

■ Co je to KBT?

Každý, kdo se ve své práci setkává v roli terapeuta s lidmi, kteří trpí nějakou formou psychické poruchy, si je velmi dobře vědom faktu, že většina těchto klientů neočekává od terapeuta – ať se jedná o lékaře, psychologa nebo zdravotní sestru – pouze všeobecné povzbuzení a podporu, případně (pokud jde o lékaře) předpis léků, ale předpokládá, že jim terapeut bude schopen poskytnout systematickou psychoterapeutickou péči.

Výzkumné studie přesvědčivě dokazují, že u mnoha psychických poruch, například u úzkostných poruch, agorafobie, obsedantně kompulzivní poruchy, panické poruchy, sociální fobie, u depresí, u sexuálních dysfunkcí, u závislostí, ale i u poruch osobnosti a u schizofrenie, samotné podávání léků nepostačuje k uspokojivému zvládnutí těchto potíží a systematická psychoterapie by proto měla být samozřejmou součástí léčby většiny psychických problémů. Provádění systematické psychoterapie ovšem vyžaduje nejen ochotu a jistý talent ze strany terapeuta, ale také poměrně náročný několikaletý výcvik.

Kognitivně behaviorální terapie je v současné době jedním z nejrozšířenějších psychoterapeutických směrů. Vznikl ve druhé polovině 20. století jako výsledek úspěšné integrace behaviorální a kognitivní terapie.

O popularitě KBT a šíři jejího uplatnění svědčí mimo jiné i fakt, že se každý rok v září koná **Annual Congress of the European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT)**, kterého se pravidelně účastní několik stovek účastníků z několika desítek zemí z celého světa. V roce 2003 se výroční kongres EABCT konal v Praze, v roce 2004 v Manchesteru ve Velké Británii a v témže roce proběhl i světový kongres v japonském Kobe. V září 2005 proběhl evropský kongres v Thessaloniki v Řecku. Další bude v září 2006 v Paříži, více na www.eabctparis2006.com V roce 2007 se v červenci bude konat světový kongres v Barceloně ve Španělsku, více na www.wcbct2007.com

V České republice se začala kognitivně behaviorální terapie rozvíjet až po roce 1991, kdy byla založena Česká společnost KBT a kdy začal probíhat první, tehdy dvouletý výcvik v KBT. V roce 1993 byl založen Institut KBT v Praze pod vedením MUDr. J. Zbytovského a PhDr. J. Kaněrové. Tento institut poskytuje výcvik v KBT do současné doby.

Vzhledem k tomu, že množství zájemců o výcvik v KBT stále narůstá, byl v roce 2004 založen nový pětiletý výcvikový program, který organizuje ODYSSEA – Mezinárodní institut KBT. Bližší info naleznete na www.kbtinstitut.cz

■ Historie vzniku kognitivně behaviorální terapie

S jistým zjednodušením, které je v podobných případech nezbytné pro zachování přehlednosti a srozumitelnosti, můžeme historii vzniku KBT rozdělit do čtyř základních fází:

1. FÁZE – VYTVOŘENÍ TEORETICKÝCH ZÁKLADŮ

Teoretické kořeny kognitivně behaviorální terapie sahají až do dávné historie – nejméně do období starověkého Řecka, kdy vznikaly první teorie fungování lidské psychiky.

Již **Aristoteles** popsal proces učení pomocí vytváření asociací mezi dvěma událostmi a určil tři principy potřebné k vytvoření této asociace – princip podobnosti, princip kontrastu a princip blízkého kontaktu. Tím předjímal objevy, které později rozpracoval I. P. Pavlov.

Jiný řecký filozof **Epikuros** zase hlásal, že existují dvě hnutí mysli, radost a bolest, a že člověk se přirozeně snaží dosáhnout radosti a vyhnout se bolesti. Tuto tezi ve 20. století podrobně rozpracoval B. F. Skinner ve své teorii operantního podmiňování.

A konečně stoik **Epiktetos** prý hlásal tezi „Nejsou to věci samy, co nás znepokojuje, ale naše mínění o těchto věcech“. Tato teze tvoří základ kognitivní terapie A. Ellise a A. T. Becka.

Vlastní vědecké základy kognitivně behaviorální teorie však vycházejí z výzkumů, které probíhaly od konce devatenáctého do poloviny dvacátého století. Koncem 19. století prozkoumal a zformuloval první zákonitosti učení v živém organismu ruský fyziolog **Ivan Petrovič Pavlov**, který objevil tzv. **klasické podmiňování**, tj. učení na základě pasivního vytváření asociací mezi podněty. Americký psycholog **Edward Thorndike** v pokusech na kuřatech a na kočkách prokázal, že se živý organismus učí metodou pokusu a omylu, při níž opakuje chování, které vede k žádoucímu důsledku, a přestává používat chování, které vede k nežádoucímu důsledku. V roce 1913 použil jako

první název „behaviorismus“ americký psycholog **John B. Watson**, který hlásal, že máli mít psychologie pevné vědecké základy, musí se zaměřit na experimenty a pozorování zjevného chování a objevit zákonitosti jeho vzniku a změn. Kritizoval v té době používané metody introspekce a tvrdil, že nemohou poskytnout objektivní informace. Zpochybnil dokonce pojem „mysli“ a „vědomí“ a tvrdil, že jde o „starobylé důsledky filozofických spekulací“, které nijak nepomohou při řešení psychologických problémů – více viz Hunt, 2000.

