

# Předmluva

Těší mě, že úspěch prvního vydání „Kognitivně behaviorální terapie: Základy a něco navíc“ vedl ke druhému, zrevidovanému vydání této knihy. Kniha nabízí čtenáři aktuální pohled na tento psychotherapeutický přístup a věřím, že ji uvítají jak odborníci, tak studenti, kteří v oblasti kognitivně behaviorální terapie teprve začínají. Vzhledem k obrovskému množství nových výzkumů a rozvoji myšlenek, které posunují obor novými zajímavými směry, oceňuji úsilí rozšířit tento materiál o některé z různých způsobů konceptualizace a léčby našich pacientů.

Rád bych zavedl čtenáře až k samotným počátkům kognitivní terapie a seznámil je i s jejím dalším vývojem. Když jsem poprvé začal léčit pacienty terapeutickými postupy, které jsem posléze označil jako „kognitivní terapii“ (dnes nazývanou „kognitivně behaviorální terapií“), neměl jsem ještě nejmenší tušení, kam mě tento přístup – který je značně vzdálen mému psychoanalytickému výcviku – zavede. Na základě vlastní klinické zkušenosti a na základě některých systematických klinických studií a experimentů jsem se začal domnívat, že jádrem psychických poruch, jakými jsou například deprese a úzkost, je porucha myšlení. Tato porucha se projevovala systematickým zkreslováním, jímž pacienti interpretovali své konkrétní zkušenosti. Poukazováním na tuto neobjektivnost a navrhováním alternativního způsobu interpretace, tj. navrhováním jiných, pravděpodobnějších vysvětlení, jsem zjistil, že mohu téměř okamžitě oslabovat příznaky těchto poruch. Návčikem těchto kognitivních dovedností lze zlepšení udržovat. Díky zaměření na problémy, které jsou tady a teď, příznaky poruch během 10 až 14 týdnů téměř zcela vymizely. Účinnost tohoto přístupu na úzkostné a depresivní poruchy podporují jak mé vlastní klinické výzkumy, tak i výzkumy provedené dalšími klinickými výzkumníky.

Mohl bych tvrdit, že v polovině 80. let 20. století dosáhla kognitivní terapie statusu „psychotherapeutického systému“. Sestávala zaprvé z teorie osobnosti a psychopatologie, které stály na pevných empirických zjištěních podporujících její základní postuláty, zadruhé z modelu psychoterapie s celou řadou postupů a strategií, a zatřetí ze spolehlivých empirických nálezů a výstupů klinických studií, které potvrzují účinnost tohoto přístupu.

Od dob mé dřívější práce provedla nová generace terapeutů-vědců další nezbytný výzkum konceptuálního modelu psychopatologie a aplikovala kognitivně behaviorální terapii na široké spektrum poruch. Systematický výzkum objevil základní kognitivní rozměry osobnosti a psychiatrických poruch – specifické zpracovávání opět-ně vybavování informací a vztah mezi zranitelností a stresem.

Nynější aplikace kognitivně behaviorální terapie na mnoho dalších psychických i somatických poruch daleko přesahuje hranici čehokoli, co jsem si v době, kdy jsem

léčil kognitivní terapií první případy deprese a úzkosti, dokázal představit. Výzkumníci z celého světa, zvláště pak ze Spojených států, zjistili na základě výstupů ze svých pokusů, že je kognitivně behaviorální terapie účinná i na tak rozličné poruchy, jako jsou posttraumatická stresová porucha, obsedantně kompulzivní porucha, všechny druhy fobií a poruchy příjmu potravy. Často byla v kombinaci s medikací užitečná při léčbě bipolární afektivní poruchy a schizofrenie. Kognitivní terapie byla shledána jako prospěšná i v případech široké škály chronických somatických onemocnění, jakými jsou bolesti zad, kolitida, hypertenze a chronický únavový syndrom.

Jak se má ale začátečník, který se chce stát terapeutem, naučit základům terapie v tomto nepřehledném množství způsobů použití kognitivně behaviorální terapie? Odpovím citací z *Alenky v říši divů*: „Začněte na začátku.“ To nás přivádí zpět k tématu zmíněnému na začátku předmluvy. Cílem této knihy od dr. Judith Beckové, jedné z nej přednějších kognitivně behaviorálních terapeutek druhé generace (která byla už jako dospívající jedním z prvních posluchačů výkladu mé nové teorie), je poskytnout pevné základy pro praxi kognitivně behaviorální terapie. Přestože existuje úctyhodná řada mnoha různých použití, jsou všechny tyto aplikace založeny na základních zásadách, které obsahuje tento svazek. Dokonce i zkušení kognitivně behaviorální terapeuti mohou díky této publikaci doladit svou dovednost konceptualizace a rozšířit si repertoár terapeutických technik, zlepšit efektivnost léčby a odstranit některé potíže vzniklé v terapii.

Žádná kniha nemůže pochopitelně v kognitivně behaviorální terapii nahradit supervizi. Tato kniha je ale důležitým materiálem a může být vhodným doplňkem supervize, která je jednoduše dostupná a zajišťovaná vycvičenými kognitivními terapeuty (viz Příloha B).

Dr. Judith Becková je přímo povolána k tomu, aby vytvořila příručku kognitivně behaviorální terapie. V uplynulých pětadvaceti letech uspořádala mnoho workshopů a výcviků v kognitivně behaviorální terapii, supervidovala začínající i zkušené terapeuty, pomáhala vyvíjet léčebné záznamy pro nejrůznější poruchy a aktivně se podílela na výzkumech kognitivně behaviorální terapie. Z tohoto zázemí vycházela a napsala knihu s bohatou zásobou informací, jak lze tuto terapii aplikovat. První vydání této knihy bylo zásadním textem pro většinu absolventů psychologie, psychiatrie, sociální práce a pro tvorbu poradenských programů.

Praktické provádění kognitivně behaviorální terapie není jednoduché. Všiml jsem si řady účastníků klinických výzkumů, kteří například prošli způsobem práce s „automatickými myšlenkami“, aniž by doopravdy porozuměli pacientovu vnímání světa tím, že by se s ním společně a vědeckým způsobem snažili získávat zkušenosti. Cílem knihy dr. Judith Beckové je vzdělávat, učit a trénovat v kognitivně behaviorální terapii jak nováčky, tak zkušené terapeuty, a v tomto poslání obdivuhodně uspěla.

Aaron T. Beck, MD

Beckův Institut kognitivně behaviorální terapie  
Oddělení psychiatrie, University of Pennsylvania

# Úvod

Poslední dvě desetiletí byla v oblasti kognitivní terapie velice zajímavým obdobím. Díky novým výzkumům se stala kognitivně behaviorální terapie léčebnou metodou mnoha poruch nejen proto, že dokáže lidem rychle ulevit od příznaků nemoci, ale i protože jim napomáhá si tento dosažený stav udržet. Hlavním cílem naší neziskové organizace, Beckova institutu pro kognitivně behaviorální terapii, je poskytování nejmodernějšího vzdělávání všem zdravotníkům a profesionálům z oblasti duševního zdraví, ať už jsou z Filadelfie nebo celého světa. Nicméně absolvování seminářů a nejrůznějších tréninkových programů nestačí. Mými semináři prošly za posledních 25 let tisíce lidí a stále zjišťuji, že pokud mají lidé zvládnout teorii, principy a praxi kognitivně behaviorální terapie, potřebují mít základní učebnici, ke které se mohou opakovaně vracet.

