

17

Kognitivně-behaviorální arteterapie*

Marcia Rosalová

Kognitivní terapie „patří v léčbě duševních chorob za posledních padesát let k těm nejvýznamnějším krokům vpřed, pokud není rovnou tím ze všech nejdůležitějším.“

L. K. Altman (2006)

Odborníky, které zajímá, jak funguje mysl, také neustále fascinuje, jak velká část našeho chování odráží to, jakým způsobem myslíme a cítíme. Kognitivně-behaviorální terapeuti vycházejí ze současných výzkumů předchozích forem (antecedentů) lidského chování a využívají to, co se o myšlení a pocitech svých klientů dozvěděli, aby s nimi o jejich chování hovořili, porozuměli mu a nakonec ho i mohli změnit. V tomto teoretickém modelu se myšlenky a pocity označují jako *vyšší kognitivní procesy*. Klienti dostanou za úkol, aby se seznámili s různými vzorci a modely myšlení a vnímání, naučili se je identifikovat a získali k nim přístup. Když klienti své kognitivní vzorce pochopí, vyzkoušejí řadu technik, jejichž cílem je dosáhnout změny u těch kognitivních procesů, které jsou pro psychické, emoční a fyzické zdraví škodlivé.

V této kapitole nabízíme shrnutí toho, jak se principy kognitivně-behaviorální terapie (KBT) a arteterapie prolínají. Seznámíte se se stručnou historií kognitivní revoluce, nástinem modelu kognitivně-behaviorální terapie a se dvěma aktuálně používanými variantami KBT: dialektickou behaviorální terapií a kognitivní terapií založenou na všímavosti. Uvádíme zde i kazuistiku, které jsou příkladem arteterapie s kognitivně-behaviorálním základem.

Vývoj kognitivně-behaviorální terapie

„Kognitivní revoluce v psychologii“ (Baars, 1986) se odehrávala v 70. letech 20. století, její kořeny však sahají hlouběji. V první polovině dvacátého století byl behaviorismus dominantním směrem. Podle tohoto modelu je možné se určitému chování naučit nebo naopak odnaučit pomocí zpevnování. Bylo-li cílem naučit se novému chování, zpevnování obvykle probíhalo prostřednictvím vnější odměny. Pokud šlo naopak o to, aby se jisté chování omezilo, odměna byla při projevu takového chování odeprána.

Když se psychologové pokoušeli pochopit, jak se lidské chování liší od chování zbytku živočišné říše, uvědomili si, že proces učení výrazně ovlivňuje lidská schopnost myslet, uvažovat a používat jazyk a mentální představy. I samotné zpevnování může být vnitřním procesem. Řada z nás si všimla, že používáme „vnitřní řeč“, která může být jak sebekritická: „Jsem to ale hlupák!“, „Tuhle práci nezvládám“, „Nejsem schopná se o někoho starat“, tak i velikášská: „Jsem připravený na cokoli!“ Teorie, která vysvětluje silný vliv vnitřních sdělení na lidské chování, se nazývá *kognitivní psychologie*.

Kognitivní psychologie je nástupkyní *teorie sociálního učení*. Jedno z prvních vysvětlení lidské schopnosti využívat vyšší psychické procesy ke zprostředkování chování přinesla kniha *Social Learning and Imitation* (Miller & Dollard, 1941). Autoři v ní rozlišují dvě úrovně naučeného chování. To první je *jednoduché chování typu podnět-reakce* a patří tam automatické návyky. Chování druhé úrovně zahrnuje jazyk, představivost, myšlení a afekty. Tyto kognitivní operace zprostředkovávají a usnadňují vytváření řešení široké škály rozličných problémů, s nimiž se lidé každodenně setkávají. Miller a Dollard tvrdili, že řada činností je výsledkem prolínání obou typů chování, a došli k závěru, že lidské bytosti mají obrovskou schopnost využívat právě druhý typ, tedy „vyšší psychické procesy“ (str. 48).

