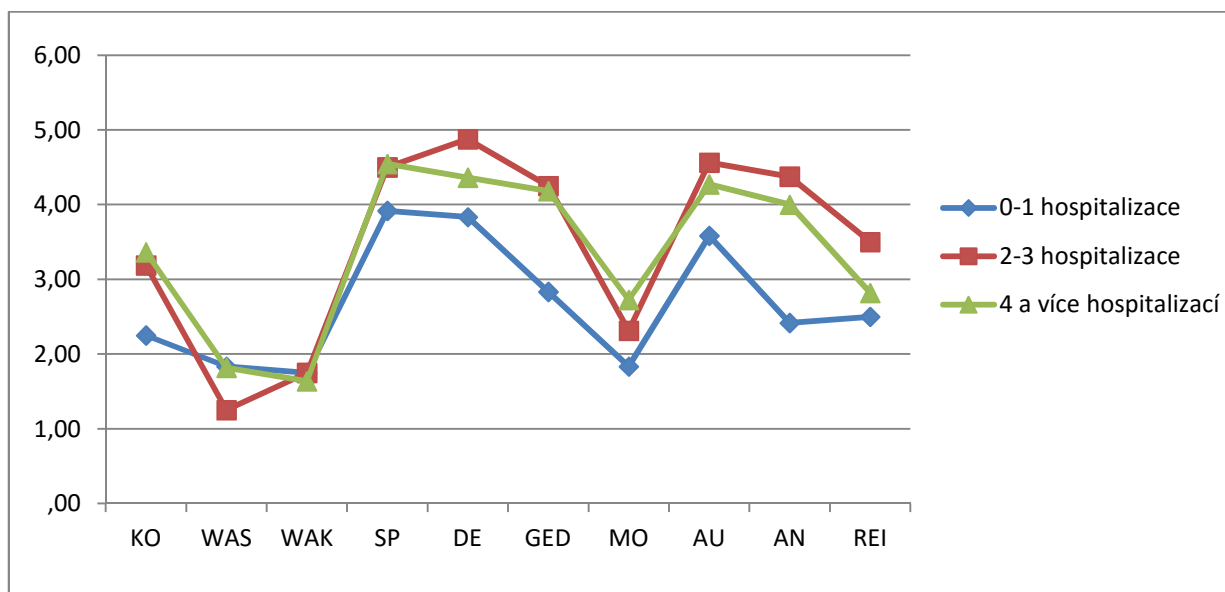
Tabulka 12: Reliabilita FBF (test-retest reliabilita)

H01: Výsledky hodnocení subjektivních potíží v dotazníku FBF se nebudou lišit v závislosti na počtu hospitalizací.

Tuto hypotézu jsme ověřovali pomocí Kruskal-Wallisova testu pro více než dva nezávislé výběry. Data byla použita od 39 osob, které dotazník FBF vyplnily na počátku stacionáře. Hodnoty naměřené u jednotlivých kategorií uvádí Tabulka 13. Grafické zobrazení jednotlivých subškál FBF ukazuje Graf 5. Z další tabulky (Tabulka 14) můžeme vyčíst, že platí nulová hypotéza a mezi kategoriemi vytvořenými na základě počtu hospitalizací není signifikantní rozdíl v celkovém skóre FBF ani v jednotlivých subškálách ($p > 0,05$).

	0-1 hospitalizace				2-3 hospitalizace				4 a více hospitalizací			
	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max
Ztráta kontroly (KO)	2,25	2,598	0	7	3,19	2,007	1	7	3,36	2,803	0	7
Vnímání (WAS)	1,83	2,918	0	9	1,25	2,352	0	8	1,82	2,401	0	7
Poruchy vnímání (WAK)	1,75	3,019	0	8	1,75	2,176	0	9	1,64	1,748	0	5
Řeč (SP)	3,92	3,679	0	10	4,50	2,966	0	10	4,55	3,328	0	10
Myšlení (DE)	3,83	3,215	0	10	4,88	2,986	0	10	4,36	4,130	0	10
Paměť (GED)	2,83	2,980	0	9	4,25	2,380	0	10	4,18	3,281	0	9
Motorika (MO)	1,83	1,850	0	6	2,31	1,991	0	7	2,73	2,149	0	7
Ztráta automatismů (AU)	3,58	2,610	0	7	4,56	2,874	0	9	4,27	3,101	0	10
Anhedonie a strach (AN)	2,42	1,832	,0	6	4,38	2,630	0	9	4,00	3,317	0	9
Záplava stimulů (REI)	2,50	2,970	0	9	3,50	2,221	0	8	2,82	2,857	0	9
Celkové skóre (SUM)	26,75	25,449	0	79	34,56	18,615	14	86	33,73	25,136	0	82

Tabulka 13: FBF, výsledky měření dle počtu hospitalizací, základní charakteristiky



Graf 5: Výsledky měření FBF dle počtu hospitalizací

	KO	WAS	WAK	SP	DE	GED	MO	AU	AN	REI	SUM
Chi-Square	1,778	0,404	1,326	0,377	0,890	2,607	1,559	,664	3,583	2,580	1,983
df	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Asymp. Sig.	0,411	0,817	0,515	0,828	0,641	0,272	0,459	0,717	0,167	0,275	0,371

Tabulka 14: Kruskal Wallis test, porovnání rozdílů dle počtu hospitalizací (FBF)

H02: Výsledky hodnocení subjektivních potíží v dotazníku FBF na počátku programu stacionáře pro psychotické pacienty se nebudou lišit od výsledků hodnocení subjektivních potíží v tomtéž dotazníku po skončení programu.

Při ověření této hypotézy předpokládáme, že po absolvování programu stacionáře nastane ve výsledcích dotazníku FBF určitá změna, tedy, že nulová hypotéza bude zamítnuta. Tato změna se může projevit v celkovém skóre FBF i v jednotlivých subškálách. Porovnáním obou měření (na počátku a po ukončení programu) získáme informaci o tom, zda došlo k nějakým posunům. Tabulka 15 a Tabulka 16 uvádí výsledky prvního a druhého měření.

Hypotézu jsme ověřovali Wilcoxonovým znaménkovým testem. Výsledky testu ukazuje Tabulka 17. Z tabulky můžeme vyčíst, že **signifikantní změna** ($p < 0,05$) nastala v **celkovém skóre dotazníku FBF** ($Z = -2,029$, $p = 0,042$) a také v subškálách **Ztráta kontroly** ($Z = -2,435$, $p = 0,015$) a **Myšlení** ($Z = -2,086$, $p = 0,037$). Také bychom chtěli upozornit na hraniční hodnotu škály Anhedonie a strach ($Z = -1,931$, $p = 0,053$). Nulovou hypotézu můžeme tedy zamítnout v celkovém skóre dotazníku, subškále ztráta kontroly a myšlení, kde se projevilo při druhém měření statisticky významné zlepšení v hodnocení vnímaných potíží (pacienti dosahovali nižších hodnot FBF). U ostatních škál nedošlo k statisticky významným změnám, přesto si dovoluujeme poukázat, že zcela u všech škál došlo ke snížení hodnot FBF v druhém měření, jak ukazuje Graf 6. Můžeme tedy uvažovat o tom, že pacienti po absolvování programu stacionáře pro psychotické pacienty na Klinice ESET mohou pociťovat méně potíží spojených s kognicí než při příchodu do stacionáře.

