

KBT PŘÍSTUP U TOURETTOVA SYNDROMU S KOMORBIDNÍ OBSEDANTNĚ KOMPULZIVNÍ PORUCHOU

MUDr. Beata Pašková, MUDr. Richard Záleský, MUDr. Ján Praško, CSc., Jana Vyskočilová

Psychiatrické centrum, Praha

Tato kazuistika obsahuje podrobný a konkrétní popis psychotherapeutické práce s dospělým pacientem trpícím Tourettovým sy komorbidním s obsedantně kompulzivní poruchou. Psychotherapeutickou metodou byla kognitivně behaviorální terapie (KBT), která byla pacientovi poskytována po dobu 6 týdnů v kombinované formě skupinové i individuální. Terapeutický přístup byl veden analogicky s postupy používanými při terapii obsedantně kompulzivní poruchy (Obsessive Compulsive Disorder – OCD). U pacienta jsme zaznamenali dobrou odezvu na léčbu, markantně se snížily projevy Tourettova sy i OCD.

Popis poruchy a klinické poznámky

Syndrom de la Tourettův, kombinovaná vokální a mnohočetná motorická tiková porucha (F 95.2) je dlouhodobá nemoc s kolísavým průběhem, která vzniká v dětství. Typická jsou období s mnohočetnými opakujícími se vokálními tiky – pokašlávání, chrochtání, pochrc hlávání, pošťkávání, časté jsou i výkřiky obscenních slov nebo frází – koprolálie. Dále se vyskytuje echopraxie – napodobování chování probíhajícího u pozorované osoby a kopropaxie – manipulace s výkaly. Ataky střídají remise. Nejčastější výskyt této nemoci je ve věkové skupině 7–11 let, kde činí 13% u chlapců a 11% u děvčat. Věkem prevalence pozvolna klesá. V dospělosti je poměr mužů–žen 9:1. Komorbidita s obsedantně kompulzivní poruchou je 70%.

Kazuistika

Tricetiletý muž, vědec, přichází do denního sanatoria se zaměřením na kognitivně behaviorální terapii úzkostných poruch (včetně OCD), deprese a somatoformních poruch k pokusu o ovlivnění zejména obsedantně kompulzivní symptomatiky. KBT probíhala skupinovou formou s pravidelným individuálním KBT pohovorem, vykonávaným 1x týdně, ve kterém se zhodnotila práce za poslední týden a udělal plán na nejbližší týden. Individuální pohovor rovněž slouží k provádění KBT strategií v případě problémů, stagnace ve skupinovém vedení nebo k iniciaci některých strategií (např. první čtení terapeutického dopisu).

V následující části popisujeme náplň jednotlivých individuálních sezení, při kterých vytváříme jednotlivé týdenní terapeutické plány, a dále popisujeme jejich aplikaci ve skupinovém programu. Pro názornost je detailněji rozpracován 1. a 6. týden psychotherapie, včetně objektivního i subjektivního měření symptomatiky. Po celých 6 týdnů užíval pa-

cient neměnnou standardní medikaci psychofarmaky.

1. sezení – úvodní rozhovor, model poruchy, bludný kruh příznaků

Při prvním rozhovoru proběhla podrobná behaviorální analýza problému a zjistili jsme, že tikové projevy jsou velice úzce spojené s následnými obsesemi a kompulzemi a nezřídka působí jako jejich spouštěč. Dále tiky vytváří automatické negativní myšlenky spojené se zahanbením, pocitem méněcennosti a vztahovosti.

Ve funkční analýze jsme odhalili deficity ve společenské oblasti – přátelé, vztahy k opačnému pohlaví, vztahy k rodičům, dále rizikové chování (abúzus alkoholu a dostupných psychotropních látek v minulosti) – a částečně i ve výkonových oblastech, i když pracovní výkon byl nemocí negativně ovlivněn nejméně.

Dále jsme zpracovali model nemoci a první bludný kruh příznaků.

Pacient dostal základní informace o OCD, její komorbiditě s Tourettovým syndromem a možnostech terapeutické intervence. K další edukaci jsme poskytli informativní brožurku pro pacienty s OCD.

Domácí úkol (DÚ): Pacient dostal k vypracování první úkoly: přečtení brožury o OCD, sepsání aktuálních obsesí a kompulzí a vedení vlastních záznamů, tzv. grafu úzkosti

Měření: Obsese a kompulze jsme měřili škálou Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS). K měření frekvence a intenzity tiků se používá specifická škála, kterou jsme ale neměli k dispozici, a hodnocení jsme prováděli na základě Y-BOCS škály, kde jsme místo obsesí hodnotili myšlenky spojené s tiky, např. myšlenky na potřebu provedení tiků spojené s napětím, a jako kompulze jsme hodnotili prováděné tikové chování. Pro KBT přístup je dále vhodné použití běžných škál pro úzkost

a deprese, např. Beckovy škály úzkosti a deprese, Hamiltonovy škály úzkostných příznaků (HAMA). Je-li přítomna sociální úzkost, je vhodné měřit ji pomocí Liebowitzovy stupnice sociální fobie.

Škály: Y-BOCS 21, Y-BOCS tiky 15, Beckův inventář úzkosti 10

Graf úzkosti: Pacient si zaznamenával hladinu úzkosti a její změny průměrně 3x denně s popisem právě prožívané situace a myšlenek, které se s ní pojily.

V KBT skupině: Zahajujeme nácvik řízeného dýchání a relaxace, edukace o vedení grafu úzkosti a praktický nácvik tvorby bludného kruhu příznaků. V průběhu celé terapie je veden skupinový nácvik asertivity.

