

Sebahodnotenie negatívnych príznakov schizofrénie ako užitočný nástroj spolupráce u pacientov so schizofréniou

Mgr. MUDr. Jozef Dragašek, PhD., MHA, MUDr. Zuzana Vančová, PhD.

1. psychiatrická klinika UPJŠ LF a UNLP, Košice

Negatívne príznaky pri schizofrénii predstavujú deficit vo viacerých symptómových doménach, no zároveň sú neodmysliteľnou súčasťou pacientovho subjektívneho prežívania. Primárne negatívne príznaky predstavujú základnú súčasť procesu schizofrénie a zároveň symbolizujú tzv. nesplnenú potrebu v liečbe tejto poruchy. V každom prípade by mali byť spoľahlivo vyhodnocované a merateľné. Väčšina škál zameraných na negatívne príznaky je postavená na „objektívnom“ hodnotení posudzovateľa. Na druhej strane, sebahodnotiaci proces u pacientov so schizofréniou je dlhodobo podceňovaný. Sebahodnotiacia škála negatívnych symptómov (SNS) je krátka 20-položková škála zložená zo stručných, jednoduchých a zrozumiteľných tvrdení. Tri možnosti odpovede na tieto tvrdenia umožňujú realizovať sebahodnotiaci proces v priebehu 5 minút. V škále je posudzovaných 5 základných negatívnych dimenzií (asocialita, afektívne otupenie, anhedónia, avolícia a alógia), v rámci nich môže pacient zaznamenať akýkoľvek deficit v motivačnom systéme a v schopnosti tešiť sa, či stratu emočného prežívania nezávisle od depresívnej nálady. Súčasťou článku sú aj tri kazuistiky ilustrujúce užitočnosť hodnotenia pomocou SNS dotazníka sprevádzané jedinečným grafickým zobrazením výsledkov.

Kľúčové slová: schizofrénia, negatívne príznaky, sebahodnotenie.

Self-evaluation of negative symptoms in schizophrenia as a useful tool improving cooperation with schizophrenia patients

However, negative symptoms of schizophrenia represent deficits in different domains of symptoms; they are inherently present in patients' subjective experiences with schizophrenia. Primary negative symptoms have reflected an integral part of the schizophrenia disorder process and symbolize an unmet need for treatment. Anyhow, they can be reliably evaluated and measured. Most of the scales on negative symptoms in schizophrenia are constructed on an "objective" observer rating. In contrast, the self-assessment process in patients with schizophrenia has been ignored on a long-term basis. The Self-report of Negative Symptoms (SNS) is a short 20-item scale encompassed of short, simple, and easy to understand sentences. Its three answer choices permit self-evaluation in under five minutes. The five basic negative dimensions (asociality, affective blunting, anhedonia, avolition, alogia) are self-evaluated, and patients can report any deficits in motivation and pleasure and their loss of emotion independently of depressed mood. A part of this article, three case reports, illustrates the usefulness of the SNS questionnaire accompanied by unique graphic presentations of results.

Key words: schizophrenia, negative symptoms, self-evaluation.

Úvod

Negatívne príznaky pri schizofrénii predstavujú deficit vo viacerých symptómových doménach, ako je strata alebo úbytok emočnej reaktivity, myslenia alebo cieľovej pohybo-

vej aktivity. K negatívnym príznakom zaradujeme anhedóniu, avolíciu (ako poruchu vôle so stratou motivácie, poruchou iniciácie aktivít), otupený afekt či chudobnosť rečového prejavu. Delenie negatívnych príznakov podlie-

ha pomerne veľkej heterogenite príznakov, napr. v porovnaní s pozitívnymi príznakmi. Medzi primárne negatívne príznaky zaradujeme jadrové príznaky, ktoré sú súčasťou schizofrénneho procesu. Sekundárne negatívne

tívne príznaky sú pomerne dobre definované vyvolávajúcou príčinou (depresia, extrapyramídové príznaky, málo podnetné sociálne prostredie). Keďže sú negatívne príznaky spojené so zhoršeným psychosociálnym fungovaním a nepriaznivou prognózou, ich rozpoznávanie, správne hodnotenie a liečba preto nadobúdajú vysokú dôležitosť (1). V tomto kontexte je zrejma potreba používania štandardizovaných hodnotiacich nástrojov s cieľom zlepšiť identifikáciu príznakov a hodnotiť príslušné terapeutické postupy, rovnako ako aj zjednodušiť výskum mozgových abnormalít sprevádzajúcich negatívne symptómy pri schizofrénii. Význam hodnotenia negatívnych príznakov vo výskume je odôvodnený potrebou objektívneho hodnotenia efektivity terapeutickej intervencie v liečbe negatívnych príznakov. Hodnotiaca schopnosť pomocou škál negatívnych príznakov si vyžaduje osvojenie si techniky a praktický nácvik, ale následne je to rutinná činnosť, ktorá prináša cenné informácie pre ďalšie postupy (2). Publikácie z ostatného obdobia poukazujú na dôležitosť subjektívneho hodnotenia samotnými pacientmi so schizofréniou (3). Je celkom prekvapivé, ako sú sebahodnotiace škály na posudzovanie negatívnych príznakov podceňované, v porovnaní napríklad so sebahodnotením pri depresii (4).

