

Předmluva J. Beckové

Jsem nadšená, že mohu představit toto třetí vydání *Kognitivně-behaviorální terapie: základy a něco navíc*. Než jsem zahájila práci na této revizi, požádala jsem o zpětnou vazbu k druhému vydání zdravotníky i odborníky z oblasti péče o duševní zdraví z celého světa. Co by si přáli zlepšit? Co se osvědčilo a co ne? Odpovědi, které jsem obdržela, byly vynikající a skutečně mi pomohly koncepčně připravit změny a doplňky, které jsem se rozhodla provést. Do tohoto vydání jsem začlenila zpětnou vazbu, kterou jsem obdržela od mnoha čtenářů a která odráží nejnovější výzkum a současné směry v oblasti kognitivně-behaviorální terapie (KBT).

Čtenáři opakovaně uváděli, že by si přáli vidět složitějšího klienta, který by sloužil jako klíčový příklad v celé knize. „Abe“, ukázka klienta v tomto vydání, má těžší depresi, než měla „Sally“, klientka, která se objevovala ve druhém vydání. Kromě deprese se Abe potýká také se středně těžkou úzkostí a komplikujícími problémy, včetně nezaměstnanosti a nedávného rozvodu. Zařadila jsem ještě druhý příklad, klientku „Marii“, která má rysy hraniční osobnosti. Přiložila jsem odkazy, abyste se mohli podívat na videa celých a částečných terapeutických sezení s Abem a také si stáhnout pracovní listy.

Další důležitou změnou je, že jsem přepracovala velkou část materiálů tak, aby zahrnovaly jak naše tradiční zaměření, tak i zaměření na zotavení. Kognitivní terapie zaměřená na zotavení (KT-Z) (orig. *Recovery oriented cognitive therapy, CT-R*) je nejnovější léčba založená na důkazech pro osoby s diagnózou závažného duševního onemocnění, včetně schizofrenie, z nichž mnohé jsou hospitalizovány již desítky let. KT-Z vytvořil a v současné době zkoumá můj otec, Dr. Aaron T. Beck, a jeho výzkumná a školicí skupina, která je součástí Beckova institutu kognitivně-behaviorální terapie. Já a naši další kliničtí lékaři/školicelé jsme tento přístup přizpůsobili pro použití u našich nehospitalizovaných klientů, kteří se potýkají s celou řadou psychiatrických poruch, psychických problémů a zdravotních potíží souvisejících s psychikou. Zaměření na zotavení se soustřeďuje na určení životních hodnot a přání klienta (a významu jeho přání) a pomáhá mu najít v životě smysl a posílení sebedůvěry tím, že každý týden podnikne konkrétní kroky, aby dosáhl svých cílů. Zaměřujeme se také na to, abychom klientovi pomohli dospět k pozitivním přesvědčením o něm samotném, o druhých lidech a o jeho budoucnosti, které jsou výsledkem těchto pozitivních kroků, a zjišťujeme a posilujeme jeho pozitivní vlastnosti, dovednosti a zdroje. Zdůrazňujeme prožívání pozitivních emocí během sezení i mimo ně. Očekáváme, že zaměření na zotavení bude v příštích letech a desetiletích hrát při utváření budoucnosti KBT a psychoterapie obecně velkou roli.

A konečně, toto vydání jsem napsala stylem, který je pro čtenáře přívětivější. Když vedu semináře na Beckově institutu ve Filadelfii nebo online kurzy, často do nich zařazuji příběhy z vlastní klinické praxe. Účastníky také vybízím k aktivní účasti a žádám je, aby hráli role spolu s jiným účastníkem, odpovídali na otázky a prezentovali své vlastní náročné případy pro zpětnou vazbu a diskusi. Většina účastníků považuje tyto interaktivní prvky za velmi smysluplné a inspirativní. V tomto vydání knihy používám nejen osobnější přístup při psaní, ale také jsem zařadila klinické tipy z vlastní praxe, otázky k zamyšlení a navrhované činnosti, které čtenáři pomohou, aby sám využil probíranou látku.

Doufám, že si čtení této knihy užijete stejně jako já její psaní. Vždycky říkám, že učení se KBT představuje celoživotní úsilí. Bez ohledu na to, kde se na své cestě nacházíte, doufám, že vás tato kniha inspiruje k tomu, abyste se toho o KBT dozvěděli více.

Poděkování

Můj otec Aaron Beck mě i ve věku 98 let stále učí kognitivně-behaviorální terapii (KBT). Nejnověji spolu s našimi kolegy z Beckova institutu pro kognitivně-behaviorální terapii na předměstí Filadelfie vytvořil a zkoumá „kognitivní terapii zaměřenou na zotavení“ (KT-Z) pro osoby s diagnózou závažného duševního onemocnění. U klientů, které léčím v naší ambulanci, uplatňuji KT-Z se skvělými výsledky. Jsem velmi nadšená z tohoto nového vývoje v této oblasti, který klade důraz na motivaci klientů pomocí určení jejich přání a hodnot, smyslu a směřování; zaměření se na jejich silné stránky a zdroje; na pomoc při překonávání překážek, které jim brání v tom, aby týden co týden pracovali na uskutečňování svých přání; a na vyvozování pozitivních závěrů o svých zážitcích a o sobě samých. Jsem svému otci a našemu týmu KT-Z v čele s Paulem Grantem a Ellen Inversovou vděčná za to, že inspirovali zaměření na zotavení, které jsem zahrnula do této knihy.

Stejně tak mám štěstí, že mohu (viz výše) spolupracovat s naším týmem vynikajících klinických pracovníků: Robem Hindmanem, Normanem Cotterellem, Fran Broderovou a Allenem Millerem. Léčí klienty, vyučují na našich seminářích, vedou therapy (od začátečníků po experty) a podílejí se na vývoji programu. Hodně se toho učím, když s nimi každý týden probírám své klienty na našich případových konferencích. Oni a Brianna Blissová mi pomohli tento rukopis vylepšit.

