

Zamyšlení nad možnostmi léčebného ovlivnění negativních příznaků schizofrenie

Kučerová H.

Soukromá psychiatrická ordinace, Hranice

ÚVOD

Schizofrenie je choroba, která u laické veřejnosti vyvolává velmi různé a často smíšené či protichůdné pocity. Pro lidi, kteří se s psychickými poruchami běžně nesetkávají, je nemocný postižený schizofrenií podivnou bytostí, která se chová nepochopitelně a mnohdy nevypočitatelně. Zdravým lidem je těžko představitelné, že někdo může mít halucinace nebo bludy a považují tedy takového člověka za „blázna“, který je někdy pro smích a jindy je lépe se mu vyhnout, protože může být nebezpečný. Ještě méně pochopitelný je však jedinec, který halucinace a bludy nemá, který navenek vypadá docela zdravě, a přesto nepracuje, „poflakuje se“ po městě a po parcích, a dokonce pobírá částečný nebo plný invalidní důchod. Nejednou se setkávám s názory rodinných příslušníků nebo sousedů či známých pacienta, že pacient by přece mohl aspoň něco dělat, že je líný, že není k ničemu a podobně. Averse vůči pacientovi pak ještě narůstá, když pacient kompenzuje některé své těžko snesitelné potíže požíváním alkoholu, nebo dokonce užíváním drog v rámci sekundárního abusu. A přesto: pacient je skutečně nemocný a není schopen nejen soustavné, ale často ani jednoduché práce.

Tento smutný osud postiženého je výsledkem schizofrenního procesu, tedy rychleji či pomaleji progredující choroby, která více či méně nahlodává celistvost osobnosti a způsobuje její celkovou astenizaci, zejména pak narušení schopností myšlenkových, volných a emotivních. A pokud pacient má to štěstí, že je přece jen schopen pečovat o svůj zevněšek, nebo o něj pečují jeho příbuzní, pak skutečně pro své okolí nevypadá nemocné a může činit dojem laxního a líného individua, kterému se prostě nechce pracovat. Tento způsob akceptace jedince jeho okolím rozhodně nepůsobí terapeuticky, ba naopak, může někdy u něho vést k depresivním reakcím. Je proto velmi žádoucí, nehledě k ekonomickým hlediskům, abychom měli ve svém spektru léčebných prostředků i takové, které by těmto projevům schizofrenie zamezily.

Čím tedy vůbec můžeme v dnešní době schizofrenii léčit? Je třeba si uvědomit, co vlastně léčíme a jakou chorobu máme před sebou. S jakým protiv-

níkem máme co činit. Troufám si říci, že schizofrenie je snad nejpozoruhodnější chorobou vůbec a její projevy a průběh jsou tak rozmanité, že snad neexistuje příznak, který by se u ní nemohl vyskytnout. Každý jedinec postižený touto chorobou je naprosto originální ve svém psychopatologickém obraze. Tak jako na světě neexistuje identický jedinec, tak neexistuje identická schizofrenie. Boj s takovou chorobou je tedy náročný, a to jak na pacienta samotného, tak na jeho lékaře či ostatní terapeuty.

Jak vnímám při bližším pohledu negativní příznaky schizofrenie?

Negativní příznaky [1, 5,16], na rozdíl od pozitivních, jsou příznaky, kde je něčeho oproti normě méně, nebo v horší kvalitě, zatímco u pozitivních příznaků je něco navíc (halucinace, bludy). Proto také někdy označení plus a minus příznaky. Mezi negativní příznaky patří zejména ochuzení a rigidnost myšlení, ochuzení slovní zásoby, stereotypie a šroubovanost ve stavbě vět, nedostatečná pružnost a oploštění emotivity, ambivalence emotivity i chtění, hypobulie až abulie, špatná komunikace v sociálních kontaktech, vyhýbání se lidem, neschopnost se s nimi bavit, uzavírání se do sebe, snížení celkové aktivity.

Pro zdravého člověka je těžké si představit, že dotyčný pacient skutečně není schopen se donutit k nějaké práci, nebo alespoň běžné činnosti, a pokud se k ní přece jen donutí, rychle se unaví. Přemáhání těchto pocitů může vést k různým tělesným potížím, k bolestem hlavy, žaludku, celkové nevolnosti a podobně. Někdy si pacient svou nemožnost uvědomuje a trápí se nad ní, což může vést i k sebevražedným myšlenkám, které ovšem naštěstí často nejsou realizovány právě pro neschopnost sebevražedné jednání vykonat.

