

HODNOTENIE TRÉNINGU ASERTIVITY A SOCIÁLNYCH ZRUČNOSTÍ U PACIENTOV V PODMIENKACH DENNÉHO STACIONÁRA

původní práce

Eva Morovicsová¹
Danka Krajčovičová¹
Michal Hajdúk^{1,2}

¹Psychiatrická klinika LF UK a UNB,
Bratislava, Slovenská republika

²Katedra psychológie FF UK,
Bratislava, Slovenská republika

Kontaktní adresa:

doc. PhDr. Eva Morovicsová, PhD.,
MPH
Psychiatrická klinika LF UK a UNB –
Staré Mesto
Mickiewiczova 13
813 69 Bratislava
Slovenská republika
e-mail:
eva.morovicsova@fmed.uniba.sk

SÚHRN

Morovicsová E, Krajčovičová D, Hajdúk M. Hodnotenie tréningu asertivity a sociálnych zručností u pacientov v podmienkach denného stacionára

Ciel: Cieľom príspevku je priblížiť skúsenosti s tréningom asertivity a sociálnych zručností v prirodzených podmienkach denného stacionára. Zisťovali sme, nakoľko programy zamerané na nácvik sociálnych zručností a asertivity viedli k pozitívnym zmenám v asertivite, k zlepšeniu komunikačných zručností a k redukcii maladaptívnych presvedčení a či súviseli tieto zmeny s demografickými a klinickými ukazovateľmi.

Materiál a metóda: Výskum sme realizovali v rokoch 2017 až 2020 u pacientov liečených v Dennom stacionári na Psychiatrickej klinike Lekárskej fakulty Univerzity Komenského a Univerzitnej nemocnice v Bratislave. Súbor tvorila intervenčná skupina (62 pacientov) a kontrolná skupina (12 pacientov). U pacientov sme použili Dotazník asertivity, Dotazník mylných presvedčení a Dotazník komunikačných zručností pred a po intervenciách.

Výsledky: Štatisticky významné rozdiely medzi skupinami vo vzťahu k sledovaným oblastiam sa nepotvrdili. Intervenčná skupina nepreukázala výraznejšie zlepšenie ako kontrolný súbor. V celom súbore sa ale počas liečby v dennom stacionári potvrdilo zlepšenie asertívneho správania a komunikačných zručností a súviselo so zlepšením sebadôvery a sebahodnotenia.

SUMMARY

Morovicsová E, Krajčovičová D, Hajdúk M. Evaluation of assertiveness training and of social skills in patients in the conditions of the daily outpatient centre

Background: The aim of the study is to examine experiences with assertivity and social skill training in natural conditions of daily outpatient center. We focused whether training lead to improvements in communication skills, assertive behavior, and changes in maladaptive beliefs. Secondary aim was to find out whether changes were related to clinical and demographic characteristics.

Methods: The study was carried out from 2017 to 2020 on the sample of patients from Daily Outpatient Centre of Psychiatric Clinic of Medical Faculty CU and UHB. The sample consisted of intervention group (62 patients) and control group (12 patients). We used Assertivity Questionnaire, Communication Skills Questionnaire and Maladaptive Beliefs Questionnaire at baseline and follow-up.

Results: We did not find significant differences among groups in variables of interest. We did not find that group with intervention has a larger improvement than control group. In whole sample, we found positive changes during treatment in communication skills and assertivity. These changes were related to higher self-esteem and self-confidence.

Discussion: Results suggested positive effect of assertivity training. Long-term

Záver: Výsledky naznačujú pozitívny efekt tréningu asertivity. Dlhodobejšia realizácia tréningov asertivity a nácvikov sociálnych zručností môže uľahčiť proces resocializácie a úzdravy, zlepšiť funkčnosť a kvalitu života u pacientov s vážnymi psychickými poruchami. Limity našich predbežných zistení, súvisiace s veľkosťou vzorky a podmienkami realizácie, sú diskutované.

Kľúčové slová: asertivita, denný stacionár, psychické poruchy, sociálne zručnosti, tréning.

administration of training might improve resocialization, recovery, and improve functional outcomes and quality of life in patients with severe mental illness. Limitations of our preliminary findings are related to sample size of control group and due to natural setting or research. All of this is discussed.

Key words: assertivity, daily center, mental illness, social skills, training.

ÚVOD

Problémy v každodenných sociálnych interakciách sú typickým symptómom, ktorý sa vyskytuje pri viacerých vážnych psychických poruchách, ako je schizofrénia, depresia, či bipolárna afektívna porucha.¹ Komplikácie prináša už samotná zmena zdravotného stavu, dlhšie pretrvávajúce ťažkosti, rôzne limitácie, zvýšená citlivosť a obavy o svoje zdravie. Inhibovaná emočná a interpersonálna reaktivita pacientov, znížená schopnosť primerane reagovať na sociálne podnety, alebo účinne sa presadiť, sťažuje priebeh komunikácie, je zdrojom konfliktov a znižuje aj výkonnosť pacientov a celkovú kvalitu ich života.^{2,3} Schopnosti fungovať v podmienkach reálneho života by teda mali byť jedným z hlavných cieľov liečby popri redukcii závažnosti symptómov poruchy.

Príčinou sťaženej komunikácie podľa Libermana⁴ môže byť absencia vzorov správania v útlom detstve, a teda aj príležitosti učiť sa emóciám, zmena sociálneho postavenia a zhoršenie sociálnych kompetencií pacienta pri vzniku psychickej poruchy. K narušeniu vzťahov s okolím prispieva aj zmena sociálneho prostredia, nevhodné sociálne prostredie, absencia interpersonálnych podnetov a nedostatočná sociálna stimulácia. Sociálne kompetencie pacienta zhoršujú aj stresory súvisiace s jeho bezprostredným okolím, prežitie závažných traumatických udalostí, ako napr. strata blízkej osoby a pod.

V prípade pacientov so schizofréniou môže byť za pozorovanými ťažkosťami v interpersonálnych vzťahoch aj kognitívny deficit v oblasti pamäti, pozornosti, exekutívnych funkcií, prípadne ťažkosti s čítaním emočných výrazov. Tieto ťažkosti sú, do určitej miery, prítomné aj pri depresii a bipolárnej afektívnej poruche.⁵⁻⁷ Pretrvávajúce sociálnych deficitov a komunikačných problémov vedú napokon k stigmatizácii, sociálnemu odmietaniu, k izolácii a strate sociálnej opory.

