

# OSAMELOŠŤ U PACIENTOV SO PSYCHOTICKÝMI PORUCHAMI

souborný článok

Patrícia Hricáková,<sup>1</sup>  
Natália Čavojská,<sup>1,3</sup>  
Lucia Žlnayová<sup>1</sup>  
Lubomíra Izáková<sup>1</sup>  
Michal Hajdúk<sup>1,2,3</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

<sup>3</sup>Centrum výskumu psychických porúch UK, Vedecký park UK v Bratislave, Slovenská republika

## Kontaktná adresa:

Mgr. Patrícia Hricáková  
Psychiatrická klinika LF UK a UNB Staré Mesto  
Mickiewiczova 13  
813 69 Bratislava  
e-mail: hricakova4@uniba.sk  
Slovenská republika

Práca bola podporená grantom APVV: 20-0185 a VEGA: 1/0493/23

## SÚHRN

Hricáková P, Čavojská N, Žlnayová L, Izáková L, Hajdúk M. Osamelosť u pacientov so psychotickými poruchami

Cieľom tejto prehľadovej práce je priniesť prehľad aktuálnych poznatkov v téme osamelosti, predovšetkým u pacientov so psychotickými poruchami, poukázať na aktuálnu situáciu v oblasti intervencií zameraných na redukciu osamelosti a priblížiť nástroje merania osamelosti. Osamelosť možno definovať ako evolučne podmienenú negatívnu skúsenosť vyplývajúcu zo subjektívne vnímaného nedostatku sociálnych vzťahov, najmä z hľadiska ich nedostatočnej kvality. Osamelosť je významným faktorom vplyvujúcim na osobnú pohodu a duševné zdravie, ale dokázaný je aj jej vplyv na somatické zdravie a mortalitu. Téma osamelosti v kontexte psychotických porúch sa začína venovať viac pozornosti, avšak v klinickej praxi zostáva táto téma nedostatočne oslovovaná. Prevalencia osamelosti u spomínanej skupiny pacientov je viac ako dvojnásobne vyššia proti bežnej populácii a, rovnako, je závažnosť pocitov osamelosti spájaná so závažnosťou pozitívnej aj negatívnej symptomatiky. V klinickej praxi je osamelosť často zamieňaná za negatívne symptómy. Proaktívny skrining a špecifické zameranie sa na túto tému môže pomôcť uľahčiť definovanie terapeutického cieľa, ktorým môže byť práve zmiernenie pocitov osamelosti. Intervencie zamerané špecificky na redukciu týchto zaťažujúcich pocitov nie sú doposiaľ dostatočne

## SUMMARY

Hricáková P, Čavojská N, Žlnayová L, Izáková L, Hajdúk M. Loneliness in patients with psychotic disorders

The aim of this review article is to provide the current knowledge on the topic of loneliness, especially in the context of patients with psychotic disorders, to point out the current situation in the field of interventions aimed at reducing loneliness and to outline the current measurement tools. Loneliness can be defined as an evolutionarily conditioned negative experience resulting from a subjectively perceived lack of social relationships, especially in terms of their insufficient quality. Loneliness is a significant factor affecting well-being and mental health. Moreover, its impact on somatic health and mortality has also been proven. The topic of loneliness in the context of psychotic disorders has been getting more attention recently, but this topic remains insufficiently addressed in clinical practice. The experience of loneliness in patients with mentioned diagnosis is more than twice as prevalent as in the general population, and the severity of feelings of loneliness is also associated with the severity of positive and negative symptoms. In clinical practice, loneliness is often mistaken for negative symptoms. Proactive screening and a specific focus on this topic might be helpful in the process of setting a therapeutic goal, which may be to alleviate feelings of loneliness. Interventions aimed specifically at reducing

implementované do klinickej praxe, avšak vďaka stále sa zvyšujúcemu záujmu o túto problematiku a prebiehajúcemu výskumu existuje niekoľko možných smerovaní v rámci tvorby efektívnych intervenčných programov.

**Kľúčové slová:** intervencie, meranie, osamelosť, psychóza, symptómy.

these burdensome feelings have not yet been sufficiently implemented in clinical practice. However, thanks to the ever-increasing interest and ongoing research, there are several possible directions in field of intervention programs.

**Key words:** interventions, loneliness, measurements, psychosis, symptoms.

## ÚVOD

Osamelosť možno popísať ako bolestivo prežívanú absenciu sociálneho kontaktu, subjektívny negatívny emočný stav spôsobujúci utrpenie, vychádzajúci z nedostatočnosti medziľudských vzťahov, a to najmä z ich nedostatočnej kvality.<sup>1,2</sup> Človek je sociálna bytosť, a preto sú sociálne interakcie nevyhnutné pre zabezpečenie duševného zdravia a pocitu osobnej pohody.<sup>3</sup> V bežných dňoch trávime približne 3,5 hodiny v interakcii s druhými ľuďmi, pričom cca 40 % tohto času strávime s našimi piatimi najbližšími.<sup>4</sup> Okrem toho, že nedostatok sociálnych kontaktov znižuje kvalitu života a osobnú pohodu,<sup>5,6</sup> bola sociálna izolácia už veľmi dávno identifikovaná ako rizikový faktor spájajúci sa s väčšou morbiditou a mortalitou.<sup>7</sup> Výsledky štúdií však systematicky preukazujú, že dôležitejší ako objektívne ukazovatele sociálnej izolácie je práve subjektívny pocit vnímanej sociálnej izolácie nazývaný *osamelosť*.<sup>2</sup> Osamelosť má pritom zaujímavú vývinovú trajektóriu poukazujúcu na mimoriadnu zraniteľnosť dvoch skupín ľudí – ľudí vo vyššom veku a mladých.<sup>8</sup> Práve v mladom veku sa najčastejšie prvýkrát objavujú aj psychotické poruchy, ktoré sú s pocitom osamelosti veľmi previazané.

