
Referát o literatuře Alena Lambertová

David G. Kingdon, Douglas Turkington Cognitive therapy of Schizophrenia

David G. Kingdon, Douglas Turkington Cognitive therapy of Schizophrenia (Kognitivní terapie schizofrenie), MUDr. Alena Lambertová

Jedná se o knihu dvou věhlasných anglických psychiatrů, která je koncipována jako průvodce k individualizované léčbě založené na důkazech. Rozdělena je do 15 kapitol.

V první kapitole se dovídáme, co je schizofrenie, je zde popsán kognitivní model schizofrenie, který poukazuje na to, že se jedná o multifaktoriální závažné duševní onemocnění – příčiny jsou biologické (např. genetiky, perinatální komplikace), sociální (např. vyšší míra stresu a snazší přístup k drogám ve městech) a psychologické (např. interpersonální vztahy). Oproti nám vžitému rozdělení schizofrenie na schizofrenii paranoidní, hebefrenní, katatonní, nediferencovanou, simplexní, autoři uvádějí 4 typy onemocnění. **Psychóza u citlivých jedinců (sensitivity psychosis)** je charakteristická výskytem u adolescentů a mladých dospělých, kteří obtížně zvládají změny v životě (nástup na vysokou školu atp.), jedná se o samotáře, typický je pozvolný nástup symptomů, psychotická symptomatika je floridní, epizoda často zanechá reziduum negativních symptomů. Pro **psychózu vyvolanou účinkem drog (drug related psychosis)** je příznačné, že první psychotické symptomy přímo souvisí s užitím halucinogenních drog (kokain, amfetamin, extáze, kanabinoidy), časem se symptomy objevují nezávisle na užití drogy. Jedinci často pochází z narušené rodiny, jsou vzdorovití, mizivě spolupracují v léčbě. Osoby trpící **traumatickou psychózou (traumatic psychosis)** mají ve většině případů hraniční osobnostní rysy, často se jedná o oběti sexuálního zneužívání, náhled je kolísavý. **Úzkostná psychóza (anxiety psychosis)** souvisí se stresem, objevuje se v pozdějším věku (kolem 26. roku života), běžná je izolace, perzekuční nebo grandiózní bludy, další epizody jsou vyvolány reakcí na stres.

Druhá kapitola hovoří o důkazech pro efektivní léčbu, účinné v léčbě schizofrenie jsou **antipsychotika**, jak klasická, tak atypická, dále **práce s rodinou**, která snižuje riziko relapsu, a poté **kognitivně-behaviorální psychoterapie (KBT)**. Doporučuje se 20 sezení během půl roku, poté follow-up sezení. KBT má pozitivní efekt na psychotické symptomy, zlepšuje adherenci k medikaci, zkracuje délku hospitalizace, je účinná v prevenci relapsu, zlepšuje kvalitu života.

Náplní třetí kapitoly je *včasná intervence*, která vede k lepší prognóze nemoci. Mezinárodně ale bohužel činí délka neléčené psychózy 1 – 2 roky.

Ve čtvrté kapitole autoři hovoří o *terapeutickém vztahu*. V kognitivní psychoterapii je nutné vytvořit vztah vzájemné důvěry, spolupráce, respektu, vřelosti, upřímnosti a důvěryhodnosti. Oproti jiným psychickým chorobám je nutno u schizofrenie zvolit pomalejší tempo, terapeut musí být s humorem opatrný u paranoidních klientů, konverzace má být plynulá, neboť dlouhé ticho vede k úzkosti klienta, přístup má být nekonfrontující, pokud klient začne být agitovaný, je na místě taktické ukončení.

Pátá kapitola popisuje *assessment*. Součástí assessmentu je anamnéza, zjištění doby a okolnosti vzniku poruchy, explorační přítomných symptomů, motivace a životních cílů klienta, stanovení vulnerabilit, silných stránek a stresorů, vhodné je užívání hodnotících dotazníků (PANSS, BPRS, GAF, PSYRATS) již od počátku terapie ke

kvantifikaci symptomů a k rozpoznání pokroku v léčbě. Zřídka se jedná o uspořádaný proces, neboť klient terapeutovi sdělí více teprve až když se vybuduje důvěra. Díky assessmentu můžeme s klientem formulovat problém.

