
Vplyv partnerských vzťahov na priebeh psychotického ochorenia

Šajgalíková I., Nábělek L., Vongrej J., Sýkorová H., Žubor J.

Psychiatrické oddelenie NsP F. D. Roosevelta, Banská Bystrica
primár MUDr. L. Nábělek

Súhrn

K rozvoju schizofrénneho ochorenia dochádza pri prekročení pomyselného prahu vulnerability pôsobením schizofrenogénnych vplyvov. Geneticky kódovaná alebo získaná diatéza sa aj fenotypicky prejaví vtedy, keď je aktivovaná externými spúšťačmi – špecifickými faktormi prostredia. Výsledky výskumných štúdií ako aj klinická skúsenosť poukazujú na skutočnosť, že počet a závažnosť relapsov psychózy môžu byť významne ovplyvnené spôsobom fungovania sociálnej skupiny, do ktorej sa pacient vracia po ukončení hospitalizácie.

Autori prezentujú aktuálny stav poznatkov týkajúcich sa problematiky vplyvu životných udalostí a emočnej expresivity na nástup a priebeh schizofrénie. Na sérii mikrokazuistik poukazujú na význam fungujúceho partnerského vzťahu ako potenciálneho faktora chrániaceho pacienta pred rizikom relapsu ochorenia.

Kľúčové slová: schizofrénia, relaps, životné udalosti, emočná expresivita, partnerské vzťahy.

Summary

Šajgalíková I., Nábělek L., Vongrej J., Sýkorová H., Žubor J.: Influence of Partner Relationships on the Course of Psychotic Disease

The development of schizophrenic disease develops when the imaginary threshold of vulnerability is surpassed by the action of schizophrenogenic effects. The genetically encoded or acquired diathesis becomes phenotypically manifest, when it is activated by external triggers, external factors of the environment. The results of research investigations as well as clinical experience draw attention to the fact that number and severity of relapses of psychosis may be significantly influenced by the way of functioning in the social group, where the patients returns after the hospitalization.

The authors describe the present state of knowledge concerning the influence of life events and expressed emotion on the onset and course of schizophrenia. A series of microcase reports they draw attention to the role of functioning partner relationship as a potential factor protecting the patient from the risk of disease relapse.

Key words: schizophrenia, relapse, life events, expressed emotion, partner relationship.

Čes. a slov. Psychiat., 101, 2005, No. 1, pp. 32–35.

ÚVOD

Novšie hypotézy etiopatogenézy schizofrénie definujú toto ochorenie ako neurovývojovú poruchu prepojenia dôležitých okruhov v mozgu – hovorí sa o tzv. diskonekčnom syndróme (missconnection, resp. disconnection syndrome). Predpokladá sa postihnutie predovšetkým v oblasti spojenia medzi niektorými oblasťami mozgovej kôry a mozočka sprostredkovaného talamom (kortiko-cerebelárno-talamo-kortikálny okruh). Porucha v tomto okruhu vedie k „rozpojeniu“ – desynchronizácii mnohých psychických činností a ich radenia. Zdá sa, že primárnou poruchou pri schizofrénii je porucha myslenia – resp. v širšom ponímaní porucha kognitívnych funkcií, zatiaľ čo často prominujúce príznaky, ako sú bludy a halucinácie, sú až sekundárnym dôsledkom takéhoto postihnutia. K rozvoju schizofrénneho ochorenia dochádza pri prekročení pomyselného prahu vulnerability pôsobením schizofrenogénnych vplyvov – či už genetických, cez

expresiu génov, pôsobenie vírusov až po pôsobenie psychogénnych vplyvov a tráum [7].

Podľa modelu vulnerability a stresu sa genetiky kódovaná alebo získaná diatéza aj fenotypicky prejaví vtedy, keď je aktivovaná externými spúšťačmi – špecifickými faktormi prostredia. Schizofrénna epizóda je podľa tohoto modelu vyvolaná, keď už zmienené faktory vulnerability vstúpia do interakcie s nepriaznivými faktormi prostredia, pričom čím vyššia je predispozícia či zraniteľnosť konkrétnej osoby, tým menej závažná vyvolávajúca príčina sa môže stať spúšťačom chorobných procesov. Navyše, citlivosť pacienta na vonkajšie vplyvy sa pritom zvyšuje v dôsledku prekonaných atakov ochorenia.

