

METODY KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE

A) Úvod

Jedním z nejvýraznějších rozdílů mezi KBT a jinými terapeutickými směry i větší důraz KBT na používání konkrétních *terapeutických technik*. Kognitivně-behaviorální terapie jich v průběhu své existence vygenerovala značné množství. To pak mohlo posilovat dojem, že je KBT „technokratický“, na problém zaměřený přístup, aplikující zcela mechanisticky ty „nejvhodnější“ terapeutické techniky na konkrétní zjištěný problém.

Ale jak jsme si řekli v předchozích přednáškách, KBT vychází z podrobného mapování problémů v intencích *behaviorální, kognitivní a funkční analýzy* (které tvoří dynamický, po celou dobu terapie doplňovaný a precizovaný proces) při jasně formulovaném „*problému*“ na který je terapie zaměřena a určení konkrétního „*cíle*“ kterého chceme v terapii dosáhnout. Na základě tohoto přístupu se pak vytváří *soubor terapeutických technik* „šitých na tělo“ konkrétnímu klientovi při jeho konkrétním problému.

Zpravidla tedy bývá používána více než jedna terapeutická technika, v průběhu terapie se pak jednotlivé techniky prolínají a doplňují, vždy je také kladen značný důraz na plnou zaangażovanost klienta a jeho maximální spolupráci. Neboť použití terapeutické techniky může být účinné pouze v rámci kvalitního *terapeutického vztahu* a vzájemné spolupráce.

Nedílnou součástí používání terapeutických technik je pak i jejich vyhodnocování a *měření efektivity*. Sledování účinnosti jednotlivých technik je tedy důležitou součástí procesu zvyšování jejich účinnosti, i přehodnocení používání těch technik, které se ukážou jako neefektivní.

Metody jsou v KBT však pouze prostředkem k dosažení cíle. Vzhledem k faktu, že přímé ovlivnění emočního prožívání v KBT přístupu pokládáme za obtížné a také faktu, že emoční prožívání je jen jednou ze součástí komplexního prožitku, jsou jednotlivé techniky zaměřené na lépe „ovlivnitelné“ oblasti prožívání – jejichž prostřednictvím se zaměříme na ovlivnění klientových emocí.

Cílem kognitivně behaviorální terapie pak je klienta díky jednotlivým technikám naučit, aby své emoční prožívání ovlivňoval dále samostatně i po ukončení terapie. Jednoznačně je tedy nutná jeho zaangażovanost a aktivní spolupráce.

B) Dělení terapeutických technik.

Z hlediska zaměření jednotlivých technik si je pak můžeme rozdělit do několika oblastí, podle toho, na kterou oblast psychického prožívání je konkrétní technika zaměřena. Popíšeme si tedy techniky podle oblastí jejich zaměření.

1, Techniky zaměřené na ovlivnění *tělesných příznaků*

2, Techniky zaměřené na ovlivnění *zjevného chování* („behaviorální techniky“, historicky vytvářené především behaviorálními terapeuty)

3, Techniky zaměřené na ovlivnění *kognitivních procesů* („kognitivní techniky“ vytvářené zejména kognitivně orientovanými terapeuty).

4, Dále pak *komplexní metody* (zaměřené na více oblastí současně).

B.1) Techniky zaměřené na ovlivnění tělesných příznaků

Ovlivnění tělesných příznaků může klientovi pomoci, aby získal zkušenost, že své prožívání může kontrolovat. Není „otrokem“ svého prožitku, ale tím, kde jej aktivně ovlivňuje. Fyziologické reakce spojené s automatickou reakcí

na úzkostné podněty (aktivace sympatického nervového systému, vyplavení adrenalinu do krve..) tedy pro klienta přestávají být neovlivnitelné.

Důležitým principem použití technik ovlivnění tělesných prožitků je pak i vytvoření klientovy dovednosti „uchopení“ a „ovlivnění“ bludného kruhu jeho prožívání. Bludný kruh prožitku je vytvářen díky prožité negativní emoci (s řadou fyziologických příznaků) v nějaké konkrétní situaci, kdy se tato emočně fyziologická „odpověď“ snadno napodmňuje a objevuje se pak i v obdobné příští situaci a díky „anticipační úzkosti“ je pak klientem v podobné situaci již předem očekávána, což výrazně zvyšuje pravděpodobnost jejího výskytu. Zkušenost, že jednotlivé úrovně prožitku jsou ovlivnitelné pak může být průlomovým principem klientova poznání, že je schopen ovlivnit i celé své prožívání – a svůj problém zvládnout. Tím, že se naučí kontrolovat a ovlivňovat své tělesné reakce, mění se jak intenzita jeho nepříjemných tělesných pocitů, ale i jejich kognitivního hodnocení – a tím i emoční roviny prožívání. Změna na úrovni fyziologické tedy přispívá i ke změně na úrovních kognitivní, emotivní a behaviorální.

Dalším důležitým principem využití technik „ovlivnění tělesných příznaků“ je pak zakomponování této dovednosti i do jiných terapeutických technik (např. využití svalové relaxace jako důležité součásti techniky systematické desenzibilizace).

Základní metody spočívají v uvolnění kosterních svalů a v klidném, kontrolovaném břišním dýchání. Klient by si měl o svém nácviku vždy vést písemné záznamy (frekvence cvičení, jeho délka, hodnocení dosažené hloubky uvolnění). Nácvik relaxací můžeme provádět s klientem v sezení, popřípadě mu i vytvořit nahrávku. Je praktické, když si přinese flashdisk na kterém si pak může pro něj vytvořenou nahrávku ze sezení rovnou odnést, nebo lze popřípadě zaslat vytvořenou nahrávku elektronicky prostřednictvím vhodné služby, např. uchovna.cz, nebo jiné.

B.1.1) Nácvik svalové relaxace

Svalová relaxace je účinnou metodou, která může klientovi pomoci získat kontrolu nad svým prožíváním pomocí uvolnění kosterních svalů. Je vypracována řada nejrozličnějších cest a technik, uvedeme si tedy stručně jen ty nejčastěji využívané. V USA a ve Velké Británii je zřejmě nejvíce používána Jacobsenova progresivní relaxace, v Německu je pak nejrozšířenější Schulztův autogenní trénink.

Progresivní svalová relaxace je založená na nácviku rozlišování napětí a uvolnění jednotlivých svalových skupin tím, že se klient postupně učí procítit napětí při napnutém svalu po dobu 5 až 10 vteřin a následně pak svaly na 10 až 15 vteřin uvolní. Vhodná je poloha klientova těla v sedě na židli, což umožňuje lépe přenést relaxaci do přirozených situací než poloha vleže na pohovce. Klientovi předvedeme napnutí a následné uvolnění jednotlivých svalových skupin, dále pak klient provádí toto cvičení sám, při zavřených očích, pod naším vedením a kontrolou správného provedení. Postupujeme systematicky přes jednotlivé svalové skupiny, např. od nohou, přes lýtka a stehna ke svalům břicha a zad, následně svaly rukou, předloktí a ramen, skončíme u svalů krku a obličeje. Je možné začít i svaly rukou, paží, tváře, krku a ramen, s postupným přidáváním zbytku těla. Klient hodnotí na předem domluvené škále, jakého stupně uvolnění dosáhl. Nakonec pak napne a uvolní všechny svaly v těle současně, čímž je dosaženo stavu relaxace. Toto cvičení je vhodné provádět 2x denně, po dobu asi 15 – 20 minut. V následujícím období pak vynecháváme fázi „napnutí“ svalů, kdy klientka vedeme jen k postupnému uvolňování jednotlivých svalů při klidném dýchání. Doba nutná k dosažení relaxace se pak může zkrátit na 5 – 7 minut. Následně je pak možné dobu nutnou k dosažení relaxace dále zkracovat tím, že vytvoříme podmíněné spojení mezi sebeinstrukcí „uvolnit“ a svalovou relaxací, což může umožnit zkrácení doby nutné k dosažení relaxace až na 2 – 3 minuty.

