Psychoterapie u psychóz

MUDr. Ondřej Pěč
ESET, Psychoterapeutická a psychosomatická klinika, Praha

Článek pojednává o vývoji psychoterapie u psychóz, o nejdůležitějších problémových okruzích, na které se psychoterapie u psychóz zaměřuje (farmakorezistentní symptomy, kognitivní deficity, selhávání v sociálních rolích či sociálních dovednostech, potíže ve vztazích), a o efektivitě psychoterapie. Zvlášť je pojednávána psychoterapie individuální, skupinová, rodinná terapie, kognitivní rehabilitace, psychoedukace a nácvik sociálních dovedností.

Klíčová slova: psychoterapie, schizofrenie, psychosociální intervence, kognitivní rehabilitace, psychoedukace, nácvik sociálních dovedností.

Psychotherapy in psychoses

An article deals with a development of psychotherapy in psychoses, with the most important areas of problems that the psychotherapy in psychoses targets (symptoms resistant to drugs, cognitive deficits, a failure in social roles or social skills, problems in relationships) and with an effectiveness of psychotherapy. Individual, group psychotherapy, family therapy, cognitive rehabilitation and psychoeducation are discussed separately.

Key words: psychotherapy, schizophrenia, psychosocial interventions, cognitive rehabilitation, psychoeducation, social skills training.

Psychiat. pro Praxi 2009; 10(2): 76–78

Úvod

Za poslední století prodělaly psychoterapeutické a psychosociální intervence u schizofrenií rozmanitý a spletitý vývoj, který se ubíral od počátečního pesimizmu o psychoterapeutické neovlivnitelnosti „narcistické neurózy" (Freud), přes změnu pohledu a uplatňování psychoanalytické léčby (Sullivan, Fromm-Reichmanová) a jejího setrvání jako paradigmatu léčby do 60. let minulého století. K dalšímu obratu došlo s uvedením neuroleptik a v 70. a 80. letech s rozšířením kognitivně behaviorálních postupů, nácviku sociálních dovedností, rodinné intervence, psychoedukace. V 80. a 90. letech se dostaly do popředí i některé postupy pramenící z praxe komunitní psychiatrie a psychiatrické rehabilitace.

Přestože dnes existuje možnost moderní farmakologické léčby schizofrenií, ukazuje se, že pouze farmakoterapie problém schizofrenního onemocnění nedokáže vyřešit: stále je mnoho pacientů s přetrvávajícími a farmakologickou léčbou špatně ovlivnitelnými symptomy, s kognitivními deficity, kteří trpí častými relapsy onemocnění, selhávají ve svých sociálních rolích, nemají dostatečně vyvinutý repertoár sociálních dovedností, mají napjaté vztahy se svými příbuznými, nespolupracují při léčbě či jsou bez zaměstnání.

Na tyto okruhy problémů se zaměřuje psychoterapie či obecně psychosociální intervence (1). V obecném smyslu tyto intervence usilují o posílení vnitřních zdrojů ke zvládání a adaptaci u těch pacientů, kteří se vyznačují značnou zranitelností, a současně o zabezpečení dostatečného stupně sociální podpory tak, aby mohli co nejlépe odolávat nárokům z vnějšího prostředí (2).

Výsledky metaanalytických studií, které posuzovaly účinnost psychosociálních intervencí vcelku (3, 4), svědčí o tom, že psychoterapie a psychosociální intervence jsou součástí integrální léčby vedle léčby somatické (psychofarmaka, elektrokonvulze) nebo-li přinášejí přídatný účinek k této somatické léčbě. Tato účinnost (4) byla nejvíce zřejmá v oblasti poruch myšlení, negativních symptomů, spolupráce při léčbě a ve frekvenci relapsů; v chronických fázích onemocnění více nežli akutních; s potvrzeným přetrváváním účinnosti nejčastěji 12 měsíců po ukončení terapie. Ve srovnání různých psychoterapeutických směrů metanalýza Wunderlichové a kol. (5) dospěla k menší účinnosti psychodynamických psychoterapií, u nich však došlo k nejvýraznějšímu udržení efektu v pětiletém sledování. V pozdějších metaanalytických studiích (3, 4) nebyla prokázána rozdílnost účinnosti jednotlivých psychoterapeutických směrů.

