

## 8.7. KBT schizofrenie

Petr Možný, Filip Španiel, Mabel Rodrigues,  
Jiří Horáček, Ján Praško

### 8.7.1 Popis schizofrenie

Schizofrenie je závažné psychotické onemocnění charakterizované významnými poruchami v oblasti myšlení (jak formálními, tak obsahovými), vnímání, emocí, chování a kognitivních funkcí.

Příčinu schizofrenie neznáme. V současné době neexistuje shoda ani v tom, zda se jedná o jedno onemocnění, v jehož rámci se pod různými příznaky skrývá společný, dosud neobjevený psychopatologický proces, nebo zda toto pojmenování zahrnuje více nozologických jednotek, které se liší jak svou etiopatogenezí, tak svými klinickými příznaky, průběhem, reakcí na léčbu i prognózou. Zjednodušeně řečeno, nevíme dosud s jistotou, zda existuje „ta“ schizofrenie nebo „ty“ schizofrenie. Proto se v terapii zaměřujeme v současné době především na snahu o zmírnění či odstranění jednotlivých příznaků a syndromů, kterými se schizofrenie projevuje, nikoliv na kauzální vyléčení této nemoci.

V teorii mnozí autoři uznávají, že by se o schizofreniích mělo psát v plurálu, ale většina odborných textů stejně používá singulár. Tak tomu bude i v následujícím textu.

Schizofrenie je psychické onemocnění, které nejčastěji probíhá chronicky a obvykle přináší jedinci výrazné postižení nejen v oblasti psychického zdraví, ale i v oblasti sociální a profesní.

#### 8.7.1.1 Klinické projevy schizofrenie

Klinické projevy schizofrenního onemocnění sestávají celkem ze tří příznakových dimenzí: **a) pozitivních příznaků** (bludy, halucinace, rozvolněné asociace, poruchy chování), **b) negativních příznaků** (oploštění emotivity a afektu, citové a sociální stažení, ochuzení řeči, abulie, anhedonie, poruchy abstraktního myšlení) a nakonec **c) kognitivních příznaků** (postižení pracovní paměti, pozornosti, exekutivních funkcí, řeči a motoriky). Výsledný obraz je společným průmětem příznaků v jednotlivých dimenzích, který se navíc může u jednotlivce v průběhu onemocnění různým způsobem měnit.

#### 8.7.1.2 Diagnóza schizofrenie

Základní diagnostická vodítka ke stanovení diagnózy schizofrenie jsou shrnuta v Mezinárodní klasifikaci nemocí, 10. revizi, MKN-10:

Po většinu období epizody psychotického onemocnění, které trvá alespoň jeden měsíc,

1) musí být přítomna alespoň jedna z následujících charakteristik:

- a) slyšení vlastních myšlenek, pocity vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek;
  - b) bludy kontrolování, ovlivňování nebo ovládání, zřetelně se projevující pohyby těla nebo končetin, nebo zvláštními myšlenkami, činnostmi nebo pocity; bludné vnímání;
  - c) halucinace hlasů, které komentují pacientovo chování nebo o něm mezi sebou hovoří nebo jiné typy hlasů, které přicházejí z některých částí těla;
  - d) trvalé bludy jiných typů, které nemohou být podmíněny příslušnou kulturou a jsou zcela nepatřičné, jako náboženská nebo politická identita, nadlidská moc nebo schopnost (např. schopnost kontrolovat počasí nebo být ve spojení s cizinci z jiného světa);
- 2) nebo alespoň dvě z následujících charakteristik: a) přetrvávající halucinace jakéhokoliv typu, pokud se vyskytnou denně po dobu nejméně 1 měsíce a jsou spojeny s bludy (buď s občasnými, nebo jen částečně formovanými) bez jasněho emotivního obsahu, nebo jsou doprovázeny trvale zvýšeným sebehodnocením;
- b) neologismy, přerušování nebo zákazy myšlení, jejichž důsledkem jsou inkoherece nebo zmatený slovní projev;
  - c) katatonní chování, jako např. vzrušenost, nástavy nebo vosková ohebnost, negativismus, mutismus a stupor;
  - d) „negativní“ symptomy, jako jsou zřetelná apatie, ochuzení řeči a ploché nebo nepřiměřené emoční odpovědi (musí být jisté, že se nejedná o následek deprese nebo neuroleptické léčby);
  - e) výrazné a nápadné kvalitativní změny v osobním chování, jako je ztráta zájmů, bezcílnost, nečinnost, ztráta vztahů k okolí a sociální stažení.

#### 8.7.1.3 Epidemiologie schizofrenie

Výsledky rozsáhlých epidemiologických studií udávají celoživotní prevalenci onemocnění mezi 1–1,5 %, a to bez ohledu na rasu, pohlaví a kulturu. Ačkoliv je výskyt onemocnění u mužů a žen stejný, určité rozdíly se objevují v průměrném věku typického výskytu schizofrenie: u mužů je to mezi 15.–25. rokem života, u žen mezi 25–35 lety.

#### 8.7.1.4 Etiopatogenetické faktory schizofrenie

Protože, jak už jsme uvedli výše, příčinu schizofrenie (či schizofrenií) neznáme, neexistuje obecný model, který by vysvětloval příčiny a vzájemné souvislosti příznaků u všech typů schizofrenie. V rámci KBT nejčastěji vycházíme z modelu Zubina a Springa (1977) (viz obr. 8.7.1), který předpokládá, že „zranitelnost“ (orig. vulnerability) vůči onemocnění schizofrenií je vrozená a má genetický základ. V důsledku negativního působení vlivů z okolního prostředí, shrnutých pod pojmem „stres“ (přesněji „distres“), není vrozeně zranitelný jedinec schopen zvládat nároky běžného života a samostatně fungovat, objevují se u něj příznaky narušení psychických procesů – smyslové halucinace, poruchy asociací, bludná přesvědčení, nepřiléhavé emoce a bizarní chování. Další vlivy – jak ochranné, tak

škodlivé – rozhodují o tom, do jaké míry bude průběh schizofrenie příznivý, či nepříznivý.

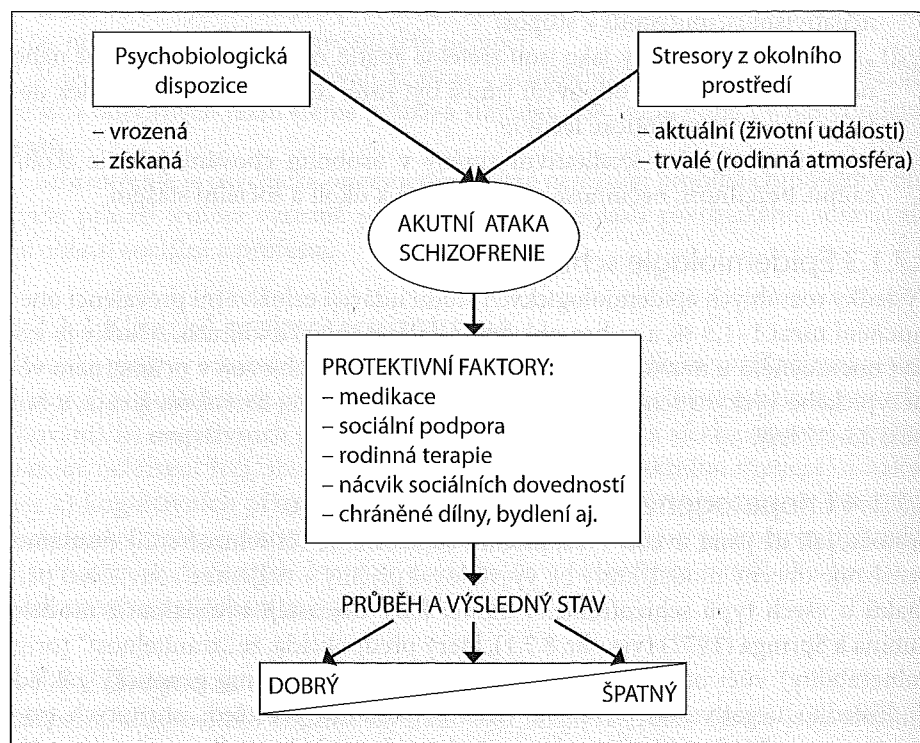
### 8.7.1.5 Diferenciální diagnóza a komorbidita schizofrenie

Před definitivním stanovením diagnózy schizofrenie je zapotřebí vyloučit psychotické stavy toxické a organické etiologie, tedy následky užívání psychoaktivních látek či primárního mozkového onemocnění nebo somatického onemocnění.

Klinické vyšetření a anamnéza nám pomohou odlišit schizofrenii od jiných funkčních psychóz, jako jsou akutní polymorfni psychotická porucha (délka trvání symptomů, jejich proměnlivost), poruchy nálady s psychotickými příznaky, schizoafektivní porucha, porucha s bludy či schizotypní porucha.

Významná je i komorbidita u schizofrenních pacientů, zejména jde o zneužívání návykových látek (především alkoholu a cigaret), problémem je ale i současné užívání drog. U nemocných se schizofrenií je popisována nižší porodnost a reprodukce. Je zde vyšší úmrtnost v důsledku nehod i přirozených příčin, která je snad vysvětlitelná obtížnější diagnostikou a léčbou u této populace.

Obrázek 8.7.1: Model schizofrenie „vulnerabilita – stres“ (Zubin a Spring, 1977)



### 8.7.1.6 Průběh schizofrenie

Onemocnění obvykle ohlašuje různě dlouhé prodromální období (povahové změny, změny zájmu, sociální stažení, pokles výkonnosti, vztahovačnost). Po akutní epizodě bývá další průběh poměrně variabilní: Většina případů (84 %) je charakterizována opakovaným výskytem opětovného vzplanutí onemocnění, u části v mezidobí bez defektu (32 %), případně se stabilním či prohlubujícím se defektem zejména v oblasti kognitivních funkcí (43 %). Jen u malé části případů (16 %) dojde k plné úzdavě po jediné epizodě schizofrenního onemocnění (Watt et al., 1983).

### 8.7.2 Historie uplatnění psychoterapie u schizofrenie

Pokusy o uplatnění **dynamické psychoterapie** u schizofreniků byly činěny již od počátku 20. století, ačkoliv tvůrce psychanalýzy S. Freud byl přesvědčen, že psychoanalýza u těchto pacientů není možná. V průběhu první poloviny 20. století byly činěny pokusy o ovlivnění schizofrenie nejrůznějšími dynamickými psychoterapeutickými přístupy – např. kromě klasické psychoanalýzy i pomocí jungovské analýzy, daseinsanalýzy – ale i když tyto směry přišly často se zajímavým teoretickým *vysvětlením* psychotických projevů a příznaků, v oblasti *terapeutické účinnosti* obecně úspěšné nebyly.

**Behaviorální terapie** se rozvíjela v klinické praxi od 60. let 20. století a zpočátku se její úspěchy projevily především v oblasti fobií, sociálních úzkostí, poruch chování u dětí a mentálně retardovaných, obsedantních poruch aj. Prvními, kdo úspěšně uplatnili principy operantního podmiňování u schizofreniků, byli Ayllon a Azrin (1968), kteří pomocí metody tzv. žetonového hospodaření (orig. token economy) dokázali ovlivnit chování schizofrenních pacientů na chronických uzavřených psychiatrických odděleních. O tomto terapeutickém programu více uvedeme v dalším textu.

V 70. letech 20. století došlo k vytvoření dalších **behaviorálních nácvikových programů**, které se zaměřily především na uplatnění naučených dovedností v běžném životě. Byly to jak individuální, tak skupinové programy, zaměřené jak na rozvoj a upevnování individuálních dovedností, např. zlepšení péče o sebe (umývání, oblékání, jídelní návyky), tak šířeji zaměřené programy nácviku sociálních dovedností (schopnost navázat rozhovor, požádat o něco, najít si přátele, zaměstnání, jednat na úřadech ap.). Velmi propracovaný program **nácviku sociálních dovedností** vypracoval v druhé polovině 70. let tým pod vedením R. P. Libermana (Liberman, DeRisi, Mueser, 1989). Také tento terapeutický program si dále popíšeme podrobněji.

Další oblastí úspěšného uplatnění kognitivně behaviorálních metod v léčbě schizofrenie se stala v 80. letech 20. století **rodinná terapie schizofrenie**. Programy rodinné terapie schizofrenie vznikly na základě výzkumů o tzv. vyjadřovaných emocích (orig. expressed emotions) (Leff a Vaughn, 1985), které prokázaly, jak významný vliv mají vztahy v rodině na průběh schizofrenie. Proto se tyto programy rodinné terapie schizofrenie zaměřily na to, jak pomoci rodině vytvořit atmosféru klidného soužití a jak zvládat stresující události tak, aby to mělo na pacienta

co nejmenší dopad. Účinnost těchto programů rodinné terapie prokázali např. Falloon a kol. (1994) a Tarrrier a Barrowclough (1992).

V 90. letech 20. století došlo v oblasti psychoterapie schizofrenie k uplatnění metod **kognitivní terapie**, zaměřených na **ovlivnění floridních příznaků schizofrenie** – především sluchových halucinací a bludů. Program „zlepšeného zvládání příznaků“ (org. coping strategy enhancement, CSE) Birchwooda a Tarriera (1992), kognitivně behaviorální terapie schizofrenie Kingdona a Turkingtona (1994), kognitivní terapie bludů a halucinací Chadwicka, Birchwooda a Trowera (1996) nebo komplexní kognitivně behaviorální terapie schizofrenie Fowlera, Garetyové a Kuipersové (1995) prokázaly, že lze pomocí strukturovaných kognitivně behaviorálních metod úspěšně zmírnit intenzitu floridních psychotických příznaků a jejich dopad na psychický stav pacientů. I tyto terapeutické programy si dále popíšeme.

Další terapeutické programy se zaměřily na ovlivnění kognitivních deficitů u pacientů trpících akutní schizofrenií, tzv. programy kognitivní rehabilitace, usilující o zlepšení pozornosti a diferenciaci podnětů. Výsledkem snahy o aplikaci tohoto vývoje v oblasti psychoterapie psychóz je švýcarský program „Integrovaný psychotherapeutický program pro schizofreniky“ (IPTS) autorů Roderera, Brennera, Kienzleho a Hodelové (1993).

V současné době je tedy situace taková, že existuje řada prokazatelně účinných behaviorálně a kognitivně behaviorálně orientovaných programů pro schizofreniky, které probíhají formou individuální, skupinové či rodinné terapie, programy pro chronické dlouhodobě hospitalizované pacienty i pro ambulantní pacienty, žijící s rodinou nebo samostatně. Žádný jiný psychotherapeutický přístup se v oblasti schizofrenie nemůže srovnat, pokud jde o propracovanost programů a jejich prokázané účinnosti.

### 8.7.3 Účinnost psychoterapie u schizofrenie

Při hodnocení účinnosti psychotherapeutických a psychosociálních přístupů v léčbě a rehabilitaci psychóz (zejména schizofrenie) bylo provedeno několik desítek studií. Uvedeme zde závěry několika meta-analýz jejich výsledků.

Pět randomizovaných kontrolovaných studií neprokázalo žádné nebo minimální účinky dlouhodobé individuální dynamické psychoterapie (přehled Fenton a Cole, 1996). Nelze ji proto pro léčbu schizofrenie všeobecně doporučovat, někteří autoři ji dokonce pokládají za kontraindikovanou (Mueser a Berenbaum, 1990). Na druhé straně byla popsána řada kazuistik, podle kterých v jednotlivých případech může dynamická psychoterapie znamenat pro pacienta významnou pomoc (May et al., 1981, Gunderson et al., 1984).