Súčasťou komplexnej liečby pacientov s vážnymi psychickými poruchami je aj psychoterapia, tréning sociálnych zručností a ďalšie postupy sociálnej rehabilitácie, bez ktorých problémy v sociálnych interakciách pretrvávajú aj

napriek zlepšeniu klinického stavu.⁸⁻¹⁰ Nácviky sa zameriavajú na podporu a rozvíjanie inštrumentálnych a afiliatívnych sociálnych zručností.⁴ Spomedzi inštrumentálnych zručností môžeme spomenúť snahu viesť pacienta k nezávislosti a samostatnosti, napr. aby si niečo kúpil v obchode, spýtal sa na cestu, posťažoval sa na vedľajšie účinky liekov, požiadal o pomoc, porozprával sa so sociálnym pracovníkom alebo lekárom v prípade potreby. Afiliatívne zručnosti umožňujú nadviazať a udržiavať priateľstvá, byť s niekým v intímnom, blízkom vzťahu, získať emočnú podporu, prejavíť záujem o kontakt s druhými. Ako príklad môžeme uviesť úlohu opýtať sa manžela, ako sa cíti, usmerniť dieťa, usmiať sa, objasniť sa s priateľom pri stretnutí, posťažovať sa partnerovi a iné. V rámci rehabilitačných postupov a psychoedukácie sa využívajú aj tréningy asertivity ako samostatná podporná liečba, alebo môžu tvoriť súčasť iných štandardných terapeutických programov.^{11,12} Tieto programy podporujú vytváranie a budovanie interpersonálnych vzťahov, vyjadrovanie emócií, rešpektovanie partnera, ale aj schopnosti asertívne sa presadiť v každodennom živote.^{13,14} Výber tréningových programov asertivity a rozvíjania sociálnych zručností by mal zodpovedať individuálnym potrebám, očakávaniam a schopnostiam pacientov, aj so zameraním na ich rodiny.^{15,16} Príkladom konkrétnych aktivít je technika vedenia rozhovoru, napr. začať, udržať a ukončiť rozhovor s príbuznými, priateľmi a cudzími ľuďmi, kontrola paralingvistických aspektov reči počas rozhovoru, snaha o zdravé sebahpresadenie, napr. vedieť niečo odmietnuť, povedať „nie“, ale aj vyjadriť a prijať kritiku. So zameraním na neverbálnu komunikáciu ide napr. o schopnosť udržať očný kontakt počas rozhovoru, rešpektovať vzdialenosť v kontakte s komunikačným partnerom, kontrolovať gestá, posturické prejavy a iné. U pacientov hanblivých a utiahnutých, ktorí sa sťažujú, že „nevedia, čo povedať“, môžeme nácvik zamerať na precvičovanie efektívnych konverzačných zručností.¹⁷ Tieto tréningy je vhodné aplikovať až po odznení akútnej fázy ochorenia, práve preto sú ideálne podmienky vytvorené v denných stacionároch, ktoré umožňujú dlhodobú a intenzívnu prácu s pacientmi.

PROGRAM NÁCVIKU SOCIÁLNYCH ZRUČNOSTÍ A ASERTÍVNEHO TRÉNINGU V DENNOM STACIONÁRI PSYCHIATRICKEJ KLINIKY LF UK A UNB

Pacienti s psychickou poruchou sa dostávajú do bežných sociálnych interakcií, v mnohých prípadoch okolie nepozná ich problém a nevie, ako s nimi komunikovať, čo vytvára stresujúce interpersonálne situácie, ktoré spätne môžu viesť k návratu psychopatologických prejavov.¹⁰ V rámci podpory resocializácie pacientov sme v roku 2016 rozšírili program denného stacionára o skupinovú psychoterapiu zameranú na nácvik sociálnych zručností a asertívneho správania a prispôbili sme ho pre potreby Denného stacionára Psychiatrickej kliniky Lekárskej fakulty a Univerzitetnej nemocnice – Staré mesto v Bratislave (DS PK LF UK a UNB, aj DS) s prihliadnutím na vybrané skupiny pacientov s psychickými poruchami. V dennom stacionári sú liečení prevažne pacienti s poruchami schizofrenického spektra a afektívnych porúch. Naším zámerom bolo vytvoriť pre pacientov priestor, v ktorom by si mohli uvedomiť podstatu a vplyv vzájomnej komunikácie na interpersonálne vzťahy a na základe poskytnutých informácií ponúknuť pacientom techniky na nácvik komunikácie a sebaovládania. Program je postavený na teoretických východiskách sociálnej komunikácie a asertivity a praktických skúsenostiach v tejto oblasti. Štruktúru programu tvorili témy sociálnej komunikácie a jej jednotlivých foriem, asertivity a spôsobov sebaapresadenia, ako aj otázky asertívnych techník a práv.¹⁸ Každá z uvedených tém obsahovala praktické cvičenie s možnosťou implikácie do bežného života. Konkrétne techniky sa orientujú na nácvik komunikačných verbálnych i neverbálnych zručností a upevňovanie, resp. rozvíjanie sociálnych zručností a osobnostných vlastností, napr. sociálnu kogníciu, predstavivosť, pozornosť, pamäť, sebahodnotenie, sebaovládanie, zdravé sebaapresadzovanie a asertívne správanie. Príkladom techník je uvedenie si faktorov podmieňujúcich sociálnu komunikáciu, priebeh poskytovania informácií, význam paralingvistiky, jednotlivých prejavov neverbálnej komunikácie. Súčasťou sedení sú aj nácviky asertívneho správania a využívania jednotlivých asertívnych techník a uplatňovania asertívnych práv v medziľudských interakciách a pri riešení problémových situácií.^{17,19} Nácvik prebieha 1× týždenne v trvaní 1 hodiny. Na začiatku sedenia sa venuje pozornosť posúdeniu emočného stavu a nálady pacientov, ale aj ich aktuálnej schopnosti koncentrácie. Tieto informácie umožňujú prispôbiť plánované aktivity individuálnym potrebám pacientov. Pred každou aktivitou sú pacienti oboznámení s cieľom a jej zameraním, následne prebieha vlastná aktivita a jej hodnotenie. V priebehu jedného sedenia sa môže použiť viacero aktivít, napr. striedanie aktivít zameraných na identifikovanie emočných stavov (*vyzvaní pacienti majú v mimike stvárať určitú emóciu, ako je radosť, prekvapenie, hnev a pod., a ostatní pacienti identifikujú dané emócie*), na posúdenie paralingvistických prejavov v interpersonálnej interakcii (*pacient má požiadať o knihu, keď prežíva strach, rešpekt voči inej osobe a pod., a okolie identifikuje spôsob vyžiadania*