Negativní příznaky se mohou u nemocného vyskytovat jako jediný příznak schizofrenie, tedy bez přítomnosti příznaků pozitivních, a pak se jedná nejspíše o simplexní formu schizofrenie, často probíhající latentně, „tekoucí a vlekoucí“ se pomalu k defektu osobnosti.

Jindy jsou u nemocného přítomny současně příznaky pozitivní i negativní hned od počátku. Nejčastěji ovšem pozitivní příznaky převažují, upozorní de facto na nemoc pacienta a teprve

v průběhu měsíců či let se k nim přidávají i příznaky negativní. Kombinací je nespočetně mnoho, neboť, jak již řečeno, každá schizofrenie je naprosto unikátní.

Existují nějaké vhodné léčebné možnosti?

Jak tedy na ni? Co dělat, aby se „tekoucí“ schizofrenní proces zastavil, nebo aspoň zpomalil a jak působit na pozitivní i negativní příznaky? Komplexně – ceterum autem censeo – jak zdůrazňuji při každé vhodné příležitosti. V čem tedy spočívá ona komplexnost?

Do padesátých let 20. století neexistovaly dostatečně účinné léky. Léčilo se tedy různě, od drastických „vodoléčebných“ a jiných úkonů či přikování nemocných až po jemné metody muzikoterapii, arteterapii a cvičení. Revoluci v tomto směru přinesla neuroleptika a pak i další psychofarmaka, která skutečně „pohnula“ s halucinacemi a bludy, dokázala je zmírnit i odstranit a byla tedy úlevou pro nemocného i jeho okolí. Tehdy to byl zejména chlorpromazin, levopromazin, chlorprothixen, thioridazin, haloperidol, perfenazin a jiné. Tyto léky však měly i své dosti výrazné nežádoucí účinky v podobě útlumu, extrapyramidových příznaků a rizika poškození jater, srdce či jiných orgánů. Na negativní příznaky tyto léky prakticky nepůsobily, naopak jejich útlumová složka potencovala apatii, hypobulii a anhedonii pacienta. Teprve v nedávné době máme k dispozici antipsychotika II. generace (podle abecedy zejména amisulprid, aripiprazol, klozapin, olanzapin, sertindol, risperidon, quetiapin, ziprasidon, zotepin), které již na negativní příznaky přece jen alespoň částečně působí, nicméně ani toto není dostatečné [2, 5]. Zatím nemáme lék, který by dokázal z pacienta tupě zírajícího do prázdna a přemítajícího neustále dokola o jednom a též, bez zájmu a chuti do života, udělat cílého jedince zajímajícího se o okolí a těšícího se z kontaktu s druhými lidmi.

Doplňujícími, nikoli však bezvýznamnými, terapeutickými nástroji jsou tedy nefarmakologické prostředky, různé verbální i neverbální techniky, které se mohou řadit jak do repertoáru psychoterapie, tak do arzenálu rehabilitace [3, 4, 6, 7, 14, 15]. Spojením obou jsme vytvořili techniku tzv. rehabilitační psychoterapie [10, 11, 12, 13].

Rehabilitační psychoterapie z vlastní zkušenosti

Původně vycházím ze zkušeností na Psychiatrické klinice v Hradci Králové, kde jsem po několikalet vedla úsek rehabilitace a odkud pochází i má seminární práce ke II. atestaci z psychiatrie [8], kde rozdělují psychiatrickou rehabilitaci do pěti základních léčebných okruhů:

Fyzikální terapie (vodoléčba, elektroléčba, léčba světlem, masáže.)

Léčebná tělesná výchova a sport.

Pracovní terapie.

Umělecko-výchovná terapie (arteterapie, muzikoterapie, biblioterapie).

Terapie zábavná a rekreační (tj. vycházky do přírody, výlety, exkurze, besedy, kino, divadlo, taneční večery, táboráky apod.).

Tyto techniky jsem pak dále rozvíjela i na pracovišti v Psychiatrické léčebně v Brně [9] a v současné době v ambulanci [10, 11, 12, 13]. Jde o to, že se snažím pacienta (individuálně) nebo pacienty (ve skupině) trénovat v těch kvalitách a dovednostech, které schizofrenní proces nejvíce narušuje: myšlení, emotivita, volní schopnosti, sociální kontakty. A že to působí, o tom svědčí četné reakce nemocných, kteří udávají, co je např. unavuje, co jim vadí, při čem je rozbolí hlava, nebo naopak, co je rozveselí, uklidní, stimuluje.