Tato kniha je určena širokému publiku zdravotníků a odborníků na duševní zdraví, počínaje těmi, kteří kognitivně behaviorální terapii ještě nikdy nevyzkoušeli, až po ty, kteří jsou v ní zkušení, ale chtějí si jen zlepšit své dovednosti, včetně toho, jak kognitivně konceptualizovat pacientův případ, jak stanovovat léčebný plán, jak využívat širokou škálu technik, jak posuzovat účinnost léčby a jak definovat problémy, které vyvstávají v průběhu terapeutického sezení. Abych docílila co největší srozumitelnosti tématu, vybrala jsem si jednu pacientku (jejíž jméno a určující charakteristiky jsem změnila), kterou používám jako příklad v celé knize. Sally je v mnoha ohledech ideální pacientka a její léčba jasně ilustruje „standardní“ postup kognitivně behaviorální terapie při nekomplikované depresi s jednou epizodou. Přestože je léčba popsána na případu deprese s úzkostnými rysy, prezentované techniky lze použít u pacientů se širokou škálou problémů. Další doporučení pro jiné poruchy a potíže jsou vždy uváděna tak, aby se čtenář mohl učit, jak připravit pacientovi léčbu na míru.

První vydání této knihy vyšlo ve více než dvaceti jazycích a dostalo se mi zpětné vazby z celého světa. Mnoho z této zpětné vazby jsem začlenila do druhého vydání. Zapojila jsem rovněž nový materiál o hodnocení a behaviorální aktivaci, kognitivně terapeutickou hodnotící škálu (používanou v mnohých výzkumných studiích a výcvikových programech za účelem měření terapeutických dovedností) a kognitivní případovou studii (založenou na vzoru poskytnutém Akademií kognitivní terapie, kde je předpokladem pro obdržení certifikátu). Rovněž je v tomto vydání kladen větší důraz na terapeutický vztah, řízené objevování sokratovským dotazováním, využívání vlastních pacientových sil a prostředků a na domácí úkoly. Vedly mě k tomu jednak zkušenosti z mé klinické praxe, z vyučovací a supervizní činnosti, jednak publikace a výzkumy z oboru a taktéž diskuse se studenty a kolegy, od začátečníků

až po experty, kteří jsou z mnoha různých zemí a specializují se na nejrůznější aspekty kognitivně behaviorální terapie u mnoha různých potíží.

Tato kniha by nemohla být napsána bez průkopnické práce zakladatele kognitivní terapie Aaron T. Becka, jenž je zároveň mým otcem a výjimečným vědcem, teoretikem, praktikem a člověkem. Naučila jsem se hodně díky svým supervizím, ale také od každého supervidovaného terapeuta a od každého pacienta, se kterým jsem kdy pracovala. Jsem jim všem vděčná.

*Judith S. Becková, PhD*

## Kapitola 1

# Úvod do kognitivně behaviorální terapie

Revoluci v oblasti duševního zdraví zahájil na počátku 60. let dr. Aaron T. Beck, v té době odborný asistent – psychiatr na Pennsylvánské univerzitě. Dr. Beck byl plnohodnotně vycvičeným a praktikujícím psychoanalytikem. Jakožto vědec byl zásadně přesvědčen, že je třeba v zájmu psychoanalýzy a její akceptace odbornou komunitou prokázat její teoretické postuláty jako empiricky platné. Ke konci 50. a počátkem 60. let minulého století se pustil do řady experimentů, u kterých očekával, že takováto potvrzení přinesou. Místo toho se ovšem stal pravdou opak. Výsledky experimentů vedly dr. Becka k tomu, aby hledal jiná vysvětlení pro depresi. Jako primární rys deprese označil zkreslené, negativní kognice (myšlenky a přesvědčení) a vyvinul krátkodobou léčbu, jedním z jejíchž cílů bylo ověřování platnosti pacientových depresivních myšlenek.

V této kapitole najdete odpovědi na tyto otázky:

- Co je kognitivně behaviorální terapie?
- Jak se vyvíjela?
- Co nám říkají výzkumy o její účinnosti?
- Jaké jsou její základní principy?
- Jak se můžete stát skutečným kognitivně behaviorálním terapeutem?

## Co je kognitivně behaviorální terapie?

Aaron Beck vyvinul na počátku 60. let 20. století formu psychoterapie, kterou nazval „kognitivní terapie“. Pojem „kognitivní terapie“ je používán jako synonymum pro „kognitivně behaviorální terapii“ a je to termín, který se objevuje v celé této knize. Beck vytvořil strukturovanou, krátkodobou, na přítomnost orientovanou psychoterapii určenou k léčbě depresí, zaměřenou na řešení aktuálních problémů a modifikaci

dysfunkčního (chybného a/nebo neužitečného) myšlení a chování (Beck, 1964). Beck a další od té doby tuto terapii ještě dál úspěšně upravili pro překvapivě množství rozmanitých poruch a problémů. Tyto úpravy sice zahrnovaly změnu zaměření, metod a délky léčby, ale samotné teoretické předpoklady zůstaly stejné. Všechny formy kognitivně behaviorální terapie odvozené od Beckova modelu mají léčbu založenou na kognitivní formulaci a na přesvědčeních a způsobech chování, které charakterizují konkrétní jednotlivou poruchu (Alford & Beck, 1997).

Léčba je rovněž založena na konceptualizaci a porozumění individuálnímu pacientovi (jeho konkrétním přesvědčením a vzorcům chování). Terapeut hledá způsob, jak docílit kognitivní změny – tedy pozměnění pacientova myšlení a systému jeho přesvědčení – tak, aby to přineslo i změnu v emocionálním prožívání a změnu v chování.

Když Beck vytvářel tuto formu psychoterapie, vycházel z mnoha různých zdrojů, včetně raných filozofů jako Epiktétos a teoretiků jako Karen Horneyová, Alfred Adler, George Kelly, Albert Ellis, Richard Lazarus a Albert Bandura. Beckovu práci pak dále rozšiřovali současní vědci a teoretici jak ve Spojených státech, tak v zahraničí, kterých je příliš mnoho, než aby je bylo možné zde uvést.

Existuje celá řada forem kognitivně behaviorální terapie, které mají shodné charakteristiky jako terapie Beckova, ale jejich konceptualizace a kladení důrazu při léčbě se určitým způsobem liší. Patří mezi ně racionálně emoční behaviorální terapie (Ellis, 1962), dialektická behaviorální terapie (Linehan, 1993), terapie zaměřená na řešení problémů (D’Zurilla & Nezu, 2006), terapie přijetí a odhodlání (Hayes, Follette & Linehan, 2004), expoziční terapie (Foa & Rothbaum, 1998), terapie kognitivním zpracováním (Resick & Schnicke, 1993), psychoterapeutický systém kognitivně behaviorální analýzy (McCulough, 1999), behaviorální aktivizace (Lewinsohn, Sulivan, & Grosscup, 1980; Martell, Addis, & Jacobson, 2001), kognitivně behaviorální modifikace (Meichenbaum, 1977) a další. Beckova kognitivně behaviorální terapie ve svém kognitivním rámci využívá metody ze všech výše uvedených terapií, ale i jiných psychoterapeutických směrů. Odborné historické přehledy nám poskytují bohatý popis toho, jak vznikaly různé proudy kognitivně behaviorální terapie a jak se vyvíjely (Arnkoff & Glass, 1992; A. Beck, 2005; Clark, Beck, & Alford, 1999; Dobson & Dozois, 2009; Hollon & Beck, 1993).

Kognitivně behaviorální terapii lze přizpůsobit pacientům s nejrůznějším stupněm vzdělání a příjmů, jejich kulturám nebo jejich věku, a to od nejmenších dětí až po starší osoby. V současné době se používá mimo ordinace primární péče i v dalších zdravotnických zařízeních, školách, v programech odborného vzdělávání, věznicích atd. Využívá se ve formě skupinové, párové i rodinné terapie. I když se léčba popisovaná v této knize zaměřuje na 45 minut trvající individuální sezení, neznamená to, že nemůže být kratší. Někteří pacienti, například ti, kteří trpí schizofrenií, by často ani nevydrželi absolvovat celé sezení a někteří praktici zase dokážou používat kognitivně behaviorální techniky, aniž by museli provést sezení celé, například v rámci krátké rehabilitační schůzky nebo při kontrole užívání léků.