Dále je pak možné učit klienta **aplikovanou relaxaci** v různých běžných činnostech (nejen při klidné poloze na židli) a zkracovat dobu nutnou pro dosažení relaxovaného stavu až na 20 – 30 vteřin. Existuje několik cest umožňujících postupné zkrácení doby dosažení relaxace a její uplatnění v každodenních situacích, např. Östova

aplikovaná relaxace. V rámci „udržovacího“ přístupu pak klienta učíme, aby si všímal pocitů v těle a zjištěné pocity napětí zvládal pomocí aplikované relaxace.

b) Autogenní trénink je u nás zřejmě nejrozšířenější metodou navození relaxace, v rámci KBT jej však bývá využíváno méně než aplikované relaxace, neboť není tak vhodnou možností pro použití přímo ve stresující situaci. AT bývá proto využíván jako metoda umožňující celkové snížení psychického napětí. Výše popsané principy u metod zaměřených na ovlivnění tělesného prožívání (vytvoření zkušenosti s možností ovládnutí svého prožívání, pozitivní princip v „prolomení“ bludného kruhu prožívání) však u něj platí neméně významně. Některým klientům pak vyhovuje jeho systematická a poměrně dobře „uchopitelná“ provádění nácviku. Postupné navozování pocitů tíhy, tepla, klidného dechu, tepla v břiše, soustředění na klidný tep srdce a navození pocitu chladu v čele se většinou klientů dobře (či alespoň částečně) daří a vytvoří si tak zkušenost, že dokáží své prožívání ovlivňovat.

J.H. Schultz doporučuje postupovat při nácviku pocitu tíže od dominantní horní končetiny formulkou „pravá ruka je těžká“, postupně k „levá ruka je těžká“, až k „obě ruce jsou těžké“. Pokračuje pak od „pravé nohy“ přes „levou nohu“ k „oběma nohám“ – a „celému tělu“. Podobně se pak postupně nacvičuje pocit tepla, se závěrečnou formulkou „celé tělo je teplé a příjemně uvolněné“. Dále pak nácvik pocitu klidného dechu s formulkou „dech je klidný a volný“, „dýchá mi to..“. Pocit klidného tepu s formulkou „srdce tepe pravidelně a klidně“, pocitu tepla v břiše s formulkou „do břicha proudí příjemné teplo“ až k závěrečnému chladu v čele s formulkou „čelo je příjemně chladné“. Každému cviku je vždy věnován 1 – 2 týdny nácviku, až klient postupně zvládne navodit si všech 6 pocitů v průběhu jednoho asi 20ti minutového cvičení. Základní polohou těla při cvičení AT je tzv. „poloha mrtvolky“, vleže na zádech, s volně nataženými rukama a nohama, dlaněmi směřujícími dolů, špičkami nohou lehce od sebe. Ruce se těla nedotýkají. Existují však i alternativní polohy nácviku AT vsedě. V AT je pak vhodné po navození pocitu uvolnění soustředit se na „individuální formulky“. Ty je vhodné formulovat vždy pozitivně a tak, aby vyjadřovaly klientovy pocity, přání a posilovaly dosažení stanovaného cíle. Tedy místo „nebudu se bát“.. raději: „jsem silný a odvážný“.. „cítím se dobře mezi lidmi“.. etc. J.H. Schultz předpokládal nejvyšší efektivitu autogenního tréninku při každodenním cvičení 3x, vždy po 20ti minutách.

B.1.2) Nácvik kontrolovaného dýchání

Stav úzkosti je často na fyziologické úrovni prožívání spojen se zrychleným povrchným dýcháním, nebo až hyperventilací. Ta pak může vyvolávat řadu nepříjemných příznaků jako pocit nedostatečnosti dechu, točení hlavy, svírání na hrudníku, mravenčení až křečičky ve svalu. Na kognitivní úrovni prožitku mohou být tyto pocity katastrofizovány a interpretovány jako signály vážného ohrožení, blížících se mdlob, vážného poškození zdraví, nebo i blížících se smrti. Snaha hluboce dýchat a zachránit se tak od blížícího se nebezpečí pak logicky pocity zhoršuje a opět vytváří „bludný kruh“ prožitku který může skončit až panickou atakou. Dovednost zklidnit svůj dech pak může být účinná při snaze rychle snížit napětí v situacích silně prožívané úzkosti. Dovednost kontrolovat a zklidnit dech pak nejen zabrání rozvinutí panického záchvatu, vede ke snížení prožívané úzkosti, ale opět je i velmi cennou zkušeností se schopností ovlivnit a ovládat své prožívání. A současně další cestou k „prolomení“ bludného kruhu prožívání. Také dobrou zkušeností, o kterou se pak může opírat změna na kognitivní úrovni (prožívané příznaky nejsou neovlivnitelnou součástí prožitku při vážných zdravotních potížích, či dokonce signálem blížících se smrti – ale ovlivnitelnou součástí úzkostného prožitku). Proto je nácvik zklidňujícího dýchání jednou z důležitých metod zvládnutí stavu úzkosti, a to i u klientů, u nichž hyperventilace nehraje rozhodující roli.

Před vlastním zahájením nácviku klientovi vysvětlíme rozdíl mezi „hrudním“ a „břišním“ dýcháním, ukážeme mu jak správně dýchat „do břicha“. Učíme klienta dýchat v rytmu 8 až 12 dechů za minutu, můžeme klienta slovně vést pokyny „nádech“, „výdech“, nebo jej učíme „nádech“ na 3 vteřiny, „výdech“ na 6 vteřin, pak krátká pauza a opět

„nádech“ na 3 vteřiny, „výdech“ na 6 vteřin. Spolu s klientem najdeme rytmus, který mu nejvíce vyhovuje. Opět je možné pořídit i zvukový záznam, podle kterého pak klient využívá při domácím nácviku klidného „břišního“ dýchání. Když klient zvládne nácvik kontroly svého dýchání v klidu, může jej postupně přenášet do situací, kdy prožívá zvýšené napětí. Existuje řada nejrůznějších modifikací a konkrétních přístupů k nácviku zklidňujícího dýchání, lze využít počítání číslic, vizuální představy, kontrolu dechu pomocí „vteřinové ručičky“.. a mnohé další.

B.1.3) Biofeedback

Biofeedback – je využití jednoduchého přenosného přístroje (lze je komerčně zakoupit, obvykle je prodávají prodejci přístrojů „audiovizuální stimulace“ tzv. „psychowalkmanů“) který snímá změny svalového tonu, nebo kožní vodivosti a tím podává neustálou informaci o vnitřním nastavení, prožívaném napětí, či uvolnění. Poté co se klient naučí, jak přístroj reaguje na jeho pocit napětí a klidu, učí se pak pomocí svých vlastních vnitřních intervencí „udržet se“ ve stavu který odpovídá vnitřnímu klidu o čemž neustále získává „zpětnou vazbu“ díky používanému přístroji. Obliba těchto přístrojů se však (vzdor jejich akceptovatelné ceně) v našem prostředí nikdy nestala nikterak zásadní.

B.2) Techniky zaměřené na ovlivnění zjevného chování

Tyto techniky (tzv. behaviorální metody) byly na počátku behaviorální terapie skutečným průlomem a představovaly základní přínos tohoto terapeutického směru. Jejich účinnost pak zpochybnila základní předpoklad psychoanalýzy a dynamických směrů o možnosti dosažení změn v chování a prožívání jen odhalením nevědomých konfliktů a vnitřních neuvědomovaných zdrojů současných psychických potíží. Postupný vývoj v rámci KBT pak postupně začal klást stále větší důraz také na techniky kognitivní, jako na nedílnou součást terapeutické snahy o dosažení celkové změny – a stále více se do popředí dostávala i nutnost práce s „jádrovými dysfunkčními kognitivními schématy“ která jsou (jak jsme si říkali v přednáškách) z pohledu dnešní kognitivně behaviorální teorie tím hlavním faktorem podílejícím se na vzniku psychických potíží. Avšak vzhledem k předpokladu, že tato „bazální kognitivní přesvědčení“ jsou pak zafixovaná pomocí mechanismů učení díky určitému typu chování a myšlení – je pak i cesta k jejich změně z velké části založena na změně aktuálního chování (k čemuž využíváme „behaviorální techniky“) a myšlení (k čemuž využíváme „techniky kognitivní“). Významným rozdílem mezi KBT a směry dynamickými je v názoru KBT, že změny v těchto hlubších (z pohledu KBT ne zcela neuvědomovaných!) částech myšlení lze dosáhnout z roviny vnějšího, pozorovatelného a uchopitelného myšlení a chování. Pečlivě prováděné dlouhodobé studie pak vyvrátily i námítky, že účinek těchto metod je pouze krátkodobý a nepotvrdil se ani předpoklad, že po odstranění určitého příznaku bude tento příznak nahrazen příznakem jiným. Proto se tyto metody úspěšně používají i v dnešní době, byť je pohled na ně dnes jiný, než byl u původních behaviorálních terapeutů a bývají (jako ostatně všechny KBT techniky) součástí přesně zvoleného a na konkrétní klientův problém zaměřeného souboru terapeutických technik.

