

# ASERTIVITA A SOCIÁLNE ZRUČNOSTI AKO PREDIKTORY PSYCHOSOCIÁLNEHO FUNGOVANIA U PACIENTOV S PORUCHAMI SCHIZOFRENICKÉHO SPEKTRA

původní práce

Eva Morovicsová<sup>1</sup>  
Danka Krajčovičová<sup>1</sup>  
Ľubomíra Izáková<sup>1</sup>  
Patrícia Hricáková<sup>1</sup>  
Michal Hajdúk<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Psychiatrická klinika LF UK a UNB  
Staré Mesto, Bratislava, Slovenská  
republika

<sup>2</sup>Katedra 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, Izáková Ľ, Hricáková P, Hajdúk M. Asertivita a sociálne zručnosti ako prediktory psychosociálneho fungovania u pacientov s poruchami schizofrenického spektra**

**Ciel:** Cieľom výskumu bolo preskúmať úlohu subjektívne vnímanej asertivity, sociálnych zručností a závažnosti symptómov ako prediktorov každodenného fungovania u pacientov s poruchami z okruhu schizofrenického spektra.

**Materiál a metóda:** Výskumu sa zúčastnilo 30 pacientov s poruchami z okruhu schizofrenického spektra liečených v Psychiatrickom stacionári Psychiatrickej kliniky LF UK a UNB. Na hodnotenie funkčnosti boli použité metódy: Škála špecifických úrovní fungovania SLOF a Škála osobnej a sociálnej výkonnosti PSP. Závažnosť symptómov sme vyhodnocovali prostredníctvom Škály globálneho klinického dojmu CGI upravenej pre pacientov so schizofréniou. Ako ďalšie metódy boli použité Dotazník asertivity, Dotazník mylných presvedčení a Dotazník komunikačných zručností. Výsledky boli spracované cez korelačnú a regresnú analýzu.

**Výsledky:** Celková funkčnosť bola nižšia u ľudí so závažnejšou negatívnou symptomatikou ( $r_s = -0,394$ ,  $p = 0,031$ ) a celkovou horšou závažnosťou ochorenia ( $r_s = -0,436$ ,  $p = 0,016$ ). Celkovo symptómy vysvetľovali

## SUMMARY

**Morovicsová E, Krajčovičová D, Izáková Ľ, Hricáková P, Hajdúk M. Assertiveness and social skills as predictors of psychosocial functioning in patients with schizophrenia spectrum disorders**

**Study aims:** The aim of this research was to examine the role of assertiveness, social skills and the role of symptom severity as predictors of psychosocial functioning in patients with schizophrenia spectrum disorders.

**Material and method:** Thirty patients with schizophrenia spectrum disorders treated in the Psychiatric Inpatient Unit of the Psychiatric Clinic of the Faculty of Medicine of the Comenius University and the UNB participated in the study. The following methods were used for functional assessment: the SLOF Specific Levels of Functioning Scale and the PSP Personal and Social Performance Scale. Symptom severity was evaluated using the CGI Global Clinical Impression Scale adapted for patients with schizophrenia. The Assertiveness Questionnaire, the Mistaken Beliefs Questionnaire, and the Social Skills Questionnaire were used as additional methods. The results were analyzed through correlation and regression analysis.

**Results:** Overall functioning was lower in those with more severe negative symptoms ( $r_s = -0.394$ ,  $p = 0.031$ ) and

cca 19,8% variability. V prípade subjektívnej funkčnosti meranej symptómy vysvetľovali cca  $adjR^2 = 67,4\%$  pozorovanej variability. Ako významné prediktory sme identifikovali závažnosť pozitívnych ( $r_s = -0,358$ ,  $p = 0,003$ ) aj negatívnych symptómov ( $r_s = -0,652$ ,  $p < 0,001$ ). Asertivita ne súvisela s hodnotením funkčnosti.

**Záver:** Výsledky preukázali, že najsilnejšími prediktormi funkčnosti u pacientov s poruchami schizofrenického spektra sú symptómy ochorenia, najmä závažnosť pozitívnych a negatívnych symptómov. Subjektívne vnímaná asertivita nepredikovala subjektívne vnímané ani objektívne posudzované psychosociálne fungovanie. Pacienti boli schopní relatívne presne hodnotiť úroveň svojho fungovania, najmä v pracovnej oblasti.

**Kľúčové slová:** asertivita, psychosociálne fungovanie, schizofrénia, sociálne zručnosti.

overall lower severity of illness ( $r_s = -0.436$ ,  $p = 0.016$ ). Overall, symptoms explained approximately 19.8% of the variability. For subjective, symptoms explained approximately  $adjR^2 = 67.4\%$  of the observed variability. We identified severity of both positive ( $r_s = -0.358$ ,  $p = 0.003$ ) and negative symptoms ( $r_s = -0.652$ ,  $p < 0.001$ ) as significant predictors. Assertiveness was not related to functional assessment.

**Conclusion:** The results showed that the strongest predictors of functionality in patients with schizophrenia spectrum disorders are symptoms of the illness, especially the severity of positive and negative symptoms. Subjectively perceived assertiveness did not predict either subjectively perceived or objectively assessed psychosocial functioning. Patients were able to assess their level of functioning relatively accurately, particularly in the work domain.

