



„Já nemám problém, to vy jste blázni!“ aneb Jak komunikovat s pacientem bez náhledu na své duševní onemocnění

MUDr. Barbora Mechúrová

Psychiatrická nemocnice Bohnice

Komunikace s pacienty odmítajícími lékařskou péči a doporučenou medikaci je výzvou pro všechny zdravotníky i nezdravotnické pracovníky, kteří s duševně nemocnými pracují. Jednou z příčin nedostatečné adherence je absence náhledu na duševní onemocnění, tzv. anosognosie. Vhodnými komunikačními strategiemi lze posilovat motivaci pacienta k léčebnému postupu, stejně jako budovat důvěru mezi pacienty a zdravotníky, i přes absenci uvědomění si duševní poruchy. V následujícím textu představujeme základní principy komunikační techniky LEAP/4P, kterou lze efektivně uplatnit v rámci motivačních rozhovorů s duševně nemocnými, se zaměřením na její praktické využití.

Klíčová slova: duševní onemocnění, anosognosie, adherence, komunikace, LEAP/4P, motivační rozhovor.

“I don’t have a problem, you’re the ones who are crazy!” How to communicate with a patient who is unaware of a mental health disorder

Communication with patients refusing medical treatment represents a challenging task for all health-care professionals working with patients suffering from mental health disorders. Lack of insight, also known as anosognosia, is considered to be a significant factor contributing to nonadherence. Despite unawareness of one’s mental health disorder, motivation to treatment as well as mutual trust between a patient and

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: MUDr. Barbora Mechúrová, barbora.mechurova@bohnice.cz
Psychiatrická nemocnice Bohnice
Ústavní 91, 181 02 Praha 8

Cit. zkr: Psychiatr. praxi 2021; 22(e2): e27–e32
Článek přijat redakcí: 4. 3. 2021
Článek přijat k publikaci: 8. 6. 2021



a health-care professional can be strengthened by using special communication strategies. In the article we summarize principles of the communication technique LEAP, which can be used in motivational interviews with mentally ill patients, with special focus on its practical application.

Key words: mental disorder, anosognosia, adherence, communication, LEAP, motivational interviewing.

Úvod

V každodenní psychiatrické praxi se setkáváme s duševně nemocnými pacienty, kteří si nejsou vědomi svého onemocnění. Tento příznak, anosognosie, provází mnoho duševních poruch, nejvíce vyjádřen však bývá u onemocnění schizofrenního spektra (1). Anosognosii nelze popsat jako pouhý symptom duševního onemocnění, psychologický fenomén či důsledek neurobiologického poškození mozku. Anosognosie představuje multidimenzionální výsledek dynamického spolupůsobení těchto vlivů, které jsou navíc ovlivněny individuálními zkušenostmi jedince a dalšími kontextuálními faktory (2). Anosognosie je častou příčinou, proč tolik duševně nemocných lidí odmítá léčbu, nesouhlasí s hospitalizací či předčasně vysazuje doporučenou medikaci. Je známo, že téměř 75 % pacientů léčených pro paranoidní schizofrenii přeruší medikamentózní léčbu během prvních 18 měsíců od ukončení hospitalizace (3).

Není to však pouze úroveň náhledu na onemocnění, jež má signifikantní vliv na adherenci pacienta k léčbě. Spolupráce a farmakocompliance jsou rovněž ovlivněny pacientovým hodnocením zkušenosti s akutní hospitalizací (pozitivní vs. negativní zkušenost při přijetí k hospitalizaci, detenční hospitalizace, informovanost pacienta, přístup zdravotníků), stejně jako vztahy utvářené mezi pacientem a zdravotníky podílejícími se na léčebném procesu (4).

Vhodnými komunikačními strategiemi lze podpořit pacientovu adherenci k doporučené terapii, posilovat důvěru ve zdravotnický personál a pomoci mu porozumět důvodům vedoucím k hospitalizaci (5).