	N	Mean	SD	Min	Max
Ztráta kontroly (KO)	53	3,21	2,545	0	8
Vnímání (WAS)	53	1,85	2,797	0	10
Poruchy vnímání (WAK)	53	1,94	2,568	0	10
Řeč (SP)	53	4,42	3,377	0	10
Myšlení (DE)	53	4,94	3,336	0	10
Paměť (GED)	53	4,06	2,931	0	10
Motorika (MO)	53	2,64	2,321	0	10
Ztráta automatismů (AU)	53	4,60	2,950	0	10
Anhedonie a strach (AN)	53	3,93	2,779	0	9
Záplava stimulů (REI)	53	3,42	2,845	0	10
Total - všechny položky	53	35,00	24,322	0	93

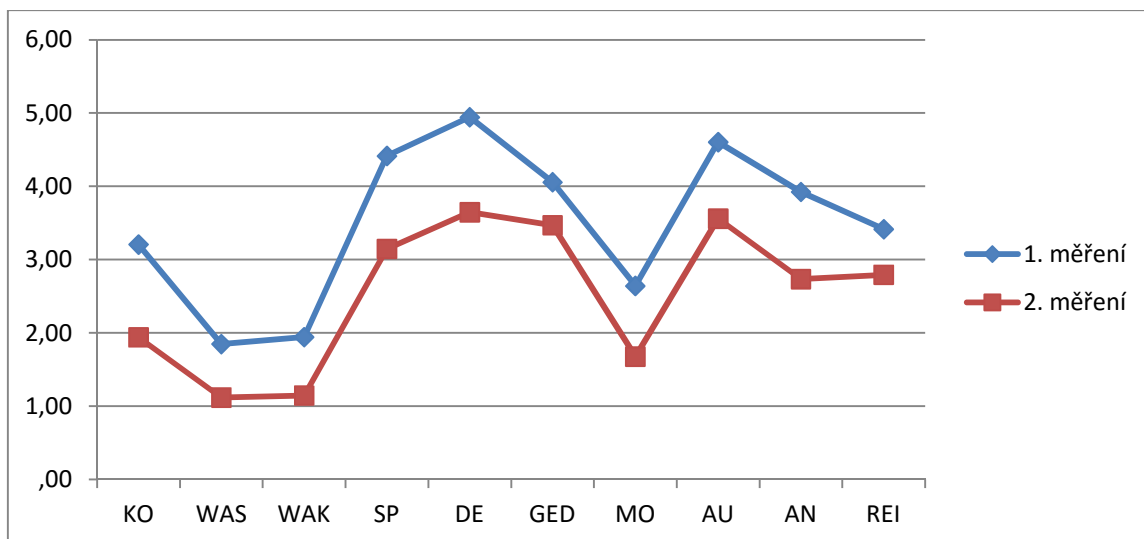
Tabulka 15: FBF, výsledky prvního měření, základní charakteristiky

	N	Mean	SD	Min	Max
Ztráta kontroly (KO)	34	1,94	2,103	0	8
Vnímání (WAS)	34	1,12	1,591	0	6
Poruchy vnímání (WAK)	34	1,15	1,844	0	8
Řeč (SP)	34	3,15	2,872	0	9
Myšlení (DE)	34	3,65	2,994	0	10
Paměť (GED)	34	3,47	2,549	0	8
Motorika (MO)	34	1,68	2,128	0	10
Ztráta automatismů (AU)	34	3,56	2,787	0	9
Anhedonie a strach (AN)	34	2,74	2,514	0	10
Záplava stimulů (REI)	34	2,79	2,346	0	7
Celkové skóre (SUM)	34	25,24	19,336	0	74

Tabulka 16: FBF, výsledky druhého měření, základní charakteristiky

	KO	WAS	WAK	SP	DE	GED	MO	AU	AN	REI	SUM
Z	-2,435	-1,474	-1,477	-1,599	-2,086	-1,222	-1,458	-1,662	-1,931	-0,352	-2,029
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,015	0,140	0,140	0,110	0,037	0,222	0,145	0,097	0,053	0,725	0,042

Tabulka 17: Wilcoxonův znaménkový test, rozdíly mezi 1. a 2. měřením (FBF)

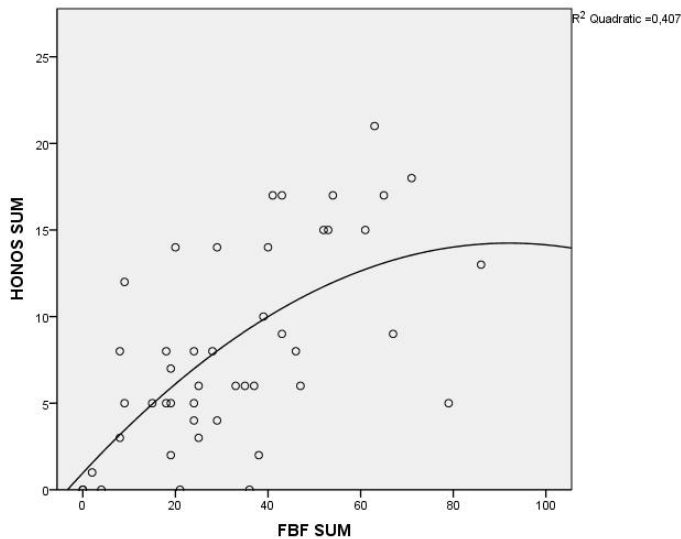


Graf 6: Výsledky měření FBF, porovnání rozdílů mezi 1. a 2. měřením

H03: Mezi subjektivně vnímaným zdravotním stavem měřeným nástrojem HoNOS a subjektivně vnímanými potížemi měřenými FBF není významný vztah.

K ověření této hypotézy nás vedla domněnka, že osoby, které pocítují kognitivní poruchy, budou i hůře hodnotit svůj zdravotní stav. Očekáváme tedy, že mezi těmito kategoriemi nalezneme pozitivní korelaci.

Při testování této hypotézy jsme pracovali s výsledky měření na začátku programu stacionáře. Analýza zahrnuje celkem 46 osob, od kterých máme k dispozici řádně vyplněné obě užití metody. Pro ověření hypotézy jsme použili Spearmanovu korelaci. **Korelace celkových skóre HoNOS a FBF se ukázala jako signifikantní** ($\rho = 0,644$, $p = 0,000$). Nulovou hypotézu zde můžeme zamítnout. Existuje významná závislost mezi subjektivním vnímáním kognitivních poruch a subjektivním prožíváním zdravotního stavu u schizofrenních pacientů. Tuto závislost naznačuje Graf 7.



Graf 7: Vztah mezi celkovými skóre nástrojů FBF a HoNOS

Z dat, která uvádí Tabulka 18 je zřejmé, že celkové skóre dotazníku HoNOS signifikantně koreluje se všemi subškálami dotazníku FBF ($p < 0,05$). Celkové skóre FBF také signifikantně pozitivně koreluje se všemi kategoriemi dotazníku HoNOS ($p < 0,05$). Pokud se budeme zabývat jednotlivými subškálami FBF, nepotvrdila se signifikantní korelace ve všech subškálách. Čtyři z deseti subškál - **Ztráta kontroly, Myšlení, Ztráta automatismů, Anhedonie a strach**, signifikantně korelují se všemi kategoriemi HoNOS (behaviorální potíže, postižení, symptomy a sociální potíže). Nejnižších korelací s dotazníkem HoNOS dosahuje subškála **Vnímání** (jednoduchá, sensorická iritace). Nejmenší závislost mezi FBF a kategoriemi HoNOS dosahuje kategorie **Behaviorální potíže** ($0,252 < \rho < 0,403$).