**Key words:** assertiveness, psychosocial functioning, schizophrenia, social skills.

## ÚVOD

Schizofréniu, vzhľadom na heterogenitu klinického obrazu, variabilitu priebehových charakteristík, či odpovede na liečbu, je vhodné vnímať ako skupinu psychických porúch, ktorú spája spoločný etiopatogenetický základ a je označovaná ako poruchy schizofrenického spektra. Napriek významným pokrokom v porozumení biologických mechanizmov vzniku tejto skupiny ochorení, stále zostáva veľkým problémom, ktorý u značnej časti pacientov vedie dlhodobo k výrazne zníženej kvalite života,<sup>1</sup> interpersonálnym konfliktom<sup>2</sup> a k limitácii pri naplňaní životných cieľov.<sup>3</sup> V dlhodobom horizonte len malá časť pacientov, približne 13 %, dosiahne plnú mieru úzdravy.<sup>4</sup> To znamená, že nemajú závažné symptómy, ako napríklad bludy a/alebo halucinácie, a zároveň dokážu naplňovať očakávané životné role.

Symptómy schizofrénie boli identifikované ako významný prediktor psychosociálneho fungovania. Napriek tomu, že pre diagnostiku schizofrénie sú v súčasných klasifikačných systémoch nevyhnutné najmä pozitívne symptómy, tie však vykazujú slabší vzťah ku každodennému fungovaniu v porovnaní s negatívnou symptomatikou.<sup>5,6</sup> Pozitívne symptómy silnejšie súvisia s problémami v interpersonálnych vzťahoch a s rušivým správaním.<sup>7,8</sup> Podobné zistenia uvádzajú aj autori,<sup>9</sup> podľa ktorých závažnejšie pozitívne symptómy súvisia s výraznejšími problémami v pracovnej oblasti a s fungovaním v komunite, pričom na druhej strane potvrdili, že vyššia závažnosť

negatívnych symptómov schizofrénie predikovala slabšiu sociálnu kompetenciu, problémy v interpersonálnej oblasti a v schopnosti asertívneho správania. Negatívna symptomatika spolu s kognitívnym deficitom výraznejšie predikuje schopnosť nezávisle fungovať,<sup>10</sup> čo môže byť príčinou priznania invalidného dôchodku už v mladom veku.

U pacientov so schizofréniou sa vplyvom negatívnej aj pozitívnej symptomatiky stretávame s ťažkosťami v oblasti sociálneho fungovania, vrátane sociálnych interakcií, neprimeraného riešenia komunikačných problémov a v schopnosti adekvátne sa presadiť.<sup>2,11–13</sup> Priebeh sociálnych interakcií je podmienený aj deficitom kognitívnych funkcií, ťažkosťami v oblasti sociálnej kognície, prežívaním úzkosti, obavami a neistotou v kontakte s okolím. To býva často zdrojom interpersonálnych konfliktov, ktoré pacientov frustrujú a odrádzajú ich od primeraného riešenia problémov a asertívneho správania.<sup>14,15</sup> Asertívnym správaním rozumieme rešpektovanie práv a oprávnených nárokov komunikačných partnerov v rôznych sociálnych interakciách, ale aj ich schopnosť vedieť vyjadriť svoje názory a požiadavky bez prežívania napätia, úzkosti, či uplatňovania rôznych foriem napádania. Zahŕňa aj schopnosť vyjadriť a prijať odmietnutie a konštruktívnu kritiku v rôznych sociálnych interakciách.<sup>16</sup> U pacientov so schizofréniou sa často vyskytujú prejavy neasertívneho správania, podmienené už vyššie uvedenými príčinami.<sup>17</sup> Zvýšená miera nárokov kladených na seba, prežívanie úzkosti, obáv a neistoty v kontakte s okolím, nedostatočná

schopnosť sebaapresadenia, vyjadrenia emócií, či efektívneho riešenia problémov má ďalekosiahle dôsledky v podobe zlyhávania v napĺňaní požiadaviek súvisiacich so sociálnymi rolami, prispieva k zníženej funkčnosti v pracovnom živote a spôsobuje značné problémy v nezávislom každodennom fungovaní.<sup>14,15,18</sup> Nižšiu mieru asertivity u pacientov schizofrenického spektra v porovnaní so skupinou pacientov s afektívnymi poruchami potvrdili aj závery našej predchádzajúcej štúdie.<sup>19</sup>

Zlepšenie sociálneho fungovania a kvality života u pacientov so schizofréniou, popri redukcii závažnosti symptómov poruchy, predstavujú jeden z hlavných cieľov liečby. V tomto smere sa spolu s ďalšími formami psychoterapie a psychosociálnej rehabilitácie využívajú aj nácviky psychosociálnych zručností a asertívneho správania. Ich zaradenie do komplexnej liečby môže pacientom pomôcť v nadobudnutí väčšej istoty v sociálnych interakciách, primeranom riešení komunikačných problémov a interpersonálnych konfliktov. Zameriavajú sa na podporu a rozvoj inštrumentálnych a afiliatívnych sociálnych zručností. Nácvik asertivity, ktorý sa môže realizovať ako samostatný program alebo súčasť KBT,<sup>20,21</sup> je zameraný na asertívne riešenie rôznych sociálnych situácií a komunikačných problémov, ako aj uvedenie si asertívnych práv v interakciách a osvojovanie asertívnych techník v konkrétnych problémových situáciách.<sup>16,22,23</sup>

U pacientov so schizofréniou je častým problémom nedostatočný náhľad, čo okrem odmietania prítomnosti poruchy môže súvisieť aj s nepresným hodnotením fungovania (tzv. Introspective Accuracy).<sup>24,25</sup> Pacienti, ktorí v sebahodnotení fungovania boli najmenej presní, v porovnaní s objektívnym hodnotením vykazovali najmenej adaptívne fungovanie. Preto je pri vyhodnocovaní funkčnosti pacientov so schizofréniou potrebné kombinovať objektívne a subjektívne zdroje informácií o ich každodennom fungovaní.