Klinický psycholog Dr. Xavier Amador na základě své osobní zkušenosti s bratrem trpícím paranoidní schizofrenií a své mnohaleté klinické zkušenosti na akutních psychiatrických odděleních vyvinul **komunikační metodu LEAP/4P** (*Listen – Empathize – Agree – Partner/Poslouchajte – Prožívejte s empatií – Pracujte na tom, na čem se shodnete – Pěstujte partnerství*), jež předkládá strategie pro komunikaci s pacienty postrádajícími náhled na své onemocnění.

Komunikační metoda LEAP/4P vychází z několika psychoterapeutických směrů. Obsahuje prvky přístupu zaměřeného na člověka, tzv. rogeriánské terapie (6, 7), kognitivně-behaviorální terapie (8, 9) a techniky motivačního rozhovoru (10). Výsledkem je soubor strategií, které napomáhají budování vzájemné důvěry s pacientem, umožňují nalezení společných terapeutických cílů a pomáhají pacientovi posilovat motivaci k následné léčbě (11).

Všechny své poznatky, včetně detailního popisu jednotlivých bodů komunikační metody LEAP/4P, shrnuje Dr. Xavier Amador ve své knize *Nic mi není! Pomoc nepotřebuju! (I am not sick, I don't need help!)* (11). V rámci tohoto článku se ve stručnosti zaměříme na nejdůležitější principy této techniky.

**Tab. 1.** Komunikační metoda LEAP/4P

Listen (Poslouchejte)
Empathize (Prožívejte s empatií)
Agree (Pracujte na tom, na čem se shodnete)
Partner (Pěstujte partnerství)

LISTEN (Poslouchejte)

Základem pro budování důvěrného vztahu lékaře a pacienta je tzv. reflektivní (zrcadlové) naslouchání. Při reflektivním naslouchání bez hodnocení a posuzování opakujeme věty, které pacient sděluje. Do svých odpovědí nevkládáme vlastní názory a nesnažíme se pacientovi jeho vnímání vyvracet. Kromě reflektování pacientových slov se můžeme ujistovat, zda jsme mu porozuměli správně, a doptávat se na další informace, které potřebujeme od pacienta získat (12).

Pacient: Pronásleduje mě policie. Nevím, co jsem jim udělal, ale odposlouchávají všechny mé telefonáty a v celém bytě mám nainstalované kamery, aby mohli pozorovat, kdy odcházím z domu.

Zdravotník: Policie vám nainstalovala kamery do bytu a odposlouchává vaše telefonáty.

Pacient: Dělal jsem to už dlouho, musím si kvůli tomu půjčovat mobily od kamarádů a od rodiny. Pokaždé volám z jiného, takže mě nemůžou vystopovat.

Zdravotník: Takže jestli tomu správně rozumím, půjčujete si mobilní telefony od přátel a rodiny, protože ve vašem vlastním mobilu je odposlouchávací zařízení?

Pacient: Už není. Vyhodil jsem mobil z okna, takže jsem to zařízení zničil.

Zdravotník: Co dalšího jste udělal, abyste jim v pronásledování zabránil?

Mnohdy máme tendenci být v reflektování bludných přesvědčení opatrní, protože se bojíme, že bychom mohli pacienta v jeho prožitcích

utvrdit. Jindy se obáváme, že po nás pacient bude požadovat něco, co nebudeme schopni splnit. V neposlední řadě se podvědomě vyhýbáme pacientovým otázkám typu: „*Takže mi věříte?*“ nebo „*Takže souhlasíte, že nejsem nemocný?*“

V případě, že takovou otázku od pacienta obdržíme, můžeme ji odklonit na co nejpozdější okamžik, kdy bude náš vzájemný vztah dostatečně pevný na to, aby pacient náš názor přijal a respektoval. Odklonit takovou otázku můžeme vícero způsoby (11):

Př. 1: Rád vám na tuto otázku odpovím, ale pokud s tím souhlasíte, chtěl bych se ještě chvíli věnovat tomu, o čem jsme před okamžikem mluvili, protože to vnímám jako velmi důležité téma. Můžeme se k vaší otázce vrátit později?

Př. 2: Řeknu vám, co si myslím, ale rád bych ještě chvíli poslouchal, protože se od vás dozvídám spoustu důležitých věcí, které jsem dosud nevěděl. Než vám odpovím, pověděl byste mi prosím ještě něco o...?