		KO	WAS	WAK	SP	DE	GED	MO	AU	AN	REI	FBF SUM
HoNOS SUM	Corr.Coefficient	0,663	0,352	0,401	0,490	0,677	0,531	0,392	0,535	0,594	0,505	0,644
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,016	0,006	0,001	0,000	0,000	0,007	0,000	0,000	0,000	0,000
Behaviorální potíže	Corr.Coefficient	0,354	0,253	0,322	0,286	0,403	0,283	0,252	0,329	0,333	0,274	0,359
	Sig. (2-tailed)	0,015	0,086	0,028	0,051	0,005	0,054	0,088	0,024	0,022	0,063	0,013
Postižení	Corr.Coefficient	0,475	0,145	0,485	0,358	0,402	0,416	0,311	0,351	0,397	0,315	0,438
	Sig. (2-tailed)	0,001	0,331	0,001	0,014	0,005	0,004	0,033	0,015	0,006	0,031	0,002
Symptomy	Corr.Coefficient	0,614	0,414	0,357	0,495	0,717	0,486	0,443	0,455	0,594	0,534	0,635
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,004	0,015	0,000	0,000	0,001	0,002	0,001	0,000	0,000	0,000
Sociální potíže	Corr.Coefficient	0,516	0,211	0,204	0,343	0,475	0,453	0,230	0,458	0,448	0,409	0,482
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,160	0,174	0,020	0,001	0,002	0,124	0,001	0,002	0,005	0,001

Tabulka 18: Spearmanova korelace, HoNOS X FBF

Sledovali jsme také jednotlivé položky dotazníku HoNOS ve vztahu k celkovému skóre FBF. Nejsilněji korelovala položka **Skleslá nálada** ($\rho = 0,572$, $p = 0,000$) a **Halucinace a bludy** ($\rho = 0,507$, $p = 0,000$), signifikantní korelace prokázaly dále položky **Problémy s pamětí, orientací a porozuměním** ($\rho = 0,426$, $p = 0,003$), **Problémy ve vztazích s lidmi** ($\rho = 0,410$, $p = 0,005$), **Jiné problémy** ($\rho = 0,386$, $p = 0,008$), **Problémy se zvládním běžných činností** ($\rho = 0,370$, $p = 0,011$), **Pokus o sebevraždu** ($\rho = 0,334$, $p = 0,022$) a **Tělesná nemoc nebo postižení** ($\rho = 0,314$, $p = 0,032$). Položky Agresivní, destruktivní chování, Problémy spojené s alkoholem nebo užíváním nelegálních drog, Problémy s místem, kde žiji a Problémy se zapojením neprokázaly signifikantní vztah s výsledným skóre FBF. Všechny uvedené korelace byly pozitivní, negativní korelace se vyskytla pouze u položky **Problémy spojené s alkoholem nebo užíváním nelegálních drog, tato korelace je však** statisticky nevýznamná ($\rho = -0,029$, $p = 0,848$).

10 Interpretace a diskuse získaných dat

V této kapitole zdůrazníme nejdůležitější výsledky našeho výzkumu a porovnáme je s dostupnými zahraničními studiemi. Pokusíme se zamyslet nad možnými proměnnými, které by mohly výsledky zkreslit, zaměříme se na limity výzkumu a výzkumných metod, pokusíme se navrhnout možnosti aplikace získaných poznatků do praxe a navrhnout další výzkumné možnosti v této oblasti.

10.1 Výsledky

Analýza psychometrických vlastností testu prokázala uspokojivou diskriminační validitu, tedy že FBF spolehlivě rozlišuje mezi jedinci s onemocněním schizofrenie a zdravými jedinci. Původním záměrem bylo také zabývat se kriteriální validitou. V České republice však není užíván standardizovaný nástroj (zlatý standard), který by nám pomohl validitu FBF ověřit. Jiný typ validity jsme nezkoumali.

Dále jsme se zabývali reliabilitou nástroje FBF. Cronbachovo alfa celého testu má hodnotu $r = 0,980$ pro celý soubor, $r = 0,976$ pro experimentální soubor a $r = 0,945$ pro kontrolní soubor. Podobné výsledky ve svém manuálu prezentuje i Süllwoldová (Süllwold, 1991), kde má Cronbachovo alfa hodnotu $r = 0,9683$. Domníváme se, že k takto vysoké hodnotě alfa přispívá i velké množství položek v dotazníku. Proto jsme se rozhodli vypočítat hodnotu alfa i pro jednotlivé subškály. Z našich výsledků je zřejmé, že vnitřní konzistence testu a jeho subškál je uspokojivá pro využití u jedinců se schizofrenií, tedy osob, pro které byl test primárně určen. Pro zdravé osoby nelze metodu považovat za vnitřně konzistentní ve všech subškálách.

Test-retest reliabilitu jsme se rozhodli testovat na kontrolním souboru z toho důvodu, že pacienti stacionáře byli zapojeni do podpůrných intervencí, vnější podmínky jsme nepovažovali za stabilní. Vhodnější alternativou by mohlo být provedení retestové reliability na vzorku osob se schizofrenií, které se neúčastnily žádného podpůrného programu. Spearmanova korelace prokázala vynikající reliabilitu v celkovém výsledku testu ($\rho = 0,982$). Ve všech subškálách testu byla prokázána signifikantní korelace mezi dvěma měřeními, nižších hodnot dosahovala škála Ztráta kontroly a Vnímání.

Výsledky našeho výzkumu a výsledky zahraničních výzkumů přehledně zobrazuje Tabulka 19. V tabulce jsou zobrazeny průměrné hodnoty a v závorkách jsou uvedeny směrodatné odchylky. KS reprezentují kontrolní skupiny tvořené osobami „zdravými“ (bez psychiatrické diagnózy a léčby). Z tabulky lze vyčíst, že v našem výzkumu osoby se schizofrenií zažívají největší potíže v oblastech **Myšlení** ($M = 4,9$; $SD = 3,3$), **Ztráta automatismů** ($M = 4,6$; $SD = 3,0$), **Řeč** ($M = 4,4$; $SD = 3,4$) a **Paměť** ($M = 4,0$; $SD = 2,9$). V oblasti Vnímání (jednoduché i komplexní) jedinci dosahovali nižších skóre. Celkové průměrné hodnoty Frankfurtského dotazníku zahraničních studií jsou u pacientů s diagnózou F20 v rozsahu $M = 28,0$ – $45,1$. Výsledky, které jsme získali v České republice, tak korespondují se zahraničními výsledky.