Behaviorismus se v USA rychle rozšířil a v první polovině 20. století zde představoval jeden z nejvlivnějších směrů psychologického výzkumu. Svého vrcholu dosáhl behaviorismus v díle **Burrhuse Frederica Skinnera** a jeho žáků, kteří objevili a zkoumali další typ učení u živých organismů, tzv. **operantní podmiňování**. Behavioristé („behavior“ = angl. chování) sledovali a analyzovali **zjevné chování** živého organismu v určité situaci a to, jakými vnějšími podněty lze toto chování měnit. Pro tento směr byl charakteristický vědecký přístup ke zkoumání skutečnosti – tedy vytváření hypotéz, jejich ověřování pomocí

2. FÁZE – ROZVOJ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE

V 50. a 60. letech došlo k prvním pokusům o uplatnění teoretických poznatků behaviorismu v praktické terapii různých psychických problémů. Tato tzv. „behaviorální terapie“ vznikla do značné míry nezávisle na sobě ve Velké Británii a v USA, a proto se terapeuti v těchto zemích zaměřili na odlišné problémy a odlišné skupiny pacientů, přičemž vycházeli i z poněkud odlišných teoretických východisek.

Ve **Velké Británii** se behaviorální terapeuti zaměřili především na léčbu neurotických potíží. Vycházeli přitom z teorií Pavlova, Watsona a Mowrera a z klinických prací jihoafricana **Josepha Wolpeho**, který na základě svých pokusů na kočkách vytvořil první prokazatelně účinnou techniku k odstraňování fobií u lidí (tzv. „systematická desenzibilizace“). Hlavním představitelem behaviorální terapie ve Velké Británii byl **Hans Eysenck**, který vytvořil pevný teoretický základ nových teorií behaviorální terapie a vědecko-výzkumnou základnu, umožňující další rozvoj této nové formy psychologické terapie. Kromě toho Eysenck vzbudil bouřlivou debatu svým kritickým hodnocením teorie psychoanalýzy a zpochybněním účinnosti převládajících psychodynamických psychoterapií. Britští behaviorální terapeuti soustředili svou terapeutickou pozornost především na úzkostné klienty a pracovali ambulantní formou.

V téže době se řada psychologů v **USA** snažila uplatnit u lidí teoretické poznatky o operantním podmiňování, které získal v pokusech na zvířatech B.F. Skinner a jeho spolupracovníci. Jak jsem se již

experimentů, využívání zvířecích modelů, měření jednotlivých sledovaných proměnných a práce za jasně kontrolovaných podmínek v laboratoři. Američan **Clark L. Hull** vytvořil dokonce tzv. „behavioristický kalkulus“, řadu matematických rovnic, jejichž pomocí se snažil popsat zákonitosti chování živých organismů.

Vzhledem k využívání zvířecích modelů při zkoumání zákonitostí učení však nebyly do těchto teorií zahrnuty mentální procesy, které nejsou přístupné přímému pozorování a které jsou typické pouze pro člověka.

Ve 30. a 40. letech se pokusili vytvořit rozšířené teorie učení zahrnující i mentální procesy dva američtí psychologové **Edward C. Tollman** a **Orval Hobart Mowrer**, avšak uplatnění těchto poznatků v léčbě psychických potíží u lidí byly jen vzácné – např. Mowrer vypracoval účinnou metodu odstraňování nočního pomočování u dětí. Po celou první polovinu 20. století však zůstávala jedinou formou psychoterapie psychoanalýza, kterou vytvořil Sigmund Freud, a další z ní vycházející dynamické směry.

zmínil, jedním z prvních byl **O. H. Mowrer**, který pomocí signalizační podložky úspěšně léčil pomočování u malých dětí. Jiní američtí psychologové se zaměřili na odstraňování nežádoucího chování a podporu vhodného chování u chronických psychotických pacientů, u mentálně retardovaných a u dětí. Pomocí systematického poskytování odměn za žádoucí chování a trestů za nežádoucí chování se snažili dosáhnout trvalého zlepšení chování u těchto skupin klientů. Tyto programy „operantního podmiňování“ se uplatňovaly především u hospitalizovaných pacientů. Mezi nejznámější průkopníky těchto metod patří **Teodoro Ayllon** a **Nathan H. Azrin** a jejich program „žetonového hospodářství“ (token economy), a **Ivar Lovaas** a jeho programy pro autistické děti. Tyto operantní programy se uplatnily i mimo psychiatrická zařízení, např. ve školách, v ústavech pro delikventní mládež, nebo v ústavech pro mentálně retardované. Američtí behaviorální terapeuti si vytvořili vlastní odbornou terminologii a sami sebe označovali za „behaviorální inženýry“. V současné době se tento přístup označuje jako „radikální behaviorismus“.