## O jakou teorii se opírá kognitivně behaviorální terapie?

Stručně řečeno, *kognitivní model* předpokládá, že dysfunkční myšlení (které ovlivňuje pacientovu náladu a chování) je společné všem psychickým poruchám. Když se lidé učí hodnotit své myšlení realističtějším a prospěšnějším způsobem, zažívají následně zlepšení i ve svém emočním stavu a chování. Například pokud byste byli v depresi a nezvládli nějakou domácí práci, možná byste měli *automatickou myšlenku*, jakýsi nápad, který se vám právě prohnal hlavou: „Nic neumím udělat správně.“ Tato myšlenka by potom mohla vést k určité reakci: mohli byste se cítit smutní (emoce) a vrátit se do postele (chování). Pokud byste pak přezkoumali platnost této myšlenky, možná byste došli k závěru, že jste příliš zobecňovali a že ve skutečnosti vlastně děláte mnoho věcí dobře. Podíváte-li se na svou zkušenost z tohoto nového úhlu pohledu, budete se nejspíš cítit lépe a to povede k funkčnějšímu chování.

Pro dosažení trvalejšího zlepšení pacientovy nálady a chování pracují kognitivní terapeuti na hlubší úrovni s pacientovými základními přesvědčeními o sobě samém, o světě a o jiných lidech. Právě změna těchto skrytých dysfunkčních přesvědčení pak vede k trvalejší změně. Pokud například neustále podceňujete své schopnosti, můžete mít skryté přesvědčení o své neschopnosti. Pozměnění tohoto obecného přesvědčení (tj. tím, že se začnete vidět v realističtějším světle, že máte jak své nedostatky, tak i své přednosti) může změnit vaše vnímání některých konkrétních situací, se kterými se každý den setkáváte. Už nebudete mít tolik myšlenek na téma: „Nic neumím udělat správně.“ Namísto toho si v konkrétní situaci, ve které jste udělali chybu, nejspíš pomyslíte: „Tohle mi moc nejde“ [tento konkrétní úkol].

## Co říká výzkum?

Výzkum kognitivně behaviorální terapie probíhá již od doby publikace první studie s výsledky, tedy od roku 1977 (Rush, Beck, Kovacs, & Hollon, 1977). V současné době prokázalo účinnost kognitivně behaviorální terapie již více než 500 výzkumných studií, a to pro široké spektrum psychických poruch, psychických problémů nebo problémů zdravotních, které zahrnují psychickou složku (viz např. Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2005; Chambless & Ollendick, 2001). Tabulka 1.1 uvádí mnoho poruch a problémů, které byly úspěšně léčeny kognitivně behaviorální terapií. Kompletnější seznam naleznete na stránkách [www.beckinstitute.org](http://www.beckinstitute.org).

Byly provedeny studie prokazující účinnost kognitivně behaviorální terapie v komunitním prostředí (viz např. Shadish, Matt, Navarro & Philips, 2000; Simons a kol., 2010; Stirman, Buchhofer, McLaulin, Evans, & Beck, 2009). Jiné studie zjistily účinnost počítačově asistované kognitivně behaviorální terapie (viz např. Khanna & Kendall, 2010; Wright a kol. 2002). A několik vědců prokázalo souvislost mezi neurobiologickými změnami v mozku a léčbou kognitivně behaviorální terapií u různých poruch (viz např. Goldapple a kol., 2004). Stovky výzkumných studií potvrdily

platnost kognitivního modelu deprese a úzkosti. Kompletní přehled těchto studií lze nalézt v díle Clarka a kol. (1999) a Clarka a Becka (2010).

**Tabulka 1.1** Neúplný seznam poruch úspěšně léčených kognitivně behaviorální terapií

Psychiatrické problémy	Psychické problémy	Zdravotní problémy s psychickou složkou
Těžká depresivní porucha	Párové problémy	Chronická bolest zad
Stařecká deprese	Rodinné problémy	Bolest při srpkovité anémii
Generalizovaná úzkostná porucha	Patologické hráčství	Migréna
Stařecká úzkost	Komplikované truchlení	Pískání v uších
Panická porucha	Pečovatelský stres	Nádorová bolest
Agorafobie	Zloba a nepřátelství	Somatoformní poruchy
Sociální fobie		Syndrom dráždivého tračníku
Obsedantně kompulzivní porucha		Syndrom chronické únavy
Poruchy chování u dětí		Revmatické bolesti
Zneužívání návykových látek		Erektivní dysfunkce
Poruchy pozornosti/ hyperaktivita		Nespavost
Nadměrné obavy o zdraví		Obezita
Dysmorfofobie		Vaginismus
Poruchy příjmu potravy		Hypertenze
Poruchy osobnosti		Syndrom války v Perském zálivu
Sexuální delikvence		
Neurotické poruchy		
Bipolární afektivní porucha (s medikací)		
Schizofrenie (s medikací)		

## Jak se vyvíjela Beckova kognitivně behaviorální terapie?

Na přelomu 50. a 60. let 20. století se dr. Beck rozhodl zkoumat psychoanalytický koncept, který tvrdil, že deprese je výsledkem nepřátelství obráceného proti sobě samému. Zkoumal sny pacientů s depresí, u nichž předpokládal větší výskyt hostilních obsahů než u snů v kontrolní skupině. Ke svému překvapení nakonec zjistil, že sny depresivních pacientů nejenže obsahovaly hostilitu *méně*, ale naopak v nich bylo daleko více témat týkajících se méněcennosti, strádání a ztrát. Uvědomil si, že se tato témata objevují v myšlení jeho pacientů i v bdělém stavu. Výsledky jeho dalších studií ho přivedly k přesvědčení, že i další související psychoanalytická myšlenka (totiž že depresivní pacienti mají potřebu trpět) by nemusela být správná (Beck, 1967). V tomto okamžiku to začalo připomínat padání dominových kostek. Pokud tyto psychoanalytické koncepty nejsou platné, jak jinak by se dalo depresi porozumět?

Když dr. Beck naslouchal svým pacientům ležícím na pohovce, uvědomil si, že občas popisují dva proudy myšlenek: jeden proud obsahoval volné asociace a druhý zahrnoval krátké hodnotící myšlenky o sobě. Jedna žena například podrobně líčila



své sexuální zážitky. Následně sdělila, že se cítí úzkostná. Dr. Beck to interpretoval: „Myslela jste si, že vás budu kritizovat.“ Pacientka nesouhlasila: „Ne, bála jsem se, že vás to bude nudit.“ Po doptávání u svých dalších depresivních pacientů dr. Beck zjistil, že každý z nich má obdobné „automatické“ myšlenky a že tento myšlenkový proud je velice úzce spjat s jejich emocemi. Začal tedy pacientům pomáhat určovat jejich nerealistické a škodlivé myšlenky, hodnotit je a reagovat na ně, což u nich vedlo k rapidnímu zlepšení.

Dr. Beck začal učit své kolegy psychiatry na Pennsylvánské univerzitě, jak využít tento způsob léčby. I oni brzy zjistili, že jejich pacienti na tuto léčbu dobře reagují. Primář dr. A. John Rush, nyní přední autorita v oblasti depresí, se následně s dr. Beckem dohodl, že provedou výzkumnou studii. Shodli se, že provedení takové studie je nezbytné k prokázání účinnosti kognitivní terapie. Jejich náhodně kontrolovaná studie depresivních pacientů, publikovaná v roce 1977, dospěla k závěru, že kognitivní terapie je stejně účinná jako imipramin, běžné antidepresivum. To byl ohromující závěr. Byl to jeden z prvních případů, kdy byla psychoterapie srovnávána s podáváním psychofarmak. O dva roky později publikovali Beck, Rush, Shaw a Emery (1979) první léčebný manuál kognitivní terapie.

