

Velmi důležité je zjistit, co pacient kvůli problému nedělá, ale třeba by rád dělal. Nebo co nedělá, přestože by mu to mohlo pomoci.

Např. pacient, který chce být především úspěšný, má kognitivní schéma, že o jeho úspěšnosti ho musí informovat někdo zvenčí. To ho nutí pracovat ve dne v noci. Neumí odpovídat a časem vyčerpá své energetické zdroje. Je třeba, aby relaxoval, trávil více času v rekreačních aktivitách. Zjistíme však, že odpočívat neumí, že má potíže s prožíváním v danou chvíli. Uvažuje jen v pojmech budoucího úspěchu či neúspěchu.

Je potřebné zabývat se celým spektrem pacientova chování, nejenom patologickou oblastí. Žádný člověk nemá jenom problémy, ale má i nějaké přednosti. Je velmi důležité hovořit o těchto přednostech: co může dělat, co zvládá, prodiskutovat, že není všechno možné dělat na 100 %.

Součástí funkční analýzy je také otázka „Proč přicházíte právě teď?“ Pacienti, častěji ženy, přicházejí do léčby, protože manžel nebo jiní členové rodiny už nechcejí nebo nejsou schopni jim poskytovat podporu a tolerovat jejich chování. V intenzivně příznaků se přitom třeba již několik let nic nezměnilo. Do léčby tedy pacienta nutí něco jiného.

4.8 Formulace problému

Na závěr vyšetření a po provedení behaviorální, kognitivní a funkční analýzy terapeut společně s pacientem vytvářejí předběžnou „formulaci problému“. Tato formulace představuje psychologický popis a vysvětlení pacientova problému v jeho životní situaci. Zahrnuje jak popis současného stavu problému, tak faktory, které problém spouštějí (antecedenty) a které problém udržují (následky), včetně toho, jak se tyto faktory navzájem ovlivňují a vytvářejí bludné kruhy. Dále musí formulace obsahovat vysvětlení, jak problém vznikl a jak se vyvinul, včetně predisponujících faktorů. Struktura kognitivně behaviorální formulace problému je zobrazena na obr. 4.8.1.

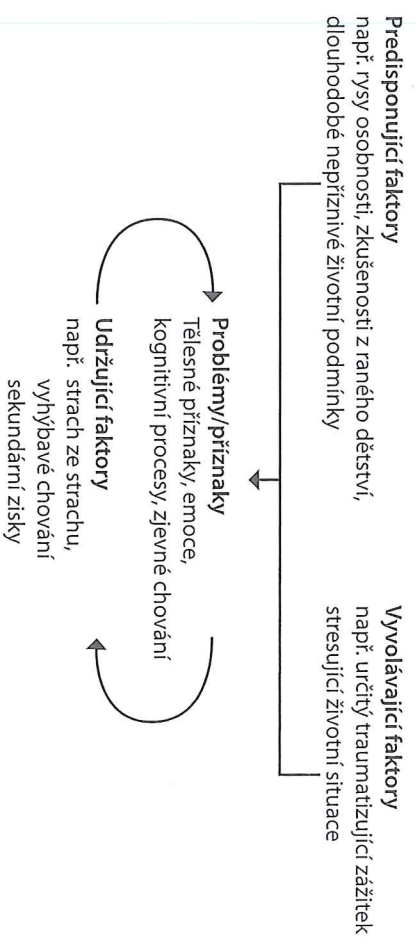
S touto formulací pacienta seznámíme a požádáme jej, aby ji doplnil či opravil.

4.9 Definice problému

Když pacient souhlasí s kognitivně behaviorální formulací, vysvětlující vznik a udržování jeho problému, je třeba definovat jednotlivé problémy, na které se v terapii postupně zaměříme. Každý problém bychom měli popsat pomocí jedné nebo dvou vět, přičemž definice by měla odpovídat těmto pravidlům:

- měla by být zformulována společně s pacientem, za použití jeho vlastních slov,
- měla by jasně vyjadřovat pacientovy potíže a stížnosti,
- měla by popisovat konkrétní zjevné chování nebo nedostatek určitého chování,

Obrázek 4.8.1 Struktura kognitivně behaviorální formulace problému (Kernerleyová, 1998)



• měla by popisovat i hlavní myšlenky, tělesné příznaky a pocity s nimi spojené,

• měla by zahrnovat údaje o frekvenci, trvání a intenzitě tohoto chování.