Jsem také vděčná Lise Poteové, která proměnila Beckův institut v celosvětové školicí a informační centrum, a Kitty Mooreové z nakladatelství The Guilford Press, která je mou přítelkyní a editorkou již téměř 25 let. A velký dík patří mému manželovi Richardu Busisovi, který mi denně dodával odvalu a prováděl závěrečné úpravy rukopisu.

A na závěr obrovský dík mé vynikající a skvělé asistentce Sarah Flemingové, která mi nesmírně pomohla při přípravě této knihy k tisku.

Děkuji vám všem.

Kapitola 1

Úvod do kognitivně-behaviorální terapie

Abe¹ je 55letý rozvedený muž evropského původu, který před více než dvěma lety začal trpět těžkou depresí poté, co musel čelit vážným potížím v práci a v manželství. V době, kdy jsem ho začala léčit, byl hodně izolovaný a pasivní, většinu času trávil ve svém bytě sledováním televize, surfováním po internetu a příležitostným hraním videoher.

S Abem jsme se během osmi měsíců sešli celkem na 18 sezeních, při nichž jsme používali jak tradiční kognitivně-behaviorální terapii (KBT), tak přístup na zotavení zaměřené kognitivní terapie (KT-Z) a příslušné intervence. O terapii zaměřené na zotavení se dočtete více jak v této kapitole, tak v celé knize. Nejprve jsem provedla diagnostické vyšetření. Na dalším sezení, tedy na našem prvním terapeutickém sezení, jsem Abeovi poskytla informace o jeho diagnóze, o KBT teorii, o průběhu terapie a o mnou navrženém léčebném plánu. Zeptala jsem se jej na jeho přání (jaký by chtěl mít život) a na jeho hodnoty (co je pro něj opravdu důležité) a poté jsme si stanovili cíle. Abe chtěl vést lepší život, být výkonný a užitečný pro druhé, optimistický, odolný a mít věci pod kontrolou. Konkrétně pro něj bylo důležité, aby lépe zvládal svou domácnost, našel si práci, zlepšil svůj vztah s bývalou manželkou a dětmi, obnovil kontakty s přáteli, začal znovu chodit do kostela a dostal se do formy. Probrali jsme, jak by mohl být v nadcházejícím týdnu aktivnější, a dohodli jsme se na Plánu jednání (terapeutickém „domácím úkolu“). Pak jsem Abea požádala, aby mi řekl, jak na něj sezení působilo.

Hlavní část každého dalšího sezení jsme věnovali tomu, že jsem Abeovi pomohla určit jeho cíle pro dané sezení, rozhodnout se, jaké kroky chce podniknout v nadcházejícím týdnu, vytvořit řešení případných překážek, zmírnit jeho negativní náladu a zlepšit jeho pozitivní náladu. Často jsme se věnovali řešení problémů a vytváření dovedností, zejména dovedností souvisejících se změnou jeho depresivního myšlení a chování. Nejenže jsem s Abem používala různé intervence, ale také jsem ho učila, jak má tyto dovednosti používat samostatně, aby si vybudoval odolnost vůči depresi a zabránil jejímu relapsu. Struktura terapie a metody, které jsme používali, byly pro účinnost terapie zásadní stejně jako

1 Změnila jsem její jméno a některé charakteristiky.

rozvoj dobrého terapeutického vztahu. V této knize se o Abem a jeho léčbě dozvíte mnohem více.

V celé knize budete také sledovat Marii². Marii je 37 let. Trpí opakovanými těžkými depresemi a má rysy hraniční poruchy osobnosti. Její léčba byla mnohem složitější a trvala mnohem déle. Marie se považovala za bezmocnou, méněcennou, nemilovanou a citově zranitelnou. Druhé lidi považovala za potenciálně kritické, bezohledné a připravené jí ublížit. Tato přesvědčení se v průběhu našich sezení často spouštěla. Zpočátku vůči mně byla výrazně podezřívavá, ve střehu, abych jí nějak neublížila. Navázat s Marií pevný terapeutický vztah bylo mnohem obtížnější. Její výrazná beznaděj a obavy z terapie i ze mě jí poměrně dlouho bránily v tom, aby se do léčby plně zapojila. Zatímco léčba Abea je příkladem standardního KBT přístupu, pro Marii jsem musela léčebný přístup značně přizpůsobit.

Ve zbytku této kapitoly najdete odpovědi na tyto otázky:

Co je to kognitivně-behaviorální terapie?

Jaká je teorie KBT?

Co nám říkají výzkumy o její účinnosti?

Jak byla KBT vytvořena?

Co je „Na zotavení zaměřená KT“ (KT-Z)?

Jak vypadá typická kognitivní intervence?

Jak se můžete stát schopným KBT terapeutem?

Jak můžete tuto knihu co nejlépe využít?

CO JE TO KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE?

V 60. a 70. letech 20. století vytvořil Aaron Beck formu psychoterapie, kterou původně pojmenoval „kognitivní terapie“, což je termín, který se v odborné literatuře často používá jako synonymum pro „kognitivně-behaviorální terapii“ (KBT). Beck vytvořil strukturovanou, krátkodobou, na přítomnost orientovanou psychoterapii určenou k léčbě deprese (Beck, 1964). Od té doby on i další lidé po celém světě tuto terapii úspěšně přizpůsobili pro překvapivě rozmanité skupiny jedinců s nejrůznějšími poruchami a problémy, a to v mnoha prostředích a formátech. Tyto úpravy pozměnily zaměření, metody a délku léčby, ale samotné teoretické předpoklady KBT zůstaly neměnné.