ŽIVOTNÉ UDALOSTI A PRIEBEH SCHIZOFRÉNIE

O vplyve životných udalostí na etiopatogenézu, resp. priebeh schizofrénie, sa publikovalo množstvo

prác. Už Kraepelin v roku 1913 pozoroval, že obdobia remisie pri schizofrénii bývali často ukončené významnými zmenami v živote pacientov [2]. Základnou štúdiou o vplyve životných udalostí na priebeh schizofrénie sa potom stala práca Browna a Birleyho [4], ktorí zistili výrazný vzostup frekvencie i závažnosti životných udalostí, ktoré sa objavili v časovom období do 3 týždňov pred nástupom alebo relapsom schizofrénneho ochorenia. U 46 % pacientov ich súboru bola identifikovaná závažná životná udalosť v období do 3 týždňov pred relapsom, na druhej strane, len asi 12 percentám relapsov predchádzala závažná životná udalosť vo väčšom časovom odstupe. Následne realizované štúdie však poskytli uvedeným iniciálnym nálezom len málo konzistentnú podporu. Tak napríklad v multicentrickej WHO štúdii z roku 1987 boli výsledky obdobné ako nálezy Browna a Birleyho preukázané v piatich zo šiestich centier [5]. Podobne Ventura so spolupracovníkmi [17] preukázali na súbore pacientov, užívajúcich neuroleptickú terapiu, výsledky potvrdzujúce hypotézu životných udalostí, ako spúšťača relapsov schizofrénie.

Iné štúdie nachádzali významne vyšší výskyt životných udalostí v dlhšom časovom období pred vznikom relapsu, rôzne štúdie udávajú 6-mesačný až ročný odstup [6, 3]. Ďalšie práce naopak prezentovali negatívne výsledky [8, 9, 13, 14]. Saudskoarabská štúdia [1], ktorá vo všeobecnosti nepreukázala signifikantné vzťahy medzi výskytom životných udalostí a nástupom, resp. relapsom schizofrénie, našla takúto súvislosť v skupine vydatých žien.

EMOČNÁ EXPRESIVITA A PRIEBEH SCHIZOFRÉNIE

Podľa štúdie Vaughna a Leffa [16] môže byť skutočnosť, či schizofrénny pacient bude alebo nebude recidivovať v priebehu 9 mesiacov po prepustení z ústavnej liečby, významným spôsobom determinovaná postojmi a prístupom najbližších príbuzných pacienta. Preukázalo sa, že vysoká hladina emočnej tenzie a kritickosti v rodinách pacientov so schizofréniou v období po prepustení z liečenia vedie k relapsu ochorenia u podstatne vyššieho počtu pacientov v porovnaní s pacientmi, ktorí žijú v rodinách s nízkou intenzitou emočného prejavu. Tzv. emočná expresivita (t.j. miera emócií vyjadrených v bežnom živote ľuďmi z najbližšieho okolia pacienta) charakterizuje prostredie, ktorému je pacient vystavený a ktoré ovplyvňuje jeho odolnosť v ďalšom priebehu ochorenia. Dôležitými nepriaznivými faktormi prostredia môžu byť úzkosť a strach opatrovateľov, tendencia pripisovať chyby a nedostatky pacientovho správania iným príčinám ako chorobe, povrchné vnímanie všetkého, čo pacient hovorí a cíti, znížená schopnosť vyrovnávať sa s jeho ochorením,

zvýšená kritika a nižšia autonómia pacienta a sklon k rigidnej, konfliktogénnej a viacmenej negatívnej interakcii medzi pacientom a jeho okolím [2].

Poznanie, že rodinná atmosféra môže zohrávať významnú úlohu pri vzniku relapsov schizofrénie, viedlo niektorých autorov k snahe ovplyvniť emočné prostredie v rodinách pacientov so schizofréniou [10, 15]. Tieto, tzv. intervenčné štúdie zamerané na redukciu emočnej expresivity, sa ukázali byť užitočné v mnohých, aj keď nie všetkých prípadoch, redukcia počtu relapsov závisela okrem iného od použitých techník a od zručnosti terapeutov. Poukazuje to na dôležitú úlohu psychoedukácie a rodinnej terapie pri liečbe schizofrénie s cieľom zabrániť vzniku bludného kruhu narušených vzťahov s blízkymi ľuďmi.

