

Predstavitev integriranega psihološkega terapevtskega programa za bolnike s shizofrenijo

Sana Čoderl, univ. dipl. psih.
Psihiatrična bolnišnica Begunje

Uvod

V prispevku želimo predstaviti teoretični koncept Integriranega psihološkega terapevtskega programa za bolnike s shizofrenijo, ki smo ga kot pilotski projekt uvedli v Psihiatrični bolnišnici Begunje v manjši skupini odraslih pacientov z diagnozo shizofrenije. Program je usmerjen v rehabilitacijo kognitivnih motenj ter specifičnih deficitov v socialnem vedenju, ki so tipični za shizofreno motnjo.

Opredelitev Integriranega psihološkega terapevtskega programa za bolnike s shizofrenijo

Integriran psihološki terapevtski program (v nadaljevanju IPT) je namenjen rehabilitaciji kognitivnih deficitov ter treningu socialnih veščin pri bolnikih s shizofrenijo (Brenner, Roder, Hodel, Kienzle, Reed in Libermann, 1994). Program je strukturiran hierarhično in temelji na predpostavki, da je potrebno za izvajanje kompleksnejših načinov socialnega vedenja najprej vzpostaviti ustrezne temeljne kognitivne funkcije, kamor uvrščamo pozornost, koncentracijo, spomin in zmožnost abstrahiranja. Osnovan je na multimodalnem konceptu obravnave shizofrenije, ki ga je moč realizirati z večdimenzionalnimi psihoterapevtskimi postopki ter optimalno psihofarmakoterapijo.

Prvi nastanki programa segajo v leto 1978 (Hodel in Brenner, 1994) na Centralni inštitut za duševno zdravje Psihiatrične klinike v Mannheimu. Do danes so njegovi avtorji zbrali številna izkustva tako s kliničnega kot tudi z znanstveno empiričnega vidika (Brenner, Roder, Hodel, Kienzle, Reed in Libermann, 1994). Na podlagi mnenj bolnikov, kliničnih delavcev in raziskovalcev se IPT neprestano razvija in tako avtorji nova teoretična ter praktična spoznanja integrirajo v obstoječi terapevtski program. Danes se srečujemo s tretjo izdajo priročnika (Brenner, Roder, Hodel, Kienzle, Reed in Libermann, 1994) za izvajanje tega programa, v mnogih klinikah v Švici, Nemčiji in Avstriji pa je IPT del standardne obravnave v terapiji in rehabilitaciji shizofrenih bolnikov. Preizkušen tudi v drugih kulturnih okoljih (Velika Britanija, ZDA, Španija, Francija, Češka in Japonska).

Njegova prednost je v tem, da se ne dotika zgolj bolnikov s shizofrenijo, temveč tudi interakcije prizadetih z okoljem, ki sooblikuje bolezenski proces. V tem smislu se program ne zgladuje samo po intrapersonalnem modelu, temveč upošteva tudi interpersonalne učinke.

Opis strukture in podprogramov Integriranega psihološkega terapevtskega programa za shizofrene bolnike

IPT je sestavljen iz 5 podprogramov, ki so zgrajeni na ta način, da se težišče terapije postopoma prelaga iz vzpodbujanja in stabiliziranja temeljnih kognitivnih procesov do ponovnega vzpostavljanja socialnih spretnosti (Brenner, Roder, Hodel, Kienzle, Reed in Libermann, 1994). Oba pristopa se na vsaki stopnji terapije med seboj tudi prepletata. Prvotako so terapevtski materiali izbrani tako, da zahteve do bolnika in realitetna kontrola v poteku terapije nenehno naraščajo (od preprostega in preglednega do bolj težavnega in kompleksnega). Vzporedno s tem se odvija tudi kvalitativno in kvantitativno intenziviranje skupinskih procesov, ki vključuje doziranje emocionalno obremenjujočih terapevtskih vsebin. To pomeni, da se program stopnjuje od visoke strukturiranosti in orientiranosti na naloge v začetnih fazah obravnave do večjega poudarka na spontanih skupinskih interakcijah v kasnejših fazah.