Ve všech formách KBT, které se opírají o Beckův model, vycházejí terapeuti při léčbě z kognitivní formulace, která popisuje škodlivá (maladaptivní) přesvědčení, způsoby chování a udržující faktory, které charakterizují konkrétní psychickou

² Změnila jsem její jméno a některé charakteristiky.

poruchu (Alford a Beck, 1997). Vaše léčba se také bude opírat o vaši konceptualizaci neboli porozumění jednotlivým klientům a jejich specifickým jádrovým přesvědčením a vzorcům chování. Jedním z Abeových jádrových negativních přesvědčení bylo „Jsem k ničemu“ a projevoval rozsáhlé vyhýbavé chování, aby jeho (domnělá) neschopnost nebo selhání nevyšly najevo. Jeho vyhýbavé chování však paradoxně posilovalo jeho přesvědčení, že je k ničemu.

Beck, který původně absolvoval psychoanalytický výcvik, čerpal při vytváření své formy psychoterapie z mnoha zdrojů, včetně starověkých filozofů, jako byl Epiktetos, a teoretiků, jako byli Karen Horneyová, Alfred Adler, George Kelly, Albert Ellis, Richard Lazarus, Albert Bandura a mnoho dalších. Beckovu práci zase rozšířila řada výzkumníků a teoretiků ve Spojených státech i v zahraničí, jejichž počet je příliš velký na to, abych je zde uváděla. Historické přehledy tohoto přístupu poskytují bohatý popis toho, jak jednotlivé proudy KBT vznikaly a jak se rozvíjely (Arnkoﬀ a Glass, 1992; Beck, 2005; Dobson a Dozois, 2009; Thoma et al., 2015).

Některé formy KBT sdílejí charakteristické rysy Beckovy terapie, ale jejich formulace a to, na co kladou důraz, se do jisté míry liší. Patří mezi ně racionálně-emoční behaviorální terapie (Ellis, 1962), dialektická behaviorální terapie (Linehan, 1993), terapie řešení problémů (D’Zurilla a Nezu, 2006), terapie přijetí a odhodlání (Hayes et al., 1999), expoziční terapie (Foa a Rothbaum, 1998), terapie kognitivním zpracováním (Resick a Schnicke, 1993), psychoterapeutický systém kognitivně-behaviorální analýzy (McCullough, 1999), behaviorální aktivizace (Lewinsohn et al., 1980; Martell et al., 2001), kognitivně-behaviorální modifikace (Meichenbaum, 1977) a další. Forma KBT odvozená z Beckova modelu často využívá terapeutické postupy všech těchto terapií, jakož i dalších psychoterapií založených na důkazech, v kognitivním rámci. Postupem času pro vás bude užitečné, abyste se toho dozvěděli více o dalších intervencích opírajících se o důkazy. Bylo by však příliš náročné zaměřit se na ně do hloubky, dokud se KBT teprve učíte. Doporučovala bych vám, abyste si nejprve osvojili základy KBT a až poté se učili další metody, které budete v rámci kognitivní konceptualizace uplatňovat.

KBT byla přizpůsobena pro klienty s různou úrovní vzdělání a příjmů a také pro klienty z různých kultur a věkových kategorií, od malých dětí po starší dospělé. V současné době se používá v nemocnicích a na klinikách, ve školách, v programech odborného vzdělávání, ve věznicích a v mnoha dalších zařízeních. Využívá se ve formě skupinové, párové i rodinné terapie. Ačkoli se léčba popsaná v této knize zaměřuje na individuální 45 až 50 minut dlouhá sezení s ambulantními pacienty, terapeutické intervence mohou být kratší. Pro některé klienty jsou plná sezení nevhodná, například pro osoby, které jsou hospitalizovány kvůli léčbě těžké schizofrenie. A mnoho různých poskytovatelů zdravotní péče a příbuzných zdravotnických oborů používá metody KBT, aniž by prováděli plná terapeutická sezení, v rámci krátkých lékařských či rehabilitačních sezení nebo kontroly medikace. Vhodně upravené metody KBT používají i paraprofesionálové a peer specialisté.

TEORETICKÝ MODEL KBT

Stručně řečeno, *kognitivní model* předpokládá, že všem psychickým poruchám je společné dysfunkční myšlení (které ovlivňuje klientovu náladu a chování). Když se člověk naučí zkoumat a hodnotit své myšlenky realističtějším a prospěšnějším způsobem, dojde u něj ke zmírnění negativních emocí a škodlivého (maladaptivního) chování. Pokud byste například byli v poměrně silné depresi a měli potíže se soustředit a platit faktury, mohlo by se vám stát, že se vám v hlavě objeví *automatická myšlenka*, nápad (ve slovech nebo představách), která jako by vám tam vyskočila sama od sebe: „Nic nedokážu udělat správně.“ Tato myšlenka by pak mohla vést k určité reakci: mohli byste se pak cítit smutní (emoce) a šli byste si lehnout do postele (chování).

V tradiční KBT by vám terapeut pravděpodobně pomohl prozkoumat, nakolik je tato myšlenka *platná*, a možná byste došli k závěru, že jste příliš zobecňovali a že ve skutečnosti i navzdory depresi stále dokážete udělat mnoho věcí správně. Kdybyste se na své zážitky dívali z tohoto nového úhlu, pravděpodobně byste se cítili lépe a začali byste se chovat prospěšnějším způsobem (například byste začali faktury platit).

V rámci přístupu zaměřeného na zotavení by vám terapeut také pomohl zkoumat a hodnotit vaše automatické myšlenky. Méně by se však soustředil na myšlenky, které jste již měli, a více na myšlenky, které by se pravděpodobně mohly objevit v příštím týdnu a které by vám mohly bránit v tom, abyste podnikli kroky k dosažení určitého cíle.