Meta-analýza Mueserové a Berenbauma z roku 1990 shrnuje výsledky 4 kontrolovaných studií. Závěry jsou následující:

- psychodynamická terapie neprokázala žádný pozitivní efekt samotná, ani v kombinaci s farmaky (otázkou zůstává možná „toxicita“ dynamické psychoterapie u některých jedinců),

- na realitu orientovaná psychoterapie je účinnější nežli dynamická psychoterapie, pokud sledujeme četnost rehospitalizací a zlepšení sociální a pracovní adaptace. Oba přístupy se však navzájem neliší ve zmírnění psychotických příznaků. Ve studiích však chybí kontrolní skupiny neléčených osob.

V rozsáhlé meta-analýze 31 kontrolovaných studií (celkem zahrnovala 2161 pacientů) od Wunderlicha et al. (1996), byla poměřována účinnost různých psychosociálních intervencí v terapii pacientů, kteří zároveň užívali antipsychotika. Šlo o skupinovou kognitivní psychoterapii, behaviorální nácvik sociálních dovedností, psychoedukaci rodin, sociální terapii a psychoanalytickou léčbu. Nejlepších výsledků dosáhla skupinová kognitivní terapie a rodinná psychoedukace, nejhorsích psychoanalytická terapie (viz tabulku 1).

**Tabulka 8.7.1:** Metaanalýza účinnosti psychotherapeutických přístupů kombinovaných s medikamentózní léčbou – porovnání s medikamentózní léčbou samotnou (Wunderlich et al., 1996)

Terapeutický přístup	Efektivita		
	R	% zlepšení k experimentální skupině (léky a specifická psychosociální intervence)	% zlepšení v kontrolní skupině (pouze léky a klinické vedení)
Skupinová kognitivní terapie	0,28	64	36
Nácvik sociálních dovedností	0,20	60	20
Psychoedukativní rodinná terapie	0,28	64	36
Sociální terapie	0,12	56	44
Psychoanalytická léčba	0,08	54	46

R = síla efektivity transformovaná do korelace

Carpenter (1996) shrnul výsledky 14 kontrolovaných studií zkoumajících vliv rodinné terapie a zjistil, že četnost relapsů u intervenovaných pacientů je mezi 6–23 %, zatímco u pacientů, kteří pouze užívali medikaci, mezi 40–53 %.

Pitschel-Walz et al. (2001) shrnul výsledky 25 studií zaměřených na psychoedukaci rodin schizofrenních pacientů. Efekt rodinné psychoedukace vedl ke snížení četnosti relapsů o 20 % proti kontrolním skupinám, pokud psychoedukace trvala déle než 3 měsíce.

Rector a Beck (2001) shrnuli výsledky 7 randomizovaných kontrolovaných studií zaměřených na kognitivní terapii bludů a halucinací. Podle jejich závěrů kognitivní terapie významně ovlivnila nejen pozitivní, ale také negativní symptomatologii chronických schizofrenních pacientů.

Výsledky dalších studií, zkoumajících účinnost kognitivních a behaviorálních terapeutických programů u schizofrenie, uvedeme u popisu těchto jednotlivých programů.

## 8.7.4 KBT vyšetření u schizofrenie

### 8.7.4.1 Způsoby a obsah vyšetření

Vyšetření se liší podle toho, který typ terapeutického programu chceme pacientovi nabídnout. Vyšetření provádíme pomocí:

- **rozhovoru s pacientem** – zaměříme se jednak na posouzení jeho schopnost spolupracovat a chápat, jednak na jeho současné potřeby a potíže,
- **hodnotících škál** např. PAS (Psychiatric Assessment Scale), PSE (Present State Examination),
- **pozorování chování** pacienta v určitém časovém úseku (např. během sezení),
- **rozhovoru s příbuznými** – jednak popis současného chování pacienta, jednak jejich postoje vůči pacientovi.

U některých pacientů můžeme využít i **sebehodnotících záznamů** – např. Rathusova škála asertivity, případně vyplňování záznamů negativních myšlenek.

Protože onemocnění schizofrenií zahrnuje celý komplex problémů, musíme se při vyšetření zaměřit na celou řadu potenciálně problematických oblastí, a ne pouze na zjištění psychotických příznaků. Při zjišťování a hodnocení závažnosti psychopatologických příznaků – psychotických i nepsychotických – můžeme využít i dotazníkových škál, jako jsou například BPRS a PANSS.

Kromě samotného zjištění přítomnosti nebo nepřítomnosti psychotických příznaků je třeba zhodnotit i jejich jednotlivé dimenze – u sluchových halucinací hodnotíme dimenze, jako je jejich četnost, doba trvání, umístění (v hlavě nebo vně), formu (zvuky, slova), hlasitost, srozumitelnost, kontrolovatelnost ze strany pacienta, počet hlasů (jeden nebo více), přesvědčení ohledně jejich původu, moci nad pacientem, obsah (negativní nebo pozitivní, zda hovoří k pacientovi nebo o něm), emoce s nimi spojené, jak narušují běžný život pacienta a jeho zjevné chování. U bludů hodnotíme, jak často a jak dlouho se pacient bludem během dne zabývá, emoce s ním spojené a jejich intenzitu, míru přesvědčivosti bludu, jak blud narušuje běžný život pacienta a jeho chování. Na základě rozlišování těchto dimenzí můžeme lépe sledovat změny v jednotlivých dimenzích příznaků v průběhu terapie.

Dále se zabýváme zjišťováním proměnných, které vedou k výskytu a udržování příznaků – tj. v jakých situacích se psychotické příznaky objevují a jakými podněty jsou vyvolávány (spouštěče) a k jakým bezprostředním a dlouhodobým důsledkům vedou. Přitom hodnotíme nejen negativní, ale i případné pozitivní důsledky, kvůli kterým může být pro pacienta obtížné se bez svých příznaků obejít.

Kromě vyšetření pozitivních i negativních psychotických příznaků je před zahájením terapeutické intervence třeba vyšetřit i další důležité oblasti pacientova života.

V tabulce 2 jsou uvedeny oblasti, na které je třeba se při vyšetření zaměřit (podle Haddock, Tarrier, 1998).

Tabulka 8.7.2: Oblasti, které je třeba vyšetřit a případně brát v úvahu při plánování KBT u schizofrenie

#### PSYCHOLOGICKÉ PROBLÉMY

Narušené, zpomalené či paralogické myšlení  
 Problém s odlišováním podnětu a pozadí  
 Omezená pozornost  
 Přecitlivělost na sociální stresory a sociální interakce  
 Potíže při zpracovávání sociálních podnětů a vhodném reagování  
 Oploštělá afektivita  
 Zvýšená vzrušivost a narušená kontrola vzrušivosti  
 Přecitlivělost na životní události a na stres  
 Vysoké riziko sebevraždy  
 Stigmatizace  
 Riziko deprese a beznaděje  
 Vysoké riziko abúsu drog a alkoholu  
 Vznik v dospívání či rané dospělosti narušuje normální vývojové procesy

#### PSYCHOSOCIÁLNÍ PROBLÉMY

Přecitlivělost pacienta na rodinnou atmosféru a sociální vztahy  
 Riziko, že by se pacient mohl stát obětí či původcem násilí  
 Vhodnost integrace individuální a rodinné KBT

#### SOCIÁLNÍ PROBLÉMY

Podmínky sociální deprivace  
 Špatné bydlení  
 Sestup na společenském žebříčku  
 Nezaměstnanost a potíže při hledání zaměstnání  
 Chudá síť sociálních vztahů  
 Psychiatrická diagnóza brání využití společenských zdrojů

Na základě úvodního vyšetření shromáždíme o pacientovi tyto informace:

1. Základní demografické informace – věk, pohlaví, vzdělání, zaměstnání, stav, počet dětí.
2. Rodinné poměry – vztahy s nejbližšími osobami, vztahy v širším příbuzenstvu.
3. Sociální problémy, např. podpora, ubytování, právní problémy.
4. Přehled příznaků a duševního stavu, např. úzkost, deprese.
5. Podrobné multidimenzionální vyšetření příznaků (viz výše).
6. Kognitivně behaviorální analýza jednotlivých příznaků: vyvolávající podněty a kontext každého příznaku s jeho afektivními, behaviorálními, fyziologickými a kognitivními důsledky; jak se pacient s těmito prožitky vyrovnává.
7. Další důležité informace, získané během vyšetření a během terapie: pacientovy zájmy, přednosti, schopnosti, zdroje.
8. Pacientovy názory na jeho problémy: zda pro něj mají nějaký pozitivní význam; vytvořit sdílené porozumění pacientovým prožitkům, které je základem vzájemného vztahu mezi pacientem a terapeutem.

### 8.7.4.2 Seznam problémů

Na základě výše uvedených informací je třeba společně s pacientem sestavit obecný seznam pacientových současných problémů, které by měly být formulovány jeho vlastními slovy. Tyto problémy poté seřadíme podle naléhavosti, přičemž bereme v úvahu:

- a) nebezpečnost, naléhavost a riziko; b) ochotu pacienta na problému pracovat;
- c) míru stresu, kterou problém pro pacienta představuje; d) motivaci pacienta;
- e) základní témata.

Je rozumné začínat s problémem, který lze vyřešit a u kterého předpokládáme, že dosáhneme úspěšného výsledku.

### 8.7.4.3 Formulace problémů

Přesná a úsporná formulace pacientových příznaků a hlavních problémů musí zahrnovat příznaky, klíčové kognice, afekt, chování a přesvědčení. Je třeba ji tvořit ve spolupráci s pacientem a využívat jeho vlastní slova a předkládat ji jako shrnutí a uspořádání získaných informací a spíše jako možné předběžné vysvětlení než jako definitivní popis.

Je třeba, aby pacient formulaci porozuměl, a proto mu ji předkládáme nejen slovně, ale i písemně, případně ve formě diagramu.

#### Upřesňování formulací

Formulace je třeba upřesňovat a měnit ve spolupráci s pacientem v průběhu vyšetření a terapie. Slouží jako pracovní vysvětlení pacientových problémů a jako základ dosažení pozitivních změn. Terapeutické intervence by měly přinést nové informace podporující formulaci. Terapeut by měl s pacientem vytvářet domácí úkoly zaměřené na ověření formulace ve světle toho, co se stalo mezi sezeními. Tím se formulace dále upřesňuje a zároveň zvyšuje motivaci pacienta k dosažení změny.

## 8.7.5 Uplatnění KBT u schizofrenie

Popíšeme podrobněji několik příkladů ověřeně účinných behaviorálních, kognitivních a kognitivně behaviorálních terapeutických programů pro schizofrenii.

### 8.7.5.1 Terapeutické programy „žetonového hospodaření“, zaměřené na ovlivnění chování chronických schizofreniků

První účinné terapeutické programy, které vznikly v 60. letech 20. století, se zaměřily na ovlivnění zjevného chování u chronických schizofrenních pacientů, hospitalizovaných často dlouhou dobu v psychiatrických léčebnách. Tyto programy nebyly zaměřeny na jedince, ani na vybranou skupinu pacientů, ale na všechny pacienty příslušného oddělení. Cílem bylo vytvoření jasných terapeutických pravidel, které by vedly pacienty na těchto odděleních k tomu, aby se méně často dopouštěli nežádoucího chování – např. vzájemného napadání, sebepoškozování

či poškozování věcí na oddělení, a aby se u nich rozvíjelo žádoucí chování, např. zvýšená péče o sebe a o pořádek na oddělení a také vzájemná ohleduplnost a spolupráce.

Tyto behaviorální terapeutické programy vycházely z teorie operantního podmiňování (Skinner, 1953). Nejvíce se rozšířil terapeutický program tzv. žetonového hospodaření (orig. token economy), který popsali ve své práci Ayllon a Azrin (1968). Tento program vycházel z pečlivého sledování chování pacientů na oddělení, analýzy, v jakých situacích se objevuje nežádoucí chování – např. inkoherenční samomluva, verbální či fyzická agresivita vůči okolí, sebepoškozování – nebo nedostatky v žádoucím chování – např. v péči o vlastní oděv, čistotu a pořádek – a k jakým bezprostředním důsledkům toto nežádoucí chování vede, např. ke zvýšené pozornosti či péči ze strany personálu, ústupkům ze strany spolupacientů. Pacienti byli poté systematicky odměňováni, pokud projevovali žádoucí chování nebo zmírnili výskyt nežádoucího chování, zatímco jejich nežádoucími chování byla věnována mnohem menší pozornost. Odměny měly formu žetonů, za které pak měli pacienti narok na vycházky, mohli za ně získávat cigarety či potraviny v místním bufetu.

Ukázalo se, že na toto systematické odměňování vhodného chování reagují i pacienti s hluboce narušenou psychikou, s trvalými halucinacemi a bludy, zdánlivě zcela neteční vůči okolnímu prostředí. Na odděleních, kde se tento terapeutický program uplatňoval, došlo ke zmírnění vzájemné agresivity jak mezi pacienty navzájem, tak vůči ošetřujícímu personálu, zmírnily se otevřené projevy psychotického chování, například hlasité vykřikování, dohadování se s hlasy, a zlepšila se úroveň péče o sebe v oblasti oblékání, čistoty a pořádku.

Další výzkumy prokázaly, že hlavní příčinou změn v chování chronických schizofreniků nejsou samotné žetony, ale především zvýšená míra interakce mezi ošetřujícím personálem a pacienty, kteří se chovali žádoucím způsobem, a pochvala, udělovaná spolu s přidělením žetonů.

Slabinou těchto účinných programů však bylo, že změny dosažené v rámci psychiatrického oddělení se nepřenašely do odlišného prostředí, takže po přeložení na jiné oddělení nebo po propuštění do domácího prostředí se pacienti rychle vraceli k původním způsobům chování. I v rámci téhož oddělení dosažené pozitivní změny nepřetrvávaly, pokud byl program systematického uplatňování žetonového hospodaření ukončen.

V praxi se také ukázalo, že kvalitní uplatňování programu žetonového hospodaření je velmi náročné na přístup ošetřujícího personálu a vyžaduje, aby jednotliví členové terapeutického týmu uplatňovali shodná pravidla po celou dobu trvání terapeutického programu. To vedlo často k tomu, že když došlo k obměně personálu na oddělení a původní nadšená atmosféra z oddělení vyvanula, stala se z udělování žetonů mechanická záležitost a účinnost této metody tím výrazně poklesla. Ze všech těchto důvodů se tato dříve velmi populární a prokazatelně účinná metoda postupně přestala v širším měřítku uplatňovat (Hall a Barker, 1973).

### 8.7.5.2 Nácvik sociálních dovedností

Tento komplexní terapeutický program vypracoval v 70. letech minulého století americký psychiatr R. P. Liberman a jeho spolupracovníci (Liberman, DeRisi a Mueser, 1989). Vycházeli z výše uvedeného modelu Zubina a Springa (1977), podle něhož je průběh schizofrenie ovlivňován jednak vrozenou „zranitelností“ vůči této psychické poruše, jednak vlivy z okolního prostředí – tzv. model „zranitelnost – stres“. Podle této hypotézy jsou lidé trpící schizofrenií výrazně citliví na stres a vlivem stresu se jejich psychický stav zhoršuje a dochází k akutnímu relapsu psychotických příznaků, jak pozitivních, tak negativních. Sociální dovednosti, tedy dovednosti uplatňované v mezilidských vztazích, mohou výrazně ovlivňovat míru stresu, které je pacient v každodenním životě vystaven. Liberman předpokládal, že pokud se sociální dovednosti pacienta pomocí systematického nácvikulepší, ten bude ve svém dalším životě méně často ve stresu, a tím dojde ke zlepšení jak v oblasti psychotických příznaků, tak v oblasti celkové kvality života pacienta.

