

Použitie kognitívno-behaviorálnej terapie u klientky s kleptomániou

MUDr. Jozef Benkovič

Odborný liečebný ústav psychiatrický n. o., Predná Hora

Autor uvádza základné charakteristiky pomerne zriedkavej, ale veľmi nepríjemnej poruchy – kleptománie. Na príklade klientky, trpiacej touto chorobou, poukazuje na možnosti jej úspešnej kombinovanej terapie, kognitívno-behaviorálnou terapiou a farmakoterapiou.

Kľúčové slová: kleptománia, kognitívno-behaviorálna terapia.

Application of cognitive behaviour therapy with kleptomania affected client

The autor states in the article the basic characteristics of a relatively rare but very uncomfortable disorder called kleptomania. At the example of case study of client suffering from this disease he points to the possibilities of asuccessful combined treatment cognitive behaviour therapy and pharmacotherapy.

Key words: kleptomania, cognitive behaviour therapy.

Psychiat. pro Praxi 2010; 11(2): 74–76

Úvod

Švajčiar Andre Matthey v r. 1816 ako prvý použil termín „klopemania“, pričom opísal zlodějov, ktorí impulzívne kradli nepotrebné veci z dôvodov choromyselnosti (1). V roku 1838 Esquirol a Marc charakterizovali správanie kleptomana, ktorý má mimovoľné a neodolateľné nutkanie, alebo pudenie kradnúť (1).

V 18. storočí bola kleptománia zaraďovaná k tzv. monomániám, zvláštnym poruchám, ktoré boli reakciou pacientov na mocný vnútorný impulz (2).

Zaujímavé sú aj názory na kleptomániu niektorých popredných osobností psychiatrie. V r. 1976 Vencovský a Dobiáš (3) uvádzajú, že kleptománia vyplýva väčšinou z hysterickkej psychopatie, „ak to však nie je obyčajné zlodejstvo.“ Dobiáš (4) uvádza, že u kleptománie sa jedná o zvláštne pudenie ku krádežiam vzácné impulzívneho pôvodu, ale impulzívne krádeže u maloletých sú vzácnosťou. Pavlovský (5) píše, že pri kleptománii chýba motivácia ku krádeži, ktorá nie je realizovaná za účelom zisku. Ku krádeži je jedinec intenzívne pudený a po nej nasleduje uvoľnenie napätia.

V súčasnosti je kleptománia zaraďovaná medzi poruchy kontroly impulzov (podľa DSM-IV-TR) a iné návykové a impulzívne poruchy (podľa MKCH-10).

MKCH-10 charakterizuje kleptomániu, diagnózu F: 63.2 nasledovne:

1. **Neschopnosť odolať impulzu** (pokušenie) urobiť niečo, čo je nebezpečné pre jedinca, alebo okolie.
2. Jedinec si uvedomuje **narastajúce napätie pred uskutočnením činu** a napätie sa znižuje práve realizáciou činu.

3. Jedinec popisuje **stav vzrušenia, alebo uspokojenia počas impulzívneho konania**. Pocity uvoľnenia napätia je vnímaný bezprostredne po čine, ako príjemný pocit, následne môžu nastúpiť výčitky svedomia, alebo ľútosť.

Diferencionálne diagnosticky treba odlíšiť

- od starostlivo **plánovaných krádeží** (motív osobného zisku)
- od **organických duševných porúch** (F00–09)
- od **depresívnych porúch** (F: 30–33)

Kleptománia nie je bežne diagnostikovaná psychická porucha a môže byť podľa viacerých autorov súčasťou spektra obsedantno-kompulzívnych porúch (6, 7).

Etiológia

Základné príčiny kleptománie nie sú známe, avšak dlhodobo sa pri tejto poruche zvažuje problém vnútorného konfliktu, napríklad depresie, stresu, napätia, sociálnej izolácii a podobne.

Psychodynamické teórie uvádzajú, že patologické kradnutie je reakciou na zakázané (hlavne sexuálne) nevedomé impulzy, túžby, konflikty, alebo potreby.

Behaviorálne teórie podporujú kognitívne sprostredkovaný model kompulzívneho kradnutia. Neodolateľný impulz ku kradnutiu je nápadne podobný nutkaniu (cravingu) a kleptománia je tu konceptualizovaná aj ako nechemická závislostná porucha, charakterizovaná cravingom, zvýšeným napätím, rýchlou fixáciou, externým vyvolaním a habituáciou (8).