B.2.1) Systematická desenzibilizace

Technika systematické desenzibilizace vycházející z teorie učení, kterou vytvořil v 60. letech minulého století J.Wolpe a prokázal její účinnost u specifických fobií, je metodou prokazatelně účinnou v léčbě úzkostných poruch. Wolpe při tvorbě své metody vycházel z teorie tzv. „reciproční inhibice“, podle níž je reakce strachu na určitý podnět, vytvořená klasickým podmiňováním, postupně utlumována, inhibována, když je tento podnět párován se stavem organismu, který je s reakcí strachu neslučitelný. Wolpe využil jako protichůdné reakce vůči strachu Jacobsenovy svalové relaxace. Předpokládal, že klient ve stavu relaxace nemůže pocít strachu plně prožít a tím spojení mezi původním strach vzbuzujícím podnětem a reakcí strachu postupně vyhasne.

Samotná systematická desenzibilizace pak probíhá ve třech fázích: klient se nejdříve naučí progresivní svalovou relaxaci, dále pak spolu s terapeutem sestaví seznam situací, které v něm budí strach odstupňovaných podle závažnosti (tzv. „hierarchii situací strachu“) a posléze se provádí vlastní systematická desenzibilizace. Součástí techniky je i klientem předem vytvořená představa „bezpečné situace“.

Při vlastním provádění systematické desenzibilizace si klient nejdříve navodí stav svalové relaxace a poté mu terapeut začne popisovat první situaci z vytvořené hierarchie. Klient si tuto situaci představuje co nejživěji a jakmile pocítí známky strachu či napětí, dá to terapeutovi na vědomí předem dohodnutým signálem - např. zvednutím prstu. Terapeut poté přeruší živý popis situace a požádá klienta, aby si vyvolal svou „uklidňující představu“ a opět dosáhl stavu relaxace. Jakmile se to klientovi podaří, terapeut začne opět popisovat původní situaci. Hned jak klient opět pocítí strach, dá terapeutovi signál a situace se opakuje. Střídání představy „obávané“ situace a relaxace pak probíhá tak dlouho, dokud si klient nedokáže tuto situaci představit zcela bez pocitů strachu. Jakmile e tohoto dílčího cíle dosaženo, terapeut přejde k další, v „hierarchii strachu“ pro klienta náročnější situaci.

Postupně pak klient společně s terapeutem „projdou“ celý předem vytvořený seznam situací strachu, dokud si klient i tu pro sebe nejnáročnější nedokáže představit bez prožitku strachu.

Jedno sezení takto prováděné systematické desenzibilizace trvá kolem 20 až 30 minut a obvykle se podaří desenzibilizovat 2 až 3 situace. V dalším sezení se pak začíná představou situace, kterou klient v předchozím sezení již spolehlivě zvládl.

Vzdor prokazatelné účinnosti systematické desenzibilizace je však zřejmé, že se jedná o techniku značně pomalou a je tedy v KBT dnes pokládána za techniku spíše překonanou. Nadále ale může být velmi efektivně využívána při specifických terapeutických situacích, či u citlivějších klientů (odmítajících rychlejší, leč „méně příjemnou“ techniku expozice v imaginaci).

B.2.2) Expozice

Postupná expozice je zřejmě nejrozšířenější metodou KBT v terapii úzkostných poruch, spojených s vyhýbavým či zabezpečujícím chováním. Základním principem je vystavení se (expozice) podnětu či situaci, která u klienta vyvolává úzkost, v jejímž důsledku se dosud této situaci, či podnětu vyhýbal. Při expozici obávanému podnětu či situaci se klient naučí pocit strachu a úzkosti vydržet a zvládnout, aniž by provedl zabezpečující (vyhýbavé) chování. Získá tak několik velmi důležitých zkušeností. Předně si potvrdí, že při expozici zpočátku zpravidla rychle vzniklý a intenzivně prožívaný *pocit strachu či úzkosti postupně klesá*, při dostatečně dlouhé době věnované expozici až k nule. Dále, že při *opakované expozici stejnému podnětu je intenzita prožívané negativní emoce stále nižší* a trvá po kratší dobu. Zjistí také, že *původní katastrofické obavy* (z mdlob, smrti..) se nenaplnily a posléze opět získá cennou zkušenost, že není jen „otrokem“ svého prožívání, ale může jej úspěšně ovlivňovat a *kontrolovat*. Cenná je zejména zkušenost s habituací, postupným „přivykáním si“ na kontakt s obávaným podnětem díky níž je klientova emoční odpověď stále méně intenzivní a trvá kratší dobu. Při dostatečném počtu expozic jedné obávané situací pak klient potvrdí, že je schopen situaci zvládnout zcela bez negativního emočního prožitku.

Expozici lze provádět *in imaginaci*, nebo *in vivo*, tedy v reálném kontaktu s obávanou situací, či podnětem. Často lze (zejména u silnějších fobických potíží, kde je pro klienta expozice in vivo zpočátku nepřijatelná) pracovat i kombinací obou možností, tedy zahájit expozici v imaginaci a při její úspěšnosti postupně přejít na expozici in vivo. Velkou výhodou expozice v imaginaci je pak možnost pracovat i s podněty a situacemi, kde je expozice in vivo jen obtížně dosažitelná, nebo nemožná (např. při zvládání strachu z některých lékařských vyšetření, jako vyšetření magnetickou rezonancí, nebo zvládání strachu při letu letadlem.. etc). Do budoucna se pak zdá otevírat velký prostor pro expozici s využitím „virtuální reality“. Expozice v imaginaci se na první pohled může zdát být podobná s technikou

systematické desenzibilizace, avšak zásadním rozdílem je, že při expozici v imaginaci je klient v plné míře vystaven intenzitě svého strachu a zjišťuje že při kontaktu s obávaným podnětem strach postupně odeznívá, zatím co při systematické desenzibilizaci je emoce strachu snižována propojováním s působením relaxace, která pocit strachu tlumí.

Nejvhodnější formou provádění expozice je **systematická graduovaná expozice**, při které zpočátku společně s klientem vytvoříme podobně jako při systematické desenzibilizaci hierarchii obávaných situací a začneme s expozicí nejmírnější z nich. Je vhodné domluvit s klientem intenzitu provádění expozice, domluvit se na způsobu záznamu a hodnocení (stupnice na které posuzuje intenzitu prožívané úzkosti). Nutno očekávat, že jednomu stupni expozice se klient musí vystavit opakovaně, dokud nezíská zkušenost, že je skutečně schopen zvládnout tento stupeň expozice bez výraznějšího emočního doprovodu. Expozici jedné situací z hierarchie provádíme opakovaně (někdy je postačí několik, jindy je ovšem nutných i několik desítek expozic) dokud klient nedokáže zvládnout původní obávanou situaci či podnět samostatně jen s mírnou, či dokonce žádnou úzkostí. Důležité je, aby klient získal sebedůvěru, že je schopen situaci, které se původně vyhýbal, ve svém životě opět zvládat. Vhodným doplněním expozice je pak i posílení každého zvládnutého stupně pomocí „Skinnerova operantního podmiňování“ vhodnou formou ocenění (pozitivní zpevnění).