ŽIVOTNÉ UDALOSTI A EMOČNÁ EXPRESIVITA

Viacere práce skúmali aj možné vzťahy a súvislosti medzi výskytom životných udalostí a emočnou expresivitou. Leff a Vaughn [12] napríklad zistili, že vzťahy medzi výskytom životných udalostí a relapsami schizofrénie boli oveľa silnejšie u pacientov, ktorí pochádzali z rodín s nízkou hladinou emočnej expresivity v porovnaní s pacientami pochádzajúcimi z rodín s vysokou emočnou expresivitou. Vysvetľuje sa to tým, že osoby žijúce s vysoko emočne expresívnym príbuzným sú v dôsledku tejto skutočnosti tak výrazne vulnérabilné, že už nepatrný podnet zo sociálneho prostredia môže vyvolať relaps psychózy. Leff a spol. [11] navyše zistili, že kým u pacientov neužívajúcich antipsychotickú medikáciu mohol byť relaps psychózy vyprovokovaný buď závažnou životnou udalosťou alebo blízkym kontaktom s vysoko emočne expresívnym príbuzným, u pacientov, ktorí pravidelne užívali lieky, bola na vyprovokovanie relapsu potrebná vzájomná kombinácia oboch spomínaných faktorov.

Celkovo možno konštatovať [2], že existujúcimi štúdiami preukázateľná významnosť emočnej expresivity, ako potenciálneho faktora schopného spôsobiť relaps schizofrénie, je vyššia ako štúdiami preukázateľná významnosť životných udalostí. Jedným z možných vysvetlení, prečo je to tak, je relatívne krátkodobé pôsobenie životných udalostí v porovnaní so síce menej nápadným, no zato trvalým pôsobením stresujúcich podnetov vyplývajúcich zo spoločného života s vysoko emočne expresívnym členom rodiny. Iným vysvetlením by mohla byť zmena prahu senzitivity voči životným udalostiam u osôb trpiacich schizofréniou, umožňujúca vyprovokovanie relapsu ochorenia aj pôsobením triviálnych, banálnych podnetov, ktorým sa v doterajších sledovaniach nevenovala veľká pozornosť.

KAZUISTIKY

Z vyššie uvedených poznatkov, ako aj z klinickej skúsenosti, že počet (a závažnosť) relapsov u pacientov liečených pre schizofréniu je významne ovplyvnený spôsobom fungovania sociálnej skupiny, do ktorej sa po liečbe vracajú, sme odvodili v dostupnej odbornej literatúre málo pertraktovanú otázku, či a ako je priebeh schizofrénneho ochorenia po prepustení pacienta z hospitalizácie ovplyvnený samotnou existenciou, resp. neexistenciou („diskonekčný syndróm“ na interpersonálnej úrovni) fungujúceho partnerského vzťahu. Opodstatnenosť takejto úvahy sa pokúsime ilustrovať prostredníctvom niekoľkých mikrokazuistík pacientov z nášho pracoviska:

1. *Pacientka prvýkrát hospitalizovaná v roku 1984 ako 19-ročná s diagnózou schizofrénia simplex, hospitalizácia trvala 4 mesiace, po dvoch mesiacoch rehospitalizácia pre relaps psychózy. Po prepustení stav dobre kompenzovaný, urobila si maturitu, nastúpila do zamestnania, po ročnej známosti sa vydala. V roku 1988 preliečená pre postpartálnu dekompenzáciu stavu, následne stav dlhodobo stabilizovaný, do dnešného dňa bez relapsu, porodila ďalšie dve deti. Je v kontinuálnej ambulantnej starostlivosti, prekonala dve krátke epizódy reaktívnej depresie.*

2. *Pacientka s výraznou rodinnou záťažou (brat a dve sestry liečení pre schizofréniu), prvýkrát hospitalizovaná ako 34-ročná v roku 1993 pre diagnózu schizofrénia paranoides. Vydatá, manželský vzťah s podeňujúcim partnerom – potátorom – však nekvalitný, pacientka svojho manžela osobnostne výrazne prevyšuje. Povrchný, prehliadajúci (ne)záujem zo strany partnera neznížil riziko ani počet relapsov (došlo k opakovaným hospitalizáciám v rokoch 1994, 1996, 1997 pre závažné relapsy psychózy). Od roku 2001 je stav navyše komplikovaný onkologickou diagnózou (ca mammae), o ktorej si však netrúfla manžela informovať.*