Zatímco Miller a Dollard souhlasili s psychodynamickými teoriemi, které tvrdily, že neurotické konflikty pramení v nevědomí, další představitel teorie sociálního učení Bandura (1969) chápal neurotické symptomy jako produkty minulého učení, jež si člověk udržuje, protože jsou neustále posilovány odměnami z okolního prostředí.

Teorie sociálního učení v podstatě pojednává o vlivu prostředí na lidské chování a naopak, tedy o tom, jak chování ovlivňuje prostředí.

Usiluje také o zaplnění mezery mezi vnitřními psychickými procesy podle psychodynamických teorií a zjevným chováním z teorií učení.

Meichenbaum (1974) pochvalně označil pojetí Millera a Dollarda (1941) za začátek „konceptualizace kognice“ (str. 109). Uvítal také, že se znovu začali seriózně zabývat kognitivními procesy jako nástroji, které mohou způsobit změnu chování. Bandura (1986) tento model nazývá *sociálně kognitivní teorií*. Tito autoři ovlivnili i metodiku KBT: například modelování je nástrojem kognitivní terapie, který si vypůjčila přímo z teorie sociálního učení.

Modely KBT dnes

V počátcích rozvoje KBT odlišili Mahoney a Arnkoff (1978) tři její hlavní formy: 1) terapie prostřednictvím kognitivních restrukturací, 2) terapie využívající schopnost vyrovnávat se s problémy (coping skills) a 3) terapie zaměřená na hledání řešení problémů. Dnes existuje ještě množství dalších variant, například dialektická behaviorální terapie (DBT), motivační rozhovory (motivational interviewing - MI), terapie založená na přijetí a odhodlání (acceptance and commitment therapy - ACT) a kognitivní terapie založená na všímavosti (mindfulness-based cognitive therapy - MBCT).

Mennin, Ellard, Fresco a Gross (2013) vysledovali, že sjednocujícím cílem KBT je *behaviorální adaptace*. Terapeuti vyznávající KBT využívají „přímé intervence s cílem rozvíjet behaviorálně adaptivnější reakce, díky nimž má člověk přežít a prosperovat v ... důležitých oblastech [životu]“ (str. 236). Upozorňují na tři hlavní zásady: (1) zapojení do kontextu - přezkoumání problematických situací s cílem představit si nové reakce, (2) změna nasměrování pozornosti - pomoc klientům udržet nebo přesunout pozornost tak, aby se dokázali lépe přizpůsobit různým situacím a (3) kognitivní změna - získání náhledu nebo změna významu emočně významných situací. Mezi další důležité postupy používané v KBT patří pomoc klientům rozpoznat a oprostít se od ruminace, negativních vzorců myšlení a chování a poškozující samomluvy.

Účinnost KBT při řešení četných problémů je dobře zdokumentována v tisících podpůrných studiích. Mimo jiné bylo zjištěno, že KBT souvisí se změnami v těch oblastech mozku, jež jsou postižené poruchami, jako jsou úzkost a deprese (Hofmann, Asmundson & Beck, 2013).

Hofmann a Asmundson (2008) v KBT rozlišují šest základních kroků: „(1) vytvoření dobrého terapeutického vztahu, (2) zaměření na problém, (3) identifikace iracionálních myšlenek, (4) zpochybnění iracionálních myšlenek, (5) testování validity myšlenek a (6) nahrazení iracionálních myšlenek racionálními“ (str. 4). Pro různé diagnostické skupiny byly vytvořeny specifické KBT protokoly, jako například protokol pro posttraumatickou stresovou poruchu (PTSD) (Ehlers & Clark, 2000), který zahrnuje identifikaci a nápravu spouštěčů i kognitivní a behaviorální vzorce, kvůli kterým příznaky přetrvávají. Tato kapitola se zaměřuje na dvě varianty, které jsou pro arteterapeuty nejzajímavější: DBT a MBCT.

