

**Rodinná psychoedukace u schizofrenie: Zdravotní a
sociální aspekty**

**Family psychoeducation in schizophrenia: Health
and social aspects**

Disertační práce

Autor: MUDr. Lucie Motlová

Školitel: Prof. MUDr. Jan Libiger, CSc.

Obor: Psychiatrie

Pracoviště: Psychiatrická klinika Lékařské fakulty v Hradci Králové
Univerzity Karlovy v Praze a Fakultní nemocnice Hradec
Králové, Hradec Králové, 500 05

Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta
Ruská 87, 100 00 Praha 10

e-mail: motlova@pcp.lf3.cuni.cz

Hradec Králové, 2007

Poděkování

Autorka s hlubokou úctou a vděčností děkuje svému školiteli, prof. MUDr. Janu Libigerovi, CSc., za odborné vedení, cenné rady a mnohostrannou podporu při práci na tomto projektu.

Upřímné díky patří spoluautorům studií, zejména PhDr. Evě Dragomírecké a MUDr. Filipu Španielovi, PhD.

Za podporu při realizaci projektů a zajištění podmínek k jejich uskutečnění patří poděkování řediteli Psychiatrického centra Praha, prof. MUDr. Cyrilu Höschlovi, DrSc., FRCPsych a primářce MUDr Dagmar Seifertové, CSc.

Obsah

1. Seznam použitých zkratk

2. Souhrn, Summary

3. Úvod

4. Schizofrenie a rodina

4.1 Břímě a kvalita života příbuzných pacientů se schizofrenií

4.2 Rodinné intervence a okolnosti vzniku rodinné psychoedukace u schizofrenie

4.3 Teoretická východiska rodinné psychoedukace

5. Psychoedukace

5.1 Psychoedukace u schizofrenie: Základní postupy a typy programů

5.1.1 Společná psychoedukační témata

5.1.2 Psychoedukace příbuzných

5.1.3 Psychoedukace pacientů

5.2 Načasování rodinné psychoedukace

6. Hodnocení účinnosti rodinné psychoedukace

6.1 Sociální aspekty rodinné psychoedukace

6.2 Zdravotní aspekty rodinné psychoedukace

6.2.1 Cíle práce

6.2.2 Metodika

6.2.2.1 Uspořádání studie

6.2.2.2 Studovaná populace

6.2.2.3 Intervence

6.2.2.4 Hodnotící instrumenty

6.2.2.5 Statistické metody

6.2.3 Výsledky

6.2.4 Diskuse

7. Závěr

8. Literatura

9. Seznam publikací autorky

10. Přílohy

1. Seznam použitých zkratk

CLZ	Chlorpromazinový ekvivalent
EPPIC	The Early Psychosis Prevention and Intervention Center; Centrum pro včasný záchyt a terapii psychóz
EUFAMII	European Federation of Associations of Families of Mentally Ill People
GAF-S	Global Assessment of Functioning – Symptoms; Hodnocení funkčního stavu - symptomu
GAF-D	Global Assessment of Functioning – Disability; Hodnocení funkčního stavu - způsobilost
HEE	High Expressed Emotions; Nadměrně vyjadřované emoce
LEE	Low Expressed Emotions; Málo vyjadřované emoce
MKN 10	Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize
PE	Psychoedukace
PORT	Schizophrenia Patient Outcomes Research Team; Výzkum výsledných stavů schizofrenie
SQUALA	Subjective Quality of Life Scale Analysis; Subjektivní hodnocení kvality života

2. Souhrn, Summary

Schizofrenie je závažné chronické onemocnění, které zasahuje do života celé rodiny. Prevence relapsu je jedním z nejdůležitějších cílů dlouhodobé léčby schizofrenie, protože relaps je stresující i finančně nákladný. Přidání rodinné intervence ke standardní léčbě vedlo k redukci relapsů. Rodinná psychoedukace je systematická, strukturovaná a didaktická informace nemocným a jejich blízkým o nemoci a její léčbě, jejímž cílem je naučit je dovednostem důležitým pro její zvládnání a usnadnit adaptaci na nemoc. Nejprve jsme se zabývali vlivem účasti ve skupinových rodinných psychoedukačních programech na kvalitu života. Zjistili jsme, že kvalita života je u pacientů se schizofrenií významně nižší než u kontrolní populace, a to již u nemocných s první epizodou schizofrenie. U příbuzných pacientů jsme oproti kontrolním subjektům zaznamenali posun v žebříčku životních hodnot, který nastává patrně v důsledku soužití se závažně duševně nemocným. Po programu kvalita života příbuzných významně stoupala, avšak pouze u mužů. Tato analýza sociálních aspektů rodinné psychoedukace byla prvním předpokladem k dalšímu studiu mechanismů účinku této intervence. Dalším cílem bylo zhodnotit zdravotní aspekty rodinné psychoedukace. Proto jsme v letech 2002-2003 uspořádali jednorocní prospektivní terénní studii, jejímž cílem bylo 1) analyzovat účinnost klinicky vedeného psychoedukačního programu, administrovaného co nejdříve po propuštění pacienta z hospitalizace a 2) zjistit názory a spokojenost účastníků po absolvování programu. Ověřovali jsme hypotézu, že zařazení krátkodobého profesionálně vedeného rodinného psychoedukačního programu ke standardní léčbě redukuje frekvenci relapsů a délku případných rehospitalizací během následujícího roku sledování. Po podepsání informovaného souhlasu bylo osloveno 120 pacientů s diagnózou schizofrenního spektra při propuštění ze dvou psychiatrických zařízení. Na pracovišti A (N=86), kde se rodinná psychoedukace nabízí všem pacientům propouštěným s diagnózou ze schizofrenního spektra, bylo osloveno 86 pacientů. Pozvání přijalo 53 pacientů (61,6%); 33 pacientů (38,4%) na pozvání nereagovalo a programu se neúčastnili. Na pracovišti B, kde takový program nabízen není a pacienti nemají příležitost se psychoedukace účastnit, bylo osloveno 34 propouštěných pacientů. Účastníci psychoedukace měli v porovnání s neúčastníky kratší průměrnou dobu případné rehospitalizace (5.89 dní, oproti 17.78 dní, $p = 0.045$) během jednoho roku sledování. Pravděpodobnost rehospitalizace během roku sledování byla vyšší pro pacienty z pracoviště, které psychoedukaci neposkytovalo. Kratší průměrná doba případných rehospitalizací účastníků psychoedukace, vysoká účast pacientů s první epizodou schizofrenie a pozitivní hodnocení účastníků svědčí pro to, že rodinná psychoedukace může

minimalizovat nežádoucí zdravotní a sociální dopady schizofrenie. Proto by tento preventivní a ekonomicky nenáročný program měl být poskytován již v začátcích onemocnění.

Summary

Schizophrenia is a severe mental illness that influences the whole family life. Relapse prevention is one of the most important goals of long-term schizophrenia management, as relapse is both distressing and costly. Family intervention supplementation to standard treatment could reduce the relapse rate. Family psychoeducation provides a combination of education about mental illness, family support, crisis intervention, and problem-solving-skills training. In our previous study we were interested in social aspects of group family psychoeducation. We explored the influence of family psychoeducation on quality of life of the participants. The patients with schizophrenia, including first-episode patients, had significantly lower overall quality of life compared to their healthy counterparts. The relatives re-structured their life values and preferences as a result of the experience with severe illness in the family. The quality of life improved significantly after the program in male relatives. In order to explore the mechanism of family psychoeducation more deeply, we designed one-year prospective follow-up field study. This study assessed the influence of a short-term, clinically based, and professionally led family psychoeducation program on a one-year relapse rate. A total of 120 patients were recruited upon discharge from two psychiatric hospitals in Prague: (1) Site A (N = 86), where family psychoeducation is offered to all patients with schizophrenia spectrum disorders; and (2) Site B (N = 34), where no such program was offered. Compared to nonparticipants, psychoeducation participants had a shorter average length of rehospitalization stay (5.89 days, vs. 17.78 days, $p = 0.045$) in a one-year follow-up after discharge. The probability of rehospitalization during a one-year follow-up was higher for patients from the site that did not provide psychoeducation. A shorter average length of rehospitalization of psychoeducation participants, a high turnout of first-episode patients, and positive responses of psychoeducation participants suggest that family psychoeducation should be supplemented early in the course of the illness to achieve favorable treatment outcomes and minimize adverse health and the social consequences of schizophrenia.

3. Úvod

Schizofrenie je závažné onemocnění. Postihuje lidi v mladém věku na prahu života, mnohdy zásadním způsobem ovlivňuje jejich schopnost studovat a pracovat. Zasahuje do života celé rodiny. Stigma, spjaté s diagnózou schizofrenie je všudypřítomné a představuje pro nemocné a jejich blízké další emoční zátěž.

Nemocným se schizofrenií se věnuji od počátku mé psychiatrické kariéry, skoro 17 let.

Během této doby jsem nahlédla do problémů, které nemocné a jejich blízké trápí. Některé jsou obtížně řešitelné, jiné jsou však zvládnutelné poměrně snadno. Jedním z těchto potenciálně řešitelných a přitom doslova strategických problémů je dramatický *informační deficit*. Nemocní i jejich blízcí mají právo na obsažnou a relevantní informaci o povaze onemocnění a léčbě. Už proto, že po nich vyžadujeme dlouhodobou, mnohdy celoživotní spolupráci. Antipsychotika jsou prokazatelně dlouhodobě účinná, ovšem za předpokladu, že je pacienti užívají. Jenže schizofrenie je onemocnění, které probíhá v atakách a remisích. Zatímco v období ataky akceptují přínos medikace všichni zúčastnění, dlouhodobý a preventivní význam medikace v obdobích remisí jim už zdaleka tak jasný není.

Domnívám se, že právě informační deficit je problém z kategorie těch zvládnutelných. I proto jsme v roce 1996 zahájili v Psychiatrickém centru Praha první rodinný skupinový psychoedukační program pro pacienty se schizofrenií a jejich blízké. Pozitivní ohlasy účastníků i nepochybný klinický přínos vzbudily moji zvědavost a ke klinickému zájmu jsem přidala i zájem výzkumný. V první fázi jsme se zabývali sociálními aspekty rodinné psychoedukace, které jsme ověřovali prostřednictvím hodnocení kvality života účastníků. Tyto studie uvádím v souhrnu. V letech 2000 – 2003 jsme uspořádali prospektivní terénní studii, která se týká zdravotních aspektů rodinné psychoedukace. Výsledky této studie jsou hlavním předmětem disertační práce. Přinesly nejen řadu cenných poznatků metodologických, ale i klinických s praktickými dopady pro modifikaci psychoedukačního programu. Rodinná psychoedukace získala během let důstojné místo v komplexní terapii schizofrenie. Děkuji profesorovi Libigerovi, který mi v roce 1996 důvěřoval natolik, že mě nechal samostatně celou rodinnou psychoedukace zavést do praxe. Bez něj by tato práce patrně nikdy nevznikla.

4. Schizofrenie a rodina

Schizofrenie je závažné onemocnění, které zasahuje do života celé pacientovy rodiny.

Reorganizace zdravotní péče, především deinstitucionalizace a důraz na komunitní péči, vrací

duševně nemocné do jejich přirozeného prostředí. Tím se automaticky část péče a zodpovědnosti přesunuje na pacientovy blízké, protože schopnost pečovat o sebe a vyřizovat si své vlastní záležitosti může být u schizofrenie zhoršená. Zdravotnický systém se spoléhá na příbuzné jako na kompetentní jedince, kteří zajistí léčbu a zabrání nákladným hospitalizacím (Sales, 2003). Schizofrenie však vzhledem k povaze symptomů klade na pečující osoby značné psychické nároky. Floridní pozitivní, negativní i kognitivní symptomy mohou zhoršovat psychický i tělesný stav pečujících osob (Dyck et al., 1999). Obráceně platí, že reakce příbuzných na projevy nemocného může ovlivňovat dlouhodobý průběh schizofrenie a zvyšovat riziko rozvoje relapsu (Barrowclough a Lobban, 2001). Odhaduje se, že 50-80% jedinců s onemocněním ze schizofrenního okruhu žije s příbuznými nebo je s nimi v pravidelném kontaktu (Lehman a Steinwachs, 1998).

Projevy nemocných, které jsou důsledkem schizofrenních symptomů, jsou stresující jak pro pacienty tak pro příbuzné. Násilí vůči členům rodiny páchané jejich dospělými příbuznými, trpícími duševní nemocí je z výzkumného hlediska poměrně zanedbávaná oblast. Toto tabu veřejné diskuse je syceno strachem, že se tato populace bude dále stigmatizovat. Rodiny lidí se schizofrenií zažívají násilí odhadem měrou asi 10-40%, což je podstatně vyšší než je frekvence násilí v obecné populaci (Salomon et al., 2005).

Další důležitou otázkou je postoj nemocných k účasti jejich příbuzných v léčbě.

Preference pacientů, kteří byli poprvé v životě hospitalizováni na psychiatrii, ohledně účasti příbuzných v léčbě zjišťovali Perrault et al (1999). Více jak třetina dotazovaných považovala množství a kvalitu informací poskytovaných jejich příbuzným za nedostatečné. Většina pacientů požadovala, aby se příbuzní na jejich léčbě podíleli. Pacienti v Psychiatrickém centru Praha – účastníci rodinného psychoedukačního programu – se v podstatě se svými zahraničními protějšky shodli: účast příbuzných v psychoedukačním programu si pochvalovali, dokonce ji vyžadovali (Motlová et al., 2002). Leavy et al (1997) prováděli rozhovory s pacienty a příbuznými 12 měsíců po prvním kontaktu s psychiatrickými službami. Většina pacientů a příbuzných byla vcelku spokojena s humánním zacházením ze strany psychiatrického personálu. Na druhou stranu byli nejvíce znepokojeni tím, že jim bylo poskytováno málo informací a praktických rad.

4.1 Břímě a kvalita života příbuzných pacientů se schizofrenií

Rodinné břímě je zpravidla definováno jako souhrn obtíží, překážek a problémů, které zažívají rodinní příslušníci jako důsledek nemoci svého blízkého. Zpravidla se popisuje jeho

objektivní a subjektivní dimenze: 1) objektivní zátěž zahrnuje přímou péči (asistenci s péčí o sebe či dohled nad pacientem), nutnost vypořádat se s emočními potřebami pacienta, vliv pečování na některé aspekty života, jako jsou rodinné interakce, dopady na další děti v rodině, každodenní zaběhané rodinné zvyklosti nebo trávení volného času, vliv na práci, duševní i tělesné zdraví, sociální síť a finanční dopady. Subjektivní zátěž je definovaná jako osobní reakce pečujícího jedince v pokusu vyrovnat se s objektivní zátěží, která zahrnuje pocit psychického tlaku, stigma, starosti a strach, pocity studu a viny (Sales, 2003). Studie zátěže, kterou představuje závažné onemocnění pro rodinu pacienta, využívají kvantitativních a kvalitativních metod. **Kvantitativní metody** předpokládají existenci hodnotících stupnic a škál. Dotazníky jsou sebeposuzovací či vyplňované na základě strukturovaného rozhovoru. Tématicky pokrývají objektivní i subjektivní zátěž. Jejich cílem je zpravidla objektivní posouzení stresorů, se kterými se musí respondent vyrovnat. První škály zátěže pro ty, kdo pečují o pacienta, vytvořili Grad a Sainsbury (1963) a Hoenig a Hamilton (1966).

V současnosti se nejvíce používá Involvement Evaluation Questionnaire (IEQ, Schene 1992), Perceived Family Burden Scale (PFBS, Levene 1996), Family Questionnaire (FQ, Quinn 2003), Experience of Caregiving Inventory (ECI, Szmukler et al, 1996), Attitude Scale a Distress Scale (Falloon 1996). Subjektivní odpověď nebo styl vyrovnávání se s závažnými událostmi nebo obtížemi pokrývá například List of etiological attributions (30 položkový seznam možných příčin nemoci vypracovaný Angermeyerem a kolegy (Angermeyer et al, 1988).

Medicína však stále častěji využívá ve výzkumech **kvalitativní metodologie**, původně využívané především v sociálních vědách. Výhodou kvalitativních přístupů je poskytnutí bohatšího a hlubšího pochopení lidského života. Na jedné straně umožňují nahlédnout do subjektivního světa nemocných, do jejich chápání nemoci, představ o příčinách či prognóze a do problémů, kterou s sebou nese. Na druhé straně zasazují individuální prožitek nemoci do sociálního, politického a ekonomického kontextu pacientova života.

Výsledky kvalitativního výzkumu pomáhají vymezit zkoumanou oblast z pohledu zúčastněných (ať už pacientů, příbuzných nebo pečovatелů/zdravotníků/sociálních pracovníků), přinášejí dosud nepojmenované a nezkoumané nápady, slouží ke stanovení hypotéz, které mají být kvantitativním výzkumem ověřovány a v závěrečné fázi poskytují klíč k interpretaci výsledků získaných kvantitativními metodami.

Užívanou formou kvalitativního výzkumu jsou **skupinové řízené rozhovory -focus group** (Hendl 1997, Morgan 2001). Jedná se o standardní kvalitativní rozhovor se skupinou 6 až 10 účastníků. Moderátor diskuse uvádí podněty, průběh je předem strukturován. Cílem

rozhovoru je probrat určité téma, zjistit jeho rozsah, popř. souhlas nebo nesouhlas s určitými postoji. V průběhu skupinové diskuse dochází k vyrovnávání stanovisek a zaměření se na nejdůležitější oblasti. Výhodou skupinové interakce je odhalení kolektivních postojů a vzhled do individuální motivace. **Při studiu rodinných příslušníků** slouží kvalitativní techniky k hlubší analýze toho, jak jsou rodiny zasaženy nemocí svého člena, v kterých oblastech mají nejvíce problémů, a které aspekty péče o pacienta jsou pro ně subjektivně nejbolestnější. Na základě této analýzy je možné vypracovat vhodné terapeutické a edukační programy cílené na snížení zátěže. Zátěž rodiny není dána jen aktuálním stavem symptomů u pacienta, ale také širším sociálním kontextem, ve kterém rodina žije. Kvalitativní metodologie pomáhá poznat vnitřní a vnější faktory, které rodinnou zátěž významně snižují nebo k ní přispívají. Dokáže také zachytit dobová i teritoriální specifika, která je nutné vzít v úvahu při vytváření intervencí a modifikaci edukačních programů, které vznikly v realitě západní společnosti. Příkladem použití kvalitativních metod při zjišťování potřeb příbuzných byla německá studie (Jungbauer et al., 2002), ve které se na základě 42 rozhovorů s příbuznými schizofrenních pacientů zjišťovalo, nakolik pro ně péče o pacienta představuje finanční zátěž. Výsledky ukázaly, že by se opatření neměla zaměřovat jen na finanční potřeby rodin, ale měla by brát v úvahu i nemateriální náklady na péči o nemocné příbuzné. Cílem další studie založené na analýze rozhovorů s nemocnými se schizofrenií a jejich příbuznými bylo zjistit, co se považuje za faktory přispívající ke vzniku schizofrenie a zda se tyto představy liší v západní a východní části Německa. Metoda skupinových řízených rozhovorů sloužila k popsání představ, jaké mají pacienti a příbuzní o dalším průběhu nemoci (Holzinger et al., 2002; 2003) nebo pro hlubší poznání stigmatizace, které jsou vystaveni (Schultze 2003). Analýzou výsledků skupinových řízených rozhovorů s 28 ženami trpícími schizofrenií se zjistilo, že vedou okleštěný život s omezenými mezilidskými kontakty, žijí v chudobě a jsou postiženy sociální stigmatizací (Chernomas et al., 2000).

Zátěž pocíťovaná příbuznými je modifikována zevními okolnostmi, jako jsou symptomy pacienta, frekvence hospitalizací, spolupráce při léčbě či podpora zdravotnického personálu a vnitřními faktory, k nimž patří způsoby vyrovnávání se s nastalou situací, představami o příčinách schizofrenie či očekávání od psychiatrických služeb.

Z hlediska vztahu **symptomů a zátěže** se zjistilo, že příbuzní, kteří předjímalí, že pacienti jsou méně zodpovědní za chování spjaté s negativními symptomy, a že je tudíž nejsou schopni změnit, prožívali vyšší míru zátěže. Závažnost chování spjatého s pozitivními symptomy se úměrně k pocitu zátěže nevztahovala. Negativní symptomy, v porovnání s pozitivními, více zasahují příbuzným do života, což se odráží jako vyšší míra prožívané zátěže (Provencher a

Mueser, 1997). Pro tvorbu rodinných programů z toho plyne, že je třeba věnovat větší pozornost negativním schizofrenním příznakům a naučit příbuzné, jak se k projevům pramenícím z negativních příznaků stavět, spíše než zdůrazňovat terapeutické rozpaky. Mc Donell et al (2003) zjistili, že povědomí pečovatele o suicidálních úvahách, nikoli pacientem zmiňované suicidální myšlenky, a že pacientův věk, nikoli trvání nemoci, byly významnými nezávislými prediktory zátěže: čím mladší věk tím vyšší břímě. Jiná studie porovnávající vnímání psychotických symptomů mezi pacienty, příbuznými a obecnou populací zjistila, že mezi pacienty a příbuznými je povědomí o psychotických symptomech sice vyšší než u obecné populace, přesto je stále velmi nízké. Obecná populace nerozpoznávala psychotické projevy jako příznaky duševní poruchy a nepovažovala léky ani hospitalizaci za nutné. Pacienti se schizofrenií, kteří správně rozpoznali psychotické příznaky u jiných osob, rovněž měli povědomí o svých vlastních příznacích a potřebě léčby (Chung et al., 1997). Z toho lze dovodit příznivý vliv skupinových intervencí, během nichž mají pacienti možnost vzájemně si o psychotických prožitcích povídat, „trénovat“ rozpoznání časných varovných příznaků relapsu a učit se techniky, jak se s nemocí vyrovnávat.

