

**AUTOR:****Roman Pešek**

Kognitivně behaviorální terapeut, spolupracuje s Psychosomatickou klinikou v Praze, sociálně psychologickým centrem Arkáda v Písku, Asociací pomáhající lidem s autismem (APLA Praha), provozuje soukromou praxi, publikuje.

Může psychoterapie nahradit **léky**?



Někteří lidé odmítají psychofarmaka ze strachu, že je utlumí či změní, přestože by jejich psychickému zdraví pomohla. Jiní se naopak bojí léku vzdát, ač by byli schopni své problémy překonat s pomocí psychoterapie. Málokdy ovšem stojí otázka jen: buď, anebo.

Farmakoterapie je bezpochyby jednou z největších vymožeností naší doby, pomáhá mírnit duševní utrpení a zvyšovat kvalitu života spoustě lidí. V případě těžších forem duševních poruch, např. deprese, se jedná o první volbu léčby a zároveň o nutný předpoklad toho, aby psychoterapie, pokud zároveň probíhá, vůbec účinkovala. Psychoterapie zase podporuje využívání farmakoterapie mimo jiné tím, že zvyšuje ochotu pacienta užívat léky podle doporučení lékaře (některé výzkumy ukazují, že většina pacientů nebere léky tak, jak jim je lékař předepisuje) a snižuje četnost relapsů po přerušení či ukončení farmakoterapie.

U psychoterapie ve srovnání s farmakoterapií obecně platí to, že než začne zabírat, trvá to delší dobu, účinek je zato trvalejší – ovšem s tím, že pacient musí na sobě nadále, často doživotně pracovat. Určitou výhodou psychoterapie ve srovnání s farmakoterapií lze vidět i v tom, že umožňuje hlubší porozumění pacientovým potížím a jejich příčinám, takže potom může být psychoterapie i přesněji cílena.

V případě léčby OCD, depresivních, psychotických poruch aj. je zpravidla potřebná kombinace farmakoterapie a psychoterapie, a to bez ohledu na to, jestli oboje zároveň provádí psychiatr s psy-

delší dobu a při tom nepodstupují adekvátní psychoterapii, neobměňují svůj životní styl a neřeší své kardinální životní problémy, je někdy možné pozorovat, že původní psychické problémy pod užíváním léků „kynou“ a postupem času znovu začínají „prosakovat“ (třeba v modifikované formě) do vědomí – působení psychodynamických sil je nejednou mnohem silnější než účinek farmak.

Riziková bývá farmakoterapie u lehčích forem úzkostných poruch (např. generalizovaná úzkostná porucha, panická porucha, sociální a specifické fobie), a to především pokud pacient pravidelně a delší dobu užívá léky ze skupiny benzodiazepinů (BDZ). Nevýhodou je riziko vzniku tolerance v průběhu užívání BZD (aby lék působil, je nutno zvyšovat dávku), riziko vzniku závislosti (BZD jsou často zneužívány a nadužívány), a riziko nepříjemných abstinčních příznaků a návratu původních potíží po vysazení těchto léků.

Také otisk do paměti je pod vlivem účinku BZD horší, mozek si hůře pamatuje, vstřebává a integruje úspěch zažívaný během expozic, a tím se hůře fixují a automatizují nově naučené a funkčnější vzorce myšlení a chování. Pod vlivem BZD je v důsledku jejich tlumivého účinku také obtížnější identifikovat tzv. automatické negativní myšlenky (ANM), čímž se komplikuje proces provádění často využívané terapeutické metody kognitivní restrukturalizace. (Užívá se často v rámci KBT. Tato metoda je založená na racionálním zpracování ANM s cílem najít k těmto myšlenkám konstruktivní alternativy tak, aby došlo ke zmírnění negativních emocí, které jsou vyvolávány právě prostřednictvím ANM.)

Časté důvody pro odmítání léků – a co s tím?

