

Terapia

Kognitívno-behaviorálna terapia v liečbe depresíí

Jolana Múdra, Diana Bultmanová

Súhrn

Psychoterapia v liečbe depresíí získala za posledné roky významné miesto. V práci sú uvedené spôsoby a postupy pri liečbe depresíí pomocou kognitívno-behaviorálnej terapie (KBT). Po teoretickom úvode o KBT a skupinovej terapii ako takej, nasledujú špecifiká súvisiace s depresiou v spojitosti so skupinovými faktormi a postupy KB liečby depresíí v Psychiatrickej nemocnici Veľké Zálužie. V závere práce autorky uvádzajú ilustračnú kazuistiku pacientky, ktorá prešla KB liečbou depresie. Cieľom práce je ozrejmiť a vyzdvihnúť psychoterapeutickú stránku pri liečbe depresíí pomocou KBT v ústavnej skupinovej forme.

Kľúčové slová: depresia, kognitívno-behaviorálna terapia, skupinová terapia.

Úvod

Počas uplynulých 10 rokov sme mohli sledovať rýchly rozvoj viacerých krátkodobých psychologických metód pri liečbe depresie. Až do polovice 70. rokov boli behaviorálne a kognitívne prejavy depresie chápané ako následok primárnej poruchy nálady a neboli považované za vhodný terč liečby samy o sebe.

Od tej doby však bola klinická účinnosť celého radu behaviorálnych a kognitívno-behaviorálnych postupov opakovane preukázaná. Kognitívno-behaviorálna terapia (KBT), vyvinutá Beckom a spolupracovníkmi vo Philadelphii je z nich v súčasnosti najrozšírenejšou, najčastejšie hodnotenou a najvplyvnejšou.

KBT predstavuje komplexné prelínanie kognitívnych a behaviorálnych postupov. Do určitej miery zahŕňa aj intervencie obhajované ďalšími pracovníkmi, ako je napr. plánovanie činností (napr. Lewinsohn a pod.), prehodnotenie dysfunkčných noriem správania (napr. Rehm) a depresívnych hodnotení (Abramson a p.) (Fennell, 1996).

KBT vychádza z predpokladu, že väčšina ľudského správania (teda aj depresívne správanie) je naučená podľa základných princípov učenia, to znamená, že sa dá zmeniť. Behaviorálni terapeuti využívajú najnovšie poznatky teórie učenia, aby dosiahli zmiernenie toho správania, ktoré spôsobuje problémy a nahradili ho správaním, ktoré je viac žiaduce (Murdoch a Barker, 1991).

KBT je zameraná na problém a na faktory, ktoré ho udržuju a nie na pôvodné zdroje tohto problému. Je založená na terapeutickej spolupráci, pacient a terapeut sú rovnocennými partnermi pri riešení pacientovho problému. Je štruktúrovaná a direktívna, edukačná, predkladá KB techniky ako spôsobilosti, ktoré si pacient môže navštíviť a preniesť ich aj do domáceho prostredia v rámci plnenia domácich úloh, aby sa naučil samostatne riešiť svoje problémy (Hawton, 1989). Spolieha sa na proces pýtania sa a „riadeného objavovania“, nie na presvedčovanie, poučovanie a dohadovanie sa s pacientom. Vychádza z procesu indukcie, takže sa pacient učí chápať svoje myšlienky a presvedčenia ako hypotézy, platnosť ktorých možno skúmať (Fennell, 1996).

Behaviorálna terapia využíva posilňovanie, imitáciu, napodobňovanie nedepratívneho správania, diskrimináciu, to znamená reagovanie na rôzne situácie rôznymi, primeranejšími spôsobmi, ako depresiou. Pomocou generalizácie sa pomáha preniesť správanie z prostredia terapie do prirodzených situácií. Počas terapie je každý pokrok posilňovaný, usmerňovaný a učenie prebieha postupne od jednoduchšieho k zložitejšiemu (Praško a Šlepecký, 1995).