Jednotlivé intervence by měly odpovídat na vícevrstevnost potřeb pacientů trpících schizofrenií, která spočívá nejen ve zmírnění symptomů, získání dovedností a obnovení sociálních rolí, ale také v nabytí autenticity jako schopnosti připodobnit a vyjádřit sama sebe ve svých životních aktivitách, uvědomění si vlastní životní kontinuity včetně vytvoření perspektivy do budoucnosti a životního plánu. Spočívá také v dosažení autonomie pacientů, ať již jde o základní životní nezbytnosti (výživa, bydlení, finanční příjem) anebo – v obecnější rovině – o schopnost zvládnout svoje problémy vlastními silami. Neméně podstatnou součástí potřeb je participace ve společnosti jako protiváha k sociální izolaci – zaměstnání, přátelé, společenské kontakty (6).

Vezmeme-li v úvahu tuto vícevrstevnost potřeb a pluralitu cílů a také skutečnost, že žádný jeden typ intervence tuto mnohost nepokrývá a že každý typ intervence je indikován v určité fázi vývoje poruchy (7), otevírá se nám prostor pro kombinace jednotlivých forem a přístupů, a to specificky v různých fázích vývoje poruchy (2). Hledají se rovněž podskupiny pacientů vhodných pro určitý typ intervence (8).

Individuální psychoterapie

Psychoanalytická terapie prošla složitým vývojem od počáteční skepse přes autory revidující možnosti přenosu i u psychóz, kteří značně ovlivnili praxi psychoterapeutické péče po druhé světové válce (Segalová, Rosenfeld nebo Bion ve Velké Británii či Fromm-Reichmanová, Searles nebo Giovacchini v USA). Od hypotézy všeobecné aplikovatelnosti klasické psychoanalytické techniky u schizofrenií vedla cesta k současnému pojetí psychoanalyticky orientované terapie s ohraničenou indikací a výrazně uzpůsobenou technikou. Cílem je podpora symbolizace, rozšiřování psychického prostoru, podpora rozlišování mezi symbolem

a symbolizovaným objektem, mezi přítomností a minulostí a rozšíření kapacity pro hru, podpora verbalizace myšlenek a pocitů (9, 10). Terapeut vytváří terapeutickou alianci s pacientem s využitím nepsychotické části osobnosti pacienta (11) a podpůrného prostředí (11, 12). Hlavní cestou k porozumění psychóze je protipřenos (11). Sezení se odehrávají „tváří v tvář", nepodporují se volné asociace, interpretace se týkají mentálních funkcí nikoliv obsahu nevědomých fantazií. Přínos léčebného vztahu lze očekávat nejdříve po pěti letech trvání terapie (12). Efekt psychodynamických terapií se v současnosti odvozuje z metaanalytických studií (3, 4) a dlouhodobých retrospektivních studií s kontrolními vzorky (13).

Kognitivně behaviorální postupy se významněji uplatňují od 60. let, kdy se objevily behaviorální metody uplatňující operantní podmiňování, známé pod pojmem žetonové hospodaření (token economy), používané zejména na odděleních pro dlouhodobé pacienty. Analýzou byly identifikovány typy nežádoucího chování, za jejichž potlačování byli pacienti systematicky odměňováni. Tento přístup vedl ke zmírnění nežádoucích příznaků a ke zlepšení sledovaného chování, jako problematické se však ukázalo přenesení dosažených výsledků do jiných prostředí a přetrvávání efektu po ukončení programu (14).