Nácvik sociálních dovedností u pacientů trpících schizofrenií se zaměřuje především na zlepšení jejich schopnosti jednat s druhými lidmi, řešit problémy v mezilidských vztazích, prosazovat svá přání a uspokojovat své emocionální potřeby. Není tedy primárně zaměřen na vyléčení schizofrenie ani na ovlivnění akutních psychotických příznaků – bludů a halucinací. K tomu sloužila současně probíhající farmakoterapie.

Lidé trpící schizofrenií mají sociální dovednosti často nedostatečné. Je tomu tak proto, že se buď vzhledem k ranému počátku nemoci přiměřenému chování nikdy nenaučili, nebo se jejich sociální dovednosti v důsledku akutních psychotických příznaků zhoršily, případně je jejich chronicky probíhající psychotická porucha vedla k sociální izolaci, takže tyto dovednosti přestali používat a zapoměli je.

Nácvik sociálních dovedností se provádí obvykle ambulantní formou v otevřené skupině, která má 4–8 pacientů, a vede jej jeden nebo dva terapeuti. Jedno nácvikové sezení trvá 45–90 minut, provádí se jedno až dvě sezení týdně. Celý nácvikový program trvá 3–6 měsíců, ale v případě potřeby mohou pacienti docházet do skupiny i celý rok. Účastní se jej pacienti, kteří již nejsou v akutním stadiu schizofrenní psychózy a dokáží se dostatečně soustředit a spolupracovat s terapeutem i mezi sebou navzájem.

Při nácviku sociálních dovedností se vychází z poznatků teorie učení a počítá se s tím, že pacienti mají následkem psychotických příznaků zhoršenou schopnost soustředit se, udržet zaměřenou pozornost, pamatovat si a porozumět. Proto má jak celá terapie, tak každé sezení přehlednou strukturu, aby pacienti věděli, co mohou očekávat. V době mezi sezeními si pacienti za domácí úkol procvičují úkoly, které zvládli v rámci sezení „na nečisto“, ve svém přirozeném prostředí a o svých zkušenostech referují v dalším sezení.

Základní dovednosti, které se v rámci NSD nacvičují, jsou:

- Dovednosti správně vnímat a porozumět
- Sdělování pozitivních informací (pochvala, ocenění)
- Zahájení, udržování a ukončení krátkého rozhovoru

- Projevení negativní emoci přiměřeným způsobem
- Sebeprosazení (obhájení vlastních práv, odmítnutí neoprávněných požadavků)
- Dovednost najít kompromisní řešení
- Nácvik řešení konkrétních problémů jednotlivých pacientů v jejich současném životě

Základní metody, užívané při nácviku sociálních dovedností, jsou: nácvik jednání formou scénky, formování a modelování žádoucího chování pomocí nápodob, nápovědy a systematického zpevňování dosaženého zlepšení. Terapeut či jiný člen skupiny slouží často jako vzor vhodného chování, terapeut i celá skupina poskytují zpětnou vazbu, ocenění a podporu pacientům v jejich úsilí.

V rámci komplexního programu nácviku sociálních dovedností vytvořili Liberman a kol. (1987) řadu „modulů“, zaměřených na jednotlivé oblasti sociálních dovedností. Např. v modulu komunikačních dovedností se pacienti zaměřují na správné verbální i neverbální jednání při rozhovoru s druhými lidmi, nacvičují vhodné zahájení rozhovoru, ukončení rozhovoru, jak požádat druhé o informaci, o pomoc, jak je pochválit, jak vhodně vyjádřit kritiku, jak přijmout pochvalu a jak vhodně reagovat na kritiku. Další moduly se zaměřují na nácvik řešení problémů, rozpoznávání varovných příznaků relapsu, zvládání vedlejších účinků léků, navazování přátelství a hledání vhodné náplně volného času, včetně hledání zaměstnání.

Účinnost nácviku sociálních dovedností byla sledována v několika studiích. V některých studiích (Marder et al., 1996) se ukázalo, že NSD velmi výrazně zlepšuje sociální dovednosti, má však jen malý dopad na prevenci relapsu. Podle jiné studie (Schooler a Keith, 1993) vede NSD ke zlepšení sociální adaptace v sebehodnocení i v objektivním hodnocení. Benton a Schroeder (1990) ve své meta-analýze 4 srovnávaných studií popsali nesignifikantní léčebný efekt nácviku sociálních dovedností na redukci psychopatologie. Ve studii Hogartyho et al. (1991) se prokázalo, že nácvik psychosociálních dovedností významně snižuje četnost rehospitalizací ve sledovaném období jednoho roku. Corrigan (1991) ve svém přehledu 9 studií dospěl k závěru, že je efekt NSD je zjevný, ale že nacvičené sociální dovednosti nenahrazují plně maladaptivní chování psychotických nemocných. Tarrier et al. (1993) prokázal, že nacvičené psychosociální dovednosti vedou ke snížení úzkostnosti, zejména v sociálních situacích, a zlepšují celkový skóre psychiatrických příznaků výrazněji nežli podpůrná psychoterapie. Podle Hogartyho et al. (1991) problémem NSD zůstává to, že zlepšení lze prokázat v době asi jednoho roku po ukončení terapie, zatímco po 2 letech se její účinek postupně vytrácí (Hogarty et al., 1991). Meta-analytické studie uzavírají, že efekt generalizace nacvičených způsobů chování do praktického života je mírný (Benton a Schroeder, 1990) nebo střední (Corrigan, 1991) s tím, že metodologická a klinická úroveň jejich zdrojových studií je různá (Halford a Hayes, 1991). Další studie ukázaly, že pacienti jsou schopni v praxi užívat nacvičených sociálních dovedností převážně v situacích, které jsou podobné situacím nácvikovým (Donahoe a Driesenga, 1988) a že do praktického života se lépe přenášejí jednoduché dovednosti (např. motorické chování)

nežli komplexní typy chování (Wallace et al., 1980). V nedávné studii srovnávali Liberman a kol. (1998) účinnost nácviku sociálních dovedností s účinností systematické činnosti terapie u pacientů s přerývajícími psychotickými příznaky a prokázali, že pacienti, kteří prodělali 6měsíční systematický intenzivní nácvik sociálních dovedností, dokázali v průběhu následujících 18 měsíců po ukončení terapeutického programu tyto sociální dovednosti uplatňovat v běžném životě, byli lépe sociálně adaptováni a dokázali žít více nezávisle než pacienti z kontrolní skupiny, kteří se podrobili stejné intenzivnímu programu, zahrnujícímu činnosti terapii, arteterapeutické skupiny a rekreační aktivity.

### 8.7.5.3 Kognitivně behaviorální terapie akutních psychotických příznaků – bludů a halucinací

Na konci 80. let 20. století se objevily první snahy ovlivnit psychoterapeuticky i floridní příznaky schizofrenie, tj. bludy a halucinace, o nichž se do té doby předpokládalo, že je lze léčit pouze pomocí psychofarmak. Vedlo k tomu několik důvodů: a) u části schizofreniků přetrvávaly halucinace i bludy navzdory tomu, že byli dlouhodobě léčeni psychofarmaky; b) řada schizofreniků měla vůči psychofarmakům odmítavý postoj a jejich ochota je dlouhodobě užívat byla malá; c) u pacientů, kteří byli ochotni léky užívat, vyvolávaly účinné léky mnohé vedlejší příznaky, z nichž nejzávažnější byly maligní neuroleptický syndrom a tardivní dyskinezy; d) i při pravidelném užívání léků a dobré spolupráci pacientů se u mnoha pacientů opakovaně objevovaly relapsy akutních psychotických příznaků.

Několik skupin kognitivně behaviorálně zaměřených psychologů, především z Velké Británie – Bentall, Slade, Kingdon, Turkington, Tarrier, Fowler aj. – vyjádřilo nespokojenost s jednostranně farmakologickým přístupem k léčbě akutních psychotických příznaků a na konferenci v Liverpoolu v červnu 1991 zformulovali základní principy nového přístupu k psychoterapii akutních psychóz.

1. Je třeba uznat, že z hlediska pacientů mají psychotické příznaky smysl a hrají v jejich životě důležitou roli.
2. Je důležité pacientům naslouchat a snažit se pochopit tento smysl pacientových psychotických příznaků a problémů.
3. Je důležité vytvořit a zdokonalit psychologické léčebné postupy pro pacienty, kteří trpí stálými a nepříjemnými psychotickými příznaky.
4. Účinnost těchto postupů je třeba vědecky ověřit, aby se mohly stát běžnou součástí léčby schizofrenie.

Tito odborníci se ve své práci zaměřili na zvládnání, zmírňování a odstraňování jednotlivých psychotických **příznaků**, nikoliv na léčbu „schizofrenie“. Cílem tohoto terapeutického přístupu není „vyléčit“ pacienta ze schizofrenie, ale v první řadě **zmírnit jeho utrpení, zlepšit jeho sebeobraz a zlepšit kvalitu jeho života**. Zmírnění vlivu psychotických příznaků na pacientův život je pouze prostředkem k dosažení těchto cílů. Na tomto základě lze lépe budovat terapeutický vztah, neboť tyto cíle jsou žádoucí pro pacienta, aniž by musel nejdříve uznat, že je „nemocen“ – což je pro mnoho psychotických pacientů nepřijatelné.

**Fowler, Garetyová a Kuipersová (1995)** uvádějí, že proces kognitivně behaviorální terapie schizofrenie lze rozčlenit do 6 fází.

#### **První fáze: Vyšetření a vytvoření terapeutického vztahu**

Terapii začínáme tím, že se zaměříme na vytváření a upevňování terapeutického vztahu, založeného na vzájemné důvěře a spolupráci. V této fázi probíhá také zjišťování potřebných údajů, týkajících se klientových současných příznaků, potíží a problémů, jejich vzniku a průběhu.

#### **Druhá fáze: Nácvik metod, umožňujících lepší zvládnání psychotických příznaků**

Terapeut klientovi radí, jakými vhodnými způsoby může zmírnit bezprostřední negativní dopad aktuálních psychotických příznaků na jeho prožívání, a učí jej metodám zmírňování stresu. Jde o metody jako je: sebe-instruktaž, odvedení pozornosti, zapojení se do činnosti, stažení se, relaxace atd. Cílem je nalezení takových reakcí na floridní psychotické příznaky, které zmírňují jejich dopad na psychiku klienta, a jejich systematické uplatňování.

#### **Třetí fáze: Vytvoření sdíleného modelu vzniku a udržování psychických potíží („nemoci“)**

Terapeut ve spolupráci s pacientem hledá nejvhodnější model, vysvětlující jeho potíže. Obvykle přitom vychází z modelu „vrozená psychická zranitelnost na stres“ a snaží se „normalizovat“ pacientovy potíže ve světle jeho životní historie. Cílem je zmírnit pocity selhání, sebeobviňování, zmatku a zlosti u pacienta a podporovat jeho adaptivní chování – např. brání léků, vyhýbání se stresujícím událostem, stanovování si reálných cílů.

#### **Čtvrtá fáze: Zpochybňování bludných přesvědčení a přesvědčení, týkající se hlasů a dalších příznaků**

V této fázi se terapeut zaměřuje na konkrétní psychotické příznaky a nabízí klientovi jiná, pro něj méně stresující vysvětlení, případně se jej snaží přivést k náhledu na chorobný původ těchto příznaků. O těchto metodách se později zmíníme podrobněji.

#### **Pátá fáze: Zpochybňování jádrových dysfunkčních přesvědčení („schémat“) o sobě a druhých**

V této fázi se terapeut zaměřuje na odkrývání jádrových negativních sebehodnocení u pacienta, na porozumění jejich vzniku, jejich zpochybňování a nahrazování méně negativními schématy.

#### **Šestá fáze: Upevnění nových způsobů zvládnání problémů, osamostatnění klienta**

V této fázi se terapeut zaměřuje na upevnění pozitivních změn, dosažených během terapie, podporuje klienta v tom, aby byl schopen své problémy a příznaky zvládat

samostatně i po ukončení terapie, plánuje s klientem jeho střednědobé a dlouhodobé cíle a vytváří též plány, jak má klient reagovat na případné zhoršení příznaků a hrozící relaps.

Kognitivně behaviorální terapie u schizofrenie trvá obvykle 20–30 sezení po dobu 12 i více měsíců. Prvních 6 měsíců je frekvence sezení jednou až dvakrát týdně, přičemž sezení trvají kratší dobu. Další 3 měsíce jsou sezení jednou za 2 týdny a dalších 6 měsíců se sezení konají jednou měsíčně.

### 8.7.5.3.1 Kognitivně behaviorální terapie bludů

Jedni z prvních, kdo se věnovali psychoterapii bludů, byli **Kingdon a Turkington** (1994). Tito autoři předpokládají, že klasické pojetí bludu, podle něhož bludné přesvědčení nelze pomocí psychologických prostředků změnit, tj. že diskutovat s pacientem o jeho bludném přesvědčení je v lepším případě marné, v horším případě škodlivé – že toto pojetí je mylné.

Tvrdí naopak, že diskuse s pacientem o jeho bludném přesvědčení a o okolnostech, za nichž vzniklo, a nabídnutí alternativního vysvětlení rozvoje psychotických příznaků je klíčovým krokem v terapii bludů. Přitom jmenují tyto **základní předpoklady pro úspěšnou psychoterapii bludů**:

1. *Empatický, vřelý, opravdový a nepodmíněně akceptující postoj terapeuta.*
2. *Zkušenost s jednáním s psychotiky a znalost psychotických příznaků.*
3. *Přesné slovní vyjadřování a konzistence projevu.*

Je klíčové nekonfrontovat a nezpochybňovat pacientovy prožitky ani verbálně, ani nonverbálně. Ke všem tvrzením pacienta musí terapeut přistupovat nepředpojatě jako k možnosti, kterou je třeba společně zkoumat. Pokud např. pacient tvrdí, že má v bytě odposlouchávací zařízení, terapeut nesmí říci, že se mýlí, ale zeptat se, na základě čeho si to myslí

4. *Shodnout se, že se terapeut a pacient mohou v názorech lišit.*

Když pacient na určitém svém tvrzení trvá, terapeut to musí přijmout jako jeho názor, na který má právo. Na druhé straně je třeba pacienta vést k uznání, že i terapeut má právo mít svůj názor, odlišný od názoru pacienta.

5. *Umět se takticky stáhnout.*

Když určité téma pacienta příliš rozrušuje, je lépe když terapeut téma opustí a pacienta zklidní s tím, že se k tomuto tématu mohou vrátit později.

6. *Dokázat přijmout záplavu psychotického materiálu.*

Zvláště zpočátku je terapeut často zavalen množstvím nesrozumitelných psychotických projevů, kterým nerozumí. Musí se zaměřit na postupnou analýzu a pochopení těchto projevů a nepropadat beznaději.

7. *Vycházet z kognitivního modelu psychiky.*

Pomocí písemných materiálů a na konkrétních příkladech terapeut pacientovi postupně vysvětluje, jak jsou jeho emoce a chování v určité situaci vyvolávány jeho myšlenkami a jeho interpretací této situace. Protože myšlenky a interpretace lze měnit, lze změnit i pocity a jednání v dané situaci. V průběhu terapie by si měl pacient uvědomit, že své dosavadní názory může kriticky zkoumat jako

„hypotézy“, které v konkrétním případě mohou, ale nemusejí být pravdivé. Protože každý se může někdy mýlit, je třeba společně zkoumat, zda jsou možná i jiná hodnocení a zda jiné hodnocení situace nebo sebe sama nepovede k tomu, že se pacient bude cítit lépe.

Pro porozumění obsahu bludu je třeba zaměřit se na **období jeho formování**. Otázky je třeba klást velmi citlivě, protože se často dotýkají velmi bolestivých témat.