V naší ambulanci jsme provozovali skupinovou psychoterapii se schizofrenickými nemocnými po dobu patnácti let. Skupina trvala 60-90 minut a aktuálně se jí účastnilo 5-9 nemocných. Skupiny se konaly jedenkrát za měsíc, ovšem byly celkem tři a někteří pacienti tedy chodili na více setkání, takže přicházeli dvakrát i třikrát do měsíce. Náplní skupiny byla v první třetině rozcvička, pak cvičení slovních dovedností a nakonec muzikoterapie. Někdy jsme učinili obměny v tom smyslu, že se zařadila arteterapie (kreslení, plastelína), biblioterapie (předčítání, rozhovor o knížce), předvádění scének ze života, oslava narozenin či svátku některého přítomného a podobně. Pravidelně se konaly vánoční skupiny okolo stromečku s cukrovím, zpěvem koledí, čtením povídek a povídáním o Vánocích.

Součástí rozcvičky byla hra s míčem, která obsahovala velmi mnoho obměn. Míč se předával mezi pacienty různými způsoby, často se používaly dva míče současně, takže účastníci opravdu museli dávat pozor na dění okolo sebe. Tuto část skupiny nemocní označovali za nejprůjemnější a vždy vedla k rozehřátí a rozveselení. Míč bylo možno také někdy použít jako symbol, jako něco, co se dává a bere, něco, co má význam. Tento způsob však pacienti příliš rádi neměli, takže jsme jej často nepoužívali.

Další techniku, kterou pacienti mívali rádi, bylo tzv. „Házení kroužků“, což bylo šest barevných kroužků, které se měly hodit na 3 barevné stojánky. Obdobně jsme používali také házení malých míčků do kbelíku.

Slovní dovednosti jsme cvičili např. tak, že účastníci sedící v kruhu postupně vyjmenovávali předměty určitého druhu, např. zeleninu, ovoce, vlastní jména, řeky, města, zvířata, květiny, nebo slova začínající nebo končící na nějaké písmeno. Oblíbenou hrou bylo také „Balení kufru na dovolenou“, tedy vyjmenovávání věcí, které si s sebou bereme na cesty, na zimní či letní rekreaci. Nejoblíbenější však bývala hra „Kufr“ podle vzoru pořadu v televizi. Uprostřed místnosti seděl na židli účastník, nad ním stál další účastník a držel mu nad hlavou na papíře napsané slovo tak, aby jej sedící neviděl. Ostatní hráči pak měli za úkol vyjádřit toto slovo jinými slovy a popsat jej tak, aby jej

sedící účastník uhdol. Na rozdíl od hry v televizi jsme nepoužívali časového omezení, abychom pacienti neznervožňovali.

Shodou okolností všichni pacienti, kteří kdy našimi skupinami prošli, rádi zpívali, takže zpěv a různé rytmické a muzikoterapeutické hry na závěr se nemocným vždy velmi líbily. Několik let jsme také měli možnost využít laskavé spolupráce s místní Základní uměleckou školou, jejíž dvě paní učitelky nám na housle hrály doprovod lidových písní.

Některým nemocným činil problém pobývat mezi ostatními pacienty a dali přednost individuálnímu cvičení. Nejčastěji chodili (a dosud chodí) kreslit, přičemž jim dáváme možnost kreslit podle vlastní chuti nebo na zadané téma. Slovní dovednosti trénujeme prací s textem zajímavé knížky nebo rovněž vypisováním slov podle určených pravidel.

V rámci terapie zábavné a rekreační jsme několik let provozovali tzv. Klub zdraví, což byly akce otevřené i pro veřejnost s volným přístupem (zdarma). Měli jsme možnost využití větších místností ve Střední zdravotnické škole a v Základní umělecké škole, kde jsme pořádali různé koncerty a přednášky na zajímavá témata. V posledních letech zase pořádáme výstavy obrázků, fotografií, sošek a ručních prací našich pacientů v jedné malé galerii, které jsou rovněž přístupné veřejnosti.

DISKUSE

Když přemýšlím nad možnostmi terapeutického ovlivnění negativních příznaků schizofrenie, které v současné době máme, jsou dvě cesty: medikamentózní a nemedikamentózní. O léčích toho bylo napsáno mnoho, ty jsou v současné době dostatečně prezentovány a je o nich spousta informací. Ale zdá se mi (a to po celou dobu mé psychiatrické praxe), že na nelékové léčebné možnosti se poněkud zapomíná. Léky jistě mají u psychotických pacientů nosný význam, dokáží pacienta zbavit halucinací a bludů, zklidnit jej, zlepšit mu náladu, spánek atd. Jejich účinek je rychlý (dny, týdny) a jejich působení je dlouhodobé (měsíce, roky). Náročnost na pacienta je většinou velmi malá (spolknout jednu až několik tablet denně) nebo jen trochu větší (dostavovat se v pravidelných intervalech na depotní injekce). Účinek léků je tedy relativně rychlý, zjevný a pro nemocného i jeho okolí někdy až zářivě efektní. Negativní stránkou medikamentózní léčby jsou však některé nežádoucí vedlejší účinky (ospalost, možný vliv na játra, srdce, krvinky, metabolismus aj). A zanedbatelná není ani jejich cena.