knihy), na interpretáciu asertívnych reakcií v problémovej situácii (*spôsob reakcie pacienta na nesprávny výdavok pri nákupe v obchode*) a iné. V závere nácviku sa hodnotia použité techniky, ich uplatnenie v bežnom živote a osobný prínos, ako aj posúdenie *zmeny nálady a koncentrácie pacientov v priebehu sedení*.¹³ Program prebieha skupinovú formou, pričom sa jednotlivých sedení zúčastňuje zvyčajne 8–10 pacientov. Tréning vedie vždy jedna terapeutka.

CIEĽ VÝSKUMU

Po zavedení nácvikov psychosociálnych zručností u pacientov sme v máji 2017 podali žiadosť o realizáciu projektu zameraného na sledovanie asertivity u pacientov v DS PK LF UK a UN Staré Mesto v Bratislave, ktorú schválila Etická komisia UNB Staré mesto ako neintervenčnú dlhodobú štúdiu. Jej hlavným cieľom bolo sledovať účinnosť tréningov zameraných na nácvik psychosociálnych zručností u pacientov počas pobytu v stacionári. V štúdiu prezentujeme výstupy, ktoré sledovali účinnosť vyššie uvedeníh aktivít od mája 2017 do júla 2020. Zameriavame na prezentáciu troch cieľov. Prvým cieľom bolo overiť, či absolvovanie nácvikov sociálnych zručností a tréningu asertivity v prirodzených podmienkach denného stacionára vedie k pozitívnym zmenám v rámci subjektívne vnímanej asertivity, druhým cieľom bolo zistiť, či absolvovanie uvedených aktivít vedie k zlepšeniu komunikačných zručností, a tretím overiť redukciu maladaptívnych presvedčení. Sekundárnym cieľom bolo vyhodnotiť, nakoľko súvisí miera asertivity, komunikačných zručností a miera maladaptívnych presvedčení medzi sebou a s demografickými a klinickými charakteristikami respondentov.

MATERIÁL A METÓDA

Výskumný súbor

Výskumný súbor tvorili intervenčná a kontrolná skupina. Pacienti oboch skupín absolvovali program denného stacionára podľa rozpisu (psychoedukáciu – program Prelaps, biblioterapiu, arteterapiu, muzikoterapiu, ergoterapiu, metakognitívny tréning, podpornú psychoterapiu, terapeutické komunity, liečbu zamestnaním, pohybovú terapiu a vychádzky). Intervenčná skupina absolvovala navyše nácvik psychosociálnych zručností a tréning asertivity, kontrolná skupina tieto aktivity neabsolvovala. V čase konania aktivít pacienti kontrolnej skupiny absolvovali skupinovú alebo individuálnu psychoterapiu podľa naplánovaného liečebného programu.

Intervenčná skupina, ktorá podstúpila nácvik psychosociálnych zručností a tréning asertivity, pozostávala zo 61 pacientov. Kritériom zaradenia pacientov bol aspoň 4-týždňový pobyt v dennom stacionári, absolvovanie všetkých tréningov asertivity počas pobytu v stacionári, ako aj schopnosť porozumieť a vyplniť dotazníky. Z hľadiska diagnóz najpočetnejšiu skupinu tvorili pacienti s poruchami schizofrenického spektra (45), 6 pacientov bolo s bipolárnou afektívnou poruchou a 10 pacientov

Tab. 1. Vybrané demografické a klinické charakteristiky súboru

	Bez tréningu		S tréningom	
	N	KS %	IS	IS %
Vzdelanie				
ZŠ	0	0	3	4,9
SŠ bez maturity	2	16,7	0	0
SŠ s maturitou	5	41,7	25	41
VŠ	5	41,7	33	54,1
Spolužitie				
Sám/sama	3	25,00	12	19,67
S rodinou	7	58,33	44	72,13
S niekým iným	2	16,67	5	8,20
Zamestnanie				
Študent	0	0	10	16,39
Zamestnaný	3	25,00	18	29,51
Zamestnaný a ID	1	8,33	6	9,84
Nezamestnaný	7	58,33	12	19,67
Nezamestnaný a ID	0	0	1	1,64
Starobný dôchodok	0	0	2	3,29
Invalidný dôchodok	1	8,33	12	19,67
Životné podmienky				
Nad životné minimum	5	41,67	23	37,71
Životné minimum	6	50,00	30	49,18
Pod životné minimum	1	8,33	8	13,12
Trvanie ochorenia				
Do 5 rokov	6	50	22	36,1
5–10 rokov	2	16,7	12	19,7
Viac ako 10 rokov	4	33,3	27	44,3

Pozn.: N – počet, % – stĺpcové percento.

s depresiou. Priemerný vek skupiny bol $M = 37,38$ a $SD = 12,73$ roka. Skupina bola tvorená 30 mužmi a 31 ženami.

Kontrolný súbor pozostával z 12 pacientov, z toho 6 s diagnózami z okruhu schizofrenického spektra, 4 s diagnózou depresívnej poruchy a 2 s bipolárnou afektívnou poruchou. Priemerný vek v kontrolnej skupine bol $M = 34,42$ a $SD = 8,82$ roka. Skupinu tvorilo 8 žien a 4 muži.

V skupine s intervenciou sa jednalo o prvú epizódu psychickej poruchy u 13,12 % pacientov, v prípade kontrolnej skupiny u 25 % pacientov. Zvyšné demografické a klinické premenné pre obidva súbory sú uvedené v tab. 1.