Kromě informací ohledně událostí v době vzniku bludu je třeba zkoumat též **postoje, hodnoty a aspirace pacienta** v tomto období – jeho tzv. kognitivní schémata – neboť vznik bludu mnohdy souvisí právě s ohrožením významných hodnot pacientova života – jak vyplývá z uvedené kazuistiky pacienta, přesvědčeného, že je ovládán přes satelit.

V průběhu terapie by měl klient postupně dospět ke **čtyřem typům náhledu**: 1) Měl by být schopen připustit, že bludné přesvědčení je jeho názor, nikoliv nezpochybnitelný fakt; 2) že toto přesvědčení představuje reakci na určité události v jeho životě a je výrazem snahy dát jim smysl; 3) že mu bludné přesvědčení způsobuje emoční a jiné životní nesnáze; a 4) že existují i jiná možná vysvětlení, která dávají smysl jeho životním prožitkům a která mu přitom nezpůsobují takové emoční a životní problémy.

### Postup při kognitivně behaviorální terapii bludných přesvědčení

#### Vyšetření

Při vyšetřování bludu postupujeme tak, že nejdříve zjišťujeme problémové situace a negativní emoční a behaviorální reakce, které v nich klient prožívá. Až po shromáždění dostatečného množství informací o vyvolávajících podnětech a reakcích klienta začneme zkoumat i jeho myšlenky, interpretace a hodnocení situace.

Při zkoumání bludného myšlení se nejdříve zaměřujeme na zkoumání konkrétních interpretací v konkrétních situacích a až později se věnujeme i obecným hodnocením a tématům, která tvoří podklad příslušného bludu. Přitom obvykle nepoužíváme pojmů „schizofrenie“ a „blud“, ale bludné přesvědčení klienta označujeme jako jeho názor a tyto názory neoznačujeme jako projev duševní nemoci. To by mohlo vést k narušení terapeutického vztahu a přerušování terapie ze strany klienta.

#### Vyšetření spouštějících událostí

Typ událostí, které vyvolávají bludné myšlení, často ukazují na psychologickou zranitelnost klienta v oblasti autonomie, vazby na druhé, sebepojetí. Při vyšetřování těchto spouštějících podnětů a situací je třeba dodržovat dvě důležitá pravidla:

1. Je třeba klienta přimět, aby se zaměřil na vylíčení **konkrétní události**, která v něm vyvolala emoční nepohodu a bludné myšlení. Tato událost může být jak vnější, tak vnitřní (hlasy, pocity ovládnutí, tělesné příznaky).



2. Je třeba zjistit, které situace v klientovi *nevyvolávají* bludné myšlení, neboť tato znalost umožňuje zmírnit bludné myšlení v rámci terapie.

Při zjišťování spouštějících podnětů je třeba mít na paměti, že bludy jsou často snahou o nalezení smyslu velmi stresujících událostí a prožitků, např. hlasů, pocitů ovládnutí na dálku ap. Tyto psychické prožitky chápe klient jako *důkazy* o platnosti bludných vysvětlení. Součástí KB terapie bludů je hledání jiných možných vysvětlení těchto prožitků.

#### Vyšetření emocí a chování pacienta

**Emoce.** Zaměříme se na zjišťování, jaké emoce klient v konkrétní situaci prožívá (úzkost, depresi, vztek), a žádáme klienta, aby si tyto emoce zaznamenával a na jednoduché škále určoval jejich intenzitu (např. 0–4).

**Chování.** Měření chování spojeného s bludem je obtížnější než měření emocí a zjevné chování vyvolané bludem se vyskytovat nepravidelně a může být různé. Je třeba se také klienta zeptat, co kvůli svému bludnému přesvědčení *nedělá* – a co by dělal, kdyby přestal svému bludu věřit.

#### Vyšetření samotných bludných přesvědčení

Bludy jsou komplexní přesvědčení, která mají řadu dimenzí. Hlavní jsou tyto čtyři dimenze:

- 1. Přesvědčivost:** jak jistý si je klient pravdivostí svého bludu (0–100 %). Při zkoumání *presvědčivosti* se terapeut musí vyhnout dvěma chybám: aby klientovi řekl, že jeho bludu nevěří a aby mu řekl, že mu věří. Je třeba zaujmout postoj otevřenosti a snahy dopátrat se skutečnosti: „Vy tomu věříte zcela jistě. Já zatím nevím – můžete mít pravdu, ale také se můžete mýlit, protože každý člověk je omylný. Společně se budeme snažit zjistit, jak to je.“
- 2. Zabývání se bludem:** kolik času denně klient na své bludné přesvědčení myslí. Rozsah *zabývání se bludem* zjišťujeme jen na jednoduché škále, např. „V minulém týdnu jsem myslel na své přesvědčení, že...“ 0 vůbec, 1 dvakrát až čtyřikrát, 2 každý den, 3 mnohokrát každý den.
- 3. Formování bludu.** Nepředpokládáme, že si je klient vědom všech vlivů, které přispěly ke zformování jeho bludného přesvědčení. Jde o to zjistit, v které době se bludné přesvědčení objevilo, zda se objevilo okamžitě nebo v různých etapách a jaké důležité události toto vytvoření ovlivnily. Často zjistíme, že formování bludu předcházela nějaká traumatická událost a že tato vyvolala pocit osobní zranitelnosti, nedostatečnosti, provinění ap.
- 4. Důkazy.** Zjišťujeme, které události z minulosti podporují platnost bludu, a ptáme se také, zda se stalo něco, co hovoří proti platnosti bludu. Klienti však téměř nikdy spontánně neuvádějí žádné události, které by jejich blud zpochybovaly, naopak jako důkaz pro platnost bludu často uvádějí události, které blud nijak nepotvrzují.

## Metody kognitivně behaviorální terapie bludných přesvědčení

### 1. Otázky na méně důležité součásti bludu

Terapeut nezpochybňuje přímo jádro bludu, ale otázkami vede pacienta, aby si sám uvědomil rozpory ve svém bludném přesvědčení a aby začal pochybovat o méně důležitých součástech bludu – např. nezpochybňuje hned jeho přesvědčení, že je sledován, ale zpochybňuje např. počet, úmysly a moc těch, kdo jej sledují.

### 2. Hledání alternativních vysvětlení

Terapeut spolu s pacientem zkoumají, zda nelze fakta, která pacient uvádí na podporu svého bludného přesvědčení, vyložit i jinak. Přitom musí terapeut postupovat velmi opatrně a nevnučovat pacientovi svá vysvětlení, jen mu nabízet jiné možnosti.

### 3. Testování reality

Terapeut požádá pacienta, aby si ve svém každodenním životě konkrétně zaznamenával všechna fakta, která podporují jeho bludné přesvědčení. Pak s ním tato fakta probírá a společně zvažují, nakolik skutečně pacientovo bludné přesvědčení potvrzují a zda existují jiné možnosti jejich vysvětlení.

### 4. Probírání emočního významu bludu

Bludné přesvědčení je často spojeno se silnými emocemi: strachem, zlostí, depresí a bezmocí. Když se terapeut zaměří na prozkoumání a zmírnění těchto emocí pomocí metod kognitivní restrukturalizace, postupné expozice, systematického řešení problémů ap., mnohdy se zmírní dopad bludného přesvědčení na život pacienta.

### 5. Zkoumání a změna kognitivních schémat, spojených s bludem

V průběhu terapie se postupně často odhalí kognitivní schémata (jádrová přesvědčení o sobě, druhých lidech a světě okolo), která vytvořila podklad pro vznik bludu – často souvisí se sebevědomím pacienta a s ohrožením pro něj důležitých osobních hodnot. Těmto tématům se pak terapeut spolu s pacientem věnuje a snaží se je měnit pomocí sokratického dotazování, kognitivní restrukturalizace a behaviorálních experimentů, zaměřených na zvýšení pacientova sebevědomí.

Individuální terapii bludných přesvědčení lze vhodně kombinovat s dalšími kognitivně behaviorálními programy – nácvikem sociálních dovedností, nácvikem řešení problémů, rodinnou terapií atd.

#### 8.7.5.3.2 Kognitivně behaviorální terapie sluchových halucinací

Zatímco bludy jsou v rámci kognitivně behaviorální analýzy považovány za kognitivní procesy, sluchové halucinace – „hlasy“ – považujeme za spouštěče. Tyto

spouštěče pak v pacientovi vyvolávají následné kognitivní procesy – pacient hlasy nějak hodnotí, uvažuje o nich, zaujímá vůči nim nějaký postoj – a to teprve vede k určité emoční reakci a zjevnému chování pacienta.

Cílem kognitivně behaviorální terapie je zmírnit negativní dopad „hlasů“ na život pacienta tím, že změní svůj postoj vůči nim – přestane jim věřit, ověří si, že mu nemohou nijak ublížit a ovládnout jej – a tím se změní i jeho následné emoce a chování, těmito „hlasý“ vyvolané.

### Vyšetření hlasů

Provádíme podobně jako vyšetření bludů – zjišťujeme, v jakých situacích se hlasy objevují, jaký je jejich obsah, jak často se vyskytují, jaké v pacientovi vyvolávají emoce a jak na ně reaguje v chování. Pacient si výskyt hlasů zaznamenává, případně je může namlouvat na magnetofonový pásek.

### Metody kognitivní terapie sluchových halucinací

Byly zkoumány dva přístupy usilující o zmírnění dopadu sluchových halucinací na psychiku pacienta. Při prvním se pacient učil odvádět svoji pozornost od hlasů, při druhém se učil věnovat hlasům pozornost a aktivně zvládat jejich účinek na svou psychiku.

#### 1) Odvádění pozornosti od halucinací

– *pomocí walkmana*: Klient může poslouchat hudbu a pak mluvené pořady pokaždé, když slyšel hlasy, nebo, u pacientů s trvalými hlasy, několikrát za den po určité době. Poté pacient hodnotil, nakolik tento poslech ovlivnil hlasy – od zcela zmizely po vůbec neovlivnil.

– *pomocí čtení, rozhovoru, počítání v duchu, luštění křížovek aj.*: Pacient dostal za úkol si číst nahlas a později v duchu, začít si v duchu počítat jednoduché příklady (odčítání sedmi), jmenovat předměty v místnosti a jejich vlastnosti, začít luštit křížovky, začít mluvit s někým jiným ap. Poté pacient opět hodnotil ovlivnění hlasů.

– *pomocí plánování vhodných činností*: Po zjištění, které aktivity pacientovi nejvíce pomáhají zmírnit vliv hlasů, terapeut s pacientem plánoval, jak zvýšit rozsah těchto aktivit v jeho životě.

#### 2) Zaměření pozornosti na halucinace

Při tomto přístupu jsou pacienti vedeni k tomu, aby si pozorně všimli svých hlasů a postupně zkoumali jejich jednotlivé dimenze. Zpočátku se pacient zaměřuje na jejich *vlastnosti*: množství hlasů, hlasitost, tón, přízvuk, lokalizaci. Až poté si začne zapisovat *přesný obsah hlasů*. V další fázi terapie si pacient zaznamenává *vlastní myšlenky spojené s hlasy* – ty, které hlasům předcházely, a ty, které na ně reagovaly – a také *emoce*, které v něm hlasy vyvolávají – deprese, vztek, strach. Nakonec se pacient za pomoci terapeuta snaží určit *význam hlasů* v jeho životě pacienta – tj. jaký jim pacient dává smysl.

### 3) Zkoumání a hodnocení smyslu halucinací

Při zkoumání významu hlasů se zjistilo, že to, co pacienty nejvíce stresuje, nejsou hlasy samotné, ale emoce a myšlenky s nimi spojené a smysl jim připisovaný.

Proto se terapeut s pacientem v konečné fázi terapie zaměří na zkoumání, zda pacient hlasy hodnotí správně, zda neexistuje jiné možné vysvětlení, zda existují důkazy zpochybňující dosavadní hodnocení hlasů. V této fázi terapie se pacient učí hlasům bezvýhradně nepodléhat, ale reagovat na ně klidněji, neřidit se jimi, nevšímat si jich. Verbální zpochybňování obvykle doplňujeme i „behaviorálními experimenty“, kdy pacient jedná proti hlasům, aby si ověřil, že nejsou tak všemocné, jak se domníval.

Účinnost popsanych kognitivně behaviorálních metod byla zkoumána v několika studiích. Drury et al. (1996) srovnávali skupinu mladých nechronických pacientů s dg. schizofrenie s floridní symptomatikou, kteří během hospitalizace absolvovali program kognitivně behaviorální terapie, se skupinou kontrolní. Pacienti v skupině s KBT absolvovali 4 typy terapeutických aktivit: a) Individuální kognitivní terapii, zaměřenou na prozkoumání a zpochybnění platnosti jejich bludných přesvědčení. b) Skupinovou kognitivní terapii, zaměřenou na vzájemnou diskusi o bludných přesvědčeních mezi pacienty a hledání alternativních vysvětlení. Terapeut vedl pacienty k tomu, aby se naučili rozpoznávat příznaky psychózy a aby ji přijali jako součást své životní zkušenosti. c) Rodinné sezení – jedno až dvě sezení s blízkými osobami, zaměřené na vysvětlení terapeutického přístupu, poskytnutí informací o psychóze a rad, jak reagovat na bludná tvrzení pacienta a jeho případně nepřiléhavé chování. d) Činnostní terapii, zaměřenou na zlepšení schopností sebeobsluhy, sociálních dovedností a na rekreační činnosti. Terapii a) a b) byly věnovány průměrně 3 hodiny týdně, terapii d) bylo věnováno průměrně 5 hodin týdně. Kontrolní skupina pacientů podstoupila stejný počet hodin terapie zaměřené na aktivní činnost – od poslechu hudby po společné vycházky do města a společná posezení – a podpůrnou psychoterapii, zaměřenou na vyslechnutí jejich starostí a problémů. Terapeutický program trval 12 týdnů. Obě skupiny pacientů byly po celou dobu léčeny i psychofarmaky.

U všech sledovaných pacientů došlo k výraznému ústupu floridních příznaků. U pacientů z KBT skupiny byl tento ústup floridních příznaků výrazně rychlejší než u pacientů z kontrolní skupiny a tento rozdíl byl zjistitelný již po 7 týdnech a přetrvával i po 12 týdnech. To znamená, že u pacientů z KBT skupiny došlo k výraznějším zmírnění frekvence halucinací a zmírnění intenzity bludných přesvědčení než u pacientů v kontrolní skupině. Při přešetření po 9 měsících od ukončení terapie se prokázalo, že přetrvává významný rozdíl mezi oběma skupinami pacientů – mnohem více pacientů z léčené skupiny bylo zcela bez psychotických příznaků a jen u jednoho nedošlo k žádnému zlepšení. Autoři dospěli z závěru, že KBT zaměřená na zvládnutí akutních psychotických příznaků, tj. bludů a halucinací, je účinná i u nechronických psychotických pacientů, ústup floridních příznaků je rychlejší a dosažené zlepšení přetrvává řadu měsíců po ukončení terapie.

V další studii Garety et al. (1997) bylo 60 pacientů s floridními psychotickými příznaky, kteří nereagovali na neuroleptickou medikaci, náhodně rozděleno na skupinu léčenou po dobu 9 měsíců individuální KBT a kontrolní skupinu se standardní psychiatrickou péčí. Terapie byla poskytována ambulantně, většinou na klinice, ale někdy i u pacientů doma. KBT byla prováděna první 3 měsíce jednou týdně, poté jednou za 14 dnů, sezení trvalo hodinu. Zpočátku se terapeuti zaměřili na vytvoření vztahu důvěry a na prozkoumání problémů klienta. Poté s ním vytvořili individuální léčebný plán, zaměřený na jejich zvládnutí. Terapeuti vedli klienty k systematickému uplatňování různých behaviorálních a kognitivních postupů – např. relaxace ke snížení napětí, nácvik sociálních dovedností ke zvládnutí sociálních problémů, plánování denních činností, odvádění pozornosti od halucinací, zpochybňování bludných přesvědčení, zkoumání významu halucinací a bludů, zkoumání důsledků, když se klient bude chovat jinak, než k čemu jej halucinace vybízejí ap. Na základě podrobného probrání životopisu klienta se terapeut snažil zjistit klíčová dysfunkční kognitivní schémata klienta, např. negativní sebehodnocení, a zaměřil se na jejich zpochybnění.

