

KOGNITIVNO VEDENJSKI PRISTOP SKUPINSKE PSIHOTERAPIJE BOLNIKOV Z AKUTNO SHIZOFRENIJO

*Franc Osterman**

Izveček

Vedno več podatkov govori o učinkovitosti kognitivno vedenjske terapije. Za bolnike s shizofrenijo obstoja niz kognitivno vedenjskih intervencij. Te intervencije se uporabljajo tako pri akutnih oblikah motenj kot pri rezistentnih oblikah s simptomi. V članku opisujemo kognitivno vedenjski pristop skupinske terapije akutno psihotičnih bolnikov s shizofrenijo.

Abstract

There is growing evidence for the efficacy of cognitive-behavioral therapy. A set of cognitive behavioral interventions has been developed for schizophrenia. These interventions have been used for the treatment of both: the recent onset patients and those with treatment-refractory symptoms. In this article cognitive behavioral group therapy approach in patients with acute psychosis is described.

UVOD

Kognitivno vedenjska terapija oseb s shizofrenijo se opira na koncepte kognitivne terapije, ki sta jo razvila Beck in Ellis (1, 2). Po tem konceptu sta vedenje in delovanje v veliki meri odvisna od načina, kako oseba strukturira svet na kognitivnem nivoju. Kognitivna terapija, podobno kot vedenjska, ki je njena predhodnica, predpostavlja, da obstaja niz splošnih psiholoških mehanizmov, ki veljajo za vse ljudi, vključno s tistimi, ki imajo duševne motnje. Skladno s tem pogledom se kognitivno vedenjska terapija bolnikov s shizofrenijo spoprijema z različnostjo med psihozo in normalnostjo (3, 4). Izhajamo iz specifične predpostavke, da so "normalni" psihološki procesi sestavni del odpravljanja psihotičnih simptomov (5, 6, 7). "Normalni" kognitivni mehanizmi lahko torej pomagajo osebi s psihozo, da se spoprime s svojimi psihotičnimi simptomi in njihovimi sekundarnimi učinki. Kognitivno vedenjska terapija shizofrenij deluje neposredno na bolnikove simptome.

* dr. Franc Osterman, univ. dipl. psih. Psihiatrična klinika Ljubljana, Studenec 48, 1260 Ljubljana - Polje;
e-mail: franc.osterman@psih-klinika.si

Večina avtorjev, ki pri osebah s shizofrenijo uporabljajo kognitivno vedenjski pristop, meni, da imajo biološki faktorji v etiologiji motnje glavno vlogo (8). Zdravljenje oseb s shizofrenijo temelji na uporabi zdravil z antipsihotičnim učinkom, ki so na voljo od sredine petdesetih let dvajsetega stoletja, ves čas pa se pri tej populaciji uporablja tudi psihoterapija; pregledi literature o učinkih psihoterapevtskih posegov kažejo, da je pri bolnikih s shizofrenijo le-ta dovolj učinkovita (9).

Glavna spodbuda za razvoj kognitivno vedenjske terapije pri bolnikih s shizofrenijo, ki je novejšega datuma, je v dejstvu, da pri mnogih bolnikih medikamentozno zdravljenje ne vodi k zadostnemu kliničnemu izboljšanju. S podrobnejšimi preiskavami so ugotovili, da so mnogi bolniki zaradi simptomov prizadeti in da se skušajo z njimi spoprijemati na različne načine (10, 11, 12).

Vzporedno s tem spoznanjem so s psihološkimi raziskavami pokazali, da lahko bolnikove psihotične simptomi izboljšajo s strukturiranimi kognitivnimi posegi (13, 14). Izkazalo se je tudi, da psihološki faktorji pripomorejo k izkušnji in izražanju psihotičnih simptomov in da lahko na bolezenske simptome vplivamo s psihološkimi posegi. (15, 16). Že leta 1969 je Bandura opozarjal, da je proces terapevtskega izboljšanja v osnovi odvisen od kognitivnih mehanizmov, ki pa jih najlaže vzpodbujamo z vedenjskimi postopki (17).

V članku opisujemo kognitivno vedenjski pristop skupinske terapije akutno psihotičnih bolnikov s shizofrenijo, ki ga je razvila skupina sodelavcev pod vodstvom A. Bazzonija (18). Postopek so razvili in izpeljali leta 1998 na sprejemnem psihiatričnem oddelku bolnice San Filippo Neri v Rimu. Oddelek ima 12 postelj. V letu 1998 so na mesec sprejeli povprečno 37 ljudi, povprečen čas bivanja na oddelku pa je bil 11 dni. Postopek so razvili ob praktičnem, vsakodnevem delu z bolniki.

