

KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE: PRAKTICKÉ UŽITÍ V ORDINACI PEDOPSYCHIATRA I. ČÁST: FOBICKÉ A ÚZKOSTNÉ PORUCHY

MUDr. Libuše Stárková, CSc.

Psychiatrická klinika FN Olomouc

Práce přináší základní přehled o významu a užití kognitivně behaviorální terapie v dětské a dorostové psychiatrii. Je rozčleňena do tří částí, podle psychických poruch, na které se zaměřuje. Je doplněna kazuistikami. První část je věnována úzkostně fobickým stavům a poruchám souvisejícím.

Klíčová slova: kognitivně behaviorální terapie, dětská a dorostová psychiatrie.

COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY: THE CLINICAL USE IN CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY PART I: PHOBIC AND ANXIETY DISORDERS

The purpose of this article is to explain the importance and clinical use of cognitive behavioral therapy in child and adolescent psychiatry. The work is divided into three parts. The case reports are included. The first part is oriented to phobic and anxiety disorders and related problems.

Key words: cognitive behavioral therapy, child and adolescent psychiatry.

Úvod

V poslední dekádě 20. století jsme získali díky spolupráci se zahraničními lektory možnost výcviku v kognitivně behaviorální terapii. Mnozí z nás uplatňují získané zkušenosti a vědomosti v praxi, méně si ale navzájem svoje zkušenosti sdělujeme. Přijměte následující příspěvky (uveřejněné ve třech samostatných částech) jako informaci o zkušenostech z ambulantní praxe. Mají dokumentovat možnosti použití kognitivně behaviorálních metod v běžné ambulantní pedopsychiatrické praxi, jejich účinnost i to, že tyto postupy jsou kladně přijímány a pozitivně hodnoceny jak našimi pacienty, tak i jejich rodiči, kteří se obvykle účastní jako koterapeuti. Každá psychoterapie skýtá možnost seberealizace i terapeutovi, protože přes základní standardní postupy mají použité metody vždy svou unikátnost a s ohledem na povahu řešeného problému vyžadují dostatečnou míru kreativity.

Na úvod chci zdůraznit, že ten, kdo chce používat kognitivně behaviorální psychoterapii ve své praxi, by měl mít nejen absolvován příslušný výcvik, ale také mít možnost provádět systematickou psychoterapii. Vzhledem k větší časové náročnosti je potřebné si vyčlenit v ambulantní praxi dostatečný časový prostor, který by zřejmě standardní vymezení pedopsychiatrických úkonů nestačilo pokrýt. I když písemný souhlas s prováděním této psychoterapie od rodičů zatím nežádáme, je jejich ústní souhlas s prováděním takového postupu nutným předpokladem. Rodič by měl být informován nejen o charakteru metody (např. expozice in vivo), ale i o předpokládaném průběhu léčby. V naší ambulanci případným problémům předcházíme tím, že nejdůležitější pasáže léčby, pokud jsou prováděny v prostorách ambulance, zaznamenáváme pomocí videokamery. Tyto záznamy pak můžeme dle potřeby procházet s rodiči a používat je k psychoedukaci.

Pozn.: Některé zkušenosti jsme referovali na 3. české konferenci o KBT v Kroměříži 2002. Kognitivní terapie orientovaná na deviaci body image (zkreslené vnímání

vlastního těla) u pacientek s poruchou příjmu potravy (III. část), byla diskutována v rámci workshopů na mezinárodních konferencích o poruchách příjmu potravy v roce 1999 a 2001 v Praze.

Dovoluji si upozornit, že tematika bude omezena jen na popis některých problémů a jejich řešení, sdělení nemůže v žádném případě nahrazovat odborné vzdělávání, neboť nelze zachytit terapeutický postup v celé šíři.

Základní teoretický přehled

Kognitivně behaviorální terapie (KBT) představuje moderní pragmatický přístup, který kombinuje metody behaviorální a kognitivní. Vychází z teorie učení a příčiny poruch vidí v interakci dítěte s prostředím. Zaměřuje se na pozorovatelné, konkrétní a jasně vymezené chování dítěte. Stanovuje si konkrétní cíle a předpokládá aktivní spolupráci dítěte (1, 2).