Pôvodne sa predpokladalo, že záväzky a vplyv členov sociálnej skupiny, v ktorej osoba žije, vedú k tomu, že osoba sa nespráva tak, aby to škodilo jej zdraviu. Blízke osoby nám pripomínajú, čo je nášmu zdraviu prospešné, napr. cvičenie, zdravý životný štýl a pod. Tento predpoklad bol označovaný ako *hypotéza sociálnej kontroly*.<sup>9</sup> Prežívanie osamelosti je častým javom u pacientov so psychotickými poruchami, ide dokonca o viac ako dvojnásobne vyššiu prevalenciu prežívania týchto pocitov v porovnaní s bežnou populáciou.<sup>1</sup> Prežívanie osamelosti v klinických aj neklinických skupinách súvisí so závažnosťou pozitívnej symptomatiky, resp. psychotických zážitkov v neklinických skupinách. Rovnaký vzťah bol

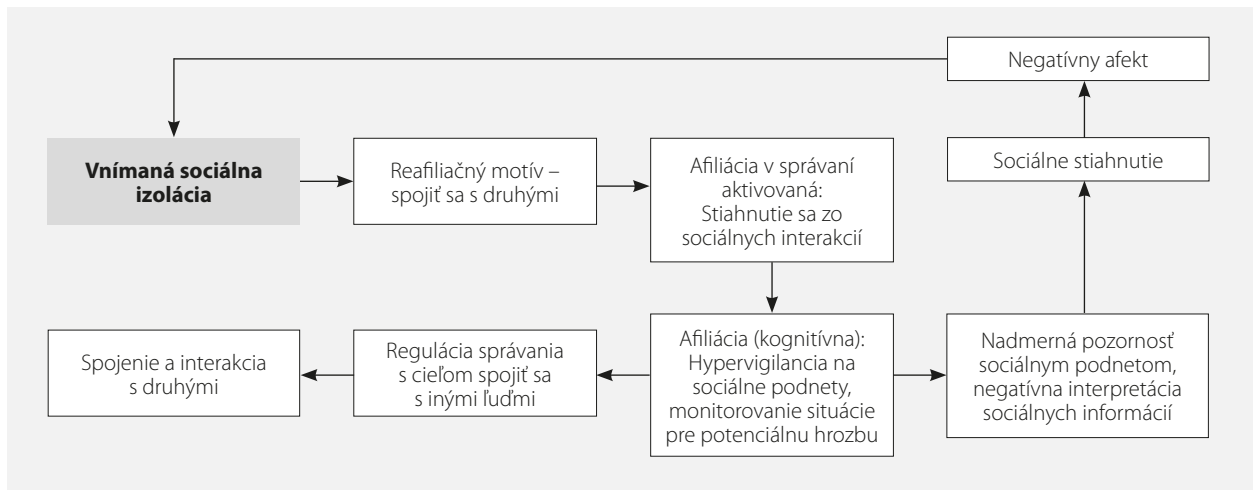
identifikovaný aj pre negatívne symptómy.<sup>10</sup> Explorácia pocitov osamelosti u pacientov so psychózou je v klinickej praxi často opomínaná a nebýva určovaná ako priorita liečebného procesu pacientov.<sup>1,11</sup> Rovnako dôležitou stránkou je aj rozvoj špecifických intervencií pre túto skupinu pacientov, ktoré doposiaľ nie sú dostatočne empiricky overené a implementované do klinickej praxe.<sup>1,12</sup>

Cieľom práce je preto priniesť naratívny prehľad aktuálnych poznatkov o problematike osamelosti u pacientov so psychotickými poruchami. Jednotlivé štúdie neboli vyberané systematicky podľa a priori definovaných kritérií, ale snažili sme sa pokryť relevantné oblasti, do ktorých problematika osamelosti najviac zasahuje. Vymedzíme pojem voči príbuzným konštruktom, zameriame sa na koreláty osamelosti u pacientov so psychotickou poruchou, priblížime nástroje merania osamelosti a stručne načrtneme aktuálne možnosti v oblasti intervencií na zníženie pocitov osamelosti.

## OSAMELOSŤ

Osamelosť je evolučne podmienená negatívna skúsenosť spôsobujúca u jednotlivca nepríjemné pocity vyplývajúce zo subjektívne vnímaného nedostatku sociálnych vzťahov, ale predovšetkým z kvalitatívnej nedostatočnosti existujúcich medziľudských vzťahov.<sup>1,2,6,13,14</sup>

Uvedenú definíciu tak možno zhrnúť do dvoch spoločných komponentov osamelosti, a síce emocionálneho komponentu (smútok, distres) a sociálneho komponentu (vnímanie sociálnych väzieb ako nedostatočných z hľadiska naplnenia potrieb).<sup>1</sup> Hawkey et al. prirovnávajú pocity osamelosti k fyzickej bolesti, hladu, alebo pocitom smädu. Bolest, ktorú spôsobuje sociálne odlúčenie (disconnection), rovnako hlad a smäd po sociálnych vzťahoch, sú motivačné činitele vedúce k vytváraniu a udržiavaniu sociálnych väzieb, čo má, z pohľadu evolúcie,



Obr. 1. Reafiliačný motív a osamelosť

adaptívnu hodnotu. Pocity osamelosti tak signalizujú oslabenie sociálnych väzieb, pričom tieto pocity majú viesť k náprave a udržaniu sociálnych kontaktov (tzv. reafiliačný motív).<sup>15</sup> Osamelosť sa stáva problematickou v tom momente, keď je chronická. Súčasný teoretický model osamelosti je uvedený na obr. 1.

Ako bolo uvedené, osamelosť je považovaná za subjektívnu skúsenosť a je potrebné odlišiť ju od iných súvisiacich konštruktov, ako je napríklad sociálna izolácia.<sup>1</sup> Základné znaky umožňujúce odlišiť osamelosť od ostatných, zdanlivo podobných, konštruktov uvádzame v tab. 1.