Dialektická behaviorální terapie

Autorkou DBT je Marsha Linehanová (1993a), která tuto metodu vyvinula k léčbě komplexního souboru klinických problémů, včetně rezistence vůči léčbě a sebepoškozování. Jedná se o léčbu vhodnou pro osoby s hraniční poruchou osobnosti. DBT má kořeny v behaviorální terapii (využívání principů učení) a KBT (porozumění maladaptivním kognitivním procesům) (Brodsky & Standley, 2013).

DBT je program, během něhož se nacvičují dovednosti. Získání nových dovedností zde předchází odhalování maladaptivního myšlení. Linehanová (1993a) jako klíčovou složku vyzdvihuje dovednosti podporující všímavost (mindfulness): „Jsou to první dovednosti, které se pacient učí. Jsou uvedené na deníkových kartách, které pacienti každý týden vyplňují“ (str. 144). Mezi další vyučované dovednosti patří přijetí (acceptance), odolnost vůči stresu, emoční regulace a interpersonální dovednosti.

Podle Brodskyové a Standleyové (2013) byla k behaviorální terapii „dialektika“ (jako filozofický konstrukt) přidána, aby se zdůraznily tři pojmy: propojenost, nevyhnutelnost změny a představa, že pravdu lze odvodit, když pochopíme protichůdné myšlenky.

Podle Linehanové (1993a) „dialektika klade důraz na vzájemnou provázanost a celistvost“ (str. 31). DBT pojímala jako dlouhodobou léčbu a soubor modulů učení (Butler, 2001).

Součástí prvního modulu je individuální terapie, skupinový nácvik dovedností, individuální koučink po telefonu a konzultační skupiny nebo účast na týmových setkáních. Cílem je (1) identifikovat a vyřešit

problém/problémy; (2) zabývat se chováním, které maří terapeutický proces; (3) pracovat na problémech, které stojí v cestě kvalitnímu životu; (4) získat dovednosti související s péčí o sebe sama, schopností sama sebe uklidnit a s všímavostí; (5) naučit se požádat o pomoc, když je to potřeba a (6) udržet pacienta zaangażovaného v léčebném procesu prostřednictvím týdenních týmových setkání (Linehan, 1993a).

Tento první modul je komplexní a často se na něm podílí více terapeutů, aby pacient nezískal závislost jen na jednom člověku, čímž se zmírňují problémy s přenosem, které často terapii narušují. Další moduly kladou důraz na prožívání složitých emocí bez jejich potlačování nebo agování. Díky tomu se zlepší kvalita života a konečně je možné žít šťastně a radostně (Butler, 2001). DBT vyžaduje specializovaný výcvik a obvykle se vede týmově. (Linehan, 1993b)

Kognitivně-behaviorální terapie založená na všímavosti (MBCT)

Segal, Williams a Teasdale (2002) zjistili, že když se u osob s depresí do KBT začlení dovednosti zajišťující dosažení všímavosti, sníží se míra relapsu. Při MBCT se pacienti učí dovednostem zaměřeným na pozornost a meditaci, aby dokázali lépe identifikovat bolestivé afektivní stavy a maladaptivní kognice. Všímavost pomáhá „distancovat se od automatických a stále se opakujících negativních myšlenek, které charakterizují depresivní myšlení“ (str. 139).

MBCT kombinuje trénink všímavosti podle Kabata-Zinna a kognitivně-behaviorální terapii deprese podle Becka, Rushe, Shawa a Emeryho (Kenny & Williams, 2007). Pacienti se učí pozorovat své myšlenky a pocity a poté přesunout pozornost na něco neutrálního, například na své dýchání nebo jiné tělesné pocity tady a teď. Dalším cílem MBCT je osvojit si postoj „neodsuzujícího přijetí“ pocitů, a to včetně těch znepokojujících.