Britští i američtí behaviorální terapeuti měli **mnoho společného**: vycházeli z předpokladu, že psychologické problémy a potíže jsou způsobeny chybným učením, a že je lze v rámci terapie pomocí vhodných terapeutických postupů odnaučit či přeučit. Obě skupiny uplatňovaly ve své práci vědeckou metodologii a vycházely především z empiricky doložitelných pozorování. Proto došlo během 70. let ke splynutí obou „křídel“ behaviorální

terapie. Během dvou desetiletí – v 60. a 70. letech – vzniklo velké množství experimentálních studií, které prokázaly účinnost řady behaviorálních technik u různých psychických problémů na velkých skupinách klientů. Proto lze v současnosti říci, že behaviorální terapie se stala psychoterapeutickým směrem, jehož účinnost je nejlépe prokázána.

Tyto studie však zároveň ukázaly, že ačkoli je behaviorální terapie v léčbě mnoha problémů úspěšná, u jiných problémů je její účinnost

3. FÁZE – ROZVOJ KOGNITIVNÍ TERAPIE

Kořeny kognitivní terapie rovněž sahají až do starověku, k učení filozofické školy stoiků. Tento filozofický směr zdůrazňuje používání rozumu a klid při zvládnutí vnějších okolností. Epiktetos říká „nejsou to věci samy, co nás znepokojují, ale naše mínění o těchto věcech“.

V 60. letech byl behaviorismus jako dominující směr psychologického výzkumu překonán a opuštěn a v psychologii došlo k tzv. „kognitivní revoluci“. Psychologové uznali existenci „mysli“ a subjektivních prožitků a začali intenzivně zkoumat procesy vnímání a procesy zpracovávání informací v mozku – tzv. kognitivní procesy. Vznikl rychle se rozvíjející vědní obor – kognitivní psychologie.

V téže době, tj. v 60. letech 20. století, i když do značné míry nezávisle, se v USA začala rozvíjet i tzv. **kognitivní terapie**. Za její tvůrce jsou považováni **Albert Ellis**, který svůj přístup nazval **racionálně emoční terapie** (RET) (Ellis, 1962), a **Aaron T. Beck**, který svůj přístup k léčbě deprese nazval **kognitivní terapie** (Beck a kol., 1976). Oba tito terapeuti měli psychoanalytický výcvik, ale pro ne-spokojenost s teoretickými předpoklady i s nedostatečnou účinností psychoanalýzy vytvořili své vlastní terapeutické přístupy. Z psychoanalýzy převzali předpoklad, že příčinou psychických potíží jsou intrapsychické, tj. mentální procesy, avšak oba se zaměřili na vědomé či předvědomé kognitivní procesy, tj. na aktuální způsob myšlení a hodnocení svých klientů, zkoumali jejich současné problémy a oba v rámci své terapie doporučovali klientům, aby si platnost svých myšlenek a předpokladů ověřovali konkrétním chováním. Oba také uznávali nezbytnost empirického zkoumání účinnosti svých terapeutických postupů.

4. FÁZE – INTEGRACE a VYTVOŘENÍ KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE

K integraci obou terapeutických směrů došlo v druhé polovině sedmdesátých let a plně se kognitivně behaviorální terapie začala rozvíjet v osmdesátých letech minulého století. V této době došlo k výraznému rozvoji kognitivní psychologie a k odklonu zkoumání modelů učení na zvířatech. Behaviorální terapie se na poli teorie dostala do krize, protože

neuspokojivá, a že přenášení změn dosažených v terapii do běžného života – tzv. generalizace – je v mnoha případech nedostatečná. Jednou z psychických poruch, u které metody behaviorální terapie nevedly k uspokojivým výsledkům, byla léčba deprese. Právě tyto neúspěchy vedly v dalším období mnohé behaviorální terapeuty ke zkoumání dalších faktorů a hledání terapeutických metod, které by mohly účinnost behaviorální terapie zvýšit. Těmito faktory byly kognitivní procesy a tímto směrem byla kognitivní terapie.

Zvláště Beckova kognitivní terapie deprese vzbudila výrazný zájem behaviorálních terapeutů, protože se opakovaně prokázalo, že je v léčbě deprese účinná, což se předtím nepodařilo ani psychoanalýze, ani behaviorální terapii. V 80. a 90. letech vedla Beckova kognitivní terapie k vypracování nových teoretických modelů duševních poruch (např. Teasdale, 1997) a její účinnost byla ověřena i u řady dalších psychických poruch – závislostí, úzkostných poruch a poruch osobnosti.

Na rozdíl od behaviorální terapie, která se zaměřovala především na zkoumání zjevného chování, se kognitivní terapeuti zaměřovali primárně na zkoumání **kognitivních** (poznávacích) **procesů**. Jedná se o procesy přijímání, zpracovávání, hodnocení a ukládání informací z vnějšího i vnitřního prostředí. Jde tedy o procesy myšlení, pozornosti, uvažování a ukládání do paměti a vybavování. Kognitivní terapeuti vycházeli ze základního předpokladu, že „organismus nereaguje primárně na podněty ze svého okolí, ale na mentální reprezentaci těchto podnětů“ (Mahoney, 1974). Podle kognitivní teorie vznikají psychické problémy proto, že klient nesprávně vnímá či interpretuje podněty z vnějšího i vnitřního prostředí, nebo že vychází z iracionálních přesvědčení. Proto se kognitivní terapie zaměřovala především na zjištění chyb v kognitivních procesech klienta a jeho „iracionálních přesvědčení“ (Ellis, 1962), či „dysfunkčních schémat“ (Beck, 1967). Cílem kognitivní terapie je, aby se klient naučil o svých myšlenkách kriticky přemýšlet, aby byl schopen si uvědomit, jakých chyb se v myšlení dopouští a v čem jsou jeho názory a přesvědčení iracionální a škodlivé, a aby tato iracionální přesvědčení či dysfunkční schémata opustil a nahradil je myšlením více logickým, funkčním a prospěšným.