Stručně řečeno, KBT vychází z přesvědčení, že vzorce chování, které u dítěte pozorujeme, jsou reakce naučené, které je možné vhodnými technikami změnit. V klinické praxi se zaměřujeme primárně na ovlivnění současných symptomů a řešení aktuálních problémů, bez dlouhodobého hledání hypotetických příčin v minulosti. K historicky starším behaviorálním postupům později přibýly metody kognitivní terapie, které se orientují na „vnitřní učení“, a příčiny psychických poruch vidí v maladaptivních kognitivních procesech, jako jsou např. negativní automatické myšlenky u depresivních poruch, patologické kognice v rámci zkresleného vnímání vlastního těla u poruch příjmu potravy atd.

Pedopsychiatrii velmi dobře znají *techniky operantního podmiňování*, které používáme v případě, kdy se snažíme u dítěte dosáhnout žádoucího chování. Obvykle všechny režimové léčby u hospitalizovaných dětí s poruchami chování, eventuálně léčby na jednotkách pro poruchy příjmu potravy, respektují tuto základní behaviorální orientaci. Zpevňování žádoucího chování odměnami, popřípadě

snížení frekvence nesprávného chování potrestáním (nejčastěji v podobě ztráty některé odměny), jsou standardní metody. Podobně používají pedopsychiatrii behaviorální techniky v léčbě dětských enuréz a enkopréz či při posilování žádoucího chování u dětí lehce mentálně retardovaných, dětí s hyperkinetickou poruchou apod. Tyto metody, obecně dobře známé, nebudeme dále rozebírat.

Základním předpokladem pro použití KBT je pečlivé zpracování tzv. *behaviorální analýzy*.

Ta kromě obvyklých základních anamnestických dat věnuje podstatně větší pozornost popisu a rozboru problému, hledá antecedenty (spouštěče konkrétního chování) a odhaluje konsekvence (konkrétní krátkodobé nebo dlouhodobé důsledky), na jejichž změnu se pak terapie orientuje především. Důležité je rovněž systematické sledování (monitoring) všech nově vznikajících změn. Větší děti monitorují přímo pomocí písemných záznamů, jindy monitorujeme dosažené změny prostřednictvím techniky (např. videomonitoring).

Základním kamenem léčby je trvalé poskytování zpětné vazby pacientovi.

V rámci KBT byla vytvořena celá řada terapeutických technik, které lze použít. Kromě zmíněného *operantního podmiňování* bývá u dětí používáno *modelování (návčik podle vzoru)*, *expoziční techniky* (vystavení se obávanému podnětu nebo situaci, přičemž, pokud je možné, dáváme přednost spíše *expoziční in vivo*, tj. v reálné situaci než *expoziční v představě*), metoda *zabránění rituálům a řada kognitivních technik*, které jsou zaměřeny na změnu dysfunkčních myšlenek a vnitřních postojů (4). V následujícím přehledu uvedeme některé příklady z ambulantní praxe.

I. ČÁST

Fobické a úzkostné poruchy

Fobická úzkostná porucha, sociální úzkost, přetrvávající bolestivé stavy, event. jiné poruchy související s úzkostí a vyhýbáním.

Ukázka 1: Fobická úzkostná porucha

Jen velice vzácně přicházejí do ambulance rodiče dítěte s tím, že dítě má pouze strach z něčeho konkrétního, např. strach ze zvířete (pes, pavouk atd.). Daleko častěji se stává, že je taková specifická fobie součástí komplexnější problematiky. Strach ze zvířete je v určité vývojové fázi normální. Může se stát problémem, pokud stupeň úzkosti přesáhne určitou úroveň. Klinicky abnormální úzkost je kritériem fobické úzkostné poruchy v dětství (3).

Zdálo se být naprosto kuriózní, když rodiče přišli s tím, že jejich 9letá dcera má nepřekonatelný strach z ryb!

