

Přibližně při jedné z pěti konzultací pacienti vnesou v tomto závěrečném stadiu rozhovoru nový problém (White et al., 1994). Často jde o problém, který pacienta znepokojuje nejvíc. Tomu, aby problém vyšel na světlo až na konci rozhovoru, se lze vyvarovat co nejprofesionálněji provedeným shromažďováním informací v dřívějším stadiu. Výzkumy potvrzují, že lékaři, kteří se pacientů ptají na jejich přesvědčení, jsou vůči pacientům vnímaví, dávají plno informací a prodiskutují s nimi léčbu, se méně často setkávají s tím, že pacienti přijdou s novými problémy během stadia ukončování klinického rozhovoru (White et al., 1994).

Shrnutí

- Model lékař a pacient ukazuje důležitost toho brát na zřetel agendu, s níž přichází pacient.
- Model Calgary-Cambridge je užitečným průvodcem komunikačními dovednostmi, které jsou důležité v jednotlivých stádiích klinického rozhovoru.
- Mezi dobré klinické dovednosti se řadí důkladný úvod, kdy představíte sebe a svou roli i účel rozhovoru a vyžádáte si souhlas.
- Shromažďování informací je nejúčinnější za použití trychtýře od otevřených k uzavřeným otázkám.
- Součástí tělesné prohlídky by mělo být vysvětlení, úcta a citlivost vůči signálům pacienta.
- Součástí vysvětlování a plánování je poskytnutí správného množství a typu informací způsobem, který vede ke společnému porozumění a vytvoření plánu léčby.
- Ukončení rozhovoru by mělo obsahovat shrnutí, kontrolu porozumění a dohody a poskytnutí záchranné sítě.

18.3 OBTÍŽNÉ ROZHOVORY

V medicíně pracujeme s pacienty od kolébky po hrob. Lékařskou péči proto často provázejí mimořádné emoce, které jsou reakcí na narození, náročné události nebo onemocnění, život ohrožující příhody a smrt. Pro lékaře bývají nejobtížnější rozhovory, v nichž je přítomná vysoká hladina negativních emocí, jako je hněv, utrpení, zármutek, úzkost nebo strach. Takové emoce představují pro lékaře, který rozhovor vede, značnou výzvu. S pacientem, který prožívá silné emoce, je obtížné diskutovat a dělat rozhodnutí o léčbě. Je důležité uznat existenci aktuálních emocí pacientů a pracovat s nimi, protože budou značnou měrou ovlivňovat jejich myšlenky, činy a v konečném důsledku i jejich zdraví (kapitola 2).

V této části se zaměříme na komunikační dovednosti, které lékaři potřebují, aby dokázali pomáhat pacientům, kteří jsou rozčilení, zažívají úzkost nebo stres. Potom se v poslední části kapitoly podíváme na to, jak sdělovat smutné nebo nepříznivé zprávy.

18.3.1 KOMUNIKACE S ROZZLOBENÝM PACIENTEM

Zlost a agrese spolu sice souvisí, není to ale totéž. Zlost je emoce, zatímco agrese je projev chování, reakce, jejíž součástí je určitá forma útoku proti předmětu nebo osobě. Spojitost mezi zlostí a agresí znamená, že pokud jsme konfrontováni s rozzlobenými pacienty, je přirozené mít pocit, že jsme napadeni, zejména pokud je zlost obrácena proti nám. Skutečnou příčinou zlosti však může být něco jiného – např. nemoc, postižení nebo frustrace.

Bylo popsáno, že pokud jsou lékaři konfrontováni s rozzlobeným pacientem, reagují zpravidla jedním ze tří způsobů (Lipp, 1986): snaží se zlost přehlížet a pokračovat v rozhovoru „jakoby nic“, sami se také rozzlobí anebo se snaží pacienta uklidnit. Každá z těchto strategií může zlost ještě zhoršit. Jestliže něčí zlost ignorujeme, zřídka ji to zažene a konzultace bude v důsledku toho patrně probíhat špatně. Reagovat na zlost zlostí je sice přirozeně lidské, situaci to však jen vyhrotí. Situaci může zhoršit i snaha pacienta uklidnit (např. slovním pokynem, aby se uklidnil).

Jak jsme viděli v kapitole 2, zlost má na nás řadu účinků. Souvisí se silnou fyziologickou aktivací a zúženým zacílením na to, co hněv vyvolalo. Dokud zlost nevyprchá, bude obtížné, aby pacient uvažoval o něčem jiném nebo aby se čímkoli jiným zabýval. Mezi běžné příčiny zlosti se řadí:

- Pocit zranění nebo zrady: pokud lidé pocítují emoční zranění, často se chrání tím, že je to rozzlobí. V tomto případě zlost patrně směřuje proti konkrétní osobě nebo skupině. Vyjádření tohoto typu zlosti může vyústit v pláč.
- Porušení pravidel: podle kognitivní teorie máme všichni svá vlastní „pravidla“ týkající se toho, jak bychom se my sami a ostatní lidé měli chovat (kapitola 19). Jestliže lidé naše pravidla poruší, může nás to rozzlobit. Mohu mít např. pravidlo, které říká „Když mě lidé potřebují, vždycky jim musím být k dispozici“. Jestliže potom nějaký lékař není k dispozici, když ho potřebuji já (např. zruší objednání nebo mě nechá dlouho čekat), může mě to rozčílit.



AKTIVITA 18.2

- Vzpomeňte si, kdy jste se naposledy na někoho opravdu rozzlobili.
- Co bylo důvodem?
- Cítili jste se být zranění, nebo dotyčný porušil jedno z vašich pravidel?
- Co mohl dotyčný udělat, abyste přestali cítit takovou zlost?

- Frustrace cíle: pokud nám něco zabrání dělat, co chceme, nebo dosáhnout cílů, které jsou pro nás důležité, je přirozené cítit frustraci a zlost (kapitola 9). Zranění a nemoc lidem často zabrání dosáhnout jejich cílů, takže zlost a frustrace nejsou výjimkou.

Stejně jako v případě všech silných emocí musí být zlost vyjádřena a rozptýlena dřív, než může rozhovor pokračovat. Při snaze toho dosáhnout mohou být užitečné následující body:

- **Zkontrolujte si svou vlastní emoční reakci:** Pokud cítíte hněv, úzkost nebo rozčilení, bude pro vás obtížnější pacienta uklidnit. Připomeňte si, že zlost je emoce a nejde nutně o napadení a že zdrojem pacientovy zlosti může být jeho nemoc nebo zranění a nemusí se vás vůbec týkat.
- **Uznejte existenci hněvu:** Potvrďte pacientovi, že se zlobí a že je důležité se s tím vypořádat. Například můžete říct: „*Vidím, že se zlobíte, a myslím, že je důležité, abychom si o tom nejdřív promluvili.*“
- **Zjistěte zdroj hněvu:** Nechte pacienta mluvit! Poskytnout mu prostor vyjádřit slovy a ventilovat to, kvůli čemu se zlobí, je prvním krokem k rozpuštění této emoce. Lidé nemůžou zůstat rozzlobení napořád – zvláště v přítomnosti soucítící osoby.
- **Budte empatičtí:** Nejúčinnější způsob, jak ke zlosti přistupovat, je být empatický či chápat. Nemusíte s pacientem souhlasit, a přesto můžete chápat, proč se zlobí. Jako velmi účinné se mohou ukázat jednoduché výroky typu: „*Vidím, že se zlobíte.*“
- **Odzbrojte pacienta:** Mnoho pacientů, kteří se zlobí, říká, že od dotyčného člověka nechtějí nic víc než pochopení a omluvu. Někteří zdravotníci se obávají, že pokud se omluví, připouštějí tím svou chybu nebo trestní odpovědnost, je ale možné vyjádřit svou lítost, aniž souhlasíme s tím, že má pacient pravdu; můžeme říct něco jako „*mrzí mě, jestli vás to rozčílilo*“. Za určitých okolností je ovšem vhodné připojit i jasnou omluvu.