analýzou zjevného chování nedokázala přesvědčivě vysvětlit, proč na tytéž podněty reagují klienti velmi rozdílně a proč je tentýž terapeutický postup u některých klientů velmi účinný a u jiných nikoli. Oproti tomu teorie kognitivních procesů a vytváření kognitivních modelů psychických poruch se rychle a úspěšně rozvíjelo.

Z behaviorální terapie převzal nový terapeutický směr důraz na empirické ověřování nových teorií i účinnost terapeutických postupů pomocí vědeckých metod. Z kognitivní terapie převzal zájem o zkoumání a měření mentálních proměnných, jako jsou očekávání, přisuzování, hodnocení, a také základních předpokladů a hodnotových schémat. Lze říci, že behaviorální terapie poskytla **metodu** – tj. podrobnou analýzu a sledování podnětů, které předcházejí a následují zkoumaný problém, měření sledovaných aspektů chování a kvalitativní hodnocení změn, dosažených během terapie. Kognitivní terapie doplnila **obsah** terapie o další sledované aspekty, které umožnily lépe porozumět problému a předvídat účinek terapie. Ověřeně účinné postupy behaviorální terapie, např. odstupňovaná expozice a behaviorální experiment, se velmi dobře doplňují s účinnými metodami kognitivní terapie, např. sokratickým dotazováním, nebo zpochybňováním automatických negativních myšlenek.

Současná kognitivně behaviorální terapie má tři základní „školy“:

A) **Behaviorální terapie**, která uznává kognitivní procesy za tzv. „vymezené proměnné“ v duchu teorií Tollmana a Mowrera, Dollarda a Millera – **Issak M. Marks, Stanley Rachman**.

B) **Konstruktivistická terapie**, která využívá metody KBT v rámci paradigmatu tzv. „radikálního konstruktivismu“. Podle něj v oblasti psychických procesů neexistuje žádná „objektivní realita“, ale vždy jen „subjektivní konstrukce reality“ a pouze touto subjektivní konstrukcí se má terapeut zabývat a hledat způsoby, jak tuto konstrukci měnit, aby se pacient cítil lépe a aby dokázal lépe fungovat. V praxi se tento směr více zaměřuje na zkoumání vzniku a vývoje „konstrukcí reality“ a na změnu těchto konstrukcí v rámci terapeutického procesu – **Michael J. Mahoney, Vittorio Guidano, G. Liutti**.

C) **Kognitivní terapie**, která využívá klasických behaviorálních metod (např. expozici) ke zkoumání a přehodnocení kognitivních faktorů, např. ke

změně hodnocení rizika ohrožení v určité situaci – **Paul Salkovskis, David Clark, Adrian Wells**. Tento směr je nejbližší tomu, jak KBT chápou i představitelé české KBT – **Ján Praško, Petr Možný** a další.

Integrace kognitivní a behaviorální terapie umožnila další rozšíření uplatnění KBT u dalších psychických poruch. Účinnost KBT byla v posledním desetiletí prokázána u panické poruchy (Barlow), sociální fobie (Clark), hypochondrie (Warwick); existují první studie prokazující účinnost KBT při ovlivnění chronických akutních psychotických příznaků, tj. bludů a halucinací, které nereagují na neuroleptika (Chadwick a kol.), v léčbě chronického únavového syndromu (Wessely, Sharpe) či poruch příjmu potravy (Fairburn). Kognitivně behaviorální léčebné programy pro rodiny schizofreniků (Falloon a kol., Barrowclough a Tarrier) účinně zlepšují průběh této vážné psychické nemoci. Další důležitou oblastí, v níž se KBT úspěšně uplatňuje, je tzv. „behaviorální medicína“, tj. zvýšení účinnosti léčby somatických chorob jako je ICHS, diabetes mellitus, chronická bolest či dráždivý tračník.

V současnosti představuje KBT stále velmi dynamicky se vyvíjející směr psychoterapie. V oblasti teorie pokračuje úsilí o lepší analýzu různých psychických poruch – například sociální fobie, posttraumatické stresové poruchy nebo generalizované úzkosti – a o vytvoření účinných terapeutických postupů, které se zaměří na klíčové faktory těchto poruch a zvýší účinnost stávajících terapeutických metod. Patří sem například zkoumání tzv. „zabezpečujícího“ chování u úzkostných poruch nebo analýza tzv. „metakognicí“, tj. myšlení o vlastním myšlení. Dalším nadějným směrem je propojení KB terapie s poznatky neurovědy o fungování mozku na neuronální úrovni (Schwartz).

V oblasti praktického uplatnění KBT došlo k vytvoření nových terapeutických programů, které vedou k žádoucím změnám rychleji než dřívější terapeutické postupy (Clark, 1996; McGinn a Young, 1996). I v 90. letech dosáhla tedy KBT v řadě oblastí pokroku ve srovnání s předchozím desetiletím.