Zátěž příbuzných pacientů, kteří jsou v počátečních stádiích svojí psychiatrické kariéry, zkoumala Ostman (2004). Porovnáním zátěže ve skupině příbuzných s chronickým onemocněním a s nedávným začátkem zjistila relativně malé rozdíly. Příbuzní častěji hospitalizovaných pacientů však prožívali vyšší míru psychologické zátěže, na níž se významně podílelo stigma spjaté s chronickou duševní nemocí.

Dalším faktorem, který přispívá k psychické nepohodě příbuzných je nespolupráce pacienta při léčbě. Intervence, jejichž cílem je zlepšit spolupráci při léčbě (*compliance*), vedou ke snížení psychického tlaku.

Podpora od profesionálů rovněž významně ovlivňuje břímě. Příbuzní se často cítí vyhořelí, bezmocní a ignorováni profesionály. Pomoc ze strany odborného personálu redukuje zátěž dvojitým způsobem: 1) prostřednictvím praktických rad, jak zacházet s problematickým chováním a 2) posílením pocitu vlastní kontroly nad tímto chováním (Reinhard, 1994).

Způsoby vyrovnání se s duševní nemocí v rodině se zabývali Magliano et al. (1998). Příbuzní, kteří jsou schopni aktivního přístupu a minimálně zaujímají pasivní postoje, pociťují menší zátěž. Významnou roli v redukci břemene přisuzovali příbuzní v této studii sociální opoře. Příbuzní, kteří sami prožívají více emočních problémů, se méně do pacientovy léčby zapojují a častěji potřebují sami podpořit. Intervence zaměřené na tyto rodiny mohou být významné, právě proto, že dobře fungující záchytná podpůrná síť kolem duševně nemocného redukuje relapsy (Ostman et al. 2000).

Stengard (2002) identifikoval mezi pečovateli o nemocné schizofrenií pět odlišných typů a rozlišil je na supervidující, úzkostné, akceschopné, rezignované a mobilizující; bylo by užitečné, aby intervence pro příbuzné brala tyto rozdílné přístupy v potaz. **Představy příbuzných o příčinách schizofrenie** mají rovněž vliv na břímě. Názory na příčiny schizofrenie se různí mezi obecnou populací a příbuznými v průzkumu provedeném v Rakousku a bývalém západním Německu. Zatímco obecná populace hledá příčiny v psychosociálních faktorech, jako je stres a přepracování, příbuzní daleko častěji uvádějí biologické faktory. To je dáno nepochybně intenzivnějšími kontakty příbuzných s profesionály, nelze ale zcela vyloučit možnost, že se jedná o mechanismus, jak se vyrovnat s vlastními pocity viny (Angermeyer a Matschinger, 1996). Pocity viny bývají důsledkem mylných představ o vlastním selhání při výchově, které jsou syceny dnes již překonanými teoriemi o „schizofrenogenní výchově“. Pocity viny vedou k hyperprotektivním postojům, které jsou pro dlouhodobý průběh onemocnění nevýhodné. Holzinger a Kilian (2003) provedli podobný průzkum s cílem zjistit názory v bývalé NDR. Kvalitativní analýza rozhovorů s pacienty a příbuznými měla za cíl ověřit jejich představy o příčinách schizofrenie. Přestože mezi respondenty z různých geografických oblastí převažují podobnosti, existují i zajímavé rozdíly: zatímco v bývalém západním Německu převládá tendence považovat rodinu za činitel přispívající ke vzniku schizofrenie, ve východní části země uvádějí respondenti nepříznivé sociální podmínky.

Vztahem mezi zátěží a **očekávanými příbuzných od psychiatrických institucí** se zabývali Schmidt et al (2003). Identifikovali několik problémových okruhů: nedostatek informací o duševní nemoci, pocity, že nejsou bráni vážně, nedostatečná podpora stávajícími službami, případně jejich geografická nedostupnost, čas trávený pečováním, finanční obtíže, omezení vlastní schopnosti pracovat, zhoubný vliv na vlastní tělesné a psychické zdraví, redukce aktivit přinášejících potěšení, negativní vliv na sociální aktivity, emoční zátěž a obtíže související s pacientovým problematickým chováním. Očekávání ze strany příbuzných se nejčastěji týkala vztahu mezi příbuznými a ošetřujícím personálem, informací o nemoci a zlepšení dostupnosti služeb. Podobné problémové okruhy vytipovali příbuzní v rámci studie EUFAMII (European Federation of Associations of Families of Mentally Ill People) (Brand, 2001). Jednalo se především o finanční zajištění duševně nemocných, nedostatek lůžek v nemocnicích, problematickou koordinaci péče, nedostatek respektu vůči rodinám a jejich účasti v léčbě. Příbuzní zdůrazňují, že potřebují praktické intervence, jejichž cílem je vytvořit stabilitu a umožnit pacientům uplatnění v sociálních rolích (De Haan et al., 2002).

Zatímco hodnocení zátěže se používá poměrně často, použití dotazníků kvality života je méně časté. Kvalita života je konstrukt, který obohacuje klinické myšlení. Podrobněji se výzkumy kvality života zabýváme v kapitole Sociální aspekty rodinné psychoedukace.

Ačkoli péče o duševně nemocné vede ke vnímání především negativních aspektů, nelze opominout, že někteří pečující zmiňují i pozitivní přínos, jako je zisk životních „lekci“ i významná mezilidská setkání, k nimž dojde v souvislosti se zkušeností s duševní nemocí v rodině (Veltman et al., 2002).

4.2 Rodinné intervence a okolnosti vzniku rodinné psychoedukace u schizofrenie

Vznik rodinných psychoedukačních programů v sedmdesátých letech dvacátého století provázely především tři okolnosti, do jisté míry spolu související: 1) reorganizace péče o duševně nemocné v USA v padesátých letech dvacátého století, jejíž podstatou byla deinstitutionalizace, 2) aktivity svépomocných rodičovských skupin v reakci na přesun péče o duševně nemocné na jejich bedra, 3) neúčinnost rodinných psychoterapií u schizofrenie vycházejících z modelu dysfunkční rodiny.

Podstatou deinstitutionalizace bylo propouštění pacientů z velkých psychiatrických ústavů. Jelikož v té době neexistovala dostatečně veliká síť komunitní péče, pacienti se museli spolehnout sami na sebe či na své příbuzné. Rodiče upozorňovali na obtíže, které soužití s duševně nemocným přináší, i na to, že schizofrenie vzhledem k povaze symptomů klade na pečující osoby značné psychické nároky. Jak se později ve výzkumech potvrdilo, floridní pozitivní, negativní i kognitivní symptomy mohou zhoršovat psychický i tělesný stav pečujících osob (Dyck et al., 1999). I proto se v té době formovaly svépomocné rodičovské organizace, které požadovaly účinnou pomoc.

Tradiční rodinné psychoterapie nepomáhaly, mimo jiné i proto, že předpokládaly „poruchu“ rodinného systému. Jednou z teorií, o něž se tehdejší rodinné psychoterapie opíraly, byla například teorie o „schizofrenogenní matce“ Friedy Fromm-Reichmannové. Podle ní panovačné matky mohou v dítěti vyvolávat pocit nejistoty, úzkosti a nenávisti, přičemž v extrémních případech může tento strach vést k duševní poruše (Hornstein, 2001).¹

¹ Frieda Fromm-Reichmannová věnovala celou svoji psychiatrickou kariéru psychoterapii psychotických pacientů. Mnohé z postupů, které používala v léčbě pacientů se schizofrenií, ovlivnily pozitivně přístup dalších generací psychiatrů k pacientům. Poněkud nešťastně zvolený termín „schizofrenogenní matka“ použila v nadsázce, když se pokoušela vystihnout kulturní rozdíly v mateřské roli mezi Německem, v němž vyrůstala, a Spojenými Státy, do nichž před druhou světovou válkou emigrovala. Domnívala se, že na rozdíl od Evropy, kde si jsou děti a matka vzájemně blízké, jelikož je spojuje strach z patriarchálního otce, stojí v Americe děti a matka

Další tehdy vlivnou teorií byla Batesonova koncepce dvojí vazby (double bind theory). Bateson a jeho kolegové se zabývali účinky paradoxů v lidské interakci. V tomto kontextu studovali schizofrenní komunikační výměny. Přistoupili ke schizofrenní komunikaci odlišným způsobem: považovali schizofrenní způsoby chování za důsledek určitého způsobu komunikace, která probíhala v rodině. Toto pojetí se radikálně liší od biologických hypotéz, které za příčiny schizofrenie považují intrapsychické poruchy jež následně vedou k poruše pacientových mezilidských vztahů (Watzlawick et al., 1999). Zjednodušeně řečeno, vycházeli z pozorování rozporuplného předávání komunikačních vzkazů směrem k dítěti, konkrétně rozporu mezi verbálním a nonverbálním signálem. Při takové výchově dítě ztratí schopnost rozlišovat mezi významem vzkazů a projeví schizofrenní chování (Atkinson a Coia, 1995). Obě zmíněné teorie v rodičích sytí pocity viny, přičemž rodinná nepohoda ohrožuje pacientův pocit jistoty. I proto se začaly hledat intervence, jejichž cílem by byla fungující rodina, schopná se o nemocného člena postarat. Při jejich tvorbě se vycházelo z předpokladu, že dobře fungující rodina potřebuje mít o nemoci dostatek informací, a dovedností, jak s nemocí pracovat, tudíž se optimálním zdál být psychoedukační přístup.

4.3 Teoretická východiska rodinné psychoedukace

Rodinná psychoedukace vychází z předpokladu o negativním vlivu stresujícího prostředí na průběh schizofrenie. Model „stres-zranitelnost“ předpokládá, že průběh schizofrenie a výsledný stav pacienta je výsledkem dynamického spolupůsobení biologické zranitelnosti, stresu a odolnosti, neboli schopnosti stresu čelit (Zubin a Spring, 1977; Nuechterlein a Dawson, 1984). Na křehkém neurokognitivním terénu může vlivem chronického stresu snadněji docházet k dekompenzacím. Chronickým stresorem může být i rodinná atmosféra. Cílem rodinné psychoedukace je proto tento chronický stres, kterému může být pacient vystaven, odstranit či zmírnit, a zajistit pacientovi bezpečné, předvídatelné a přiměřeně stimulující prostředí. Současně je třeba posílit pacientovu schopnost stresu čelit. Pacient bude stresu čelit lépe, pokud se naučí základům zvládnání nemoci, tedy pokud pochopí význam medikace, omezí nadužívání návykových látek, vytvoří si síť sociálních kontaktů, a bude se zabývat smysluplnými aktivitami.

na odlišných pozicích, protože se americké ženy mužů nebojí a tudíž v rodinné dynamice zaberou dominantní místo. Panovačné matky pak mohou vyvolávat v dětech pocity nejistoty, úzkosti a nenávisti. V extrémních případech může strach dítěte z dominantní matky vést k duševní poruše (Hornstein, 2000).

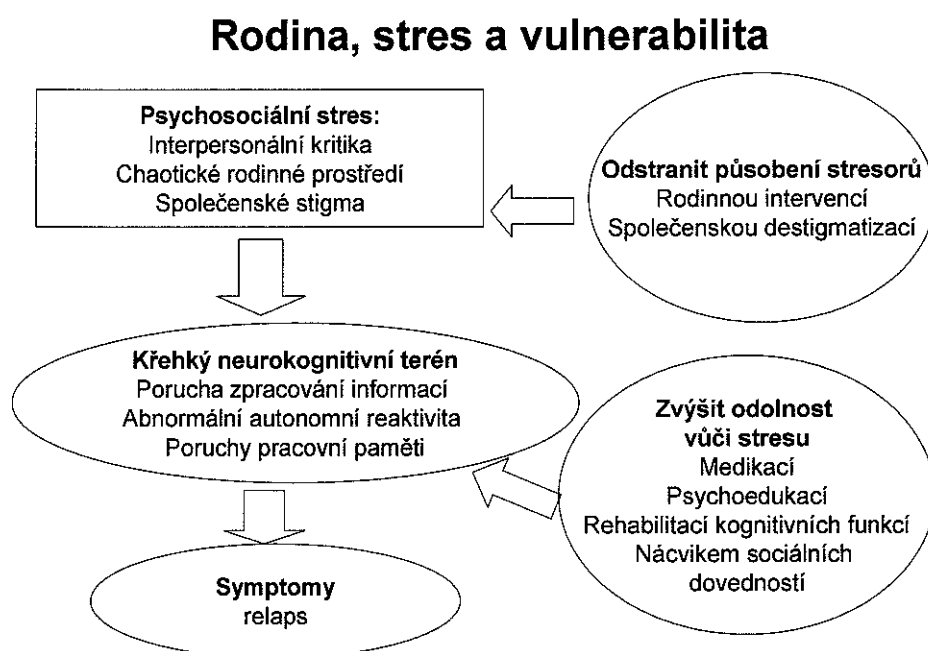
Souvislost mezi klinickým stavem duševně nemocných a *kvalitou vztahu mezi pacienty a jejich blízkými v rodině* se stala v padesátých a šedesátých letech hlavním tématem řady studií. Při dlouhodobém sledování pacientů se schizofrenií se zjistilo, že ti z nich, kteří se vraceli k rodičům či partnerům, měli relapsů více, zatímco jedinci, kteří žili samostatně nebo se vraceli k sourozencům, relabovali méně (Wearden et al., 2000). Pro jiné diagnózy se podobná souvislosti nezjistila. K měření emočních interakcí v rodině vyvinuli Brown a Rutter semistrukturované interview (Camberwell Family Interview; Brown a Rutter, 1966), v současné době se nejčastěji používá kratší modifikovaná verze – Pětiminutový vzorek řeči (Five Minute Speech Sample (Wearden et al., 2000). Vyjadřované emoce (Expressed Emotions, EE) jsou měřítko, které oškáluje kritičnost, hostilitu, emoční hyperangažovanost, vřelost a počet pochval, vyjadřovaných na pacientovu adresu. Za vysoké skóre (a zařazení do skupiny *nadměrně vyjadřovaných emocí, HEE, High Expressed Emotions*) zodpovídá především vysoká míra kritičnosti a hostility. Příbuzní, kteří dosahují vysokých skóre ve vyjadřování emocí, komunikují s pacientem obecně hůře: více mluví, méně se na nemocného dívají a poslouchají málo efektivně, zatímco příbuzní s nízkými skóre EE (LEE, Low Expressed Emotions) byli připravenější mlčet a poslouchat (Kuipers et al., 1983). LEE příbuzní jsou tolerantnější a citlivější k pacientovým potřebám, zatímco jejich HEE protějšky mají tendenci rušivě zasahovat do komunikace, jsou netolerantní k pacientovým problémům a nevhodně či nepružně řeší vzniklé problémy. Zjistilo se, že míra EE u příbuzných významně souvisí s jejich názory na schizofrenii. Příbuzní, kteří pacienty hodně kritizovali, se domnívali, že pacient může svoje projevy kontrolovat a ovládat vůlí (Wearden et al., 2000). Ve vztahu k relapsu však bylo třeba zjistit, zda jej HEE skutečně spouštějí a zda se nejedná spíše o reakci příbuzných na zhoršení příznaků. Odpověď pomohly nalézt studie intervencí snižujících HEE. Řada z nich potvrdila, že účast rodiny v takové intervenci snižuje výskyt relapsů a podpořila hypotézu o HEE jako prediktoru a spouštěči relapsu (Hogarty et al., 1986; Tarrier et al., 1988). Kavanagh (1992), Možný a Votýpková, 1992; Bebbington a Kuipers, 1994).

Musíme však pamatovat na to, že většina výše uvedených studií pochází z tzv. západních společností a není jisté, zda tyto výsledky jsou aplikovatelné v jiných kulturách a v jiném společenském uspořádání. Například příbuzným japonských a čínských pacientů trvá déle, než dotyčného zkritizují, neboť tak činí spíše „oklíkou“, a méně mluví, v porovnání s příbuznými anglických pacientů. Tradiční zdrženlivost je výraznou komunikační rozdílností mezi Východem a Západem (Nomura et al., 2005). Yang et al (2004) vyhodnotili Camberwelské interview s 54 čínskými příbuznými pacientů s schizofrenií. Čínští příbuzní

obecně činili méně osobních připomínek. Více kritičtí anebo hostilní příbuzní připisovali pacientovo chování plynoucí z negativních příznaků nedostatečné sebekázně a považovali je za vůlí více ovlivnitelné. Vysoce vyjadřované emoce příbuzných, kteří se domnívali, že jde o poruchy vůle, predikovaly relaps, zatímco osobní komentáře překvapivě chránily před relapsem. Studie v USA žijících mexických přistěhovalců (Latinos) a anglo-amerických pacientů a jejich rodin naznačují, že v mexicko-amerických rodinách je vřelost významný protektivní faktor, zatímco u anglo-amerických rodin je rodinný kriticismus významný rizikový faktor. Z toho plyne, že má-li být intervence s cílem vytvořit nestresující prostředí účinná, musí respektovat kulturní odlišnosti.

Odpověď na otázku, proč pacienti reagují zhoršením v **chronicky stresujícím prostředí** přinesly především studie z poslední doby. Původním podnětem bylo pozorování, že mnozí závažně nemocní dali přednost anonymnímu životu v centrech měst před soužitím s příbuznými. Byla příčinou jejich migrace intuitivní snaha vyhnout se emočně přetíženým rodinným interakcím – ať už se jednalo o netoleranci a hostilitu na straně jedné nebo hyperprotektivitu na straně druhé? Sociální stažení a izolace v anonymitě města mohly být tedy výsledkem ochranné „titrace“ sociálního kontaktu. Psychofyziologické studie z té doby tyto hypotézy potvrdily spojitost mezi vysokými hladinami „nabuzení“ (high arousal) a sociálním stažením. Těsné emoční vazby v rodině vedly podle těchto hypotéz k nadměrné stimulaci, v jejímž důsledku překročilo fyziologické „nabuzení“ hranici, za níž se pacient už nedovedl se situací vypořádat (Wearden et al., 2000). Řada studií z nedávné doby další důkazy o **křehkém neurokognitivním terénu u schizofrenie** přidala: jedná se o abnormální zpracování informací, odchylky v autonomních reakcích a poruchách pracovní paměti (Rosenfarb et al., 2000). Interakce neurokognitivní vulnerability a psychosociálních stresorů predisponuje pacienty ke zranitelnosti při působení stresu chronické povahy či kumulace diskrétních stresujících událostí. Z těchto předpokladů pak vychází intervence – rodinná psychoedukace – jejímž cílem je chronický stres, kterému může být pacient vystaven, odstranit či zmírnit, a zajistit mu bezpečné, předvídatelné a přiměřeně stimulující prostředí. Současně je třeba posílit pacientovu schopnost stresu čelit (Obr.1).

Obr. 1 Biopsychosociální model schizofrenie: Stres, vulnerabilita a intervence
(upraveno podle Motlová, 2005)



5. Psychoedukace

Nejčastějšími příčinami morbidity a mortality jsou v současnosti chronická multifaktoriální onemocnění, jako je diabetes, hypertenze, schizofrenie, bipolární afektivní porucha či periodická depresivní porucha. Má-li být jejich léčba úspěšná, musí medicína opustit dosud dominující paternalistický model a učinit z pacienta partnera v léčbě. Pacient se však může stát partnerem pouze tehdy, bude-li mít o svojí nemoci a její léčbě **relevantní informace**. Zatímco příručky či internet zprostředkovávají informace obecné, individuální či skupinová psychoedukace vedená odborníkem umožní osobní kontakt a zajistí informace šité na míru. Pacient se může zeptat na nejasnosti, čímž se předejde mnoha nedorozuměním, ve skupinovém programu má navíc možnost vyměňovat si zkušenosti s ostatními nemocnými. Proto vznikají psychoedukační intervence, jejichž cílem je pacienta více angažovat v léčbě a naučit jej dovednostem důležitým pro její zvládnutí. Ukazuje se, že programy zaměřené na edukaci pacientů s diabetem či hypertenzí, prokazatelně zlepšují zdravotní stav a snižují náklady na léčbu (Španiel, 2005). Platí to i pro chronické duševní poruchy. Například u bipolární poruchy znamenala účast v programu oddálení manického relapsu (Perry et al., 1999), zvýšení znalostí o nemoci a zlepšení postoje k léčbě (Bauer et al 1998; Van Gent a

Zwart, 1991), předcházela rekurenci a zkrácení případných rehospitalizací (Colom et al, 2002; 2003). Přizvání rodiny do programu významně déle oddalovalo relaps a vedlo k lepší spolupráci při užívání léků, a to po dobu 24 měsíců (Miklowitz et al., 2003).

U schizofrenie jsou výsledky rovněž přesvědčivé. Podrobně se jimi zabýváme v kapitole Hodnocení účinnosti rodinné psychoedukace.

5.1 Psychoedukace u schizofrenie: základní postupy a typy programů

Psychoedukace je systematická, strukturovaná a didaktická informace nemocným a jejich blízkým o nemoci a její léčbě, jejímž cílem je naučit je dovednostem důležitým pro její zvládnutí a usnadnit adaptaci na nemoc. Psychoedukační programy se liší uspořádáním a délkou, počet setkání se pohybuje mezi 8-25. Setkání mívají pevnou a předem danou strukturu, v níž se doplňuje část výkladová a diskusní. S výhodou se uplatní skupinová povaha rodinné psychoedukace, během níž mají pacienti i příbuzní možnost vzájemně si o psychotických prožitcích povídat, „třénovat“ rozpoznání časných varovných příznaků a vyměňovat si osvědčené zkušenosti. Pro větší názornost a srozumitelnost se při výkladu používají didaktické materiály (například powerpointové prezentace a pracovní sešity). Některé modelové postupy rodinných intervencí jsou uvedeny v boxu 1. Příklady dostupných manuálů provádění psychoedukace jsou uvedeny v boxu 2.