Aj keď sú ľudia sami alebo žijú v izolácii, nemusia sa cítiť osamelé a vice versa – ak sú ľudia obklopení ostatnými, môžu pociťovať osamelosť. Osamelosť a sociálna izolácia teda nie sú rovnakým konštruktom.<sup>17,18</sup> Hoci sa môže zdať, že sú tieto dva konštrukty prepojené, výskumy poukazujú na to, že sociálna izolácia a osamelosť sú vo svojej podstate odlišné a ich vzájomná korelácia je často slabá.<sup>14,19,20</sup> Sociálnu izoláciu, na rozdiel od osamelosti, považujeme za objektívny nedostatok až absenciu sociálneho kontaktu, často ide o situácie, v ktorých je človek vyčlenený zo skupinových a spoločenských aktivít.<sup>14,19</sup> Osamelosť je, v porovnaní so sociálnou izoláciou, sprevádzaná túžbou po sociálnom kontakte s ostatnými

ľuďmi, ktorá nie je naplnená.<sup>18</sup> S pocitom osamelosti sa stretávame aj v bežnej populácii a jeho krátkodobé pôsobenie v našom živote nás môže motivovať k tvorbe nových sociálnych väzieb, dlhodobé pôsobenie je však škodlivé.

## DOPAD OSAMELOSTI NA TELESNÉ A PSYCHICKÉ ZDRAVIE

Osamelosť ako chronický stresový faktor s negatívnym dopadom na zdravotný stav človeka popísal už Weiss v roku 1973. Osamelosť je považovaná za jeden zo základných indikátorov well-beingu, pričom sa predpokladá, že prežívanie osamelosti znižuje kvalitu života ľudí.<sup>5,6</sup> Nedostatočne naplnená potreba sociálneho kontaktu sa často stáva zdrojom zvýšeného diskomfortu, ktorý môže z dlhodobého hľadiska viesť k závažným dôsledkom, a to na úrovni somatického aj duševného zdravia.<sup>2,18</sup> Štúdie poukazujú na to, že tradične sa osamelosť, v prípade psychických porúch, spája najmä s depresiou, suicidalitou, ale vo vyššom veku aj s kognitívnymi poruchami.<sup>2,21–23</sup> V prípade týchto štúdií je dôležité zdôrazniť, že osamelosť sa spája s horším psychickým zdravím, aj keď sa vo výskume kontrolujú premenné ako vek, pohlavie, etnický

Tab. 1. Rozlíšenie konštruktov podobných osamelosti<sup>1,16</sup>

Konštrukt	Popis
Osamelosť	Subjektívna negatívna skúsenosť vyplývajúca z kvalitatívnej alebo kvantitatívnej nedostatočnosti sociálnych vzťahov
Sociálna izolácia	Objektívny nedostatok až absencia sociálneho kontaktu
Sociálna anhedónia	Znížený záujem o medziludské vzťahy a nedostatok potešenia zo sociálnych situácií
Sociálne vylúčenie (ostrakizácia)	Sociálny fenomén, kedy je jednotlivec ignorovaný, vyčlenený alebo utláčaný ostatnými
Sociálne stiahnutie sa	Znížená alebo žiadna angažovanosť v kontaktoch s inými ľuďmi a nezáujem o sociálne interakcie

pôvod, vzdelanie, príjem, rodinný stav, sociálna podpora a pod. Práve tieto výsledky umocňujú dôležitosť osamelosti ako rizikového faktoru vzniku a udržiavania psychických porúch.

Viacero dostupných zdrojov skúmajúcich vzťah medzi osamelosťou a telesným zdravím poukazuje na to, že osamelosť, po zohľadnení demografických údajov, zvyšuje morbiditu a mortalitu,<sup>24–26</sup> dokonca prispieva k predčasným úmrtiam.<sup>24</sup> Považovaná je za rizikový faktor pre viacero somatických ochorení, najmä pre kardiovaskulárne ochorenia,<sup>27–29</sup> a podieľa sa na zvýšenej expresii prozápalových génov súvisiacich so stresom.<sup>30,31</sup>

## OSAMELOSŤ U PACIENTOV SO PSYCHÓZOU

Téma osamelosti sa často spája aj so psychotickými poruchami z okruhu schizofrenického spektra a v poslednej dobe sa v odbornej literatúre vedú diskusie o spôsobe prístupu k tejto téme v klinickej praxi. Pozornosť sa zameriava predovšetkým na nežiaduce dôsledky osamelosti na liečbu a na možnosti intervencií, ktoré by mohli dopomôcť k redukcii prežívania osamelosti.<sup>1,32,33</sup>

Problémy v sociálnom fungovaní patria k charakteristickým príznakom psychotických porúch, rovnako častým javom v tejto populácii pacientov je aj prežívanie osamelosti, ktoré je dobre zdokumentované v štádiu clinical high risk, v prvej epizóde, ako aj u pacientov s opakujúcimi sa psychotickými epizódami.<sup>1,33–36</sup> Výskumy odhadujú, že až 80 % dospelých so psychotickým ochorením často zažíva pocity osamelosti.<sup>34,37</sup> Ako uvádzajú Badcock et al., ide o viac ako dvojnásobne vyššiu prevalenciu oproti bežnej populácii (35 %). Navyše takmer polovica ľudí (48 %) so psychotickými poruchami vníma potrebu zvýšenia kvantity kamarátskych vzťahov v ich živote,<sup>37</sup> čo poukazuje na to, že túžba po sociálnom kontakte je zachovaná, no pocity osamelosti sú podstatne častejšie, zrejme aj intenzívnejšie.