Důležitými složkami kognitivní terapie deprese bylo zaměření se na pomoc pacientům v řešení jejich problémů; jejich aktivizace; určení, hodnocení a reakce na jejich depresivní myšlení, zejména na jejich negativní myšlenky o sobě, o světě a o budoucnosti. Ke konci 70. let 20. století začali dr. Beck a jeho žáci na Pennsylvánské univerzitě studovat úzkost a zjistili, že je zapotřebí poněkud jiného přístupu. U úzkostných pacientů je třeba, aby dokázali lépe posuzovat rizika situací, kterých se bojí, aby si uvědomili své vnitřní i vnější zdroje a následně je lépe využili. Kromě toho musí snížit své vyhybavé chování a obávaným situacím se naopak vystavovat, aby mohli své negativní předpovědi ověřovat pomocí svého chování. Kognitivní model úzkosti byl následně zdokonalen pro jednotlivé úzkostné poruchy, kognitivní psychologie tyto modely ověřila a výstupy studií prokázaly účinnost kognitivně behaviorální terapie u úzkostných poruch (Clark & Beck, 2010).

Dr. Beck, jeho žáci a další vědci po celém světě postupují ve studiu rychlým tempem vpřed již po několik desetiletí, vytvářejí teorie, přizpůsobují je a následně ověřují účinnost léčby u pacientů, kteří trpí rostoucím seznamem problémů. Kognitivní terapie nebo kognitivně behaviorální terapie je dnes vyučována na většině vysokých škol ve Spojených státech a v mnoha dalších zemích.

## Jaké jsou základní principy léčby?

Ačkoli by měla být terapie šita na míru každému jednotlivci, existují určité principy, které jsou základem kognitivně behaviorální terapie pro všechny pacienty. V celé knize používám jako příklad depresivní pacientku Sally k ilustraci hlavních principů, jak porozumět pacientovým obtížím a jak toto porozumění použít při plánování

léčby a při vedení samotných sezení. Sally je téměř ideální pacientka, což mi umožňuje představit vám kognitivně behaviorální terapii jednoduchým způsobem. Zmínuji několik způsobů, jak přizpůsobit léčbu u pacientů, kteří nereagují tak dobře jako ona, ale čtenář musí hledat jinde, pokud se chce naučit, jak konceptualizovat, jakou volit strategii a jaké metody používat u pacientů s jinou než depresivní diagnózou, nebo dokonce u pacientů, jejichž problémy představují v léčbě výzvu (např. J. S. Beck, 2005, Kuyken, Padesky & Dudley, 2009, Needleman, 1999).

V době vyhledání léčby byla „Sally“ osmnáctiletá nezadaná studentka druhého semestru vysoké školy. Cítila se depresivní, během posledních 4 měsíců byla úzkostná a měla problémy se svými každodenními činnostmi. Splňovala kritéria depresivní epizody střední závažnosti podle DSM-IV-TR (Diagnosticko-statistický manuál psychických poruch, 4. vydání, textová revize; Americká psychiatrická asociace, 2000). Ucelenější obrázek Sallyina případu poskytuje Příloha A.

Základní principy kognitivně behaviorální terapie jsou tyto:

**Princip č. 1 Kognitivně behaviorální terapie je založená na neustále se vyvíjející formulaci pacientových problémů a individuální konceptualizaci případu každého pacienta v kognitivních pojmech.** O potížích, které má Sally, uvažuji ve třech rovínách. Od začátku jsem určovala její *aktuální myšlenky*, které přispívaly k jejímu pocitu smutku („Jsem k ničemu, nic neumím udělat správně, nikdy nebudu šťastná“), a *problémové chování* (izolování se, neproduktivní trávení většiny času v pokoji, vyhýbání se žádosti o pomoc). Toto problematické chování vyplývá ze Sallyina dysfunkčního myšlení a následně ho posiluje. Zadruhé jsem určila *precipitující faktory*, které ovlivnily Sallyino vnímání na počátku deprese (například to, že byla poprvé daleko od domova a že zápasila se studiem, přispělo k jejímu přesvědčení, že je neschopná). Zatřetí jsem si vytvořila hypotézu o *klíčových vývojových událostech* a o *stabilních vzorcích interpretování* těchto událostí, které ji mohly *predisponovat* k depresi (např. Sally má celoživotní tendenci přisuzovat své přednosti a dosažené úspěchy štěstí, zatímco své nedostatky považuje za odraz svého „opravdového“ já).

Svou konceptualizaci Sallyina případu zakládám jednak na kognitivní formulaci deprese, jednak na informacích, které mi Sally poskytla na prvním sezení. Tuto konceptualizaci vylepšuji v průběhu dalších sezení, kdykoli získám nějaké další údaje. Navíc ji ve vhodných okamžicích sdílím se Sally, abych se ujistila, že jí zní pravdivě, a během terapie se jí tak snažím pomoci, aby nahlížela své vlastní zážitky v rámci kognitivního modelu. Učí se například určovat své myšlenky spojené se stresujícími vlivy, hodnotit je a formulovat ke svým myšlenkám prospěšnější odpovědi. Když to dělá, zlepšuje se to, jak se cítí, což často vede k funkčnějšímu chování.

**Princip č. 2 Kognitivně behaviorální terapie vyžaduje zdravé terapeutické spojení.** Sally (jako mnoho jiných pacientů s depresí nebo úzkostnými poruchami)

neměla potíží mi důvěřovat a pracovat se mnou. Snažila jsem se předvést všechny důležité vlastnosti, jež jsou pro poradenskou praxi nezbytné: vřelost, empatii, péči, opravdový zájem a kompetentnost. Svůj zájem o Sally jsem projevovala empatickými výroky, pozorným nasloucháním a přesným shrnováním jejích myšlenek a pocitů. Poukazovala jsem na její malé i větší úspěchy a udržovala jsem realisticky optimistický výhled. Po každém sezení jsem se Sally zeptala na zpětnou vazbu a ujistila se, že se cítí pochopená a ze sezení si něco odnáší. Pro zevrubnější popis terapeutického vztahu v kognitivně behaviorální terapii viz kapitolu 2.

**Princip č. 3 Kognitivně behaviorální terapie klade důraz na spolupráci a aktivní účast.** Povzbuzovala jsem Sally, aby se na terapii dívala jako na týmovou práci; společně se rozhodneme, na čem budeme na každém sezení pracovat, jak často bychom se měly setkávat a co může Sally mezi jednotlivými sezeními sama dělat jako domácí úkol. Ze začátku jsem samozřejmě aktivnější, jak v navrhování náplně terapeutických sezení, tak při shrnování toho, o čem jsme během sezení hovořily. Ovšem jak Sally postupně přestává být tak depresivní a je lépe seznámena s pravidly terapie, povzbuzuji ji k větší aktivitě i v sezení: aby sama rozhodla, o jakém problému budeme mluvit, aby určovala zřeknutí ve svém myšlení, shrnovala důležité body sezení nebo si vymyslela domácí úkol.

**Princip č. 4 Kognitivně behaviorální terapie se zaměřuje na problémy a soustředí se na cíle.** Na prvním sezení jsem Sally požádala, aby mi vyjmenovala své problémy a stanovila si konkrétní cíle, abychom obě stejně rozuměly tomu, kam chce v naší práci směřovat. Sally se například zmínila, že se cítí osamělá. Pod mým vedením se Sally podařilo zformulovat si cíl z hlediska chování: aktivně navazovat nová přátelství a trávit více času se svými současnými přáteli. Později, když jsme diskutovaly nad tím, jak zlepšit její každodenní zvyky, jsem jí pomohla ověřovat a reagovat na myšlenky, které jí mohly bránit dosáhnout jejího cíle, např. *Moji přátelé se mnou nebudou chtít trávit čas. Jsem příliš unavená na to, abych s nimi šla ven.* Nejdřív jsem Sally pomohla zkoumat platnost těchto myšlenek hodnocením důkazů. Poté byla Sally ochotna ověřovat své myšlenky přímo prostřednictvím behaviorálních experimentů (strany 183–185), ve kterých již sama vytváří plány se svými přáteli. Jakmile rozpozná a opraví chyby ve svém myšlení, bude schopná mít prospěch z přímého řešení problému ohledně snížení své osamělosti.