Další formou provádění expozice pak může být **expozice zaplavením, tzv. „flooding“** při které se klient vystaví ihned tomu nejzávažnějšímu stupni svého strachu a zůstane v situaci tak dlouho, dokud strach nepoklesne (např. bez předchozího postupného zvládnání strachu z cestovní jinými dopravními prostředky pojedete rovnou metrem a zůstane v podzemí několik hodin.. etc). Formou expozice zaplavením je zaplavení v představě, tzv. „**implozivní terapie**“, při níž si klient představuje tu nejhorší možnou podobu své obávané situace, nebo až její podobu za hranicí reality. Expozici zaplavením je vhodné provádět za přítomnosti terapeuta, aby nedošlo k přerušení expozice a díky „vyhnutí“ pak ke zpevnění klientova problému.

Interoceptivní expozice je formou expozice, kterou je možné využít u panické poruchy. Jedná se o expozici vůči „vnitřním podnětům“, při níž si klient úmyslně vyvolá tělesné příznaky, které vedou ke spuštění panické ataky (např. bušení srdce, pocit nedostatku dechu, či závratě si klient může vyvolat pomocí několika rychlých dřepů, úmyslnou hyperventilací, rotací na místě.. etc) a učí se pak tyto příznaky zklidňovat např. pomocí kontrolovaného dýchání. Na tuto formu expozice je klienta třeba dobře připravit, její smysl a význam mu vysvětlit, předem dobře necvičit klidné dýchání. Je vhodné jí provádět v „bezpečném prostředí“ terapeutovy ambulance, eventuálně při sezení v klientově domácím prostředí.

Jak je patrné, technika expozice musí být pečlivě připravená a nelze ji provádět bez silné klientovy zaangażovanosti a bez jeho intenzivní spolupráce. Vždy je třeba vše pečlivě vysvětlit a klienta řádně edukovat.

Možné **komplikace při provádění expozice** je třeba vždy prozkoumat a hledat jejich příčinu. Může se např. stát, že v „bezpečí“ terapeutického sezení při vytváření hierarchie situací k expozici najednou připadají klientovi jeho problémy relativně zvládnutelné – a naplánujeme pak příliš smělé expoziční kroky, které však následně v realitě klient nezvládne. Je pak nutné společně s klientem příčiny neúspěchu probrat a eventuálně „hierarchii“ obávaných situací upravit. Je i možné, že bude první stupínky expozice zpočátku nutné realizovat za účasti terapeuta, až poté bez něj. Jindy je třeba u zvlášť silných úzkostných stavů i účast terapeuta na expozici odstupňovat (terapeut může např. klienta doprovázet při expozici jízdy dopravním prostředkem kdy napřed jede společně s ním, posléze jede v jiné části vozu tak, že na něj klient nevidí, jen ví, že tam terapeut je, poté již klient jede sám a terapeut na něj počká na zastávce.. etc). V případě „nezdařené“ expozice, kdy se klient situaci nakonec vyhne musíme pak společně s ním situaci rozebrat a dobře zpracovat, přenastavit pravidla expozice jinak a pokračovat dál v expozici - aby nedošlo díky jejímu nezvládnutí a vyhnutí k negativnímu zpevnění klientova problému.

B.2.3) Zábrana rituálům

Techniku „zábrany rituálům“ (uváděnou často také jako „technika zabránění kompulsivní odpovědi“, či „technika zabránění zabezpečovací reakci“) používáme při terapii obsedantně-kompulzivní poruchy s převládajícími nutkavými rituály. Technika je v lecčem podobná technice expozice, která ostatně tvoří i její základ, avšak je doplněna o zabránění kompulsivnímu rituálu, který by vedl (podobně jako vyhnutí u úzkostného či fobického prožitku) ke krátkodobému zmírnění prožívané úzkosti – ale tím k fixaci a upevnění zabezpečujícího chování a následnému zpevnění celého problému. Technika vychází z kognitivně behaviorálního modelu obsedantně-kompulsivní poruchy, kde předpokládáme, že právě kompulsivní rituál má zásadní zpevňující roli v celém obsedantně-kompulsivním problému. Nutkavé rituály (jako nutkavé umývání, kontrolování.. etc) je třeba společně s klientem podrobně zmapovat z hlediska jejich frekvence, intenzity a vytvořit podobě jako u techniky expozice hierarchii situací, které u klienta vedou k obsedantním myšlenkám a následným kompulsivním rituálům. Dále pak klienta vedeme k postupné expozici těmto situacím při současném zabránění kompulsivnímu rituálu, který by vedl ke krátkodobému snížení úzkostného pocitu (tedy je to de facto stejný proces jako zabránění vyhýbavému chování při běžné expozici). Začínáme tou nejmírnější, pro klienta nejsnadněji zvládnutelnou situací, kdy se klient dostane do kontaktu se spouštěcím podnětem a vydrží nepříjemný pocit (aniž by provedl kompulsivní rituál) tak dlouho, dokud nepříjemný pocit nepoklesne. U techniky zabránění rituálům bývá zpočátku vhodná přítomnost terapeuta (který v tomto případě může sloužit i jako „pozitivní vzor“) a poté co klient zvládne expozici tomto podnětu v přítomnosti terapeuta, zvládá ji pak sám. Osvědčuje se pracovat i s klientovými blízkými osobami v roli „koterapeutů“, kteří klientovi zpočátku pomáhají při zvládnutí jednotlivých stupňů expozice v domácím prostředí, dokud klient není schopen pak již stupeň zvládat sám. Následně se pak zaměřujeme na zvládnutí dalšího, náročnějšího stupně z hierarchie problémových situací.

Opět je vhodné kombinovat techniku zábrany rituálům s vhodným využitím pozitivního zpevnění a posílení. Je důležité si také uvědomit, že doba při expozici konkrétní situaci (při zabránění rituálu) nutná k poklesu úzkosti může být u silnějších obsedantně-kompulsivních problémů značně dlouhá, výjimečně může trvat i několik hodin a tak je nutné připravit pro provádění této techniky vhodné podmínky.

I u techniky zábrany rituálům nutno počítat s možnými komplikacemi. Může se stát, že klient nahradí zjevný kompulsivní rituál jiným, mírnějším, někdy téměř nepozorovatelným rituálem a ani si sám nemusí být tohoto principu vědom. Nebo začne vyžadovat od terapeuta či svého okolí „ujist'ování“, že se nic zlého nemůže stát, i když rituál neprovede, které však může snadno roli původního kompulsivního jednání nahradit. Proto je v případě, že se provádění techniky nedaří nutné pečlivě společně s klientem vše prozkoumat a zakomponovat do nově nastaveného modelu provádění této techniky.

B.2.4) Sledování činností

Techniku sledování činností využíváme při terapii depresivních poruch u apatických klientů, kteří jsou přesvědčeni, že celý den tráví jen pasivně a nedovedou prožívat radost. Typickými vysledovatelnými negativními myšlenkami u nich bývají „generalizující“ myšlenky typu: „vůbec nic se m nedaří“.. nebo „je mi celý den jenom špatně“.. Klient do předem vytvořeného formuláře (připomínající určitý „rozvrh dne“) zaznamenává každou činnost kterou dělal vždy každou hodinu a hodnotí tuto činnost na dvou jednoduchých škálách a to na škále „úspěšnosti“ (0-100%) a škále „potěšení“ (0-4). Získává pak přesný přehled o tom na kolik každou činnost zvládl (jak byl při této činnosti úspěšný) a jaké při ní prožíval potěšení. Hodnocení pak může být doplněno i tím, jakou měl klient přítomnou náladu (-4 – 0 – +4).

Díky této technice pak klient jednak zjistí, že není celý den zcela pasivní, ale také zjistí, že některé činnosti vedou k lepší náladě a více jej těší. Umožňuje to pak mnohem objektivnější pohled na klientovy potíže a technika je dobrým podkladem k současné kognitivní práci s jeho negativními myšlenkami.

B.2.5) Plánování činností a sebeodměňování

Předchozí technika „sledování činností“ je pak dobrým východiskem pro techniku „plánování činností a sebeodměňování“, kdy využíváme informace získané ze sledování činností k jejich cílenému plánování. Technika pomáhá klientovi vytvořit si plán dne více naplněného pozitivními činnostmi při kterých prožívá vyšší míru potěšení a má lepší náladu. Každá činnost, kterou si klient naplánuje podaří se mu ji zrealizovat je pak odměňována (díky Skinnerovu operantnímu podmiňování pak dochází k dalšímu pozitivnímu zpevnění) předem naplánovanými pozitivními činnostmi a odměnami.