Průměrné celkové skóre u jedinců v naší kontrolní skupině bylo $M = 9,2$ se směrodatnou odchylkou $SD = 10,7$. Vzhledem k otázkám v dotazníku bychom se mohli domnívat, že jsou tyto hodnoty poměrně vysoké, jelikož dotazník zachycuje především potíže, které jsou specifické právě pro schizofrenii. Moritz et al. (2001) uvádí průměrnou hodnotu celkového skóre nižší, $M = 5,3$ a $SD = 4,5$. Pro porovnání výsledky korejské studie (Kim et al., 2013) uvádějí u kontrolního souboru průměrné skóre daleko vyšší, $M = 26,9$ a $SD = 20,0$. Již v teoretické části práce jsme se zmínili o modelu kontinua psychózy. V 60. letech 20. století se touto oblastí zabýval John Strauss, který formuloval hypotézu o přítomnosti psychózy v populaci v podobě kontinuálního fenotypu, který předpokládá plynulý přechod od normy, plného zdraví až k plně vyjádřené nemoci (vans Os, Bijl, & Ravelli, 2000). Hypotézu o přítomnosti psychotických symptomů v nepsychiatrické populaci podporují také výsledky českého výzkumu (Mohr et al., 2007). Na druhé straně bychom mohli uvažovat také o tom, že rozdíly v různých kontrolních skupinách mohou odrážet nižší specifitu dotazníku k různým diagnostickým skupinám, tedy i výběrům zdravé populace v různých kulturách.

	ČR (2016)		Comparelli et al. (2014)		Kim et al. (2013)		Arduini et al. (2002)	Moritz et al. (2001)			Peralta & Cuesta (1998)	Maß, Hitschfeld, Wall, & Wagner (1997)
	F20	KS	F20 (1. epizoda)	F20 (opakované epizody)	F20	KS	F20	F20 (1. epizoda)	F20 (chroničtí)	KS	F20	F20
SUM FBF	35,0 (24,3)	9,2 (10,7)	41,8 (21,7)	37,0 (22,2)	40,0 (14,6)	26,9 (20,0)	45,1 (24,2)	28,0 (21,5)	30,9 (22,4)	5,3 (4,5)	37,0 (23,1)	35,5 (22,1)
KO	3,2 (2,5)	0,4 (1,0)	4,1 (2,1)	3,5 (2,2)	x	x	4,0 (2,50)	2,9 (2,7)	2,6 (2,3)	0,2 (0,5)	x	3,0 (2,3)
WAS	1,9 (2,8)	0,4 (1,0)	2,8 (2,4)	2,2 (2,5)	x	x	3,4 (2,8)	1,7 (2,4)	2,1 (2,3)	0,2 (0,5)	x	2,5 (5,6)
WAK	1,9 (2,6)	0,3 (0,8)	2,7 (2,6)	2,5 (2,6)	x	x	3,2 (2,4)	1,4 (2,0)	1,8 (2,2)	0,2 (0,6)	x	2,3 (2,2)
SP	4,4 (3,4)	0,7 (1,2)	4,0 (2,8)	3,8 (3,1)	x	x	4,9 (3,3)	3,0 (2,9)	3,7 (3,7)	0,6 (0,9)	x	3,8 (3,3)
DE	4,9 (3,3)	1,9 (2,5)	5,8 (2,9)	4,6 (3,2)	x	x	4,9 (3,2)	3,6 (3,2)	3,7 (3,3)	0,7 (0,8)	x	4,6 (3,0)
GED	4,0 (2,9)	1,7 (2,1)	4,2 (2,7)	3,8 (2,6)	x	x	5,0 (2,9)	3,1 (2,7)	3,3 (2,9)	0,6 (0,9)	x	3,7 (3,0)
MO	2,6 (2,3)	0,7 (1,3)	4,2 (2,7)	3,4 (2,9)	x	x	4,4 (2,8)	2,6 (2,8)	3,0 (2,1)	0,2 (0,5)	x	3,5 (2,6)
AU	4,6 (3,0)	1,3 (1,3)	5,1 (2,6)	4,4 (2,9)	x	x	5,7 (3,0)	3,3 (3,1)	4,1 (3,2)	1,1 (1,9)	x	4,1 (2,7)
AN	3,9 (2,8)	1,0 (1,3)	4,1 (2,8)	4,7 (2,9)	x	x	4,5 (2,4)	3,2 (2,1)	3,4 (2,2)	0,9 (1,1)	x	3,8 (2,5)
REI	3,4 (2,8)	0,8 (1,2)	4,8 (2,9)	4,0 (2,4)	x	x	5,0 (2,7)	3,0 (2,7)	3,3 (2,6)	0,6 (1,5)	x	4,3 (2,9)

Tabulka 19: Porovnání našich výsledků FBF a zahraničních studií (průměrná skóre a směrodatné odchylky)

V našem výzkumu jsme se dále zabývali vlivem počtu prodělaných hospitalizací na vnímání kognitivních potíží. Kruskal-Wallisův test neprokázal statisticky významný rozdíl mezi jedinci, kteří absolvovali maximálně 1 hospitalizaci (skupina 1), 2-3 hospitalizace (skupina 2) nebo více než 4 hospitalizace (skupina 3). Nejvíce potíží zaznamenala skupina 2 ($M = 34,56$, $SD = 18,615$), nejméně potíží registrovali jednotlivci ze skupiny 1 ($M = 26,75$, $SD = 25,449$). Jsme si však vědomi toho, že počet hospitalizací může poskytovat různé informace. Je rozdílné, pokud některá osoba absolvuje například 3 krátké pobyty v nemocnici (v řádu měsíců), nebo jiná osoba absolvuje pouze 1 pobyt, který však trval několik let. Zahraniční studie se počty hospitalizací nezabývaly, není tedy možné náš výzkum přímo porovnávat. Existují však studie, které byly zaměřeny na porovnání pacientů po jedné atace nemoci a pacientů chronických či s opakovanými epizodami (viz Tabulka 19). Tyto studie však neprokázaly konzistentní výsledky.

Další zkoumanou oblastí bylo využití Frankfurtského dotazníku jako nástroje měřící subjektivní hodnocení kognitivních potíží během absolvování programu ve stacionáři. Potenciál této metody jsme chtěli využít pro pochopení subjektivních pocitů nemocných, vnímání jejich potíží při vstupu do denního stacionáře. Zároveň získat data na konci stacionáře nám umožňuje znovu nahlédnout do prožívání těchto jedinců a můžeme tak usuzovat, zda byl program stacionáře užitečný ve smyslu zmírnění prožívaných kognitivních deficitů. Dotazník FBF by tak mohl být jedním z nástrojů užívaných pro měření efektivity integrovaného psychoterapeutického programu. Data prezentovaná ve výsledcích ukazují celkové zlepšení v hodnocení prožívaných potíží (pro celkové skóre FBF: $Z = -2,029$, $p = 0,042$). Na konci stacionáře jedinci pociťovali především nižší ztrátu kontroly ($Z = -2,435$, $p = 0,015$) a menší potíže v myšlení ($Z = -2,086$, $p = 0,037$). Můžeme uvažovat o tom, že pokud bychom měli vyšší počet respondentů, ukázaly by i další subškály statisticky významné zlepšení mezi dvěma měřeními. Informace z 1. měření mohou být v praxi využitelné jako vodítko, v jakých oblastech pacienty podpořit, na které konkrétní potíže se zaměřit. Dotazník by mohl být také využit v průběhu léčby, aby personál pracující s pacienty měl informace o jejich aktuálních potížích, zlepšení či zhoršení jednotlivých kognitivních oblastí a zaměřením se na nejvíce výrazné potíže.

