



TRITON  
Praha / Kroměříž



Ján Praško, Petr Možný, Miloš Šlepecký a kolektiv

---

## **Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch**





Ján Praško, Petr Možný, Miloš Šlepecký a kolektiv  
**Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch**

Vyloučení odpovědnosti vydavatele

Autoři i vydavatel věnovali maximální možnou pozornost tomu, aby informace zde obsažené odpovídaly aktuálnímu stavu znalostí v době přípravy díla k vydání. I když tyto informace byly pečlivě kontrolovány, nelze s naprostou jistotou zaručit jejich úplnou bezchybnost. Z těchto důvodů se vylučují jakékoli nároky na úhradu ať již přímých, či nepřímých škod.

*Tato kniha ani žádná její část nesmí být kopírována, rozmnožována ani jinak šířena bez písemného souhlasu vydavatele.*

**Editoři:**

Doc. MUDr. Ján Praško, CSc.

MUDr. Petr Možný

PhDr. Miloš Šlepecký, CSc.

**Autoři jednotlivých kapitol:**

MUDr. Kateřina Espa-Červená

Doc. MUDr. Jiří Horáček, PhD.

PhDr. Petra Houbová

PhDr. František David Krch

MUDr. Tomáš Novák

PhDr. Iva Málková

MUDr. Beata Pašková

Doc. MUDr. Ján Praško, CSc.

MUDr. Hana Prašková

PhDr. Jaroslava Raudenská, PhD.

PhDr. Mabel Rodriquez

MUDr. Petr Možný

PhDr. Miloš Šlepecký, CSc.

MUDr. Filip Španiel, PhD.

Jana Vyskočilová Dis.

MUDr. Richard Záleský

MUDr. Lucie Závěšická

Doc. MUDr. Jan Zbytovský, CSc.

**Recenzovala:**

MUDr. Pavla Hellerová

Psychiatrická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

© Ján Praško, Petr Možný, Miloš Šlepecký a kolektiv, 2007

© TRITON Praha/Kroměříž, 2007

Cover © Renata Brtnická, 2007

Cover illustration © Prado, Madrid, 2007

Vydalo Nakladatelství TRITON Praha/Kroměříž, Vykáňská 5, 100 00 Praha 10,  
[www.triton-books.cz](http://www.triton-books.cz)

**ISBN 978-80-7254-865-4**

# Obsah

|                                                                  |     |
|------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>1 Úvod</b> ( <i>Praško, Možný, Šlepecký</i> ) .....           | 9   |
| <b>2 Základní rysy KBT</b> ( <i>Praško, Možný</i> ) .....        | 13  |
| <b>3 Teorie KBT</b> ( <i>Praško, Možný</i> ) .....               | 17  |
| 3.1 Teorie učení .....                                           | 19  |
| 3.2 Kognitivní procesy .....                                     | 31  |
| 3.3 Model psychických poruch .....                               | 69  |
| 3.4 Literatura .....                                             | 81  |
| <b>4 Struktura KBT</b> ( <i>Praško, Možný</i> ) .....            | 84  |
| 4.1 Kognitivně behaviorální vyšetření.....                       | 84  |
| 4.2 Orientační vyšetření.....                                    | 89  |
| 4.3 Podrobné vyšetření.....                                      | 97  |
| 4.4 Měření.....                                                  | 103 |
| 4.5 Behaviorální analýza.....                                    | 113 |
| 4.6 Kognitivní analýza .....                                     | 129 |
| 4.7 Funkční analýza .....                                        | 131 |
| 4.8 Formulace problému .....                                     | 132 |
| 4.9 Definice problému .....                                      | 132 |
| 4.10 Cíle .....                                                  | 134 |
| 4.11 Terapeutický plán .....                                     | 136 |
| 4.12 Ukončení léčby.....                                         | 138 |
| 4.13 Literatura .....                                            | 138 |
| <b>5 Struktura KBT sezení</b> ( <i>Praško, Možný</i> ) .....     | 141 |
| 5.1 Literatura .....                                             | 145 |
| <b>6 Terapeutický vztah v KBT</b> ( <i>Praško, Možný</i> ) ..... | 146 |
| 6.1 Fázový model KBT postupu.....                                | 146 |
| 6.2 Navazování a udržování terapeutického vztahu .....           | 147 |
| 6.3 Přenos a protipřenos .....                                   | 152 |
| 6.4 Psychogenní iatrogenie.....                                  | 158 |
| 6.5 Literatura.....                                              | 159 |
| <b>7 Metody KBT</b> ( <i>Praško, Možný</i> ) .....               | 160 |
| 7.1 Behaviorální metody .....                                    | 161 |
| 7.2 Kognitivní metody .....                                      | 184 |

|                                                                                                           |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 7.3 Komplexní terapeutické programy .....                                                                 | 241        |
| 7.4 Skupinová KBT .....                                                                                   | 256        |
| 7.5 Literatura .....                                                                                      | 261        |
| <b>8 Praktické uplatnění KBT .....</b>                                                                    | <b>264</b> |
| 8.1 KBT afektivních poruch .....                                                                          | 264        |
| 8.1.1 KBT depresivní poruchy ( <i>Praško, Možný, Šlepecký</i> ) .....                                     | 264        |
| 8.1.2 KBT bipolární afektivní poruchy ( <i>Praško, Novák, Záleský</i> ) .....                             | 349        |
| 8.2 KBT úzkostných poruch .....                                                                           | 398        |
| 8.2.1 Panická porucha ( <i>Praško, Záleský, Houbová</i> ) .....                                           | 398        |
| 8.2.2 Generalizovaná úzkostná porucha<br>( <i>Praško, Záleský, Pašková, Vyskočilová, Prašková</i> ) ..... | 439        |
| 8.2.3 KBT agorafobie ( <i>Praško, Prašková</i> ) .....                                                    | 483        |
| 8.2.4 KBT sociální fobie ( <i>Praško, Prašková, Vyskočilová</i> ) .....                                   | 526        |
| 8.2.5 Specifické fobie ( <i>Prašková, Praško</i> ) .....                                                  | 570        |
| 8.3 KBT obsedantně kompulzivní poruchy ( <i>Praško, Prašková</i> ) .....                                  | 602        |
| 8.4 KBT posttraumatické stresové poruchy ( <i>Praško, Novák</i> ) .....                                   | 646        |
| 8.5 KBT hypochondrické poruchy ( <i>Praško, Záleský, Pašková</i> ) .....                                  | 700        |
| 8.6 KBT insomnie ( <i>Espa-Červená, Závěšická, Praško</i> ) .....                                         | 734        |
| 8.7 KBT schizofrenie ( <i>Možný, Španiel, Rodriques, Horáček, Praško</i> ) .....                          | 764        |
| 8.8 KBT poruch příjmu potravy ( <i>Krch</i> ) .....                                                       | 802        |
| 8.9 KBT obezity ( <i>Málková</i> ) .....                                                                  | 823        |
| 8.10 KBT závislosti ( <i>Záleský</i> ) .....                                                              | 855        |
| 8.11 KBT sexuálních dysfunkcí ( <i>Zbytovský</i> ) .....                                                  | 886        |
| 8.12 KBT u dětí ( <i>Šlepecký</i> ) .....                                                                 | 905        |
| 8.13 Použití KBT v somatické medicíně ( <i>Pašková</i> ) .....                                            | 934        |
| 8.14 KBT u chronické bolesti ( <i>Raudenská</i> ) .....                                                   | 968        |
| <b>9 Závěr (Praško) .....</b>                                                                             | <b>993</b> |
| <b>10 Doplnky – formuláře, posuzovací stupnice, dotazníky a škály .....</b>                               | <b>995</b> |



# 1

## Úvod

Ján Praško, Petr Možný, Miloš Šlepecký

Kognitivně behaviorální terapie je psychoterapeutický směr, který se od svého vzniku stále dynamicky rozvíjí a proměňuje. Proto po vydání první učebnice autorů Možný, Praško „Kognitivně behaviorální terapie – úvod do terapie a praxe“ v roce 1999 vznikla potřeba zachytit nové teoretické poznatky a podrobněji popsat možnosti uplatnění KBT u jednotlivých psychických poruch.

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 povrchní, 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 zcestná.

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 (tedy, laicky řečeno, jak se navzájem ovlivňují rozum a srdce) 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 spoléhá jen ve výjimečných případech – např. 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.

Současná KBT tedy

- není zaměřena 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.
- neignoruje zásadní význam terapeutického vztahu! Vztah důvěry a vzájemné spolupráce je v KBT považován za nezbytnou, avšak nikoliv 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.

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 poukázal F. Dattilio (Dattilio, 2003), kognitivně behaviorální terapie ve své teorii i praxi integruje poznatky i metody mnoha dalších psychoterapeutických směrů, uvedených na obrázku 1.

Jedním ze základních rysů KBT je orientace na spolupráci s klientem, který je pro terapeuta 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 vysvětlování smyslu jednotlivých psychoterapeutických metod. V jistém smyslu představuje KBT systematické uplatnění poznatku „selského rozumu“ při léčbě psychických problémů.

Jedním ze zásadních problémů, který brání integraci psychoterapeutických směrů, je právě rozdílná terminologie, bránící vzájemnému porozumění. Tím, že



**Obrázek 1.1:** KBT jako integrativní psychoterapie (Dattillio, 2003)

se opírá o „neodborné“, všeobecně srozumitelné pojmy, nabízí KBT možnost integrace s dalšími psychotherapeutickými 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 kterémukoliv směru, byl jasně vědom toho, pro které typy psychických problémů je která terapeutická metoda nejvhodnější, 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 založeným) psychoterapiím (děkujeme doc. PhDr. Kocourkové za tento elegantní terminologický klenot). Jinak hrozí, že se bude dále stírat již tak ne zcela jasná hranice mezi odbornou psychoterapií a různými „záračnými“ šarlatánskými metodami, jejichž protagonisté mají o to větší ambice, oč méně průkazných faktů jejich tvrzení podporuje.

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

Tento text byl napsán především pro klinické pracovníky v oboru psychiatrie, psychiatriy a psychologie, kteří se léčbou pacientů s psychickými poruchami přímo zabývají. Další cílovou skupinou jsou praktičtí lékaři a specialisté ze somatických oborů (zejména neurologové, internisté a rehabilitační lékaři), kteří se zajímají

o racionální psychoterapeutické přístupy, kterými by mohli pomoci svým pacientům. V současnosti v celém světě stále častěji vstupují do výcviků v kognitivně behaviorální terapii a zavádějí psychoterapii do své praxe. Třetí důležitou skupinou, pro kterou jsme tuto učebnici psali, jsou zdravotní sestry, sociální sestry a rehabilitační pracovníci. Kognitivně behaviorální terapie se stává významnou součástí komplexních léčebných, rehabilitačních a preventivních programů v ambulancích, v denních psychoterapeutických stacionářích, na klinikách léčby bolesti, centrech pro léčbu obezity i nemocničních programů v psychiatrii i somatické medicíně. Učebnice dále může sloužit studentům lékařských fakult a psychologie, kteří se do praxe teprve chystají a chtějí získat praktické poznatky o jednom z nejvlivnějších psychoterapeutických směrů současnosti.