■ Základní rysy kognitivně behaviorální terapie

Kognitivně behaviorální terapie je krátkodobá, strukturovaná psychoterapie, zaměřená na řešení konkrétních problémů a potíží, které klienta přivádí k terapeutovi, na dosahování specifických, předem definovaných cílů pomocí řady psychologických metod, kterým se klient ve spolupráci s terapeutem v průběhu terapie aktivně učí tak, aby byl po skončení terapie schopen tyto metody používat samostatně.

Kognitivně behaviorální terapeuti se snaží přizpůsobit terapii individuálním potřebám konkrétního pacienta, a proto jsou ve své praxi velmi flexibilní. Jakákoli snaha o všeobecnou charakterizaci tohoto směru představuje velkou míru zjednodušení a v praxi nalezneme více výjimek než terapií, které by odpovídaly níže uvedené charakteristice. S tímto upozorněním lze uvést, že KBT charakterizují tyto základní rysy:

1) Je obvykle relativně krátká, od počátku časově omezená

KBT obvykle trvá několik měsíců, jen výjimečně déle než rok, a pacient je s tímto faktem od počátku seznámen. Běžný počet sezení je od jednoho do dvaceti, jedno sezení trvá obvykle 45 až 90 minut a frekvence sezení je na počátku terapie jednou až dvakrát týdně, později jednou za 2 týdny až jednou měsíčně. Běžná jsou udržovací sezení jednou za 2 až 3 měsíce.

2) Je strukturovaná a převážně direktivní

V zájmu co nejlepšího využití terapeutického času má jak celý průběh terapie, tak jednotlivá sezení předem dohodnutý strukturovaný program. Je direktivní v tom smyslu, že je zaměřena na zvládnutí konkrétních problémů a dosažení dohodnutých cílů. Terapeut je zpočátku více aktivní a zaujímá roli experta, postupně však přenáší odpovědnost za průběh terapie na pacienta a jeho aktivita se snižuje.

3) Vztah mezi terapeutem a pacientem je vztahem vzájemné spolupráce

Základem terapeutického vztahu v KBT je otevřená aktivní spolupráce. Terapeut poskytuje pacientovi veškeré informace, vysvětlí mu smysl každého terapeutického postupu. Je otevřený, empatický a akceptující. Používá pouze pojmy, kterým pacient rozumí, nesnaží se pacienta manipulovat, neříká něco jiného, než co si skutečně myslí. Od pacienta očekává, že bude k řešení svých problémů přistupovat aktivně, bude otevřeně sdělovat a zaznamenávat své myšlenky, emoce a zážitky, a že bude ochoten zkoušet nové způsoby myšlení a chování i za cenu přechodného zvýšení emoční nepohody.

4) Vychází z ucelené teorie vzniku a udržování psychických poruch

KBT se opírá o poznatky teorie učení a kognitivní psychologie. Nejde tedy o ad hoc používaný soubor technik. Použití určitého terapeutického postupu je vždy podloženo teoreticky a vychází z podrobné analýzy konkrétních problémů a potřeb určitého pacienta.

5) Zaměřuje se na řešení přítomných problémů

I když poznání podmínek, za nichž problém vznikl a proces jeho rozvoje jsou součástí vyšetření a analýzy problému, nejvíce času terapie věnuje řešení současných problémů a překonání vnějších a vnitřních faktorů, které problémy udržují.

6) Zaměřuje se na konkrétní, ohraničené problémy

Pro KBT vyšetření je charakteristické, že se zaměřuje na přítomné, konkrétní, pozorovatelné, vědomé a ohraničené problémy. V rámci KBT usilujeme o jasné definování problému v pojmech pozorovatelného chování a konkrétních myšlenek, názorů a přesvědčení v konkrétních situacích. I když používáme diagnostické kategorie,

považujeme je za příliš obecné k vystižení jedinečnosti problému konkrétního pacienta. Proto nemůžeme označit problém klienta jako „agorafobii“, ale popíšeme jej například jako „neschopnost vyjít sama z domu dále než 50 metrů na dobu delší než 5 minut“.

7) Zaměřuje se především na faktory problém udržující

Ve srovnání s hlubinně dynamickými směry se v KBT méně zaměřujeme na vypátrání dávných příčin problémů. Zvláště u problémů, které trvají již delší dobu, je určení jejich původních příčin vždy spekulativní a případné hypotézy v tomto směru lze jen těžko ověřit. Naproti tomu aktuálně existující faktory, které problém udržují (např. vyhýbavé chování u agorafobie nebo dysfunkční přesvědčení „Nikdo mě nemůže mít rád.“) je možno podrobně analyzovat a hypotézy o jejich vlivu lze ověřovat empiricky.

8) Používané terapeutické postupy nejsou cílem samy o sobě, ale jen prostředkem k dosažení konkrétního cíle, na němž se pacient s terapeutem předem dohodli

Při formulaci cílů se stejně jako při formulaci problémů snažíme, aby byly konkrétní, funkční, praktické, a aby bylo možno určit, zda jich bylo či nebylo dosaženo. Například není vhodné stanovit jako cíl terapie „vyléčit agorafobii“, ale lze jako jeden z cílů stanovit „Budu schopna chodit sama nakupovat jednou denně do supermarketu“.