18.3.2 KOMUNIKACE S ÚZKOSTNÝM PACIENTEM

Úzkost a strach jsou normální reakce na vnímané ohrožení nemocí nebo zraněním, a proto jsou ve zdravotnickém prostředí poměrně běžné. Lidé se mírou své úzkosti a reagováním na ni liší. Lidé s osobnostním rysem neuroticismu mají vyšší hladinu úzkosti (kapitola 2).

V důsledku úzkosti jsou lidé mimořádně ostražití vůči známám ohrožení. Proto je pravděpodobné, že budou silně reagovat na nečekané události, symptomy nebo negativní zprávy. Následkem úzkosti jsou lidé také méně pružní ve svých strategiích zvládnání zátěže, takže rigidněji uplatňují určité konkrétní strategie. Úzkostní lidé často potřebují přesně vědět, co se bude dít dál, aby se snížilo další ohrožení nečekanými událostmi. Pouhé ujištění v případě úzkostných lidí zpravidla nezabírá – ve skutečnosti může mít opačný účinek, protože cítí, že je nechápete. Při jednání s úzkostným pacientem vám mohou pomoci následující podněty:

- **Využívejte prostředky verbální i neverbální komunikace:** Jak jsme viděli na začátku této kapitoly, charakteristiky našeho slovního projevu i řeči těla nám mohou pomoci někoho uklidnit. Zaujměte uvolněný a otevřený postoj (neohožující), snižte o něco tón hlasu a zpomalte tempo řeči.
- **Potvrďte existenci úzkosti:** Tak jako v případě zlosti uznejte, že je dotyčný v úzkosti (např.: „*Zřejmě máte dost velké obavy.*“).
- **Zjistěte hlavní zdroj úzkosti:** Úzkost se může stát generalizovanou, takže ptát se někoho, proč cítí úzkost, může přinést jen obecnou nebo obrannou reakci. Použijte zaměřenější otázku, např.: „*Trápí vás něco konkrétního?*“ nebo „*Copak vám dělá největší starost?*“ nebo „*Co tuhle úzkost vyvolalo?*“
- **Buďte empatičtí:** Stejně jako v případě zlosti bývá empatie a pochopení velmi užitečnou reakcí i na další silné emoce. V případech nevyléčitelné nemoci, kdy je hrozba smrti nevyhnutelná, je empatie naprosto zásadní. V takových případech nemůžeme úzkost nebo jinou silnou emoci „spravit“ – můžeme jen projevít empatii a poskytnout podporu.
- **Minimalizujte hrozbu:** Úzkost vychází z vnímaného ohrožení. Jedním ze způsobů, jak úzkost snížit, je proto tuto hrozbu omezit nebo odstranit. Nejvhodnější je poskytnout informace, nikoli jen pouhé ujištění. Například těhotná žena může cítit úzkost z toho, že její dítě zemře. V takovém případě bude užitečnější zjistit, proč věří, že se to stane, a dát jí informace o skutečném riziku, že se to stane (nebo nestane), než jí říkat, že si nemá dělat starosti. V případě vysokého rizika potom zapojte pacientku do naplánování vyšetření nebo léčby, aby se riziko nepříznivých následků minimalizovalo.
- **Zvyšte pocity bezpečí:** Příbuznou technikou je zvýšit pocity bezpečí prostřednictvím informací. Můžete např. pacientce povědět o monitorování a dalších postupech, které předcházejí vzniku komplikací.

Strach a panika jsou krajní formy úzkosti a vyžadují jiný přístup. Vyvolávají velmi silné fyzické a behaviorální reakce, jako je útok, útek, ustrnutí nebo spoléhání na skupinu (kapitola 4). Uklidňující reakce za takových okolností jsou obdobné těm, jaké bychom použili u vyděšeného zvířete. K uklidnění takových osob můžete použít svou řeč těla a hlas. Nabídněte podporu a empatii, a pokud jejich strach nebo paniku spustilo něco konkrétního, odveďte je z této situace nebo přerušete proceduru. Silný strach nebo panika jen zřídka trvají dlouho, měly by proto ustoupit nejdéle po několika minutách. Buďte připraveni s dotyčným zůstat a být v klidu, dokud se strach nebo panika nezmírní. Užitečné může být odvést nebo rozptýlit pacientovu pozornost, pokud to citlivě načasujete, protože tak pacientovi zpravidla pomůžete přestat myslet na to, čím se cítí být ohrožen.

18.3.3 KOMUNIKACE S ROZRUŠENÝM PACIENTEM

Rozrušení je velmi obecný pojem. Zde ho používáme jako označení situací, kdy se pacienti zhroutí a nemohou přestat plakat. Rozrušení může být výsledkem zlosti, úzkosti

nebo strachu, takže postup se řídí podobnými zásadami jako v případě těchto emocí. Je třeba mít na paměti dvě věci:

- Přestože je přirozené chtít, aby osoba přestala plakat, není užitečné jí říkat, ať přestane. Dokonce i tehdy, když to řeknete empaticky, v pozadí je sdělení o vašem přesvědčení, že by dotyčný neměl být rozrušený nebo by neměl plakat.
- Empatie a pochopení jsou sice důležité, ale příliš mnoho empatie může rozrušení zhoršit. V případě skutečného rozrušení je člověk stravován vlastními pocity a empatie může posloužit k tomu, že se člověk do těchto pocitů pohrouží ještě víc. V takových případech je užitečnější pokusit se o přesměrování pozornosti na konkrétní události nebo skutečnosti, které rozrušení sníží. Tím nechceme naznačit, že máte být zcela neempatičtí, jen že je třeba pomoci lidem zaměřit pozornost jinak. Můžete např. říct: „*Vidím, že je to opravdu znepokojivé – mohl bych někomu zatelefonovat, aby přišel a byl s vámi?*“



AKTIVITA 18.3

- Vzpomeňte si na okamžik, kdy vás opravdu rozrušilo něco důležitého.
- Když s vámi někdo soucítil, míra vašeho rozrušení se tím zvýšila, nebo snížila?

KLINICKÉ POZNÁMKY 18.2

Jak si poradit se silnými emocemi

- Pokud budete silné emoce ignorovat, konzultace bude obtížná a neefektivní.
- Zlost si spojujeme s agresí/napadením, ale není to totéž.
- Pokud lidem pomůžeme, mohou zlost vyjádřit bezpečně.
- Mezi užitečné techniky patří potvrzení emoce, zjištění jejího důvodu, empatie/porozumění a odzbrojení.
- Úzkost je výsledkem vnímané hrozby a pojí se s nadměrnou ostražitostí a nepružnými způsoby zvládnání zátěže.
- Úzkost můžeme zmírnit, když snížíme vnímanou hrozbu a zvýšíme pocity bezpečí.
- Vysoká míra rozrušení se zmírní, jestliže se jedinec zaměří na konkrétní události nebo skutečnosti.



18.4 SDĚLOVÁNÍ NEPŘÍZNIVÝCH ZPRÁV

Jedním z nejtěžších úkolů v medicíně je sdělovat pacientům nebo příbuzným nepříznivé zprávy. Může jít o škálu od diagnózy chronické nemoci až po zprávu o úmrtí nebo postižení. Smutná nebo špatná ovšem může být jakákoli zpráva, která představuje určité omezení nebo potenciální ztrátu. Pro sportovce bude špatnou zprávou vymknutý kotník, pro někoho, kdo měl právě ten den odjet na svou vysněnou životní dovolenou je špatnou zprávou infekční onemocnění.

Přehledy výzkumů v této oblasti odhalily tři důležité faktory. Zaprvé, lidé oceňují, je-li lékař laskavý, jistý, citlivý a starostlivý. Lidé také raději vidí, když lékař projevuje zájem a znepokojení, než když je povznesený a nezaujatý. Zadruhé, lidé více oceňují, když je zpráva podána jasně, s použitím jednoduchých pojmů a když mají čas o ní s lékařem mluvit a klást mu otázky. Zatřetí, lidé oceňují prostředí, kde je klid a soukromí (Joeckes, 2007).