Rané období kognitivně-behaviorální arteterapie (KBAT)

Přestože kognitivní přístupy v terapii jsou dnes již několik desetiletí staré, v arteterapii zatím moc všeobecně přijímané nejsou, i když KBAT je velmi novátorská. Arteterapeuti si už víc než třicet let uvědomují, jaký potenciál má integrace umění do léčby založené na kognitivních metodách. V roce 1979 začaly Janice Carnesová a Janie Rhyneová psát

o vztahu arteterapie ke kognitivní terapii, přičemž vycházely z práce George Kellyho (1955). Ten se zaměřil na to, jak je při rozhodování, jak se lidé budou chovat, důležité vnímání. Percepci definoval jako aktivní kognitivní proces. Každý jedinec si prostřednictvím aktivní interakce s prostředím vytváří soubor jedinečných vjemů svého světa, což Kelly označil jako *systém osobních konstruktů*.

Osobní konstrukt je hypotéza jedince o tom, jak funguje jedna malá část světa. Systém osobních konstruktů odráží, jak si lidé všechny své vjemy a hypotézy uspořádávají. Osobní konstrukty jsou ze své podstaty bipolární. Jestliže jeden konstrukt zní takto: „Myslím si, že většina lidí je v podstatě dobrá“, implikuje to i jeho opak: „Myslím si, že někteří lidé jsou v podstatě špatní“. Hlavním cílem Kellyho terapie bylo pomoci klientovi, aby svůj systém osobních konstruktů poznal a pochopil.

V roce 1979 poukázala Carnesová na to, že jelikož jsou představitivost, vizuální myšlení a kreativita aspekty poznávání, mohou být osobní konstrukty i neverbální. Výtvarná tvorba poskytuje příležitost vyjádřit takové neverbální myšlenky, které mohou být jádrem systému konstruktů daného člověka. Carnesová také nadnesla, že výtvarná tvorba může systém osobních konstruktů rozšířit a obohatit; pokud je pak tento systém silnější, může se rozšířit i škála řešení osobních problémů.

Také Rhyneová použila Kellyho práci jako jeden z teoretických podkladů pro svůj doktorandský výzkum z roku 1979, kde kresbu chápala jako osobní konstrukt. Účastníky výzkumu nechala nakreslit sérii nazvanou „stavy myslí“, díky níž jim pak mohla pomoci dospět k lepšímu pochopení jich samotných i jejich hodnotového žebříčku. Rhyneová zjistila, že když lidé pochopili bipolární povahu svých konstruktů, které nakreslili, mohli pak jejich význam rozvinout, čímž zdůrazňovala souvislost mezi myšlenkami a pocity. V tomto modelu jsou kognitivní a emoční složky prožitků neoddělitelně propojené.

Rothová (1987, 2001) vyvinula při práci s dětmi, které měly současně psychiatrickou poruchu i mentální postižení, techniku behaviorální arteterapie, kterou nazvala *formování reality*. Pomocí kombinace strategií učení, upravené behaviorální terapie a arteterapie dokázala dětem pomoci pokročit od špatně fungujícího vyjádření k plně zformovaným znázorněním určitého obrazu. Toho lze dosáhnout prostřednictvím opakované výtvarné činnosti. Začíná se s jednoduchými materiály

a dítě pak postupně přechází ke složitějším médiím. Výsledkem je vytvoření plně zformovaného konstruktů založeného na realitě, který (jak Rothová předpokládala) je zřetelným kognitivním schématem, díky němuž může dítě o tomto konstruktů lépe přemýšlet. Příkladem přístupu formování reality byla arteterapie u malého chlapce, který zapálil rodinný dům. Ellen Rothová mu nejprve pomohla vytvořit dvourozměrné i trojrozměrné domy. Chlapec toto schéma s obměnami vytvářel po celý následující rok, až nakonec představovalo jeho dům a on mohl o domě a požáru mluvit.