Zaměření textu je tedy hlavně praktické; teoretické části jsou redukovány na minimální penzum, které je nutné pro pochopení praktických kroků.

Kniha je členěná do dvou částí. První, obecná část se zabývá stručně teoretickými základy KBT a praktickými zásadami hodnocení, měření a léčby, které mohou sloužit jako obecný základ pro specifické programy, uvedené u jednotlivých psychických poruch v druhé, speciální části.

# 2

## Základní rysy KBT

Ján Praško, Petr Možný

Začneme krátkých exkursem do historie. Kognitivně behaviorální terapie vznikla asi před 20 lety úspěšnou integrací dvou původně samostatných psychoterapeutických směrů – terapie behaviorální a terapie kognitivní.

Starší z obou směrů je *behaviorální terapie*, která vznikla v 50. letech 20. století ve Velké Británii a v USA. Jejími zakladateli jsou H. Eysenck, J. Wolpe, I. Marks a další. Anglický výraz „behavior“ (event, „behaviour“) znamená jednání, chování, konání. Behaviorální terapeuti se zaměřovali především na podrobné sledování a analýzu zjevného chování jedince v určité problémové situaci a snažili se zjistit, které vlivy okolního prostředí toto chování ovlivňují. Cílem terapie bylo pomocí systematické manipulace s následky sledovaného chování rozvíjet chování žádoucí a potlačovat chování nežádoucí a pomocí nácviku rozvíjet nové, konstruktivní způsoby chování tak, aby jedinec dokázal své problémy lépe řešit a zvládat. Behaviorální terapeuti obvykle nemluvili u svých pacientů o diagnózách a nemocech, ale o jejich problémech a o účinných či neúčinných způsobech řešení těchto problémů. V průběhu terapie se pacient pomocí různých konkrétních postupů učil, jak má změnit své chování tak, aby své problémy dokázal účinně řešit. Behaviorální terapie se opírá o poznatky teorie učení, jak je vytvořili Pavlov, Watson, Hull, Skinner a další. Předností behaviorální terapie byla detailní analýza a měření jednotlivých složek problémového chování a prokazování účinnosti terapeutických postupů pomocí vědecké metodologie – tj. pomocí srovnávání dosažených změn u větších souborů pacientů s kontrolní skupinou za využití statistických metod. U řady psychických poruch – zvláště u úzkostných poruch jako agorafobie, panická porucha, obsedantně kompulzivní porucha, ale i u jiných poruch, např. u poměchování, poruch chování u dětí a mentálně retardovaných, u poruch příjmu potravy či funkčních sexuálních poruch – byla účinnost behaviorální terapie solidně prokázána řadou výzkumných studií a behaviorální terapie byla v těchto případech považována za relativně účinnější než starší psychodynamické formy psychoterapie.

*Kognitivní terapie* vznikla v 60. a 70. letech v USA a za její zakladatele jsou považováni A. T. Beck a A. Ellis. Latinský výraz „cogito“ znamená myslet, „cognitio“ pak sloužící poznání nebo poznávací. Anglické slovo „cognition“ znamená poznání, vědomí, ale také poznávací složku emocí. Pojmem „kognitivní“ označujeme procesy přijímání, zpracovávání, hodnocení a ukládání informací z vnějšího

i vnitřního prostředí. Asi nejbližším českým ekvivalentem slova „kognice“ je pojem „myšlení“, ale patří sem i pozornost a paměť. Velká část zpracovávání informací probíhá na nevědomé úrovni, a proto rozlišujeme kognitivní procesy vědomé a nevědomé – zatímco spojení „nevědomé myšlení“ se běžně nepoužívá. Podobně jako se behaviorální terapie zaměřuje na analýzu a změnu zjevného chování, zaměřuje se kognitivní terapie na analýzu a modifikaci myšlení, názorů, přesvědčení, předpokladů a postojů. Základním teoretickým východiskem kognitivní terapie je teze kognitivní psychologie, že „organismus nereaguje primárně na své okolí, ale na mentální reprezentaci svého okolí“ (Mahoney, 1974). Kořeny tohoto názoru najdeme již u římské filozofické školy stoiků, jejíž představitel Epiktetos prohlásil: *„Nejsou to věci samy, co nás znepokojuje, ale naše mínění o těchto věcech“*. Kognitivní terapie se opírá ve svých terapeutických postupech o poznatky kognitivní psychologie. Cílem kognitivní terapie je analyzovat a změnit myšlení pacienta tak, aby si uvědomil své dysfunkční, iracionální a neadaptivní postoje, názory a způsoby myšlení a aby je nahradil myšlením racionálním, funkčním a adaptivním. Účinnost kognitivní terapie byla prokázána v řadě studií nejdříve u depresí, ale v posledních desetiletích se její aplikace rozšířila na mnoho dalších emočních poruch – na úzkostné stavy, poruchy osobnosti, somatoformní poruchy, poruchy spánku, na terapii bludů a halucinací u chronické schizofrenie ap.

Jak vyplývá z výše uvedeného, zaměřovali se behaviorální terapeuti především na analýzu a modifikaci zjevného chování a kognitivní terapeuti na analýzu a modifikaci přesvědčení a způsobů myšlení. Na počátku 80. let 20. století se řada autorů (A. A. Lazarus, D. Meichenbaum, M. Mahoney) snažila ve své práci sloučit oba terapeutické přístupy v jeden směr, který by kombinoval osvědčené terapeutické postupy obou směrů a jehož účinnost by byla vyšší než účinnost obou původních směrů jednotlivě. Tato integrace proběhla úspěšně a kognitivně behaviorální terapie (KBT) se od té doby vyvinula v respektovaný psychoterapeutický směr s nejširším uplatněním v léčbě mnoha psychických poruch. Vychází z teorie, že příčinou psychických potíží jsou chybné způsoby chování a myšlení a že tyto chybné způsoby chování a myšlení jsou naučené a udržované rozpoznatelnými vnějšími i vnitřními faktory. V terapii se pacient může tyto chybné způsoby chování a myšlení odnaučit či přeučit nebo se může naučit novým, vhodnějším způsobům, jak řešit své problémy. KBT patří mezi léčby volby u úzkostných poruch, depresí, obsedantně kompulzivní poruchy, posttraumatické stresové poruchy, somatoformních poruch, poruch spánku, sexuálních dysfunkcí, poruch osobnosti a jako součást komplexního programu léčby a rehabilitace se uplatňuje i při léčbě psychotických poruch, organických postižení mozku a řady tělesných onemocnění. Je možné ji využít v ambulantních podmínkách i při hospitalizaci, formou individuální, skupinové, párové i rodinné terapie.

Kognitivně behaviorální terapeuti se snaží přizpůsobit terapii individuálním potřebám konkrétního pacienta, a proto jsou ve své praxi velmi flexibilní. Jakákoliv snaha o všeobecnou charakterizaci tohoto směru představuje velkou míru

zjednodušení a v praxi nalezneme více výjimek než terapií, které by dokonale 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. 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 mají 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 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 je součástí vyšetření a analýzy problému, nejvíce času se v terapii 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 např. 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, nebo nebylo dosaženo. Např. 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 zvládáním 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, který se vyhýbá mystice, spekulacím a nesrozumitelné terminologii, a tím, že se snaží vycházet z konkrétních faktů a kriticky je zkoumat.

Další předností je její prokázaná účinnost, ověřená na velkých souborech pacientů a mnohaletým katamnestickým sledováním. Síla, ale někdy i slabost KBT je v tom, že se snaží přibližovat psychoterapii vědě a vzdaluje ji od umění a filosofie.



# 3

## Teorie KBT

Ján Praško, Petr Možný

Kognitivně behaviorální terapie vznikla koncem 70. let v Anglii integrací historicky starších přístupů, behaviorální a kognitivní terapie. KBT terapeut se snaží analyzovat maladaptivní vzorce myšlení a chování, vysvětlit, jak tyto vzorce vznikly a co je udržuje, a v průběhu terapie pomáhá pacientovi změnit je na vhodnější, konstruktivnější a účinnější strategie, které zmírní či odstraní jeho negativní emoční prožívání (úzkosti, deprese).

Historicky starší je behaviorální terapie. Její rozvoj začal v 60. letech nezávisle v Anglii a ve Spojených státech. Behaviorální terapie navázala na výzkumy experimentální psychologie. Vycházela zejména z experimentálně prokázaných vztahů mezi podnětem a reakcí. Teorie behaviorální terapie navazují na výzkumy z přelomu 19. a 20. století. Výsledky laboratorního výzkumu chování zvířat byly postupně aplikovány na člověka. Toto období je spojováno se jménem I. P. Pavlova (klasické podmiňování), ve 30. letech v Americe se jménem J. Watsona a hlavně v 50. letech se jménem B. F. Skinnera (operantní podmiňování). Pro behaviorální terapii je typické přesvědčení, že psychické poruchy nejrůznějšího typu jsou zejména naučenými reakcemi. Behavioristé vycházeli ze základního předpokladu, že a) i když určité psychické pochody jsou vrozené – pudové, instinktivní (temperamentové), rozhodující podíl lidského chování tvoří reakce naučené v průběhu života na základě zkušeností s podněty z okolního prostředí (charakterové), b) nevhodnému (maladaptivnímu) chování se člověk učí stejným způsobem jako chování adaptivnímu, c) maladaptivní chování lze odstranit či přeučit pomocí těchž principů učení, které vedly k jeho vytvoření, a konečně d) že podmínky, které vedly k vytvoření určitého chování, nemusí být nutně tytéž, které vedou k jeho přetrvávání (Murdoch, Barker, 1996). Proto se musí řídit experimentálně zjištěnými zákony učení a stejně, jako bylo možné se určitému nežádoucímu chování naučit, je možné i přeučení na vhodnější formy chování. Uspořádá-li terapeut vhodně vnější podmínky, probíhá přeučování automaticky. Ke změně podle této koncepce nedochází změnou emocí či myšlení, ale tím, že dojde přímo ke změně chování. Vývoj však ukázal, že takto orientovaná terapie byla schopna účinně léčit jen některé poruchy, jako jsou např. specifické fobie, agorafobie, obsedantně-kompulzivní porucha, sebepoškozování u autistů a mentálně retardovaných jedinců. Od 60. let 20. století došlo ke dvěma zásadním změnám ve vývoji experimentální psychologie. Teoreticky byly velmi dobře zpracovány sociální aspekty učení (Bandura,

1977) a došlo k tzv. kognitivní revoluci – zaměření na zkoumání kognitivních aspektů psychiky. Stále více původně behaviorálních terapeutů začalo proto věnovat pozornost i subjektivní zkušenosti jedince.

Rozvoj kognitivní terapie nastal v 70. letech v USA. Její tvůrci věnovali prvořadou pozornost poznávacím procesům, a to především myšlení, později postojům. Přístup blízký kognitivní terapii nacházíme již u Sokrata. V přísně logicky vedeném dialogu ostře směřuje k jádru věci a náhle, často i nečekaně, osvětluje probírané téma. Po něm nazvali kognitivní terapeuti jednu z nejúčinnějších strategií „sokratovským dialogem“. Přímým předchůdcem kognitivní terapie je A. Ellis, který svůj přístup nazval racionálně-emotivní terapie (Ellis, 1962). Ellis vedl své pacienty k tomu, aby v diskusi přímo napadali vlastní iracionální falešné domněnky a místo nich si vytvářeli přesvědčení racionální, logická a funkční. Další ze zakladatelů kognitivní terapie A. T. Beck vytvořil teorii deprese, která předpokládá, že zdrojem depresivního myšlení a chování jsou negativně překroucené vzorce myšlení. Podle Becka (1989) zkušenost formuje u lidí tzv. kognitivní schémata – rigidní absolutní nepodmíněné názory na sebe, svět a budoucnost.