Na druhou stranu se někteří pacienti zarytým odmítáním léků sami odsuzují k tomu, že jejich uzdravování bude náročnější a delší. Mezi důvody odmítání farmak patří např. hodnocení příznaků tak, že jsou přijatelné, a léky tudíž není třeba brát, nebo dojem, že léky pacientovi už pomohly natolik, že je již nepotřebuje užívat. („Cítím se už psychicky v pořádku, tak proč bych bral léky.“).

Pacienti si častokrát myslí, že brát léky je výrazem slabosti, stydí se za to a domnívají se, že si se svými problémy musí poradit sami. („Jiní lidé se na mě budou dívat svrchu, když zjistí, že užívám antidepressiva, uvidí, že jsem slaboch, který si nedovede poradit sám.“). Pacient může odmítat léky z náboženských důvodů nebo má dojem, že by mu nepomohly. Nemusí mít na léky peníze či ho rodina nebo přátelé od užívání léků odrážejí. Mezi další překážky patří strach z předpokládaného psychoaktivního účinku nebo z účinků vedlejších, kde tento strach je někdy účelově posilován a využíván výrobci a distributory často placebických „přírodních“ přípravků. („Léky mě změní, takže pak už to nebudu já, nechci se nechat léky ovládat, nechci se stát bláznem.“, „Léky jsou chemikálie, které mi po-

„Léky zmírní závažnost příznaků (např. zlepší soustředění, zmírní poruchy myšlení, dodají energii, zmírní úzkost), a připraví tak „úrodnou půdu“ pro využití psychoterapie.“

choterapeutickou erudicí, nebo jsou tyto činnosti rozdělené mezi psychiatra a psychologa – jak integrovaný, tak rozdělený model mají svoje výhody a nevýhody, ovšem zásadní výhodou pro pacienta je to, že jsou obě aktivity prováděny současně. Může se tak dosáhnout toho, že léky zmírní závažnost příznaků (např. zlepší soustředění, zmírní poruchy myšlení, dodají energii, zmírní úzkost), a připraví tak „úrodnou půdu“ pro využití psychoterapie.

Některé nevýhody, limity a rizika léků

Obvykle platí, že terapeutický účinek léků nastupuje ve srovnání s psychoterapií rychleji, ale po (předčasném) vysazení léků se často vytrácí (např. když pacienti s OCD své léky po roce užívání vysadí, dochází u nich ke zhoršení až v 90 % případů). Ale i u mnoha pacientů, kteří užívají léky

škodí mozek a stanu se na nich závislý.“, „Nebudu schopen snést vedlejší účinky léků, budu pořád utlumený, ospalý, budu pořád přibírat na váze...“).

Pacient také nemusí věřit lékařům, může si myslet, že mu vnucují léky, protože jsou zkorumpováni farmaceutickými firmami. Důvody, proč pacient nebere léky tak, jak má, mohou spočívat také v tom, že je příliš zaneprázdněný, nepořádný, nemá pravidelný denní režim, je zapomnětlivý, nesamostatný nebo hodně cestuje.

Základní metody zlepšující adherenci (dodržování doporučeného/předepsaného léčebného režimu, v tomto případě užívání léků tak, jak to předepsal lékař) jsou především: terapeutický vztah založený na důvěře a spolupráci, edukace o povaze psychické poruchy, zapojení rodinných příslušníků (jsou-li ochotni spolupracovat), pravidelné dotazování se na brání léků a jejich účinky, co nejjednodušší režim brání léků a užívání co nejmenšího množství léků. Rovněž se využívá metoda motivační váhy, kdy se zvažují jednotlivé výhody a nevýhody z užívání léků, a také metoda kognitivní restrukturalizace, kdy se lékař či psychoterapeut pacienta ptá na jeho postoje vůči lékům a zjišťuje jeho myšlenky, které mu v užívání léků brání. Tyto myšlenky se pak testují a hledají se jiné alternativní myšlenky, které jsou pro pacienta přijatelné a umožní mu, aby léky začal užívat, popř. aby je užíval tak, jak má. Například přesvědčení „Antidepresiva mě změní, takže pak už to nebudu já, nechci se nechat léky ovládat“ může

Slovníček pojmů

OCD – obsedantně kompulzivní porucha. Jsou pro ni typické nutkavé myšlenky (obsese), jež se proti vůli člověka vtírají do jeho mysli a způsobují mu výraznou nepohodu. Tuto nepohodu se člověk následně snaží zmírnit různými způsoby nutkavého chování (kompulzemi, rituály). Jde buď o chování viditelné (např. opakované umývání rukou), nebo skryté (např. v duchu stokrát opakovaný otčenáš).