Poslední zkoumanou oblastí byl vztah mezi vnímáním zdravotního stavu (měřeným nástrojem HoNOS) a subjektivně vnímanými kognitivními potížemi (měřenými FBF). Statistická analýza dat prokázala signifikantní korelaci mezi celkovými skóre obou nástrojů. S celkovým skóre FBF dotazník zdravotního stavu koreloval ve všech kategoriích – behaviorální potíže, postižení, symptomy a sociální potíže. Můžeme tedy usuzovat, že čím hůře jedinci vnímají svůj zdravotní stav, tím větší zažívají i potíže v kognitivních oblastech a naopak. Budeme – li konkrétní, jedinci, kteří pociťují více potíží v kognitivních oblastech, pociťují výrazněji symptomy (halucinace a bludy, skleslou náladu či jiné problémy), evidují závažnější problémy s pamětí, orientací a porozuměním a tělesné zdravotní potíže. V sociální oblasti zažívají potíže ve vztazích s lidmi (včetně stranění se ostatních nebo neschopnost hovořit s druhými), mají větší problémy se zvládnutím běžných činností jako je stravování, hygiena, oblékání, nakupování aj. Nenalezli jsme studie, které by porovnávaly námi užitou metodu. Stejně jako prezentované studie (Kim et al., 2010; Maß et al., 1997), jsme však našli signifikantní vztah mezi výsledky FBF a halucinacemi. Potvrdili jsme také

vztah mezi vnímanými kognitivními deficity a problémy v sociálním chování, každodenním fungování či plánování, které uvádí Keefe a Harvey (2012). Dále také souvislost mezi vnímaným kognitivním deficitem a anhedonií nemocného, o kterém pojednávali Sergi et al. (2007).

10.2 Soubor respondentů

Výsledky, ke kterým jsme v našem výzkumu dospěli, můžeme vztahovat pouze k našemu výzkumnému souboru, tj. pacienti denního stacionáře pro psychotické pacienty na Klinice ESET. Výzkumný soubor jsme se snažili vytvořit co nejvíce homogenní, zúžili jsme věkovou hranici a diagnózu F20 na F20.0. Je třeba však říci, že tento údaj nemusí být zcela spolehlivý. Pacienti během své léčby mění psychiatry, bývá měněna diagnóza, případně může mít pacient duální diagnózu nebo další přidruženou diagnózu, o které jsme se nedozvěděli, a chybí v záznamech pacienta. Získaný výzkumný soubor je relativně malý, i přesto byla výzkumná data sbírána po dobu několika let. Důvodem je omezená kapacita a dlouhodobost stacionáře. Do stacionáře také přichází i jedinci s jinou diagnózou než je schizofrenie. Výsledky nelze zobecňovat na všechny osoby s paranoidní schizofrenií v České republice. Pokud bychom usilovali o důkladné šetření osob s diagnózou F20, museli bychom získat data od většího počtu jedinců, oslovit pacienty v dalších stacionářích, psychiatrických nemocnicích, psychiatrických odděleních nemocnic, psychiatrických ambulancích, v sociálních službách, zařízeních sociální péče, ale i osob, které nejsou zachyceny v zdravotním či sociálním systému a neléčí se.

V našem výzkumu jsme blíže sledovali proměnné pohlaví, věk, vzdělání a počet hospitalizací. Žádná z těchto proměnných neprokázala významný vliv na hodnocení kognitivních potíží, což potvrzují i zahraniční studie. Některé další důležité proměnné jsme v našem výzkumu nesledovali. Mohli bychom se například zabývat délkou onemocnění, či délkou psychiatrické léčby. Tyto údaje jsme však nedohledávali. V dotazníku FBF je položena otázka „Kdy se potíže objevily poprvé?“, není však specifikováno, o jaké potíže se jedná. Tento údaj tedy není spolehlivý pro určení délky onemocnění. Vzhledem k charakteru onemocnění schizofrenie bychom mohli usuzovat, že délka onemocnění bude korespondovat s věkem nemocných. Dále jsme se nezabývali

množstvím a typem užívané medikace. Přestože se dotazník FBF táže na aktuálně používané léky, nejsou údaje od pacientů kompletní. Informace bychom museli ověřovat u ambulantních psychiatrů. Vita a Peri (2010) poukazují na souvislost mezi užíváním atypických antipsychotik a lepším náhledem na kognitivní dysfunkce, o pozitivním vlivu AAP na kognitivní dysfunkce jsme pojednávali již v teoretické části. Domníváme se, že právě zde je prostor pro další empirické zkoumání.

Limitem této práce je také to, že jsme od všech osob neobdrželi všechna plánovaná data. Dotazník FBF po ukončení stacionáře vyplnilo pouze 34 osob z výzkumného souboru, jelikož část osob z původního souboru stacionář nedokončila. Dotazník HoNOS souběžně s FBF z uvedeného souboru řádně vyplnilo 46 osob. Informace o počtu předchozích hospitalizací jsme získali od 39 pacientů. Tato skutečnost nás vedla ke sloučení do třech kategorií, kde jsme tak získali tři skupiny se srovnatelným počtem respondentů. Sloučení do kategorií jsme také použili u zjišťování vlivu vzdělání na výsledky FBF. Zde bylo testování problematické, protože se nám nepodařilo do KS získat respondenty s obdobnou výší vzdělání. V každé skupině jsme tak vytvořili dvě kategorie, které nejsou vzájemně identické.

Kontrolní soubor byl nenáhodný, vybírán na základě kritérií (pohlaví, věk, bydliště) a dostupnosti. Tento způsob výběru může mít také vliv na výsledky našeho výzkumu.

10.3 Užití metody

Použité metody se ukázaly jako vhodné pro účely našeho výzkumu. S vyplněním administrovaných nástrojů neměli pacienti se schizofrenií většinou potíže, asistenci potřebovalo maximálně 10% pacientů. Administrace sebesposuzující verze dotazníku HoNOS není náročná. Frankfurtský dotazník potíží však obsahuje 98 položek. Doba administrace se u pacientů pohybovala okolo 30 minut, někteří pacienti potřebovali pro vyplnění více času. Ačkoli je původně sestaven přímo pro schizofrenní pacienty, domníváme se, že právě u této diagnostické skupiny může být takto dlouhý dotazník velkou zátěží. Jako velmi důležité zde hodnotíme objasnění smyslu vyplnění předložených testů a motivaci k spolupráci. Veliké množství otázek v dotazníku zmiňovala i většina respondentů z kontrolní skupiny.

Pokud se více zaměříme na zhodnocení Frankfurtského dotazníku, ukázalo se problematické, že úvodní strana mapující demografické údaje, nezachycuje věk respondenta či datum narození. Tyto informace jsme tak museli sbírat dodatečně. Naopak otázka na povolání otce se nám nezdá být využitelná ani ve výzkumu ani v klinické praxi. Subškály dotazníku zachycují potíže spojené s kognitivními funkcemi. Výjimkou by mohla být subškála Anhedonie a strach (depresivita), která částečně mapuje strach ze zhoršující se kognice (např. „Mám strach, že má schopnost přemýšlet stále klesá“), ale také se zaměřuje na depresivní symptomy (např. „Nemám už normální chuť k jídlu“).