Po navedbi avtorja so nameravali s takšnim načinom dela doseči naslednje:

- razviti bolj strukturiran pristop za pogosto neformalne diskusijske skupine, ki potekajo na mnogih psihiatričnih sprejemnih oddelkih;
- izboljšati interakcijo psihiatričnih bolnikov z osebjem;
- upoštevati kratko obdobje bivanja na sprejemnem oddelku in akutnost psihične motenosti;
- poskus skupinskega apliciranja osnovnih principov kognitivno vedenjskega pristopa.

Glavni viri navdiha za opisan kognitivno vedenjski postopek zdravljenja psihotičnih bolnikov izhajajo iz družinskih vedenjskih pristopov Faloon (19), iz McFarlanove (20) aplikacije le-teh na skupine ter iz kognitivno vedenjske terapije psihoz Fowlerja in sod. (16).

METODA

Struktura skupine

Skupinske seanse potekajo vsako jutro od ure do ure in pol. Dopoldanski termin so izbrali po kliničnih izkušnjah. Sestanki so v dnevni sobi, ki jo je mogoče občutiti kot najmanj "medicinsko" in zato bolj udobno. Sodelavci, ki vodijo skupino, ocenijo stanje bolnikov, kar lahko pomaga psihiatrom pri ocenjevanju bolnikovega splošnega kliničnega stanja. Bolnikova odsotnost s seanse skupine navadno kaže na prisotnost hujših psihotičnih motenj.

Bolniki in strokovnjaki sedijo v krogu. Seanso vodita dva sodelavca (psihologi ali drugi ustrezno educirani strokovnjaki). Kadar seanse vodijo psihiatri, se pogovor običajno vrtili okoli zdravlil. Prisotna je lahko tudi medicinska sestra ali tehnik, ki sta v vsakdanjem stiku z bolniki. Vodja seanse predstavi glavne teme, vzdržuje pravila, spodbuja prisotnost vseh bolnikov, zbira prispevke vseh posameznikov in povzame glavne zaključke. Drugi vodja usmerja pozornost na čustvene odzive bolnikov, jih komentira, ter sprašuje bolnike na način, ki vodi k različnim razlagam dogodkov in k razlagam različnih načinov vedenjskih in čustvenih odzivov.

Pravila

Glavna pravila so naslednja:

- bolniki naj ne motijo drugih in naj dajo vodji znak, kadar bi radi govorili, ter nato počakajo, da so na vrsti. Ponavadi se bolnike sprašuje v smeri urinega kazalca oz. v obratni smeri, sicer se pravila fleksibilno prilagajajo duševnemu stanju prisotnih;
- bolniki lahko zapustijo skupino, kadarkoli hočejo, če je situacija za njih stresna, in se vrnejo nazaj, ko to želijo;
- bolniki naj se držijo teme dneva in odložijo druge teme, vodja skupine pa pove, kdaj v prihodnjih srečanjih bodo obravnavane te druge teme;

- če se bolnik vede agresivno oz. moteče, se ga prosi, da zapusti sobo in pride nazaj, ko se bo sposoben kontrolirati. Glede na izkušnje se agresivno vedenje pojavlja redko;
- bolniki naj pridejo tudi na sestanke, na katerih se obravnava tema, pri kateri so že bili prisotni.

Osnovni pristop

Bolnike imamo za resnične poznavalce svoje lastne motnje in stiske ter jih vedno vnaprej vprašamo po mnenju, šele nato vodja skupine pove svojega. Obe vodji se trudita izraziti hvaležnost za prispevke bolnikov, npr. za trud, da so prišli na skupino, da sodelujejo ipd.. Vodja izraža nasvete kot nekaj, kar lahko upoštevajo in ne kot strokovna priporočila. Tako bolniki lahko govorijo o lastnih izkušnjah in občutkih ob določeni temi. Ob koncu sestanka vodja izrazi zadovoljstvo glede dela v skupini.

Uporaba table

Kratke izjave posameznikovih pogledov in predlogov eden od vodij napiše na plastično belo tablo. To je zelo pomembno, ker tako predstavimo vse individualne prispevke in zagotovimo njihovo pravilno razumevanje. Vodja pomaga razumeti različnost izkušenj in reakcij ter doseči zaključke, ki naj bodo sprejeti kot sklepi skupine in ne kot njegove ideje. Včasih na tablo napišejo svojo izjavo tudi bolniki sami. Če je nerazumljiva, jo vodja pojasni. Table se ne počisti do naslednjega dne.