Šestá kapitola má název *individualizovaná formulace případu a plánování léčby*. Společně s klientem určujeme **predisponující faktory** (pozitivní rodinná anamnéza, osobnost schizoidní, poranění mozku atd.), **vyvolávající faktory** (rozchod s partnerem, úmrtí blízkého člena rodiny atd.), **udržující faktory** (izolace, nízký příjem, nízká compliance atd.) a **ochranné faktory** (vztahy, zájmy, inteligence atd.).

Sedmá kapitola radí, jak přimějeme klienta k léčbě.

Osmá kapitola vysvětluje pojmy *psychoedukace a normalizace*. Aby terapeut již na počátku terapie klienta od léčby neodradil, je vhodnější užívat místo pojmu schizofrenie anxieta nebo senzitivita. Normalizace je specifická forma psychoedukace, kdy jsou diskutovány symptomy jako hlasy a paranoia (ty jsou v laické veřejnosti spojovány se „šílenstvím“), tyto symptomy jsou srovnávány se zážitky zdravých dobrovolníků, kteří podstoupili spánkovou nebo sensorickou deprivaci, dále s osobami, které byly vystaveny neobvyklým formám stresu (rukojmí), s přecitlivělými osobami (prchavé paranoidní pocity při vstupu do místnosti, kde náhle všichni ztichnou), za normální jsou považovány i hypnagogické a hypnopompní halucinace (před usnutím, po probuzení). Normalizace pomáhá u klienta vytvořit sebeúctu, zmírnit pocit odcizení od ostatních. Za rizika normalizace autoři považují nemístné minimalizování problémů.

Devátá kapitola popisuje *formulaci případu a zvládnání bludů*. Zásadní je porozumět počáteční události, která vedla k vytvoření bludných představ. Zvýšená paranoia také může vyplývat z nežádoucích účinků medikace (tremor a dystonie – ostatní klienta ovládají, sexuální nežádoucí účinky jako hyperprolaktinémie, zhoršená erekce a ejakulace – bludy o měnícím se pohlaví nebo těhotenství). Doporučuje se, aby si klient vedl deníček, kam bude zapisovat okolnosti, za kterých se bludy objevují, procento, na kolik je klient o nich přesvědčen, vytváření alternativních výkladů a jejich zkoumání.

Desátá kapitola líčí *formulaci případu a zvládnání halucinací*. Opět se doporučuje, aby si klient vedl diář, kde bude zaznamenávat spouštěče, u auditivních halucinací, co klient konkrétně slyší, procento, na kolik je přesvědčen o pravdivosti hlasů, zvládací strategie (odvedení pozornosti, rozumné odpovědi na hlasy) a účinnost jednotlivých postupů. Autoři také doporučují zvukovou nahrávku hlasů, kdy si klient uvědomí, že ostatní nepříjemné hlasy neslyší.

Jedenáctá kapitola pojednává o *zasahování do myšlení, fenoménu pasivity a formálních poruchách myšlení*. Zasahování do myšlení je častější u klientů přecitlivělých, často je spojeno s bludy vztahovačnosti. Fenomén pasivity je pocit, že ostatní lidé nebo síla klienta nutí dělat, myslet si nebo cítit věci, tak jak oni chtějí. Zásadní je pochopit rozdíl mezi činy a slovy. U poruch myšlení je cílem pomoci klientovi komunikovat tak, aby mu bylo rozumět.

Dvanáctá kapitola popisuje problematiku *negativních symptomů*, mezi které řadíme emoční oploštělost, alogii (omezený obsah, množství řeči), ztrátu vůle, anhedonii (neschopnost se radovat), deficit pozornosti, sociální stažení. Negativní symptomatika je častěji vyjádřena u klientů s vysokou úrovní vulnerability, nízkou kapacitou vyrovnat se se zátěží. Autoři doporučují nejprve podpůrnou a až posléze kognitivní terapii, pomalu se plánují aktivity a stanovují se nízké cíle. Autoři jsou přesvědčeni, že mají negativní symptomy i svou pozitivní stránku, a sice například sociální stažení může mírnit stres a pozitivní fenomény, neboť žádní lidé rovná se žádné bludy vztahovačnosti či vysílání myšlenek.