**Princip č. 5 Kognitivně behaviorální terapie zpočátku zdůrazňuje hlavně přítomnost.** Léčba většiny pacientů se zaměřuje především na jejich současné problémy a na konkrétní situace, které jim přinášejí potíže. Sally se začala cítit lépe, jakmile byla schopná reagovat na své negativní myšlenky a podniknout kroky ke zlepšení svého života. Terapie začíná zkoumáním problémů, které jsou tady a teď, bez ohledu na diagnózu. Pozornost se přesunuje na minulost ve dvou případech. Jednak v případě, že pacient vyjadřuje silnou touhu hovořit o minulosti a nerespektování této

jeho potřeby by mohlo ohrozit terapeutický vztah, a jednak v případě, že se pacient „zasekl“ ve svém dysfunkčním myšlení a pochopení kořenů jeho přesvědčení v dětství by mohlo napomoci změně jeho rigidních myšlenek („Tedy není divu, že stále věříte, že jste neschopný. Chápete, že téměř každé dítě – které by mělo tu samou zkušenost jako vy – by vyrůstalo s přesvědčením, že je neschopné, a přesto to nemusí být pravda, respektive určitě to není úplná pravda?“)

Se Sally jsem se například během léčby krátce vrátila do minulosti, abych jí pomohla identifikovat soubor přesvědčení, kterým se naučila jako dítě: „Pokud to dotáhnu daleko, znamená to, že mám hodnotu“ a „Pokud to daleko nedotáhnu, znamená to, že jsem selhala“. Pomohla jsem jí ověřit platnost obou těchto přesvědčení, jak v minulosti, tak v současnosti. I díky tomu si Sally vytvořila funkčnější a rozumnější přesvědčení. Kdyby měla Sally poruchu osobnosti, strávila bych probíráním jejího vývoje a celkově historií původu jejích přesvědčení v dětství úměrně více času.

**Princip č. 6 Kognitivně behaviorální terapie je edukativní, klade si za cíl naučit pacienta, aby se stal sám sobě terapeutem, a klade důraz na prevenci relapsu.** V našem prvním sezení jsem poučila Sally o povaze a průběhu její poruchy, o tom, jak kognitivně behaviorální terapie probíhá, a o kognitivním modelu (tj. jak myšlenky ovlivňují její emoce a chování). Nejenže jsem Sally pomáhala stanovit si cíle, určovat a hodnotit její myšlenky a přesvědčení, plánovat změnu na úrovni chování, ale také jsem ji učila, jak to má udělat. V každém sezení dbám na to, aby si Sally vzala domů své poznámky z terapie – důležité myšlenky, které se naučila –, aby mohla ze svého nového porozumění těžit ještě týdně poté, co léčba skončí.

**Princip č. 7 Kognitivně behaviorální terapie se snaží být časově ohraničená.** Mnoho pacientů s depresivními nebo úzkostnými poruchami, u nichž léčba postupuje přímočaře, je vyléčeno během 6 až 14 sezení. Terapeutovým cílem je poskytnutí úlevy od příznaků a navrácení pacienta do původního stavu před vypuknutím potíží, dále pomoc v řešení nejpalcivějších problémů a vybavení pacienta dovednostmi potřebnými pro vyhnutí se relapsu. Sally měla terapeutická sezení zprvu jednou týdně. (Kdyby byla její deprese vážnějšího charakteru nebo měla Sally sebevražedné tendence, dojednala bych pravděpodobně schůzky častější.) Po dvou měsících jsme se společně rozhodly vyzkoušet sezení jednou za čtrnáct dní, poté jednou měsíčně. Dokonce i po ukončení léčby plánujeme udržovací čtvrtletní sezení po dobu jednoho roku.

Ne všichni pacienti ovšem dosáhnou takového pokroku během pouhých několika měsíců. Někteří pacienti vyžadují 1 až 2 roky léčby (a někteří ještě déle), než pozmění svá velmi rigidní dysfunkční přesvědčení a vzorce chování, které přispívají k jejich chronickým potížím. Pacienti se závažným duševním onemocněním mohou vyžadovat pravidelnou léčbu po velmi dlouhou dobu, aby bylo vůbec dosaženo stabilizace jejich stavu.

**Princip č. 8 Sezení kognitivně behaviorální terapie jsou strukturovaná.** Bez ohledu na diagnózu nebo fázi léčby maximalizuje dodržování určité struktury v každém sezení efektivitu a účinnost léčby. Tato struktura zahrnuje úvodní část (kontrola nálad, krátké zhodnocení uplynulého týdne, společná dohoda na programu sezení), střední část (probrání domácích úkolů, diskuze o problémech, které jsou na programu sezení, zadání domácích úkolů a shrnutí) a závěrečnou část (získání zpětné vazby). Dodržováním této struktury se terapie stává pro pacienta lépe srozumitelnou a zvyšuje se pravděpodobnost, že si po skončení terapie bude pacient schopen pomoci sám.

**Princip č. 9 Kognitivně behaviorální terapie učí pacienty, jak mají určovat a hodnotit své dysfunkční myšlenky a přesvědčení a jak na ně reagovat.** Pacienti mohou mít desítky nebo i stovky automatických myšlenek denně, které ovlivňují jejich náladu, chování a/nebo tělesné příznaky (poslední jmenované jsou zvláště spojeny s úzkostí). Terapeuti pomáhají pacientům určovat klíčové myšlenky a osvojit si realističtější a prospěšnější úhel pohledu, což vede ke zlepšení jejich emočního stavu, k funkčnějšímu chování a/nebo ke zmírnění tělesných příznaků. Děje se tak prostřednictvím procesu *řízeného objevování*, kdy pomocí dotazování (často označovaného jako „sokratovské dotazování“) hodnotí své myšlenky (funguje to lépe než přesvědčování, debatování nebo poučování). Terapeuti také vytvořili experimenty nazývané *behaviorální experimenty*, které slouží k přímému ověřování pacientova myšlení (např. „Dokonce i když se jen podívám na obrázek pavouka, budu tak nervózní, že nebudu schopna přemýšlet.“). Takto terapeuti zapojují pacienta do *spolupráce při získávání vlastních zkušeností*. Terapeuti obecně předem nevědí, do jaké míry jsou pacientovy automatické myšlenky platné nebo neplatné, ale společně je ověřují, aby dospěli k nějakým užitečnějším a správnějším odpovědím.

Když byla Sally v depresi, měla během dne mnoho automatických myšlenek. O některých z nich sama spontánně vyprávěla a na některé jsem se doptávala (tak, že jsem se ptala, co jí běželo hlavou, když byla rozzlobená nebo jednala nějakým dysfunkčním způsobem). Často jsme odkrývaly důležité automatické myšlenky, když jsme si se Sally povídaly o nějakém konkrétním problému, a společně jsme ověřovaly jejich platnost a užitečnost. Požádala jsem ji, aby svůj nový pohled shrnula a písemně zaznamenala, aby si své prospěšnější odpovědi mohla během týdne kdykoli přečíst a aby byla na tyto nebo podobné myšlenky připravená. Nesažila jsem se ji přesvědčit, že je její myšlení nerealisticky pesimistické, ani jsem ji nepodněcovala k tomu, aby nekriticky přijímala pozitivnější úhel pohledu. Naopak jsem ji vyzývala, abychom společně zkoumaly důkazy o platnosti jejich automatických myšlenek.