9) KBT se zaměřuje na konkrétní změny v životě

Za důležité se považuje především to, jak pacient mění své chování mezi sezeními, v přirozeném prostředí, a ne jak se mění jeho chování při sezení. Pro zhodnocení těchto změn a účinnosti terapie využíváme jednak různých hodnotících škál, jednak pacient nacvičuje mezi sezeními nové způsoby chování a zvládání problémů (tzv. „domácí úkoly“).

10) KBT je vědecká

Při KBT postupujeme tak, že sbíráme konkrétní fakta, měříme frekvenci, trvání a míru závažnosti problémového chování. Ze získaných údajů pak vytváříme hypotézy o vzájemném ovlivňování jednotlivých faktorů a tyto hypotézy pak empiricky prověřujeme. I myšlenky a přesvědčení pacienta chápeme jako hypotézy, jejichž platnost či neplatnost je třeba prozkoumat a ověřit v praxi.

11) KBT je edukativní a jejím konečným cílem je samostatnost klienta

Typické pro KBT je edukativní zaměření a směřování k soběstačnosti pacienta. Pacient pravidelným procvičováním získává určité dovednosti, učí se zvládat vnitřní stavy i vnější situace a úspěšným zvládnutím obávaných situací zvyšuje pocit vlastní zdatnosti a své sebevědomí. Postupně dokáže své problémy úspěšně zvládat a přestává terapeuta potřebovat.

Kognitivně behaviorální terapie vzbuzuje zájem svým střízlivým pragmatickým přístupem, svou snahou vycházet z konkrétních faktů a kriticky je

zkoumat a tím, že její přístupy jsou dnes nejvíce prokázaně efektivním postupem u většiny psychických poruch.

■ Kognitivně behaviorální terapie jako integrativní psychoterapie

Díky své prokázané účinnosti, praktické využitelnosti formou individuální, skupinové, párové i rodinné terapie u širokého spektra psychických potíží (**viz Indikace KBT na str. 8**) se KBT stala jedním z vedoucích a nejdynamičtěji se rozvíjejících psychoterapeutických směrů současnosti. Ve své teorii i praxi KBT pružně integruje podněty z mnoha dalších psychoterapeutických směrů.

Psychoterapie je léčba pomocí psychologických metod – mluvením a jednáním. Existuje velké množství psychoterapeutických směrů, které se liší jak ve své teorii, tak ve své praxi.

V **teorii** si každý psychoterapeutický směr vytváří vlastní model fungování lidské psychiky, často s vlastní terminologií, a vlastní model vzniku a udržování psychických poruch – nevědomé konflikty, potlačené pudy, rané traumatické zážitky, trauma při porodu, zážitky z minulých životů.

V **praxi** se liší:

- a) délka a intenzita terapie – několik let 5x týdně; jedno sezení za měsíc;
- b) metody terapie – volné asociace a jejich interpretace; reflektování toho, co sděluje pacient; rozhovor zaměřený na určité předem stanovené problémy; nonverbální terapie – práce s tělem, s dechem, arteterapie; nácvik určitého chování aj.
- c) chování terapeuta – odměřené, chladné, neosobní; aktivní, direktivní, terapeut jako vzor

Cíle psychoterapie:

- odstranit příznak, vyřešit problém
- naučit klienta mít příznak pod kontrolou, naučit jej řešit problém
- změnit postoj klienta k problémům
- změnit osobnostní charakteristiky klienta; změnit jeho „životní filosofii“, jeho chování a prožívání

Vždy jde o to zmírnit pocit utrpení, zvýšit pocit pohody, zlepšit sebevědomí.

Kognitivně behaviorální terapie je psychoterapeutický směr, který se od svého vzniku stále dynamicky rozvíjí a proměňuje. Setrvačnost jednou vzniklých názorů je velká. Proto je kognitivně behaviorální terapie i v současné době mnohými psychology a psychiatry stále spojována s obrazem klasické behaviorální terapie z doby před padesáti lety. Stále se můžeme setkat s názorem, že se jedná o po-vrchní, na příznaky zaměřený terapeutický přístup, spočívající v mechanickém uplatňování terapeutických metod, jehož cílem je pouze potlačení vnějších příznaků. Pokud

prokazuje, že je v jejich odstranění úspěšný, je to proto, že dochází k takzvanému „přesunu příznaku“, což znamená, že se na místě odstraněného příznaku objeví příznak jiný.

V mnoha myslích je KBT stále spojována s představou tradiční behaviorální terapie, při které „terapeut“ (uvozovky jsou na místě zcela úmyslně) pomocí systematického odměňování a trestání pacienta cvičí podobným způsobem, jakým jsou v cirkuse drezírována zvířata.

Chtěli bychom důrazně upozornit na to, že tato představa byla mylná již v minulosti, ale vzhledem k vývoji, kterým KBT prochází v posledních nejméně dvou desetiletích, je již zcela scestná.