Metodika

Od pacientov sme po prijatí do denného stacionára získali informovaný súhlas a zistili základné demografické a klinické charakteristiky. Pre účely nášho výskumu sme použili údaje týkajúce sa rodu, veku, rodinného stavu, počtu epizód a diagnózy. Na získanie relevantných údajov zameraných na sledovanie asertivity sme použili batériu dotazníkov: Dotazník asertivity, Dotazník mylných presvedčení a Dotazník komunikačných zručností, ktoré vyplňal výskumný pracovník u všetkých pacientov po prijatí do stacionára ešte pred jeho zaradením do programu zameraného na nácvik sociálnych zručností a asertívneho

správania a pri prepustení pacienta do domácej starostlivosti.

Dotazník asertivity²⁰ monitoruje mieru asertivity probandov pri riešení bežných životných situácií. V našom výskume sme použili skrátenú, 19-položkovú verziu dotazníka. Pacienti posudzovali, do akej miery boli konkrétne situácie a výroky pre nich v danom období typické alebo netypické. Svoje odpovede hodnotili na škále: +3 je pre mňa celkom typické, úplne zodpovedá, až po –3 je pre mňa celkom netypické, úplne nezodpovedá. Aby sa znížilo skreslenie výsledkov v prípade, že by probandi poskytovali sociálne žiaduce odpovede, položky 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15 a 19 sú reverzné. Celkové hodnotenie sa získava sčítaním číselných hodnôt všetkých položiek. Podľa normatívnych údajov osoby bez psychiatrickej poruchy dosahujú priemerné skóre okolo stredu (hodnoty 0). Pacienti so schizofréniou dosahujú podstatne nižšie hodnoty. Pacienti s depresiou alebo úzkosťou dosahujú skóre medzi hodnotami normálnych osôb a psychotikov.²⁰

Dotazník mylných presvedčení²¹ obsahuje 57 tvrdení, ktoré môžu ovplyvniť pocity a správanie človeka. Probandi na stupnici od 1 (vôbec nie) až po hodnotenie 4 (veľmi silne) posudzujú, do akej miery ich uvedené výroky aktuálne ovplyvňujú. Jednotlivé výroky/tvrdenia u probandov monitorujú výskyt problémovej oblasti, ktorá môže súvisieť s nedostatkom asertivity, prípadne s úzkostlivosťou ako črtovou premennou. Ich pôvod pochádza z detstva a môžu ovplyvňovať človeka aj v dospelosti. V rámci výskumu sa skúmali nasledujúce problémové oblasti: *znížená dôvera vo vlastné sily; závislosť vlastného hodnotenia od lásky a podpory okolia; závislosť vlastného hodnotenia od hodnotenia iných; závislosť sebahodnotenia od dosahovania cieľov; nedôvera k okoliu podmienená stratou kontroly nad situáciou a perfekcionizmus.*

Dotazník komunikačných zručností²² monitoruje sebahodnotenie probandov v sociálnych interakciách. Obsahuje 20 rôznych situácií z osobného i pracovného života. Probandi majú posúdiť osobnú spokojnosť v danej oblasti na škále od 1 (*veľmi si potrebujem vylepšiť túto schopnosť*) až po hodnotenie 5 (*ovládám túto schopnosť veľmi dobre*). Získanie celkového skóre vyjadruje mieru sebahodnotenia na stupnici: 80–100 bodov – veľmi dobré komunikačné schopnosti; 60–79 bodov – dobré komunikačné schopnosti; 40–59 bodov – priemerné komunikačné schopnosti; 30–39 bodov – podpriemerné komunikačné schopnosti a hodnotenie menej ako 30 bodov vyjadruje slabú úroveň komunikačných schopností.

Štatistická procedúra

Na popis demografických a klinických ukazovateľov boli použité metódy deskriptívnej štatistiky. Vzájomné vzťahy medzi premennými boli analyzované prostredníctvom neparametrického Spearmanovho korelačného koeficientu. Na vyhodnotenie miery sily vzťahov boli použité Coheneve kritériá pre malý, stredne veľký a veľký efekt.²³ Na vyhodnotenie zmien v použitých dotazníkových metódach v opakovaných meraniach sme použili analýzu variancie pre opakované merania (Repeated Measures ANOVA), kde vnútrogrupinový faktor bol meranie pred tréningom vs. merania po absolvovaní tréningu a medziskupinový faktor

Tab. 2. Zmeny v dotazníku maladaptívnych presvedčení

	Baseline				Follow-up				WS	BS	Interakcia
	IS		KS		IS		KS				
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD			
Sebadôvera	13,30	4,04	14,67	5,38	11	3,64	11,58	4,81	F = 22,417, p < 0,001	F = 0,728, p = 0,396	F = 0,460, p = 0,500
Láska a podpora okolia	13,66	3,92	15,33	5,56	12,43	3,68	13,92	4,54	F = 8,285, p = 0,005	F = 1,785, p = 0,186	F = 0,041, p = 0,839
Hodnotenie okolia	13,13	3,37	13,08	4,7	12,39	3,15	12,67	5,11	F = 1,918, p = 0,170	F = 0,012, p = 0,915	F = 0,148, p = 0,701
Výkon	17,44	5,38	18,42	5,13	15,95	4,57	16,33	4,13	F = 10,831, p = 0,002	F = 0,214, p = 0,645	F = 0,297, p = 0,588
Nedôvera k okoliu	11,62	3,38	12,75	3,52	10,71	2,49	11,25	2,63	F = 5,833, p < 0,018	F = 1,085, p = 0,301	F = 0,341, p = 0,561
Perfekcionizmus	32,51	8,07	34,83	6,42	30,53	8,6	34,25	8,56	F = 1,722, p < 0,194	F = 1,582, p = 0,213	F = 0,512, p = 0,476

Pozn.: KS – Kontrolný súbor, IS – Intervenčný súbor, ktorý absolvoval tréning, WS – within subject – vnútroskupinový efekt, BS – Between subject – medziskupinový efekt, BL – Baseline – na začiatku, FU – Follow-up – výstupné meranie.

bola príslušnosť k skupine (intervenčný vs. kontrolný súbor). Na zhodnotenie efektivity intervencie sme sa zamerali na výpočet interakčného efektu, ktorý by v prípade signifikantného výsledku naznačoval, či skupina dosahovala lepšie výsledky po absolvovaní tréningu v porovnaní s kontrolným súborom.