Po 9 měsících dosáhli pacienti v KBT skupině významně většího zmírnění akutních psychotických příznaků než pacienti v kontrolní skupině. 6 pacientů z KBT skupiny se během terapie výrazně zlepšilo, dalších 8 se zjevně zlepšilo, tj. polovina pacientů dosáhla klinicky významného zlepšení stavu. U 1 pacienta došlo ke zhoršení stavu. V kontrolní skupině se výrazně zlepšil 1 pacient a zjevně zlepšilo 9 pacientů, tj. třetina pacientů se zlepšila. U 3 pacientů kontrolní skupiny došlo ke zhoršení stavu, 1 spáchal sebevraždu.

Při zkoumání účinku terapie po 9 měsících od jejího ukončení se ukázalo, že dosažené zlepšení se u pacientů z KBT skupiny nejen udrželo, ale došlo ještě k mírnému, statisticky nevýznamnému zlepšení stavu. Nejvíce se zmírnila nepohoda vyvolaná bludným přesvědčením a frekvence halucinací. Rozdíl v dosaženém zlepšení stavu mezi skupinou KBT pacientů a kontrolní skupinou pacientů během 9 měsíců po ukončení léčby narostl.

Ekonomická analýza nákladů na léčbu během 18 měsíců ukázala, že vyšší náklady, vynaložené v prvních 9 měsících na intenzivní léčbu u skupiny KBT pacientů vedly ke snížení nákladů na jejich léčbu v následujících 9 měsících, takže celkově byly ekonomické náklady na léčbu obou skupin pacientů během 9 měsíců srovnatelné.

Uplatnění kognitivně behaviorálního přístupu k terapii chronických psychotických příznaků ukážeme na následujícím příkladu.

**Kazuistika pana B.: „Muž, který byl ovládán přes satelit“** (Kingdon, Turkington, 1994)

Pan B. je 57letý muž, který byl hospitalizován poté, co jej zadržela policie. Ukázalo se, že poslední 3 roky žije ve zrezivělé boudě na okraji jednoho statku a že dalších 10 let předtím prožil jako bezdomovec. Tentokrát se pan. B. velmi rozčilil, když mu děti ze statku nechaly

přede dveřmi nějakou zeleninu. Rozbil na statku několik oken a poté byl zadržen policií. Při vyšetření se choval nepřátelsky (i když nebyl agresivní), byl podvyživený, špinavý, zanedbaný – měl dlouhé špinavé vlasy a šedé rozčuchané vousy. Mluvil normálním tempem a jeho myšlení bylo uspořádané. Bylo na něm vidět, že je úzkostný, napjatý a někdy i zlostný. Trpěl paranoidním bludem, že existuje satelit, který odebírá myšlenky lidem s vysokou inteligencí a působí jim různé nepříjemné pocity jako bolesti hlavy a břicha, ruší jim spánek, vnucuje jim určité myšlenky a dokonce je nutí k určitým činům. Za rozbitá okna na statku mohl satelit, protože kvůli němu byl tak podrážděný. Někdy pan B. slyšel lidi, kteří satelit ovládají – říkali věci jako „ten ubohý břídil“ nebo „můžeme si s ním dělat co chceme“. Také někdy slyšel hučení a pískání, které také připisoval satelitu.

Z anamnézy: porod i raný vývoj byly normální, měl šťastné dětství, netrpěl neurotickými potížemi. Byl spíše plachý, ale vždy měl několik dobrých přátel. Jeho školní prospěch byl nadprůměrný a v 17 letech odmaturoval s velmi dobrými známkami. Pak se přestěhoval do Austrálie, kde vystudoval farmácii a poté pracoval 3 roky u farmaceutické firmy. V té době se uvolnilo místo vedoucího a on se velmi snažil, aby toto místo v konkurzu získal (v té době velmi intenzivně pracoval a učil se i po nocích). V konkurzu však neuspěl a neúspěšné bylo i jeho odvolání k soudu. Poté začal trpět paranoidními bludy, že „se proti němu jeho kolegové spikli a dali mu do čaje nějakou drogu“. Pak se objevil blud o satelitu a také sluchové halucinace. Byl 4 měsíce hospitalizován a po propuštění se vrátil do Anglie, rozhodnut předat svůj případ mezinárodnímu soudu v Haagu. Zde žil 10 let jako bezdomovec, bez jakékoli léčby. Nebral drogy ani nepil alkohol. Nikdy neměl žádnou známost, ale popíral homosexuální orientaci.

Při přijetí byla stanovena diagnóza paranoidní schizofrenie, nasazen chlorpromazin 400 mg/den a nabídnuta psychoterapie.

Zpočátku se pan B. odmítal s terapeutem sejít a personál referoval, že o něm mluví jako o „mizerném čmucharovi“. Nakonec se setkáním souhlasil a v prvním sezení si stěžoval na špatný spánek, sluchové halucinace a bolesti hlavy a žaludku (které připisoval působení satelitu). Během hovoru uznal, že byl v poslední době ve velkém stresu („kvůli tomu satelitu“), že jeho bolesti břicha a hlavy se podobaly bolestem z hladu a že proto nemusely být způsobeny nutně satelitem. Byl překvapen, když mu terapeut řekl, že když má někdo dlouho narušený spánek, může slyšet halucinace, a souhlasil s užíváním léků, které by jeho spánek zlepšily. V dalším sezení terapeut s panem B. probíral okolnosti, za kterých vzniklo jeho přesvědčení, že je ovládán satelitem. Ukázalo se, že v té době pan B. velmi málo spal a že byl přesvědčen, že je ze všech kandidátů na povýšení nejlepší. Při probírání kvalit ostatních kandidátů však připustil, že i oni byli dobří odborníci a že výběr mezi nimi musel být obtížný. Uznal, že v té době mohl být přepracovaný a že to mohlo vést k jeho nervovému zhroucení, při němž si začal myslet, že se proti němu ostatní spikli a dali mu do čaje drogy. Na konci se pan B. terapeuta přímo zeptal, zda věří v jeho satelit. Když terapeut naznačil, že i satelit mohl být důsledkem nervového zhroucení, pan B. ze sezení odešel. V dalších dnech byl podrážděnější, takže terapeut přestal zkoumat jeho blud a zaměřil se na snížení jeho napětí. Proto jej nejdříve naučil svalové relaxaci. Až po dalších 3 sezeních se k tématu satelitu vrátil a žádal pana B., aby spolu shromáždili fakta, svědčící pro jeho existenci. Pan B. si začal vést denní záznamy, v nichž popisoval své prožitky ovlivňo-

vání. Při dalším sezení pak terapeut zjišťoval další podrobnosti o tom, jakým způsobem satelit pracuje a co na něm pacienti nejvíce vadí. Ukázalo se, že pan B. dokáže někdy působení satelitu odolat – např. tím, že se začne s někým bavit. Také se ukázalo, že řadu událostí, které připisuje satelitu, lze uspokojivě vysvětlit jinak – např. hučení větráku na oddělení. Terapeut postupně zjistil, že pan B. nejhůře nese, že nedokázal dosáhnout ve své profesi úspěchu, po kterém toužil. Byl přesvědčen, že jinak nemohl získat přátelství a respekt svých kolegů. Toužil být slavný, úspěšný a obdivovaný. Za své selhání obviňoval vliv satelitu. Terapeut jej požádal, aby se zaměřil na dosahování úspěchů v běžných, každodenních činnostech – pan B. si vedl záznamy o tom, co každý den dělal, a spolu s terapeutem pak hodnotil, nakolik byl úspěšný. Spolu s terapeutem začal plánovat náročnější činnosti – sebeobsluhu, čtení, práci v chráněné dílně.

Po 6 měsících byl pan B. propuštěn a ubytoval se v ubytovně pro psychiatrické pacienty, kde navštěvoval chráněnou dílnu. Zde byl asi rok, neužíval žádné léky, ale nezmiňoval se o vlivu satelitu. Poté si za pomoci sociálního pracovníka našel samostatné ubytování v malé chatce na kraji města, kde žije samostatně další rok, aniž byly v jeho chování pozorovány nějaké nápadnosti.

#### 8.7.5.4 Kognitivní rehabilitace

Schizofrenie je často spojena s různou mírou neurokognitivního poškození, které významně ovlivňuje sociální výkonnost postiženého. Kognitivní deficit (především v oblasti pozornosti, paměti a exekutivních funkcí) je v současnosti považován jak odborníky, tak i nemocnými za důležitou patologickou dimenzi schizofrenního onemocnění. Pozornost kliniků i výzkumníků se v posledních letech přesouvá od pouhého konstatování deficitu směrem k snahám o jeho nápravu. Při pokusech o farmakologické ovlivnění byl opakovaně prokázán pozitivní efekt antipsychotik druhé generace (tzv. atypická neuroleptika) na kognitivní postižení u schizofrenie (Harvey a Keefe, 2001). Vliv farmak na samotný deficit je však pouze omezený. Ovlivnit a posílit neurokognitivní a neurofyziologické procesy lze též do určité míry behaviorálními technikami, jako je monitorování, modelování, zpětná vazba ap.

Jiným nadějným způsobem, jak příznivě ovlivnit kognitivní postižení, je vlastní náprava (remediace) a rehabilitace kognitivních funkcí za pomoci programů inspirovaných neuropsychologickými programy používanými na neurologických odděleních. Kognitivní náprava (remediace) předpokládá trvalé zlepšení, ať už při rozvoji nových dovedností, terapii postižených funkcí nebo při usnadnění spontánního uzdravování. Rehabilitace se liší od nápravy v tom, že nemusí vždy mít za cíl vyléčit, ale má spíše podpůrnou funkci, cílem je dosáhnout maximální nezávislosti nemocných za použití minimálních podpůrných prostředků. Rehabilitace podporuje nápravu, společným cílem je dosáhnout trvalého zlepšení postižených oblastí a poskytovat podporu v oblastech, kde nemocní trvale selhávají (Wykes, 2000). V poslední dekádě byly vyvinuty jednak programy cílené na nápravu kognitivního deficitu v rámci celkové rehabilitace (klinické programy), a jednak samostatné programy zaměřené jen na kognitivní nápravu (především výzkumné

programy). Přestože výsledky studií sledujících efektivnost nápravy kognitivních funkcí jsou zatím nejednoznačné, byly s využitím zobrazovacích metod popsány po kognitivním tréninku u schizofrenie i konkrétní změny mozkové aktivity, např. zlepšený regionální průtok krve (Wykes, 1998, Peñades et al., 1999, Wexler et al., 2000). Kromě dobrých zkušeností z neurologie poskytují teoretické východisko i nové poznatky o neuroplasticitě mozku.

Podle cíle, který jsme si stanovili, se můžeme snažit kognitivní funkce buď restaurovat nebo kompenzovat. Pak je třeba zvážit, co chceme ovlivnit jedním nebo druhým způsobem. Některé programy se zaměřují konkrétně na nácvik jedné kognitivní funkce, např. pozornosti (Silverstein et al., 2001), jiné spatřují výhodu v kombinaci pracovní terapie a kognitivní nápravy (Bell et al., 2001). Pokud má pacient závažný deficit v jedné oblasti, např. v pozornosti, pak je nutné zaměřit intervenci především na tuto oblast. Pokud se deficit jeví jako generalizovaný, měli bychom uvažovat o komplexnější nápravě. Je nutno upozornit, že při kognitivním deficitu u schizofrenie bývá většinou narušena zejména pozornost a exekutivní funkce. Ať už zvolíme jakoukoliv techniku, měli bychom vždy do intervence zahrnout cvičení, která budou posilovat obě tyto funkce.

Ukazuje se, že prediktorem dobré reintegrace do komunity se může stát verbální paměť. Pro její nácvik je efektivní princip bezchybného učení („errorless learning“). Exekutivní funkce zase dobře korelují se zvládnutím každodenních činností. Při jejich nácviku lze uplatnit procedurální přístup, bezchybné učení a cílené posilování. Pozornost je důležitá i pro zlepšení sociálních kontaktů, řešení problémů a praktických dovedností. Zde je pravděpodobně vhodné modelování, posilování a klasické podmiňování. Wexler et al. (2000) zjistil, že tréninkem verbální paměti lze nejen zlepšit výkon v testech verbální paměti, ale ovlivnit i nálezy získané pomocí zobrazovacích metod mozku. Nácvik však neměl vliv na nonverbální paměť. Na základě těchto výsledků lze usuzovat, že pokud se prokáže deficit i v nonverbální složce paměti, je i ji nutné procvičit.

Náprava kognitivního postižení a metody využívané při jeho nápravě by se měly stát součástí komplexního rehabilitačního programu, kam mimo jiné patří farmakoterapie, psychoedukace a ostatní terapeutické intervence. Kognitivní náprava by měla také dodržovat stejné obecné principy, jako třeba farmakoterapie: větší intenzita na počátku, udržovací intervence ap. Remediální programy často používají ke zlepšení výkonů behaviorální techniky, např. princip upevňování učení, modelování, zpětnou vazbu a další. Kromě klasických postupů kognitivní remediace formou tužka a papír nebo formou skupinových her se v poslední době dostávají do popředí zájmu možnosti nápravy využívající počítačové programy (Burda et al., 1994, Olbrich 1996; Cooper, 1999). Uplatňují se buď jako samostatná metoda, anebo jako součást komplexního přístupu, který využívá počítačovou techniku v kombinaci s metodou tužka/papír a nácvikem sociálních dovedností. Posun v kognitivní remediaci je také ve způsobu tréninku, od mechanického tréninku a nekonkrétních instrukcí přes didaktický přístup se přistupuje k efektivnějším způsobům, jako jsou bezchybné učení („errorless learning“) a postupný

nácvik („scaffolding“). Právě postupné zatěžování se zdá být nejvhodnější pro kognitivní remediaci nemocných se schizofrenií (Wykes, 2000).

Komplexnější programy již zahrnují kombinovanou rehabilitaci základních kognitivních funkcí (paměť, pozornost, exekutivní funkce) a sociální kognice nebo kombinují techniku tužka/papír a počítačové programy spolu s individuálním a skupinovým přístupem. Nejpropracovanější program komplexní kognitivní rehabilitace pro schizofrenii vytvořili švýcarští autoři na psychiatrické klinice v Zurichu a nazvali jej Integrovaný psychologický program pro schizofreniky – IPT (Brenner, Roder, Kienzle, Hodel, 1988; česky 1993).

Teoreticky vychází tento program z hypotézy, že vzhledem k tomu, že schizofrenie postihuje celou škálu psychických funkcí v různém rozsahu, terapeutický program zaměřený na zvládnutí floridních příznaků a prevenci relapsů musí mít multimodální charakter a zahrnovat též farmakoterapii, spolupráci s rodinou a socioterapii.

IPT sestává z pěti podprogramů se stoupající náročností. Jednotlivé podprogramy IPT se zaměřují na odstranění různých deficitů u schizofrenie. První dva podprogramy jsou určeny pro vážně narušené chronické schizofreniky a jejich cílem je zlepšit jejich kognitivní schopnosti, další tři podprogramy jsou určeny pro pacienty v lepším stavu a jejich cílem je zlepšit komunikační dovednosti pacientů, jejich sociální dovednosti a dovednost řešit problémy.