B.2.6) Metody vytvoření nového chování

Techniky zaměřené na vytváření nového chování buď pomáhají vytvořit klientovi zcela nové chování, kterému se dříve nikdy nenaučil, anebo mu pomáhají odstranit překážky které mu brání v dovednosti určité chování uplatnit. K nácviku nových způsobů chování existuje celá řada metod, uvedeme zde však jen některé z nich:

Učení podle vzoru: Technika využívá jednu z nejlepších cest osvojení určitého chování: učení pomocí nápodoby. Osoba, která slouží jako vzor předvádí klientovi vhodné chování, klient pak toto chování napodobuje. Často jako „vzor“ tohoto chování může sloužit i chování terapeuta. Důležitý je zde pozitivní vztah klientka ke „vzoru“. Metoda se uplatňuje např. při nácviku asertivity, nácviku sociálních dovedností, zvládání obtížnějších situací sociální interakce.. etc.

Formování: Při této technice z chování klienta vybíráme takové, které se alespoň částečně podobá chování žádoucímu (např. pevný tón hlasu) které pak systematicky zpevňujeme a následně k němu připojujeme další žádoucí chování (např. udržení očního kontaktu).. Postupně tak formujeme klientovo chování, aby se více přibližovalo k chování žádoucímu.

Řetězení: Klientovi předvedeme správné provedení určité dovednosti (např. oblékání) a pak jej požádáme, aby samostatně provedl jen poslední úkon v řetězci chování, např. aby si zapnul knoflíček u krku. Toto chování pak posílíme. Když se klient tomuto chování naučí, požádáme jej, aby samostatně prováděl úkon předchozí, např. aby si zapnul všechny knoflíky a opět toto chování zpevníme (např. pochvalou). „Řetězíme“ pak další dílčí úkoly a kroky, až klient samostatně zvládne celé žádoucí chování (sám se obleče).

Pobízení: Tato technika nácviku nového chování se provádí tak, že terapeut klienta slovně vede, radí mu, popřípadě jej vede i fyzicky.

Hraní rolí: Tato technika patří k široce uplatňovaným a často využívaným technikám v rámci kognitivně behaviorální terapie. Díky této technice může terapeut lépe porozumět chování svého klienta, když jej sleduje téměř „v přímém přenosu“ a technika je také velmi dobrým prostředkem k práci na změně problémového chování a vytváření chování adaptivnějšího (např. zlepšení komunikace, vytváření sociálně adaptivnějšího chování.. etc).. Před vlastním zahájením techniky stanovíme cíl, „role“ (vhodné někdy je, pokud techniku používáme ze přítomnosti více osob, kdy lze obsadit jednotlivé role osob vzhledem k cíli na kterém pracujeme, např. někdo hraje roli klientova nadřízeného, jiný kolegu při jednání.. etc.). Můžeme ale využívat techniku hraní rolí i ve dvojici terapeut – klient, kde si pak klient může nacvičit nějakou dovednost, je možné i obrácení rolí, kdy terapeut hraje roli klienta a nastavuje mu tak „zrcadlo“ jeho negativních forem jednání a pomáhá mu vytvářet chování nové.

B.2.7) Metody k odstraňování nežádoucího chování (a upevnování žádoucího chování)

Častým požadavkem rodičů, učitelů, pečovatелů (i zdravotníků na odděleních pro dlouhodobě léčené pacienty) je změna existujícího nežádoucího chování u klienta. Stejně tak ale jako „nežádoucí“ chování můžeme vnímat i např. chování závislostní, automutilační... etc. Tyto techniky tedy častěji nacházejí uplatnění při programech léčby u hospitalizovaných pacientů. V historii kognitivně behaviorální terapie bylo při těchto programech využíváno zejména „operantního podmiňování“, kdy bylo nežádoucí chování spojováno s negativními (pro klienta nepříjemnými, nebo až bolestivými podněty) nebo mu byly odňaty v rámci důsledku „nežádoucího“ chování podněty pro něj příjemné (např. určité výhody, vycházky.. etc). V moderní kognitivně behaviorální terapii se však od podstatně méně účinných trestů (nehledě k etické spornosti jejich využívání) postupně upustilo a přešlo zejména k práci s pozitivními důsledky chování žádoucího. Pokud je našim cílem, aby se zvýšila frekvence určitého chování, je třeba jej zpočátku zpevňovat při každém jeho výskytu. Pro upevnění tohoto chování a posílení jeho „trvalosti“ je pak vhodné, aby bylo později posilováno nepravidelně a méně často.

Mezi techniky odstranění nežádoucího a upevnění žádoucího chování pak můžeme zařadit i např. techniku *vytváření a zpevňování neslučitelného chování*, kdy je klient odměňován za chování se žádoucím chováním neslučitelné (např. bulimická klientka je odměňována za to, že se po jídle jde projít místo toho aby šla zvracet), nebo *diferenční zpevňování jiného chování*, kdy je odměňováno to, že klient po určitou dobu neprovede nežádoucí chování, nebo *diferenční zpevňování malého množství chování*, kdy je odměňováno to, že klient po určitou dobu provedl jen malé množství nežádoucího chování. Metody odstraňování nežádoucího chování je velmi vhodné kombinovat s metodami vytváření a zpevňování žádoucího chování.

B.3) Techniky zaměřené na ovlivnění kognitivních procesů

Techniky zaměřené na ovlivnění kognitivních procesů (kognitivní techniky) se zpočátku vyvíjely v rámci samostatné kognitivní terapie, ale později se velmi efektivně propojily s proudem již existující a rychle se rozvíjející terapie behaviorální. Smysluplnost rčení „jak myslím, tak se cítím“ je v kognitivně behaviorálním přístupu rozvinuta v řadě velmi efektivních technik, které jsou zacílené na dosažení změny jak na úrovni kognitivních událostí a procesů, tak kognitivních schémat (jak víme, změna na úrovni kognitivních schémat je klíčová pro zvládnutí problémového chování a dosažení stabilního efektu terapie). Vzhledem k faktu, že „problémové chování“ je odvislé od dysfunkčních jádrových schémat, které jsou však fixovány a upevňovány negativními vzorci myšlení a chování pomocí mechanismů učení – je nejvýhodnější kombinace technik kognitivních s technikami behaviorálními.

B.3.1) „Stop-technika“.

Technika „zastavení myšlenek“, kdysi značně využívaná v kognitivně behaviorální terapeutické praxi je dnes vnímána spíše jako doplňková a svým způsobem překonaná. Bývala využívána u obsedantních či úzkostných automatických myšlenek, dnes je spíše využívána specificky v určité fázi terapie (např. když je vhodné vytvořit u klienta základní dovednost práce s dosud z jeho pohledu neovlivnitelnými myšlenkami, nebo jej připravit na krátkodobé ale nutné zvládnutí nějaké specifické situace, např. situace výběrového řízení při ucházení se o nové zaměstnání, situace zkoušky na škole.. etc). Návuk a provádění „Stop-techniky“ probíhá opět v několika krocích. Společně s klientem vytvoříme seznam nutkavých, či úzkostných automatických myšlenek a situací, ve kterých se nejčastěji projevují. Klient si také předem vytvoří několik příjemných uklidňujících představ. Dále si pak v bezpečném terapeutickém prostředí klient své obsedantní myšlenky vyvolá a dává terapeutovi předem domluveným způsobem signál o narůstající

prožívané úzkosti (např. zvedáním prstu, či paže). Jakmile se obsedantní myšlenky dostaví a stupeň úzkosti dosáhne vysoké intenzity, terapeut velmi rázným signálem „STOP!!“ (křiknutím, popřípadě doprovázeným i bouchnutím dlaně do desky stolu) tyto myšlenky u klienta zastaví a klient si ihned po počátečním úleku (který slouží poměrně spolehlivě k „přerušeni“ toku negativních myšlenek) začne vyvolávat svoji příjemnou, uklidňující představu. Technika je prováděna opakovaně, přičemž je postupně intenzita „STOP“ signálu zmírňována (např. místo hlasitého křiku je postupně používán jen verbální signál „stop“, dále pak jen např. lusknutí prstů, či stlačení prstů proti sobě..). Cílem je, aby signál „stop“ i při minimální a zvnějšku nepozorovatelné intenzitě dokázal spolehlivě zastavit tok klientových negativních myšlenek. Klient pak procvičuje tuto techniku samostatně až ji nakonec dokáže využívat v běžných situacích, kdy je třeba tok negativních myšlenek rychle zastavit.

