

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

ANALÝZA DŮVODOV RELAPSU
A MOŽNOSTI JEHO PREVENČIE
U PACIENTOV SO SCHIZOFRÉNIOU

ANALYSIS OF THE REASONS FOR RELAPSE AND
POSSIBILITIES OF ITS PREVENTION IN PATIENTS WITH
SCHIZOPHRENIA



Diplomová práca

Autor: **Bc. Martina Žabková**
Vedúci práce: **doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.**

Olomouc

2024

PodĎakovanie

Na tomto mieste by som chcela poďakovať vedúcemu práce doc. Mgr. PhDr. Romanovi Procházkovi, Ph.D. za jeho čas, trpezlivosť a odborné vedenie. Ďakujem tiež vedeniu Fakultnej nemocnice F. D. Roosevelta za umožnenie realizácie výskumnej časti práce, predovšetkým pánovi prednostovi MUDr. Michalovi Patarákovi, Ph.D. za jeho čas a ústretový prístup. Obrovské ďakujem patrí všetkým respondentom, ktorí sa rozhodli do výskumu zapojiť a dovolili mi tak nahliadnuť do ich životného príbehu. Na záver ďakujem mojej rodine, priateľovi a kamarátom za podporu a motiváciu vytrvať.

Prehlásenie

Miestoprísažne prehlasujem, že som diplomovú prácu na tému: „Analýza dôvodov relapsu a možnosti jeho prevencie u pacientov so schizofréniou“ vypracovala samostatne pod odborným dohľadom vedúceho diplomovej práce a uviedla som všetky použité podklady a literatúru.

V Olomouci dňa 31. 3. 2024

Podpis

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
OBSAH		3
ÚVOD		5
TEORETICKÁ ČASŤ		6
1	Schizofrénia	7
1.1	Schizofrénia: stručná minulosť, súčasnosť a budúcnosť	7
1.1.1	Minulosť	7
1.1.2	Súčasnosť	9
1.1.3	Budúcnosť	12
1.2	Epidemiológia	14
1.3	Etiológia	15
1.3.1	Biologické faktory	16
1.3.2	Environmentálne, psychologické a sociálne faktory	18
1.4	Klinický obraz	21
1.4.1	Pozitívne symptómy	22
1.4.2	Negatívne symptómy	23
1.4.3	Kognitívne symptómy	23
1.5	Začiatok, priebeh a prognóza ochorenia	24
1.6	Diagnostika	27
1.6.1	Diagnostika podľa MKCH-10	27
1.6.2	Diferenciálna diagnostika	29
1.7	Liečba	30
1.7.1	Farmakologická liečba	31
1.7.2	Psychosociálna liečba	33
1.7.3	Ďalšie možnosti liečby	34
2	Relaps	36
2.1	Definícia pojmu	36
2.2	Riziká spojené s relapsom	36
2.3	Detekcia a monitorovanie relapsu	37
3	Dôvody relapsu a jeho prevencia u pacientov so schizofréniou	40
3.1	Rizikové faktory relapsu	40
3.2	Protektívne faktory relapsu	42
VÝSKUMNÁ ČASŤ		44
4	Výskumný problém	45
4.1.	Výskumné ciele a otázky	46

5	Prístup výskumu a použité metódy	47
5.1	Prístup a typ výskumu	47
5.2	Metóda získavania dát	48
5.3	Metóda spracovania a analýzy dát.....	50
5.4	Výskumný súbor.....	53
5.5	Etické aspekty výskumu	56
6	Výsledky	58
6.1	Predstavenie respondentov	58
6.2	Rizikové faktory relapsu.....	61
6.2.1	Prerušenie liečby	62
6.2.2	Psychosociálny stres.....	62
6.2.3	Užívanie návykových látok	65
6.2.4	Vnímaná slabá vôľa.....	66
6.2.5	Nedostatok spánku	66
6.3	Protektívne faktory relapsu.....	67
6.3.1	Spolupráca v liečbe	68
6.3.2	Sociálna opora	69
6.3.3	Psychohygiena.....	70
6.4	Varovné signály pohľadom pacientov	71
6.5	Stratégie pacientov pre predchádzanie relapsu.....	72
7	Diskusia	74
8	Závery.....	80
	Súhrn	81
	LITERATÚRA.....	85
	PRÍLOHY.....	107

ÚVOD

Schizofrénia je vážne duševné ochorenie, ktoré sa vyznačuje svojou variabilitou a širokým spektrom príznakov, ktoré u každého človeka vytvárajú jedinečný a individuálny obraz závažnej diagnózy. Diagnózy, u ktorej akoby nestačilo, že ovplyvňuje myslenie, vnímanie, reč či kognitívne funkcie, ale prestupuje skutočne všetkými rovinami života človeka. Diagnózy, ktorá so sebou nesie značnú záťaž a často aj nepochopenie a stigma spoločnosti.

Rôznorodosť ochorenia, ale najmä nepochopenie ľudí so schizofróniou boli hlavnými dôvodmi, ktoré ma doviedli k záujmu o toto duševné ochorenie. Hoci ide o známu diagnózu, ktorej je venované značné výskumné úsilie, zostáva nepochopená nielen laickou verejnosťou, ale v určitom slova zmysle je stále záhadou aj pre odborníkov, medzi ktorými sa čoraz častejšie vedú diskusie o tom, ako by sa malo na ochorenie nahliadať.

Napriek pokrokom v liečbe zostáva schizofrénia ochorením liečiteľným, avšak nie vyľiečiteľným. Medzi hlavné ciele liečby patrí zvládanie symptómov, predchádzanie relapsu a snaha o opätovné začlenenie človeka do spoločnosti.

V bakalárskej práci som sa bližšie zaoberala spoluprácou v liečbe schizofrénie – kľúčovým faktorom, ktorý pomáha udržiavať ochorenie stabilizované. Spolupráca v liečbe však sama o sebe zrejme nestačí, keďže aj u pacientov v našom výskumnom súbore, ktorí v liečbe spolupracovali, sa relaps ochorenia objavil. Relaps, teda opätovné vzplanutie príznakov, patrí medzi najväčšie výzvy liečby ochorenia. Opakované relapsy môžu viesť k zhoršeniu symptómov, kognitívnych funkcií, sociálneho začlenenia a ovplyvňovať celkovú kvalitu života pacientov aj ich blízkych.

Aké sú teda dôvody toho, že sa relaps objaví? A je možné mu nejakým spôsobom predchádzať? Práve tieto otázky ma doviedli k téme a výskumnému zámeru diplomovej práce, ktorej cieľom je zmapovať pohľad na rizikové a protektívne faktory týkajúce sa relapsu schizofrénie z perspektívy slovenských pacientov.

Diplomová práca vychádza najmä v teoretickej časti týkajúcej sa schizofrénie z bakalárskej práce, je však doplnená o aktuálne výskumy a niektoré poznatky rozširuje. Ďalej sa už zameriava samostatne na problematiku relapsu a faktorov, ktoré s ním potenciálne súvisia.

TEORETICKÁ ČASŤ

1 SCHIZOFRÉNIA

Schizofrénia je **závažné chronické komplexné ochorenie** ovplyvňujúce takpovediac všetky oblasti života pacientov (Patel a kol., 2014). Ide o **najčastejšiu poruchu z okruhu psychotických ochorení** (Holder & Wayhs, 2014), teda ochorení, pre ktoré je typické **narušené testovanie reality** – definované halucináciami a/alebo bludmi, bez prítomnosti náhľadu (Arciniegas, 2015). Ochorenie je charakteristické **širokým spektrom príznakov** – okrem vnímania a myslenia zasahuje napríklad aj do oblastí správania, reči a kognitívnych funkcií (Patel a kol., 2014), pričom konkrétny obraz je u každého pacienta veľmi variabilný, individuálny a jedinečný (Kučerová, 2010; Orel, 2020).

1.1 Schizofrénia: stručná minulosť, súčasnosť a budúcnosť

1.1.1 Minulosť

Schizofrénia ľudí sužuje minimálne od počiatkov písomnej histórie. Charakteristické príznaky schizofrénie sú rozpoznateľné už **v ranej gréckej či hebrejskej literatúre**, pričom tieto prejavy sa ani v priebehu tisícročí veľmi výrazne nezmenili (Tamminga & Holcomb, 2004). Vágnerová (2012) uvádza, že prvá zmienka o ochorení s najväčšou pravdepodobnosťou pochádza **z 3400 rokov starého fragmentu z Ajurvédy**. Samotný pojem schizofrénia však nemá tak dlhú históriu – minimálne v porovnaní s poruchami ako melanchólia či mánia, ktoré sú známe už od staroveku (Jablensky, 2010).

Významným míľnikom v histórii formovania schizofrénie ako diagnózy je nepochybne **19. storočie**. V tomto období v Európe môžeme pozorovať snahu mnohých odborníkov o vytvorenie všeobecne uznávaného klasifikačného systému na poli psychiatrie (Katschnig, 2018). Zároveň sa odborníci snažili popísať poruchu neznámych príčin, ktorá postihovala predovšetkým mladých ľudí a často prechádzala do chronického zhoršenia. Stretnúť sa tak môžeme **s rôznymi označeniami** – od „**adolescentného šialenstva**“, ktorého koncept predstavil Clouston v Škótsku, až po popísanie **katatonického syndrómu** od Kahlbauma či **hebefrénie** od Heckera v Nemecku (Jablensky, 2010).

Vymedzenie poruchy, ako aj vytvorenie klasifikácie, ktorej sa konečne dostalo v súdobej spoločnosti všeobecného uznania, sa podarilo až **na prelome 19. a 20. storočia Emilovi Kraepelinovi** (Katschnig, 2018).

Stav, ktorý by sme podľa súčasných klasifikácií zaradili pod diagnózu schizofrénneho ochorenia, Kraepelin označil ako tzv. „**predčasnú demenciu**“ (*dementia praecox*). Zaujímavosťou je, že Kraepelin tento pojem vo svojich knihách spopularizoval, avšak prvýkrát ho v jeho latinskej podobe použil Arnold Pick na nemeckej pobočke Karlovej univerzity v Prahe (Falkai a kol., 2015).

„**Predčasná demencia**“ sa stala taktiež zastrešujúcim názvom veľkej nozologickej jednotky Kraepelinovej dichotomickej kategorizácie. Druhú veľkú skupinu porúch vymedzil ako **mániodepresívne stavy** (Katschnig, 2018).

Kraepelin „predčasnú demenciu“ charakterizoval kognitívnym úpadkom pred nástupom psychotických príznakov (Kahn, 2020), pričom zdôrazňoval chronický a progredujúci obraz ochorenia, ktorý bol neskôr inými psychiatrami spochybnený (Katschnig, 2018). V ďalších vydaniach svojej učebnice uznal veľkú variabilitu klinických obrazov a tak popísal **deväť rôznych klinických foriem** tejto skupiny ochorení (Jablensky, 2010).

Medzi psychiatrov, ktorí odmietli Kraepelinovu progresívnu definíciu ochorenia, patril napríklad **Eugen Bleuler**, ktorý sa v roku 1911 preslávil **zavedením termínu „schizofrénia“**, ako ho poznáme a používame aj v súčasnosti (Maatz a kol., 2015). Názov pochádza z gréckych slov *schizein* – rozštiepiť a *frén* – myseľ. Mal by poukazovať práve na rozpoltenosť medzi myslením, emóciami a správaním (Fišar, 2009). Bohužiaľ, toto pomenovanie sa ukázalo ako nie najšťastnejšie zvolené, pretože v okruhoch širokej verejnosti vedie často k nepochopeniu pravej podstaty ochorenia. Môžeme sa tak niekedy stretnúť s mylnou domnienkou nezasväteného laika, ktorý schizofréniu považuje za „rozdvojenie osobnosti“ (Andreasen, 2011).

Bleuler patril medzi raných zástancov bio-psycho-sociálneho chápania duševných chorôb, pričom týmto spôsobom nazeral aj na schizofréniu, presnejšie skupinu schizofrénii (Maatz a kol., 2015).

Nebol úplne presvedčený o nutnosti skorého nástupu ochorenia, či zhoršujúcom sa priebehu – viac pozornosti venoval poruchám myslenia a afektu. Niekedy sa môžeme stretnúť s vysvetlením symptómov prostredníctvom tzv. „**4 A**“: poruchy asociácií, afektu, ambivalencie a autistickej izolácie (Insel, 2010).

Zaujímavé je, že ani jeden zo spomínaných historických veľikánov nepovažoval psychózu za hlavný príznak ochorenia (Kahn, 2020), hoci dnes je to práve psychóza, ktorá sa považuje za charakteristický rys porúch schizofrénneho spektra (Arciniegas, 2015).

Tento pohľad siaha ku **Kurtovi Schneiderovi**, ktorý bludy a halucinácie u schizofrénie vymedzil ako „symptómy prvého rádu“ (Andreasen, 2011). Toto označenie Schneider používal pre symptómy, ktoré ak sú prítomné, indikujú prítomnosť určitej diagnózy – v prípade bludov a halucinácií konkrétne prítomnosť schizofrénie (Arciniegas, 2015).

Schneiderovský prístup **inšpiroval v 60. a 70. rokoch 20. storočia** ďalších autorov natoľko, že halucinácie a bludy – tzv. pozitívne príznaky – začali byť považované za hlavné diagnostické rysy schizofrénie. Tento prístup sa ukázal ako pomerne obľúbený, pretože jasnejšie dokázal zachytiť odklon od normality (Andreasen, 2011).

Samozrejme, autorov, ktorí prispeli k formovaniu konceptu schizofrénie je omnoho viac. Pre účely diplomovej práce sme sa ale rozhodli venovať stručne len vybraným menám a záujemcov o podrobnejšiu históriu formovania konceptu schizofrénie si dovoľíme odkázať na relevantnejšie zdroje.

1.1.2 Súčasnoscť

Aj viac ako 100 rokov od pôvodného vymedzenia „predčasnej demencie“ Emila Kraepelina, zostáva schizofrénia vymedzená ako **pomerne široký klinický syndróm**, ktorý vymedzujú subjektívne príznaky, úpadok niektorých funkcií a veľmi individuálny priebeh, pričom **v mnohých ohľadoch zostáva ochorenie nejasné** (Jablensky, 2010).

V súčasnosti navyše ešte stále môžeme pozorovať **pozostatky prístupov** všetkých troch vyššie uvedených autorov – či už sa jedná o samotné využitie nie úplne jednoznačného pojmu schizofrénia od Bleulera, vymedzenie kategorickej chorobnej jednotky s náznakom

chronicity od Kraepelina alebo výrazné opieranie sa o halucinácie a bludy Kurta Schneidera (Katschnig, 2018).

Okrem pozitívnych príznakov sa však viac do pozornosti začali dostávať aj tzv. **negatívne a kognitívne príznaky** (viz. kapitola 1.4). Kahn (2020) uvádza, že zameranie sa na psychózu, ktorá sa v mnohých prípadoch dokonca používa ako synonymum schizofrénie, a ignorovanie komplexnejšieho fenotypu schizofrénie môže byť dôvodom, prečo odbor nedosiahol výrazného pokroku v zlepšovaní výsledkov liečby ochorenia.

Táto premenlivosť je len dôkazom, že aj v 21. storočí je **definícia fenotypu schizofrénie veľkou výzvou** (Andreasen, 2011).

Diagnostické kritériá schizofrénie vymedzujú v súčasnosti diagnostické manuály – konkrétne **Diagnostický a štatistický manuál duševných porúch** (DSM-5) a **Medzinárodná klasifikácia chorôb 10. a 11. revízia** (MKCH-10, MKCH-11).

Zámerne uvádzame obe revízie, keďže **1. 1. 2022 vstúpila do platnosti 11. revízia s päťročným prechodným obdobím**, avšak počas písania diplomovej práce, je v Českej republike stále platná 10. revízia MKCH (ÚZIS, n. d.).

DSM-5 vydala Americká psychiatrická asociácia v roku 2013. Hlavnou zmenou novej revízie bolo **zrušenie subtypov schizofrénie**, ktoré boli nahradené **dimenzionálnym prístupom** založeným na hodnotení závažnosti jadrových príznakov (Biedermann & Fleischhacker, 2016). Tento prístup tak lepšie zdôrazňuje heterogénnu charakteristiku symptómov a individuálnu závažnosť ich prejavu (Dragašek, 2014).

Podobným smerom sa uberá taktiež **11. revízia MKCH**, pričom jedným zo zámerov bolo priblížiť sa DSM-5 (Shmukler, 2021). Vývoj kapitoly duševných, behaviorálnych a neurovývojových porúch bol podľa Gaebela a kol. (2020) najrozsiahlejším procesom v histórii klasifikácie duševných porúch. Cieľom pritom bola globálna použiteľnosť, vedecká validita a klinická využiteľnosť.

Psychotické poruchy nájdeme v MKCH-11 v kapitole „**Schizofrénne spektrum a iné primárne psychiatrické poruchy**“, kde nájdeme okrem schizofrénie taktiež schizoafektívnu poruchu, schizotypnú poruchu, akútnu a prechodovú psychotickú poruchu,

poruchy s bludmi a iné špecifikované schizofrénie alebo iné primárne psychotické poruchy (Valle, 2020).

Pre schizofréniu boli pridaná dimenzionálna špecifikácia **symptómov** a **priebehu**. **Špecifikácia symptómov** popisuje **aktuálnu prítomnosť a závažnosť príznakov** na štvorbodovej škále od „nie je prítomný“ až po „je prítomný a závažný“. Týka sa hodnotenia **šiestich oblastí**: pozitívne príznaky, negatívne príznaky, depresívne príznaky, manické príznaky, psychomotorické príznaky a kognitívne príznaky. **Špecifikácia priebehu** vymedzuje **epizódu** (prvá epizóda, viacnásobná epizóda, kontinuálny priebeh) a **aktuálny klinický stav** (aktuálne symptomatický, čiastočná remisia, úplná remisia) (Gaebel a kol., 2020).

Tento prístup **nahradil dlhoročnú tradíciu subtypov schizofrénie**, s predpokladom, že umožní presnejšie a dynamickejšie zachytenie príznakov. Špecifikátory by sa mali vyhodnocovať v priebehu ochorenia, keďže závažnosť klinických prejavov sa líši nielen medzi jednotlivými pacientmi, ale aj u toho istého pacienta v rôznych obdobiach (Valle, 2020). Podľa staršej štúdie Braffa a kol. (2013) odklon od subtypov schizofrénie pravdepodobne podporil aj pokles používania subtypov schizofrénie vo vedeckej literatúre pod menej než 10%. Už dlhšie sa totiž diskutovalo o nedostatočnej validite, prekrývajúcich sa symptómoch a nemožnosti odhadnúť prognózu ochorenia na základe diagnostikovaných subtypov ochorenia (Arciniegas, 2015).

V závere kapitoly si ešte v tabuľke č. 1 zhrnieme porovnanie diagnostickej klasifikácie jednotlivých systémov, pričom v Českej republike momentálne platnej MKCH-10 sa budeme podrobnejšie venovať v kapitole 1.6.1, kde si predstavíme aj jednotlivé subtypy schizofrénie.

Tabuľka 1: Hlavné rozdiely v klasifikáciách MKCH-10, MKCH-11 a DSM-5 (Valle, 2020)

	MKCH-10	MKCH-11	DSM-5
Názov kapitoly	Schizofrénia, schizotypové poruchy a poruchy s bludmi	Schizofrénne spektrum a iné primárne psychiatrické poruchy	Spektrum schizofrénie a iné psychotické poruchy
Trvanie psychotických symptómov	Psychotické príznaky najmenej jeden mesiac	Psychotické príznaky najmenej jeden mesiac	Jeden mesiac pre časť A. Príznaky poruchy pretrvávajú najmenej 6 mesiacov
Subtypy schizofrénie	áno	nie	nie
Kritériá fungovania	neobsahuje	neobsahuje	Kritérium B: fungovanie v práci, medziľudských vzťahoch alebo v starostlivosti o seba je výrazne pod premorbídnou úrovňou
Špecifikácia symptómov	neobsahuje	Pozitívne príznaky, negatívne príznaky, depresívne príznaky, manické príznaky, psychomotorické príznaky, kognitívne poruchy	Halucinácie, bludy, dezorganizovaný priebeh, abnormálne psychomotorické správanie, negatívne príznaky, kognitívne poruchy, depresia, mánia
Kritériá pre posúdenie kognitívneho deficitu	neobsahuje	Zahrnuté ako špecifikátor príznaku	Zahrnuté ako špecifikátor príznaku

1.1.3 Budúcnosť

Katschnig (2018) označuje schizofréniu ako **arbitrárny pojem**, ktorému chýba empirická platnosť a jeho **použitie navyše dotknuté osoby stigmatizuje**. Diagnóza schizofrénie so sebou totiž nesie význam geneticky podmieneného ochorenia mozgu so zlým priebehom a patrí medzi diagnózy **s najväčšou stigmatizáciou a diskrimináciou** (Guloksuz & Van Os, 2018).

Nielen stigma sprevádzajúca diagnózu (Insel, 2010), ale aj neustále rastúci počet výskumov a informácií bez schopnosti s istotou identifikovať príčiny ochorenia,

pochopiteľne ústia do **pochýb o platnosti konštruktu ochorenia**, či dokonca k návrhom na jeho zrušenie (Jablensky, 2010).

Do skupiny odborníkov, ktorí sa prikláňajú k zrušeniu konceptu schizofrénie, patria napríklad Guloksuz a Van Os (2021), ktorí označujú schizofréniu ako rozpadajúci sa, ba dokonca umierajúci pojem s mnohými nedostatkami, pričom navrhujú diagnózu **rekonceptualizovať** v smere chápania poruchy **ako kontinuálnej psychózy**.

Kahn (2018) však poukazuje na to, že psychóza je až neskorý – i keď výrazný – príznak ochorenia a nesmieme opomínať skorý sociálny a kognitívny úpadok, ktorého pochopenie môže pomôcť odlíšiť ochorenie od ostatných diagnóz, s ktorými sa schizofrénia zamieňa.

Navyše zrušenie konštruktu schizofrénie by stále neviedlo k uspokojivému vysvetleniu množstva klinických javov a výskumných údajov, ktoré v súčasnosti zodpovedajú tomuto ochoreniu – **syndrómu s určitou vnútornou kohéziou a charakteristickým vývinom v čase** (Jablensky, 2010).

Otázkou však zostáva aj sémantická rovina pojmu, ktorá – ako už bolo uvedené vyššie – so sebou nepochybne nesie významnú stigmú. Inšpiráciou môže byť **Japonsko**, ktoré už v roku 2002 zmenilo termín z „poruchy rozštiepenia mysli“ na tzv. „**poruchu integrácie**“, čo prinieslo zmenu minimálne v tom, že si ľudia nový pojem menej spájali s kriminalitou (Insel, 2010).

Táto zmena taktiež prispela **k zníženiu stigmatizácie** medzi vysokoškolskými študentmi, avšak výsledky zmeny názvu sa môžu z dlhodobého hľadiska líšiť, keďže veľa ľudí považuje starý a nový názov za odlišné stavy. Pre **kvalitnejšiu destigmatizáciu** sú tak **potrebné ďalšie kroky**, účinné kampane, edukácia verejnosti a úprava obrazu ochorenia v masmédiách, ktoré majú v kontexte stigmatizácie duševného zdravia obrovský vplyv (Koike a kol., 2015).

Okrem sémantických zmien bude diagnóza schizofrénie v nasledujúcich desaťročiach pravdepodobne čeliť omnoho väčším výzvam, s ohľadom na nové poznatky z oblasti patofyziológie (Insel, 2010), neurovied, kognitívnych vied, zobrazovacích metód a molekulárnej genetiky (Jablensky, 2010). Dôležitým aspektom by však malo i naďalej zostať i sociálne začleňovanie, podpora rodiny a kontinuita starostlivosti – ciele by sa teda mali aj v budúcnosti sústreďovať **na prevenciu a liečbu ochorenia** (Insel, 2010).

1.2 Epidemiológia

Niekoľko desaťročí prevládalo presvedčenie, že výskyt schizofrénie je konzistentný bez ohľadu na časové obdobie či geografickú polohu (Orrico-Sánchez a kol., 2020). Dnes už vieme, že **výskyt ochorenia sa ako časovo, tak geograficky líši**, a dokonca **existujú rozdiely medzi pohlaviami** (Stilo & Murray, 2010).

Ak by sme sa na výskyt ochorenia chceli predsa len pozrieť globálne, odhaduje sa, že **schizofróniou trpí 24 miliónov ľudí na celom svete** – alebo tiež 1 človek z 300 (World Health Organization, 2022).

V štúdiách vychádza **prevalencia ochorenia pomerne nekonzistentne**, pričom hlavným problémom je nedostatok aktuálnych epidemiologických štúdií, ktoré by nám poskytli uspokojivé odhady prevalence aj incidence s ohľadom na geografickú polohu a časové obdobie (Orrico-Sánchez a kol., 2020).

Szkultecka-Dębek a kol. (2015) uvádzajú, že **prevalencia** ochorenia sa pohybuje od **0,4 % až po 1,4 %**. Simeone a kol. (2015) vo svojom systematickom prehľade zistili, že medián celoživotnej prevalence schizofrénie je **0,48 %**, v medzikvartilovom rozpätí 0,34 % – 0,85 %. V mnohých učebnicových publikáciách sa však naďalej stretávame **so všeobecne uznanou hodnotou prevalence 1%** (napr. Svoboda, 2012; Vágnerová, 2012).

Čo sa týka odhadu **výskytu nových prípadov ochorenia v určitom časovom období**, tento údaj nám poskytuje **incidencia ochorenia**. Medián pre tento odhad je približne **15 ľudí na 100 000** za rok, pričom prevažujú muži v pomere ku ženám 1,4:1 (McGrath a kol., 2008). Vrchol incidence **u mužov je medzi 20. a 24. rokom, u žien medzi 29. a 32. rokom**, pričom u mužov sa uvádza aj závažnejší priebeh ochorenia (Stilo & Murray, 2010) a vyšší sklon k negatívnym príznakom schizofrénie (Li a kol., 2016). Skorší vek nástupu ochorenia u mužov sa pravdepodobne spája s vyššou náchylnosťou mužského mozgu k vývojovým poruchám, zatiaľ čo neskorší nástup ochorenia u žien môže súvisieť s antidopaminergným pôsobením estrogénov (Stilo & Murray, 2010).

Hoci schizofrénia patrí medzi ochorenia s relatívne nižšou prevalenciou, je spojená **s vysokou mortalitou a morbiditou** (Orrico-Sánchez a kol., 2020) a radí sa medzi psychiatrické ochorenia **s najvyšším rizikom úmrtia** (Correll, 2022). V štúdii zo spojených štátov, ktorú uskutočnili Olfson a kol. (2015) bola pravdepodobnosť úmrtia v sledovanom období u pacientov so schizofróniou **až 3,5 krát vyššia oproti bežnej populácii**. Correll (2022) uvádza, že **dĺžka života** je oproti bežnej populácii **skrátaná o 15 až 20 rokov**.

Medzi najčastejšie dôvody zvýšenej mortality patrí vyššie riziko samovraždy, vplyv ochorenia na životný štýl pacienta a taktiež komorbidita ďalších ochorení (Szkulicka-Dębek a kol., 2015).

Celoživotné riziko samovraždy sa u pacientov so schizofréniou pohybuje okolo **10 %**, pričom najvyššie hodnoty dosahuje v začiatkoch ochorenia, neskôr kolíše v súvislosti so zhoršením či naopak zlepšením stavu (Sher, & Kahn, 2019). Zaujímavosťou je, že vo Fínsku má podľa štúdie z roku 2018 **suicidalita pacientov so schizofréniou klesajúci trend**. Autori štúdie sa domnievajú, že je to vplyvom preventívnych programov a taktiež vyššieho využitia klopazínu, lieku, ktorý je v prevencii samovrážd obzvlášť účinný (Tanskanen a kol., 2018).

Riziko samovraždy či nehôd je u schizofrénie nepochybne závažné, avšak ukazuje sa, že predčasná úmrtnosť je v posledných rokoch u pacientov spôsobená viac **prirodzenými príčinami**, ako sú kardiovaskulárne ochorenia, infekcie, rakovina či ochorenia dýchacích ciest (Peritogiannis a kol., 2022).

1.3 Etiológia

Schizofréniu môžeme svojím spôsobom považovať za **evolučný paradox**, vzhľadom na jej vysokú dedičnosť, avšak zníženú reprodukčnú úspešnosť (Rantala a kol., 2022). V etiológii a patofyziológii ochorenia existujú dodnes, aj napriek vedeckým pokrokom, značné nejasnosti (Jablensky, 2010).

Čo už dnes vieme je, že príčiny schizofrénie sú **multifaktoriálne** (Stilo & Murray, 2019) a že faktory, ktoré prispievajú k vyššiemu riziku schizofrénie sú **biopsychosociálne** – od genetických, perinatálnych, neuroanatomických, neurochemických a iných biologických vplyvov až po psychologické a socio-environmentálne (Ayano, 2016).

Cieľom tejto kapitoly je priblížiť **niektoré vybrané etiologické faktory**. Vzhľadom na komplexnosť problematiky ide skôr o stručný prehľad, než o kompletný zoznam všetkých faktorov – záujemcov o túto problematiku si preto dovoľujeme odkázať na relevantnú literatúru.

1.3.1 Biologické faktory

Genetika

Genetické faktory predstavujú v etiológii schizofrénie zásadný rizikový faktor (Henriksen a kol., 2017). **Heritabilita** (dedivosť) sa u schizofrénie pohybuje **okolo 80 %**, pričom tento údaj pochádza predovšetkým z rodinných štúdií a štúdií na dvojčatách (Torrey & Yolken, 2019).

V prípade, že schizofréniou trpí **jeden z rodičov**, je pravdepodobnosť vypuknutia ochorenia u potomka **13 %**, v prípade ochorenia **u oboch rodičov pravdepodobnosť stúpne na 20 %**. Pokiaľ sa schizofrénia vyskytne u jedného súrodenca z páru **jednovaječných dvojčiat**, je pravdepodobnosť vypuknutia ochorenia u druhého dvojčaťa, ktoré má rovnaký genotyp, **až 50 %** (Janoutová, Janácková a kol., 2016).

Historicky sa na schizofréniu krátko nazeralo ako na **monogeneticky dedičné ochorenie** – najmä pre nádej na objavenie jednoduchého patofyziologického mechanizmu. Od tohto pohľadu sa ale pomerne rýchlo upustilo a v 70. rokoch 20. storočia bol predstavený **polygenetický model ochorenia** (Henriksen a kol., 2017) – určitú rolu na ochorení zohráva niekoľko génových oblastí, ktoré však samostatne majú len veľmi slabý vplyv na samotný vznik ochorenia (Alnæs a kol., 2019). Metaanalýza skúmajúca celý genóm schizofrénie odhalila až 108 lokusov súvisiacich so schizofréniou (Henriksen a kol., 2017).

Torrey a Yolken (2019) uvádzajú, že schizofrénia, aj keď tak ako aj väčšina iných ochorení má genetické podklady, je pravdepodobné, že niektoré **environmentálne faktory**, ktoré sa na etiológii schizofrénie podieľajú, sa môžu **nesprávne javiť ako genetické**. A hoci molekulárna genetika nepochybne priniesla veľké pokroky, znalosti vedy o interakciách medzi genotypom a prostredím, zostávajú naďalej obmedzené (Henriksen a kol., 2017).

Mozgové abnormality

Štrukturálne a funkčné zmeny mozgu bývajú pozorované ešte **pred nástupom psychózy** a líšia sa podľa štádia, v ktorom sa ochorenie nachádza (Zhao a kol., 2018). Odhalenie presných zmien môže byť kľúčové nielen pre modely patofyziológie ochorenia, ale aj pre prognózu a starostlivosť o pacientov (Gong a kol., 2016).

Pacientov so schizofréniou najčastejšie postihujú funkčné, štrukturálne a metabolické zmeny **vo frontálnom laloku**. **Rozsah a celkovo prítomnosť týchto zmien sú značne individuálne** a zisťujú sa pomocou magnetickej rezonancie (Mubarik & Tohid, 2016). Väčšina štúdií sa zhoduje na zmenách v prefrontálnom kortexe, stredne silné dôkazy

existujú aj pre zmeny neurónových sietí **v temporálnom a parietálnom laloku a v limbickom centre** (Rubinov & Bullmore, 2013). Frontálny a temporálny lalok majú tendenciu vykazovať znížený objem mozgovej hmoty (Mubarik & Tohid, 2016).

Podľa Gong a kol. (2016) je možné za jadro patofyziológie ochorenia považovať **prefrontálnu hypoaktivitu a hipokampálnu subkortikálnu hyperaktivitu** v začiatkoch ochorenia. V začiatkoch ochorenia je taktiež zjavný úbytok šedej mozgovej kôry a ďalšie regionálne zmeny mozgu, ktoré sú značne výraznejšie počas nástupu ochorenia, než v ďalších štádiách (Zhao a kol., 2018).

Ďalšou oblasťou mozgu, ktorej sa v súvislosti so schizofréniou venuje pozornosť, je **talamus**. Hoci sa tejto problematike venovalo pomerne málo štúdií, existujúce dôkazy podporujú súvislosť medzi abnormalitami talamu a schizofrénnym ochorením (Pergola a kol., 2015).

Ukazuje sa, že pacienti majú **zníženú konektivitu medzi talamom a prefrontálnym kortexom**, čo koreluje so zhoršenou pracovnou pamäťou pacientov. Naopak, konektivita talamu s **okcipitálnym a somatosenzorickým kortexom** sa preukázala ako **zvýšená** (Giraldo-Chica a kol., 2018).

Pri skúmaní mozgových zmien je nevyhnutné brať do úvahy klinickú heterogenitu, ale aj nízku špecifickosť týchto zmien, ktorá býva príznačná pre duševné ochorenia so skorým nástupom (Gong a kol., 2016).

Biochemické zmeny

V súvislosti s **biochemickými zmenami** sú najčastejšie spomínané neurotransmitéry **dopamín, serotonín a glutamát** (Stahl, 2018).

