

Problematika spolupráce a nespôlupráce u pacientov v podmienkach denného stacionára

MUDr. Dana Krajčovičová, PhD., doc. MUDr. Tatiana Čaplová, CSc.

Psychiatrická klinika LF UK a UNB, pracovisko Staré mesto, Bratislava

V práci sa analyzujú problémy so spoluprácou pacientov v podmienkach denného stacionára Psychiatrickej kliniky LF UK a UNB v Bratislave. Do súboru bolo zaradených 193 pacientov doliečovaných v podmienkach denného stacionára (DS) v rokoch 2004 – 2008. Išlo prevažne o pacientov s diagnózami z okruhu schizofrénie (147 pacientov) a afektívnych porúch (33 pacientov). Problémy so spoluprácou boli zistené u 39 pacientov (20,2 %). V závere práce autorky poukazujú na dôsledky nespôlupráce pacientov v priebehu liečby (nutnosť spätného prekladu na lôžkové oddelenie pre zhoršenie stavu, svojvoľný odchod zo stacionára atď.) a na možnosti jej ovplyvnenia (psychoedukačné programy, psychotherapeutická intervencia, práca s rodinou).

Kľúčové slová: kompliancia, doliečovanie v podmienkach denného stacionára, dôsledky nespôlupráce, možnosti jej ovplyvnenia.

Issues of cooperation and failure to cooperate in psychiatric daily centrum conditions

The Thesis analyses problems related with cooperation of patients in conditions of a daily centrum of the Psychiatric Clinic of the Faculty of Medicine, Comenius University and University Hospital in Bratislava. 193 patients, after-treated in daily center (DC) conditions in 2004 – 2008, were included in the file. They were mostly patients with diagnoses from the circle of schizophrenia (147 patients) and affective disorders (33 patients). Problems with cooperation were found with 39 patients (20.2 %). At the end of the Thesis, the authors refer to consequences of patients' failure to cooperate during the course of the treatment (need for a relocation back to the bed department due to a deterioration of their condition, self-willed departure from the sanatorium, etc.) and to possibilities to affect the cooperation (psychoeducational programmes, psychotherapeutic intervention, working with family).

Key words: compliance, after-treatment of psychoses in daily center conditions, consequences of a failure to cooperate, possibilities to affect it.

Psychiatr. prax; 2011; 12 (3): 116–119

Spolupráca (kompliancia) v zdravotníctve je definovaná rôzne:

- a) ako stupeň súhlasu pacienta medzi vyžadovaným liečebným postupom a jeho dodržiavaním (4)
- b) ako rozsah koincidencie správania chorého s radou lekára (2)
- c) ako miera spolupráce chorého s lekárom, teda do akej miery odporúčané lieky užíva a do akej miery akceptuje svojím správaním rady lekára (10).

Pojem **adherencia** je užší a definuje sa ako:

- a) užívanie medikácie s aktívnym prístupom chorého (2)
- b) miera súzvuku v správaní chorého, vrátane medikácie a riadenia sa radou lekára (12).

Väčšinou sa oba termíny používajú v rovnakom význame.

Nespôlupráca (nonkompliancia) je veľmi dôležitým aspektom najmä pri dlhodobej liečbe psychických porúch. Je problémom nielen v psychiatrii, ale vo všetkých odboroch medicíny, pričom je jedným z veľmi dôležitých faktorov neúspechu liečby. Medzi prediktory nespôlupráce sa najčastejšie považujú:

- a) vek, kognitívna porucha, závažnosť psychotických príznakov, druh medikácie a prítom-

nosť závažných nežiaducich účinkov liečby (NÚL) (7, 9, 11)

- b) zneužívanie psychoaktívnych látok, nereálne životné plány (5, 9)
- c) chýbanie náhľadu na poruchu, kognitívna dysfunkcia, názor pacienta (aj jeho okolia) na poruchu a na prospešnosť liečby (2).