Jakmile cítíme, že je ten správný okamžik sdělit pacientovi svůj názor a začít s edukací o jeho poruše, volíme komunikační postup označovaný jako **3A/3O** (Apologize – Acknowledge fallibility – Agree to disagree/Omlouvám se – Omyl připouštím – Oba souhlasíme) (11).

Zdravotník: Omlouvám se, jestli se vás to, co vám teď sdělím, nějakým způsobem dotkne nebo vás to zraní, i já se samozřejmě mohu mýlit, ale jistě se oba shodneme na tom, že se v tomto zkrátka neshodneme. Věřím však, že stejně jako já respektuji váš názor, můžete i vy respektovat ten můj. Ano, myslím si, že některé obavy, které popisujete, mohou být příznakem duševního onemocnění.

Formulujeme-li odpověď dle výše uvedeného popisu, ačkoliv s ní pacient nemusí v daném okamžiku souhlasit nebo se jí může bránit, dáváme mu najevo, že jej respektujeme, záleží nám na něm a bereme jej jako sobě rovného partnera (11).

Tab. 2. Sdělení vlastního názoru technikou 3A/3O

Omlouvám se	<i>„<u>Omlouvám se</u>, jestli se vás to, co vám teď sdělím, nějakým způsobem dotkne nebo vás to zraní...“</i>
Omyl připouštím	<i>...i já se samozřejmě <u>mohu mýlit</u>...</i>
Oba souhlasíme	<i>...ale jistě se <u>oba shodneme</u> na tom, že se v tomto neshodneme.“</i>

EMPATHIZE (Prožívejte s empatií)

Budování vzájemné důvěry můžeme posilovat, kromě reflektování pacientových slov, rovněž reflexí jeho emocí a pocitů. Vyjádříme-li empatii s tím, co pacient prožívá, dáváme mu najevo svou účast, zájem a pochoopení (11).

Př. 1: Když jste zažíval, že vás policie sleduje, nejspíš jste cítil velký strach a nejistotu.

Př. 2: Říkám si, že jste asi hodně rozzlobený, když vás přivezli do nemocnice proti vaší vůli.

Př. 3: Chápu, že je to pro vás těžké, když si vaši rodiče myslí, že jste blázen.

Obzvláště důležité je vyjádření empatie s bludnými přesvědčeními pacienta, s jeho názorem, že není nemocný, s pochybnostmi o nabízené léčbě a přáním vyhnout se jí. Velkou podporu pacientovi vyjádříme, pokud „normalizujeme“ jeho zkušenost a dáme mu najevo, že bychom se na jeho místě s největší pravděpodobností cítili obdobně (11).

Př. 1: Rozumím tomu, že se vám nechce léky užívat. Pokud bych si myslel, že nejsem nemocný a žádnou pomoc nepotřebuji, taky bych léky pravděpodobně odmítal.

Mnoho zdravotníků jistě namítne, že tímto způsobem pacienta utvrdí v jeho přesvědčení, že „léky jsou špatné“ a „užívat je nebude“, opak je však

pravdou. Pokud poskytujeme pacientovi emoční podporu a vyjadřujeme přijetí a porozumění, pokud pokládáme otevřené otázky a aktivně nasloucháme, posilujeme vzájemný vztah a pacientovu důvěru v náš úsudek. Takový pacient bude následně otevřenější vyslechnout si náš názor, přijmout náš pohled a společně pracovat na tématech, na nichž se shodneme (13).

AGREE (Pracujte na tom, na čem se shodnete)

Aby pacient přijal navrhovanou léčbu, není nutně zapotřebí, aby akceptoval svou psychiatrickou diagnózu. Pro jeho adherenci k léčbě postačí nalezení témat, která pacienta trápí nebo tíží, a která sama o sobě mohou být společným terapeutickým cílem (nespavost, pocity strachu, hádky s rodiči kvůli odmítání medikace). Dokonce i pacienti, kteří referují, že žádný problém nemají, si zároveň přejí, aby se do nemocnice už víckrát nevraceli (11).