Box 1: Rodinné psychoedukační intervence (upraveno podle Motlová, 2005)

Behaviorální rodinné přístupy (Falloon et al., 1984)

Rodinná psychoedukace (Anderson et al., 1980)

Skupinová rodinná psychoedukace (McFarlane 2004)

Individuální rodinná psychoedukace doplněná skupinovou psychoedukací pouze pro příbuzné (Leff, 1989)

Rodinná konzultace (Wynne, 1994)

Skupinová rodinná edukace vedená vyškolenými laiky, absolventy programu (Family to Family Program)(NAMI, 2003)

Box 2: Příklady manuálů, podle nichž je možné provádět rodinnou psychoedukaci

Glick ID, Berman EM, Clarkin JF, Rait DS. Marital and Family Therapy.

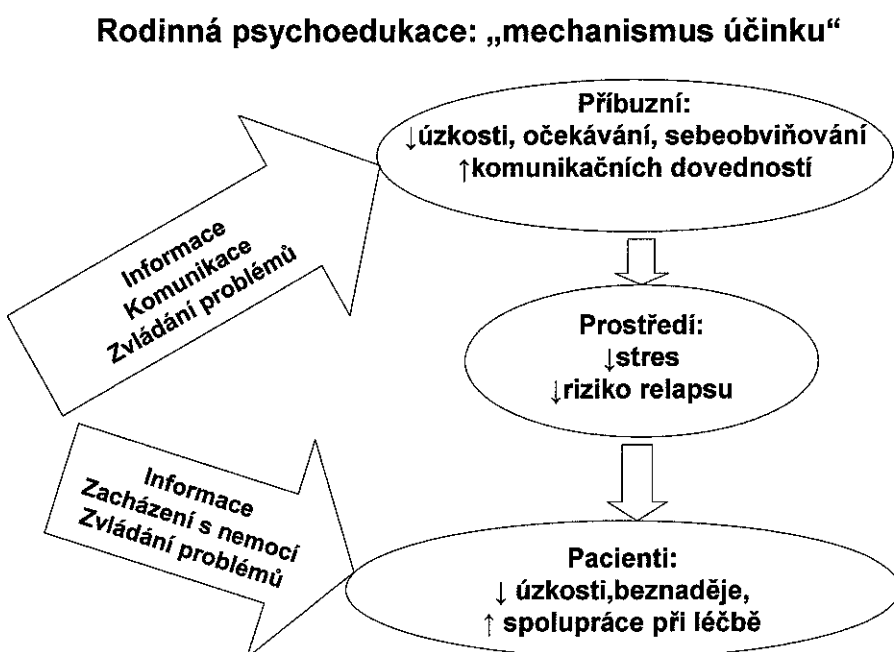
Atkinson JM, Coia DA. Families coping with schizophrenia. A Practitioner's guide to family groups

McFarlane W. Multifamily Groups in the treatment of severe psychiatric disorders.

Motlová L, Španiel F, Kitzlerová E, Korcsog P, Vránová J. PREDUKA. Preventivně-edukační program proti relapsu psychózy

Účinná intervence respektuje odlišné psychoedukační potřeby pacientů a jejich blízkých. Na základě klinických zkušeností považujeme za optimální program, v němž společnou informační část absolvují všichni účastníci spolu. Poté se pacienti a příbuzní rozdělí a zabývají se relevantními tématy odděleně. Proto v dalším textu považujeme za užitečné popsat zvláště 1) společná psychoedukační témata, určená jak pacientům tak jejich blízkým; 2) specifika psychoedukace příbuzných a 3) specifika psychoedukace pacientů. Předpokládaný mechanismus účinku rodinné psychoedukace, používané techniky a očekávané změny u účastníků jsou znázorněny v obrázku 2.

Obr. 2: Techniky používané při rodinné psychoedukace a očekávané změny u účastníků



5.1.1 Společná psychoedukační témata pro pacienty i příbuzné

Dominantní intervenční strategií je psychoedukační přístup: schizofrenie se definuje jako onemocnění mozku, které je zpravidla jen částečně ovlivnitelné medikací, přičemž se zdůrazňuje významný vliv rodiny na pacientovu úzdravu a nenahraditelná úloha příbuzných jako spojenců v tažení proti nemoci.

Dodání informací o *biologickém původu schizofrenie* koriguje mylné a zkreslené představy nemocných i příbuzných o příčinách nemoci, které jsou potenciálním zdrojem nedorozumění a pocitů viny. Rodičovské pocity viny vedou k hyperprotektivním postojům, z hlediska dlouhodobého průběhu onemocnění nevýhodným.

Speciální pozornost se věnuje *významu medikace v prevenci relapsu*. Zatímco přínos medikace v akutní fázi onemocnění akceptuje naprostá většina pacientů i jejich blízkých, o jejích příznivých preventivních dlouhodobých efektech pacienti nevědí. Zjistilo se, že informace o lécích motivují k užívání (Motlova, 2000). Malé motivaci užívat léky odpovídá vysoká neochota spolupracovat při léčbě. Léky neužívá podle doporučení až 40% pacientů v prvním roce léčby, 75% během dvouletého sledování. Roční sledování pacientů po první atace přineslo alarmující zjištění: podle doporučení spolupracovalo pouze 41% (Perkins, 2002). V této studii se zjistilo, že u nespolupracujících pacientů bylo významným faktorem malé zapojení rodiny do léčby, nedostatečný náhled překvapivě rozhodujícím faktorem pro nespolupráci nebyl. Na základě vlastních zkušeností lze konstatovat, že právě příbuzní nemocné od užívání medikace mnohdy z neznalosti odrazují, proto jde o téma typicky určené jak pacientům tak příbuzným. Účastníci se učí rozpoznávat *časné varovné příznaky*, jejichž včasným zachytem lze předejít rozvoji plného klinického relapsu.

5.1.2 Psychoedukace pro příbuzné

Specifickými tématy pro příbuzné jsou informace o příčinách schizofrenie, o povaze a průběhu schizofrenních symptomů, o významu komunikace. Důležitou součástí jsou rady, jak pomoci nemocnému i jak si zachovat svoji vlastní duševní rovnováhu. V programu je třeba rovněž ponechat prostor pro ventilaci starostí a problémů, které soužití s duševně nemocným přináší. Možnost sdílet podobné starosti s ostatními odstraňuje pocit osamocení a bezradnosti a naladí účastníky ke konstruktivnímu řešení problémů. Aktivní zapojení příbuzných má příznivé psychologické efekty, proto je důležité informovat účastníky o svépomocných rodičovských aktivitách a poskytnout jim na tyto organizace kontakty.

Již výše zmíněné dodání informací o *biologickém původu schizofrenie* snímá z beder příbuzných pocity viny, jelikož se mnozí z nich domnívají, že schizofrenii svého potomka

způsobili nevhodnou výchovou. Současně je výhodné příbuzné povzbudit, že mohou udělat hodně pro potenciálně příznivý průběh onemocnění do budoucna (viz dále). **Schizofrenní příznaky** jsou dalším častým zdrojem nedorozumění: zatímco příbuzní snadno identifikují pozitivní schizofrenní symptomy jako chorobné, o příznacích z okruhu psychomotorického ochuzení informace nemají. Domnívají se, že jde o projevy ztráty vůle či lenost. Aktivní nácvik méně rizikové a emočně nepřetížené **komunikace**, v níž nemá místo nekonstruktivní kritika a emoční výlevy, představuje rozhodující psychoedukační téma. Navazuje na informace o biologickém původu schizofrenie a učí příbuzné komunikovat tak, aby vytvářeli pacientovi co nejméně stresující prostředí. Většina příbuzných si uvědomuje, že svoje nemocné blízké hodně kritizují, ale málo chválí. Trénuje se konstruktivní kritika, příbuzní jsou upozorněni na komunikační zlovyky. K nim patří především dlouhá nepřehledná sdělení směrem k pacientovi, několik požadavků v jedné větě či kladení sériových dotazů, aniž by se čekalo na odpověď. Příbuzným se v této souvislosti vysvětlí, že přehledná komunikace usnadní pacientovi překonat problém při zpracování informací. **Nerealistická očekávání**, která příbuzní často mají, jsou pro pacienta potenciálně zatěžující, mohou zvyšovat úzkost. Je třeba příbuzným vysvětlit, že schopnost obstat v životních rolích může být v důsledku schizofrenie zhoršená, a to i po první atace onemocnění.

5.1.3 Psychoedukace pro pacienty

Přestože je účast rodiny významná, a naprostá většina psychoedukačních programů počítá s účastí příbuzných, nelze podceňovat význam dodání informací pacientům.

Těžištěm psychoedukace pro pacienty jsou především informace o povaze symptomů a vysvětlení vzniku a vývoje psychotických prožitků. Dále se probírá průběh onemocnění, včetně nácviku rozpoznání individuálních časných varovných příznaků a samozřejmě význam preventivní medikace, jelikož se předpokládají problémy s dlouhodobou **spoluprací při léčbě (noncompliance)**. Proto se identifikují možné překážky ve vztahu k medikaci, jako jsou například předsudky vůči lékům, automatické dysfunkční myšlenky o léku, lékaři, o nemoci, o sobě, o druhých („léky jsou jen pro blázny“, atd). Logicky navazuje praktická část týkající se „zacházení s nemocí“ (illness management). Jedná se o rady, jak lépe strukturovat denní režim, jak nezapomínat na léky, a podobně. Účastníci se učí, jak mohou o léčbě spolurozhodovat. Jejich role pasivních příjemců léčby se mění a stávají se jejich aktivními účastníky. Významnou součástí jsou informace o zdravém životním stylu, na ně navazují praktické informace o rehabilitačních zařízeních a socioterapeutických klubech. Cílem podpory účasti v těchto aktivitách je předejít sociální izolaci, která se považuje za významný

nepříznivý prognostický faktor (Strauss a Carpenter, 1974). Dodání naděje, povzbuzení a optimismu sleduje hlavní cíl, jímž je orientace pacientů na dosažení co největší funkční úzdravy a na plnohodnotný život, byť s ohledem na omezení, která schizofrenie přináší.

5.2 Načasování rodinné psychoedukace

Terapie schizofrenie se modifikuje podle fáze onemocnění, jíž pacient prochází (Tabulka 1). Na základě klinické zkušenosti za optimální považujeme zařazení rodinné psychoedukace ve *stabilizační fázi léčby*, která začíná v období odeznívání psychotických příznaků. V klinické praxi se pro tuto fázi ujal výstižný pojem křehká remise: pacient je mnohdy i po dobu několika měsíců zvýšeně zranitelný vůči stresu z okolního prostředí i vůči změnám ve farmakoterapii. Proto je právě v tomto období zranitelnosti vhodné získat pro spolupráci rodinné příslušníky a upozornit je na rizika spjatá například s přetěžováním či nerealistickým očekáváním od pacienta.

Někteří autoři se domnívají, že psychoedukace je účinnější u pacientů, kteří mají již s nemocí delší zkušenost, nikoli u prvních atak (Feldman et al., 2002). V naší studii jsme však zjistili, že pacienti s první atakou přijímali pozvání do programu častěji než pacienti s více atakami a ochotně se jej účastnili (Motlova et al., 2006). Zájem pacientů a jejich blízkých lze vysvětlit nejen potřebou získat informace, ale i připraveností pomáhat. Nabídka účasti v programu takto motivovaným pacientům a příbuzným může do budoucna napomoci lepší spolupráci v léčbě a zvýšit důvěru v psychiatrické intervence. Nezanedbatelný ani není fakt, že je docela možné, že právě tato fáze nemoci je oním optimálním terapeutickým „oknem“ pro ovlivnění budoucího výsledku (Carbone et al., 1999). Zjišťuje se, že účast příbuzných v terapii příznivě ovlivňuje kvalitu života pacientů (Mubarak a Barber, 2003) a rodinné prostředí a podpůrná sociální síť významně ovlivňují pacientův pocit pohody (Jablensky, 2000). Dalším argumentem podporujícím časné zařazení psychoedukace, je snížená kvalita života u pacientů s první atakou (Browne et al., 2000; Motlova et al., 2004). Naše zjištění v podstatě dávají za pravdu zastáncům specializovaných služeb pro nemocné s první atakou (McGorry et al., 1996).

Tabulka 1: Fáze léčby schizofrenie: Zařazení rodinné psychoedukace. Upraveno podle Motlová a Koukolík, 2005

Fáze nemoci	Cíl intervence	Farmakoterapie	Psychosociální intervence	Typ péče
Prodromy	Včas zachytit případný rozvoj první ataky	Pouze experimentálně	Navázat kontakt, sledovat	Ambulantní služby, centra krizové intervence
Akutní fáze (první ataka, relaps)	Odstranit floridní psychotické symptomy a agitovanost. Pozornost věnovat imperativním halucinacím a případným suicidálním úvahám.	Farmakoterapie antipsychotiky (eventuálně doplněná anxiolytiky)	Navázání terapeutického kontaktu, koherentní a přehledná komunikace, strukturovaný nestresující program	Hospitalizace
Stabilizační fáze (Křehká remise)	Dosáhnout remise. Získat spolupráci rodiny pacienta.	Farmakoterapie s minimálními nežádoucími účinky	Podpůrná psychoterapie, zahájení psychoedukace pacienta i rodiny	Denní stacionář, ambulance
Stabilní fáze (Remise)	Předejít relapsu (případně včas rozpoznat příznaky hrozícího relapsu). Zajistit optimální výkon rolí	Farmakoterapie udržovací	Nácvik sociálních dovedností, rehabilitace kognitivních funkcí, kognitivní terapie	Komunitní péče, denní stacionář, ambulance, svépomocné programy

6. Hodnocení účinnosti rodinné psychoedukace

Léčba schizofrenie vycházející z biopsychosociálního modelu nemoci vyžaduje řadu hodnotících kritérií. Tradičním hodnotícím kritériem je redukce symptomů. Odrazem nespokojenosti s omezenou výpovědní hodnotou tohoto kritéria jsou studie, které v daleko větší míře používají kritéria další, jako je frekvence relapsů, počet dní rehospitalizací, doba do vysazení medikace, doba do dosažení remise, ekonomické aspekty, schopnost setrvat v zaměstnání, spokojenost s léčbou, atd.

Stejně jako odstranění symptomů je však pro pacienta důležitý jeho „život“: sociální role, jež zastává, jejich naplnění, pocit spokojenosti, materiální situace a životní perspektiva. Kvalita života je kritérium používané k hodnocení těchto okolností a uplatňuje se při posuzování účinnosti farmakoterapie, rehabilitace, psychoedukace a kvality služeb.

Naše první zkušenosti s psychoedukačními programy potvrdily předpoklad, že

hodnotit rodinnou psychoeducaci pouze v pojmech snížení schizofrenních symptomů u pacientů nebo zvýšení informovanosti pacienta a rodiny o léčbě a užívání léků znamená redukovat její komplexní přínos. Jelikož jsme nejprve chtěli zmapovat přínos psychoedukace jak pro pacienty, tak pro příbuzné, zaměřili jsme se zpočátku na sociální aspekty této intervence. Výsledkem jsou studie kvality života, jejich výsledky uvádíme v souhrnu. Na tyto studie jsme navázali hodnocením zdravotních aspektů psychoedukace. Jednoroční prospektivní terénní studie hodnotící vliv psychoedukace na frekvenci relapsů je hlavní náplní této disertační práce a je proto uvedena detailně.

6.1 Sociální aspekty rodinné psychoedukace

Zařazení sociálního indikátoru, „kvality života“, která vystihuje subjektivně pojímanou životní situaci, dovoluje, na rozdíl od měření symptomů, zachycovat zlepšení fyzické, psychické a sociální pohody i v nemoci. Pro hodnocení rodinné psychoedukace je kvalita života vhodným měřítkem, jelikož umožňuje sledovat tyto parametry u všech účastníků psychoedukace – nejen u pacientů, ale i u jejich příbuzných. Dále je při hodnocení programů, jichž se účastní nejen pacienti, ale i jejich příbuzní, kteří schizofrenií netrpí, rozhodující volba instrumentu. SQUALA (Subjective Quality of Life Scale Analysis, Dragomirecká et al., 2006) je všeobecný (generický) dotazník a její použití je ověřeno u populací duševně nemocných i zdravých jedinců. Sestává z 21 položek pokrývajících vnější i vnitřní skutečnost každodenního života, u nichž respondent určuje subjektivní důležitost této oblasti a jak je s touto oblastí spokojen. Výsledky se vyjadřují formou parciálních skóre a celkového skóre kvality života. Parciální skóre pro určitou oblast života (například zdraví) se rovná součinu skóre důležitosti (hodnoceno na pětibodové škále od 0=bezvýznamné po 4=nezbytné) a skóre spokojenosti (hodnoceno na pětibodové škále od 1= velmi zklamán po 5=zcela spokojen) a nabývá tedy hodnot od 0 do 20. Parciální skóre se zobrazují ve formě profilu kvality života; celkový skóre je dán součtem všech parciálních skóre.

Nejprve jsme zjišťovali vliv účasti v rodinných psychoedukačních programech pro nemocné se schizofrenií na kvalitu života (Motlová et al. 2003; 2004). Cílem studie bylo porovnat kvalitu života účastníků s kontrolní populací a ověřit vliv účasti v programu rodinné psychoedukace na kvalitu života pacientů i jejich příbuzných.

Účastníci vyplnili škálu SQUALA před vstupem do programu a 3 měsíce po jeho ukončení. Pacienti se schizofrenií (N=39; průměrný věk 29,9 let) měli v porovnání s hodnotami získanými od 78 demograficky srovnatelných zdravých kontrolních subjektů významně horší celkové skóre kvality života ($p < 0,05$), s poklesem hodnot v oblastech Zdraví a Blízké vztahy.

Po programu vzrostla hodnota v položce Fyzická soběstačnost. Mezi pacienty, kteří se programu účastnili po první epizodě nemoci, a těmi, kteří měli v anamnéze více epizod, se významné rozdíly v kvalitě života nezjistily. Kvalita života je tedy nižší již u nemocných s první epizodou schizofrenie.

Příbuzní pacientů (N=51; průměrný věk 49,4) neměli v porovnání s hodnotami získanými od demograficky srovnatelných kontrolních subjektů horší celkové skóre, zato se od nich lišili v profilech kvality života: Příbuzní přikládali více důležitosti oblastem Záluby a Krása a umění, zatímco kontrolní subjekty považovali za důležitější Peníze. Lze předpokládat, že soužití se závažně duševně nemocným vede k posunu v žebříčku životních hodnot. Příbuzní byli oproti kontrolám méně spokojeni v oblastech Psychická pohoda, Rodina a Děti.

Porovnáním kvality života před programem a tři měsíce po něm kvalita života příbuzných významně stoupala, a to v položkách Zdraví, Psychická pohoda a Bezpečí, avšak pouze u mužů (N=23). Ti navíc po programu uváděli, že je pacientovy projevy méně vyvádějí z míry. U žen (N=28) se při vstupu do edukačního programu oproti zdravým kontrolám zjistila významně nižší spokojenost s oblastí psychická pohoda. Po programu kvalita života vzrostla pouze v položce odpočinek. Předpokládáme, že tento typ rodinné intervence prospívá především mužům, kterým vyhovuje informační charakter programu a dodání optimismu. Potřebám žen, které stojí spíše o emoční podporu a konkrétní rady jak se vyrovnat s nastalou situací, však plně neodpovídá.

Dotazník SQUALA tedy umožnil nejen měřit změny v celkových skóre kvality života během programu, ale hlouběji analyzovat oblasti života, do nichž schizofrenie zasahuje nejen nemocným, ale i jejich blízkým. Taková analýza je prvním předpokladem k dalšímu studiu mechanismů účinku rodinné psychoedukace a následné tvorbě účinnějších rodinných intervencí, které ve svém důsledku nejen zajistí lepší dlouhodobý stav pacientů, ale současně příbuzným pomohou.

6.2 Zdravotní aspekty rodinné psychoedukace

Více než 30 randomizovaných klinických studií prokázalo redukcí relapsů u pacientů. Delší programy, alespoň šestiměsíční, významně snižují frekvenci relapsů a rehospitalizací během dvou i víceletého sledování (Dixon et al., 2000, 2001; Lehman et al., PORT 1998; Mueser et al., 2001), aniž by se současně zvyšovaly náklady na ambulantní péči (Dyck et al., 2002). Krátkodobé programy zpravidla vedou ke zlepšení informovanosti účastníků a k redukcí břímě u příbuzných (Mueser et al., 2003). Autoři rozsáhlé studie probíhající v USA, Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT), jejímž cílem bylo nalézt účinné

psychosociální intervence u schizofrenie, proto doporučili zařadit rodinné psychoedukační programy do terapeutického plánu pacientů se schizofrenií (Lehman et al., 1998). Jelikož jde o intervenci založenou na důkazech, je doporučeným postupem v léčbě schizofrenie i u nás (Seifertová et al., 2004). Prevence relapsu schizofrenie je jedním z nejdůležitějších cílů dlouhodobé léčby schizofrenie i v České republice a lze předpokládat účinnost rodinné psychoedukace. K ověření tohoto předpokladu jsme vypracovali studii, jejíž výsledky jsou předmětem této disertační práce.

6.2.1 Cíle studie

Cílem studie bylo 1) analyzovat účinnost klinicky vedeného psychoedukačního programu, administrovaného co nejdříve po propuštění pacienta z hospitalizace a 2) zjistit názory a spokojenost účastníků po absolvování programu.

Ověřovali jsme **hypotézu**, že zařazení krátkodobého profesionálně vedeného rodinného psychoedukačního programu ke standardní léčbě redukuje frekvenci relapsů a délku případných rehospitalizací během následujícího roku sledování .

6.2.2 Metodika

6.2.2.1 Uspořádání studie

Studie byla prospektivní, terénní a jejím cílem bylo porovnat jednorocní frekvenci relapsů mezi absolventy psychoedukace a pacienty, kteří ji neabsolvovali. Relaps jsme definovali jako znovuobjevení nebo zhoršení psychotických symptomů v takové míře, že vyžadovalo hospitalizaci. O hospitalizaci rozhodoval příslušný ošetřující ambulantní psychiatr. Hlavními sledovanými proměnnými byly frekvence relapsů a počet dní rehospitalizací během jednoho roku sledování po psychoedukaci. Ke zhodnocení spokojenosti s psychoedukací byl pacientům i jejich příbuzným po roce zaslán Dotazník o psychoedukaci.