Myšlenky (prospěšné i škodlivé) se objevují na třech úrovních. Na nejpovrchnější úrovni jsou jednotlivé *automatické myšlenky* (např. „Jsem příliš unavený, abych něco dělal“). Na hlubší úrovni jsou tzv. *zprostředkující přesvědčení*, což jsou určité předpoklady a pravidla (např. „Když se pokusím navázat vztah, budu odmítnut“ nebo „Nesmím dávat najevo své pocity“). Na nejhlubší úrovni jsou *jádrová přesvědčení* o sobě, o druhých lidech a o světě (např. „Jsem bezmocný“; „Druzí lidé mi ublíží“; „Svět je nebezpečný“). Abyste dosáhli trvalého zlepšení nálady a chování klienta, je třeba pracovat s ním na všech třech úrovních. K trvalé změně vede pozměnění jak automatických myšlenek, tak jádrových dysfunkčních přesvědčení.

Řekněme například, že své schopnosti neustále podceňujete. Pokud je to tak, můžete mít jádrové přesvědčení, že jste neschopní. Když toto obecné přesvědčení pozměníte (tj. tak, že začnete sami sebe vidět v realističtějším světle), může se změnit vaše vnímání konkrétních situací, se kterými se denně setkáváte. Nebudete již mít tolik myšlenek ohledně vlastní neschopnosti. Místo toho si v konkrétní situaci, kdy se dopustíte chyby, spíše pomyslete: „Tak tohle [tento konkrétní úkol] se mi moc nedaří.“ Navíc je v rámci zaměření na zotavení důležité rozvíjet i realisticky pozitivní automatické myšlenky o sobě (např. „Spoustu věcí umím dobře“) a prospěšná zprostředkující a jádrová přesvědčení (např. „Když to nevzdám, dokážu se asi naučit to, co potřebuji“ a „Mám své přednosti a nedostatky jako každý člověk“).

VÝZKUM KBT

Od roku 1977, kdy byla publikována první výzkumná studie (Rush et al., 1977), byla KBT podrobena rozsáhlému zkoumání. V současné době prokázalo již více než 2000 výzkumných studií účinnost KBT u široké škály psychických poruch, psychických potíží a zdravotních potíží s psychickým podílem. Mnoho studií také prokázalo, že KBT pomáhá předcházet psychickým potížím nebo snižovat závažnost dalších epizod. Například studie von Brachela a jeho kolegů (2019) ukázala, že u ambulantních pacientů s řadou psychiatrických poruch, kteří byli léčeni KBT v rámci běžné péče, se jejich stav stále zlepšoval po dobu 5 až 20 let po ukončení terapie, a to ve větší míře než u těch, kteří byli léčeni pouze léky. Metaanalýzy a přehledy KBT viz Butler et al., 2006; Carpenter et al., 2018; Chambless a Ollendick, 2001; Dobson et al., 2008; Dutra et al., 2008; Fairburn et al., 2015; Hanrahan et al., 2013; Hofmann et al., 2012; Hollon et al., 2014; Linardon et al., 2017; Magill a Ray, 2009; Matusiewicz et al., 2010; Mayo-Wilson et al., 2014; Öst et al., 2015; a Wuthrich a Rapee, 2013. Seznamy stavů, u nichž se KBT ukázala jako účinná, naleznete na stránkách www.div12.org/psychological-treatments/treatments a www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-guidelines. Výzkum KT-Z viz Beck et al., 2020; Grant et al., 2012, 2017.

VYTVOŘENÍ BECKOVY KBT

Na konci padesátých let 20. století byl Dr. Beck certifikovaným psychoanalytikem; jeho klienti volně asociovali vleže na pohovce, zatímco on prováděl interpretace. Beck si uvědomil, že tvrzení psychoanalýzy je třeba experimentálně ověřit, pokud má být tato psychoterapeutická škola brána vědci vážně. Na počátku šedesátých let se Beck rozhodl ověřit psychoanalytický předpoklad, že deprese je důsledkem nepřátelství obráceného dovnitř, vůči sobě samému.

Zkoumal sny klientů s depresí, u nichž předpokládal, že se v nich objeví větší množství témat nepřátelství než ve snech psychiatrických klientů bez deprese. Ke svému překvapení však nakonec zjistil, že sny klientů s depresí obsahují *méně* témat nepřátelství a mnohem více témat vadnosti, neuspokojení potřeb a ztráty. Poznal, že tato témata se shodují s myšlením jeho klientů v bdělém stavu. Výsledky dalších studií, které Beck provedl, jej vedly k přesvědčení, že i s tím související psychoanalytická představa – totiž že klienti s depresí mají potřebu trpět – může být nesprávná (Beck, 1967). V té chvíli jako by začaly padat naskládané kostky domina. Pokud by tyto psychoanalytické předpoklady neplatily, jak jinak by bylo možné depresi pochopit?

Jak tak doktor Beck naslouchal svým klientům na pohovce, uvědomil si, že občas uvádějí dva typy myšlení: proud volných asociací a proud rychlých, hodnotících myšlenek, zejména ohledně sebe samých. Jedna žena například podrobně popisovala své sexuální zážitky. Na konci sezení spontánně sdělila, že se cítí úzkostná.

Dr. Beck provedl výklad: „Myslela jste si, že vás budu kritizovat.“ Klientka nesouhlasila: „Ne, bála jsem se, že vás *nudím*.“ Když se Dr. Beck vyptával svých dalších depresivních klientů, zjistil, že všichni zažívají „automatické“ negativní myšlenky, které jsou úzce spjaty s jejich emocemi. Začal svým klientům pomáhat určovat a hodnotit jejich nerealistické a škodlivé myšlenky a reagovat na ně. Když to dělal, jejich stav se rychle zlepšoval.

