

NOVÉ MOŽNOSTI ZAVEDENÍ METODY KOGNITIVNÍ REMEDIACE A TRÉNINKU EMOČNÍCH DOVEDNOSTÍ (CREST) DO RODIN PACIENTŮ S MENTÁLNÍ ANOREXIÍ

souborný článek

Kristýna Wohlinová¹
Hana Papežová¹

¹Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN
v Praze

Kontaktní adresa:

Mgr. Kristýna Wohlinová
Ke Karlovu 11
128 05 Praha 2
e-mail: Kwohlinova@seznam.cz

Článek vznikl za finanční podpory
grantu Q06.

SOUHRN

Wohlinová K, Papežová H. Nové možnosti zavedení metody Kognitivní remediace a tréninku emočních dovedností (CREST) do rodin pacientů s mentální anorexií

Kognitivní a emoční deficit výrazně ovlivňuje průběh a vyústění mnoha psychiatrických onemocnění. U anorexia nervosa (AN) se projevuje především v set shiftingu, centrální koherenci, zhoršené rozhodovací a vizuospaciální schopnosti a paměti. Emoční deficit se projevuje v inhibici averzních pocitů a anhedonii. Kognitivní remediace (CRT) společně s nácvikem emočních dovedností (CREST) patří tak mezi důležité terapeutické metody. V článku sumarizujeme výsledky dosavadních výzkumů rodinné formy těchto intervencí, která vykazuje lepší terapeutický efekt v porovnání s terapií individuální. Záměrem naší plánované studie je využití přístupu CRT a CREST v rodině a v domácím prostředí u nás a ověření účinnosti nového terapeutického manuálu na specifický kognitivní a emoční deficit u AN.

Klíčová slova: Mentální anorexie, kognitivní remediace, nácvik emočních dovedností, set shifting, centrální koherence, rodinná terapie.

SUMMARY

Wohlinová K, Papežová H. The new concept of the family-based Cognitive remediation and emotion skills training (CREST) for anorexia nervosa patients

Cognitive deficits in anorexia nervosa (AN) patients are based on set shifting, weak central coherence, impaired decision making, visuospatial ability and memory. There are several emotional deficits including inhibition of adverse feelings, anhedonia as well. Cognitive remediation (CRT) and Emotion Skills Training (CREST) are described to improve these deficits. We summarize results of previous research and introduce the new option of using the existing manuals in treatment including family members. The aim of further studies is to create self-reported guideline, to support the family-based training in their home environment and verify the effect of cognitive remediation on specific cognitive and emotional deficit in AN.

Key words: anorexia nervosa, Cognitive remediation, Emotion Skills Training, set shifting, central coherence, family based therapy.

ÚVOD

Mentální anorexie (AN) patří mezi poruchy příjmu potravy. Hlavní charakteristikou bývá zkreslené vnímání vlastního těla a restrikce kalorického příjmu směřující k významnému úbytku hmotnosti.¹ Jedinec si udržuje svoji hmotnost co možná nejnižší ovládním své celkové energetické bilance, primárně omezením výživy. Někteří pacienti také snižují příjem energie a zvyšují energetický výdej excesivním cvičením, užíváním léků (např. metabolických stimulantů, laxativ, diuretik), vystavením se chladu, proplachům nebo pouhým žvýkáním a pliváním potravin bez jejich polykání.

Na základě výzkumů z USA a západní Evropy je celoživotní prevalence AN udávána mezi 0,5 a 2,2 % u žen, u mužů asi 1 %² a v průběhu let počet lidí s tímto onemocněním narůstá. K této nemoci také patří časté skrývání symptomů, a proto je pravděpodobně hodnota prevalence ještě vyšší. Z posledních výzkumů vyplývá, že právě AN má z celého okruhu poruch příjmu potravy nejvyšší úmrtnost, konkrétně z 1000 osob je to 5,1.³ Zároveň je třeba vzít v úvahu skrytou povahu takového onemocnění, kdy příčinou nebývá samotné duševní onemocnění, ale jeho somatické následky, například srdeční selhání, zápal plic, a asi z 20 % je příčinou smrti suicidium.⁴

Léčba mentální anorexie má komplexní povahu a je nutná, aby se na ní podílel multidisciplinární tým. Tento přehledový článek s nástinem vlastní připravované studie poukazuje na jednu z doplňkových možností léčby, která se opírá především o neuropsychologické koreláty a emoční deficit spojené s tímto závažným onemocněním.