Během rozhovorů podrobněji rozebíráme pouze obtíže, které pacient sám vnímá. Pomocí nenásilných otázek můžeme pacientovi pomáhat v uvědomění si problémů, které do této chvíle nepozoroval, nesnažíme se však na ně poukazovat napřímo (11).

Zdravotník: Slyším, že říkáte, že žádné problémy nemáte. Zároveň si ale vzpomínám, že sanitku zavolala vaše žena. Myslíte si, že tedy ona pozorovala nějaké změny ve vašem chování nebo přemýšlení, které ji vedly k tomu, aby ji zavolala?

Pacient: To nevím, tak asi jo, když jsem podle ní takový cvok, že musím být zavřený v blázinci.

Zdravotník: A kdyby tady teď byla vaše žena s námi a mohli jsme se jí zeptat, jakých změn si u vás všimla, co by nám odpověděla?



Pacient: Asi by řekla, že jsem se choval divně.

Hledáme společně výhody a nevýhody léčby, podporujeme pacienta v přemýšlení nad tím, jaká pozitiva mu může léčba přinést. Přínosy léčby, které pacient identifikuje, pak často připomínáme, vracíme se k nim a zdůrazňujeme je (11).

Pokud s pacientem v něčem nesouhlasíme, využíváme techniku 3A/3O popsanou výše a shodujeme se společně na tom, že se v některých názorech rozcházíme. Připomínáme však, že ani rozdílné názory nebrání tomu, abychom mohli společně hledat cesty k řešení jeho problémů (11).

PARTNER (Pěstujte partnerství)

Pro každého pacienta je důležité vědomí, že na jeho názoru záleží, o pacientovy pohledy je zapotřebí se aktivně zajímat a snažit se jim porozumět. Jen tak můžeme nalézt optimální způsob, jak pacientovi pomoci i přes absenci náhledu na jeho onemocnění (11).

Zdravotník: Říkáte, že léky jsou zlo a že vám nedělají dobře. V čem konkrétně vám léky nevyhovují?

Svůj neopomenutelný význam má podpora pacientů v přebírání zodpovědnosti za své zdraví a spolupodílení se na léčebném postupu. Nezapomínejme, že je to právě pacient, který bude mít po odchodu z hospitalizace nebo ambulance svou léčbu plně ve vlastních rukách.

Zdravotník: Jakmile odejdete domů, bude záležet zcela na vás, zda budete léky pravidelně užívat. Pokud se rozhodnete medikaci vysadit, je to samozřejmě vaše rozhodnutí a já mu nemohu nijak bránit. Myslím si však, že pravidelné užívání léků by vám mohlo pomoci naplnit vaše přání, abyste se do nemocnice nemusela vracet.

Diskuze

Komunikace podle výše uvedených principů reflektuje partnerský přístup, pacient se cítí být slyšen, dostává se mu porozumění, vnímá, že jeho názor je respektován. Přírozeným důsledkem je posilování vzájemné důvěry a větší otevřenost pacienta k přijetí námi navrhaných léčebných postupů. Nevýhodou této techniky je obtížná využitelnost v nejakutnější fázi léčby, zejména v péči o neklidné, agitované a agresivní pacienty. Tyto stavy vyžadují použití deeskalačních metod a neposkytují dostatek prostoru a času na a hledání společných terapeutických cílů.

Ačkoliv v dosavadní literatuře nacházíme četné studie zabývající se efektivitou vedení motivačního rozhovoru (14, 15), z jehož prvků Dr. Amador při tvorbě techniky LEAP/4P vycházel, existuje pouze omezené množství publikací analyzujících přínosy techniky samotné. Dostupná evidence potvrzuje pozitivní vliv komunikační techniky LEAP/4P na compliance pacienta, zlepšení jeho náhledu na duševní onemocnění, ovlivnění pacientova přístupu k léčebnému procesu a podporu jeho motivace ke změně (5). Studie předkládají možnost aplikace uvedených komunikačních strategií během ústavní, stejně jako ambulantní péče, dokládají úspěšné využití techniky při motivaci pacientů k převedení antipsychotické medikace do depotní formy a následné adherenci k tomuto léčebnému postupu (16). Z dostupných zdrojů není zřejmé, zda jsou výše uvedené postupy stejně efektivní v průběhu akutní fáze onemocnění stejně jako v případě chronických pacientů.