Dr. Beck poté začal učit používat tuto formu léčby své kolegy psychiatry na Pensylvánské univerzitě. I oni zjistili, že na ni jejich klienti dobře reagují. Vedoucí oddělení Dr. A. John Rush, který se stal přední autoritou v oblasti depresí, se následně s doktorem Beckem dohodl, že provedou výzkumnou studii. Shodli se, že provedení takové studie je nezbytné k prokázání účinnosti kognitivní terapie. Jejich randomizovaná kontrolovaná studie klientů s depresí, publikovaná v roce 1977, prokázala, že kognitivní terapie je stejně účinná jako imipramin, běžně používané antidepresivum. To bylo ohromující zjištění. Byl to jeden z prvních případů, kdy byla psychoterapie srovnávána s podáváním psychofarmak. V následné studii se ukázalo, že kognitivní terapie je mnohem účinnější než imipramin v prevenci relapsu deprese. Beck a jeho kolegové (1979) vydali o dva roky později první příručku léčby deprese kognitivní terapií.

Od konce 70. let začal Dr. Beck se svými žáky na Pensylvánské univerzitě studovat úzkost, užívání návykových látek, poruchy osobnosti, problémy v páru, nepřátelství, bipolární poruchu a další psychické potíže, přičemž používali stejný postup. Nejprve provedli klinická pozorování poruchy; nastínili udržující faktory a klíčové kognice (tj. myšlenky a jádrová přesvědčení), emoce a chování. Poté své teorie ověřovali, upravovali léčbu a prováděli randomizované kontrolované studie. Přesuňme se nyní o několik desetiletí dál. Dr. Beck, já a vědci po celém světě pokračujeme ve studiu, teoretickém vysvětlování, upravování a ověřování účinnosti léčby klientů, kteří trpí stále se rozšiřujícím seznamem psychických problémů. KBT se nyní vyučuje na většině vysokých škol ve Spojených státech a v mnoha dalších zemích. Jedná se o nejrozšířenější psychoterapii na světě (David et al., 2018; Knapp et al., 2015).

NA ZOTAVENÍ ZAMĚŘENÁ KOGNITIVNÍ TERAPIE

V posledních desetiletích se v oblasti duševního zdraví objevila novinka: hnutí zaměřené na zotavení, které vzniklo jako alternativní přístup k lékařskému modelu pro osoby s diagnózou vážného duševního onemocnění. Aaron Beck, naši kolegové z Beckova institutu kognitivně-behaviorální terapie a já nyní zdokonalujeme kognitivní terapii zaměřenou na zotavení, KT-Z (orig. *recovery-oriented cognitive therapy*, CT-R), pro osoby s širokým spektrem psychických potíží. KT-Z, adaptace tradiční KBT, zachovává teoretický základ kognitivního modelu při konceptualizaci případu jedince a při plánování a poskytování léčby. Přidává však navíc důraz na kognitivní formulaci *prosperšných* přesvědčení a způsobů chování klienta a faktorů,

kteřé udržují pozitivní náladu. Spíše než na příznaky a psychopatologii klade KT-Z důraz na silné stránky klientů, jejich osobní přednosti, dovednosti a zdroje.

Vycházela jsem ze zaměření na zotavení a při plánování Abeovy léčby jsem zjišťovala a popisovala jeho přání a hodnoty. Pro Abea byla například velmi důležitá rodina a navzdory své hluboké depresi byl ochoten snažit se o navýšení kontaktů s ní. Připravila jsem pro Abea mnoho potenciálně prospěšných činností, kterým se mohl věnovat mezi sezeními, *a pomohla jsem mu, aby ze svých zážitků vyvodil pozitivní závěry*. Rozvíjeli jsme jeho pozitivní myšlenky a vzpomínky a využívali jsem terapeutický vztah a různé metody k posílení jeho prospěšného jádrového přesvědčení o sobě samém a k prožívání pozitivních emocí během sezení i mimo něj.

Jedním z rozdílů mezi tradiční KBT a KT-Z je časová orientace. V tradiční KBT máme tendenci mluvit o problémech, které vznikly v uplynulém týdnu, a používat metody KBT k jejich řešení. V KT-Z se více zaměřujeme na přání klienta do budoucna, na jeho hodnoty a na kroky, které může každý týden podniknout směrem ke svým cílům. K překonávání problémů nebo překážek, s nimiž se klient při uskutečňování těchto kroků setká, používáme běžné metody KBT.

TYPICKÁ KOGNITIVNÍ INTERVENCE

Popíšu teď úryvek z terapeutického sezení s Abem. Ukazuje typickou KBT intervenci. Nejprve jsme se dohodli, že budeme mluvit o tom, na jakém cíli chce Abe pracovat. Probrali jsme kroky, které může uskutečnit, a překážky, které by se mu mohly postavit do cesty.

JUDITH: Dobrá, Abe, chtěl byste začít tím, že si promluvíme o vašem cíli najít si práci?

ABE: Ano, opravdu potřebuji peníze.

JUDITH: Jaký jeden krok byste rád udělal v příštím týdnu?

ABE: [povzdechne si] Asi bych měl aktualizovat svůj životopis.

JUDITH: To je důležité. [začínám s řešením problémů] Co uděláte, abyste se do toho pustil?

ABE: To nevím. Už roky jsem se na něj ani nepodíval.

JUDITH: Ale víte, kde ho máte?

ABE: Jo. Ale nejsem si jistý, co do něj mám napsat.

JUDITH: Jakým způsobem byste na to mohl přijít?

ABE: Myslím, že bych se mohl podívat na internet. Ale v poslední době se špatně soustředím.

JUDITH: Nebylo by lepší promluvit si o tom s někým, kdo se v životopisech vyzná lépe než vy?

ABE: Jo. [přemýšlí] Mohl bych to probrat se svým synem.

JUDITH: Co byste řekl na to, kdybyste mu dnes zavolal? Mohlo by vám v tom něco zabránit?

ABE: Já nevím. Měl bych být schopen sám přijít na to, co mám dělat, aniž bych ho obtěžoval.