K integraci obou směrů do kognitivně behaviorální terapie došlo koncem 70. let ve Velké Británii 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 od zkoumání modelů učení na zvířatech. Behaviorismus se na poli teorie dostal do krize, protože výzkumy nedokázaly pouhým pozorováním zjevného chování přesvědčivě vysvětlit rozdílnou reakci organismu na shodné podněty ani rozdílnou účinnost určitého terapeutického postupu u různých pacientů. Oproti tomu teorie kognitivních procesů a vytváření kognitivních modelů psychických poruch se rychle a úspěšně rozvíjely. Z behaviorální terapie převzal nový terapeutický směr důraz na *empirické ověřování* nových teorií i prokazování účinnosti 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 kvantitativní hodnocení změn, dosažených během terapie. Kognitivní terapie doplnila *obsah* terapie o další sledované aspekty, které umožnily lépe porozumět problému a předvídat účinek terapie. Integrace kognitivní a behaviorální terapie umožnila uplatnění KBT u mnoha psychických poruch. Účinnost KBT byla v posledním desetiletí prokázána u panické poruchy (Barlow a Cerny, 1990), sociální fobie (Heimberg a kol., 1993), hypochondrie (Warwick a kol., 1989), deprese (Blackburn a kol., 1981), generalizované úzkostné poruchy (Butler a kol., 1991), agorafobie (Emmelkamp a kol., 1982). Existují první studie prokazující účinnost KBT při ovlivnění akutních psychotických příznaků, tj. bludů a halucinací, které nereagují na antipsychotika (Kingdon a Turkington, 1996, Chadwick a kol., 1996), v léčbě chronického únavového syndromu (Sharpe, 1996) či poruch příjmu potravy (Fairburn, 1997). Kognitivně behaviorální léčebné programy

pro rodiny pacientů se schizofrenií (Falloon a kol., 1984, Tarrier a Barrowclough, 1992) účinně zlepšují průběh této vážné psychické nemoci. Další důležitou oblastí, v níž se KBT úspěšně uplatňuje, je tzv. behaviorální medicína, která využívá psychologických metod ke zvýšení účinnosti léčby somatických chorob, jako je ICHS, diabetes mellitus, chronická bolest či dráždivý tračník (Pearce a Wardle, 1989).

## 3.1 Teorie učení

Učení může být definováno jako *relativně trvalá změna chování, která vyplývá z nácviku* (Atkinson et al., 2003). Můžeme rozlišit mezi čtyřmi základními druhy učení:

- habituace,
- klasické podmiňování,
- operantní podmiňování,
- komplexní učení.

Nejjednodušším druhem učení je habituace. *Habituace* znamená, že postupně začínáme ignorovat podnět, který je pro nás známý a má neutrální nebo málo vážné následky. Prostě si na něj zvykneme. Klasické a operantní podmiňování předpokládá vytváření asociací (určité podněty patří k sobě). Podmiňování je proces učení, při němž dochází k asociaci původně neutrálního podnětu s dalším podnětem na základě opakovaného spojení obou podnětů. Při *klasickém* podmiňování se organismus učí, že jedna událost následuje po druhé. Dítě se naučí, že při pohledu na prs bude následovat příjemná chuť mléka. U *operantního* podmiňování se organismus učí, že když se chová určitým způsobem, bude to mít určité důsledky. Přejde odměna, trest, nebo naopak se odměna nedostaví nebo trest nepřejde. U *komplexního učení* jde o složitější děje. Dochází k vytváření mentálních map prostředí (kognitivní mapy) a k používání různých strategií při řešení problémů (uplatňují se přitom procesy dedukce, indukce, zevšeobecnění, selektivní výběr faktů ap.). Kromě toho existuje ještě celá řada dalších typů učení, jako je imprinting, modelování, imitace, zástupné učení. Ty jsou však odvozeny ze základních druhů učení.

### 3.1.1 Experimentální modely

#### 3.1.1.1 Podmíněný reflex a klasické podmiňování

První empirické základy behaviorismu jsou z počátku 20. století. Klasické podmiňování je forma učení, která je společná všem živočichům včetně člověka a objevuje se dokonce i u jednobuněčných organismů. I. P. Pavlov (1927) ukázal, že reflexivní (instinktivní) reakce lze vyvolat v organismu i působením neutrálních podnětů, které samy o sobě tyto reakce nevyvolávají, tedy, že se organismus naučí reagovat na původně neutrální podněty určitou reflexivní reakcí. Podání potravy – *nepod-*

*míněného podnětu* psovi vede k *nepodmíněné reakci* – automatickému vzniku slinění. Pokud je s podáním potravy spojen zvuk zvonku – *podmíněný podnět* – dochází po několikerém opakování ke slinění již po samotném zvuku – vzniká *podmíněná reakce*. Pokud po zvuku zvonku nenásleduje nepodmíněný podnět, po několika takových expozicích dojde k postupnému *vyhasnutí* podmíněné reakce. Důležitým zjištěním bylo, že je možné podmiňovat i emocionální a tělesné reakce, což má značný význam pro pochopení psychopatologických jevů. Učení formou klasického podmiňování lze znázornit následujícím způsobem:

- |                                                             |   |                              |
|-------------------------------------------------------------|---|------------------------------|
| 1. nepodmíněný podnět (potrava)                             | → | nepodmíněná reakce (slinění) |
| 2. nepodmíněný podnět + podmíněný podnět (potrava) (zvonek) | → | nepodmíněná reakce (slinění) |
| 3. podmíněný podnět (zvonek)                                | → | podmíněná reakce (slinění)   |

Dalšími experimenty se ukázalo, že i po vytvoření podmíněné reakce je nezbytné, aby byl podmíněný a nepodmíněný podnět občas aplikován společně, jinak podmíněný podnět postupně přestane vyvolávat (spouštět) podmíněnou reakci – to se nazývá *vyhasnutí* podmíněné reakce. Tento typ učení probíhá automaticky, bez vědomé a volní kontroly. Předpokládá se, že tímto způsobem vznikají některé automatizované reakce, např. stavy úzkosti či výbuchy hněvu u hraničních pacientů.

Pokud je nějaký podmíněný podnět soustavně spojován s nepodmíněným, může pro další nové podněty hrát roli nepodmíněného podnětu. Mluvíme o **podmiňování druhého řádu**. Když pokusný pes viděl pokaždé při výdeji potravy (NP) světlo (PP), začalo samo světlo vyvolávat slinění, podobně jako výdej potravy. Pokud je pak pes umístěn do experimentu, kde při každém pokusu zazní tón, po kterém následuje rozsvícení světla (ne však potrava), dojde k tomu, že nakonec samotné zaznění tónu vyvolá podmíněnou reakci slinění, přestože nikdy nebylo spárováno s výdejem potravy (musí však být občas zpevněno původní spojení: světlo-potrava, jinak by vyhaslo). Poznání podmiňování druhého řádu podstatně rozšířilo působnost klasického podmiňování.

Pokud je podmíněná reakce spojena s určitým podnětem, mohou i jiné podněty, které jsou mu podobné, vyvolávat stejnou podmíněnou reakci. Mluvíme o **generalizaci (zobecňování)** podnětu. Čím je nový podnět podobnější původnímu podnětu, tím je pravděpodobnější, že podmíněnou reakci vyvolá.

Opačný proces se nazývá **podmíněná diskriminace** (rozlišování). Při opakovaném vystavení podobným podnětům, kdy jeden je spojen s nepodmíněným podnětem a druhý nikoliv, začne organismus mezi oběma podněty rozlišovat. V dalším kole je možné vytvořit ještě menší rozdíl mezi podněty a pokračovat – za čas organismus začne spolehlivě diskriminovat a reagovat jen na podnět spojený s nepodmíněným podnětem. Podmíněná diskriminace vzniká prostřednictvím selektivního posilování a vyhasínání.

Klasické podmiňování hraje významnou roli v emočních reakcích. Už v raném dětství může být nepodmiňováno mnoho strachů i reakcí bezmocnosti. Např. dítě je přivedeno k lékaři, kde opakovaně zažije bolestivý zákrok. Pak stačí, když vidí bílý plášť u kuchaře a může pocítit silnou úzkost.

Tato teorie však nevysvětluje, proč zlostná či úzkostná reakce přetrvává, i když se nepodmíněný podnět (např. reálně ohrožení) v dané situaci znovu nevyskytuje – tedy proč mnohdy ani po dlouhé době nedochází k vyhasnutí podmíněné reakce. To vysvětluje tzv. **dvoufaktorová teorie strachu** Mowrera (1947). Podle ní strach vzniká po specifickém podnětu klasickým podmiňováním. Zvíře (ale i člověk) začne reagovat tím, že se podmíněnému podnětu **vyhýbá**, a tím svůj strach snižuje. Strachu se tak naučí ve dvou etapách:

1. Určitá situace (klasickým podmiňováním) vede k rozvoji strachu.
2. Vyhýbavé chování znemožňuje vyhasnutí naučené reakce a je udržováno snížením strachu.

Toto očekávání úzkosti se časem generalizuje i na jiné situace a reakce strachu se tak rozvíjí i na méně specifické podněty.

Jedinec upřednostňuje vyhýbání se situacím, ve kterých strach předpokládá. Tímto mechanismem je afektivní reakce udržována vyhýbavým chováním – když se totiž postižený člověk začne podmíněnému podnětu následně vyhýbat, tj. např. přestane po hádce mluvit s matkou, přestane chodit parkem, kde byl pokousán psem, nebo ulicí, kde byl přepaden, nemůže dojít k vyhasnutí podmíněné reakce, neboť podmíněný podnět nemůže působit bez přítomnosti podnětu nepodmíněného. Jsme však už u operantního podmiňování, které je obsahem další kapitoly.

Solomon a Wynne (1954) experimentálně prokázali, že vyhýbavé chování vůči silně averzivním stimulům je velmi odolné vůči spontánnímu vyhasnutí a přetrvává dlouho poté, co předcházející podmiňování bylo ukončeno. Naučili psy, že po rozsvícení světla dostanou do tlapek nepříjemnou elektrickou ránu. Poté jim umožnili po rozsvícení světla z klece uskočit do vedlejší klece, kde ránu nedostali. Psi uskakovali z klece pokaždé, když se rozsvítilo světlo, ačkoliv do ní již dávno elektrický proud nešel. V terapii proto pacienta vedeme k tomu, aby se opakovaně vystavil působení podmíněného podnětu, a tím došlo postupně k vyhasnutí podmíněné reakce. Předpokládáme, že postupně dojde k tomu, že podmíněný podnět (představa psa, vyvolávající úzkost) přestane budit v pacientovi podmíněnou reakci strachu. Wolpe (1958) později nazval tento postup „**systematickou desenzibilizací**“. Jako „**zaplavení**“ (flooding) označujeme dlouhodobou aplikaci podmíněného podnětu o maximální síle, až do chvíle, kdy se podmíněná reakce přestane objevovat (Murdoch a Barker, 1996).