Osamelosť nie je problémom výlučne pacientov s chronickým priebehom psychotického ochorenia, práve naopak – štúdia<sup>33</sup> realizovaná na vzorke 38 pacientov s prvou epizódou psychotického ochorenia poukazuje na vysoké hodnoty osamelosti u týchto pacientov. Okrem iného, každý tretí pacient udával, že vo svojom živote nemá dôvernú osobu, čo naznačuje ťažkosti v sociálnej oblasti už v samotných začiatkoch psychotického ochorenia. Navyše, výsledky uvedenej štúdie upozorňujú aj na to, že participanti s prvou epizódou psychotického ochorenia, ktorí pociťovali subjektívnu nespokojnosť so sociálnymi vzťahmi, vykazovali viac psychotických symptómov a tiež tí, ktorí vo svojom živote nemali dôvernú osobu boli viac podozrievaví až paranoidní.<sup>33</sup>

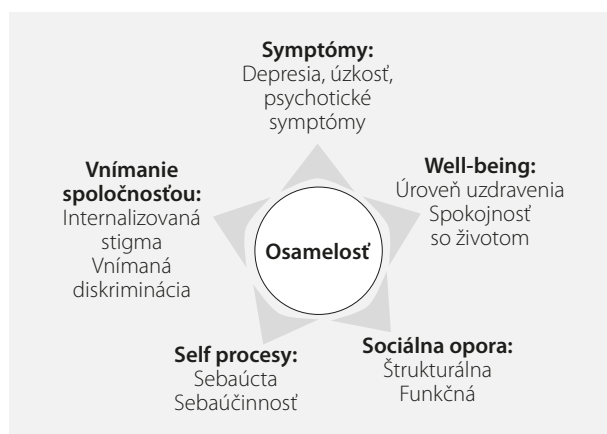
Chau et al. publikovali metaanalýzu 30 štúdií, kde skúmali, ako pozitívne a negatívne symptómy schizofrenie korelujú s vnímanou osamelosťou. Okrem klinických skupín zaradili aj štúdie z bežnej populácie, kde vyhodnocovali, do akej miery sú tieto črty vyjadrené na tzv. psychotickom kontinuu.<sup>38</sup> Zistili, že rovnako pozitívne ( $r = 0,302$ ) aj negatívne symptómy ( $r = 0,347$ ) pozitívne súviseli so závažnosťou vnímanej osamelosti, pričom tento vzťah bol silnejší na neklinických súboroch. Zaujímavým zistením bolo, že s osamelosťou výrazne súvisela miera podozrievavosti a paranoidity ( $r = 0,448$ ), čo môže súvisieť s hypervigilanciou k sociálnym hrozbám, ktorú predpokladajú teoretické modely osamelosti.<sup>2</sup>

Podrobnejší pohľad na dynamické zmeny v osamelosti priniesla štúdia Culbretha et al., ktorá na vzorke 35 pacientov so schizofreniou zistila, že okamžitá miera osamelosti meraná prostredníctvom metódy Experience sampling (zber dát cez mobilné zariadenia v náhodných intervaloch počas dňa)<sup>40</sup> súvisela so závažnejšou depresívnou a negatívnou symptomatikou, okrem iného aj so subjektívne horším psychosociálnym fungovaním. Zaujímavým zistením ale bolo, že miera pociťovanej osamelosti sa u pacientov nelíšila, pokiaľ boli sami vs. s inými ľuďmi.

U ľudí v štádiu clinical high risk zistili zníženie vnímanej sociálnej opory a sociálneho kontaktu s blízkymi. Príčom redukcia sociálnej opory bola asociovaná s negatívnou symptomatikou.<sup>41</sup>

V klinickej praxi sa lekári a psychológovia často špeciálne nezameriavajú na exploráciu pocitov osamelosti, čo môže v konečnom dôsledku viesť k tomu, že je osamelosť zamieňaná za iné symptómy ochorenia. Napriek rozsiahlej empirickej evidencii o dôležitosti osamelosti, v klinickej praxi s pacientmi so psychotickou poruchou býva často prehliadaná. Badcock et al. vo svojej publikácii zdôrazňujú potrebu proaktívneho skríningu úrovne osamelosti a proaktívneho dopytovania sa na to, či je práve redukcia osamelosti prioritou liečebného procesu pre pacientov, a rovnako dopĺňajú, že samotné otvorenie tejto témy môže pôsobiť destigmatizujúco. V prípade identifikácie extenzívnych pocitov osamelosti je dôležité sa tejto téme ďalej s pacientom venovať a snažiť sa ju ovplyvniť aj terapeuticky.<sup>1,32</sup>

Metaanalytická štúdia,<sup>36</sup> ktorá syntetizovala údaje z 10 štúdií, navrhla teoretický model osamelosti pri psychotických poruchách (obr. 2), pričom sa autori štúdie zamerali na sociálne a psychologické determinanty osamelosti. Identifikovali 5 domén, ktoré obojsmerne súvisia s vnímanými pocitmi osamelosti. Jednou z domén je oblasť symptómov, kde okrem psychotických symptómov zdôrazňujú aj pocity úzkosti a depresie. Osamelosť bola asociovaná aj so všeobecnou mierou spokojnosti so životom a úrovňou uzdravenia. Okrem iného zdôraznili



Obr. 2. Teoretický model osamelosti pri psychotických poruchách so zameraním na sociálne a psychologické aspekty

dôležitosť vnímania samého seba, či už cez nízku sebaúctu, alebo vnímanú zdatnosť. Jedným z rizikových faktorov zvyšujúcim pocity osamelosti je aj jej vnímanie spoločnosťou, najmä cez sebastigmatizáciu, odsudzovanie a vylučovanie zo strany spoločnosti.

## NÁSTROJE NA MERANIE OSAMELOSTI

Keďže osamelosť reflektuje subjektívne pocity, tradične býva meraná sebaopisujúcimi dotazníkmi. Samotné škály sa líšia v rozsahu, napríklad v situácii, keď ide o diagnostiku s cieľom identifikovať mieru osamelosti osoby, alebo s cieľom sledovať populačné trendy – v tom prípade sa zvyknú využívať najmä skríningové nástroje. Dvomi najrozšírejšími nástrojmi sú University of California, Los Angeles (UCLA) Loneliness Scale<sup>42–44</sup> a de Jong Gierveld Loneliness Scale<sup>45</sup> a ich revidované verzie. Spomínané škály sa líšia v tom, či vnímajú osamelosť primárne cez afektívny,<sup>42–44</sup> alebo kognitívny komponent.<sup>45</sup>