Závěr

Pro usnadnění komunikace s duševně nemocnými pacienty bez náhledu na onemocnění lze využít komunikační techniky LEAP/4P, jejímž



cílem je budování terapeutické aliance mezi zdravotníkem a pacientem, poskytnutí emoční podpory a porozumění, nalezení společných terapeutických cílů, motivace pacienta ke spolupodílení se na léčebném procesu, motivace k přijetí nabízené léčby a zvýšení jeho adherence. Podobně jako každá komunikační technika i metoda LEAP/4P je efektivní jen do té míry, jak dovedně se ji naučíme používat. Při prvních pokusech

o komunikaci dle výše zmíněných principů můžeme intenzivně pocítovat dříve naučené komunikační vzorce. Jako každou komunikační metodu i techniku LEAP/4P je však možno každodenní praxí trénovat a postupem času docenit, jaká pozitiva přináší pro vzájemný terapeutický vztah, ale především pro léčebný proces tvořící cestu k obnovení duševního zdraví našich pacientů.

LITERATURA

1. Amador XF, Flaum M, Andreasen NC, et al. Awareness of Illness in Schizophrenia and Schizoaffective and Mood Disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51(10): 826–836. doi:10.1001/archpsyc.1994.03950100074007.
2. Belvederi Murri M, Amore M. The Multiple Dimensions of Insight in Schizophrenia-Spectrum Disorders. *Schizophr Bull.* 2019; 45(2): 277–283. doi:10.1093/schbul/sby092.
3. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med.* 2005; 353(12): 1209–1223. doi:10.1056/NEJMoa051688.
4. Day JC, Bentall RP, Roberts C, et al. Attitudes Toward Antipsychotic Medication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(7): 717. doi:10.1001/archpsyc.62.7.717.
5. Paillot C, Goetz R, Amador X. Double Blind, Randomized, Controlled Study of a Psychotherapy [LEAP] Designed to Improve Motivation for Change, Insight into Schizophrenia and Adherence to Medication. *Schizophr Bull.* 2009; 35(1): 343.
6. Rogers CR. Studies in client-centered psychotherapy III: the case of Mrs. Oak—a research analysis. *Psychol Serv Cent J.* 1951; 3(1–2): 47–165.
7. Rogers CR. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *J Consult Psychol.* 1957; 21(2): 95–103. doi:10.1037/h0045357.
8. Beck AT, Weissman A, Kovacs M. Alcoholism, hopelessness and suicidal behavior. *J Stud Alcohol.* 1976; 37(1): 66–77. doi:10.15288/jsa.1976.37.66.
9. Beck AT. *Cognitive Therapy of Depression.* Guilford Press; 1979.
10. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior.* The Guilford Press; 1991.
11. Xavier A. *No I am Not Sick, I Don't Need Help!: How to Help Someone With Mental Illness Accept Treatment*. New York Vida Press. Published online 2012.
12. Rogers CR, Farson RE. *Active Listening.* Martino Fine Books; 2015.
13. Dobber J, Latour C, de Haan L, et al. Medication adherence in patients with schizophrenia: A qualitative study of the patient process in motivational interviewing. *BMC Psychiatry* 2018; 18(1). doi:10.1186/s12888-018-1724-9.
14. Chien WT, Mui JHC, Cheung EFC, Gray R. Effects of motivational interviewing-based adherence therapy for schizophrenia spectrum disorders: A randomized controlled trial. *Trials.* 2015; 16(1): 1–14. doi:10.1186/s13063-015-0785-z.
15. Dobber J, Latour C, de Haan L, et al. Medication adherence in patients with schizophrenia: A qualitative study of the patient process in motivational interviewing. *BMC Psychiatry.* 2018; 18(1): 1–10. doi:10.1186/s12888-018-1724-9.
16. Lasser RA, Schooler NR, Kujawa M, Docherty J, Weiden P. A New Psychosocial Tool for Gaining Patient Understanding and Acceptance of Long-acting Injectable Antipsychotic Therapy. *Psychiatry (Edgmont).* 2009; 6(4): 22–27. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19724728>.