### 3.1.1.2 Kontextuální podmiňování

U mnohých pacientů trpících úzkostnou poruchou, jako je panická porucha s agorafobií, specifická fobie nebo posttraumatická stresová porucha, mohou být živé vzpomínky na traumatickou událost (v případě panické poruchy na záchvat

paniky a jeho okolnosti), katastrofické představy a myšlenky a tělesné příznaky úzkosti vyvolávány celou řadou senzorických a kognitivních podnětů, které byly spojeny s původní traumatickou událostí (Squire a Zola-Morgan, 1991). Následně se postižený začne vyhýbat situacím v životě, v nichž se tyto podněty vyskytují, a začne být celkově zvýšeně emočně dráždivý. Jak specifické, tak kontextuální podmiňování strachu lze dobře demonstrovat a vysvětlit na základě experimentů s laboratorními zvířaty. Jak jsme uvedli v předchozí kapitole, zvířata vystavená *emočně neutrálním* zrakovým nebo sluchovým *podmíněným podnětům* ve spojení s averzivním nepodmíněným podnětem se naučí *podmíněné emoční reakci* na podmíněný podnět i v nepřítomnosti nepodmíněného podnětu. Podmíněná emoční reakce se však objeví také v situaci, kdy jsou zvířata vložena do *prostředí*, kde byla původně vystavena averzivním nepodmíněným podnětům. V tomto druhém případě se podnětem stává celá komplexní situace s mnoha původně neutrálními kontextuálními aspekty (Philips a LeDoux, 1992). Pokud podmíněná emoční reakce u laboratorních zvířat jednou vznikne, přetrvává celá léta a je relativně odolná vůči vyhasínání (Davis, 1990). Kontextuální podmiňování strachu vyžaduje expozici více averzivním nepodmíněným podnětům než specifické podmiňování. Navíc, čím je intenzita nepodmíněného podnětu silnější, tím více se organismus stává citlivým k širokému množství podnětů v prostředí.

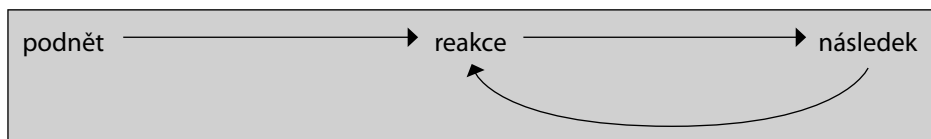


Luděk, který zažil zával v dole, kde zemřelo několik mužů, musel opustit své zaměstnání, nemůže jezdit do města, kde se to stalo (když jezdí na chatu, velkou oklikou musí město objet), nemůže číst nic o hornictví nebo o dolech, ani nic s podobnou tematikou vidět v televizi. Raději se všemu tomu vyhne, protože jinak se vracejí prožitky hrůzy nebo deprese.

### 3.1.1.3 Operantní podmiňování

Klasické podmiňování se neuplatňuje v situacích, v nichž se organismus učí zcela novým formám chování. Aby bylo možné např. psa naučit novým kouskům, musíme ho odměnit, pokud ho chceme něčemu odnaučit, potrestáme ho. Organismus v těchto případech tedy nereaguje pasivně na podnět, jak tomu bylo v případě klasického podmiňování, ale sám se aktivně chová tak, aby v prostředí navodil nějaké změny – mluvíme o zákonu účinku. Pravděpodobnost, že se určité chování bude opakovat, závisí tedy na povaze následků, které vyvolává. Druhý princip, známý jako **operantní podmiňování** (i tato forma učení je společná lidem a zvířatům), byl popsán Američany Thorndikem, Tolmanem a Guthriem. Tito vědci zjistili, že když po určitém chování následuje „odměna“, zvýší se pravděpodobnost dalšího výskytu tohoto chování, zatímco pokud následují nepříjemné následky – „trest“, bude se opakovat méně. Skinner (1953) tento princip později rozšířil o definici „*zpevňujícího podnětu*“. Tento typ učení se neomezuje pouze na vrozené

reflexy, ale uplatňuje se u všech typů chování organismu. Podle tohoto modelu učení určitý předcházející podnět (antecedent) vyvolává určité chování (reakci), původně třeba zcela náhodně. Následek tohoto chování se organismus učí, a je-li žádoucí, pak se dané chování *zpevní*, tj. bude se v budoucnu po daném podnětu opakovat s vyšší pravděpodobností. Pokud je však následek nežádoucí, pak se toto chování *oslabí*, tj. bude se po daném podnětu opakovat s menší pravděpodobností. Tento typ učení znázorňujeme symbolicky jako



Podle tohoto modelu se tedy organismus učí očekávat následky určitého chování a na základě tohoto očekávání (které může mít vědomou i nevědomou povahu) pak své chování mění. Skinner ve svých pokusech se zvířaty dokázal, že pomocí systematické manipulace s žádoucími (např. potrava) a nežádoucími (např. ranka elektrickým proudem) následky určitého chování lze pokusná zvířata naučit velmi nepřírozeným formám chování (což dobře ví každý návštěvník cirkusového představení). Skinner předpokládal, že stejné zákony volby určitého chování na základě jeho následků platí i u člověka. Zjednodušeně řečeno, chování člověka je funkční a směřuje k dosažení žádoucích následků a k vyhnutí se následkům nežádoucím. Antecedenty, tj. podněty, které určitému chování předcházejí, neslouží jako automatické spouštěče tohoto chování, ale upozorňují organismus, že určité žádoucí následky jsou v dané situaci dosažitelné nebo že v ní určité nežádoucí následky hrozí. Přitom jako antecedent mohou sloužit pouze takové podněty, které je organismus schopen odlišit – tedy diskriminovat – od jiných, neutrálních podnětů. Proto jsou tyto podněty označovány jako *diskriminativní* podněty.

Podle teorie operantního podmiňování je pravděpodobnost určitého chování určována jeho následky. Ve své nejjednodušší formě nepotřebuje tento model k vysvětlení určitého chování žádné další proměnné – tj. žádné procesy myšlení či jiné vnitřní procesy v organismu. Podle tohoto modelu tvoří organismus tzv. černou skříňku, tj. prostředí, do něhož nelze nahlédnout. Skinner předpokládal, že tyto vnitřní mentální procesy v organismu nejsou přístupné objektivnímu pozorování a zkoumání, a proto u nich nelze uplatnit vědeckou metodologii poznání. Domníval se, že k tomu, abychom dokázali dostatečně přesně předvídat lidské chování a měnit je žádoucím způsobem, postačí zjistit zákonitosti vztahu mezi zjevným chováním, jeho antecedenty a jeho následky.

Experimentálně je dobře prokázáno, že systematickou manipulací s následky určitého chování lze změnit pravděpodobnost výskytu tohoto chování. Rozlišujeme přitom pozitivní a negativní zpevnění určitého chování a pozitivní a negativní oslabení chování.

**Tabulka 3.1:** Typy operantního podmiňování

| Vnější událost následující po sledovaném chování<br>Pravděpodobnost sledovaného chování | Následek přítomen (je poskytnut) | Následek chybí (je odstraněn)                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------|
|                                                                                         | ↑<br>pozitivní zpevnění (odměna) | ↓<br>negativní zpevnění (úleva, chybění trestu) |
|                                                                                         | ↓<br>pozitivní oslabení (trest)  | ↑<br>negativní oslabení (chybění odměny)        |

- Jako **pozitivní zpevnění** označujeme proces, kdy se chování objevuje s vyšší frekvencí, protože po něm následuje pozitivní událost. Obvykle mluvíme v těchto případech o „odměnách“, tj. určité chování je odměněno tím, že přináší svému nositeli něco žádoucího – např. peníze, obdiv, zájem.

Čtyřletá Marie se vrhá před pokladnou v supermarketu na zem, rukama i nohama prudce buší do země a křičí, že chce lízátko. Její maminka jí lízátko po chvíli koupí, protože se za Mariino chování stydí. Při dalším nákupu se scéna opakuje.

- Jako **negativní zpevnění** označujeme proces, při němž se pravděpodobnost určitého chování zvýší proto, že po něm nedochází k předpokládané averzivní události (vede k odstranění nebo oslabení určitého nežádoucího vlivu či stavu, a tím k úlevě). Např. vyhýbavé chování úzkostného člověka je zpevňováno tím, že vede ke snížení jeho úzkosti.

Pavel po vstupu do metra prožívá silnou úzkost. Proto vyběhne z vlaku – rychle se dostaví úleva. Příště už metrem nejede. Podobná úzkost se pak objeví v tramvaji. Pavel opět volí útěk. Situace se několikrát opakuje. Pavel začíná mít úzkost a tělesné příznaky pokaždé, když si představí, že by měl vstoupit do tramvaje nebo jet metrem.

Standu trápí strach z infekce močových cest, protože se obává, že by pak nebyl schopen se vymočit, praskl by mu močový měchýř a on by zemřel. Proto si každou hodinu měří tělesnou teplotu, aby zkontroloval, zda nemá horečku. Vždy po změření a zjištění, že teplotu nemá, jeho úzkost na chvíli opadne. Za chvíli se ovšem objeví znovu. Standa si proto měří teplotu stále častěji a jeho celková míra úzkosti se stále zesiluje.

- Jako **pozitivní oslabení** označujeme proces, při němž se pravděpodobnost určitého chování sníží, protože vedlo k nežádoucím a nepříjemným následkům. V těchto případech obvykle mluvíme o „trestech“ – když určité chování vede k bolesti, posměchu, úzkosti.

Jiřina se opakovaně pokoušela překonat svoji sociální úzkost. Odepsala na několik inzerátů na seznámení. Když však šla na schůzku, celá ztuhla, trásla se, nic ji nenapadlo a nebyla schopna s muži komunikovat. Každou schůzku si ihned velmi vyčetla. Ani jeden z mužů jí pak nezavola, i když si ze slušnosti vzali telefonní číslo. Jiřina poté přestala na inzeráty odepisovat.



- Jako **negativní oslabení** označujeme proces, při němž se pravděpodobnost určitého chování snižuje, protože nevede k očekávaným žádoucím následkům – např. ochota chodit do práce se snižuje, pokud pracovník přestane dostávat plat, který očekává. Mluvíme také o frustrujícím chybění odměny.

Vendula začala velmi dobře spolupracovat v terapii, pravidelně důkladně dělala své domácí úkoly. Zpočátku věnovala terapeutka jejím úkolům pozornost a to Vendulu posilovalo v pokračování práce. Po čase však její terapeutka začala věnovat jejím záznamům domácích úkolů jen letmou pozornost, zdálo se, že se jimi nudí. Vendula postupně začala úkoly odbývat, až je přestala dělat úplně. Počáteční výrazné zlepšování stavu ustrnulo na mrtvém bodě.

Laboratorní experimenty prokázaly, že *bezprostřední* posilování je účinnější než posilování s časovou prodlevou, protože čím je doba mezi operantem a posílením delší, tím je síla reakce menší. Z tohoto pohledu je velmi smutné, že doba mezi spácháním určitého trestného činu a uložením případného trestu bývá velmi dlouhá, protože pak trest nemůže mít na pachatele žádoucí účinek.