O tom, akú úlohu zohráva v etiopatogenéze schizofrénie **serotonín**, sa začalo uvažovať už v polovici minulého storočia, keďže psychóza vyvolaná halucinogénmi vykazuje určitú podobnosť so schizofrénnou psychózou (Kulišťák a kol., 2019).

Za významný smer klinického výskumu biochemických zmien u schizofrénie je považovaná **dopamínová hypotéza** (Lau a kol., 2013). Táto hypotéza bola sformulovaná v 60. rokoch 20. storočia **v súvislosti s objavom antipsychotických účinkov chlórpromazínu**. Chlórpromazín, podobne ako ďalšie zdokonaľujúce sa antipsychotiká, pôsobí ako blokátor dopamínových receptorov, pričom dopamínová hypotéza vychádzala najmä z predpokladu, že schizofrénia je **hyperdopaminergné ochorenie** (Gründer &

Cumming, 2016). S ohľadom na psychózu zohráva dopamín nepochybne svoju rolu, avšak vysvetľuje skôr **patofyziológiu ochorenia**, než jeho príčinu. Do úvahy navyše musíme brať dôkazy o ďalších neurotransmitéroch, ako sú napríklad adenosín či glutamát, ktoré ponúkajú širší pohľad a chápanie ochorenia (Lau a kol., 2013).

Symptomatológia schizofrénie je ale omnoho širšia, než sú pozitívne príznaky. Negatívne a kognitívne príznaky, ktoré často súvisia s pretrváváním ochorenia, sú pravdepodobne zapríčinené pervazívnou kortikálnou patológiou, nie len dopamínovou dysfunkciou (Uno & Coyle, 2019).

V súčasnosti sa väčšia pozornosť upriamuje na **glutamátovú hypotézu**, ktorá nám poskytuje iný uhol pohľadu v súvislosti s kognitívnymi a negatívnymi príznakmi (Nemček, 2020).

Táto hypotéza bola formulovaná na základe poznatkov o **disociatívnych anestetikách** – ketamíne a fencyklidíne, ktoré dokážu u zdravých ľudí vyvolať príznaky podobné schizofrénii, a to vrátane tých negatívnych a kognitívnych. Na základe laboratórnych štúdií a klinických pozorovaní tak bolo navrhnuté, že schizofrénia je dôsledkom **zníženej funkcie receptora NMDA** (Uno & Coyle, 2019).

O integráciu dopamínovej a glutamátovej hypotézy sa pokúsila **adenozínová hypotéza**, ktorá bola koncipovaná približne pred 20. rokmi. Adenosín má významné postavenie ako endogénny modulátor dopamínovej aj glutamátovej signalizácie v mozgu, čím priniesol nádej pre dosiahnutie antipsychotických účinkov, ale aj zmiernenie kognitívnych a negatívnych účinkov. Bohužiaľ, adenosínová hypotéza doposiaľ nevedla k prelomu vo farmakoterapii schizofrénie (Singer & Yee, 2023).

Podľa Stahla (2018) sú systémy serotonínovej, dopamínovej a glutamátovej teórie **navzájom prepojené** a pravdepodobne sa aj na vzniku rôznych druhoch psychózy bude podieľať **viac, než len jeden z nich**.

1.3.2 Environmentálne, psychologické a sociálne faktory

V posledných rokoch sa štúdie viac zameriavajú na **interakciu viacerých faktorov**, predovšetkým **génov a prostredia** (Misiak a kol., 2017), prípadne environmentálne faktory, ktoré sa odrážajú v **epigenetických mechanizmoch** (Stilo & Murray, 2019). V praxi to znamená, že expresia určitého genotypu závisí od toho, či bol jedinec vystavený

špecifickému prostrediu, respektíve to, ako jedinec bude reagovať na špecifické podmienky prostredia, závisí od jeho konkrétneho genotypu (Misiak a kol., 2017).

Tieto faktory nielenže prispievajú k etiológii ochorenia, ale môžu pomôcť identifikovať skupiny osôb s vyšším rizikom ochorenia a podieľať sa tak na **efektívnejšom klinickom manažmente** (Stilo & Murray, 2019).

Prenatálne a perinatálne faktory

Posledné desaťročia sa v rámci environmentálnych faktorov venuje pozornosť predovšetkým **neurovývojovej hypotéze** (Fatani a kol., 2017). Hoci sa ochorenie najčastejšie začína prejavovať v ranej dospelosti, niektoré prípady naznačujú jeho patogenézu už **v prenatálnom neurovývoji** (McCutcheon a kol., 2020), ktorý môžu ovplyvniť rizikové faktory ako napríklad **stres matky, nedostatočná výživa** či **infekcia** (Fatani a kol., 2017). Vysoký výskyt schizofrénie sa napríklad objavuje u detí holandských matiek, ktoré počas druhej svetovej vojny trpeli podvýživou (Ayano, 2016).

Rizikovým faktorom, ktorý sa vyskytuje pred samotným počatím je napríklad **vysoký vek otca** (Opler a kol., 2013), pričom sa uvádza vek nad 34 rokov (Stilo & Murray, 2019).

Dobre zdokumentovaným rizikovým faktorom sú **komplikácie počas samotného pôrodu**, pričom najčastejšie sa uvádza **hypoxia plodu** (Janoutová, Janácková a kol., 2016). Vyššia náchylnosť k ochoreniu koreluje napríklad s **núdzovým cisárskym rezom, preeklampiou a nízkou pôrodnou hmotnosťou**, ktorá zároveň spoločne s použitím klieští počas pôrodu indikuje skorší vek nástupu psychózy (Stilo & Murray, 2019). Rizikové sú taktiež komplikácie vedúce k ischémii mozgu a poškodeniu lebky (Janoutová, Janácková a kol., 2016).

Miesto narodenia a ročné obdobie

Možno prekvapivým zistením je, že ľudia, ktorí vyrastali/žijú **v mestách** majú dvakrát vyššiu pravdepodobnosť rozvoja schizofrénie, než ľudia z vidieckych oblastí (Stilo & Murray, 2019). Predpokladá sa, že táto skutočnosť by mohla súvisieť s **odlišným životným štýlom v mestách**, nadmerným hlukom, vyššou dostupnosťou drog, znečistením, či kriminalitou (Janoutová, Janácková a kol., 2016; Opler a kol., 2013)

Rozvojom schizofrénie môžu byť viac ohrozené deti **narodené v zimných a skorých jarných mesiacoch**, aspoň podľa epidemiologických zistení na severnej pologuli

(Dean & Murray, 2005). Tento zástupný ukazovateľ pravdepodobne môže súvisieť so sezónnymi výkyvmi expozície vírusom, kolísaním svetla a teploty, prípadne vonkajších toxínov (Ayano, 2016).

Osobitný význam má **slnečné žiarenie**, ktoré je zdrojom vitamínu D. Jeho nedostatok môže spôsobiť nedostatočný vývin plodu a jeho mozgu. Problematickým je príliš nízka, ale aj príliš vysoká koncentrácia vitamínu D (Janoutová, Janáková a kol., 2016).

Migrácia

Viacere štúdie zistili zvýšené riziko rozvoja schizofrénie **u migrantov**, a to dokonca aj u **2. generácie** (Robinson & Bergen, 2021), pričom toto riziko je **obzvlášť vysoké u utečencov**, v porovnaní s inými migrantmi (Stilo & Murray, 2019). Toto zvýšené riziko je pravdepodobne spôsobené nielen prežívanou mierou stresu a záťaže, ale aj sprievodnými sociálnymi a environmentálnymi rozdielmi (Robinson & Bergen, 2021).

Užívanie psychoaktívnych látok

Užívanie návykových látok je u ľudí so psychózou **všeobecne rozšírené** (Stilo & Murray, 2019). Predpokladá sa, že genetické determinanty rizika schizofrénie robia ľudí zraniteľnejšími voči užívaniu návykových látok (Khokhar a kol., 2018).

Podľa longitudinálnej dánskej štúdie užívanie návykových látok môže zvýšiť riziko rozvoja schizofrénie. Najčastejšia súvislosť sa ukázala medzi užívaním **alkoholu** a **marihuany**, avšak významné bolo aj zneužívanie **halucinogénov**, či **sedatív** (Nielsen a kol., 2017). S vyvolaním psychózy sa spájajú taktiež psychostimulanciá, ako amfetamíny a kokaín (Stilo & Murray, 2019). Riziko rozvoja ochorenia zostáva zvýšené aj 10 – 15 rokov po diagnostikovaní užívania návykových látok (Nielsen a kol., 2017).

U ľudí s vyšším rizikom rozvoja psychózy sa preukázalo, že intenzívne užívanie marihuany vo veku 15-17 rokov môže urýchliť nástup psychózy (Ayano a kol., 2016). Doposiaľ však nie je jasné, či je užívanie marihuany príčinou alebo dôsledkom ochorenia. Do úvahy spadajú aj obojsmerné vzťahy (Robinson & Bergen, 2021).

Psychosociálne faktory

Podľa niektorých predpokladov sa **nízky socioekonomický status** spája so zvýšeným rizikom schizofrénie, avšak v tomto ohľade existuje množstvo protichodných štúdií (Stilo & Murray, 2019).

Podobne sporne je na tom otázka rizika **sociálnej izolácie**. Bolo preukázané, že mladí muži, ktorí mali menej než dvoch priateľov a boli slobodní, mali zvýšené riziko neskoršieho rozvoja schizofrénie. Otázne je, či premorbídna osobnosť zapríčiňuje menšiu schopnosť nadväzovať sociálne vzťahy alebo samotná sociálna izolácia pôsobí ako nezávislý rizikový faktor a opäť do úvahy spadajú oba smery (Bramon & Murray, 2001).

Podľa výskumu v Českej republike boli u ľudí so schizofréniou viac zastúpené rizikové faktory ako napríklad **nižšie vzdelanie, nezamestnanosť, problémy s blízkymi osobami, šikana** alebo **emocionálne strádanie** (Janoutová, Šerý a kol., 2016). Podľa McCutcheona a kol. (2020) môžeme za rizikové v rozvoji považovať všeobecne stresujúce psychosociálne faktory a životné udalosti.

V závere kapitoly je potrebné dodať, že jednou z príčin, ktorá čiastočne bráni pokroku v oblasti etiológie, je **nedostatok prístupov integrujúcich rôzne smery výskumov**. Práve takýto prístup by mal v budúcnosti vytvoriť smer etiologickej syntézy schizofrénie (Rantala a kol., 2022).

1.4 Klinický obraz

Spektrum symptómov u jedincov so schizofréniou je veľmi **široké a individuálne premenlivé**. Ako už bolo spomenuté vyššie, názov ochorenia býva v médiách a laickej populácii nesprávne interpretovaný ako „rozdvojená osobnosť“, čo je však veľmi vzdialené od skutočného obrazu ochorenia a práve tento symptóm nespadá pod diagnózu schizofrénie (Patel a kol., 2014).

U rôznych autorov sa môžeme stretnúť s rôznou klasifikáciou symptómov. Klasickú **dichotomickú klasifikáciu** založenú na **pozitívnych a negatívnych symptómoch** predstavil **Tim Crow v 80. rokoch 20. storočia**, i keď toto rozdelenie siaha až do 19. storočia (Farah, 2018). Tento zjednodušujúci prístup však môžeme rozšíriť ďalej na základe dimenzionálneho prístupu o kognitívne, dezorganizované, afektívne a motorické symptómy (Miret a kol., 2016).

V diplomovej práci budeme pracovať s rozdelením symptómov do troch hlavných kategórií: **pozitívnych, negatívnych a kognitívnych symptómov** (napr. Farah, 2018; McCutcheon a kol., 2020; Stępnicki a kol., 2018). Tieto kategórie sa spravidla vyskytujú

spoločne, pričom niektorá z nich môže v klinickom obraze prevládať (Tamminga & Holcomb, 2004).

1.4.1 Pozitívne symptómy

Pozitívne, alebo tiež **psychotické symptómy**, zahŕňajú **stratu kontaktu s realitou** (Fatani a kol., 2017). Tieto symptómy sa nevyskytujú u bežnej populácie – sú tým, čo majú pacienti so schizofréniou „navyš“ (Farah, 2018).

Tamminga a Holcomb (2004) sem zaraďujú **halucinácie, bludy, poruchy myslenia a paranoju**. Bankovská Motlová a Španiel (2017) navyše v tejto kategórii popisujú intrapsychické halucinácie, dezorganizáciu a poruchy motoriky. Jednotlivé symptómy si priblížime o niečo bližšie:

- **Halucinácie** patria medzi poruchy vnímania (Orel, 2020) – jedná sa o vnemy bez zodpovedajúcich vonkajších podnetov (Toh a kol., 2019). Môžu sa týkať akéhokoľvek zmyslu, avšak najčastejšie sa týkajú sluchovej modality – 60 až 80 % pacientov trpiacich schizofréniou trpí sluchovými halucináciami. Len malá časť pacientov zažíva zrkové či iné unimodálne halucinácie (Lim a kol., 2016).
- **Intrapsychické halucinácie** – týkajú sa pocitov vkladania, ozvučovania a odnímania myšlienok (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Raboch a Pavlovský (2020) ich označujú ako zvláštny druh halucinácií.
- **Bludy** radíme medzi poruchy myslenia (Uhrová & Roth, 2020). Predstavujú falošné a nevyvrátiteľné presvedčenia (Feyaerts, 2021). Obsah bludov sa najčastejšie spája so vzťahovnosťou a pocitmi prenasledovania, vyskytnúť sa ale môžu aj bludy o vlastnom výnimočnom nadaní, o vznešenom pôvode, bludy s náboženským obsahom a ďalšie (Raboch & Pavlovský, 2020).
- **Dezorganizácia** sa týka viacerých oblastí – od myslenia (napr. skreslené myslenie, nekonzistencia), cez reč (napr. agramatizmus, schizofázia – slovný šalát) až po samotné správanie (napr. excentrickosť, manierizmus, agitovanosť) (Nestsiarovich a kol., 2017).

Tento typ príznakov má tendenciu k ústupu a prípadnému relapsu, hoci u niektorých pacientov môžu tieto príznaky pretrvávajúť reziduálne (Fatani a kol., 2018).

1.4.2 Negatívne symptómy

Negatívne symptómy boli v diagnostike a liečbe schizofrénie **dlho prehliadané** (Dollfus & Lyne, 2017). V klinickom obraze sú však bežné a môžu sa objaviť kedykoľvek v priebehu ochorenia. Minimálne jeden negatívny symptóm bol zaznamenaný až u 90 % pacientov s prvou psychotickou epizódou, pričom tieto symptómy klinicky významne pretrvávali u 35 – 70 % pacientov, a to aj po liečbe (an der Heiden a kol., 2016).

Túto skupinu symptómov tvorí 5 hlavných konštruktov: **otupený afekt**, **alógia** (znížená slovná produkcia), **abúlia** (strata vôle a iniciatívy), **asociálnosť**, **anhedónia** (znížená schopnosť prežívať radosť) (Correll & Schooler, 2020). O čosi skôr sa niektorí autori snažili vysvetliť negatívne symptómy pomocou jedno či dvojfaktorových modelov, avšak konfirmačná faktorová analýza potvrdila najlepšiu zhodu u päťfaktorových a hierarchických modelov (Strauss a kol., 2018).

Pri každom z týchto konštruktov je dôležité **odlíšiť symptómy spôsobené identifikovateľnými faktormi**, ako účinky liekov, psychotické symptómy či depresívne symptómy **od symptómov, ktoré sú považované za primárne** (Marder & Galderisi, 2017), teda tie, ktoré sú vlastné základnej patofyziológii schizofrénie (Correll & Schooler, 2020).

Problematika negatívnych príznakov sa týka celého radu **nepriaznivých klinických výsledkov**, pričom v súčasnosti dostupná liečba vo všeobecnosti neprináša klinicky významnú odpoveď (Strauss a kol., 2018). **Výzvou** pre lekárov je aj samotné **odhalenie týchto symptómov**, keďže pacienti si často ich prítomnosť dostatočne neuvedomujú a nepredstavujú pre nich dostatočný dôvod, prečo by mali vyhľadať lekársku starostlivosť (Correll & Schooler, 2020).

Záujem o negatívne symptómy v posledných rokoch, našťastie, **rastie** a s ním aj snaha o lepšie definovanie a hlavne, **zavedenie účinnej liečby týchto príznakov** (Remington a kol., 2016). Ich prehliadanie a nedostatočné možnosti liečby sú tesnejšie prepojené so zlým fungovaním pacientov, horšou kvalitou života a zníženou produktivitou oproti pozitívnym symptómom, u ktorých existujú dostupnejšie možnosti liečby (Correll & Schooler, 2020).

1.4.3 Kognitívne symptómy

Podobne ako negatívne symptómy boli **po desaťročia prehliadané** aj tie **kognitívne** (Green, 2016).

Tieto príznaky sú prítomné u jedincov so schizofréniou **zastúpené vo veľkej miere** a môžu sa objaviť už počas adolescencie či raného detstva (Farah, 2018), a teda nie sú len vedľajším príznakom podstupovanej liečby (Green, 2016).

Zhoršený výkon je možné pozorovať **vo viacerých oblastiach kognície**, konkrétne u verbálnej pamäti, pracovnej pamäti, pozornosti a exekutívnych funkcií (Kaneko, 2018). Tieto príznaky však **nebývajú špecifické**, často preto musia byť závažnejšie, aby boli rozpoznateľné (Fatani a kol., 2018).

Zaujímavosťou u pacientov so schizofréniou je, že nevykazujú tzv. „**efekt Pollyana**“. Tento efekt spočíva v tom, že zdravé osoby si zvyčajne zapamätajú zo zoznamu slov viac príjemných, než nepríjemných a neutrálnych slov. Jedinci so schizofréniou, okrem toho, že si zapamätajú celkovo menej slov, si príjemné, nepríjemné a neutrálne slová pamätajú v rovnakej miere, čo pravdepodobne súvisí s negatívnymi príznakmi anhedónie a otupeného afektu (Kurtz a kol., 2001).

Podobne ako negatívne príznaky majú **tendenciu k chronicke** – dlhodobo teda môžu ovplyvňovať nielen kvalitu života, ale aj spoločenské fungovanie pacienta (Fatani a kol., 2018).

Napokon, klinický obraz schizofrénie je podľa Bankovskej Motlovej a Španiela (2017), sprevádzaný **nešpecifickými symptómami**, ako sú napríklad poruchami spánku, zmena chutí, pocity úzkosti a napätia či strata náhľadu na ochorenie.

1.5 Začiatok, priebeh a prognóza ochorenia

Schizofrénia, podobne ako iné neuropsychiatrické ochorenia, začína obvykle **v neskorej adolescencii** (Gogtay a kol., 2011). **Vek nástupu** je jedným z najviac skúmaných prognostických faktorov ochorenia, hoci výsledky štúdií nie sú konzistentné – skorý vek nástupu schizofrénie niektorí autori považujú **za pozitívny faktor**, iný za **negatívny**, prípadne za faktor, ktorý **na ďalší priebeh ochorenia nemá žiadny vplyv** (Immonen a kol., 2017).

Skorší vek nástupu ochorenia býva napríklad spájaný s **horším priebehom ochorenia** – u pacientov sa môže častejšie objaviť relaps, negatívne príznaky, kognitívny

deficit, mozgové abnormality či horšie pracovné a sociálne fungovanie (Miettunen a kol., 2018).

Xu a kol. (2020), ale uvádza, že súvislosť skorého nástupu ochorenia s horším priebehom **dokladá len málo epidemiologických dát**. Naopak dlhodobé výsledky pacientov so skorým nástupom ochorenia považuje za viac optimistické, než sa všeobecne predpokladalo.

Čo sa týka veku nástupu ochorenia, tak ako už bolo naznačené v predchádzajúcich kapitolách, tento **údaj sa medzi pohlaviami líši**. Prvým z mnohých autorov, ktorý naznačil skoršie prepuknutie ochorenia u mužov bol už Emil Kraepelin (Eranti a kol., 2013).

U žien ochorenie nastupuje približne **o 3 až 5 rokov neskôr**, pričom na rozdiel od mužov sa u žien udávajú **dve obdobia vrcholu nástupu ochorenia** – prvé je medzi **25. a 30. rokom**, druhé **po 45. roku života**. **U mužov** je tento vrchol **medzi 21. a 25. rokom života**. Konkrétne vekové rozpätia sa môžu u jednotlivých autorov mierne líšiť (Li a kol., 2016). Tento rozdiel však nie je špecifický pre schizofréniu, objavuje sa **všeobecne u neafektívnych psychóz** (Eranti a kol., 2013). A hoci niektoré epidemiologické štúdie uplatňujú hornú vekovú hranicu rozvoja schizofrénie na 45 až 55 rokov, schizofrénia sa vyskytuje **vo všetkých vekových kategóriách** a **celoživotné riziko** je u oboch pohlaví rovnaké (Häfner, 2019).

Pred stanovením diagnózy pacienti väčšinou prechádzajú tzv. **prodromálnou fázou** (Petty a kol., 2023), teda fázou, kedy sa objavujú **varovné príznaky ochorenia** (APA, n. d.). Varovné príznaky bývajú nepsychotické, v popredí sú poruchy afektu a pokles fungovania (Chan, 2017). Prodromálna fáza obvykle trvá **niekoľko rokov** a nesie so sebou závažné sociálne dôsledky (Häfner, 2019). Nastáva najčastejšie **v neskorej adolescencii**, kedy mozgové okruhy a štruktúry stále dozrievajú (Petty a kol., 2023).

Medzi časté symptómy, ktoré sa v prodromálnej fáze objavujú patrí **sociálna izolácia, študijné problémy, zvláštne chovanie, úzkostné a depresívne príznaky** (Kafali a kol., 2019). Vágnerová (2014) hovorí o **kryštalizačnej fáze**, kedy si dotýčny začína uvedomovať, že je niečo „inak“, nevyzná sa vo svete, vo svojom okolí a koniec koncov, ani sám v sebe.

Dlhodobý priebeh schizofrénie je značne variabilný a individuálny. Závisí od faktorov, ako sú včasné odhalenie psychózy, dostupnosť lekárskej starostlivosti

a farmakologická liečba (Volavka & Vevera, 2018). Najčastejšie prebieha ako **epizodické ochorenie**, kedy sa striedajú obdobia epizód schizofrénie s ústupom príznakov (Raboch & Pavlovský, 2020). Časté opakovanie psychopatológie býva príznačným rysom najmä v období prvých 10 až 15 rokov ochorenia (Jobe & Harrow, 2010).

Približne **u tretiny pacientov** zostávajú príznaky aj napriek prebiehajúcej liečbe **rovnaké, či sa dokonca zhoršujú**. Asi 20 % pacientov vykazuje **naopak pozitívne výsledky** (Farah, 2018).

Priebeh aj prognóza ochorenia sú však aj napriek moderným pokrokom vo výskume a liečbe **horšie, než u iných skupín psychotických a nepsyhotických ochorení** (Jobe & Harrow, 2010). Vzhľadom k heterogenite príčin však nemôžeme prognózu predvídať s istotou (Farah, 2018).

Prognózu ochorenia ovplyvňuje množstvo faktorov, napríklad úroveň fungovania v živote pred vypuknutím psychózy, doba trvania neliečenia psychózy, adherencia k liečbe, či prítomnosť negatívnych príznakov (van Dee a kol., 2023). Prehľad rôznych faktorov a ich súvis s prognózou ochorenia zhrňa tabuľka č. 2:

Tabuľka 2: Faktory súvisiace s prognózou ochorenia (Uhrová & Roth, 2020)

Dobrá prognóza	Zlá prognóza
Rýchly rozvoj ochorenia	Skorý začiatok
Veľa afektívnych príznakov	Pozvoľný vývoj
Búrlivé pozitívne príznaky	Väčšie množstvo negatívnej symptomatiky
Dobré premorbídne fungovanie	Pozitívna rodinná anamnéza
Dobré sociálne zázemie	Neurologické príznaky v predchorobe
	Zlá sociálna podpora a zázemie
	Opakované relapsy
	Autistické rysy premorbídne
	Perinatálna trauma

1.6 Diagnostika

Diagnostika schizofrénie je založená na **klinickom hodnotení** (McCutcheon a kol., 2020) a sústreďí sa predovšetkým **na prítomnosť charakteristických symptómov** (Farah, 2018). Včasná diagnostika je dôležitá najmä pre zvolenie adekvátnych postupov a intervencií lekára a zdravotníckeho personálu (Addington a kol., 2017).

Diagnostické kritériá ochorenia prešli v poslednom desaťročí miernymi zmenami, avšak podstata ochorenia zostáva rovnaká. Vychádzajú z vyššie spomínaných diagnostických manuálov **DSM-5** a **MKCH-11**, pričom obe klasifikácie pre diagnózu schizofrénie vyžadujú **aspoň dva charakteristické symptómy**, vrátane **minimálne jedného základného psychotického symptómu**. DSM-5 navyše ako súčasť definície zahŕňa **sociálne/funkčné postihnutie** (Tandon a kol., 2024). Rozdielom v klasifikáciách sme sa viac venovali už v kapitole 1. 1. 2.

V procese diagnostiky majú svoje miesto **klinické aj testové metódy** (Kulišťák a kol., 2019). Dôležitá je samozrejme dôkladná **anamnéza pacientovho života**, zhromažďovanie údajov prostredníctvom **rozhovoru** a **pozorovania**, nielen od pacienta samotného, ale aj od jeho blízkeho okolia (Addington a kol., 2017).

Z testových metód je možné využiť testy inteligencie, testy kognitívnych funkcií, osobnostné testy (Heretik & Heretik, 2016), ale aj neuropsychologické testy v súvislosti s kognitívnym poškodením (Kulišťák a kol., 2019). U niektorých pacientov sa môžu tiež využiť **zobrazovacie metódy**, ako napríklad funkčná magnetická rezonancia, pozitronová emisná tomografia alebo magnetická rezonančná spektroskopia (Farah, 2018).

1.6.1 Diagnostika podľa MKCH-10

Ako už bolo spomenuté vyššie, hoci od 1. 1. 2022 **vstúpila do platnosti 11. revízia** klasifikácie MKCH, avšak **z dôvodu prechodného obdobia a postupnej implementácie novej** klasifikácie sme sa rozhodli pracovať s **10. revíziou**. Nasledujúce riadky približujú diagnostické kritériá schizofrénie podľa MKCH-10.

Schizofrénia (F20) sa radí do okruhu **F20-F29 Schizofrénia, schizotypové poruchy a poruchy s bludmi** (MKCH-10, 2024).

Charakteristickými črtami ochorenia sú **deformácie myslenia, vnímania a nepriliehavá či otupená afektivita**. S postupom času môže byť prítomný aj **kognitívny deficit**, hoci vedomie a intelektuálna kapacita bývajú obvykle zachované. Ďalšími

dôležitými charakteristikami sú myšlienkové ozveny, pocit vkladania, odnímania či vysielania myšlienok, poruchy myslenia, bludné vnímanie a bludy kontroly, halucinácie a v neposlednom rade, negatívne symptómy (MKCH-10, 2024), ktorým sme sa podrobnejšie venovali v kapitole 1. 4.

MKCH-10 (2024) stále **pracuje so subtypmi schizofrénie**, od ktorých ďalšie klasifikačné systémy upúšťajú (Tandon a kol., 2024).

Subtypy schizofrénie

- **Paranoidná schizofrénia (F20.0)** – v klinickom obraze sa vyskytujú stabilné, predovšetkým paranoidné bludy, ktoré môžu sprevádzať prevažne sluchové halucinácie, prípadne iné poruchy vnímania. Môžu sa objaviť poruchy reči, vôle a afektu, ktoré sú nevýrazné, prípadne nie sú prítomné vôbec (MKCH-10, 2024). Podľa Praška a Ociskovej (2015) ide o najčastejšie rozšírený typ schizofrénie vo väčšine krajín sveta.
- **Hebefrénna schizofrénia (F20.1)** – táto forma sa môže javiť ako plynulý prechod z pubertálnych znakov až do manifestácie samotného ochorenia (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Diagnostikovať by sa mala len u dospievajúcich alebo mladých dospelých. Typickými sú zmeny v afektivite v smere nepriliehavej a oploštenej afektivity, nezodpovedné a nepredvídateľné správanie s častým manierovaním, dezorganizované myslenie a inkoherentná reč. Bludy a halucinácie bývajú premenlivé a prchavé. Prognóza je s ohľadom na včasnú prítomnosť negatívnych príznakov nepriaznivá (MKCH-10, 2024).
- **Katatonická schizofrénia (F20.2)** – vyznačuje sa poruchami psychomotoriky, ktoré sa môžu kolísať na spektre medzi dvomi extrémnymi pólmi – hyperkinézou a stuporom, teda nadmerne zvýšenej alebo zníženej pohybovej aktivity, objaviť sa môže aj povelový automatizmus alebo negativizmus. Katatónne symptómy môžu sprevádzať snové stavy alebo scénické halucinácie (MKCH-10, 2024). Zaujímavosťou je, že Kleinhaus a kol. (2012) zistili, že u jedincov s katatonickou schizofróniou je riziko spáchania samovraždy vyššie, než u jedincov, ktorí trpia iným typom schizofrénie.
- **Nediferencovaná schizofrénia (F20.3)** – forma schizofrénie, ktorá spĺňa všeobecné diagnostické kritériá, ale nie je možné ju zaradiť do žiadnej z iných spomínaných foriem, prípadne sa objavujú charakteristiky viac ako jednej formy, pričom však žiadne neprevládajú (MKCH-10, 2024).

- **Postschizofrenická depresia (F20.4)** – depresívna epizóda objavujúca sa po odznení psychotického ataku (Praško & Ocisková, 2015). Príznaky schizofrénie v klinickom obraze nedominujú, sú prítomné v rôznom zastúpení. Je prítomné zvýšené riziko samovraždy. V prípade, že schizofrenne príznaky v obraze nie sú, je na mieste diagnóza depresívnej epizódy (MKCH-10, 2024).
- **Reziduálna schizofrénia (F20.5)** – chronická forma, pri ktorej významne prevažujú negatívne symptómy pozorované počas jasného postupu od skoršieho do neskoršieho štádia ochorenia (MKCH-10, 2024). Tieto negatívne symptómy, prejavujúce sa všeobecne spomalením a ochudobnením myslenia, nálady i celkovej psychomotoriky, pretrvávajú minimálne rok po odznení akútnych psychotických príznakov (Heretik & Heretik, 2016).
- **Jednoduchá schizofrénia (F20.6)** – tiež simplexná schizofrénia (Heretik & Heretik, 2016) je forma schizofrénie, pre ktorú je typický postupný, plazivý nástup. Pripomína reziduálnu schizofréniu, avšak bez toho, aby zvláštnemu správaniu predchádzali výrazné psychotické prejavy (MKCH-10, 2024). Ide o relatívne vzácnu formu, dotýčny sa obvykle stiahne do vlastného sveta, dominujú u neho negatívne symptómy, jeho výkonnosť je znížená (Heretik & Heretik, 2016). Diagnostika tejto formy je veľmi náročná, pretože v iniciálnej fáze môžu prejavy pripomínať niektorú z porúch osobnosti (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015). Ochorenie môže pozvoľným procesom vyústiť až do trvalej zmeny osobnosti daného človeka (Raboch & Pavlovský, 2020).

Napokon v MKCH-10 (2024) môžeme nájsť kategórie **iná schizofrénia (F20.8)** (schizofreniformná psychóza bližšie neurčená, schizofreniformná porucha bližšie neurčená a cenestopatická schizofrénia) a **schizofrénia bližšie neurčená (F20.9)**.

1.6.2 Diferenciálna diagnostika

Diagnóza schizofrénie sa môže zdať na prvý pohľad možno zreteľná a jasná (Chan, 2017), avšak symptómy, ktoré sa u schizofrénie objavujú sa môžu objavovať aj **u iných duševných ochorení** (Farah, 2018). Preto je dôležitá **komplexná diferenciálna diagnostika**, zameraná na odlíšenie tejto poruchy od porúch ako sú veľká depresívna porucha s psychotickými príznakmi, schizoafektívna porucha, telesná dysmorfická porucha, obsedantne-kompulzívna, posttraumatická stresová porucha (Patel a kol., 2014), porucha pozornosti s hyperaktivitou či poruchy autistického spektra (Chan, 2017).

Rozdiel medzi schizofréniou a ďalšími psychotickými ochoreniami môže byť napríklad **v dĺžke trvania príznakov**, na mieste je ale vždy komplexná a dôkladná analýza symptómov (Farah, 2018).

Diagnózu schizofrénie je možné **vylúčiť** v prípade vzniku príznakov na základe **ochorenia mozgu, iného somatického poškodenia, užívania návykových látok** (Kulišťák a kol., 2019), prípadne **vedľajšími účinkami a interakciami liekov** (Addington a kol., 2017). V prípade vylúčenia intoxikácie návykovými látkami je u akútnej psychózy dôležité vykonať toxikologické vyšetrenie moču (Hosák a kol., 2015). Pre vylúčenie organicity, prípadne zistenie negatívnych vedľajších účinkov farmakoterapie sú významné neurofyziológické a neurochemické nálezy (Kulišťák a kol., 2019).

Schizofrénia by nemala byť diagnostikovaná v prípade výrazných depresívnych a manických príznakov, ak nevieme určiť, či schizofrénne príznaky **predchádzali poruchám afektu** (MKCH-10, 2024). Koutsouleris a kol. (2015) uvádzajú, že všeobecné diagnostické nástroje, ktoré môžu pomôcť odlíšiť schizofréniu od porúch nálady vo včasnom priebehu psychózy, môžu byť neuroanatomické informácie získané pomocou magnetickej rezonancie. Využitie týchto metód je však limitované obmedzenou dostupnosťou a veľkou finančnou náročnosťou (Farah, 2018).