Potřebujeme odlišit problémy od příznaků. Např. bolest hlavy není problém, je to potíž, příznak. Problémem je např. neschopnost zvládnout denní povinnosti – opět je ovšem třeba konkretizovat. Zde je několik příkladů definice problému, jak je formulujeme v rámci KBT:

- Mám strach jít sám mimo domov, vyhýbám se hlavním ulicím, obchodům, metru, autobusům a tramvajím. Do práce a z práce mě vodí manželka nebo děti.
- Mám strach mluvit s cizími lidmi, protože si myslím, že vypadám hloupě, takže nechodím nikam do společnosti a mám jen jednu přítelkyni.
- Trpím záchvaty panické úzkosti, při kterých mám pocit, že se zblázním, takže vůbec nejsem schopna zůstat sama doma a neustále je u mě manžel, dcera nebo tchyně.
- Trpím nutkavými myšlenkami, že jsem nevyplula plyn nebo elektřinu a že tím způsobím požár našeho domu, takže to musím 10krát až 20krát kontrolovat. Stává se mi to 5–10krát denně, zabere mi to 1 až 2 hodiny a žádám po manželovi, aby mě opakovaně ujišťoval, že je vše v pořádku.

U pacientů se somatizačními poruchami, a pak zejména u pacientů s poruchami osobnosti bývá formulace problému obtížná. Jako jediný problém vnímají své somatické obtíže, neochotu lékařů se jimi ještě více zabývat, své problémy v chování jiných lidí, minulých křivdách ap. Často si přejí, aby se změnil jiní lidé, a cíle by měl dosáhnout terapeut, nikoliv oni („Ať změni své chování manžel, matka a šéf v práci, oni se ke mně chovají špatně“), nebo si kladou vágní cíle („Chci být konečně šťastná“, „Chci, abyste mě ve všem změnil“). Nezabývá než trpělivě vysvětlovat, že chování druhého člověka, pokud to on sám nechce, změnit nemůžeme. Můžeme však změnit svůj vlastní přístup k němu tak, že je větší šance, že se i jeho chování může změnit.

4.10 Cíle

Stanovení cílů přímo vyplývá z definice problému. Pacienta se můžeme zeptat: „Co byste chtěl být schopen na konci terapie zvládnout a kvůli svým současným problémům to nedokážete?“ Ke každému definovanému problému můžeme přiřadit určitý cíl – tj. ke každému popisu „stavu, jak to je“ můžeme přiřadit „stav, jak by to bylo žádoucí“.

Cíle je třeba stanovit na základě diskuze mezi terapeutem a pacientem tak, aby byly pro pacienta žádoucí, realistické a dosažitelné. Musíme pacientovi vysvětlit, co může a co nemůže od terapie očekávat (např. nelze očekávat dosažení cíle „Abych byl v životě šťastný“). Také je třeba pacienta upozornit na to, že v terapii se může naučit, jak své problémy samostatně zvládat, ale nemůže od terapie očekávat, že problémy z jeho života zmizí. Dále musí pacient jasně vědět, že stanovených cílů může dosáhnout jen svým aktivním úsilím a že to od něho bude vyžadovat, aby byl ochoten krátkodobě snažit i nepříjemné stavy napětí, úzkosti a nepohody.

Určením cílů však pacientovi ukazujeme, že zvládnutí jeho současných problémů je možné, a směřujeme pozornost k budoucím možnostem, a ne k minulým potížím a problémům. Stanovení cílů před zahájením terapie zajišťuje, že pacient i terapeut usilují o totéž, a umožňuje během léčby určit, nakolik se dosažení svého cíle pacient přiblížil.

Při stanovení cíle je třeba dodržovat tato pravidla:

- cíl je třeba formulovat pozitivně, tj. co bude pacient schopen dělat, ne co dělat nebude („Budu schopna jít každý den sama nakupovat do obchodu na hlavní ulici“, nikoliv „Nebudu se bát chodit sama nakupovat“),
- cíl musí být funkční, tj. jeho dosažení přinese pacientovi praktický prospěch,
- cíl je třeba formulovat konkrétně, v pojmech pozorovatelného chování tak, aby bylo možno jednoznačně určit, zda cíle bylo či nebylo dosaženo (tedy „Dokážu zajít na diskotéku a navázat tam rozhovor“, nikoliv „Budu oblíbený ve společnosti“),
- formulace cíle by měla obsahovat konkrétní frekvenci a trvání žádoucího chování, nikoliv jen srovnání se současným stavem („Budu schopna jet každý den autobusem do zaměstnání a zpět“, nikoliv „Budu lépe schopna jezdit autobusem“),
- cíl musí být reálný, tj. musí brát v úvahu možnosti pacienta, odpovídat jeho schopnostem a prostředkům.

Je vhodné jednotlivé cíle terapie s pacientem sepsat, přičemž každý z nich by měl začínat formulací: „Na konci terapie budu schopn...“ (cestovat autem, metrem 15 minut, 3krát denně, cestovat metrem sám a dokázat nakupovat v přeplněném obchodním domě 1,5 hodiny 2krát týdně ap.).