K faktorom negatívne ovplyvňujúcich spoluprácu pri liečbe antipsychotikami podľa Masopusta a kol. (6) patria:

1. **faktory zo strany pacienta** (miera závažnosti psychopatológie, kognitívne postihnutie, vek, komorbidita, pohlavie)
2. **faktory zo strany prostredia** (sociálna podpora, finančná situácia, postoj k pacientovi a liečbe, prijímanie okolím)
3. **faktory zo strany liečby** (NÚL, spôsob vedenia liečby, dávkovanie liekov, dĺžka trvania ochorenia, cena lieku a polypragmázia)
4. **faktory zo strany lekára** (dodržiavanie terapeutických postupov, vzťah lekár – pacient, kvalita informácií o ochorení a liečbe, následná starostlivosť).

Podľa Forgáčovej až 97 % pacientov s psychózou nemá náhľad na poruchu (2). Cituje prácu Amadera a kol., v ktorej sa uvádza prevalencia nedostatočného náhľadu pri schizofrénii v 30 – 50 %,

pri schizoafektívnej poruche v 20 %, pri bipolárnej poruche v 23 %, pri psychotickej depresii v 16 % a pri nepsychotických poruchách v 7 %.

Pre spoluprácu je dôležité subjektívne prežívanie medikácie pacientom. Subjektívnym prežívaním antipsychotickej medikácie pacientmi sa zaoberali napr. Nábélek a kol. (9), Sajatovic a kol. (12). Masopust a kol. (6) použitím škály SWN – *Scale to measure subjective well-being under neuroleptic treatment* (8) sa pokúsili charakterizovať typ pacienta subjektívne spokojného s liečbou (muž, monoterapia antipsychotikom, kratšia dĺžka trvania poruchy, nižší počet hospitalizácií, kratšie podávanie antipsychotickej medikácie, minimálny výskyt nežiaducich účinkov liečby).

Weiss a kol. sledovali adherenciu k liečbe za 5 mesiacov od začiatku liečby (14). Adherentných bolo 75 % pacientov, po 14 mesiacoch liečby ostalo adherentných 50 % pacientov.

Spoluprácu pacientov pri liečbe môže pozitívne ovplyvniť absolvovanie psychoedukačných programov. Napr. Motlová a kol. sledovali súbor, do ktorého bolo zaradených 16 pacientov s diagnózou schizofrénie, ktorí absolvovali psychoedukáciu a súbor 16 bez psychoedukácie (7). U všetkých pacientov bola diagnostikovaná schizofrénia. Potvrdilo sa, že pacienti po psycho-

Tabuľka 1. Súbor pacientov denného stacionára Psychiatrickej kliniky LF UK a UNB liečených v rokoch 2004 – 2008

Celkový počet pacientov	193	
Muži	78	40,4 %
Ženy	115	59,6 %
Súbor I – počet pacientov	144	74,6 %
Muži	56	
Ženy	88	
Priemerný vek	39,2 r.	
Súbor II – počet pacientov	49	25,4 %
Muži	22	
Ženy	27	
Priemerný vek	41,2 r.	

*Súbor I – pacienti v sledovanom období 1x liečení v DS
Súbor II – pacienti v sledovanom období opakovaného liečenia v DS.*

edukácii ochotnejšie spolupracovali pri liečbe. Okrem toho sa zistilo, že ďalšia hospitalizácia u pacientov zaradených do edukácie bola kratšia (37 dní v porovnaní so 60 dňami). V oboch skupinách došlo k relapsu u 3 pacientov (18,7 %).

Cieľom práce bolo v súbore pacientov liečených a doliečovaných v dennom stacionári (DS) Psychiatrickej kliniky LF UK a UNB zistiť:

- ako často sa vyskytli rôzne **formy** nespôsobnosti
- aké sú možné **príčiny** nespôsobnosti
- aké sú možné **dôsledky** nespôsobnosti.

Materiál a metodika

Ide o *retrospektívnu štúdiu*, do ktorej bolo zaradených 193 pacientov liečených v DS v rokoch 2004 – 2008 (tabuľka 1). Vekové rozpätie zaradených pacientov bolo 17 – 78 rokov, priemerný vek 39,2 r. (muži 36,8 r., ženy 41,5 r.).

Pacientov sme zaradili do dvoch súborov (súbor I a II) podľa toho, či išlo o prvý alebo opakovaný pobyt v DS. Do súboru I (n = 144) boli zaradení pacienti, ktorí boli za sledované obdobie *prvýkrát* liečení a doliečovaní v DS. Do súboru II boli zaradení pacienti (n = 49), ktorí boli za sledované obdobie *opakovane* liečení v DS. Priemerný počet pobytov v súbore II bol 3,2.