JUDITH: To je zajímavá myšlenka – že byste měl být schopen přijít na to sám. Máte hodně zkušeností s prohlížením životopisů jiných lidí?

ABE: Ne, nevzpomínám si, že bych někdy viděl životopis někoho jiného.

JUDITH: Jak moc si myslíte, že by to vašeho syna obtěžovalo?

ABE: Myslím, že ani moc ne.

JUDITH: Co byste si měl připomenout, než mu zavoláte?

ABE: Že má v současné době mnohem víc zkušeností s životopisy než já. A že mu asi nebude vadit, když mi pomůže.

JUDITH: [chválím Abea] To je skvělé. Mohl byste mu zavolat už dnes?

ABE: Dnes večer by to bylo nejlepší.

Abe dokázal snadno rozpoznat neužitečnou myšlenku, která mu bránila v tom, aby uskutečnil krok k dosažení žádoucího cíle, a reagovat na ni. Požádala jsem ho, aby si představil, že s pomocí svého syna svůj životopis úspěšně upravil. Pak jsem se ho zeptala, jakou emoci při této představě cítí, a pomohla jsem mu prožít tento příjemný pocit přímo během našeho sezení. (Někteří klienti, kteří se potýkají s podobným problémem, mohou vyžadovat větší terapeutické úsilí, než se dokáží chovat potřebným způsobem.)

JAK SE STÁT SCHOPNÝM KBT TERAPEUTEM

Doufám, že toužíte stát se vynikajícím terapeutem a během své kariéry pomoci stovkám nebo tisícům lidí. Mít tuto touhu na paměti vám může pomoci vytrvat, pokud vás při čtení této knihy přepadne úzkost. Pokud se začnete cítit nervózní, vzpomeňte si, že kognitivní model předpokládá, že vás napadly nějaké negativní myšlenky. Při čtení této knihy se naučíte postupy, jak se s těmito typy neužitečných myšlenek vypořádat. Mezitím vám pomůže, když si každý týden připomenete konkrétní cíl této četby a překážky, které vám mohou bránit v tom, abyste uskutečnili kroky potřebné k dosažení tohoto cíle. A ujistěte se, že máte vůči sobě přiměřená očekávání.

Ráda bych, abyste věděli, že když jsem se začala věnovat KBT, nebyla jsem příliš dobrým terapeutem. Jak by tomu mohlo být jinak? Nikdy předtím jsem se terapii nevěnovala. Takže zůstaňte v klidu, když s KBT právě začínáte nebo pokud je pro vás poměrně nová. Jste v dobré společnosti. Uvědomte si to a oceňte se za každou přečtenou kapitolu. Také se oceňte, když odpovíte na otázky k zamyšlení a provedete praktická cvičení, která najdete na konci každé kapitoly. Srovnávejte se se svými vrstevníky, ne se zkušenými KBT terapeuty.

V KBT často používáme analogie a metafory (Stott et al., 2010). Tady je jedna běžná, kterou používám s klienty a která může užitečná i pro vás.

„Vzpomínáte si, jak jste se učil řídit auto nebo hrát na hudební nástroj? Necítil jste se zpočátku trochu nejistě? Nemusel jste věnovat velkou pozornost drobným detailům a pohybům, které vám teď jdou hladce a automaticky? Neztrácel jste někdy naději? Dávalo vám ale to postupem času stále větší smysl a cítil jste se stále více v pohodě? Zvládl jste to nakonec do té míry, že teď dokážete tuto činnost zvládat relativně snadno a s jistotou? Většina lidí to zažila úplně stejně, když se učili něčemu, co jim teď jde snadno.“

Proces učení je stejný i u začínajícího terapeuta KBT. Zaměřte se na malé cíle, dobře definované a realistické. Porovnávejte svůj pokrok s úrovní svých schopností předtím, než jste začali číst tuto knihu, nebo s dobou, kdy jste se poprvé začali KBT učit. Dávejte pozor, abyste si nesnižovali sebevědomí tím, že budete svou současnou úroveň dovedností porovnávat s tím, čeho chcete nakonec dosáhnout.

Pokud se budete cítit úzkostní z toho, že začínáte používat KBT s klienty, vytvořte si „kartu zvládnání“, skutečnou nebo virtuální kartičku, na kterou si napíšete tvrzení, která je pro vás důležité si pamatovat. I se svými klienty budete používat karty zvládnání nebo jejich obdobu (protože si chceme být jistí, že všechno, co chceme, aby si klient zapamatoval, si zapíše). Moji žáci, kteří se připravují na atestaci z psychiatrie, mají předtím, než se setkají se svými prvními ambulantními pacienty, často škodlivé myšlenky. Poté, co je spolu probereme, si vytvoří kartičku, která se těmito myšlenkami zabývá. Tato kartička je individuální, ale obvykle si na ni napíší něco takového:

Mým cílem není vyléčit tohoto klienta už dnes. Nikdo to ode mě neočekává.
Mým cílem je navázat s ním dobrý vztah, vzbudit v něm naději, zjistit, co je pro něj skutečně důležité, a možná přijít na krok, který může klient tento týden udělat, aby se přiblížil k dosažení svých cílů.

Přečtení takové kartičky vám může pomoci zmírnit vaši úzkost, abyste se mohli na své klienty soustředit a být jim prospěšnější.

Pro nezkušeného pozorovatele se KBT někdy jeví jako klamně jednoduchá. *Kognitivní model*, tedy tvrzení, že myšlenky člověka ovlivňují jeho emoce a chování (a někdy i tělesné procesy), je celkem jednoduchý. Zkušení terapeuti KBT však hladce zvládají mnoho úkolů najednou: budují vztah, poučují a vzdělávají klienta, shromažďují údaje, vytvářejí konceptualizaci případu, pracují na dosažení klientových cílů a na překonávání překážek, učí jej dovednostem, shrnují a získávají od něj zpětnou vazbu. Při plnění těchto úkolů vypadají, jako by jen vedli běžný rozhovor.