V praxi se však ukázalo, že pravděpodobnost určitého chování v závislosti na jeho antecedentech a následcích lze s potřebnou mírou přesnosti určit pouze v pokusech na zvířatech (a to mnohem lépe u některých, např. u krys, než u jiných, např. u koček) a v laboratorních podmínkách. V reálném životě je chování lidských jedinců mnohem obtížněji předvídatelné a jednotlivé antecedenty a následky daleko obtížněji zjištělné a kontrolovatelné. Přesto platí, že principy operantního podmiňování se v běžném životě uplatňují téměř neustále. Každý z nás se snaží chovat tak, aby mu to přineslo žádoucí následky a aby se vyhnul či unikl následkům nežádoucím. Také k druhým lidem se chováme tak, abychom jejich chování buď zpevnili (poděkováním, vyjádřením obdivu nebo tím, že je přestane kárat), nebo oslabili (vyjádřením nesouhlasu, kritikou, omezením kontaktu). Své děti vychováváme pomocí principu odměn a trestů již celá staletí.

### Generalizace a diskriminace

Vše, co se organismus naučil, ať to bylo klasickým podmiňováním, nebo operantním, má tendenci se generalizovat, tj. přenést se do podobných situací. Pokud dítě vedeme k tomu, aby doma hladilo psa, snadno tuto reakci hlazení generalizuje a hladí i jiné psy. Cizí pes na ně ovšem může zavrčet nebo na něj křiknou rodiče, takže se dítě učí rozlišovat. Nácvik rozlišování bude natolik účinný, nakolik budou jasné rozlišující podněty. Dítě se snadněji naučí rozlišovat, které psy hladit, když dostane instrukci, že jen ty, kteří vrtí ocasem.

### Schémata posilování

V experimentech se ukázalo, že chování může být napodmiňováno a udržováno, i pokud je posilováno pouze ve zlomku případů. Teto jev se jmenuje *částečné posilování*. Jakmile je nějaká operantně podmíněná reakce ustavena, stačí ji už posílit jen občas, a přesto nevyhasne. Účinnost částečného posilování je dokonce větší

než účinnost stálého posilování, protože si organismus na trvalé posilování zvykne a při jeho přerušení napodmiňovaná reakce rychle vymizí.

### Vliv trestu

Při učení pomocí podmiňování jsou často používány negativní nebo averzivní události. Averzivní událost může být použita k zeslabení již existující reakce nebo k naučení se nové reakci. Při nácviku využívajícím trestu následuje po reakci averzivní událost, která způsobí to, že v následujících případech dojde k oslabení nebo potlačení reakce. Pokud dítě plácne, jakmile začne malovat barvami na zeď, přestane to dělat. Odstraňování nežádoucího chování pomocí trestání má však několik nevýhod. Účinek trestu není totiž tak předvídatelný, jako účinek odměny. Zatímco odměna dává jednoznačně posílení, aby se chování opakovalo, trest zdůrazní zastavení chování, ale nenabízí další aktivitu. Organismus pak může zvolit ještě méně žádoucí variantu. Trest také vede na základě klasického podmiňování ke strachu z trestající osoby, který může generalizovat i na jiné situace. Dále může nadměrný trest vyvolat agresivní chování, když v reakci boj nebo útěk není možnost úniku. A konečně, trestající chování může u člověka vést k tomu, že ho začne napodobovat. Z nadměrně trestaných dětí často vyrůstají agresivní dospělí.

To vše však neznamená, že by tresty ve změně chování neměly žádný smysl. Pokud jsou konzistentní, následují ihned po nežádoucím chování, a pokud je nabídnuta *alternativní reakce*, mohou nežádoucí chování účinně odstraňovat. I trest tedy může být účinným prostředkem vedoucím k přesměrování chování.

Organismus se může rovněž naučit reagovat tak, aby ukončil probíhající averzivní událost (např. vyběhnutí z metra u agorafobie) nebo dokonce tak, že předchází averzivní události už před jejím započítím (do metra vůbec nejde). Mluvíme o **únikovém** nebo **vyhýbavém chování**. Únikové chování často předchází vyhýbavému chování.

### Hranice platnosti teorie operantního podmiňování

Jednou ze slabín teorie operantního podmiňování je to, že dokáže lépe vysvětlit, jak se určité chování udržuje a rozvíjí, případně oslabuje a mizí, než to, proč určité chování v dané situaci vzniká. Původní Skinnerova představa, že se jedná o náhodný proces, při němž si živočich na základě následků postupně zvolí chování adaptivní a potlačí chování neadaptivní, u člověka (ani u řady jiných živočichů) neobstojí. Tuto otázku lépe vysvětlují teorie předpokládající existenci kognitivních procesů.

Další omezení je biologické. Podobně jako je tomu u klasického podmiňování, i pomocí operantního podmiňování se můžeme naučit jen to, co je v našich biologických možnostech.

#### 3.1.1.4 Tvarování

Tvarování je použití operantního podmiňování na složitější chování. Každý krok, který se má zvíře nebo člověk naučit, je odměňován; ty, které jsou nežádoucí se buď neodměňují nebo jsou trestány. Nejúčinnější je tvarování, při kterém se použí-

vá pozitivní (odměna) nebo negativní zpevnění (chybění trestu). Zvířata je možné naučit pomocí tvarování nejrozličnějším kouskům, které můžeme vidět v cirkuse. Rovněž děti se učí řadu dovedností tvarováním, kdy jednotlivé dílčí dovednosti, např. čtení jednotlivých písmen, jsou postupně posilovány, až se vytvoří plynulá dovednost číst slova a věty. V KBT používáme tvarování při nácviku sociálních dovedností.

### 3.1.1.5 Naučená bezmocnost

Pokud zvířeti zabráníme, aby mohlo uniknout nepříjemným podnětům, postupně se naučí, že se o to nemá snažit. I když pak dostane možnost se averzivním podnětům vyhnout, nevyužije ji. Anglický psycholog M. Seligman (1976) prokázal, že i lidé, kteří jsou vystaveni averzivním podnětům, před kterými není úniku, vykazují podobnou neschopnost naučit se adaptivnějším reakcím, i když už uniknout mohou. Kromě toho se u nich typicky objevují další kognitivní (sebeobviňování) a emoční deficity (bezmoc, dysforie, podrážděnost, ztráta radosti). Seligman to nazval naučenou bezmocností. Laboratorně naučená bezmocnost může být „léčena“, když lidem poskytneme zážitek úspěšného zvládnutí úkolu. Mnohé projevy naučené bezmocnosti jsou podobné projevům klinické deprese a naučená bezmocnost je rizikovým faktorem deprese. U lidí, kteří mají sklon projevovat naučenou bezmocnost, je větší pravděpodobnost, že se u nich rozvine klinická deprese.

## 3.1.2 Teorie sociálního učení

Z kognitivního hlediska je podstatou učení schopnost organismu mentálně reprezentovat jednotlivé aspekty světa a provádět operace s těmito mentálními reprezentacemi (Atkinsonová a spol., 2003). V řadě případů mentální reprezentace představují spojení mezi podněty a událostmi, což odpovídá klasickému a operantnímu podmiňování, jindy je to však složitější. Rychlejší způsob, jímž si vyšší organismy osvojují určité chování, je pomocí **pozorování a napodobování**. Bandura (1977) provedl řadu pokusů, na jejichž základě vznikla teorie sociálního učení.

### 3.1.2.1 Učení napodobováním

Bandurova teorie sociálního učení kladě velký důraz na učení pozorováním a napodobováním. Bandura ukázal, že děti jsou schopny naučit se novému chování pomocí napodobování. Většina z nás používá učení napodobováním téměř bezmyšlenkovitě. Zda a jak rychle se člověk učí napodobováním na základě pozorování závisí na tom,

- zda pozorovatel přesně vnímal, co vzor dělá,
- správně si to zapamatoval,
- proměnil vzpomínky na nové reakce,
- zda je pozorovatel dostatečně motivovaný k výkonu (očekává odměnu za svůj výkon) podle chování vzoru.

Existuje řada faktorů, které ovlivňují, zda určité chování bude napodobováno. Patří mezi ně míra podobnosti mezi modelem a napodobující osobou, přitažlivost modelu, přístupnost modelu, míra jeho moci, následky předváděného chování.

K dalším způsobům osvojování si určitého chování můžeme zařadit např. nácvik v představě nebo nácvik na základě pokynů.

Podle Bandury většina učení probíhá bez bezprostředního posílení. Podněty, které se objeví během chování modelu, se promění do mentálních obrazů a do slovních symbolů, které mohou být později znovu vyvolány. Tyto symbolické kognitivní dovednosti umožňují lidem proměnit nebo kombinovat to, co se naučili nebo co pozorovali, do nových vzorců chování. Tak mohou projevovat nové či inovované chování namísto jednoduché imitace modelu.

Např. malý hoch pozoruje, že když se jeho matka rozhněvá, ovládne se, neprojeví zlost a mluví velmi pomalu, zvláště hlubokým hlasem. Také může vidět otce, který, když se rozhněvá, dělá hlasitě kritické a sarkastické poznámky. Když se hoch naštve na svoji sestřičku, může ji přivést k slzám sarkastickými poznámkami, které pronáší pomalým hlubokým hlasem (Hall a Lindzey, 1985).

V současné době probíhá většina učení podle vzoru v symbolické formě. Filmy a televize poskytují četné příklady, které mohou ovlivnit chování pozorovatelů.

Pokud je chování modelu odměněno, je imitace mnohem pravděpodobnější, než když je potrestáno. Další vlastnosti modelu jako věk, sociální statut, pohlaví, schopnosti posilují pravděpodobnost, že chování bude imitováno. Děti častěji imitují rodiče, kteří jsou vroucní a starostliví, než rodiče kritické (ty však bohužel imitují také). Lidé mají sklon spíše napodobovat modely, jejichž výkonové normy jsou v rámci jejich možností, než modely, jejichž normy jsou za jejich možnostmi.

### 3.1.2.2 Zástupné klasické podmiňování emočních reakcí

Dalším druhem učení je *zástupné klasické podmiňování emočních reakcí*. Pozorovatel se může naučit reagovat určitou emocí na jisté situace i tak, že pozoruje reakce někoho jiného. Zjištění, že emoční reakce se dají získat nejen přímo, ale i zástupně, vedlo Banduru k předpokladu, že za určitých okolností mohou tyto reakce přímo nebo zástupně i vyhasínat. Tak by např. lidé s přehnaným strachem mohli svoje přehnané emoční reakce modifikovat pozorováním nebojácných vzorů. Takto může fungovat *zástupná systematická desenzibilizace*. Ukázalo se však, že zástupná zkušenost nestačí k tomu, aby přinesla přiměřený pocit osobního zvládnutí. Jedinec se musí úspěšně chovat ve skutečné situaci, které se obává, pokud chce svůj strach opravdu zvládnout. Zástupný vzor má však schopnost člověka k přímé akci povzbudit. Základním problémem při přehnaných reakcích strachu je podle Bandury přesvědčení jedince, že nedokáže určitou situaci zvládnout. Změna v terapii je podmíněna změnou *odhadu vlastní zdatnosti* – očekáváním, že člověk dokáže vlastním úsilím obávanou situaci zvládnout.