Sebahodnotenie negatívnych príznakov pri schizofrénii

Na to, aby mohlo byť sebahodnotenie dostatočne validné, mal by celý proces hodnotenia z hľadiska vlastností zodpovedať hodnoteniu pomocou objektivizovateľných škál. V prípade hodnotenia negatívnych symptómov pri schizofrénii by toto posudzovanie malo pokrývať všetkých 5 domén uvádzaných vyššie. Navyše sebahodnotovací proces by mal byť krátky a dobre zrozumiteľný, vykazovať dobrú intra-subjektívnu reliabilitu a mal by mať dobre nastavený prah, podľa ktorého je možné posudzovať úroveň negatívnej symptomatiky za patologickú. Sebahodnotenie je náležitým hodnotením, keďže umožňuje pacientovi popísať vlastné fungovanie, vyžaduje jeho spoluprácu, analýzu a uvedenie si jeho vlastných príznakov a zlepšuje jeho spoluprácu v liečbe. Je to zároveň časovo efektívna metóda na úvodné

zhodnotenie príznakov a v prípade schizofrénie môže byť nápomocná aj pri identifikovaní negatívnych príznakov už v skorých štádiách poruchy. Navyše, na rozdiel od posudzovania vonkajším pozorovateľom, prináša aj klinické informácie, ktoré nemusia byť pri štandardnom vyšetrení a posudzovaní klinickým pracovníkom zachytené (5). Rovnako nie je posudzovaný ovplyvnený otázkami posudzujúceho, takže jeho odpovede vychádzajú z čisto subjektívneho hodnotenia, umožňujú pacientovi prejavíť jeho vlastné pocity ako aj uvedomiť si vlastné príznaky a ťažkosti (4).

Sebahodnotovacia škála na hodnotenie negatívnych symptómov (SNS)

Sonia Dollfus a kol. po prvýkrát publikovali škálu Sebahodnotenia negatívnych symptómov v roku 2016. Validačný proces potvrdil dobrú reliabilitu a vnútornú konzistenciu metodiky (Cronbachov koeficient $\alpha = 0,867$) a výsledky viacerých štúdií potvrdili vysokú hodnotu SNS dotazníka ako nástroja na zisťovanie a hodnotenie negatívnych príznakov. SNS signifikantne korelovala s objektivizačnou škálou na hodnotenie negatívnych príznakov – SANS ($r = 0,628$) ako aj so škálou Celkového klinického dojmu závažnosti negatívnych príznakov ($r = 0,599$), čo podporuje dobrú konvergentnú validitu škály, teda SNS ako indikátor skúmaného konceptu negatívnej symptomatiky je asociovaný s odlišnými indikátormi rovnakého konceptu.

Získané skóre nekorelovalo s úrovňou náhľadu pacienta ($r = 0,008$), ani parkinsonizmu ($r = 0,175$), či s pozitívnym subskóre Krátkej psychiatrickej posudzovacej škály – BPRS ($r = 0,253$) čo poukazuje na dobrú diskriminačnú validitu, teda hodnoty premennej merajúcej koncept negatívnej symptomatiky nie je príliš silno asociovaný s meraním odlišných, ale príbuzných konceptov (5).

Vnútrotriedny korelačný koeficient (ICC = 0,942) poukazuje na vysokú úroveň intra-subjektívnej reliability, teda vyjadrenie presnosti, konzistentnosti hodnotenia tým istým subjektom v prípade opakovaných meraní pri nezmenených okolnostiach.

SNS má teda dobré psychometrické vlastnosti a je uspokojivo akceptovaný zo strany pacientov (4). SNS ponúka aj ďalšie výhodné charakteristiky, je veľmi jednoduchá, obsa-

huje 20 stručných prehlásení, je zrozumiteľná aj z dôvodu, že uvedené hodnotiace prehlásenia sú doslovnými výroky pacientov so schizofréniou. Počet možných odpovedí bol cielene limitovaný na tri v snahe zjednodušiť jeho vyplňovanie. Škála hodnotí všetkých 5 domén negatívnej symptomatiky, každú hodnotenú 4 položkami (5). Škála je v súčasnosti testovaná v zmysle schopnosti správneho hodnotenia negatívnych symptómov v rôznych jazykových a kultúrnych podmienkach (3). Aktuálne je preložená do 16 jazykov. Za patologické skóre sa považuje hodnota 7 a viac bodov so senzitivitou 92,7 % (95 % interval spoľahlivosti 86,1 – 96,8) a špecifitou na úrovni 85,9 % (95 % interval spoľahlivosti 77,4 – 92,1), to znamená, že 92,7 % pacientov so schizofréniou malo skóre 7 a viac a 85,9 % zdravých subjektov malo skóre pod 7. Celkové skóre môže dosahovať hodnoty od 0 (neprirodné negatívne príznaky) až po 40 (závažná negatívna symptomatika) (4, 5).

V rámci iného výskumného projektu sme so súhlasom autorky škály realizovali jej preklad spolu s požadovanou validáciou spätného prekladu podľa odporúčaní a v súčasnosti validujeme použitie slovenského prekladu v súbore pacientov so schizofréniou. Nižšie uvádzame tri stručné kazuistiky na ilustráciu užitočnosti sebahodnotovacej škály v bežnej klinickej praxi spolu s jedinečným grafickým zobrazovaním výsledkov získaných v priebehu 1,5-ročného sledovaného obdobia terapie psychofarmakom cieľným na ovplyvnenie primárnej negatívnej symptomatiky.