6.2.2.2 Studovaná populace

Do studie byli zařazení pacienti s diagnózou z okruhu schizofrenního spektra, tedy schizofrenie F20, schizoafektivní porucha F25, akutní psychotická porucha s příznaky schizofrenie F23.1 (podle MKN 10), u nichž byla indikovaná alespoň jednorocní preventivní antipsychotická medikace. Pacienti se současnou organickou duševní poruchou nebyli do studie zařazení. Po podepsání informovaného souhlasu bylo osloveno 120 pacientů při propuštění ze dvou psychiatrických zařízení (Tabulka 2). Na pracovišti A (N=86), kde se rodinná psychoedukace nabízí všem pacientům propouštěným s diagnózou ze schizofrenního

spektra, bylo osloveno 86 pacientů. Pozvání přijalo 53 pacientů (61,6%); 33 pacientů (38,4%) na pozvání nereagovalo a programu se neúčastnili. Na pracovišti B, kde takový program nabízen není a pacienti nemají příležitost se psychoedukace účastnit, bylo osloveno 34 propouštěných pacientů. Původně souhlasilo z tohoto pracoviště 37 pacientů, ale 3 z nich dodatečně svůj souhlas odvolali a proto do studie zařazení nebyli.

Dotazník o psychoedukaci byl zaslán všem účastníkům psychoedukace 1 rok po programu (93 příbuzným a 53 pacientům). 45 příbuzných (48,39%) a 36 (67,92%) pacientů dotazník vyplnilo a vrátilo.

6.2.2.3 Intervence

V naší studii pracoviště A nabízí krátkodobý, osmihodinový psychoedukační program, vedený psychiatrem a zdravotní sestrou. Hlavními tématy programu jsou: informace o povaze onemocnění, relaps a jeho prevence, nácvik rozpoznání časných varovných příznaků, význam medikace, řešení naléhavých situací, pro příbuzné nácvik komunikace. Možnost účasti mají všichni pacienti propouštění s diagnózou schizofrenního okruhu. Pacienti a jejich příbuzní se účastnili programu v paralelních skupinách 8-10 účastníků co nejdříve po propuštění, a to postupně mezi lednem 2001 a dubnem 2003.

Všichni pacienti dostávali antipsychotickou medikaci. Povzbuzovali jsme je, aby pozvali svoje příbuzné, bez ohledu na to, zda s nimi sdílejí domácnost či ne, i blízké kamarády. Cílem bylo zajistit pro pacienta co nejširší podpůrnou síť .

6.2.2.4 Hodnotící instrumenty

Údaje pro jednorozhodní sledování byly získány ze všech relevantních zdrojů: přímo od pacientů a jejich blízkých, ambulantních psychiatrů a z hospitalizačních záznamů.

Hodnocení funkčního stavu (GAF-F, Global Assessment of Functioning - Symptoms, a GAF-D disability) (Endicott et al., 1976) je škála stručně hodnotící symptomy a celkovou způsobilost. Jeden hodnotitel, zaslepený vůči statutu pacienta hodnotil pacienta při propuštění z nemocnice, na základě podrobné dostupné zdravotnické dokumentace.

Chlorpromazinový ekvivalent (CLZ) posloužil k porovnání dávek jednotlivých antipsychotik, na nichž byli pacienti propouštěni, jelikož umožňuje převod na srovnatelnou hodnotu (Woods, 2003).

Dotazník o psychoedukaci byl původně vytvořen s cílem zjistit přínos psychoedukace a získat co nejvíce informací o rodinné atmosféře, způsobech zacházení s nemocí, metodách

vyrovnávání se s nemocí, adaptačních dovednostech, ale i informací o užívání zdravotnických služeb a o spokojenosti s nimi. Dotazník sestával z otázek s uzavřeným i otevřeným koncem. Pacientům a příbuzným byl dotazník zasílán poštou, jeden rok po účasti.

6.2.2.5 Statistické metody

Rozdíly mezi účastníky psychoedukace a těmi, kteří se jí neúčastnili, byly počítány chí kvadrátem (pro kategorické proměnné) nebo jednocestnou Anovou (pro kvantitativní proměnné) za předpokladu statistické signifikace na hladině významnosti $p=0,05$.

Logistickou regresí jsme analyzovali prediktory jednorocní hospitalizace. V modelu logistické regrese jsme zahrnuli rehospitalizace jako závislou proměnnou. Prediktory byly psychoedukace (Ano=1, NE=0), místo léčby (A=0, B=1), počet předchozích hospitalizací, věk a pohlaví (M=1, F=0), F23,1, akutní psychotická epizoda s příznaky schizofrenie (Ano=1, NE=0), F 25 (Ano=1, NE=0). Další analýza se týkala rozdílů pouze ve skupině pozvaných pacientů (Místo A, N=86), k určení charakteristik těch, kteří přijali pozvání a účastnili se programu v porovnání s těmi, kteří byli pozváni, ale nepřišli (ANOVA). Analýza se provedla s pomocí Statistical Package for Social Science (SPSS), verze 11,5.

6.2.3 Výsledky

V porovnání s neúčastníky měli účastníci psychoedukace nižší počet předchozích hospitalizací (1,79 vs. 3,46, $p=0,001$) a během roku následujícího sledování trávili v psychiatrické nemocnici kratší dobu (5,89 vs. 17,78 dní, $p=0,045$). Klinické charakteristiky účastníků psychoedukace a pacientů, kteří se psychoedukace neúčastnili, jsou v tabulce 2.

Tabulka 2: Studovaná populace (N = 120): klinické charakteristiky účastníků psychoedukace (PE účastníci) a pacientů, kteří se neúčastnili (PE neúčastníci)

Proměnná	PE účastníci (N=53)		PE neúčastníci (N=67)		Statistický test	p
	N	%	N	%		
Věk: Průměr ± SD	31.13 ± 10.23		32.39 ± 9.81		F = 0.467	0.49
Pohlaví: Muži	20	37.7	36	54	$\chi^2 = 3.042$	0,05
Ženy	33	62.3	31	46		
Diagnóza: F 23.1	18	34.0	12	17.9	$\chi^2 = 4.075$	0.13
F 20	29	54.7	46	68.7		
F 25	6	11.3	9	13.4		
Předchozí hospitalizace: Průměr ± SD	1.79 ± 1.49		3.46 ± 3.32		F = 11.496	0.00
Místo: A	53	100	33	49	NA	NA
B	NA	0	34	51		
První epizoda	34	64.2	24	36	$\chi^2 = 9.511$	0.00
Počet dní indexové hospitalizace¹: Průměr ± SD	51.45 ± 16.42		45.54 ± 26.58		F = 2.015	0.15
GAF: Symptomy, Průměr ± SD	50.67 ± 3.70		50.17 ± 5.26		F = 0.347	0.55
Neschopnost, Průměr ± SD	50.33 ± 4.72		49.91 ± 6.18		F = 0.163	0.68
Medikace v CLZ ekvivalentech, Průměr ± SD mean ±SD	384.90 ± 259.34		402.63 ± 255.79		F = 0.139	0.71
Antipsychotika² 1.generace	9	17.3	7	10.4	$\chi^2 = 1.184$	0.20
2.generace	43	82.7	60	89.6		
Dny hospitalizace v následujícím roce, Průměr ± SD	5.89 ± 15.35		17.78 ± 40.43		F = 4.108	0.04
Počet hospitalizací v následujícím roce; Průměr ± SD	0.17 ± 0.43		0.37 ± 0.85		F = 2.526	0.11

¹ Indexová hospitalizace je poslední hospitalizace před vstupem do studie

² Antipsychotika 1. generace (typická): chlorpromazin, haloperidol, perfenazin, flufenazin decanoat, flupenthixol decanoat, oxyprotepin decanoat

Antipsychotika 2. generace (atypická): sulpirid, amisulprid, risperidon, olanzapin, clozapin, quetiapin, ziprasidon, zotepin

K analýze *prediktorů rehospitalizace* během jednoročního následného sledování jsme použili logistickou regresi. Pravděpodobnost rehospitalizace během jednoho roku sledování byla vyšší pro pacienty z místa B, které psychoedukace neprovádělo (Tabulka. 3).

Tabulka 3: Prediktory rehospitalizace během roku následujícího po propuštění (N=120)

	B	Std. Error	Wald	Sig	Exp (B)
Step 1a					
Psychoedukace	1.515	.864	3.077	.079	4.550
Místo	2.191	.864	6.437	.011	8.944
Předchozí hospitalizace	.189	.101	3.501	.061	1.208
Pohlaví	-.409	.570	.513	.474	.665
Věk	-.18	0.29	.388	.533	.982
F 23.1	-2.062	1.102	3.500	.061	.127
F 25	-1.078	.870	1.535	.215	.340
Constant	-2.359	1.232	3.663	.056	.095

Abychom zjistili, jaké jsou charakteristiky pacientů, kteří přijali pozvání a programu se účastnili, porovnali jsme 53 absolventů psychoedukace s 33 pozvanými pacienty, kteří se do programu nedostavili (Tabulka 4). V porovnání s pacienty, kteří byli pozvaní a neúčastnili se, účastníci měli signifikantně méně předchozích hospitalizací (1,79 vs 2,88, $p=0,0006$). Bylo mezi nimi více jedinců s první epizodou schizofrenie (34 pacientů, 64,2% vs 12 pacientů, 36,4%, $p=0,011$) Jejich indexová hospitalizace byla delší (51,45 vs 40,55 dní, $p=0,003$) a více z nich bylo léčeno antipsychotiky první generace (9 pacientů, 17,3%, vs jeden pacient, 3%, $p=0,044$). V jednoročním průběhu onemocnění nebyly mezi účastníky a pacienty, kteří byli pozvaní, ale neúčastnili se, žádné významné rozdíly.

Tabulka 4: Klinické charakteristiky pacientů pozvaných do psychoedukace (Místo A) (N=86) (N=86)

Proměnná	Pozvání přijali (N=53)		Pozvání nepřijali (N=33)		Test statistic	p
	N	%	N	%		
Věk: Průměr ± SD	31.13 ± 10.23		30.15 ± 7.53		F = 0.226	0.630
Pohlaví: Muži	20	37.7	16	48.5	$\chi^2 = 0.965$	0.224
Ženy	33	62.3	17	51.5		
Diagnóza: F 23.1	18	34.0	7	21.2	$\chi^2 = 1.989$	0.370
F 20	29	54.7	23	69.7		
F 25	6	11.3	3	9.1		
Předchozí hospitalizace Průměr ± SD	1.79 ± 1.50		2.88 ± 2.07		F = 7.930	0.006
První epizoda	34	64.2	12	36.4	$\chi^2 = 6.312$	0.017
Počet dní indexové hospitalizace: Průměr ± SD	51.45 ± 16.42		40.55 ± 15.95		F = 9.170	0.003
GAF: Symptomy, Průměr ± SD	50.67 ± 3.70		51.45 ± 4.72		F = 0.725	0.397
Neschopnost, Průměr ± SD	50.33 ± 4.72		52.06 ± 4.68		F = 2.741	0.107
Medikace v CLZ ekvivalentech, Průměr ± SD mean ±SD	384.90 ± 259.34		456.48 ± 280.98		F = 1.441	0.233
Antipsychotika 1. generace	9	17.3	1	3	$\chi^2 = 3.964$	0.047
2. generace	43	82.7	32	97		
Dny hospitalizace v následujícím roce, Průměr ± SD	5.89 ± 15.35		2.06 ± 8.33		F = 1.728	0.192
Počet hospitalizací v následujícím roce; Průměr ± SD	0.17 ± 0.43		0.06 ± 0.24		F = 1.795	0.184

Spokojenost s psychoedukací byla ověřována s pomocí Dotazníku o psychoedukaci. Pacienti spontánně zmiňovali přínos informací, které se dozvěděli, vítali možnost sdílet svoje zážitky z nemoci s ostatními účastníky během skupinových setkání a uváděli, že se lépe vyrovnávají s nemocí. Vítali účast svých příbuzných v programu. Příbuzní nejčastěji oceňovali význam informací, které se dozvěděli a příležitost sdílet svoji zkušenost s nemocí s ostatními během terapeutických skupin. Konstatovali, že vzrostla jejich důvěra v psychiatrii, a že se naučili dovednosti, jak se chovat k nemocnému. Důležité pro ně byly vědomosti, že problémové

chování není vždy svévolné a pocit, že nejsou s nemocí sami. Nejčastější kritické připomínky pacientů i příbuzných se týkaly absence tištěných materiálů, které by si absolventi mohli odnést domů.

6.2.4 Diskuse

Pacienti, kteří se programu účastnili, trávili během následujícího roku méně času hospitalizacemi v porovnání s neúčastníky. K podobnému závěru došli Bauml et al. (2006), kteří rovněž ověřovali vliv krátkého osmihodinového programu rodinné psychoedukace. Dokonce i po dvou letech sledování u absolventů rodinného psychoedukačního programu v porovnání s kontrolní skupinou došlo nejen k redukci k redukci hospitalizačních dní (78 vs 39), ale i k významné redukci relapsů (58% vs 41%). Byť jsou výsledky obou studií podobné a svědčí ve prospěch zařazení rodinné psychoedukace, je třeba zmínit metodologický rozdíl mezi oběma studii: zatímco studie Baumla et al. byla randomizovaná, naše studie byla terénní bez randomizace; i když se výsledkům randomizovaných studií přičítá obecně větší váha, na druhou stranu je výhodou, že naše terénní studie odráží skutečné poměry v současné péči o pacienty se schizofrenií.

Pravděpodobnost rehospitalizace během jednorozního sledování byla větší pro pacienty instituce, která psychoedukace nenabízela. Skladba pacientů v jednotlivých institucích, charakterizovaná počtem předchozích hospitalizací, věkem a pohlavím, rehospitalizaci nepredikovala. Proměnné související s odlišností terapeutických prostředí A a B, které by mohly ovlivňovat frekvenci rehospitalizací sice existují, ale podobnosti převažují. Obě lůžková zařízení, Místo A (41 lůžek) a místo B (44 lůžek) jsou oddělení, jejichž náplní je poskytovat akutní psychiatrickou péči pro lidi ve věku mezi 18-65 let. Obě lůžková zařízení propouštějí pacienty pouze tehdy, je-li pacient schopen spolupracovat v ambulantní léčbě se svým psychiatrem. Pokud jde o takzvané biologické terapie schizofrenie, žádné rozdíly jsme mezi oběma lůžkovými zařízeními nenašli (ani významné rozdíly ve frekvenci užití první a druhé generace antipsychotik ani rozdíly v dávkách medikace při propuštění). Rozdíly jsme nezjistili ani ve funkčním stavu pacientů měřeném škálami Hodnocení funkčního stavu (GAF-S a GAF-D). Vysvětlení vyšší pravděpodobnosti rehospitalizace během jednorozního sledování pacientů z instituce, která psychoedukace nenabízela, může být dáno rozdílnými psychosociálními intervencemi. Ačkoli všeobecně akceptována mezi profesionály, rodinná psychoedukace není poskytována rutinně jako součást léčebných postupů pro pacienty se

schizofrenií v České republice. Tudíž není provozována v místě B. Jinak mají obě lůžková zařízení podobný profil aktivit (skupinová psychoterapie, arteterapie, rehabilitační cvičení). Domníváme se, že rodinná psychoedukace sama o sobě nevede k redukci dní případných rehospitalizací. Spíše může vylepšit dlouhodobé výsledky jako součást systému péče respektující potřeby pacientů i jejich příbuzných. Pozvání do programu pro celou rodinu může přemostit zranitelné období nemoci – takzvanou křehkou remisi, která následuje pro propuštění z hospitalizace – a může hrát klíčovou roli v úspěšné prevenci relapsu. Terapeutický tým sestávající z odborníků schopných poskytovat psychoedukaci je přínosný pacientům už během jejich pobytu na lůžku a tudíž může mít příznivý vliv i když se tyto pacienti následně do programu nedostaví. S ohledem na výsledky účastníků místa A jsme nezjistili žádné významné rozdíly mezi absolventy psychoedukace a těmi, kteří byli pozváni, ale neúčastnili se. Nabízená úvaha o přínosnosti týmu schopného poskytovat psychoedukaci je podložena podobným výsledkem jiné studie porovnávacího programu prevence relapsu a léčby obvyklé: týmy odborníků poskytující program prevence relapsu byly s daleko větší pravděpodobností schopny správně a včas rozpoznat prodromální příznaky ještě než pacient splňoval objektivní kritéria relapsu nebo kritéria pro přijetí do nemocnice (Herz et al., 2000). Pacienti s první epizodou přijímali pozvání a účastnili se programu častěji než pacienti s více epizodami. Delší indexová hospitalizace rovněž může být do jisté míry zodpovědná za vyšší míru účasti. Je možné, že pacienti s první epizodou nemoci a jejich příbuzní trávili více času diskusemi s personálem o budoucí léčbě než ti, kteří už za sebou měli více epizod; nebo že personál ochotněji a vstřícněji komunikoval s pacienty s první epizodou, tudíž je k účasti pobízel mnohem intenzivněji. Prince (2007) zjistil, že o nemocné s větším počtem epizod má zdravotnický personál menší zájem a tyto pacienti pocítují méně podpory. Současně však tyto pacienti mají větší znalosti o svojí nemoci než pacienti s menším počtem pobytů. V našich podmínkách patrně nejpravděpodobnějším vysvětlením bude, že vysoký zájem pacientů s první epizodou a jejich příbuzných reflektoval jejich vyšší potřebu informací a jejich připravenost ke spolupráci. Naše výsledky podporují výsledky dalších studií, které obhajují zařazení rodinných intervencí v začátku léčby. Ačkoli některé studie nenašly výhody účasti v psychoedukaci pro pacienty s velmi krátkým trváním nemoci (Feldman et al., 2002), na základě našich výsledků se domníváme, že rodinné intervence by měly být poskytnuty co nejdříve během průběhu nemoci, protože zapojení příbuzných ovlivňuje pacientovu kvalitu života (Mubarak et al., 2003); rodinné prostředí a psychosociální faktory jsou nejdůležitější faktory ovlivňující pacientovu spokojenost (Ritsner et al., 2002); přítomnost suportivní sociální sítě sestávající z příbuzných a přátel předikuje lepší dlouhodobější výsledky

(Jablensky, 2000). Jelikož jsme v našich v našich předchozích studiích zjistili, že kvalita života je snižena již u pacientů s první epizodou (Browne et al., 2000; Motlova et al., 2004), je důležité zařadit intervence, o nichž lze předpokládat, že kvalitu života zvyšují, co nejdříve. Rovněž tento nálezný dáva za pravdu zastáncům specializovaných služeb pro pacienty s první epizodou. Účastníci v programu EPPIC (The Early Psychosis Prevention and Intervention Center) (McGorry et al., 1996), kterým se včas dostalo specializované péče, měli signifikantně méně přijetí během jednorozčného sledování, kratší hospitalizace a nižší jak akutní tak udržovací antipsychotickou medikaci. Pouze pacienti se střední dobou trvání neléčené psychózy v rozmezí 1-6 měsíců léčení ve strukturovaném programu zohledňujícím fázi vývoje onemocnění měli významně lepší výsledky než pacienti léčení v předchozím modelu péče (Larsen et al., 2001). Tato data naznačují existenci „okna“, v němž je příležitost ovlivnit výsledný stav (Carbone et al., 1999). Dojmy pacientů i příbuzných zachycené dotazníkem ilustrují dlouhodobé příznivé efekty skupinové psychoedukace. Naznačují elementy, které mohou být rozhodující pro lepší terapeutické výsledky u schizofrenie. Například na rozdíl od populárních představ, pacienti vítali či přímo požadovali účast svých blízkých v psychoedukačním programu.

7. Závěr

Účast rodin v léčbě schizofrenie časně v průběhu onemocnění může příznivě ovlivnit zdravotní stav pacientů i předejít eventuálním negativním sociálním dopadům. Ve studii zdravotních aspektů rodinné psychoedukace jsme zjistili kratší průměrnou dobu rehospitalizací u účastníků psychoedukace, vysokou návštěvnost, vysoký zájem pacientů s první epizodou schizofrenie a pozitivní hodnocení účastníky psychoedukace. To vše svědčí pro příznivý terapeutický potenciál rodinné psychoedukace, jejíž přínos je komplexní.

Pacientům umožňuje opustit pasivní roli příjemců léčby a namísto toho se stát erudovanými spojenci v tažení proti závažné nemoci. Jejich **příbuzným a blízkým** dodává nepostradatelné informace o biologickém původu nemoci, čímž z nich odnímá kontraproduktivní pocit viny. Na základě těchto informací pak akceptují nutnost medikace a současně chápou, že problematické chování pramenící z příznaků nemoci není svévolné. Naučí se, jak se chovat k nemocnému, zjistí, že nejsou se svým problémem osamoceni. Účast v psychoedukaci pomáhá úspěšně překlenout období zvýšené zranitelnosti pacienta po ukončení hospitalizace, jelikož zajistí bezpečné, předvídatelné a klidné prostředí. Pozvání celé rodiny k účasti v programu je jednou z možností jak zajistit kontinuitu péče, klíčovou pro dlouhodobou spolupráci pacienta. Zařazení rodinné psychoedukace co nejdříve v začátku onemocnění může

příznivě ovlivnit dlouhodobou prognózu. Zjišťuje se, že úroveň poskytovaných služeb a kontinuita péče především významně ovlivňují kvalitu života duševně nemocných (Wu et al., 2007). I přesto, že mnozí z rodinných příslušníků pacientů se schizofrenií psychicky strádají a obtížně se vyrovnávají s nelehkou realitou duševního onemocnění v rodině, jsou připraveni spolupracovat, jejich životní názory a preference se v důsledku onemocnění v rodině mění. Využití jejich motivace pro spolupráci a nabídka relevantních intervencí již v začátku onemocnění může zásadním způsobem příznivě ovlivnit průběh nemoci u řady pacientů. To vše spolu se skutečností, že se jedná o intervenci s malou ekonomickou zátěží, činí z rodinné psychoedukace atraktivní terapeutický program, potenciálně dostupný všem pacientů se schizofrenií.