#### **Podprogram 1 Kognitivní diferencování**

Tento podprogram slouží ke zjištění a úpravě bazálních kognitivních poruch, které se u schizofrenie vyskytují a které se projevují jako problémy s pozorností, rozlišováním podnětů podle významu a nepřiměřené sdružování podnětů. Cílem je naučit pacienty lépe vnímat, rozlišovat a kategorizovat jednoduché vnější podněty. Podprogram sestává ze 3 stupňů cvičení: a) cvičení s kartičkami, při kterých pacienti třídí kartičky podle určených znaků; b) verbální pojmy, při kterých pacienti hledají nadřazené pojmy, synonyma a antonyma, vytvářejí definice slov a určují slova podle shodných vlastností; c) hledání myšleného předmětu pomocí dotazů na členy skupiny, kteří smějí odpovídat pouze „ano“ nebo „ne“.

#### **Podprogram 2 Sociální vnímání**

Tento podprogram slouží ke zjištění a odstranění poruch ve schopnosti správně vnímat a rozumět sociálním situacím. Pacientům se promítají diapozitivy, znázorňující různé sociální situace, jak emočně neutrální – lidé v restauraci, v obchodě, rodina u jídla, dvojice na lavičce ap., tak emočně nabitě – hádka dvou lidí, plačící žena, fotbalista po vstřelení gólu ap. Skupina o diapozitivech diskutuje a vytváří popis obrázku (kdo, kde, co dělá, s kým), hledá interpretaci, smysl scénky (co bylo předtím, potom, jak se účastníci cítí, proč to dělají) a nakonec dává scénce společně vytvořené titulek.

#### **Podprogram 3 Verbální komunikace**

Tento podprogram je určen ke zjištění a zlepšení schopnosti vnímat verbální sdělení a přiměřeně se verbálně vyjadřovat. Skládá se z 5 stupňů: a) doslovné opakování věty

(různě dlouhé); b) opakování smyslu věty vlastními slovy; c) otázky a odpovědi na určité téma – skupina zvolí téma, shromáždí určitý počet slov k tématu, pak každý pacient položí druhému otázku obsahující některé slovo a ten na ni odpoví; d) jeden či dva členové skupiny si připraví sdělení na určité téma (např. obsah článku v novinách), ostatní jim pak kladou otázky; e) volná komunikace – skupina volně hovoří na určité téma, např. o článku v novinách, smysl krátkého příběhu, přísloví.

#### **Podprogram 4 Sociální dovednosti**

Tento program slouží k rozvinutí základních sociálních dovedností, jako je poděkovat, pochválit, informovat se, odmítnout požadavek, omluvit se ap. V tomto podprogramu jsou využívány standardní scénky, které nacvičuje celá skupina pacientů společně. Nácvik probíhá ve 2 stupních: a) kognitivní zpracování – terapeut popíše scénku, skupina určí cíl scénky a vytvoří možný dialog mezi účinkujícími; určí možné potíže a možnosti jejich zvládnutí; b) vlastní provedení – scénku nejdříve předvede terapeut s některým pacientem, skupina poskytne zpětnou vazbu a poté pacienti přehrávají scénku jeden po druhém, přičemž ostatní členové skupiny hodnotí účastníky scénky a navrhnou možnosti zlepšení.

Scénky jsou různě náročné – od jednoduchého dotazu „Kolik je hodin?“ až po komplexní scénky typu „Pohovor při hledání práce“. Problémem může být jistá „umělost“ scének a to, že ji nacvičují všichni pacienti, i když přínos může mít její zvládnutí jen pro některé.

#### **Podprogram 5 Řešení mezilidských problémů**

V tomto podprogramu již řeší jednotliví pacienti za účasti skupiny své konkrétní životní problémy. Přitom postupují takto: Vybraný pacient vylíčí svůj problém, skupina mu položí doplňující dotazy a vyjádří podporu a poté probíhá strukturované řešení problémů podle Goldfrieda a D'Zurilly: problém je definován, členové skupiny formou „brainstormingu“ navrhnou různé možnosti řešení, poté u každého navrženého řešení probírají jeho výhody a nevýhody a nakonec se shodnou na nejvhodnějším řešení. Naplánují konkrétní kroky k uskutečnění zvoleného řešení, případně si pacient vyzkouší zvolené řešení formou scénky. Za domácí úkol si pacient vyzkouší uplatnění zvoleného řešení problému v reálné situaci a v dalším sezení referuje skupině o svém úspěchu či nezdaru.

V této fázi již terapeut působí jako poradce, ale značnou část iniciativy přenechává skupině. Proto je tento podprogram mnohem méně strukturován.

IPT podle Brennera a kol. vede ke zřetelnému zlepšení schopností pacientů v oblasti řešení kognitivních úloh, v pozornosti, schopnosti abstrakce a všeobecné slovní pohotovosti (Brenner et al., 1992). Dlouhodobé udržení výsledků IPT není dosud jasně prokázáno a sám Brenner udává toto zjištění založené pouze na jedné studii (Brenner et al., 1992).

Dalším dobře zpracovaným programem je CET, „Cognitive Enhancement Therapy“ (Hogarty a Flesher, 1999). CET využívá pro rehabilitaci kombinaci interaktivního

softwaru se skupinovými sociálními cvičeními. V České republice se používá především komplexní IPT program rehabilitace na psychoterapeutické klinice Eset Praha. V Denním sanatoriu Nad Ondřejovem (Praha) probíhají jak individuální, tak skupinové nácviky kognitivních funkcí. Nová varianta kognitivní remediace, kombinující počítačové programy a formu tužka/papír, se uplatňuje v Psychiatrickém Centru Praha (Rodriguez et al., 2002).

*V současné době probíhá na tomto pracovišti výzkumný projekt sledující možnosti nápravy kognitivního deficitu u nemocných schizofrenií pomocí kombinovaného přístupu (počítač a tužka-papír). Počítačový nácvik spočívá v administraci Bracyho programu PSS CogReHab. Pomocí toho programu lze trénovat kognitivní funkce od nácviku pozornosti a exekutivních dovedností přes vizuálně prostorové a paměťové úlohy až po komplexní řešení problémů. Bracy při rehabilitaci klade důraz na způsob zpracování informací. Proto všechny úlohy vyžadují zapojení pozornosti a exekutivních funkcí. Nácvik pozornosti začíná ovlivněním reakčního času na vizuální a auditivní podněty, postupně se přidávají nácviky střídání pozornosti, jako např. úkol reagovat pravým tlačítkem myši na objevení se modrého čtverce a na červený čtverec levým tlačítkem. Nechybí ani nácvik vizuální diferenciací. Při úlohách zaměřených na procvičování paměti se klade důraz na pracovní paměť, v těchto nácvicích jsou zahrnuty úlohy zaměřené na vizuální, neverbální a vizoprostorovou pracovní paměť. V sekci trénující schopnost řešení problémů můžeme najít úlohy podobné Wisconsinkému testu třídění karet a Londýnské (Hanojské) věži.*

Abychom mohli zhodnotit, zda je náprava (remediace) kognitivních funkcí skutečně účinná, je třeba si předem definovat její cíle. Tím se vyhneme pochybnostem o tom, co jsme vlastně ovlivňovali. Remediace má mít stejná pravidla jako ostatní terapeutické intervence, co se týče délky a frekvence sezení. Frekvence sezení je důležitá k maximalizaci procesu učení. Situaci komplikuje fakt, že deficit postihuje různé kognitivní funkce a některé formy deficitu mohou být jen důsledkem přetrvávající symptomatiky. Proto je vhodné začít s rehabilitací až po odeznění akutního stavu a současně brát do úvahy efekt vedlejších účinků medikace.

Základním cílem kognitivní remediace a celkové rehabilitace, stejně jako všech terapeutických intervencí, je zajištění její generalizace, tedy aby byl pacient schopen uplatnit to, co se učí, i v každodenních činnostech. Proces generalizace kognitivní nápravy sledujeme na třech úrovních: zda je pacient schopen přenést nabytou dovednost do úlohy podobného typu, zda ji přenesl i do úlohy poněkud odlišné a konečně, zda pacient dovede uplatnit zkušenosti z nácviku i v praktickém každodenním životě (Preiss et al., 1998). Zlepšení následující po remediaci kognitivních funkcí se obvykle projevuje v lepší sociální výkonnosti a ve zmírnění některých příznaků.

Nezanedbatelným faktorem ovlivňujícím výsledný obraz deficitu je také motivace pacienta. Proto metody volíme nejen na základě zjištěných objektivních údajů, ale i podle subjektivních stížností nemocného (co chce zlepšit, kde pocituje, že neví selhává, s jakou zakázkou přichází). Můžeme též různě kombinovat videohry, peněžní odměny, žetony, které pacient vyměňuje za zboží a jiné odměny pod-

le úsudku a možnosti terapeuta a potřeby pacienta. Ukázalo se však, že samotná peněžní odměna nevede ke zlepšení výkonu. Nejvýhodnější kombinací je zpevnování, podávání instrukcí a zpětná vazba. Ukazuje se, že velice důležitá je také skutečnost, zda remediální program probíhá po dobu hospitalizace nebo jako součást komplexního léčebného programu v ambulantní péči. Při ambulantní remediaci je nutno počítat i s dalšími zátěžovými faktory (dojíždění, jiné aktivity, sociální zázemí a podpora), proto sezení mají být kratší a méně náročná. Do programu kognitivní remediace je možné zařadit jen ty pacienty, kteří mají zachovanou schopnost učení a aktuálně nemají závažné příznaky schizofrenie.

Zdá se, že naším cílem by tedy neměla být snaha deficit modifikovat, ale kompenzovat jej novou strategií organizace a zpracování informací, a to tím, že budeme klást důraz na zlepšení pozornosti a exekutivních funkcí od jejich základu až po vyšší funkce. Takto můžeme nacvičit kognitivní funkce, jako jsou např. paměť, řeč a vizoprostorové schopnosti. Nesnažíme se tedy vytvářet něco nového, pouze již existující, a nyní deficitní a dezorganizované funkce nácvikem obnovujeme a procesem učení upevňujeme. Při nápravě základních funkcí kognice se jako nejvýhodnější forma nápravy zdá být počítačový nácvik v kombinaci s individuálním přístupem formou tužka/papír. Pro rehabilitaci sociální kognice se ukazují být velmi efektivní skupinová cvičení.

#### 8.7.5.5 Kognitivně behaviorální rodinná terapie schizofrenie

V první polovině 20. století vznikla řada teorií, předpokládajících, že příčinou schizofrenie jsou vážné poruchy v mezilidských vztazích, přičemž rozhodující roli měly hrát vztahy v primární rodině pacientů. Tyto teorie vypracovali Fromm-Reichmannová („schizofrenogenní matka“), Bateson („dvojná vazba“), Lidz („manželský rozkol“ a „manželská nerovnováha“), Wynne („gumová ohrada“, „pseudovzájemnost“ a „komunikační deviace“), Laing („mystifikace“), Bowen („zapletenost“, nediferencovaná ego-masa“) a Selvini-Pallazoli („rodina ve schizofrenní transakci“, „psychotické rodinné hry“). Jak je vidět z ražených termínů, tyto teorie velmi vážně obviňovaly primární rodinu, že má svým chováním přímou vinu za rozvoj schizofrenie u pacienta. Tento negativní obraz rodiny jako prostředí, v němž schizofrenie vznikla a před kterým je třeba pacienta chránit, měl velmi negativní vliv na spolupráci mezi rodinami a zdravotníky.

Terapeutické postupy, vycházející z těchto teorií (Haley, Madaness, Selvini), byly manipulativní, používající paradoxní příkazy, skrývající skutečné záměry terapeuta. Vycházelo se z předpokladu „rodina nemusí vědět, co se děje, důležité je, aby to věděl terapeut“. Tyto terapeutické postupy prokazovaly svou platnost a účinnost na jednotlivých kazuistikách, ale nikoliv na základě rozsáhlejších skupin rodin a porovnání s kontrolní skupinou.

Jinak si otázku vlivu rodinného prostředí na vznik a průběh schizofrenie položil Angličan G. Brown v 50. letech. Nezaměřil se na faktory ovlivňující vznik schizofrenie, ale na faktory rodinných vztahů, ovlivňujících průběh této nemoci. Se svými spolupracovníky v Londýně zkoumal v 60. letech osud schizofreniků propuště-

těných z hospitalizace po zavedení neuroleptik. Ve své úvodní studii z roku 1959 zjistil, že dříve a v horším psychickém stavu se vrací do psychiatrických zařízení ti pacienti, kteří po propuštění žili ve své původní rodině, zatímco pacienti žijící samostatně měli prognózu lepší. V dalších studiích z roku 1962 a 1972 Brown podrobně zkoumal vztahy mezi schizofreniky a jejich příbuznými, aby zjistil, které faktory se pojí s relapsem floridních příznaků. Zjistil, že nejsilnějším prediktorem relapsu schizofrenie jsou jednak kritické a nepřátelské postoje příbuzných, jednak jejich nadměrná emoční angažovanost (přehnané ochranné péči, pečovatelsví, silná emoční vazba). Tyto faktory sloučil do jediného indexu „vyjadřovaných emocí“ (VE) (orig. expressed emotions, EE) a ukázal, že pacienti žijící v rodinách se silně vyjadřovanými emocemi mají během 9 měsíců po propuštění z hospitalizace relaps daleko častěji (50–60 %) než pacienti z rodin se slabě vyjadřovanými emocemi (12–20 %). Tyto nálezy byly potvrzeny v dalších studiích Leffa a Vaughnové a dalších v různých státech, i u nás. Tyto studie ovšem ukázaly nejen to, že v řadě rodin panuje emoční atmosféra, která zvyšuje riziko relapsu schizofrenie u postiženého člena rodiny, ale také to, že v řadě rodin jsou příbuzní schopni pacientovi poskytnout výraznou pomoc a oporu a riziko relapsu u něj snížit. Tento poznatek vedl ke změně původně spíše odmítavého a nepřátelského vztahu terapeutů k příbuzným schizofreniků. Jak uvádí Hatfieldová, původní otázka „Co v rodinných vztazích vede ke vzniku či zhoršení průběhu schizofrenie?“ byla v 70. a 80. letech přeformulována do otázek „Jak se rodina dokáže vyrovnat se schizofrenií a zabezpečit péči o psychicky labilního člena? Jakou formu pomoci ze strany profesionálů tyto rodiny potřebují?“

Na základě studií o VE vznikla řada terapeutických programů, které prokázaly, že lze ovlivňovat vztahy v rodině (snížovat VE) a naučit rodinu účinněji zvládat stres a že tyto změny v rodinných vztazích skutečně zlepšují jak průběh schizofrenie, tak všeobecnou pohodu u všech členů rodiny. Na druhé straně se ale ukázalo, že dosažení tohoto cíle není jednoduché a vyžaduje systematickou a dlouhodobou terapeutickou péči. Nejlepších výsledků dosáhli Falloon a kol. (1984), kteří po dobu dvou let pracovali s rodinami schizofreniků přímo u nich doma, a Tarrier a kol. (1992), kteří během 9 měsíců pracovali s celou rodinou v ambulantní péči.

Také se ukázalo, že programy zaměřené pouze na poskytování informací, všeobecné poskytování podpory a krizovou intervenci jsou mnohem méně účinné, stejně jako individuální terapie pouze s pacienty nebo poradenská práce pouze s příbuznými. Krátkodobé programy a méně intenzivní terapeutické programy totiž nedokáží změnit rodinné vztahy, a proto neovlivňují průběh schizofrenie. Popíšeme blíže dva programy rodinné intervence kognitivně behaviorálního typu – program Falloona a kol. (1984) a Tarriera a kol. (1992).