Kazuistické prípady

34-ročný muž, liečený pre nediferencovanú formu schizofrénie

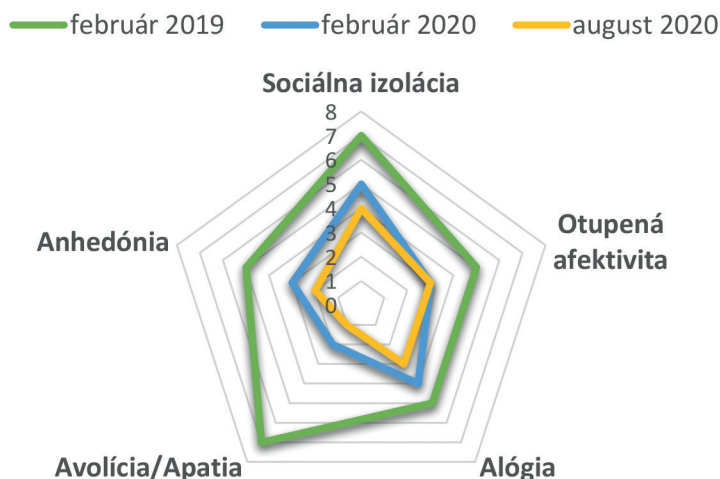
Pacient bez pozitívnej rodinnej záťaže, s identifikovateľným zlomom životnej línie pri prechode zo základnej na strednú školu, so zreteľnými zmenami sociálneho fungovania, poklesom školského výkonu, s heboidnými prvkami v správaní a pozitívnou toxikologickou anamnézou (viacročné užívanie kanabisu) bol prvýkrát psychiatricky hospitalizovaný v roku 2008 ako 22-ročný. Má úplné stredoškolské vzdelanie, aktuálne žije v matkou a bratom v bytovom dome.

Pri prvej hospitalizácii dominovali klinickému obrazu floridné psychotické symptómy, bohatá paranoidná bludná produkcia, halucinatórne zážitky na úrovni komentujúcich hlasov, pocitov ovplyvňovania na diaľku, s výraznými poruchami prežívania a správania nadväzujúcimi na v tom čase prítomné psychotické príznaky. Klinický obraz dopĺňalo dezorganizované myslenie až na úroveň inkoherencie, ktoré sa neskôr „usporiadalo“ do podoby pseudofilozofickej produkcie. Pred hospitalizáciou a objavením sa floridnej psychotickej symptomatiky bolo možné spätne identifikovať viac ako rok trvajúce zmeny správania, v zmysle sociálnej izolácie, nezájmu, zanedbávania hygieny a starostlivosti o seba, narušených rodinných vzťahov. Hospitalizácia bola krátkeho trvania, po 15 dňoch prepustený do ambulantnej starostlivosti na liečbu perorálnymi antipsychotikami 2. generácie, len v čiastočne zlepšenom stave, po odznení pozitívnych príznakov, s jednoznačne preukázateľným chýbaním náhľadu. Pacient sa v úvode ambulantnej starostlivosti pasívne podroboval pravidelným kontrolám s predpokladaným užívaním liečby na úrovni cca 3–4 mesiacov, po ktorých nasledovala nespolupráca a po 8. mesiacoch došlo k relapsu floridných psychotických príznakov. Počas rehospitalizácie stanovená diagnóza paranoidnej schizofrénie a pacient po 24 dňoch znovu prepustený do ambulantnej starostlivosti na kombinácii depotného klasického antipsychotika s perorálnym parciálnym agonistom D2/5HT2 receptorov.

Počas ambulantnej starostlivosti v priebehu rokov 2009–2013 pacient formálne spolupracujúci, postupne sa u neho zvyrazňovali negatívne príznaky s dominujúcou sociálnou izoláciou, autisticko-dereistickým myslením, hypohedóniou, hypobúliou a hypoaktivitou, ale aj psychomotorickou retardáciou podmienenou podávanou farmakoterapiou. Pri hodnotení psychosociálneho fungovania bolo konštatované narušenie pracovného výkonu aj voľnočasových aktivít, výrazné narušenie blízkych aj vzdialenejších sociálnych kontaktov, zanedbávanie starostlivosti o seba. Pacientovi bola uznaná znížená pracovná schopnosť na úrovni 65 %. Aj z iniciatívy príbuzných pacienta bola prerušená pravidelná psychiatrická starostlivosť s podávaním depotnej medicíny, pacient absolvoval niekoľkotýždňový „ajurvédsky“ pobyt v Českej republike.

Graf 1. 1,5-ročné hodnotenie negatívnych príznakov pomocou SNS u 34-ročného muža

	február 2019	február 2020	august 2020
Sociálna izolácia	7	5	4
Otupená afektivita	5	3	3
Alógia	5	4	3
Avolícia/Apatia	7	2	1
Anhedónia	5	3	2
	29	17	13



Po návrate z pobytu pacient na konci roka 2013 rehospitalizovaný, primárne pre suicidálny pokus otravou psychofarmakami, na podklade relapsu psychotickej poruchy. V rámci rehospitalizácie iniciovaná liečba atypickým antipsychotikom 2. generácie v injekciách s dlhodobým účinkom (paliperidón palmitát). S pacientom následne zlepšená spolupráca v liečbe, postupne získal náhľad na poruchu, po niekoľkoročnej liečbe pre nárast hmotnosti pacienta a sporadicky referované zlyhania genitálnej odpovede upravená liečba na aripiprazol LAI.