KBT totiž v posledních letech rozvíjí především svou **kognitivní teorii a praxi**, takže i když si ponechala některé ze svých behaviorálních kořenů – jako je systematické zkoumání konkrétních forem chování, měření intenzity jednotlivých příznaků, nácvik a rozvíjení vhodnějších způsobů chování a kritické hodnocení účinnosti jednotlivých terapeutických metod – v současné době se zaměřuje především na **zkoumání a ovlivňování „vnitřních“ psychických procesů**, jako jsou interpretace a hodnocení sebe i okolního prostředí, jádrová přesvědčení a předpoklady o tom, jaký jsem a jaký je svět okolo, a na zjišťování, jak se vzájemně ovlivňují emoční prožitky a kognitivní procesy v konkrétních situacích obvykle interpersonálního charakteru. Daleko větší, ne-li výlučný, důraz se klade na vnitřní motivaci pacienta, která je nositelem změny. Na ovlivňování vnějšího prostředí terapeutem se KBT spoléhá jen ve výjimečných případech – například v programech nácviku instrumentálních dovedností u těžce mentálně retardovaných či autistických jedinců, u kterých je zjištění a navození vnitřní motivace formou verbálního ovlivňování velmi obtížné.

U současné KBT tedy platí, že:

- **není zaměřená na příznaky**, ale považuje změnu v intenzitě příznaků za významný indikátor změn, k nimž v terapii dochází. Nedokáže si představit úspěšnou terapii, v níž by nedošlo k žádnému ovlivnění nežádoucích příznaků, kvůli kterým klient do terapie přišel;
- **není povrchní**. Je zaměřena na příčiny psychických poruch a usiluje o komplexní změnu v přístupu k sobě, k okolí a ke svým problémům. Cílem je jak zvýšení tolerance vůči frustraci, tak zlepšení emočního prožívání a

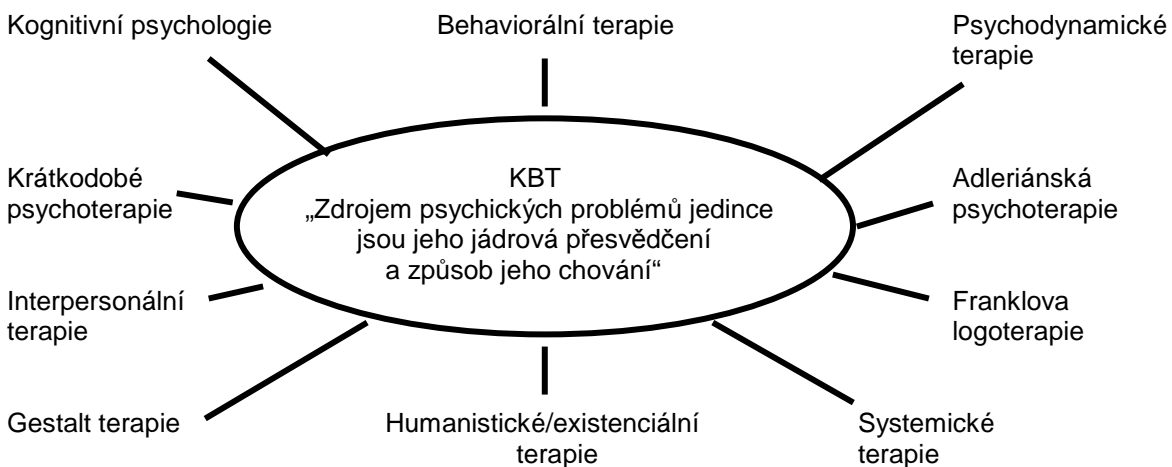
- zvýšení kvality života pacienta;
- **není manipulativní.** I když terapeut pacienta vzdělává a radí mu, jaké metody a nové způsoby chování a myšlení se má učit, nikdy není autoritativní a nejedná s pacientem z pozice síly, ale vždy otevřeně a na základě vzájemné dohody;
- **není autoritativní.** Terapeut nevystupuje vůči pacientovi jako „rodič“, jehož má pacient slepě poslouchat – na rozdíl od některých tzv. „strategických“ přístupů (Haley, Madaness). Popírá postoj „není důležité, aby pacient věděl co se děje, hlavně když to ví terapeut“. Terapeut pacientovi vždy vysvětluje smysl doporučených metod, diskutuje s ním o jeho názorech a myšlenkách a vede jej k tomu, aby si účinek doporučovaných metod sám vyzkoušel a potom je zhodnotil;
- **neignoruje zásadní význam terapeutického vztahu.** Vztah důvěry a vzájemné spolupráce je v KBT považován za nezbytnou, avšak nikoli postačující podmínku k dosažení úspěchu v terapii;
- **nepopírá významný vliv nevědomých psychických procesů.** Ve své teorii nevědomých psychických procesů se opírá o poznatky kognitivní psychologie a neurověd.

- Vědomé kognitivní procesy považuje za základní zdroj údajů a za východisko k poznání konkrétního individuálního obsahu nevědomých předpokladů a přesvědčení u každého pacienta. Nepředpokládá, že by byl člověk svým nevědomým procesům vydán zcela napospas. Vědomé úsilí o změnu považuje za základní předpoklad terapeutického úspěchu;
- **není mechanická.** Považuje každého pacienta a jeho problém za jedinečný, vyžadující podrobnou analýzu a terapeutické metody uplatňuje „na míru“, flexibilně a kreativně;
- **nedochází při ní k „přesunu příznaků“.** Několikaleté katamnézy prokazují, že pozitivní změny dosažené během úspěšné KBT nejen přetrvávají, ale mnohdy dochází k dalšímu zlepšování. Například u deprese se prokázalo, že po ukončení léčby klesá riziko relapsu ve srovnání se skupinou lidí léčených pouze psychofarmaky.

