

KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE: PRAKTICKÉ UŽITÍ V ORDINACI PEDOPSYCHIATRA II. ČÁST: OBSEDANTNĚ KOMPULZIVNÍ PORUCHA

MUDr. Libuše Stárková, CSc.

Psychiatrická klinika FN Olomouc

Práce přináší základní přehled o významu a užití kognitivně behaviorální terapie v dětské a dorostové psychiatrii. Je rozčleněna do tří částí podle psychických poruch, na které se zaměřuje. Je doplněna kazuistikami. Druhá část se věnuje léčbě obsedantně kompulzivní poruchy.

Klíčová slova: kognitivně behaviorální terapie, obsedantně kompulzivní porucha.

COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY: THE CLINICAL USE IN CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY PART II: OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER

The purpose of this article is to explain the importance and clinical use of cognitive behavioral therapy in child and adolescent psychiatry. The work is divided into three parts according to the solved psychiatric problems. The case reports are included. The second part is explaining the treatment of obsessive compulsive disorder.

Key words: cognitive behavioral therapy, obsessive compulsive disorder.

V první části jsme zmínili nejrůznější postupy kognitivně behaviorální terapie (KBT), které je možné v rámci řešení běžných pedopsychiatrických problémů použít. Nejčastěji využíváme operantního podmiňování, expoziční terapie, modelování (nápodoby podle vzoru), extinkce (vyhasinání) atd. V léčbě obsedantně kompulzivní poruchy obvykle využíváme metody expozice in vivo a zábrana rituálům.

Jak je to vůbec s léčbou této poruchy, která má v řadě případů počátek v dětství nebo adolescenci a často chronický, undulující průběh s řadou projevů, které zhoršují kvalitu života pacientů? Víme o řadě neurochemických souvislostí, o předpokládaných genetických faktorech – proto se nemůžeme divit, že jsou v doporučených postupech léčby uvedeny zejména farmakoterapeutické postupy s preferencí antidepresiv typu SSRI. Nevýhodou je vysoká četnost relapsů při snaze o vysazení medikace a to, že léky intenzitu potíží sice zmírňují, ale málokdy je zcela odstraní, takže řada pacientů i při trvalém užívání nemůže vést běžný způsob života. Řada literárních údajů hovoří o tom, že kombinace farmakoterapie s kognitivně behaviorální terapií má vysoký terapeutický účinek (2, 3, 4, 7). Častěji dochází k úplnému odstranění příznaků a četnost relapsů po ukončení KBT je podstatně nižší.

KBT je tedy účinnou součástí léčby také u dětských pacientů, nejen u dospělých.

K jejímu uplatnění je ovšem nutná zkušenost terapeuta, stejně jako předpokládaný souhlas rodičů.

Kazuistika 1

Desetiletý chlapec, s patologickou perinatální anamnézou (porod v 8. měsíci těhotenství císařským řezem, nezralý). Po porodu podstoupil fototerapii. Bylo zjištěno malé genetické poškození – rozštěp horního rtu a patra, byl opakovaně operovaný. V raném dětství trpěl častými infekčními chorobami a často pobýval v nemocnici. Je mírně obézní. Rodina úplná, jedináček. Hodně citově vázaný na rodiče, s dětmi bývá, ale méně. Navštěvuje ZŠ, učí

se výborně, přestože je pro něj příprava do školy náročná, neboť trpí dysgrafií a dyslexií.

Současné potíže

Problémy nastaly kolem třetí stomatochirurgické operace před několika měsíci. Byl hospitalizován v době, kdy se rozšířily informace o výskytu nemoci šílených krav u nás. Začal se bát, že je vše kolem něho jedovaté. Byl zoufalý, jak zjistil sebemenší oděrku, svolával celou rodinu. Měl obavy, že zemře, že má v ráně bacily. Jakmile mu zasvítilo slunce na nějaké mateřské znaménko, dotazoval se, zda nemá rakovinu. Začal brát jídlo zásadně příborem, nabíral i kousky chleba příborem. Žádal matku, aby mu dávala jídlo do úst, nechával se krmit. Nepoužíval svoje ruce. Pokud si ruce omyl, chodil se vztyčenými předloktími („jako chirurg“), ruce nechával volně sušit. Stav se zhoršoval. Ve škole nebyl sice nápadný, ale venku se mu začínali smát. Začal se totiž pohybovat mezi dětmi zásadně s mikrotenovými sáčky na ruku! Neustále se chodil ujišťovat, že neonemocní, neumře. Začal provádět nadměrnou očistu, všechny sebemenší oděrky desinfikoval Ajatinem, takže se matka obávala, že si ještě vyvolá alergii na desinfekční látku. Měl strach z rakoviny, ale i z infekční žloutenky, té se bál ještě víc. Rodina se ho snažila uklidnit, ale dotazy a potřeba ujištění se stupňovaly. Nadměrně si myl ruce, na kliky sahal loktem. Nejhorší to ale bylo kolem jídla – přitom tak rád jedl!