1. hodnotenie SNS, február 2019 – v čase prvého hodnotenia pacient bez floridnej psychotickej symptomatiky, zachytené pseudofilozofovanie, sociálna izolácia, hypobúlia až abúlia, pacient nevychádzal niekoľko týždňov z domu, nebol schopný nakúpiť, vyniesť smeti, opakovane nenastúpil do práce (brigáda v rámci chránenej dielne), prestal sa venovať jedinému koníčku, nevychádzal so svojej izby, nemal si čo povedať s príbuznými, v rámci kontroly málovravný, ponúkal len stručné jednoslovné odpovede. Do liečby zaradený kariprazín vzhľadom na dobrú predchádzajúcu spoluprácu v liečbe, dostatočný náhľad a bola prerušená liečba aripiprazolom LAI. Hodnotený celkový skóre SNS – 28 bodov.

2. hodnotenie SNS, február 2020 – podľa referencie príbuzných sa stav pacienta výraznejšie zlepšil, začal chodiť von, na nákupy, stretáva sa s jedným priateľom, po večeroch sa s nimi rozpráva v kuchyni, sám iniciuje diskusie, navrhol zmenu režimu bývania (vymenil si s matkou a bratom izby, kvôli väčšiemu súkromiu všetkých), vrátil sa k športovaniu, i keď stále preferuje samotárske aktivity, venuje sa im pravidelnejšie a s väčšou frekvenciou. Pacientovi sa podarilo nájsť si zno-va prácu v chránenej dielni, nerobí mu problém pravidelné dochádzanie, v práci vyhľadáva samotárske činnosti. Spontánne referuje potešenie zo športu, z pobytu v prírode. Pacient užíva 6 mg kariprazínu/denne v monoterapii. **Hodnotený celkový skóre SNS – 17 bodov.**

3. hodnotenie SNS, august 2020 – podľa príbuzných bez podstatnejšej zmeny, po tom, čo prišiel pre koronakrízu o pracovné miesto sám navrhol, že sa bude chodiť starať o starú matku, vybavil si na úrade opatrovateľský príspevok, v letných mesiacoch trávil viac času vonku, spoznal sa s novými ľuďmi, je s nimi aj častejšie vo „virtuálnom“ kontakte. Príbuzní občas majú v bežnom kontakte s ním pocit, že akoby už ani nebol chorý, viac na ňom vidia prežívanú emóciu (tak radosť, ako aj hnev). Pacient uvádza, že sa miestami cíti ako v období pred chorobou, teší sa, že má znovu priateľov, vymyslel niekoľko vý-

letov, chodí sa pravidelne starať o starú mamu. Okruh známych ale neplánuje rozširovať, stačí mu „aj to málo“, ale dobrých priateľov. Klinicky popisované zmiernenie sociálnej izolácie, úprava vôľovej a motivačnej zložky, podstatné zmiernenie hypohedónie. Klinicky ale nezachytené zmiernenie otupenosti afektivity, ktorú hodnotí pacient aj jeho najbližšie okolie ako zmierené. Pacient v liečbe pokračuje v užívaní kariprazínu v dávke 6 mg/denne. **Hodnotené celkové skóre SNS – 13 bodov.**

49-ročná žena s diagnózou reziduálnej schizofrénie

Pacientka s pozitívnou rodinnou záťažou, otcova sestra dlhodobo neliečená pre schizofrénnu poruchu, ostatné roky života žila ako bezdomovec, umrela v uplynulom roku. Pacientka žije so svojou matkou v rodinnom dome, slobodná, bezdetná, invalidizovaná z psychiatrickej indikácie, predtým pracovala ako účtovníčka, sekretárka, má vyššie stredné vzdelanie.

V psychiatrickej ambulancii nášho pracoviska vedená od roku 2010, predtým od roku 2000 po prvej hospitalizácii pre akútnu prechodnú psychotickú poruchu s príznakmi schizofrénie, od veku 29 rokov pravidelne vedená v inom ambulantnom zariadení. Do roku 2010 pacientka absolvovala celkovo 2 hospitalizácie, v roku 2000 a v roku 2003, v tom čase ako relaps paranoidnej schizofrénie.

Od roku 2010 sa v klinickom obraze ešte v čase nedostatočnej stabilizácie klinického stavu na liečbe pravidelne objavovala paranoidná bludná produkcia, sociálna izolácia pod vplyvom perzekučných bludov, sporadicky aj reformátorske a religiózne bludné koncepty, z dôvodu zlyhania spolupráce na perorálnej antipsychotickej liečbe kvôli nadmernému nárastu hmotnosti, hospitalizovaná v roku 2011 a 2012. Od uvedeného obdobia na pravidelnej antipsychotickej liečbe ziprasidónom a flupentixolom. S postupom času dochádzalo k ústupu paranoidného syndrómu, so sporadickými vzťahovými konceptami v obsahu myslenia, ale bez bludnej hĺbky, postupne sa zvyrazňovala už aj tak prítomná negatívna symptomatika a kognitívny deficit, od roku 2013 už nebola schopná pracovného výkonu na polovičný úväzok (pracovala u švagrinej v škole ako sekretárka).

Postupne dochádza k redukcii záujmov (zanavrela na turistiku), sociálnych kontaktov (prestala chodiť aj do obchodu a do kostola), po väčšinu dní presedela v zimnej záhrade domu, chránená pred zrakmi susedov a okoloidúcich. Nezapájala sa do prác okolo domu, to zaobstarávali rodičia, neskôr po úmrtí otca len matka.