VÝSLEDKY

Porovnanie zmeny asertivity, komunikačných zručností a maladaptívnych presvedčení

V prípade asertivity sme zistili štatisticky významný efekt pre čas merania ($F(1,71) = 10,583, p = 0,002$). Efekt skupiny ($F(1,71) = 0,366, p = 0,547$), ani interakčný efekt ($F(1,71) = 3,502, p = 0,065$) neboli významné. V prípade kontrolného súboru bolo priemerné skóre na začiatku $M = -3,58$ a $SD = 13,47$ a pri druhom meraní $M = 6,08$ a $SD = 19,27$. V skupine, ktorá absolvovala tréning, bolo skóre na začiatku $M = -2,25$ a $SD = 12,92$ a po absolvovaní tréningu $M = 0,36$ a $SD = 12,10$. Výsledky tak nepreukázali, že by sa skupiny medzi sebou líšili medzi meraniami. Celkovo bol

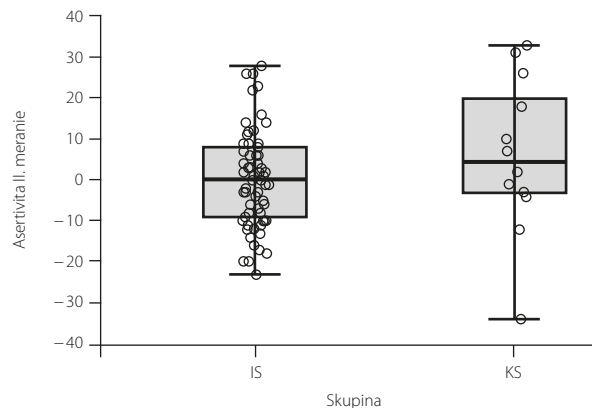
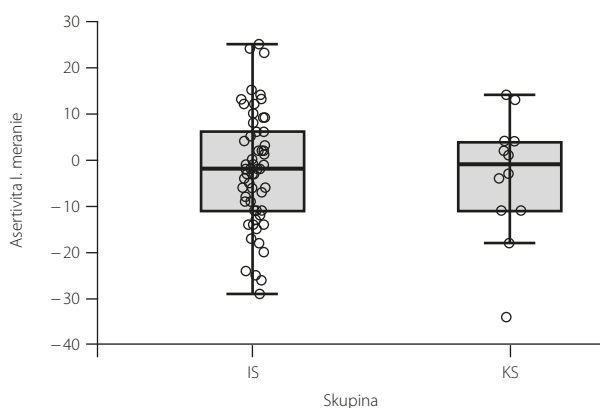
prítomný nárast (v celom súbore) v celkovom skóre v dotazníku asertivity pri druhom meraní (grafy 1a, 1b).

Komunikačné zručnosti

V prípade komunikačných zručností sme zistili štatisticky významný efekt pre čas merania ($F(1,71) = 4,449, p = 0,038$). Efekt skupiny ($F(1,71) = 3,145, p = 0,080$), ani interakčný efekt ($F(1,71) = 0,062, p = 0,803$) neboli významné. Výsledky tak nepreukázali, že by intervencia mala efekt na komunikačné zručnosti. V prípade kontrolného súboru bolo priemerné skóre na začiatku $M = 68,00$ a $SD = 13,59$ a pri druhom meraní $M = 71,33$ a $SD = 12,63$. V skupine, ktorá absolvovala tréning, bolo skóre na začiatku $M = 60,33$ a $SD = 14,38$ a po absolvovaní tréningu $M = 71,33$ a $SD = 12,63$. Celkovo bol prítomný nárast komunikačných zručností pri druhom meraní, ale pri prvom meraní je z priemerných hodnôt zrejme, že skupiny neboli dostatočne zrovnovážené. Kontrolný súbor mal pri prvom meraní disproporčne lepšiu úroveň komunikačných zručností.

Maladaptívne presvedčenia

V tab. 2 sú zobrazené výsledky pre opakované merania. Ani v jednej subškále sme nezistili významný interakčný



Grafy 1a, 1b. Znárodnenie zmien v asertivite u jednotlivých súborov pacientov

efekt, že by skupina s intervenciou vykazovala výraznejší úbytok maladaptívnych presvedčení v porovnaní s kontrolnou. Významné boli len vnútroskupinové efekty, čo naznačuje, že v celom súbore dochádza k štatisticky významnej zmene v subškálach: *znížená dôvera vo vlastné sily; závislosť vlastného hodnotenia od lásky a podpory okolia; závislosť sebahodnotenia od dosahovania cieľov; nedôvera k okoliu podmienená stratou kontroly nad situáciou.*

Vzájomné vzťahy medzi použitými nástrojmi v celom súbore – úvodné merania

Miera asertivity v prvom meraní stredne silno korelovala s mierou komunikačných zručností pred začiatkom programu ($r_s = 0,470$, $p < 0,001$). Taktiež sme zistili, že vyššie skóre v dotazníku asertivity pred tréningom súviselo s nižším skóre v subškálach: *závislosť vlastného hodnotenia od lásky a podpory okolia* ($r_s = -0,314$, $p < 0,01$); *nedôvera k okoliu podmienená stratou kontroly nad situáciou* ($r_s = -0,266$, $p < 0,05$) a *závislosť vlastného hodnotenia od hodnotenia iných* ($r_s = -0,307$, $p < 0,01$). Lepšie komunikačné zručnosti na začiatku tréningu taktiež s nižším skóre v subškálach: *znížená dôvera vo vlastné sily* ($r_s = -0,325$, $p < 0,01$); *závislosť vlastného hodnotenia od lásky a podpory okolia* ($r_s = -0,404$, $p < 0,001$) a *závislosť vlastného hodnotenia od hodnotenia iných* ($r_s = -0,245$, $p < 0,05$).