Bylo vypracováno množství různých pokynů, jak nepříznivé zprávy sdělovat, většina z nich však vychází spíše z konsenzu než z vědeckých poznatků. Zásady v těchto pokynech se značně překrývají. Uvádíme přístup o šesti krocích, označovaný akronymem SPIKES (Baile et al., 2000; Buckman, 1992).

- 1. Soustředění na rozhovor:** na rozhovor se důkladně připravte. Ujistěte se, že máte všechny relevantní informace. Umístěte rozhovor do soukromí, kde nebudete rušeni. Vyhradte si dostatek času na sdělení zprávy a na následné reakce a otázky pacienta.
- 2. Pacientova perspektiva:** začněte zjištěním, kolik toho pacient už ví a chápe, abyste tomu mohli nepříznivou zprávu přizpůsobit. Použijte k tomu otevřenou otázku, např.: „*Co vám bylo zatím řečeno?*“
- 3. Informace, které jsou potřebné:** zeptejte se pacienta, kolik toho chce vědět o diagnóze, prognóze a léčbě. To vám pomůže přizpůsobit typ a množství předávaných informací tomu, co dotyčný chce slyšet a co je schopen strávit.
- 4. Konkrétní sdělení:** předejte informaci o nepříznivé zprávě. Může být užitečné vyslat nejprve jisté varování tím, že řekneme něco jako: „*Není to ta dobrá zpráva, v jakou jsme doufali*“ a potom se odmlčíte. Pacientovi tak poskytnete krátký čas na to, aby se na špatnou zprávu připravil. Předejte nepříznivou zprávu jasně a jednoduchým jazykem. Vyhněte se nejednoznačným výrokům (např. výroku, že test byl „*pozitivní*“, což má v patologii opačný význam než v jazyce laiků). Sdělujte informaci po malých, zvládnutelných dávkách.
- 5. Emoční reakce:** po sdělení nepříznivé zprávy může následovat celá škála emočních reakcí, jako je šok, nevíra, strach, úzkost, rozrušení, zármutek, zlost. Jak jsme uvedli v předchozí části této kapitoly, nejlepší způsob, jak se vypořádat s emočními reakcemi, je potvrdit jejich existenci a být empatičtí. V případě velmi špatných zpráv nemůžete udělat o mnoho víc, než nabídnout empatii a podporu. Průzkumy říkají, že to lidé oceňují.

6. **Shrnutí a strategie:** ke konci rozhovoru by měl lékař shrnout hlavní body nebo výsledky rozhovoru a zvážit nebo dohodnout budoucí strategii, jako je kurativní nebo paliativní péče. To pomůže zaměřit pozornost pacienta k dalším krokům, dodat mu určitou jistotu, poskytnout mu známé struktury podpory, a pokud je to možné, dodat mu naději.

KLINICKÉ POZNÁMKY 18.3

Sdělování nepříznivých zpráv

- Sdělujte nepříznivé zprávy v soukromí.
- Sdělujte zprávy jasně a zajistěte, aby bylo dost času o nich mluvit.
- Budte laskaví a starostliví – je v pořádku projevit vlastní rozrušení (v rozumné míře).
- SPIKES je užitečná mnemotechnická pomůcka pro zapamatování: **S**oustředění na rozhovor, **P**acientovy perspektivy (co už ví), **I**nformací, které jsou potřebné, **K**onkrétního sdělení, **E**močních reakcí a **S**hrnutí a strategií.



PŘÍPADOVÁ STUDIE 18.1 Sdělování nepříznivé zprávy



Jackovi je 70 let a byla mu diagnostikována sekundární progresivní roztroušená skleróza.

„Když mi v nemocnici zjistili diagnózu, konzultant, který už šel naštěstí do penze, mi řekl: ‚Jo, už máme vaši diagnózu. Je mi líto, máte nevyléčitelnou nemoc a nemůžeme nic dělat.‘

Sice to byla pravda, ale myslím, že když za mnou potom přišel ten [jiný] doktor, ten doktor z oddělení, a když mi to vysvětlil podrobně a na obrázcích, cítil jsem se mnohem líp.“

Tazatel: Můžete mi říct, jak byste si představoval, že vám to mělo být sděleno?

„Tak jak to udělal ten [jiný] doktor, přisedl si ke mně na kraj postele, měl blok čistých papírů a tužku a nakreslil mi páteřní kanál, tak, a ukázal mi to zjizvení co nejvíc, co nejbliž mým skutečným jizvám.

Vysvětlil mi, jak cestují signály, a řekl: ‚Potíž je, že když narazí na jizvu, zpozdí se, dorazí k další jizvě a zpozdí se o něco víc a víc a víc.‘ Pokud byste měl jen mírné zjizvení nebo velmi malé zjizvení, byla by to RS. Ale já mám bohužel dost těžké zjizvení, a tak jsou ty signály zpožděné docela hodně.“

Tazatel: Jak si myslíte, že by ta informace měla být podána?

„No, myslím, že by to mělo být tím způsobem, jako mi můj současný konzultant podal ty další zprávy. Posadí si vás a usmívá se na vás a nejdřív ze všeho si uvědomíte, že je na vaší straně, je s vámi a chápe vás a chápe vás jako člověka, a když vám poví nebo podá ty zprávy – jako když mi řekl tu konečnou diagnózu – udělal to tak, že mě vlastně držel za ruku, víte, a nejdřív mi to řekl a potom to rozvíjel, nebylo to tak, že by to na mě prostě jen vybafl.“

Tazatel: Mluvili jste o tom, jak cítíte, že by takové informace měly být podávány?

„Jemně, ale konkrétně, chci říct, někteří lidé rozhodně chtějí znát fakta, a já jsem jeden z nich, ale když mají být pořádně dramatická, tak si myslím, že je jenom správné, aby vám je podali hodně účastně, to je myslím to slovo, účastně a tak, abyste si uvědomoval, jako pacient, že ten člověk, co vám ty informace dává, chápe, že to budete muset vstřebat, strávit to a smířit se s tím, což pro mě bylo hodně těžké z dalších důvodů, a já myslím, že je moc důležitý ten způsob, jak se tyhle věci řeknou. Nezáleží vlastně na tom, jak moc je člověk statečný nebo není statečný, když člověk čeká špatná zpráva, jakákoli špatná zpráva, určitě musí existovat způsob, jak ji zmírnit, aby se dala předat co nejjemněji tomu člověku, co ji má dostat.“

(Upraveno podle: www.healthtalkonline.org.uk © DIPEX. Fotografie © iofoto/Fotolia.)

18.4.1 ZÁVĚR

V této kapitole jsme se podívali na různé způsoby, kterými komunikujeme, a viděli jsme, jak je lze využívat pro potřeby větší efektivity klinické praxe. Model klinického rozhovoru lékaře a pacient nám připomíná, že agenda, s níž pacient na konzultaci přichází, je stejně důležitá jako agenda lékaře, a že jejich vztah by měl být postaven na spolupráci. Model Calgary–Cambridge poskytuje užitečný rámec, který nám pomáhá uvažovat o klinickém rozhovoru jako o sérii stadií, přičemž pro každé z nich jsou důležité určité konkrétní dovednosti.

V této kapitole byly rovněž popsány různé techniky a dovednosti, které jsou užitečné jak při rutinních, tak obtížných klinických rozhovorech. Dovednosti je však potřeba procvičovat, abychom si je mohli dobře osvojit. Zpočátku mohou působit nepřírodně a náročně, ale s praxí vám začnou připadat snazší a přirozenější. Když si osvojujeme nějaké dovednosti, zpravidla postupujeme od (a) nevědomé nezpůsobivosti přes (b) vědomou nezpůsobivost a (c) vědomou způsobilost k (d) nevědomé způsobilosti. Klinické dovednosti jsou toho dobrým příkladem, takže čím více budete procvičovat, tím rychleji dosáhnete nevědomé způsobilosti!