Ureditev seanse

Vsaka seansa se začne s predstavitvijo novih bolnikov. Potem se skupina pogovori o nalogah, zastavljenih na prejšnjem sestanku. Vodji pregledata, kako so bile naloge izpeljane, in probleme, ki so se pojavili. Nato predstavi novo temo, skupina o njej govori in določi naloge za popoldan. V obdobju do naslednje skupine lahko bolniki za pomoč pri nalogah prosijo medicinsko osebje.

Strategije obvladovanja (coping)

Vsakič, ko se pojavi problem ali simptom, vodja povpraša posameznika, kako se je poskušal z njim soočiti. Nato vpraša, če so tudi drugi imeli isti problem ali simptom in če so, jih povabi, da opišejo svoje strategije obvladovanja. Na tablo napiše seznam le-teh. Vodja nato vpraša vsakega bolnika po uspešnosti določene strategije, nato odpre diskusijo ter skuša skupino voditi skozi alternativne strategije za vsak problem oz. simptom.

Novo sprejeti bolnik

Vodja se pogovori z vsakim novo sprejetim bolnikom. Zbrati skuša informacije o okoliščinah sprejema in oceniti njegovo klinično stanje. Opiše delo skupine in priporoči bolniku, da le-to obiskuje. Povabljeni so vsi bolniki razen tistih, ki skupine ne morejo obiskovati zaradi fizičnih razlogov.

Predstavitve novega bolnika

Novega bolnika povabimo, da skupini pove svoje ime in opiše, kako in zakaj je bil sprejet, kaj je počel in občutil, ter razloge, za katere misli, da so pripeljali do sprejema. Za vsak dogodek, vedenjski ali emocionalni odziv povabimo druge bolnike, da opišejo, če so imeli podobno izkušnjo in kako so se ob njej počutili. Nato prosimo druge člane, da povedo novemu članu, kako skupina deluje. Vsaka predstavitev traja od 10-15 minut.

Premestitev bolnika

Ko naj bi bil bolnik premeščen na drug oddelek, ga vodja na zadnjem sestanku ironično vpraša, kaj mora narediti, da bo ponovno čim prej sprejet na sprejemni oddelek. Odgovor uporabimo kot sredstvo, da ponovno spregovorimo o obvladovanju situacij, ki jih ima bolnik pred seboj. Na koncu skupine se bolniki, ki bodo premeščeni, poslovijo. Bolniki po premestitvi z oddelka ne prihajajo več na skupino.

TEME

Tematski krog navadno vsebuje 5 seans (en teden), ki vključujejo naslednje:

- razvoj modela duševne motnje in stvaren pogled na izkušnjo psihoze;
- stvaren pogled na hospitalizacijo in pogovor o alternativnih strategijah obvladovanja situacij, ki so pripeljale do hospitalizacije;
- opredelitev in ovrednotenje posameznikovih ciljev med hospitalizacijo in po odpustu;
- prepoznavanje zgodnjih opozorilnih znakov poslabšanja in preventivo;
- informiranje o zdravljenju z zdravili in pogovor o stranskih učinkih zdravil.

Nalogo do naslednjega sestanka skupine uporabljamo za osredotočanje na problem/simptom in na strategije obvladovanja. O tem bolniki poročajo naslednji dan na sestanku skupine.

Potek posamezne seanse je odvisen le od bolnikov in njihovih problemov. Določena tema lahko traja tudi več kot zgolj eno seanso.

Razvoj modela psihiatričnih motenj in stvaren pogled na izkušnjo psihoze

Vodja pojasni (po modelu stresa in ranljivosti), da prisotnost psihotičnega simptoma ni redka in je nekaj, kar se lahko zgodi vsakomur (19, 21). Psihiatrični simptomi so navadno pretirano poudarjene normalne izkušnje, ko na človeka deluje izjemen stres, ali pa ima posameznik nizek prag za učinek stresa. Prisotni simptomi pa ne pomenijo motnje za zmeraj. Prek obvladovalnih mehanizmov (coping) in z uporabo zdravil se je možno naučiti zvišati prag za učinek stresa. V zaključnem delu seanse izberemo simptome, ki so skupni mnogim bolnikom (npr. prisluhi, simptomi depresivnosti, nanašalne blodnje). Vse bolnike povprašamo po teh simptomih, po izkušnjah v zvezi z njimi, o okoliščinah in pomenu, ki jih imajo zanje. Na ta način spoznavamo, da imajo isti simptomi drugačne pomene in vzbujajo različne odzive pri različnih posameznikih. Vodja lahko pove, da so prisluhi oblika notranjega dialoga. Nato se pogovarjajo o strategijah obvladovanja, naloga za popoldne pa je vadba omenjenih strategij.