Kazuistika

Děvčátko 9 let, z úplné rodiny, perinatální anamnéza v normě, psychomotorický vývoj v normě, bez adaptačních problémů. Chodí do ZŠ, prospívá na lepší průměr. Má mladší, průbojnější sestru. Matka přiznává vyšší úzkostnost, vypíná televizi vždy, jakmile je tam nějaká nepříjemná situace, v těhotenství užívala magnezium.

Rodiče uvádějí, že dcera má od malička hrůzu z ryb, nemůže se podívat na obrázek, kde je ryba, nesnesla ani rybu jako dětskou hračku ve vaničce, vždy se u ní objevila bouřlivá reakce. Jakmile zahlédne rybu v televizi, zůstane strnule stát („jako zhyponotizovaná“), pak začne zoufale křičet.

Rodina její „přecitlivělost“ respektovala, nekonzumují ryby, nemají akvárium, ani žádné knížky o rybách.

Proč přicházejí nyní?

Rodiče uvedli dva důvody. Prvním je, že si její neobvyklé reakce všimla učitelka. Mají probírat učivo o rybách. Jakmile to pacientka uslyšela, vyskočila, začala křičet. Učitelka doporučuje okamžité řešení. Druhým důvodem je, že během šesti týdnů mají jet na rekreaci k moři. Neumějí si představit, jak to tam zvládne.

Pacientka sama uvedla, že se ryb bojí. Bojí se, že ji ryba kousne (?). Když vidí rybu, tak se jí potí ruce. Má chuť utéct. Čím větší ryba, tím větší strach. Strach z ryby je větší než strach z nějaké písemky. Jiných zvířat se nebojí, mají doma suchozemskou želvu a psa.

Behaviorální analýza (stručný souhrn):

A) Vyvolávající podnět, spouštěč: jakýkoli zrakový stimul, např. obrázek ryby.

B) Vlastní problematické chování zahrnuje přehnanou reakci na stimul v oblasti motorické (stupor nebo útek, křik), psychologické (strach, myšlenky, že je ryba nebezpečná a že jí ublíží) a autonomní (výrazná vegetativní reakce – bušení srdce, pocení).

C) Konsekvence: především v podobě vyhýbavého chování. Výrazné negativní posilování vyhýbavého chování ze strany rodiny, takřka v podobě „tabuizace“ ryb. Vzhledem k tomu, že v našich zeměpisných šířkách není přítomnost ryb součástí každodenního života, dařilo se pacientce celkem úspěšně a dlouhodobě obávaným podnětům a situacím vyhýbat.

Cíle léčby

Stanovili jsme si dva cíle:

1. Zmírnit úzkostnou reakci natolik, aby byla schopna bez problémů zvládnout předepsané učivo ve škole.
2. Připravit ji na pobyt u moře aspoň do té míry, aby nebyl traumatizující, ale aby jej naopak prožila v radosti a spokojenosti.

Metoda

1. Základem byla psychoedukace rodičů, vyjasnění způsobu léčby, vysvětlení funkce vyhýbání a zdůraznění potřeby změny jejich postoje.
2. Vlastní terapie v podobě *systematické desenzibilizace*, metoda *expoze in vivo, psychoedukace*.
 - a) V sezeních nejdříve postupný návčik relaxace a kontrolovaného dýchání, aby pacientka lépe zvládla metodu postupné expoze. Dostávala domácí úkoly. Na následující sezení přichází s kresbou ryby, „kterou už viděla.“
 - b) Postupovali jsme od jednoduché hry – hračka ryby v umývadle, postupně prohlížení si různých ryb v en-

cyklopedii, posléze v dalším sezení si promítáme úseky filmu *Modrá planeta* (část oceány), vždy v relaxaci a v míře, kterou toleruje. Dosažené změny monitorujeme pomocí videokamery.