**Princip č. 10 Kognitivně behaviorální terapie používá řadu technik, jak změnit myšlení, náladu a chování.** Ačkoliv jsou pro kognitivně behaviorální terapii zásadní kognitivní strategie, jako je sokratovské dotazování a řízené objevování, důležité jsou i behaviorální techniky a řešení problémů i techniky z jiných směrů, které lze

v kognitivním rámci účinně využít. Například jsem za pomoci Gestaltem inspirovaných technik pomohla Sally porozumět, jak její rodinné zážitky přispěly k rozvoji jejího přesvědčení, že je neschopná. Psychodynamicky inspirované techniky zase používám s některými pacienty, kteří svůj zkreslený pohled na lidi přenášejí do terapeutického vztahu. Typy technik, které budete vybírat, budou záviset na konceptualizaci pacientova případu, jeho problému a cílech sezení.

Tyto základní principy platí pro všechny pacienty. Terapie se ovšem může u jednotlivých pacientů značně lišit podle povahy jejich potíží, jejich životní fáze nebo podle jejich vývojové a intelektové úrovně, podle pohlaví nebo jejich kulturního prostředí. Léčba se také liší v závislosti na cílech pacientů, jejich schopnosti vytvořit silnou terapeutickou vazbu, jejich motivace ke změně, jejich předchozí zkušenosti s terapií a jejich preferencemi v léčbě.

*Důraz* při léčbě také závisí na pacientově konkrétní poruše. Kognitivně behaviorální terapie panické poruchy zahrnuje ověřování pacientových katastrofických interpretací tělesných a duševních pocitů (obvykle mylných předpovědí ohledně ohrožení života nebo ztráty zdravého rozumu) (Clark, 1989). Anorexie vyžaduje změnu přesvědčení o vlastní hodnotě a kontrole (Garner & Bemis, 1985). Léčba závislosti na návykových látkách se zaměřuje na negativní přesvědčení o sobě a na přesvědčení usnadňující, případně povolující užívání návykových látek (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1993).

## Jak vypadá terapeutické sezení?

Struktura terapeutických sezení je velmi podobná, i když se jedná o různé poruchy, ale intervence se mohou značně lišit pacient od pacienta. (Na webových stránkách Akademie kognitivní terapie [[www.academyofct.org](http://www.academyofct.org)] je zveřejněn seznam publikací, které popisují kognitivní formulace, hlavní důraz, strategie a techniky léčby nejen pro široké spektrum diagnóz, ale i pro nejruznější proměnné u pacientů nebo pro různé formy a nastavení léčby.) Níže uvádím obecný popis terapeutických sezení a průběh léčby, zejména u depresivních pacientů.

Na začátku každého sezení obnovíte terapeutické spojení s pacientem, zkontrolujete jeho náladu, příznaky a zážitky z uplynulého týdne a požádáte ho, aby vyjmenoval své problémy, které chce pomoci řešit. Tyto potíže se možná objevily právě během předchozího týdne a/nebo pacient očekává, že by se s těmito problémy mohl setkat v týdnech nadcházejících. Také proberete svépomocné aktivity („domácí úkol“ nebo „plán činností“), kterými se pacient zabýval od předchozího sezení. Potom budete v průběhu diskuse o konkrétním problému, který pacient určil do programu sezení, sbírat o tomto problému údaje, kognitivně konceptualizovat pacientovy potíže (ptáním se na jeho konkrétní myšlenky, emoce a chování spojené s problémem) a společně plánovat další postup. Ten nejčastěji zahrnuje přímé řešení

problému, hodnocení pacientova negativního myšlení spojeného s problémem a/ nebo změnu chování.

Např. vysokoškolačka Sally má potíže se studiem. Potřebuje pomoci hodnotit své myšlenky („K čemu to všechno je? Nejspíš mě stejně vyhodí.“) a vhodně na ně reagovat ještě předtím, než se bude schopna plně zapojit do řešení svých problémů se studiem. Zajistím, aby Sally přijala přílehavější a prospěšnější pohled na situaci a aby se rozhodla, která řešení uskuteční v příštím týdnu (např. začne s relativně jednoduššími úkoly, v duchu si bude shrnovat každou stránku nebo dvě, které přečetla, bude si plánovat kratší studijní úseky, během přestávek mezi nimi bude chodit na procházky a řekne si o pomoc výukovému asistentovi). Naše sezení umožní Sally, aby v nadcházejícím týdnu dokázala změnit své myšlení a chování, což zase postupně povede ke zlepšení její nálady a fungování.

Jakmile probereme určitý problém a společně se domluvíme na domácím cvičení, začneme se se Sally věnovat dalšímu bodu programu a postup opakujeme. Na konci sezení shrneme jeho důležité body. Ujistím se, že je Sally motivovaná ke splnění domácích úloh, a vyžádám si zpětnou vazbu ze sezení.

## **Jak rozvíjet své dovednosti kognitivně behaviorálního terapeuta**

Necvičenému pozorovateli se kognitivně behaviorální terapie může někdy jevit klamně jednoduchá. *Kognitivní model*, tedy tvrzení, že myšlenky ovlivňují emoce a chování, je celkem jednoduchý. Nicméně zkušení kognitivně behaviorální terapeuti provádějí hned několik úkonů najednou: konceptualizují případ, budují vztah, seznamují pacienta s terapií a vzdělávají jej, určují problémy, shromažďují údaje, ověřují hypotézy a provádějí shrnutí. Začínající kognitivně behaviorální terapeut potřebuje být naopak rozváznější a strukturovanější a soustředit se na menší množství prvků najednou. I když je propojení všech těchto složek hlavním cílem co nejučinněji a nejefektivněji prováděné terapie, začátečníci se musí nejprve naučit jednotlivé dovednosti – jak rozvíjet terapeutický vztah, jak konceptualizovat případ a jak uplatňovat techniky kognitivně behaviorální terapie, nejlépe postupně, krok za krokem.

Rozvíjení odborné úrovně kognitivně behaviorálního terapeuta můžeme vnímat ve třech etapách (tento popis předpokládá, že terapeut již dostatečně zvládá základní dovednosti poradenství: naslouchání, vyjadřování empatie, zájmu, pozitivní postoj a opravdovost, jakož i správné porozumění, reflektování a shrnování. Terapeuti, kteří tyto dovednosti dosud nemají, často vyvolávají v klientech negativní reakce). V Etapě 1 se naučíte základní dovednosti, jak konceptualizovat případ v kognitivních pojmech na základě vstupního vyšetření a údajů získaných během sezení. Také se naučíte strukturovat sezení a využívat konceptualizaci pacientova případu v kombinaci se svou intuicí k plánování léčby, k pomoci pacientům při řešení jejich

problémů a k nahlížení jejich dysfunkčních myšlenek jiným způsobem. Také se naučíte používat základní kognitivní a behaviorální techniky.

Ve druhé fázi již budete zběhlejší ve vytváření konceptualizace v kombinaci s používáním vhodných terapeutických metod. Zlepší se vaše schopnost porozumět průběhu terapie. Daleko snadněji dokážete určit klíčové cíle léčby a budete mnohem obratnější při konceptualizaci případů pacientů, zdokonalíte se v procesu konceptualizace během sezení samotného a naučíte se používat konceptualizaci při rozhodování o léčebných intervencích. Rozšíříte si svůj repertoár technik a jejich výběr, vhodné načasování a začlenění do léčby se pro vás stane samozřejmější.