Cieľom štúdie je vyhodnotiť, do akej miery u pacientov so schizofréniou závažnosť poruchy, subjektívne vnímané sociálno-komunikačné zručnosti a miera asertivity predikujú úroveň psychosociálneho fungovania a jeho jednotlivé domény. Okrem toho chceme porovnať úlohu jednotlivých prediktorov pri porovnaní subjektívneho a objektívneho meraného psychosociálneho fungovania. Sekundárnym cieľom je vyhodnotiť mieru zhody medzi subjektívnym a objektívnym psychosociálnym fungovaním.

## MATERIÁL A METÓDA

### Výskumný súbor

Výskumný súbor tvorilo 30 pacientov Psychiatrického stacionára Psychiatrickej kliniky Lekárskej fakulty Univerzity Komenského (LF UK) a Univerzitnej nemocnice Bratislava – Staré Mesto. Vo vzorke sa nachádzalo 15 žien a 15 mužov. Priemerný vek bol  $M = 33,70$  a  $SD = 8,26$ . V rámci zloženia súboru z pohľadu diagnóz prevládali pacienti s diagnózou Schizofrenia F20.X ( $N = 15$ ), Akútna prechodná psychotická porucha F23.X ( $N = 11$ ), Schizoafektívna porucha F25.X ( $N = 1$ ) a Iné neorganické

Tab. 1. Demografické charakteristiky výskumného súboru

	M(SD) / N(%)
Vek	$M = 33,70$ a $SD = 8,26$
<b>Pohlavie</b>	
Muži	15 (50%)
Ženy	15 (50%)
<b>Vzdelanie</b>	
Základné	5 (16,67%)
Stredná škola bez maturity	4 (13,33%)
Stredná škola s maturitou	7 (23,33%)
Vysoká škola	14 (46,67%)
<b>Počet epizód</b>	
Prvá	8 (26,67%)
Opakovaná	22 (73,33%)
<b>Doba trvania ochorenia</b>	
Do 5 rokov	13 (43,33%)
5–10 rokov	5 (16,67%)
Viac ako 10 rokov	12 (40%)
<b>Stav</b>	
Slobodný/á	24 (80%)
Ženatý/vydatá	3 (10%)
Rozvedený/á	3 (10%)

psychotické poruchy F28.X ( $N = 3$ ). Demografické charakteristiky súboru sú uvedené v tab. 1. Pacienti boli do výskumu zaradení až po podpísaní informovaného súhlasu. Projekt aj s jeho dodatkami bol schválený Etickou komisiou UNB a LF UK, Nemocnica Staré Mesto.

### Metodika

Z hľadiska prediktorov psychosociálneho fungovania sme sa zamerali na posúdenie miery asertivity a úrovne komunikačných zručností použitím sebahodnotiacich dotazníkov. Z dôvodu, že ich validitu môže limitovať snaha participantov poskytnúť sociálne žiaduce odpovede, použili sme aj objektívne hodnotiace škály a zamerali sme sa na posúdenie vzťahov medzi subjektívnym hodnotením participantov a objektívnym posúdením ich psychosociálneho fungovania lekárom. Na posúdenie miery psychosociálneho fungovania participantov sme použili *Škálu globálneho klinického dojmu – CGI-S*, *Škálu osobnej a sociálnej výkonnosti – PSP* a *Škálu špecifických úrovní fungovania – SLOF*. Mieru asertívneho správania a úroveň sociálnych zručností sme skúmali na základe sebahodnotenia pomocou nasledujúcich dotazníkov: *Dotazník asertivity*, *Dotazník mylných presvedčení* a *Dotazník komunikačných zručností*.

### Škála globálneho klinického dojmu – CGI-S

CGI-Severity<sup>26</sup> je jednopoložková objektívna stupnica na hodnotenie závažnosti psychického ochorenia. Lekár hodnotí stav pacienta na škále od 1 do 7, pričom pólmi pre hodnotenie sú: zdravý jedinec a jeden z najväznejšie chorých pacientov. V našom výskume sme použili verziu škály určenú pre pacientov so schizofréniou, čo umožňuje

nezávisle vyhodnotiť závažnosť pozitívnej, negatívnej, depresívnej a kognitívnej symptomatiky.<sup>27</sup>

### Škála osobnej a sociálnej výkonnosti – PSP

Škála PSP<sup>28</sup> meria štyri oblasti psychosociálneho fungovania: sociálne vzťahy, prospešné aktivity, starostlivosť o seba a rušivé agresívne správanie. Skóre v jednotlivých doménach je určené na základe štruktúrovaného rozhovoru. Výsledné skóre na stupnici 0–100 odpovedá globálnemu fungovaniu a je určené na základe algoritmu. Nižšie doménové skóre znamená lepšie fungovanie, vyššie celkové skóre predstavuje vyššiu úroveň celkového fungovania. Skóre 70 a menej indikuje pozorovateľnú mieru problémov v psychosociálnom fungovaní.