Arteterapeuti používají behaviorální metody běžně. Například zpevnování pomáhá dětem, které mají problémy s chováním. Povzbuzuje také ty, kterým dělá problémy zapojit se do výtvarného procesu, a ostatním pomáhá v práci pokračovat, i když je to obtížné. Druhou behaviorální technikou, kterou arteterapeuti hojně používají, je pobízení (Mellberg, 1998; Roth, 2001). Příklady jednoduchých pobídek jsou například: (1) „Teď je čas pracovat na vašem výtvarném projektu“ nebo (2) „I když říkáte, že je vaše kresba hotová, tadyhle je hodně volného místa, možná byste tam chtěl něco doplnit.“

Na základě práce Carnesové, Rhyneové a Rothové jsem i já začlenila kognitivně-behaviorální arteterapii (KBAT) do své práce s dětmi s různými poruchami chování (1993) a také s dospělými s různými problémy od poruch přizpůsobení až po poruchy nálady (2001). Vzhledem k tomu, že arteterapeuti se obecně zaměřují na pocity, vznikla mylná představa, že kognitivně-behaviorální arteterapie je zaměřená pouze na myšlenkové procesy, přestože tomu tak není.

Podle Mennina a kol. (2013) se KBT terapeuti zaměřují na „změnu stávajících emočních reakcí s cílem dosáhnout zmírnění symptomů a úlevy od potíží“ (str. 237). Je tomu tak proto, že „kognice kauzálně ovlivňuje emoce“ (Hofmann, Asmundson & Beck, 2013, str. 200) a „vztah mezi emocemi a kognicí je obousměrný, protože změny emocí mohou vést ke změnám v kognici“ (str. 200).

KBAT dnes

Reynoldsová (1999) uvádí, že „kognitivně-behaviorální přístupy v literatuře o kreativních terapiích zřejmě téměř úplně chybějí“ (str. 165), ačkoli se v poslední době zmínky o nich začínají objevovat.

KBAT u dospělých

Aby si čtenáři mohli udělat obrázek o tom, jak arteterapeuti používají KBAT u dospělých, podíváme se společně na práci Frances J. Morrisové (2014) ve vztahu k šesti základním krokům KBT, které jsme už zmiňovali. Morrisová, která pracuje s lidmi trpícími úzkostnými poruchami, ve svém článku z roku 2014 představila dvě kazuistiky.

Prvním krokem je navázání pevného terapeutického vztahu. Existuje řada arteterapeutických technik, které k vytvoření dobrého vztahu otevírají dveře. Morrisová využila brainstormingové výtvarné cvičení, jež klientům pomáhá prozkoumat důvody, proč vyhledali léčbu. Terapeut si na jeho základě udělá představu o potřebách klienta a získá specifické informace o jeho problematických zkušenostech. Toto cvičení také napomáhá budování vztahu. Za pomoci jednoduchých výtvarných materiálů, jako jsou obrázky z časopisů a fixy, klientka znázornila svůj panický cyklus. Morrisová s pomocí kresby klientku informovala, že panika má „různé složky – fyziologickou, kognitivní a behaviorální –, na základě [klientčiných] postřehů z brainstormingu“ (str. 347).

Při práci v rámci KBT je druhým krokem *zaměření na problém*. Morrisová u této klientky došla k tomu, že cílem arteterapie musí být snížení počtu záchvatů paniky. Vyzvala klientku, aby „svůj panický cyklus znázornila vizuálně“ (str. 347), čímž ji posunula ke třetímu kroku, *identifikaci iracionálního myšlení*. V průběhu panických stavů mívala klientka dva druhy iracionálních myšlenek – že se „vznáší ve vesmíru“ a že „umírá“. Další klientka s generalizovanou úzkostnou poruchou, která také dostala za úkol nakreslit své iracionální myšlenky, měla zase pocit, že „se na ni všichni dívají“.

Čtvrtý krok procesu, *konfrontace s iracionálními myšlenkami*, je velmi náročný. Morrisová nechala klienty vytvořit dvě kresby: to, co si mysleli, že se stane, když je pohltí úzkost, a to, co nastane s největší pravděpodobností. Nakreslení dvou pólů jednoho zážitku vychází z práce J. Rhyneové (1979) založené na Kellyho (1955) předpokladu, že osobní konstrukty jsou bipolární. U Morrisové vedla diskuse o těchto dvou kresbách k tomu, že klienti následně zkoumali platnost těchto iracionálních myšlenek, což je pátý krok procesu KBT.