Pozn: Jistě neunikne pozornosti, že z hlediska kognitivně behaviorálního modelu obsedantně kompulsivní poruchy by se vlastně „stop“ signál mohl snadno stát de facto kompulsivním rituálem. Proto je nutné o těchto úskalích s klientem otevřeně mluvit, KBT model OCD mu podrobně vysvětlit a případné potíže s ním hned rozebrat. Jak tedy z výše popsaného vyplývá, mnohem výhodnější je používání techniky „zabránění kompulsivní odpovědi“ a ponechání využití „Stop“ techniky pro specifické situace, tedy pro situace, kdy je nutné vůbec vytvoření základní klientovy dovednosti práce s myšlenkami (ve smyslu přerušeni jejich negativního toku a ovlivnění aktuálního prožitku), nebo využití této techniky pro akutní zastavení negativních myšlenek ve zcela konkrétní situaci, kterou klient potřebuje zvládnout.

B.3.2) Odvedení pozornosti

Technika „odvedení pozornosti“ vychází z předpokladu naší schopnosti soustředit se v jenom okamžiku jen na jednu myšlenku, zatímco ostatní spíše ustupují do pozadí. Klient se tedy díky této technice učí „upozadit“ negativní myšlenky (a ně navázané negativní pocity) a podobně jako předchozí „Stop“ technika tedy slouží především tam, kde je nutné rychle zvládnout aktuální negativní pocity a rychle kontrolovat prožívání. Je vhodná tedy jen k dočasnému ovlivnění kognitivních procesů (a na ně navázaného prožitku) a je dobře využitelná jako určité „nouzové opatření“ ke zvládnutí situací, v nichž je klient negativními myšlenkami natolik zaplaven, že nad nimi ztrácí kontrolu.

Lze identifikovat tři základní metody odvedení pozornosti a to směrem k tělesné činnosti, techniku „přesunutí“ pozornosti a odvedení pozornosti mentálním cvičením. Technika odvedení pozornosti směrem k **tělesné činnosti**, je založena na plném a velmi intenzivním soustředění se na konkrétní vykonávanou tělesnou činnost, jako např. tělesné cvičení, konkrétní práce v domácnosti, na zahradě.. a plným soustředěním se na konkrétní činnost pak klient odvede pozornost od úzkostných podnětů. Technika **přenesení pozornosti** spočívá v plném soustředění se na své okolí a velmi pečlivém zaměření pozornosti na všemi smysly aktuálně vnímané podněty. Klient se učí velmi pečlivě zaměřovat pozornost na to, co právě vidí, slyší, čeho se dotýká.. čímž opět odvede pozornost od vnitřního zaměření na úzkostná témata. Technika odvedení pozornosti směrem k **mentálním cvičením** pak spočívá v soustředěném provádění mentálních cvičení, např. odpočítávání čísla 7 od 1000, či řešení jiných aritmetických úloh, vybavení příjemného zážitku a jeho co nejdetailnějších podrobností.. etc.

Odvedení pozornosti je vhodné trénovat nejdříve v klidných podmínkách a postupně pak tuto dovednost přenášet do obtížných situací.

B.3.3) Kognitivní restrukturalizace

Tak jak lze expozici označit za v současném období nejčastěji používanou (a svým způsobem nevýznamnější) „behaviorální“ techniku, tak lze techniku „kognitivní restrukturalizace“ vnímat jako nejvýznamnější techniku kognitivní. Kognitivní složka prožitku je u úzkostných a depresivních poruch velmi často nekontrolovaně ovlivňována řadou automatických negativních myšlenek plných logických chyb a zkreslujících hodnocení. Klient pak tyto

„automatické negativní myšlenky“ nezpochybňuje, pokládá je za pravdivé a jedná podle nich. Automatické negativní myšlenky jsou spojeny s výraznou emotivní odpovědí, která klienta vede k určitému typu chování, které pak díky svým důsledkům „bludný kruh“ prožitku uzavírá a klientův problém posiluje. Díky automatickým negativním myšlenkám (a logickým omylům, které obsahují) pak klient negativně hodnotí jak sebe, tak okolní realitu. Zdrojem těchto negativních myšlenek jsou pak hlubší (často neuvědomované) kognitivní struktury, označované jako „kognitivní schémata“, či „jádrová přesvědčení“, nebo „dysfunkční domněnky“, tedy určitá bazální přesvědčení předurčující náš postoj k nám samotným, druhým lidem a okolnímu světu vůbec. Tato kognitivní schémata se vytvářejí již v dětství, často jsou předána výchovou, někdy vytvářena zevšeobecněním konkrétních zážitků a pozorování, nebo vzniklá jinými cestami, v průběhu života pak často upevňována a posilována. Obecně jsou kognitivní schémata ve své velké většině funkční, avšak řada z nich vznikne, či se potvrdí jako dysfunkční. Buď vznikají v dětství za traumatických okolností, nebo jsou ve své dysfunkční podobě získána výchovou, nebo se jedná o původní dětská racionálně nekorigovaná přesvědčení, která jsou díky negativním životním zkušenostem opakovaně potvrzována vnějšími zkušenostmi. Díky „dysfunkčním schématům“ je pak jedinec více zranitelný a tato dysfunkční schémata mu v životě více škodí, než prospívají. Výrazně také zvyšují riziko vzniku úzkostné či depresivní poruchy.

Při technice kognitivní restrukturalizace se nejdříve zabýváme jednotlivými automatickými negativními myšlenkami (ANM) a jejich nahrazováním alternativními, vyváženějšími myšlenkami. Součástí celkového přístupu v kognitivně behaviorální terapii pak je však logicky i zaměření na jádrová kognitivní schémata. Na podkladě typických ANM která se vyskytují opakovaně pak totiž dokážeme odvodit i „dysfunkční kognitivní schémata“, z nichž tyto ANM vycházejí a můžeme přejít i k přímému zpochybnění platnosti těchto dysfunkčních jádrových kognitivních schémat.

Konkrétní provádění techniky kognitivní restrukturalizace pak má 4 hlavní kroky: 1, Uvědomění si automatických negativních myšlenek (které jako „automatické“ myšlenky často probíhají, aniž by si je klient uvědomoval a uchopil je). 2, Prozkoumání a zpochybnění platnosti ANM. 3, Nelezení vyváženější alternativy ANM. 4, Posílení platnosti vyváženější alternativní myšlenky v reálných situacích.

Uvědomění si automatických negativních myšlenek. Existuje řada možností, jak ANM určit a uvědomit si je. Základem je naučit klientka pozorovat „tok“ vlastních myšlenek v různých situacích a zejména v těch situacích, kdy se necítí dobře. Je vhodné naučit jej, aby si tyto situace a myšlenky zaznamenával. Zpočátku to pro některé klienty bývá překvapivě obtížné a své automatické myšlenky nejsou schopni si uvědomit. Návčikem tedy může být počáteční práce v sezení, kdy klienta požádáme, aby uváděl automatické myšlenky, které jej napadají právě teď. S pomocí terapeuta si pak klient začíná „tok“ myšlenek lépe uvědomovat, může si je i zapisovat a dále určovat, která z myšlenek byla nejvíce emočně působící, při které klient cítil nejsilnější emoce. Učíme jej pak uvědomovat si tok ANM a prožívané emoce. Za domácí úkol si pak klient zaznamenává ANM v různých situacích a společně s terapeutem jsou v sezení tyto myšlenky vyhodnocovány (eventuálně je i pracováno s jejich „klasifikací“) ve vztahu k prožívaným emocím. Je vhodné využívat formuláře, které zaznamenávají každou situaci, ve které se klient necítí dobře, přičemž zaznamenává své pocity a probíhající myšlenky.