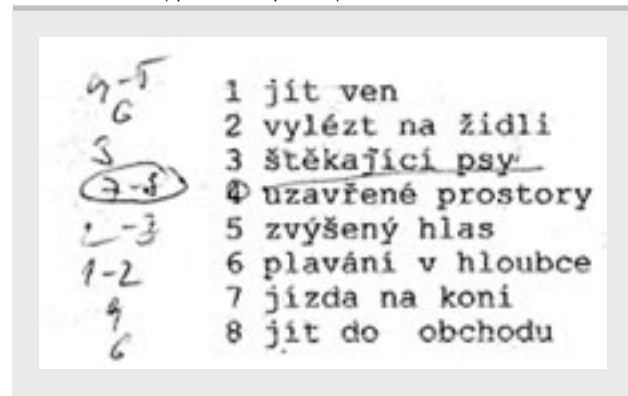
- c) Průběžně jsme odstraňovali negativní posilování ze strany rodičů (zpočátku matka opět upevňovala problematické chování a pomáhala jí učivo zvládnout tím, že jí z učebnice předčítala. Pacientka přitom seděla na opačném konci pokoje a pouze učivo memorovala!)
- d) Přestože postupná expozice in vivo probíhala zpočátku bez komplikací, museli jsme zbrzdit při pokusu o expozici vůči skutečné rybě - použili jsme mraženého pstruha. Pacientka opět reagovala silnou úzkostí s nápadnou vegetativní odpovědí a projevovala výraznou a fixovanou vyhybavost. Přitom jsme zjistili rozsáhlé asociace - nedotkne se ani sáčku, v němž je led s rybou, nedotkne se ani talíře, na kterém leží sáček, ba ani stolu, na kterém je talíř položen. Vrátili jsme se k předchozím stimulům, které zvládala, ale zřejmě potřebovala zafixovat. Opět úkolována kresbami. Rodičům byl doporučen nákup rybích potravin (sardinky), návštěvy supermarketů s postupným přibližováním k úseku prodeje rybích produktů.
- e) V dalším sezení (krátce před odjezdem na dovolenou) je schopna s terapeutkou absolvovat nákup uzené makrely. Sama nesla sáček s makrelou až do ambulance, dovolí vyložit makrelu na talíř. Následuje odměna (zmrzlina). Po celou dobu sezení nebyla na pacientce patrná úzkostná reaktivita.

V této fázi byla léčba přerušena, protože rodina odjela na dovolenou. Terapeutka předpokládala, že během dovolené bude pacientka vystavena situačnímu *floodingu* (*zaplavení nadměrným množstvím stimulů*), který může posunout celý problém dál. Po návratu rodiče konstatovali, že pobyt dobře zvládla. Pohybovala se v moři, kde plavaly malé ryby, hrála si s ostatními dětmi. Vyhnula se pouze návštěvě mořského akvária. S rodiči jsme znovu probrali jejich postoje, které umožňují vyhybání. Rodiče souhlasili, že se pokusí zařadit do jídelníčku ryby (např. sardinky, pstruhy, makrely) a že nebudou tuto část živočišné říše tabuizovat. Dceřiny eventuální přetrvávající úzkostné reakce budou nevíšimavě přecházet, což může napomoci vyhasínání odpovědi (*metoda extinkce*).

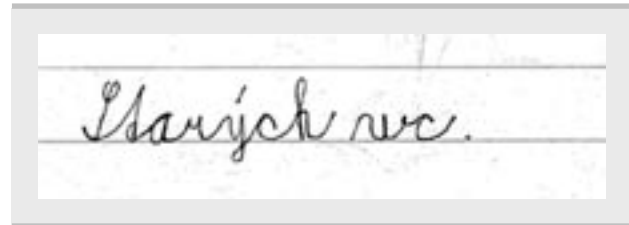
Diskuze

Jako vždy, i v tomto případě bylo možné postupovat různým způsobem. Na jedné straně bylo možné pacientce a rodičům poskytnout pouze jisté psychologické poradenství, neboť nešlo o závažný problém, který by tolik volal po medicinském řešení. Na druhé straně se nabízelo podávání anxiolytik, které by úzkostnou odpověď zmírnily. První alternativa nám připadala možná příliš simplifikující, s nejistým výsledkem, druhá byla pravděpodobně zbytečná. Expoziční terapii a behaviorální přístup jsme považovali za optimální variantu, byť byl časově náročnější (4 sezení v 5 týdnech).