### Škála špecifických úrovní fungovania – SLOF

SLOF<sup>29</sup> predstavuje sebaopisujúci nástroj určený na multidimenzionálne hodnotenie psychosociálneho fungovania. Participant odpovedá na päťstupňovej Likertovej škále, pričom vyššie skóre predstavuje lepšie psychosociálne fungovanie. Nástroj umožňuje vyhodnotiť mieru fungovania v oblastiach ako sociálne vzťahy, neprimerané správanie, pracovné zručnosti a aktivity.

### Dotazník asertivity

Dotazník asertivity<sup>17</sup> monitoruje mieru asertívneho správania pri riešení bežných životných situácií. Participant posudzuje, do akej miery sú konkrétne situácie a výroky pre neho typické alebo netypické. Svoje odpovede hodnotí 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, a tým aj nižšiu mieru sebaapresadenia v sociálnych interakciách.

### Dotazník mylných presvedčení

Dotazník mylných presvedčení<sup>30</sup> obsahuje 57 tvrdení, ktoré môžu ovplyvniť pocity a správanie človeka pri riešení rôznych sociálnych situácií. Ich základ sa utvára v detstve vplyvom výchovy a môžu ovplyvňovať človeka aj v dospelosti. Participant na stupnici od 1 (vôbec nie) až po hodnotenie 4 (veľmi silne) posudzuje, do akej miery výroky alebo tvrdenia obsiahnuté v položkách dotazníka sú pre neho aktuálne charakteristické alebo ovplyvňujú jeho správanie. Jednotlivé výroky/tvrdenia monitorujú prítomnosť problémových oblastí: zníženú sebadôveru; závislosť sebahodnotenia od lásky a podpory okolia, od hodnotenia iných a dosahovania cieľov; nedôveru k okoliu a perfekcionizmus. Identifikácia problémových oblastí môže súvisieť s nedostatkom asertivity, prípadne s úzkostlivosťou ako črtovou premennou, čo sa premieta aj do sociálnych interakcií a ovplyvňuje sociálne fungovanie človeka.

### Dotazník komunikačných zručností

Dotazník komunikačných zručností<sup>31</sup> monitoruje sebahodnotenie probandov v sociálnych interakciách. Obsahuje 20 rôznych situácií z osobného i pracovného života. Participant posudzuje osobnú spokojnosť v danej oblasti na škále od 1 (veľmi si potrebujem vylepšiť túto schopnosť) až po hodnotenie 5 (ovládam 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

Dáta boli spracované prostredníctvom deskriptívnej štatistiky. Vzhľadom na charakter dát, ordinálne premenné a často narušený predpoklad normality sme na bivariačnej úrovni pracovali s neparametrickou štatistikou. Silu vzťahov sme overovali prostredníctvom Spearmanovho korelačného koeficientu. Na identifikáciu prediktorov subjektívnej a objektívnej úrovne psychosociálneho fungovania sme použili regresnú analýzu, kde sme ako prediktory zaradili závažnosť ochorenia meranú škálou CGI, subjektívne hodnotenú úroveň asertivity a komunikačných zručností. Z klinických premenných sme pridali počet epizód a dĺžku trvania ochorenia. Z demografických premenných sme zaradili len vek. Vzhľadom k veľkosti vzorky sme na odhad modelu použili metódu STEPWISE, ktorá identifikuje model s cieľom maximalizovať percento vysvetlenej variability. Pre lepšiu interpretovateľnosť v texte uvádzame hodnoty štandardizovaných regresných koeficientov.

## VÝSLEDKY

### Vyhodnotenie celkovej miery objektívnej funkčnosti

V subškálach PSP – sociálne vzťahy a prospešné aktivity sa skóre pohybovali od mierne po značné. V doméne starostlivosť o seba boli od neprítomné po značné. Priemerné skóre vo výskumnom súbore naznačuje prítomnosť celkového zníženia úrovne psychosociálneho fungovania (tab. 2). Ani jeden zo zaradených pacientov v čase zberu dát nevykazoval problémy s rušivým a agresívnym správaním. Tieto zistenia mohli súvisieť s tým, že pacienti boli v stabilizovanom stave, bez akútnej dekompenzácie, čo je podmienkou prijatia pacientov do denného stacionára na resocializačný pobyt.

### Súvis medzi asertivitou, vnímanými zručnosťami a psychosociálnym fungovaním

Celkové skóre v Dotazníku komunikačných zručností pozitívne korelovalo so subjektívne vnímanou vyššou mierou asertivity ( $r_s = 0,569$ ,  $p = 0,001$ ). Tieto dve premenné



Tab. 2. Priemerné hodnoty v meracích nástrojoch

Premenná	Štatistika
Dotazník komunikačných zručností	M = 63,77 a SD = 11,11
Dotazník asertivity	M = -4,80 a SD = 11,03
PSP – celkové skóre	M = 63,73 a SD = 5,11
SLOF – celkové skóre	M = 128,13 a SD = 17,29
CGI – Pozitívne	3,43 (1,14)
CGI – Negatívne	3,67 (1,03)
CGI – Depresívne	3,23 (1,04)
CGI – Kognitívne	3,27 (0,76)
CGI – Závažnosť	3,57 (0,77)

ale signifikantne nekorelovali so subjektívnou ani objektívnou mierou funkčnosti. Miera asertivity nesúvisela ani s jednou subškálou z Dotazníka mylných presvedčení. V prípade komunikačných zručností sme zistili negatívny vzťah s celkovým skóre v subškále dôvera ( $r_s = -0,382$ ,  $p = 0,037$ ) a závislosť sebahodnotenia od hodnotenia iných ( $r_s = -0,361$ ,  $p = 0,05$ ). V prípade komunikačných zručností sme ale zistili určitý trend, pričom pacienti, ktorí vnímali, že mali lepšie zručnosti, mali menej problémov v interpersonálnych vzťahoch ( $r_s = 0,336$ ,  $p = 0,069$ ).