Od konce 80. let se však začaly prosazovat kognitivně behaviorální programy zaměřené na ovlivnění floridních příznaků schizofrenie, včetně farmakorezistentních (bludy, halucinace), na zmírnění utrpení s nimi spojeným, zlepšení spolupráce v léčbě, zlepšení sebeobrazu a kvality života. Terapeut zjišťuje, v jakých situacích se bludy či halucinace objevují, jaký je jejich obsah, jak často se vyskytují, jaké v pacientovi vyvolávají emoce a jak na ně reaguje v chování. V případě bludů nejdříve zpochybňuje platnost méně důležitých součástí bludu, zaměřuje se na hledání alternativních vysvětlení, probírá emoční význam bludu, zkoumá a usiluje o změnu jádrových kognitivních schémat spojených s bludem. V případě sluchových halucinací se uplatnily metody odvádění pozornosti od halucinací (walkman, čtení, rozhovor, plánování vhodných činností) nebo zaměření pozornosti na halucinace a zkoumání a hodnocení smyslu halucinací (15). Účinnost kognitivně behaviorálních intervencí u schizofrenií byla ověřována v řadě studií s randomizací a kontrolními vzorky. V některých těchto studiích se postupy ukázaly jako účinné ve zmírnění intenzity psychotických symptomů a jejich rychlejším ústupu (16, 17, 18).

Podpůrná psychoterapie je hojně užívaná zejména v ambulantní praxi. Její přínos podporují randomizované studie, ve kterých byla použita jako terapie kontrolního vzorku a nevykazovala signifikantně horší výsledky (16). Za „účinné prvky" podpůrné terapie je možno považovat podporu sociálních kontaktů, pozitivní podporu směrem ke zdraví, terapeutickou alianci a podporu sociální kognice (19). Jejím cílem je podpořit pacienta v aktuálních problémech, zmírnit intenzitu symptomů, navrátit psychickou vyrovnanost, podporovat adaptaci v běžném životě, mobilizovat zdravé aspekty pacientových schopností. Jde spíše o funkční a sociální úzdravu nežli o psychickou změnu (7). Klade důraz na reálný vztah, edukaci, návrhy konkrétních řešení, povzbuzení, posílení kladných stránek u pacienta, modifikaci nereálných očekávání, na přímou spolupráci s pacientovou rodinou či okolím, na zlepšení schopnosti sledovat příznaky psychózy a pružně tomu přizpůsobovat medikaci. Zdůrazňuje pozitivní přenos, vyhýbá se interpretaci negativního přenosu (7, 20).

Skupinová psychoterapie

Skupinová psychoterapie u schizofrenních pacientů má již asi osmdesátiletou tradici. Zprvu měla podobu dlouhodobých skupin na chronických odděleních léčeben, v éře psychofarmak a komunitní psychiatrie se tento obraz změnil v krátkodobou skupinovou psychoterapii na akutních odděleních a v dlouhodobé skupiny v rámci ambulancí a denních stacionářů (21). Uplatňují se směry skupinově analytické, gestalt, interaktivní behaviorální trénink, podpůrné a další (2). Cílem skupinové psychoterapie je úspěšnější zvládání interpersonálních vztahů a získání většího vhledu do různých jejich aspektů, včetně vztahů k sobě, dále zlepšení v oblasti psychosociálních funkcí, korekce symbiotické zkušenosti, rozpuštění dyadických přenosových vztahů a vývoj sociálně adaptivnějších vztahů triadických, zpřístupnění afektů či získání sebedůvěry. Role terapeuta je aktivní, direktivní v udržení tématu a podpůrná. Terapeut otevřeně poskytuje svoje názory a rady, potencuje interakce pacient – pacient (spíše nežli pacient – terapeut), udržuje rovinu „zde a nyní" (22). Terapeut využívá k interpretaci svých protipřenosových prožitků, ozřejmuje afektivně emoční stavy ve skupině. Kanas (21) ve svém přehledu více než čtyřiceti studií s kontrolními skupinami ukázal, že u skupin léčených skupinovou psychoterapií lze prokázat příznivý efekt ve srovnání s kontrolami.

Rodinná terapie

Psychodynamické přístupy v rodinné terapii zprvu vycházely z patologie rodinných vztahů (Fromm-Reichmanová, Lidz, Wynne, Bateson) a později se uplatňovala spíše systemická rodinná terapie (Selvini Palazzoli, Stierlin) (23). V 60. –70. letech zjistil Brown, že na základě zjištění nepřátelských a kritických postojů nebo nadměrné emoční angažovanosti v rodinách pacientů (expressed emotion – EE) lze předpovědět zvýšené riziko vzniku relapsů (15). Na základě zkoumání významu EE vznikly terapeutické programy zaměřené na snižování EE v rodinách. Falloon a kol. (13) vypracoval program behaviorální rodinné terapie, který sestává ze vstupní části edukativní (informace o schizofrenii a medikaci) a pokračuje tréninkem komunikace za použití hraní rolí, zpětné vazby, koučování, instrukcí, nápodoby a opakovaného hraní rolí. Třetí fází je nácvik řešení problémů obsahující definování problému, navržené možnosti řešení a výběr jednoho z nich, naplánování zvoleného řešení a jeho zhodnocení. Program se částečně odehrává v přirozeném prostředí rodin pacientů. Dalším podobným programem je kognitivně behaviorální rodinná terapie Tarriera a kol (15).