Vzájomné vzťahy medzi použitými nástrojmi v celom súbore – výstupné merania

Miera asertivity na konci stredne silno korelovala s mierou komunikačných zručností na výstupnom meraní ($r_s = 0,478$, $p < 0,001$). Taktiež sme zistili, že vyššie skóre v dotazníku asertivity na výstupnom meraní súviselo s nižším skóre v subškálach: *znížená dôvera vo vlastné sily* ($r_s = -0,466$, $p < 0,001$); *závislosť vlastného hodnotenia od lásky a podpory okolia* ($r_s = -0,347$, $p < 0,01$); *závislosť vlastného hodnotenia od hodnotenia iných* ($r_s = -0,586$, $p < 0,001$) a *nedôvera k okoliu podmienená stratou kontroly nad situáciou* ($r_s = -0,311$, $p < 0,01$). Lepšie komunikačné zručnosti na konci tréningu taktiež s nižším skóre v subškálach: *znížená dôvera vo vlastné sily* ($r_s = -0,482$, $p < 0,001$); *závislosť vlastného hodnotenia od lásky a podpory okolia* ($r_s = -0,300$, $p < 0,01$) a *závislosť vlastného hodnotenia od hodnotenia iných* ($r_s = -0,406$, $p < 0,001$).

Korelačné vzťahy medzi skúmanými premennými naprieč meraniami

Asertivita na vstupnom meraní stredne silno korelovala s komunikačnými zručnosťami pri výstupnom meraní ($r_s = 0,452$, $p < 0,001$). Asertivita na vstupnom meraní negatívne korelovala so skóre v subškále *závislosť vlastného hodnotenia od hodnotenia iných* ($r_s = -0,334$, $p < 0,01$) a *znížená dôvera vo vlastné sily* ($r_s = -0,283$, $p < 0,05$) vo výstupnom meraní. Komunikačné zručnosti v úvodnom meraní korelovali len so skóre v subškále *znížená dôvera*

vo vlastné sily ($r_s = -0,243$, $p < 0,05$) na výstupnom meraní.

Stabilita merania v čase

Medzi jednotlivými meraniami asertivity sme zistili silný korelačný vzťah ($r_s = 0,557$, $p < 0,001$). Komunikačné zručnosti taktiež vykazovali vysokú stabilitu v čase ($r_s = 0,604$, $p < 0,001$). V prípade dotazníka maladaptívnych presvedčení bola stabilita skóre veľmi vysoká (r_s od 0,548 do 0,754).

Súvislosť asertivity, komunikačných zručností a maladaptívnych presvedčení s klinickými a demografickými ukazovateľmi

Miera asertivity ani komunikačných zručností nekorelovala s vekom, pohlavím, vzdelaním, počtom epizód ani dĺžkou trvania poruchy. V celom súbore skórovali ženy v subškále *znížená dôvera vo vlastné sily* ($t(71) = -2,605$, $p = 0,011$) a *sebahodnotenie v závislosti od výkonu* ($t(71) = -2,442$, $p = 0,017$) v priemere signifikantne vyššie, čo poukazuje na vyššiu mieru maladaptívnych presvedčení. Zároveň vyššie skóre v subškále *znížená dôvera vo vlastné sily* pozitívne korelovalo s dĺžkou trvania poruchy ($r_s = 0,244$, $p = 0,038$). Negatívne vzťahy sme zistili medzi subškálou *nedôvera k okoliu podmienená stratou kontroly nad situáciou* a vekom ($r_s = 0,277$, $p = 0,018$) a vzdelaním ($r_s = -0,252$, $p = 0,032$).

DISKUSIA

Naše zistenia nepotvrdili rozdiely vo vzťahu k sledovaným oblastiam medzi intervenčnou a kontrolnou skupinou – teda v asertivite, komunikačných zručnostiach a maladaptívnych presvedčeniach. Celkovo sme ale v celej skupine pozorovali pozitívne ovplyvnenie meraných premenných, ktoré je primárne sýtene intervenčnou skupinou. Tieto výsledky mohlo výrazne ovplyvniť viacero faktorov. V našom prípade sledovanie prebehlo v bežných podmienkach, nešlo teda o randomizovanú klinickú štúdiu, ktorá je potrebná na presné overenie efektivity. Naprieč meraniami sme ale v celej skupine zistili rozdiely, ktoré naznačujú, že súbor ako celok vykazuje v procese terapie v stacionári zmeny v pozitívnom smere. Naš kontrolný súbor vychádzal na začiatku merania lepšie z pohľadu sociálnych zručností, čo mohlo viesť k zmenšeniu rozdielov v prípade follow-up. Ďalším potenciálnym vysvetlením je aj malá sila štatistických testov, nakoľko kontrolný súbor bol tvorený len 12 pacientmi a pacientkami. Preto sa nám nepodarilo preukázať, že sa skupiny líšia v tom, ako reagujú na poskytovanú intervenciu (interakčný efekt v ANOVA). Numericky sme ale v dátach videli určité trendy, ktoré je vhodné diskutovať.

Prirodzene za zmenami v sledovaných premenných bola aj psychofarmakologická liečba, ktorú dostával každý z pacientov zaradených do štúdie. Vzhľadom k tomu, že pacientom bola poskytovaná aj iná psychoterapeutická

starostlivosť, nemôžeme vylúčiť, že aj tieto intervencie mali dopad na pozorované zmeny. Výsledky nedávnej metaanalýzy ale preukázali, že add-on terapia založená na tréningu sociálnych zručností alebo asertivity v 6-mesačnom sledovaní u pacientov so schizofréniou vedie k zníženému riziku relapsu ochorenia.²⁴ Tento parameter sme ale v našom výskume nesledovali.

Podobné zistenia v oblasti nácviku sociálnych zručností potvrdili viaceré štúdie. Autori sledovali účinnosť jednotlivých terapií u pacientov s depresiou¹³ a potvrdili preukázateľné účinky pri kognitívno-behaviorálnej terapii, interpersonálnej terapii a terapii zameranej na riešenie problémov, pričom účinky nácviku sociálnych zručností neboli významné. Rovnaké zistenie u pacientov so schizofréniou potvrdili aj ďalšie štúdie.^{3,25} Iné práce,^{26,27} ktoré sledovali účinnosť dlhšie trvajúcich kognitívno-behaviorálnych tréningov sociálnych zručností, potvrdili lepšie zvládnutie trénovaných zručností a fungovanie v rámci komunity po prepustení, vyššiu úroveň copingových stratégií a väčší záujem pacientov o spoločenské aktivity po skončení tréningov.

