

Šta je metakognitivni trening za pacijente sa psihozom?

Azra Deljković, mr sci dr

spec. psihijatar

Na konkursu sprovedenom u okviru projekta „Van izolacije – ostvarivanje prava pacijenata sa mentalnim oboljenjima” koji su realizovale nevladine organizacije Akcija za ljudska prava (HRA), Centar za žensko i mirovno obrazovanje ANIMA i Mental Disability Advocacy Center (MDAC), uz podršku Evropske komisije posredstvom Delegacije Evropske unije u Crnoj Gori, nevladina organizacija „Mentalno zdravlje, tiče se svih nas!” je odabrana da sprovede projekat poboljšanja socijalnih vještina kod pacijenata hospitalizovanih u Specijalnoj bolnici za psihijatriju “Dobrota” u Kotoru. Ova NVO je angažovala psihijatra i dvoje psihologa u primjeni Metakognitivnog treninga (MKT) za pacijente sa psihozom u SPB “Dobrota”. Projekat je trajao 5 mjeseci.

Šta je Metakognitivni trening za pacijente sa psihozom?

Metakognitivni trening za pacijente sa shizofrenijom razvili su Moritz i Woodward 2005. godine. MKT je uvršten 2016. godine u nacionalni vodič dobre kliničke prakse za shizofreniju prestižnog udruženja psihijatar Australije. MKT je u ovom vodiču ubrojan u kognitivne terapije koje pomažu razvoju socijalnih vještina, a preporučen je kod svih pacijenata koji boluju od shizofrenije ili od nekog poremećaja iz shizofrenog spektra.

Ovaj terapijski pristup zasnovan je na istraživanjima kognitivnih greški i disfunkcionalnih pretpostavki kod shizofrenije, a dijeli se na dvije subkomponente: znanje o kogniciji i regulaciju kognicije. Srž samog razvoja metakognitivnog treninga potiče od pretpostavke da farmakoterapijski i psihoterapijski pristup ne bi trebali biti konkurentni, nego komplementarni modeli u liječenju osoba sa psihotičnim smetnjama. Uloga psihoterapije unutar ovog pristupa je da poveća razumijevanje vlastitih smetnji kod oboljelih



osoba, kao i da ublaži njihov distres. MKT predstavlja kombinaciju psihoedukacije (pacijentima se približava naučno znanje o kognitivnim distorzijama), kognitivne remedijacije (vježbe ciljaju na korigovanje kognitivnih greški) i kognitivno-bihevioralne terapije. Metakognitivni trening je do danas dostupan na 33 jezika i sve češće je primjenjivan širom svijeta u sklopu integrativnog pristupa liječenju osoba sa poremećajima iz shizofrenog spektra i drugim psihotičnim poremećajima. MKT je dostupan na crnogorskom jeziku i može se preuzeti cjelokupan materijal sa sajta Univerzitetske klinike Eppendorf-Hamburg u Njemačkoj, (2 ciklusa sa po 10 modula, domaći zadaci za učesnike kao i priručnik za upotrebu).

Metakognitivni trening sastoji se iz osam modula (PowerPoint slajdovi konvertovani u Pdf formatu), koji obrađuju teme koje se tiču kognitivnih greški izraženih kod mnogih osoba koje imaju poremećaje iz shizofrenog spektra. Primjenjuje se grupno za 3 do 10 pacijenata. Može biti primjenjen od strane psihijatra, kliničkog psihologa ili edukovanog radnog terapeuta. Trajanje svakog modula je 45-60 minuta. Svaki modul obrađuje specifičnu (kognitivnu) temu, npr, atribucijski stilovi, prerano zaključivanje, itd. Na početku svakog modula učesnici se prvo upoznaju sa kognitivnim konceptom o kojem će biti riječ, kako se radi o normalnoj pojavi prisutnoj u ljudskom razmišljanju (npr. atribucije), kao i na koji način je ona povezana sa psihotičnim smetnjama. Nakon toga slijedi niz vježbi usmjerenih na osvještavanje i ispravljanje specifične kognitivne greške, a sve završava diskusijom o određenoj temi i zadacima koje učesnici dobijaju na kraju svake seanse. MKT je otvoren program kojem učesnici mogu pristupiti bilo kad tokom ciklusa. Svakog novog učesnika potrebno je informisati o programu. Trening je primarno namijenjen pacijentima sa nekom od dijagnoza iz shizofrenog spektra poremećaja, ali se program može primjenjivati i kod pacijenata sa drugim dijagnozama koji trenutno imaju psihotične simptome ili su ih imali u prošlosti. Pacijenti sa jako oslabljenom pažnjom, hostilni, sa ozbiljnim poremećajima u formi i sadržaju misli, trebalo bi da se priključe tek u remisiji. Iako trening zahtijeva jasnu strukturu i fokus na vježbama, potrebno je ohrabrivati diskusije među pacijentima i dati im dovoljno vremena da međusobno razmjene mišljenja. Socijalna interakcija i razmjena mišljenja su ključni faktori za dobijanje samopouzdanja i mjenjanje vjerovanja u svakodnevnom životu.