1.7 Liečba

Liečba schizofrénie je s ohľadom na nedostatočné pochopenie etiológie ochorenia zameraná predovšetkým na zmierňovanie príznakov ochorenia (Stępnicki a kol., 2018). V ideálnom prípade by mala byť integrovaná a mnohostranná, zahŕňajúca ako farmakoterapiu, tak psychosociálne intervencie a neprehliadať ani okolnosti prostredia (Vita & Barlati, 2018). Hlavným cieľom liečby by malo byť nielen potlačenie symptómov, a to ideálne do 6 mesiacov (Farah, 2018), ale aj prevencia relapsu ochorenia a celkové zvýšenie adaptívnych funkcií pacientov, pre ich opätovné začlenenie do spoločnosti (Patel a kol., 2014).

Raboch & Pavlovský (2020) rozlišujú tri hlavné fázy liečby. V prvej fáze je dôležité zamerať sa na liečbu **akútnych príznakov**, neskôr sa pozornosť sústreďí najmä na **stabilizáciu a dosiahnutie uspokojivej remisie** a napokon, v poslednej, tretej fáze, ide o snahu túto **remisiu udržať a predchádzať relapsu**.

Kopeček a kol. (2023) prirovnáva postupnosť liečby k postupnému zdolávaniu schodiska, kde každý schod, každá úroveň, vyjadruje odlišný cieľ aktuálnej liečby.

V nasledujúcich podkapitolách sa zameriame na niektoré možnosti liečby, ktoré sa využívajú v súčasnosti.

1.7.1 Farmakologická liečba

Základným prvkom liečby schizofrénie sa stala liečba pomocou **antipsychotík**, hoci aj tieto lieky majú svoje obmedzenia (Vita & Barlati, 2018). Ďalšie psychofarmaká, ako napríklad antidepresíva, **benzodiazepíny**, **stabilizátory nálady** alebo **antiepileptiká** sa v liečbe schizofrénie využívajú takmer výlučne ako **prídavné liečivá** (Kulišťák a kol., 2019).

Z farmakologického hľadiska je táto lieková skupina **antagonistami dopamínových D₂ receptorov** (Stępnicki a kol., 2018), čo podporuje hypotézu, že psychotické príznaky sú čiastočne zapríčinené dysreguláciou dopamirného prenosu (Larson a kol., 2010). Afinitu ale môžu mať aj k iným receptorom, ako napríklad serotonínovým (Stępnicki a kol., 2018).

Psychofarmakologickú liečbu je dôležité **zahájiť včas** – najneskôr 5 rokov od prvej epizódy, keďže v tomto období prebieha väčšina patofyziologických zmien mozgu (Patel a kol., 2014). V tomto kontexte je dôležitá kvalitná diagnostika, pretože nesprávne stanovenie diagnózy môže viesť k oneskoreniu liečby (Barnes a kol., 2019).

Antipsychotiká sa vyznačujú predovšetkým svojou účinnosťou proti psychotickým príznakom a minimálnym vplyvom na negatívne a kognitívne symptómy. Sú účinné nielen v akútnej fáze ochorenia, ale aj **ako prevencia relapsu** (Tandon a kol., 2024). Okrem antipsychotických účinkov majú aj antiagresívny a upokojujúci efekt (Švihovec a kol., 2018).

Poznáme niekoľko desiatok rôznych druhov antipsychotík, ktoré sa delia do dvoch hlavných skupín: **antipsychotiká prvej generácie**, tiež označované ako konvenčné, klasické, typické a **antipsychotiká druhej generácie (AP2G)**, inak známe ako atypické. Rozdiely v účinnosti medzi generáciami sú pomerne malé, avšak podstatné sú rozdiely v miere nežiadúcich účinkov (Brujnzeel a kol., 2014).

Objavenie **prvého antipsychotika, chlórpromazínu**, v roku 1952 spôsobilo **revolúciu v psychiatrickej starostlivosti**. Umožnilo jednoduchšie prepúšťanie pacientov z nemocnice a tiež otvorilo možnosti komunitnej liečby väčšieho množstva pacientov (Solmi a kol., 2017). Okrem chlórpromazínu patria k 1. generácii napríklad flufenazín a haloperidol (Farah, 2018).

Dnes už vieme, že dlhodobé užívanie antipsychotík 1. generácie sa spája s **výraznými nežiadúcimi účinkami** (Larson a kol., 2010), konkrétne napríklad tachykardiou, suchom v ústach, rozmazaným videním a poruchami pamäti (Dibben a kol., 2016). Čo sa týka neurologických symptómov, najčastejšie sa jedná o **včasnú extrapyramídovú symptómu** (Stępnicki a kol., 2018), ako napríklad **liekmi indukovaný parkinsonizmus, dystónia** (pretrvávajúce svalové sťahy), či **akatázia** (vnútorný a motorický nepokoj) (Ayano, 2016), avšak oneskorene sa môže objaviť aj **tardívna diskinezia** – syndróm mimovoľných abnormálnych pohybov, ktorý býva často invalidizujúci a nevratný aj po vysadení liekov (O'Brien, 2015).

V súčasnosti sa **častejšie používajú antipsychotiká 2. generácie**, tiež označované ako **atypické** (Dibben a kol., 2016). Ukázali sa ako **bezpečnejšie a pacientmi lepšie tolerované**, pretože sú menej spájané s nepriaznivým účinkom na kognitívne a negatívne symptómy a podľa niektorých autorov aj s nižším výskytom extrapyramídových symptómov (Solmi a kol., 2017). Toto tvrdenie je však diskutabilné – niektorí autori považujú výskyt týchto symptómov za podobný u oboch generácií (Dibben a kol., 2016).

Ani antipsychotiká 2. generácie sa však úplne bez vedľajších účinkov nezaobišli. Spájajú sa najmä so **sedatívnymi a metabolickými vedľajšími účinkami** (Barnes a kol., 2019) ako je nárast hmotnosti, inzulínová rezistencia, a hyperglykémia (Farah, 2018).

Vzácnym, no nebezpečným vedľajším účinkom liečby antipsychotikami 1. aj 2. generácie je **neuroleptický malígny syndróm**, ktorý sa vyznačuje trasom, svalovou rigiditou, horúčkami, leukocytózou a celkovými, zmenami psychického stavu. Pokiaľ nedôjde k včasnému rozpoznaní a liečbe, hrozia **trvalé neurologické následky až smrť** pacienta (Belvederi Murri a kol., 2015).

Medzi antipsychotiká 2. generácie patrí napríklad **olanzapín, risperidon a kvetiapín** (Farah, 2018). Menovite spomenieme **klozapín**, ktorý je liekom prvej voľby u farmakorezistentných foriem schizofrénie. V klinickej praxi sa ukazuje ako veľmi účinný, avšak spája sa so širokou škálou nežiadúcich účinkov (De Berardis, 2018).

Vybrané antipsychotiká 1. aj 2. generácie existujú aj v tzv. **depotnej forme** – injekčné, dlhodobo pôsobiace antipsychotiká. Táto forma poskytuje oproti perorálnemu užívaniu výhodu najmä z hľadiska zvýšenia adherencie k liečbe, zníženia rizika relapsu, či samovraždy (Khan a kol., 2016).

Hoci vo farmakologickej liečbe došlo k postupnému vylepšeniu novších liekov, stále je potrebné dôkladnejšie pochopenie patomechanizmov a príčin ochorenia, ktoré nám do dnešnej doby chýbajú (Stępnicki a kol., 2018).

Pacienti sa len málokedy dokážu vrátiť na pôvodnú úroveň svojich adaptívnych funkcií a preto je rovnako ako farmakologická liečba dôležitá aj tá **nefarmakologická** (Patel a kol., 2014).

1.7.2 Psychosociálna liečba

Aj keď je farmakologická liečba u schizofrénie prvou voľbou, sama o sebe nie je dostatočná (Heretik & Heretik, 2016). Neoddeliteľnou súčasťou dlhodobého procesu liečby by mali byť **psychosociálne intervencie** (Norman a kol., 2017), predovšetkým rodinné intervencie, psychoedukácia a kognitívne-behaviorálna terapia (Bighelli, 2021).

Psychosociálna liečba je účinná predovšetkým v **prevencii relapsu a sekundárnych komplikácií**, ktorými môžu byť depresia či užívanie návykových látok (Tandon a kol., 2024). Spoločným cieľom psychosociálnych intervencií je **rehabilitácia a resocializácia**, pričom pacienti pomáhajú nadobudnúť a/alebo precvičovať zručnosti a schopnosti potrebné pre každodenný život (Heretik & Heretik, 2016) a zvýšiť tak možnosť funkčného zotavenia pacienta (Tandon a kol., 2024).

Podstatou **rodinných intervencií** je zapojenie rodinných príslušníkov ako partnerov, ktorí dopĺňajú klinické intervencie zdravotníckeho personálu (McFarlane, 2016). Sú poučení, čo si majú na pacientovi všimnúť a v ktorých prípadoch je potrebné hlásiť vedľajšie účinky liečby (Patel a kol., 2014). Ide o jednu z najviac dostupných liečebných metód a podľa údajov dokáže znížiť mieru relapsu o 50 až 60 % (McFarlane, 2016) a taktiež zlepšiť sociálne fungovanie pacienta (Patel a kol., 2014).

Ďalšou známou psychosociálnou intervenciou je **psychoedukácia**. Ide o vzdelávanie pacienta s duševným ochorením ohľadom symptómov, ich rozpoznania a zvládania, liečby a prognózy (Alhadidi a kol., 2020). Môže byť tiež zameraná na podporu zdravého životného štýlu, nácvik riešenia problémov, podporu komunikačných zručností, prípadne sa môže taktiež týkať rodinných príslušníkov a ich vzdelávania (Motlova a kol., 2017). Psychoedukácia dokáže pozitívne ovplyvniť adhérenciu k liečbe, zlepšiť sociálne zručnosti, znížiť počet relapsov, mieru internalizovanej stigmatizácie a celkovo pozitívne ovplyvniť kvalitu života pacientov (Alhadidi a kol., 2020).

Z psychoterapeutických smerov je pre liečbu schizofrénie najviac rozšírená **kognitívne behaviorálna terapia (KBT)**, ktorá bola pôvodne zameraná na pozitívne príznaky a taktiež ako prevencia voči relapsu (Farah, 2018). Využíva sa k podpore stratégií zvládania pacientov, k zníženiu presvedčenia o skutočnosti bludov a halucinácií. Pacienti sú vedení k spochybňovaniu a upravovaniu svojich myšlienok, emócií a správania (Larson a kol., 2010).

Na druhú stranu, niektorí autori nepovažujú KBT za účinnejšiu metódu oproti iným, často dokonca menej nákladným, psychosociálnym intervenciám (Jones a kol., 2018; Laws a kol., 2018). Jej prínos sa zdá byť sľubnejší v oblastiach symptómov, na ktoré nie sú špecificky zamerané antipsychotiká (Jauhar a kol., 2019).

Prínosnou pre zníženie záťaže z dôvodu kognitívnych problémov a podporu celkového fungovania je **kognitívna remediácia** (Cella a kol., 2020). Ide o behaviorálny tréning, ktorý sa zameriava na **podporu kognitívnych funkcií**, ich trvalú udržateľnosť a zovšeobecnenie do každodenného života s protektívnym účinkom na objem šedej hmoty mozgovej vo vybraných mediotemporálnych a talamických oblastiach. Funkčné zmeny sú pozorované v dorsolaterálnom prefrontálnom a insulárnom kortexe a sú spojené so zlepšením kognitívneho výkonu a regulácie emócií (Bellani a kol., 2020).

Ďalšie prístupy, ako napríklad **psychoanalýza, psychodynamická terapia** alebo **otvorený dialóg** priniesli celkovo povzbudivé, avšak **nekonzistentné výsledky** (Cooper a kol., 2020).

Adekvátnu voľbu psychosociálnych intervencií je potrebné zvažovať aj **z hľadiska priebehu ochorenia**. Svoje miesto ale nepochybne majú už vo včasných štádiách ochorenia vzhľadom na potenciál zlepšenia v sociálnom a pracovnom fungovaní (Frawley a kol., 2023).

Cooper a kol. (2020) zdôrazňujú potrebnosť ďalších kvalitných štúdií, ktoré by mohli priniesť ďalšie psychosociálne intervencie založené na dôkazoch. Prioritou by ale stále mala zostávať aj snaha zvyšovať dostupnosť týchto intervencií (Frawley a kol., 2023).

1.7.3 Ďalšie možnosti liečby

Elektrokonvulzívna terapia (ECT) je biologická forma liečby, využívajúca **striedavý modifikovaný elektrický prúd** (Kališová & Albrecht, 2018). Ide o pomerne účinnú, avšak nedostatočne využívanú metódu liečby (Sanghani a kol., 2018).

Odporúčaná je najmä u pacientov s **katatónnou formou schizofrénie** (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015) a u pacientov **rezistentných voči farmakologickej liečbe** (Ali a kol., 2019).

Čo sa týka **nežiadúcich účinkov na kognitívne funkcie**, tie bývajú spravidla **mierne** a **prechodné** (Sanghani a kol., 2018). Rajagopalan a kol. (2023) uvádzajú, že pacienti so slabšími kognitívnymi funkciami pred ECT majú väčšiu pravdepodobnosť ich zlepšenia po absolvovaní ECT. Zlepšenie kognitívnych funkcií so sebou navyše prináša aj zmiernenie negatívnych príznakov.

V prípade pacientov s katatónnou formou schizofrénie, pre ktorých je ECT nedostupná alebo kontraindikovaná, by mohli byť sľubnou alternatívou **repetitívna transkraniálna magnetická stimulácia** a **transkraniálna stimulácia jednosmerným prúdom**. Ide o **neinvazívne techniky** modulujúce neuronálnu aktivitu a sieťovú konektivitu (Hansbauer a kol., 2020).

Čo sa týka holistického prístupu k liečbe schizofrénie, doplnkovo je možné sa zamerať na **vyváženú výživu** – napríklad na podávanie doplnkov kyseliny listovej pre zmiernenie pozitívnych a negatívnych príznakov a ďalej vitamínov C, D, E a B, hoci aj v tomto ohľade sú samozrejme potrebné ďalšie výskumy (Ganguly a kol., 2018).

Skúma sa tiež, ako dokáže ovplyvniť príznaky **pohybová aktivita**. Pribúdajú dôkazy, že už 90 minút aeróbného cvičenia strednej až vysokej intenzity, prípadne kombinácia aeróbného a odporového cvičenia môže viesť k významnému zníženiu symptómov (Bredin a kol., 2022). Podobné výsledky prináša aj cvičenie jogy, ktoré podľa Gangulyho a kol. (2018) zlepšuje psychickú aj fyzickú kvalitu života a znižuje metabolické nežiadúce účinky antipsychotickej liečby.

2 RELAPS

V nasledujúcej kapitole priblížime definíciu relapsu, riziká a dôsledky, ktoré sú s ním spojené a tiež sa pozrieme na možnosti, ktoré v súčasnosti existujú pre jeho detekciu a monitorovanie.

2.1 Definícia pojmu

Relaps môžeme všeobecne definovať ako **opätovné vzplanutie príznakov ochorenia** (Raboch & Pavlovský, 2020), ktoré sa tiež spája **so zhoršením sociálneho fungovania** a **prípadnou rehospitalizáciou**, ktorú niektorí autori považujú za hlavný ukazovateľ relapsu (Taylor & Jauhar, 2019).

Za indikátory sa ale v niektorých prípadoch môže považovať tiež **násilie, zatknutie, sebapoškodzovanie, samovražedné myšlienky** alebo priamo **samovražedný pokus** (Pennington & McCrone, 2017).

Moncrieff a kol. (2020) upozorňujú na to, že **jednotná definícia relapsu chýba** a jeho chápanie sa môže líšiť ako naprieč štúdiami, tak v klinickej praxi.

2.2 Riziká spojené s relapsom

Snaha predchádzať relapsu patrí medzi **hlavné ciele liečby** schizofrénie (Pennington & McCrone, 2017). Pri správnej liečbe je možné dosiahnuť stavu **symptomatickej remisie** (Olivares a kol., 2013), pri ktorej sú základné príznaky schizofrénie podstatne a trvalo zmiernené, nemajú vplyv na správanie pacienta minimálne po dobu 6 mesiacov (Vita & Barlati, 2018).

V priebehu ochorenia však zažije väčšina pacientov so schizofróniou niekoľko relapsov. Dokonca aj v podmienkach klinických štúdií s kontrolou užívania psychofarmák sa **ročná miera relapsov pohybuje okolo 30 %** (Spaniel a kol., 2018).

Približne 75 % prípadov schizofrénie je charakterizovaných fázami remisie, ktoré sa striedajú s obdobiami relapsov (Vita & Barlati, 2018). Takýto priebeh má závažné dôsledky nielen pre pacientov (Spaniel a kol., 2018), ale aj pre celú spoločnosť (Schoeler a kol., 2017).

Viacnásobné relapsy sa spájajú s **horšími funkčnými výsledkami všeobecne**, znižujú pravdepodobnosť, že človek dokáže udržiavať dlhodobé partnerské vzťahy (Taylor & Jauhar, 2019), ohrozujú vzdelanie či zamestnanie (Emsley a kol., 2013), sú spojené s kognitívnym úbytkom (Barnett a kol., 2018) a negatívne vplyvajú na celkovú kvalitu života pacienta (Olivares a kol., 2013).

S ohľadom na vek nástupu ochorenia je dôležité si uvedomiť, že tieto dôsledky sa dotýkajú **ľudí v najproduktívnejšom období ich života** (Hui a kol., 2016). Relaps so sebou teda nesie aj značnú **ekonomickú záťaž**, ktorá sa spája priamo s nákladmi na liečbu a rehabilitáciu ochorenia, so znížením pracovnej schopnosti pacientov a často aj ich blízkych, ktorí musia prevziať rolu ich opatrovateľov (Porcelli a kol., 2016). Pennington & McCrone (2017) považujú náklady na relaps za základný faktor pri hodnotení nákladovej efektívnosti liečby schizofrénie. Náklady na pacientov, ktorí zažijú relaps, sú približne **trikrát vyššie** než u pacientov s trvalou remisiou (Mi a kol., 2020).

Dlhodobý klinický a funkčný výsledok ochorenia závisí najmä od objavenia sa relapsu **v prvých rokoch po nástupe prvej psychotickej epizódy** (Schoeler a kol., 2017). Táto skutočnosť podčiarkuje **význam identifikácie rizikových faktorov relapsu** pre dostatočne skorý zásah v prodromálnej fáze relapsu, kvôli zmierneniu závažných následkov ochorenia a jeho progresie (Spaniel a kol., 2018).

2.3 Detekcia a monitorovanie relapsu

Prevenca relapsu zahŕňa jeho **predvídanie** (Henson, 2021), ktoré však s ohľadom na komplexnú povahu a heterogenitu prejavov ochorenia **zostáva klinickou výzvou** (Barnett a kol., 2018).

Nástroje, ktoré by umožnili relaps predvídať, by mohli **zlepšiť výsledky pacientov**, poskytnúť informácie pre adekvátnu liečbu a umožniť zacielenie zdrojov služieb duševného zdravia, čím by bolo možné znížiť náklady na liečbu (Sullivan, 2017). Dnešné modely sa však javia ako **neúčinné** (Henson a kol., 2021).

Tieto modely sa obvykle zameriavajú na niekoľko faktorov, ako je dodržiavanie liečby, užívanie návykových látok, podpora rodiny a sociálne prispôsobenie (Mi a kol., 2020). Dôvodom neúčinnosti takýchto prediktívnych modelov je, že **nedokážu zohľadniť dynamickú povahu rizikových faktorov**, ktoré sa môžu vplyvom času a prostredia meniť (Henson a kol., 2021).

Predpovedanie relapsu sa z veľkej časti opiera o tzv. **včasné varovné príznaky**. Vieme, že relaps je **vyvrcholením procesov zmien**, ktoré začínajú niekoľko dní až týždňov pred samotným (opätovným) vypuknutím psychózy (Gumley a kol., 2020), čo je hlavný rozdiel oproti nástupu prvej psychotickej epizódy, ktorá sa môže rozvíjať aj niekoľko rokov (Emsley a kol., 2013). Medzi včasné varovné príznaky patria predovšetkým **afektívne zmeny** a **počínajúce príznaky psychózy** (Gumley a kol., 2020), avšak tieto príznaky sa pri predikcii ukazujú ako nespoľahlivé (Emsley a kol., 2013).

Ukazuje sa, že manifestácia varovných príznakov je veľmi **individuálna**, avšak **u konkrétnych jedincov často konzistentná**. Každý pacient tak môže mať svoj typický profil začínajúceho relapsu a jeho identifikácia by mohla byť najúčinnnejším spôsobom detekcie relapsu (Adler a kol., 2020). Zásadným ukazovateľom je **dĺžka obdobia** medzi **objavením sa včasných varovných príznakov** a **vypuknutím relapsu**. Práve v tomto okne by mohlo dôjsť k účinnej farmakologickej intervencii (Spaniel a kol., 2018).

Wang a kol. (2020) uvádzajú, že ako najlepšie časové okno sa javí **30 dní**. Podľa Spaniela a kol. (2018) je toto obdobie ešte o niečo dlhšie – relatívne stabilné varovné príznaky sa objavovali **6 až 8 týždňov pred vypuknutím relapsu**.

Štandardné metódy pre sledovanie včasných varovných príznakov sú obvykle založené na **osobných interakciách** a **ich hodnotení lekármi**, uskutočňované v stanovených časoch (Wang a kol., 2020), na základe subjektívnych hodnotení samotného pacienta, prípadne rodinných príslušníkov (Spaniel a kol., 2018).

Nové príležitosti prináša **rozvoj technológií snímania**, ktoré umožňujú diaľkové meranie ukazovateľov duševného zdravia prostredníctvom **inteligentných mobilných telefónov** či **nositeľných zariadení** (Adler a kol., 2020). Takéto zariadenia pomáhajú zachytiť priebeh každodenného života (Henson a kol., 2021) a rôznorodé zmeny v chovaní jednotlivcov (Adler a kol., 2020).

Výhodou inteligentných mobilných telefónov je, že ich využíva čím ďalej tým viac osôb so schizofréniou. Pomocou vhodných softvérových aplikácií môžu zaznamenávať širokú škálu **rôznych typov behaviorálnych dát** (Barnett a kol., 2018). Okrem aplikácií je možné využiť tiež údaje z GPS, akcelerometru, textových záznamov a času stráveného pred obrazovkou (Henson a kol., 2021). Prvým nástrojom pre takéto sledovanie bol napríklad systém **CrossCheck**, ktorý kombinoval pasívne snímanie behaviorálnych dát a subjektívne

monitorovanie symptómov pomocou dotazníku, ktorý pacient vyplňal raz za 3 týždne sám (Adler a kol., 2020).

V **Českej republike** vznikol program využívajúci moderné komunikačné technológie už v roku 2005. **ITAREPS** je program prevencie relapsu, ktorý je vhodný pre psychotické ochorenia všeobecne. Funguje na princípe vyplnenia dotazníku pacientom a jeho rodinným príslušníkom, ktorý sa odošle do programu. V prípade, že pacient prekročí dané rizikové skóre, je o tejto skutočnosti informovaný ošetrojúci lekár prostredníctvom e-mailu (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

Pre monitorovanie ďalších včasných varovných príznakov môžu byť využité aj ďalšie nositeľné zariadenia, ktoré sú schopné **presnejšie detegovať a analyzovať motorické zmeny správania a poruchy cyklu spánku/bdenia**, ktoré taktiež patria medzi významné prediktory relapsu (Spaniel a kol., 2018).

K väčšiemu **rozvoju telemedicíny** a zdôrazneniu potreby detekcie relapsu prostredníctvom mobilných telefónov a ďalších zariadení prispela predovšetkým pandémia COVID-19. Ukázala tiež, že dáta získané z mobilných telefónov môžu podporovať **osobnejšiu, citlivejšiu a viac informovanú starostlivosť** – a to aj napriek vzdialenosti (Henson a kol., 2021).

3 DÔVODY RELAPSU A JEHO PREVENCIA U PACIENTOV SO SCHIZOFRÉNIOU

Rizikové aj protektívne faktory relapsu môžeme rozdeliť na **modifikovateľné** a **nemodifikovateľné**. Na modifikovateľné faktory je **možné do určitej miery pôsobiť** a tak **ovplyvniť pravdepodobnosť výskytu relapsu**. Tie nemodifikovateľné nám zase môžu poslúžiť **pre posúdenie rizika a rozvoj skriningových nástrojov** (Brasso a kol., 2021).

3.1 Rizikové faktory relapsu

Problematika relapsu je nepochybne **multifaktoriálna a komplexná** (Mi a kol., 2020), pričom jednotlivé faktory, ktoré s relapsom súvisia, sa môžu líšiť **medzi rôznymi kultúrami** (Intharit a kol., 2021).

Tieto rozdiely je možno pozorovať **aj naprieč rôznymi štúdiami**, ktoré najmä v oblasti **sociodemografických faktorov** vychádzajú **pomerne nekonzistentne**. Davarinejad a kol. (2021) zistili, že faktory ako sú pohlavie, rodinný stav, zamestnanecký status a obdobia narodenia nepredpovedali pravdepodobnosť relapsu. K rovnakým výsledkom dospeli aj Bioque a kol. (2022), ktorí medzi sociodemografickými premennými a relapsom nenašli významnú súvislosť.

Naproti tomu, Adebiyi a kol. (2018) uvádzajú, že premenné ako napríklad **vek nástupu ochorenia, vzdelanie, nezamestnanosť a sociálna trieda** boli významne spojené **s pravdepodobnosťou rehospitalizácie**. Nezamestnanosť a nízky finančný príjem považujú za rizikový faktor aj Mi a kol. (2017). Mladší vek a postupný nástup ochorenia spájajú s vyšším počtom relapsov a kratšími intervalmi medzi jednotlivými relapsmi Davarinejad a kol. (2021). Čím bol vek nástupu ochorenia nižší, tým bola vyššia pravdepodobnosť, že sa ochorenie stane chronickým (Pothimas a kol., 2020).

Ako najzásadnejší prediktor relapsu sa pochopiteľne ukazuje **nonadherencia** k liečbe, na čom sa zhodujú kvantitatívne (Mi a kol., 2017; Pothimas a kol., 2020) aj

kvalitatívne štúdie (Intharit a kol., 2021; Sariah a kol., 2014). Je ale na mieste zvážiť **potenciálne vedľajšie účinky**, ako napríklad nárast hmotnosti, zvýšenú koncentráciu prolaktínu a tardívnu dyskinézu, a to najmä v prípade dlhodobo pôsobiacich antipsychotík 2. generácie (Davarinejad a kol., 2021).

Hlásenie vedľajších účinkov užívaných liekov sa ukazuje spoločne s **polyterapiou antipsychotikami a vyššími dávkami** antipsychotík, stabilizátorov nálady a benzodiazepínov ako riziko, ktoré zvyšuje pravdepodobnosť relapsu. Skupina pacientov, u ktorých sa relaps nevyskytoval, častejšie užívala klopazín (Bioque a kol., 2022).

Ďalším rizikovým faktorom, ktorý má pacient vo svojich rukách, je **užívanie návykových látok**. Pacienti, ktorí užívali návykové látky, kontinuálne vykazovali závažnejšie depresívne symptómy, častejšie pozitívne symptómy, horšie funkčné výsledky a vyššiu mieru relapsu počas 1 roku sledovania (Porcelli a kol., 2016). Najčastejšie užívanou látkou je u ľudí so schizofréniou **alkohol**, po ktorom nasleduje užívanie **marihuany** (Sariah a kol., 2014). Užívanie marihuany taktiež patrí medzi faktory významne spojené s relapsom (Bioque a kol., 2022). Bellido a kol. (2015) súvislosť s relapsom pozorovali len u užívania **alkoholu, heroínu a kokaínu**, neobjavili vplyv užívania marihuany na výskyt relapsu.

Podľa Bhattacharyya a kol. (2023) majú na riziko relapsu **kauzálny vplyv stresujúce životné udalosti**. Spájajú sa s vyšším výskytom aj dlhším trvaním relapsu u osôb, ktoré boli vystavené akýmkoľvek stresujúcim životným udalostiam. Zvýšený výskyt relapsu sa týkal roku, ktorému tieto udalosti relapsu predchádzali. Wang a kol. (2021) sa v tomto kontexte venovali aj spôsobom zvládania stresujúcich životných udalostí. Zistili, že **pozitívne či negatívne zvládanie** pôsobí ako **moderátor** medzi stresujúcimi udalosťami a relapsom, hoci tento vzťah bol slabý.

Relaps môže tiež ovplyvniť podpora okolia a rodiny pacienta. Rizikovými sú rodiny so **slabými komunikačnými schopnosťami** (Mi a kol., 2020). Súvisí to s **mierou emočnej expresie** (EE) – vysoká miera EE sa zhoduje s intenzívnymi a negatívnymi slovnými konfliktmi (Intharit a kol., 2021). Vysoká úroveň EE zahŕňa **vyššiu mieru kritiky, hostility a prílišnej angažovanosti**. Pacienti pochádzajúci z rodín s vysokou mierou EE prežívali relapsy častejšie, než pacienti pochádzajúci z rodín s nízkou mierou EE (San a kol., 2012).

Ako bolo spomenuté vyššie, dôvody relapsu sa môžu líšiť v závislosti od kultúry. Podľa štúdie z Pakistanu môžu v niektorých krajinách problém predstavovať **kultúrne mýty a hodnoty**. Samotní pacienti a ich rodinní príslušníci tak môžu varovné symptómy pripisovať týmto mýtom, miesto duševného ochorenia (Ahmad a kol., 2016).

3.2 Protektívne faktory relapsu

Medzi protektívne faktory relapsu patrí, neprekvapivo, **adherencia k liečbe** (Porcelli a kol., 2016; Mi a kol., 2017), predovšetkým využitie **dlhodobo pôsobiacich antipsychotík** (Bellido a kol., 2015). Podľa kvalitatívnej štúdie Sariah a kol. (2014) vnímajú adherenciu ako silný protektívny faktor aj samotní pacienti a ich blízki.

Na adherenciu má vplyv **náhl'ad na ochorenie**, ktorý by mal byť podporovaný v procese psychoterapie (Maramis a kol., 2021). V rámci terapie a intervenčných programov je taktiež potrebné pracovať **s obavami pacienta z relapsu**, ktorý môže zahŕňať obavy zo straty autonómie a sociálneho či profesijného fungovania. Týka sa nielen pacientov, ale aj blízkych osôb (Zukowska a kol., 2022).

Svoje miesto má určite **psychoedukácia pacienta**, ktorá nielen dodá informácie o príznakoch a priebehu ochorenia, ale naučí pacienta rozpoznávať včasné varovné príznaky a čo má robiť, keď sa tieto príznaky objavia (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Psychoedukácia sa pritom môže týkať **nielen samotného pacienta**, ale aj jeho **rodiny** (Alhadidi a kol., 2020).

Podpora rodiny alebo opatrovateľov patrí totiž medzi ďalšie ochranné faktory (Bellido a kol., 2015). Protektívne pôsobia najmä **kompetentnosť blízkej osoby, pozitívny postoj k liečbe a informovanosť o ochorení** (Intharit a kol., 2021). Aj z tohto dôvodu patria medzi vhodné preventívne opatrenia **rodinné intervencie** (Lecomte a kol., 2019), ktorých cieľom by malo byť podporiť rodinu v tom, aby povzbudzovala pacienta v užívaní liekov a pomôcť identifikovať účinné mechanizmy na zvládanie nežiadúcich účinkov farmakoterapie a stresujúcich životných udalostí (Pothimas a kol., 2020).

Protektívne môže pôsobiť aj to, či je pacient niekde **zamestnaný** (Maramis a kol., 2021). Zamestnanie podporuje pocit nezávislosti a zvyšuje sebaúctu pacientov (Sariah a kol., 2014).

Do určitej miery môže ako prevencia relapsu fungovať **pozitívne zvládanie udalostí**. Ak pacient zaujíma častejšie pozitívny postoj k ľuďom aj k situáciám a aktívne sa podieľa na sociálnych aktivitách, môže znížiť riziko relapsu (Wang a kol., 2020).

VÝSKUMNÁ ČASŤ

4 VÝSKUMNÝ PROBLÉM

Relaps predstavuje **jednu z najväčších výziev** liečby schizofrénie (Porcelli a kol., 2016). Týka sa **až 40 % pacientov** do jedného roka od prepustenia z nemocnice – a to aj napriek vhodnej liečbe (Barnett a kol., 2018).

Chronická povaha ochorenia s opakujúcimi sa relapsmi môže viesť **k zhoršeniu symptómov a sociálneho fungovania** (Kishimoto a kol., 2013) a **kognitívnych funkcií** (Jørgensen a kol., 2021). Ovplyvňuje **celkovú kvalitu života pacientov** ako aj ich **blízkych** (Pothimas a kol., 2020) a vytvára **ekonomickú záťaž** (San a kol., 2012). Každý relaps vytvára u jedinca **predispozíciu k ďalšiemu relapsu**, dokonca v kratšom časovom rozstupe (Jørgensen a kol., 2021). Tieto dôsledky je možné zmierniť vhodnou **prevenciou relapsu** (San a kol., 2012).

Prevencia relapsu patrí medzi **klúčové ciele liečby** (Schoeler a kol., 2017). K tomu, aby sme dokázali relapsu predchádzať, je potrebné lepšie porozumieť jeho konkrétnym prediktorom (Spaniel a kol., 2018) – teda identifikovať rizikové faktory, ktoré ho môžu ovplyvniť (Schoeler a kol., 2017). Tieto faktory sú veľmi komplexné, tak ako aj samotná diagnóza schizofrénie (Barnett a kol., 2018). Môžu byť **bio-psycho-sociálno-spirituálne** a ich poznanie môže pomôcť k vyššej informovanosti lekárov, pacientov aj ich rodín (Maramis a kol., 2021), či k tvorbe primárnych a sekundárnych preventívnych stratégií (Brasso a kol., 2021).

Ako uvádza Lal a kol. (2022), **podkladom** pre vypracovanie hodnotenia rizík a preventívnych intervencií môže byť práve **pochopenie pohľadu pacientov** na faktory, ktoré k relapsu prispievajú. Dôležitým zdrojom informácií však môžu byť napríklad aj **opatrovatelia, či blízke osoby** pacientov so schizofréniou (Zabihi Poursaadati a kol., 2021).