8. Literatura

- Addington D, Jean Addington MD, Patten S. Relapse rates in an early psychosis treatment service. *Acta Psychiatr Scand* 2007;115:126-131
- Angermeyer MC, Klusmann D, Walpuski O: The causes of functional psychoses as seen by patients and their relatives, II: The relatives' point of view. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 1988;238:55-61
- Angermeyer MC, Matschinger H. Relatives' beliefs about the cause of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* 1996; 93(3):199-204
- Anderson C, Hogarty G, Reiss D. Family treatment of adult schizophrenic patients: A psychoeducational approach. *Schizophrenia Bulletin* 1980;6:490-505
- Atkinson JM, Coia DA. *Families Coping with Schizophrenia. A Practitioners Guide to Family Groups.* John Wiley & Sons, Chichester, 1995
- Barrowclough C, Lobban F. An investigation of models of illness in carers of schizophrenia patients using the Illness Perception Questionnaire. *British Journal of Clinical Psychology* 2001;40:371-385
- Basan A, Pitschel-Walz G, Bauml J. Psychoeducational intervention for schizophrenic patients and subsequent long-term ambulatory care. A four-year follow-up. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2000; 68 (12):537-45
- Bauer MS, McBride L, Chase C et al. Manual based group psychotherapy for bipolar disorder: a feasibility study. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 449-455
- Bauml J., Pitschel-Walz G. *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen*, Stuttgart, Germany: Schattauer; 2003
- Bauml J, Frobose T, Kraemer S et al., Psychoeducation : a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophr Bull.* 2006; (Suppl 1): S1-9

- Bebbington P, Kuipers L. The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: an aggregate analysis. *Psychol Med* 1994;24(3):707-18.
- Brand U. European perspectives: a carer's view. *Acta Psychiatr Scand*. 2001; Suppl. (410):96-101
- Brown GW, Rutter M. The measurement of family activities and relationships: methodological study. *Human Relations* 1966;19:241-263
- Browne S, Clarke M, Gervin M et al. Determinants of quality of life at first presentation with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2000;176:173-176
- Butzlaff RL, Hooley JM. Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:547-552
- Carbone S, Harrigan S, Mc Gorry PD et al. Duration of untreated psychosis and 12-month outcome in first-episode psychosis: The impact of treatment approach. *Acta Psychiatr Scand* 1999;100:96-104
- Colom F, Vieta E, Goikolea J et al. Efficacy of psychoeducation in compliant bipolar I patients. *J Eur Coll Neuropsychopharmacol* 2002;12 (Suppl 3): 245
- Colom F, Vieta E, Martinez-Arana A et al. A randomized trial of the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 402-407
- De Haan I, Kamer L, van Raay B et al. Priorities and satisfaction on the help needed and provided in a first episode of psychosis. A survey in five European family associations. *European Psychiatry* 2002;17:425-433
- Dixon L, Adams C, Lucksted A. Update on family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophr Bull* 2000;26 (1): 5-20.
- Dixon L, McFarlane WR, Lefley H et al. Evidence-based practices for services to family members of people with psychiatric disabilities. *Psychiatr Serv* 2001;52: 903-910.
- Dragomirecká E, Bartoňová J., Motlová L. et al. SQUALA. Příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA. Psychiatrické centrum Praha, 2006
- Dyck DG, Hendryx MS, Short RA. Service use among patients with schizophrenia in psychoeducational multiple-family group treatment. *Psychiatric Services* 2002; 53:749-754.
- Dyck DG, Short R, Vitaliano PP. Predictors of burden and infectious illness in schizophrenia caregivers. *Psychosom Med* 1999;61:411-19.
- Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL et al. The Global Assessment of Functioning scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 1976;33: 766-771.

Falloon IR, Magliano L, Graham-Hole V, Woodroffe R. The stress of caring for disabling mental disorders in a home-based rehabilitation service. *J Nerv Ment Dis* 1996;184: 381-384.

Falloon I, Boyd J, McGioll C. *Family care of schizophrenia*. New York. Guilford. 1984.

Feldman R, Hornung WP, Prein B et al. Timing of psychoeducational psychotherapeutic interventions in schizophrenic patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2002;252:115-119.

Gilbert PL, Harris MJ, McAdams A, et al. Neuroleptic withdrawal in schizophrenic patients. A review of the literature. *Arch Gen Psychiatry*1995; 52(3):173-88.

Glick ID, Berman EM, Clarkin JF, Rait DS. *Marital and Family Therapy*. Fourth Edition. American Psychiatric Press, Inc. 2000

Grant I. Caregiving may be hazardous to your health. *Psychosom Med* 1999;61:420-423.

Grad J, Sainsbury P. Mental illness and the family. *Lancet* 1963; 544-547.

Hazel NA, McDonell MG, Short RA, et al. Impact of multiple-family groups for outpatients with schizophrenia on caregivers' distress and resources. *Psychiatric Services* 2004;55(1):35-41.

Hendl J. Úvod do kvalitativního výzkumu. Karolinum, Praha 1997, 243 s.

Herz MI, Lamberti JS, Mintz J, et al. A program for relapse prevention in schizophrenia: a controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57(3):277-83.

Hoening J, Hamilton MW. A new venture in administrative psychiatry. *Am J Psychiatry* 1966; 123: 270 - 279.

Hogarty GE, Ulrich RF. The limitations of antipsychotic medication on schizophrenia relapse and adjustment and the contribution of psychosocial treatment. *J Psychiatr Res* 1998;32: 243-250.

Holzinger A, Muller P, Priebe S, Angermeyer MC. Prognosis of schizophrenia from the viewpoint of patients and relatives: An explorative study. *Psychiatrische Praxis* 2002; 29(3): 154-159.

Holzinger A, Kilian R, Lindenbach I, Petscheleit A, Angermeyer MC. Patient's and their relatives' casual explanations of schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2003;38(3): 155-162.

Hornstein GA. *To Redeem One Person Is to Redeem the World. The Life of Frieda Fromm-Reichmann*. The Free Press, New York, 2000.

Chernomas WM, Clarke DE, Chisholm FA. Perspectives of women living with schizophrenia. *Psychiatric Services* 2000; 51(12): 1517-1521.

- Chung KF, Chen EY Lam LC et al. How are psychotic symptoms perceived? A comparison between patients, relatives and the general public. *Aust NZJ Psychiatry* 1997;31(5):756-61
- Irani F, Dankert M, Siegel SJ. Patient and family attitudes toward schizophrenia treatment. *Current Psychiatry Reports* 2004;6(4):283-8,
- Jablensky A. Epidemiology of schizophrenia: the global burden of disease and disability. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2000;250:274-285.
- Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G et al. Schizophrenia: manifestation, incidence and course in different cultures. A WHO ten-country study. *Psychol Med monogr Suppl.*1992;20:1-97.
- Jungbauer J, Mory C, Angermeyer MC. Financial burden on caregivers of schizophrenic patients: A comparison between parents and spouses – Part II: Qualitative aspects. *Psychiatrische Praxis* 2002; 29(4): 181-185.
- Kavanagh D. Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1992;60:601-20.
- Kuipers L, Sturgeon D, Berkowitz R et al. Characteristics of expressed emotion: its relationship to speech and looking in schizophrenic patients and their relatives. *Br J Clin Psychol* 1983;22:257-64
- Larsen TK, Friis S, Haar U, et al. Early detection and intervention in first-episode schizophrenia: A critical review. *Acta Psychiatr Scand* 2001;103:323-34
- Leavey G, King M, Cole E et al. First onset psychotic illness: patients and relatives satisfaction with services. *Br J Psychiatry* 1997;170:53-57
- Lehman AF, Steinwachs DM. Patterns of usual care for schizophrenia: Initial results from the schizophrenia patient outcomes research team (PORT) client survey. *Schizophrenia Bulletin* 1998;24(1):11-20
- Lefley HP. *Family Caregiving in Mental Illness*. Thousand Oaks, CA. Sage Publications, 1996.
- Leff J, Kuipers L, Berkowitz RA. Controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: two year follow-up. *Br J Psychiatry* 1985;146:594-600.
- Leff J. First perceptions of treatment: The physician-family-patient network. *J Prac Psych Behav Health* 1996; 2(suppl 1):10-15.
- Lopez SR, Hipke NK, Polo AJ et al. Ethnicity, expressed emotion, attributions, and course of schizophrenia: family warmth matters. *J Abnorm Psychology* 2004;113(3):428-39

Leucht S, Barnes TR, Kissling W et al. Relapse Prevention in Schizophrenia with New Generation Antipsychotics: A systematic Review and Exploratory Meta-Analysis of Randomized, Controlled Trials. *Am J Psychiatry* 2003;160:1209-1222.

Levene JE, Lancee WJ, Seeman MV. The perceived family burden scale: Measurement and validation. *Schizophrenia Research* 1996; 22(2): 151-157.

Lehman AF, Steinwachs DM. Translating research into practice: The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. *Schizophr Bull* 1998; 24:1-10.

McGorry PD, Edwards J, Miholopoulos C et al. EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. *Schizophr Bull* 1996;22:305-26

Magliano L, Fadden G, Madianos M. Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1998;33(9):405-12.

McFarlane WR, Dixon L, Luken E, Lucksted A. Family psychoeducation and schizophrenia: A review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy* 2003;29 (2):223-245.

McDonnell MG, Short RA, Berry CM, Dyck DG. Burden in Schizophrenia Caregivers: Impact of Family Psychoeducation and Awareness of Patient Suicidality. *Family Process* 2003;42(1):91-103

McFarlane WR. *Multifamily Groups in the Treatment of Severe Psychiatric Disorders*. The Guilford Press 2004; New York.

Merinder LB, Viuff AG, Laugesen HD et al. Patient and relative education in community psychiatry: a randomized controlled trial regarding its effectiveness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999;34 (6): 287-94.

Mi-A S, Sung-Kil M. Development of a Structural Model Explaining Medication Compliance of Persons with Schizophrenia. *Yonsei Medical Journal* 2005; 46(3):331-340

Miklowitz DJ, Simoneau TL, George EL et al. Family-Focused Treatment of Bipolar Disorder: 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biol Psychiatry* 2000;48:582-592

Miklowitz DJ, George EL, Richards JA et al. A randomized study of family focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:904-12

Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. WHO & Psychiatrické centrum Praha, 1992

Morgan DL. *Ohniskové skupiny jako metoda kvalitativního výzkumu*. Boskovice 2001, 99.

Motlova L. Psychoeducation as an indispensable complement to pharmacotherapy in schizophrenia. *Pharmacopsychiatry* 2000; 33 (Suppl.) 47-48

Motlova L, Dragomirecka E, Spaniel F, Selepova P. The influence on family psychoeducation in schizophrenia on quality of life. *Psychiatrie* 2002; 4 (suppl 2): 42-45.

Motlova L, Dragomirecka E, Dzurova D, Spaniel F, Goppoldova E, Selepova P. Can Family Psychoeducation Improve Quality of Life of Relatives of Schizophrenic Patients? (Abstract) *Quality of Life Research* 2003a;12 (7):768

Motlova L, Dragomirecka E, Spaniel F, Selepova P, Zalesky R, Goppoldova E. The influence of group psychoeducation on quality of life in schizophrenia patients and their relatives. *APA* 2003b; 29

Motlova L Dragomirecka E Spaniel F, Goppoldova E, Zalesky R, Selepova P. Schizophrenia and Quality of Life: Patient-Reported Outcomes on Group Family Psychoeducation. *Psychiatrie* 2004a;8(suppl 3): 65-68.

Motlova L, Dragomirecka E, Spaniel F et al. Schizophrenia and Quality of Life: Patient-reported Outcomes on Group Family Psychoeducation. *Psychiatrie* 2004b;8 (suppl.3): 65-68

Motlová L., Koukolík F. Schizofrenie: Neurobiologie, klinika, terapie. Galén, 2005

Motlova L. Rodinná psychoedukace u schizofrenie. *Psychiatrie* 2005;9(3):221-226

Motlova L., Dragomirecka E, Spaniel F et al. Relapse Prevention in Schizophrenia: Does Group Family Psychoeducation Matter? One-year Prospective Follow-up Field Study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 2006;10(1):38-44

Motlová L., Španiel F, Kitzlerová E et al. PREDUKA: preventivně-edukační program prevence relapsů psychózy 2007; ISBN: 978 - 80 - 968599 - 5 - 5

Možný P, Votýpková P Expressed emotion, relapse rate and utilization of psychiatric inpatient care in schizophrenia. A study from Czechoslovakia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*1992;27(4):174-9.

Mubarak AR, Barber JG. Emotional expressiveness and the quality of life of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38:380-384.

Mueser KT, Torrey WC, Lynde D et al. Implementing Evidence-Based Practices for People With Severe Mental Illness. *Behavioral Modification* 2003; 27 (2): 387-411.

Mueser KT, Bond GR, Drake RE. Community-based treatments for schizophrenia and other severe mental disorders: Treatment outcomes. *Medscape General Medicine* 2001 3(1). <http://www.medscape.com/viewarticle/430529>.

NAMI, Family to Family Program. www.nami.org/family/.

Nomura H, Inoue S, Kamimura N et al. A cross-cultural study on expressed emotion in carers of people with dementia and schizophrenia: Japan and England. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:564-570

Nuechterlein KH, Dawson ME. A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophr Bull* 1984;10(2):300-12.

Ostman M. Family burden and participation in care: differences between relatives of patients admitted to psychiatric care for the first time and relatives of re-admitted patients. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2004;11(5):608-613.

Ostman M, Hansson L, Anderson K. Family burden, participation in care and mental health; comparison of the situation of relatives to compulsorily and voluntarily admitted patients. *Int J Soc Psychiatry* 2000;46(3):191-200.

Perkins J. Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia. *Clin Psychiatry* 2002;63(12):1121-8

Perkins DO, Johnson JL, Hamer RM et al. Predictors of antipsychotic medication adherence in patients recovering from a first psychotic episode. *Schizophrenia Research* 2006; (83):53-63

Perrault M, Paquin G, Kennedy S et al. Patients' perspectives on their relatives' involvement in treatment during short term psychiatric hospitalization. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1999;34:157-165

Perry A, Tarrier N, Morfia R et al. Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *BMJ* 1999;318:149-153

Pitschel-Walz G, Leucht S, Bauml J et al. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia – a meta-analysis. *Schizophr Bull* 2001;27 (1): 73-92

Prince DJ. Therapeutic Alliance, Illness Awareness, and Number of Hospitalizations for Schizophrenia. *J nerv ment Dis* 2007;195:170-174

Provencher HL, Mueser KT. Positive and negative symptom behaviors and caregiver burden in the relatives of persons with schizophrenia. *Schizophrenia Res.*1997; 25;26(1):71-80

Quinn J, Barrowclough C, Tarrier N. The Family Questionnaire (FQ): A scale for measuring symptom appraisal in relatives of schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2003;108(4):290-296

Ran MS, Xiang MZ, Chan CLW et al. Effectiveness of psychoeducational intervention for rural Chinese families experiencing schizophrenia. A randomised controlled trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38:69-75

Ritsner M., Ponizovsky A., Endicott J., et al. The impact of side-effects of antipsychotic agents on life satisfaction of schizophrenia patients: a naturalistic study. *European Neuropsychopharmacology* 2002; 12: 31-38

Rosenfarb IS, Nuechterlein KH, Goldstein MJ et al. Neurocognitive vulnerability, interpersonal criticism, and the emergence of unusual thinking by schizophrenic patients during family transactions. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57 (12):1174-9

Reinhard SC. Living with mental illness: effects of professional support and personal control on caregiver burden. *Res Nurs Health* 1994;17(2):79-88

Sales E. Family burden and quality of life. *Quality of life research* 2003;12(Suppl. 1):33-41

Seifertová D, Praško J, Höschl C. Postupy v léčbě psychických poruch. *Academia Medica Pragensis & Medical Tribune CZ*, 2004.

Schene AH, van Wijngaarden B. *The Involvement Evaluation Questionnaire*. Amsterdam: Department of Psychiatry, University of Amsterdam 1992

Schmidt R, Spiessl H, Bukovich A, Cording C. Burden of relatives and their expectations towards psychiatric institutions. A review of the literature and own results. *Fortsch Neuro Psychiatr* 2003;71(3):118-28

Schooler NR. Relapse and rehospitalization: Comparing oral and depot antipsychotics. *Journal of Clinical Psychiatry* 2003;64 (Suppl 16):14-27.

Schooler NR. Relapse Prevention and Recovery in the Treatment of Schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2006;67 (Suppl 5):19-23

Schultze B, Angermeyer MC. Subjective experiences of stigma. A focus group of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science and Medicine* 2003; 56(2):299-312.

Solomon PL, Cavanaugh MM, Gelles RJ. Family violence among adults with severe mental illness. A neglected area of research. *Trauma, Violence and Abuse* 2005;6(1):40-54.

Szmukler GI, Burgess P, Herrman H, Benson A, Colusa S, Bloch S. Caring for relatives with serious mental illness: the development of the Experience of Caregiving Inventory. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*.1996;31(3-4):137-48

Stengard E. Caregiving types and psychosocial well-being of caregivers of people with mental illness in Finland. *Psychiatr Rehabil J*;2002. 26(2):154-164

Strauss JS, Carpenter WT. The prediction of outcome in schizophrenia. II. Relationships between predictor and outcome variables: a report from the WHO international pilot study of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1972;31:37-42

- Španiel F. Edukace v kontextu vývoje medicíny. Psychoedukace aneb jak vnést svělo do tmy. Bulletin Academia Medica Pragensis 205;2:3-5
- Van Gent EM, Zwart F. Psychoeducation of partners of bipolar manic patients. J Affect Disord 1991;21: 15-18
- Veltman A, Cameron J, Stewart DE. The experience of providing care to relatives with chronic mental illness. J Nerv Ment Dis; 2002 190(2):108-14
- Watzlawick P., Bevelasová JB., Jackson DD. Pragmatika lidské komunikace. Konfrontace 1999;182-185
- Wearden AJ, Tarrier N, Barrowclough Ch et al. A review of Expressed Emotion research in health care. Clinical Psychology Review 2000;20(5):633-666
- WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. Social Science and Medicine 1998;46(12):1569-85,
- Wynne LC. The rationale for consultation with the families of schizophrenic patients. Acta Psychiatr Scand Suppl. 1994;384:125-32.
- Woods SW. Chlorpromazine Equivalent Doses for the Newer Atypical Antipsychotics. J Clin Psychiatry 2003;64: 663-667.
- Wu Crystal FM, Mak Winnie WS, Wan Deborah LY. Quality of life of mental health consumers in Hong Kong: Analysis of services perceptions. Quality of life Research 2007; 16:31-40
- Yang LH, Phillips MR, Licht DM et al. Causal attributions about schizophrenia in families in China: expressed emotion and patient relapse 2004; J Abnorm Psychol 113(4):592-602
- Zhang M, He Y, Gittelman M et al. Group psychoeducation of relatives of schizophrenic patients: two-year experiences. Psychiatry and Clinical Neuroscience 1998;52 (Suppl):344-7.
- Zubin J, Spring B. Vulnerability: a new view of schizophrenia. J Abnorm Psychol 1977; 86:103-126

9. Seznam publikací a přednášek autorky

Publikace s impact faktorem, vztahující se k předkládané disertační práci

Motlova L.: Psychoeducation as an indispensable complement to pharmacotherapy in schizophrenia. *Pharmacopsychiatry* 2000, 33 (Suppl): 47-48 (**IF 2.089; JCR Science edition 2000**)

Dragomirecka E, Lenderking WR, **Motlova L**, Goppoldova E, Selepova P. A brief mental health outcomes measure: Translation and validation of the Czech version of the Schwartz Outcomes Scale -10. *Quality of Life Research*, 2006;15:307-312 (**IF 1.915; JCR Science edition 2005**)

Motlova L, Dragomirecka E, Spaniel F, Goppoldova E, Zalesky R, Selepova P, Figlova Z, Hoschl C. Relapse prevention in schizophrenia: does group family psychoeducation matter? One-year prospective follow-up field study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 2006; 10(1):38-44 (**IF 0.344; JCR Science edition 2005**)

Motlova L. Schizophrenia and family. *Neuro Endocrinol Lett* 2007 Jan 29;28(Suppl 1). Epub ahead of print; PMID: 17262002 (**IF 1.048; JCR Science edition 2005**)

Publikace bez impact faktoru vztahující se k předkládané disertační práci

Motlová L. Psychoedukace u schizofrenie. *Psychiatrie* 1997; 3-4: 127-129

Motlová L., Španiel F., Vaňurová I., Klaschka J. Rodinná psychoedukace u pacientů s první atakou schizofrenie. *Psychiatrie* 2001, supp.3: 37-39

Motlová L., Dragomirecká E. Schizofrenie a kvalita života. *Psychiatrie* 2003;7(1):38-44

Motlová L., Dragomirecká E. Mezinárodní konference o kvalitě života. *Psychiatrie* 2004. 8 (1): 72 – 73

Motlova L. Dragomirecka E, Spaniel F, Goppoldova E, Zalesky R, Selepova P. Schizophrenia and Quality of life: Patient-reported Outcomes on Group Family Psychoeducation. *Psychiatrie*, 8 (suppl 3): 65-68, 2004.