Neurobiologicky sa u kleptománie predpokladá serotonínová disfunkcia vo ventromediálnom prefrontálnom kortexe (1). Postihnutí

kleptomániou uvádzajú neschopnosť zvládať impulzy ku kradnutiu. Zistilo sa tiež, že kleptomani majú signifikantne vyššie skóre kognitívnej impulzivity, meranej Barratovou škálou impulzivity (1, 9).

Sú tiež práce, ktoré spájajú kleptomániu so zmeneným stavom vedomia a dávajú ju do súvisu s dissociálnymi stavmi (10).

Výskyt

Nie je zatiaľ k dispozícii žiadna národná epidemiologická štúdia výskytu tejto poruchy. Aj odhady a čísla výskytu tejto poruchy sú rôzne.

Podľa DSM-IV trpí touto poruchou menej ako 5 % z identifikovaných zlodějov. Podobný výskyt uvádza aj Hilscher (11).

Grant (1) uvádza, že aktuálne symptómy kleptománie má asi 7 % ľudí a celoživotná prevalencia je asi u 9 % ľudí. Kleptomániou trpí viac žien, až 2/3 kleptomanov tvoria ženy (1).

Nepresnosť a nejednotnosť týchto údajov súvisí zrejme s mnohými faktormi, keďže veľké percento ľudí, ktorí kradnú, nie sú nikdy pri krádeži prichytení. Kleptomani sa za svoju poruchu hanbia a pokiaľ nie sú pri krádeži prichytení, len zriedka sa o svojom probléme niekomu zdôveria.

Komorbidity

Viacero štúdií zisťovalo rôzne komorbídne poruchy súvisiace s kleptomániou. K najčastejším patria afektívne, depresívne a úzkostné poruchy (6, 12). Prítomné bývajú tiež poruchy príjmu potravy (12) aj iné poruchy kontroly impulzov (9, 13). Komorbídne bývajú tiež poruchy osobnosti. Uvádzané sú najmä paranoidné, hraničné a schizoidné (1).

Niektorí jedinci trpiaci touto poruchou sa taktiež vyznačujú obsedantno-kompulzívnymi symptómami, napríklad kompulzívnym kontrolovaním, upratovaním a ďalšími, čo podporuje myšlienku, že kleptománia je súčasťou spektra obsedantno-kompulzívnych porúch.

Priebeh a prognóza

Kleptománia je chronická duševná porucha s menlivou intenzitou (2). Obyčajne začína v adolescencii, ale môže začať aj vo veku dospelosti. Bez terapie môže trvať viacero rokov, s prechodnými periódami remisie.

Pre *správanie kleptomana* je typické: Pred samotným činom nutkania ku krádeži pociťuje jedinec výrazné napätie a úzkosť s opakovanými intruzívnymi myšlienkami, s následným uvoľnením tenzie po samotnom čine krádeže (6). Medzi epizódami krádeže pociťujú kleptomani malomyselnosť, úzkosť a vinu (1, 2).

Keďže kleptománia je spájaná s krádežami, je potrebné vedieť *odlíšiť klasickú krádež* zlodej *od chorobnej krádeže* kleptomana.

Cieľom kleptomana je realizácia samotného aktu krádeže, pri ktorom dokáže redukovať svoje napätie a úzkosť, čo je spojené s nutkaním kraďnúť. Ukradnuté veci nie sú pre neho potrebné a dôležité, zväčša ich zahadzuje, alebo tajne vracia na pôvodne miesto. Kleptoman si často ani neuvedomuje následky svojho správania, lebo samotné pudenie kraďnúť je pre neho veľmi silné a veľmi ťažko ho zvláda. V prípade, že je pri čine prichytený, veľmi ho to trápi a často až vtedy vyhľadá odbornú pomoc. Kleptoman svoju krádež realizuje sám.

Cieľom zlodej je obohatiť sa ukradnutou vecou, ide mu teda o hodnotu kraďnutých vecí, ktorú používa vo svoj prospech. Bežní zloději majú pri svojich krádežiach často aj komplicov. Krádeže detí a adolescentov v supermarketoch majú skôr charakter „adrenalinových aktivít“. Ich cieľom je pri samotnom akte krádeže prežívať vzrušenie, „adrenalin“.

Terapia

Viaceré práce pri farmakoterapii kleptománie vychádzajú z neurobiologických teórií deficitu serotonínu. Ako nádejné sa zdajú byť farmaká typu SSRI (1). Redukciu impulzívneho správania možno dosiahnuť aj pri terapii naltrexonom (14). Vhodné je aj používanie tymopropylaktík (12).