Léčba

Vzhledem k tomu, že intenzita úzkostné tenze byla vysoká, považovali jsme za nutné nasadit antidepresiva v iniciačních dávkách (fluvoxamin 25–50 mg denně). Je známou skutečností, že účinek medikace SSRI antidepresivy se projeví až po dosažení účinné hladiny v mozku, k čemuž obvykle dochází při vytvoření rovnovážného stavu asi po 4 týdnech (6). Kombinace farmakoterapie s KBT se zdála na nejvyšší vhodnou, rodina chtěla spolupracovat a stav pacienta se neustále zhoršoval. Postupovali jsme takto:

1. Matka sepsala chlapcovy problémy, protože on nerad píše (je dysgrafik).
2. Provedli jsme behaviorální analýzu.
3. Na základě předchozí dohody s matkou jsme provedli behaviorální experiment.

Spočíval v tom, že zkusil jíst svačinu, kterou matka přinesla, bez použití ochranných pomůcek a bez příboru. Přitom jsme pozorovali u pacienta zvýšení úzkosti, s celou řadou vegetativních projevů (zrudnutí, zrychlené dýchání, mírný neklid). Jídlo spíš přežvykoval, vymlouval se, že nemá chuť.

4. V dalším sezení jsme zahájili expoziční terapii (expoziční in vivo) spolu se zábranou rituálům. Expozice zahrnovala nácvik zvládnání některých situací podle vzoru (matka byla informovaná, souhlasila). Šlo asi o středně obtížné situace, které chlapci činily problém, např.:
 - a) Otvírání dveří použitím dlaně, ne lokte. Zkracování doby následného mytí.
 - b) Vycházka do parku se sběrem spadáných kaštanů, následně přiměřené omytí rukou.
 - c) Společné jedení „pochutin“ s terapeutem (stačily lentilky, které dostatečně polepí prsty, lízátka). Zábrana následného mytí. Domluva, že se umyje až po návratu domů. Předpokládali jsme, že cestou domů dojde ke kumulaci s další expozicí, neboť se bude dotýkat madel v tramvaji, klik atd.

V průběhu celé terapie jsme současně užívali relaxaci, která pacientovi pomohla zmírňovat úzkost, když měl potřebu v rituálech pokračovat. Matce jsme celý postup vysvětlili a informovali jsme ji, v čem spočívá její spolupráce (její role koterapeutky) (5). Matka s pacientem doma pokračovali v předem domluvených expozicích, zabraňování rituálům nebo jejich zkracování. Rodiče postupně přestali pacienta negativně posilovat – nepomáhali mu v jídle, schovávali desinfekční prostředek, začali používat indiferentní formulku („to máme dneska hezký den!“), a neposkytovali mu ujišťováním očekávanou podporu. Postupně se stavěli k úzkostnému dotazování pacienta lehce nevšímavě, čímž podporovali vyhasínání tohoto problematického chování (extinkce). Sám pacient velmi brzo (po 3. sezení) přestal používat mikrotenové sáčky na ruce.

Celkem proběhlo 12 sezení, na které vždy navazoval další trénink (expoziční a sebeexpoziční) v domácím prostředí, což zajišťovala matka. V současnosti je stav pacienta výrazně lepší, zlepšilo se jeho sociální začlenění a celkové fungování, zmírnilo se jeho úzkostné prožívání, zlepšila se kvalita života.

Diskuze

Lze jistě namítnout, že kombinace KBT a farmakoterapie neumožňuje vyhodnotit efekt vlastní psychoterapie. V tomto případě nešlo o kontrolovanou studii, ale o běžnou klinickou praxi. „Práce se sebou“ může přispět ke zlepšení vlastní sebejistoty pacienta a poskytuje mu zkušenost, že dokáže sám kontrolovat svoji úzkost. Zatímco při výlučně medikamentózní terapii je pacient jen pasivním účastní-

kem biologického dění v něm, stává se v době individuální psychoterapie jejím aktivním činitelem. Z pohledu budoucího vývoje dítěte to má jistě nezpochybnitelný význam.