3. *Pacient s vysokoškolským vzdelaním, ženatý, prvýkrát hospitalizovaný ako 24-ročný v roku 1994 pre diagnózu schizofrénia paranoides. Počas prvej hospitalizácie sa im narodilo prvé dieťa, pacient spolu s manželkou úspešne podniká. Dva závažné relapsy psychózy (v rokoch 1996 a 2002) nevedli k rozpadu manželstva, naopak, druhé dieťa sa narodilo už v čase pokračujúcej psychiatrickej liečby, a to napriek prinajmenšom akcentovanej osobnostnej štruktúre partnerky.*

4. *Pacient s vysokoškolským vzdelaním, prvýkrát hospitalizovaný v roku 1992 ako 23-ročný s diagnózou paranoidnej schizofrénie. V tom čase tesne pred uzavretím manželstva, ktoré bolo napriek ochoreniu po prepustení realizované. Od tej doby v kontinuálnej psychiatrickej starostlivosti, s dvomi závažnými relapsami a problematickou nozognóziou, vrátane systematického abúzu alkoholu, pri zachovaní pomerne atraktívneho zamestnania (predajca automobilov). Oba relapsy boli vyprovokované o.i. problémami v matri-moniálnom vzťahu, ktorý sa však napokon po rokoch „krízového režimu“ paradoxne stabilizoval.*

ZÁVER

Aj keď z prezentovaných prípadov nie je možné vyvodzovať ďalekosiahle závery, významný vplyv kvality partnerských vzťahov na priebeh ochorenia pacientov s diagnózou schizofrénia zrejme nie je možné spochybníť. Ukazuje sa, že atmosféra rodinného fungovania môže na jednej strane pacienta pred hroziacim relapsom chrániť, na druhej strane riziko relapsu potencovať. Precízna objektivizácia zložitých súvislostí medzi premennými s potenciálnym dosahom na ďalší priebeh psychózy (medikácia, partnerské vzťahy, životné udalosti, sociálny status a i.) si však bude vyžadovať ďalšie sledovanie.

LITERATÚRA

1. **Al Khani, M. A. F., Bebbington, P. E., Watson, J. P., Hou-se, F.:** Life events and schizophrenia: a Saudi Arabian study. *Br. J. Psychiatry*, 148, 1986, pp. 12–22.
2. **Bebbington, P. E., Bowen, J., Hirsch, S. R., Kuipers, E. A.:** Schizophrenia and psychosocial stresses. In: Hirsch, S. R., Weinberger, D. R. (Eds.): *Schizophrenia*. Blackwell Science, Oxford, 1995, 740 p.
3. **Bebbington, P. E., Wilkins, S., Jones, P. et al.:** Life events and psychosis: initial results from the Camberwell Collaborative Psychosis study. *Br. J. Psychiatry*, 162, 1993, pp. 72–79.
4. **Brown, G. W., Birley, J. L. T.:** Crises and life changes and the onset of schizophrenia. *J. Health Soc. Behav.*, 9, 1968, pp. 203–214.
5. **Day, R., Neilsen, J. A., Korten, A.:** Stressful life events preceding the acute onset of schizophrenia: a cross national study from the WHO. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 11, 1987, pp. 123–206.
6. **Dohrenwend, B. P., Levav, I., Shrout, P. E.:** Life stress and psychopathology: progress with research begin with Barbara Snell Dohrenwend. *Am. J. Community Psychol.*, 15, 1987, pp. 677–713.
7. **Höschl, C.:** Etiopatogeneze schizofrenie. *Psychiatrie*, 5, 2001, Suppl. 1, s. 15.
8. **Chung, D. K., Langeluddecke, P., Tennet, C.:** Threatening life events in the onset of schizophrenia, schizophreniform psychosis and hypomania. *Br. J. Psychiatry*, 148, 1986, pp. 680–686.
9. **Jacobs, S., Myears, J.:** Recent life events and acute schizophrenic psychosis: a controlled study. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 162, 1976, pp. 75–87.
10. **Kuipers, L., McCarthy, B., Hurry, J., Harper, R.:** A low-