### Vzťah k symptómom poruchy

Subjektívne hodnotenie komunikačných zručností ani subjektívne vnímaná asertivita nesúvisela s hodnotením závažnosti symptómov meranými škálou CGI. Podľa očakávania sme zistili, že výraznejšie problémy v medziludských vzťahoch, nižšie pracovné zručnosti a menej voľnočasových aktivít boli asociované so závažnejšími prejavmi všetkých sledovaných symptómov poruchy (tab. 3).

Závažnosť symptómov nekorelovala s objektívnym hodnotením funkčnosti v jednotlivých doménach. Celková funkčnosť bola ale nižšia u ľudí so závažnejšou negatívnou symptomatikou ( $r_s = -0,394$ ,  $p = 0,031$ ) a celkovou horšou závažnosťou ochorenia ( $r_s = -0,436$ ,  $p = 0,016$ ).

### Prediktory subjektívnej a objektívnej funkčnosti

Úlohu jednotlivých prediktorov sme overovali prostredníctvom lineárnej regresnej analýzy metódou STEPWISE. V prípade objektívnej funkčnosti vyjadrenej ako celkové skóre v škále PSP sme zistili, že významným prediktorom bola len celková závažnosť ochorenia ( $\beta = -0,475$ ,  $p = 0,008$ ), čo je v zhode s výsledkami korelačnej

analýzy. Regresný model bol signifikantný ( $F = 8,176$ ,  $p = 0,008$ ) a vysvetľoval cca  $R^2_{adj} = 19,8\%$  variability funkčnosti. V prípade subjektívnej funkčnosti meranej cez celkové skóre v škále SLOF sme zistili, že výsledný model bol signifikantný ( $F = 30,957$ ,  $p < 0,001$ ) a vysvetľoval cca  $R^2_{adj} = 67,4\%$  pozorovanej variability. Ako významné prediktory sme identifikovali závažnosť pozitívnych ( $\beta = -0,358$ ,  $p = 0,003$ ) aj negatívnych symptómov ( $\beta = -0,652$ ,  $p < 0,001$ ).

### Zhoda medzi subjektívnym a objektívnym posúdením funkčnosti

Celkové skóre v škále PSP pozitívne korelovalo so subškálami SLOF, najmä aktivitami ( $r_s = 0,454$ ,  $p = 0,012$ ) a pracovnými zručnosťami ( $r_s = 0,639$ ,  $p < 0,001$ ). Na úrovni jednotlivých subškál PSP a SLOF sme zistili, že problémy v spoločensky prospešných aktivitách ( $r_s = -0,403$ ,  $p = 0,027$ ) súviseli s nižšími pracovnými zručnosťami meranými škálou SLOF. Závažnejšie sociálne neprimerané správanie merané škálou SLOF súviselo s výraznejšími ťažkosťami v subškále starostlivosti o seba v PSP ( $r_s = -0,366$ ,  $p = 0,047$ ).

## DISKUSIA

Cieľom výskumu bolo preskúmať úlohu subjektívne vnímanej asertivity, komunikačných zručností a symptómov ako prediktorov každodenného fungovania u pacientov s poruchami z okruhu schizofrenického spektra. Výsledky výskumu poukázali na to, že u pacientov so závažnejšou negatívnou symptomatikou a horšou celkovou závažnosťou ochorenia bola nižšia objektívna celková funkčnosť, ktorú vyhodnocovala ošetrojúca lekárka. Tieto zistenia kopírujú zistenia zahraničných autorov,<sup>32</sup> ale aj naše predchádzajúce štúdie.<sup>13</sup> Negatívne symptómy, ako hypobúlia, sociálne stiahnutie, sociálna anhedónia či plochá emočná reaktivita, sú naprieč literatúrou považované za dôležité prediktory každodenného fungovania<sup>33,34</sup> najmä preto, lebo výrazne zasahujú do kvality, ale aj kvantity interpersonálnych vzťahov pacientov.