Stvarni pogled na hospitalizacijo in psihiatrično izkušnjo

Veliko bolnikov občuti sprejem v bolnišnico kot omejevanje ali/in kazen. Vodja skupine to omeni in hkrati vpraša, ali ima lahko sprejem v psihiatrično bolnišnico tudi drugačen pomen oz. ali kdo najde tudi pozitivne strani sprejema. Sku-

pino spomni, da je bivanje v bolnišnici lahko možnost za premislek o svojem življenju, načrtovanju prihodnosti, za počitek, in za premostitev težkih simptomov ter za začasen umik pred težko življenjsko situacijo. Vodja se nato vrne k okoliščinam, ki so pripeljale do sprejema, povzame izkušnje posameznikov na začetku epizode. Ponovno povpraša po pomenu, ki ga ima lahko tak sprejem. Naloga za popoldne je razmišljanje o temi, o kateri so se pogovarjali na skupini.

Opredelitev in ovrednotenje individualnih ciljev

Vodja vpraša, kaj želi vsak bolnik pridobiti v času zdravljenja v bolnišnici in kaj bi rad dosegel npr. 3-6 mesecev po odpustu. Vsak bolnik na list papirja napiše nekaj osebnih ciljev v času hospitalizacije. Seznam uporabi sam in skupaj s skupino za določanje realnih ciljev, ki jih je moč doseči. Naloga za popoldne je napisati cilje za čas po odpustu iz bolnišnice.

Prepoznavanje zgodnjih opozorilnih znakov in preventiva poslabšanja

Cilje, ki si jih bolnik določi za čas po odpustu, glasno preberemo in se o njih pogovarjamo. Vodja poudari potrebo po prepoznavanju znakov tik pred krizo, ki je pripeljala do sprejema v bolnišnico. To poudari kot bistveno pri izogibanju ponovnim sprejemom. Vsakega bolnika vpraša po čustvih, mislih, vedenju ali simptomih, prisotnih pred epizodo, ki je pripeljala do hospitalizacije. Nato ga povpraša po različnih načinih prepoznavanja zgodnjih znakov. Povzame seznam opozorilnih znakov in prosi bolnike, da jih popoldne napišejo na list papirja.

Informiranje o zdravilih in njihovih stranskih učinkih

Vodja skupine povabi bolnike, da povejo skupini, kaj razumejo pod pojmom zdravila, ki ga/jih jemljejo, ali se jim zdijo uporabna, ter katere stranske učinke so opazili. Nato vodja povzame prednosti in omejitve antipsihotičnih zdravil. Bolnike vpraša, kaj lahko storijo, če postane njihov simptom izrazitejši, če se pojavijo opozorilni znaki, in kdaj so bili simptomi odsotni daljše obdobje. S tem skušamo okrepiti boljše sodelovanje bolnikov pri medikamentozni terapiji ter potešiti radovednost in dvome glede zdravil.

ZAKLJUČEK

Dejavniki kognitivno vedenjskega pristopa pri bolnikih s psihozo v bolnišničnem okolju (19, 21, 22, 23), brez upoštevanja družinskih vplivov in vplivov okolja, so naslednji:

- model psihotične motnje, ki temelji na predpostavki individualne biološke ranljivosti in njene interakcije s kroničnimi ali akutnimi stresnimi dejavniki;
- razvoj in povečevanje strategij obvladovanja;
- stvaren pogled na izkušnjo psihoze;
- usmerjanje pozornosti na osebne pozitivne kvalitete in znanja;
- vaja v reševanju problemov;
- vaja v medosebni komunikaciji in življenjskih spretnostih;
- prepoznavanje zgodnjih opozorilnih znakov motnje;
- rekonstrukcija sprejemljive pripovedi posameznikovih življenjskih izkušenj;
- modifikacija notranjega dialoga.

Mnogo teh dejavnikov je upoštevanih v prikazanem skupinskem modelu. Izjema so formalne vaje v reševanju problemov in zadnji dve postavki, ki sta bolj domena individualnega pristopa. Disfunkcionalne misli in blodnje v skupini obravnavamo zgolj implicitno, brez razlage teoretičnega ozadja. Prisotnost v skupini povečuje socialne spretnosti in posredno vpliva na bolnikove cilje. Skupina ima sama po sebi nekatere neposredne pozitivne vplive: občutje podpore (varnosti); zavedanje, da problemi niso unikatni; povečanje upanja za njihovo razrešitev; rast občutljivosti za druge; možnost izbire med različnimi modeli reagiranja na podobne situacije.