Ciljevi pojedinih modula:

Cilj modula 1: Pacijenti se ohrabruju da daju različita objašnjenja za različite situacije uzimanjem u obzir tri različita izvora (sami ili u kombinaciji): sebe lično, druge osobe, ili situacione faktore. Trebalo bi naglasiti prednosti i mane oba depresivna atributivna stila (pripisivanje neuspjeha sebi a uspijeha sreći/slučajnosti dovodi do smanjenja samopoštovanja) kao i bajasa samoposluživanja (pripisivanje zasluga za neuspjeh drugim ljudima i pripisivanje zasluga za uspijeh sebi može voditi socijalnom konfliktu jer bi se ljudi u okolini mogli osjećati kao žrtvena jagnjad). Primarni fokus ovog modula je da se naglasi da brojni faktori mogu voditi jednom događaju/scenariju.

Cilj modula 2: Učesnici se uče da izbjegavaju “padanje” na prvi utisak, što se eventualno može pokazati netačnim (1. grupa zadataka) ili što otkriva samo pola istine (2. grupa zadataka). Stvari/situacije se mogu promjeniti tokom vremena, često više činjenica baca drugo svjetlo na njih; zato ne treba preuranjeno donositi odluke.

Cilj modula 3: Analogno modulu 2 (Prerano zaključivanje I), grupi treba objasniti da je veoma važno da se osoba odupre normalnoj sklonosti upornog držanja prvog utiska, jer ovaj bajas u odgovoru favorizuje neispravne odluke. Stoga je poželjno da osoba ostane otvorena za sve opcije.

Cilj modula 4: Prvi dio ovog modula pokazuje da iako su izrazi lica veoma značajni u procjeni mentalnog stanja i unutrašnjih osjećanja neke osobe, oni takođe veoma lako mogu biti pogrešno protumačeni. Sa ciljem da se adekvatno interpretira izraz lica, važno je uzeti u obzir druge izvore informacija (npr. okolnosti; ličnu prošlost). Učesnici uče da uzmu u obzir različite informacije o okolnostima, radije nego da se oslanjaju na jedan detalj.

Cilj modula 5: Pacijenti bi trebali shvatiti pogrešivost ljudske memorije: memorija je konstruktivna i ne radi kao video rekorder. Jedan od ciljeva ovog modula je da nauči pacijente da sumnjaju u svoju memoriju u slučaju da nema živog sjećanja. U ovom slučaju, potrebni su dalji dokazi, posebno za značajne interpersonalne situacije (npr. konflikti).



Cilj modula 6: Učesnici shvataju razliku između njihovog nivoa informacija kao "sveznajućih gledalaca" i informacija koje su dostupne likovima. Zbog toga bi pacijenti trebali da predlože koja je dodatna informacija potrebna za konačno potvrđivanje jedne od hipoteza.

Cilj modula 7: Pacijenti bi trebali naučiti da je neophodno da posvete dovoljno vremena za donošenje odluke oko složenih problema. Ponekad određene stvari opravdavaju jasne odluke, koje bi površnim posmatranjem prošle neprimjećeno.

Cilj modula 8: Učesnici su upoznati sa disfunkcionalnim stilovima razmišljanja koji mogu doprinijeti formiranju i održavanju depresije i niskog samopoštovanja. Trebalo bi naglasiti da se ovi kognitivni stilovi mogu korigovati redovnim treningom.

Cilj modula 9: Učesnici bi se trebali upoznati kako nisko samopouzdanje nastaje. Trebali bi naučiti da se ne fokusiraju na negativne aspekte sopstvenog života ili na sopstvene (pretpostavljene) mane, već bi trebali umjesto toga tražiti i cijeniti aspekte života koji im idu dobro. Dati su savjeti za svakodnevni život koji mogu pomoći u poboljšanju samopouzdanja kod učesnika.