Program v DS je štruktúrovaný a pozostáva z komunit (5x týždenne), rozcvičiek (5x týždenne), ergoterapie (4x týždenne), z kognitívno-behaviorálnej skupinovej psychoterapie (2x týždenne), z psychoedukačného programu PRELAPS (2x týždenne), z arteterapie (1x týždenne), z muzikoterapie (1x týždenne), z biblioterapie (1x týždenne), z klubu pacientov DS (1x týždenne) a z vychádzky do mesta alebo prírody podľa počasia (1x týždenne). Pre pacientov s diagnózou afektívnej a neurotickej poruchy je do programu zaradený nácvik autogén-

Tabuľka 2. Diagnostická štruktúra súborov podľa MKCH-10

	Súbor I (n = 144)	Súbor II (n = 49)
F20 Schizofrénia	78 (54,2 %)	26 (53,1 %)
F25 Schizoafektívna porucha	31 (21,4 %)	12 (24,5 %)
F31-33 Afektívne poruchy	27 (18,7 %)	6 (12,2 %)
F40-48 Neurotické poruchy	8 (5,5 %)	5 (10,2 %)

neho tréningu (2x týždenne). Všetci pacienti mali počas liečby v DS ordinované psychofarmaká.

V oboch súboroch pacientov sme sa zamerali na sledovanie nasledujúcich parametrov: vek, pohlavie, rodinný stav, stupeň ukončeného vzdelania, sociálny status, hlavná a pridružená diagnóza, počet pacientov preložených z oddelenia do DS, počet pacientov prijatých priamo z ambulancie ambulantného psychiatra do DS, ako aj na spoluprácu a formy, príčiny a dôsledky nespôsobnosti pacientov.

Pri hodnotení spolupráce sme brali do úvahy:

- dochádzku do DS (či pacient dochádza pravidelne do DS v stanovenom čase a v každom pracovný deň)
- účasť na programoch DS (aktivita, prejavovanie záujmu, vyjadrenie názoru atď.)
- užívanie liekov v DS a v domácom prostredí (bezproblémovosť, spoľahlivosť a pravidelnosť pri užívaní liekov)
- plnenie plánovanej činnosti v domácom prostredí (pacienti si pred odchodom zo stacionára každý deň píše, čo budú doma robiť, a na komunite nasledujúci deň sa kontroluje splnenie týchto úloh, ďalšiu kontrolu umožňujú údaje od príbuzných pacientov).

Pri hodnotení spolupráce pacientov v domácom prostredí (body 3, 4) sme vychádzali z objektívnych anamnestických údajov (príbuzní, ev. spolubývajúci).

Ako nespôsobnosť sme hodnotili:

- opakovaný (2x týždenne a viac) neskorý príchod do DS
 - pacient neprišiel do DS a neospravedlnil svoju neúčasť
- opakovane až pravidelne oneskorený príchod na jednotlivé programy
 - prevažne pasívna účasť na programoch (pacient nejavil záujem, neprejavil názor, nezapojil sa atď.)
- opakovane problémy pri užívaní liekov (pacient opakovane žiadal vysvetlenie, prečo potrebuje lieky a bolo ho potrebné neustále viesť k ich užívaniu počas celého pobytu v DS)
 - opakované tendencie neuziť lieky pred SZP

- opakované tendencie neuziť lieky v domácom prostredí

- opakované nedostatočné plnenie až nespôsobnosť naplánovanej činnosti v domácom prostredí.

Predpokladané príčiny nespôsobnosti (uveďené v tabuľke 6) sme vyprofilovali do troch okruhov na základe podrobného anamnestického rozhovoru s pacientmi v rámci vstupného psychiatrického vyšetrenia a objektívneho pozorovania pacientov zdravotníckym personálom, príp. príbuznými pacientov.