Naše výsledky preukázali veľmi silné vzťahy medzi závažnosťou symptómov schizofrenie a subjektívnym hodnotením funkčnosti. V súbore boli zaradení iba pacienti v stabilizovanom stave, bez akútnej dekompenzácie ochorenia, ktorí mohli mať dostatočný náhľad a primerane dokázali vyhodnotiť dopad jednotlivých symptómov na ich každodenné problémy. Vzťah medzi závažnosťou pozitívnych alebo depresívnych symptómov a zhoršenou

Tab. 3. Korelácie medzi symptómami, subjektívnym fungovaním a asertivitou

	IR	SA	ACT	WS	SLOF	Asertivita	Sociálne zručnosti
<b>Pozitívne</b>	-0,418*	-0,176	-0,399*	-0,619***	-0,622***	-0,019	0,149
<b>Negatívne</b>	-0,576***	0,027	-0,544**	-0,604***	-0,781***	-0,192	-0,163
<b>Depresívne</b>	-0,431*	0,188	-0,423*	-0,448*	-0,601***	-0,098	0,021
<b>Kognitívne</b>	-0,441*	-0,282	-0,385*	-0,539**	-0,553**	-0,192	-0,235
<b>Závažnosť</b>	-0,501**	0,018	-0,618***	-0,687***	-0,784***	-0,114	-0,050

Pozn.: \*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$ ; škály SLOF: IR – interpersonálne vzťahy, SA – sociálna prijateľnosť, ACT – aktivity, WS – pracovné zručnosti.

sociálnou funkčnosťou u chorých so schizofréniou potvrdili aj výsledky našich predchádzajúcich výskumov,<sup>35</sup> pričom sme preukázali, že mieru funkčnosti predikovala aj celková dĺžka trvania ochorenia.

V rozpore s našim očakávaním a výsledkami zahraničných štúdií, ktoré jednoznačne preukázali opodstatnenosť programov zameraných na rozvíjanie sociálnych zručností<sup>36,37</sup> a tréningov asertivity, výsledky aktuálneho výskumu nepreukázali signifikantný vzťah asertivity so subjektívnou, ani s objektívnou mierou funkčnosti. Výsledky rozsiahlej metaanalýzy<sup>38</sup> preukázali, že terapia založená na tréningu sociálnych zručností alebo asertivity u pacientov so schizofréniou má pozitívny vplyv aj na zníženie rizika relapsu. Preto je zaradenie týchto tréningov opodstatnené v rámci komplexného manažmentu liečby pacientov s poruchami z okruhu schizofrenického spektra. Programy na rozvoj sociálnych zručností a asertivity zohrávajú dôležitú úlohu v oblasti medziludských vzťahov (napr. v schopnosti tvoriť a budovať kvalitné interpersonálne vzťahy, preskúmať spôsoby sebaapresadenia vo vzťahoch), v schopnosti vyjadrovať emócie a rovnako rozvíjajú sociálne zručnosti a osobnostné vlastnosti.<sup>15,39,40</sup> Vzhľadom k tomu, že pacienti počas pobytu v dennom stacionári absolujú komplexnú liečbu, ktorej súčasťou je farmakoterapia a ďalšie formy psychoterapie a psychosociálnej rehabilitácie, ako je skupinová a individuálna psychoterapia, psychoedukácia, metakognitívny tréning, arteterapia, biblioterapia, muzikoterapia, relaxačné techniky a ďalšie, nemôžeme vylúčiť ani podiel týchto aktivít na znížení relapsu u pacientov nášho súboru.

Subjektívne vnímané zručnosti ale nemusia reflektovať reálne schopnosti, preto by bolo v budúcom výskume vhodné zaradiť aj performačné škály, ktoré by túto mieru schopností reálne vyhodnotili. Absencia vzťahov asertivity k funkčnosti mohla byť spôsobená aj sociálnou žiaducnosťou pri vyplňovaní dotazníkov. Pacienti mohli mať tendenciu sa nadhodnocovať, alebo odpovedať žiaduco, keďže špecificky počas svojej liečby absolvovali tréning na zlepšenie týchto zručností. S touto situáciou sa v Dotazníku asertivity predpokladá, a preto na zníženie skreslenia výsledkov sú položky 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15 a 19 reverzné. Zároveň examinátor, ktorý zabezpečoval administráciu dotazníkov, pri prvých položkách overoval správnosť pochopenia položiek a ich hodnotenie.

Podľa autoriek<sup>41</sup> je možné dosiahnuť komplexné hodnotenie psychosociálneho fungovania kombináciou objektívnych metód so subjektívnymi sebahodnotiacimi metódami. Využitie len objektívneho hodnotenia môže viesť k zanedbaniu napr. dopadu psychickej poruchy na spokojnosť pacienta s liečbou, kvalitu života a pod., naopak subjektívna evaluácia rozširuje možnosti posudzovania efektu terapeutického programu u psychicky chorých v rámci ich resocializácie. V našej štúdií sme zistili, že celkové vnímanie funkčnosti hodnotené lekárom silnejšie súviselo s vnímaným fungovaním v oblasti práce ako s interpersonálnymi vzťahmi. Práve prvá oblasť je objektívnejšie hodnotená. Subjektívne hodnotenie interpersonálnych vzťahov môže byť u pacientov ovplyvnené aj negatívnou symptomatikou, ktorá tvorí jadro interpersonálnych problémov, ktoré

pacienti zažívajú v bežnom živote. Naše výsledky sú tak v zhode s predpokladom o nepresnom hodnotení vlastnej funkčnosti u pacientov so schizofréniou.<sup>25</sup> Výsledky preukázali najlepšiu zhodu medzi vnímaným a objektívnym fungovaním v pracovnej oblasti. Identifikácia problémov pri vykonávaní činností môže byť pre pacienta jednoduchšia ako reflektovanie problémov v oblasti interpersonálnych vzťahov.