Kognitivní deficit

Existuje obecná shoda o deficitu v oblasti pravé parietální kůry.^{5,6} Toto funkční poškození je již viditelné u adolescentní skupiny pacientů s AN. Není sice zcela zřejmé, jestli kognitivní deficit je důsledkem maladaptivního chování, či je osobnostní predispozicí, ale je jisté, že s rozvojem onemocnění souvisí. Výzkumy prokazují deficit ve vizuální schopnosti, paměti,⁷ selektivní pozornosti,⁸ v oblasti rozhodování, set shiftingu a centrální koherenci.⁹ Velký výzkumný zájem je věnován posledním dvěma uvedeným, a existuje dokonce manuál k jejich procvičování,¹⁰ o který se opírá i záměr naší plánované studie.

Centrální koherence je schopnost skládat informace do smysluplných celků. Uváděný deficit se u diagnózy AN projevuje upřednostněním detailu před celkem. V praktickém životě se dá říci, že pacienti „pro stromy nevidí les“.¹⁰ V klinickém obraze se symptomatika projevuje zkresleným vnímáním tělesného schématu.¹¹ Toto oslabení bylo objeveno nejen u pacientů procházejících léčbou, ale i těch v remisi, u jejich zdravých sester i matek.¹²

Set shifting je dokonce považován za endofenotyp AN.¹³ Jeho fungování se projevuje flexibilitou a umožňuje dynamické sociální interakce, změny přesvědčení, stereotypů i zlovyků.¹⁴ U osob s AN toto oslabení znamená rigiditu, ať už ve změnách postojů k jídlu, či k sobě samému, a stává se překážkou na cestě k remisi. Z výzkumů vyplývá, že rigidita a zaměřenost na detail mohou být dokonce predispozicí pro AN.¹⁵

Emoční deficit

Stále větší pozornost odborníků je věnována emočnímu deficitu u AN. Haynos a Fruzzeti¹⁶ uvádějí, že se jedná o proces v interakci mezi biologickou zranitelností v emocionálním prožívání a socio-kulturním prostředím, které znehodnocuje afektivní stavy jedince. Tchanturia¹⁷ dále uvádí v souvislosti s onemocněním konkrétně i anhedonii a alexithymii. Pacientky s AN nemohou prožívat kladné emoce, nedokážou se těšit z příjemnosti a tím se snižuje jejich schopnost motivace pro zažití úspěchu. Tím, že pacientky hladoví a redukují svou hmotnost, ubývá i jejich nežádoucích psychických prožitků. Brockmeyer¹⁸ popisuje především regulaci negativních emocí, jako je stud, hněv, pocity viny a strach. Redukce váhy zároveň zvyšuje pocity kontroly a postupné změny neurotransmiterových systémů, například dopaminu (syndrom narušené reakce na odměnu) a serotoninu (změny v prožívání anxiety, deprese i sytosti) tak upevňují ego-syntónii, kladný postoj k restrikci příjmu potravy, hladovění a prohlubují patologické jídelní chování. Změny emočního prožívání a pocity vlastní účinnosti se mění podle závažnosti hmotnostních ztrát, duálních diagnóz a časového průběhu onemocnění.

Trénink kognitivních funkcí a emočních dovedností

Ačkoli vědecká zjištění přinášejí velké množství informací, jak posílit porozumění etiopatogenezi AN, základní důkazy, tzv. evidence based o účinné léčbě obecně, jsou vzácné.¹⁹ Z výše uvedených poznatků o kognitivních a emočních deficitech vyplývá potřeba jejich tréninku. Zároveň je třeba u pacientů s hlubokou podváhou (pod BMI 16) začít procvičováním kognitivních funkcí a až následně pokračovat emočními dovednostmi, a to s přihlédnutím k individuálním kapacitám a možnostem pacienta.¹⁵ Jako první doplňková metoda se objevila kognitivní remediace, totiž cvičení zaměřená na centrální koherenci a set shifting. Vychází z klinické individuální terapie Dr. Kate Tchanturia et al.,¹⁰ kdy se terapeut a pacient setkávají jednou týdně celkem desetkrát a řeší různé úkoly zaměřené na kognitivní flexibilitu a schopnost zobecňovat. První výsledky studií o CRT naznačily zlepšení kognitivních schopností a zvýšení úspěšnosti léčby.²⁰ Později byla CRT zavedena do skupinové terapie, kde pacienti mohli navíc sdílet své zkušenosti se ostatními. Skupinová CRT se ukázala jako praktická podpora v léčbě AN²¹ také na naší Specializované jednotce pro poruchy příjmu potravy na Psychiatrické klinice v Praze.²²