Cilj modula 10: Prvo diskutujemo o tome koliko su česti mentalni poremećaji (npr. psihoza) u opštoj populaciji. Sa primjerima slavnih umjetnika i sportista dalje ilustrujemo kako prisustvo mentalnog poremećaja (kao što je psihoza) ne znači da je osoba neproduktivna ili bezvrijedna. Učesnici se upoznaju o stigmatizaciji i o tome kako ona može uticati na njihovo samopouzdanje. Ovaj modul ima za cilj da smanji samo-stigmom povećanjem znanja o prevalenci mentalnih poremećaja u opštoj populaciji. Naglašeno je da mentalni poremećaj/psihoza ne određuje vrijednost jedne osobe, učesnici se upoznaju sa načinom kako da se adekvatno suočavaju sa sopstvenim poremećajem; npr. kako da efektivno pričaju o sopstvenom poremećaju drugim osobama.



Primjena MKT u SPB Dobrota

Materijal i metode:

Pacijenti: MKT je sproveden tokom dva mjeseca u SPB Dobrota na 4 odjeljenja (hronično muško odjeljenje, hronično žensko odjeljenje, sudsko odjeljenje i odjeljenje za bolesti zavisnosti). Ukupno je učestvovalo 55 pacijenta. Broj pacijenata po treningu je varirao od 3-13, uz prosječan broj po treningu od 8 pacijenata.

Inkluzioni kriterijumi su bili aktuelni ili ranije prisutni psihotični simptomi. Kriterijumi za isključenje su bili: konstantna preokupacija sa halucinacijama ili deluzijama, izražena dezorganizacija mišljenja i jako loša kontrola impulsa.

Upitnik za evaluaciju treninga: Subjektivna procjena od strane pacijenata vezano za: interesantnost treninga, preporuke drugim osobama i korisnosti za svakodnevni život/socijalne vještine.

Rezultati:

33 pacijenta SPB Dobrota u Kotoru su ispunili evaluacione upitnike. Od 33 pacijenta njih 100% smatra da je MKT interesantan. 32 pacijenta ili 97% bi preporučilo trening drugim osobama. 31 pacijent ili 94% smatra da MKT utiče pozitivno na razvoj socijalnih vještina.

Diskusija:

Naši rezultati su u korelaciji sa rezultatima koji su dobijeni u prvoj evaluacionoj studiji MKT (2007). Prva evaluacijska studija ovog treninga obuhvatala je subjektivnu procjenu prihvaćenosti programa od strane učesnika i uključivala je 40 pacijenata po slučaju raspoređenih u grupe Metakognitivnog treninga ili CogPacka- računarskog programa usmjerenog na kognitivnu rehabilitaciju putem treninga usmjerenih na unapređenje širokog raspona kognitivnih funkcija poput pažnje, pamćenja, učenja, psihomotorne brzine i izvršnih funkcija. Ova studija je pokazala da je metakognitivni trening bio procijenjen superiornim na svim subjektivnim mjerama ishoda. Najznačajnije razlike dobijene su na sljedeća četiri indikatora



subjektivnog zadovoljstva: zabava, preporuka ostalima, odsutnost dosade i korisnost za svakodnevni život.

U drugoj studiji iste godine, autori su upoređivali efekt metakognitivnog treninga sa aktivnom kontrolnom grupom osoba sa shizofrenijom o temama vezanim na novinske članke. Svi učesnici su procijenjeni na nekoliko (meta) kognitivnih indikatora prije treninga, a nakon četiri nedelje od strane nezavisnih ispitivača. Osobe sa shizofrenijom koje su učestvovala u metakognitivnim treningu imale su veću redukciju pozitivne simptomatike, manje izraženo prerano zaključivanje i bolju subjektivnu procjenu treninga od učesnika kontrolne grupe.

U istraživanju provedenom 2011. godine, korišten je samo jedan modul metakognitivnog treninga, onaj usmjeren na prerano zaključivanje, u kojem su osobe sa shizofrenijom raspoređene po slučaju u aktivnu kontrolnu grupu ili u grupu metakognitivnog modula. Istraživanje je dokazalo kako je došlo do značajnog poboljšanja u prikupljanju podataka, a osim toga je primijećen trend smanjenja uvjerenosti u misli sumanutog sadržaja kod osoba iz grupe metakognitivnog modula spram učesnika kontrolne grupe.