Z *demografických údajov*, na ktoré sme sa zamerali, vyplynulo, že výraznejšie rozdiely medzi súbormi boli len v oblasti sociálneho statusu. V súbore I prevládali nezamestnaní pacienti (63,9 %) a v súbore II dôchodcovia invalidní, príp. starobní (55,2 %). V oboch súboroch mali študenti najnižšie zastúpenie. V ostatných sledovaných demografických parametroch, akými boli spôsob spoluzitia, rodinný stav a vzdelanie, sa významné rozdiely medzi súbormi nezaznamenali. V oboch súboroch prevládalo spoluzitie s partnerom alebo iným príbuzným (76,4 % v.s. 75,5 %), prevládali slobodní pacienti (72,2 % v.s. 65,3 %) a najvyššie zastúpenie mali pacienti so stredoškolským vzdelaním s maturitou (31,9 % v.s. 40,8 %).

Tabuľka 2 obsahuje údaje o *diagnostickej štruktúre súborov*. Okrem toho sme sa zamerali aj na prítomnosť *pridružených diagnóz* u pacientov oboch súborov. V súbore I boli 3 pacienti s pridruženou diagnózou organickej poruchy, 14 pacientov so závislosťou od psychoaktívnych látok a 6 pacientov s poruchou osobnosti. V súbore II boli 4 pacienti s pridruženou diagnózou organickej poruchy, 6 pacienti so závislosťou od psychoaktívnych látok a 5 pacienti s poruchou osobnosti.

V súbore I bolo 122 pacientov (84,7 %) preložených z lôžkového oddelenia a 22 pacientov (15,3 %) prijatých z ambulancie psychiatrov. V súbore II bolo 39 pacientov (79,5 %) preložených z lôžkového oddelenia a 10 pacientov (20,5 %) prijatých z ambulancie psychiatrov.

Výsledky

V tabuľke 3 uvádzame hodnotenie spolupráce, prípadne nespôsobnosti pacientov oboch súborov počas ich pobytu v DS. Problémy so

Tabuľka 3. Hodnotenie spolupráce pacientov DS

	Súbor I (n = 114)	Súbor II (n = 49)
Spolupracovalo	119 (82,6 %)	35 (71,4 %)
Nespolupracovalo	25 (17,4 %)	14 (28,6 %)

Tabuľka 4. Prejavy nespôlpráce u nespôlpracujúcich pacientov I. a II. súboru

Prejavy nespôlpráce	Súbor I (n = 25)	Súbor II (n = 14)
Neskoré príchody do DS, ev. neospravedlnená neúčast	4 (16,0 %)	4 (28,6 %)
Pasívna účasť na programoch	2 (8,0 %)	3 (21,4 %)
Problémy pri užívaní liekov (nespolahlivosť, nepravidelnosť)	3 (12,0 %)	0
Nesplnenie plánovanej činnosti v domácom prostredí	0	0
Kombinácia viacerých faktorov	16 (64,0 %)	7 (50,0 %)

Tabuľka 5. Hodnotenie nespôlpráce u pacientov súborov podľa diagnózy

Dg. podľa MKCH-10	Súbor I (n = 25)	Súbor II (n = 14)
F20 Schizofrénia	14 (56,0 %)	11 (78,6 %)
F25 Schizoafektívna porucha	7 (28,0 %)	2 (14,3 %)
F31-33 Afektívne poruchy	4 (16,0 %)	1 (7,1 %)

Tabuľka 6. Predpokladané príčiny nespôlpráce

	Súbor I (n = 25)	Súbor II (n = 14)
Vynechanie psychofarmák	16 (64,0 %)	10 (71,4 %)
Nedostatočne stabilizovaný stav pri príchode do DS	6 (24,0 %)	3 (21,5 %)
Chýbajúce alebo nevhodné sociálne zázemie	3 (12,0 %)	1 (7,1 %)

spoluprácou boli zistené u 39 pacientov (20,2%), a to u 25 pacientov súboru I a 14 pacientov súboru II. U týchto nespôlpracujúcich pacientov sme sa zamerali na hodnotenie prejavov nespôlpráce (tabuľka 4), na hodnotenie nespôlpráce podľa diagnózy (tabuľka 5) a na predpokladané príčiny nespôlpráce (tabuľka 6), ako aj na hodnotenie nespôlpráce podľa spôsobu prijatia do DS.