Pri hodnotení celého súboru sa potvrdil nárast v celkovom skóre v dotazníku asertivity a komunikačných zručností pri druhom meraní. Efektívnosť tréningov asertivity u pacientov so schizofréniou a afektívnymi poruchami potvrdili výstupy viacerých štúdií.^{14,28} Podľa autorov tréningy prispeli k zníženiu úzkosti, zlepšili sociálne interakcie, aktivity a sebaúctu pacientov.

Z jednotlivých subškál maladaptívnych presvedčení došlo v celom súbore k štatisticky významnej zmene (zníženiu) v nasledujúcich škálach: *znížená dôvera vo vlastné sily; závislosť vlastného hodnotenia od lásky a podpory okolia; závislosť sebahodnotenia od dosahovania cieľov a nedôvera k okoliu podmienená stratou kontroly nad situáciou.*

Ďalším zistením bolo zlepšenie asertívneho správania a komunikačných zručností aj v kontrolnej skupine, ktorá intervencie neabsolvovala. U pacientov s vyššou mierou asertivity sme pred intervenciou nezaznamenali znížené sebahodnotenie a nedôveru k okoliu. Takmer identické zistenia sa potvrdili po intervencii aj v oblasti sebadôvery. Analýza vzťahu lepších komunikačných zručností k sebadôvere a sebahodnoteniu priniesla v oboch meraniach rovnaké výsledky. Pozitívnym zistením naprieč meraniami bolo, že u pacientov, u ktorých sa pri vstupnom meraní zistila vyššia miera asertivity, sa pri výstupnom meraní potvrdili lepšie komunikačné zručnosti, ale aj zlepšenie sebadôvery a sebahodnotenia.

Z hľadiska demografických a klinických ukazovateľov sa u pacientov s dlhšou dobou priebehu psychickej poruchy potvrdilo zníženie sebadôvery. Ďalším zistením bol pokles miery nedôvery k okoliu s pribúdajúcim vekom a vyšším stupňom vzdelania.

V rámci korelačných analýz sme zistili viacero zaujímavých vzťahov medzi meranými premenenými. Asertivita, sociálne zručnosti aj maladaptívne presvedčenia vykazovali dostatočnú mieru stability v čase. Najvyššiu mieru stability vykazovali práve presvedčenia, čo môže poukazovať na to, že je ich náročnejšie terapeuticky ovplyvniť, nakoľko tvoria súčasť nášho sebaobrazu.

Nízka miera asertivity sa spájala aj so silnejšími maladaptívnymi presvedčeniami. Samozrejme sa tým pádom

otvára otázka, či tieto presvedčenia vedú k zníženej miere asertivity, alebo sú spoločným dôsledkom zmien u pacientov spôsobených poruchou. Pacienti, ktorí udávali subjektívne lepšie komunikačné zručnosti, mali zároveň menej maladaptívnych presvedčení a vnímali sa ako viac kompetentní.

Naše skúsenosti s realizáciou nácvikov sociálnych zručností a tréningov asertivity potvrdili záujem pacientov o jednotlivé aktivity a aktívne zapájanie do jednotlivých modelových situácií a riešenia úloh. Rešpektovali sme dobrovoľnosť pacientov, ako aj prípadné odmietnutie účasti, čo sa vyskytovalo veľmi sporadicky. Príčinou bola zdravotná indispozícia po podaní medikácie, výraznejšia únava, zhoršenie stavu, napr. stvrnenie pozitívnej emócie pri momentálnom prežívaní napätia, úzkosti, depresívnej nálade. Na základe doterajších skúseností pacienti vnímali jednotlivé techniky a aktivity pozitívne, uvedomovali si ich význam a využitie v bežných sociálnych interakciách. Pri porovnávaní sebahodnotenia pacientov (emočné prežívanie a pozornosť) na začiatku intervencie a na konci sme zistili, že pacienti v prevažnej miere uvádzali zlepšenie emočného stavu i schopností sústrediť sa po ukončení intervencie.

Otázkou do budúcich výskumov je, ktorý z terapeutických cieľov by bol najvhodnejší. Vzhľadom na vyššie uvedené vzťahy je ťažké povedať, či zmena presvedčení vo vlastné schopnosti môže viesť k zlepšeniu asertivity a komunikačných zručností, alebo skôr skúsenosť s pozitívnymi sociálnymi interakciami, ktoré pacient zvládol, môže následne zlepšiť menej stabilné presvedčenia o vlastnej hodnote, kompetencii a podobne.

Limity a pokračovanie výskumu

K limitom našej štúdie môžeme zaradiť prácu s otvorenou, nehomogénnou skupinou, čo výrazne limituje naše závery. Je možné, že tréning poskytovaný pacientom môže mať odlišný efekt na pacientov so schizofréniou v porovnaní s afektívnymi poruchami. Pacienti boli zaradovaní do intervenčnej skupiny postupne, ako prichádzali na pobyt v dennom stacionári. Mohlo sa teda stať, že niektorí pacienti nácviky zamerané na úvodné témy o sociálnych interakciách neabsolvovali a boli zaradení už do spusteného programu. Túto skutočnosť sme sa snažili riešiť zopakovaním základných informácií vzťahujúcich sa k sociálnym interakciám a stručným uvedením do problematiky v úvode sedení. Taktiež sa mohlo stať, že podobné tréningy pacienti už absolvovali. Ďalším limitom bola stanovená minimálna doba 4 týždňov účasti na programe. Práce, ktoré hodnotili účinnosť dlhšie prebiehajúcich, podobne zameraných programov, potvrdili ich vyššiu efektívnosť na rozvoj sociálnych zručností. Jedným z limitov môže byť aj zvolený čas opakovaného sledovania. Budúci výskum by sa mohol zamerať viac na sledovanie krátkodobých efektov (napr. zmena jadrových presvedčení, nárast zručností a pod.) vs. dlhodobých efektov (zamestnanosť, relaps a pod.). Práve dlhšie sledovanie by umožnilo vyhodnotiť aj dlhodobú účinnosť intervencie a lepšie by mohlo objasniť, kedy by bolo vhodné tréningy opakovať. Ďalší výskum by mohol zároveň merať aj premenné, ktoré súvisia s objektívnym každodenným fungovaním, čo by umožnilo merať mieru transferu do bežného života, či účinnosť

programov vo vzťahu k pozitívnym a negatívnym príznakom schizofrénie a klinickému obrazu depresie.