Još jedno istraživanje uporedilo je 18 učesnika metakognitivne grupe sa kontrolnom grupom pacijenata sa liste čekanja. U obje grupe su učestvovala osobe sa dijagnozom shizofrenije u remisiji, a mjere procjene su uzete prije i nakon tretmana, odnosno u razmaku od 2 mjeseca. U poređenju sa kontrolnom grupom, učesnici iz metakognitivne grupe su imali veću redukciju distresa uzrokovanog sumanutim mislima, bolje pamćenje, kvalitet socijalnog života i manje izraženo prerano zaključivanje.

Najnoviji dostupni pregled efikasnosti ovog pristupa je uradio Moritz sa saradnicima 2014 godine. Autori su analizirali 18 dostupnih evaluacijskih studija prema tri kategorije: sigurnost i prihvatljivost pristupa; sumanute misli i pozitivni simptomi i kognitivne pristranosti. Rezultati u kategoriji sigurnosti i prihvaćenosti tretmana upućuju na visok stupanj prihvaćenosti tretmana od strane učesnika koji ga procjenjuju zanimljivim, zabavnim i prikladnim za preporuku i ostalim osobama s istim poteškoćama. U kategoriji sumanutih misli i pozitivnih simptoma, većina studija upućuje na smanjivanje izraženosti spomenute simptomatike. U zavisnosti od upotrijebljenih mjera procjene (najčešće korištene skale su PANSS i PSYRATS), efekti tretmana kreću se od malih preko umjerenih pa sve do razmjerno velikih.



Zaključak:

Istraživanja pokazuju da se kognitivno-bihevioralna psihoterapija, psihoedukacija i metakognitivni trening ubrajaju u važne komplementarne intervencije farmakoterapije. Ovaj trening je usmjeren na izoštravanje metakognitivnih sposobnosti i psihoedukaciju, kao i na pružanje uvida i korektivnih iskustava učesnicima sa ciljem prevođenja naučenog u svakodnevno funkcionisanje i redukciju relapsa. Intervencije ovog tipa bi trebale postati integrativni dio standadne terapije osoba sa shizofrenijom i ostalim poremećajima iz psihotičnog spektra. Pozitivni rezultati koje smo dobili tokom rada u SPB Dobrota u Kotoru su u korelaciji sa prethodno objavljenim rezultatima o subjektivnoj procjeni treninga od strane pacijenata.

Literatura:

1. Wykes T, Steel C, Everitt B, Tarrrier N. Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes clinical models and methodological rigor. Schizophr Bull. 2008;34(3): 523–537.).
2. Van Os J, Kapur S. Schizophrenia. The Lancet. 2009;374(9690): 635–645..
3. Zink M, Englisch S, Meyer-Lindenberg A. [Polypharmacy in schizophrenia] Nervenarzt. 2011;82(7): 853–858).
4. Wykes, T., Steel, C., Everitt, B. & Tarrrier, N. Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor. Schizophrenia Bulletin 2008,; 34: 523-537.
5. Flavell, J. H. Meta-cognition and cognitive monitoring: new area of cognitive developmental inquiry. American Psychologist 1979; 34: 906-911.
6. (Moritz S, Vitzthum F, Veckenstedt R, Randjbar S, Woodward TS. 2010. Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to intervention. In: JH Stone, M Blouin, editors. International Encyclopedia of Rehabilitation. Available online: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/149/>)
7. (Moritz S, Woodward TS. 2007a. Metacognitive training for schizophrenia patients (MCT): A pilot study on feasibility, treatment adherence, and subjective efficacy. German Journal of Psychiatry 10:69-78.



8. Moritz, S. & Woodward, T.S. metacognitive training for schizophrenia patients (MCT): A pilot study on feasibility, treatment adherence, and subjective efficacy. *German Journal of Psychiatry* 2007; 10: 69-78.
9. Aghotor, J. Evaluation eines Metakognitiven Trainingsprogramms für Schizophreniepatienten: Eine Machbarkeitsstudie [Evaluation of a metacognitive training program for schizophrenia patients. A feasibility study]. Heidelberg. Universität Heidelberg; 2007
10. Ross, K., Freeman, D., Dunn, G., and Garety, P. (2011). A randomized experimental investigation of reasoning training for people with delusions. *Schizophr. Bull.* 37, 324–333. doi: 10.1093/schbul/sbn165
11. Kerstan, A. Evaluation des Metakognitiven Trainings bei chronisch schizophran erkrankten Menschen [Evaluation of metacognitive training program in chronic schizophrenia patients]. Hamburg. University of Hamburg; 2009.
12. Moritz, S., Veckenstedt, R., Andreou, C. *JAMA Psychiatry*. 2014;71(10):1103-1111. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.1038