DOPORUČENÁ LITERATURA

- Ayers, S. et al. (2007) *The Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (2nd ed.). Cambridge: Cambridge University Press. Obsahuje krátké kapitoly o sdělování rizik, komunikaci mezi zdravotníky a pacienty, předávání nepříznivých zpráv, vedení lékařského rozhovoru, písemné komunikaci a výuce komunikačních dovedností.
- Coulehan, J. L. et al. (2001) “Let me see if I have this right ...”: Words that help build empathy, *Annals of Internal Medicine*, 135: 221–227. Užitečný článek o tom, jak být empatický v klinických situacích.
- Platt, F. W., Gordon, G. A. (1999) *The Field Guide to the Difficult Patient Interview. A pocket guide to communication skills for difficult clinical interviews*. Snadná, čtivá kniha s užitečnými tipy.
- Silverman, J., Kurtz, S., Draper, J. (1998) *Skills for Communicating with Patients*. Oxford: Radcliff Medical Press. Podrobně popisuje přístup Calgary-Cambridge ke komunikačním dovednostem a je napsána přístupným stylem.



KONTROLNÍ OTÁZKY

1. Popište tři typy neverbálního chování a uveďte jejich význam pro klinickou praxi.
2. Jakým způsobem ovlivňují komunikaci charakteristiky naší řeči?
3. Popište model klinického rozhovoru lékař a pacient.
4. Uveďte důkazy svědčící o tom, že komunikace mezi lékařem a pacientem má vliv na léčebné výsledky pacienta.
5. Popište model klinického rozhovoru Calgary-Cambridge a uveďte, jaké komunikační dovednosti jsou potřebné v jednotlivých stádiích rozhovoru.
6. Popište klíčové komunikační dovednosti pro účinné shromažďování informací v klinickém rozhovoru.
7. Vyjmenujte šest hlavních bodů dobré klinické praxe při provádění tělesného vyšetření.
8. Jaké komunikační dovednosti jsou užitečné pro zmírnění zlosti v klinickém prostředí?
9. Uveďte komunikační dovednosti důležité pro ukončení klinického rozhovoru.
10. Popište model SPIKES pro sdělování nepříznivých zpráv.

19

PSYCHOLOGICKÉ INTERVENCE

OBSAH KAPITOLY

- 19.1 Co je psychoterapie?
 - 19.1.1 Kognitivně-behaviorální terapie
 - 19.1.2 Psychodynamická terapie
 - 19.1.3 Poradenství
- 19.2 Která terapie je nejlepší?
- 19.3 Psychologické intervence ve zdravotnictví
 - 19.3.1 Intervence usilující o změnu chování
 - 19.3.2 Intervence v náročných situacích
 - 19.3.3 Intervence zaměřené na konkrétní nemoci nebo příznaky

Rámečky

- 19.1 Psychologické specializace
- 19.2 Hlavní rysy kognitivně-behaviorální terapie
- 19.3 Hlavní rysy psychodynamické terapie
- 19.4 Hlavní rysy poradenství
- 19.5 Psychologické intervence ve zdravotnictví

Případové studie

- 19.1 Kognitivně-behaviorální terapie poporodní PTSD
- 19.2 Psychodynamická terapie sexuální dysfunkce

Obrázky

- 19.1 Hlavní přístupy k psychoterapii
- 19.2 Formulování případu ženy s PTSD po obtížném porodu
- 19.3 Cílené propagace zdraví: protikuřácká kampaň

Výzkum

- 19.1 Propagace bezpečného sexu pro lidi s HIV v Jižní Africe

CÍLE UČENÍ

Tato kapitola si klade za cíl pomoci vám v následujících bodech:

- Znat různé psychologické obory a jejich uplatnění v medicínském prostředí.
- Chápat teoretické základy různých psychoterapeutických směrů.
- Umět popsat kognitivně-behaviorální terapii, psychodynamickou terapii a poradenství.
- Chápat možnosti užití psychoterapeutických technik v klinické praxi.

Duševní onemocnění jsou překvapivě častá, týkají se jednoho ze šesti dospělých. V nedávné zprávě se uvádí, že duševní nemoci mají na svědomí 40 % postižení a jsou zde označeny jako „největší sociální problém Británie“ (Layard, 2006). Méně závažné problémy, jako je depresivní nálada, prožije v některém okamžiku svého života většina lidí. Psychologické intervence proto mohou potenciálně představovat obrovskou změnu jak pro jednotlivce, tak pro společnost a je pravděpodobné, že budou sehrávat rostoucí úlohu i v klinické praxi.

Paleta různých psychologických profesí a intervencí však může být matoucí. Psychotherapii se věnuje řada různých odborníků – psychiatři, psychologové, poradci, psychiatrické sestry a psychoterapeuti. Ne vždy je zcela jasné, kdo z nich dělá co. Stejně jako medicína má i psychologie mnoho oborů. Patří mezi ně: psychologie zdraví, klinická psychologie, poradenská psychologie, psychologie práce, soudní psychologie, neuro-psychologie, psychologie učení, experimentální a pedagogická psychologie. Přehled psychologických oborů uvádíme v rámečku 19.1. V praxi může práce jednoho specialisty obsáhnout dva až tři obory: např. klinický psycholog může současně vyučovat na univerzitě.

RÁMEČEK 19.1 Psychologické specializace

| Specializace | Co dělá? | Kde pracuje? | Vzdělání (Británie) |
|----------------------|--|---|---|
| klinický psycholog | diagnostikuje a léčí problémy duševního zdraví, jako jsou deprese, schizofrenie, poruchy osobnosti | zdravotnická zařízení a zařízení sociální péče, jako jsou nemocnice, komunitní týmy pro podporu duševního zdraví a zdravotnická střediska | doktorát z klinické psychologie včetně stáží v zařízeních péče o duševní zdraví |
| poradenský psycholog | diagnostikuje a léčí středně těžké duševní problémy, jako jsou deprese a úzkost | široká škála míst, jako jsou nemocnice, vězeňská služba, vzdělávání a průmysl | vysokoškolské vzdělání plus specializační kurz nebo doktorské studium |

| | | | |
|--|--|---|--|
| psycholog zdraví | podpora zdraví, výzkum zdravotních služeb, péče o zdravotní problémy, jako je obezita, odvykání kouření, zvládnání bolesti | zdravotnická zařízení a zařízení sociální péče, jako jsou nemocnice, zdravotnická střediska a další zdravotnické organizace | magisterský stupeň a doktorát z psychologie zdraví |
| soudní psycholog | práce při soudních procesech, trestní chování a vyšetřování včetně práce s odsouzenými na jejich resocializaci | vězeňská služba, vězeňské nemocnice a nápravná zařízení, policie, probační služba | magisterské studium soudní psychologie včetně dvouleté stáže v prostředí forenzní praxe |
| pedagogický psycholog | posuzuje děti s problémy v chování nebo učení a pracuje s nimi na nápravě | školy, vzdělávací odbory a místní zastupitelstva | pedagogické vzdělání doktorského nebo magisterského stupně plus jeden rok praxe v pedagogickém prostředí |
| psycholog práce | práce s jednotlivci a organizacemi na zvýšení efektivity zaměstnanců a organizací | průmysl, obchod a další velké organizace | magisterský stupeň studia psychologie práce plus dva roky práce v oboru |
| neuro-psycholog | diagnostikuje a rehabilituje pacienty se zraněním nebo poruchami mozku | zdravotnická zařízení, jako nemocnice a ambulantní neurologické a rehabilitační služby | doktorské studium (zpravidla obor klinické, pedagogické psychologie nebo psychologie zdraví) plus diplom z neuro-psychologie |
| psycholog tělesné výchovy a sportu | práce se sportovci, lidmi okolo sportu a týmy na zvýšení výkonnosti | zdravotnická zařízení, pracovní a psychiatrické prostředí, práce s profesionálními sportovními týmy a národními řídicími orgány | tříleté studium plus doktorské studium sportu a tělesné výchovy nebo pětiletá praxe v oboru psychologie tělesné výchovy a sportu |
| psycholog vyučování / experimentální psycholog | vyučuje psychologii na vyšších a vysokých školách, univerzitní učitelé provádějí rovněž výzkum | školy, vyšší odborné školy a univerzity | doktorský stupeň plus většinou také pedagogická kvalifikace |

(Upraveno podle: Britská psychologická společnost http://www.bps.org.uk/careers/areas/areas_home.cfm.)