Kognitivní remediace a trénink emočních dovedností (Cognitive Remediation and Emotion Skills Training, CREST) přichází s novou vlnou psychologických intervencí u poruch příjmu potravy. Navazuje tak na původní manuál CRT a zachovává jeho strukturu. CREST pracuje s reálnou schopností pacientů přijímat, tolerovat a řídit emoce a zároveň je vyjadřovat. Opět vychází z 10 sezení od tréninku kognice samotné až po rozpoznávání emocí v sobě a druhých. Pochopit, co tyto emoce mohou signalizovat, dále pomáhá v rozvoji adaptivních a sociálních dovedností.

Manuál zahrnuje v 10 lekcích 6 důležitých témat

Myšlení o myšlení

Myšlení o emocích

Rozpoznávání vlastních emocí

Zvládání vlastních emocí

Vyjádření vlastních emocí

Rozpoznání a interpretace emocí ostatních lidí

Tchanturia ve svých výsledcích uvádí, že i individuální trénink CREST u pacienta přispívá k jeho ochotě navazovat kontakt s dalšími osobami, zlepšuje dovednost rozpoznat vlastní emoce a zvyšuje pocit kompetence věci měnit.²¹ Současné přehledové články potvrzují počáteční informace o přijatelnosti a proveditelnosti léčby AN zaměřené na emoce,²³ především soucitu, jehož role při úzdravě je již obecně přijímána.²⁴ Soucit definujeme jako kognitivní, afektivní a behaviorální zkušenost, jejíž primární funkcí je usnadnit spolupráci a ochranu slabých a těch, kteří trpí.²⁵

PLÁNOVANÁ KLINICKÁ STUDIE

V posledním desetiletí výzkum prokázal vyšší účinnost rodinné terapie v léčbě AN, zvláště u dospívajících.²⁶ Rodinný přístup je také metodou prevence rozvoje chronické formy onemocnění, pro kterou neexistuje žádná známá léčba založená na důkazech.²⁷ V návaznosti na tyto poznatky a klinické zkušenosti vznikla snaha zapojit trénink kognitivních funkcí a emočních dovedností do práce s rodinným systémem. Podle Eislera je rodina klíčem k úspěšné léčbě.²⁸ Na základě výsledků pilotní kvalitativní studie na Psychiatrické klinice při 1. LF UK a VFN v Praze,²⁹ ve které pacienti pozitivně vyhodnocují nespecifický vliv kognitivní terapie, vyplynula potřeba dále zkoumat metody dosažení většího ovlivnění těchto charakteristik.²⁹ Různé typy rodinné terapie, i na našem pracovišti, byly opakovaně prokázány jako účinné a dobře akceptované pacienty.^{28,32,33}

Cílem naší plánované studie je ověřit účinnost manuálu CREST pro dospělé pacienty a jejich rodinné příslušníky s AN vytvořeného na základě nejnovějších poznatků s důrazem na soucit tak, aby poskytl pacientům a rodinným

příslušníkům komplexní léčebnou metodu, která jim umožní lépe se zorientovat ve vlastní životní situaci a zlepšit schopnosti ji měnit.

ZÁVĚR

Cílem je implementovat současné poznatky do komplexního skupinového programu s možností individualizace podle stupně závažnosti a průběhu onemocnění (step by step přístup). Zajímají nás přesnější indikace i klinické charakteristiky pacientů, kteří tuto terapii odmítají nebo na ni nereagují.¹⁷

Součástí rozsáhlé baterie na měření této metody jsou neuropsychologické testy, dotazník sebehodnocení, deprese, anxiety, alexithymie a dotazník hodnotící srozumitelnost, zábavnost a užitečnost cvičení. Tato metodika by měla přinést závěry dostačující pro zavedení nové doplňkové metody léčby mentální anorexie. Pacienti, kteří v této době již prošli touto intervencí, se zlepšili v kognitivním výkonu, sebevědomí, klinických příznacích a obecném fungování. Navrhovaná metoda zobrazuje problémy jednotlivců v kontextu rodinného systému. Intervence dává příležitost zamyslet se a diskutovat o stylu myšlení, plánování a umožňuje provádět změny v každodenním životě, rozpoznávat a interpretovat emoce své i druhých v primárním rodinném prostředí.