V randomizovaných studiích a metaanalýzách kognitivně behaviorální rodinné terapie bylo opakovaně prokázáno, že vedou k podstatnému snížení četnosti relapsu onemocnění (zhruba o polovinu) a zlepšení spolupráce při užívání medikace. Programy trvající méně než 9 měsíců mají menší účinnost (24).

Další formy

Kognitivní rehabilitace dnes představuje poměrně široké spektrum intervencí od elementárnějších po komplexní programy. Cílem je zlepšení kognitivních funkcí, u komplexních programů i zlepšení sociální kompetence (tzv. kognitivní náprava) nebo i podpora adaptivních funkcí a ovlivňování prostředí (tzv. kognitivní adaptace). Mezi elementárnější programy, kromě cvičení typu „tužka, papír", počítáme hlavně počítačové nácvikové programy, např. COG-PACK (Olbrich) nebo PSS CogReHab (Bracy) uplatňovaný u nás. Komplexní i u nás využívaný program představuje Integrovaný psychoterapeutický program (IPT) autorů Rodera a kol. (25). Dalším typem komplexního programu je Hogartyho terapie rozvíjení kognitivních schopností (cognitive enhancement therapy – CET), která v počáteční fázi využívá počítačový trénink a v pokročilejší fázi skupinový program zaměřený na rozvíjení kognitivních schopností a sociální dovednosti (26).

U komplexních programů (IPT) řada studií s kontrolními vzorky prokázala zlepšení některých kognitivních funkcí, zmírnění psychotických

příznaků a zlepšení sociálních dovedností. Dle nedávné randomizované studie (26) zlepšuje program CET u stabilizovaných chronických pacientů rychlost zpracování informací, neurokognitivní funkce, kognitivní styl, sociální kognici a sociální přizpůsobení.

Programy psychoedukace se zaměřují na zvýšení informovanosti pacientů, zlepšení jejich náhledu na onemocnění a tím i zlepšení svojí schopnosti onemocnění lépe zvládat. Snahou psychoedukace je rovněž naučit pacienty rozpoznávat první varovné příznaky relapsu (15). V naší praxi je užíván program PRELAPS (Kissling). Metaanalytická studie (27) ukazuje příznivý účinek psychoedukace na redukci četnosti relapsu a zlepšení subjektivní pohody pacientů.

Nácvik sociálních dovedností se zaměřuje na zlepšení poměrně širokého repertoáru sociálních dovedností u schizofrenních pacientů (komunikačních, jednání s druhými lidmi, prosazování zájmů a uspokojování potřeb či řešení problémů). Využívá nápodoby, nápovědy, hraní rolí, korektivní zpětné vazby, posílení. Provádí se nejčastěji v malých skupinách. Programy byly vyhodnocovány řadou randomizovaných studií, které přesvědčivě prokázaly, že vedou ke zlepšení sociálních dovedností a přetrvávání dosažených účinků po dobu 7 měsíců až do 2 roků po ukončení terapie (28).

Literatura

1. Fenton WS, Schooler NR. Evidence-based psychosocial treatment for schizophrenia. Schizophr Bull 2000; 26(1): 1–3.

2. Huxley NA, Rendall M, Sederer L. Psychosocial treatments in schizophrenia: a review of the past 20 years. J Nerv Ment Dis 2000; 188(4): 187–201.

3. Gottdiener WH, Haslam N. The benefits of individual psychotherapy for people diagnosed with schizophrenia: a meta-analytic review. Ethical Human Sciences and Services, Fall/Winter 2002; 4(3): 163–187.