- cost supportive model for relatives of the long-term adult mentally ill. *Br. J. Psychiatry*, 154, 1989, pp. 775–782.
11. **Leff, J. P., Kuipers, L., Berkowitz, R., Vaughn, C. E., Sturgeon, D.:** Life events, relative's expressed emotion and maintenance neuroleptics in schizophrenic relapse. *Psychol. Med.*, 13, 1983, pp. 799–806.
 12. **Leff, J. P., Vaughn, C. E.:** The interaction of life events and relative's expressed emotion in schizophrenia and depressive neurosis. *Br. J. Psychiatry*, 136, 1980, pp. 146–153.
 13. **Malla, A. K., Cortese, L., Shaw, T. S., Ginsberg, B.:** Life events and relapse in schizophrenia: a one year prospective study. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 25, 1990, pp. 221–224.
 14. **Malzacher, M., Merz, J., Ebnother, D.:** Einschneidende Lebensereignisse im Vorfeld akuter schizophrener Episoden: Erstmal erkrankte Patienten in Vergleich mit einer Normalstichprobe. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 230, 1981, s. 227–242.
 15. **McCreadie, R. G., Philips, K., Harvey, J. A., Waldron, G., Stewart, M., Baird, D.:** The Nithsdale schizophrenia surveys. VIII. Do relatives want family intervention and does it help? *Br. J. Psychiatry*, 158, 1991, pp. 110–113.
 16. **Vaughn, C. E., Leff, J. P.:** The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *Br. J. Clin. Soc. Psychol.*, 15, 1976, pp. 12–22.
 17. **Ventura, J., Nuechterlein, K. H., Lukoff, D., Hardisty, J. P.:** A prospective study of stressful life events and schizophrenic relapse. *J. Abnorm. Psychol.*, 98, 1989, pp. 407–411.

Dodáno redakci: 27. 5. 2004

Po skončení recenzního řízení: 2. 6. 2004

*MUDr. Iveta Šajgalíková
Mlynská 26
976 11 Selce
Slovenská republika*

Referáty z písemnictví

Kulzer B.: Špatně nastavený diabetes je často spojen s depresí
(Schlecht eingestellter Diabetes ist oft mit Depression vergesellschaftet)
Ärztl. Praxis, 56, 2004, č. 50, s. 18.

Depresivní diabetici jsou na tom hůře, než v tomto ohledu psychicky zdraví jedinci, jejich prognóza je nepříznivější, jejich spokojenost s prováděnou léčbou je nižší, terapeutické cíle zůstávají stále daleko vzdáleny.

Na manifestní depresi onemocní asi 5 % nediabetiků, u jedinců s diabetem však tomu je v 11 %. Z těch faktorů, které jsou specifické pro diabetes a které jsou zároveň rizikové pro přídatný vznik deprese, je třeba jmenovat hodnoty HbA_{1c}, dále diabetické komplikace, problémy s hypoglykemií a s inzulínovou terapií.

Deprese nejen negativně ovlivňuje nastavení diabetu, ale je spojena i s vyšším počtem diabetických komplikací, mezi něž patří 12krát zvýšený počet mikrovaskulárních poruch, pětikrát snížená tělesná funkční výkonnost, 4krát vyšší je i mortalita; screening na depresivní poruchy u diabetiků je tedy extrémně důležitý. Pomoc praktika tu hraje podstatnou roli při informovanosti pacienta, protože platí, že i školení diabetiků působí antidepresivně.

Schuh, Angela: Je rozhodnutí k sebevraždě závislé na počasí?
(Suizidenschluss vom Wetter abhängig?)
MMW-Fortschr. Med., 146, 2004, č. 25, s. 614–615.

U suicidií, stejně tak jako u všech onemocnění s multifaktoriální etiologií, hrají vedle sociálních, ekonomických, kulturních a genetických podmínek určitou roli jako kofaktory i počasí a klima. Přesto vykazují evidence těchto suicidií určitou asymetrii, většina studií se shoduje v tom, že k dobrovolnému odchodu ze života se pacienti nejčastěji odhodlávají na konci jarního a začátku letního období. Zpravidla dominují ty měsíce, které vykazují nejdelší dobu denního světla. V tomto ohledu tedy hrají hlavní roli květen a červen, obě

zemské hemisféry se však od sebe výrazně liší. Klimatickými vlivy trpí především starší lidé, u nich také existuje asociace s teplotou vzduchu, rizikové jsou především její vysoké hodnoty. Všechny tyto známky určitých souvislostí však jsou zatím jen předmětem diskusí, přímá souvislost s vyloučením všech ostatních kofaktorů zatím nebyla prokázána. V tomto ohledu jsou uvedeny citace z 20 zemí světa, pro ČR je uvedeno relativní riziko pro sebevraždu faktorem 1,23, a to pro květen.

*Autor referátů
MUDr. Břetislav Fuchs, CSc.*