V nadaljevanju prispevka bomo opisali teoretične in praktične osnove posameznih podprogramov ter njihove terapevtske cilje (Brenner, Roder, Hodel, Kienzle, Reed in Libermann, 1994).

Tabela 1: Cilji in tehnike posameznega podprograma IPT (Brenner, Roder, Hodel, Kienzle, Reed in Libermann, 1994).

PODPROGRAM	CILJI	TEHNIKE
Kognitivna diferenciacija	<ul style="list-style-type: none"> • pozornost, koncentracija • pojmovornost 	<ul style="list-style-type: none"> • klasifikacija kartic • vaje z verbalnimi pojmi
Socialna percepcija	<ul style="list-style-type: none"> • analiza socialnih dražljajev 	<ul style="list-style-type: none"> • deskripcija in interpretacija socialnih dražljajev • diskusija o pomenu situacije
Verbalna komunikacija	<ul style="list-style-type: none"> • komunikacijske spretnosti 	<ul style="list-style-type: none"> • vaje verbalnega ponavljanja • postavljanje vprašanj • komunikacija o določeni temi
Socialne spretnosti	<ul style="list-style-type: none"> • socialne spretnosti 	<ul style="list-style-type: none"> • kognitivno prestrukturiranje • igra vlog identifikacija in analiza problema
Interpersonalno reševanje problemov	<ul style="list-style-type: none"> • strategije za medosebno reševanje problemov 	<ul style="list-style-type: none"> • kognitivno prestrukturiranje • prenos v vsakdanje življenje

1. podprogram: KOGNITIVNO DIFERENCIRANJE

Kognitivne motnje so bistveni znak shizofrenije (Brenner, 1987). Na splošno pod tem izrazom razumemo pomanjkljivo sposobnost usmerjanja in diferenciranja procesov zaznavanja, pozornosti, pomnjenja, abstrahiranja in sklepanja. Bolniki imajo tako težave z ločevanjem med bistvenim in nebistvenim, neučinkoviti so v vzpostavljanju nadrednih miselnih povezav, njihova fleksibilna uporaba obstoječih miselnih shem je motena.

Pri sedanjem stanju raziskav na področju shizofrenije je še zmeraj odprto vprašanje na katerih stopnjah procesa predelave informacij (sprejem dražljaja – predelava dražljaja – odgovor na dražljaj) nastopajo motnje, ker so namreč posamezne faze med seboj prepletene. Tako npr. motnje na stopnji sprejema informacij nujno vplivajo na višje nivoje procesiranja.

Podprogram Kognitivno diferenciranje je zgrajen iz posameznih stopenj, ki se v težavnosti nadgrajujejo. V tem podprogramu bolniki preko konkretnih vaj s kartami, na katerih je zapisan terapevtski material izvajajo različne naloge (npr. gradijo hierarhije pojmov, iščejo sinonime, antonime, skušajo definirati posamezne besede ter uporabljati pojme z različnim pomenom glede na kontekst, trenirajo iskalne strategije za ugotavljanje posameznih pojmov ipd.).

Cilji kognitivnega diferenciranja so usmerjanje pozornosti na postavljene naloge, vzdrževanje sposobnosti koncentracije v daljšem časovnem obdobju, razlikovanje bistvenega od nebistvenega ter urjenje sposobnosti pojmovornosti in abstrahiranja. V tej fazi rehabilitacije je pomembno, da skušajo bolniki natančno obdelati, miselno izpeljati in utemeljiti svoje izjave. Pomembno je, da so njihove logične povezave ustrezne.

2. podprogram: SOCIALNO ZAZNAVANJE

Socialno zaznavanje definiramo kot sprejemanje in predelavo socialnih informacij. Pri bolnikih s shizofrenijo ugotavljajo avtorji motnje v obeh procesih. V ozadju motenega sprejema informacij leži nevropsihološki deficit selektivne pozornosti, ki se v vedenju kaže kot nezmožnost razlikovanja med bistvenim in nebistvenim, odkrenljivost, težave z osredotočanjem in preplavljenost z dražljaji.