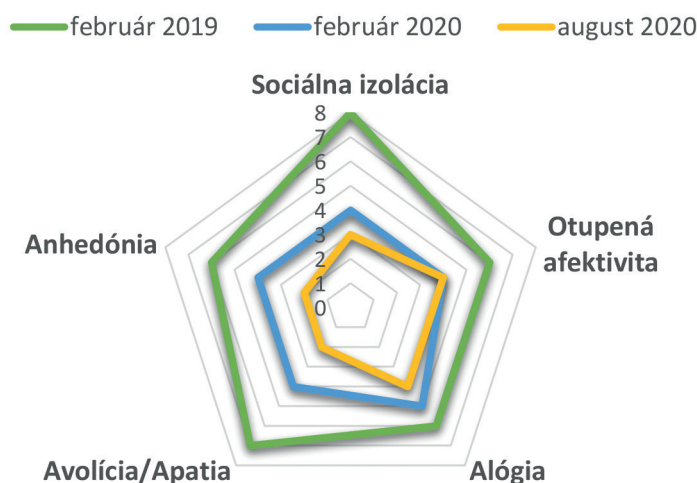
1. hodnotenie SNS, február 2019 – v čase prvého hodnotenia pacientka bez floridnej psychotickej symptomatiky, v klinickom obraze subdepresívna nálada, amotivačný syndróm, hypohedónia, sociálna izolácia s úplnou redukcii záujmov a kontaktov i s najbližšími príbuznými, plochá nereaktivna afektivita, výrazné narušenie pracovných a voľnočasových aktivít, *pacientka opakovane odmietala prísť aj na kontroly, prichádzala len pred kontrolami zdravotného stavu v sociálnej poisťovni, po smrti otca nebola ani na pohrebe, nevychádzala z domu, boli dni, keď s matkou neprehovorila ani jedno slovo, prestala sa pravidelne stravovať, jedávala len monotónne 2–3 jedlá dookola.* V tom čase užívala aripiprazol 20 mg v kombinácii s kvetiapiénom s predĺženým účinkom 300 mg. Do liečby zaradený kariprazín zámienou za aripiprazol, v kombinovanej liečbe s kvetiapiénom. **Hodnotené celkové skóre SNS – 33 bodov.**

2. hodnotenie SNS, február 2020 – podľa referencie matky pacientka zhruba po 4–5 mesiacoch liečby kariprazínom začala byť viac aktívna, v lete sa najskôr pustila do prác v záhrade za domom, neskôr upravila aj predzáhradku, začala sama nakupovať, nielen základné veci, ale aj napríklad záhradkárské potreby, začala pravidelne chodiť na cintorín starať sa o otcov hrob, znovu začala chodiť do kostola, zapojila sa tam do nejakého spoločenstva, s ktorým už absolvovala aj výlety v Tatrách. Podľa vlastného hodnotenia sa pacientka začala lepšie cítiť asi po 3 mesiacoch užívania nového lieku, pri dávke 4,5 mg. Nemala pocity ohrozenia zo strany okolia, začalo ju zaujímať dianie okolo domu, *chcela splniť otcov sen o upravenej úžitkovej a okrasnej záhrade.* Zdôraznila, že sa teší na novú sezónu na jar. Pacientka užívala v čase hodnotenia 4,5 mg kariprazínu v monoterapii, kombinovanú liečbu s kvetiapiénom užívala prvé 4 mesiace, pre pretrvávajúci útlm v ranných hodinách po prebudení bola dávka kvetiapiínu znižovaná a postupne liečba úplne prerušená. **Hodnotené celkové skóre SNS – 21 bodov.**

3. hodnotenie SNS, august 2020 – sama referuje ďalšie zlepšenie stavu, mrzí ju, že ju korona kríza a opatrenia trochu pribrzdili v jej aktivitách, hlavne pri cestovaní a spoznávaní Slovenska, teraz v lete si to trochu vynahrádza,

Graf 2. 1,5-ročné hodnotenie negatívnych príznakov pomocou SNS u 49-ročnej ženy

	február 2019	február 2020	august 2020
Sociálna izolácia	8	4	3
Otupená afektivita	6	4	4
Alógia	6	5	4
Avolícia/Apatia	7	4	2
Anhedónia	6	4	2
	33	21	15



na jar, keď sa nemohlo vychádzať z domu, aspoň pomohla susedom s ich záhradou, keď už svoju mala upravenú, rovnako im chodila pre nákupy, do lekárne, trochu má obavy z jesene, keď sa jej vždy zhoršila nálada, hoci posledný rok to tak nebolo, sem tam pociťuje aj úzkosti, čo predtým už dlho nemávala, ale vie ich zvládať, má obavy o mamku, ale aj seba, aj keď vie, že sa o seba bude vedieť postarať, akurát jej asi bude zbytočný taký veľký rodinný dom, ale záhradu si chce určite nechať. Klinicky popisované podstatné oživenie sociálnej aktivity, úprava vôle, zlepšenie motivácie, znovu objavenie hedonického prežívania, sporadická anxieta, pacientka zaradená do pravidelného podporného psychoterapeutického programu. Pacientka v liečbe pokračuje v užívaní karpazínu v dávke 4,5 mg/denne v monoterapii, **Hodnotené celkové skóre SNS – 15 bodov.**