Obrázek 1. Seznam fobických situací, jak si je zachytil 14letý chlapec s lehkou mentální retardací (zpracoval na počítači)



Obrázek 2. Kuriózní seznam situací, kterým se vyhýbal 8letý chlapec s dlouhodobou enkoprézou, fixovaným vyhybáním, zadržováním stolice a vznikem sekundárního megacolonu. Výrazné negativní posilování (rodiče mu pomáhají používáním „intimek“ – dámských vložek do prádla, které si během dne mění). Dostal za úkol napsat, čeho se bojí.



Behaviorální přístup lze podobně aplikovat u různých stavů, které jsou provázeny příznaky klinické úzkosti. Využíváme ho i při zvládnání sociální úzkosti, kdy volíme pro pacienta různě náročné situace, kterým ho vystavujeme. Je potřebné vypracovat podrobný soupis problémů a vybrat vhodné situace, které je dítě postupně schopno zvládnout. Rodiče, jako koterapeuty, vedeme ke spolupráci v domácím prostředí. Dítě dle domluvených schémat úkolují, pozitivně posilují (chválí a odměňují), dítě sleduje své úspěchy či neúspěchy, které s ním následně v dalším sezení rozebíráme.

Při terapii sociální úzkosti se nám osvědčil videomonitoring. Pomocí videozáznamů se dítě v ambulanci trénuje ve zlepšování sociální komunikace (např. se učí mluvit hlasitě, lépe formulovat oslovení, zlepšit neverbální projev, atd.). Tento způsob terapie se zdá vhodný i u dětí s projevy elektivního mutizmu. Někdy nespolupracují ihned, ale obvykle v průběhu několika sezení svůj negativismus překonají. Záleží jistě především na celém pozadí problému a charakteru konsekvencí. Obvykle se ale daří je získat pro práci s videokamerou - které dítě odmítne nabídku k tomu, aby se vidělo v televizi? Záznam pak analyzujeme a hodnotíme spolu s rodiči, což může podpořit pozitivní posilování dítěte.

Ukázka 2. Přetrvávající somatoformní bolestivé stavy (zejména tenzní bolesti hlavy)

Kterékoli úzkostné stavy, které známe z psychiatrie dospělých, se mohou objevit u dětí. Klasickým případem jsou tenzní bolesti hlavy, kdy je dítě obvykle do pedopsychia-

trické ambulance odesláno pediatrem nebo neurologem s tím, že bolest nemá organický podklad. Tyto případy nás nepřekvapují. Známé empirické zkušenosti přece tvrdí, že zatímco chlapci reagují na zátěže především poruchami chování, děvčata spíš somatoformními poruchami (bolesti hlavy, břicha apod.).

Kognitivně behaviorální postup lze uplatnit i v těchto případech, jak si ukážeme na následujícím příkladu.

Kazuistika

Jedenáctiletá pacientka, trpící častými bolestmi hlavy, které jí znemožňovaly docházku do školy a kvůli kterým byla krátce hospitalizována v psychiatrické léčebně. Rodiče odmítli pobyt na lůžku stejně jako podávání medikamentů. Matka je doma - nezaměstnaná, otec pracuje. Mladší bratr dost často nemocný (běžné infekty), děti zůstávají často doma spolu. Děvče ve škole prospívá výborně, je hodná, přizpůsobivá. Sama popisuje potíže vágne, hlava bolí na spáncích, pak celá, obvykle navečer, ale někdy i dopoledne. O víkendech bolí někdy. Paní učitelka ji ze školy posílá domů, nechce ji nechat trpět bolestí.