Za psychometricky najspoľahlivejší nástroj zachytávajúci osamelosť je považovaná škála *The University of California, Los Angeles Loneliness Scale (R-UCLA)*;<sup>42,43</sup> UCLA-3.<sup>44</sup> Škála je založená na konceptualizácii osamelosti ako jednodimenzionálnej emočnej odpovede na diskrepanciu medzi želanou a dosiahnutou úrovňou sociálneho kontaktu.<sup>46</sup> Obsahuje 20 položiek vo forme výrokov reflektujúcich subjektívne prežívanie osamelosti a sociálnej izolácie. Participant hodnotí, ako často sa cíti vo výrokoch opísaným spôsobom (t. j. nikdy, zriedka, niekedy, často). Položky sa pritom neodvolávajú na špecifický sociálny kontext a používajú jednoduchý jazyk, čo umožňuje ich univerzálne použitie. Škála je používaná pri klinickej i neklinickej populácii. Viacerí autori vytvorili kratšiu verziu revidovanej UCLA Loneliness Scale. 4-položková ULS-4<sup>43</sup> bola vytvorená na základe regresnej

analýzy – vybrané 4 položky najlepšie predikujú index osamelosti označený participantom. Škála ULS-8<sup>47</sup> pozostáva z 8 položiek, ktoré boli vybrané na základe exploračnej faktorovej analýzy. Neto vytvoril skrátenú verziu ULS-6 zo šiestich položiek exploračnou faktorovou analýzou selektovaných položiek. Pre potreby použitia v rozsiahlych, telefonických, prieskumoch bola vyvinutá 3-položková verzia.<sup>49</sup> Pre prispôsobenie adolescentnému veku bola vytvorená aj 8-položková verzia The Roberts UCLA Loneliness Scale (RULS-8)<sup>50</sup> pre adolescentov vo veku 12 až 18 rokov. UCLA škála je špecifická v tom, že ani jedna položka neobsahuje slovo osamelosť a konštrukt je meraný nepriamo. Nástroj obsahuje napríklad tieto položky: „Nemám nikoho, na koho by som sa mohol/mohla obrátiť.“, „Už si nie som s nikým blízky/a.“, „Sú ľudia, ktorí mi skutočne rozumejú.“ Viaceré verzie boli overené aj u pacientov v skorých štádiách psychotického ochorenia. Eglit et al. skúmali faktorovú štruktúru a psychometrické vlastnosti škály UCLA-3 u jedincov so schizofréniou a zistili, že vykazovala ekvivalentné meranie latentných faktorov a vnútornú konzistenciu v rámci oboch skupín (u zdravých jedincov a jedincov so schizofréniou), čo naznačuje, že osamelosť ako konštrukt je podobný v oboch skupinách a UCLA-3 meria tento konštrukt u oboch skupín ekvivalentným spôsobom.<sup>51</sup> Lin et al. porovnávali psychometrické vlastnosti troch verzií UCLA Loneliness Scale (20-položkovej, 8-položkovej a 3-položkovej verzie) u jedincov so schizofréniou a schizofaktívnou poruchou a zistili, že všetky verzie vykazovali uspokojivé psychometrické vlastnosti.<sup>52</sup>

Škála *The de Jong Gierveld Loneliness Scale (DJGLS)*<sup>45</sup> obsahuje 11 položiek rozdelených do 2 subškál, z toho 6 položiek reflektuje emocionálnu dimenziu osamelosti (následok absencie intímnych vzťahov alebo blízkej emocionálnej väzby) a 5 zachytáva sociálnu dimenziu konštrukt (absenciu integrácie do širšej sociálnej siete).<sup>53</sup> Úlohou participanta je hodnotiť, ako často zažíva pocity popísané v jednotlivých výrokoch. Skrátená verzia škály zahŕňa 6 položiek (3 z každej subškály).<sup>54</sup>

Národný inštitút zdravia (The National Institute of Health, NIH) vytvoril súbor nástrojov na hodnotenie kľúčových oblastí motorického, kognitívneho, senzického a emocionálneho zdravia v bežnej populácii.<sup>55</sup> V rámci konceptu emocionálneho zdravia boli zahrnuté subdomény: Negatívny afekt, Pozitívny afekt, Stres a Sebaúčinnosť a Sociálne vzťahy. Do Baterie na hodnotenie vzťahov (*NIH Toolbox Social Relationship Assessment Battery*) boli zámerné vybrané práve tie dimenzie sociálnych vzťahov, ktoré sú úzko späté s kvalitou sociálnych vzťahov, a teda majú význam pre duševné zdravie. Bateria obsahuje seba-hodnotiace škály merajúce Sociálnu oporu, Blízku spoločnosť a Sociálny distress.<sup>56</sup> Pre oblasť Blízka spoločnosť boli identifikované 3 relevantné

zložky – Priateľstvo, Intimita a Osamelosť, pričom Priateľstvo odráža dostupnosť osôb, s ktorými môže jedinec komunikovať; Intimita sa týka dostupnosti ľudí, s ktorými sa cíti byť človek v spojení alebo s ktorými jedinec zdieľa citovú blízkosť a Osamelosť odráža pocit sociálnej izolácie alebo osamelosti človeka. Oddelenie dimenzií Priateľstva a Osamelosti je v súlade s výsledkami faktorovej analýzy pri škálach, ako je R-UCLA.<sup>57</sup> Samotnej osamelosti je venovaných 5 položiek. Úlohou respondenta je prečítať si jednotlivé tvrdenia a ohodnotiť, ako často počas uplynulého mesiaca mal daný pocit alebo zážitok.

## INTERVENCIE

Z existujúcich poznatkov týkajúcich sa osamelosti vyplýva niekoľko dôležitých oblastí záujmu. Ide napr. o zameranie sa na vytváranie intervenčných programov v populácii pacientov so psychotickými ochoreniami.<sup>1,36</sup> V poslednom období bolo realizovaných niekoľko štúdií u ľudí vo vyššom veku,<sup>58,59</sup> ktorých závery potvrdili zmiernenie pocitov osamelosti vďaka využitiu vhodných intervencií, avšak ich efektívnosť nebola doposiaľ skúmaná u spomínanej populácie pacientov.