## LIMITY VÝSKUMU

Výsledky je nutné interpretovať v kontexte viacerých limitov. Veľkosť výskumného súboru limituje použitie komplexnejších štatistických postupov a nepreukázanie niektorých vzťahov môže súvisieť s nižšou silou štatistických testov. Do výskumu boli zaradení pacienti liečení v psychiatrickom stacionári v stabilizovanom stave, pričom vo všeobecnosti vykazovali nižšiu intenzitu psychotických symptómov. V našom výskume sme nevyhodnocovali iné relevantné premenné, ktoré taktiež ovplyvňujú a predikujú psychosociálne fungovanie, okrem iného sociálnu kogníciu,<sup>42</sup> ale ani neurokogníciu či funkčnú kapacitu,<sup>43</sup> ktoré vysvetľujú podstatnú časť problémov v každodennom fungovaní pacientov.

Z hľadiska prediktorov psychosociálneho fungovania sme sa zamerali na posúdenie miery asertivity a úroveň komunikačných zručností použitím sebahodnotiacich dotazníkov, ktorých validitu môže limitovať snaha účastníkov poskytnúť sociálne žiaduce odpovede. Z tohto dôvodu sme použili aj objektívne hodnotiace škály a zamerali sme sa na posúdenie vzťahov medzi subjektívnym hodnotením účastníkov a objektívnym posúdením ich psychosociálneho fungovania lekárom.

V rámci ďalšieho smerovania nášho výskumu sa plánujeme venovať longitudinálnemu sledovaniu zmien sociálnej funkčnosti u pacientov s poruchami schizofrenického spektra vo vzťahu k ďalším aktivitám, ktoré v rámci komplexnej liečby v psychiatrickom stacionári absolujú. Ide o skupinovú a individuálnu psychoterapiu, psychoedukáciu, metakognitívny tréning, arteterapiu, muzikoterapiu, nácvik psychosociálnych zručností a asertivity, relaxačné techniky a ďalšie.

## ZÁVER

Výsledky výskumu nepotvrdili vzťah medzi subjektívne vnímanou mierou asertivity a psychosociálnym fungovaním u pacientov s psychickými poruchami schizofrenického spektra. Zaradenie jednotlivých foriem psychoterapie vrátane programov zameraných na rozvoj psychosociálnych zručností a asertivity do komplexnej liečby má však význam z dlhodobého hľadiska,<sup>36,37</sup> nakoľko môžu pomôcť pacientom a ich blízkym k naplneniu svojich cieľov a celkovej kvalite ich života. Výsledky jednoznačne preukázali, že symptómy schizofrenie predikujú mieru subjektívne vnímaných alebo aj objektívne pozorovaných ťažkostí v psychosociálnom fungovaní.