Pri hodnotení nespôlpráce podľa spôsobu prijatia do DS sme zistili, že v súbore I nespôlpracovalo 20 pacientov (80 %) preložených z oddelenia a 5 pacientov (20 %) prijatých priamo z ambulancie psychiatra. V súbore II nespôlpracovalo 10 pacientov (71,4 %) preložených z oddelenia a 4 pacienti (28,6 %) prijatí priamo z ambulancie psychiatra.

Pre nespôlprácu v súbore I (25 pacientov) bolo 18 z nich (72 %) rehospitalizovaných, u 4 (16 %) išlo o predčasné prepustenie a ďalší 3 (12 %) svojvoľne ukončili pobyt v DS. V súbore II (14 pacientov) bolo rehospitalizovaných 10 pacientov (71,4 %), 2 (14,3 %) boli predčasne prepustené a 2 (14,3 %) svojvoľne ukončili pobyt v DS. Príčinou rehospitalizácie u pacientov so schizofróniou a schizoafektívnou poruchou bolo najčastejšie zvýraznenie porúch vnímania, paranoidných obsahov myslenia, prehĺbenie negativizmu

a odmietanie liečby. U depresívnych pacientov išlo najčastejšie o prehĺbenie depresívneho syndrómu, zvýraznenie nespôlpráce, suicídnych myšlienok a odmietavého postoja k liečbe.

Diskusia a záver

Z výsledkov štúdie vyplynulo, že nespôlpráca bola zistená u 39 pacientov (20,2%), a to v súbore I u 25 pacientov (17,4%) a v súbore II u 14 pacientov (28,6%). Vyšší výskyt nespôlpráce bol u pacientov s diagnózou schizofrénie a schizoafektívnej poruchy (87,2%), zatiaľ čo u pacientov s diagnózou afektívnej poruchy sa vyskytla u 12,8 % pacientov. Častejšie nespôlpracovali pacienti s pridruženou psychiatrickou diagnózou. V oboch súboroch to bola predovšetkým závislosť od psychoaktívnych látok (závislosť od alkoholu), ktorá bola prítomná u 10 pacientov súboru I a 6 pacientov súboru II. Podobné skúsenosti s častejšou nespôlprácou pacientov s psychotickými poruchami v kombinácii so závislosťou od alkoholu majú aj iní autori (5).

Zistili sme, že pre spoluprácu pacientov je dôležité, aby sa pacienti ešte pred preložením do DS oboznámili s programom DS a aby sa aspoň na časti programu zúčastnili. V súbore I bolo z nespôlpracujúcich pacientov do programu zaradených 10 pacientov a v súbore II 5

pacientov, zatiaľ čo nezaradených bolo 15 (súbor I) a 9 (súbor II).

Na základe výsledkov sme sa pokúsili vytvoriť **charakteristiku nespôlpracujúceho pacienta:**

1. prvá hospitalizácia pacienta v psychiatrickom zariadení
2. pacient s diagnózou schizofrénie a komorbidity s inou poruchou (najmä so závislosťou od psychoaktívnych látok a poruchou osobnosti)
3. pacient s neprítomným náhľadom na poruchu a na potrebu liečby
4. pacient nezaradený do programu DS ešte počas hospitalizácie na oddelení
5. pacient nedostatočne motivovaný pre doľučovanie v DS
6. pacient bez dostatočného sociálneho zázemia.

Pre zvýšenie spolupráce u pacientov považujeme za dôležité:

1. vytvoriť a posilňovať kvalitný terapeutický vzťah (vrátane záujmu o prežívanie symptómov poruchy pacientom, o problémy aj mimo zdravotného stavu atď.)
2. snažiť sa o to, aby pacient získal náhľad na poruchu a na potrebu liečby a neustále ho posilňovať (napr. pomocou psychoterapeutickej intervencie, psychoedukačných programov)
3. zamerať sa na subjektívne prežívanie pacienta pri užívaní psychofarmák (starostlivo zvažovať výber psychofarmák s ohľadom na celkový zdravotný stav pacienta, liekovú anamnézu, vybrať vhodnú formu aplikácie a dávky, výskyt NÚL, a pod.)
4. flexibilne dávkovať lieky (prispôbovať zvyklostiam pacienta) a dbať, aby mali pri dobrej terapeutickú účinnosti čo najmenej nežiaducich účinkov liečby
5. kontrolovať užívanie liekov v domácom prostredí a motivovať rodinu v tomto smere
6. korigovať nesprávne postoje rodiny k pacientovi, k jeho poruche a k liečbe (napr. formou psychoedukačných programov)

V odbornej literatúre sa často diskutuje o významu atypických antipsychotík na zlepšenie spolupráce (1). Napriek tomu, že nedostatočná adhérenca k antipsychotikám je považovaná za jeden z hlavných problémov pri liečbe schizofrénie, nie je dosiaľ celkom zrejme ako ju prekonať.