Pozn. Dávka 50 mg fluvoxaminu denně se ukázala v tomto případě jako dostačující.

Uvádíme ještě jednu kazuistiku, která může dokumentovat, že součástí léčby obsedantně – kompulzivní poruchy může být kromě expozice a zábrany rituálům také práce s dysfunkčními kognicemi – myšlenkami a postoji. V tomto případě byla léčba obtížnější, protože dítě pocházelo ze silně religiozní rodiny.

Kazuistika 2

Devítiletý chlapec, v době gravidity matka prožila psychotrauma (úmrtí staršího dítěte), perinatální anamnéza zcela v normě. Vývoj odpovídající, zařazen v ZŠ, učí se na lepší průměr. Je spíš vážné povahy, puritán, kritik všeho, co dle jeho mínění odporuje duchu víry. Rodina úplná, starší a mladší bratr. Silně religiozní rodinné zázemí, především ze strany prarodičů, kteří byli v minulosti perzekuováni. Oba rodiče rovněž hodně úzkostní, v léčbě. Jsou také věřící, nicméně ve svých postojích liberálnější.

Současné potíže

První projevy úzkostného chování se objevily v době, kdy byl pacient snad ve škole šikanován. Od té doby byl víc nedůvěřivý, ale jinak bez nápadností. V posledním měsíci začali rodiče pozorovat, že si syn velmi často a důkladně myje ruce, přitom nepoužívá ručník. Když se nemůže dostatečně umýt, nevezme jídlo do úst, raději nejí. Zavírá opakovaně dveře a kontroluje, zda jsou skutečně zavřené. Sám říká, že „musí udělat obřad, aby bylo vše v pořádku“. Neustále běhá na WC, má pořád potřebu močit (pozn. vyšetření moči bylo negativní.) Sám říká, že má strach, aby mu nepraskl močový měchýř, slyšel to vykládat v kostele. Opakovaně se chodí ujišťovat, že nedostane nějakou nemoc, vyhýbá se špině. Venku oklikou obchází kanály. Rodiče se rozčilují zejména proto, že se stav zhoršuje a jim roste spotřeba vody v domácnosti!

Léčba

- a) Pacient sám vypracoval soupis problémů (obrázek 1)
- b) Následovala behaviorální analýza, po ní psychoedukace rodičů. Vzhledem k tomu, že sami trpí úzkostnou poruchou, rozumějí a spolupracují.
- c) Vysvětlili jsme rodičům i pacientovi princip metody expozice in vivo a zábranu rituálům. Léčbu jsme zahájili nácvikem relaxace.
- d) V dalších sezeních jsme nacvičovali zvládnání některých situací podle vzoru, prováděli jsme expozici a zábranu rituálům – obdobně, jako v první kazuistice. Pacient dostal za úkol snažit se oddalovat močení a prodlužovat intervaly, což se mu velmi brzo dařilo. Dále jsme se zaměřili na ty situace, které bylo možné nacvičovat v ambulanci (nadměrné mytí, „narovnávání klik“, atd.). Bylo ovšem zřejmé, že bude nutná především expozice

v domácím prostředí, přičemž matka bude fungovat jako koterapeutka.

- e) K odstranění opakovaného ujišťování a dotazů jsme doporučili rodičům obdobný postup, který je popsán v první kazuistice.
- f) V několika sezeních jsme se zaměřili na rozbor dysfunkčních kognicí. Především na ty, jejichž obsahem bylo pacientovo přesvědčení, že on sám musí „zachránit zvířata“. Jedním z jeho rituálů bylo, že denně kontroloval malý rybníček, zda „nevyskočily ryby“. Sám sbíral malé, právě vylihnuté žabky a vracel je do vody. To byla jistě téměř sysifosská práce! Vysvětlení, že přece „není Bůh“ a nemůže uhlídat celou přírodu, neboť jen Bůh tak činí a bylo by zřejmým rouháním, kdyby se mu snažil podobat, nakonec přijal. Podařilo se provést restrukturalizaci kognicí („Nemusím uhlídat vše“, „Příroda si sama hlídá svůj život...“) (1).

Během terapie se zmírnily obsedantně kompulzivní projevy, ovšem některé postoje, ve smyslu jistého puritánství, přetrvávají. V současné době obtěžuje rodinu tím, že vypíná televizi vždy, když tam zahlédne nějakou polooděnou bytost, nedokonalé pokrytí těla považuje za hřích, čímž rodinu hodně tyranizuje. Doporučili jsme častější kontakty s vrstevníky, výhledově považujeme za vhodné modelování (nácvik podle vzoru), aby se u pacienta zmírnily projevy intolerance, které by zřejmě v budoucnu vedly k jeho sociálnímu vyčlenění.