Pokud jste v této oblasti nováčkem, budete muset být rozvážnější a strukturovanější a zaměřit se vždy jen na méně prvků najednou. Přestože konečným cílem je tyto prvky propojit a vést terapii co nejúčinněji, musíte si nejprve osvojit dovednost, jak vytvořit s klientem terapeutický vztah a jak vytvořit konceptualizaci jeho případu. Budete se také učit jednotlivým metodám KBT (a dalších směrů), přičemž nejlepší je provádět vše krok za krokem.

Své rozvíjení odborných znalostí jako terapeuta KBT můžete chápat jako proces, který má čtyři fáze. (Předpokládám, že již zvládáte základní poradenské dovednosti: naslouchání, vcítění, projevení zájmu, pozitivní přístup a upřímnost, a také správné porozumění, reflektování a shrnování.)

Ve fázi 1 si osvojíte základní dovednost vytvoření konceptualizace případu v kognitivních pojmech na základě vstupního vyšetření a zhodnocení údajů shromážděných v rámci sezení. Naučíte se, jak rozvíjet pevný terapeutický vztah. Zjistíte, jak strukturovat sezení a využívat svou konceptualizaci případu klienta a zdravý selský rozum při plánování léčby s ohledem na hodnoty, přání a cíle klienta. Pomůžete klientovi, aby našel řešení překážek, kterým čelí, a aby ke svým škodlivým myšlenkám přistupoval odlišným způsobem. Naučíte se používat základní kognitivní a behaviorální metody a naučíte klienta, aby je používal.

Ve fázi 2 se budete zdokonalovat v propojování konceptualizace se znalostmi terapeutických metod. Budete upevňovat svou schopnost porozumět průběhu terapie. Snadněji dokázete určovat zásadní cíle terapie a budete zdatnější ve vytváření konceptualizace případu, zpřesňování své konceptualizace a v používání konceptualizace při momentálním rozhodování ohledně terapeutických intervencí. Rozšíříte svůj repertoár terapeutických postupů a stanete se zběhlejšími ve výběru, načasování a provádění vhodných metod a v upevňování terapeutického vztahu.

Ve fázi 3 už dokázete více automaticky začleňovat do konceptualizace nové údaje. Zdokonalíte svou schopnost vytvářet hypotézy, které potvrzují nebo pozměňují váš pohled na klienta. Podle potřeby dokázete měnit strukturu a metody základní KBT, zejména u klientů s poruchou osobnosti a dalšími obtížnými poruchami a problémy. Dokázete lépe předcházet narušení terapeutického spojení a také jej lépe napravit.

Ve fázi 4 budete pokračovat v učení se KBT po zbytek svého profesního života. I já se stále učím od každého klienta, kterého léčím. Účastním se týdenních případových konferencí, konzultuji klinické záležitosti s kolegy a supervizory a seznamuji se s aktuálními informacemi o výzkumu a praxi KBT čtením knih a článků

a pravidelnou účastí na konferencích. Dnes jsem mnohem lepší terapeut než před pěti lety. A doufám, že i za dalších pět let budu lepším terapeutem. Doufám, že si osvojíte podobný přístup k důležitosti celoživotního vzdělávání.

Pokud již ve své praxi používáte jiný psychoterapeutický přístup, ale s KBT začínáte, budete pravděpodobně úspěšnější, když ji začnete uplatňovat až u svých nových klientů. Pokud se rozhodnete uplatňovat KBT u svých stávajících klientů, je důležité, abyste tak činili ve spolupráci s nimi. Měli byste jim popsat, co byste chtěli začít dělat jinak, vysvětlit jim proč a požádat je o souhlas. Většina klientů s takovými změnami souhlasí, pokud jsou formulovány pozitivně, ve prospěch klienta. Pokud klient váhá, můžete mu navrhnout změnu (např. určování programu sezení) spíše jako „experiment“ než jako závazek, abyste jej motivovali, aby si to vyzkoušel.

TERAPEUT: Četl jsem důležitou knihu o tom, jak zlepšit účinek terapie, a vzpomněl jsem si na vás.

KLIENT: Jo?

TERAPEUT: Ano, a mám několik nápadů, jak byste se mohl cítit lépe dříve. [nabízí spolupráci] Souhlasíte s tím, abych vám o tom něco řekl?

KLIENT: Dobře.

TERAPEUT: Jedna věc, kterou jsem četl, se jmenuje „určení programu sezení“. Znamená to, že bych se vás vždycky na začátku sezení zeptal, na jakých cílech nebo problémech byste v tom sezení chtěl pracovat. Můžete mi například říci, že byste chtěl pracovat na tom, abyste se více stýkal s lidmi nebo abyste toho více udělal v domácnosti. Pomůže nám to zjistit, jak lépe využít náš čas během sezení. [pauza] Co na to říkáte?

JAK NEJLÉPE VYUŽÍT TUTO KNIHU

Tato kniha je určena studentům a klinickým pracovníkům v jakékoli fázi rozvoje zkušeností a dovedností, kteří neovládají základní stavební kameny kognitivní konceptualizace a léčby – nebo kteří se chtějí naučit, jak začlenit do léčby principy KT-Z. Zvládnout základní prvky KBT (a KT-Z) je velmi důležité, abyste dokázali porozumět tomu, jak a kdy pozměnit u jednotlivých klientů standardní léčbu.

Kapitoly této knihy jsou navrženy tak, abyste je četli v uvedeném pořadí. Možná budete mít chuť úvodní kapitoly přeskóčit a přejít hned ke kapitolám „jak na to“. KBT však není tvořena pouze způsobem používání kognitivních a behaviorálních metod. Kromě jiných vlastností zahrnuje dovednou volbu a účinné použití mnoha různých druhů intervencí na základě vaší konceptualizace případu. Navštivte stránky beckinstitute.org/CBTresources, kde naleznete videa s Abeovou léčbou a pracovní listy ke stažení. Seznam dalších zdrojů KBT najdete v příloze A.