Existuje několik způsobů, které mohou klientovi při tomto zpočátku nesnadném úkolu pomáhat. A to *rozbor nedávného emočního prožitku* – kdy necháme klienta, aby podrobně popsal svoji poslední silnou emoci a snažíme se jej vést k uvědomění si myšlenek, které jej při tom napadaly. Dále se ANM mohou objevit při *hraní rolí*, kdy se při této technice mohou u klienta snadněji ANM dostavit a on si je uvědomí. Přítomnost ANM také může signalizovat *změna nálady v průběhu sezení*. Vhodným přístupem však je zejména dobrá edukace a systematický návčik uvědomování si toku myšlenek včetně myšlenek negativních.

Zkoumání platnosti automatických negativních myšlenek. Jádrem techniky kognitivní restrukturalizace je zejména zkoumání platnosti a zpochybnění ANM. Klient často vnímá své ANM jako zcela pravdivé, věří jim a nemá důvod je zpochybnovat. Cílem této fáze techniky je naučit klienta pohlížet na ANM spíše jako na „hypotézy“, které mohou být pravdivé, ale také pravdivé být nemusí. Klient se pak učí za pomoci terapeuta platnost této hypotézy zkoumat, ověřovat. Hlavním přístupem v této fázi techniky je zejména „sokratovské dotazování“, tedy kladení otázek typu „co svědčí pro?“, a také „co svědčí proti?“ platnosti ANM. Zejména otázka „co svědčí proti platnosti ANM“ je pak jádrem techniky kognitivní restrukturalizace.

Nalezení alternativní, vyváženější myšlenky. Dále pak klient po prozkoumání důkazů „pro“ a „proti“ platnosti ANM hledá společně s terapeutem její vyváženější alternativu. Nápomocna zde může být i „klasifikace“ ANM (např. klasifikace ANM dle A. T. Becka) kdy si na jejím podkladě klient snadněji uvědomí „logickou chybu“ obsaženou v ANM a snadněji pak najde její alternativní variantu, která tuto logickou chybu neobsahuje.

Ověření platnosti alternativních myšlenek v reálných situacích je pak logicky další fází terapie, kdy je nutné, aby si klient potvrdil platnost nové „alternativy“ původní ANM v reálných situacích.

B.3.4) Určení a zpochybnění dysfunkčních kognitivních schémat (negativních jádrových přesvědčení)

Zpochybnění jádrových dysfunkčních kognitivních schémat je logicky nedílnou součástí komplexní kognitivně behaviorální terapie (při zohlednění základní premisy KBT, že „dysfunkční jádrová kognitivní schémata“ jsou základním faktorem vzniku a existence psychických potíží). Podobně jako technika kognitivní restrukturalizace je pak i technika určení a zpochybnění kognitivních schémat *prováděna* v několika krocích. Prvním je *určení dysfunkčních schémat*, dalším pak jejich *zpochybnění* a následným pak *vytvoření alternativního přesvědčení*, s jeho následným *posilováním*.

Určení dysfunkčních schémat. Bývá zpravidla výrazně obtížnější než určení ANM. Dysfunkční schémata bývají často téměř neuvědomovaná a pro klienta je velmi obtížné je formulovat. Napomoci při určení dysfunkčních schémat může několik principů: 1, *Sledování opakujících se témat v průběhu terapie*, kdy tyto témata mohou signalizovat hlubší témata v prožívání a obsah kognitivních schémat (např. obava z odmítnutí, přeceňování druhých, podceňování sebe, nastavení k perfekcionalistickému výkonu.. etc). 2, *Logické chyby v ANM* mohou signalizovat stejné chyby v jádrových schématech, 3, *Všeobecné hodnocení sebe, druhých a světa vůbec* může odrážet určitý obsah jádrových schémat, 4, *Vzpomínky na dětství, rodinná rčení a 5, Nepřiměřená změna nálady* v průběhu sezení, může být také signálem aktivizace jádrového schématu.

Odvodit jádrová schémata od identifikovaných ANM lze i tzv. technikou „*padající šipky*“. Při této technice klademe opakované dotazy na určitou ANM a ptáme se, co by pravdivost této myšlenky znamenala pro klienta? Co to o něm říká? Co to říká o druhých? Co to říká a světe vůbec?.. kde je pak cílem zformulovat obecná klientova přesvědčení o sobě, o druhých lidech a o světě vůbec a tato identifikovaná jádrové schémata postupně zvědomovat.

Zpochybnění dysfunkčních schémat. Je pak logicky další fází této techniky, kdy po zformulování určitého jádrového přesvědčení pak zkoumáme jeho platnost. Pracujeme s *verbálním zpochybněním*, kdy zkoumáme v čem je toto přesvědčení nepřiměřené, škodlivé a z čeho pramení. Dále pak lze *zaznamenávat fakta, svědčících proti dysfunkčnímu přesvědčení*, kdy si např. klient, přesvědčený, že jej nikdo nemá rád zaznamenává situace, kdy se vůči němu druzí zachovali dobře, nebo mile.

Vytvoření alternativního přesvědčení. Je další fází techniky, kdy hledáme obdobu původního přesvědčení, ale takovou, která by ponechávala jeho původní výhody, avšak odstraňovala jeho nevýhody. Např. dysfunkční schéma „lidem se nedá věřit“ nahradíme alternativou, „nemůžu hned každému důvěřovat“, což by mohlo zachovat výhody jisté obezřetnosti v sociálních vztazích, avšak zmírnit až paranoidní nastavení a od něj odvislé způsoby chování, které by pak

jistě mohly v sociálních vztazích vyvolávat řadu negativních recipročních reakcí (posilujících zpětnovazebně klientovo původní negativní přesvědčení).

Posilování přesvědčivosti alternativního přesvědčení. Tuto klíčovou fázi techniky lze provádět řadou různých způsobů, především pak je vhodná jejich kombinace. 1) *Zaznamenávání faktů a zážitků, podporujících alternativní přesvědčení.* Je vhodný písemný záznam a zaznamenávání všech situací, ve kterých se platnost alternativního přesvědčení potvrdila. 2) *Behaviorální experimenty,* při nichž si klient cíleně naplánuje nějaké chování, které si chce ověřit. Například klientka, přesvědčená o tom, že druhým lidem není sympatická, si může zkoušet usmívat se na druhé lidi a vnímat jejich reakce. 3) *Historický test alternativního jádrového přesvědčení,* při němž si klient rozdělí svůj život na určitá časová období a pak se pokouší vzpomenout si v těchto obdobích na různé zážitky podporující platnost jeho alternativního přesvědčení. 4) *Hodnocení přesvědčivosti alternativního přesvědčení.* Na předem domluvené škále (např. 0 – 100%) si klient s pravidelnými odstupy zaznamenává jak moc je pro něj alternativní přesvědčení pravdivé.

Dosažení změny v jádrových kognitivních schématech je proces vyžadující čas. Jedná se však o klíčovou změnu, díky které pak lze efekt kognitivně behaviorální terapie vnímat jako trvalý.

B.3.5) Změny kognitivních procesů v imaginaci

Úzkostné a depresivní pocity jsou často doprovázeny jak negativními myšlenkami, tak i velmi živými vizuálními představami, které katastrofizují realitu, nebo se týkají možných tragických důsledků klientova jednání. Techniky zaměřené na změny kognitivních procesů v imaginaci pak využívají tohoto principu a pracují s klientovým problémovým prožíváním prostřednictvím představ. Popíšeme si zde některé techniky:

a) Opakování představy (a přesycení)

Poté, co klient popíše situaci, která v něm budí negativní pocity, požádáme jej, aby v sezení tento popis ještě několikrát zopakoval. Při opakování představy pak hodnotí, jak se mění jeho prožitek. Podobně jako při expozici při opakování představy obvykle dochází ke zmírňování negativních prožitků. Klient si pak může tuto situaci opakovat za domácí úkol, dokud není jeho emoční prožívání při představě této situace neutrální.