Hoci sa jedná o dlhšie skúmanú problematiku, podarilo sa identifikovať **len málo konzistentných faktorov** a ich prediktívna hodnota nie je vysoká. Hlavný prúd výskumu využíval kvantitatívny prístup (napr. Maramis a kol., 2021; Mi a kol., 2020; Pothimas a kol., 2020). V kontexte relapsu nájdeme len málo štúdií zaoberajúcich sa subjektívnym prežívaním pacientov so psychózou (Hui a kol. 2016). Intharit a kol. (2021) navyše zdôrazňujú možné rozdiely medzi faktormi v rôznych kultúrach. Aktuálne štúdie, ktoré by

sa zaoberali skúmaním konkrétnych rizikových a protektívnych faktorov u slovenskej či českej populácie sa nám nepodarilo dohľadať.

4.1. Výskumné ciele a otázky

Z tohto dôvodu sme sa rozhodli empirickú časť diplomovej práce zamerať práve na mapovanie faktorov, ktoré môžu riziko relapsu ovplyvniť – ako v pozitívnom, tak v negatívnom slova zmysle.

Hlavným cieľom diplomovej práce je **zmapovať pohľad na rizikové a protektívne faktory týkajúce sa relapsu schizofrénie z perspektívy pacientov.**

Vedľajším cieľom je vytvoriť z výsledkov výskumu stručné edukačné materiály vo forme infografiky týkajúce sa prevencie relapsu určené pacientom a ich blízkym. Tieto edukačné materiály by mohli byť poskytnuté nemocnici F. D. Roosevelta.

Na základe týchto cieľov výskumu sme formulovali nasledujúce výskumné otázky:

- 1. Aké sú rizikové faktory relapsu u pacientov so schizofróniou?*
- 2. Aké sú protektívne faktory relapsu u pacientov so schizofróniou?*
- 3. Aké varovné signály pacienti vnímajú pri blížiacom sa relapse?*
- 4. Aké stratégie pacienti využívajú, aby predchádzali relapsu?*

5 PRÍSTUP VÝSKUMU A POUŽITÉ METÓDY

V nasledujúcej kapitole sa budeme venovať typu výskumu, metódam získavania dát, spracovania a analýzy dát, predstavíme náš výskumný súbor a samozrejme sa pozrieme na etické aspekty výskumu.

5.1 Prístup a typ výskumu

S ohľadom na náš výskumný zámer sme ako základný prístup výskumu zvolili kvalitatívny prístup, ktorý Miovský (2006, 17) definuje ako prístup, „*ktorej pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod.*“.

Kvalitatívny prístup sa zameriava predovšetkým na štúdium **podstaty javov** a je vhodný napríklad pre zodpovedanie otázok prečo sa niečo deje, pre hodnotenie komplexných intervencií a pre zlepšenie intervencií (Busetto a kol., 2020).

Dôraz sa pri výklade skúmaných fenoménov kladie predovšetkým na pohľad účastníkov či pozorovateľov výskumu (Hartl, 2004), pričom kľúčovými sú práve **jedinečnosť a neopakovateľnosť týchto fenoménov** (Miovský, 2006).

Je charakteristický svojou **flexibilitou, otvorenosťou** a schopnosťou **pohotovo reagovať na kontext**, čo patrí medzi hlavné výhody tohto prístupu (Busetto a kol., 2020). Hendl (2008) sem tiež radí možnosť **popísať určitý fenomén viac do hĺbky** v kontexte jeho **prirodzeného prostredia**. Kvalitatívne dáta môžu byť podkladom pre klinickú prax, naznačiť, ako podporovať ľudí, ktorí žijú s chronickými ochoreniami a prispieť k vzdelávaniu a informovanosti komunity (Hammarberg a kol., 2016).

Naopak, nevýhodou kvalitatívneho prístupu je **nemožnosť zovšeobecnenia poznatkov na populáciu, časová náročnosť, možnosť ovplyvnenia výsledkov výskumníkom a náročnosť formulovania predikcií či testovania hypotéz a teórií** (Hendl, 2008).

Ako typ výskumu sme zvolili **prípadovú štúdiu**. Prípadová štúdia patrí medzi najrozšírenejšie typy kvalitatívneho výskumu v oblasti psychológie, ale aj ďalších odborov, ako napríklad histórie, vzdelávania a medicíny (Starman, 2013). Kľúčovým objektom

záujmu v prípadovej štúdii je **jasne definovaný a ohraničený prípad**. Vďaka tomuto typu výskumu môžeme zdôrazniť komplexnosť prípadu, nájsť vychádzajúce miesta pre hľadanie vplyvov a súvislostí v kontexte prípadu, či na úrovni prípadu spätne kontrolovať výsledky predchádzajúcich výskumov (Miovský, 2006). V prípade dobre prevedenej prípadovej štúdie môžeme skúmaný prípad zaradiť do širšieho kontextu a zároveň nám umožňuje lepšie pochopiť ďalšie podobné prípady (Hendl, 2008).

5.2 Metóda získavania dát

V prípade metódy získavania dát sme zvolili **pološtruktúrované interview**, ktoré sme zaznamenávali prostredníctvom audiozáznamu. Audiozáznam bol so súhlasom respondentov nahrávaný na mobilný telefón.

Interview patrí medzi **najrozšírenejšie metódy** získavania kvalitatívnych dát, ktorá nám poskytuje hĺbkové informácie o skúsenostiach a názoroch respondentov na určitú tému (Turner, 2014). Podľa Miovského (2006) patrí v kontexte kvalitatívneho výskumu medzi **najvhodnejšie metódy**, pričom práve pološtruktúrované interview je jeho najrozšírenejšia forma.

Pološtruktúrované interview sa obvykle riadi **vopred vypracovanou schémou otázok** zameraných na kľúčovú tému, čím nám poskytuje **základnú osnovu**. Zároveň ale necháva **priestor pre rozvíjanie ďalších tém**, ktoré sa môžu v priebehu rozhovoru objaviť (Magaldi & Berler, 2020). Takáto schéma vopred pripravených otázok neslúži k tomu, aby bola čítaná v každom rozhovore doslova a v rovnakom poradí – naopak, **umožňuje prirodzený priebeh rozhovoru**, pričom súčasne poskytuje **ohraničenie základnou témou**. Obsahuje otvorené otázky nadväzujúcimi pod otázkami, o ktoré sa môže výskumník v priebehu rozhovoru oprieť (Adeoye-Olatunde & Olenik, 2021).

Základnú schému otázok sme tvorili tak, aby reflektovali výskumné otázky ako aj hlavný cieľ práce. Pri ich formulácii sme sa riadili podľa dostupnej literatúry na danú tému a podľa odporúčaní Turnera (2014) sme sa otázky snažili formulovať tak, aby boli čo najviac neutrálne a nenavádzali respondentov ku konkrétnym odpovediam. Formulovali sme **8 základných otázok určených pre pacientov so schizofréniou**. Tieto otázky boli tiež konzultované s prednostom na psychiatrickom oddelení a s etickou komisiou nemocnice:

1. *Spomeňte si prosím na obdobie, kedy vaše ochorenie bolo stabilizované, no opäť sa vrátilo a museli ste byť hospitalizovaní. Ako u vás relaps prebiehal?*

2. *Čo hospitalizácii a vypuknutiu relapsu predchádzalo?*
3. *Aké sú podľa vás príčiny toho, že sa u vás relaps objavil?*
4. *Dokážete rozpoznať varovné signály toho, že sa relaps ochorenia blíži? Ako? Aké sú tieto varovné signály?*
5. *Napadajú vám nejaké dôvody, kvôli ktorým je zvládanie ochorenia pre vás ťažšie? Aké konkrétne?*
6. *Využívate nejaké spôsoby, ktorými sa snažíte relapsu predchádzať?/Čo robíte preto, aby ochorenie zostalo stabilizované?*
7. *Čo vám pomáha ochorenie ako také zvládať?*
8. *Čo si prípadne myslíte, že by vám ešte mohlo pomôcť predchádzať relapsu?*

Rozhovory sme s cieľom triangulácie dát doplnili o skúsenosti blízkych osôb pacientov so schizofréniou. Túto osnovu otázok tvorilo 6 základných otázok:

1. *Spomeňte si prosím na obdobie, kedy bolo ochorenie u vášho blízkeho stabilizované, no opäť sa vrátilo a musel byť hospitalizovaný. Nastal relaps ochorenia. Ako u vášho blízkeho relaps prebiehal? (Ako to vypadalo, čo sa dialo)*
2. *Čo tomuto obdobiu predchádzalo?*
Aké sú podľa vás príčiny toho, že sa relaps objavil?
3. *Pozorujete u vášho blízkeho nejaké varovné signály toho, že sa relaps ochorenia potenciálne blíži? Aké?*
4. *Napadajú vám nejaké dôvody, kvôli ktorým je pre vášho blízkeho ochorenie ťažšie? Aké konkrétne?*
5. *Čo mu naopak podľa vás pomáha ochorenie zvládať?*
6. *Čo si prípadne myslíte, že by mu mohlo pomôcť relapsu predchádzať?*

Formulácia otázok patrí nepochybne medzi najdôležitejšie súčasti procesu tvorby rozhovoru (Turner, 2014). Ferjenčík (2000) ju radí **do prípravnej fázy** vedenia interview.

V **úvodnej fáze** (Ferjenčík, 2000) sme sa tiež zamerali na voľbu najvhodnejšieho prostredia podľa možností nemocnice a pacientov. Každému respondentovi sme pri osobnom stretnutí vysvetlili ciele a priebeh výskumu s dôrazom na dobrovoľnú účasť a možnosť kedykoľvek z výskumu odstúpiť, keďže našim cieľom bolo vytvoriť čo najviac bezpečnú atmosféru, podľa odporúčaní Turnera (2014).

Po úvodnej fáze nasleduje etapa **jadra rozhovoru**, ktorej cieľom je získanie tzv. **jadrových informácií** (Ferjenčík, 2000). V tejto fáze išlo o samotný rozhovor s respondentom podľa základných a doplňujúcich otázok.

Napokon, **záverečná fáza rozhovoru** je podstatná najmä pre samotných respondentov (Ferjenčík, 2000), ktorí mali priestor na akékoľvek doplnenie či ich prípadné otázky, ktoré ešte z rozhovoru vyplynuli. V úplnom závere sme respondentom poďakovali za ich čas a ochotu sa výskumu zúčastniť a obohatiť tak výskum týkajúci sa relapsu u pacientov so schizofréniou.

Úplne **poslednou etapou** je už vyhodnotenie interview, v ktorej nastáva samotné spracovanie a analýza dát (Turner, 2014).

5.3 Metóda spracovania a analýzy dát

Ako metódu analýzy dát sme podľa nášho výskumného cieľa a otázok zvolili **tematickú analýzu**, pre ktorú sme využili program pre analýzu kvalitatívnych dát **Atlas.ti** a tiež textový procesor **Microsoft Word**. Tematická analýza je metóda, pomocou ktorej môžeme v kvalitatívnych dátach **identifikovať, analyzovať a nachádzať určité témy** či **vzorce**, avšak na rozdiel od zakotvenej teórie necieli na vytvorenie teórie, ktorá by vychádzala zo získaných údajov (Braun & Clarke, 2006).

Ide o presah počítania slov a fráz (Guest a kol., 2012), či o obyčajné zhrnutie údajov (Maguire & Delahunt, 2017). Metóda sa zameriava na identifikáciu jednotlivých tém – na popis implicitných aj explicitných myšlienok v dátach, čo vyžaduje značnú angažovanosť a schopnosť interpretácie na strane výskumníka (Guest a kol., 2012). Cieľom dobrej tematickej analýzy je teda dáta interpretovať a dať im určitý zmysel (Maguire & Delahunt, 2017).

Môžeme ju považovať za flexibilný výskumný nástroj, vďaka ktorému získavame bohatý, podrobný a do určitej miery komplexný prehľad údajov. Samotná analýza pozostáva zo 6 hlavných krokov (Braun & Clarke, 2006). Podľa tohto odporúčaného postupu sme v procese analýzy dát postupovali aj my, pričom – ako zdôrazňujú aj samé autorky, sme sa k jednotlivým fázam opakovane vracali z dôvodu, aby sme nevynechali žiadne dôležité údaje.

1. Zoznámenie sa s dátami

V prvej fáze ide o prepis verbálnych dát do písomnej podoby, čo môže slúžiť aj ako prvý spôsob zoznámenia sa s dátami. Pred kódovaním je nutné sa s dátami zoznámiť – ideálne opakovaným čítaním. Tejto fáze, ako aj ostatným, je potrebné venovať náležitý čas aj pozornosť, pričom je možné začať tvoriť vlastné poznámky a prvé nápady kódov (Braun & Clarke, 2006).

Naším prvým krokom teda bola **transkripčia audiozáznamu do písomnej podoby**. K tomuto účelu sme zvolili textový procesor **Microsoft Word**. Prepis sme kontrolovali opakovaným počúvaním a súbežným čítaním prepísaných dát. Textovú podobu dát sme ešte pred samotnou analýzou podrobili redukcii 1. rádu, ktorá nám umožňuje vynechať nepodstatné údaje, slovnú vodu apod. (Miovský, 2006).

2. Generovanie počiatkových kódov

Už ako nám napovedá samotný názov druhého kroku, cieľom je vytvoriť počiatkový zoznam kódov a poznamenať si zaujímavých informácií, ktoré z dát vyplývajú. V tejto fáze bývajú kódy viac špecifické a úzke, nejde ešte o tvorbu všeobecnejších tém (Braun & Clarke, 2006).

Všetky rozhovory sme teda okódovali počiatkovými kódmi, pričom rozhovory sme prechádzali a kódovali opakovane s tým, ako vznikali nové kódy. Ukážka tvorby počiatkových kódov je znázornená v tabuľke 3:

Tabuľka 3: Ukážka tvorby počiatkových kódov

Úryvok rozhovoru	Priradený kód
„Lebo po 3 rokoch sa mi to znova zjavilo, keď som vysadila tabletky.“	Kontrolované vysadenie liekov
„Zase kvôli láske, len teraz som na túto psychiatriu, zase len kvôli žene.“	Stres zo vzťahov
„Lieky ja beriem viete, ale keď už ráno beriem lieky a niekedy už o desiatej som opitý, viete, to nie je bohviečo.“	Alkohol/Nevhodný životný štýl
„Veľmi mi pomáha mama, veľmi. Vždy mi pomohla, nikdy ma nenechala.“	Podpora rodiny/Vnímaná podpora okolia
„Užívam lieky, chodím na kontroly.“	Spolupráca v liečbe

3. Hľadanie tém

Tretia fáza tematickej analýzy je charakteristická hľadaním potenciálnych tém na základe triedenia počiatočných kódov, pričom dochádza k ich neustálemu porovnávaniu. Úlohou výskumníka je zvážiť, ako je možné jednotlivé kódy roztriediť, skombinovať a vytvoriť tému, ktorá bude zastrešujúca (Braun & Clarke, 2006).

V tomto kroku sa nám najviac osvedčilo kreslenie myšlienkových máp klasicky na papier a neskôr pre prehľadnejšie zobrazenie tém a ich subtém ich usporiadanie v tabuľkách. Ukážka tvorby zastrešujúcich tém je znázornená v tabuľke 4:

Tabuľka 4: Ukážka tvorby tém

Kódy	Téma
Alkohol Marihuana Iné drogy	Užívanie návykových látok
Konfliktné vzťahy Stigmatizácia	Negatívny vplyv okolia
Stres z práce Stres zo vzťahov	Stres
Kontrolované vysadenie liekov Nonadherencia	Prerušenie liečby
Dohľad okolia Podpora rodiny Vnímaná podpora okolia	Sociálna opora

4. Preskúvanie tém

Štvrtý krok obsahuje prepracovanie a zdokonaľovanie tém, ktoré boli vytvorené v predošlom kroku. Tie môžu zaniknúť, zlúčiť sa, či sa naopak rozdeliť do ďalších samostatných tém. Údaje jednotlivých tém by mali byť zmysluplne prepojené, no zároveň je potrebné, aby medzi témami existovali jasné rozdiely (Braun & Clarke, 2006).

V tomto kroku napríklad došlo k zlúčeniu pôvodne dvoch samostatných tém negatívny vplyv okolia a stres, z ktorých vznikla zastrešujúca téma psychosociálny stres. Zanikla tiež samostatná subtéma stres zo vzťahov, keďže tento faktor sa prekrýval a je zahrnutý v subtéme konfliktné vzťahy.

5. Definovanie a pomenovanie tém

Piata fáza spočíva v identifikácii podstaty každej témy, spresnenia s pomocou prípadných subtém a pomenovanie tém čo najviac stručne a výstižne (Braun & Clarke, 2006). Podľa týchto odporúčaní sme identifikovali hlavné témy a v prípade komplexnejšej témy aj ich subtémy.

6. Spísanie správy

V závere analýzy sa výskumník venuje spísaniu správy na základe konečných objavených tém (Braun & Clarke, 2006). Táto časť analýzy je prezentovaná v kapitole 6 Výsledky.

5.4 Výskumný súbor

Náš hlavný výskumný súbor tvoria pacienti s diagnózou schizofrénie, pričom rozhovory s nimi boli z dôvodu triangulácie dát doplnené o rozhovory s ich blízkymi osobami.

Kritériami pre zaradenie do výskumu na strane pacientov boli plnoletosť, diagnóza schizofrénie F20 podľa MKCH-10, ktorá bola udelená najmenej pred 6 mesiacmi, prekonanie minimálne 1 relapsu, ktorý je chápaný ako zhoršenie symptómov do tej miery, že stav vyžadoval hospitalizáciu, v čase rozhovoru stabilizovaný stav s náhľadom na ochorenie a samozrejme, ochota sa výskumu dobrovoľne zúčastniť.

Čo sa týka kritérií pre zaradenie do výskumu na strane blízkych osôb pacienta, patrí sem plnoletosť a spolužitie v jednej domácnosti s pacientom.

S ohľadom na kvalitatívny prístup výskumu sme pre získanie respondentov volili **nepravdepodobnostné metódy výberu**. U týchto metód sa na rozdiel od pravdepodobnostných metód nepracuje s náhodnosťou výberu, metódy výberu sú viac **subjektívne** (Elliott & Valliant, 2017). Inými slovami, využívajú postup, pri ktorom nemajú všetci účastníci rovnakú šancu pre zaradenie do výskumného súboru. Dôvody, pre využitie nepravdepodobnostných metód výberu sú rôzne – od nemožnosti dostatočne definovať populáciu až po finančné a časové dôvody (Etikan., 2016).

Existujú **rôzne typy nepravdepodobnostných metód** výberu (Elliott & Valliant, 2017), pričom najčastejšie sa využíva **kombinácia metód**, ktoré sa v priebehu výskumu menia (Miovský, 2006). To, ktoré metódy budú použité, je potrebné starostlivo zvážiť s ohľadom na **typ, povahu a cieľ výskumu** (Etikan., 2016). Dôležité je do súboru zahrnúť čo najviac charakteristík našej cieľovej populácie a v ideálnom prípade sa pokúsiť o **saturáciu dát** (Miovský, 2006).

Pre účely našej práce sme zvolili metódu **zámerného výberu cez inštitúciu**, **prostého zámerného výberu** a **metódu samovýberu**.

Metóda **zámerného výberu** je podľa Miovského (2006) najrozšírenejšia nepravdepodobnostná metóda výberu. Vyznačuje sa **zámerným vyhľadávaním** participantov, ktorí spĺňajú stanovené charakteristiky a kritériá pre zaradenie do výskumného súboru.

Väčšina respondentov bola vybraná na základe **zámerného výberu cez inštitúciu**, konkrétne cez II. Psychiatrickú kliniku Fakultnej nemocnice s poliklinikou F. D. Roosevelta v Banskej Bystrici. Inštitúcia bola vybraná z dôvodu časovej i finančnej dostupnosti pre dochádzanie, z možností poskytnutia väčšieho súboru pacientov a z dôvodu záujmu zapojenia do výskumu už počas bakalárskej práce. Ďalšie oslovené inštitúcie spoluprácu na výskume odmietli z časových dôvodov.

Inštitúcie boli oboznámené s cieľom a priebehom výskumu, aj kritériami pre výskumný súbor najprv prostredníctvom sprievodného listu, neskôr prostredníctvom telefonického rozhovoru. Ideový plán výskumu bol tiež prezentovaný online na zasadnutí etickej komisie FNsPP F. D. Roosevelta v Banskej Bystrici.

V prípade, že sa v zariadení vyskytol pacient, ktorý spĺňal naše kritériá, bol oslovený s ponukou účasti na výskume. Týmto spôsobom sa nám podarilo získať 5 respondentov. 1 respondent sa zúčastnil na základe **samovýberu**, keďže sa o výskume dozvedel počas realizácie rozhovorov už priamo na klinike a oslovil nás z vlastnej iniciatívy. 2 respondenti boli získaní prostredníctvom **prostého zámerného výberu**.

Výskumný súbor pacientov teda tvorilo 8 respondentov, 5 mužov a 3 ženy vo vekovom rozmedzí 32 – 57 rokov. Pre lepší prehľad sme charakteristiky respondentov uviedli v tabuľke č. 5, kde je poradie respondentov zvolené postupne podľa realizácie rozhovorov. Poradie sme zachovali aj v kapitole 6 Výsledky, v ktorej respondentov predstavujeme ešte o niečo bližšie.

Tabuľka 5: Výskumný súbor pacientov

Respondent	Pohlavie	Vek	Vek nástupu ochorenia	Dĺžka trvania ochorenia	Počet relapsov
R1	Muž	41	18	23 rokov	5
R2	Muž	33	21	12 rokov	2
R3	Žena	39	36	3 roky	1
R4	Muž	51	23	28 rokov	16
R5	Muž	57	25	32 rokov	3
R6	Žena	52	35	17 rokov	5
R7	Muž	33	18	15 rokov	3
R8	Žena	32	30	2 roky	1

Ako bolo spomenuté vyššie, s ohľadom na trianguláciu dát sme rozhovory s pacientmi **doplnili o rozhovory s blízkymi osobami**, ktoré žijú s pacientmi **v jednej domácnosti**. Hoci všetky spĺňali toto kritérium, nešlo čisto o blízke osoby pacientov, ktorí už boli v našom výskumnom súbore. Niektorí naši respondenti žili v domácnosti sami, prípadne ich blízke osoby účasť na výskume odmietli.

Celkovo sa nám podarilo realizovať rozhovory s **3 respondentkami**, ktoré boli vybrané na základe **samovýberu** skrz letáčik na psychiatrickej klinike a **prostého zámerného výberu**. Dve respondentky žili v jednej domácnosti s pacientmi, ktorí sa výskumu nechceli zúčastniť. Jedna respondentka bola blízkou osobou pacientky z nášho výskumného súboru.

Tabuľka 6: Výskumný súbor blízkych osôb pacientov

Respondent	Pohlavie	Vek	Vzťah k pacientovi
R9	Žena	42	Partnerka
R10	Žena	57	Matka
R11	Žena	23	Dcéra

5.5 Etické aspekty výskumu

Základným etickým princípom a predpokladom výskumu bola **dobrovoľná účasť**. V prípade, že sa na klinike vyskytli potenciálni respondenti, zdravotnícky personál nás kontaktoval telefonicky.

V prípade blízkych osôb pacientov boli respondenti oslovení buď prostredníctvom samotných pacientov, ktorí sa zapojili do výskumu, prípadne nás respondenti kontaktovali sami na základe letáčku, ktorý dostali na psychiatrickej klinike.

Potenciálnym respondentom sme účel aj priebeh výskumu predstavili bližšie osobne a v prípade, že prejavili o účasť na výskume záujem, boli oboznámení so skutočnosťou, že rozhovor bude pre účely presnejšieho prepisu do písomnej podoby **zachytený na audiozáznam**, ktorý slúžil čisto **pre účely výskumu a po jeho ukončení bude vymazaný**. Zároveň boli informovaní o **anonymizácii osobných údajov** a dát, ktoré by mohli viesť k ich identifikácii. Respondentom bola opakovane zdôraznená dobrovoľná účasť a **možnosť kedykoľvek z výskumu odstúpiť** – a to samozrejme **aj v priebehu či po ukončení rozhovoru**. Tieto informácie im boli podané najprv ústne a pred samotným započatím rozhovoru mali možnosť si ich v kľude prečítať **na informovanom súhlase**, ktorý pred zaradením do výskumu podpísal každý z respondentov. Všetci respondenti dostali pred aj po ukončení rozhovoru **priestor na prípadné otázky či zdieľanie pocitov a myšlienok**, ktoré v priebehu rozhovoru vyplynuli.

S údajmi respondentov bolo počas celého výskumu narábané v súlade so zákonom č. **18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov**.

Audiozáznamy, ktoré boli zachytené na mobilný telefón boli po skončení rozhovoru premiestnené do počítača **chráneného heslom**.

Pri prepise rozhovorov došlo k **anonymizovaniu osobných údajov** a údajov, ktoré by mohli viesť k identifikácii osoby, ako napríklad mená lekárov, blízkych osôb, názvy psychiatrických zariadení či konkrétnych miest. Mená respondentov boli pre účely výskumu nahradené označením R1 až R8 v prípade pacientov, v prípade blízkych osôb boli navyše použité označenia vzťahu k pacientovi – R9 partnerka pacienta, R10 matka pacientky a R11 dcéra pacientky.

Počas výskumu **nedošlo ku klamaniu ani zatajovaniu informácií** pred respondentmi. Účastníci boli motivovaní výhradne možnosťou prispieť k vedeckému

poznaniu, forma motivácie prostredníctvom materiálnej odmeny za účasť na výskume nebola využitá.

6 VÝSLEDKY

V nasledujúcej kapitole budeme postupne prezentovať výsledky analýzy dát, ktoré boli získané prostredníctvom tematickej analýzy.

6.1 Predstavenie respondentov

Pred samotným zodpovedaním výskumných otázok si dovoľíme stručne predstaviť respondentov z výskumného súboru pacientov.

R1, muž, 41 rokov

Ochorenie sa u respondenta začalo objavovať v jeho 18 rokoch, kedy začal užívať marihuanu a tvrdšie drogy. Počas trvania ochorenia zažíva obdobia remisie, avšak po určitej dobe sa napokon dostaví relaps. Jeho najdlhšia remisia trvala 5 rokov, kedy chodil do práce a podľa jeho slov, konečne normálne fungoval. Je si vedomý povahy ochorenia a stratégií, ktoré by mal dodržiavať pre udržiavanie remisie, avšak on sám uvádza, že má na to slabú vôľu. Priznáva problémy s drogami, kvôli ktorým bol opakovane vo väzbe. Relaps ochorenia zažil celkovo 5-krát, pričom bol opakovane hospitalizovaný nedobrovoľne. Dvakrát sa relaps objavil vo väzbe. Pri poslednom relapse vysadil lieky a začal vo väčšej miere užívať marihuanu a pervitín.

Opakovaný relaps pripisuje najmä problémom s drogami a prípadne informačnému zahlteniu. Jeho cieľom je „zostať čistý“, zamerať sa viac na koníčky – opravovanie motorky a ruský jazyk a tiež si nájsť prácu, ktorú vnímal, že mu v remisii veľmi pomáhala.

R2, muž, 33 rokov

U respondenta hospitalizácii predchádzalo vnímanie bolesti a rezania v oblasti tváre. Pomoc vyhľadal vďaka jeho sestre, na ktorú sa obrátil práve kvôli obavám, že má v zube umiestnený čip, ktorý mu bolesti spôsoboval. Dúfal, že mu sestra pomôže vybaviť v nemocnici vyšetrenie a röntgen.

V dobe relapsu na svoje ochorenie nemal náhľad, ten sa mu podarilo získať až na psychiatrickej klinike po nasadení liekov. Predtým lieky svojvoľne vysadil a prestal chodiť na kontroly. Keďže sa už cítil dobre, nevnímal potrebu pokračovať v liečbe a chodiť na kontroly. Vďaka opätovnej hospitalizácii si ale uvedomil, že mu lieky pomáhajú.

R3, žena, 39 rokov

U respondentky sa príznaky ochorenia začali znovu objavovať po 3 rokoch od prvej epizódy v období, kedy vysadila antipsychotiká. Vysadenie bolo kontrolované a predpísané ošetrovateľskou lekárkou. Prvé príznaky, ktoré na sebe začala vnímať boli, že sa začala rozprávať sama so sebou. Neskôr však začala mať problém s tým, že pociťovala, akoby jej niekto vsúval cudzie myšlienky, ktoré ju vydesili svojím obsahom. Pociťovala, akoby sa jej tie myšlienky drali na jazyk, celý čas sa snažila kontrolovať, čo ju značne unavovalo. Na tieto príznaky mala zachovaný náhľad a zverila sa s nimi rodičom. Tí jej pomohli vyhľadať pomoc. Podľa jej slov bol návrat ochorenia omnoho silnejší, než bola jej prvá epizóda.

Pred samotným relapsom pociťovala väčší stres v práci, avšak samú ju prekvapilo, ako náhle sa to všetko zbehlo. Zatiaľ nemá žiadne stratégie, pomocou ktorých by mohla ochoreniu predchádzať. Spolieha sa na svoju sebakontrolu, ktorú sa jej podarilo zachovať aj počas relapsu.

R4, muž, 51 rokov

Respondent uviedol, že na psychiatrii bol hospitalizovaný už 17-krát. Obdobie pred posledným relapsom vnímal, akoby mu bolo „tam von“, mimo psychiatrie, už dlho a tak sám začal podnikáť kroky, o ktorých si myslel, že mu dopomôžu k ďalšej hospitalizácii. Zároveň však uviedol, že to preňho bolo nezvyčajné, keďže predtým bol vždy hospitalizovaný nedobrovoľne.

Za ten čas sa už na sebe naučil pozorovať varovné príznaky – najmä problémy so spánkom a úbytok hmotnosti. Uvedomuje si tiež zvýšený výskyt bludov a halucinácií, pričom odkedy prešiel na kresťanstvo, majú najmä religiózny obsah.

Je si vedomý stratégií, ktoré by mohol využívať, aby zvýšil pravdepodobnosť predchádzania relapsu, avšak podľa jeho slov nie je ochotný ich dodržiavať, najmä nie je ochotný vzdať sa alkoholu a príležitostného užívania marihuany.

R5, muž, 57 rokov

Respondent bol opätovne hospitalizovaný kvôli pokusu o samovraždu. Tomu predchádzali konflikty s jeho ženou, ktoré sa začali vyostrovať. Podľa jeho slov je na ženu veľmi naviazaný, nedokáže si predstaviť, že by fungoval sám, hoci žene veľa vecí vyčíta. V minulosti bol hospitalizovaný viackrát, pričom podľa neho mu pomohla „postaviť sa na nohy“ práve jeho žena. Myslí si, že sám to už nedokáže. Uvádza problémy s alkoholom,

ktoré ale necíti, že by potreboval momentálne riešiť. Na ďalších príbuzných sa nedokáže spoliehať, kamarátov nemá.

R6, žena, 52 rokov

Respondentka bola celkovo hospitalizovaná už 5-krát. Ochorenie bolo dlhú dobu stabilizované, avšak v posledných rokoch sa začalo vracat' častejšie. Stav respondentky sa začal podľa nej výraznejšie zhoršovať kvôli problémovému vzťahu s vtedajším partnerom a kvôli zvýšenej konzumácii alkoholu. V tej dobe taktiež prestala užívať predpísané lieky. V súčasnosti už liečbu dodržiava podľa pokynov lekára a okrem farmakoterapie podstupuje tiež ECT.

Čo sa týka varovných príznakov, relapsu často predchádzajú problémy so spánkom a niekedy úbytok na hmotnosti, avšak stáva sa, že nemá energiu nikam zájsť a vyhľadať pomoc. V takých chvíľach jej najviac pomáhajú synovia, ktorí sú jej najväčšou oporou a pomáhajú jej, aby na zvládanie ochorenia nebola sama.

R7, muž, 33 rokov

U respondenta sa ochorenie začalo rozvíjať po nárazovom užívaní tvrdších drog – pervitínu a extázy. Marihuanu užíval pravidelne aj v období remisie po prvej epizóde.

Relaps sa u respondenta objavil po 2 rokoch od prvej epizódy, čo bolo v čase nástupu do novej práce. Tá vyžadovala prácu na nočné zmeny, pričom v tej dobe trpel nedostatkom spánku. Pomoc vyhľadal z vlastnej iniciatívy.

Najdlhšie obdobie remisie sa mu darilo udržiavať 9 rokov. V tej dobe prestal s užívaním návykových látok. Ďalšie hospitalizácie pripisuje predovšetkým problémom v láske a konfliktom, ktoré sa odohrali medzi ním a matkou. Po poslednej hospitalizácii ale vníma určité zlepšenie vzťahov – partnerského, s rodičmi a aj medzi jeho partnerkou a rodičmi. Vníma z ich strany veľkú oporu.

R8, žena, 32 rokov

U respondentky trvá ochorenie 2 roky, momentálne prežila svoj prvý relaps. Ten sa objavil po rozchode zo vzťahu a po jednorazovej konzumácii nadmerného množstva alkoholu. V ten večer bola sama, ale začala si uvedomovať, že sa niečo deje, pociťovala veľké obavy. Preto zavolať svojim rodičom a tí ju odviezli do nemocnice, kde ju ihneď hospitalizovali.

Po celý čas remisie liečbu dodržiavala, predpísané lieky vnímala ako veľkú pomoc a úľavu, a to aj napriek vedľajším účinkom. Je vdáčna svojim rodičom, ktorí jej pomáhajú ochorenie zvládať a veľa vecí vybaviť. Od kamarátov a rovesníkov sa však kvôli ochoreniu cíti izolovaná, má pocit, že sa viac stiahla do svojho sveta.

Návrat ochorenia ju vystrašil, preto uvažuje nad spôsobmi, ktorými by mohla podporiť udržiavanie remisie. Zvažuje pravidelné návštevy psychoterapeutky, ale najmä sa chce vyhýbať alkoholu.