Na nivoju predelave informacij je za bolnike s shizofrenijo značilno pomanjkljivo izkoriščanje preteklih izkušenj. V tem smislu jim le delno uspeva, da nove izkušnje povezujejo s starim znanjem. Možne razlage tega deficita iščejo avtorji (Brenner, Roder, Hodel, Kienzle, Reed in Libermann, 1994) v motenih integracijskih funkcijah opredelave informacij ter v težavah z aktivacijo shranjenih reprezentacij.

Raziskave kažejo, da lahko bolniki zaradi vizualnih motenj zaznavanja pogosto odpovedo v socialnih situacijah. Tako npr. človeški obraz vsebuje v primerjavi z drugimi dražljaji množico trajno spreminjajočih se dražljajev, kar lahko ob motnjah selektivne pozornosti privede do napačnih interpretacij.

Odpovedovanja ljudi s shizofrenijo v socialnih situacijah pa ne moremo razložiti zgolj z do sedaj omenjenimi deficiti v kognitivnih funkcijah. Raziskave namreč kažejo, da zanje v socialnih situacijah ni obremenjujoče zgolj spreminjanje dražljajev oz. njihovo število. Pomemben stresni dejavnik je namreč tudi visoka emocionalna nabitost socialnih situacij, pri čemer so človeški obrazi kot primarni element človeške komunikacije lahko zaznani kot nekaj obremenjujočega.

Tudi podprogram Socialno zaznavanje temelji na delu s konkretnimi pripomočki in sicer se najpogosteje uporabljajo različni slikovni material. Bolniki se učijo čimbolj natančnega zbiranja informacij ter njihove interpretacije. Konkretno to pomeni, da skušajo na slikah zaznati vse detajle do popolnosti (s čimer preprečujemo možnost enostranske selekcije vizualnih dražljajev)

ter oblikovati in predelati informacije s ciljem ugotavljanja in preprečevanja napačnih vzorcev interpretiranja. V skupini se preko diskusij o izraženih interpretacijah razrešujejo kognitivne disonance, pri čemer je najpomembnejše, da so interpretacije logično razumljive.

Avtorji (Brenner, Roder, Hodel, Kienzle, Reed in Libermann, 1994) navajajo, da se pri uvedbi treninga socialnega zaznavanja zmeraj znova srečujemo s tem, da so bolniki fiksirani na določene dražljaje oz. da se držijo ustaljenih vzorcev interpretiranja. V tem smislu pomeni izboljšanje vizualnega zaznavanja socialnih situacij možnost za bolj učinkovito pozornost ter s tem interpretacijo socialnih situacij. Cilj tega podprograma je v tem, da se bolniki preko uporabe interpretacijskih shem naučijo boljšega izkoriščanja prejšnjih izkušenj.

3. podprogram: VERBALNA KOMUNIKACIJA

Verbalna komunikacija lahko predstavlja za bolnike s shizofrenijo emocionalno obremenjujočo situacijo, v kateri je povečana celotna psihofiziološka raven vzdraženosti. Množica informacij, ki jih je potrebno v verbalni komunikaciji predelati pogojuje oz. okrepljuje kognitivne motnje, zaradi katerih bolnik posledično ne zmore več ustrezno predelovati dražljajev. Tako do bolnika prispejo samo še delna sporočila njegovega sogovornika, ki pa jih bolniki lahko napačno povežejo. Tovrstni način komunikacije vodi čustveno obremenjujoče situacije, ki pa kognitivne motnje še poslabšujejo in vodijo do začaranega kroga.

Praktična izvedba tega podprograma je sestavljena iz različnih terapevtskih nalog, med katere spadajo npr. dobesedno ponavljanje danih stavkov, smiselno podajanje samostojno formuliranih stavkov, samostojno formulirana vprašanja z odgovori, postavljanje vprašanj določenemu članu na izbrano temo ter prosta komunikacija, ki predstavlja zaključno fazo podprograma.