KB terapeut vystupuje v roli experta, ktorý ponúka pomoc, ale od začiatku vymedzuje tento vzťah ako rovnocennú spoluprácu. Rola terapeuta je najbližšia roli učiteľa. Terapeut zadáva a kontroluje domáce úlohy a povzbudzuje snahu pacienta pomocou pozitívnej spätnej väzby. Ak pacient úlohu nezvládne, nie je kritizovaný, ale sú mu ponúknuté konzultácie, prípadne sa úloha zjednoduší a postupuje sa po menších krokoch. Terapeutovo správanie sa vyznačuje aktivitou, jasnosťou a jednoznačnosťou. Je vzorom primeraného optimizmu, sám demonštruje presvedčenie, že prob-

Psychiatrická nemocnica Veľké Zálužie

Adresa: Mgr. Jolana Múdra, Psychiatrická nemocnica Veľké Zálužie, Rínok 334, 951 35 Veľké Zálužie, Slovensko E-mail: jolanamudra@zoznam.sk, bultmanova@gmail.com

lémy sú riešiteľné a že sú spoločne s depresívnym pacientom schopní nájsť riešenie (Praško a Šlepecký, 1995).

Bezprostredným cieľom KBT je zmiernenie príznakov. Dlhodobým cieľom je, aby sa pacient naučil tieto postupy používať v bežnom živote pri riešení svojich problémov a predísť alebo aspoň zmierniť riziko ďalších epizód depresie (Hawton, 1989).

KBT depresíí môže prebiehať individuálne alebo skupinovo.

Skupinová kognitívno-behaviorálna terapia depresíí

Človek je tvor spoločenský. Jeho proces sebazoznania prebieha v priamej interakcii s okolím, v medziľudskom spoložití. V interakcii jedinca so skupinou sa odhaľujú maladaptívne vzorce správania a dysfunkčné kognitívne schémy. Skupina sa stáva podnetnou a napomáha k zmene životných postojov. V rámci skupinovej KBT sa zvyšuje efektívnosť liečby pomocou faktorov interpersonality.

V skupinovej psychoterapii sa uplatňujú aj ďalšie významné terapeutické faktory:

- **univerzalita** – pacient v skupine spoznáva utrpenie iných ľudí a na základe podobnosti svojich ťažkostí s nimi prežíva významný pocit spolupatričnosti, čím sa stráca jeho pocit osamelosti a vyčlenenia. Pacient sa stáva hodnotným členom skupiny, čo znižuje existenčnú separačnú úzkosť.
- **odovzdávanie nádeje** – pacient má od začiatku pocit bezpečia, citlivý prístup terapeuta mu poskytuje dôveru a stabilitu. Dostane zrozumiteľné vysvetlenie podstaty liečby a je oceňovaný za drobné pokroky. Dôležitým je aspekt vytrhnutia pacienta z depresívnej nečinnosti (často i z rodinného prostredia). V skupine dostáva vzor v správaní „zlepšených“ spolupacientov.
- **rozvoj komunikácie** – pacient zisťuje, že rozprávanie mu pomáha, znižuje jeho úzkosť a dochádza k abreakcii napätia.
- **súdržnosť, altruizmus** – skupinová kohézia je síce u tematicky orientovanej skupiny slabšia ako v interpersonálnom zameraní, avšak tým, že je pacient začlenený do skupiny, prežíva pocit, že niekam patrí, nie je už vzťahovo „vykorenený“. Okrem toho zažíva príjemný pocit z pomoci niekomu druhému, čím vlastne pomáha sám sebe.
- **napodobňujúce správanie** – najmä v otvorenej skupine vystupuje do popredia význam interpersonálneho a sociálneho učenia vo vnútri skupiny. Napodobňovanie pokročilých členov skupiny v spôsobe správania a zaobchádzania so symptómami môže byť niekedy oveľa účinnejším faktorom ako snaha terapeuta.