6.2 Rizikové faktory relapsu

V tejto podkapitole sa zameriame na predstavenie výsledkov a zodpovedanie prvej výskumnej otázky: *Aké sú rizikové faktory relapsu u pacientov so schizofréniou?*

V procese analýzy rozhovorov s pacientmi sme identifikovali **5 hlavných tém**, ktoré predstavujú rizikové faktory objavenia sa relapsu. Väčšina týchto tém obsahuje tiež subtémy, ktorých súhrn sme uviedli v tabuľke 7.

Tabuľka 7: Rizikové faktory relapsu

Téma	Subtéma
Prerušenie liečby	Nonadherencia
	Kontrolované vysadenie liekov
Psychosociálny stres	Konfliktné vzťahy
	Stigmatizácia
	Stres z práce
	Náročné prežívanie života „von“
Užívanie návykových látok	Užívanie alkoholu
	Užívanie marihuany
	Užívanie iných psychoaktívnych látok
Vnímaná slabá vôľa	Neschopnosť jednať
	Nevhodný životný štýl
Nedostatok spánku	

6.2.1 Prerušenie liečby

Neprekvapivým faktorom, ktorý môže zvýšiť pravdepodobnosť prepuknutia relapsu je prerušenie liečby – ako kontrolované, tak samovoľné. Podľa toho sme túto tému rozdelili do 2 subtém.

Niektorí respondenti liečbu prerušili svojvoľne bez konzultácie s lekárom – v zmysle vynechania kontroly a/alebo prerušenia farmakoterapie. Tento prípad sme označili subtémom **nonadherencia**.

Respondenti, ktorí prestali chodiť na kontroly alebo užívať lieky na základe vlastného rozhodnutia toto obvykle racionalizovali, predovšetkým nedostatkom času, prípadne zlepšením stavu: „*No lebo som prestal chodiť aj na kontroly, aj lieky som prestal brať, ani lieky ani injekcie, ani som nebol na kontrole. Sa to vrátilo, neviem. Som sa cítil dobre, nebol čas,*“ (R2).

Zhoršenie stavu pri prerušení liečby vnímajú aj blízke osoby pacientov: „*keď vynechá kontrolu, tak vtedy sa to tak zhoršilo, lebo viete, on chodí na tie injekcie, mu pichnú niečo, lebo tabletky, to by neužíval,*“ (partnerka pacienta, R9). Obdobia striedania (non)adherencie popísala zase dcéra pacientky R11, ktorá naznačila aj riziko vedľajších účinkov, ktoré môžu k prerušeniu liečby prispievať: „*Ona má také obdobia, že chvíľu užíva ako má, ale potom si dá pauzu, lebo jej vadí, že pribrala.*“

Pre komplexnosť témy ale uvádzame aj druhú subtému – **kontrolované vysadenie liekov**. Podľa skúseností respondentky sa ochorenie síce začalo vracieť po vysadení liečby, avšak toto vysadenie bolo kontrolované a prebehlo po konzultácii s ošetrojúcou lekárkou. Pacientka sa po celý čas riadila odporúčanou liečbou: „*Lebo po 3 rokoch sa mi to znova zjavilo, keď som vysadila tabletky...Normálne som ich užívala podľa doktorky, dávky na začiatku boli iné, ona mi potom odoberala,*“ (R3).

6.2.2 Psychosociálny stres

Jednu z najvýznamnejších rolí z hľadiska prevencie, ale aj rizika prepuknutia relapsu zohráva nepochybne okolie pacienta a s ním spojené prežívanie psychosociálneho stresu. V tejto téme sme identifikovali 4 subtémy: konfliktné vzťahy, stigmatizácia, stres z práce a náročné prežívanie života „von“.

Konfliktné vzťahy a s nimi prežívaný stres patrili medzi opakujúci sa dôvody, ktorý u respondentov predchádzal relapsu: „*Že čo tomu predchádzalo? No, ak by som mala zájsť do podrobností... súviselo to čiastočne aj so vzťahmi,*“ (R6).

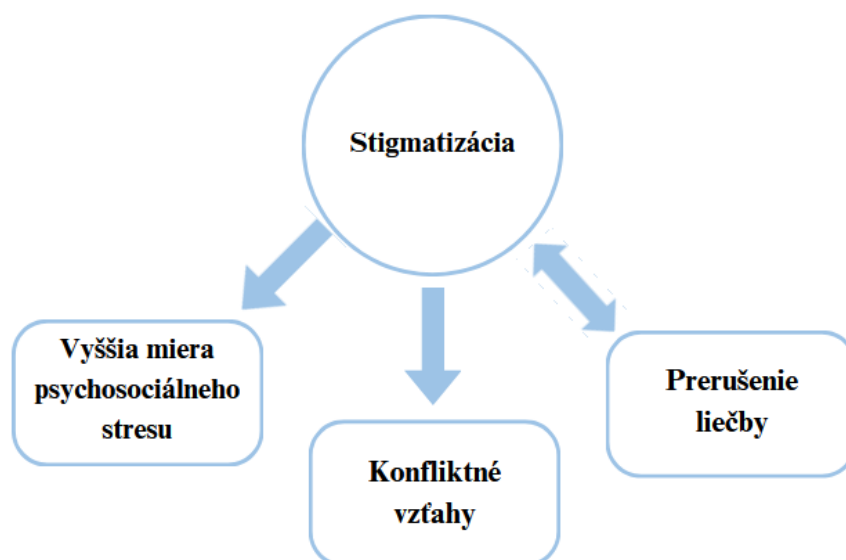
Vzťahy boli ako konfliktné vnímané už dlhodobo, pričom sa postupne ešte zhoršovali, ako napríklad v prípade respondenta R5: „*Rodinné konflikty. Prestali sme si rozumieť so ženou. Vzdŕaľovali sme sa od seba. Ale to už trvá vyše dvoch rokov. Začalo sa to zostrovať, ona obvinila mňa, ja ju. Takže tak to asi začalo*“, prípadne, ďalší 4 respondenti uvádzali náhly závažnejší konflikt, ktorý viedol k hospitalizácii: „*Len, prišla táto kríza a potom som sa, ešte som sa pohádal s rodičmi, lebo mama mala problémy psychické...tak my sme sa hádali a to vyvrcholilo vlastne tým, že som sa sem dostal,*“ (R7).

Konflikty vnímali ako čiastočne rizikový faktor aj blízke osoby pacientov: „*Občas sme sa aj...No občas som mu to vyčítala, čím som mu asi nepridala úplne,*“ (R9 partnerka). Všetky respondentky uvádzali nejaký druh konfliktu, ktorý sa objavil v období pred znovuvzplanutím ochorenia. Matka pacientky R10 do úvahy brala aj to, že jej dcéra je na akékoľvek konflikty citlivejšia a silno ich prežíva: „*...možno to jej silné prežívanie, že tam bol chlap, čo ju odmietol. Ona si všetko veľmi pripúšťa.*“

Niektorí respondenti uvádzali, že vnímali nedostatok sociálnej opory, ktorá sa okrem konfliktov, ktoré sú však bežnou súčasťou vzťahov, týkala napríklad **stigmatizácie** a nepochopenia povahy ochorenia okolím: „*...aj kamaráti sa mi vysmieávajú, že elektrošoky dostávam. Ľudia majú skreslený názor na psychiatriu. Že som blázon...*“ (R1), pričom niektorí respondenti vnímali, že sa kvôli stigmatizácii začali viac izolovať od svojho okolia: „*...kamaráti, že to nechápu. Som sa od nich tak izolovala,*“ (R8).

Subtéma stigmatizácie pravdepodobne nebude rizikovým faktorom relapsu sama o sebe, avšak môže viesť k celkovej vyššej miere psychosociálneho stresu, ku konfliktnejším vzťahom, prípadne k prerušeniu liečby: „*...veľa ľudí mi povie, ty nepotrebuješ liečbu,*“ (R6).

Schéma 1: Súvislosť stigmatizácie s ďalšími faktormi



Okrem vnímaného stresu v dôsledku problémov a konfliktov vo vzťahoch respondenti tiež popisovali **stres z práce**.

Náročnejšie obdobie v práci popisovali v rozmedzí niekoľkých mesiacov pred vypuknutím relapsu celkovo 4 respondenti: „...*môže to byť ten stres v robote, mali sme kadejaké uzatváračky, také ako audity,*“ (R3). Respondent R4, ktorý zažil už 16 relapsov u seba odpozoroval, že sa uňho relaps objavuje práve z prepracovanosti, či nespokojnosti v zamestnaní: „...*viem sa dekompenzovať z nejakej prepracovanosti, alebo robím niekde, kde nie som spokojný, či s prácou, či s nadriadeným.*“

To, že stres dokáže negatívne ovplyvniť stav ochorenia pozorujú aj blízke osoby pacientov: „*No mal toho veľa v práci...a už začal chodiť ako telo bez duše. Tak som mu vravela, zvoľni trochu.. Ale to sa ľahšie hovorí ako robí, že áno...*“ (R9 partnerka).

Poslednou subtémou v rámci témy psychosociálneho stresu je subtéma **náročné prežívanie života „von“**.

Táto téma sa vyskytla u niektorých pacientov, ktorí vnímajú život mimo psychiatrie ako náročnejší a prežívajú v ňom zvýšenú mieru stresu. Naopak, prostredie psychiatrie chápú čiastočne ako bezpečné miesto, kde sú izolovaní od sveta, od bežného prostredia, v ktorom môže byť zvládanie ochorenia náročnejšie: „*Tu som chránený, ako v takej bubline,*“ (R1). „*Ale zase niekedy už aj sama chcem sem ísť. Viete, je to také bezpečné miesto. Keď sa vám zvyšok sveta obrátil chrbtom...*“ (R6).

Takéto vnímanie života na psychiatrii a mimo nej je podľa respondentov viac výnimkou, než pravidlom, avšak pokiaľ sa u niekoho objaví, môže sa jednať o rizikový faktor, ako napríklad v prípade respondenta R4, ktorý sa o hospitalizáciu v podstate začal snažiť sám: *„Teraz, poslednýkrát som už sem chcel ísť. Mne už bolo dlho von. Tam to tiež nie je celkom vhodná situácia pre pacientov. Nie cielene, ale ako keby také kroky som podnikol s tým, že jedna k jednej, že ak sem prídem nevadí, ak nie, tak pomôže mi ambulantne moja pani doktorka.“*

6.2.3 Užívanie návykových látok

V rozhovoroch sa u niektorých respondentov opakovane objavovala tematika užívania návykových látok. V rozhovoroch sa najčastejšie objavovalo užívanie **alkoholu**. V našom výskumnom súbore pacientov dvaja respondenti užívajú alkohol pravidelne: *„Začal som piť. Prvo len tak pivo, potom sa to začalo zhoršovať,“* (R5). Respondent R4 priznal, že hoci momentálne už dlhodobo dodržiava predpísanú liečbu, k liekom užíva tiež alkohol, napriek tomu, že vie, že by sa mu mal vyhýbať: *„Lieky ja beriem viete, ale keď už ráno beriem lieky a niekedy už o desiatej som opitý, viete, to nie je bohviečo.“*

V rozhovoroch sa ale v dvoch prípadoch objavilo aj nárazové požitie väčšieho množstva alkoholu, ktoré respondentky skonzumovali bezprostredne pred objavením sa relapsu: *„V ten večer som vypila plnú fľašu alkoholu sama, takže to bolo aj alkoholom spôsobené, že som sa proste... som sa na základe toho zrútila, vypila som tú fľašu alkoholu, ale nie až potom tú fľašu alkoholu, ale tú som pila ešte predtým, hej...,“* (R8). Alkohol bol teda využitý ako stratégia zvládnutia náročnej situácie, podobne ako v prípade R6: *„Mala som vtedy priateľa. Bola som uňho, zostali sme spolu do noci...a on si vypil, dlho pil, aj ja som si vtedy vypila, nespala som poriadne a ráno som vstala, už som cítila, ako sa trasiem. Celá som sa triasla, chvela, aj teraz mám niekedy také stavy, vracia sa mi to.“* Obe respondentky v rozhovoroch priznali, že táto skúsenosť ich inšpirovala k abstinencii.

V menšej početnosti nasledovalo užívanie **marihuany**, ktoré pripustili traja respondenti. Dvaja respondenti uviedli, že hoci si uvedomujú prípadné dôsledky užívania, ktoré im zdôrazňujú odborníci, nie sú ochotní alebo sa nedokážu marihuany vzdať: *„...s tou trávou mám ja veľký problém, mne to chutí, fajčiť...Nemám takú seba vôľu prestať s tým. Neviem tomu odolať proste,“* (R1). Niektorí si navyše subjektívne neuvedomujú žiadne negatívne účinky: *„...marihuanu raz za rok. No aj tohto roku bola, viete. Ale toto ma netrápilo. Nikdy som nemal nejaký extrémny problém. Po marihuane som necítil nejaké*

zhoršenie. Raz som mal také deja vu, niekoľkohodinové, to som mal strach, či už som po smrti, robil som čo som robil a vtedy bol čas posunutý,“ (R4).

U dvoch respondentov sa objavilo tiež užívanie **iných psychoaktívnych látok**, ako napríklad extázy či pervitínu: „*neskôr som skúšal aj tvrdšie drogy ako pervitín, extázu, ale to len veľmi sporadicky, výnimočne, lebo mi to nerobilo dobre, zvracal som z toho,*“ (R7). „*Ja som posledne vysadil lieky a začal som fetovať, pervitín a čítal som z Biblie zjavenie Jána a myslel som si, že ja som ten prorok, ktorý zvestuje apokalypsu. Išiel som do kostola, tam ma spútali policajti a doviezli ma sem,*“ (R1). Obaja respondenti uviedli, že od tvrdších drog sa im už darí abstinovať.

6.2.4 Vnímaná slabá vôľa

Respondenti uvádzali, že aj keď vedia, aké stratégie majú pri prevencii relapsu využívať, akoby nedokázali tieto odporúčania nasledovať, čo popisovali, akoby mali slabú vôľu. Táto téma sa týkala dvoch oblastí, ktoré sme pomenovali neschopnosť jednat' a nevhodný životný štýl.

Prvá subtéma – **neschopnosť jednat'** – vyjadruje stav respondentov, kedy si začínajú uvedomovať, že sa s nimi niečo deje, ale nenájdu v sebe dostatok síl k tomu, aby kontaktovali lekára sami od seba: „*Dokážem rozoznať varovné príznaky, ale neviem sa zastaviť,*“ (R1). „*...lebo ja sama...no..nie vždy mám energiu sama zájsť k pani doktorke,*“ (R6).

Subtéma **nevhodný životný štýl** obsahuje práve informovanosť pacientov o tom, aké stratégie by mali dodržiavať, aby udržiavali stav remisie, avšak nemajú dostatočne pevnú vôľu, aby tak robili: „*Je to určitá diagnóza. Viete, na to aby som ja nepil a bral zodpovedne lieky a spánok si korigoval nejak...na toto ja nemám nervy,*“ (R4). „*Ja viem čo mám robiť, aby som predchádzal tomu relapsu. Ale je to pre mňa ťažké,*“ (R1).

6.2.5 Nedostatok spánku

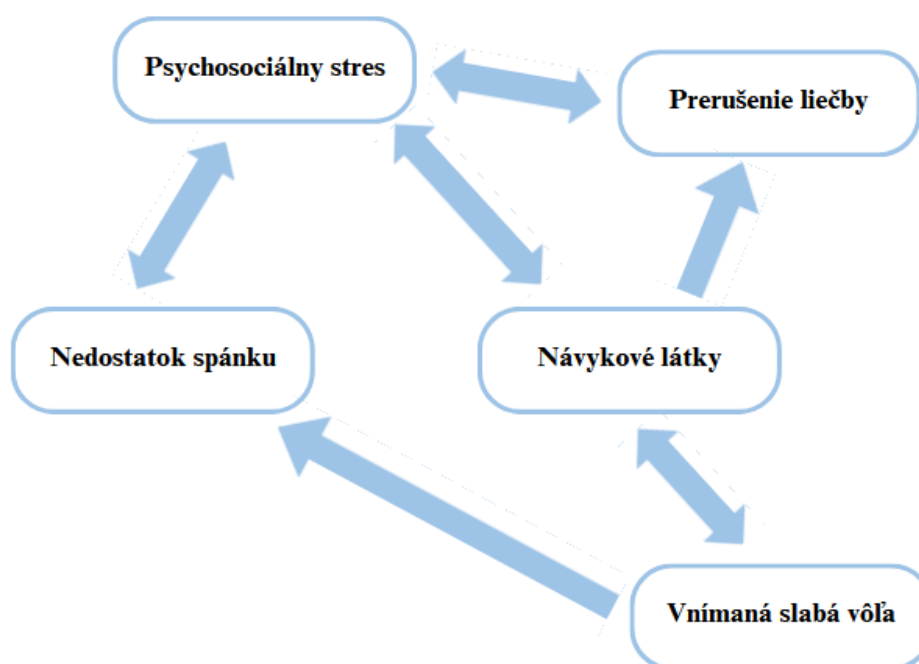
Posledným rizikovým faktorom, ktorý sa nám podarilo v rámci rozhovorov identifikovať, je téma nedostatku spánku, v dôsledku ktorého respondenti pociťujú celkové zhoršenie stavu a niekedy zažijú aj samotný relaps. Nedostatok spánku môže byť spôsobený faktormi, ktoré dokáže respondent čiastočne ovplyvniť – ako napríklad nočný život alebo práca na nočné zmeny: „*Tak som nastúpil do nočnej práce, robil som nočné a to ma vyštáвило. Mne bolo*

potom povedané, že psychiatrickí pacienti nemajú robiť nočné práce. Čiže mne prišlo potom zle,“ (R7), ale taktiež môže byť spôsobený priamo nespavosťou. Nespavosť môže byť ovplyvnená napríklad aj zvýšenou mierou stresu: *„Keď ja koľkokrát od toho stresu nespím. Že sa mi nedá. Môžem robiť čo chcem, ale nezaspím...som bola celá taká nevyspatá no, vtedy mi je proste horšie,*“ (R6). Zároveň ale aj nedostatok spánku môže viesť k horšiemu zvládaniu stresujúcich situácií.

To, že nedostatok spánku predstavuje určité riziko relapsu, prípadne ako varovný signál toho, že sa relaps blíži popisuje aj dcéra pacientky R11: *„Ona prestala spať... To už viem že je zle, keď sa budím v noci, kvôli tomu, že je ona hore.*“

Multifaktorialitu a interakciu jednotlivých faktorov znázorňuje schéma 2:

Schéma 2: Možnosť interakcie hlavných faktorov



6.3 Protektívne faktory relapsu

V ďalšej podkapitole sa bližšie pozrieme na výsledky, ktoré súvisia s druhou výskumnou otázkou: *Aké sú protektívne faktory relapsu u pacientov so schizofréniou?*

Na základe rozhovorov s pacientmi a ich blízkymi sa nám v prípade druhej výskumnej otázky podarilo identifikovať 3 hlavné témy: spolupráca v liečbe, sociálna opora a psychohygiena.

Tabuľka 8: Protektívne faktory relapsu

Téma	Subtéma
Spolupráca v liečbe	Adherencia
	Nasledovanie odporúčaní odborníkov
Sociálna opora	Dohľad okolia
	Vnímaná opora okolia
Psychohygiena	Koníčky
	Viera

6.3.1 Spolupráca v liečbe

Podobne ako v prípade rizikových faktorov, sa spolupráca a dodržiavanie liečby ukazuje ako dôležitý faktor v kontexte prevencie relapsu. V tejto téme sme identifikovali tiež 2 subtémy: adherencia a nasledovanie odporúčaní odborníkov.

Subtéma **adherencie** zahŕňa užívanie predpísaných liekov a pravidelné dochádzanie na kontroly po dohode s lekárom. Dôležitosť užívania liekov reflektovali všetci pacienti, dokonca o niečo viac tí, ktorí boli hospitalizovaní po vysadení liekov. Cítily, že lieky im pomohli v návrate do stabilizovaného stavu: „...čiže len niečo, čo som cítil, teraz to necítim, asi aj tabletky pomáhajú. Určite dačo pomáhajú,“ (R2).

Niektorým respondentom vyhovovali pravidelné kontroly spojené s podaním antipsychotík s dlhodobým vstrebávaním, kedy nemuseli užívať lieky pravidelne, avšak časť respondentov naopak preferovala orálne užívanie antipsychotík. Pacienti ocenili, keď mali možnosť formu užívania konzultovať s ošetrojúcim lekárom. Dvaja respondenti sa vyjadrili, že im na forme užívania liekov nezáleží, dodržiavajú to, čo im predpíše lekár a nechcú sa do procesu liečby aktívnejšie zapájať.

Dôležitosť liekov rovnako reflektovali blízki pacientov: „...tabletky, tie jej veľmi pomohli,“ (R10 matka pacientky). „Brat' lieky tak ako má, to vtedy sa jej darí tak dlhodobo sa udržiavať lepšie na tom,“ (R11 dcéra pacientky).

Druhou subtémou je **nasledovanie odporúčaní odborníkov** v kontexte životného štýlu – ako napríklad dodržiavanie spánkovej hygieny alebo abstinencie od návykových

látok, ktoré sa v rozhovoroch s pacientmi objavovali najčastejšie: „*keď dodržiavam nejaké tie zásady spánku a že sa mi darí, že spím dobre, tak vtedy mi to pomáha veľmi,*“ (R6). Podľa výpovedí väčšiny pacientov boli o povahe ochorenia dostatočne informovaní, akurát sa líšila miera, nakoľko sú ochotní tieto odporúčania dodržiavať: „*...aj napriek tomu, že mi to bolo vysvetlené asi 2000-krát. Ja sa nechcem hrať na niečo, čo nie som. Nepoznám veľa pacientov, ktorí by boli čistí od alkoholu. Taký by som nechcel byť,*“ (R4).

6.3.2 Sociálna opora

Sociálna opora v rôznych formách sa vyskytovala v každom rozhovore, ako s pacientmi, tak s blízkymi osobami pacientov. Opäť boli identifikované dve subtémy: dohľad okolia a vnímaná podpora okolia.

Dohľad okolia zahŕňa obvykle najbližšiu rodinu, prípadne kamarátov, ktorí vnímajú prípadné zmeny stavu pacientov a dokážu ich upozorniť na to, aby spomalili, prípadne vyhľadali pomoc a blížia sa relaps včas zastavili: „*potom prichádza to, že sestra alebo niekto vidí, že sa mením,*“ (R4). „*Kamaráti, takí tí najbližší, tak tí ma berú takého aký som. A čo je super, keď vidia, že je zle, tak mi povedia, zvoľni, zastav sa, už to zase nie si ty, dačo sa deje,*“ (R7).

Určitú formu dohľadu popisovali aj blízke osoby pacientov: „*tam už si len dávať pozor, kedy bude mať kontrolu. A to len raz zabudol, odvtedy to už aj ja strážim, čo kedy ako. Nech mu aspoň kus pomôžem,*“ (R9 partnerka pacienta). „*Ona je poctivý pacient, berie lieky, chodí na kontroly. Väčšinou ideme s ňou aj ja alebo manžel,*“ (R10 matka pacientky).

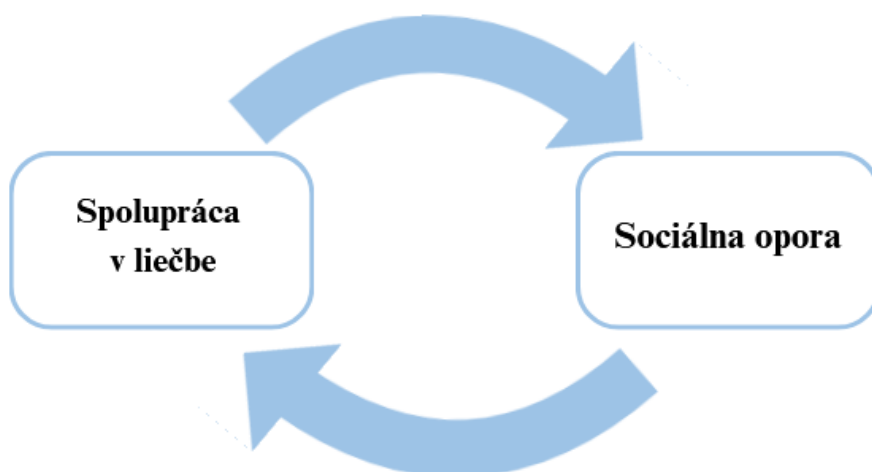
V prípade sociálnej opory je ale samozrejme dôležité nielen to, aby blízke osoby na pacientov dohliadali, ale aby sám pacient vnímal, že sa môže na svoje okolie spoľahnúť a má sa o koho oprieť, čo vyjadruje subtéma **vnímaná podpora okolia**.

Pacienti vnímajú, že blízke osoby zohrávajú v ich zvládaní ochorenia veľkú rolu: „*Tam som sa postavil na nohy. Ale to bola žena ešte pri mne. Sám to určite nezvládnem,*“ (R5). „*...som už vedela, že je zle. Tak som to povedala synovi a ten ma už odviezol sem. Oni sú hrozne zlatí. Sa o mňa starajú. Nikdy sa mi neobrátili chrbtom,*“ (R6).

Je pre nich tiež dôležité, aby boli svojím okolím, aspoň do určitej miery, prijímaní: „*Rodičom som sa priznala, čo všetko sa mi v hlave mieša, víri, čo chcem povedať, čo mi ide na jazyk, čo sa mi tam tlačí a to všetko čo som...to som proste vôbec nebola ja...a mama rýchlo pochopila, že je to choroba, že toto nie som ja, že takto sa ja nesprávam,*“ (R3).

Sociálna opora teda môže okrem iného podporiť aj spoluprácu v liečbe – tým, že sa pacient necíti stigmatizovaný a má niekoho, kto mu pomôže vyhľadať pomoc, sa s vyššou pravdepodobnosťou obráti na svojho ošetrojúceho lekára dostatočne včas. Zároveň spolupráca v liečbe môže pozitívne ovplyvniť vzťahy blízkeho a ešte podporiť sociálnu oporu. Tieto vzťahy znázorňuje schéma 3:

Schéma 3: Vzájomný vzťah spolupráce v liečbe a sociálnej opory



6.3.3 Psychohygiena

Treťou témou v kontexte protektívnych faktorov relapsu je psychohygiena. Ide o pomerne širokú tému, avšak v našich rozhovoroch sa opakovane objavovali najmä subtémy koníčkov a viery.

Koníčky boli témou najmä pre pacientov, ktorí boli hospitalizovaní na psychiatrii už dlhšie. Vďaka programu mali možnosť vyskúšať si činnosti, ktorým sa bežne doma nevenovali a zistili, že v bežnom živote nie sú tak naučení venovať sa veciam len tak, pre radosť, prípadne skúšať nové veci: „*Tak, viac sa zamerať na koníčky. Ale keď ja kým som tu, tak ma veľa vecí baví. A potom prídem domov a už ma nebaví nič. Ale to je zle, na tom by som chcela pracovať,*“ (R6).

Niektorí pacienti naopak už svoje koníčky našli a keď to ide, snažia sa im pravidelne venovať. Opäť ide aj o stratégiu, ktorou je možné znížiť prežívanie stresu, zamestnať pozornosť iným smerom: „*Zalúbil som sa do prírody, príroda je pre mňa všetko. A začal som chodiť na chatu, o tú sa starám. Takto sa ja udržiavam, to mi pomáha,*“ (R7).

Niektorí respondenti považovali za svoju formu psychohygienu **vieru**: „Čo mi pomáha ochorenie zvládať, okrem samotnej liečby, že teda poslúcham, beriem a tak, tak mi pomáha viera,“ (R4).

Celkovo vieru za svoju stratégiu zvládania považovali 3 pacienti. Vieru vnímajú ako niečo, čo ich drží nad vodou, avšak je dôležité, aby sa nestala ich jedinou stratégiou a nevzdávali sa vlastnej zodpovednosti: „Verím, že Boh mi ukáže cestu, ja sa aj modlím. Len sám sebe neverím,“ (R1). Túto zmenu náhľadu popísala u seba respondentka R6: „Tým, že som veriaca, tak si myslím niekedy, že nepotrebujem, že Boh ma vylieči. Ale Boh ma lieči aj liekmi.“

6.4 Varovné signály pohľadom pacientov

V tretej výskumnej otázke „Aké varovné signály pacienti vnímajú pri blížiacom sa relapse?“ sa pozrieme na to, či pacienti dokážu na sebe pozorovať blížiaci sa relaps a aké na sebe prípadne vnímajú varovné signály.

Ukázalo sa, že pacienti často nedokázali blížiaci sa relaps rozpoznať. Znovu vzplanutie ochorenia sa objavilo náhle, nečakane. Túto tému, ktorá sa v rozhovoroch s pacientmi objavovala sme pomenovali ako **nečakaný relaps**: „Aj teraz keby ste sa ma spýtali, aká je tá hranica medzi tým...Takto. Žiadna hranica nebola. Zrazu sa mi začali do jednej vety ryť úplne iné veci,“ (R3). U respondentky zostal zachovaný náhľad na ochorenie aj po náhlom návrate príznakov. Náhľad na návrat ochorenia ale nebýva zachovaný vždy. V rozhovoroch sa tiež objavovala opätovná strata náhľadu na ochorenie (u 4 respondentov), čo však respondenti spätne prisúdili buď vysadeniu liekov alebo užívaniu návykových látok.

Jediný varovný signál, ktorý u seba opakovane pozorovali 4 respondenti, bola **nespavosť**. Nedostatok spánku sme identifikovali ako rizikový faktor aj v prvej výskumnej otázke. V prípade témy nespavosti respondenti popisovali, že aj keď si spánkový režim v rámci možností strážia, v momente kedy sa im nedá poriadne spať, začínajú tušiť, že je niečo zle: „keď vidím, že nemôžem spať, tak už spozorniem,“ (R7).

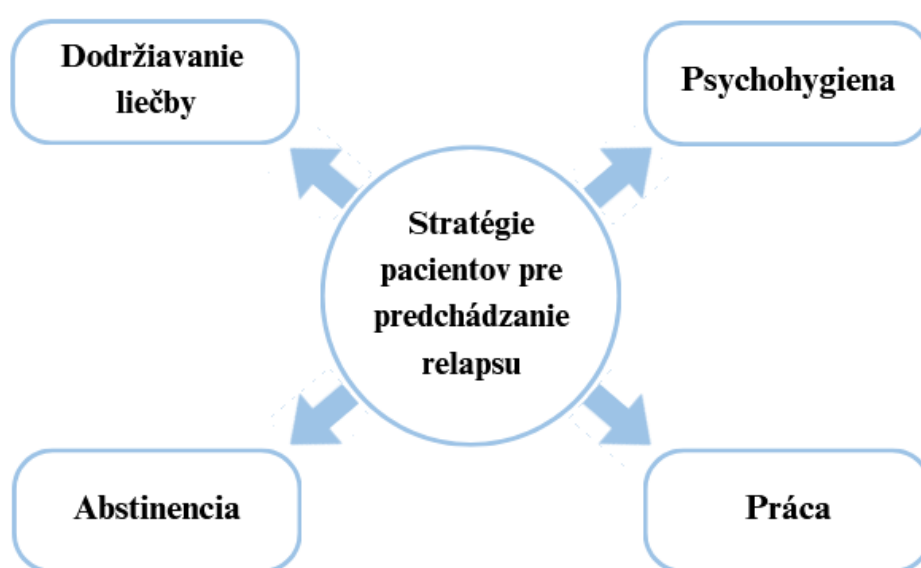
Ďalšie varovné signály respondenti nedokázali bližšie popísať natoľko, aby ich bolo možné identifikovať ako samostatné témy. Vnímajú, že sa „niečo deje“ a „necítia sa vo svojej koži“, ale v danej chvíli nedokážu na tieto zmeny adekvátne reagovať – ako sme už naznačili v kontexte subtémy vnímaná slabá vôľa v kapitole o rizikových faktoroch relapsu.

6.5 Stratégie pacientov pre predchádzanie relapsu

V štvrtej a poslednej výskumnej otázke nás zaujímalo: „*Aké stratégie pacienti využívajú, aby predchádzali relapsu?*“

Analýza nám pomohla odhaliť 4 hlavné témy, ktoré popisujú stratégie pacientov v našom výskumnom súbore: dodržiavanie liečby, psychohygiena, abstinencia a práca. Ako môžeme vidieť aj podľa jednotlivých tém, táto otázka sa prekrýva s protektívnymi faktormi relapsu.

Schéma 4: Stratégie pacientov pre predchádzanie relapsu



Ako už bolo spomínané aj vyššie, najväčší dôraz respondenti prikladajú samotnému **dodržiavaniu liečby** – farmakoterapie a pravidelných kontrol u lekára: „...*jedine tabletky brať a chodiť na kontroly, už iné mi asi nepomôže,*“ (R2).

Ďalej sa opakovane objavila téma **abstinencie** od návykových látok, či už alkoholu, tak iných návykových látok, o ktorých boli všetci respondenti informovaní, že by sa im mali vyhýbať a túto skutočnosť reflektovali. A aj keď niektorí respondenti už začali stratégiu abstinencie aktívne využívať: „*No takto, už neberiem tie drogy, lebo vlastne som vedel, že to nejde dobrým smerom. Lebo tie drogy, to je veľmi zlá vec a všetky psychotropné a omamné látky, alkohol, to je veľmi zlá vec,*“ (R7), u ďalších sa zatiaľ jednalo len o plánovanú stratégiu, ktorú by chceli dodržiavať po návrate domov. Respondenti však vyjadrili aj svoje obavy, že to v reálnom svete nie je také jednoduché ako v izolovanom prostredí psychiatrickej kliniky.

Stratégia **psychohygiena** bola identifikovaná zároveň aj ako protektívny faktor. Túto stratégiu sa respondenti taktiež snažia zaradiť vďaka poznatkom z pobytu na psychiatrickej klinike ako prevenciu, prípadne ako aktívnu stratégiu, kedy už cítia, že sa ich stav zhoršuje a potrebujú spomaliť: „...a ja práve, vtedy sa snažím vypnúť, ísť do tej prírody, ísť relaxovať, načerpať energiu a tak,“ (R7).