Za veľmi vhodnú kombináciu pri liečbe kleptománie je považovaná farmakoterapia a psychoterapia, hlavne kombinácia kognitívno-behaviorálnej terapie a farmakoterapie (1).

Tabuľka 1. Kognitívno-behaviorálny model OCD (Salkovskis a Warwick, 1988 – modifikovaný pre pacientku s kleptomániou)

Tento model vychádza zo životnej skúsenosti jedincov (napr. výchovou), kde u klientky dominovalo kognitívne presvedčenie:
„ <i>Porušenie zákona je v našej rodine, teda aj u mňa nemysliteľné.</i> “ Na základe kompulzívneho-kleptomanického správania sa u klientky postupne vytvorilo
disfunkčné presvedčenie: „ <i>Som zlá, skazená, nemorálna, lebo kradnem a mňa to vzrušuje...</i> “
V čase kritickej udalosti v dôsledku spúšťačov a silného napätia a úzkosti dochádza u klientky k aktivácii disfunkčného presvedčenia, a ku realizácii jednania kleptomana (kompulzii), čím sa neutralizuje jej vysoká anxieta a napätie a dochádza k vysokej miere vzrušenia a k úľave
následný je pocit viny s autoakuzáčnou myšlienkou klientky: „ <i>Katastrofa, zase si kraďla, nezaslúžiš si byť manželkou, matkou, pedagógom.</i> “

Kazuistika

Základné anamnestické údaje pacientky

Jednalo sa o 42-ročnú, vysokoškolsky vzdelanú, vydatú klientku, ktorá žila v spoločnej domácnosti s manželom a jedným zdravým dospelým synom. Dlhodobu a bezproblémovo pracovala ako stredoškolská učiteľka.

V jej rodinnej ani osobnej anamnéze neboli uvádzané žiadne závažnejšie psychické či telesné ochorenia. Pred vstupom do kognitívno-behaviorálnej terapie navštívila svojho ambulantného psychiatra, ktorý jej po vyšetrení ordinoval farmakoterapiu, fluvoxamin v dávke 150 mg/den.

Keďže dôsledky kleptománie u klientky spôsobili vážne vzťahové, pracovné, spoločenské a psychické problémy, na odporúčenie ambulantného psychiatra sa rozhodla absolvovať aj individuálnu kognitívno-behaviorálnu terapiu.

História problému

Klientka mala asi 3 roky trvajúce problémy neovládateľnej túžby kraďnúť drobné predmety, najčastejšie kozmetiku, ako sú rúže, laky na vlasy, spraje, ale aj perá a prepisovačky a podobné veci, napriek tomu, že netrpela finančným nedostatkom a doma mala dostatok uvedených predmetov a vecí.

Pred samotnou *krádežou* pociťovala napätie, nervozitu, spojenú s úzkosťou. *Počas krádeže* zase veľké vzrušenie a tesne *po krádeži* mávala nepríjemné pocity viny, depresie a sebaobviňovanie z neschopnosti toto svoje nežiaduce správanie mať pod kontrolou a vedieť ho zastaviť.

V počiatočných „kleptomanických správania“ bola *frekvencia krádeží* približne raz za pol roka, posledný pol rok, pred nástupom do individuál-

nej psychoterapie asi raz mesačne. Opakovane sa u nej vyskytovali tieto krádeže v obchodoch (supermarketoch), kde však neboli nikdy odhalené. Tieto krádeže boli odhalené až v práci, v zborovni kolegov-učiteľov, ktorých takto opakovane okradla, s následnými vážnymi pracovnými dôsledkami, upozornením a pokarhaním riaditeľa.

Nakoniec na žiadosť riaditeľa, po poslednej krádeži rúžu z kabelky kolegyne bola nútená rozviazať pracovný pomer dohodou.

Vážne boli narušené vzťahy a dôvera s kolegami-pedagógmi, naštrbila sa jej povesť v okolí a veľkú hanbu za to, čo sa stalo, pociťovala aj jej najbližšia rodina.

Vyhýbavé správanie a handicap v životnom štýle

Pre vážne pracovné a spoločenské dôsledky svojho kleptomanického správania sa klientka začala vyhýbať kolegom v práci, nákupom v obchodoch, prechádzkam po meste, známym, priateľom a izolovala sa doma, v byte. Pre pocity veľkej hanby a poníženia sa prestala dívať ľuďom do tváre.