### 3.1.2.3 Odhad vlastní zdatnosti

Podle Bandurovy teorie (1977) se člověk obává a vyhýbá situacím, o nichž očekává, že je nedokáže zvládnout. Tyto situace v něm budí úzkost. Autor této **teorie „odhadu vlastní zdatnosti“** (self-efficacy) rozlišuje 2 hlavní determinanty lidského chování:

- a) odhad vlastní zdatnosti,
- b) očekávané následky vlastního jednání.

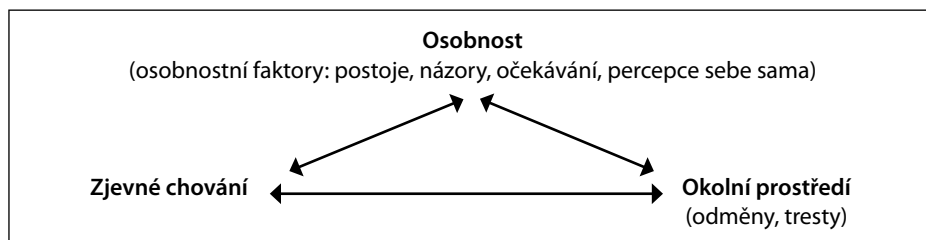
Přitom úzkost je určována více odhadem vlastní zdatnosti než odhadem následků vlastního jednání.

Odhad vlastní zdatnosti vychází ze 4 zdrojů:

- a) z minulých zkušeností,
- b) z pozorování druhých,
- c) ze slovního přesvědčování,
- d) z uvědomování si vlastního emočního vzrušení.

I když podle Alberta Bandury (nar. 1925) jsou zákonitosti teorie učení klasickým a operantním podmiňováním významné pro vysvětlení a předvídaní chování, nepovažuje je za jediný způsob, jímž je chování získáváno, udržováno a měněno. Člověk má možnost promyslet si a regulovat vlastní chování, není jen figurkou ve hře vlivů z okolního prostředí. Lidé mají schopnost užívat symboly, dokáží myslet, tvořit a plánovat. Kognitivní procesy se projevují zjevnými akcemi. Schopnost symbolicky si představit budoucí následky a výstupy vede k tomu, že je vkládáme do současných motivací chování. Výsledkem dřívějších zkušeností je i očekávání, že určité druhy chování mohou být úspěšné, jiné mají nepatrné nebo nežádoucí následky. Chování je regulováno širokým rozsahem anticipovaných následků. Příčinnost tedy nespočívá jen v prostředí, ale člověk a prostředí se vzájemně ovlivňují. Pomocí procesu, kterému Bandura říká **reciproční determinismus**, lidé ovlivňují svoje osudy kontrolou sil prostředí, ale zároveň síly prostředí ovlivňují je. Např. přesvědčení jedince o tom, co je schopen udělat a jaké následky to bude mít, ovlivňuje jeho skutečné chování, které se týká prostředí, které zase naopak může změnit jeho očekávání.

**Tabulka 3.2:** Reciproční determinismus



Pokud jsou všechny tyto faktory interaktivní, existuje nějaký východiskový bod? Podle Bandury je tímto centrem „Já“ (orig. **Self**) (Bandura, 1978). Jednou z funkcí „Já“ je regulace chování. Děje se tak trojím způsobem:

- **Sebepozorování:** pozorováním svého chování.
- **Sebeposuzování:** kde vlastní výkon je srovnáván podle různých norem: osobních, v porovnání s druhými, s očekáváním ocenění, zda je více kontroly mojí nebo zvenčí ap.
- **Sebereakcí:** bezprostřední reakcí na vlastní chování – sebeodměňování nebo sebetrestání.

**Tabulka 3.3:** Procesy seberegulace chování (podle Bandura, 1977)

| SEBEPOZOROVÁNÍ                                                                                                       | SEBEPOSUZOVÁNÍ                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SEBEREAKCE                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dimenze výkonu<br>kvalita<br>rychlost<br>kvantita<br>originalita<br>autenticita<br>následnost<br>deviace<br>etičnost | Osobní standardy<br>zdroje modelování<br>zdroje posilování<br>Vztahové výkony<br>standardní normy<br>sociální porovnávání<br>osobní porovnávání<br>kolektivní porovnávání<br>Ocenění aktivity<br>vysoké<br>neutrální<br>znehodnocující<br>Přisouzení zásluhy<br>vlastní zásluha<br>cizí zásluha | Sebehodnotící reakce<br>pozitivní<br>negativní<br>Následky aplikované<br>konkrétně na sebe<br>odměňující<br>trestající<br>Žádná sebereakce |

Normy chování si vytváříme na základě pozorování vzorů, zejména autorit (rodiče, učitelé), interpretováním reakcí druhých lidí na vlastní výkony a podle nařízení, které nám dávají autority. Klíčovou složkou systému Já je „**odhad vlastní zdatnosti**“ (orig. self-efficacy), kterou autor definuje jako očekávání, jak dokážeme zvládnout určitou situaci. Klíčem ke změně chování je změna očekávání, týkající se osobní zdatnosti. Jde o dva typy očekávání. *Očekávání ohledně vlastní zdatnosti* jsou přesvědčení, že dokážeme úspěšně uskutečnit určité chování, které je potřebné k dosažení určitého cíle (např. očekávání, že se dokážu ovládat a udržet své chování i při silném hněvu pod kontrolou). *Očekávání ohledně výsledků* se týkají hodnocení, zda dané chování povede k určitým výsledkům (např. očekávání, že pokud ovládnou svůj hněv, budu s druhými lépe vycházet nebo očekávání, že pokud budu pravidelně cvičit, budu mít lepší fyzickou kondici). Pokud je hodnocení vlastní zdatnosti vysoké a očekávání výsledků realistické, bude člověk tvrdě pracovat a vytrvá, dokud nedosáhne svého cíle. Očekávání týkající se vlastní zdatnosti je důležitou součástí adaptivního zvládajícího chování. Bandura v řadě studií ukázal, že takováto očekávání ovlivňují lidské chování za různých okolností (Bandura, 1977, 1982): „...očekávání ohledně vlastní zdatnosti je u člověka hlavním určujícím faktorem při volbě jeho aktivit, určuje, kolik úsilí vynaloží a jak dlouho toto úsilí potrvá při zvládání stresových situací.“ (Bandura 1977, s. 194).

Motivace je podle Bandury kognitivní konstrukt a má dva zdroje. Za prvé, *představa budoucích výsledků* může vytvářet současné motivy chování, tzn. že očekávání budoucích odměn motivuje člověka chovat se jedním nebo druhým způsobem. Za druhé, *přiměřené stanovení cílů* nebo *žádoucí úrovně výkonu* a následné hodnocení svých výkonů motivuje lidi, aby se chovali jistým způsobem. Děti, které si procvičovaly své matematické dovednosti, zlepšovaly svůj výkon mnohem více, pokud si svůj úkol rozvrhly do série dílčích cílů, které po jejich splnění okamžitě samy hodnotily, než pokud si stanovily cíle náročnější (Bandura a Schunk, 1981). Tak pokračující vnímání, posuzování a hodnocení našeho chování vytváří „sebeponutky“ vytrvat v dosažení stanovaných cílů.

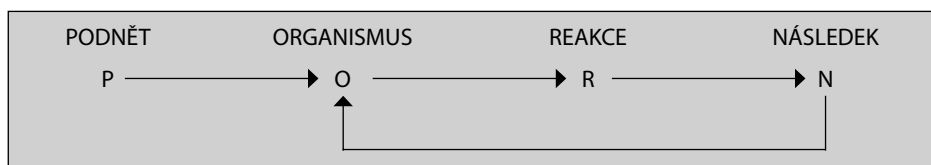
Podobně jako jiní teoretici vidí Bandura *posilnění* jako „příčinu“ učení. Podle Bandury se však můžeme učit různými způsoby. Můžeme se učit pozorováním někoho druhého – *zástupným posilněním*, ale můžeme se učit i bez jakéhokoli zřetelného aktuálního posilnění, když *posilnění očekáváme*. Sledováním ostatních, jak jsou odměňováni nebo trestáni za své chování, vede k vytváření kognitivních očekávání o výsledcích chování. Nápodobou se učíme, co musíme dělat, abychom dosáhli určitého výsledku nebo se vyhnuli trestu. Očekáváním budoucích posilnění se učíme i pozorováním následků našeho vlastního chování. Prostřednictvím interakce s rodiči, vrstevníky a dalšími lidmi, kteří nás odměňují nebo trestají, si vytváříme osobní normy chování, které zrcadlí tyto socializační faktory. Proto se později začínáme sami odměňovat nebo trestat za vlastní chování **sebeuznáním** nebo **sebekritikou** podobným způsobem, jak nás odměňují či trestají druzí. Očekávání sebeuznání („Když to zvládnou, budu na sebe pyšný!“) nebo sebekritiky („Už bych si sám sebe nemohl vážit!“) pak mohou do značné míry řídit naše chování.

## 3.2 Kognitivní procesy

Od 70. let dochází k rozvoji *teorie kognitivního zpracování informací*. Kognitivní psychologové vycházejí z předpokladu, že lidé nereagují mechanisticky přímo na podněty z okolí, ale na kognitivní reprezentace tohoto prostředí. Platí to však nejen pro lidi, ale i pro nižší živočichy. E. Tolman se zabýval problémem, jak se krysa učí hledat cestu složitým bludištěm. Z jeho pohledu se krysa probíhající složitým bludištěm neučí pořadí reakcí odbočení doprava a doleva, ale spíše si vytváří v mozku kognitivní mapu bludiště. Tento názor potvrzují i současné výzkumy jak na krysách, tak zejména na primátech, kteří jsou schopni se naučit a používat i abstraktní pojmy, jako je „stejný“, „příčina“ ap.

Jako kognitivní procesy označujeme všechny mentální procesy, které zpracovávají a uchovávají informace z vnějšího prostředí i z vnitřního prostředí organismu. Patří sem tedy procesy vnímání, pozornosti, paměti, myšlení, hodnocení, posuzování, očekávání ap. Proces učení lze studovat na modelu **P – O – R – N**, tedy Podnět – Organismus – Reakce – Následek. Tento model předpokládá, že kogni-

tivní procesy mají zprostředkující funkci mezi podnětem a chováním. Není to tedy podnět sám, který vyvolává určité chování, ale význam, který člověk tomuto podnětu přisoudí. I následky zpevňují nebo oslabují jim předcházející chování na základě toho, jaký význam jim člověk přisuzuje (Murdoch a Barker, 1996).