Skupina nie je nezávislá a samostatná jednotka, ale je vo vzťahu k väčšej sociálnej skupine a to ku komunite hospitalizovaných pacientov. Komunitné usporiadanie liečby podporuje samostatnosť, otvára široký priestor pre medziľudskú komunikáciu, ponúka možnosť otvorene ventilovať problémy a spoločne ich riešiť v heterogénnom prostredí členov s najrôznejšími problémami (Vančová a spol., 2001).

Skupinová terapia depresíí funguje v Psychiatrickej liečebni vo Veľkom Záluží po niekoľkoročnom prerušení znovu od júna 2007. Predtým bez prestávky skupina depresíí pracovala od marca 1994 do marca 2003.

Pri práci s depresívnymi pacientmi v skupine postupujeme podľa týchto základných bodov:

Na začiatku terapie pacientov oboznámime s praktickými záležitosťami liečby (princíp KBT, dĺžka terapie, počet a frekvencia sedení, zmysel zadávania domácich úloh) a jasne a zrozumiteľne im vysvetlíme základné princípy terapie (Fennell, 1996). Edukačná časť terapie zahŕňa poučenie o depresívnej kognitívnej triáde na základe narušenej logiky myslenia pri depresii spolu s vysvetlením vzťahu medzi depresiou a myslením, emóciami a správaním (Praško a Šlepecký, 1995).

Po vysvetlení podstaty a bludného kruhu depresie vysvetlíme pacientom princípy liečby v skupine, súčasťou ktorého je ich aktívna spolupráca v podobe plnenia zadávaných úloh.

1. **Záznam aktivít počas dňa** je prvá úloha, ktorú pacient dostane. Pomáha mu vyvrátiť jeho presvedčenie, že nič nerobí, čím sa vytráca uňho pocit neúčinnosti a zbytočnosti. Po zvládnutí prvej úlohy prechádzame na ďalšiu úlohu, pričom dbáme na individuálne tempo jednotlivých pacientov.
2. **Záznam aktivít počas dňa doplnený o bodovanie** ich príjemnosti na škále 0–10 (0 – maximálne nepríjemná činnosť, 10 – maximálne príjemná činnosť).
3. **Plánovanie príjemných aktivít** – pacienti si majú deň vopred naplánovať minimálne 6 aktivít na nasledujúci deň, ktoré sú pre nich príjemné. Keď ich na ďalší deň zrealizujú, ohodnotia ich príjemnosť na škále 0–10. Význam plánovania spočíva v naladení sa na príjemné činnosti, čo kladne ovplyvňuje pacientovo prežívanie. Táto úloha trvá do konca liečby, čo má pomôcť pacientom, aby si tento spôsob správania preniesli ľahšie do svojho „civilného“ života.
4. **Práca s negatívnymi automatickými myšlienkami** – najskôr definujeme negatívne automatické myšlienky, ktoré sú súčasťou depresívneho ochorenia. Pacienta učíme rozpoznávať a zaznamenávať si vlastné negatívne myšlienky. Tieto sa v ďalších sedeniach spolu s ním rozoberajú, spochybňujú a „preformulávajú“. Táto časť terapie patrí medzi najdôležitejšie a najťažšie, preto sa jej venuje dostatok času (trvá až do konca pacientovho pobytu v skupine).
5. **Práca so sebou samým** – „sebadotvorenie“ – pacient sa učí spoznávať seba, svoje vlastnosti, hodnotí svoje

vzťahy k druhým ľuďom, stanovuje si ciele a plány do budúcnosti.

6. **Nácvik sebaapresadenia** – zisťujú sa situácie, v ktorých má pacient problém presadiť sa. Preberajú sa s ním zásady asertívneho správania a potom prebieha praktický nácvik asertivity formou hrania rolí.
7. **Prevenia relapsom** – s pacientom sa preberajú životné situácie, ktoré by mohli v budúcnosti uňho vyvolať depresiu a učí sa, ako ich zvládnuť.