V posledních letech se výzkumní pracovníci z celého světa zabývají více schopností pacientů s AN a dalšími poruchami příjmu potravy pocívat soucit k sobě samotným i k druhým lidem a také schopností soucit a pomoc od ostatních přijímat. Vznikají terapie zaměřené na tyto funkce známé pod označením Mentalisation Based Treatment u poruch příjmu potravy (MBT-ED, vycházející z teorie mysli, teorie rané vazby, evoluční biologie a neurobiologie) a zlepšování „mindfulness“ (schopnost nekonfliktním způsobem vnímat vlastní stav mysli, pozorovat vlastní myšlenky a pocity, bez snahy je potlačit nebo popřít) s pozitivními neurologickými změnami. Některé tréninky jsou už dostupné i na internetu, slibují snížení strachu a úzkosti a zlepšení sociálních vztahů. Ač je rozvoj schopnosti jedince vnímat stav vlastní mysli a své pocity prokazatelně důležitý a popsán již AN Hilde Bruchovou, je třeba nové evidence based modality přístupů zaměřených na uvědomění si a vyjádření vlastních i cizích pocitů i jejich pozitivní dopad na průběh onemocnění ověřit dalšími studiemi.

LITERATURA

1. American Psychiatric Association. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. Arlington: VA 2013.
2. Bulik CM, Sullivan PF, Tozzi F et al. Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. Arch Gen Psychiatry 2006; (63): 305–312.
3. Hsu LK. Epidemiology of the Eating Disorders. Psychiatr Clin North Am 1996; 19 (4): 681–700.
4. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality Rates in Patients With Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders. A Meta-analysis of 36 Studies. Arch Gen Psychiatry 2011; 68 (7): 724–731.
5. Maxwell JK, Tucker DM, Townes BD. Asymmetric cognitive function in anorexia nervosa. Int J Neurosci 1984; 24: 37–44.
6. Neumarker KJ, Bzufka WM, Dudeck U et al. Are there specific disabilities of number processing in adolescent patients with Anorexia nervosa? Evidence from clinical and neuropsychological data when compared to morphometric measures from magnetic resonance imaging. Eur Child Ado-