KLINICKÉ POZNÁMKY 19.1

Vyhledání psychologa nebo psychologických služeb

Pokud potřebujete nalézt individuálního psychologa, hledejte v adresářích na následujících webových stránkách:

- British Psychological Society: www.bps.org.uk
- Health Professions Council: www.hpc-uk.org
- American Psychological Society: www.apa.org (USA)
- Akreditovaní terapeuti KBT: www.babcp.com

Pro vyhledání psychologických služeb ve zdravotnictví navštivte stránky:

- NHS Choices: www.nhs.uk/ServiceDirectories a vyhledejte si psychoterapeutické služby ve vaší oblasti.



Ve většině západních zemí dohlížejí na práci psychologů profesní organizace, jako je Britská psychologická společnost, Rada zdravotnických profesí nebo Americká psychologická asociace. Tyto organizace monitorují a regulují obsah psychologického vzdělávání a výcviku stejným způsobem, jako medicínskou oblast reguluje v Británii lékařská rada (General Medical Council) nebo v USA komise pro lékařské vzdělávání (Liaison Committee on Medical Education). Psychologové musí být registrovaní u příslušných organizací a žádat o uznání profesního statutu, aby mohli provozovat praxi.

V této kapitole se zaměříme na využívání psychoterapie ve zdravotnictví. Nejprve vysvětlíme hlavní druhy psychoterapie používané k léčbě různých problémů duševního zdraví. Poté se podíváme konkrétně na intervence napomáhající při problémech tělesného zdraví, jako jsou motivační rozhovory, které mají lidem pomoci změnit chování, a podpůrné skupiny pro pacienty s rakovinou.

19.1 CO JE PSYCHOTERAPIE?

Pro naše potřeby budeme pojem „psychoterapie“ používat velmi široce pro jakoukoli formu terapie, jejíž součástí je mluvení a prozkoumávání psychologických problémů. Cílem **psychoterapie** je vyřešit problémy duševního zdraví. Psychoterapie se zpravidla odehrává při individuálních sezeních „jeden na jednoho“, při nichž pacient hovoří o svých problémech. Existují však různé typy psychoterapie a každý z nich stojí na vlastních teoretických základech. V důsledku toho se různé formy psychoterapie od sebe navzájem výrazně liší. Jejich součástí může být psaní, kreslení, práce s představami, hraní rolí i domácí úkoly.

Nedostatek psychoterapeutů a vysoká cena léčby znamenají, že se běžnějšími stávají jiné formy léčby, jako je skupinová terapie nebo terapie počítačová. Počítačovou terapii může používat pacient sám, nebo spolu s terapeutem či specializovanou sestrou, kteří sledují jeho postup. Výzkumy naznačují, že počítačové programy jsou účinnou léčbou pro méně závažné afektivní poruchy, jako jsou deprese a úzkost. Například *Beating the Blues* (*Pryč se splínem*) je program vypracovaný pro středně těžké deprese a úzkosti. Využívá se v mnoha zařízeních primární péče, kdy pacienti nejprve zhlédnou úvodní video a potom postupně absolvují až 15 hodinových sezení s domácími úkoly mezi nimi. Na konci každého sezení dostane pacient a lékař vytištěné shrnutí sezení. Pacienti nemají další osobní sezení, mohou se ale setkat s lékařem, aby zkontroloval dosažený pokrok a medikaci, pokud je to nutné. Výzkumy ukazují, že tento program je při snižování středně těžké úzkosti a deprese, usnadňování sociálního přizpůsobení a návratu do práce účinnější než samotná léčba praktickým lékařem (Proudfoot et al., 2003, 2004).

Mezi teorie, z nichž psychoterapie vycházejí, patří Freudova psychoanalytická teorie, humanistická a existenciální teorie, behaviorismus a kognitivní teorie. Obrázek 19.1 ukazuje, jak tyto jednotlivé teorie vedly k různým přístupům k psychoterapii, každá s vlastními filozofickými předpoklady a technikami. Například **humanismus** předpokládá, že (a) lidé jsou v podstatě dobří, (b) usilujeme o osobní růst a rozvoj a (c) máme svobodnou vůli a můžeme se proto rozhodovat. Humanistický přístup

KLINICKÉ POZNÁMKY 19.2

Počítačová a on-line psychoterapie

Mezi volně dostupné psychoterapeutické programy patří:

- Mood Gym (deprese): www.moodgym.anu.edu.au
- E couch (deprese a úzkost): www.ecouch.anu.edu.au
- Panic Center (panika): www.paniccenter.net

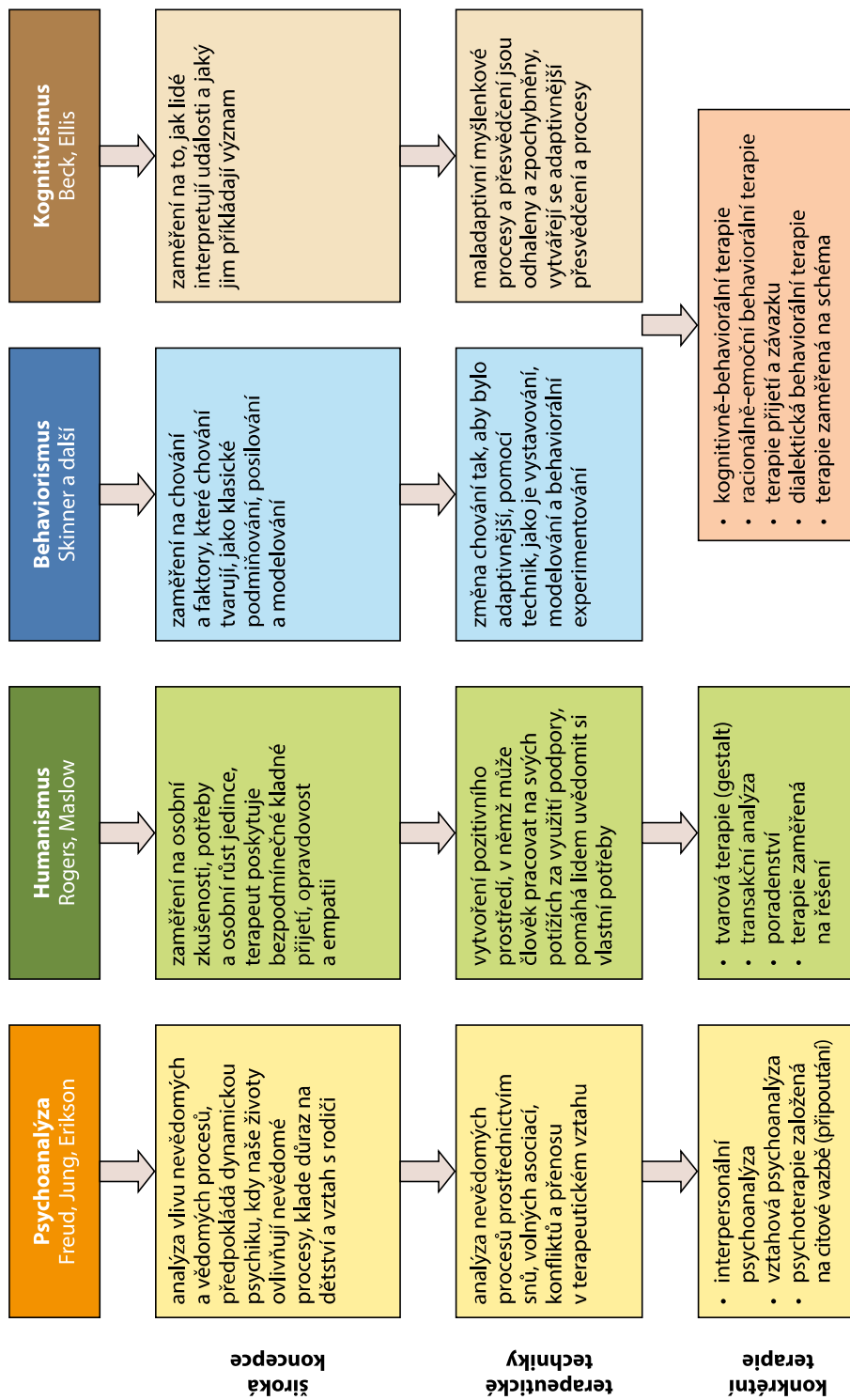
Širokou škálu volně dostupných zdrojů svépomoci naleznete na stránkách Centra pro klinické intervence: www.cci.health.wa.gov.au