2. sezení – vytyčení a konkretizace problémů a cílů

Kontrola DÚ: Pacient sepsal seznam obsesí a kompulzí. Celý první týden však ve skupině narůstala tenze mezi spolupacienty kvůli tikům, které se zhoršily. Po analýze zjišťujeme, že je to zvýšením úzkosti zejména v důsledku sociálně fobických myšlenek, proto zařazujeme od začátku terapie i práci se sociální úzkostí.

Vytyčujeme hlavní problémové okruhy a reálné cíle terapie:

Hlavní témata:

Problémové okruhy

1. pocity méněcennosti, studu, následná úzkost v prostředí neznámých lidí a s tím spojené vyhýbavé chování
2. obsese a kompulze zabírající asi 3 hodiny denně
3. tiky, prožívané egodystonně, jsou veliký zdroj chronické úzkosti.

Cíle:

1. snížit úzkost v sociálních situacích o 50%
2. volně se pohybovat všude, kam chce

- omezit kompulzivní chování pod 1 hodinu denně
- omezit výskyt tiků o 50 %, podle subjektivního hodnocení pacienta.

Jako první behaviorální kroky léčby jsme zvolili:

- pravidelné expozice sociálním situacím – ptát se na cestu nebo čas denně 30 ko-lemjdoucích
- vybrali jsme jednu epizodu obsedantního kontrolování a pokusili jsme se ji zrušit.

Konkrétně šlo o:

Situace: sedím doma v pokoji, kouřím, popelník se plní

Obsese: Co když ho hodím na koberec, nebo do něj strčím pusku

Kompulze: jdu vysypat popelník

Expozice: popelník budu vysypávat 1x denně, večer před spaním, nutkání vydržím a neodejdu z pokoje jen proto, abych zamezil kontaktu s popelníkem.

V KBT skupině: pracuje se záznamy automatických negativních myšlenek týkajících se sociálních situací. Byla vysvětlena a procvičována kognitivní rekonstrukce. Na základě analýzy grafu úzkosti pacient mapuje podrobně spouštěče problémového chování a učí se podchytit neuvědomělé, automatické negativní myšlenky.

Domácí úkol: pacient v nejbližším týdnu exponoval tyto dvě výše uvedené situace.

3. sezení – zavedení relaxace do denního rozvrhu, začátek práce s tiky

Pacient pravidelně denně relaxuje, 2x týdně cvičí, umí aplikovat řízené dýchání.

V průběhu následujícího týdne provádí tyto kroky léčby:

- expozice sociálním situacím s postupně se zvyšující obtížností
- expozice napětí se zábranou rituálů, rovněž postupujeme od středně těžkých k těžším
- pravidelně provádí kognitivní rekonstrukci

Tabulka 1. Pacientův seznam tiků

Tiky	Úpornost	Frekvence
vykřiknu	mírná	často (cca 20x denně)
zachrochtám	střední	středně (1–2x denně)
pálím si cigaretou oblečení	velká	málo (jen náznak)
apod....		

- provádí behaviorální experimenty
- věnuje se emoční restrukturalizaci traumatických zážitků spojených s nemocí a píše tzv. terapeutické dopisy. V nich dochází k abreakci negativních emocí, zejména v dopise adresovaném vlastní nemoci je schopen verbalizovat pocity hněvu, zášti a bezmoci a postupně je zpracovávat.

Začínáme pracovat s tiky. Má za úkol sepsat seznam tiků, obdobně, jako to bylo u obsesí (tabulka 1).

4. sezení – práce s tiky

Zkoušíme pracovat s tiky následujícími způsoby:

- oddalování, zpomalování
- členění na dílčí kroky
- přesycení
- „strastiplný čas“ – tzn. předem určený čas – 20 minut, ve kterých „povinně“ dělá tiky
- verbalizace nutkání udělat tik.

5. sezení – emoční restrukturalizace – práce s terapeutickými dopisy.

Pokračování práce s tiky i rituály, další expozice sociálním situacím, kognitivní restrukturalizace dysfunkčních schémat (práce na životním nastavení)

Emoční restrukturalizace

Na základě opakovaného psaní terapeutických dopisů (konkrétně dopis vlastní nemoci a dopis bratrovi, který se pacientovi vysmál při prvních projevech nemoci v dětství) dochází ke zklidnění bouřlivé emoční reakce. Toto zklidnění umožnilo jednak přeformulování

postojů ke své nemoci, jednak ošetřilo emoční zranění z dětství, které vedlo ke zvýšení sociální úzkosti.

Kognitivní restrukturalizace

Poté začínáme pracovat na životním nastavení (kognitivní práce s dysfunkčními schématy), při kterém se dostáváme k hlubším kognitivním strukturám, stálým postojům, podle kterých se pacient vztahuje k sobě, ostatním lidem a světu kolem sebe.

6. sezení – ukončení terapie, dokončení životního nastavení, plán do budoucna

Pacient dále pracoval na akomodaci zjištěných dysfunkčních kognitivních schémat. Vytvořil plán do budoucna, zaměřený na priority měsíce a roku, do kterého zahrnul i behaviorální experimenty vyplývající z nově nabytých asertivních dovedností a z akomodovaných kognitivních schémat.

Měření:

Subjektivní hodnocení terapie pacientem: tiky zmírněné o 70 %, obsedantně kompulzivní chování o 40 %.

Škály: Y-BOCS 10, Y-BOCS tiky 4, Beckův inventář úzkosti 3

Kontrola po půl roce:

Pacient hodnotí zlepšení jako trvalé, vzhledem k zátěži v práci, dokončoval postgraduální studium udává mírné zvýšení úzkosti a tiků, které sám hodnotí jako minimální. Výrazně polevila sociální úzkost, přestal omezovat styky s přáteli, v práci se mu daří. Navázal vztah se ženou, s níž začal žít ve společné domácnosti.

Podpořeno projektem 1M0002375201.