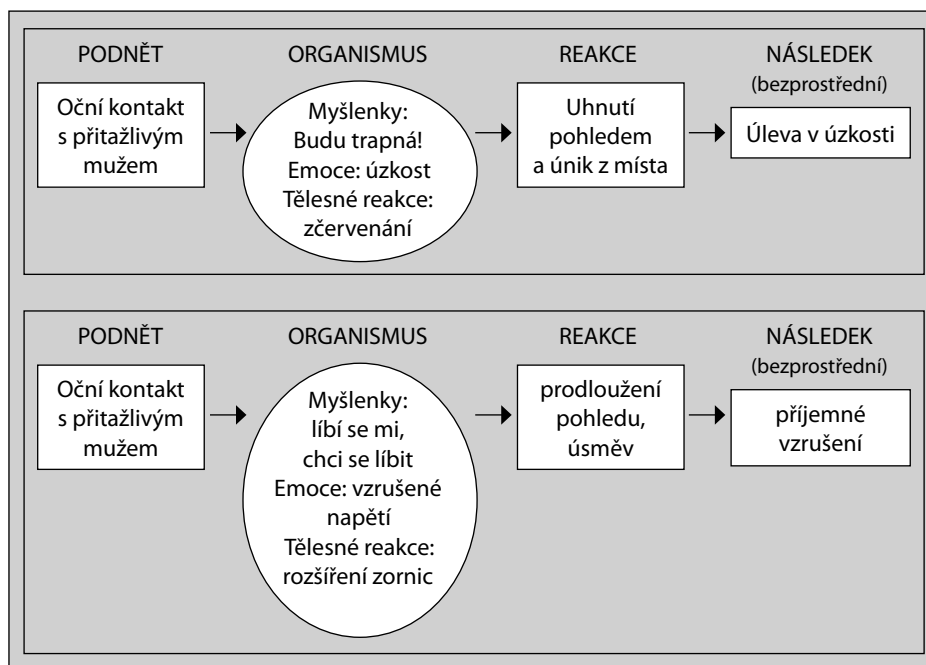


Podle tohoto modelu je tedy člověk aktivním účastníkem procesu učení, který ovlivňuje tím, že věnuje pozornost jen určitým podnětům, že tyto podněty hodnotí, porovnává se zkušenostmi uloženými v paměti, a jeho reakce je ovlivněna i jeho dlouhodobými přesvědčeními a očekáváními, včetně hodnocení sebe sama a svých schopností danou situaci zvládnout. Podle tohoto modelu můžeme na základě zkoumání kognitivních procesů, jako jsou myšlenky, pozornost, paměť, přesvědčení, přisuzování či očekávání, lépe vysvětlit a předvídat chování člověka v určité situaci a pochopit, proč tytéž podněty a následky mohou vést u různých lidí k tak rozdílným reakcím.

Kognitivní procesy jsou jak *verbální* (myšlení ve slovech a větách), tak *neverbální* (myšlení v představách, obrazech). Kromě toho jsou kognitivní procesy *vědomé* a *nevědomé*. Chápání nevědomých kognitivních procesů (např. automatické zaměřování pozornosti, nevědomé hodnocení vnějších podnětů, neuvědomované předpoklady a očekávání, tzv. implicitní paměť aj.) se však v KBT liší od nevědomí, jak je chápáno v psychoanalýze. Toto „kognitivní nevědomí“ neslouží jako „sklad tabuizovaných témat“ a není tedy tvořeno myšlenkami a postoji, které člověk není z morálních či jiných důvodů schopen vědomě přijmout, a proto je nevědomě potlačuje a vytěšňuje. V kognitivním nevědomí probíhají jednak procesy biologicky vrozené (automatické zaměření pozornosti, předvědomé hodnocení vnějších podnětů a přiřazování emocí k těmto podnětům), jednak procesy původně vědomé, které se však natolik zautomatizovaly, že nevyžadují vědomou kontrolu (např. řízení auta, chůze, hraní tenisu ap.).

V současné době neexistuje jedna ucelená teorie kognitivních procesů. Poznání v této oblasti se neustále vyvíjí a na základě výzkumů v oblasti kognitivní psychologie vznikají jednotlivé teorie, např. o stylu přisuzování (tzv. atribuční styl), či o vzniku tzv. naučené bezmocnosti (Seligman, 1976), které vysvětlují rozdílné reakce různých lidí v identických situacích na základě zkoumání jejich kognitivních procesů.



**Tabulka 3.4:** Různé reakce na stejný podnět u dvou mladých žen

### Atribuční teorie

Atribuční teorie (teorie prisuzování) se zabývá tím, jak si vysvětlujeme svoje chování, chování jiných lidí a všeobecné situace v životě. Každý člověk má potřebu bezpečí a z té vyplývá určitá potřeba porozumět sobě i okolí a potřeba předpovídat, co se bude dít. Podle atribuční teorie může být příčina určité události hodnocena a) jako **obecná** nebo jako **specifická**, b) jako **trvalá** nebo **přechodná** a c) jako **člověku vlastní (vnitřní)** nebo **člověku cizí (vnější)**.

Pro pesimistický atribuční styl (který souvisí s dystymií a depresí) je typické, že jedinec chápe svá selhání a neúspěchy jako výsledek faktorů, které jsou trvalé (bude to tak napořád), všeobecné (uplatňující se ve všech situacích) a jemu vlastní (důvod selhání je ve mně) („Vyhodili mě od zkoušky, protože jsem beznadějný hlupák.“). Oproti tomu případný úspěch chápe jako výsledek faktorů, které jsou jen dočasné, specifické (uplatňující se pouze v dané situaci) a jemu cizí („Dostal jsem dnes jedničku, protože jsem si náhodou vytáhl lehkou otázku.“).

Optimistický atribuční styl se vyznačuje tím, že úspěchy připisuje příčinám obecným, trvalým a člověku vlastním („Dostal jsem u zkoušky jedničku, protože jsem inteligentní a pracovitý.“), zatímco neúspěchy příčinám specifickým, dočasným a člověku cizím („Vyhodili mě od zkoušky, protože dnes měl profesor mimořádně špatnou náladu.“).

Adaptivní atribuční styl je charakteristický tím, že člověk dokáže pružně rozeznávat, které faktory v dané situaci jsou dočasné a které trvalé, které jsou všeobecné

a které specifické, a za co může sám a za co mohou druzí. Na základě tohoto reálného hodnocení pak dokáže přiměřeněji připisovat své úspěchy a neúspěchy skutečným okolnostem, které se v dané situaci uplatňují.

**Tabulka 3.5:** Pesimistický a optimistický atribuční styl

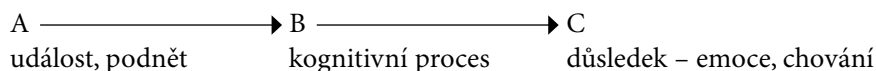
|                   | Pesimistický atribuční styl             | Optimistický atribuční styl             |
|-------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| Hodnocení selhání | Příčina je trvalá, všeobecná a vnitřní  | Příčina je dočasná, specifická a vnější |
| Hodnocení úspěchu | Příčina je dočasná, specifická a vnější | Příčina je trvalá, všeobecná a vnitřní  |

### Kognitivní teorie Alberta Ellise

A. Ellis je spolu s A. T. Beckem považován za „otce kognitivní terapie“. Práce A. Elli-se znamenala v psychoterapii renesanci představy, že člověk je hlavně racionální myslící bytost. Ellis tvrdí, že na rozdíl od většiny psychoterapeutických systémů racionálně-emoční terapie odmítá názor, že emoční poruchy u člověka vznikají jen pasivním učením či podmiňováním nebo v důsledku nevědomých pudových sil, které člověk nemá pod volní kontrolou. I při uznání významu vrozených sklonů a nevědomých vlivů jsme to podle Ellise my sami, kdo si tvoříme svůj „emoční osud“.

Ve své knize „Reason and emotion in psychotherapy“ (Ellis, 1962) zformuloval svou kognitivní teorii příčin emočních poruch. Svůj psychoterapeutický přístup nazval „Racionálně emoční terapie“ (RET) a později jej přejmenoval na „Racionálně emoční behaviorální terapii“ (REBT), aby v názvu shrnul všechny zásadní vlivy, které se při vzniku emočních poruch a při jejich terapii uplatňují (rozum, emoce, zjevné chování).

Stejně jako A. T. Beck a ostatní kognitivní terapeuti i Ellis vychází ze základní premisy, že emoční dopad určité události (podnětu, antecedentu) a reakce na ně ve formě zjevného chování jsou způsobeny kognitivním zpracováním těchto událostí.



Lidé se většinou domnívají, že hlavní příčinou C (emoce, chování) je A (událost, která předcházela). Oproti tomu kognitivní teorie tvrdí – a podle našeho názoru zcela oprávněně – že C je způsobeno B (kognitivním zpracováním A) a nikoliv A samotným.

Např. studenta nevezmou na školu a on se pokusí o sebevraždu. Jeho rodiče i on sám jsou přesvědčeni, že příčinou jeho deprese a jeho sebevražedného pokusu je jeho neúspěch u přijímacích zkoušek.

Ellis ovšem správně upozornil na to, že toto vysvětlení je nedostačující, protože ne všichni studenti, kteří u zkoušky neuspěli, se pokusili o sebevraždu. Abychom pochopili emoce a chování studenta, musíme znát vmezeženou proměnnou, jeho přesvědčení B (belief, tj. představa, myšlenka, přesvědčení). Je to interpretace nebo hodnocení události A.

Pokud je student přesvědčen, že jeho neúspěch u zkoušky znamená, že v životě selhal a nikdy už se mu nic nemůže podařit, pak reaguje depresí a sebevražedným pokusem. Jiný student, který je přesvědčen, že co se nepovedlo tentokrát, může se podařit příště, reaguje tím, že se bude o to usilovněji připravovat na další zkoušky.

Ellis ve své teorii rozlišuje „racionální“ kognitivní procesy, které člověku pomáhají dosáhnout jeho cílů, a tím udržují jeho psychiku ve stavu zdraví, a „iracionální“ kognitivní procesy, které brání člověku dosáhnout jeho cílů a způsobují mu psychické potíže. Za iracionální považuje autor „každou myšlenku, cit, chování, které vedou k sebezničujícím důsledkům (C), které ohrožují štěstí a přežití individua a které brání akceptaci vlastní osoby a narušují mezilidské vztahy“.

V rámci popisu „kognitivních“ procesů rozlišuje Ellis čtyři stupně:

- a) **Kognitivní** události – tj. jednotlivé vnímané informace, základní fakta, která se ve shodě s kognitivní psychologií označují jako „qualia“. To je to, co člověk vidí, slyší, cítí, pamatuje si. Např. chlapec jde po ulici a vidí, jak k němu běží pes bez náhubku. Vzpomene si, že jej jednou v dětství pes ošklivě pokousal.
- b) **Interpretace** těchto faktů – tj. co z nich člověk vyvozuje. Interpretace jde vždy za vlastní fakta a je do značné míry vědomá, i když může proběhnout tak rychle a na neverbální úrovni, že si ji klient nemusí přímo uvědomit. Interpretace může být správná nebo mylná.  
Chlapce napadne „Ten pes je určitě nebezpečný. Skočí na mě a pokouše mě“.
- c) **Hodnocení** těchto faktů – tj. přiřazení k hodnotě „to je dobré – velmi dobré – výborné“ či „to je špatné – moc špatné – katastrofa“. Ellis upozornil, že z interpretace faktů ještě nelze odvodit „C“, tj. vzniklou emoci. Rozhodující pro kvalitu emoce je totiž hodnocení faktů, teprve toto hodnocení vyvolává příslušnou emoci a chování. Chlapec situaci zhodnotí „To je moc špatné“ a pocítí silný strach a dá se útěk. Hodnocení je automatické a proto nevědomé. Lze je však odvodit ze vzniklé emoce.