Komerční balíčky jsou např. tyto:

- Beating the Blues* (deprese): www.ultrasis.com
- Fear fighter* (úzkost a panika): www.fearfighter.com
- Overcoming bulimia (bulimie): www.overcomingbulimiaonline.com
- Overcoming anorexia (pro pečovatele): www.overcominganorexiaonline.com
- Living life to the full (dovednosti pro život): www.livinglifetothefull.com
- Think Well (stres, mírná úzkost/deprese): www.thinkwell.co.uk

* V Británii jsou k dispozici u některých praktických lékařů.





OBRÁZEK 19.1 Hlavní přístupy k psychoterapii

k terapii, který byl velmi populární v šedesátých a sedmdesátých letech minulého století, stojí na zásadě, že terapeut poskytuje **bezpodmínečné kladné přijetí**: cokoliv jedinec udělal, bude pochopitelné vzhledem ke zkušenostem daného jedince. Humanistická terapie se zaměřuje na jedinečnou zkušenost člověka, na jeho potřeby a osobní růst. Humanistický přístup se v terapii používá dodnes a jeho vliv je zřejmý také v medicíně zaměřené na pacienta.

Moderní psychoterapie čerpá z řady teoretických přístupů včetně kognitivně-behaviorální terapie (KBT), psychodynamických terapií, poradenství a systemických terapií.

Různé psychoterapie se zpravidla vzájemně překrývají, proto není snadné je třídit. Například kognitivně-analytická terapie (KAT) je kombinací KBT a zásad psychoanalytické terapie. Interpersonální terapie se zaměřuje na vztahové procesy u deprese a čerpá z psychodynamických zásad, technik KBT a krátkých krizových intervencí. Desenzibilizace a restrukturalizace pohybem očí je specifická terapie, která se používá pro léčbu posttraumatické stresové poruchy (PTSD), je označovaná jako integrativní, ale obsahuje řadu zásad KBT. V další kapitole se podíváme podrobněji na nejrozšířenější druhy psychoterapie používané ve zdravotnictví, konkrétně kognitivně-behaviorální terapii, psychodynamickou terapii a poradenství.

19.1.1 KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) vychází z behaviorismu a kognitivismu. KBT zažila dvě vlny (Hayes, 2004). První se odvíjela od **behaviorismu**, který se zaměřuje na lidské chování a na to, jak je naučeno a tvarováno událostmi. Behaviorismus popisuje procesy, které lidské chování tvarují, jako je klasické podmiňování, operantní podmiňování a modelování, které jsme popsali v kapitole 10. Behaviorální terapie se zabývá změnami maladaptivních projevů chování a jejich nahrazením novými reakcemi. Například fobie jsou často podmíněnými reakcemi na určitý objekt, který se spojil se strachem v důsledku nějaké minulé negativní nebo traumatické zkušenosti. Mezi typické behaviorální techniky užívané v psychoterapii se řadí monitorování chování prostřednictvím přehledů aktivit, nacvičování pozitivních reakcí, vypracování odstupňovaných úkolů a používání stanovování cílů k podpoře nebo posílení nových způsobů chování.

Behaviorismus zdůrazňuje vědecké neboli empirické testování. Součástí behaviorální terapie je proto behaviorální experimentování, při němž lidé testují své názory na to, co se stane za určitých okolností. Zamyslete se např. nad případem pacienta, který má sociální fobii a vyhýbá se sociálním situacím, protože je z nich velmi úzkostný, předpokládá, že se na něj všichni dívají a že si o něm myslí, že je divný. To může vést k začarovanému kruhu vyhýbání se sociálním situacím. Čím víc se jim dotýčný vyhýbá, tím větší úzkost cítí z toho, že by se jich měl účastnit. Předpoklady tohoto člověka nejsou zpochybněny nebo vyvráceny, protože nenastane příležitost pro dobrou zkušenost ze sociální situace. Tato kombinace negativního předpokladu a vyhýbání se sociálním událostem (vyhýbavé chování) vytváří negativní cyklus, který fobii udržuje při životě. Za těchto okolností

může behaviorálním experimentem pro takového pacienta být účast v sociální situaci, sledování úzkosti (která by se měla po čase snížit), sledování toho, jak jedná, a také sledování toho, jak na něj reagují ostatní – ať už pozitivně, nebo negativně. Další možností je zeptat se jiných lidí, jak se cítí v sociálních situacích a jestli někdy cítí úzkost. To může určitý stupeň sociální úzkosti normalizovat. Behaviorální experimentování snižuje úzkost mnoha způsoby: zvyšuje vystavování sociálním situacím, což snižuje úzkost, zpochybňuje negativní přesvědčení a prolamuje negativní cyklus. Kdysi jsme slyšeli o terapeutovi, který šel ven a choval se bizarně, aby svému pacientovi ukázal, jak málo si toho ostatní lidé budou všímat!

Je zřejmé, že behaviorální experimentování působí jak na myšlenky, tak na chování jedince. Z kognitivního úhlu pohledu behaviorální experimenty podporují lidi v tom, aby si začali uvědomovat, z jakých předpokladů vycházejí, konkretizovat je a otestovat je, a poté svoje uvažování a chování změnit. Mezi odborníky probíhá diskuse o tom, zda behaviorální experimentování funguje převážně prostředky behaviorálními, nebo kognitivními (Salkovskis et al., 2006). Bez ohledu na to, jak funguje, však behaviorální experimentování představuje velmi účinný nástroj změny a mimořádně účinné je v léčbě úzkostných poruch. Užitečné je také při léčbě lidí s nízkými kognitivními schopnostmi, jako jsou malé děti nebo lidé s poruchami učení. Případová studie 19.1 uvádí příklad

PŘÍPADOVÁ STUDIE 19.1 Kognitivně-behaviorální terapie porodní PTSD



Sarah je 35 let, je vdaná a má 14měsíční dceru. Sarah měla v 19 letech interrupci, což si celých 16 let nechávala pro sebe, protože si myslela, že by ji za to lidé odsuzovali.

Uměle jí vyvolali porodní bolesti a nastal trochu zmatek ohledně toho, kdy začne samotný porod. Sarah panikařila, protože nebyla připravená a nebyl tam její manžel. Porodní asistentka neměla pro její vysokou míru úzkosti příliš velké pochopení. Po bolestivém interním vyšetření, během něhož Sarah křičela a dožadovala se jeho ukončení,

jí porodní asistentka řekla: „*Jestli vám tohle připadá jako bolest, co si asi počnete během porodu?*“ Od tohoto okamžiku porod provázela bolest, mimořádné rozrušení a strach z této porodní asistentky.

Dcera přišla na svět naléhavým císařským řezem po dlouhých porodních bolestech, kdy si Sarah myslela, že zemře. Sarah začala operaci napůl cítit a dostala morfium. Mluvila o disociaci (pocití odpoutání od sebe, jako kdyby porod nebyl skutečný) a nepamatuje si nic z období 12 hodin po narození dítěte. Řekla, že má prvních několik měsíců po porodu „*v mlze*“, a vytvořit si pouto k dceři jí trvalo rok. Zdá se, že hlavními tématy jejího porodu jsou pocit hrůzy, zranitelnosti a nemožnosti cokoli ovládat, dále vysoká míra zmatení a disociace; zážitek s porodní asistentkou potvrdil její přesvědčení, že ji všichni budou odsuzovat.