Goppoldová E., **Motlová L.**, Dragomirecká E., Hájek T. Zmena subjektivní kvality života a klinického stavu v průběhu psychiatrické hospitalizace. Existují rozdíly mezi diagnostickými kategoriemi? *Psychiatrie* 2004, 8(4): 267-273

Motlová L. Rodinná psychoedukace u schizofrenie. *Psychiatrie* 2005;9(3):221-226

Motlová L., Dragomirecká E. Novák T., Čermák J, Nechutná R. Schizofrenie a rodina: mapování názorů, postojů a prožitků příbuzných jako základ rodinných intervencí. *Psychiatrie* 2005; 9(Suppl. 3):100-104

Motlova L, Holub D. Compliance a adherence: Spolupráce při léčbě. *Remedia* 2005;15:514-516

Goppoldová E., Dragomirecká E, **Motlová L.**, Hájek T. Hodnocení subjektivní kvality života psychiatrických pacientů v závislosti na pohlaví. *Psychiatrie* 2005;9(4):287-290

Motlová L. Jak se žije s antipsychotickou medikací aneb kvalita života jako subjektivní měřítko. *Bulletin Academia Pragensis* 2005;2(4):14-16

Motlová L. Psychoedukace u schizofrenie: Proč jsou rodinné intervence účinné. *Bulletin Academia Pragensis* 2005;2(3):6-8

Kitzlerová E. **Motlová L.** Program Pro dobré zdraví-první zkušenosti a výsledky v ČR. *Psychiatrie pro praxi* 2005;6(6):292-296

Kitzlerová E, **Motlová L.** Program pro dobré zdraví – ohlédnutí za prvním rokem. *Čes. A Slov. Psychiatr.* 102, 2006, No2, pp.91-94

Motlová L. Léčba bipolární afektivní poruchy: nejenom tablety. Bipolární afektivní porucha: Jak zastavit kyvadlo. *Bulletin Academia Medica Pragensis*, 2006; 3(5):19-21

Další publikace s impact faktorem

Mohr P., Horacek J., **Motlova L.**, Libiger J., Czobor P. Prolactin response to D-fenfluramine challenge test as a predictor of treatment response to haloperidol in acute schizophrenia. *Schizophrenia Research* 1998; 30:91-99

Mohr P., Horacek J., **Motlova L.**, Libiger J., Czobor P. Effects of haloperidol treatment on prolactin response to d-fenfluramine challenge in acute schizophrenia. *Psychopharmacology* 1999; 141:322-325

Další publikace bez impact faktoru

Motlová L. Serotoninergní systém u schizofrenie a možnosti testování jeho activity. *Psychiatrie* 1997; 1: 10-13

Motlová L. Olanzapin v léčbě schizofrenie: kasuistiky. *Psychiatrie* 1998; 2:112-114

Horáček J., **Motlová L.**, Libiger J. Bahbouh R. D-fenfluraminový test –sonda serotoninergní transmise. *Psychiatrie* 1998; 3: 159-163

Vanurova I, Yamamotova A, **Motlova L.**, Muchl V, Titlbach J. Menstrual cycle phase and the probability of the recurrence of the illness in female patients with the first episode of schizophrenia. *Homeostasis* 41(3-4):97-100, 2001.

Motlová L., Vaňurová I., Spaniel F., Yamamotova A., Klimesova M. Sezonnost porodu a subtypy schizofrenie. *Psychiatrie* 2001; supp. 2: 89-90

Holub D, **Motlová L**, Rodriguez M, Dragomirecká E, Preiss M, Čermák J, Ungrmanová M, Nechutná R, Kaňková Š. Postnatal latent toxoplasmosis in schizophrenia: Cognitive and psychopathological Correlates. *Psychiatrie* 2006; 10 (Suppl 3): 66-70

Holub D, **Motlová L**, Rodriguez M, Preiss M, Čermák J, Libiger J. Toxoplasma gondii u schizofrenie. *Psychiatrie* 2006; 10(2): 81-87

Motlova L, Spaniel F, Ballon R, Hoschl C. Are there any differences in the efficacy among second generation antipsychotics in the treatment of schizophrenia and related disorders?" *Annals of Clinical Psychiatry*, accepted 2007

Monografie

Motlová L., Koukolík F. Schizofrenie: Neurobiologie, klinika, terapie. Galén, 2005
ISBN 80-7262-277-3

Motlová L, Koukolík F. Citový mozek: neurobiologie, klinika, terapie. Galén, v tisku, ediční plán – první čtvrtletí 2007

Kapitoly v knihách

Motlová L. Psychiatrické vyšetření. In Höschl C, Libiger J, Švestka J (eds). *Psychiatrie*. Praha, TIGIS 2002, s. 253-260.

Motlová L. Rodinná psychoedukace a kvalita života. In Dragomirecká E. (editor) SQUALA: příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA. PCP, 2006

Motlová L. Bipolární porucha a rodina. In Praško J (editor). *Bipolární afektivní porucha*. Maxdorf, 2004

Praško J, Bareš M, Horáček J, Mohr P, **Motlová L**, Seifertová D, Španiel F. Léčíme se s psychózou. Příručka pro nemocné a jejich rodiny. *Medical Tribune* 2005

Abstrakta

Motlova L., Spaniel F., Vanurova I., Klaschka J. Psychoeducation and relapse of schizophrenia. *European Psychiatry* 2000, vol. 15, suppl. 2, 349

Motlová L, Dragomirecká E, Španiel F. Family psychoeducation in schizophrenia and quality of life. *European Psychiatry*, Vol 17-Suppl.1, May 2002, p.222. Abstract book 11th AEP Congress Stockholm 4-8 May 2002.

Motlová L, Dragomirecká E, Španiel F, Šelepová P. Zlepšuje rodinná psychoedukace kvalitu života pacientů se schizofrenií a jejich příbuzných? In Raboch J, Doubek P, Zrzavecká I (eds) *Psychiatrie v medicíně a medicína v psychiatrii*. Praha, Galén 2002, s. 152-153. (Příspěvky předneseny na V. sjezdu České psychiatrické společnosti ve Špindlerově Mlýně 13.-16.6.2002.)

Motlova L, Dragomirecka E, Dzurova D, Spaniel F, Goppoldova E, Seleпова P. Can Family Psychoeducation Improve Quality of Life of Relatives of Schizophrenic Patients? (Abstract) *Quality of Life Research* 2003, 12 (7): 768 (10th Annual meeting of International Society for Quality of Life; November 12-15, 2003, Prague, CR)

Motlova L., Dragomirecka E., Spaniel F., Seleпова P, Zalesky R, Goppoldova E. The Influence of Group Psychoeducation on Quality of Life in Schizophrenia Patients and Their Relatives. Syllabus and Proceedings Summary, APA 2003 Annual Meeting: 29 (156th Annual Meeting of American Psychiatric Association; May 17-22, 2003, San Francisco, USA)

Dragomirecka E, Lenderking W, **Motlova L**, Goppoldova E, Seleпова P. The reliability and validity of the Czech version of a brief mental health outcome measure. Abstracts. *Stating the Art: Advancing Outcomes Research Methodology and Clinical Applications*. Page 39. ISOQOL 2004.

Motlova L, Dragomirecka E, Spaniel F, Zalesky R, Goppoldova E, Seleпова P. Quality of life in schizophrenia with recent-onset: Patient-reported outcomes on group family psychoeducation. Abstracts: *Stating the Art: Advancing Outcomes Research Methodology and Clinical Applications*. Page 65. ISOQOL 2004

Motlova L., Dragomirecka E, Spaniel F, Goppoldova E, Seleпова P. Relapse Prevention in Schizophrenia: Does Family Psychoeducation Matter? *The Journal of Mental Health Policy and Economics* 2005;(8) (Suppl 1):S33-S34

Holub D, Kučerová H, **Motlová L**, Říhová Z. Preiss M. Vyšetření kognitivních funkcí u schizofrenie: má pokus o sjednocení vyšetřovacích metod význam pro klinickou praxi? *Psychiatrie* 2005; 9 (Suppl.2):38-40

Motlova L. Family psychoeducation in schizophrenia: health and social outcomes. Prospective Follow-up field study. *European Psychiatry* 2005;13th AEP Congress, Munich, Germany, 2-6 april 2005. Abstrakt Book S61-S62

Motlova L., Dragomirecka E, Spaniel F, Goppoldova E, Zalesky R, Figlova Z. The influence of group family psychoeducation on schizophrenia relapse rate. New frontiers in the research of PhD students. Medical postgraduate conference. Hradec Kralove, December 8-9, 2005. 116-121. ISBN 80-239-6102-0

Kitzlerová E, **Motlová L**, Dragomirecká E. Wellness Program: A program for managing weight control in schizophrenia: one-year results from the Czech Republic. *European Neuropsychopharmacology*. Papers on the 19th ECNP Congress, Paris, France, 16-20 September 2006. S422

Kitzlerová E, **Motlová L**, Dragomirecká E. Wellness Program: A program for managing weight control in schizophrenia: one-year results from the Czech Republic. Nemocná duše – nemocný mozek: Klinická zkušenost a fakta. Pořadatelé: Raboch J, Zrzavecká I, Doubek P. Galen, 2006. 69-70

Motlová L, Kitzlerová E, Dragomirecká E. A program for managing weight gain in schizophrenia: Wellness Program. Schizophrenia Research. 2006; 81(Suppl.)102 Abstrakt: Abstracts of the XIIIth Biennial Winter Workshop on Schizophrenia Research. David, Switzerland, february 4-10, 2006

Höschl C, **Motlova L**. Psycho-education in management of schizophrenia. European Neuropsychopharmacology. Papers on the 19th ECNP Congress, Paris, France, 16-20 September 2006. S165

Motlova L, Dragomirecka E, Cermak J et al. Long-term outcomes of schizophrenia: Does psychosocial treatment make a difference? European Psychiatry 2007. 22 (Suppl. 1): S55 Abstract book 15th Association of European Psychiatrists Congress; March 16-21, 2007. Madrid, Spain

Kitzlerová E, **Motlová L**, Dragomirecká E. Wellness Program: One-year experiences from the Czech and Slovak Republics. European Psychiatry 2007. 22 (Suppl. 1): S119 Abstract book 15th Association of European Psychiatrists Congress; March 16-21, 2007. Madrid, Spain

Spaniel F. **Motlova L**. Information technology aided relapse prevention in schizophrenia: ITAREPS. European Psychiatry 2007. 22 (Suppl. 1): S140 Abstract book 15th Association of European Psychiatrists Congress; March 16-21, 2007. Madrid, Spain

Seznam odborných přednášek týkajících se tématu disertační práce, které byly předneseny na mezinárodních konferencích (postery neuvedeny, pouze ústní sdělení)

Motlova L, Dragomirecka E., Spaniel F et al. The influence of group family psychoeducation on quality of life in schizophrenia patients and their relatives. 156th Annual Meeting of American Psychiatric Association; May 17-22, 2003, San Francisco, USA

Motlova L, Dragomirecka E., Dzurova D. et al. Can family psychoeducation improve quality of life of relatives of schizophrenic patients? 10th Annual meeting of International Society for Quality of Life; November 12-15, 2003, Prague, CR

Motlova L, Dragomirecka E., Spaniel F. Relapse prevention in schizophrenia: Does family psychoeducation matter? 7th Workshop on costs and assessment in psychiatry „Financing Mental and Addictive Disorders“; March 18-20, 2005, Venice, Italy

Motlova L. Family psychoeducation in schizophrenia: health and social outcomes. Prospective follow-up field study. 13th Association of European Psychiatrists Congress; April 2-6, 2005 Munich, Germany

Höschl C., **Motlova L.** Psycho-education in management of schizophrenia. 19th European College of Neuropsychopharmacology Congress; September 16-20, 2006. Paris, France

Motlova L., Dragomirecka E, Cermak J et al. Long-term outcomes of schizophrenia: Does psychosocial treatment make a difference? 15th Association of European Psychiatrists Congress; March 16-21, Madrid, Spain

10. Přílohy

Motlova L, Dragomirecka E, Spaniel F, Goppoldova E, Zalesky R, Seleпова P, Figlova Z, Hoschl C. Relapse prevention in schizophrenia: does group family psychoeducation matter? One-year prospective follow-up field study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 2006; 10(1):38-44 (**IF 0.344; JCR Science edition 2005**)

Motlova L.: Psychoeducation as an indispensable complement to pharmacotherapy in schizophrenia. *Pharmacopsychiatry* 2000, 33 (Suppl): 47-48 (**IF 2.089; JCR Science edition 2000**)

Dragomirecka E, Lenderking WR, **Motlova L**, Goppoldova E, Seleпова P. A brief mental health outcomes measure: Translation and validation of the Czech version of the Schwartz Outcomes Scale -10. *Quality of Life Research*, 2006;15:307-312 (**IF 1.915; JCR Science edition 2005**)

ORIGINAL ARTICLE

Relapse prevention in schizophrenia: does group family psychoeducation matter? One-year prospective follow-up field study

LUCIE MOTLOVA¹, EVA DRAGOMIRECKA¹, FILIP SPANIEL¹, EVA GOPPOLDOVA¹, RICHARD ZALESKY¹, PAVLA SELEPOVA¹, ZUZANA FIGLOVA² & CYRIL HÖSCHL¹

¹Prague Psychiatric Center and 3rd Medical School of Charles University, Prague, Czech Republic, and ²University of Economics, Prague, Czech Republic

Abstract

Objectives. Relapse prevention is one of the most important goals of long-term schizophrenia management, as relapse is both distressing and costly. Family intervention supplementation to standard treatment could reduce the relapse rate. This study assessed the influence of a short-term, clinically based, and professionally led family psychoeducation programme on a 1-year relapse rate. **Methods.** A total of 120 patients were recruited upon discharge from two psychiatric hospitals in Prague: (1) Site A ($N=86$), where family psychoeducation is offered to all patients with schizophrenia, schizoaffective disorder, and acute psychotic episode with schizophrenic symptoms; and (2) Site B ($N=34$), where no such programme was offered. **Results.** Compared to nonparticipants, psychoeducation participants had a shorter average length of rehospitalization stay (5.89 vs. 17.78 days, $P=0.045$) in a 1-year follow-up after discharge. The probability of rehospitalization during a 1-year follow-up was higher for patients from the site that did not provide psychoeducation. **Conclusions.** A shorter average length of rehospitalization of psychoeducation participants, a high turnout of first-episode patients, and positive responses of psychoeducation participants suggest that family psychoeducation should be supplemented early in the course of the illness to achieve favourable treatment outcomes and minimize adverse health and the social consequences of schizophrenia.

Key Words: Family psychoeducation, schizophrenia, relapse prevention, first episode psychosis, quality of life

Introduction

Relapse prevention is one of the most important goals of long-term schizophrenia management, as relapse is both distressing and costly [1]. Many alternative definitions of relapse in schizophrenia have been published. The widely accepted one defines relapse as the reemergence or aggravation of psychotic symptoms leading to hospital readmission. The cornerstone of relapse prevention is long-term pharmacotherapy with antipsychotic medication [2,3]. However, relapse is relatively frequent even though patients receive medication: the 1-year relapse rate for patients who received oral medication was 42%, compared with 27% for long-acting depot medication [4]. The relapse rate can be further reduced by 20% if relatives of schizophrenia patients are included in the treatment [5]. Family psychoeducation—one of the most promising relapse preventing psychosocial interventions—provides a combination of education about mental illness, family support, crisis intervention,

and problem-solving skills training. The programmes are delivered in various designs: individual family psychoeducation, individual family psychoeducation with group psychoeducation for relatives only [6], group family psychoeducation [7], and parallel group psychoeducation: separate groups for patients and groups for their relatives [8,9]. Short-term programmes usually lead to improvement in knowledge and family burden with limited impact on the severity or course [10,11]. However there are studies that found significant reduction of readmission days in a 4-year follow-up even after a short-term programme [12]; longer-term programmes (more than 6 months) have a significant effect on reducing relapse rates and rehospitalization over 2 or more years [13–15] without increasing the overall volume of outpatient mental health services [16].

The family psychoeducation approach is based on the vulnerability/stress model of schizophrenia. Certain information-processing deficits, autonomic reactivity anomalies, and social competence and

oping limitations are viewed as potential vulnerability factors [17]. These problems predispose patients to be vulnerable towards stressors such as discrete life events as well as the prevailing level of social environmental stress which might provoke relapse [18]. This model was supported by studies on intrafamily interactions and atmosphere. The course of the illness was negatively influenced in patients living in stressful environments with relatives exhibiting high expressed emotions (HEE): hostility, highly critical comments, and overinvolvement [19–22]. The interaction of neurocognitive vulnerability and psychosocial stress factors has recently been confirmed; the combination of patients' working memory deficits and interpersonal criticism jointly predicted psychotic thinking [23].

Based on these assumptions, family psychoeducation is hypothesized to reduce family burden and distress by improving patients' functioning and family coping and by increasing social networking. Family members are taught how to provide a safe, predictable, stimuli-controlled environment. The complementary part of this intervention is social skills training approach that modifies those patient behaviours that elicit negative feedback from family members [18] and strengthen patients' capabilities to confront environmental stressors. Better treatment compliance as a result of the delivery of information regarding antipsychotic medication to both patients and relatives can be expected. Being informed about the side effects of antipsychotics does not negatively affect compliance and is essential for establishing patients' confidence in physicians and in the medications [24].

The aims of the present study were: (1) to analyze the effectiveness of a clinically based family psychoeducation programme implemented as soon as possible after discharge; (2) to gather participant-reported impressions of the main assets of the programme.

Study design

A prospective follow-up field study was designed to compare the 1-year post-discharge relapse rate of psychoeducation participants and nonparticipants. Relapse was defined as the re-emergence or aggravation of psychotic symptoms leading to hospital admission. The main outcome measures were hospitalization occurrence and number of days of hospitalizations in a 1-year follow-up. To evaluate satisfaction with a psychoeducation programme, both patients and relatives were mailed a Psychoeducation Outcomes Questionnaire (POQ) 1 year later.

Study population

Diagnosis of schizophrenia (F20), schizoaffective disorder (F25), acute psychotic episode with schizo-

phrenic symptoms (F23.1) (ICD-10), and the requirement of at least a 1-year antipsychotic maintenance therapy were inclusion criteria. Patients with comorbid organic mental disorder were excluded.

After written informed-consent completion, 120 patients were recruited upon discharge from two hospital settings: (1) Site A ($N=86$), where family psychoeducation was offered to all patients discharged with schizophrenia, schizoaffective disorder, and acute psychotic episode with schizophrenic symptoms. Fifty-three patients (61.6%) accepted the invitation to participate in the family psychoeducation programme, and 33 (38.4%) invited patients decided not to participate; (2) Site B ($N=34$), where no such programme was offered and patients had no opportunity to participate. Originally, 37 patients gave informed consent with participation but three of them withdrew the consent subsequently and were not included into the study.

The Psychoeducation Outcomes Questionnaire was mailed to all psychoeducation participants 1 year after the programme (93 relatives and 53 patients). Forty-five relatives (48.39%) and 36 patients (67.92%) returned the questionnaire.

Intervention

At Site A, a professionally led, clinically based, short-term, 8-hour programme was offered to all patients discharged with schizophrenia, schizoaffective disorder, and acute psychotic episode with schizophrenic symptoms. The patients and their relatives participated in separate parallel groups of eight to 10 participants as soon as possible after discharge in consecutive cohorts between January 2001 and April 2003.

All patients received antipsychotic medication. They were encouraged to invite their family members—regardless of whether they were living with the patients or not—and close friends to support as many of the patients' social network contacts as possible. The programme provided a combination of education on mental illness, family support, crisis intervention, communication, and problem-solving skills training.

The course of schizophrenia was explained by means of the vulnerability/stress model. Special attention was paid to the early warning signs of relapse. The theoretical orientation was a broad-based, supportive, and the cognitive-behavioural.

Instruments

The Psychoeducation Outcomes Questionnaire (POQ) was originally developed to assess the outcomes of psychoeducation and to acquire as much information as possible about family atmosphere, disease management, ability to cope, use of psychiatric services, and satisfaction with such

services. The questionnaire included close- and open-ended questions. The patients and relatives were mailed the Psychoeducation Outcomes Questionnaire [25] 1 year after their participation.

Global Assessment of Functioning (GAF) [26] is a scale that describes the level of symptoms (GAF-S) and disability (GAF-D). One rater, who was unaware of patients' participation status, made an assessment of patients upon discharge from the index hospitalization according to the medical records. Chlorpromazine milligrams equivalents (CLZ) were used for conversion of different types of antipsychotic medications to compare medication dosages [27] upon discharge from the index hospitalization. Follow-up data were provided by all relevant sources: patients and their relatives themselves, outpatient psychiatrists and medical records from inpatient facilities.

Statistical methods

The differences between psychoeducation participants and nonparticipants were calculated with χ^2 analyses (for categorical variables) or One-way ANOVA (for quantitative variable) using $P=0.05$ as the level set to determine statistical significance. Logistic regression was used to analyze the predictors of 1-year rehospitalization. Along with the logistic regression model, we included rehospitalization as a dependent variable. Predictors were Psychoeducation (YES = 1, NO = 0), Site (A = 0, B = 1), Number of previous hospitalizations, Age and Sex (M = 1, F = 0), F 23.1 = acute psychotic episode with schizophrenia symptoms (Yes = 1, No = 0), F 25 = schizoaffective disorder (Yes = 1, No = 0). For additional analysis, we searched for the differences among invited patients only (Site A, $N=86$) to determine the characteristics of those who accepted invitation and participated in the programme compared to those invited who did not come (ANOVA). The Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 11.5 was used for analyses.

Results

Descriptive findings

Clinical characteristics of the study population are in the Table I.

Compared to nonparticipants, psychoeducation participants had a lower rate of previous hospitalizations (1.79 vs. 3.46, $P=0.001$) and spent shorter time in a hospital (5.89 vs. 17.78 days, $P=0.045$) in a 1-year follow-up after discharge.

Predictors of rehospitalization

We used logistic regression to analyse the predictors of rehospitalization during a 1-year follow-up

(Table II). The probability of rehospitalization during a 1-year follow-up was higher for patients from the site B, which did not provide psychoeducation.

Patients invited to psychoeducation (Site A only, $N=86$): Differences between patients who were invited and participated and those who did not participate

To identify the characteristics of those patients who accepted the invitation and participated in the programme, we compared 53 psychoeducation participants with 33 invited patients who did not participate in the programme (Table III).