Aktuálny duševný stav

Pri prvom terapeutickom sedení bola konštatovaná mierne depresívna nálada, s prímiesou anxiety, s prevládajúcimi pocitmi hanby a viny za svoje správanie. Bez príznakov psychózy.

Jednotlivé kroky v KB-terapii

Úvodné screeningové vyšetrenie klientky bolo realizované vo februári 2004. Celková dĺžka KB-terapie bola štyri mesiace, t.j. 12 sedení po 45 minút.

Typ terapie: ambulantná, z toho 3x za prítomnosti manžela.

Katamnesticke sledovanie: Po pol roku a jeden a pol roku od ukončenia terapie.

1. Úvodné terapeutické stretnutie

V úvode terapie, ktorého sa zúčastnil aj manžel klientky, bolo realizované základné screeninové vyšetrenie klientky. Klientka bola oboznámená s kognitívno-behaviorálnymi postupmi v liečbe kleptománie.

Pred samotnou terapiou boli administrované vstupné dotazníkové merania (Y-BOCS, BDI-depresia a dotazník sociálneho prispôsobenia).

V **dotazníku BDI-depresie** bola výsledná hodnota 19, čo u nej poukazovalo na ľahšiu depresiu.

V **dotazníku Y-BOCS** bola meraná hladina nutkavého-kompulzívneho správania klientky. V časti obsesie agresivity (hlavne obava, že niečo ukradne, obava, že bude zodpovedná za niečo hrozné – krádež, a obava, že vykoná niečo pohoršujúce) skórovala klientka na úrovni 3 (t.j. ťažký stupeň). V časti nutkavého, kompulzívneho správania klientka taktiež skórovala na úrovni 3 (t.j. ťažký stupeň). Klientka v dotazníku Y-BOCS, v časti obsesií, ale aj kompulzívneho-nutkavého správania nevedela vzdorovať úzkosti a napätiu, spojených s obsesiami, a nevedela taktiež svoje kompulzívne správanie kontrolovať, pričom priemerná hodnota obsesívneho aj kompulzívneho správania v dotazníku bola 2,8.

V **dotazníku sociálneho prispôsobenia** na stupnici 0 až 8 skórovala klientka v *oblasti narušených sociálnych vzťahov* (s priateľmi, rodinou, blízkymi) na hodnote 8 (vážne narušenie) a v *oblasti osobných záľub* (záujmov, koníčkov) na hodnote 6 (výrazné narušenie).

2. KB-model kleptománie a ciele terapie

V ďalšom terapeutickom sedení bola klientka oboznámená s K-B modelom kleptománie. Spoločne s klientkou bol mapovaný jej problém kleptomanického správania, analyzované boli spúšťače, samotné kompulzívne správanie, modifikujúce faktory, konzekventy tohto správania, ako aj jej handicap v životnom štýle.

Spoločne s klientkou boli taktiež stanovené ciele liečby:

- Dokázať mať pod kontrolou a denne zvládať vysokú hladinu nutkania na chorobné kradnutie v obchodoch, ale aj v miestnostiach, kde sú objekty krádeže nechránené.*
- Dokázať oboznámiť so svojou poruchou na driadeného v novom zamestnaní.*

- Dokázať si usporiadať vzťahy so známymi, bývalými spolupracovníkmi, rodinou a znova sa venovať záľubám a koníčkovi (športu).*

3. Expozičné programy

V ďalších terapeutických sedeniach bola klientka oboznámená s *expozičnými postupmi* v jej terapii. Expozícia sa najskôr realizovala v **imagináciách** (v predstavách na nestrážené miesta voľne položených ženských tašiek s kozmetikou), ktoré boli pre klientku najväčšími spúšťačmi. Klientka si zároveň zaznamenávala hladinu úzkosti a napätia pri kompulzívnom správaní.

Následne sa klientka učí terapeutickéj pomocnej technike, tzv. *zábrane nutkavému-kompulzívemu správaniu* (podobne, ako pri zábrane pri OCD): Pravá ruka kradne (klientka je praváčka) a zároveň ľavá ruka klientky jej v tom bráni.

Klientka sa pod dozorom terapeuta taktiež učí **relaxačným technikám** (autogénny tréning podľa Schultza a progresívna svalová relaxácia podľa Jacobsona).