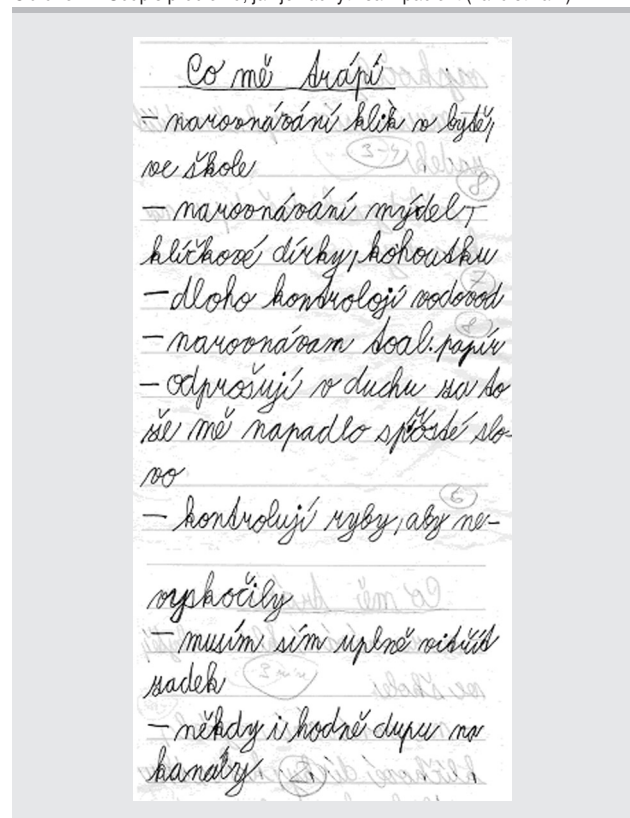
Závěr

Přestože je známou skutečností, že pacienti s obsedantně kompulzivní nemocí mají tendenci spíše svoje potíže utajovat, vyhýbají se nepříjemným situacím a hůř spolupracují v psychoterapii, u většiny našich pacientů probíhala léčba bez větších komplikací. Doporučujeme, aby seznam všech fobických situací, event. situací, kterým se vyhýbá, zpracoval pacient sám. Přinášíme proto v textu ukázkou, která ilustruje, že to děti dokáží samy

Literatura

1. Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM. Kognitivně behaviorální terapie u psychiatrických problémů. Oxford medical publications, 1989: 303 s.
2. Hohagen F. Cognitive-behavioral therapy and integrated approaches in the treatment of obsessive-compulsive disorder. CNS Spectrums, 1999; 4: 5 (3): 35-40.
3. Hort V, Hrdlička M, Kocourková J, Malá E. Dětská a adolescentní psychiatrie, Portál, Praha, 2000: 492 s.
4. Neziroglu F, Yaryura-Tobias JA, Walz J, McKay D. The effect of fluvoxamine and behavior therapy on children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. J. of Child Adol. Psychiat., 2000; 10, 4: 295-306.

Obrázek 1. Soupis problémů, jak je zachytil sám pacient (kazuistika 2)



zvládnout (obrázek 1). My jim pak pomůžeme se zpracováním „hierarchie problémů“. S rodinami se spolupráce dařila a děti přijímaly terapii jako cosi nového, často legračního, co jim jiný doktor nenabízel. Pokud je expozice prováděna v prostorách ambulance, je videomonitoring vždy prospěšným prostředkem, který dovolí registrovat změny v chování pacienta.

Kombinaci KBT s farmakoterapií se nevyhýbáme, záleží vždy na intenzitě problému a míře úzkosti, která by mohla eventuálně komplikovat spolupráci.

5. Rutter M, Hersov L. Child and adolescent psychiatry. Modern approaches. Blackwell scientific publications. Second Edition, 1985: 960 s.
6. Strauss WL, Layton ME, Hayes CE, Dager SR. 19F magnetic resonance spectroscopy investigation in vivo of acute and steady-state brain fluvoxamine levels in obsessive-compulsive disorder. Am J Psych, 1997; 154, 4: 516-522.
7. Thomsen PH, Leckman J. Obsessive-compulsive disorder and anxiety spectrum in children. CNS Spectrums, 2000; 5, 6 (4): 18-23.