Poznámka k pracovním listům: Některé pracovní listy, například Záznam myšlenek a Zkoumání myšlenek (z kapitoly 15), si budete muset vytisknout, protože

obsahují velké množství informací. A pokud začínáte KBT používat poprvé, možná si budete potřebovat vytisknout i další pracovní listy. Jakmile se však s materiály seznámíte, je často vhodnější kreslit během sezení s klientem pracovní listy ručně. To vám umožní individuálně je pozměnit podle potřeby a s větší pravděpodobností se vyhnete negativní reakci klientů, kteří nemají rádi formální pracovní listy.

Váš růst jako KBT terapeutů se urychlí, pokud začnete uplatňovat to, co se naučíte, na sobě samých. Ujistěte se, že jste udělali všechna cvičení. Například v praktickém cvičení na konci této kapitoly vás požádám, abyste při čtení této knihy určovali své vlastní automatické myšlenky. Můžete si je zapsat a znovu se soustředit na čtení. Nebo si po jejich určení můžete pomocí otázek na další straně vytvořit kartu zvládání. Tím, že si posvítíte na své vlastní myšlení, můžete posílit své KBT dovednosti, pozměnit své škodlivé myšlenky a pozitivně ovlivnit svou náladu (a chování), díky čemuž vám učení půjde lépe.

Další cvičení po vás budou chtít, abyste si zahráli scénku s vrstevníkem, přítelem, kolegou nebo členem rodiny. Pokud nemůžete najít partnera pro hraní scénky, můžete si napsat zápis s imaginárním klientem. Nebo můžete dělat obojí. Čím více si budete procvičovat svou slovní zásobu a pojmy KBT, tím bude vaše léčba lepší.

Když se budete učit základním dovednostem KBT s využitím sebe jako subjektu, zlepší se vaše schopnost naučit tytéž dovednosti i své klienty. Dalším přínosem pro vás bude, že když budete sami používat dovednosti, které vám pomohou, můžete to klientovi o sobě říci – čímž jej povzbudíte, aby si danou dovednost procvičoval také. Online kurzy vám poskytnou mnoho příležitostí k tomu, abyste si používání dovedností KBT vyzkoušeli sami na sobě; je to jeden z nejlepších způsobů, jak tento druh terapie skutečně pochopit a prakticky provádět.

Je také důležité, abyste věděli, čím se tato kniha nezabývá. Zaměřuje se totiž na depresi a při léčbě jiných poruch je zapotřebí důležitých obměn. Nevěnuje se tomu, jak přizpůsobit léčbu pro mládež nebo starší dospělé. A nezabývá se velmi důležitými tématy sebepoškozování, užívání návykových látek, sebevražednosti nebo vražedného jednání. Abyste byli úspěšní při práci s jedinci, kteří se od našeho hlavního příkladu, klienta jménem Abe, podstatně liší, budete si muset své znalosti doplnit.

SHRNUTÍ

Kognitivně-behaviorální terapii vytvořil Dr. Aaron T. Beck v šedesátých a sedmdesátých letech 20. století a od té doby byla její účinnost prokázána ve více než dvou tisících publikovaných výzkumných studiích. Dnes je považována za „zlatý standard“ psychoterapie (David et al., 2018). Je založena na teorii, že to, jak lidé myslí, ovlivňuje jejich emoce a chování. Tím, že KBT terapeuti pomáhají klientům prozkoumat a změnit jejich škodlivé nebo neúčinné způsoby myšlení, mohou u nich dosáhnout trvalých změn nálady a chování. Terapeuti KBT využívají metody z mnoha různých psychoterapeutických přístupů, které uplatňují v rámci kognitivního

modelu a svých individuálních konceptualizací klientů. V poslední době se k tradiční KBT přidává přístup zaměřený na zotavení, který zdůrazňuje hodnoty a přání klienta, vyvozování pozitivních závěrů z jeho každodenních činností a prožívání pozitivních emocí v terapeutickém sezení i mimo něj.

OTÁZKY K ZAMYŠLENÍ

Jaké nové informace o KBT nebo KT-Z jste se v této kapitole dozvěděli? Jak by vám samotným mohly metody KBT pomoci? Jaké myšlenky by vás mohly odradit od toho, abyste uplatňovali dovednosti KBT sami u sebe? Jaké by byly dobré odpovědi na tyto myšlenky?

PRAKTICKÉ CVIČENÍ

Od této chvíle si začněte všímat, kdy

- se vaše nálada změnila nebo posílila negativním směrem,
- máte tělesné pocity spojené s negativními emocemi (například zrychlený tep, když jste úzkostní) a/nebo
- se chováte škodlivým způsobem nebo se vyhýbáte prospěšnému chování.

Položte si otázku, jakou emoci prožíváte, a také klíčovou otázku kognitivní terapie:

„Co mi právě běželo hlavou?“

Naučíte se tak určovat své vlastní automatické myšlenky. Zvláštní pozornost věnujte automatickým myšlenkám, které stojí v cestě dosažení vašich cílů, zejména těm, které vám brání v čtení této knihy a zkoušení terapeutických metod s klienty. Možná si uvědomíte myšlenky jako:

„Je to příliš těžké.“

„Asi to nebudu schopen zvládnout.“

„Tohle mi nepřípadá příjemné.“

„Co když to zkusím a mému klientovi to nepomůže?“

Zkoušení terapeuti, jejichž primárním zaměřením nebyla KBT, si mohou uvědomit jiné typy automatických myšlenek:

„Tohle nebude fungovat.“

„Klientovi se to nebude líbit.“

„Je to příliš povrchní / strukturované / neempatické / jednoduché.“