Ve třetí fázi dokážete již daleko přirozeněji zahrnovat do konceptualizace nové údaje. Vybrousíte svou schopnost vytvářet hypotézy k potvrzení nebo zrevidování svého pohledu na pacienta. Dokážete měnit strukturu a techniky základní kognitivně behaviorální terapie podle potřeby, zejména u pacientů s poruchou osobnosti nebo s jinými těžkými poruchami a problémy.

Pokud jste dříve pracovali jiným psychoterapeutickým přístupem, bude pro vás důležité rozhodnout se spolu s pacienty, zda jim představíte kognitivně behaviorální přístup, popíšete, co byste chtěli dělat jinak, a zdůvodníte jim to. Většina pacientů s takovými změnami souhlasí, pokud jsou formulovány pozitivně a v jejich prospěch. Pokud pacienti váhají, můžete navrhnout určitou změnu (např. stanovování programu sezení předem) jako „experiment“, nikoli jako povinnost, abyste je motivovali to zkusit.

TERAPEUT: Miku, nedávno jsem četl zajímavou knihu o tom, jak lze zvýšit účinnost terapie, a vzpomněl jsem si přitom na vás.

PACIENT: Opravdu?

TERAPEUT: Ano, a mám několik nápadů, jak bychom mohli dosáhnout rychlejšího zlepšení vašeho stavu. [nabízí spolupráci] Chcete se o tom dozvědět víc?

PACIENT: Jistě.

TERAPEUT: Jedna z věcí, kterou jsem si přečetl, se označuje „stanovení programu“.

To znamená, že vás na začátku každého sezení požádám, abyste mi vyjmenoval problémy, se kterými byste chtěl, abych vám během sezení pomohl. Můžete například říci, že máte problém se svým šéfem nebo se vstáváním o víkendech nebo že jste opravdu úzkostný kvůli své finanční situaci. [pauza] Když vás dopředu požádám, abyste vyjmenoval své problémy, pomůže nám to pak lépe využít náš čas během sezení. [pauza] [žádá o zpětnou vazbu] Co si o tom myslíte?

## Jak používat tuto knihu?

Tato kniha je určena pro jednotlivce s různým množstvím zkušeností a s různým stupněm rozvoje dovedností, kteří pocítují, že mají určité nedostatky při kladení základních stavebních kamenů kognitivní konceptualizace a léčby. Je důležité dobře



ovládat základní prvky kognitivně behaviorální terapie, abyste porozuměli tomu, jak a kdy lze standardní léčbu u jednotlivých pacientů měnit.

Svůj růst coby kognitivně behaviorálního terapeuta můžete obohatit, pokud nástroje popsané v této knize vyzkoušíte sami na sobě. Během četby nejdřív začnete konceptualizovat své vlastní myšlenky a přesvědčení. Začněte si všimnout změn ve svých vlastních emocích. Když si všimnete, že se vaše nálada změnila nebo zhoršila (nebo když si všimnete, že se chováte dysfunkčním způsobem nebo zažíváte tělesné pocity spojené s negativní emocí), zeptejte se sami sebe, jakou emoci právě prožíváte, a položte si kardinální otázku kognitivně behaviorální terapie:

**„Co mi právě běželo hlavou?“**

Tímto způsobem se naučíte určovat své vlastní automatické myšlenky. Tím, že budete sami na sobě zkoušet své základní dovednosti v kognitivně behaviorální terapii, zlepšíte svou schopnost naučit tyto dovednosti i své pacienty.

Obzvláště užitečné bude, když budete během čtení této knihy trénovat určování svých automatických myšlenek a zkoušet si terapeutické techniky společně se svými pacienty. Pokud například zjistíte, že se cítíte mírně ve stresu, zeptejte se sami sebe: „Co mi právě běží hlavou?“ Možná odkryjete automatické myšlenky, jako například:

„Je to příliš těžké.“  
 „Nejspíš to nezvládnou.“  
 „Nesedí mi to.“  
 „Co když to zkusím a nebude to fungovat?“

Zkušební terapeuti, jejichž primární orientace nebyla kognitivní, si mohou uvědomovat jiný soubor automatických myšlenek:

„To nebude fungovat.“  
 „Pacientovi se to nebude líbit.“  
 „Je to příliš povrchní/strukturované/neempatické/jednoduché.“

Když jste teď odhalili své myšlenky, zaznamenejte si je a znovu se vraťte zpět ke čtení, nebo nalistujte kapitoly 11 a 12, které popisují, jak automatické myšlenky hodnotit a reagovat na ně. Tím, že obrátíte pozornost na své vlastní myšlení, nejen zlepšíte své kognitivně behaviorální terapeutické dovednosti, ale také získáte příležitost změnit své dysfunkční myšlenky a pozitivně ovlivnit svou náladu (a chování), takže budete ochotnější se učit.

Stejná analogie užitá pro pacienty se uplatňuje i u začínajícího kognitivně behaviorálního terapeuta. Učení se dovednostem kognitivně behaviorální terapie je podobné jako učení se jakýmkoli jiným dovednostem. Pamatujete si, jak jste se učili řídit auto nebo používat počítač? Cítili jste se nejprve trochu nesví? Museli jste věnovat hodně pozornosti malým detailům a pohybům, které vám nyní připadají plynulé a automatické? Měli jste chuť toho nechat? Jakmile jste se ale zlepšili, dával vám tento proces čím dál větší smysl a stále více vám vyhovoval? Dostali jste se na úroveň, kdy jste schopni úkoly zvládnout celkem snadno a jistě? Většina lidí měla s učním dovedností, které nyní ovládají, právě takovou zkušenost.

Proces učení je pro začínajícího kognitivně behaviorálního terapeuta stejný. Stejně jako to budete učit své pacienty, držte se i vy malých, dobře definovaných a realistických cílů. Oceňujte se za drobné úspěchy. Srovnajte pokrok, jehož jste ve svých dovednostech dosáhli, s dobou předtím, než jste začali číst tuto knihu anebo než jste se poprvé dozvěděli o kognitivně behaviorální terapii. Uvědomte si, jak můžete odpovídat na negativní myšlenky, ve kterých se nespravedlivě porovnáváte se zkušenými kognitivně behaviorálními terapeuty nebo ve kterých podrýváte svou sebedůvěru porovnáváním své současné úrovně dovedností se svými konečnými cíli.

Pokud jste trochu úzkostní, zda začít s pacienty používat kognitivně behaviorální terapii, udělejte si sami pro sebe „zvládací kartičku“, tzn. kartotéční lístek, na který si napište výroky, které jsou pro vás důležité k zapamatování. Moji psychiatričtí školení často mívají předtím, než poznají svého prvního ambulantního pacienta, škodlivé myšlenky. Požádám je tedy, aby si vytvořili kartičku, která na tyto myšlenky odpovídá. Podoba kartičky je individuální, ale obecně říká vždy něco ve smyslu:

<i>Mým cílem není vyléčit tohoto pacienta během dnešního dne. Nikdo to ani ode mě neočekává.</i>
<i>Mým cílem je vytvořit s ním dobré pracovní spojení k tomu, abychom řešili nějaký jeho problém a abych si zlepšil své dovednosti v kognitivně behaviorální terapii.</i>

Čtení této kartičky školencům pomáhá snižovat úzkost a mohou se tak díky tomu soustředit na své pacienty a účinněji jim pomáhat.