30-ročný muž s diagnózou paranoidnej schizofrénie

Pacient bez pozitívnej rodinnej záťaže, liečený len na bežné detské ochorenia, toxikologická anamnéza nevýznamná, v čase prvej epizódy ukončil strednú školu bez maturity, nastúpil do zamestnania ako 18-ročný, kde pracovali aj jeho rodičia, s ktorými v tom čase žil v spoločnej domácnosti. Prvá hospitalizácia na žiadosť rodičov po cca 6–8 týždňoch trvania príznakov, keď si príbuzní povšimli zmenené správanie, pacient sa začal vyhýbať práci, v bytovom dome sa vyhýbal susedom, chodil von len vtedy, keď mal istotu, že nikoho nestretne, doma sa zamykal na rôznych miestach v byte, nevedel si nájsť miesto, počúval nahlas hudbu, prípadne celú noc nosil slúchadlá s hlasno pustenou hudbou. Pri prijatí bola v popredí floridná psychotická symptomatika so sluchovými halucináciami, komentujúcimi a imperatívnymi hlasmi, pocitmi odoberania a zverejňovania myšlienok, s paranoidným prepracovávaním prežitkov. Od prvej epizódy sa u pacienta nepodarilo dosiahnuť úplnú remisiu, napriek kombinovanej antipsychotickej liečbe vrátane využitia elektrokonvulzívnej liečby, došlo k zmierneniu paranoidného myslenia, v rôznej miere pretrvávali sluchové halucinácie, s komentujúcimi, ponížujúcimi obsahmi. Pacient v tom čase nemal dostatočný nadhľad, obviňoval kolegov a susedov z toho, že mu spôsobujú tieto stavy. Rozhodol sa najskôr odsťahovať k starej matke, po tom čo príznaky neustali ani

na novom mieste, odišiel do Českej republiky, hľadal si stále novú a novú prácu, nový podnájom. V čase pôsobenia v Českej republike pacient liečený LAI antipsychotikami, po návrate na Slovenska opakovane hospitalizovaný, liečený ECT, len s čiastočným ústupom príznakov na obdobie niekoľkých týždňov.

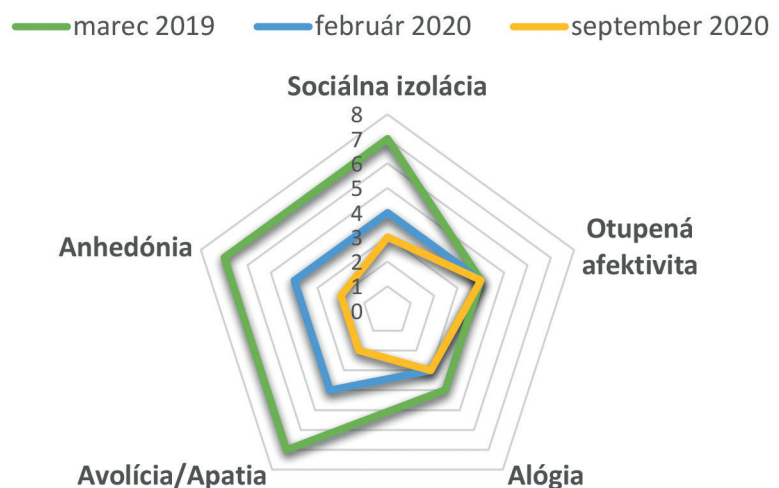
V priebehu času postupne získal náhľad na poruchu, rozumel, že hlasy sú chorobným produktom jeho mysle, že nie sú reálne, prestal podľa nich konať. Vrátil sa do pôvodnej práce, odkiaľ ho neskôr pre neuspokojivý výkon prepustili. Našiel si priateľku, s ktorou neskôr odchádza bývať na vidiek do rodinného domčeka. Priateľku pravidelne vozil ráno a popoludní do práce a z práce, medzitým sa staral o chod domácnosti, zabezpečoval nákupy, drevo na kúrenie. Postupne sa u neho popri halucinačnom syndróme začína objavovať negatívna symptomatika, prejavujúca sa najskôr sociálnou izoláciou, vyhľadával samotárske činnosti, prestal sa sťkať so svojou jadrovou rodinou, postupne zanedbáva aj starostlivosť o domácnosť, ráno opakovane nebol schopný vstať a odviezť partnerku do práce, musela začať chodiť do práce autobusom napriek komplikovanému dochádzaniu. Na kontroly chodieval pravidelne, dožadoval sa vždy inej – novej – účinnejšej liečby.

Partnerka popisuje, ako sa z neho postupne stal čudák, prestali sa stretávať s kamarátmi, zakázal jej chodiť za jej matkou, doma si nemali čo povedať, ani nemali žiadne spoločné aktivity. Uvažovala nad tým, že ho opustí a to aj napriek tomu, že si uvedomovala, že jeho ťažkosti sú prejavom duševnej poruchy. Medzitým bol pacient invalidizovaný u nás aj v ČR, poberá kombinovaný invalidný dôchodok. Na kontrolách sa opakovane sťažuje na to, že život nežije, len prežíva, že nemá žiadnu radosť, ani zo vzťahu, uvedomuje si, že poľavil v aktivitách okolo domu v spoločných záujmoch s partnerkou. Napriek tomu, že má trvale prítomné hlasy, s ktorými sa už „naučil žiť“, mu prekáža jeho nečinnosť, nezaujem, ktorý si síce uvedomuje, ale nevie ho zmeniť. V čase pred prvým hodnotením užíva kombináciu aripiprazolu s klopazínom, ktorý bol postupne pomaly z liečby eliminovaný pre nedostatočnú účinnosť popri výraznom objavení sa metabolických nežiaducich účinkov.