Jedna žena nakreslila sama sebe v „pravém dolním rohu jako proporcčně malou a bezmocnou“ (str. 349). Nad ní viselo veliké oko. Když pak měla nakreslit ten realističtější scénář, namalovala se uprostřed

papíru, jak myslí na to, co si o ní myslí ostatní, které označila jako „oni“. Figurka jí samotné byla obklopená menšími postavami, které ve skutečnosti přemýšlely samy o sobě a ne o ní. Tyto dvě kresby jí pomohly její iracionální myšlenky vyvrátit.

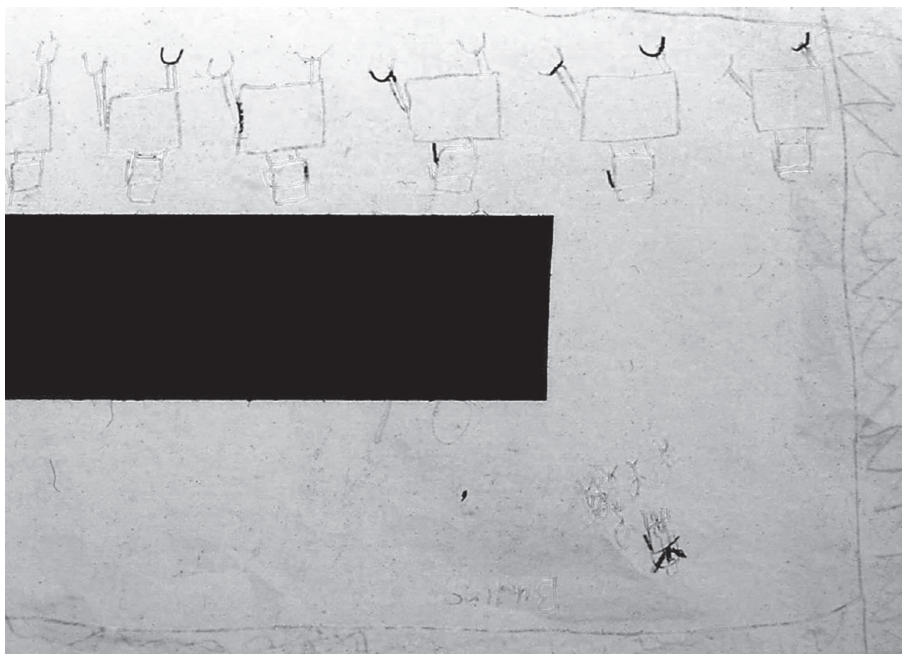
Morrisová opět využila koncept bipolarity při šestém kroku: *nahrazování iracionálních myšlenek myšlenkami racionálními*. V první kresbě (desenzibilizace) má klient zobrazit nějakou zneklidňující situaci. Po diskusi o první kresbě jako události *in vivo* dostane klient instrukci, aby vytvořil „obraz zvládnutí“, jak tomu Morrisová říká (str. 350). Na tomto obrázku klient znázorní, jak by podle něj vypadalo úspěšné zakončení oné zneklidňující situace. Klientka po této instrukci nakreslila situaci, v níž chtěla oslovit jednoho spolužáka, aby s ním prodiskutovala materiály týkající se školy. Na první kresbě je vyvedená z míry, křehká a slabá a lidé na jedné straně obrázku o ní mluví. Na obraze zvládnutí vede se spolužákem úspěšně rozhovor.