10.4 Prostor pro další zkoumání

Prezentované výsledky ukazují na použitelnost nástroje FBF v českých podmínkách. Nástroj může být využíván v klinické praxi pro hodnocení subjektivních potíží spojených s kognitivními funkcemi u pacientů se schizofrenií a pro hodnocení a plánování poskytovaných služeb (terapeutických programů). Může být také využit pro další výzkum. Již jsme zmiňovali výzkum vlivu medikace na vnímání kognitivních potíží. Více informací by určitě přinesl výzkum, do kterého by bylo zapojeno větší množství osob s touto diagnózou z různých zařízení. Bylo by zajímavé více prozkoumat například vztah Frankfurtského dotazníku a objektivních metod měřících kognici. Takový počin již uskutečnila Červenková (2010), která nenalezla signifikantní korelace mezi objektivními metodami a FBF. Výzkumný soubor však čítal pouze 26 osob. Zajímavá data by také mohl poskytnout výzkum, který by sledoval hodnocení kognitivních potíží našeho vzorku v delším časovém horizontu. V takovém případě bychom mohli zkoumat dlouhodobost účinku léčby. Tento záměr je již sledován, ale dosud nebyl publikován.

Závěr

Tato diplomová práce se zabývá hodnocením kognitivního postižení u pacientů se schizofrenií, poskytuje informace o subjektivním pohledu nemocných na kognitivní potíže. Kromě toho práce mapuje vztah těchto potíží k dalším oblastem souvisejících se zdravotním stavem.

Výzkumný soubor tvořili pacienti s diagnózou paranoidní schizofrenie, kteří docházeli do denního stacionáře pro osoby s psychotickými potížemi na Klinice ESET. Pro testování subjektivního posouzení jsme použili Frankfurtský dotazník potíží (FBF). Jedná se o metodu, která byla zhotovena konkrétně pro osoby se schizofrenií a která u nás dosud nebyla standardizována. Z toho důvodu jsme se rozhodli ověřit její psychometrické vlastnosti. Potvrdili jsme, že se jedná o dostatečně validní a reliabilní metodu, která spolehlivě rozlišuje osoby se schizofrenií od zdravých jedinců. Prokázali jsme, že počet hospitalizací nemá významný vliv na hodnocení kognitivních potíží. Pacienti s paranoidní schizofrenií pociťovali největší potíže v oblastech Myšlení, Ztráta automatismů, Řeč a Paměť. Zjišťovali jsme také, zda je hodnocení kognitivních oblastí stabilní, nebo je ovlivnitelné absolvováním denního stacionáře pro psychotické pacienty. Pacienti na konci stacionáře uváděli celkově méně potíží než na počátku. Při ukončení programu pociťovali především nižší ztrátu kontroly a méně potíží v myšlení. Korelace s dotazníkem HoNOS potvrdila naše hypotézy, že postižení kognitivních funkcí je spojeno s potížemi v sociálních vztazích, zvládnutím běžných činností, s výraznějším pociťováním symptomů nemoci, s orientací, porozuměním a tělesnými zdravotními potížemi. Hodnoty dotazníku FBF u našeho výzkumného vzorku se ukázaly být obdobné jako u publikovaných zahraničních studií.

Naše zjištění mohou být využita pro další bádání v oblasti subjektivního hodnocení kognitivních poruch. Bylo by vhodné ověřit námi získané výsledky na početnějším souboru respondentů z různých typů zařízení, ale i těch, co žijí samostatně či s rodinou. V praxi je možné využívat FBF jako nástroj poskytující informace o subjektivním hodnocení samotného pacienta a tím pochopit jeho vlastní pohled na realitu. Takové informace nám umožňují identifikovat oblasti, které pacienta zatěžují a které by bez cíleného zkoumání mohly zůstat skryty. Jejich odhalení

umožňuje zaměřit na ně v průběhu léčby pozornost a tím pomoci v rehabilitaci a resocializaci nemocného.

Použitá literatura

- Agnew-Blais, J. C., Buka, S. L., Fitzmaurice, G. M., Smoller, J. W., Goldstein, J. M., & Seidman, L. J. (2015). Early Childhood IQ Trajectories in Individuals Later Developing Schizophrenia and Affective Psychoses in the New England Family Studies. *Schizophrenia Bulletin*, *41*(4), 817–823. doi: 10.1093/schbul/sbv027
- Arduini, L., Kalyvoka, A., Stratta, P., Gianfelice, D., Rinaldi, O., & Rossi, A. (2002). Subjective experiences in schizophrenia and bipolar disorders. *European Archives Of Psychiatry And Clinical Neuroscience*, *252*(1), 24-27.
- Asarnow, R. (1999). Neurocognitive impairments in schizophrenia: A piece of the epigenetic puzzle. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *8*S005.
- Banaschewski, T., Schulz, E., Martin, M., & Remschmidt, H. (2000). Cognitive functions and psychopathological symptoms in early-onset schizophrenia. *European Child*, *9*(1), 11-20.
- Bezdíček, O., Nikolai, T., Michalec, J., Harsa, P., & Kališová, L. (2015). Komplexní posouzení kognitivních funkcí u nemocných schizofrenií – česká verze standardizovaného nástroje MATRICS. *Česká a slovenská psychiatrie*, *111*(2), 79-86.
- Comparelli, A., De Carolis, A., Emili, E., Rigucci, S., Falcone, I., Corigliano, V., ... & Girardi, P (2014). Basic symptoms and psychotic symptoms: Their relationships in the at risk mental states, first episode and multi-episode schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, *55*(4), 785-791. doi: 10.1016/j.comppsy.2014.01.006
- Corrales, J. I. S., Remuzgo, S. H., Bosque, F. J. L., & Fernández, M. D. F. (2010). Subjective quality of life and basic psychotic symptoms in schizophrenic patients in various health care facilities. A preliminary study. *Anuario De Psicología Clínica Y De La Salud*, *2010*(6), 61-66.
- Crisan, C. A., & Macrea, R. (2009). Cognitive insight in schizophrenia - a new concept. *Clujul Medical*, *82*(4), 480-483.

Cuesta, M. J., Peralta, V., & Juan, J. A. (1996). Abnormal subjective experiences in schizophrenia: its relationships with neuropsychological disturbances and frontal signs. *European Archives Of Psychiatry And Clinical Neuroscience*, 246(2), 101-105. doi: 10.1007/BF02274900

Červenková, M. (2010). *Subjektivní hodnocení kognitivního výkonu u pacientů s onemocněním schizofrenního okruhu* (Diplomová práce, Filozofická fakulta, Univerzita Palackého, Olomouc, Česká republika). [online]. [cit. 2016-07-15]. Dostupné z: http://theses.cz/id/m431uv/Cervenkova_DP_final_bez_priloh.pdf.

Češková, E., Kučerová, H., Kašpárek, T., & Příkryl, R. (2006). Farmakoterapie kognitivní dysfunkce u schizofrenie. *Česká a slovenská psychiatrie*, 102(1), 13-17.

Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch* (2. vyd.). Praha: Grada Publishing.

Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.