V tem podprogramu ima poseben pomen ovrednotenje komunikacijskega procesa, ki ga lahko izvaja v naprej določen član skupine ali/in terapevt oz. koterapevt. Pozornost je usmerjena tako na vsebinske vidike (razumevanje sporočila, kvaliteta sporočila - poglobljeno oz. površno komuniciranje, ali je bila ohranjena rdeča nit itd.) kakor tudi na formalne vidike (glasnost govora, melodija itd.)

Pomembno je, da skupina najprej uspešno obvlada manj zahtevne naloge, sicer se je potrebno pri težavah v višjih stopnjah podprograma zmeraj znova vračati na prejšnje stopnje. Podprogram je uspešno zaključen takrat, ko se znotraj in zunaj terapevtskih okvirov ugotavlja očitno manj motena verbalna komunikacija.

Terapevti morajo v tej fazi istočasno posvetiti pozornost verbalni komunikaciji bolnikov izven terapevtskega programa in s tem presoditi ali bolniki tudi zunaj skupine ustrezno uporabljajo pridobljene sposobnosti (npr. pri družinskem pogovoru, v terapevtskih individualnih pogovorih itd.). Težave, ki se pri tem pojavljajo je potrebno obravnavati na terapevtskih skupinah in jih na posameznih stopnjah ustrezno predelati.

4. podprogram: Socialne spretnosti

Socialne spretnosti imajo svojo emocionalno in kognitivno podlago, ki pa se med sabo prepletata. Na emocionalnem nivoju trpijo bolniki zaradi motenj predelave in interpretacije emocionalnega izražanja. V socialnih situacijah so zato polni strahu in situacije nerealno interpretirajo. Na kognitivnem nivoju pa kompleksne oz. z dražljaji prenapolnjene socialne situacije presegajo njihovo zmanjšano kognitivno kapaciteto za predelavo. V ozadju teh motenj leži otežen dostop do dolgoročno shranjenih socialnih načinov vedenja, kar pomeni, da bolniki ne zmorejo aktualizirati in izkoristiti obstoječih socialnih izkušenj. Njihov proces učenja socialnih interakcij in reprezentiranja le-teh je moten (Corrigan, 1991).

Neustrezna kognitivna predelava socialnih situacij ima pomembno vlogo v nastanku in vzdrževanju funkcionalnih deficitov bolnikov na socialnem področju. Tako ne zmorejo uspešno vstopati v interakcije z drugimi ljudmi. Težko poslušajo, razumevajo, pravilno identificirajo občutke, se logično vključujejo v pogovor ipd. Raziskave kažejo, da lahko zgodnje funkcionalne izgube teh spretnosti pogosto opazimo že dolgo pred nastopom akutnih bolezenskih simptomov (Brenner, Roder, Hodel, Kienzle, Reed in Libermann, 1994).

Podprogram Socialne spretnosti posega po vedenjskih terapevtskih metodah, kot so instrukcija, modeliranje, ponavljanje vedenja, povratno sporočilo in ojačitev. Terapevtske vsebine so sestavljene iz situacij na različnih socialnih področjih (npr. življenje na oddelku, iskanje stanovanja in dela, vedenje v množici).

Terapevtski potek za vsako od vadbenih situacij je sestavljen iz dveh stopenj. Na prvi stopnji se vadbena situacija kognitivno predela. V začetku skuša terapevt situacijo opisati čim bolj konkretno in življenjsko, v preprostih in jasnih besedah. S pomočjo vprašanj zagotavlja udeležbo, pozornost in razumevanje bolnikov. V nadaljevanju se definira cilj vadbene situacije, pri čemer so le-te podane tako, da je za dosego cilja zmeraj potrebna socialna interakcija, v središču katere je dialog. Bolniki morajo tako oblikovati možne dialoge, s pomočjo katerih je mogoče doseči cilj vadbene situacije. Za kognitivno in emocionalno gotovost

bolnikov je zelo pomembno, da se nastajajoči dialog napiše na tablo, ki jo imajo vsi pred očmi. Znotraj tega skušajo bolniki s pomočjo terapevta definirati težave, ki bi jih v tovrstni situaciji predvidevali v vsakdanjem življenju in poiskati možne rešitve zanje.