Psychoterapeutické a rehabilitační aktivity jsou naopak ekonomicky mnohem méně náročné, zato však kladou daleko větší nároky na terapeuty a na pacienty samotné. Není jednoduché vést terapeu-

tickou skupinu, zejména skupinu schizofreniků, především kvůli různým emočním vazbám, nejednou ambivalentním. A pro pacienta s negativními schizofrenními příznaky také není jednoduché provádět nějaká cvičení, když se mu do ničeho nechce a jakákoliv aktivita, tělesná i duševní, ho snadno unaví. Efekt takových cvičení také není tak očividný. Pacienti sice podle našich zkušeností velmi často udávají, že je tato cvičení baví, že jim zlepšují náladu a dokonce i způsobují vymizení „hlasů“, ale je to jen na chvíli. Dlouhodobý efekt této léčby je však u některých nemocných těžko zjištělný, protože od nich vyžaduje trpělivost a vůli, které se jim právě kvůli jejich nemoci nedostává.

Nabízí se tedy otázka, zda to tedy má vůbec smysl „trápit se“ jako terapeut s těmito klienty, a „trápit“ takové klienty jakými hrami, zpíváním a malováním, které někdy vypadá „jako v mateřské školce“? Nestačí, že pacient bere léky? A buďme rádi, že je bere a ponechme jeho další činnosti na něm samém. Vždyť je to svobodný a svéprávný občan.

I s těmito názory se občas setkávám, ale nemohu s nimi plně souhlasit. Ano, pacient je svobodný a svéprávný občan a je třeba jeho práva plně respektovat. Ale jedním z jeho práv je také právo na komplexní léčbu jeho choroby a je povinností, nás lékařů, vysvětlit mu, že je v jeho zájmu, aby jeho léčení bylo komplexní. Ne vždy to pacient pochopí a ne vždy to akceptuje. Nutit ho proti jeho vůli nelze. Ale jemné a vlídné „postrčení“ je někdy zapotřebí. Jeho vůle je slabá, takže je třeba připojit trochu vůle jiného člověka, někoho laskavého a s pacientem dobře smýšlejícího. Tedy jak terapeuta, tak i příbuzného, přítele a podobně, aby na nemocného působil ve smyslu co nejkvalitnějšího léčení jeho choroby. A všechno, co nemocnému pomáhá, co aktivuje jeho duševní i fyzické schopnosti a jeho začlenění do společnosti, je dobré. Ať jsou to léky, rozhovor, zpěv, kreslení, četba.

ZÁVĚREČNÉ SLOVO

Negativní příznaky schizofrenie jsou obdobně obtěžující pro nemocného i jeho okolí, jako příznaky pozitivní. Nemocného vyřazují z pracovního procesu i ze společnosti a podporují jeho izolaci doma a uzavírání se do sebe. Působení na tyto příznaky je možné jednak pomocí léků, jednak i nemedikamentózními prostředky, jako jsou různé techniky psychoterapie a psychiatrické rehabilitace. Jsou uvedeny možnosti vlastní metodiky autorky – *rehabilitační psychoterapie*, s nimiž má autorka mnohaleté zkušenosti. Tato terapie je tréninková, nikoli analytická, a jeví se jako vhodný doplněk nosné medikamentózní léčby.