Compared to patients who were invited but did not participate, participants had significantly fewer previous hospitalizations (1.79 vs. 2.88, $P=0.006$); more of them experienced first-episode illness (34 patients, 64.2% vs. 12 patients, 36.4%, $P=0.011$); their index hospitalization was longer (51.45 vs. 40.55 days, $P=0.003$) and more of them received first-generation antipsychotics (nine patients, 17.3%, vs. one patient, 3%, $P=0.044$). There were no significant differences in a 1-year outcome among those who participated and those who decided not to participate.

Satisfaction with psychoeducation participation

Participants were mailed the Psychoeducation Outcomes Questionnaire one year after psychoeducation to determine their impressions of the main assets of the programme. As detailed quantitative and qualitative analyses of the contents of questionnaire are beyond the scope of this article and will be presented elsewhere, we present the most frequent answers to the open-ended questions. These questions concern the perceived global effects of psychoeducation, particularly disease knowledge, management skills, and satisfaction with the programme.

Patients acknowledged: (1) the importance of delivered information; (2) an opportunity to share their experience with the illness with others during the treatment group sessions; and (3) better reconciliation with the fact of being ill. They welcomed participation of their relatives in the programme. The relatives acknowledged: (1) the importance of delivered information; (2) acceptance that medication was necessary; (3) increased trust in psychiatry; (4) acquired skills on how to behave towards the ill; (5) knowledge that the problem behaviour is not always deliberate; (6) acceptance of the biological origins of the illness; and (7) the feeling of not being alone.

Discussion

Patients who participated in the psychoeducation programme spent less time in a hospital during a

Table I. Clinical characteristics of the study population (N=120): psychoeducation participants and nonparticipants.

Variable	PE participants (N=53)		PE nonparticipants (N=67)		Test statistic	P
	N	%	N	%		
Age (mean ±SD)	31.13 ±10.23		32.39 ±9.81		F=0.467	0.496
Sex: Male	20	37.7	36	54	χ ² =3.042	0.059
Sex: Female	33	62.3	31	46		
Diagnosis:						
F 23.1	18	34.0	12	17.9	χ ² =4.075	0.130
F 20	29	54.7	46	68.7		
F 25	6	11.3	9	13.4		
Previous hospitalizations (mean ±SD)	1.79 ±1.49		3.46 ±3.32		F=11.496	0.001
Site: A	53	100	33	49	NA	NA
Site: B	NA	0	34	51		
First episode	34	64.2	24	36	χ ² =9.511	0.002
No. of days of index hospitalization ¹ (mean ±SD)	51.45 ±16.42		45.54 ±26.58		F=2.015	0.158
GAF: Symptoms (mean ±SD)	50.67 ±3.70		50.17 ±5.26		F=0.347	0.557
Disability (mean ±SD)	50.33 ±4.72		49.91 ±6.18		F=0.163	0.687
Medication in CLZ equivalents, mean ±SD	384.90 ±259.34		402.63 ±255.79		F=0.139	0.710
Antipsychotics						
First-generation	9	17.3	7	10.4	χ ² =1.184	0.206
Second-generation	43	82.7	60	89.6		
No. of days in hospital: 1-year follow-up, mean ±SD	5.89 ±15.35		17.78 ±40.43		F=4.108	0.045
No. of hospitalizations: 1-year follow-up, mean ±SD	0.17 ±0.43		0.37 ±0.85		F=2.526	0.115

¹Index hospitalization is the last hospitalization before the entry into the study.

First-generation antipsychotics (typical): chlorpromazine, haloperidol, perphenazine, flufenazine decanoate, flupenthixol decanoate, meprobamate, prothipene decanoate.

Second-generation antipsychotics (atypical): sulpiride, amisulpride, risperidone, olanzapine, clozapine, quetiapine, ziprasidone, zotepine.

1-year follow-up compared to nonparticipants. This finding should be interpreted with caution as the main methodological shortcoming of the present study was the absence of randomization. Also, those patients who had no opportunity to participate in the psychoeducation programme had more hospitalizations before the index hospitalization; it was found that patients with more episodes were more prone to relapses [28].

The probability of rehospitalization during a 1-year follow-up was higher for patients from the institution that did not provide psychoeducation. The setting variables might influence the outcomes, although both settings similarities overbalance differences. Both Site A (41 beds) and Site B (44 beds) were locked units, designed to provide an acute psychiatric care limited by the health care providers (mean 52 days of inpatient stay for people between 18 and 65 years). Patients' clinical state at discharge was not measured by any formal scale. It is required, however, that discharge from both sites is possible

only when the patient is ready to cooperate in the treatment with his/her psychiatrist as an outpatient. We found no differences in the so-called biological treatment of schizophrenia (neither significant differences in the frequency of first- and second-generation antipsychotics use nor a significantly different dosage of medication on discharge), or in functional status among patients discharged from Site A and Site B (GAF-S, GAF-D). The explanation for higher probability of rehospitalization during a 1-year follow-up for patients from the institution that did not provide psychoeducation may be that dissimilar psychosocial interventions were provided to patients included in our study. Although generally accepted by professionals, family psychoeducation is not provided routinely as a part of treatment procedures for patients with schizophrenia in the Czech Republic. Therefore it was not provided in Site B. Otherwise both settings have a similar profile of inpatient activities (group psychotherapy, art therapy, exercise therapy).

Table II. Predictors of rehospitalization within 1 year after discharge in a sample of 120 patients.

Step 1a	B	S.E.	Wald	P	Exp (B)
Psychoeducation	1.515	0.864	3.077	0.079	4.550
Site	2.191	0.864	6.437	0.011	8.944
Previous hospitalizations	0.189	0.101	3.501	0.061	1.208
Sex	-0.409	0.570	0.513	0.474	0.665
Age	-0.18	0.29	0.388	0.533	0.982
F 23.1	-2.062	1.102	3.500	0.061	0.127
F 25	-1.078	0.870	1.535	0.215	0.340
Constant	-2.359	1.232	3.663	0.056	0.095

Table III. Clinical characteristics of patients invited to psychoeducation (Site A only) ($N=86$).

Variable	Invited and participated ($N=53$)		Invited, but did not participate ($N=33$)		Test statistic	P
	N	%	N	%		
Age (mean \pm SD)	31.13 \pm 10.23		30.15 \pm 7.53		$F=0.226$	0.636
Sex: Male	20	37.7	16	48.5	$\chi^2=0.965$	0.224
Sex: Female	33	62.3	17	51.5		
Diagnosis:						
F 23.1	18	34.0	7	21.2	$\chi^2=1.989$	0.370
F 20	29	54.7	23	69.7		
F 25	6	11.3	3	9.1		
Previous hospitalizations Mean \pm SD	1.79 \pm 1.50		2.88 \pm 2.07		$F=7.930$	0.006
First episode	34	64.2	12	36.4	$\chi^2=6.312$	0.011
No. of days of index hospitalization: Mean \pm SD	51.45 \pm 16.42		40.55 \pm 15.95		$F=9.170$	0.003
GAF: Symptoms, mean \pm SD	50.67 \pm 3.70		51.45 \pm 4.72		$F=0.725$	0.397
Disability, mean \pm SD	50.33 \pm 4.72		52.06 \pm 4.68		$F=2.741$	0.102
Medication in CLZ equivalents, mean \pm SD	384.90 \pm 259.34		456.48 \pm 280.98		$F=1.441$	0.233
Antipsychotics						
First-generation	9	17.3	1	3	$\chi^2=3.964$	0.044
Second-generation	43	82.7	32	97		
No. of days in hospital: 1-year follow-up, mean \pm SD	5.89 \pm 15.35		2.06 \pm 8.33		$F=1.728$	0.192
No. of hospitalizations: 1-year follow-up, mean \pm SD	0.17 \pm 0.43		0.06 \pm 0.24		$F=1.795$	0.184

We speculate that the family psychoeducation approach does not by itself lead to a reduction of days spent in the hospital. Rather, psychoeducation can improve outcomes as a part of a system of care oriented towards patients' needs as well as families' needs. Continuity of care, guaranteed in the form of an invitation to the programme for the whole family, may "bridge" the vulnerable period of the illness—the "fragile" remission which follows hospital discharge—and may play an important role in successful relapse prevention. A skilled therapeutic team consisting of professionals who are able to provide psychoeducation gives additional benefits to patients during their inpatient stay even if such patients do not subsequently participate in family psychoeducation. This explanation is supported by a similar result from a study comparing a programme for schizophrenia relapse prevention (PRP) and treatment as usual (TAU); The PRP teams were much more likely than the TAU psychiatrists to identify prodromal episodes before patients met objective relapse criteria or needed hospitalization [29]. With regard to 1-year outcomes for participants at Site A, we found no significant differences between psychoeducation participants and those who decided not to participate. This finding further supports the possible role of hospital milieu. First-episode patients accepted the invitation and participated in the programme more frequently than did patients with more episodes. Participants' longer index hospitalization could be partially responsible for their higher rate of participation. It is possible that the patients with first-episode psychoses and their relatives spent more time discussing future treatment with the staff than those with more episodes; and their participation in the programme may have been encouraged

more vigorously. A more plausible explanation, however, is that interest in participation on the part of patients with first-episode of psychosis and their relatives reflected their higher need for information and their readiness for cooperation. Having such motivation and cooperativeness increases the potential, at this particular stage of the illness, for achieving positive outcomes ranging from better treatment adherence to trust in psychiatry. Our finding supports other studies that have advocated early implementation of family interventions. Although some studies have not found advantages in psychoeducation participation in patients with a very short duration of illness [30], we suggest that interventions that include family should be implemented as soon as possible in the course of the illness because relatives' involvement influences patients' quality of life [31]; family environment and psychosocial factors are the most important factors affecting patients' well-being [32]; and presence of a supportive social network consisting of relatives and friends predicts better long-term outcomes [33]. As quality of life is already low in first-episode schizophrenia [34,35], it is essential that implementation of interventions be aimed at improving quality of life as soon as possible during the course of the illness in order to prevent further decline. Also, this finding supports advocates of need of specialized services for first-episode patients. Participants in the EPPIC study (The Early Psychosis Prevention and Intervention Center) [36], who received specialized treatment for early psychosis experienced significantly fewer admissions during 1-year follow-up period, had shorter periods as in-patients and had a reduction in both acute and post-acute levels of neuroleptic dosage. Only patients with a mid-range

JP (duration of untreated psychosis) of 1–6 months treated within the improved and more structured phase-specific treatment programme experienced significantly better outcomes than patients treated within the previous model [37]. These data suggest that there may be a limited window of opportunity in which to influence outcome [38]. Participant-reported reflections illustrate the long-term beneficial effects of group psychoeducation for both relatives and patients, and indicate elements that may be crucial for better treatment outcomes in schizophrenia. Contrary to popular belief, patients welcomed and even required their relatives' participation in the programme.

Conclusions

The shorter average length of rehospitalization in psychoeducation participants, a high turnout of first-episode patients, and positive responses of psychoeducation participants suggest the beneficial potential of the family psychoeducation approach. Involvement of the family in the treatment of schizophrenia early in the course of the illness could positively influence health and social outcomes. Future studies should concentrate on quality of life for all participants—both patients and their relatives—and possible economic outcomes of family psychoeducation implementation.

Key points

- Family psychoeducation can improve outcomes as a part of a system of care oriented towards patients' needs as well as families' needs
- Compared to nonparticipants, psychoeducation participants had a shorter average length of rehospitalization stay during a 1-year follow-up
- A skilled therapeutic team consisting of professionals who are able to provide psychoeducation gives additional benefits to patients during their inpatient stay, even if such patients do not subsequently participate in family psychoeducation
- First-episode patients accepted the invitation and participated in the programme more frequently than did patients with more episodes

Acknowledgement/Statement of interest

This project was supported by NIH Research Grant 5D43 TW05810 funded by the Fogarty International Center, and the National Institute of Mental Health and CNS LN00B122MSMT CR from Ministry of Education and Youth, Czech Republic. The authors thank Teh-wei Hu, Ph.D., from UC Berkeley, California, for his advice on statistical analysis.

References

- [1] Almond S, Knapp M, Francois C, et al. Relapse in schizophrenia: costs, clinical outcomes and quality of life. *Br J Psychiatry* 2004;184:346–51.
- [2] Gilbert PL, Harris MJ, McAdams A, et al. Neuroleptic withdrawal in schizophrenic patients. A review of the literature. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52(3):173–88.
- [3] Leucht S, Barnes TR, Kissling W, et al. Relapse prevention in schizophrenia with new generation antipsychotics: A systematic review and exploratory meta-analysis of randomized, controlled trials. *Am J Psychiatry* 2003;160:1209–22.
- [4] Schooler NR. Relapse and rehospitalization: Comparing oral and depot antipsychotics. *J Clin Psychiatry* 2003;64(Suppl 16):14–7.
- [5] Pitschel-Walz G, Leucht S, Bauml J, et al. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia – A meta-analysis. *Schizophr Bull* 2001;27(1):73–92.
- [6] Leff J. First perceptions of treatment: The physician-family-patient network. *J Prac Psych Behav Health* 1996;2(Suppl 1):10–5.
- [7] McFarlane WR, Lukens E, Link B. Multiple-family group and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:679–87.
- [8] Kissling W. Compliance, quality assurance and standards for relapse prevention in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1994;382:16–24.
- [9] Kissling W. Compliance, quality management and standards in the treatment of schizophrenia. *Neuropsychobiology* 1997;35:70–2.
- [10] Merinder LB, Viuff AG, Laugesen HD, et al. Patient and Relative education in community psychiatry: A randomized controlled trial regarding its effectiveness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999;34(6):287–94.
- [11] Mueser KT, Torrey WC, Lynde D, et al. Implementing evidence-based practices for people with severe mental illness. *Behav Modification* 2003;27(2):387–411.
- [12] Basan A, Pitschel-Walz G, Bauml J. Psychoeducational intervention for schizophrenic patients and subsequent long-term ambulatory care. A four-year follow-up. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2000;68(12):537–45.
- [13] Dixon L, Adams C, Lucksted A. Update on family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophr Bull* 2000;26(1):5–20.
- [14] Dixon L, McFarlane WR, Lefley H, et al. Evidence-based practices for services to family members of people with psychiatric disabilities. *Psychiatr Serv* 2001;52:903–10.
- [15] Ran MS, Xiang MZ, Chan CLW, et al. Effectiveness of psychoeducational intervention for rural Chinese families experiencing schizophrenia. A randomised controlled trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38:69–75.
- [16] Dyck DG, Hendryx MS, Short RA. Service use among patients with schizophrenia in psychoeducational multiple-family group treatment. *Psychiatr Serv* 2002;53:749–54.
- [17] Nuechterlein KH, Dawson ME. A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophr Bull* 1984;10(2):300–12.
- [18] Hogarty GE, Ulrich RF. The limitations of antipsychotic medication on schizophrenia relapse and adjustment and the contribution of psychosocial treatment. *J Psychiatr Res* 1998;32:243–50.
- [19] Leff J, Kuipers L, Berkowitz RA. Controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: two year follow-up. *Br J Psychiatry* 1985;146:594–600.
- [20] Možný P, Votýpková P. Expressed emotion, relapse rate and utilization of psychiatric inpatient care in schizophrenia. A study from Czechoslovakia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1992;27(4):174–9.

- 1] Kavanagh D. Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1992;160:601-20.
- 2] Butzlaff RL, Hooley JM. Expressed emotion and psychiatric relapse: A meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:547-52.
- 3] Rosenfarb IS, Nuechterlelein KH, Goldstein MJ, et al. Neurocognitive vulnerability, interpersonal criticism, and the emergence of unusual thinking by schizophrenic patients during family transactions. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57(12):1174-9.
- 4] Motlova L. Psychoeducation as an indispensable complement to pharmacotherapy in schizophrenia. *Pharmacopsychiatry*; 2000;33(Suppl):47-8.
- 5] Motlova L, Dragomirecka E, Spaniel F, et al. Quality of life in schizophrenia with recent-onset: Patient-reported outcomes on group family psychoeducation. Abstract. Stating the art: Advancing outcomes research methodology and clinical applications. *ISOQOL*; 2004. p 65.
- 26] Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, et al. The Global Assessment of Functioning scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 1976;33:766-71.
- 27] Woods SW. Chlorpromazine equivalent doses for the newer atypical antipsychotics. *J Clin Psychiatry* 2003;64:663-7.
- 28] Thompson EE, Neighbors HW, Munday Ch, et al. Length of stay, referral to aftercare and re-hospitalization among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv* 2003;54:1271-6.
- 29] Herz MI, Lamberti JS, Mintz J, et al. A program for relapse prevention in schizophrenia: A controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57(3):277-83.
- [30] Feldman R, Hornung WP, Prein B, et al. Timing of psychoeducational psychotherapeutic interventions in schizophrenic patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2002;252:115-9.
- [31] Mubarak AR, Barber JG. Emotional expressiveness and the quality of life of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38(7):380-4.
- [32] Ritsner M, Ponizovsky A, Endicott J, et al. The impact of side-effects of antipsychotic agents on life satisfaction of schizophrenia patients: A naturalistic study. *Eur Neuro-psychopharmacol* 2002;12:31-8.
- [33] Jablensky A. Epidemiology of schizophrenia: The global burden of disease and disability. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2000;250:274-85.
- [34] Browne S, Clarke M, Gervin M, et al. Determinants of quality of life at first presentation with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2000;176:173-6.
- [35] Motlova L, Dragomirecka E, Spaniel F, et al. Schizophrenia and quality of life: Patient-reported outcomes on group family psychoeducation. *Psychiatrie* 2004;8(Suppl 3):65-8.
- [36] McGorry PD, Edwards J, Miholopoulos C, et al. EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. *Schizophr Bull* 1996;22:305-26.
- [37] Larsen TK, Friis S, Haahr U, et al. Early detection and intervention in first-episode schizophrenia: A critical review. *Acta Psychiatr Scand* 2001;103:323-34.
- [38] Carbone S, Harrigan S, McGorry PD, et al. Duration of untreated psychosis and 12-month outcome in first-episode psychosis: The impact of treatment approach. *Acta Psychiatr Scand* 1999;100:96-104.

Psychoeducation as an indispensable complement to pharmacotherapy in schizophrenia

L. Motlová

Prague Psychiatric Center and the 3rd Faculty of Medicine of Charles University, Prague, Czech Republic

Antipsychotic drugs are the most effective medication for the treatment of schizophrenia. Their side effects, however, affect most patients; some of them suffer from them for the rest of their lives, with little chance of improvement. In general, the side effects are perceived differently by patients, their relatives, psychiatrists, and the public. Being informed about the side effects of antipsychotics does not negatively affect compliance and is essential for establishing patients' confidence in doctors and in the medication.

Patients and Side Effects

The occurrence of side effects is one of the main reasons for patients' skeptical attitude toward medication. Hoge et al. [4], in a large study of patients who refused neuroleptic treatment, found that 35% of patients attributed their refusal to side effects.

In another study of 53 chronic schizophrenic outpatients receiving maintenance depot antipsychotic treatment, 70% of patients complained about side effects, even though 94% had not had any side effects. Extrapyramidal side effects (EPSE) were especially frequent, especially hypokinesia (68% of patients) and motor akathisia (43% of patients) [8]. In the same study it was found that 60% of patients had a positive attitude toward treatment, 32% were ambivalent, and 8% had a negative attitude. The negative attitude toward antipsychotic drugs arises not only from lack of insight into the disease, lack of recognition of the beneficial effects of the drugs, and objective side effects [9], but also from a high degree of mental side effects and a skeptical opinion about antipsychotic medication in general. Mental side effects such as subjective akathisia, anhedonia, and emotional indifference were most often observed by patients, while hypokinesia and hyperkinesia were most often noticed by them, but most often observed by the physician

Changing beliefs about neuroleptic side effects

Wahl et al. [2] compared psychiatrists' estimates of the prevalence of neuroleptic side effects and of associated distress with schizophrenic patients' reports of side effects and distress. Psychiatrists' estimates of prevalence but not of distress

correlated significantly with patient reports. Psychiatrists' disclosures to inform patients about side effects were significantly correlated with psychiatrist estimates of prevalence and distress, but not with patient-reported levels of distress. Patients were unlikely to attribute side effects to neuroleptic medication. These results indicate that patients and psychiatrists share similar views about the prevalence and implications of neuroleptic side effects. However, psychiatrists' apparent lack of understanding as to which side effects are most likely to cause distress to patients may adversely affect the therapeutic alliance between patients and their doctors [2].

Psychoeducation and side effects

The intuitive worry of physicians is that patients who were fully informed about negative side effects (including tardive dyskinesia) in advance would not be willing to use the prescribed dosages of drugs, eventually limiting their use or quitting after side effects appeared. Relatives and friends also play an important role in influencing patients and their relationship with treatment. To what extent and in how much depth should the psychiatrist inform patients and their relatives about the negative effects of the therapy ahead? Will this information not worsen a patient's mental condition? The empirical research findings tell us that such worries are unfounded.

Hornung et al. [5] investigated the efficacy of the psychoeducational training for medication management in a study of 132 outpatients with schizophrenia. At 1-year follow-up, regular attendees of psychoeducational training showed a reduced fear of side effects, increased confidence in their medication, and stable confidence in their physician. Among the control subjects, confidence in the medication and their physicians declined and fear of side effects increased [5].

Kleinman et al. [6] studied 40 outpatients with schizophrenia, some of whom attended an information session (single-session group) and some of whom received the information session followed by a review session and literature (educational review group). At 6-month follow-up, they found that both groups had significantly increased knowledge. The educational review group was not found to be superior to the single-session group. The authors concluded that both processes are effective in informing schizophrenic patients about the risk of tardive dyskinesia and that neither process resulted in clinical deterioration as measured by psychiatric admission, need for increased neuroleptic medication, or noncompliance [6]. Several patients, however, reported a subjective sense of anxiety as a result of the informing process. In an extension of

In his study, Kleinman examined the impact of a single session and an educational review process on schizophrenic patients at 1-year follow-up. At 2-year follow-up he found all patients to feel that they had been informed about tardive dyskinesia. He concluded that both a single session and an educational review process significantly increase schizophrenic patients' knowledge about the benefits and risks of neuroleptic medication [7].