Poslednou identifikovanou stratégiou bolo chodenie do **práce**, ktoré uviedli 3 respondenti. Práca dodáva ich dňu určitý režim, ktorý im pomáha fungovať v bežnom živote lepšie.: „Potrebujem ísť čím skôr do práce, tá práca ma tak naplňuje. Rád chodím do roboty,“ (R1). Zároveň im poskytuje lepšie finančné a hmotné zabezpečenie

Okrem toho ale môže dodávať pocit zmyslu a užitočnosti, že aspoň čiastočne môžu prispieť svojím dielom do domácnosti, ako popisuje aj partnerka pacienta, R9: „...ale furt ho aspoň niečo tak drží, tá práca. Že sa aspoň kus podieľa na tej domácnosti.“

Pre komplexnosť témy je ale opäť dôležité dodať, že práca môže predstavovať aj riziko v prípade, že pacienti kvôli práci prežívajú vyššiu mieru psychosociálneho stresu ako bolo spomenuté v kapitole rizikových faktorov. Závisí to samozrejme od povahy danej práce a individuálneho vnímania pacienta, prípadne od pracovného kolektívu a atmosféry na pracovisku.

7 DISKUSIA

V rámci tejto kapitoly prezentujeme naše výsledky v kontexte širšej interpretácie a porovnania s výsledkami doterajších výskumných šetrení, ktoré boli predstavené v teoretickej časti práce. V závere sa kriticky pozrieme na limity a nedostatky výskumu, ale aj na jeho prínos a odporúčania pre ďalší výskum,

Problematika relapsu ochorenia je u pacientov so schizofréniou skutočne komplexná a multifaktoriálna (Barnett a kol., 2018), čo sa potvrdilo aj v našom výskume.

Prvá časť výsledkov sa sústredila na rizikové faktory relapsu. Podarilo sa nám identifikovať 5 hlavných tém: prerušenie liečby, psychosociálny stres, užívanie návykových látok, vnímaná slabá vôľa a nedostatok spánku.

Prvým a neprekvapivým faktorom, ktorý môže viesť k znovu vzplanutiu ochorenia je **prerušenie liečby**, buď v zmysle **nonadherencie**, ktorá sa ako dôležitý faktor ukázala aj v ďalších štúdiách – kvantitatívnych (napr. Mi a kol., 2020) aj kvalitatívnych (napr. Sariah a kol., 2014), alebo **kontrolovaného vysadenia liekov**. U kontrolovaného vysadenia liekov je pri dlhodobu stabilných stavoch náročné – možno až nemožné odhadnúť, či pacient ešte lieky potrebuje alebo je možné postupne lieky znižovať, až úplne vynechať.

Dôvody prípadnej nonadherencie boli u našich respondentov nedostatok času, zlepšenie stavu a vedľajšie účinky liečby. Vedľajšie účinky liečby a presvedčenie o vyliečení popisujú vo svojich výsledkoch ako dôvod nonadherencia aj Sariah a kol. (2014), ktorí ako ďalšie dôvody, ktoré sa u nás nevyskytovali, uvádzajú zabudlivosť, náklady na liečbu a nedostatočný dohľad.

Ako významný rizikový faktor sa v našom výskumnom súbore prejavil **psychosociálny stres**. Bhattacharyya a kol. (2023) uvádzajú, že stresujúce životné udalosti majú na riziko relapsu kauzálny vplyv. V našom výskumnom súbore išlo predovšetkým o prežívanie stresu z dôvodu **konfliktných vzťahov**, ktoré pre respondentov nepochybne predstavovali záťaž, s ktorou sa museli vyrovnávať. Rizikovými môžu byť najmä slabšie komunikačné schopnosti (Mi a kol., 2020) a vysoká miera emočnej expresie (San a kol., 2012).

Ďalším zdrojom stresu, ktorí popisovali 4 respondenti nášho výskumného súboru, bol **stres z práce**, respektíve nejaké výrazne náročnejšie obdobie v práci, ktoré sa objavilo v rozmedzí pár mesiacov pred relapsom. Tento subjektívny rizikový faktor sa objavil tiež v kvalitatívnom výskume Lal a kol. (2022). Ako uvádzajú Porcelli a kol. (2016), jedinci so schizofréniou majú biologicky sprostredkovanú vyššiu zraniteľnosť voči stresujúcim udalostiam, ktoré môžu vyústiť do prípadného relapsu. Jeho (ne)prepuknutie ale samozrejme závisí od individuálnej zraniteľnosti jednotlivca, povahy stresujúcej udalosti a prítomnosti či neprítomnosti ochranných faktorov.

Dôležitou subtémou bola tiež prípadná **stigmatizácia**, ktorá najmä ak pochádza od blízkeho okolia (rodinných príslušníkov, kamarátov, kolegov...), môže viesť ku konfliktnejším vzťahom a celkovej vyššej miere prežívaného psychosociálneho stresu. Zároveň predstavuje určité riziko pre prerušenie liečby, keďže aj v našom výskumnom súbore pacienti popisovali, že ich okolie odhovárало od užívania liekov, pretože „nie sú predsa blázni“. Zároveň sa ale opäť nejedná o kauzálny faktor – aj samotný relaps ochorenia môže spätne viesť k vyššej miere stigmatizácie či konfliktných vzťahov a prežívaného stresu. Problematika stigmatizácie a sebastigmatizácie ako rizikového faktoru sa objavila napríklad vo výskume Maramisa a kol. (2021). Pacienti vo výskumnom súbore Lal a kol. (2022) považovali destigmatizáciu a celkové vzdelávanie spoločnosti o ochorení za jeden z možných faktorov, ktoré by mohli pomôcť relapsu predchádzať.

Špecifickou subtémou, ktorá sa v našich rozhovoroch objavila je **náročné prežívanie života „von“**, teda to, ako pacienti vnímajú život mimo času hospitalizácie. Malá časť pacientov začala psychiatrickú kliniku po čase vnímať čiastočne ako bezpečné miesto, kde sú izolovaní a chránení od bežného života, v ktorom sa necítia dlhodobo dobre. Rizikovým sa takéto vnímanie môže stať v prípade, kedy pacient či už vedome alebo nevedome zmení svoje správanie tak, že skôr či neskôr povedie k rehospitalizácii. Táto skúsenosť pacientov v podstate zdôrazňuje dôležitosť psychosociálnych intervencií – napríklad denných stacionárov alebo rôznych rehabilitačných programov, ktoré by mohli predstavovať pre pacientov bezpečné miesto aj v bežnom živote a ako uvádzajú Tandon a kol. (2024), zlepšiť funkčné zotavenie pacientov.

Ako problematické sa ukázalo tiež **užívanie návykových látok**, s ktorými uviedla skúsenosť väčšina našich respondentov. Užívanie návykových látok opakovane vychádza ako rizikový faktor v mnohých štúdiách (napr. Ahmad a kol., 2016; Porcelli a kol., 2016; Sariah a kol., 2014). Návykové látky patria na pomyselný vrchol zoznamu faktorov, ktoré

dokázu zhoršiť príznaky ochorenia (Intharit a kol., 2021). V našom súbore išlo najčastejšie o užívanie alkoholu a marihuany, ale objavilo sa tiež užívanie iných látok so psychoaktívnym účinkom. Užívanie návykových látok je u pacientov so schizofréniou veľmi časté a okrem rizika relapsu sa spája tiež s vyšším rizikom násilného správania, ktoré popisoval jeden respondent v našom výskumnom súbore, a celkovo s horším priebehom ochorenia (San a kol., 2012). Vzhľadom na vysokú komorbiditu užívania návykových látok je na mieste zvážiť intervencie zamerané na ich zvládanie, ktoré by nepriamo mohli ovplyvniť riziko rozvoja relapsu (Ahmad a kol., 2016).

Faktor, ktorý je náročné ovplyvniť, pretože pravdepodobne vychádza zo samotnej povahy ochorenia, je **vnímaná slabá vôľa** pacientov. Respondenti popisovali, že hoci si niekedy prichádzajúci relaps uvedomujú, nedokážu sami od seba vyhľadať pomoc, čo sme vyjadrili subtémou **neschopnosť jednat'**. Spaniel a kol. (2018) uvádzajú, že obdobie medzi objavením sa prvých varovných príznakov a samotným vypuknutím relapsu môže trvať 6 až 8 týždňov, pričom práve v tomto období je možné nasadenie účinnej farmakologickej intervencie. V tomto kontexte môže ako protektívny faktor pôsobiť sociálna opora, konkrétne dohľad okolia. Blízke osoby môžu varovné signály pozorovať buď sami, prípadne, ak sa im pacient zverí, môžu mu byť oporou pri vyhľadaní pomoci.

Vnímaná slabá vôľa sa tiež týka **nevhodného životného štýlu**. Pacienti sú často dostatočne informovaní o tom, aké kroky by mali dodržiavať v rámci životného štýlu – okrem užívania liečby ako takej napríklad abstinovať od návykových látok, zvoliť primeranú formu fyzickej aktivity, dodržiavať určitý spánkový režim – avšak pociťujú slabú vôľu na to, aby tak reálne robili. Ako sme naznačili, môže sa jednať o súčasť obrazu ochorenia, keďže znížená vôľa patrí medzi negatívne symptómy schizofrénie (Correll & Schooler, 2020).

Posledným rizikovým faktorom, ktorý sa nám podarilo v našom výskumnom súbore identifikovať, bolo **nedostatok spánku**. Respondenti pociťovali, že keď dostatočne nedodržiavajú svoj spánkový režim, horšie zvládajú stres a všeobecne sa cítia horšie. Nedostatok spánku môže byť zapríčinený buď nedodržiavaním spánkového režimu (nočné smeny, nočný život), prípadne nespavosťou, napríklad v dôsledku stresu. To, že pacienti považujú spánok za subjektívne dôležitý faktor zvládania ochorenia potvrdzuje aj kvalitatívna štúdia Lal a kol. (2022).

V prípade **protektívnych faktorov relapsu** sa nám podarilo identifikovať **3 hlavné témy**: spolupráca v liečbe, sociálna opora a psychohygiena. Menší počet faktorov môže byť spôsobený charakteristikami nášho výskumného súboru, do ktorého sa nám s ohľadom na metódu zámerného výberu prostredníctvom inštitúcie podarilo zaradiť pacientov, ktorí relaps zažili nedávno. Chýba nám teda pohľad pacientov, ktorým sa darí udržiavať remisiu dlhodobejšie a ktorí v období realizácie výskumu fungovali v bežnom živote.

Opäť neprekvapivo sa ako protektívny faktor ukázala **spolupráca v liečbe**, ktorá obsahuje subtémy adherencia a nasledovanie odporúčaní odborníkov.

Čo sa týka **adherencie**, pacienti reflektovali dôležitosť užívania predpísaných liekov a pravidelné dochádzanie na kontroly – možno ešte o čosi viac v prípade, že hospitalizácia nasledovala po vysadení liekov. Zároveň ale niektorí pacienti spolupracovali v liečbe nielen tým, že užívali predpísané lieky, ale snažili sa **nasledovať odporúčania odborníkov** práve v oblasti životného štýlu, hoci to bol prípad menšej časti respondentov. Ako sme spomínali vyššie, respondenti uvádzali tiež neschopnosť tieto odporúčania dodržiavať v dôsledku vnímanej slabej vôle.

Okrem liekov pacienti kladú veľkú dôležitosť prevencie relapsu svojim rodinným príslušníkom a blízkemu okoliu – **sociálnej opore**. Opäť sa jedná o faktor, ktorý identifikovali mnohé predchádzajúce štúdie (napr. Hui a kol., 2016; Sariah a kol., 2014; San a kol., 2012). Pokiaľ je ich okolie dostatočne informované o povahe, symptómoch a liečbe ochorenia, blízki môžu čiastočne udržiavať **dohľad** na pacienta. Ako sme už naznačili vyššie v téme neschopnosť jednat, blízke okolie si dokáže včas všimnúť zmeny, prípadne pomôcť pacientovi s vyhľadáním pomoci. Z tohto dôvodu by sa časť intervencií mala zameriavať na podporu rodinných príslušníkov, ktorí taktiež dokážu pacientov motivovať k tomu, aby pokračovali v liečbe (Pothimas a kol., 2020). Okrem dohľadu je ale pre pacientov subjektívne dôležitejšia **vnímaná podpora okolia** – vedomie toho, že sa majú o koho oprieť a koho požiadať o pomoc a taktiež vedomie toho, že blízki ich prijímajú takých, akí sú.

Tretím identifikovaným protektívnym faktorom je **psychohygiena**, ktorá je opäť v súlade s kvalitatívnou štúdiou Lal a kol. (2022). Venovanie sa aktivitám, v ktorých pacienti vidia zmysel, môže pomôcť zvládať stres a budovať sebavedomie pacientov, či už sa jedná o **koničky** alebo **vieru**. Hoci v našom výskumnom súbore tvorila viera len menšiu subtému, Sariah a kol. (2014) ju identifikovali ako samotný protektívny faktor. Hoci aj v našom výskumnom súbore predstavovala pre niektorých respondentov niečo, čo im

dodáva silu a nádej ísť ďalej, dovoľíme si uviesť aj druhú stranu pohľadu. Je dôležité, aby pacienti v liečbe zastávali aktívnu rolu a neprenehávali zodpovednosť za svoj stav vyššej moci. Ako uvádzajú napríklad Maramis a kol. (2021), v takýchto prípadoch môže viera negatívne ovplyvniť napríklad spoluprácu v liečbe.

V prípade **varovných signálov** sa ukázalo, že pacienti relatívne často vnímali relaps ako **nečakaný**, čo uvádzajú aj Correll a Schooler (2020), podľa ktorých je teda zachytenie prípadného zhoršenia stavu predovšetkým neľahkou úlohou lekárov. Jediný varovný signál, ktorý skutočne pacienti dokázali pozorovať aj opakovane, bola **nespavosť**. Narušenie cyklu spánku a bdenie považujú za jeden z hlavných varovných príznakov napríklad aj Spaniel a kol. (2018). Ako sme už naznačili, podľa našich zistení je navyše nespavosť, respektíve všeobecne nedostatok spánku, aj samotným rizikovým faktorom relapsu.

Čo sa týka konkrétnych stratégií, ktoré pacienti využívajú, aby predchádzali relapsu, podarilo sa nám identifikovať 4 témy: dodržiavanie liečby, abstinencia, psychohygiena a práca.

Tieto témy súvisia so samotnými protektívnymi faktormi, ako je dodržiavanie liečby a psychohygiena; v prípade abstinencie je to vyhýbanie sa rizikovému faktoru návykových látok. Nová téma, ktorá sa v tejto výskumnej otázke objavila bola **práca**. Podľa respondentov im práca dodáva potrebný režim, hmotné zabezpečenie a zároveň im dodáva pocit zmyslu a možnosť aktívnejšie sa podieľať na domácnosti. Podľa Sariah a kol. (2014) môže zamestnanie tiež podporiť sebaúctu a pomôcť pri zotavení z hospitalizácie. Opäť si ale dovoľíme dodať, že práca môže predstavovať aj zdroj psychosociálneho stresu, čím naopak prispieva k rizikovým faktorom. Tak ako vo väčšine prípadov, je aj na tento faktor potrebné nazerať individuálne a v konkrétnom kontexte – či už z pohľadu zraniteľnosti voči stresu, podľa povahy práce či atmosféry na pracovisku.

Najvýraznejším **limitom výskumu** je nepochybne **homogenita nášho výskumného súboru**, ktorú sme už načrtli. Pacientov v našom výskumnom súbore sme získali zámerným výberom prostredníctvom inštitúcie, čo je metóda, ktorá nám umožňuje získať iba časť spektra cieľovej populácie (Miovský, 2006). Išlo o pacientov hospitalizovaných na psychiatrickej klinike, ktorí zažili relaps maximálne dva mesiace pred našim rozhovorom. Chýba nám teda pohľad a skúsenosti pacientov, ktorí by boli počas uskutočnenia rozhovoru v remisii dlhodobo. Veríme, že takýto pohľad by mohol ešte o niečo viac obohatiť mapovanie protektívnych faktorov relapsu a stratégií, ktoré pacienti aktívne využívajú.

Určité limity má taktiež samotná **veľkosť nášho výskumného súboru**, keďže sa nám nepodarilo dosiahnuť úplnej saturácie dát. I keď rozhovory s blízkymi osobami pacientov sme využili primárne pre trianguláciu dát, tento súbor by stálo rozšíriť o viacero respondentov, v ideálnom prípade o blízke osoby pacientov, ktorí sa taktiež výskumu zúčastnili.

Hoci respondentom bolo zdôraznené, že rozhovory slúžia čisto pre účely výskumu a nebudú poskytnuté ošetrojúcemu lekárovi, ani neovplyvnia dĺžku pobytu na klinike, je nutné počítať s možným výskytom **sociálnej žiadúcnosti**, ktorá mohla získané dáta skresľovať.

S ohľadom na kvalitatívny prístup práce nemôžeme výsledky zovšeobecniť na slovenskú populáciu pacientov so schizofréniou. Medzi štúdiami ale nájdeme len málo prác, ktoré by sa zameriavali na subjektívne prežívanie pacientov so psychózou (Hui a kol., 2016). Práca teda predstavuje predovšetkým **prínos** v zmysle doplnenia problematiky relapsu o pohľad samotných pacientov, predovšetkým na Slovensku, kde si nie sme vedomí žiadnej podobnej práce, ktorá by sa tejto téme venovala, či už kvantitatívne alebo kvalitatívne. Čiastočným prínosom môže byť tiež vytvorenie stručnej edukačnej infografiky pre pacientov a ich blízkych. Hoci infografika vychádza z nášho výskumu, s ohľadom na nemožnosť zovšeobecnovania výsledkov boli informácie samozrejme konfrontované a podložené ďalšími výskumami.

Výskum tiež poukazuje na faktory, ktoré môžu byť do istej miery ovplyvniteľné – napríklad spolupráca v liečbe, užívanie návykových látok, sociálna opora či psychohygiena. Na tieto faktory je možné zamerať väčšiu pozornosť v prípade ďalších výskumov, vďaka ktorým by mohli byť navrhnuté konkrétne intervencie, ako tieto faktory modifikovať. V budúcich výskumoch je tiež možné sa bližšie zamerať na podrobnejšiu identifikáciu varovných signálov blížiaceho sa relapsu a ich prípadného monitorovania.

8 ZÁVERY

Cieľom práce bolo zmapovať pohľad na rizikové a protektívne faktory týkajúce sa relapsu schizofrénie z perspektívy pacientov a ich blízkych osôb. V našom výskume sme identifikovali 5 rizikových a 3 protektívne faktory, ktorú môžu ovplyvniť relaps ochorenia. Podľa našich zistení môžeme medzi **rizikové faktory** zaradiť témy:

- **prerušenie liečby** (so sub témami nonadherencia a kontrolované vysadenie liekov),
- **psychosociálny stres** (so sub témami konfliktné vzťahy, stigmatizácia, stres z práce a náročné prežívanie života „von“),
- **užívanie návykových látok** (so sub témami užívanie alkoholu, užívanie marihuany a užívanie iných psychoaktívnych látok),
- **vnímaná slabá vôľa** (so sub témami neschopnosť jednat' a nevhodný životný štýl),
- **nedostatok spánku**.

V rámci protektívnych faktorov sme identifikovali témy:

- **spolupráca v liečbe** (so sub témami adherencia a nasledovanie odporúčaní odborníkov),
- **sociálna opora** (so sub témami dohľad okolia a vnímaná podpora okolia),
- **psychohygiena** (so sub témami koníčky a viera).

Okrem faktorov vplývajúcich na relaps ochorenia nás zaujímalo, či pacienti vnímajú prípadné varovné signály blížiaceho sa relapsu. Ukázalo sa, že pacienti v mnohých prípadoch nevnímajú zmenu svojho stavu a opätovné prepuknutie príznakov ich prekvapí. Ako jediný varovný príznak dokázali niektorí pacienti v našom výskumnom súbore opakovane pozorovať **nespavosť**.

Poslednou oblasťou, ktorej sme sa venovali boli konkrétne stratégie pacientov, ktoré prípadne využívajú pre predchádzanie relapsu, kde sa nám podarilo identifikovať stratégie **dodržiavanie liečby, abstinencia, psychohygiena a práca**. Tieto stratégie sa teda čiastočne prekrývajú s protektívnymi faktormi, prípadne absenciou tých rizikových.

SÚHRN

Diplomová práca sa zaoberá analýzou dôvodov relapsu a možnosťami jeho prevencie.

Prvá kapitola **teoretickej časti práce** sa zameriava na **samotné priblíženie schizofrénie**, najčastejšieho ochorenia v rámci psychotického okruhu (Holder & Wayhs, 2014). Ide o **závažné a komplexné ochorenie**, ktoré sa vyznačuje **širokým spektrom príznakov** postihujúcich vnímanie, myslenie, správanie, reč a kognitívne funkcie pacienta, ale aj ďalšie oblasti jeho života (Patel a kol., 2014). Odhaduje sa, že toto ochorenie postihuje **24 miliónov ľudí na celom svete** – alebo tiež 1 človeka z 300 (World Health Organization, 2022). V **etiológii** a patofyziológii ochorenia existujú dodnes, aj napriek vedeckým pokrokom, **značné nejasnosti** (Jablensky, 2010). Na čom sa ale vedci zhodujú je, že **príčiny ochorenia sú multifaktoriálne** (Stilo & Murray, 2019). **Klinický obraz** ochorenia je veľmi **individuálny** (Patel a kol., 2014), symptómy sa najčastejšie delia na pozitívne, negatívne a kognitívne (McCutcheon a kol., 2020). Samotný **priebeh a prognóza** ochorenia závisia **od mnohých faktorov** (van Dee a kol., 2023), avšak napriek výskumnému úsiliu a pokrokom v liečbe sú **menej priaznivé**, než je tomu u iných psychotických a nepsychotických ochorení (Jobe & Harrow, 2010). **Diagnostika schizofrénie** je založená **na klinickom hodnotení** (McCutcheon a kol., 2020), sústredí sa predovšetkým na prítomnosť charakteristických symptómov, ktoré sa ale môžu objavovať aj u iných duševných ochorení a preto je dôležitá **komplexná diferenciálna diagnostika** (Farah, 2018). **Liečba** by v ideálnom prípade mala byť **komplexná**, zahŕňať farmakoterapiu aj psychosociálne intervencie (Vita & Barlati, 2018), pričom hlavným cieľom by malo byť nielen potlačenie symptómov, ale aj prevencia relapsu a celkové zvýšenie adaptívnych funkcií pacientov (Patel a kol., 2014).

Druhá kapitola približuje **relaps ochorenia**, teda **opätovné vzplanutie príznakov** (Raboch & Pavlovský, 2020). Viacnásobné relapsy sa spájajú **s horšími funkčnými výsledkami všeobecne**, znižujú pravdepodobnosť, že človek dokáže udržiavať dlhodobé partnerské vzťahy (Taylor & Jauhar, 2019), ohrozujú vzdelanie či zamestnanie (Emsley a kol., 2013), sú spojené s kognitívnym úbytkom (Barnett a kol., 2018) a negatívne vplyvajú na celkovú kvalitu života pacienta (Olivares a kol., 2013).

Tretia kapitola predstavuje prehľad doterajších výskumov a faktorov, ktoré sa na výskyte relapsu môžu podieľať.

K tomu, aby sme **dokázali relapsu predchádzať** je potrebné **lepšie porozumieť jeho konkrétnym prediktorom** (Spaniel a kol., 2018), teda identifikovať **rizikové faktory**, ktoré ho môžu ovplyvniť (Schoeler a kol., 2017). Hoci sa jedná o dlhšie skúmanú problematiku, podarilo sa identifikovať len málo konzistentných faktorov a ich prediktívna hodnota nie je vysoká (Maramis a kol., 2021). V kontexte relapsu navyše nájdeme len málo štúdií zaoberajúcich sa **subjektívnym prežívaním pacientov so psychózou** (Hui a kol. 2016). **Pochopenie pohľadu pacientov** na faktory, ktoré podľa nich k relapsu prispievajú môže pritom byť **podkladom pre vypracovanie hodnotenia rizík a preventívnych intervencií** (Lal a kol., 2022).

Hlavným cieľom diplomovej práce bolo **zmapovať pohľad pacientov na rizikové a protektívne faktory**, od čoho sa odvíjali aj naše 4 výskumné otázky. Prvé 2 výskumné otázky sa zaoberali tým, aké sú rizikové a protektívne faktory relapsu, ďalšie 2 sa zameriavali na to, či pacienti vnímajú nejaké varovné príznaky blížiaceho sa relapsu a aké stratégie prípadne využívajú, aby relapsu ochorenia predchádzali.

S ohľadom na ciele práce bol zvolený **kvalitatívny prístup** výskumu a ako konkrétny typ výskumu **prípadová štúdia**. Metódou získavania dát bolo **pološtruktúrované interview** s vopred pripravenou základnou osnovou otázok. Osnovu otázok sme vytvorili aj **pre blízke osoby pacientov**, s ktorými boli rozhovory realizované **za účelom triangulácie dát**. Ako metóda **analýzy dát** bola zvolená **tematická analýza**, v ktorej bolo postupované podľa odporúčaní Braun a Clarke (2006).

Výskumný súbor pacientov tvorí **8 respondentov** s diagnózou schizofrénie (5 mužov, 2 ženy). **Kritériami pre zaradenie do výskumu** na strane pacientov boli plnoletosť, diagnóza schizofrénie F20 podľa MKCH-10, ktorá bola udelená najmenej pred 6 mesiacmi, prekonanie minimálne 1 relapsu, ktorý je chápaný ako zhoršenie symptómov do tej miery, že stav vyžadoval hospitalizáciu, v čase rozhovoru stabilizovaný stav s náhľadom na ochorenie a samozrejme, ochota sa výskumu dobrovoľne zúčastniť.

Výskumný súbor blízkych osôb pacientov tvoria **3 respondentky**, ktoré spĺňali kritériá plnoletosť a spolužitie s pacientom v jednej domácnosti.

Výsledky výskumu sú rozdelené do 5 kapitol. V prvej kapitole sú stručne predstavení naši respondenti z výskumného súboru pacientov, ďalšie kapitoly sa venujú výsledkom podľa jednotlivých výskumných otázok.

Analýza **rizikových faktorov** identifikovala **5 hlavných tém**, ktoré môžu súvisieť s výskytom relapsu. Patria sem **prerušenie liečby** so sub témami nonadherencia a kontrolované vysadenie liekov, **psychosociálny stres** so sub témami konfliktné vzťahy, stigmatizácia, stres z práce a náročné prežívanie života „von“, **užívanie návykových látok** so sub témami užívanie alkoholu, užívanie marihuany a užívanie iných psychoaktívnych látok, **vnímaná slabá vôľa** so sub témami neschopnosť jednat' a nevhodný životný štýl a **nedostatok spánku**.

Čo sa týka **protektívnych faktorov**, výsledky môžu byť skreslené charakteristikami nášho výskumného súboru, do ktorého sa nám s ohľadom na metódu zámerného výberu prostredníctvom inštitúcie podarilo zaradiť pacientov, ktorí relaps zažili nedávno. Chýba nám pohľad pacientov, ktorým sa darí udržiavať remisiu dlhodobejšie a ktorí v období realizácie výskumu fungovali v bežnom živote. Podarilo sa nám identifikovať **3 hlavné témy**, kam patria **spolupráca v liečbe** so sub témami adherencia a nasledovanie odporúčaní odborníkov, **sociálna opora** so sub témami dohľad okolia a vnímaná podpora okolia a **psychohygiena** so sub témami koníčky a viera.

Okrem faktorov vplývajúcich na relaps ochorenia nás zaujímalo, či **pacienti vnímajú prípadné varovné signály blížiaceho sa relapsu**. Ukázalo sa, že pacienti v mnohých prípadoch nevnímajú zmenu svojho stavu a opätovné prepuknutie príznakov ich prekvapí, **relaps je vnímaný ako nečakaný**. Jediný varovný príznak, ktorý dokázali respondenti identifikovať bola **nespavosť**, pričom podľa našich zistení je navyše nespavosť, respektíve všeobecne nedostatok spánku, aj samotným rizikovým faktorom relapsu.

Poslednou oblasťou, ktorej sme sa venovali boli **konkrétne stratégie pacientov**, ktoré prípadne využívajú pre predchádzanie relapsu, kde sa nám podarilo identifikovať 4 stratégie **dodržiavanie liečby, abstinencia, psychohygiena a práca**. Tieto stratégie sa teda čiastočne prekrývajú s protektívnymi faktormi, prípadne absenciou tých rizikových.

Diplomová práca približuje **pohľad pacientov na rizikové a protektívne faktory relapsu** a zároveň tak poskytuje **prehľad faktorov, ktoré sa na relapse môžu podieľať**. Výsledky práce **nie je možné zovšeobecniť**, práca predstavuje prínos v zmysle **doplnenia problematiky o pohľad pacientov na Slovensku**. Výskum tiež prináša faktory, ktoré môžu byť do istej miery **ovplyvnilné** – napríklad spolupráca v liečbe, užívanie návykových látok, sociálna opora či psychohygiena. Na tieto faktory je možné zamerať väčšiu pozornosť

v prípade ďalších výskumov, vďaka ktorým by mohli byť navrhnuté konkrétne intervencie, ako tieto faktory prípadne modifikovať.