#### 8.7.5.5.1 Behaviorální rodinná terapie

**Falloon et al.** (1984) prováděl rodinnou terapii po dobu 24 měsíců v rodinách schizofreniků, které všechny byly hodnoceny jako rodiny se „silně vyjadřovanými emocemi“. Přitom sledoval i kontrolní skupinu schizofreniků, rovněž z rodin se

„silně vyjadřovanými emocemi“, kteří byli zařazeni do programu individuální podpurné terapie. Během prvních 9 měsíců terapie proběhlo 24 sezení s rodinami u nich doma, dalších 15 sezení se konalo 1krát měsíčně. Terapeutický program sestával ze 3 částí: výukový program (2 sezení), nácvik komunikace (12 sezení) a nácvik řešení problémů (10 sezení).

**Nácvik komunikace** probíhal formou scének, v nichž členové rodiny předváděli skutečné vzájemné interakce, po nichž následovala zpětná vazba, názorné předvedení určité komunikační dovednosti, opětovná scénka členů rodiny se snahou o uplatnění doporučených zlepšení. Nácvik dostala rodina i za domácí úkol. Cílem bylo, aby se členové rodiny postupně naučili: a) vzájemně si sdělovat pozitivní pocity; b) vzájemně si sdělovat negativní pocity; c) požádat druhé o změnu určitého chování; d) naslouchat druhým, když se k nim obracejí.

Po zvládnutí těchto dovedností následoval **nácvik řešení problémů**. Členové rodiny byli vedeni k tomu, aby se pokaždé, když narazí na určitý problém, ať již v rámci rodiny nebo mimo ni, společně pokusili tento problém vyřešit tak, že budou postupovat podle následujících kroků: 1) dohodnout se na jasném vymezení problému (v čem spočívá, koho se týká, kde, kdy ap.); 2) společně navrhnout alespoň 5 různých možností řešení tohoto problému, aniž by hned hodnotili kvalitu návrhů; 3) u každého návrhu probrat jeho pozitivní a negativní důsledky, krátko- a dlouhodobé; 4) dohodnout se na určitém řešení, které může být i kombinací jednotlivých návrhů; 5) naplánovat a provést zvolené řešení; 6) zhodnotit výsledek řešení a ocenit úsilí vynaložené k jeho uskutečnění.

Rodina byla vedena k tomu, aby se jednotlivé návrhy řešení zapisovaly a aby každý člen rodiny podal alespoň jeden návrh. Zpočátku terapeut proces řešení problémů aktivně řídil, postupně však přenechával iniciativu členům rodiny. Cílem bylo, aby se rodina naučila tímto stylem samozřejmě řešit všechny závažnější otázky, týkající se celé rodiny i jednotlivých členů.

Po dvouleté terapii došlo během prvního roku k relapsu schizofrenie u 6 % pacientů ve skupině rodinné terapie, zatímco v kontrolní skupině u 44 %. Během druhého roku došlo k relapsu schizofrenie u 17 % pacientů ve skupině rodinné terapie, v kontrolní skupině u 83 % pacientů.

#### 8.7.5.5.2 Kognitivně behaviorální rodinná terapie

**Tarrier et al.** (1992) prováděl rodinnou terapii po dobu 9 měsíců, přičemž prvních 8–10 sezení prováděl 1krát týdně, další 3–4 měsíce 1krát za 2 týdny, dále 1krát měsíčně. Sezení probíhala na půdě psychiatrického zařízení, i když terapeuti každou rodinu aspoň 1krát navštívili doma. Terapie sestávala ze 3 složek: 1) výuka o schizofrenii, 2) zvládání stresu, 3) plánování a dosahování cílů.

**Výuka o schizofrenii** probíhala intenzivně v prvních dvou sezeních, přičemž terapeuti poskytli rodině i písemné materiály. Před vlastním poskytnutím informací však zjišťovali, **jak rodina chápe nemoc**, a tomu pak přizpůsobovali vlastní přístup (interakční model výuky). Další informace pak byly rodině podávány během celého procesu terapie.

**Zvládání stresu** se zaměřilo především na příbuzné a cílem bylo zlepšit jejich schopnost zvládat stres vyvolaný soužitím s psychicky nemocným člověkem.

V prvním sezení terapeuti vysvětlili rodině smysl a způsob podrobného kladební otázkou a vysvětlili jim, co je to stres. Na základě předchozích rozhovorů a vyšetření určili soubor současných stresorů, které se v rodině vyskytují – může jít jak o situace týkající se pacienta, které příbuzní obtížně zvládají, tak o jiné problémy, které s pacientem nesouvisí – finanční potíže, problémy v zaměstnání, vztahy s jinými členy rodiny. Poté rodině vysvětlili, jak mají provádět soustavné zaznamenávání stresorů.

V dalších sezeních terapeuti vždy prošli záznam stresorů a soupis současných stresorů, vybrali jednu nebo dvě konkrétní situace a podrobně je analyzovali – jaké události jim předcházely, jaké následovaly, chování, myšlenky, emoce všech zúčastněných, kontext této situace. Na základě této analýzy začali s konkrétní intervencí – pomáhali členům rodiny najít způsob, jak tuto situaci co nejlépe zvládnout. V dalším sezení vždy zhodnotili výsledky plánované intervence a podle potřeby ji modifikovali. Nacvičené postupy řešení situace pak členové rodiny využívali i při zvládání jiných stresujících situací.

**Plánování a dosahování cílů** se zaměřuje především na pacienta a zlepšení celkové úrovně jeho fungování ve společnosti. Přitom terapeuti postupovali po těchto krocích: 1) Určit potíže, problémy a oblasti, v nichž je třeba dosáhnout změny. 2) Převést problémy na potřeby (co je potřeba ke změně). 3) Určit přednosti pacienta (jeho schopnosti, zájmy, prostředky). 4) Zvolit potřebu, na které se bude pracovat. 5) Vymyslet možnosti, jak zvolenou potřebu uspokojit. 6) Stanovit reálný cíl a jednotlivé kroky k jeho dosažení. 7) Vypracovat plán pro každý z těchto kroků (kdo udělá co, kdy a jak). 8) Zhodnotit uskutečnění plánu. 9) Plánovat udržení dosažené změny, její rozšíření. 10) Zvolit další cíl.

Stejným způsobem plánovali terapeuti i cíle ke splnění potřeb ostatních členů rodiny.

Výsledky studie zkoumající účinnost tohoto léčebného programu (Tarrier et al., 1995) ukázaly, že v léčené skupině došlo během prvního roku k relapsu schizofrenie u 12 % pacientů, v kontrolní skupině u 43 % pacientů. Během druhého roku došlo k relapsu schizofrenie u 33 % pacientů ve skupině rodinné terapie, v kontrolní skupině u 57 % pacientů. Pokud byly brány v úvahu pouze rodiny, které celý program dokončily, pak došlo k relapsu za první rok u 5 % pacientů a za druhý rok u 24 % pacientů.

Další studie Muesera et al. (2001) ukázala, že kromě snížení počtu relapsů ve srovnání s kontrolní skupinou dochází také k výraznému zlepšení rodinné atmosféry, snížení stresu pro pacienta i ostatní rodinné příslušníky a zvýšení sociálního fungování pacienta (Mueser et al., 2001).

### 8.7.5.6 Krátkodobé psychoedukační programy

V péči o pacienty trpící schizofrenií se v současné době stále více prosazují kratší terapeutické programy, které kombinují psychoedukaci, tedy zejména poskytování

informací o nemoci v širším kontextu s prvky rodinné terapie. Jde o vysoce strukturované programy, které vykazují velmi příznivý poměr mezi náklady a efektivností. Studie totiž dokazují jejich prokazatelný vliv na snížení frekvence relapsů a zkrácení rehospitalizací (Hogarty et al., 1991), a to i u poměrně krátkodobých programů (obvykle od 8 do 25 setkání).

Psychoedukace je intervence, jejímž cílem je především poskytnout pacientům a jejich blízkým dostatečně obsáhlé a potřebné informace o schizofrenii. Jejich nedílnou součástí je však i užití řady behaviorálních technik zaměřených na zvládání stresu, odstraňování komunikačních pastí v rodinách vedoucích k nadměrně vyjadřovaným emocím (viz výše) a v neposlední řadě nácvik včasného rozpoznávání příznaků hrozícího zhoršení psychického stavu pacienta. Programy se mezi sebou často liší svým uspořádáním (individuální rodinná psychoedukace, individuální rodinná psychoedukace doplněná skupinovou psychoedukací pouze pro příbuzné (Leff, 1996), skupinová rodinná psychoedukace (McFarlane, 1995). U nás se zejména v posledních letech prosazuje paralelní skupinový psychoedukační program pro pacienty a jejich příbuzné „PRELAPSE“, který vznikl na mnichovské psychiatrické klinice v týmu vedeném prof. Kisslingem (Kissling, 1994). Obsahová náplň těchto programů je však vesměs podobná:

1. V rámci těchto programů se pacientům i členům rodiny poskytují informace o biologické podstatě schizofrenie (cílem je mj. i zmírnění pocitů viny v rámci rodiny), o příznacích nemoci, srozumitelnou formou o současném stavu poznatků týkajících se příčin schizofrenie a rovněž o důsledcích tohoto onemocnění. Otevřená diskuse o projevech nemoci v rámci jednotlivých skupin pomáhá mnohdy jednotlivcům zbavit se pocitů, že nemoc je pouze břemenem jednotlivce, podobnost prožitků jednotlivých účastníků lze takto propojit do jednotícího rámce důsledků biologického onemocnění mozku. Jde o demytizaci a destigmatizaci schizofrenie, která připravuje půdu pro naučení se racionálním behaviorálním strategiím, pomáhajícím zmírnit dopad schizofrenie na členy rodiny a snížit četnost relapsů nemoci.
2. Terapeuti poskytují pacientům i členům rodiny také informace o léčbě, lécích a rehabilitačních postupech. Neochota spolupracovat při léčbě je u schizofrenie častým problémem a má řadu příčin. Pacienti často ukončují terapii z neznalosti, z bezradnosti, pod vlivem zkreslených laických informací, vlivem nežádoucích účinků léků, o kterých nebyli poučeni. Často přestanou pacienti užívat léky z důvodů prostých předsudků sdílených rovněž příbuznými, nebo z nedostatku informací o možných důsledcích přerušení léčby. Tyto překážky pomáhá edukace odstraňovat. Poskytnutí informací o účinnosti medikace a významu dlouhodobé udržovací léčby celé rodině výrazně zvyšuje míru ochoty pacienta spolupracovat s terapeutem.
3. Další složkou těchto programů je nácvik rozpoznávání časných varovných příznaků onemocnění. Pacienti i rodinní příslušníci jsou v případě výskytu těchto příznaků vedeni k jejich pečlivému zaznamenání, včetně délky trvání a intenzity. Je vytvořen krizový plán, který rodina v případě potřeby sama zahajuje, jsou



probírány jeho alternativy ve speciálních situacích (dovolená mimo republiku, nedostupnost svého ambulantního psychiatra ap.). Cílem je podchytit relaps onemocnění ještě předtím, než si pacient přestane uvědomovat, že se jedná o nemoc. Důvody jsou dvojí: jednak lze takto včasnou intervencí předejít hospitalizaci, a jednak je takto stvrzována kvalitativně nová podoba spoluúčasti pacienta: nikoliv jako trpného příjemce lékařské péče, ale jako aktivního partnera v rámci terapeutické aliance pacient – lékař – rodina.

4. V průběhu těchto psychoedukačních programů se terapeuti snaží identifikovat komunikační stereotypy v rodinách, které vedou ke zvýšené míře vyjadřovaných emocí (přehnaná nekonstruktivní kritika, nadměrné vměšování se do pacientova soukromí) a zaměřují se na jejich restrukturalizaci a náhradu méně rizikovou komunikací (konstruktivní kritika, pochvala). Návěst komunikace často probíhá formou scének, s následnou zpětnou korektivní vazbou. Terapeuti také vedou členy rodiny, aby vzájemně respektovali své individuální potřeby, a snaží se o ustanovení vyššího prahu „nezúčastněnosti“ členů rodiny vůči neobvyklým, ale neohrožujícím symptomatickým projevům pacienta. Důraz se klade na poskytnutí většího psychického, ale i fyzického prostoru pro nemocného.
5. V těchto programech se využívá behaviorálních technik ke zvládnání stresu, dále rozčlenění cílů na jednotlivé zvládnutelné kroky, hledání rovnováhy mezi nadměrnou zátěží a vhodnou motivací k aktivitám. Zdůrazňují se základní pilíře v celkovém chodu domácnosti – strukturovanost, očekávatelnost, přímou komunikaci mezi členy rodiny, společná setkávání s možnostmi probrat problémy ap. Cílem je vytvořit přehledné a strukturované „souřadnice“ v bezprostředním okolí pacienta, které pomáhají zejména v nejkřehčím období zajistit robustní rámec pro úspěšné zotavení.
6. V rámci terapie se posilují kontakty s ostatními rodinami, podporuje se spontánní tvorba svépomocných skupin.

Přínos těchto psychoedukativních léčebných programů je komplexní: zmírňují průběh onemocnění snížením četnosti relapsů či zkrácením doby případných rehospitalizací, zlepšují kvalitu života účastníků (Motlová, 2002). Navíc patří mezi intervence s příznivým poměrem mezi náklady a prospěchem (Dyck, 2002).

Rozsáhlá studie probíhající v USA, Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT), jejímž cílem bylo nalézt účinné psychosociální intervence u schizofrenie, doporučila zařazování rodinných psychoedukačních programů do terapeutického plánu pacientů se schizofrenií (Lehman, 1998).