Ďalšou podstatnou oblasťou záujmu v oblasti intervenčných programov je zameranie sa na skoré štádia ochorenia, napr. clinical high risk alebo prvé epizódy, kedy sa predpokladá väčšia kapacita pre potenciálny návrat na premorbídnu úroveň sociálneho fungovania. Ukazuje sa, že kvalitne nadizajnované intervencie by mohli znížiť riziko rozvoja psychózy, napomôcť predchádzaniu rozvoja relapsu psychotického ochorenia alebo aspoň viesť k zmierneniu jeho priebehu či priniesť úľavu od stresu, ktorý je častou súčasťou akútnych psychotických symptómov.<sup>1,11,60</sup> Uvedené hypotézy je však potrebné podporiť ďalším výskumom.

Za rovnako dôležité považujeme zamerať sa na prístup klinikov k téme osamelosti, ktorá v praxi často nie je vnímaná ako priorita. Na túto oblasť poukazuje aj kvalitatívny výskum realizovaný Stefanidouovou et al., počas ktorého boli s 20 odborníkmi v oblasti duševného zdravia vedené pološtruktúrované rozhovory. Ukázalo sa, že téma osamelosti v liečbe pacientov v ranom štádiu psychotického ochorenia býva často prehladaná. Tieto zistenia reflektujú predošlé štúdie týkajúce sa stigmatizujúceho potenciálu témy osamelosti – napríklad cez pocity hanby spojené s osamelosťou, popieranie pocitu osamelosti, vyhýbanie sa téme osamelosti a pod.<sup>61</sup>

Z uvedeného vyplýva aj to, že v procese liečby pacienta s ochorením so psychotickou poruchou je podstatné zadefinovať terapeutický cieľ. Ak sú dimenzie osamelosti definované ako zásadná súčasť symptomatiky pacienta, je kľúčové zamerať sa na jej ovplyvnenie, keďže prežívanie

osamelosti môže mať dosah na viacero oblastí života pacienta, môže byť zdrojom nepriemerných pocitov a záťaže. Práve preto je významné venovať sa tejto téme v rozhovore s pacientmi, skúmať závažnosť jej vplyvu na ich život a hľadať možné riešenia na jej zmiernenie.

V súvislosti s rastúcim záujmom o tému osamelosti u pacientov so psychotickým ochorením<sup>1,36</sup> v poslednom období tak vo všeobecnosti vzniká potreba smerovať výskum v danej oblasti aj k tvorbe evidence-based intervencií.

Medzi aktuálne uplatňované postupy zamerané na redukciiu pocitov osamelosti patria na spoločenskej úrovni rôzne edukačné kampane slúžiace predovšetkým na zvýšenie povedomia, prípadne rôzne politiky na úrovni štátu, firiem a pod. Na komunitnej úrovni ide najmä o zapájanie sa do dobrovoľníckych aktivít, programov zameraných na integráciu osôb späť do spoločnosti. Dôležité sú však aj intervencie na individuálnej úrovni, kam môžeme zaradiť napríklad tréningy sociálnych zručností alebo rôzne prístupy založené na kognitívne-behaviorálnej terapii.<sup>62</sup> Práve tie sú rutinne uplatňované v terapeutických programoch psychiatrických stacionárov. Ako sme uviedli vyššie, súčasne teórie osamelosti zdôrazňujú aj hypervigilanciu voči potenciálne ohrozujúcim sociálnym podnetom, prípadne nepresné vnímanie a spracovanie sociálnych situácií. To môže byť do veľkej miery ovplyvnené aj závažnosťou kognitívneho deficitu, ktorého zlepšenie vytvára predpoklad pre lepšie psychosociálne fungovanie.<sup>63</sup> Okrem iného, sociálno-kognitívne deficity sú prítomné až u 75 % pacientov so schizofréniou.<sup>64</sup> Práve preto pri terapeutickom ovplyvnení osamelosti môže byť efektívny kombinovaný tréning sociálnych zručností a tréning sociálnej kognície.<sup>65</sup> Tieto postupy môžu cieľiť na zlepšenie sociálnej percepcie, prácu s vlastnými emóciami alebo čítaním emočných výrazov iných, ale taktiež aj na zlyhávanie v interpersonálnych vzťahoch, ktoré neskôr môže prehlbovať sociálnu izoláciu, a tak viesť k osamelosti.<sup>66</sup> Stres zo sociálnych interakcií môže byť redukovaný cieľeným rozvíjaním sociálnych zručností, nácvikom asertivity,<sup>67</sup> čo môže predchádzať izolácii a nedôvere voči sebe samému a druhým osobám.

Ďalej sú to intervencie so zakomponovaním prvku vzájomnej podpory (tzv. peer support) a reciprocity osamelými pacientmi so psychotickým ochorením, ide napr. o programy založené na religiozite, z ktorých vyplynulo, že angažovanie sa v náboženských komunitách v súlade s hodnotami, ktoré tieto komunity podporujú, môže byť ďalším potenciálnym spôsobom zmiernenia osamelosti prostredníctvom zlepšenia sociálnych väzieb u veriacich osôb.<sup>68</sup> Zaujímavé možnosti ponúka výskum zameraný na zmiernenie pocitu osamelosti u pacientov so psychotickou poruchou z okruhu schizofrenického spektra

formou programu založenom na spoločnom zborovom spievaní.<sup>12</sup> Ukázalo sa, že spoločné spievanie formuje jedinečnú skupinovú kohéziu a prepojenie, zároveň prináša príjemnú a dostupnú možnosť, ktorá môže významne znížiť úroveň osamelosti.<sup>1,12</sup>

Z uvedených poznatkov k téme intervencií zameraných na zmiernenie osamelosti tak vyplýva, že téma osamelosti u osôb so psychotickým ochorením je, aj napriek zvyšujúcemu sa záujmu v oblasti výskumu, v praxi často prehliadaná, s čím je spojená aj nedostatočná aplikácia vhodných intervencií na zmiernenie týchto zaťažujúcich pocitov.