LITERATURA

1. **Andreasen, N. C., Nopoulos, P., Schultz, S. et al.:** Positive and negative symptoms of schizophrenia: past, present, and future. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 1994, .384, pp. 51-59.
2. **Awad, A. G., Voruganti, L. N.:** Impact of atypical antipsychotics on quality of life in patients with schizophrenia. *CNS Drugs*, 18, 2004, .13, pp. 877-893.
3. **Beran, J.:** Základy psychoterapie pro lékaře. Grada Publishing, Praha, 2000.
4. **Eckman, T. A., Wirshing, W. C., Marder, S. R. et al.:** Techniques for training patients in illness self-management. A controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1996, pp. 1549-1555.
5. **Erhart, S. M., Marder, S. R., Carpenter, W. T.:** Treatment of schizophrenia Negative Symptoms: Future Prospects. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 2006, .2, pp. 234-237.
6. **Kopolowicz, A., Liberman, R. P., Wallace, C. J.:** Psychiatric rehabilitation for schizophrenia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3, 2003, 2, pp. 283-298.
7. **Kratochvíl, S.:** Skupinová psychoterapie v praxi. Galén, Praha, 1995.
8. **Kučerová, H.:** Rehabilitační léčba jakou součástí komplexní psychiatrické péče v podmínkách klinického pracoviště. *Čs. Psychiat.*, 81, 1985, 3, s.187-191.
9. **Kučerová, H.:** Rehabilitační metody v doléčování psychicky nemocných. *Prakt. Lék.*, 68, 1988, 11., s. 433-435.
10. **Kučerová, H.:** Resocializace chronicky nemocných psychiatrických pacientů v ambulantních podmínkách. *Prakt. Lék.*, 75, 1995, 3, s. 106-108.
11. **Kučerová, H.:** Psychoterapie neznamená jenom si s pacienty povídat. *Zdravotnické noviny*, 50, 2001, Lékařské listy, s. 16-18.
12. **Kučerová, H.:** Farmakoterapie a rehabilitace tvoří komplex. *Čes. a slov. Psychiat.*, 98, 2002, 6, s. 348-349.
13. **Kučerová, H.:** Resocializace pacientů schizofreniků v psychoterapeutických skupinách. Deset let zkušeností na psychiatrické ambulanci. *Prakt. Lék.*, 82, 2002, 1, s. 26-28.
14. **Liebmann, M. (Ed.):** Art therapy in practice. Jessica Kingsley Publishers, London, 1990.
15. **Pankey, J., Hayes, S. C.:** Acceptance and commitment therapy for psychosis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3, 2003, .2, pp. 311-328.
16. **Sass, L. A.:** „Negative symptoms“, schizophrenia, and the self. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3, 2003, 2, pp. 153-180.

*MUDr. Helena Kučerová, HonDG
Soukromá psychiatrická ordinace
Na Náspech 78
751 00 Hranice na Moravě
e-mail: hlnkucerova@seznam.cz*

REFERÁT Z PÍSEMNICTVÍ

Kiefer F., Jahn H., Otte Ch. et al.: Increasing Leptin Precedes Craving and Relapse during Pharmacological Abstinence Maintenance Treatment of Alcoholism (Leptin odhalí recidivu u alkoholismu)

Journal of Psychiatric Research, 39, 2005, č. 5, s. 545-551.

Němečtí autoři (univerzitní pracoviště v Mannheimu a Hamburku) zjistili, že zvýšená plazmatická koncentrace leptinu předchází bažení po alkoholu a recidivě během farmakologického udržování abstinence v rámci léčby závislosti na alkoholu.

Touhu (dychtivost) reguluje peptid leptin a ten bývá spojován s bažením po alkoholu a jeho celoživotním požíváním. Nicméně účinky léků z oblasti antialkoholik na leptin dosud nebyly studovány.

Proto logickým cílem studie bylo testovat hypotézu, zda plazmatická koncentrace leptinu u abstinnujících alkoholiků během léčby naltrexonem, resp. akamprosatem, je spojena s trváním abstinence, resp. bažením po alkoholu. Plazmatická koncentrace leptinu byla měřena u 160 právě detoxifikovaných alkoholiků během dvojité slepé, placebem kontrolované studie se zaměřením na prevenci recidivy. Byly porovnávány léčebné výsledky s naltrexonem proti akamprosatu a proti kombinaci naltrexon+akamprosát.

Během podávání placebo bylo pozorováno zvýšení plazmatické koncentrace leptinu. Při kombinované léčbě naltrexonem a akamprosatem došlo k signifikantnímu poklesu plazmatické koncentrace leptinu. Změny počáteční plazmatické hladiny po 4, 8 a 12 týdnech nepřímo úměrně korelovaly s trváním abstinence a po 4 týdnech pozitivně korelovaly se sebehodnoceným bažením po alkoholu.

Závěrem autoři shrnují výsledky své práce takto: Studie poskytuje první důkaz pro spojitost mezi zvýšením plazmatických koncentrací leptinu a recidivou vedoucí k obnovenému požívání alkoholu u detoxifikovaných alkoholiků. Mimoto jsou důkazy pro interakci mezi farmakologickou protialkoholní léčbou, plazmatickou koncentrací leptinu a trváním abstinence.

MUDr. Jaroslav Veselý