## LITERATÚRA

1. Narvaez JM, Twamley EW, McKibbin CL, Heaton RK, Patterson TL. Subjective and Objective Quality of Life in Schizophrenia. *Schizophr Res* 2008; 98 (1–3): 201–208.
2. Bowie CR, Reichenberg A, Patterson TL, Heaton RK, Harvey PD. Determinants of real-world functional performance in schizophrenia subjects: correlations with cognition, functional capacity, and symptoms. *Am J Psychiatry* 2006; 163 (3): 418–425.
3. Galderisi S, Rossi A, Rocca P et al. The influence of illness-related variables, personal resources and context-related factors on real-life functioning of people with schizophrenia. *World Psychiatry* 2014; 13 (3): 275–287.
4. Jääskeläinen E, Juola P, Hirvonen N et al. A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2013; 39 (6): 1296–1306.
5. Galderisi S, Rucci P, Kirkpatrick B et al. Interplay among psychopathologic variables, personal resources, context-related factors, and real-life functioning in individuals with schizophrenia: a network analysis. *JAMA Psychiatry*. Published online February 14, 2018.
6. Strauss GP, Horan WP, Kirkpatrick B et al. Deconstructing negative symptoms of schizophrenia: Avolition-apathy and diminished expression clusters predict clinical presentation and functional outcome. *J Psychiatr Res* 2013; 47 (6): 783–790.
7. Hajdúk M, Klein HS, Harvey PD, Penn DL, Pinkham AE. Paranoia and interpersonal functioning across the continuum from healthy to pathological: network analysis. *Br J Clin Psychol*. Published online 2019: 19–34.
8. Pinkham AE, Harvey PD, Penn DL. Paranoid individuals with schizophrenia show greater social cognitive bias and worse social functioning than non-paranoid individuals with schizophrenia. *Schizophr Res Cogn* 2016; 3: 33–38.
9. Bowie CR, Leung WW, Reichenberg A et al. Predicting Schizophrenia Patients' Real-World Behavior with Specific Neuropsychological and Functional Capacity Measures. *Biol Psychiatry* 2008; 63 (5): 505–511.
10. Bowie CR, Reichenberg A, Patterson TL, Heaton RK, Harvey PD. Determinants of real-world functional performance in schizophrenia subjects: correlations with cognition, functional capacity, and symptoms. *Psychopharmacology (Berl)* 2010; 8 (4): 638–646.
11. Couture SM. The functional significance of social cognition in schizophrenia: a review. *Schizophr Bull* 2006; 32 (Suppl. 1): S44–S63.
12. Green MF, Horan WP, Lee J. Social cognition in schizophrenia. *Nat Rev Neurosci* 2015; 16 (10): 620–631.
13. Hajdúk M, Zimányiová M, Krajčovičová D et al. Prediktory funkčnosti u pacientov so schizofréniou. *Čes a slov Psychiat* 2016; 112 (5): 226–231.
14. Speed BC, Goldstein BL, Goldfried MR. Assertiveness training: A forgotten evidence-based treatment. *Clin Psychol Sci Pract* 2018; 25 (1).
15. Ustun G, Kucuk L. The effect of assertiveness training in schizophrenic patients on functional remission and assertiveness level. *Perspect Psychiatr Care* 2020; 56 (2): 297–307.
16. Morovicsová E. Asertivita a jej prejavy v sociálnych interakciách. *Rev med praxi* 2013; 11 (3): 37–38.
17. Rathus SA, Nevid JS. Concurrent validity of the 30-item Assertiveness Schedule with a psychiatric population. *Behav Ther* 1977; 8: 393–397.
18. Green MF, Penn DL, Bentall R et al. Social cognition in schizophrenia: An NIMH Workshop on Definitions, Assessment, and Research Opportunities. *Schizophr Bull* 2008; 34 (6): 1211–1220.
19. Krajčovičová D, Morovicsová E. Sledovanie asertivity u pacientov v podmienkach denného stacionára Psychiatrickej kliniky Lekárskej fakulty UK a Univerzitetnej nemocnice v Bratislave. *Psychiatr Psychoter Psychosom. Elektron Doc*. Published online 2014: 23–28.
20. Kurtz MM, Richardson CL. Social Cognitive Training for Schizophrenia: A Meta-Analytic Investigation of Controlled Research. *Schizophr Bull* 2012; 38 (5): 1092–1104.
21. 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. *Psychol Med* 2002; 32 (05): 783–791.
22. Liberman RP, DeRisi WJ, Mueser KT. Social Skills Training for Psychiatric Patients. Pergamon Press 1989: xix, 250.
23. Krajčovičová D. Nefarmakologické možnosti ovplyvnenia porúch kognitívnych funkcií a sociálnych spôsobilostí pri schizofrénií. *Psychiatr praxi* 2004; 5 (5): 266–269.
24. Forgáčová L. Porucha náhľadu u pacientov so schizofréniou. *Kompendiá medicíny: review z odborných kongresov a skúsenosti expertov* 2010; 7 (4): s. 20–21.
25. Silberstein J, Harvey PD. Impaired introspective accuracy in schizophrenia: An independent predictor of functional outcomes. *Cognit Neuropsychiatry* 2019; 24 (1): 28–39.
26. Guy, W. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, Revised. US Department of Health, Education, and Welfare Publication (ADM). Rockville, MD: National Institute of Mental Health 1976: 76–338.
27. Haro JM, Kamath SA, Ochoa S et al. The Clinical Global Impression – Schizophrenia scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2003; (416): 16–23.
28. Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101 (4): 323–329.
29. Schneider LC, Struening EL. SLOF: a behavioral rating scale for assessing the mentally ill. *Soc Work Res Abstr* 1983; 19 (3): 9–21.
30. Bourne EJ. The Anxiety & Phobia Workbook. New Harbinger Publ Inc; 1998.
31. Praško J, Prašková H. Asertivitou proti stresu. Praha: Grada 2007: 280.
32. Strassnig MT, Raykov T, O'Gorman C et al. Determinants of different aspects of everyday outcome in schizophrenia: The roles of negative symptoms, cognition, and functional capacity. *Schizophr Res* 2015; 165 (1): 76–82.
33. Bucci P, Galderisi S, Mucci A et al. Premorbid academic and social functioning in patients with schizophrenia and its associations with negative symptoms and cognition. *Acta Psychiatr Scand* 2018; 138 (3): 253–266.
34. Strassnig M, Bowie C, Pinkham AE et al. Which levels of cognitive impairments and negative symptoms are related to functional deficits in schizophrenia? *J Psychiatr Res* 2018; 104: 124–129.
35. Krajčovičová D, Zimányiová M, Hajdúk M et al. Subjektívna funkčnosť a spokojnosť so životom u pacientov s poruchami z okruhu schizofrenického spektra. *Psychiatr prax* 2018; 19 (3): 114–118.
36. Granholm E, McQuaid 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.
37. Kurtz MM, Mueser KT. A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76 (3): 491.
38. 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 (11): 969–980.
39. Degleris N, Mantelou E, Solias A, Karamberi D, Milin E. Assertiveness training as a major component element of a psychoeducational program addressed to psychiatric patients and their families. *Ann Gen Psychiatry* 2008; 7 (S1): S300.
40. Morovicsová E, Krajčovičová D, Hajdúk M. Hodnotenie tréningu asertivity a sociálnych zručností u pacientov v podmienkach denného stacionára. *Čes a slov Psychiat* 2022; 188 (2): 59–66.
41. Čaplová T, Krajčovičová D. Subjektívna evaluácia a jej význam pri hodnotení efektu liečby u pacientov so schizofréniou. *Psychiatr Psychoter Psychosom Elektron Doc*. Published online 2016: 14–18.
42. Hajdúk M, Harvey PD, Penn DL, Pinkham AE. Social cognitive impairments in individuals with schizophrenia vary in severity. *J Psychiatr Res* 2018; 104: 65–71.
43. Zimányiová M, Hajdúk M, Heretik A, Krajčovičová D, Pečeňák J. Neurocognition and functional capacity as predictors of functional outcome in schizophrenia. *Čes a slov Psychiat* 2019; 115 (3): 101–107.