1. hodnotenie SNS, marec 2019 – v čase prvého hodnotenia u pacienta prítomná chronicky sa vyskytujúca pseudohalucinačná symptomatika s dobre zachovaným náhľadom a kontaktom s realitou, predominantne prítomná negatívna symptomatika so sociálnou izoláciou, anhedóniou, hypobúliou, inaktivitou,

Graf 3. 1,5-ročné hodnotenie negatívnych príznakov pomocou SNS u 30-ročného muža

	marec 2019	február 2020	september 2020
Sociálna izolácia	7	4	3
Otupená afektivita	4	4	4
Alógia	4	3	3
Avolícia/Apatia	7	4	2
Anhedónia	7	4	2
	29	19	14



INZERCE

zrejmým narušením psychosociálneho fungovania. Pacient zvažoval presťahovanie sa z obce, v ktorej bývali, na samotu do lesa, udáva, že ho znova obťažujú hlasy, vie, že mu ich nikto nespôsobuje, ale chce sa odsťahovať od ľudí čo najďalej, priznáva, že v poslednom období nevyvíja žiadnu aktivitu, zanedbáva starostlivosť o dom, sťažuje si na pocit prázdnoty, uvádza, že žije len tak, zo dňa na deň, ale nezamýšľa sa nad budúcnosťou. Iniciovaná zámena liečby s cieľom primárne ovplyvniť negatívnu symptomatiku. Kariprazín vzhľadom na dobrú tolerabilitu liečby postupne rýchlo titrovaný do vyšších terapeutických dávok. **Hodnotené celkové skóre SNS – 29 bodov.**

2. hodnotenie SNS, február 2020 – podľa referencie partnerky, stav sa zlepšil asi po pol roku užívania liečby, všimla si jeho väčší záujem o ňu, aj sexuálny, začal ju znova vozit' do práce, ona má vďaka tomu podstatne menej povinností po návrate z práce, pretože väčšina domácich povinností je už urobených, oceňuje, že sa udobril so svojimi rodičmi, že akceptuje aj jej matku, že sa zase začali spolu stretávať, stále síce toho veľa nenahovorí, ale o to viac je aktívnejší, trochu sa aj hanbí za to, že ho pred rokom chcela opustiť, nedávala mu už šancu, myslela si, že sa to už bude len zhoršovať. Pacient sám referuje hlavne zmiernenie hlasov, sú týždne, keď ich vôbec nepočuje, je to pre neho zázrak, v ktorý ani nedúfal, ostatné ho až tak nezaujímá, je pravdou, že viac vecí okolo domu porobí, ale nemyslí si, že by to bolo predtým s ním až tak hrozné, možno len jeho partnerka to viac dramatizovala, on sám si nevie zmenu svojho stavu vysvetliť, nepredpokladá, že by to mohol byť efekt liečby, keďže žiadna liečba dovtedy za 11 rokov nezabrala. Začal znova aj cvičiť, viac sa hýbať vonku, schudol za rok viac ako 20 kilogramov, zlepšilo sa jeho fungovanie v sexuálnej oblasti. Liečba nezmenená od mája 2019, odkedy je pacient na monoterapii kariprazínom, v dennej dávke 6 mg. Klinicky popisovaný stav ako výrazne zlepšený, s ústupom halucinatórnej symptomatiky, so zmiernením sociálnej izolácie a úpravou vôle, s väčšou emočnou plasticitou a príliehavejším emočným doprovodom, čo pacient vo svojom subjektívnom hodnotení úrovne emočnej reaktivity nepotvrďuje. **Hodnotené celkové skóre SNS – 19 bodov.**

3. hodnotenie SNS, september 2020 – pacient popisuje porovnateľný stav s obdobím pred

pol rokom, nemá pocit výraznejšieho zlepšenia, až na to, že v lete sa viac stretával s ľuďmi z dediny, aj s bývalými kamarátmi, začal chodiť do posilňovne, spokojný je hlavne s tým, že prakticky nemá hlasy, ktoré ho roky obťažovali, že je znova naplno aktívny po sexuálnej stránke. V dotazníkovom hodnotení je zrejme ďalšie zlepšenie vôľovej zložky, zlepšenie hedonického prežívania spolu s ďalšou úpravou sociálneho fungovania, čo objektívne potvrdzuje aj partnerka a je to zrejme aj z klinického pozorovania. Pacient v liečbe pokračuje v užívaní kariprazínu v dávke 6 mg/denne, so sporadickým užívaním promethazínu na noc, pri prípadnej nespavosti. **Hodnotené celkové skóre SNS – 14 bodov.**

Záver

Subjektívne hodnotenie pomocou škály Sebahodnotenia negatívnych príznakov sa v bežnej klinickej praxi javí ako užitočné z hľadiska zlepšenia terapeutického vzťahu medzi lekárom a pacientom, z hľadiska väčšej angažovanosti pacienta v procese liečby, pravidelnému hodnoteniu všetkých 5 symptómových domén, ktoré v minulosti pacient nepokryval svojou subjektívnou výpoveďou a ktoré neboli vždy komplexne popísané ani v objektívnom náleze vyšetrujúceho. Výsledky hodnotenia škály, ktorej vyplnenie je pre pacienta jednoduché a pre klinického pracovníka rýchlo hodnotiteľné, vytvorili opakovane priestor pre diskusiu o rozdielne vnímaných dosiahnutých výsledkoch a umožnili sledovanie zmien v čase. Doterajšia skúsenosť s dotazníkom poukazuje na vhodnosť jeho používania vo väčšom časovom odstupe, približne každých 3–6 mesiacov, častejšie administratívne neprinieslo dodatočný benefit.