Na drugi stopnji najprej terapevti preko igre vlog demonstrirajo načrtovano socialno situacijo oz. odigrajo dialog, pri čemer služijo pacientom kot model. V nadaljevanju prevzamejo igro vlog tudi bolniki in v tej fazi je pomembno, da dobijo od terapevtov pozitivna povratna sporočila ter kritiko v obliki konkretnih in korektivnih navodil za vedenje. Zaključek podprograma se izvaja v obliki terapevtskih nalog, ki zagotavljajo, da bo bolnik vedenje iz igre vlog uporabil v realnih življenjskih situacijah.

Cilji podprograma Socialne spretnosti so torej v treningu kompleksnejših oblik socialnega vedenja, v izboljšanju socialnih spretnosti ter posledično tudi v izboljšanju samopodobe.

5. podprogram: Interpersonalno reševanje problemov

Večina strokovnjakov, ki delajo v psihiatričnih ustanovah se nenehno sooča s pomanjkljivim reševanjem problemov pri bolnikih s shizofrenijo. Vsakdanje zahteve se zanje tako prepogosto spreminjajo v nerešljive naloge. Ena od nalog terapevtskih in rehabilitacijskih timov je ponovno vzpostavljanje bolnikove lastne odgovornosti in skrbi zase, pri čemer je sposobnost reševanja problemov (t.i. problem solving) ena od pomembnih spretnosti (Cassidy in Long, 1996). Kot taka ni omejena zgolj na kognitivno dogajanje, temveč je povezana tudi z emocionalnimi in motivacijskimi dejavniki ter s konceptom samega sebe.

Raziskave kažejo, da kognitivne motnje vplivajo na način reševanja problemov pri bolnikih s shizofrenijo na sledeče načine:

- z naraščajočo kompleksnostjo problema pri bolnikih narašča tendenca k napakam
- bolniki ne zmorejo izkoristiti vseh relevantnih pokazateljev, da bi problem ustrezno identificirali.
- bolniki imajo težave s koriščenjem spominskih vsebin, ki so povezane s problemom
- dodatne informacije bolnikom otežijo reševanje problema, medtem ko ga drugim ljudem ravno olajšajo

Ta podprogram je zaključni del terapevtskega programa in predpostavlja vse prej postavljene intervence. Njegov potek je najbolj nepredvidljiv ter najmanj strukturiran, zaradi česar postavlja bolnikom in terapevtom visoke zahteve.

S terapevtskega vidika je verjetnost terapevtskega učinka pri bolnikih s shizofrenijo toliko večja, kolikor bolj konkreten in bližji realnosti je setting vaj. Bolnike je potrebno vzpodbujati, da bi izdelane rešitve problemov čim pogosteje uporabljali tudi v realnih situacijah.

Tehnika reševanja problemov je sestavljena iz posameznih korakov, med katere uvrščamo:

1. IDENTIFIKACIJA IN ANALIZA PROBLEMA

Terapevt odloči o problemu, ki naj bi ga skupina obdelala. To stori na podlagi analize problemskega področja, pri kateri se o problemih bolnika informira s pomočjo intervjuja z bolnikom, svojci oz. pomembnimi osebami ter s terapevtskim timom. Izbira problema se ravna po pragmatičnih vidikih, kot sta verjetnost rešitve ter pomembnost problema za bolnikovo funkcioniranje.

2. KOGNITIVNA PRIPRAVA PROBLEMA

V tej fazi zmanjšujemo kompleksnost problema s cepljenjem v pregledne delne probleme, z ločevanjem dejstev od domnev, s korekcijo zmotnih prepričanj ipd. Terapevt skuša pridobiti konsenz skupine o najbolj jasni in konkretni operacionalizaciji dejanskega in želenega stanja.

3. IZDELAVA ALTERNATIVNIH REŠITEV

V tej fazi uporabljamo t.i. brainstorming, pri čemer opogumljamo skupino, da našteje čimveč možnih rešitev, ne da bi jih prej ovrednotili. Vse predloge terapevt podpre in jih zapiše na tablo.