Rozhodli jsme se pro KBT. Při první návštěvě dostala za úkol monitorovat, kdy a za jakých okolností se bolest objevuje. V té době chodila do školy. Psala si deník a na škále bolesti si nacházela odpovídající stupeň intenzity. Pozn.: V naší ambulanci používáme vlastní škálu bolesti, která se nám zdá pro děti srozumitelnější než škály uváděné literárními prameny (tabulka 1) (1). Překvapivě nikdy nedosahovala bolest maxima, pacientka uváděla vyšší čísla jen výjimečně, obvykle byla bolest taková, že ji dokázala překonat. Získané informace nám umožnily provést *behaviorální analýzu*. Antecedenty (spouštěče) byly nespecifické, obvykle šlo o mírně zvýšené emoční napětí nebo mírnou únavu. Nápadné byly pozitivní konsekvence v podobě řady krátkodobých výhod, především vyhnutí se každodenní školní docházce a povinností s ní spojených. Zjevné bylo také negativní posilování problémového chování ze strany matky i učitelky. Dlouhodobé negativní konsekvence spočívaly v prohlubující se sociální izolaci pacientky. Sociální izolace pak sama fungovala jako spouštěč dalšího problematického chování včetně vyhýbavého chování. Tyto důsledky si pacientka jistě neuvědomovala. Prvním krokem *terapie* byla podrobná *psychoedukace* rodičů, což bylo pochopitelně při tak výrazně ochranných postojích matky dost náročné.

Literatura

1. Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM. Kognitivně behaviorální terapie u psychiatrických problémů. Praktická příručka. Oxford, 1989: 303 s.
2. Hort V, Hrdlička M, Kocourková J, Malá E, a kol. Dětská a adolescentní psychiatrie. Portál, Praha, 2000: 492 s.

Tabulka 1. Škála bolesti hlavy (používaná v naší dětské ambulanci)

0 ...	Není vůbec
1 ...	Bolest skoro není
2 ...	Trošku je, ale nevadí
3 ...	Je trošku větší, ale nevadí
4 ...	Bolest začíná vadit
5 ...	Je silnější, ale překonám ji
6 ...	Bolest je velká, ale překonám ji, vydržím
7 ...	Bolest je hodně velká, potřebuji si lehnout
8 ...	Bolest není k vydržení

Stanovili jsme si - po dohodě s pacientkou i s rodiči - dva cíle léčby.

Prvním bylo zmírnění bolesti hlavy, především *nácvikem relaxace*. Druhým cílem pak trvalé vřazení do školy a *přesun pozornosti* na dění kolem.

Pacientka dostávala domácí úkoly - měla sledovat a zapisovat všechny významnější události školního dne, zejména ty legrační. Ukázalo se, že je potřebná i určitá restrukturalizace dysfunkčních kognicí (např. nepotřebuji kamarádky, stačí, když jsem s bratrem a rodiči).

Terapii jsme ukončili po 11 sezeních, kdy byla pacientka plně zařazena ve škole, opět chodila do pěveckého kroužku, s nímž absolvovala svůj první pobyt v zahraničí. Bolesti hlavy měla výjimečně a snesitelné intenzity, dokázala je překonat, ze školy neodcházela. V následujícím školním roce bude mít jinou učitelku, proto jsme problém s učitelkou neřešili, ač to bylo původně v plánu.

Diskuze

I v tomto případě bylo jistě možné volit jiné postupy. V úvahu by přicházela rodinná terapie, ovšem zaměření pozornosti rodičů pouze na dceřinu bolest hlavy to neumožnilo. Psychofarmaka rodiče již dříve odmítli a navíc vyhýbání, jako udržovací faktor problému, by farmakoterapie neřešila.

Závěr

Uvedli jsme schematické ukázky použití kognitivně behaviorální terapie v psychiatrické ordinaci pro děti a dorost. V této části jsme shrnuli základní teoretické informace a pokusili se ilustrovat principy této metody u běžných klinických obrazů.

3. SZO, PCP Praha: Duševní poruchy a poruchy chování. Praha, 1992: 282 s.
4. Rutter M, Hersov L. Child and adolescent psychiatry. Modern approaches. Blackwell scientific publications, Second edition, 1985: 960 s.