- lesc Psychiat 2009; (suppl. 2): II 111–II121.
7. Kingston K, Szmukler G, Andrewes D, Tress B, Desmond P. Neuropsychological and structural brain changes in anorexia nervosa before and after refeeding. *Psychological Medicine* 1996; 26 (1): 15–28.
 8. Bradley SJ, Taylor MJ, Rovet JF et al. Assessment of brain function in adolescent anorexia nervosa before and after weight gain. *J Clin Exp Neuropsychol* 1997; 19 (1): 20–33.
 9. Cavendini P, Bassi T, Ubbiali A et al. Neuropsychological investigation of decision-making in anorexia nervosa. *Therapy* 2004; 4 (3): 285–292.
 10. Tchanturia K, Davies H, Schmidt U et al. Cognitive Remediation Flexibility Modul for Anorexia Nervosa. Unpublished manual, Institute of Psychiatry, King's College London 2006.
 11. Lopez C, Tchanturia K, Stahl D, Treasure J. Central coherence in eating disorders: A systematic review. *Psychological Medicine* 2008; 38 (10): 1393–1404.
 12. Lang K, Roberts M, Harrison A et al. Central coherence in eating disorders: a synthesis of studies using the rey osterrieth complex figure test. *PLoS One* 2016; 11(11): e0165467.
 13. Danner UN, Sanders N, Smeets PA et al. Neuropsychological weaknesses in anorexia nervosa: set-shifting, central coherence, and decision making in currently ill and recovered women. *Int J Eat Disord* 2012; 45 (5): 685–694.
 14. Pender S, Gilbert SJ, Serpell L. The Neuropsychology of Starvation: Set-Shifting and Central Coherence in a Fasted Nonclinical Sample. *PLoS ONE* 2014; 9 (10): e110743.
 15. Papežová H. et al. Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání. Interdisciplinární a transdiagnostický pohled. *Mladá fronta* 2018.
 16. Haynos AF, Fruzzetti AE. Anorexia Nervosa as a Disorder of Emotion Dysregulation: Evidence and Treatment Implications. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2011; 18: 183–202.
 17. Tchanturia K, Doris E, Fleming C. Effectiveness of cognitive remediation and emotion skills training (CREST) for anorexia nervosa in group format: A naturalistic pilot study. *Eur Eat Disord Rev* 2014; 22: 200–205.
 18. Brockmeyer T, Walther S, Ingerner K et al. Brain effects of computer-assisted cognitive remediation therapy in anorexia nervosa: A pilot fMRI study. *Psychiatry Research: Neuroimaging* 2016; 249: 52–56.
 19. Fairburn CG. Evidence based treatment of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2005; 37: 26–30.
 20. Tchanturia K, Whitney J, Treasure J. Can cognitive remediation help to treat anorexia nervosa? *Eat Weight Disord* 2006; 11 (4): 112–116.
 21. Tchanturia K, Doris E, Mountford V, Fleming C. Cognitive Remediation and Emotion Skills Training (CREST) for anorexia nervosa in individual format: self-reported outcomes. *BMC Psychiatry* 2015; 15: 53.
 22. Žuchová S, Erler T, Papežová H. Group cognitive remediation therapy for adult anorexia nervosa inpatients: first experiences. *Eat Weight Disord* 2013; 18 (3): 269–273.
 23. Sala M, Heard A, Black EA. Emotion-focused treatments for anorexia nervosa: a systematic review of the literature. *Eat Weight Disord* 2016; 21 (2):147–164.
 24. Montero-Marín J, Gaete J, Demarzo M. Self-Criticism: A Measure of Uncompassionate Behaviors Toward the Self, Based on the Negative Components of the SelfCompassion Scale. *Frontiers in Psychology* 2016; 7: 1281.
 25. Goetz JL, Keltner D, Simon-Thomas E. Compassion: an evolutionary analysis and empirical review. *Psychol Bull* 2010; 136: 351–374.
 26. Blessitt, E, Voulgari S, Eisler I. Family therapy for adolescent anorexia nervosa. *Current Opinion in Psychiatry* 2015; 28 (6): 455–460.
 27. Agras WS, Lock J, Brandt H et al. Comparison of 2 Family Therapies for Adolescent Anorexia Nervosa: A Randomized Parallel Trial. *JAMA Psychiatry* 2014; 71 (11): 1279–1286.
 28. Eisler I, Dare C, Russell GF et al. Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54 (11): 1025–1030.
 29. Žuchová S, Toutonghi J, Papežová H. Rodinná forma kognitivní terapie pro pacientky s mentální anorexií: první zkušenosti. *Cognitive Remediation Journal* 2013; 2 (1): 2–9.
 30. Couturtier, J, Kimber, M, Szatmari P. Efficacy of family based treatment for adolescents with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord* 2013; (46): 3–11.
 31. Hutchinson S, Roberts A, Lask B. Family Cognitive Remediation Therapy for Child and Adolescent Anorexia Nervosa. In: Tchanturia K (ed). *Cognitive Remediation Therapy (CRT) for Eating and Weight Disorders*. London: Routledge 2014: 147.
 32. Mehl A, Tomanova J, Kubena AA et al. Adapting multi-family therapy to families who care for a loved one with an eating disorder in the Czech Republic combined with a follow-up pilot study of efficacy. *J Fam Ther* 2012; 2: 24.
 33. Le Grange D, Binford R, Loeb KL. Manualized family-based treatment for anorexia nervosa: a case series. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44 (1): 41–46.

referáty z literatury

Kozian R, Schmid G, Demian S Hypothermia during treatment with aripiprazole

(Hypotermie během léčby aripiprazolem)
Psychiat Prax 2019; 46 (1): 49–51.

Poruchy termoregulace jsou dobře známý vedlejší účinek neuroleptické léčby, obzvláště hypertermie. Hypo-

termie se může též objevit během léčby neuroleptiky. Nyní je hypotermie stále více působena atypickými neuroleptiky se vztahem k antagonismu serotoninového receptoru 2A.

Němečtí autoři (nemocniční pracoviště Rottweil) referují o případu 92letého demenčního pacienta s hypotermií během léčby aripiprazolem.

MUDr. Jaroslav Veselý