4. DISKUSIJA O ALTERNATIVNIH REŠITVAH

Predelajo se prednosti in pomanjkljivosti vsakega predloga. Tako se spodbuja racionalno ovrednotenje predlogov. Pomembno je, da emocionalno ovrednotenje terapevt sprejema, vendar ga usmerjeno ne vzpodbuja.

5. ODLOČANJE ZA ENO ALTERNATIVNO REŠITEV

Proces odločanja se odvija na podlagi argumentiranih prednosti in slabosti vsake od rešitev.

6. UPORABA V PRAKSI

Izbrana rešitev se preveri v realnem življenju, pri čemer predstavlja ta faza najtežji del programa. Ustrezna rešitev se mora potrditi v praksi.

7. POVRATNO SPOROČILO O USPEHU/NEUSPEHU V NASLEDNJEM TERAPEVTSKEM SREČANJU

Bolniki poročajo o uspehu oz. neuspehu izbrane rešitve v naslednjem terapevtskem srečanju.

Pomembno je, da se izkušnje z rešitvami zmeraj znova uporabljajo tudi v kasnejših terapevtskih srečanjih ter da terapevti podprejo vsak konstruktiven način reševanja problemov. V tem okviru se neuspeh ne interpretira kot poraz, ampak kot odraz vloženega napora ter kot znamenje, da je potrebno reševanje problemov prilagoditi.

Eden od ciljev podprograma Interpersonalno reševanje problemov je razvijanje stvarnih in problemom ustreznih stališč ter usmerjanje na možne poti reševanja (Hodel, Brenner, 1994). S tem se lahko zmanjšajo emocionalne obremenitve, ki so pogosto posledica neuspešnega reševanja problemov. Implicitno s tem zasledujemo tudi vrsto pomembnih kognitivnih ciljev, kot so izboljšanje zaznavanja problemov, oblikovanje racionalne pozicije do problemov, orientiranost na reševanje problemov, spodbujanje sposobnosti predvidevanja in odlaganje impulzivnega reagiranja ter povečanje verjetnosti rešitve. Bolnike skušamo aktivirati in jih usposobiti za konstruktiven pristop do problemov in zahtev realnosti.

Zaključek

V prispevku smo predstavili teoretične osnove programa IPT, ki je po svoji strukturi primeren za dolgoročno hospitalno in izvenhospitalno terapevtsko obravnavo bolnikov s shizofrenijo. Raziskave o terapevtski učinkovitosti programa so vzpodbudne (Muller, Roder, Brenner, 2005) ter podprte tudi s strani Ameriškega psihiatričnega združenja (APA). Naše izkušnje s programom pri mlajših odraslih bolnikih kažejo, da je tovrstna obravnava za naše okolje primerna ter da se nanjo bolniki ugodno odzivajo.

Literatura

- Brenner, H.D. (1987). On the importance of cognitive disorders in treatment and rehabilitation. V J. S. Strauss, W. Böker, & H. D. Brenner (Ur.), *Psychosocial treatment of schizophrenia* (str. 136-151). Toronto: Hans Huber.
- Brenner, H. D., Hodel, B., & Roder, V. (1990). Integrated cognitive and behavioral interventions in treatment of schizophrenia. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13, 41-43.
- Brenner, H.D., Roder, V., Hodel, B., Kienzle, N., Reed, D. in Liebermann, R.P. (1994). *Integrated Psychological Therapy for Schizophrenic Patients*. Seattle: Hogrefe & Huber.
- Cassidy, T., & Long, C. (1996). Problem-solving style, stress and psychological illness: Development of a multifactorial measure. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 265-277.
- Corrigan, P. W. (1991). Social skills training in adult psychiatric populations: A meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 7, 203-210.
- Hodel, B., & Brenner, H. D. (1994). Cognitive therapy with schizophrenic patients: Conceptual basis, present state, future directions. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 108-115.
- Muller, D.R., Roder, V in Brenner, H.D. (2005). Effectiveness of Integrated Psychological Therapy for schizophrenia patients A meta-analysis including 28 independent studies. *Nervenartz*, 8, 45 - 62.