Tento pôvodný program sme pre naše potreby doplnili aj skráteným životopisom, ktorý nám pomáha lepšie porozumieť dysfunkčným myšlienkam pacienta a neraz odkryje aj iné problémy, ktoré by inak mohli zostať nevyhnuté. Ak objavíme ešte nejakú oblasť života alebo nespracovaný problém z minulosti, popri skupinovej terapii navrhujeme pacientovi možnosť individuálnej terapie, kde sa venujeme aj tomuto problému, pokiaľ pacient prejaví o to záujem.

Skupinová liečba depresíi trvá 6 týždňov a jej účinnosť je každý týždeň testovaná pomocou Beckovej stupnice hĺbkovej depresie. Pacienti si hodnoty získané v Beckovej stupnici zaznamenávajú do grafu, ktorý poskytuje im i terapeutovi prehľad o tom, ako sa ich nálada a skóre depresie mení počas pobytu v skupine.

Pacientov vedieme k tomu, aby sa po každom, aj malom úspechu odmenili. Odmena spôsobí, že sa budú snažiť častejšie robiť tie aktivity, ktoré prinášajú odmenu. Ak sa po každom dosiahnutom celi pacient odmení, zvýši sa výrazne jeho nádej na úspech. Je dôležité odmeniť sa hneď po tom, ako dosiahne svoj cieľ.

O zaradení pacienta do skupiny rozhoduje ošetrojúci lekár, primár, prípadne psychológ oddelenia. Optimálny počet pacientov v skupine je 6–8, skupina je otvorená. Vedú ju 2 terapeuti – psychológovia a jeden deň v týždni rehabilitačná sestra. Psychológovia pracujú s úlohami, učia pacientov relaxovať. Rehabilitačná sestra s nimi robí psychogymnastické a arteterapeutické cvičenia.

Predpoklady pre zaradenie pacienta do skupinovej terapie depresíi

Aspoň priemerný intelekt, aby pacient zvládol zadávané úlohy a najmä prácu s myšlienkami.

Kontraindikovaní sú pacienti s akútnou psychózou, organickým poškodením CNS, akútnou alkoholickou a drogovou závislosťou, so zrakovým a sluchovým poškodením, rizikom suicídiu, dyslexiou a bipolárnou afektívnou poruchou.

Kazuistika

Priebeh skupinovej psychoterapie pacientky s recidivujúcou depresívnou poruchou

Opis pacientky a situácia v čase vyhľadania pomoci: 49-ročná pacientka, stredoškolsky vzdelaná, s 2-ročnou knihovníckou nadstavbou, pracuje ako vedúca knižnice, vydatá,

matka 2 detí (12-ročné dvojčatá – chlapci), u nás 1-krát, celkovo opakovane psychiatricky liečená.

V rodinnej anamnéze – otec 1-krát hospitalizovaný na PO Nitra, pravdepodobne pre depresiu, zomrel ako 59-ročný na IM.

Osobná anamnéza: vychovávaná ako jedináčik, matka bola predavačka, otec šofér v tej istej predajni. Na detstvo má pekné spomienky, hoci súrodencov nemala, rodičia sa jej venovali, v rodine vládla harmónia.

Po ukončení gymnázia si pacientka urobila 2-ročnú knihovnícku nadstavbu, už 28 rokov pracuje v odbore, t.č. ako vedúca knižnice. Práca ju veľmi baví, ale i vyčerpáva pre mnohé kultúrne a osvetové akcie, ktoré musí usporadúvať, pracuje i v sobotu.

Vydávala sa ako 36-ročná, manžel má z prvého manželstva dnes už 28-ročnú dcéru. Spolu majú 12-ročné dvojčatá – chlapcov. Manželstvo je harmonické, manžel je technik, žijú v RD.

Záľuby: práca, kvety, noviny, knihy, teraz ju nič nezaujíma.

Abúzy: fajčí 10 cigariet denne, ostatné neguje.