Ford, J. M., Gray, M., Faustman, W. O., Roach, B. J., & Mathalon, D. H. (2007). Dissecting corollary discharge dysfunction in schizophrenia. *Psychophysiology*, 44(4), 522-529. doi: 10.1111/j.1469-8986.2007.00533.x

Forgáčová, L'. (2014). Huberove bazálne príznaky v kontexte včasnej detekcie psychóz. *Psychiatria - Psychoterapia - Psychosomatika*, 21(2), 7-12.

González-Rodríguez, A., Studerus, E., Spitz, A., Rapp, C., Bugra, H., Aston, J., & ... Riecher-Rössler, A. (2013). 2710 – Gender differences in the psychopathology of emerging psychosis. *European Psychiatry*, 281. doi: 10.1016/S0924-9338(13)77320-6

Gross, G., & Huber, G. (2010). The History of the Basic Symptom Concept. *Acta Clin Croat*, 49(2), 47-59.

Hájek, K. (2002). *Tělesně zakotvené prožívání*. Praha: Karolinum.

- Keefe, R. S. E., & Harvey, P. D. (2012). Cognitive Impairment in Schizophrenia. In *Novel Antischizophrenia Treatments* (s. 11-37). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag. doi: 10.1007/978-3-642-25758-2_2
- Kim, J.-H. & Byun, H.-J. (2009). Non-motor cognitive-perceptual dysfunction associated with drug-induced parkinsonism. *Human Psychopharmacology: Clinical*, 24(2), 129-133. doi: 10.1002/hup.1009
- Kim, J. -H., Byun, H. -J., Ann, J. -H., & Lee, J. (2010). Relationship between subjective experiences and psychopathological dimensions in schizophrenia. *Australian And New Zealand Journal Of Psychiatry*, 44(10), 952-957. doi: 10.3109/00048674.2010.495940
- Kim, J. -H., Lee, J. -H., & Lee, J. (2013). Anomalous subjective experiences in schizophrenia, bipolar disorder, and unipolar depression. *Comprehensive Psychiatry*, 54(5), 447-453. doi: 10.1016/j.comppsy.2012.12.017
- Koukolík, F. (1992). Strukturální změny mozku při schizofrenii a afektivních psychózách. *Československá psychiatrie*, 88, 307–315.
- Koukolík, F. (2000). *Lidský mozek: funkční systémy: normy poruchy*. Praha: Portál.
- Kučerová, H., & Říhová, Z. (2006) Kognitivní deficit u schizofrenie. In M. Preiss & H. Kučerová, *Neuropsychologie v psychiatrii* (s. 189-233). Praha: Grada.
- Loas, G., Yon, V., & Brien, D. (2002). Dimensional structure of the Frankfurt Complaint Questionnaire. *Comprehensive Psychiatry*, 43(5), 397-403.
- Loas, G., Yon, V., Monestès, J. L., & Cuesta, M. (2011). Test-retest reliability of the Frankfurt Complaint Questionnaire 1. *Psychological Reports*, 108(2), 503-506. <http://doi.org/10.2466/02.09.15.PR0.108.2.503-506>
- Malá, E. (2005). *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. Praha: Grada.
- Martinotti, G., Di Iorio, G., Tedeschi, D., De Berardis, D., Niolu, C., Janiri, L., & Di Giannantonio, M. (2010). Prevalence and intensity of basic symptoms among cannabis users: an observational study. *The American Journal Of Drug And Alcohol Abuse*, 37(2), 111-116. doi: 10.3109/00952990.2010.541962

- Maß, R., Hitschfeld, K., Wall, E., & Wagner, H.-B. (1997). Validität der Erfassung schizophrener Basissymptome. *Der Nervenarzt*, *68*(3), 205-211.
doi: 10.1007/s001150050115
- McGhie, A., & Chapman J. (1961). Disorders of attention and perception in early schizophrenia. *British Journal of Medical Psychology*, *3*, 103–116.
- Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF. (2008). Praha: Grada.
- Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009. (2008). Praha: Bomton Agency.
- Miret, S., Fatjó-Vilas, M., Peralta, V., & Fañanás, L. (2016). Basic symptoms in schizophrenia, their clinical study and relevance in research. *Revista De Psiquiatria Y Salud Mental*, *9*(2), 111-122. doi: 10.1016/j.rpsm.2015.10.007
- Mohr, P., Csémy, L., Rodriguez, M., Čermák, J., Kawaciuková, R., & Seifertová, D. (2007) Prevalence psychotických symptomů v české velkoměstské populaci. *Psychiatrie*, *11*, 22–25.
- Moritz, S., Lambert, M., Andresen, B., Böthern, A., Naber, D., & Krausz, M. (2001). Subjective cognitive dysfunction in first-episode and chronic schizophrenic patients. *Comprehensive Psychiatry*, *42*(3), 213-216. doi: 10.1053/comp.2001.23144
- Motlová, L. (2004). Klinický obraz. In L. Motlová & F. Koukolík, *Schizofrenie: Neurobiologie, klinický obraz, terapie* (s. 19-36). Praha: Galén.
- Nelson, H. E., Pantelis, C., Carruthers, K., Speller, J., Baxendale, S., & Barnes, T. R. E. (1990). Cognitive functioning and symptomatology in chronic schizophrenia. *Psychological Medicine*, *20*(02), 357-365. doi: 10.1017/S0033291700017670
- Niendam, T. A., Bearden, C. E., Rosso, I. M., Sanchez, L. E., Hadley, T., Nuechterlein, K. H., & Cannon, T. D. (2003). A Prospective Study of Childhood Neurocognitive Functioning in Schizophrenic Patients and Their Siblings. *The American Journal Of Psychiatry*, *160*(11), 2060-2062. doi:10.1176/appi.ajp.160.11.2060

- Nondek, M. (2006). *Efektivita tréninku kognitivních funkcí u klientů se schizofrenií a schizoafektivní poruchou* (Diplomová práce, Fakulta filozofická, Univerzita Karlova, Praha, Česká republika). [Online]. [cit. 2016-05-22]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/download/120064301>
- Nondek, M., Dočkalová, E., Preiss, M., & Motlová, L. (2009). Efektivita denního stacionáře u pacientů s diagnózou ze schizofrenního okruhu. *Psychiatrie*, 13(1), 4-9.
- Obereignerů, R., Obereignerů, K., Divéky, T., & Praško, J. (2011). Kognitivní deficity u schizofrenie. *Psychiatrie pro praxi*, 12(2), 74-79.
- Palmer, B. W., Heaton, R. K., Paulsen, J. S., Kuck, J., Braff, D., Harris, M. J., ... & Jeste, D. V. (1997). Is it possible to be schizophrenic yet neuropsychologically normal?. *Neuropsychology*, 11(3), 437-446. doi:10.1037/0894-4105.11.3.437
- Peralta, V., & Cuesta, M. J. (1998). Subjective experiences in psychotic disorders: Diagnostic value and clinical correlates. *Comprehensive Psychiatry*, 39(1), 11-15. doi: 10.1016/S0010-440X(98)90026-8
- Pěč, O. (2009). Psychoterapie u psychóz. *Psychiatrie pro praxi*, 10(2), 76-78.
- Pěč, O., Čechová, D., Pěčová, J., Dragomirecká, E., Šelepová, P., Probstová, V., & Bubela, M. (2009). HoNOS (Hodnocení zdravotního stavu) – adaptace nástroje na hodnocení symptomů a sociálních funkcí u závažně duševně nemocných v českých podmínkách a jeho použití. *Česká a slovenská psychiatrie*, 105(6-8), 245–249.
- Plháková, A. (2010). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.
- Preiss, M. (2006). Základy klinické neuropsychologie. In M. Preiss & H. Kučerová, *Neuropsychologie v psychiatrii* (s. 21-126). Praha: Grada.
- Preiss, M. (2007). Jak (ne)měřit kognitivní funkce. *Psychiatrie Pro Praxi*, 1, 44-45.
- Probstová, V., & Pěč, O. (2014). *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál.
- Příkryl, R., & Kučerová, H. (2008). Negativní příznaky schizofrenie. *Česká a slovenská psychiatrie*, 104(7), 350-357.