*Třináctá kapitola se zabývá komorbidními nemocemi. Schizofrenie se často pojí se **zneužíváním návykových látek** (doporučuje se popsat rizika a výhody spojené s abusem, vhodné je povolit klientovi volnost – klient tak nese odpovědnost za svůj problém s drogami, je prokázáno, že prohibice nefunguje), s **poruchami osobnosti** (hraniční, antisociální, schizoidní, paranoidní, závislá), s **obsedantně-kompulsivní poruchou, panickou poruchou, sociální fobií a jinými úzkostnými poruchami, depresivní poruchou** (ta může být výsledkem onemocnění schizofrenií nebo sama o sobě může psychotickou symptomatiku vyvolat), **sociální komorbiditou** (nezaměstnanost, sociální izolace, vztahová problematika) a **tělesnou komorbiditou** (nemocnost i úmrtnost jsou u schizofrenie zvýšené, doporučuje se vést klienty k dietě, cvičení a pravidelnému vyšetřování zdravotního stavu).*

*Ve čtrnácté kapitole se dovídáme o **prevenci relapsu a ukončení terapie**. Někdy je obtížné identifikovat konkrétní stresor. Začátek relapsu se vyznačuje zvýšenou únavou, anxietou, změnami spánkového vzorce, depresivitou, „strachem ze zešílení“. Při zachycení relapsu se doporučuje oddechnout si, vzít si volno, přezkoumat s lékařem medikaci (neznamená to vždy její navýšení, čehož se klienti obávají!). Ukončení terapie může být plánované nebo neplánované (ze strany klienta, ale i terapeuta – z důvodu nemoci, uzavření své praxe atp.).*

*Poslední **patnáctá kapitola** nás seznamuje s **potížemi v terapii**. **U aktivně psychotické osoby, které chybí náhled**, se doporučují krátká pravidelná sezení (10 – 15 minut, 2 – 3 krát týdně), cílem je vytvořit vztah plný důvěry. **Práce s rizikem agresivního chování** (u osob s kombinací schizofrenie a abusu, u imperativních halucinací, perzekučních bludů, fenoménu pasivity) spočívá například u imperativních halucinací v expozici, zábraně odpovědím. **Při práci se suicidálními představami** (rizikové faktory jsou impulzivita, imperativní halucinace s pasivitou, abusus psychotropních látek, fáze uvědomění si, že „nervové zhroucení“ je vlastně schizofrenie) se zaměříme na důvody pro a proti pokračování života, důležité je vštěpovat naději prostřednictvím diskuse o síle a možnostech klienta a o pokrocích v oblasti vývoje nových léků, terapie. Výzkumy ukazují, že má KBT ochrannou funkci. **Pokud klient zahrnul do svého bludného systému terapeuta**, tak je na místě přechodně přejít z kognitivní terapie na podpůrnou, prodiskutovat celou situaci s kolegy a supervizory, pokud předchází možnosti selžou, je na místě výměna terapeuta. Zkušenosti obou autorů jsou takové, že málokdy se stává, pokud je terapeut vřelý, otevřený a jednoznačný, že by klienti terapeuta do bludného systému zapojili. Poslední situací je, **co dělat, když terapeut pociťuje, že vůbec nedochází k pokroku**. Takový pocit bývá na začátku terapie častý a běžný, proto je vhodné již od počátku terapie používat hodnotící škály. Pokud tento pocit přetrvává i nadále, je na místě znovu uvážit formulaci problému (to se musíme znovu vrátit k prepsychotickému období), nebo zvážit jiné techniky, dále je potřeba identifikovat důležité nepsychotické problémy (nízké sebehodnocení, špatné rodinné vztahy, sociální izolace).*

I když byla kognitivní terapie celosvětově uznávaných odborníků, jakými jsou Kingdon a Turkington, publikována již v roce 2008, doporučuji všem odborníkům z oblasti duševního zdraví si ji přečíst i z toho důvodu, že celou knihou nás provází 4 kazuistiky jednotlivých typů schizofrenie (psychóza u citlivých jedinců, psychóza vyvolaná účinkem drog, traumatická psychóza a úzkostná psychóza).

MUDr. Alena Lambertová
Psychiatrická klinika (VFN)
Praha 2, Ke Karlovu 11, 12000