Příklady formulace cílů:

- Na konci terapie budu schopna zvládat své záchvaty paniky natolik, že budu chodit každý den do práce.
- Na konci terapie budu schopna zůstat sama doma přes noc.

- Na konci terapie budu schopna zkontrolovat, zda jsem vypnula plyn či elektrinu jen jednou a obejdu se bez ujišťování manžela.
- Na konci terapie budu schopn zajít si jednou týdně do kina, na zábavu nebo do restaurace.
- Na konci terapie budu schopna chodit denně přes park, kde jsou venčení psi.
- Během terapie se chci naučit mluvit i s neznámými lidmi, dokázat se zeptat na cestu, dokázat jim naslouchat i volně si s nimi povídat při zábavě a začnu chodit s přítelkyní na taneční večírky.

Cíle terapie by měly tedy být konkrétní a podrobné. V případě neurčitých cílů se pláme pacienta, jak by mělo vypadat konkrétní chování, které by k takovému cíli vedlo. Snažíme se cíle specifikovat natolik, aby byly stanoveny v pojmech viditelného chování, byly konkrétní, měřitelné, praktické a dosažitelné. U poruch osobnosti je tedy práce na definování problémů a cílů zpravidla zdlouhavá, ale dokud se to nepodaří, terapie se obvykle nepohne z místa. Často se stává, že se v průběhu léčby vynoří nové cíle, na které pacient ani terapeut na počátku nepomysleli. Pokud možno by měl být cíl formulován tak, aby více než jedna osoba mohla určit, zda bylo tohoto cíle dosaženo, protože to zvyšuje spolehlivost měření.

Např. když se terapeut zeptal, čeho by si pacientka přála dosáhnout během pobytu v nemocnici, odpověď zněla (podle Kirk, 1989):

Pacientka: „Chtěla bych být normální, tak jako každý“

Terapeut: „Být normální může znamenat pro různé lidi něco zcela jiného. Kdybyste se cítila normální, v čem by se to lišilo od toho, jak se cítíte teď?“

Pacientka: „Byla bych taková jako dřív.“

Terapeut: „Podle čeho byste poznala, že jste taková jako dřív? Co byste dělala z toho, co teď neděláte?“

Pacientka byla nakonec schopna vyjmenovat pro sebe tyto cíle: Jít sama nakoupit do obchodního domu; zůstat sama doma přes noc; navázat kontakt s přáteli; pozvat přátele k sobě domů. Další otázky pomohly určit kde/kdy/jak by se mělo určitě chování odehrávat, aby byl určitý cíl splněn.

Výhody určení cílů terapie

Cíle je třeba určit na základě vyšetření, před vlastním zahájením terapeutických intervencí. Debata o stanovení cílů pacientovi jasně ukáže, co může od léčení očekávat (např. není reálné, že pacientka již nikdy nebude úzkostná, nebo již nikdy nebude křičet na své děti). Lze tím také vést k zjištění případné oblasti nedorozumnění mezi terapeutem a pacientem. Pacient se také může lépe rozhodnout, zda chce pokračovat v kognitivně behaviorální terapii. Např. pacient, který měl zájem o „hlubokou analýzu své duše“, neměl pocit, že léčba usilující o snížení jeho kompulzí je to, co doopravdy chce. Určením cílů také zdůrazňujeme, že změna je možná, a tím směřujeme pozornost pacienta spíše k budoucím možnostem než k současným potížím a problémům. Také tím posilujeme uvědomění, že pacient je aktivním členem terapeutického vztahu a že je nutné, aby se plně zapojil. Určené cíle také

pomáhají vytvořit strukturu léčby. To umožňuje zaměřit se na stávající problémy a snižuje se riziko, že se terapie změní na sérii krizových intervencí. Také se tím pacient připravuje na omezenou dobu trvání terapie. Je jasné, že terapie bude po dosažení stanovených cílů ukončena, nebo že bude přerušena, pokud se nepodaří dosáhnout pokroku směrem k těmto cílům. Tím nechceme říci, že není možno o cílech během léčení znovu vyjednávat, ale je třeba to učinit otevřeně ve spolupráci s pacientem, aby se snížilo riziko, že terapeut i pacient sledují rozdílné cíle léčení. Konečně stanovení cílů dává příležitost vyhodnotit výsledek terapie přímo vzhledem k problémům, s nimiž pacient přišel.

4.11 Terapeutický plán

Po definování problému a cílů můžeme postoupit k vytvoření léčebného plánu. Když pacient přijde s více než jedním problémem, pak je třeba, aby se terapeut a pacient dohodli, na který z nich se terapie zaměří jako první.