## Literatura

1. American Psychiatric Association: Practice guidelines for the treatment of patients with schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*, 1997, (suppl), s. 1–63.
2. AYLLON, T., AZRIN, N.: *The token economy: a motivational system for therapy and rehabilitation*. New York: Appleton Century Crofts, 1968

3. BAIER, J., TAKATS, I., WESTERMEIER, C.: *Efficacy of individualized cognitive-behavioral therapy for schizophrenic patients with negative symptoms and social disabilities*. A controlled trial. *Zeitschrift Klinische Psychologie Psychotherapie*, 2001, č. 30, s. 268–278.
4. BELL, M., BRYSON, G., GREIG, T. et al.: *Neurocognitive enhancement therapy with work therapy. Effects on neuropsychological test performance*. *Arch. Gen. Psychiatry*, 2001, č. 58, s. 763–768.
5. BELLACK, A. S., GOLD, J. M., BUCHANAN, R. W.: *Cognitive rehabilitation for schizophrenia: problems, prospects, and strategies*. *Schizophrenia Bull.*, 1999, č. 25, s. 257–274.
6. BELLACK, A. S., MUESER, K. M.: *Psychosocial treatment of schizophrenia*. *Schizophrenia Bull.*, 1993, č. 19, s. 317–336.
7. BELLACK, A. S.: *Rehabilitative treatment of schizophrenia*. In: Lieberman, J. A., Murray, R. M. (eds.): *Comprehensive Care of Schizophrenia: A Textbook of Clinical Management*. London: Dunitz, 2001.
8. BENTON, M. K., SCHROEDER, H. E.: *Social skills training with schizophrenics: A meta-analytical evaluation*. *J. Cons. Clin. Psychol.*, 1990, č. 58, s. 741–747.
9. BIRCHWOOD, M. J., TARRIER, N.: *Innovations in the Psychological Management of Schizophrenia*. Chichester: Wiley, 1992.
10. BRENNER, H. D., HODEL, B., GENNER, R. et al.: *Biological and cognitive vulnerability factors in schizophrenia: Implications for treatment*. *Br. J. Psychiatry*, 1992, č. 161 (suppl. 18), s. 154–163.
11. BRENNER, H. D., KRAEMER, S., HERMANUTZ, M. et al.: *Cognitive treatment in schizophrenia*. In: Straube, E., Hahlweg, K. (eds.): *Schizophrenia: Models and Interventions*. New York: Springer Verlag, 1990, s. 161–191.
12. BURDA, P. C., STARKEY, T. W., DOMINGUEZ, F. et al.: *Computer-assisted cognitive rehabilitation of chronic psychiatric inpatients*. *Computers in Human Behavior*, 1994, č. 10, s. 359–368.
13. CARPENTER, W. T.: *Maintenance therapy of persons with schizophrenia*. *J. Clin. Psychiatry*, 1996, č. 57 (suppl. 19), s. 10–18.
14. CHADWICK, P., BIRCHWOOD, M., TROWER, P.: *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. Chichester: Wiley, 1996.
15. CHADWICK, P., BRICHWOOD, M.: *The omnipotence of voices: A cognitive approach to auditory hallucinations*. *Br. J. Psychiatr.*, 1994, č. 164, s. 190–201.
16. COOPER, R. S.: *Treatments for schizophrenia: implications for cognitive rehabilitation therapy*. *J. Cognitive Rehabilitation*, 1999, č. 17, s. 8–11.
17. CORRIGAN, P. W.: *Social skills training in adult psychiatric populations: A meta-analysis*. *J. Nebav. Ther. Exp. Psychiatry*, 1991, č. 22, s. 203–210.
18. COURSEY, R. D.: *Psychotherapy with persons suffering from schizophrenia: the need for a new agenda*. *Schizophrenia Bull.*, 1989, č. 15, s. 349–353.
19. DIXON, L. B., LEHMAN, A. F.: *Family intervention for schizophrenia*. *Schizophrenia Bull.*, 1995, č. 21, s. 631–643.
20. DONAHOE, C. P., DRIESENGA, S. A.: *A review of social skills training with chronic mental patients*. In: Hersen, M., Eisler, R. M., Miller, P.M. (eds.): *Progress in*

- Behavior Modification. Vol 23. Newbury Park (CA): Sage Publications, 1988, s. 131–164.
21. DRURY, V., BIRCHWOOD, M., COCHRANE, R. et al.: *Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial 1: impact on psychotic symptoms*. Br. J. Psychiatry, 1996, č. 169, s. 593–601.
  22. DYCK, D. G., HENDRYX, M. S., SHORT, R. A.: *Service use among patients with schizophrenia in psychoeducational multiple-family group treatment*. Psychiatric Services, 2002, č. 53, s. 749–754.
  23. FALLOON, I. R. H., BOYD, J. L., MCGILL, C. W.: *Family care of schizophrenia*. New York: Guilford Press, 1984.
  24. FENTON, W. S., COLE, S. A.: *Psychosocial therapies of schizophrenia: individual, group and family*. In: Fowler, D., Garety P. A., Kuipers, L.: *Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis. Theory and Practice*. Chichester: Wiley, 1995.
  25. Gabbard, G.O., Atkinson, S.D. (eds.): *Synopsis of treatments of psychiatric disorders*. Second edition. Washington: American Psychiatry Press, 1996, s. 425–445.
  26. GAMBLE, C., MIDENCE, K.: *Schizophrenia Family Work: Mental Health Nurses Deliver Innovative Service*. J. Psychosocial Nursing, 1994, č. 32, s. 13–16.
  27. GARETY P., FOWLER D., KUIPERS E. et al.: *London – East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. II: Predictors of outcome*. Br. J. Psychiatry, 1997, č. 171, s. 420–426.
  28. GOMES-SCHWARTZ, B.: *Individual psychotherapy of schizophrenia*. In: Bellack, A. (ed.): *Schizophrenia: Treatment, Management and Rehabilitation*. New York: Grune & Stratton, 1984, s. 307–335.
  29. GUNDERSON, J. G., FRANK, A. F., KATZ, H. M. et al.: *Effects of psychotherapy in schizophrenia: II: Komparative outcome of two forms of treatment*. Schizophrenia Bull., 1984, č. 10, s. 564–598.
  30. HADDOCK, G., BENTALL, R. P., SLADE, P. D.: *Psychological treatment of auditory hallucinations: focusing or distraction?* In: Haddock, G., Slade, P.D.: *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders*. London: Routledge, 1996.
  31. HADDOCK, G., SLADE, P. O.D. (eds.): *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders*. London: Routledge, 1996.
  32. HALFORD, W. K., HAYES, R.: *Psychological rehabilitation of chronic schizophrenic patients: Recent findings on social skills training and family psychoeducation*. Clin.Psychol. Rev., 1991, č. 11, s. 23–24.
  33. HALL, J., BARKER, R.: *Token economy systems: breakdown and control*. Beh. Res. Ther., 1973, č. 11, s. 253–263.
  34. HARVEY, P. D., KEEFE, R. S.: *Studies of cognitive change in patients with schizophrenia following novel antipsychotic treatment*. Am. J. Psychiatry, 2001, č. 158, s. 176–184.
  35. HEINRICH, D. W., CARPENTER, W. T., JR.: *The efficacy of individual psychotherapy: A perspective and review emphasizing controlled outcome studies*. In: Arieti, S., Brodie, H. K.: *The American Handbook of Psychiatry*. New York: Basic Books, 1981, s. 586–613.
  36. HOGARTY, G. E., ANDERSON, C. M., REISS, D. J. et al.: *Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of*

- schizophrenia: II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment*. Arch. Gen. Psychiatry, 1991, č. 48, s. 340–347.
37. HOGARTY, G. E., FLESHER, S.: *Practice principles of cognitive enhancement therapy for schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin, 1999, č. 25 (4), s. 693–708.
  38. KAHRAMAN, B., KRAEMER, S.: *Cognitive behavioral psychotherapy of a schizophrenic patient with persistent auditory hallucinations*. Verhaltenstherapie, 2002, č. 12, s. 54–62.
  39. KANAS, N.: *Inpatient and outpatient group therapy for schizophrenic patients*. Am. J. Psychother., 1985, č. 39, s. 431–439.
  40. KANAS, N.: *Group therapy with schizophrenics: A review of controlled studies*. Int. J. Group Psychotherapy, 1986, č. 36, s. 339–351.
  41. KANE, J. M., MCGLASHAN, T. H.: *Treatment of schizophrenia*. Lancet, 1995, č. 346, s. 820–825.
  42. KATZ, H. M.: *A new agenda for psychotherapy of schizophrenia: response to Coursey*. Schizophrenia Bull., 1989, č. 15, s. 355–359.
  43. KAVANAGH, D.J.: *Recent developments in expressed emotion and schizophrenia*. Br. J. Psychiatry, 1992, č. 160, s. 601–620.
  44. KINGDON, D., TURKINGTON, D., CAROLYN, J.: *Cognitive behaviour therapy of schizophrenia: the amenability of delusions and hallucinations to reasoning*. Br. J. Psychiatry, 1994, č. 164, s. 581–587.
  45. KINGDON, D. G., TURKINGTON, D.: *Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia*. New York: Guilford Press, 1994.
  46. KISSLING, W.: *Compliance, quality assurance and standards for relapse prevention in schizophrenia*. Acta Psychiatr. Scand., 1994, Suppl., č. 382, s. 16–24.
  47. KUIPERS, E., GARETY, P., FOWLER, D. et al.: *London – East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. I: effects of the treatment phase*. Br. J. Psychiatry, 1997, č. 171, s. 319–327.
  48. KUIPERS, E., FOWLER, D., GARETY P. et al.: *London – East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. III: Follow-up and economic evaluation at 18 months*. Br. J. Psychiatry, 1998, č. 173, s. 61–68.
  49. LEFF, J.: *First perceptions of treatment: The physician-family-patient network*. J. Prac. Psych. Behav. Health, 1996, č. 2 (suppl. 1), s. 10–15.
  50. LEFF, J., VAUGHN, C.: *Expressed emotions in families*. New York: Guilford Press, 1985.
  51. LEHMAN, A. F.: *Steinwachs DM and PORT coinvestigators. Patterns of usual care for schizophrenia: Initial results from the schizophrenia PORT Client Survey*. Schizophrenia Bulletin, 1998, č. 24 (1), s. 11–19.
  52. LEHMAN, A. F., STEINWACHS, D. M.: *Translating research into practice: The schizophrenia patient outcomes research team (PORT) treatment recommendations*. Schizophrenia Bulletin, 1998, č. 24, s. 1–10.
  53. LIBERMAN, R. P. et al.: *Skills Training versus Psychosocial Occupational Therapy for Persons with persistent Schizophrenia*. Am. J. Psychiatry, 1998, č. 155, s. 1087–1091.
  54. LIBERMAN, R. P., DERISI, W. J., MUESER, K. T.: *Social skills training for psychiatric patients*. New York: Pergamon Press, 1989.

55. LIEBERMAN, R. P.: *Social skills training*. In: Liberman, R. P. (ed.): *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients*. Washington: American Psychiatric Press, 1987, s. 147–198.
56. LINSZEN, D. H., DINGEMANS, P. M., LENIOR, M. E. et al.: *Early family and individual interventions and relapse in recent onset schizophrenia and related disorders*. *Italian J. Psychiatry Behav. Sci.*, 1998, č. 8, s. 77–84.
57. MARDER, S. R., WIRSHING, W. C., MINTZ, J. et al.: *Two-year outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia*. *Am. J. Psychiatry*, 1996, č. 153, s. 1585–1592.
58. MAY, P. R. A., THUMA, A. K., DIXON, W. J.: *Schizophrenia – a follow up study of the results of five forms of treatment*. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1981, č. 38, s. 776–784.
59. MCEVOY, J. P., SCHEIFLER, P. L., FRANCES, A. (eds.): *The Expert Consensus Guidelines Series: Treatment of schizophrenia*, 1999, č. 60 (suppl. 11).
60. MCFARLANE, W. R., LUKENS, E., LINK, B. et al.: *Multiple family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia*. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1995, č. 52, s. 679–687.
61. MCGLASHAN, T. H.: *The Chestnut Lodge follow-up study. II: Long term outcome of schizophrenia and affective disorders*. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1984, č. 41, s. 564–598.
62. MOSHER, L. R., KEITH, S. J.: *Psychosocial treatment: Individual, group, family and community support approaches*. *Schizophrenia Bulletin*, 1980, č. 6, s. 10–41.
63. MOTLOVÁ, L., ŠPANIEL, F., VAŇUROVÁ, I.: *Psychoeducation and relapse of schizophrenia*. *European Psychiatry*, 2000, č. 15 (Suppl. 2), 349 s.
64. MUESER, K. T., BERENBAUM, H.: *Psychodynamic treatment of schizophrenia: is there a future?* *Psychol. Med.*, 1990, č. 20, s. 253–262.
65. MUESER, K. T., SENGUPTA, A., SCHOOLER, N. R. et al.: *Family treatment and medication dosage reduction in schizophrenia: Effects on patient social functioning, family attitudes, and burden*. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 2001, č. 69, s. 3–12.
66. OLBRICH, R.: *Computer based psychiatric rehabilitation: current activities in Germany*. *Eur. Psychiatry*, 1996, č. 11 (Suppl. 2), s. 60–65.
67. PARLOFF, M. B., DIES, R. R.: *Group psychotherapy outcome research: 1966–1975*. *Int. J. Group Psychoth.*, 1977, č. 27, s. 281–319.
68. PEÑADES, R., BOGET, T., SALAMERO, M.: *Alteraciones neuropsicológicas en la esquizofrenia y su modificación*. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 1999, č. 27 (3).
69. PENN, D. L., MUESER, K. T.: *Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia*. *Am. J. Psychiatry*, 1996, č. 153, s. 607–617.
70. PITSCHEL-WALZ, G., LEUCHT, S., BAUMNL, J. et al.: *The effect of family interventions on relaps and rehospitalization in schizophrenia: A meta-analysis*. *Schizophrenia Bulletin*, 2001, č. 27, s. 73–92.
71. PREISS, M. et al.: *Klinická neuropsychologie*. Praha: Grada, 1998.
72. RECTOR, N. A., BECK, A. T.: *Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: An empirical review*. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 2001, č. 189, s. 278–287.
73. RODRIGUEZ, M., MOHR, P., PREISS, M.: *Program počítačové rehabilitace kognitivních funkcí u schizofrenie*. *Psychiatrie*, 2002, ročník 6, suplementum 4, s. 42–44.
73. SCHOOLER, N. R., KEITH, S. J.: *Health Care Reform for Americans With Severe Mental Illnesses: Report of the National Advisory Mental Health Council*. Washington: U.S. Government Printing Office, 1993, s. 2–30.
74. SELZER, M. A., GRIMALDI, J. A. R., KULCHYNCKY, S.: *The pre-alliance group: a new strategy for working with treatment – resistant schizophrenic*. *New Dir. Ment. Health Serv.*, 1992, č. 55, s. 35–45.
75. SILVERSTEIN, S., MENDITTO, A., STUVE, P.: *Shaping attention sapn: an operand conditioning procedure to improve neurocognition and functioning in schizophrenia*. *Schizophrenia Bulletin*, 2001, č. 2, s. 247–257.
76. STANTON, A. H., GUNDERSON, J. G., FRANK, A. et al.: *Effect of psychotherapy in schizophrenia: I. Design and implementation of a controlled trial*. *Schizophrenia Bulletin*, 1984, č. 10, s. 520–563.
77. TARRIER, N., BECKETT, R., HARWOOD, S. et al.: *A trial of two cognitive-behavioral methods of treating drug-resistant psychotic symptoms in schizophrenic patients, I: outcome*. *Br. J. Psychiatry*, 1993, č. 162, s. 524–532.
78. TARRIER, N., BARROWCLOUGH, C.: *Families of schizophrenic patients*. Cognitive behavioural interventions. London: Chapman & Hall, 1992.
79. WALLACE, C. J., NELSON, C. J., LIBERMAN, R. P. et al.: *A review and critique of social skills training with schizophrenic patients*. *Schizophrenia Bulletin*, 1980, č. 6, s. 42–63.
80. WATT, D., KATZ, K., SHEPHERD, M.: *The natural history of schizophrenia: a 5-year prospective follow-up of a representative sample of schizophrenics by means of a standardized clinical and social assessment*. *Psychol. Med.*, 1983, č. 13, s. 3663–70
81. WEXLER, B., ANDERSON, M., FULBRIGHT, R. et al.: *Preliminary evidence of improved Verbal Working Memory performance and normalization of task-related frontal lobe activation in schizophrenia following cognitive exercises*. *Am. J. Psychiatry*, 2000, č. 157 (10), s. 1694–1697.
82. WYKES, T., REEDER, C., CORNER, J. et al.: *The effects of neurocognitive remediation on executive processing in patients with schizophrenia*. *Schizophrenia Bulletin*, 1999, č. 25, s. 291–307.
83. WYKES, T., TARRIER, N., LEWIS, S. (eds.): *Outcome and innovation in Psychological Treatment of Schizophrenia*. New York: Wiley, 1998.
84. WYKES, T.: *Cognitive rehabilitation and remediation in schizophrenia*. In: Sharma, T., Harvey, P. (eds.): *Cognition in Schizophrenia*. New York: Oxford University Press, 2000, s. 332–351.
85. WYKES, T.: *What are we changing with neurocognitive rehabilitation? Illustrations from two single cases of changes in neuropsychological performance and brain systems as measured by SPECT*. *Schizophrenia Research*, 1998, č. 34, s. 77–86.
86. YALOM, I. D.: *Inpatient group psychotherapy*. New York: Basic Book, 1983.
87. ZUBIN, J., SPRING, B.: *Vulnerability – a new view of schizophrenia*. *J. Abnorm. Psychol.*, 1997, č. 86, s. 103–126.