V ďalších terapeutických sedeniach prechádza klientka do reálnych expoziícií **in vivo**, kde najskôr spolu s manželom opakovane navštívi obchodné domy. Tu sa najskôr s ním a neskôr aj bez neho pohybuje hlavne v oddeleniach kozmetiky a trénuje techniku zábrany kompulzívneho správania. Hladinu úzkosti a napätia s tým spojených si zaznamenáva. Asi po mesiaci expozičného programu, pri výraznom poklese úzkosti a napätia pokračuje v tomto programe expoziícií in vivo už bez techniky zábrany ruky.

4. Kognitívna reštruktúra

V ďalších terapeutických sedeniach klientka spolu s terapeutom pracuje na reštruktúre svojich disfunkčných myšlienok na myšlienky funkčné.

Napríklad: „Predavačky v obchode ma už môžu pozorovať, ja sa už nebojím, veď viem už svoje nutkanie kradnúť kontrolovať...“

5. Riešenie problémov

S klientkou sa modeluje jej štruktúra voľného času, aktivujú sa jej deficitné činnosti, napr. návšteva priateľov, kolegov, zapojenie sa do záľub a koníčkov, návšteva nového pracoviska a pohovor s riaditeľom o jej probléme.

6. Ukončenie terapie

Po splnení všetkých stanovených cieľov sa realizuje výstupná dotazníková kontrola. Po skončení kognitívno-behaviorálnej terapie je klientka odovzdaná do ambulantnej starostlivosti psychiatriu.

7. Katamnéza po pol roku

Klientka je zamestnaná, pokračuje v zmenenom – novom životnom štýle. Dvakrát sa objavilo nutkanie na kradnutie, raz ho zvládala zábranným mechanizmom.

8. Katamnéza po poldruhu roku

Klientka je bez problémov, hladinu nutkania na krádeže zvláda bez zábran, a to hlavne v myšlienkach. Je plne rodinne aj pracovne zadaptovaná a je už 2 mesiace bez farmakoterapie.

Záver

KB-terapia patrí popri farmakoterapii k spoľahlivým postupom v liečbe pomerne zriedkavých, ale pre našich klientov veľmi chýlostivých, nepríjemných a závažných porúch, ako je chorobné kradnutie – kleptománia. V závere je možné konštatovať (po poldruhočnom sledovaní) úspešnú kombinovanú KB-terapiu, spolu s farmakoterapiou u pacientky s poruchou chorobného kradnutia – kleptománie.

Literatúra

- Grant JE, Odlaug BL. Kleptomania. Clinical characteristics and treatment.
- Smolík P. Duševní a behaviorální poruchy. Průvodce klasifikací, nástin nozologie. Diagnostika, MKN-10, DSM-IV. Praha, Maxdorf, 1995.
- Vencovský E, Dobiáš J. Psychiatrie. Avicenum, 1976: 98.
- Dobiáš J, a kol. Psychiatrie. Učebnice pro lékařské fakulty. Avicenum, 1984; 86: 339.
- Pavlovský P, a kol. Soudní psychiatrie a psychologie. Praha: Grada 2004.
- Durst R, Katz G, Teitelbaum A, et al. Kleptomania: Diagnosis and treatment options. CNS Drugs, 2001; 15(3): 185–195.
- Dannon PN, Lowengrub KM, lancu I, Kotler M. Kleptomania: Comorbid psychiatric diagnosis in patients and their families. Psychopathology 2004; 37(2): 76–80.
- Marks I. Behavioral (non-chemical) addictions. Journal of addictions, 1990: 85.
- Baylé FJ, Caci H, Millet B, et al. Psychopathology and comorbidity of psychiatric disorders in patients with kleptomania. American Journal of Psychiatry 2003; 160(8): 1509–1513.
- Grant JE. Dissociative symptoms in kleptomania. Psychological Reports 2004; 94(1): 77–82.
- Hilscher CH. Kleptomanie-Pathologisches Stehlen-Psychische Krankheiten/Erkrankungen, 2006.http://www.onlineberatung-therapie.de/stoerung//. 2.4.2008.
- McElroy SL, Pope HG jr, Hudson JI, et al. Kleptomania areport of 20 cases. Amer. Journal of Psychiatry 1991; 148(5): 652–657.
- Grant JE. Family history and psychiatric comorbidity in persons with kleptomania. Comprehensive Psychiatry 2003; 44(6): 437–441.
- Grant JE, Kim SW. An open-label study of naltrexone in the treatment of kleptomania. The Journal of Clinical Psychiatry 2002; 63(4): 349–356.

MUDr. Jozef Benkovič

OLÚP Predná Hora n.o.

049 01 Muráň

jozef.benkovic@olup-prednahora.sk