LITERATÚRA

- Addington, D., Abidi, S., Garcia-Ortega, I., Honer, W. G., Ismail, Z. (2017). Canadian Guidelines for the Assessment and Diagnosis of Patients with Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(9), 594-603. doi:10.1177/0706743717719899
- Adebisi, M. O., Mosaku, S. K., Irinoye, O. O., & Oyelade, O. O. (2018). Socio-demographic and clinical factors associated with relapse in mental illness. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 8, 149–153. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2018.05.007>
- Adeoye-Olatunde, O. A., & Olenik, N. L. (2021). Research and scholarly methods: Semi-structured interviews. *Jaccp: journal of the american college of clinical pharmacy*, 4(10), 1358–1367. <https://doi.org/10.1002/jac5.1441>
- Adler, D. A., Ben-Zeev, D., Tseng, V. W.-S., Kane, J. M., Brian, R., Campbell, A. T., Hauser, M., Scherer, E. A., & Choudhury, T. (2020). Predicting early warning signs of psychotic relapse from passive sensing data: An approach using encoder-decoder neural networks. *JMIR mHealth and uHealth*, 8(8). <https://doi.org/10.2196/19962>
- Ahmad, I., Khalily, M. T., Hallahan, B., & Shah, I. (2016). Factors associated with psychotic relapse in patients with schizophrenia in a Pakistani cohort. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(4), 384–390. <https://doi.org/10.1111/inm.12260>
- Alhadidi, M. M., Lim Abdullah, K., Yoong, T. L., Al Hadid, L., & Danaee, M. (2020). A systematic review of randomized controlled trials of psychoeducation interventions for patients diagnosed with schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(6), 542–552. <https://doi.org/10.1177/0020764020919475>
- Ali, S. A., Mathur, N., Malhotra, A. K., & Braga, R. J. (2019). Electroconvulsive therapy and schizophrenia: a systematic review. *Molecular Neuropsychiatry*, 5(2), 75-83. doi:10.1159/000497376
- Alnæs, D., Kaufmann, T., van der Meer, D., Córdova-Palomera, A., Rokicki, J., Moberget, T., ... Westlye L. T. (2019). Brain heterogeneity in schizophrenia and its association with polygenic risk. *JAMA psychiatry*, 76(7), 739-748. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.0257

- American Psychological Association. (n.d.). Prodrome. In *APA dictionary of psychology*. Retrieved February 1, 2024, from <https://dictionary.apa.org/prodrome>
- an der Heiden, W., Leber, A., & Häfner, H. (2016). Negative symptoms and their association with depressive symptoms in the long-term course of schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 266(5), 387–396. <https://doi.org/10.1007/s00406-016-0697-2>
- Andreasen, N. C. (2011). Concept of schizophrenia: past, present, and future. In Weinberger, D. R., & Harrison, P. J. (Eds.). *Schizophrenia* (3–8). Hoboken: Wiley-Blackwell.
- Arciniegas, D. B. (2015). Psychosis. *Continuum: Lifelong Learning in Neurology*, 21(3), 715–736. <https://doi.org/10.1212/01.con.0000466662.89908.e7>
- Ayano, G. (2016). Schizophrenia: a concise overview of etiology, epidemiology diagnosis and management: review of literatures. *Journal of Schizophrenia Research*, 3(2), 2-7.
- Bankovská Motlová, L., & Španiel, F. (2017). *Schizofrenie: jak předejít relapsu aneb Terapie pro 21. století* (3. vyd.). Mladá fronta.
- Barnes, T. R., Drake, R., Paton, C., Cooper, S. J., Deakin, B., Ferrier, I. N., Gregory, C. J., Haddad, P. M., Howes, O. D., Jones, I., Joyce, E. M., Lewis, S., Lingford-Hughes, A., MacCabe, J. H., Owens, D. C., Patel, M. X., Sinclair, J. M., Stone, J. M., Talbot, P. S., ... Yung, A. R. (2019). Evidence-based guidelines for The pharmacological treatment of schizophrenia: Updated recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 34(1), 3–78. <https://doi.org/10.1177/0269881119889296>
- Barnett, I., Torous, J., Staples, P., Sandoval, L., Keshavan, M., & Onnela, J.-P. (2018). Relapse prediction in schizophrenia through digital phenotyping: A pilot study. *Neuropsychopharmacology*, 43(8), 1660–1666. <https://doi.org/10.1038/s41386-018-0030-z>
- Bellani, M., Ricciardi, C., Rossetti, M. G., Zovetti, N., Perlini, C., & Brambilla, P. (2020). Cognitive remediation in schizophrenia: the earlier the better? *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e57. doi:10.1017/S2045796019000532

- Bellido, I., Lopez, C., Bellido, M. V., Blanco, E., & Gomez-Luque, A. (2015). Risk and protective factors for relapse in outpatients with schizophrenia. *European Psychiatry*, 30, 884. [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(15\)30690-8](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(15)30690-8)
- Belvederi Murri, M., Guaglianone, A., Bugliani, M., Calcagno, P., Respino, M., Serafini, G., Innamorati, M., Pompili, M., & Amore, M. (2015). Second-generation antipsychotics and neuroleptic malignant syndrome: Systematic review and Case report analysis. *Drugs in R&D*, 15(1), 45–62. <https://doi.org/10.1007/s40268-014-0078-0>
- Bhattacharyya, S., Schoeler, T., Di Forti, M., Murray, R., Cullen, A. E., & Colizzi, M. (2023). Stressful life events and relapse of psychosis: Analysis of Causal Association in a 2-year prospective observational cohort of individuals with first-episode psychosis in the UK. *The Lancet Psychiatry*, 10(6), 414–425. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(23\)00110-4](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(23)00110-4)
- Biedermann, F., & Fleischhacker, W. (2016). Psychotic disorders in DSM-5 and ICD-11. *CNS Spectrums*, 21(4), 349–354. doi:10.1017/S1092852916000316
- Bighelli, I., Rodolico, A., García-Mieres, H., Pitschel-Walz, G., Hansen, W.-P., Schneider-Thoma, J., Siafis, S., Wu, H., Wang, D., Salanti, G., Furukawa, T. A., Barbui, C., & Leucht, S. (2021). Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 8(11), 969–980. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(21\)00243-1](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(21)00243-1)
- Bioque, M., Mezquida, G., Amoretti, S., García-Rizo, C., López-Ilundain, J. M., Diaz-Caneja, C. M., Zorrilla, I., Mané, A., Rodriguez-Jimenez, R., Corripio, I., Pomarol-Clotet, E., Ibáñez, Á., Usall, J., Contreras, F., Mas, S., Vázquez-Bourgon, J., Cuesta, M. J., Parellada, M., González-Pinto, A., ... Bernardo, M. (2022). Clinical and treatment predictors of relapse during a three-year follow-up of a cohort of first episodes of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 243, 32–42. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.02.026>
- Braff, D. L., Ryan, J., Rissling, A. J., & Carpenter, W. T. (2013). Lack of use in the literature from the last 20 years supports dropping traditional schizophrenia subtypes from DSM-5 and ICD-11. *Schizophrenia Bulletin*, 39(4), 751–753. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbt068>

- Bramon, E., & Murray, R. M. (2001). A plausible model of schizophrenia must incorporate psychological and social, as well as Neuro Developmental, Risk Factors. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 3(4), 243–256. <https://doi.org/10.31887/dcns.2001.3.4/ebamon>
- Brasso, C., Giordano, B., Badino, C., Bellino, S., Bozzatello, P., Montemagni, C., & Rocca, P. (2021). Primary psychosis: Risk and protective factors and early detection of the onset. *Diagnostics*, 11(11), 2146. <https://doi.org/10.3390/diagnostics11112146>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Bredin, S. S., Kaufman, K. L., Chow, M. I., Lang, D. J., Wu, N., Kim, D. D., & Warburton, D. E. (2022). Effects of aerobic, resistance, and combined exercise training on psychiatric symptom severity and related health measures in adults living with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 8. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2021.753117>
- Bruijnzeel, D., Suryadevara, U., & Tandon, R. (2014). Antipsychotic treatment of schizophrenia: an update. *Asian journal of psychiatry*, 11, 3-7. doi:10.1016/j.ajp.2014.08.002
- Busetto, L., Wick, W., & Gumbinger, C. (2020). How to use and assess qualitative research methods. *Neurological Research and Practice*, 2(1). <https://doi.org/10.1186/s42466-020-00059-z>
- Cella, M., Price, T., Corboy, H., Onwumere, J., Shergill, S., & Preti, A. (2020). Cognitive remediation for inpatients with psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 50(7), 1062–1076. doi:10.1017/S0033291720000872
- Cooper, R. E., Laxhman, N., Crellin, N., Moncrieff, J., & Priebe, S. (2020). Psychosocial interventions for people with schizophrenia or psychosis on minimal or no antipsychotic medication: A systematic review. *Schizophrenia Research*, 225, 15–30. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.05.020>

- Correll, C. U., & Schooler, N. R. (2020). Negative symptoms in schizophrenia: A review and Clinical Guide for recognition, assessment, and treatment. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, Volume 16*, 519–534. <https://doi.org/10.2147/ndt.s225643>
- Correll, C. U., Solmi, M., Croatto, G., Schneider, L. K., Rohani-Montez, S. C., Fairley, L., Smith, N., Bitter, I., Gorwood, P., Taipale, H., & Tiihonen, J. (2022). Mortality in people with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis of relative risk and aggravating or attenuating factors. *World Psychiatry, 21*(2), 248–271. <https://doi.org/10.1002/wps.20994>
- Davarinejad, O., Mohammadi Majd, T., Golmohammadi, F., Mohammadi, P., Radmehr, F., Alikhani, M., Motaei, T., Moradinazar, M., Brühl, A., Sadeghi Bahmani, D., & Brand, S. (2021). Identification of risk factors to predict the occurrences of relapses in individuals with schizophrenia spectrum disorder in Iran. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(2), 546. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020546>
- De Berardis, D., Rapini, G., Olivieri, L., Di Nicola, D., Tomasetti, C., Valchera, A., Fornaro, M., Di Fabio, F., Perna, G., Di Nicola, M., Serafini, G., Carano, A., Pompili, M., Vellante, F., Orsolini, L., Martinotti, G., & Di Giannantonio, M. (2018). Safety of antipsychotics for the treatment of schizophrenia: A focus on the adverse effects of clozapine. *Therapeutic Advances in Drug Safety, 9*(5), 237–256. <https://doi.org/10.1177/2042098618756261>
- Dean, K., & Murray, R. M. (2005). Environmental risk factors for psychosis. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 7*(1), 69–80. <https://doi.org/10.31887/dcns.2005.7.1/kdean>
- Dibben, C. R. M., Khandaker, G. M., Underwood, B. R., O’Loughlin, C., Keep, C., Mann, L., & Jones, P. B. (2016). First-generation antipsychotics: not gone but forgotten. *BJPsych Bulletin, 40*(2), 93–96. doi:10.1192/pb.bp.115.050708
- Dollfus, S., & Lyne, J. (2017). Negative symptoms: History of the concept and their position in diagnosis of schizophrenia. *Schizophrenia Research, 186*, 3–7. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.06.024>

- Dragašek, J. (2014). Schizofrénia a ostatné psychotické poruchy v DSM-5. *Psychiatria pre prax*, 15(3), 96-98.
- Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch* (2. vyd.). Grada.
- Elliott, M. R., & Valliant, R. (2017). Inference for nonprobability samples. *Statistical Science*, 32(2). <https://doi.org/10.1214/16-sts598>
- Emsley, R., Chiliza, B., Asmal, L., & Harvey, B. H. (2013). The nature of relapse in Schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1471-244x-13-50>
- Eranti, S., MacCabe, J., Bundy, H., & Murray, R. (2013). Gender difference in age at onset of schizophrenia: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 43(1), 155-167. doi:10.1017/S003329171200089X
- Etikan, I. (2016). Comparison of convenience sampling and purposive sampling. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics*, 5(1), 1. <https://doi.org/10.11648/j.ajtas.20160501.11>
- Falkai, P., Rossner, M. J., Schulze, T. G., Hasan, A., Brzózka, M. M., Malchow, B., Honer, W. G., & Schmitt, A. (2015). Kraepelin revisited: Schizophrenia from degeneration to failed regeneration. *Molecular Psychiatry*, 20(6), 671–676. <https://doi.org/10.1038/mp.2015.35>
- Farah, F. H. (2018). Schizophrenia: An Overview. *Asian Journal of Pharmaceutics*, (2), 77-87. Získané 17. novembra 2023 z <http://www.asiapharmaceutics.info/index.php/ajp>
- Fatani, B. Z., Aldawod, R. A., & Alhawaj, F. A. (2017). Schizophrenia: Etiology, pathophysiology and management: A Review. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 69(6), 2640–2646. <https://doi.org/10.12816/0042241>
- Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Portál.
- Feyaerts, J., Henriksen, M. G., Vanheule, S., Myin-Germeys, I., & Sass, L. A. (2021). Delusions beyond beliefs: A critical overview of diagnostic, aetiological, and

- therapeutic schizophrenia research from a clinical-phenomenological perspective. *The Lancet Psychiatry*, 8(3), 237–249. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30460-0](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30460-0)
- Fišar, Z. (2009). *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie* (2. vyd.). Grada.
- Frawley, E., Cowman, M., Lepage, M., & Donohoe, G. (2023). Social and occupational recovery in early psychosis: a systematic review and meta-analysis of psychosocial interventions. *Psychological Medicine*, 53(5), 1787–1798. doi:10.1017/S003329172100341X
- Gaebel, W., Stricker, J., & Kerst, A. (2020). Changes from ICD-10 to ICD-11 and future directions in psychiatric classification. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 22(1), 7–15. <https://doi.org/10.31887/dcns.2020.22.1/wgaebel>
- Ganguly, P., Soliman, A., & Moustafa, A. A. (2018). Holistic management of schizophrenia symptoms using pharmacological and non-pharmacological treatment. *Frontiers in Public Health*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00166>
- Giraldo-Chica, M., Rogers, B. P., Damon, S. M., Landman, B. A., & Woodward, N. D. (2018). Prefrontal-thalamic anatomical connectivity and executive cognitive function in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 83(6), 509–517. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2017.09.022>
- Gogtay, N., Vyas, N. S., Testa, R., Wood, S. J., & Pantelis, C. (2011). Age of onset of schizophrenia: Perspectives from structural neuroimaging studies. *Schizophrenia Bulletin*, 37(3), 504–513. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr030>
- Gong, Q., Lui, S., & Sweeney, J. A. (2016). A selective review of cerebral abnormalities in patients with first-episode schizophrenia before and after treatment. *American Journal of Psychiatry*, 173(3), 232–243. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15050641>
- Green, M. F. (2016). Impact of cognitive and social cognitive impairment on functional outcomes in patients with schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 77(Suppl 2), 8–11. <https://doi.org/10.4088/jcp.14074su1c.02>

- Gründer, G., & Cumming, P. (2016). The dopamine hypothesis of schizophrenia. *The Neurobiology of Schizophrenia*, 109–124. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-801829-3.00015-x>
- Guest, G., MacQueen, K. M., & Namey, E. E. (2012). Introduction to applied thematic analysis. *Applied thematic analysis*, 3(20), 1-21. doi:10.4135/9781483384436.n1
- Guloksuz, S., & Van Os, J. (2018). The slow death of the concept of schizophrenia and the painful birth of the psychosis spectrum. *Psychological Medicine*, 48(2), 229-244. doi:10.1017/S0033291717001775
- Guloksuz, S., & van Os, J. (2021). En attendant godot: Waiting for the funeral of “schizophrenia” and the baby shower of the psychosis spectrum. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.618842>
- Gumley, A., Bradstreet, S., Ainsworth, J., Allan, S., Alvarez-Jimenez, M., Beattie, L., Bell, I., Birchwood, M., Briggs, A., Bucci, S., Castagnini, E., Clark, A., Cotton, S. M., Engel, L., French, P., Lederman, R., Lewis, S., Machin, M., MacLennan, G., ... Gleeson, J. (2020). Early signs monitoring to prevent relapse in psychosis and promote well-being, engagement, and recovery: Protocol for a feasibility cluster randomized controlled trial harnessing mobile phone technology blended with Peer Support. *JMIR Research Protocols*, 9(1). <https://doi.org/10.2196/15058>
- Hammarberg, K., Kirkman, M., & de Lacey, S. (2016). Qualitative research methods: When to use them and how to judge them. *Human Reproduction*, 31(3), 498–501. <https://doi.org/10.1093/humrep/dev334>
- Hansbauer, M., Wagner, E., Strube, W., Röh, A., Padberg, F., Keeser, D., Falkai, P., & Hasan, A. (2020). RTMS and tDCS for the treatment of catatonia: A systematic review. *Schizophrenia Research*, 222, 73–78. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.05.028>
- Hartl, P. (2004). *Stručný psychologický slovník*. Portál.
- Häfner, H. (2019). From onset and prodromal stage to a life-long course of schizophrenia and its symptom dimensions: How sex, age, and other risk factors influence incidence and

- course of illness. *Psychiatry Journal*, 2019, 1–15.
<https://doi.org/10.1155/2019/9804836>
- Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Portál.
- Henriksen, M. G., Nordgaard, J., & Jansson, L. B. (2017). Genetics of schizophrenia: Overview of methods, findings and limitations. *Frontiers in Human Neuroscience*, 11.
<https://doi.org/10.3389/fnhum.2017.00322>
- Henson, P., D’Mello, R., Vaidyam, A., Keshavan, M., & Torous, J. (2021). Anomaly detection to predict relapse risk in schizophrenia. *Translational Psychiatry*, 11(1).
<https://doi.org/10.1038/s41398-020-01123-7>
- Heretik, A., & Heretik, A. (2016). *Klinická psychologie*. Nové Zámky: Psychoprof.
- Holder, S. D., & Wayhs, A. (2014). Schizophrenia. *American family physician*, 90(11), 775.
- Hosák, L., Hrdlička, M., & Libiger, J. (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Karolinum.
- Hui, C. L. M., Lo, M. C. L., Chan, E. H. C., Chen, E. S. M., Ko, R. W. T., Lee, E. H. M., Chang, W. C., Chan, S. K. W., & Chen, E. Y. H. (2016). Perception towards relapse and its predictors in psychosis patients: A qualitative study. *Early Intervention in Psychiatry*, 12(5), 856–862. <https://doi.org/10.1111/eip.12378>
- Chan, V. (2017). Schizophrenia and psychosis. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 26(2), 341–366. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2016.12.014>
- Immonen, J., Jääskeläinen, E., Korpela, H., & Miettunen, J. (2017). Age at onset and the outcomes of schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Early Intervention in Psychiatry*, 11(6), 453–460. <https://doi.org/10.1111/eip.12412>
- Insel, T. R. (2010). Rethinking schizophrenia. *Nature*, 468(7321), 187–193.
<https://doi.org/10.1038/nature09552>
- Intharit, J., Kittiwattanagul, K., Chaveepojnkamjorn, W., & Tudpor, K. (2021). Risk and protective factors of relapse in patients with first-episode schizophrenia from

- perspectives of Health Professionals: A qualitative study in northeastern Thailand. *F1000Research*, 10, 499. <https://doi.org/10.12688/f1000research.53317.1>
- Jablensky, A. (2010). The diagnostic concept of schizophrenia: Its history, evolution, and future prospects. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12(3), 271–287. <https://doi.org/10.31887/dcns.2010.12.3/ajablensky>
- Janoutová, J., Janácková, P., Sery, O., Zeman, T., Ambroz, P., Kovalová, M., ... & Janout, V. (2016). Epidemiology and risk factors of schizophrenia. *Neuroendocrinology Letters*, 37(1), 1-8.
- Janoutová, J., Šerý, O., Ambroz, P., Hosák, L., & Janout, V. (2016). Psychosociální rizikové faktory u schizofrenie. *Solen*, 17(3e), e20-e24. doi:10.36290/psy.2016.040
- Jauhar, S., Laws, K. R., & McKenna, P. J. (2019). CBT for schizophrenia: a critical viewpoint. *Psychological Medicine*, 49(8), 1233–1236. doi:10.1017/S0033291718004166
- Jobe, T. H., & Harrow, M. (2010). Schizophrenia Course, Long-Term Outcome, Recovery, and Prognosis. *Current Directions in Psychological Science*, 19(4), 220-225. <https://doi.org/10.1177/0963721410378034>
- Jones, C., Hacker, D., Meaden, A., Cormac, I., Irving, C. B., Xia, J., Zhao, S., Shi, C., & Chen, J. (2018). Cognitive behavioural therapy plus standard care versus standard care plus other psychosocial treatments for people with schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd008712.pub3>
- Jørgensen, K. T., Bøg, M., Kabra, M., Simonsen, J., Adair, M., & Jönsson, L. (2021). Predicting time to relapse in patients with schizophrenia according to patients' relapse history: A historical cohort study using real-world data in Sweden. *BMC Psychiatry*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03634-z>
- Kafali, H. Y., Bildik, T., Bora, E., Yuncu, Z., & Erermis, H. S. (2019). Distinguishing prodromal stage of bipolar disorder and early onset schizophrenia spectrum disorders during adolescence. *Psychiatry Research*, 275, 315–325. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.03.051>

- Kahn, R. (2018). Why the concept of schizophrenia is still alive and kicking. *Psychological Medicine*, 48(2), 247-248. doi:10.1017/S0033291717002069
- Kahn, R. S. (2020). On the origins of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 177(4), 291-297.
- Kališová, M. L., & Albrecht, M. J. (2018). Elektrokonvulzivní terapie na počátku 21. století. *Postgraduální medicína*, 20(6), 623-629.
- Kaneko, K. (2018). Negative symptoms and cognitive impairments in schizophrenia: Two key symptoms negatively influencing social functioning. *Yonago Acta Medica*, 61(2), 091–102. <https://doi.org/10.33160/yam.2018.06.001>
- Katschnig, H. (2018). Psychiatry's contribution to the public stereotype of schizophrenia: Historical considerations. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 24(5), 1093–1100. <https://doi.org/10.1111/jep.13011>
- Khan, A. Y., Salaria, S., Ovais, M., & Ide, G. D. (2016). Depot antipsychotics: Where do we stand? , 28, 4, 28(4), 289-298.
- Khokhar, J. Y., Dwiel, L. L., Henricks, A. M., Doucette, W. T., & Green, A. I. (2018). The link between schizophrenia and substance use disorder: A unifying hypothesis. *Schizophrenia Research*, 194, 78–85. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.04.016>
- Kishimoto, T., Agarwal, V., Kishi, T., Leucht, S., Kane, J. M., & Correll, C. U. (2013). Relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of second-generation antipsychotics versus first-generation antipsychotics. *Molecular psychiatry*, 18(1), 53-66. doi:10.1038/mp.2011.143
- Kleinhaus, K., Harlap, S., Perrin, M. C., Manor, O., Weiser, M., Harkavy-Friedman, J. M., ... Malaspina, D. (2012). Catatonic schizophrenia: a cohort prospective study. *Schizophrenia bulletin*, 38(2), 331-337. doi:10.1093/schbul/sbq087
- Koike, S., Yamaguchi, S., Ojio, Y., Ohta, K., & Ando, S. (2015). Effect of name change of schizophrenia on mass media between 1985 and 2013 in Japan: A text data mining analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 42(3), 552–559. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv159>

- Kopeček, M., Masopust, J., & Anders, M. (2023). Nové trendy v léčbě schizofrenie. *Psychiatrie Pro Praxi*, 24(3).
- Koutsouleris, N., Meisenzahl, E. M., Borgwardt, S., Riecher-Rössler, A., Frodl, T., Kambeitz, J., Köhler, Y., Falkai, P., Möller, H.-J., Reiser, M., & Davatzikos, C. (2015). Individualized differential diagnosis of schizophrenia and mood disorders using neuroanatomical biomarkers. *Brain*, 138(7), 2059–2073.
<https://doi.org/10.1093/brain/awv111>
- Kučerová, H. (2010). *Schizofrenie v kazuistikách*. Grada.
- Kulišťák, P. (2019). *Klinická neuropsychologie v praxi*. Karolinum.
- Kurtz, M. M., Moberg, P. J., Gur, R. C., & Gur, R. E. (2001). *Neuropsychology Review*, 11(4), 197–210. <https://doi.org/10.1023/a:1012953108158>
- Lal, S., Czesak, A., Tibbo, P., Joobar, R., Williams, R., Chandrasena, R., Otter, N., & Malla, A. (2022). Young adults' perspectives on factors related to relapse after first-episode psychosis: Qualitative Focus Group Study. *Psychiatric Services*, 73(12), 1380–1388.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000641>
- Larson, M. K., Walker, E. F., & Compton, M. T. (2010). Early signs, diagnosis and therapeutics of the prodromal phase of schizophrenia and related psychotic disorders. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 10(8), 1347–1359.
<https://doi.org/10.1586/ern.10.93>
- Lau, C., Wang, H., Hsu, J. & Liu, M. (2013). Does the dopamine hypothesis explain schizophrenia?. *Reviews in the Neurosciences*, 24(4), 389-400.
<https://doi.org/10.1515/revneuro-2013-0011>
- Laws, K. R., Darlington, N., Kondel, T. K., McKenna, P. J., & Jauhar, S. (2018). Cognitive behavioural therapy for schizophrenia - outcomes for functioning, distress and quality of life: A meta-analysis. *BMC Psychology*, 6(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0243-2>
- Lecomte, T., Potvin, S., Samson, C., Francoeur, A., Hache-Labelle, C., Gagné, S., Boucher, J., Bouchard, M., & Mueser, K. T. (2019). Predicting and preventing symptom onset and

- relapse in schizophrenia—A metareview of current empirical evidence. *Journal of Abnormal Psychology*, 128(8), 840–854. <https://doi.org/10.1037/abn0000447>
- Li, R., Ma, X., Wang, G., Yang, J., & Wang, C. (2016). Why sex differences in schizophrenia?. *Journal of translational neuroscience*, 1(1), 37–42.
- Lim, A., Hoek, H. W., Deen, M. L., Blom, J. D., Bruggeman, R., Cahn, W., de Haan, L., Kahn, R. S., Meijer, C. J., Myin-Germeys, I., van Os, J., & Wiersma, D. (2016). Prevalence and classification of hallucinations in multiple sensory modalities in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 176(2–3), 493–499. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.06.010>
- Maatz, A., Hoff, P., & Angst, J. (2015). Eugen Bleuler’s schizophrenia—a modern perspective. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(1), 43–49. <https://doi.org/10.31887/dcns.2015.17.1/amaatz>
- Magaldi, D., & Berler, M. (2020). Semi-structured interviews. *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*, 4825–4830. https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3_857
- Maguire, M., & Delahunt, B. (2017). Doing a thematic analysis: A practical, step-by-step guide for learning and teaching scholars. *All Ireland Journal of Higher Education*, 9(3).
- Maramis, M. M., Sofyan Almahdy, M., Atika, A., Bagus Jaya Lesmana, C., & Gerick Pantouw, J. (2021). The biopsychosocial-spiritual factors influencing relapse of patients with schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*, 68(8), 1824–1833. <https://doi.org/10.1177/00207640211065678>
- Marder, S. R., & Galderisi, S. (2017). The current conceptualization of negative symptoms in schizophrenia. *World Psychiatry*, 16(1), 14–24. <https://doi.org/10.1002/wps.20385>
- McCutcheon, R. A., Reis Marques, T., & Howes, O. D. (2020). Schizophrenia—an overview. *JAMA Psychiatry*, 77(2), 201. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3360>
- McFarlane, W. R. (2016). Family interventions for schizophrenia and the psychoses: A Review. *Family Process*, 55(3), 460–482. <https://doi.org/10.1111/famp.12235>

- McGrath, J., Saha, S., Chant, D., & Welham, J. (2008). Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic reviews*, 30(1), 67-76.
doi:10.1093/epirev/mxn001
- Mi, W.-F., Chen, X.-M., Fan, T.-T., Tabarak, S., Xiao, J.-B., Cao, Y.-Z., Li, X.-Y., Bao, Y.-P., Han, Y., Li, L.-Z., Shi, Y., Guo, L.-H., Wang, X.-Z., Liu, Y.-Q., Wang, Z.-M., Chen, J.-X., Wu, F.-C., Ma, W.-B., Li, H.-F., ... Lu, L. (2020). Identifying modifiable risk factors for relapse in patients with schizophrenia in China. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.574763>
- Miettunen, J., Immonen, J., McGrath, J. J., Isohanni, M., & Jääskeläinen, E. (2018). The age of onset of schizophrenia spectrum disorders. *Age of Onset of Mental Disorders*, 55–73. https://doi.org/10.1007/978-3-319-72619-9_4
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- 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 (English Edition)*, 9(2), 111–122.
<https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2016.04.005>
- Misiak, B., Stramecki, F., Gawęda, Ł., Prochwicz, K., Sąsiadek, M. M., Moustafa, A. A., & Frydecka, D. (2017). Interactions between variation in candidate genes and environmental factors in the etiology of schizophrenia and bipolar disorder: A systematic review. *Molecular Neurobiology*, 55(6), 5075–5100.
<https://doi.org/10.1007/s12035-017-0708-y>
- Moncrieff, J., Crellin, N. E., Long, M. A., Cooper, R. E., & Stockmann, T. (2020). Definitions of relapse in trials comparing antipsychotic maintenance with discontinuation or reduction for schizophrenia spectrum disorders: A systematic review. *Schizophrenia Research*, 225, 47–54. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.08.035>
- Motlova, L. B., Balon, R., Beresin, E. V., Brenner, A. M., Coverdale, J. H., Guerrero, A. P. S., Louie, A. K., & Roberts, L. W. (2017). Psychoeducation as an opportunity for patients, psychiatrists, and psychiatric educators: Why do we ignore it? *Academic Psychiatry*, 41(4), 447–451. <https://doi.org/10.1007/s40596-017-0728-y>

- Mubarik, A., & Tohid, H. (2016). Frontal lobe alterations in schizophrenia: A Review. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 38(4), 198–206. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2015-0088>
- Národné centrum zdravotníckych informácií. (2024). *Medzinárodná klasifikácia chorôb s účinnosťou 01. 01. 2024*. Získané z: <https://www.nczisk.sk/standardy-v-zdravotnictve/pages/medzinarodna-klasifikacia-chorob-mkch-10.aspx>
- Nemček, M. A. (2020). Glutamát a modulátory glutamátového systému pri schizofrénii. *Psychiatria pre prax*, 21(3), 91-96. Získané 13. februára 2021 z <https://www.solen.sk/casopisy/psychiatria-pre-prax>
- Nestsiarovich, A., Obyedkov, V., Kandratsenka, H., Siniauskaya, M., Goloenko, I., & Waszkiewicz, N. (2017). Disorganization at the stage of schizophrenia clinical outcome: Clinical–biological study. *European Psychiatry*, 42, 44–48. doi:10.1016/j.eurpsy.2016.12.011
- Nielsen, S., Toftdahl, N., Nordentoft, M., & Hjorthøj, C. (2017). Association between alcohol, cannabis, and other illicit substance abuse and risk of developing schizophrenia: A nationwide population-based register study. *Psychological Medicine*, 47(9), 1668-1677. doi:10.1017/S0033291717000162
- Norman, R., Lecomte, T., Addington, D., & Anderson, E. (2017). Canadian treatment guidelines on psychosocial treatment of schizophrenia in adults. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(9), 617–623. <https://doi.org/10.1177/0706743717719894>
- O'Brien, A. (2015). Comparing the risk of tardive dyskinesia in older adults with first-generation and second-generation antipsychotics: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(7), 683–693. <https://doi.org/10.1002/gps.4399>
- Olfson, M., Gerhard, T., Huang, C., Crystal, S., & Stroup, T. S. (2015). Premature mortality among adults with schizophrenia in the United States. *JAMA Psychiatry*, 72(12), 1172. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.1737>

- Olivares, J. M., Sermon, J., Hemels, M., & Schreiner, A. (2013). Definitions and drivers of relapse in patients with schizophrenia: A systematic literature review. *Annals of General Psychiatry*, 12(1), 32. <https://doi.org/10.1186/1744-859x-12-32>
- Opler, M., Charap, J., Greig, A., Stein, V., Polito, S., & Malaspina, D. (2013). Environmental risk factors and schizophrenia. *International Journal of Mental Health*, 42(1), 23–32. <https://doi.org/10.2753/imh0020-7411420102>
- Orel, M. (2020). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše* (3. vyd.). Grada.
- Orrico-Sánchez, A., López-Lacort, M., Muñoz-Quiles, C., Sanfélix-Gimeno, G., & Díez-Domingo, J. (2020). Epidemiology of schizophrenia and its management over 8-years period using real-world data in Spain. *BMC Psychiatry*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02538-8>
- Patel, K. R., Cherian, J., Gohil, K., & Atkinson, D. (2014). Schizophrenia: overview and treatment options. *P & T : a peer-reviewed journal for formulary management*, 39(9), 638–645.
- Pennington, M., & McCrone, P. (2017). The cost of relapse in Schizophrenia. *PharmacoEconomics*, 35(9), 921–936. <https://doi.org/10.1007/s40273-017-0515-3>
- Pergola, G., Selvaggi, P., Trizio, S., Bertolino, A., & Blasi, G. (2015). The role of the thalamus in schizophrenia from a neuroimaging perspective. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 54, 57–75. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2015.01.013>
- Peritogiannis, V., Ninou, A., & Samakouri, M. (2022). Mortality in schizophrenia-spectrum disorders: Recent advances in understanding and management. *Healthcare*, 10(12), 2366. <https://doi.org/10.3390/healthcare10122366>
- Petty, A., Howes, O., & Eyles, D. (2023). Animal models of relevance to the schizophrenia prodrome. *Biological Psychiatry Global Open Science*, 3(1), 22–32. <https://doi.org/10.1016/j.bpsgos.2021.12.001>
- Porcelli, S., Bianchini, O., De Girolamo, G., Aguglia, E., Crea, L., & Serretti, A. (2016). Clinical factors related to schizophrenia relapse. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 20(2), 54–69. <https://doi.org/10.3109/13651501.2016.1149195>

- Pothimas, N., Tungpunkom, P., Chanprasit, C., & Kitsumban, V. (2020). A cross-sectional study of factors predicting relapse in people with schizophrenia. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 24(4), 448-459.
- Praško, J., & Ocisková, M. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Grada.
- Raboch, J., & Pavlovský P., a kol. (2020). *Psychiatrie*. Karolinum.
- Rajagopalan, A., Lim, K. W., Tan, X. W., Martin, D., Lee, J., & Tor, P.-C. (2023). Predictors of cognitive changes in patients with schizophrenia undergoing electroconvulsive therapy. *PLOS ONE*, 18(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0284579>
- Rantala, M. J., Luoto, S., Borráz-León, J. I., & Krams, I. (2022). Schizophrenia: The New Etiological Synthesis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 142, 104894. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104894>
- Remington, G., Foussias, G., Fervaha, G., Agid, O., Takeuchi, H., Lee, J., & Hahn, M. (2016). Treating negative symptoms in schizophrenia: An update. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 3(2), 133–150. <https://doi.org/10.1007/s40501-016-0075-8>
- Robinson, N., & Bergen, S. E. (2021). Environmental risk factors for schizophrenia and bipolar disorder and their relationship to genetic risk: Current knowledge and Future Directions. *Frontiers in Genetics*, 12. <https://doi.org/10.3389/fgene.2021.686666>
- Rubinov, M., & Bullmore, Ed. (2013). Schizophrenia and abnormal brain network hubs. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 15(3), 339–349. <https://doi.org/10.31887/dcns.2013.15.3/mrubinov>
- San, L., Bernardo, M., Gómez, A., & Peña, M. (2012). Factors associated with relapse in patients with schizophrenia. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 17(1), 2–9. <https://doi.org/10.3109/13651501.2012.687452>
- Sanghani, S. N., Petrides, G., & Kellner, C. H. (2018). Electroconvulsive therapy (ECT) in Schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(3), 213–222. <https://doi.org/10.1097/yco.0000000000000418>

- Sariah, A. E., Outwater, A. H., & Malima, K. I. (2014). Risk and protective factors for relapse among individuals with schizophrenia: A qualitative study in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Psychiatry*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0240-9>
- Sher, L., & Kahn, R. S. (2019). Suicide in schizophrenia: An educational overview. *Medicina*, 55(7), 361. <https://doi.org/10.3390/medicina55070361>
- Shmukler, A. B. (2021). The Evolution of Approaches to Schizophrenia Diagnostics: from Kraepelin to ICD-11. *Consortium Psychiatricum*, 2(2), 65-70. doi: 10.17816/CP62
- Schoeler, T., Petros, N., Di Forti, M., Klamerus, E., Foglia, E., Murray, R., & Bhattacharyya, S. (2017). Poor medication adherence and risk of relapse associated with continued cannabis use in patients with first-episode psychosis: A prospective analysis. *The Lancet Psychiatry*, 4(8), 627–633. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(17\)30233-x](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(17)30233-x)
- Simeone, J. C., Ward, A. J., Rotella, P., Collins, J., & Windisch, R. (2015). An evaluation of variation in published estimates of schizophrenia prevalence from 1990–2013: A systematic literature review. *BMC Psychiatry*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0578-7>
- Singer, P., & Yee, B. K. (2023). The adenosine hypothesis of schizophrenia into its third decade: From neurochemical imbalance to early life etiological risks. *Frontiers in Cellular Neuroscience*, 17. <https://doi.org/10.3389/fncel.2023.1120532>
- Solmi, M., Murru, A., Pacchiarotti, I., Undurraga, J., Veronese, N., Fornaro, M., Stubbs, B., Monaco, F., Vieta, E., Seeman, M., Correll, C., & Carvalho, A. (2017). Safety, tolerability, and risks associated with first- and second-generation antipsychotics: A state-of-the-art clinical review. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, Volume 13, 757–777. <https://doi.org/10.2147/tcrm.s117321>
- Spaniel, F., Bakstein, E., Anyz, J., Hlinka, J., Sieger, T., Hrdlicka, J., Görnerová, N., & Höschl, C. (2018). Relapse in schizophrenia: Definitely not a bolt from the blue. *Neuroscience Letters*, 669, 68–74. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2016.04.044>

- Stahl, S. M. (2018). Beyond the dopamine hypothesis of schizophrenia to three neural networks of psychosis: dopamine, serotonin, and glutamate. *CNS spectrums*, 23(3), 187-191. doi:10.1017/S1092852918001013
- Starman, A. B. (2013). The case study as a type of qualitative research. *Journal of Contemporary Educational Studies/Sodobna Pedagogika*, 64(1).
- Stępnicki, P., Kondej, M., & Kaczor, A. A. (2018). Current concepts and treatments of schizophrenia. *Molecules*, 23(8), 2087. <https://doi.org/10.3390/molecules23082087>
- Stilo, S. A., & Murray, R. M. (2010). The epidemiology of schizophrenia: Replacing dogma with knowledge. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12(3), 305–315. <https://doi.org/10.31887/dcns.2010.12.3/sstilo>
- Stilo, S. A., & Murray, R. M. (2019). Non-genetic factors in schizophrenia. *Current Psychiatry Reports*, 21(10). <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1091-3>
- Strauss, G. P., Nuñez, A., Ahmed, A. O., Barchard, K. A., Granholm, E., Kirkpatrick, B., Gold, J. M., & Allen, D. N. (2018). The latent structure of negative symptoms in schizophrenia. *JAMA Psychiatry*, 75(12), 1271. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.2475>
- Sullivan, S., Northstone, K., Gadd, C., Walker, J., Margelyte, R., Richards, A., & Whiting, P. (2017). Models to predict relapse in psychosis: A systematic review. *PLOS ONE*, 12(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183998>
- Svoboda, M. (2012). *Psychopatologie a psychiatrie: Pro psychology a speciální pedagogy*. Portál.
- Szkulciecka-Dębek, M., Walczak, J., Augustyńska, J., Miernik, K., Stelmachowski, J., Pieniążek, I., Obrzut, G., Pogroszewska, A., Paulić, G., Damir, M., Antolić, S., Tavčar, R., Indrikson, A., Adamsoo, K., Janković, S., Pulay, A. J., Rimay, J., Varga, M., Sulkova, I., & Veržun, P. (2015). Epidemiology and Treatment Guidelines of Negative Symptoms in Schizo-phrenia in Central and Eastern Europe: A Literature Review. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 11, 158–165. <https://doi.org/10.2174/1745017901511010158>

Švihovec, J. (2018). *Farmakologie*. Grada.