Specifične značilnosti takega skupinskega obravnavanja so hitro menjavanje članov (skoraj v vsaki seansi je sprejet nov član), kar delo otežuje, a ga ne onemogoča. Večina bolnikov obiskuje seanse večkrat, postanejo pravi eksperti in drugim pripovedujejo, kaj so storili po prisotnosti na prvi seansi.

Lahko se strinjamo z avtorjem, ko pravi, da lahko v neformalnih diskusijskih skupinah, ki potekajo na mnogih psihiatričnih sprejemnih oddelkih, uporabimo bolj strukturirane pristope (18). V Psihiatrični kliniki Ljubljana potekajo skupine z akutno psihotičnimi bolniki na sprejemnem oddelku. Opisani kognitivno vedenjski pristop terapije bolnikov s psihozo se zdi sprejemljiv in dovolj uporaben tudi v našem okolju. Njegovo učinkovitost pa je treba seveda občasno preverjati.

LITERATURA

1. Beck AT. Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. New York: International Universities Press, 1976.
2. Ellis A. Reason and Emotion in Psychotherapy. New York: Lyle Stuart, 1962.
3. Strauss JS. Hallucinations and delusions as points on continua function: Rating scale evidence. Arch Gen Psychiatry 1969; 21: 581-586.
4. Chadwick PD, Lowe CF. A cognitive approach to measuring and modifying delusions. Behav Res Ther 1994; 32: 355-367.
5. Buchanan A, Reed A, Wessely S, et al. Acting on delusions II: the phenomenological correlates of acting on delusions. Br J Psychiatry 1993; 163: 77-81.
6. Drury V, Birchwood M, Cochrane R, MacMillan F. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. I. Impact on psychotic symptoms. Br J Psychiatry 1996; 169: 593-601.
7. Kuipers E. The management of difficult to treat patients with schizophrenia, using non-drug therapies. Br J Psychiatry 1996; 169: 41-51.
8. Scott J, Wright JH. Cognitive therapy for chronic and severe mental disorders V: Dickstein LJ, Riba MB, Oldham JM, eds. Review of Psychiatry Vol. 16. Washington DC: American Psychiatric Press, 1997: 135-170.
9. Coursey RD, Keller A, Farrell EW. Individual psychotherapy and persons with serious mental illness: The client's perspective. Schizophr Bull 1995; 21: 283-301.
10. Brier A, Strauss JS. Self-control in psychotic disorders. Arch Gen Psychiatry 1983; 40: 1141-1145.
11. Strauss JS. Subjective experiences of schizophrenia: toward a new dynamic psychiatry. Schizophr Bull 1989; 15: 179-187.
12. McNally SE, Goldberg JO. Natural cognitive coping strategies in schizophrenia. Br J Med Psychol 1997; 70: 159-167.
13. James DAE. The experimental treatment of two cases of auditory hallucinations. Br J Psychiatry 1983; 143: 515-516.
14. Alford BA. Behavioral treatment of schizophrenia delusions: a single case experimental analysis. Behav Ther 1986; 17: 637-644.
15. Zubin J, Spring B. Vulnerability - a new view on schizophrenia. J Abnorm Psychol 1977; 86: 103-126.
16. Fowler D, Garety P, Kuipers E. Cognitive behavioural therapy for people with psychosis: a clinical handbook. Chichester: Wiley and Sons, 1995.
17. Bandura A. Principles of behavior modification. New York: Holt, Rinehart, Winston, 1969.

18. Bazzoni A, Morosini P, Polidori G, Rosicarelli ML, Fowler D. Group cognitive therapy in the routine care at a psychiatric ward of diagnosis and treatment. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2001; 10(1): 27-36.
19. Falloon IRH, Coverdale JH. Cognitive-behavioral family interventions for major mental disorders. *Behav Change* 1994; 11 (4): 213-222.
20. McFarlan WR, Lukens E, et al. Multiple family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 679-87.
21. Fowler D, Garety P, Kuipers E. Vulnerability-stress models of psychotic illness and their clinical implication. V: Cognitive behavioural therapy for people with psychoses. *Theory and practice*. Chichester: Wiley and Sons, 1995, 15-25.
22. Drury V. Cognitive behaviour therapy in early psychosis. V: Birchwood M, Fowler D, Jackson C, eds. *Early intervention in psychosis: a practical handbook*. Chichester: Wiley and Sons, 1999.
23. Chadwick PD, Birchwood M, Trower P. *Cognitive therapy for delusion, voices and paranoia*. Chichester: Wiley and Sons, 1996.