Vznik a priebeh súčasného problému

Pacientka v starostlivosti ambulantného psychiatra od r. 1983 pre psychasténiu. V r. 1992 bola hospitalizovaná na PO ako adaptačná porucha po úmrtí otca, v r. 2002 ako recidivujúca depresívna porucha. Vo februári 2003 si sama spontánne vysadila lieky, cítila sa dobre, následne dekompenzácia základného ochorenia. Naposledy hospitalizovaná na PO od 2.5.–23.5.2007. Po prepustení sa podľa manžela cítila horšie, výrazne depresívna, málo komunikovala, odmietala sa stravovať, nič ju nebavilo, ani rodina ju nevedela potešiť, zle spávala, bola vyčerpaná, manžel jej musel pomáhať s domácimi prácami. V práci je veľmi vyťažená, aj doma sa snažila, aby bolo všetko v poriadku. Učila sa aj s chlapcami, teraz ju už nič nezaujíma, je plačlivá. V noci pred nástupom na hospitalizáciu u nás užíla väčšie množstvo liekov (pacientka priznáva Cipralex 2 tbl., Risperon 1 mg 2 tbl., Neurol 0,5–3 tbl.) a pokúsila sa o samovraždu obesením. Odoslaná k nám cestou ambulantného psychiatra.

Diagnóza: Recidivujúca depresívna porucha ťažkého stupňa bez psychotických príznakov. Hypersenzitívna, psychastennická osobnosť.

Pri prepustení doporučená terapia: Melipramín 1–1–0 tbl, Zyprexa /5mg/ 1tbl. na noc, Gerodorm 1 tbl. na noc.

Pacientka bola k nám prijatá 30.5.2007. Do skupinovej terapie depresíi bola zaradená 11.6.2007.

Priebeh skupinovej terapie

1. týždeň: Pac. sa v skupine dobre zadaptovala, zapájala sa do úloh, avšak veľmi sa podceňovala, nedôverovala si. Záznam aktivít počas dňa a ich hodnotenie podľa príjemnosti na škále 0–10 zvládla bez problémov, v skupine veľmi zodpovedná, snaživá. V Beckovej stupnici mala na konci 1. týždňa skóre 45 (stredne ťažká depresia).

2. týždeň: Pacientka naďalej pristupovala k úlohám veľmi zodpovedne a svedomito. Začala plánovať príjemné aktivity, ktoré zväčša hodnotila priemerne /5 b./, najvyššie hodnoty dosahovali pohybové aktivity, sledovanie prírody a kontakt s rodinou, ktoré hodnotila na 7 b. Koncom druhého týždňa bolo skóre depresie 23 (stredne ťažká depresia).

3. týždeň: Pacientka pokračovala v plánovaní príjemných aktivít počas dňa, hodnoty na škále príjemnosti boli zvýšené oproti predchádzajúcemu týždňu (objavili sa už aj hodnoty 8). V správaní pac. pretrvávali sklony anticipovať neúspech, centrovaná na vlastné pocity nedostatočnosti. Na skupinách sa spontánne zapájala zriedkavo, reagovala ešte hypersenzitívne, ale viditeľné zjavné zlepšenie – pôsobila spokojnejšie. Objavili sa ambivalentné pocity z reakcií rodiny na jej liečbu – deti ju žiadajú, aby prišla domov, ona však cíti, že ešte nie je v poriadku. Koncom tretieho týždňa v Beckovej škále dosiahla 19 bodov (pásma miernej depresie).

4. týždeň: V tomto týždni sa u pacientky objavili obavy o synov, nakoľko začali letné prázdniny a oni zostávali počas dňa sami doma, manžel nemal dovolenku. V priebehu dňa ich opakovane kontrolovala telefonicky, či sú v poriadku. Cez víkend bola na priepustke, upokojila sa, že doma je všetko v poriadku, bez problémov zvládla domáce práce, pomohli jej aj deti a manžel. Necítila únavu, ale ešte to nie je „jej norma“. Rozobrali sme u nej automatickú negatívnu myšlienku – obavu, že sa jej depresia znova vráti /keďže sa jej to už stalo/ a s tým súvisiaci dopad na finančnú situáciu rodiny. Po rozpracovaní myšlienky a jej preštruktúrovaní sa pacientke uľavilo. Pôvodné pocity strachu klesli o 20 %, pocit napätia o 30 %, nádej, že situáciu zvládne vzrástla na 80 %. V Beckovej stupnici hĺbky depresie pokles na 15 bodov = o 4 b. nižšie oproti minulému týždňu (stále v pásme miernej depresie).