4. Mojtabai F, Nicholson RA, Carpetner BN. Role of psychological treatments in management of schizophrenia: a meta-analytic review of controlled outcome studies. Schizophrenia Bulletin 1998; 24(4): 569–588.

5. Wunderlich U, Wiedermann G, Buchkremer G. Sind psychosoziale Interventionen bei schizophrenen Patienten wirksam? Eine Metaanalyse. Vehaltenstherapie 1996; 6: 4–13.

6. Slade M, Glover G. The needs of people with mental disorders. In: Thornicroft G. & Szmukler G. (eds.) Textbook of community psychiatry. Oxford University Press 2001; 117–126.

7. Fenton WS. Evolving perspectives on individual psychotherapy for schizophrenia. Schizophr Bull 2000; 26(1): 47–72.

8. Valbak K, Koster A, Larsen KA, et al. The Danish national multicenter schizophrenia project: assessment of psychotic patients for dynamic psychotherapy (APPP). Nord J Psychiatry 2003; 57(5): 333–338.

9. Mentzos S. Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie. Gottingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1992.

10. Ray D. Specific techniques for the psychotherapy of schizophrenic patients. Psychiatr Serv 1998; 49: 540–541.

11. Lucas R. Psychoanalytic controversies. The relationship between psychoanalysis and schizophrenia. Int J Psychoanal 2003; 84: 3–15.

12. Robbins M. Experiences of schizophrenia. An integration of the personal, scientific and therapeutic. New York: The Guilford Press 1993.

13. Sjostrom R. Effects of psychotherapy in schizophrenia. A retrospective study. Acta Psychiatr Scand 1985; 71(5): 513–522.

14. McMonagle T, Sultana A. Token economy for schizophrenia. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 3, Art.No.: CD001473. DOI: 10.1002/14651858.

15. Praško J, Možný P, Šlepecký M. a kol. Kognitivně-behaviorální terapie psychických poruch. Praha: Triton 2007; 1064 s.

16. Cormac I, Jones C, Campbell C, et al. Cognitive behavior therapy for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev. 2002; (1): CD000524.

17. Rector NA, Beck AT. Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review. J Nerv Ment Dis. 2001; 189(5): 278–287.

18. Sensky T, Turkington D, Kingdon D, et al. A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. Arch Gen Psychiatry 2000; 57(2): 165–172.

19. Penn DL, Mueser KT, Tarrier N, et al. Supportive therapy for schizophrenia: possible mechanisms and implications for adjunctive psychosocial treatments. Schizophr Bull. 2004; 30(1): 101–112.

20. Novalis PN, Rojcewicz SJ, Peele RP. Schizofrénia. In: Novalis PN, Rojcewicz SJ, Peele RP. Klinická príručka podpornej psychoterapie. Trenčín: Vydavatelstvo F 1999.

21. Kanas N. Group therapy with schizophrenics: a review of controlled studies. International Journal of Group Psychotherapy 1986; 36: 339–351.

22. Urlic I. The therapist role in the group treatment of psychotic patients and outpatients. A Foulkesian perspective. In: Schermer VL, Pines M (eds.). Group Psychotherapy of the Psychoses. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers 1999; 148–180.

23. Falloon IRH, Boyd JL, McGill CW. Family care of schizophrenia. A problem solving approach to the treatment of mental illness. New York: The Guillford Press 1984.

24. Pharoah FM, Rathbone J, Mari JJ, et al. Family intervention for schizophrenia. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 3, Art.No.: CD000088. DOI: 10.1002/14651858. CD000088.

25. Roder V, Brenner HD, Kienzle N, et al. Schizofrenie. Integrovaný psychoterapeutický program pro schizofrenní pacienty. Praha: Triton 1993.

26. Hogarty GE, Flesher S, Ulrich R, et al. Cognitive enhancement therapy for schizophrenia: effects of a 2-year randomized trial on cognition and behavior. Arch Gen Psychiatry 2004; 61(9): 866–876.

27. Pekkala E, Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2002, Issue 2, Art.No.: CD002831. DOI: 10.1002/14651858.CD002831.

MUDr. Ondřej Pěč

ESET, Psychoterapeutická a psychosomatická klinika
Vejvanovského 1610, 149 00 Praha 4
eset.pec@volny.cz