Na základě mnoha let systematické výzkumné práce můžeme o KBT s určitostí tvrdit, že:

- KBT je **empirická**;
- KBT je **účinná**;
- poznatky KBT se opírají o **studie s klinickou populací**;
- KBT je **otevřená a akceptuje nové myšlenky a metody**.

Díky zvýšení důrazu na vnitřní kognitivní procesy jako na klíčové hybatele dosažení změn psychických procesů se KBT **výrazně přiblížila psychodynamickým směrům**. KBT je ve své podstatě integrativní a pragmatický terapeutický směr. Jak na to poukázal **Frank Dattilio** (Dattilio, 2003), kognitivně behaviorální terapie ve své teorii i praxi integruje poznatky i metody mnoha dalších psychoterapeutických směrů uvedených na následujícím obrázku :



Jedním ze základních rysů KBT je orientace na spolu-práci s klientem, který tvoří je terapeutovi rovnocenným partnerem. S tím souvisí další charakteristický rys KBT – **používání srozumitelného jazyka**. Pokud chceme s někým spolupracovat, je nezbytně nutné, aby nám rozuměl. Proto se v KBT snažíme o používání běžných pojmů při popisu a vysvětlování příčin psychických poruch, stejně jako při vy-světlování smyslu jednotlivých psychoterapeutických metod. V jistém smyslu představuje KBT systematické uplatnění poznatků „selského rozumu“ při léčbě psychických problémů.

Jedním ze zásadních důvodů ztěžujících integraci psychoterapeutických směrů je právě rozdílná terminologie, která brání vzájemnému porozumění. Tím, že se opírá o „neodborné“, všeobecně srozumitelné pojmy, nabízí KBT možnost integrace s dalšími psychoterapeutickými směry. Při bližším pohledu se totiž ukazuje, že rozdíly v terminologii jsou větší než rozdíly v teorii, a rozdíly v teorii jsou větší než rozdíly v praxi.

Ideálem psychoterapie by ovšem ani v budoucnosti neměla být nějaká jednotná, všezahrnující integrativní psychoterapie s jednotnou teorií a především s jednotnou praxí. Na to jsou psychické poruchy příliš rozmanité a terapeuti i klienti příliš rozdílní. Důležité je, aby si každý terapeut, ať se již hlásí ke kterémukoli směru, byl jasně vědom, pro které typy psychických problémů je která terapeutická metoda nejvíce vhodná, a také kterému typu klientů dokáže on sám osobně nejúčinněji pomoci.

Právě proto prosazovala KBT v minulosti a bude prosazovat i do budoucna nutnost kriticky zkoumat platnost existujících i nově vzniklých teorií a účinnost jak tradičních, tak nových terapeutických metod a programů. Je třeba důsledně přejít od „eminence based“ (na autoritách založených) psychoterapií k „evidence based“ (na důkazech založených) psychoterapiím. Jinak hrozí, že se bude dále stírat již tak ne zcela jasná hranice mezi odbornou psychoterapií a různými „zázračnými“ šarlatánskými metodami, jejichž protagonisté mají o to větší ambice, oč méně průkazných faktů jejich tvrzení podporuje.

Vzájemná spolupráce mezi psychoterapeuty, doporučování si klientů, kterým „můj“ způsob práce nesedí a nepomáhá, by mělo být spíše pravidlem než výjimkou.

■ Indikace kognitivně behaviorální terapie

KBT je psychoterapeutický směr, který prokázal svou účinnost u velké šíře psychických poruch a problémů. Indikační seznam KBT se neustále rozšiřuje. V současné době můžeme KBT uplatnit v terapii těchto psychických problémů:

1. ÚZKOSTNÉ PORUCHY

- Specifické fobie
- Agorafobie
- Panická porucha
- Sociální fobie
- Generalizovaná úzkostná porucha
- Obsedantně kompulzivní porucha
- Posttraumatická stresová porucha
- Hypochondrická porucha
- Somatoformní poruchy

2. DEPRESE

- Terapie akutní depresivní fáze
- Program prevence deprese pomocí nácviku „uvědomování“ (mindfulness)

3. BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHA

4. SCHIZOFRENIE

- Nácvik sociálních dovedností
- Psychoedukační programy pro pacienty a příbuzné
- Rodinná terapie schizofrenie
- Terapie floridních psychotických příznaků – bludy, halucinace

5. MENTÁLNÍ RETARDACE – nácvikové programy osobních a sociálních dovedností

6. PORUCHY CHOVÁNÍ U DĚTÍ, školní fobie, úzkostné poruchy, autismus, enuréza, enkopréza

7. SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE

8. ZÁVISLOST NA ALKOHOLU, DROGÁCH

9. PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

– Mentální anorexie

– Mentální bulimie

– Obezita

10. MANŽELSKÉ A RODINNÉ PROBLÉMY

11. CHRONICKÉ SOMATICKÉ NEMOCI – chronická bolest, astma, dráždivý tračník, rakovina, infarkt, diabetes, svědění a další.

12. PORUCHY OSOBNOSTI