## ZÁVER

Osamelosť má závažné negatívne dopady na psychické a telesné zdravie, pričom ľudia so psychotickou poruchou prežívajú pocity osamelosti častejšie, ako je to v bežnej populácii. Závažnosť týchto pocitov sa spája so závažnosťou ako pozitívnych, tak aj negatívnych symptómov. Viaceré sociálne a psychologické determinanty súvisia s pocitmi osamelosti. Napriek rozvoju špecifických intervencií pre pacientov so psychotickými poruchami, dostatočne empiricky overené programy zatiaľ nie sú dostupné a implementované v klinickej praxi.

## LITERATÚRA

1. Badcock JC, Adery LH, Park S. Loneliness in psychosis: A practical review and critique for clinicians. *Clin Psychol Sci Pract* 2020; 27 (4).
2. Hawkley LC, Cacioppo JT. Loneliness Matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Ann Behav Med* 2010; 40 (2): 218–227.
3. Baumeister RF, Leary MR. The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychol Bull* 1995; 117 (3): 497–529.
4. Bzdok D, Dunbar RIM. The neurobiology of social distance. *Trends Cogn Sci* 2020; 24 (9): 717–733.
5. Lyyra N, Thorsteinsson EB, Eriksson C et al. The association between loneliness, mental well-being, and self-esteem among adolescents in four nordic countries. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18 (14): 7405.
6. Mushtaq R. Relationship between loneliness, psychiatric disorders and physical health? A review on the psychological aspects of loneliness. *J Clin Diagn Res* 2014; 14 Sep; 8 (9): WE01–WE04.
7. House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. *Science* 1988; 241 (4865): 540–545.
8. Luhmann M, Hawkley LC. Age differences in loneliness from late adolescence to oldest old age. *Dev Psychol* 2016; 52 (6): 943–959.
9. Cacioppo JT, Hawkley LC, Norman GJ, Berntson GG. Social isolation. *Ann N Y Acad Sci* 2011; 1231 (1): 17–22.
10. Chau AKC, Zhu C, So SHW. Loneliness and the psychosis continuum: a meta-analysis on positive psychotic experiences and a meta-analysis on negative psychotic experiences. *Int Rev Psychiatry* 2019; 31 (5–6): 471–490.
11. Stefanidou T, Wang J, Morant N, Lloyd-Evans B, Johnson S. Loneliness in early psychosis: a qualitative study exploring the views of mental health practitioners in early intervention services. *BMC Psychiatry* 2021; 21 (1): 134.
12. Adery LH, Park S. A pilot choral intervention in individuals with schizophrenia-spectrum conditions; Singing away loneliness. *PsyCh J* 2022; 11 (2): 227–231.
13. de Jong Gierveld J, van Tilburg TG, Dykstra PA. Loneliness and social isolation. In: *The Cambridge Handbook of Personal Relationships*. Cambridge University Press 2006: 485–500.
14. Taylor HO. Social isolation's influence on loneliness among older adults. *Clin Soc Work J* 2020; 48 (1): 140–151.
15. Qualter P, Vanhalst J, Harris R et al. Loneliness across the life span. *Perspect Psychol Sci J Assoc Psychol Sci* 2015; 10 (2): 250–264.
16. World Health Organization. ICD-11: International Classification of Diseases 2022 (11th Revision). Dostupn z <https://icd.who.int/>.
17. Schrempft S, Jackowska M, Hamer M, Steptoe A. Associations between social isolation, loneliness, and objective physical activity in older men and women. *BMC Public Health* 2019; 19 (1): 74.
18. Tylová V, Kuželová H, Ptáček R. Emoční a sociální osamělost v etiologii a léčbě duševních poruch. *Čes a slov Psychiat* 2014; 110 (3): 151–157.
19. Coyle CE, Dugan E. Social isolation, loneliness and health among older adults. *J Aging Health* 2012; 24 (8): 1346–1363.
20. Perissinotto CM, Covinsky KE. Living alone, socially isolated or lonely – what are we measuring? *J Gen Intern Med* 2014; 29 (11): 1429–1431.
21. Cacioppo JT, Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, Thisted RA. Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychol Aging* 2006; 21 (1): 140–151.
22. McClelland H, Evans JJ, Nowland R, Ferguson E, O'Connor RC. Loneliness as a predictor of suicidal ideation and behaviour: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *J Affect Disord* 2020; 274: 880–896.
23. Wilson RS, Krueger KR, Arnold SE et al. Loneliness and risk of Alzheimer disease. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64 (2): 234.
24. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci* 2015; 10 (2): 227–237.
25. Steptoe A, Shankar A, Demakakos P, Wardle J. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proc Natl Acad Sci* 2013; 110 (15): 5797–5801.
26. Tilvis RS, Laitala V, Routasalo PE, Pitkälä KH. Suffering from loneliness indicates significant mortality risk of older people. *J Aging Res* 2011; 1–5.
27. Hawkley LC, Thisted RA, Masi CM, Cacioppo JT. Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychol Aging* 2010; 25 (1): 132–141.
28. Hawkley LC, Capitanio JP. Perceived social isolation, evolutionary fitness and health outcomes: a lifespan approach. *Philos Trans R Soc B Biol Sci* 2015; 370 (1669): 20140114.
29. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Ronzi S, Hanratty B. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart* 2016; 102 (13): 1009–1016.
30. Jaremka LM, Fagundes CP, Peng J et al. Loneliness promotes inflammation during acute stress. *Psychol Sci* 2013; 24 (7): 1089–1097.
31. Powell ND, Sloan EK, Bailey MT et al. Social stress up-regulates inflammatory gene expression in the leukocyte transcriptome via  $\beta$ -adrenergic induction of myelopoiesis. *Proc Natl Acad Sci* 2013; 110 (41): 16574–16579.