5. týždeň: Pacientka je veselšia, kludnejšia, v skupine ochotne pomáha spolupacientom zo skupiny a snaží sa ich podporovať. Rozhodla sa ukončiť liečbu v tomto týždni, kvôli deťom. Opis osobnosti – v rodinnej i pracovnej sfére dosiahla ciele, ktoré si stanovila. Povahovo je tichšia, trémistka, spoľahlivá, zodpovedná, poriadkumilovná až pedantná, rodinne založená. Vzťahy s ľuďmi: s manželom a deťmi má harmonický vzťah, s kolegami si vychádza dobre. Má jednu dôvernú kamarátku a množstvo pracovných – formálnych vzťahov. Zistila, že momentálne môže byť šťastná a úspešná, pretože vykonáva prácu, ktorá je zároveň jej koníčkom, má zdravé deti, manžela a rodinu, ktorá ju podporuje, medzi ľuďmi je obľúbená a aktívne spolupracuje na zlepšení svojho zdravotného stavu. Zmeny na sebe: nájsť si čas aj na seba, venovať sa svojim záľubám, zapojiť do domácich prác aj ostatných členov rodiny.

Zoznam životných udalostí: Aktuálne nehrozí ani jedna z udalostí, ktoré by u nej mohli vyvolať depresiu. Poučená o predchádzaní relapsom a využívaní naučených postupov v reálnom živote. Pacientka bola prepustená z našej nemocnice 13.7.2007.

Záver

Pacientka absolvovala v skupine 5 týždňov. Zo začiatku bola veľmi utiahnutá, málovravná, podceňovala sa a neverila si. Postupne sa jej vracala pôvodná chuť do života, vedela sa tešiť aj z maličkostí. Bez problémov zvládla priepustku do domáceho prostredia.

Rodina bola pre ňu všetkým, mala veľmi dobré rodinné zázemie. Posledné 2 týždne pôsobila spokojnejšie, bola veselšia, aj v skupine sa rozhovorila. Skóre depresie kleslo z pôvodných 45 /stredne ťažká depresia/ na 15 bodov /pásma miernej depresie/.

Literatúra

Fennell, M.J.V.: Deprese. Kognitívne behaviorální terapie depresíí. Príručka pro terapeuta. Materiál získaný na výcviku KBT, október 1996, s. 74.

Hawton, K., Salkovskis, P.M., Kirk, J., Clark, D.M.: Kognitívne behaviorální terapie u psychiatrických problémů. Oxford Medical Publications, 1989, s. 303.

Murdoch, D., Barker, P.: Základy behaviorální terapie. Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1991, 119 s.

Praško, J., Šlepecký, M.: Kognitívne-behaviorální terapie depresívnych poruch. Psychiatrické centrum, Praha 1995, 194 s.

Smolík, P.: Duševní a behaviorální poruchy, pruvodce klasifikací, nástin nozologie a diagnostika. Maxdorf 1996, 504 s.

Šlepecký, M., Praško, J., Poloncová, E., Ďurný, K.: Ako zvládnuť stres. Príručka pre ľudí trpiacich na dôsledky stresu. Pracovisko klinickej psychológie, Liptovský Mikuláš, 1996, 110 s.

Šlepecký, M.: Psychologická liečba depresíí. Kandidátska dizertačná práca, 1992, 150 s.

Vinař, O., Paclt, I., Praško, J., Breier, P.: Deprese v lékařské praxi, příručka pro klinickou prax, Praha, 1994, 18 s.

Efektívnosť psychologických služieb v rámci zdravotníckeho systému. Slovenská komora psychológov, Slovenská psychoterapeutická spoločnosť. Materiál získaný na výcviku na KBT, október 1996, 2 s.

Do redakcie došlo 20.3.2008.