Alternativou pak je i vytvoření nehorší možné varianty této představy a její velmi intenzivní opakování, což pro počátečním významném nárůstu aktuálně prožívané úzkosti zpravidla rychle vede k úlevě.

b) Řízená změna představy

Techniku lze úspěšně využívat u lidí a vracejícími se vtíravými myšlenkami na prožitou traumatickou událost. Klient si ve stavu relaxace navodí traumatickou vzpomínku a při nárůstu úzkosti si pak představí, že se stalo něco pozitivního, co vedlo ke šťastnému konci. Tuto práci s představou pak nutno opakovat. Další možnost řízené změny obávané představy spočívá ve změně představy velikosti, či vzdálenosti obávaného objektu, kdy si například člověk trpící fobií ze psů představuje konkrétního psa jak se zmenšuje, až je malinký jako dětská hračka a vejde se mu do dlaně.. Nebo si lze člověka, kterého se obávám představit např. jen ve spodním prádle.. etc.

c) Vytvoření přehnané představy

Vytvoření té nejhorší možné varianty negativní představy a její opakování jednak vede k postupnému snižování intenzity emoční reakce a také může klientovi pomáhat uvědomit si, že skutečná realita nikdy nebude tak děsivá a lze ji zvládnout.

d) Časová projekce

Pokud se klient obává nějaké situace, která jej čeká, může s představou této situace pracovat tak, že si představuje jak jí bude hodnotit s odstupem času. Po několika týdnech, po letech. Další variantou pak je posun zaměření jádra představy (kdy si např. klient trpící fobií ze zubního ošetření představuje nikoliv situaci, která jej čeká jako např. situaci

v čekárně u lékaře, nebo situaci jak sedí v křesla, ale „posune“ tuto představu do bodu, kdy již z křesla vstává a celá situace, kterou úspěšně zvládnul je již za ním).

B.3.6) Sebeinstruktáž

Technika, kterou původně vypracoval Meichenbaum, vychází z poznatku, že prožitek určité situace je ovlivněn tím, co s této situací říkáme, jakou „vnitřní řeč“ k sobě vedeme. V první fázi provádění této techniky se klient učí rozpoznávat „vnitřní řeč“ v různých situacích a to, jak tato vnitřní řeč ovlivňuje jako prožívání. Druhým krokem pak je cílené ovlivňování tohoto vnitřního monologu tak, aby klientovi lépe pomáhal problematickou situaci zvládnout. Tuto konstruktivní „vnitřní řeč“ si pak klient nacvičuje zpočátku v sezení, dále v rámci domácích úkolů, pak v reálné situaci. Sebeinstrukce lze rozdělit na ty, které zaměřují pozornost na samotnou prožívanou situaci, dále na ty, které řídí vlastní jednání, pak ty, které dodávají odvalu a posílají na ty, které vlastní jednání oceňují.

B.4) Komplexní kognitivně behaviorální programy

Kognitivně behaviorální techniky bývají jen zřídka používány samostatně, zpravidla se jedná o použití více jednotlivých technik, které kombinujeme při zohlednění klineotva konkrétního problému (kdy při jeho mapování vycházíme z behaviorální, kognitivní a funkční analýzy) a podřizujeme jejich výběr snaze o dosažení předem definovaného cíle. Tedy stavu, kterého chceme společně s klientem dosáhnout.

Dále pak v kognitivně behaviorální terapii existují komplexní programy zaměřené na zvládání určitých oblastí problémů. Uvedeme si zde některé z nich.

B.4.1) Návčik zvýšení odolnosti vůči stresu

Cílem tohoto programu není pomoci zvládnout klientovi jen konkrétní situaci, nebo ohraničený problém, ale vytvořit obecnou vyšší dovednost zvládání stresových situací jak takových. V první fázi přístupu jsou mapovány jeho dosavadní strategie zvládání stresu. Zaměření je zde zejména na kognitivní a behaviorální rovinu jejich prožitku, tedy co si klient v těchto situacích říká a jak v nich jedná. Při získávání těchto informací je využívána kromě rozhovoru i celá řada jiných cest jako např. hraní rolí, záznamů které si klient vede.. Součástí programu pak je důkladná edukace modelu úzkosti, její kognitivní, fyziologické, emotivní a behaviorální složky. Klient se pak učí tyto složky prožívání kontrolovat. Ve druhé fázi přístupu se pak systematicky učí stresové situace zvládat. Učí se lépe porozumět svému prožitku, pracovat s myšlenkami v problémové situaci, uchopit a adaptivně řídit své jednání v ní. Třetí fázi přístupu pak je uplatnění těchto nových dovedností v reálných stresových situacích.

B.4.2) Návčik zvládání úzkosti

Program je zaměřený na lepší zvládání úzkosti v její obecné rovině. Zahrnuje podrobnou behaviorální analýzu problémů spojených s úzkostí, dále je založen na souboru několika behaviorálních technik zaměřených na zvládání jednotlivých rovin prožívání. Jeho součástí jsou techniky zaměřené na ovlivnění fyziologických příznaků (relaxace), dále techniky zvládání zjevného chování (expozice).

B.4.3) Návčik zvládání sociálních dovedností

Je programem zaměřeným na pomoc lidem s deficitem v oblasti sociálních dovedností. Uplatňuje se pak logicky i jako součást terapie jiných poruch (např. sociálních fobií, poruch osobnosti, nebo i schizofrenií). Zlepšení sociálních dovedností pak vede i ke zlepšení prožívání sociálních situací. Jde o postupný návčik toho, jak s druhými lidmi lépe jednat, dokázat se lépe prosadit a také lépe druhým lidem porozumět. Nově vytvářené dovednosti se klient nejprve učí „nanečisto“ až pak je začíná používat v běžných situacích. Při návčiku zvládání sociálních dovedností používáme *terapeutické instrukce* při kterých terapeut přejímá určitou roli učitele, kdy vysvětluje jednotlivé kroky interakce, předvádí je, společně s klientem je nacvičují. Dále se uplatňuje *návčik podle vzoru, hraní rolí*. Při návčiku sociálních dovedností postupujeme od jednoduchých složek ke komplexnějšímu chování. V průběhu návčiku sociálních dovedností je pak klientovi poskytována zpětná vazba. Vhodným prostředím pro návčik sociálních dovedností pak je zejména skupinová terapie.

B.4.4) Návčik řešení problémů

Návčiku využíváme k řešení konkrétních klientových problémů. Řada klientů své problémy řeší impulsivně, nebo neefektivně a často za řešení svých problémů nedokáží přijmout odpovědnost. Návčik řešení problémů tento jejich postoj mění. Vyžaduje značné úsilí a pravidelné procvičování. Dovednost řešení problémů je však v KBT pojímána stejně jako jakákoliv jiná dovednost. Může být naučena a zdokonalována.

Strukturované „řešení problémů“ pak sestává z několika m vlastních částí. První částí je *určení problému* a jeho popis. Mapujeme nejprve všechny klientovy problémy. Poté ze všech problémů, které klienta tíží *vybereme problém k řešení*, tedy ten, na který se klient chce zaměřit. V další fázi pak *hledáme co největší množství možných řešení* tohoto problému. Dále zhodnocujeme *výhody a nevýhody* každého z možných řešení. Dále *zvolíme určité řešení a naplánujeme konkrétní kroky k jeho realizaci*. Dále pak toto řešení *uskutečnime*. Nakonec pak vyhodnotíme *účinnost zvoleného řešení*.

C) Závěr

Velké množství terapeutických technik, které v rámci kognitivně behaviorální terapie v průběhu jejího vývoje vznikly z ní nedělá lepší terapeutický směr proti směrům jiným. Současně však lze jejich velké množství vnímat jako nespornou výhodu umožňující pečlivé zvolení těch nejvhodnějších a nejlepších terapeutických cest, nastavených pro konkrétního klienta ve vztahu ke zvládnutí jeho konkrétního problému a dosažení jím stanoveného cíle.

Bohatost kognitivně behaviorálních technik pak často využívají i terapeuti jiných směrů, kteří se při své cestě hledání co nejvhodnější formy pomoci pro svého klienta často inspirojí i některou z KBT terapeutických technik, byť je jejich původní terapeutická orientace jiná. A o je, myslím, zcela v pořádku. Každý dobrý terapeut dělá pro svého klienta v každé chvíli terapie to nejlepší, co umí.. A KB terapeutické techniky mu při tom mohou být nápomocny.

Tedy, přátelé milí, i pokud si zvolíte jiný terapeutický směr, doufám, že si alespoň na některé kognitivně behaviorální techniky vzpomenete a využijete je v zájmu svých budoucích klientů ☺