Při plánování léčby se zaměříme na jeden, maximálně dva cíle současně a vedeme pacienta k tomu, aby své jednotlivé problémy řešil postupně. Při rozhodování, kterému problému se věnovat jako prvním, potřebujeme společně vzít v úvahu:

- Měl by to být problém, u kterého je velká pravděpodobnost, že ho pacient dokáže vyřešit.

- Vyřešení tohoto problému by mělo přinést bezprostřední úlevu a zvýšit kvalitu života.

V terapeutickém plánu pak zvažujeme na základě behaviorální analýzy, které postupy budou nevhodnější. Při jejich uplatnění pravidelně zjišťujeme, zda vedou k požadované změně či nikoliv. V případě, že ke změně nedochází nebo je nedostatečná, znovu problém detailně analyzujeme a pak hledáme úspěšnější postup. Po dosažení stanoveného cíle můžeme přejít ke zvládnutí dalšího problému.

S pacienty obvykle pracujeme jednou týdně po dobu 5–20 sezení. Hlavním cílem první části léčby je zmírnit příznaky. K tomu slouží především kognitivní restrukturalizace, plánování času, expozice, dechový trénink a relaxace a další metody (viz strategie léčby a konkretizace u jednotlivých poruch v následujících kapitolách). V druhé části terapie se pak zaměříme na řešení problémů, které s poruchou souvisejí: bývají to nejčastěji problémy partnerské, sexuální, pracovní nebo jiné sociální.

Léčba zpravidla začíná *edukační částí*. Pacient obdrží adekvátní informace o poruše, kterou trpí, často rovněž dostává psaný text, který mu informace stručně opakuje. Model poruchy je prezentován přímo na příznacích, které pacient ve vyšetření uvedl. Edukační část proběhne u většiny poruch (pokud nejde o získávání pacienta do terapie u poruch osobnosti, těžkou depresi nebo pacienta v akutní psychóze) v prvním, event. ve druhém sezení.

Dalším krokem bývá *kognitivní restrukturalizace* – tj. systematický proces modifikace negativních automatických myšlenek pomocí specifických technik.

Usilujeme o snížení negativních emocí nebo problémového chování tím, že učíme pacienty rozpoznávat, hodnotit, ovládat a měnit automatické myšlenky, které se k nežádoucím emocím nebo chování vztahují. K tomuto účelu existuje celá řada kognitivních a behaviorálních technik.

V dalším kroku se zaměříme na *specifické postupy* pro jednotlivé problémové oblasti. Např. u deprese začínáme postupným zvyšováním aktivity, u neurotických úzkostných poruch se věnujeme expozicím, ať vnějším nebo vnitřním podnětům, u poruch osobnosti učíme pacienty specifickým postupům, které jim umožňují lépe zvládat afekty, komunikovat, zvyšovat interpersonální citlivost ap. (viz speciální kapitoly). U pacientů se sociální fobií je nutné provádět nácvik sociálních dovedností.

U řady pacientů se po odstranění příznaků poruchy plně odkrývají jejich životní problémy, nejčastěji partnerské, rodinné, sexuální či pracovní. Proto je důležité, aby v těchto případech následovalo *řešení problému* a velmi často i změna hlubšího kognitivního nastavení – *maladaptivních kognitivních schémát*.

Na konci terapie pak společně s pacientem procházíme postupy, kterých by mohl použít v případě hrozičho relapsu – *prevence relapsu* – a probíráme kroky do dalšího života, které ho čekají (např. nástup do práce v případě pracovní neschopnosti).

V následující tabulce je příklad rozložení jednotlivých terapeutických postupů do 16 sezení u nekomplikovaných případů depresivní nebo úzkostné poruchy. Samozřejmě, že rozložení těchto postupů v čase může být individuálně různé.

Tabulka 4.11.1: Jednotlivé kroky terapie u depresivní nebo úzkostné poruchy

ČÁST LÉČBY	STRATEGIE	POŘADÍ SEZENÍ	FREKVENCE
A. kontrola symptomů	1. edukace: model poruchy/stresová reakce	1.–2.	1–2krát týdně
	2. kognitivní restrukturalizace	2.–12.	1krát týdně
	3. nácvik zklidňujícího dýchání/aplikovaná relaxace/plánování aktivity/expozice/nácvik sociálních dovedností	3.–12.	1krát týdně
B. prevence relapsů	řešení problémů a práce s kognitivními schématy	13.–18.	2krát měsíčně

4.12 Ukončení léčby

KBT ve svém celku představuje vlastně výukový proces. Pacient se během terapie učí nejen, jakým způsobem se zbavit současných problémů, ale jak vůbec problémy řešit. Pacient se tedy v průběhu léčby učí, jak zvládat problémy samostatně a jak se v případě potřeby může „stát sám sobě terapeutem.“