KBAT u dětí

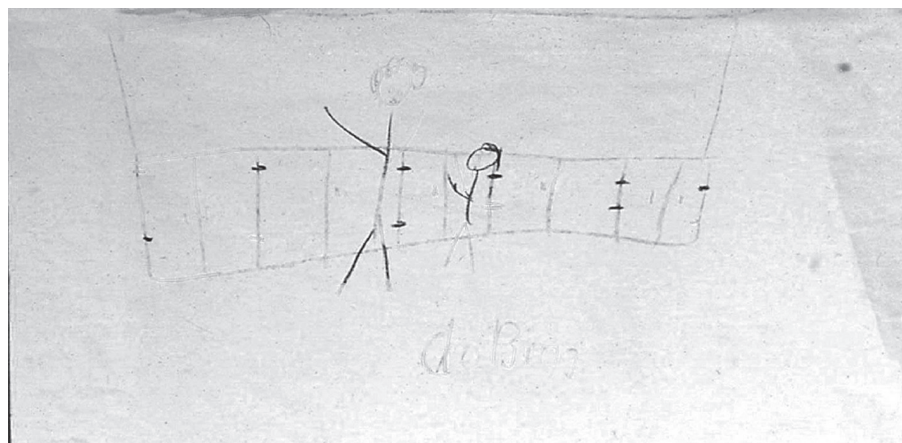
Arteterapeuti pracující s problémovou mládeží si uvědomují, že potřeba zvládnout chování je důležitou součástí léčby. Sobolová (1985) byla podobně jako Rothová (2001) jednou z prvních, kdo upozornil na to, že v dětské arteterapii mohou být nezbytné některé behaviorální intervence, zejména v případě antisociálního nebo problémového chování.

Příkladem KBAT byla moje práce se Scottem, dvanáctiletým chlapcem s poruchami chování a deficitem v sociálních dovednostech (Rosal, 1985, 1992, 1993, 1996). Ve skupině s dalšími pěti dětmi podobného věku se učil, jak se pozitivně chovat k vrstevníkům. Po dvaceti arteterapeutických sezeních zaznamenal výrazné zlepšení v jeho chování i jeho učitel.

Mezi techniky KBAT, které jsem u Scotta použila, patřila relaxace, využívání představitivosti a řešení problémů. Měl například nakreslit nějakou problematickou situaci ve třídě (obrázek 17.1). Na obrázku ho učitel posadil do lavice daleko od ostatních žáků, kteří si ho kvůli tomu dobírali, když učitel odešel z místnosti. Když jsem ho požádala, aby nakreslil, co se dělo dál, znázornil sám sebe, jak říká učitel, že se mu ostatní posmívají (obrázek 17.2). Členové skupiny pomohli Scottovi pochopit, že žalování na ostatní za to, jak se k němu chovají, mu nepomůže navázat s nimi kontakt. Společně s celou skupinou pak Scott



OBRÁZEK 17.1 Scott ve třídě sedí daleko od ostatních dětí



OBRÁZEK 17.2 Scott říká učitel, že se mu ostatní posmívají



OBRÁZEK 17.3 Scott na posledním sezení nakreslil sebe s kamarádem

promýšlel jiné způsoby, jak se s posmíváním vypořádat. Toto sezení bylo pro Scotta tak užitečné, že na posledním sezení nakreslil obrázek, na kterém je i s kamarádem, s prvním, kterého kdy měl (obrázek 17.3).

Na konci roku pak dokonce ostatní děti Scotta vybraly, aby uváděl závěrečné setkání!

Shrnutí

Arteterapie se pro KBT velmi dobře hodí, protože výtvarná tvorba je kognitivní proces, který využívá myšlení, vnímání a identifikování emocí i porozumění těmto emocím. Při výtvarné tvorbě člověk odkrývá své představy, vybavuje si vzpomínky, činí rozhodnutí a dochází k řešení. Ať už jde o kreslení nebo modelování, součástí tvorby je okamžitá zpětná vazba a neustálé zpevňování uspokojujícího chování. Každý tah štětcem může naznačit nebo podpořit další akci (zpětná vazba) a zároveň dělat tvůrci radost (zpevnění). Výtvarná tvorba také zprostředkovává konkrétní záznam vnitřních procesů, o němž lze diskutovat a který lze měnit. Můžeme ji využít i k vybavování událostí z minulosti a jako připomínku pozitivních emočních zážitků, jak uvidíme v kazuistice, kterou uvádíme níže.