A na závěr: kapitoly této knihy jsou uspořádány v pořadí, v jakém byste je měli číst. Možná už byste rádi přeskočili úvodní kapitoly a vrhli se rovnou na části o technikách, nicméně kognitivně behaviorální terapii tvoří pouze kognitivní a behaviorální techniky. Dalšími charakteristickými rysy této terapie jsou kromě toho také důmyslný výběr a účinné použití široké škály technik založených na konceptualizaci pacientových problémů. V další kapitole je uveden přehled léčby, následovaný úvodní kapitolou o konceptualizaci. Kapitola 4 popisuje proces vyšetření a kapitoly 5–8 se zaměřují na to, jak strukturovat sezení a na co se v jeho průběhu zaměřovat. Kapitoly 9–14 popisují základní stavební kameny kognitivně behaviorální terapie: určování negativních myšlenek a emocí a hledání alternativních odpovědí na automatické myšlenky a přesvědčení. Další kognitivní a behaviorální techniky popisuje kapitola 15 a představitost je popsána v kapitole 16. Kapitola 17 popisuje domácí úkoly. Kapitola 18 se věnuje problematice ukončování terapie a prevenci relapsu. Všechny tyto kapitoly poskytují základ pro kapitoly 19 a 20: plánování léčby a diagnostikování problémů v terapii. A konečně kapitola 20 nabízí vodítka pro další rozvíjení dovedností kognitivně behaviorálního terapeuta.

## Kapitola 2

---

# Přehled léčby

V této kapitole stručně popíšu léčbu kognitivně behaviorální terapií a představím několik základních linií, které probíhají v každém terapeutickém sezení. Jsou to:

- Rozvíjení terapeutického vztahu.
- Plánování léčby a strukturování sezení.
- Určování dysfunkčních myšlenek a reagování na ně.
- Zdůrazňování pozitiv.
- Podpora dosažení změn v myšlení a chování mezi sezeními (domácí úlohy).

O každém z výše uvedených bodů se dozvíte více v následujících kapitolách.

### Rozvíjení terapeutického vztahu

Je nezbytné začít budovat vztah se svými pacienty a vzájemnou důvěru již od prvního kontaktu s nimi. Výzkumy prokazují, že pozitivní terapeutické spojení úzce souvisí s pozitivními výsledky léčby (Raue & Goldfried, 1994). Tohoto trvale probíhajícího procesu lze u většiny pacientů snadno dosáhnout (ačkoli s pacienty s těžkou duševní nemocí nebo s vážnou poruchou osobnosti to může být obtížnější). K dosažení tohoto cíle:

- Předvedte své dobré poradenské dovednosti a správné porozumění.
- Sdílejte s pacienty svou konceptualizaci a léčebný plán.
- Rozhodování číňte ve vzájemné spolupráci.
- Vyžadujte zpětnou vazbu.
- Měňte svůj styl.
- Pomáhejte pacientům řešit jejich problémy a zmírňovat jejich potíže.

## *Předvedení dobrých poradenských dovedností*

Svůj zájem a porozumění budete svým pacientům ukazovat neustále jednak empatickými výroky, výběrem slov a intonací hlasu, jednak mimikou a řečí těla. Vždycky svým studentům říkávám, aby se snažili být na pacienty milí. Zacházejte s nimi tak, jak byste si přáli i vy, aby bylo zacházeno s vámi. Ukažte svou empatii a chápavý postoj k jejich potížím a myšlenkám pomocí promyšlených otázek, reflexí a výroků, které u pacientů vyvolají pocit ocenění a pochopení. Snažte se implicitně (ale někdy i explicitně) předávat následující vzkazy, ale jenom pokud je opravdu míníte upřímně:

„Záleží mi na vás a vážím si vás.“

„Chci porozumět tomu, co zažíváte, a chci vám pomoci.“

„Jsem si jistý, že se nám bude dobře spolupracovat a že vám kognitivně behaviorální terapie pomůže.“

„Nejsem vašimi problémy přetížen, i když vy můžete být.“

„Pomohl jsem již mnoha pacientům, jako jste vy.“

Pokud nedokážete vysílat tyto signály upřímně, možná budete potřebovat pomoc supervizora, abyste si odpověděli na své automatické myšlenky ohledně pacienta, ohledně kognitivně behaviorální terapie nebo ohledně sebe.

Právě vztahem nepřímo pomáháte depresivním pacientům:

- Aby se cítili žádaní díky tomu, že se k nim chováte vřele, přátelsky a projevujete o ně zájem.
- Aby se cítili méně osamocení díky tomu, že jim popíšete společný pracovní postup vás dvou jako týmu, který bude řešit jejich problémy a směřovat k jejich cílům.
- Aby se cítili optimističtější díky tomu, že dáváte najevo reálnou naději, že jim léčba pomůže.
- Aby cítili větší pocit vlastní schopnosti díky tomu, že oceňujete jejich zásluhu na řešení problémů, zpracovávání domácích úloh a zapojení do dalších konstruktivních činností.

To, že se kognitivně behaviorální terapie provádí chladným a mechanickým způsobem, je běžným mýtem mezi lidmi, kteří nikdy nečetli žádné klíčové knihy ani neviděli žádné videonahrávky odborníků z této oblasti. To ovšem jednoduše není

pravda. Ve skutečnosti již první manuály kognitivně behaviorální terapie (Beck, 1979) zdůrazňovaly důležitost rozvíjení dobrého terapeutického vztahu.

### ***Sdílení konceptualizace a léčebného plánu***

Neustále průběžně sdílejte s pacienty svou *konceptualizaci* (vysvětlení vzniku a současné podoby jejich problému) a ptejte se jich, zda jim dává smysl. Pacientka vám například popíše problém se svou matkou a vy se jí doptáte, abyste vyplnili kognitivní model. Posléze svou konceptualizaci shrnete nahlas: „Dobře, chci se ujistit, že tomu rozumím správně. Situace byla taková, že na vás vaše matka křičela do telefonu za to, že jste nezavolala svému bratrovi, a vaše automatická myšlenka byla ‚Neumí si vůbec představit, jak jsem zaneprázdněná. Jemu nedává za vinu, že on nezavolá mně.‘ Tyto myšlenky vedly k tomu, že jste se cítila dotčená a naštvaná, ale nic jste jí na to neřekla [chování]... Chápu to správně?“ Pokud je vaše konceptualizace správná, pacient vždycky řekne: „Ano, myslím, že je to správně.“ Pokud se mýlíte, pacient obvykle odpoví „Ne, tak to úplně není. Spíš je to...“ Když se pacienta zeptáte na zpětnou vazbu, posílí to vaše spojení s pacientem a umožní vám zpřesnění konceptualizace a provádění účinné léčby.

### ***Rozhodování ve vzájemné spolupráci***

I když pacienty během sezení vedete, zároveň je také aktivně zapojujete. Pomůžete jim stanovit si pořadí jejich problémů, s nimiž potřebují pomoci během sezení, podle důležitosti. Budete jim vysvětlovat smysl jednotlivých intervencí a necháte si je schválit. („Myslím, že pokud si několikrát za den uděláte přestávku, může to snížit vaše napětí – je to v pořádku, když o tom tak mluvíme?“)

Můžete pacientům navrhnout nějaké svépomocné činnosti, které si mohou zkusit doma, a následně zjistíte, jak na váš návrh reagují. Neustále se chovejte jako tým.

### ***Vyžadování zpětné vazby***

V průběhu sezení buďte vnímaví k emočním reakcím pacientů, pozorujte jejich miku, řeč těla, volbu slov a intonaci. Pokud si u pacienta všimnete zvýšeného napětí, vyslovte vzápětí domněnku: „Vypadáte rozrušeně, co vám právě běží hlavou?“ Možná zjistíte, že vám pacient sdělí negativní myšlenky o sobě, o terapeutickém procesu nebo o vás. Jak popisují v kapitole 8, je důležité, abyste pozitivně posilovali pacienty v poskytování zpětné vazby, pak s nimi konceptualizovali problém a naplánovali postup jeho řešení. Když opominete dát pacientům možnost vyjádřit negativní zpětnou vazbu, snižuje se jejich schopnost zaměřit se na řešení obtíží jejich reálného života a cítit se lépe. Dokonce se mohou rozhodnout, že na další sezení se již nedostaví (viz J. S. Beck, 2005, obšírnější pojednání o řešení problémů v terapeutickém vztahu).