32. Michalska Da Rocha B, Rhodes S, Vasilopoulou E, Hutton P. Loneliness in psychosis: a meta-analytical review. *Schizophr Bull* 2018; 44 (1): 114–125.
33. Sündermann O, Onumere J, Kane F, Morgan C, Kuipers E. Social networks and support in first-episode psychosis: exploring the role of loneliness and anxiety. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014; 49 (3): 359–366.
34. Badcock JC, Shah S, Mackinnon A et al. Loneliness in psychotic disorders and its association with cognitive function and symptom profile. *Schizophr Res* 2015; 169 (1–3): 268–273.
35. Badcock JC, Barkus E, Cohen AS, Bucks R, Badcock DR. Loneliness and schizotypy are distinct constructs, separate from general psychopathology. *Front Psychol* 2016; 7.
36. Lim MH, Gleeson JFM, Alvarez-Jimenez M, Penn DL. Loneliness in psychosis: a systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2018; 53 (3): 221–238.
37. Stain HJ, Galletly CA, Clark S et al. Understanding the social costs of psychosis: the experience of adults affected by psychosis identified within the second Australian national survey of psychosis. *Aust N Z J Psychiatry* 2012; 46 (9): 879–889.
38. Hajdúk M, Dančík D, Januška J, Straková A, Pečeňák J. Výskyt psychotických zážitkov v bežnej populácii a ich koreláty k rizikovým faktorom pre schizofréniu. *Psychiatr Pre Prax* 2020; 21 (2): 47–51.
39. Culbreth AJ, Barch DM, Moran EK. An ecological examination of loneliness and social functioning in people with schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 2021; 130 (8): 899–908.
40. Dančík D, Hajdúk M, Heretik A. Metóda zachytávania každodenných zážitkov v naturalistických podmienkach: nomotetický a idiografický prístup. *E-Psychol Elektron Dok* 2022; 16 (3): 19–38.
41. Pruessner M, Iyer SN, Faridi K, Joobor R, Malla AK. Stress and protective factors in individuals at ultra-high risk for psychosis, first episode psychosis and healthy controls. *Schizophr Res* 2011; 129 (1): 29–35.
42. Russell D, Peplau LA, Ferguson ML. Developing a measure of loneliness. *J Pers Assess* 1978; 42 (3): 290–294.
43. Russell D, Peplau LA, Cutrona CE. The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *J Pers Soc Psychol* 1980; 39: 472–480.
44. Russell DW. UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *J Pers Assess* 1996; 66: 20–40.
45. de Jong-Gierveld J, Kamphuis F. The Development of a Rasch-Type Loneliness Scale. *Appl Psychol Meas* 1985; 9 (3): 289–299.
46. Robinson JP, Shaver PR, Wrightsman LS, Andrews FM (eds). *Measures of personality and social psychological attitudes*. Academic Press 1991.
47. Hays RD, DiMatteo MR. A short-form measure of loneliness. *J Pers Assess* 1987; 51 (1): 69–81.
48. Neto F. Loneliness among Portuguese adolescents. *Soc Behav Personal Int J* 1992; 20 (1): 15–21.
49. Hughes ME, Waite LJ, Hawkey LC, Cacioppo JT. A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys. *Res Aging* 2004; 26 (6): 655–672.
50. Roberts RE, Lewinsohn PM, Seeley JR. A brief measure of loneliness suitable for use with adolescents. *Psychol Rep* 1993; 72 (3. suppl): 1379–1391.
51. Eglit GML, Palmer BW, Martin AS, Tu X, Jeste DV. Loneliness in schizophrenia: construct clarification, measurement, and clinical relevance. *PLoS One* 2018; 13 (3): e0194021.
52. Lin CY, Tsai CS, Jian CR et al. Comparing the psychometric properties among three versions of the UCLA Loneliness Scale in individuals with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19 (14): 8443.
53. Weiss RS. *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. The MIT Press 1973: xxii, 236.
54. Gierveld DJJ, Tilburg TV. A 6-Item Scale for Overall, Emotional, and Social Loneliness: confirmatory tests on survey data. *Res Aging* 2006; 28 (5): 582–598.
55. Fox RS, Zhang M, Amagai S et al. Uses of the NIH Toolbox® in clinical samples: a scoping review. *Neurol Clin Pract* 2022; 12 (4): 307–319.
56. Cyranowski JM, Zill N, Bode R et al. Assessing social support, companionship, and distress: NIH Toolbox Adult Social Relationship Scales. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc* 2013; 32 (3): 293–301.
57. Hawkey LC, Browne MW, Cacioppo JT. How can I connect with thee? Let me count the ways. *Psychol Sci* 2005; 16 (10): 798–804.
58. Cohen-Mansfield J, Hazan H, Lerman Y, Shalom V, Birkenfeld S, Cohen R. Efficacy of the I-SOCIAL intervention for loneliness in old age: Lessons from a randomized controlled trial. *J Psychiatr Res* 2018; 99: 69–75.
59. Jarvis MA, Padmanabhanunni A, Chipps J. An evaluation of a low-intensity cognitive behavioral therapy mHealth-supported intervention to reduce loneliness in older people. *Int J Environ Res Public Health* 2019; 16 (7): 1305.
60. Lim MH, Gleeson JF. Social connectedness across the psychosis spectrum: current issues and future directions for interventions in loneliness. *Front Psychiatry* 2014; 5.
61. Barreto M, Van Breen J, Victor C et al. Exploring the nature and variation of the stigma associated with loneliness. *J Soc Pers Relatsh* 2022; 39 (9): 2658–2679.
62. Hawkey LC. Loneliness and health. *Nat Rev Dis Primer* 2022; 8 (1): 1–2.
63. McGurk SR, Twamley EW, Sitzer DI, McHugo GJ, Mueser KT. A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2007; 164 (12): 1791–1802.
64. Hajdúk M, Harvey PD, Penn DL, Pincus AE. Social cognitive impairments in individuals with schizophrenia vary in severity. *J Psychiatr Res* 2018; 104: 65–71.
65. Roberts DL, Penn DL. Social cognition and interaction training (SCIT) for outpatients with schizophrenia: a preliminary study. *Psychiatry Res* 2009; 166 (2–3): 141–147.
66. Bankovská Motlová L, Španiel F. *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století. 3., přepracované a doplněné vydání*. Mladá fronta 2017.
67. 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.
68. Krause N. Assessing the relationships among religiousness, loneliness, and health. *Arch Psychol Relig* 2016; 38 (3): 278–300.