ZÁVER

Aj keď výstupy nášho výskumu nepreukázali výrazné rozdiely medzi intervenčnou a kontrolnou skupinou v sledovaných oblastiach, môžeme predpokladať vyššiu

efektívnosť nácvikov sociálnych zručností a asertívneho správania pri dlhodobějších programoch, ako to vyplýva aj zo záverov iných prác.^{26,27} Sledovanie účinnosti programov zameraných na nácvik sociálnych zručností a asertívneho správania môže priniesť nové poznatky pre úpravu a tvorbu nových programov poskytovaných pacientom a ich rodinám, čo môže zlepšiť nielen ich vzájomnú interakciu, ale aj komunikačné a sociálne zručnosti pacientov a celkovú kvalitu ich života.

LITERATÚRA

- Regier DA, Kuhl EA, Kupfer DJ. The DSM-5: Classification and criteria changes. *World Psychiatry* 2013; 12 (2): 92–98.
- Couture SM, Penn DL, Roberts DL. The Functional Significance of Social Cognition in Schizophrenia: A Review. *Schizophr Bull* 2006; 32 (Suppl 1): 44–63.
- Kurtz MM, Richardson CL. Social Cognitive Training for Schizophrenia: A Meta-analytic Investigation of Controlled Research. *Schizophr Bull* 2012; 38 (5): 1092–1104.
- Lieberman RP, DeRisi WJ, Mueser KT. Tréning sociálnych spôsobilostí u psychiatrických pacientov. Samizdatový preklad, 1992.
- Bowie CR, Depp C, McGrath JA et al. Prediction of real-world functional disability in chronic mental disorders: a comparison of schizophrenia and bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2010; 167 (9): 1116–1124.
- Hajdúk M, Zimányiová M, Krajčovičová D et al. Prediktory funkčnosti u pacientov so schizofréniou. *Čes a slov Psychiat* 2016; 112 (5): 226–231.
- Zimányiová M, Hajdúk M, Heretik A et al. Neurocognition and functional capacity as predictors of functional outcome in schizophrenia. *Čes a slov Psychiat* 2019; 115 (3): 101–107.
- Mueser KT, Bellack AS. Social skills training: Alive and well? *Journal of Mental Health* 2007; 16 (5): 549–552.
- Krajčovičová D. Nefarmakologické možnosti ovplyvnenie porúch kognitívnych funkcií a sociálnych spôsobilostí pri schizofrénii. *Psychiatr praxi* 2004; 5: 266–269.
- Cechnicki A, Bielańska A, Hanuszkiwicz I, Daren A. The predictive validity of Expressed Emotions (EE) in schizophrenia. A 20-year prospective study. *Journal of Psychiatric Research* 2013; 47 (2): 208–214.
- Larsen KL, Jordan SS. Assertiveness Training. In: Zeigler-Hill V, Shackelford TK (eds). *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. Springer International Publishing AG 2017: 1–4.
- Speed BC, Goldstein BL, Goldfried MR. Assertiveness Training: A Forgotten Evidence-Based Treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2018; 25 (1): e12216.
- Barth J, Munder T, Gerger H et al. Comparative Efficacy of Seven Psychotherapeutic Interventions for Patients with Depression: A Network Meta-Analysis. *PLoS Med* 2013; 10 (5): e1001454.
- Lin YR, Wu MH, Yang CI et al. Evaluation of assertiveness training for psychiatric patients. *J Clin Nurs* 2008; 17 (21): 2875–2883.
- Vyskočilová J, Praško J. Social skills training in psychiatry. *Act Nerv Super Rediviva* 2012; 54 (4): 159–170.
- Degleris N, Mantelou E, Solias A, Karamberi B, Milinie A. Assertiveness training as a major component element of a psychoeducational program addressed to psychiatric patients and their families. *Annals of General Psychiatry* 2008; 7 (Suppl. 1): S300.
- Morovicsová E. Využitie asertívnych práv v klinickej praxi. *Revue medicíny v praxi* 2013; 11 (4): 37–38.
- Morovicsová E et al. Komunikácia v medicíne. Bratislava: Univerzita Komenského 2014: 212.
- Morovicsová E. Asertivita a jej prejavy v sociálnych interakciách. *Revue medicíny v praxi* 2013; 11 (3): 37–38.
- Rathus SA, Nevid JS. Concurrent validity of the 30-item Assertiveness Schedule with psychiatric population. *Behavior Therapy* 1977; 8: 393–397.
- Bourne EJ. *Mistaken Beliefs Questionnaire*. The Anxiety & Phobia Workbook. New York: Harbinger Publications 2010: 219–221.
- Praško J, Prašková H. Asertivitou proti stresu. Praha: Grada 2007: 280.
- Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New York: Lawrence Erlbaum Associates 1988: 579.
- Bighelli I, Rodolico A, García-Mieres H et al. Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2021; 8: 969–980.
- Pilling S, Bebbington P, Kuipers E et al. Psychological treatments in schizophrenia: II. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychological Medicine* 2002; 32 (5): 783–791.
- Kurtz MM, Mueser KT. A Meta-Analysis of Controlled Research on Social Skills Training for Schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2008; 76 (3): 491–504.
- Granholtm E, McQuiad JR, McClure FS et al. A Randomized, Controlled Trial of Cognitive Behavioral Social Skills Training for Middle-Aged and Older Outpatients with Chronic Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2005; 162 (3): 520–529.
- Lee TY, Chang SC, Chu H et al. The effects of assertiveness training in patients with schizophrenia: a randomized, single-blind, controlled study. *J Adv Nurs* 2013; 69 (11): 2549–2559.