- Příkryl, R., Kučerová, H., Navrátilová, P., Kašpárek, T., Češková, E., Černík, M., & Pálenský, V. (2007). Změny kognitivních funkcí v průběhu roku po propuknutí schizofrenie. *Česká a slovenská psychiatrie*, 103(1), 14-22.
- Roder, V., Brenner, H. D., Kienzle, N., & Hodel, B. (1993). *Integrovaný psychoterapeutický program pro schizofrenní pacienty (IPT)*. Praha: Triton.
- Rodriguez, M., & Mohr, P. (2004). Paměť a schizofrenie. *Psychiatria Pre Prax*, 3, 110-113.
- Sergi, M., Rassovsky, Y., Widmark, C., Reist, C., Erhart, S., Braff, D., et al. (2007). Social cognition in schizophrenia: Relationships with neurocognition and negative symptoms. *Schizophrenia Research*, 90(1-3), 316-324.
doi: 10.1016/j.schres.2006.09.028
- Schiffman, J., & Walker, E. (1998). Schizophrenia. In H. Friedman, *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press.
- Schultze-Lutter, F. (2009). Subjective Symptoms of Schizophrenia in Research and the Clinic: The Basic Symptom Concept. *Schizophrenia Bulletin*, 35(1), 5-8.
doi: 10.1093/schbul/sbn139
- Slováková, A., Španiel, F., & Bankovská Motlová, L. (2015). Prognóza schizofrenie. *Psychiatrie*, 19(3), 153-161.
- Sternberg, R. J. (2009). *Kognitivní psychologie* (2. vyd.). Praha: Portál.
- Süllwold, L. (1991). *Manual zum Frankfurter Beschwerde-Fragebogen (FBF)*. Berlin: Springer-Verlag.
- Svoboda, M. (2010). *Psychologická diagnostika dospělých* (4. vyd.). Praha: Portál.
- Tandon, R., Gaebel, W., Barch, D. M., Bustillo, J., Gur, R. E., Heckers, S., et al. (2013). Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophrenia Research*, 150(1), 3-10. doi: 10.1016/j.schres.2013.05.028
- Tůma, I. (2008). Kognitivní deficit a psychopatologie schizofrenie. *Psychiatrie*, 12(2), 101-106.

Tůma, I., & Lenderová, Z. (2001). *Schizofrenie a kognitivní funkce*. [online]. [cit. 2016-05-15]. Dostupné z: <http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2001/04/12tuma.pdf>

Vans Os, J., Bijl, R. V., & Ravelli, A. (2000). Strauss (1969) revisited: A psychosis continuum in the general population? *Schizophrenia Research*, 45(1-2), 11-20.
doi: 10.1016/S0920-9964(00)90323-2

Vargas, M. L., López-Lorenzo, S., Legascue, I., Nagore, A., Serrano, P., & Jimeno-Bulnes, N. (2016). Basic symptoms as subjective cognitive deficit in schizophrenia: Cognitive, clinical and functional associations. *European Psychiatry*, 33, S110.
doi: 10.1016/j.eurpsy.2016.01.097

Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese (4. vyd.)*. Praha: Portál.

Vita, A., & De Peri, L. (2010). Subjective cognitive impairment in schizophrenic patients: clinical and neuropsychological correlates. *European Psychiatry*, 25, 1127.
doi: 10.1016/S0924-9338(10)71116-0

Vita, A., De Peri, L., Rolla, A., & Comazzi, M. (2008). Subjective Experience of Cognitive Deficits in Schizophrenic Patients Treated with Antipsychotics: Clinical, Neuropsychological and Treatment Correlates. *Abstracts/Schizophrenia Research*. 98, 194 – 195. doi: 10.1016/j.schres.2007.12.457

Vyhnálek, M., Bartoš, A., Dostál, V., Franková, V., Holmerová, I., Laczó, J., ... & Hort, J. (2011). Diagnostikujeme a léčíme demence správně a včas? Výsledky průzkumu ve světle nových doporučení. *Neurologie pro praxi*, 12(5), 352-358.

Weickert, T. W., Goldberg, T. E., Gold, J. M., Bigelow, L. B., Egan, M. F., & Weinberger, D. R. (2000). Cognitive Impairments in Patients With Schizophrenia Displaying Preserved and Compromised Intellect. *Archives Of General Psychiatry*, 57(9), 907-913. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.57.9.907>

Zacharová, E., Hermanová, M., & Šrámková, J. (2007). *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada.

Seznam tabulek

Tabulka 1: Diagnostické metody pro měření kognitivních funkcí

Tabulka 2: Organické poškození mozku a psychopatologie ve vztahu ke schizofrenii

Tabulka 3: Distribuce reakcí zlepšující stav pacientů

Tabulka 4: Hodnoty reliability, průměrná hodnota a stand. odchylka

Tabulka 5: Pohlaví respondentů

Tabulka 6: Věk respondentů

Tabulka 7: Počet hospitalizací, kategorie

Tabulka 8: FBF, výsledky měření u experimentální skupiny, základní charakteristiky

Tabulka 9: FBF, výsledky měření u kontrolní skupiny, základní charakteristiky

Tabulka 10: Mann-Whitney U test, porovnání rozdílů mezi kontrolní a experimentální skupinou

Tabulka 11: Reliabilita FBF (Cronbachovo alfa)

Tabulka 12: Reliabilita FBF (test-retest reliabilita)

Tabulka 13: FBF, výsledky měření dle počtu hospitalizací, základní charakteristiky

Tabulka 14: Kruskal Wallis test, porovnání rozdílů dle počtu hospitalizací (FBF)

Tabulka 15: FBF, výsledky prvního měření, základní charakteristiky

Tabulka 16: FBF, výsledky druhého měření, základní charakteristiky

Tabulka 17: Wilcoxonův znaménkový test, rozdíly mezi 1. a 2. měřením (FBF)

Tabulka 18: Spearmanova korelace, HoNOS X FBF

Tabulka 19: Porovnání našich výsledků FBF a zahraničních studií (průměrná skóre a směrodatné odchylky)

Seznam grafů

Graf 1: Vzdělání respondentů

Graf 2: Rodinný stav respondentů

Graf 3: Pracovní status respondentů

Graf 4: Výsledky měření FBF u experimentální a kontrolní skupiny

Graf 5: Výsledky měření FBF dle počtu hospitalizací

Graf 6: Výsledky měření FBF, porovnání rozdílů mezi 1. a 2. měřením

Graf 7: Vztah mezi celkovými skóre nástrojů FBF a HoNOS