Ďalšou často diskutovanou otázkou je, ako sú účinné doteraz používané psychoedukačné programy. Zygmunt a kol. (15), Prikryl a Kučerová (12) sú toho názoru, že pre zlepšenie spoluprá-

ce bude potrebné vytvoriť nové efektívnejšie edukatívno-motivačné programy pre pacientov a ich rodiny.

Literatúra

1. André I. Antipsychotiká novej generácie ako podnety pre nové klinické uvažovanie. *Psychiatr. prax* 2009; 10(2): 78–79.
2. Češková E. Schizofrenia a její léčba. 2. vyd. Praha: Maxdorf-Jessenius 2007. 104 s.
3. Forgáčová L. Porucha náhľadu u pacientov so schizofréniou. *Kompendium medicíny* 2010; 4: 20–21.
4. Gaebel W. Intermittent medication – an alternative. *Acta Psychiatr. Scand.* 1994; 89(Suppl 382): 33–38.
5. Lacro J, Dunn L, Dolder C, et al. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J. Clin. Psychiatry* 2002; 63: 892–90.
6. Masopust J, Libiger J, Kohler R, Urban A, Čarmáková E. Spokojnosť nemocných s liečbou antipsychotiky. *Čes. a Slov. Psychiatr.* 2009; 105(1): 12–19.
7. Motlová L, Dragomirecká E, Spaniel F, Selepova P. The influence on family psychoeducation in schizophrenia on quality of life. *Psychiatrie* 2002; 4(Suppl 2): 42–45.
8. Naber D. A self-rating to measure subjective effects of neuroleptic drugs, relationship to objective psychopathology, quality of life, compliance and other clinical variables. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 1995; 10(Supl. 3): 133–138.
9. Nábělek L, Šajgalíková I, Fašková L, Kašparová Z. Subjektívne prežívanie antipsychotickej liečby. *Čes. a slov. Psychiatr.* 2000; 96(4): 195–199.
10. Novotný V. Nespolupracujúci pacient. Bratislava: UK 2008: 165–170.
11. Perkins D. Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia. *J. Clin. Psychiatry* 2002; 63: 1121–1128.
12. Příkryl R, Kučerová H. Adherence a postoje pacientu k medikácii antipsychotiky. *Psychiatr. prax* 2009; 10(4): 171–173.
13. Sajatovic M, Subramoniam M, Coconcea N. Managing bipolar disorder in the elderly. defining the role of the newer agents. *Drugs Aging* 2005; 22(1): 39–54.
14. Weiss K, Smith T, Hull J. et al. Predictors of risk of nonadherence in outpatients with schizophrenia and other psychotic disorders. *Schizophr. Bull* 2002; 28: 341–349.
15. Zygmont A, Olfson M, Boyer CA, Mechanic D. Interventions to improve medication adherence of schizophrenia. *Am. J. Psychiatr.* 2002; 150: 1653–1654.

MUDr. Dana Krajčovičová, PhD.

Psychiatrická klinika LF UK a UNB,
pracovisko Staré mesto
Mickiewiczova 13, 813 69 Bratislava
krajcovicovamudr@centrum.sk

Recenzia

Eduard Kolibáš:

Príručka klinickej psychiatrie

PSYCHOPROF, Nové Zámky, 2010, s. 304, ISBN 978-80-89322-05-3

Ide už o druhé, a podstatne rozšírenie a doplnené vydanie. Prvé vydanie malo 240 strán a menší formát. Rozdiel je nielen vo formáte a paginácii, ale aj v určení. Prvé vydanie príručky bolo v roku 1996, bola určená predovšetkým študentom lekárskeho a filozofického fakult, nové vydanie je určené psychiatrom, klinickým psychológom, sociálnym pracovníkom, iným vysokoškolsky vzdelaným odborníkom v zdravotníctve. Zmena určenia príručky viedla autora k zmenám štruktúry a k podstatnému prepracovaniu obsahu. Viac pozornosti venoval autor psychopatológii a klasifikácii psychických porúch. V predhovore diela autor okrem iného uvádza, že nové poznatky v psychiatrii umožnia návrat k nozologickej klasifikácii opierajúcej sa o vedeckými metódami získané poznatky. Autor sa netají tým, že mnohé názory sú formované prostredím pracoviska – Psychiatrickej kliniky LF UK v Bratislave, ktoré, ako píše, je jeho „domovom“ už viac ako 40 rokov. Prejavuje sa najmä pri popise psychopatológie, ale aj na iných miestach.

Príručka má 20 základných kapitol, od všeobecných častí (napr. klasifikácia, vyšetrovacie metódy, psychopatológia, syndromológia, liečba) autor prechádza k špeciálnym kapitolám, kde sa venuje konkrétnym diagnostickým jednotkám. Kapitoly zo všeobecnej psychiatrie sú bohatšie oproti prvému vydaniu, napr. symptomatológia a syndromológia, alebo výrazne modernizované, napr. kapitola o terapii. Ako 6. kapitola je samostatná kapitola o prvej pomoci v psychiatrii. 8. kapitola o organických psychických poruchách má zhruba rovnaký rozsah, je však inovovaná.

9. kapitola – Psychické poruchy spojené s užívaním psychoaktívnych látok má 40 strán (9 subkapitol), teda je podstatne rozšírená a prepracovaná. Autor tu využil svoje bohaté odborné a publikačné skúsenosti, treba oceniť úplne nové údaje obsiahnuté v tejto časti, včítane príčin a mechanizmov vzniku týchto porúch. Súčasné drogy, aktuálne z praktického hľadiska, sú prezentované zvlášť precízne. Spôsob spracovania je napr. užitočný aj pre znalcov. Výhodou je rýchla orientácia a možnosť promptného vyhľadania konkrétnej informácie, čo je pre znalcov pracujúcich väčšinou vo veľkej časovej tiesni iste veľkým prínosom. Užitočné môžu byť aj príslušné prílohy (koncentrácia alkoholu, Skrátený inventár markerov alkoholizmu – SIMA a dotazník závislosti od nikotínu). Adekvátne váhe témy sa obohatila aj nasledovná kapitola o schizofrénií.

Kapitola o schizofrénií, 10. kapitola, je podstatne rozšírená (asi 3-násobne oproti prvému vydaniu). Čo je však dôležité, podáva najnovšie poznatky o diagnostike, komorbidity a terapii schizofrénie. Rozšírenie kapitoly nie je na úkor prehľadnosti. Podobne je významne inovovaná a obohatená kapitola o afektívnych poruchách ako aj kapitola o psychoreaktívnych poruchách.

Prednosťou príručky je aj to, že nechýbajú ucelené kapitoly o subspecializáciách psychiatrie – psychiatrickej sexuológii, pedopsychiatrii a gerontopsychiatrii.

V 9. prílohách sú prezentované niektoré, pre klinickú prax dôležité škály, dotazníky, či iné pomocné diagnostické inštrumenty (napr. MADRS, Zung, GDS, ale aj prepočet koncentrácie alkoholu v krvi a v dychu). Celkovo má dielo 304 strán, asi 20 tabuliek je okrem príloh priamo v texte jednotlivých kapitol. Tieto tabuľky a prílohy podčiarkujú praktickú upotrebitelnosť knihy.

Príručka je napísaná štýlom, ktorý je pre tohto autora charakteristický, teda hutne a účelne, bez zbytočných podrobností a nepodstatných súvislostí. Informácie sú prezentované v prehľadnom slede, takže čitateľ má šancu veľmi rýchlo zorientovať sa a nájsť konkrétne údaje, ktoré práve pre svoju prácu potrebuje.

Treba poďakovať Slovenskej psychiatrickej spoločnosti, ktorá prispela na vydanie diela, takisto recenzentke doc. MUDr. Kořínkovej a vydavateľovi dr. R. Mathému (Psychoprof) za promptné vydanie tejto kvalitnej príručky.

Ivan André, Vladimír Novotný