Psychofarmaka – léky s různorodým psychofarmakoterapeutickým účinkem. Autor má konkrétně na mysli často předepisovaná antidepresiva, zejména pak SSRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu) a anxiolytika (souhrnný název pro léky předepisované k léčbě úzkostných poruch), hlavně pak benzodiazepiny (BZD, např. Neurol (alprazolam), Lexaurin (bromazepam) aj.).

KBT – kognitivně behaviorální terapie.

Psychoterapeut – zejména psychiatr nebo psycholog vzdělaný v psychoterapii, který provází pacienta v jeho samoléčbě.

být nahrazeno alternativní myšlenkou: „To, co mě mění, je silný vnitřní stres, a nikoliv účinek léků. Naopak, antidepresiva jsou jakési vitaminy pro mozek, které tento stres zmírňují, a jejich účinek povede k tomu, že se budu cítit více sám sebou a budu se chovat přirozeněji.“

Literatura:

- Kosová J. (2009). Farmakoterapie obsedantně kompulzivní poruchy. Psychiatrie pro praxi 2009; 10 (1): 31–35.
- Možný P. KBT a farmakoterapie. Dostupné pro frekventanty výcviku z <http://www.kbt-odyssey.cz>
- Praško J. a kol. (1998). Psychotická porucha a jak se jí bránit. Praha: PCP a Janssen-Cilag.
- Praško J. (2005). Úzkostné poruchy. Klasifikace, diagnostika a léčba. Praha: Portál.

/ Poradna /

Nesnáším davy lidí

V uplynulých dvou měsících jsem poprvé zažila velmi nepříjemné stavy. Při nakupování vánočních dárků v přeplněném obchodním domě mě přepadl pocit podivné úzkosti, nervozity, téměř až fyzické nevolnosti. Podobně hrozně mi bylo, když jsme vyrazili na silvestrovský ohňostroj. Asi mám strach z míst, kde je moc lidí pohromadě. Je to možné?

J.K., Brno

Příznaky, které popisujete, se blíží agorafobii, která se často projevuje právě nepříjemnými až panickými stavy v přeplněných obchodech, dopravních prostředcích, na náměstích s množstvím lidí apod. Agorafobie (z řeckého slova agora označujícího tržiště či náměstí) se pojí s panickou poruchou, častěji ohrožuje ženy než muže a objevuje se obvykle mezi 30.–40. rokem života. V ČR touto fobií trpí 2–6 % lidí. Její projevy jsou spojené s náhlými záchvaty bušení srdce, bolestí na hrudi, dušností a dalšími tělesnými projevy. Mohou být

tak výrazné, že postižený vyhledá lékaře v domnění, že má infarkt. Projevy podobné agorafobii se však mohou objevit např. u neléčené hyperfunkce štítné žlázy. Proto je v každém případě vhodné navštívit lékaře.

Postižený člověk se obvykle bojí znovu chodit na místa, kde ho panická ataka agorafobie postihla, případně se je bojí navštívit bez někoho, kdy by byl schopen mu poskytnout pomoc v případě panické ataky. Pokud je příčina paniky z otevřených prostor jiná než psychického původu (např. hyperthyreóza), pomůže zpravidla už samotná léčba prvotního onemocnění. Mnohdy však pacient absolvuje řadu vyšetření, než konečně „padne podezření“ na projev panické poruchy. V těchto případech až u 40 % pacientů odezní nemoc sama, v dalších pomohou vhodná psychofarmaka. Existuje rovněž psychoterapie (zejména kognitivně behaviorální směry), která nemocným pomáhá se s podobnými příznaky vyrovnat a kvalitně žít.

(red)