Po porodu Sarah trpěla poporodní depresí, byla jí předepsána antidepresiva a chodila na podpůrnou skupinu. První sezení KBT Sarah navštívila 14 měsíců po porodu. Byla silně rozrušená, zdálo se, že zážitky z porodu znovu prožívá, plakala a třásla se. Měla plnou škálu příznaků PTSD včetně zábleskových vzpomínek, nočních děsů a silných tělesných a emočních reakcí na připomínky porodu, cítila se emočně vyprahlá, ale přesto celou dobu plakala. Při zábleskových vzpomínkách se viděla, jak leží na porodním sále, do místnosti vchází porodní asistentka a ona se cítí bezmocná a vyděšená.

Terapie se skládala z různých kognitivních a behaviorálních technik:

1. *Behaviorální experiment*, při němž byl proveden anonymní průzkum názorů lidí na Sařinu interrupci, s cílem zpochybnit její přesvědčení, že ji ostatní lidé budou odsuzovat. Průzkum popisoval okolnosti, za nichž Sarah otěhotněla a měla potrat a dotazoval se lidí, co by si o ní mysleli. Na průzkum odpovídali lidé, kteří Sarah neznali, a odpovědi odrážely názory „pro život“ i „pro potrat“. To výrazně změnilo Sařino přesvědčení týkající se jí samé, jejího potratu, toho, co si o ní ostatní budou myslet, a důležitosti, který přikládala názoru druhých.
2. *Mírné vystavení v podobě cvičení se znovuprožitím*. Sarah měla za úkol představit si porod, jako kdyby právě probíhal, a měla podrobně popisovat jednotlivé děje.
3. *Silnější vystavení v podobě návštěvy porodního sálu za doprovodu terapeuta*, aby Saře pomohl překonat strach a vyhýbání se.
4. *Kognitivní cvičení pro změnu hodnocení obtížných dějů při porodu*, např. použití hraní rolí, při němž měla asistentku konfrontovat. Cílem byla redukce strachu.
5. *Cvičení s vizualizací k přepsání jejích zábleskových vzpomínek*. Například si představovala anesteziologa na porodním sále, v jehož přítomnosti se cítila dobře a v bezpečí, na rozdíl od děsivé asistentky.
6. *Pozitivní přeformulování*, kdy došlo ke konsolidaci všech změn v Sařiných přesvědčeních.

Po deseti sezeních KBT Sařiny příznaky PTSD zmizely a její maladaptivní přesvědčení o vlastní osobě a o druhých se změnila.

(Ayers et al., 2007)

použití kognitivních a behaviorálních metod při léčbě ženy s posttraumatickou stresovou poruchou po obtížném porodu.

Druhá vlna KBT staví na kognitivismu, který chápe myšlenky jako zásadní pro to, jak se cítíme a chováme. V současné psychologii jde o převládající názor a důležitost kognice je zjevná v mnoha teoriích a výzkumech popsaných v této knize. Zásadní kognitivní teorii duševní nemoci vypracoval Aaron Beck (1967), podle nějž vyhodnocení a osobní význam událostí vedou ke vzniku **klíčových přesvědčení** či **schémat** o sobě, o světě a o druhých. Tato přesvědčení nemusejí být nutně racionální, protože většina z nich se utvářela v dětství bez pomoci dospělé logiky. Klíčová přesvědčení mohou vést k maladaptivním předpokladům, někdy označovaným jako „pravidla pro život“ (Fennell, 1998).

Beck se zabýval především depresí. Byl přesvědčen, že se lidé stanou depresivní, jestliže mají depresogenní triádu přesvědčení, že:

1. jako osoba jsou nějak nedostateční,
2. jejich budoucnost je beznadějná,
3. vlastní zkušenosti (jim) potvrzují, že jsou neúspěšní.

Výzkumy potvrzují existenci tohoto depresivního stylu uvažování, které je přítomno, dokud deprese trvá, ale nikoli poté, co se jedinec uzdraví.

KBT se používá k léčbě celé škály psychologických problémů, nejen depresí. Po pravdě řečeno je teorií, kterou na sebe může vztáhnout většina z nás, přestože fungujeme bez větších problémů. Vezměte si třeba člověka, mezi jehož klíčová přesvědčení patří:

1. „Nikdo mě nemůže mít rád.“
2. „Lidi mě budou odsuzovat.“

Tato přesvědčení mohla vzniknout pod vlivem nadměrně kritických nebo nemilujících rodičů. Dotyčný se s těmito klíčovými přesvědčeními může vyrovnávat stanovením pravidel pro život, např. „když budu všechno dělat dokonale, lidi mě budou mít rádi“, „když budu všechno dělat dobře, nebudou mě lidi kritizovat“ nebo „nesmím ukazovat negativní emoce, nebo mě lidi budou odsuzovat“. Taková pravidla mu mohou pomoci dobře fungovat a mít ze sebe dobrý pocit, dokud dokáže těmto vlastním vysokým standardům dostát. Jejich dodržování ale představuje značný tlak a dělá člověka zranitelným, pokud se něco stane a on nabyde přesvědčení, že selhal, jako v situaci, kdy neudělá zkoušku nebo přijde o práci. Za takových okolností je možné, že se u tohoto

člověka rozvine deprese, protože porušil vlastní pravidla, a tak aktivoval skryté přesvědčení o tom, že ho nikdo nemůže mít rád.

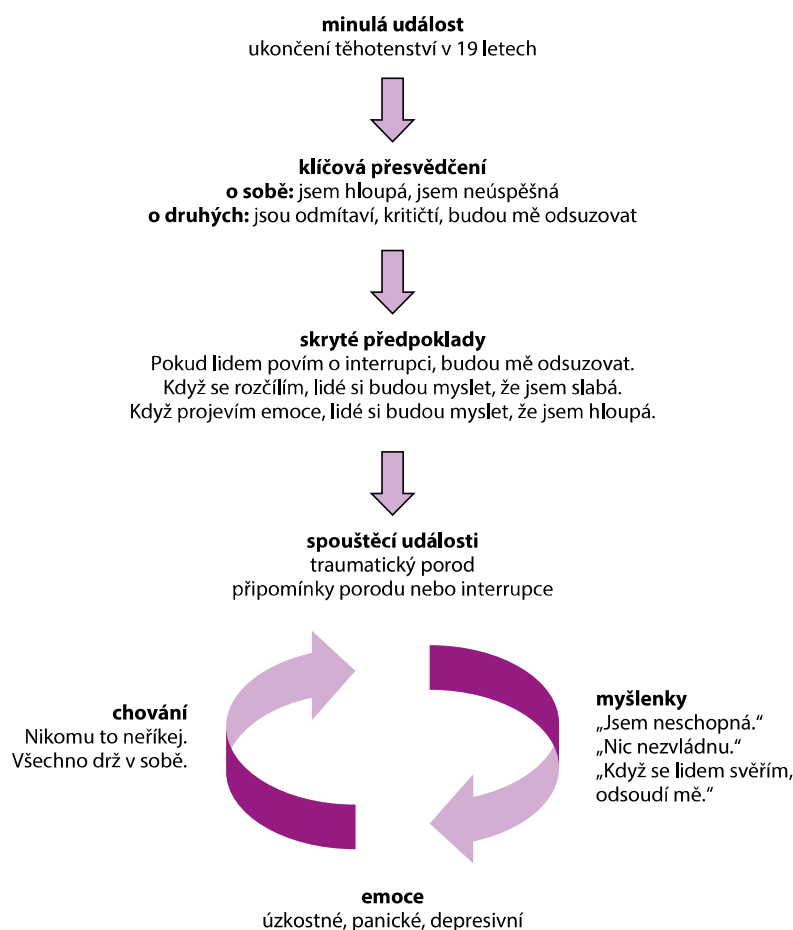
Obtíž při terapii je, že lidé si svá klíčová přesvědčení a pravidla pro život většinou neuvědomují. Přesto se tato přesvědčení odrážejí v našich momentálních **automatických myšlenkách**, zvláště v obtížných situacích. Součástí KBT je proto sledování automatických myšlenek s cílem tato skrytá pravidla a přesvědčení odhalit. Ta jsou následně zformulována, písemně nebo nákresem. Formulace se poté používá jako určitý průvodce terapeuta a pacienta na cestě k porozumění problému a vypracování způsobů, jak existující přesvědčení testovat a zpochybňovat a následně vytvořit přesvědčení nová, adaptivnější. Přesvědčení lze