Využívanie SNS škály na vyhodnocovanie efektu liečby poukázalo aj na niekoľko pozoruhodných zistení. Zlepšovanie jednotlivých domén prebiehalo u väčšiny pacientov nerovnomerne, niektoré domény sa v priebehu terapie zlepšujú intenzívnejšie a v kratšom časovom horizonte, podľa dvojfaktorovej štruktúry deficitného syndrómu ide predovšetkým o tzv. poruchy vôle a motivácie na rozdiel od expresívneho deficitu, ktorý má tendenciu sa zlepšovať v dlhšom časovom horizonte. V prípade klinických pracovníkov, ktorí majú tendenciu negatívne symptómy vnímať viac v súvislosti s expresívnym deficitom (afektivita, alógia), bolo potom zlepšovanie celého klastra negatívnych príznakov

hodnotených ako menej výrazných, na rozdiel od klinických pracovníkov, ktorí sa viac zameriavajú na narušenie vôle, motivácie, sociálneho fungovania, prípadne tých, ktorí komplexne vyhodnocujú všetkých 5 základných domén negatívnych príznakov.

Ďalším zaznamenaným fenoménom bolo zlepšovanie, ktoré nastalo aj po viac ako roku od zmeny liečby antipsychotikom určeným na liečbu predominantne negatívnej symptomatiky, čo poukazuje na potrebu dlhodobej liečby a sledovania úpravy symptómov s dlhším časovým horizontom od zmeny terapie.

Napriek opakovane pozorovanej skutočnosti, že u pacientov liečených kariprazínom, prípadne i v kombinácii s ďalšími odporúčanými postupmi v liečbe negatívnej symptomatiky dochádza k výraznému zlepšeniu subjektívneho hodnotenia zo strany pacientov, vo väčšine pozorovaných prípadov pokles nebol nižší než je hranica patologického skóre pre škálu SNS, do úrovne dosahovanej zdravými dobrovoľníkmi. Mohlo by to poukazovať na to, že jadrovú symptomatiku, ktorá sa podieľa tak na zhoršení psychosociálneho fungovania, ako i fenoméne popisovanom ako procesualita, je možné terapeuticky významne ovplyvniť tak, aby pacientovi prinášala efekt na úrovni zlepšenia funkčnosti a subjektívneho prežívania, ale pravdepodobne ju nie je možné u väčšiny pacientov trvalo dosiahnuť úroveň plnej remisie. Potvrdenie tohto konštatovania vyžaduje analýzu skupiny hodnotení relevantnej veľkosti súboru, ktoré aktuálne realizujeme na úrovni prospektívneho zberu dát, nemôže vychádzať len z kazuistických pozorovaní.

Sebahodnotenie negatívnych príznakov sa ukazuje ako vhodný doplnkový nástroj ku klinickému vyšetreniu, respektíve ku škálam, ktoré sú založené na pozorovaní hodnotiteľa, ktoré nutne nemusia korelovať s objektívnym hodnotením klinického stavu. V prípade rozdielných hodnotení na úrovni subjektívneho škálovania a popisu objektívneho klinického obrazu boli tieto rozdiely zvyčajne vysvetliteľné, napr. po doplnení ďalších objektívnych údajov, napr. zo strany príbuzných pacienta, prípadne sa tieto rozdiely zmiernili z odstupom dlhšieho časového obdobia hodnotenia.

V rámci hodnotenia negatívnej symptomatiky sú sebahodnotovacie škály obzvlášť relevantné, vzhľadom k tomu, že prinášajú do

hodnotenia aj subjektívny aspekt. Poskytujú odraz pacientovho vnímania jeho vlastných príznakov, čo nie je možné pri objektívnom hodnotení. Sebaaposudzovacie škály sú upravené tak, aby sa dali často používať, šetria čas bežnému klinickému pracovníkovi ale aj

výskumníkom rýchlym identifikovaním pacientov so subjektívnymi ťažkosťami týkajúcimi sa okruhu negatívnych príznakov.

*Potenciálny stret záujmov:
obaja autori sa v uplynulých 2 rokoch*

zúčastnili vzdelávacieho podujatia podporeného spoločnosťou Gedeon Richter, realizujú vedecký projekt podporený spoločnosťou Gedeon Richter, prvý autor prijal honorár za prednáškovú činnosť od spoločnosti Gedeon Richter.

LITERATÚRA

1. Bitter I. Definitions and measurement of negative symptoms in schizophrenia. In *Managing Negative Symptoms of Schizophrenia 2020*: 1–18. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780198840121.003.0001>.
2. Korcsog P, Šesták M. Praktické aspekty významu, hodnotenia a riešenia negatívnych symptómov schizofrénie. *Psy-*

chiatría pre Prax. 2020; 21(1): 6–14.

3. Hajj A, Hallit S, Chamoun K, Sacre H, Obeid S, Haddad C, et al. Validation of the Arabic version of the „self-evaluation of negative symptoms“ scale (SNS). *BMC Psychiatry.* 2020; 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02647-4>
4. Dollfus S, & Vandeveld A. (2020). The patients' view: Self-

-evaluation of negative symptoms. In *Managing Negative Symptoms of Schizophrenia* (pp. 51–66). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780198840121.003.0004>

5. Dollfus S, Mach C, Morello R. (2016). Self-evaluation of negative symptoms. *Schizophrenia Bulletin.* 2016; 42(3): 571–578. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv161>.