Tamminga, C. A., & Holcomb, H. H. (2004). Phenotype of schizophrenia: A review and formulation. *Molecular Psychiatry*, 10(1), 27–39.

<https://doi.org/10.1038/sj.mp.4001563>

Tandon, R., Nasrallah, H., Akbarian, S., Carpenter, W. T., DeLisi, L. E., Gaebel, W., Green, M. F., Gur, R. E., Heckers, S., Kane, J. M., Malaspina, D., Meyer-Lindenberg, A., Murray, R., Owen, M., Smoller, J. W., Yassin, W., & Keshavan, M. (2024). The schizophrenia syndrome, circa 2024: What we know and how that informs its nature. *Schizophrenia Research*, 264, 1–28. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.11.015>

Tanskanen, A., Tiihonen, J., & Taipale, H. (2018). Mortality in schizophrenia: 30-year nationwide follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 492–499. <https://doi.org/10.1111/acps.12913>

Taylor, M., & Jauhar, S. (2019). Are we getting any better at staying better? the long view on relapse and recovery in first episode nonaffective psychosis and schizophrenia. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 9, 204512531987003. <https://doi.org/10.1177/2045125319870033>

Toh, W. L., McCarthy-Jones, S., Copolov, D., & Rossell, S. L. (2019). Have we overlooked the significance of multinodal hallucinations in schizophrenia? *Psychiatry Research*, 279, 358–360. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.06.018>

Torrey, E. F., & Yolken, R. H. (2019). Schizophrenia as a pseudogenetic disease: A call for more gene-environmental studies. *Psychiatry Research*, 278, 146–150. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.06.006>

Turner, D. (2014). Qualitative interview design: A practical guide for novice investigators. *The Qualitative Report*. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2010.1178>

Uhrová, T., & Roth, J. (2020). *Neuropsychiatrie: klinický průvodce pro ambulantní i nemocniční praxi*. Praha: Maxdorf.

Uno, Y., & Coyle, J. T. (2019). Glutamate hypothesis in schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 73(5), 204–215. <https://doi.org/10.1111/pcn.12823>

- ÚZIS. (n.d.). *11. Revize Mezinárodní Klasifikace Nemocí (MKN-11)*. 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11). Získané 23. septembra 2023 z <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11>
- Vágnerová, M. (2012). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál.
- Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Valle, R. (2020). Schizophrenia in ICD-11: Comparison of ICD-10 and DSM-5. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental (English Edition)*, 13(2), 95–104. <https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2020.01.002>
- van Dee, V., Schnack, H. G., & Cahn, W. (2023). Systematic Review and meta-analysis on predictors of prognosis in patients with schizophrenia spectrum disorders: An overview of current evidence and a call for prospective research and open access to datasets. *Schizophrenia Research*, 254, 133–142. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.02.024>
- Vita, A., & Barlati, S. (2018). Recovery from schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(3), 246–255. <https://doi.org/10.1097/ycp.0000000000000407>
- Volavka, J., & Vevera, J. (2018). Very long-term outcome of schizophrenia. *International Journal of Clinical Practice*, 72(7). <https://doi.org/10.1111/ijcp.13094>
- Wang, R., Wang, W., Obuchi, M., Scherer, E., Brian, R., Ben-Zeev, D., Choudhury, T., Kane, J., Hauser, M., Walsh, M., & Campbell, A. (2020). On predicting relapse in schizophrenia using mobile sensing in a randomized control trial. *2020 IEEE International Conference on Pervasive Computing and Communications (PerCom)*. <https://doi.org/10.1109/percom45495.2020.9127365>
- World Health Organization. (2022, 10. januára). *Schizophrenia*. World Health Organization. Získané 10. Októbra 2023 z <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Xu, L., Guo, Y., Cao, Q., Li, X., Mei, T., Ma, Z., Tang, X., Ji, Z., Yang, L., & Liu, J. (2020). Predictors of outcome in early onset schizophrenia: A 10-year follow-up study. *BMC Psychiatry*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-2484-x>

- Zabihi Poursaadati, M., Maarefvand, M., Bolhari, J., Hosseinzadeh, S., Songhori, N., Derakhshan, L., & Khubchandani, J. (2021). Caregivers' experiences and perspectives of factors associated with relapse in Iranian people living with schizophrenia: A qualitative study. *International Journal of Social Psychiatry*, 002076402110689. <https://doi.org/10.1177/00207640211068977>
- Zhao, C., Zhu, J., Liu, X., Pu, C., Lai, Y., Chen, L., Yu, X., & Hong, N. (2018). Structural and functional brain abnormalities in schizophrenia: A cross-sectional study at different stages of the disease. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 83, 27–32. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2017.12.017>
- Zukowska, Z., Allan, S., Eisner, E., Ling, L., & Gumley, A. (2022). Fear of relapse in schizophrenia: A mixed-methods systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57(7), 1305–1318. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02220-2>

PRÍLOHY

Zoznam príloh:

1. Abstrakt v slovenskom a anglickom jazyku
2. Informovaný súhlas
3. Sprievodný list pre inštitúcie
4. Stanovisko etickej komisie – Fakultná nemocnica s poliklinikou F. D. Roosevelta
Banská Bystrica
5. Ukážka transkripcie dát
6. Ukážka kódovania dát
7. Infografika

Príloha č. 1: Abstrakt v slovenskom a anglickom jazyku

ABSTRAKT DIPLOMOVEJ PRÁCE

Názov práce: Analýza dôvodov relapsu a možnosti jeho prevencie u pacientov so schizofréniou

Autor práce: Bc. Martina Žabková

Vedúci práce: doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Počet strán a znakov: 84, 154 005

Počet príloh: 7

Počet titulov použitej literatúry: 191

Abstrakt:

Diplomová práca je zameraná na mapovanie rizikových a protektívnych faktorov, ktoré súvisia s relapsom ochorenia schizofrénie. Teoretická časť práce je rozdelená na 3 kapitoly. Prvá kapitola približuje diagnózu schizofrénie, druhá kapitola sa sústreďí na relaps u pacientov so schizofréniou a tretia kapitola prináša prehľad doterajších výskumov týkajúcich sa rizikových a protektívnych faktorov relapsu. Výskumná časť je založená na kvalitatívnom prístupe, pričom dáta boli získané prostredníctvom pološtruktúrovaného interview s 8 pacientmi so schizofréniou a s 3 blízkymi osobami pacientov. Pre analýzu a interpretáciu dát bola využitá tematická analýza, ktorá identifikovala 5 hlavných rizikových faktorov (prerušenie liečby, psychosociálny stres, užívanie návykových látok, vnímaná slabá vôľa a nedostatok spánku) a 3 protektívne faktory (spolupráca v liečbe, sociálna opora a psychohygiena). Ukázalo sa, že jediný varovný signál, ktorý vnímajú pacienti pred blížiacim sa relapsom je nedostatok spánku. Stratégie, ktoré využívajú pre predchádzanie relapsu sú dodržiavanie liečby, abstinencia, psychohygiena a práca.

Kľúčové slová: schizofrénia, relaps, remisia, faktory, tematická analýza

ABSTRACT OF THESIS

Title: Analysis of the reasons for relapse and possibilities of its prevention in patients with schizophrenia

Author: Bc. Martina Žabková

Supervisor: doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Number of pages and characters: 84, 154 005

Number of a pendicles: 7

Number of references: 191

Abstract:

The thesis aims to map risk and protective factors associated with relapse in schizophrenia. The theoretical part of the thesis is divided into 3 chapters. The first chapter introduces the diagnosis of schizophrenia, the second chapter focuses on relapse in patients with schizophrenia, and the third chapter presents a review of previous research on risk and protective factors for relapse. The research section is based on a qualitative approach, with data collected through semi-structured interviews with 8 patients with schizophrenia and 3 close relatives of the patients. Thematic analysis was used for data analysis and interpretation, which identified 5 main risk factors (treatment discontinuation, psychosocial stress, substance use, perceived poor willpower and sleep deprivation) and 3 protective factors (treatment cooperation, social support and psychohygiene). The only warning signal perceived by patients of impending relapse has been shown to be lack of sleep. The strategies they use to prevent relapse are adherence to treatment, abstinence, psychohygiene and work.

Keywords: schizophrenia, relapse, remission, factors, thematic analysis

Príloha č. 2: Informovaný súhlas s účasťou na výskume

Informovaný súhlas s účasťou na výskume v rámci diplomovej práce

Názov práce: Analýza dôvodov relapsu a možnosti jeho prevencie u pacientov so schizofréniou

Autor práce: Bc. Martina Žabková

Vedúci práce: doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Termín realizácie: 2023/2024

Prehlasujem, že som bol/a zoznámený/á s cieľom, metódami a podmienkami účasti na výskume „**Analýza dôvodov relapsu a možnosti jeho prevencie u pacientov so schizofréniou**“ a že sa chcem výskumu dobrovoľne zúčastniť. Zároveň súhlasím s nahrávaním rozhovoru.

Beriem na vedomie, že údaje poskytnuté pre účely výskumu nebudú použité inak ako pre interpretáciu výsledkov v rámci diplomovej práce a že všetky citlivé údaje budú anonymizované. Som si taktiež vedomý/á, že môžem z výskumu kedykoľvek, podľa svojho vlastného uváženia, odstúpiť.

Dňa v.....

Meno a priezvisko.....

Podpis.....

Príloha č. 3: Sprievodný list pre inštitúcie



Univerzita Palackého
v Olomouci



Žiadosť o spoluprácu na výskume

Vážený pán doktor, vážená pani doktorka,

Volám sa Martina Žabková a som študentkou magisterského štúdia psychológie na Univerzite Palackého v Olomouci. Obraciam sa na Vás so žiadosťou o spoluprácu na výskumnej časti mojej diplomovej práce s názvom **„Analýza dôvodov relapsu a možnosti jeho prevencie u pacientov so schizofréniou“**, ktorú odborne vedie doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, PhD.

Hlavným cieľom diplomovej práce je zmapovať pohľad na rizikové a protektívne faktory týkajúce sa relapsu schizofrénie z perspektívy pacientov a ich blízkych osôb.

Vedľajším cieľom je vytvoriť z výsledkov výskumu stručné edukačné materiály týkajúce sa prevencie relapsu určené pacientom a ich blízkym. Tieto edukačné materiály by mohli byť poskytnuté psychiatrickým ambulanciám na Slovensku.

Ide o kvalitatívny výskum realizovaný prostredníctvom pološtruktúrovaných rozhovorov ako s pacientmi, tak ich blízkymi osobami, ktoré s pacientmi žijú v jednej domácnosti. Dĺžka jedného rozhovoru by mala trvať približne hodinu. Rozhovory by som kvôli jednoduchšiemu spracovaniu dala nahrávať na diktafón, pričom by po ukončení výskumu boli samozrejme vymazané a údaje by boli v procese analýzy dát anonymizované.

Účasť na výskume je dobrovoľná a respondent môže kedykoľvek z účasti odstúpiť. Po celú dobu výskumu bude s údajmi a informáciami o respondentoch narábané v súlade so zákonom č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

V prípade, že máte akékoľvek ďalšie otázky, obráťte sa, prosím, priamo na mňa.

Vopred ďakujem za Váš čas.

S úctou,

Bc. Martina Žabková

e-mail: martina.zabkova01@upol.cz
tel. č.: +421 903 977 146

Príloha č. 4: Stanovisko etickej komisie – Fakultná nemocnica s poliklinikou F. D. Roosevelta Banská Bystrica



FAKULTNÁ NEMOCNICA S POLIKLINIKOU F. D. ROOSEVELTA BANSKÁ BYSTRICA
Námestie L. Svobodu 1, 975 17 Banská Bystrica
Slovenská republika

Stanovisko etickej komisie k vykonaniu biomedicínskeho výskumu (akademický výskum) Č.24/2023

Názov a adresa etickej komisie	Etická komisia FNsP F.D.Roosevelta Nám. L.Svobodu 1 975 17 Banská Bystrica Slovenská republika
Meno a adresa skúšajúceho	Bc. Martina Žabková, Katedra psychologie Univerzita Palackého Olomouc ŠKN 15 976 97 Nemecká
Kód a názov štúdie	<i>Analýza dôvodov relapsu a možnosti jeho prevencie u pacientov so schizofréniou</i>
Dátum zasadania	20.6.2023

Etická komisia posúdila nasledovné dokumenty k biomedicínskeho výskumu

Žiadosť o schválenie projektu	16.5.2023
Protokol	
Informácie pre pacienta	
Informovaný súhlas pacienta	
Otázky pološtruktúrovaného rozhovoru	
Stanovisko MUDr. Pataráka, PhD. – prednostu Psychiatrickej kliniky FNsP F.D.Roosevelta k projektu	
Životopis hlavného riešiteľa štúdie	
Stanovisko gestora projektu	

Etická komisia FNsP F.D.Roosevelta po preskúmaní a prehodnotení žiadosti zadávateľa a ním predložených dokumentov

SÚHLASÍ S REALIZÁCIOU BIOMEDICÍNSKEHO VÝSKUMU

Podmienka: spísať dohodu s právnym oddelením nemocnice o vyhotovení audiozáznamu z rozhovoru s pacientom.

Etická komisia posúdila všetky predložené podklady a dokumenty z hľadiska dodržiavania etických noriem a platných požiadaviek ustanovených v zákone NR SR č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov NR SR č. 362/2011 Z.z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach v znení neskorších predpisov.

Pripomienky:

dovoľujeme si Vás požiadať, aby ste pri predkladaní dokumentov súvisiacich s vyššie uvedenou štúdiou uvádzali celý názov štúdie, kód štúdie a meno skúšajúceho v našej FNsP. Uvedené údaje sú potrebné k presnej identifikácii štúdie.

Prehlásenie

Etická komisia pri posudzovaní klinického skúšania a zmien v priebehu klinického skúšania zohľadňuje požiadavky:

- Správnej klinickej praxe (ICH-GCP),
- Štátneho ústave pre kontrolu liečiv (ŠÚKL),
- platnej legislatívy pre klinické skúšanie v SR.

Zoznam prítomných členov etickej komisie je prílohou tohto dokumentu. Hlasovali len členovia etickej komisie nezávislí od sponzora štúdie. Skúšajúci sa hlasovania nezúčastnil.

Toto stanovisko sa vydáva v dvoch exemplároch, pričom jeden ostáva Etickej komisii FNsP F.D.Roosevelta Banská Bystrica, jeden bude zaslaný predkladateľovi štúdie.

PharmDr. Anna Štriová
predseda Etickej komisie
FNsP F.D.Roosevelta

Etická komisia
FNsP F. D. Roosevelt
075 17 Banská Bystrica -1-

B.Bystrica 20.6.2023

Príloha:
Prezenčná listina

Príloha č. 5: Ukážka transkripcie dát

Respondentka 1

Ja by som Vás hneď na začiatok poprosila, aby ste si spomenuli na obdobie, kedy Vaše ochorenie bolo najprv stabilizované a potom sa zase vrátilo, museli ste byť znovu hospitalizovaná. Ako to prebiehalo u Vás?

No, prvýkrát som bola hospitalizovaná pred 4 rokmi. Alebo 3. Počkajte.

Nemusia byť úplne presné časové údaje...

Pred 3 rokmi. Lebo po 3 rokoch sa mi to znova zjavilo, keď som vysadila tabletky. Bolo to...To je to, že ja budem koktať. Povedzme v júli sa to znova zjavilo. Som bola hospitalizovaná. Hneď. Dátumy nepotrebuje?

Nie.

Koncom júla to bolo, toho 20 a vyššie. Ale išla som najskôr do stacionáru, máme tu stacionár, to asi viete. Lenže z tade sa mi to zhoršilo a musela som sa vrátiť na oddelenie, najskôr na akútne. A čo ste sa vlastne pýtala?

Ako to u Vás prebiehalo, že to znovu vypuklo.

Začali sa mi vracat' v takej forme myšlienky, že...Sa hanbím za seba. Bolo to, začali mi ako keby myšlienky niekoho iného a vsúvali sa mi medzi moje myšlienky. To bolo také prvotné. No, prvotné bolo, že som sa začala rozprávať sama so sebou. Potom sa mi začali vsúvať tieto myšlienky, nie moje, pomedzi to. A pomedzi tieto myšlienky, ktoré sa tlačili, pomedzi moje vety, som mala ďalšie myšlienky, ale vo forme nádvok a takýchto vecí. Čím viac som sa snažila, aby som zabránila, aby to vychádzalo zo mňa, som tie slová ako keby hltala, alebo nedokončovala, alebo rýchlo hovorila, proste nedalo sa to potom už vystriechnuť, tie slová vychádzali ako keby von...No, to som si asi dala toto, lebo mne sa to tak zhoršilo, že som...môžete to na chvíľu stopnúť?

zdôverenie sa mimo záznam

Rodičom som sa priznala, čo všetko sa mi v hlave mieša, víri, čo chcem povedať, čo mi ide na jazyk, čo sa mi tam tlačí a to všetko čo som...to som proste vôbec nebola ja. Oni túto chorobu nepoznali predtým. No, pred tými 3 rokmi som to mala veľmi light verziu tohto, čo sa mi stalo teraz.

Prepáčte, že Vám do toho skočím, ale tie 3 roky ste teda boli stabilizovaná?

Hej, vôbec nič. Brala som tabletky. Aripiprazol a kinetol, neviem či je to dôležité pre Vás. Asi nie. Ale keď som im to hovorila, boli zhrození zo mňa proste. Že o čom im vravím. Ale mama rýchlo pochopila, že je to choroba, že toto nie som ja, že takto sa ja nesprávam, ani že by som chcela nadávať alebo proste nejaké iné veci. Toto bol ten hlavný dôvod, na ktorý som sa dostala znova sem na oddelenie. Som tu už tých 6 týždňov povedzme. Som tu už tých 6 týždňov povedzme. A teraz mám nový relaps, ako to voláte vy. Chodím na tie šoky elektro. Všetko bolo dobre do...preto si tak zle pamätám, lebo tieto šoky, to pamäť mažu. Ale je to tak, že...že sa mi to zase tlačí do hlavy tie myšlienky a hovoria mi, že to som vlastne ja chcela. Hovoria mi nejaké, s Vami sa rozprávam úplne normálne hej, ale pomedzi to, teraz nevnímam, hej, ale skôr keď som v tichu, sama, hej, tam je asi najdôležitejšie to, že sa ocitnem sama a tie myšlienky vtedy začnú. Myslím na úplne jednoduchú vetu, že neviem. „Pôjdem vonku hrabať listie.“ A pomedzi to sa mi vsúva, ale nie teraz, to keby som bola sama, sa mi vsúva myšlienky, že toto si tak nechcela povedať, vlastne taký boj sama so sebou. Nechcela som to povedať, musím to povedať, nesmiem to povedať, lebo to je neprístojné, alebo proste nejaké, že sa to nehodí a ja tak rozprávať nechcem. Ale všetko sa tlačí von a teraz je to vlastne... Už som bola na 8., 9. šoku. 9. A bolo to tak, že, počkajte... dneska je streda, pondelok, po 6. šoku, do 6. šoku som bola v poriadku, nič sa mi neobjavovalo, bola som už šťastná, lebo tým že som. Prepáčte, vrátim sa ešte chvíľku, čo som mala predtým. Keď som vlastne sem nastúpila na to akútne oddelenie, tak ja som bola iba v krči, v strehu, aby zo mňa náhodou niečo zlé nevypadlo. Žiadne oplzlosti, nadávky, vulgarizmy...Len som sa k tomu chcela vrátiť, že som bola vo veľkom krči a strese, nech zo mňa niečo nevypadne. Doma som furt plakala. Tu som si to už nedovolila plakať, lebo neviem. Nechcela som tu plakať, tak som si jediné uvedomila, že furt byť každú jednu sekundu, nie minútu, kontrolovaná sama sebou, čo vypúšťam z úst, je to hrozný pocit. Ako bežne sa človek kontroluje, aby... neviem vám to vysvetliť. Tak prirodzene, tak ako je vychovaný, naučený, ani si to úplne neuvedomuje. Ale hento je... Je to taká situácia, ktorá sa tak dere von, že fakt som skoro hovorila 2 vety naraz. Už slovíčka pomedzi slovíčka čo šli, tak už boli samé vulgarizmy, tak to som bola v strese. A teraz, vlastne už po tom 6. raze som začala pociťovať...Ja som to ževraj mamine hovorila, ja si na to nespomínam. Až na tento pondelok. Že znova sa rozprávam s Vami a pomedzi to už...sa mi tak krčí inak jazyk. Viem to podľa toho, keby som zastala, nehovorila nič, ten jazyk sa ďalej pohybuje, akoby hovoril slová, len ich nevydáva von. A už som to vedela, no, ja v pondelok, mamča vraví,

že už v piatok som jej to hovorila, že sa rozprávam sama so sebou. A už to som sa zľakla. Lebo som si myslela, že som sa z tých 6 razov ECT hlúpo poviem, vyliečila. Lebo dobrá nálada, nemala som žiadne zlé myšlienky, nemala som...Proste všetko úplne spadlo zo mňa preč. Nič som nemala, ja som bola úplne šťastná, naši mi povedali, že konečne sa usmievaš...konečne už vidíme, že žiješ, už inak. Vravím, Bože, už som bola šťastná. No a teraz som to hovorila jednej pani doktorke, že čo sa mi dialo a ona povedala, že kým je to len mrmlanie, samo o sebe, tak je to v poriadku, že mám sledovať tú hranicu prechodu medzi tým a tým. Lenže to tak rýchlo prišlo, že to sledovanie ani nenastalo. Lebo sa mi to hneď prešlo včera medzi tie myšlienky, čo som hovorila, že mi hovoria, že sú moje. A proste, že to, čo som hovorila o nich budem robiť a tak. No, tak to je teraz môj stav. Aj som vravela pani doktorke a ona hneď povedala, neoslovila to ako Vy, ale že sa to vracia. Že bude dobre, keď budeme pokračovať v týchto šokoch, pričom som mala už 10. šokom končiť. Nevidím to na 2 šoky a dovidenia. Aj keď som tu dlhšie. Ale púšťajú nás na priepustky domov, takže to je v pohode. Neviem, čo by som Vám ešte povedala...

Mňa teda zaujalo, že Vy ste si začala sama uvedomovať, že sa niečo deje, tak ste vyhľadali tú pomoc.

Áno. No ja som to nevedela, že sa to vráti, po takomto, po takejto renomovanej metóde. Nie nevedela som to. Ani ma neupozornili dopredu na to, že sa to môže vrátiť. Lebo ja som to brala ako nejakú konečnú metódu, ktorá je vyvinutá akože za účelom takýmto. A už som vôbec netušila, že sa mi to objaví ešte počas tých šokov znova. Som myslela, dobre po piatich rokoch povedzme, alebo po dlhšom období. Ja som ostala šokovaná a tým, že mi nikto nepovedal, že to mám takto aj očakávať alebo pripraviť sa na to, tak ja keď som to povedala našim so strachom, tak mama mi povedala, že som im to hovorila, že začínam mrmlať, mama spozornela. My sme sa totiž nikdy nestretli, ja viem, hovorí sa, že je to dedičné ochorenie, ale nikto to u nás nemal. Asi budem prvý člen rodiny, žiaľbohu. Neviem aké sú predispozície.

Mňa by ešte zaujímalo, že predtým, než sa Vám to vrátilo po tých 3 rokoch, tak čo tomu predchádzalo...

No mala som v robote stresujúce obdobie, to je pravda.

Prečo si myslíte, že sa to vrátilo?

Prečo, to neviem, ale...Môže to byť ten stres v robote, mali sme kadejaké uzatváračky, také ako audity. Aj teraz keby ste sa ma spýtali, aká je tá hranica medzi tým...Takto. Žiadna

hranica nebola. Zrazu sa mi začali do jednej vety ryt' úplne iné veci. Takže neviem Vám veľmi vysvetliť. Som z toho sama prekvapená a bola som v šoku včera. V takom šoku, že som plakala rodičom zase a oni išli za primárkou povedať jej to, lebo som sa bála, že to dneska nezvládnem, ale potom šoku akoby sa to zase utriaslo. Keď som sama, počujem, ale nie tak ako predtým tie myšlienky. Už včera sa to viac rozbiehalo, dneska ako keby sa to pozastavilo alebo spomalilo, to je lepšie slovo. Neviem, či ma chápete.

Veľmi pekne mi to vysvetľujete. Popisovali ste mi, že tie varovné príznaky Vám začínajú tie myšlienky, ktoré nie sú Vaše, takže podľa toho ich Vy spoznávate, chápem to správne?

Áno.

Možno by ma zaujímalo, či sú nejaké dôvody, kvôli ktorým je pre vás to zvládanie ochorenia ťažšie?

Dôvody? Je to dosť náročný proces, pretože, ja som dostala už včera paniku z toho, že našich som postavila do pozoru, tiež ostali prekvapení, nečakali to takto skoro, v tejto fáze. Fakt sme mysleli, že tie lieky mi pomohli za tie 3 roky, tak som predpokládala aspoň tie 3-5 rokov...

Vy ste teda tie lieky vysadili kvôli tomu, že Vám bolo lepšie?

Normálne ja som ich užívala podľa doktorky, dávky na začiatku boli iné, ona mi potom odoberala.

Takže kontrolovane ste ich vysadili.

Áno.

Máte nejaké spôsoby ako tomu relapsu predchádzať?

Bolo to tak zrazu, tu v nemocnici. Nebolo to ani stresom, bola som tu v pokoji, pod dohľadom, prišlo to veľmi náhle.

A je niečo, čo Vám pomáha ochorenie zvládať?

Moja kontrola, nič iné. A že sa viac sústredím na to, čo budem hovoriť. No nič iné, lebo tabletky síce beriem, aj chodím na šoky, aj dostávam ešte...Lebo po 1. šoku som mala skoro úplný výmaz pamäte. Ostala som veľmi prekvapená prečo som v nemocnici. Dostávam taký pamäťový koktejl, to mi vždy napichnú. Aj tabletkovo to užívam.

Čo si myslíte, že by Vám pomohlo predchádzať relapsu?

To keby som vedela (smiech). To už mi hádam Vy potom poviete, keď to dokončíte tento výskum. Hádam som Vám aspoň trochu pomohla.

Určite áno, ďakujem. Je ešte niečo, čo by ste chceli prípadne dodať?

Už asi ani nie, stačí to takto.

Ďakujem za rozhovor.

Príloha č. 6: Ukážka analýzy dát

Ukážka tvorby počiatkových kódov v programe Atlas.ti

1 Nepamätám si to celkom presne ako to prebiehalo. Vždycky ide všetko dobre a zrazu príde ten relaps. Vždycky ako padnem na dno a musím sa tak zodvíhnúť. A to už ma tak šťve. Že sa takto flákam po psychiatrách a aj rodine robím iba problémy. Viem, že je to také ochorenie, no, že už je to na celý život. Že už sa mi ten relaps vždycky môže vrátiť. Len ja mám problémy ako s drogami. Z drogy vznikla vlastne aj tá schizofrénia, to už v 18 som sa predrogoval, prefetoval a vtedy som si navodil túto schizofréniu. Bol som už v roku 2000 na psychiatrii a potom po ďalších. Ale niekde si ani nepamätám, že som tu bol, tak som vystrájal. Už som bol ako telo bez ducha. Potom som šiel na elektrošoky, pamätám si len tie posledné 2, akoby sa tam ten duch navrátil, bol som už ako bez života, iba telo tu bolo, duch už nie. Bol som tu, tu už ma poznajú. Mňa to tak mrzí, ja som taký ľútostivý a vždy keď o tom rozprávam, tak...

2 Plač

3 Tak je to moja vina, vždy sa zapletiem do tých starých kruhov, s tou trávou mám ja veľký problém, mne to chutí, fajčiť...Nemám takú sebaovľu prestať s tým. Neviem tomu odolať proste. |

4 Ale tak už sa to lepší myslím. Lebo už viem, ako som sa na skupinkách dozvedel o tom svojom ochorení, že vlastne ten dopamín keď sa nahromadí v hlave, tak vtedy nám vznikne ten relaps. Ja som posledne vysadil lieky a začal som fetovať, pervitin a čítal som z Biblie zjavenie Jána a myslel som si, že ja som ten prorok, ktorý zvestuje apokalypsu. Išiel som do kostola, tam ma spútalí policajti a doviezli ma sem. Už viem čo je...vždycky mám taký božský pocit, že som vyvolený...Keď ja som aj v práci šikovný, aj sa mi darilo, aj ma povýšili. Viem už čo mám robiť. Musím zmeniť tú partiu, nájsť si nejaké koničky, lebo ja som doteraz riešil len tie drogy. Dealoval, zháňal, zgúňal. Furt som sa točil v tých drogách. Ráno som vstal, dal som si jointa, o 2 hodiny ďalší a ďalší. Ja som vyfajčil 7-8 jointov denne. A nie hocijakej, ja som kupoval takú prvú triedu. A predával som to. Mal som to zadarmo a teoreticky som ešte zarobil na tom.

5 Tak už viem, že tie koničky. Kúpil som si motorku. To je prvý koníček. Našiel som si v robote takú pani jednu, učí ma ruštinu. Chodím k nej na ruštinu. Taká kamarátka nová, z iného prostredia. Nie z týchto kruhov čo som ako predtým mal.

3:1...
◆ nečakaný relaps

3:2...
◆ drogy

3:3...
◆ negatívny vplyv okolia

3:4 s touto t...
◆ marihuana

3:5...
◆ drogy

3:5...
◆ nonadherencia

3:7...
◆ marihuana

3:8 tak už...
◆ koničky

Ukážka hľadania tém v programe Atlas.ti

Name	Grounded	Density	Groups
◆ konfliktné vzťahy	11	0	[Negatívny vplyv okolia]
◆ dohľad okolia	8	0	[Sociálna opora]
◆ podpora rodiny	7	0	[Sociálna opora]
◆ stres z práce	6	0	[Stres]
◆ alkohol	6	0	[Návykové látky]
◆ nonadherencia	5	0	[Vysadenie liekov]
◆ stigmatizácia okolím	4	0	[Negatívny vplyv okolia]
◆ spolupráca v liečbe	4	0	[Prevencia relapsu]
◆ stres vo vzťahoch	4	0	[Stres]
◆ nedostatok spánku	4	0	[Problémy so spánkom]
◆ vnímaná podpora okolia	4	0	[Sociálna opora]
◆ koničky	3	0	[Prevencia relapsu]

SCHIZOFRÉNIA

Ako predchádzať relapsu?

Relaps, teda znovu objavenie príznakov ochorenia, je častou komplikáciou liečby schizofrénie. Aj keď môže vychádzať z chronickej povahy diagnózy, existujú stratégie, ktorými je možné podporiť stabilizovaný stav ochorenia a relapsu aspoň čiastočne predchádzať.

Spolupráca v liečbe

Medzi najdôležitejšie zásady prevencie relapsu patrí nepochybne spolupráca v liečbe – dodržiavanie predpísanej liečby a dochádzanie na pravidelné kontroly.

Pokračovanie v liečbe je dôležité aj v prípade zlepšenia stavu, pretože často sú to práve lieky, ktoré pomáhajú tento stav udržiavať. Pokiaľ cítite, že sa Váš stav zhoršil, neváhajte včas kontaktovať Vášho ošetrojúceho lekára.



Vyhňte sa užívaniu návykových látok

Podľa štúdie z roku 2016, pacienti, ktorí užívali návykové látky ako alkohol alebo drogy kontinuálne vykazovali závažnejšie depresívne symptómy, častejšie pozitívne príznaky (halucinácie a bludy), horšie funkčné výsledky a vyššiu mieru relapsu. Návykové látky patria na pomyselný vrchol zoznamu faktorov, ktoré dokážu zhoršiť príznaky ochorenia

Dostatok spánku

Pokúste sa dodržiavať pravidelnú spánkovú hygienu. Nedostatok spánku môže viesť k horšiemu zvládaniu stresu a celkovému vyčerpaniu.



Psychohygiena

Vyhradte si čas na aktivity, ktoré Vás bavia a v ktorých vidíte zmysel. Takéto aktivity pomáhajú zvládať stres, ktorý môže byť rizikom pre zhoršenie stavu. Môže ísť o prechádzky, maľovanie, práce na záhrade...

Nezostávajú na to sami

Ak máte možnosť, nezostávajú na ochorenie sami. Obráťte sa na priateľov alebo členov rodiny, ktorým dôverujete, prípadne vyhľadajte podporné skupiny či stacionáre. Je dôležité mať v živote niekoho, na koho sa môžete obrátiť.