Chaplin et al. [1] evaluated the effects on knowledge and clinical stability of an educational intervention regarding tardive dyskinesia in a group of 56 patients receiving antipsychotic maintenance medication. The patients completed a questionnaire assessing their knowledge of tardive dyskinesia. After random allocation to either an educational intervention or a control group, their knowledge was reassessed at 6 months. Ninety-five percent of patients completed the study. The study patients gained significantly more knowledge than did the control subjects, who made modest gains. There were no significant differences in clinical outcome between the groups. The authors concluded that patients can learn about serious toxic effects of antipsychotic treatment with low risk of noncompliance [1].

Conclusion

Informing patients and their relatives about benefits and costs of neuroleptic treatment is clinically safe and could improve confidence in the therapist and in medication. This seems to be crucial, especially in the context of long-term treatment of schizophrenia. With new atypical antipsychotic drugs, the occurrence of mental side effects and tardive dyskinesia are expected to be lower. However, clinical experience with these new drugs also shows that the problem of noncompliance will not be resolved. Consequently, the necessity of establishing a trusting relationship between patients, relatives, and physicians and of transmitting relevant information in the early course of treatment is not undermined. It confirms the need for integrated treatment of schizophrenia, consisting of antipsychotic medication, early intervention, psychosocial rehabilitation, and family-patient psychoeducation.

References

- ¹ Chaplin R, Kent A. Informing patients about tardive dyskinesia. Controlled trial of patient education. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 78–81
- ² Day JC, Kinderman P, Bentall R. A comparison of patients' and prescribers' beliefs about neuroleptic side-effects: prevalence, distress and causation. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 97: 93–97
- ³ Gerlach L, Larsen EB. Subjective experience and mental side-effects of antipsychotic treatment. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 99 (Suppl 395): 113–117
- ⁴ Hoge SK, Appelbaum PS, Lawlor T. A prospective, multicenter study of patients' refusal of antipsychotic medication. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 949–956
- ⁵ Hornung WP, Klingberg S, Feldmann R. Collaboration with drug treatment by schizophrenic patients with and without psycho-educational training: results of a 1-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 97: 213–219
- ⁶ Kleinman I, Schachter D, Jeffries J. Effectiveness of two methods for informing schizophrenic patients about neuroleptic medication. *Hospital and Community Psychiatry* 1993; 44: 1189–1191

- ⁷ Kleinman I, Schachter D, Jeffries J. Informed consent and tardive dyskinesia long-term follow-up. *J Nerv Ment Dis* 1996; 184: 517–522
- ⁸ Larsen EB, Gerlach J. Subjective experience of treatment, side-effects, mental state and quality of life in chronic schizophrenic out-patients treated with depot neuroleptics. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93: 381–388

MUDr. Lucie Motlová

Psychiatric Center Prague
and 3rd Faculty of Medicine
Charles University
Ústavní 91
18103 Praha 8
Czech Republic

Brief mental health outcomes measure: Translation and validation of the Czech version of the Schwartz Outcomes Scale-10

Dragomirecka¹, William R. Lenderking², Lucie Motlova¹, Eva Goppoldova¹ & Pavla Šelepova¹
*1*Psychiatry Unit, Prague Psychiatric Center, Ustavni 91, 18103 Praha 8-Bohnice, Czech Republic
E-mail: dragomirecka@pcp.lf3.cuni.cz; *2*Pfizer Inc., Groton, CT, USA

Accepted in revised form 27 July 2005

Abstract

Schwartz Outcomes Scale-10 (SOS-10) is a 10-item scale developed to measure the effectiveness of psychiatric treatments. Using standard methodology, we translated the scale into Czech and examined the psychometric properties of the Czech version. 207 in-patients admitted to Prague Psychiatric Center were included in the study. All patients completed the SOS at admission and discharge. The SOS-10 scale was also administered to 170 persons from the general population. Reliability, validity and sensitivity to treatment change of the Czech SOS-10 were analyzed. The Cronbach's α coefficient was 0.92. The item-total correlation coefficients varied from 0.56 to 0.82. The SOS-10 correlated well with condition-specific measures including depression (BDI) and anxiety (BAI) and a global self-rated symptom severity scale (CGI). The SOS-10 also had significant correlations with the Health, Basic needs, Relationship, and Leisure time domains of the Czech version of the Subjective Quality of Life Analysis (SQUALA-CZ). The scale discriminated well between patients and controls, with patients scoring significantly lower on all SOS items. Inpatient sample's admission and discharge scores were significantly different, indicating that the scale is sensitive to treatment changes. We concluded that the Czech SOS-10 is valid with reliability and factor structure similar to the American language version.

Keywords: Czech instrument, Mental health, Outcomes measures, Psychometrics, Schwartz Outcomes Scale-10, Validation

Introduction

Patient-reported mental health and social outcomes represent an integral part of the evaluation of complex treatment programs. While symptom-specific scales in the Czech language are readily available for the evaluation of psychiatric treatments, there is a shortage of valid patient-reported instruments that are not symptom or condition-specific. A general scale such as the Schwartz Outcomes Scale-10 (SOS-10), relevant to a variety of psychiatric diagnoses, is particularly useful in a program evaluation setting or to evaluate the

effectiveness of treatments in heterogeneous psychiatric populations. In addition, we searched for a universal questionnaire covering multiple aspects of psychological functioning regardless of the specific treatment situation, as some instruments are not feasible for inpatients, because they cover those areas of life that are not relevant for inpatients. For the purposes of outcomes evaluation, we also needed an instrument that would be able to provide information from non-patient groups in complex programs – such as family psychoeducation.

The aims of the current study were to develop a translation of the SOS-10 into Czech, and to

demonstrate that the translated scale has reliability and validity in a diagnostically heterogeneous sample of Czech patients with mental disorders.

Methods

Schwartz Outcomes Scale-10 (SOS-10)

The SOS-10 is a brief and easy to administer scale developed to measure the effectiveness of psychiatric treatments (Table 1). The instrument met our main criteria: (1) it represents a broad construct related to multiple aspects of psychological functioning and psychological well-being, and (2) it can be used with diverse populations in a wide variety of clinical settings. Initial validation of the SOS-10 [1] as well as initial experience in clinical studies [2, 3] demonstrated that the SOS-10 has strong reliability and validity characteristics and is sensitive to change in both inpatient and outpatient samples [4].

Instrument translation

Development of the Czech version of the SOS-10 followed the standard methodology for instrument translation [5] and was performed in close co-operation with an author of the instrument (WRL). It included two forward translations into Czech reconciled into a single version; back-translation into English and comparison with the original; conducting cognitive debriefing interviews with five persons hospitalized for mental disorder; and an independent clinician's review.

Table 1. The Schwartz Outcome Scale-10 (SOS-10)

-
1. Given my current physical condition, I am satisfied with what I can do.
 2. I have confidence in my ability to sustain important relationships.
 3. I feel hopeful about my future.
 4. I am often interested and excited about things in my life.
 5. I am able to have fun.
 6. I am generally satisfied with my psychological health.
 7. I am able to forgive myself for my failures.
 8. My life is progressing according to my expectations.
 9. I am able to handle conflicts with others.
 10. I have peace of mind.
-

Subjects and study design

A total of 207 in-patients admitted to the Prague Psychiatric Center (PPC) from March to October 2003 were consecutively recruited to the study. All patients admitted to the PPC were asked to participate in the study. The only exclusion criterion was severe cognitive deficit. All participants gave written informed consent after receiving a full explanation of the study procedures. At admission and discharge the participants completed the set of questionnaires during the interview with a social worker. The diagnosis was made according to a standard clinical procedure based on a unstructured interview. The severity of their symptoms was assessed by a psychiatrist on the Clinical Global Impression scale (CGI). The SOS-10 and the CGI were administered to all 207 patients; in addition, some patients were evaluated using the Beck Depression Inventory (BDI) and the Beck Anxiety Inventory ($n=88$) or the quality of life measurement (SQUALA, $n=40$), according to the department routine.¹

The controls represented opportunistic sample included 170 persons from the general population living in Prague who were recruited by a trained interviewer to correspond to gender and age characteristics with the patient sample. They completed the SOS-10 and demographic items.

Instruments

SOS-10/Schwartz Outcomes Scale-10

This 10-item measure was rated by respondents on a 7-point scale ranging from 0 (never) to 6 (all the time or nearly all the time). The total SOS score can range from 0 to 60. A higher score is associated with greater well-being.

CGI/Clinical Global Impression

The CGI consists of three items designated to rate symptoms and treatment response in psychiatric patients. For the present study only the 'Severity of the illness' item was analyzed. Symptoms were rated by the clinician on a 7-point scale ranging from 1 (no sign of illness) to 7 (extremely strong

¹ Patients treated in an open ward specializing in mood and anxiety disorders routinely filled out BDI and BAI, while patients treated in the locked unit (mainly for psychotic disorders) completed SQUALA.

ptoms) both at admission and at discharge. So, we asked patients to self-rate their symptoms on the same 7-point 'Severity of illness' CGI scale as a proxy measure to detect their level of insight.

I/Beck Depression Inventory

The BDI is a self-rated instrument with 21 items designed to assess the intensity of depression on a scale from 0 to 3 in clinical and normal populations. The BDI score ranged from 0 to 63 with a higher score indicating more symptoms.

I/Beck Anxiety Inventory

The BAI is a self-rated instrument with 21 items to assess subjective, somatic, or panic-related symptoms of anxiety on a scale from 0 to 3 in a variety of clinical populations. The BAI score could range from 0 to 63 with a higher score indicating more symptoms.

SQUALA/Subjective Quality of Life Analysis

The SQUALA is a self-rated instrument for assessing subjective quality of life in 21 life areas defined as the importance of the area multiplied by satisfaction [6]. Results are represented as the total QOL score and five QOL domains reflecting a factor structure (Personal values, Health, Close relationships, Basic needs and Leisure time).

Statistical analysis

The internal consistency of the SOS-10 was evaluated by Cronbach's α for multi-item scales. A factor analysis was conducted to determine the comparability of the Czech version's factor structure to the American version. Construct validity was assessed with Pearson correlation coefficients. Differences in mean admission SOS-10 scores between patients and controls or among various diagnostic groups were tested using one-way analysis of variance (ANOVA). Differences between admission and discharge scores were calculated with *t*-test for paired samples, and effect sizes were calculated as the standardized differences between two means [7].

Results

Demographic and clinical characteristics of patients and controls are presented in Table 2.

Adaptation of the SOS-10

During the translation procedure we did not meet any semantic or linguistic issue that would have required any substantial changes in the original wording. The final Czech version is presented in Table 3. Cognitive debriefing interviewees considered the instrument to be understandable and easy to complete. The only critical comments were that items 1 and 2 were considered to be too long.

Reliability

The Cronbach's α was 0.92 and the corrected item-to-scale total correlations ranged from 0.56 to 0.82 (Table 4). A factor analysis reproduced the structure of the English version with one factor, which accounted for 57% of the variance.

Validity

The scale discriminated well between patients and control group with patients having a mean admission SOS-10 score significantly lower (28.2 ± 14.2) than controls (43.1 ± 8.2 ; $F = 143.834$, $p < 0.001$).

Moderate to strong positive correlations were obtained between the SOS-10 scale and the measure of subjective quality of life (SQUALA) (range 0.34–0.52), with all its domains except Personal Values (see Table 5). As expected, negative correlations were obtained with measures of depression (BDI), anxiety (BAI) and symptom severity (CGI) self-rated by a patient. The correlation with the CGI scale rated by a clinician was not statistically significant (Table 5).

Responsiveness to clinical change

The patients had a mean score at admission of 28.2 ± 14.2 and a mean discharge score of 37.7 ± 11.3 . A two-tailed, paired *t*-test showed the scores to be significantly different ($t(193) = -9.322$, $p < 0.001$). The standardized response mean was 0.79, indicating very good responsiveness [7] of the scale to treatment changes. The differences between admission and discharge scores were significant for all diagnoses (Table 6).

Table 2. Characteristics of study subjects

	Patients N=207	Controls N=170	Test (p-Value)
Age – mean (SD); range	35.8 (12.0); 17–67	39.8 (15.7); 16–74	$F=7.812$ (0.005)
Female – N (%)	125 (60.4)	87 (51.2)	$\chi=3.217$ (0.073)
Education			$\chi=9.313$ (0.025)
≤ 12 years – N (%)	58 (28.2)	30 (17.6)	
13–15 years – N (%)	93 (45.1)	75 (44.1)	
16+ (university) – N (%)	55 (26.7)	65 (38.3)	$\chi=3.734$ (0.292)
Marital status			
Single – N (%)	94 (45.4)	61 (36.1)	
Married – N (%)	87 (42.0)	83 (49.1)	
Divorced + widowed – N (%)	25 + 1 (12.6)	23 + 2 (14.8)	
Diagnosis (ICD-10)			
Schizophrenic disorders ^a – N (%)	61 (29.8)		
Mood disorders ^b – N (%)	42 (20.5)		
Anxiety disorders ^c – N (%)	71 (34.6)		
Other disorders ^d – N(%)	31 (15.1)		
Number of hospitalizations ^e – mean (SD); range	2.5 (2.4); 1–18		
Days of hospitalization ^f – mean (SD); range	40 (14.0); 2–68		
CGI at admission			
Self-rated – mean (SD)	3.6 (1.7)		
Assessed by a psychiatrist – mean (SD)	4.3 (1.2)		
CGI at discharge			
Self-rated – mean (SD)	2.4 (1.2)		
Assessed by a psychiatrist – mean (SD)	2.4 (1.0)		

^a Schizophrenic, delusional and schizoaffective disorders, ICD 10 codes F20–F25.

^b Depression, mania and bipolar disorders, ICD 10 codes F31–F33.

^c Neurotic, stress-related and somatoform disorders, ICD 10 codes F40–F48.

^d Organic mental disorders (N=2), disorders due to psychoactive substance use (N=3), behavioral syndromes (N=5), and personality disorders (N=19), ICD 10 codes F06–F19, F53–59, F60–68.

^e Including index hospitalization.

^f Days of index hospitalization.

Table 3. Czech version of the Schwartz Outcome Scale-10 (SOS-10)

SCHWARTZOVA ŠKÁLA HODNOCENÍ TERAPIE (SOS-10)

1. Vezmu-li v úvahu svou současnou fyzickou kondici, jsem spokojen/a s tím, co mohu dělat.
2. Důvěřuji své schopnosti udržovat důležité osobní vztahy.
3. Do budoucnosti hledím s optimismem.
4. Často mě v životě něco zaujme nebo se pro něco nadchnu.
5. Dovedu si užít legraci.
6. Jsem celkově spokojen/a se svým duševním zdravím.
7. Dovedu si odpustit svá vlastní selhání.
8. Můj život probíhá podle mého očekávání.
9. Dovedu zvládat konflikty, které mám s jinými lidmi.
10. Mám klid v duši.

Discussion

The Czech version of the SOS-10 appears to have construct validity, with internal consistency and a

factor structure similar to the American language version that reported Cronbach's α of 0.96, item-to scale correlations in range from 0.74 to 0.90 and one-factor structure of the scale that accounted for

Table 4. SOS-10 Items – Reliability analyses (baseline data)

Items	Patient sample N = 205			Control sample N = 166			Total sample N = 371		
	Scale α	Item-total Corr.	α if item removed	Scale α	Item-total Corr.	α if item removed	Scale α	Item-total Corr.	α if item removed
		0.64	0.91		0.45	0.83		0.67	0.92
		0.58	0.91		0.65	0.81		0.63	0.92
		0.73	0.91		0.61	0.81		0.75	0.91
		0.66	0.91		0.41	0.83		0.65	0.92
0.92		0.75	0.90	0.83	0.51	0.82	0.92	0.77	0.91
		0.78	0.90		0.67	0.81		0.82	0.91
		0.59	0.91		0.25	0.85		0.56	0.92
		0.76	0.90		0.54	0.82		0.77	0.91
		0.58	0.91		0.56	0.82		0.64	0.92
		0.81	0.90		0.64	0.81		0.82	0.91

Table 5. Pearson correlations for validity of the Czech SOS-10

Items	Validity		<i>p</i> -Value
	Convergent	Divergent	
Subjective Quality of Life Analysis(SQUALA) – Total score	0.519		0.001
SQUALA – ‘Relationship’ domain	0.517		0.001
SQUALA – ‘Health’ domain	0.447		0.004
SQUALA – ‘Basic needs’ domain	0.411		0.008
SQUALA – ‘Leisure time’ domain	0.340		0.037
SQUALA – ‘Personal Values’ domain	0.232		0.161
BDI – ‘Severity of illness’ rated by patients		-0.542	0.000
Beck Depression Inventory		-0.505	0.000
Beck Anxiety Inventory		-0.440	0.000
CGI – ‘Severity of illness’ rated by clinician		-0.126	0.073

Correlations with SQUALA calculated for N = 40 (schizophrenic disorders); correlations with Beck scales calculated for N = 87 (mood and anxiety disorders); correlation with CGI calculated for all patients (N = 207).

20% of the variance. The scale discriminated well between patients and controls, with patients scoring significantly lower on all SOS items. Furthermore, the scale showed moderate correlations with other widely used scales such as the BDI, the BAI, and SQUALA, consistent with the prediction that the SOS-10 is not a condition-specific measure, but rather is measuring a broad construct of psychological functioning which is relevant to a variety of conditions. The statistically non-significant correlation with the clinician-rated CGI provides further confirmation of the repeatedly made observation that the patient has a unique perspective which needs to be captured in the evaluation of mental health treatments [8].

The low item-total correlation of item 7 in the control sample is interesting.² We can speculate that for the control population, self-criticism may refer more to a personality trait than to a symptom of mental discomfort.

The fact that schizophrenic patients scored significantly higher ($F=20.147$; $p<0.001$) at admission than patients from other diagnostic groups may seem counterintuitive, but it is in accordance with other studies indicating the influence of the illness on judgment [9, 10]. In particular, a negative correlation between insight and severity of symptomatology has been

² Item 7: ‘I am able to forgive myself for my failures.’

Table 6. SOS-10 scores before and after the treatment (by diagnoses)

	SOS-10 score (at admission)	SOS-10 score (at discharge)	Test	<i>p</i> -Value
Schizophrenic disorders	34.59 ± 15.42	39.64 ± 11.58	<i>t</i> (57) = -2.931	0.005
Mood disorders	24.59 ± 14.18	40.12 ± 11.77	<i>t</i> (40) = -5.615	0.000
Anxiety disorders	26.67 ± 11.49	36.47 ± 9.64	<i>t</i> (64) = -7.447	0.000
Other diagnoses	24.55 ± 13.43	32.97 ± 12.41	<i>t</i> (25) = -3.452	0.002
All diagnoses	28.20 ± 14.20	37.69 ± 11.34	<i>t</i> (192) = -9.322	0.000

observed [11]. In spite of the apparent effect of poor insight on the baseline scores of patients with schizophrenia, the scale was sensitive to treatment changes. In fact, the scale was sensitive to treatment improvements in all groups, although, as might be expected, the effect size was lowest in the schizophrenic group.

We consider several study limitations: (1) there were demographic differences between healthy controls and patients' sample, (2) healthy controls were administered only SOS questionnaire, (3) not all patients were administered the whole battery of questionnaires. However this design corresponds fully to the fact that we conducted a naturalistic study, in a 'real-life' clinical setting. To overcome these limitations and to test the hypothesis that psychotic patients' higher baseline scores were due to lack of insight into their illness requires further research with more sophisticated design.

Acknowledgements

This work was supported by research project MZCR MZ0PCP2005.

References

- Blais MA, Lenderking WR, Baer L, et al. Development and initial validation of a brief mental health outcome measure. *J Pers Assess* 1999; 73(3): 359-373.
- Rivas-Vasquez RA, Rivas-Vasquez A, Blais MA, et al. Development of a Spanish version of the Schwartz Outcome Scale-10: a brief mental health outcome measure. *J Pers Assess* 2001; 77(3): 436-446.
- Young JL, Waehler CA, Laux JM, McDaniel PS, Hilsenroth MJ. Four studies extending the utility of the Schwartz Outcome Scale (SOS-10). *J Pers Assess* 2003; 80(2): 130-138.
- Hilsenroth MJ, Ackerman SJ, Blagys MD. Evaluating the phase model during short-term psychodynamic psychotherapy. *Psychother Res* 2001; 11(1): 29-47.
- Sartorius N, Kuyken W. Translation of health status instrument. In: Orley J, Kuyken W (eds.), *Quality of Life Assessment: International Perspectives*. Berlin: Springer-Verlag, 1994: 3-18.
- Zannotti M, Pringuey D. A method for quality of life assessment in psychiatry: the S-QUA-L-A (Subjective QUALity of Life Analysis). *Qual Life News Lett* 1992; 4: 6.
- Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, 2nd edn., Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1988.
- Fitzgerald PB, Castella AR, Filia K, et al. A longitudinal study of patient- and observer-rated quality of life in schizophrenia. *Psychiatry Res* 2003; 119: 55-62.
- Korr WS, Ford BC. Measuring quality of life in the mentally ill. *Qual Life Res* 2003; 12(Suppl 1): 17-23.
- Atkinson M, Zibin S, Chuang H. Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination of the self-report methodology. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 99-105.
- Mintz AR, Dobson KS, Romney DM. Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res* 2003; 61: 75-88.

Address for correspondence: Dr. Eva Dragomirecka, Social Psychiatry Unit, Prague Psychiatric Center, Ustavni 91, 181 03 Praha 8-Bohnice, Czech Republic
Phone: +420-266-003-142; Fax: +420-266-003-143
E-mail: dragomirecka@pcp.lf3.cuni.cz