„Ponechávám vás teď vlastním myšlenkám,“
řekla. Jak může být tak krutá.

testovat pomocí kognitivních a behaviorálních metod. Mezi kognitivní metody patří řízené objevování nebo sokratovské otázky, kdy terapeut pomáhá pacientovi zkoumat a zpochybňovat existující přesvědčení zvažováním důkazů o tom, zda jsou, nebo nejsou pravdivá. Případová studie 19.1 dokresluje testování přesvědčení za použití kognitivních a behaviorálních metod. Formulace týkající se ženy představené v této případové studii, jsou znázorněny na obrázku 19.2.

Přehled hlavních rysů KBT uvádíme v rámečku 19.2. Kognitivně-behaviorální terapie se nyní uplatňuje při rostoucí škále duševních a tělesných poruch, a současně se rozšiřuje o novější techniky. Pro konkrétní duševní poruchy, jako je deprese (Beck, 1967), panika (Clark, 1986), úzkost (Wells, 1997), PTSD (Ehlers a Clark, 2000) a poruchy osobnosti (Young et al., 2004), byly vypracovány kognitivní teorie. Na jejich základě vznikly protokoly kognitivně-behaviorální terapie různých poruch.



OBRÁZEK 19.2 Formulování případu ženy s PTSD po obtížném porodu (Ayers et al., 2007)



AKTIVITA 19.1

Vzpomeňte si, kdy jste naposledy cítili rozčilení nebo zlost, a zapište si odpovědi na následující otázky:

- O jakou šlo situaci nebo spouštěč?
- Jaké myšlenky se vám honily hlavou (automatické myšlenky)?
- Jaký vliv měly tyto myšlenky na to, jak jste se cítili?
- Dokážete rozpoznat některá ze svých pravidel (předpokladů), která v té situaci mohla být porušena?

RÁMEČEK 19.2 Hlavní rysy kognitivně-behaviorální terapie

1. Vztah spolupráce mezi terapeutem a klientem.
2. Poučení klienta o kognitivně-behaviorálním přístupu, aby se mohl stát svým vlastním „terapeutem“.
3. Zaměření na současný problém – „tady a teď“.
4. Strukturovaná sezení s obsahem (programem) dohodnutým mezi terapeutem a klientem na začátku každého sezení.
5. Zaměření na cíl, přičemž cíle terapie jsou vysloveny na začátku a práce v terapii směřuje k jejich naplnění.
6. Krátkodobá terapie, zpravidla 6–24 sezení.
7. Prozkoumání maladaptivních přesvědčení.
8. Kognitivní zpochybňování maladaptivních přesvědčení prostřednictvím sokratovských otázek.
9. Použití behaviorálního experimentování k otestování maladaptivních přesvědčení (empirický přístup).
10. Používání obecných a konkrétních formulací jako cesta k porozumění a změně.

Nejnovější vývoj v KBT je souhrnně označován jako třetí vlna KBT (Hayes, 2004). Menší důraz se klade na zpochybňování myšlenkových obsahů a větší na *vztah*, který k myšlenkám a emocím máme. Techniky jako přijetí (Hayes et al., 1999), všímavost (Segal et al., 2002) a rozvoj soucitné mysli (Gilbert, 2000) mohou jedince podpořit v tom, aby své myšlenky a emoční reakce přijímal a nechápal je jako „vše definující“ nebo trvalé. Tím se předchází zhoršování psychologických symptomů negativním hodnocením.

Není příliš pochyb o tom, že KBT získává na popularitě. Stala se doporučovanou léčbou mnoha duševních a tělesných poruch včetně deprese, PTSD, úzkostných poruch, poruch příjmu jídla, chronické únavy a chronické bolesti (Ministerstvo zdravotnictví, 2001). Rostoucí míra používání KBT vychází z poznatků o její účinnosti u těchto

poruch. Přehled léčby generalizované úzkostné poruchy pomocí KBT ukázal, že stejně úspěšně jako léčba farmakou snižovala úzkost a depresi a zvyšovala kvalitu života. Navíc byla zaznamenána nižší míra nedokončení léčby než v případě farmakoterapie (Mitte, 2005).

Stále častěji se KBT používá také jako doplňková léčba chronických nemocí. Přehledy randomizovaných kontrolovaných testů odhalily obecně pozitivní účinky KBT u tak rozmanitých onemocnění, jako je chronická únava (Price a Couper, 2000), tinnitus (Martinez Devesa et al., 2007), traumatické poranění mozku (Soo a Tate, 2007), poruchy spánku (Montgomery a Dennis, 2002) a astma (Yorke et al., 2004). Účinky KBT se však zpravidla omezují na psychologické výsledky, jako je kvalita života a míra rozrušení a netýkají se tělesných funkcí.

Rostoucí popularita KBT znamená, že jí nyní hrozí nebezpečí, že by mohla být aplikována paušálně v oblastech, v nichž existuje jen málo nebo málo konzistentních důkazů o její účinnosti. Existují případy, kdy se KBT sice zdá být užitečná, nepřináší však klinicky významné změny, jako v případech sexuálního zneužívání dětí (MacDonald et al., 2006) nebo při terapii mužů, kteří se dopouštějí domácího násilí (Smedslund et al., 2007). Existují rovněž důkazy o tom, že stejně účinné jako KBT nebo ještě účinnější mohou být i další terapie, např. interpersonální terapie depresí (Ministerstvo zdravotnictví, 2001). Uvážlivější by bylo považovat KBT za léčbu účinnou v případě *některých* poruch, kde může vést ke zlepšení *některých* výsledků. V žádném případě však nejde o všelék.

19.1.2 PSYCHODYNAMICKÁ TERAPIE

Psychodynamická terapie vychází z Freudovy teorie psychiky a psychopatologie. Ústřední je myšlenka, že máme dynamické nevědomí – odtud pojem *psychodynamická* terapie. Toto dynamické nevědomí obsahuje trvalý konflikt mezi pudy a impulzy na jedné straně a naším egem a sociálními omezeními na straně druhé. Konflikt, potlačení a vytváření obranných mechanismů ovlivňují naše chování, myšlení a cítění a mohou vyústit do psychopatologie.

Psychodynamická teorie se v průběhu doby výrazně rozvíjela a zdokonalovala a nyní existuje mnoho různých typů psychodynamické terapie, jako je interpersonální psychoanalýza, vztahová psychoanalýza a psychoterapie založená na citové vazbě. Carlyle (2007) uvádí tři zásady společné všem psychodynamickým terapiím. První je důležitost zážitků a zkušeností z raného dětství. Moderní psychodynamická teorie zahrnuje práci na **raných citových vazbách** (Bowlby, 1958) – vztah dítěte s primárním pečovatelem ve věku mezi šesti měsíci a třemi lety je zásadní pro utváření raných zkušeností a toho, co jedinec očekává od sociálních vztahů (kapitola 8). Citové vazby nejsou jedinou důležitou ranou zkušeností. Výzkumy ukazují, že hra dětem pomáhá osvojovat si sociální role a pravidla vhodného chování. Pomáhá jim také testovat své vlastní schopnosti a ovládat emoce. Například dítě, které si s rodičem hraje na boj, se učí, jaká míra agrese je ještě přijatelná a jaká už je nepřijatelná.