Abychom ilustrovali rozdíl mezi interpretací a hodnocením kognitivních faktů a jejich odlišný význam pro následnou emoci a chování, uvedeme jiný příklad:

Muž jde po ulici a potká známého, který jej přehlédne a nepozdraví. To jsou fakta. Jeho interpretace může být „Asi se na mě zlobí, protože jsem mu zapomněl poslat pozdrav k Vánocům“. Jeho hodnocení: „Má pravdu, neposlat mu pozdrav je špatné, já jsem špatný“. Důsledek tohoto hodnocení: emoce – smutek, deprese, chování – vyčítá si to, jde se známému omluvit. Odlišné hodnocení při stejné interpretaci: „Jestli mě kvůli takové maličkosti nezdraví, tak o jeho přátelství nestojím. Ať si trhne nohou.“ Důsledek odlišného hodnocení: emoce – naštvanost, chování – přestane se se známým bavit, vykládá o něm, že je náfuha.

Čtvrtým a základním typem kognitivních procesů jsou podle Ellise:

d) **Přesvědčení**, z nichž aktuální interpretace a hodnocení vycházejí. Jde o období toho, co Beck nazývá kognitivní schémata. Jde o relativně stabilní postoje či názory na to, jaký jsem, jací jsou druzí lidé a jaký je okolní svět.

Ellis rozlišuje „racionální“ a „iracionální“ přesvědčení. „Racionální“ přesvědčení jsou charakteristická tím, že jsou a) flexibilní, a ne extrémní, b) logická, c) ve shodě se skutečností a d) účinná, pomáhají člověku dosáhnout jeho cílů. „Iracionální“ přesvědčení jsou a) rigidní a extrémní, b) nelogická, c) v rozporu se skutečností a d) neúčinná, tj. brání člověku dosáhnout jeho cílů. Iracionální přesvědčení jsou podle Ellise vlastně sugescie, které člověk někdy během života, obvykle v dětství, dostával od druhých lidí. Např.: „Když budeš dělat tohle, lidé tě nebudou mít rádi“. Implicitně je v tomto tvrzení obsažena další sugescie: „Když tě lidé nebudou mít rádi, bude to hrozné, to nebudeš moci žít“. Sugescie se později stávají autosugescemi a mají charakter absolutních tvrzení.

Zpočátku se Ellis snažil popsat nejčastěji se vyskytující „iracionální“ přesvědčení, s nimiž se u svých klientů setkával – uvádí, že v terapeutické praxi sesbíral více než 250 různých iracionálních přesvědčení. Protože se mu seznam stále rozrůstal, dospěl postupně k závěru, že to, co činí určité přesvědčení „iracionálním“ není jeho obsah, ale jeho forma.

Základem „iracionálních“ přesvědčení je podle Ellise jejich rigidita a extrémnost, kterou obrazně vyjadřuje slovem „Musím...“ nebo „Nesmím...“ Podle Ellise existují tři základní formy těchto „musů“ – „Musím“ ve vztahu k sobě („Musím vždycky všechno udělat dokonale.“), „musím“ ve vztahu k druhým lidem („Druzí se mnou musejí jednat spravedlivě.“) a „musím“ ve vztahu k okolním podmínkám („Mé životní podmínky musí být takové, jaké si přeji.“). Důsledkem těchto „iracionálních musů“ je to, že klient hodnotí aktivující události extrémním způsobem – jako „katastrofu“ (to nejhorší, co se mohlo stát), jako něco absolutně nesnesitelného a jako něco, co úplně znehodnocuje buď jeho, nebo druhé lidi (nestojím vůbec za nic, je to úplně idiot).

Jako zdravou alternativu popisuje Ellis „racionální“ přesvědčení, která jsou flexibilní a neextrémní, tj. mají formu preferenčních přání „Byl bych rád...“, „Moc bych si přál...“. Z racionálních přesvědčení pak vyplývají neextrémní hodnocení: dekatastrofizace – „je to nepříjemné“, vysoká frustrační tolerance – „dá se to snést“ a nepodmíněná akceptace sebe i druhých „každý dělá chyby, nikdo není dokonalý“.

Ellis tvrdí, že iracionální přesvědčení vedou k „nezdravým negativním emocím“ (NNE), tj. emocím, které člověku škodí a brání mu dosáhnout jeho cílů, a k destruktivnímu jednání. Oproti tomu „racionální přesvědčení“ vedou ke „zdravým negativním emocím“ (ZNE), které člověka motivují, aby své problémy konstruktivně vyřešil. Ellis tedy netvrdí, že duševní zdraví znamená, že člověk neprožívá negativní emoce, ale že jich konstruktivně využívá k tomu, aby své problémy řešil.

Příklady racionálních a iracionálních přesvědčení a s nimi spojených zdravých a nezdravých negativních emocí jsou uvedeny v následující tabulce.

**Tabulka 3.6:** Příklady racionálních a iracionálních přesvědčení a s nimi spojených emocí (Ellis, Dryden, 1987)

| Iracionální přesvědčení                                                                                                           | NNE                  | Racionální přesvědčení                                                                                                                     | ZNE                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| „To se nesmí stát, a pokud by se to stalo, byla by to katastrofa.“                                                                | <b>Úzkost</b>        | „Doufám, že se to nestane, ale není žádný zákon, že se to stát nesmí. Pokud se to stane, bude to nepříjemné, ale ne katastrofa.“           | <b>Obavy</b>       |
| „To se nesmělo stát, a že se to stalo, je naprostá katastrofa.“<br>„Já nestojím za nic.“<br>„Život (druzí, svět) nestojí za nic.“ | <b>Deprese</b>       | „Je to neštěstí, že se to stalo, ale není žádný zákon, že se něco takového nesmí stát. Je to zlé, ale ne katastrofa.“                      | <b>Smutek</b>      |
| „Nesmím nikdy udělat nic špatně, a pokud jsem něco špatně udělal, pak je to příšerné a já jsem úplně zkažený člověk.“             | <b>Vina</b>          | „Raději bych tu chybu neudělal, ale nejsem neomylný. Jsem schopen se akceptovat, i když jsem udělal chybu.“                                | <b>Lítost</b>      |
| „Nesmím před druhými udělat nic špatně. Pokud to udělám, je to příšerné a znamená to, že nestojím jako člověk za nic.“            | <b>Stud</b>          | „Udělal jsem ze sebe hlupáka, ale to může stát. I když nejsem spokojen s tím, co jsem udělal, neznámá to, že jako člověk nestojím za nic.“ | <b>Zklamání</b>    |
| „Něco takového mi nikdo nesmí udělat, a pokud to udělá, znamená to, že jako člověk nestojí za nic a musí být za to potrestán.“    | <b>Nezdravý hněv</b> | „Vadí mi, co mi udělal, ale dokážu to snést. Neznámá to, že jako člověk nestojí vůbec za nic – každý má své chyby.“                        | <b>Zdravý hněv</b> |

Na rozdíl od jiných psychoterapeutů, kteří se zaměřili především na psychické poruchy a způsoby jak je zmírnit či odstranit, definuje Ellis i **kritéria duševního zdraví** (Ellis, Dryden, 1987).

- 1. Sledování vlastních zájmů:** Psychicky zdraví lidé kladou své vlastní zájmy o něco výše než zájmy druhých lidí. Jsou schopni obětovat se pro druhé, na kterých jim záleží, ale ne bezpodmínečně a bez omezení.
- 2. Sledování zájmů druhých:** Sledování zájmů druhých je racionální, protože člověk je společenský tvor a nejlépe se cítí ve společnosti druhých lidí, s nimiž má přátelské vztahy.
- 3. Zaměření na sebe:** Psychicky zdravý člověk přijímá odpovědnost za svůj vlastní život a stanovuje si své vlastní cíle, při jejichž dosahování dává přednost spolupráci s druhými lidmi.

4. **Vysoká tolerance vůči frustraci:** Psychicky zdravý jedinec dovoluje sobě i ostatním, aby dělali chyby. Snaží se změnit ty nežádoucí okolnosti, které změnit lze, smíruje se s těmi, které změnit nelze, a snaží se mezi nimi správně rozlišovat.
5. **Pružnost, přizpůsobivost:** Psychicky zdravý jedinec je ve svém myšlení a jednání otevřený, pružný a přizpůsobivý, nezaujímá rigidní a extrémní postoje ani vůči sobě, ani vůči druhým.
6. **Smíření se s nejistotou:** Psychicky zdravý člověk si je vědom toho, že žije ve světě pravděpodobností, kde neexistují žádné absolutní jistoty. Považuje to za vzrušující a fascinující, nikoliv za ohrožující.
7. **Oddanost kreativním projektům:** Psychicky zdravý člověk je zaměřen na nějaký projekt mimo sebe, má řadu zájmů, kterým se usilovně věnuje.
8. **Vědecké myšlení:** Psychicky zdravý člověk bývá objektivnější, racionálnější a myslí více vědecky než lidé s psychickou poruchou. I když je schopen hlubokých a opravdových emocí, dokáže se ovládat, reflektovat své prožívání a jednání a domýšlet jejich důsledky.
9. **Přijetí sebe sama:** Psychicky zdravý člověk je většinou rád, že žije a přijímá sám sebe právě proto, že je naživu. Snaží se mít k sobě samému bezpodmínečně kladný postoj a odmítá se hodnotit globálními nálepkami.
10. **Podstupování rizik:** Psychicky zdravý člověk se nebojí podstupovat riziko, i když se může stát, že se mu něco nepovede. Je odvážný, ale nikoliv hazardér.
11. **Dlouhodobý hedonismus:** Psychicky zdravý člověk se snaží vychutnávat příjemnosti okamžiku i usilovat o dlouhodobé potěšení v budoucnu. Vyhýbá se okamžitým požitkům, pokud by znamenaly v budoucnu dlouhodobé nepříjemnosti.
12. **Ne-utopický postoj:** Psychicky zdravý člověk si uvědomuje, že utopie jsou nedosažitelné, že člověk nikdy nedosáhne všeho, o co stojí, a nikdy se úplně nevyhne utrpení a ztrátám. Proto se nesnaží dosáhnout úplné dokonalosti či naprostého štěstí, ani se nesnaží zcela se vyhnout úzkosti, depresi či nepřátelství druhých.
13. **Přijetí odpovědnosti za vlastní emoční potíže:** Psychicky zdravý jedinec je ochoten připustit si, že si za své emoční potíže může do značné míry sám, místo aby obviňoval druhé lidi nebo společenské poměry za svá selhání, své negativní pocity a myšlenky.

### Kognitivní procesy v pojetí A. T. Becka

Další vlivnou teorii o vzniku psychických poruch na základě poruch kognitivních procesů vytvořil americký psychiatr A. T. Beck. Původně se jeho teorie zaměřila pouze na vysvětlení vzniku a udržování deprese, ale v dalších letech ji rozšiřoval a aplikoval na celou řadu dalších duševních poruch.

Podle Becka jsou kognitivní procesy hierarchicky strukturovány a můžeme rozlišit tři úrovně kognitivních procesů:

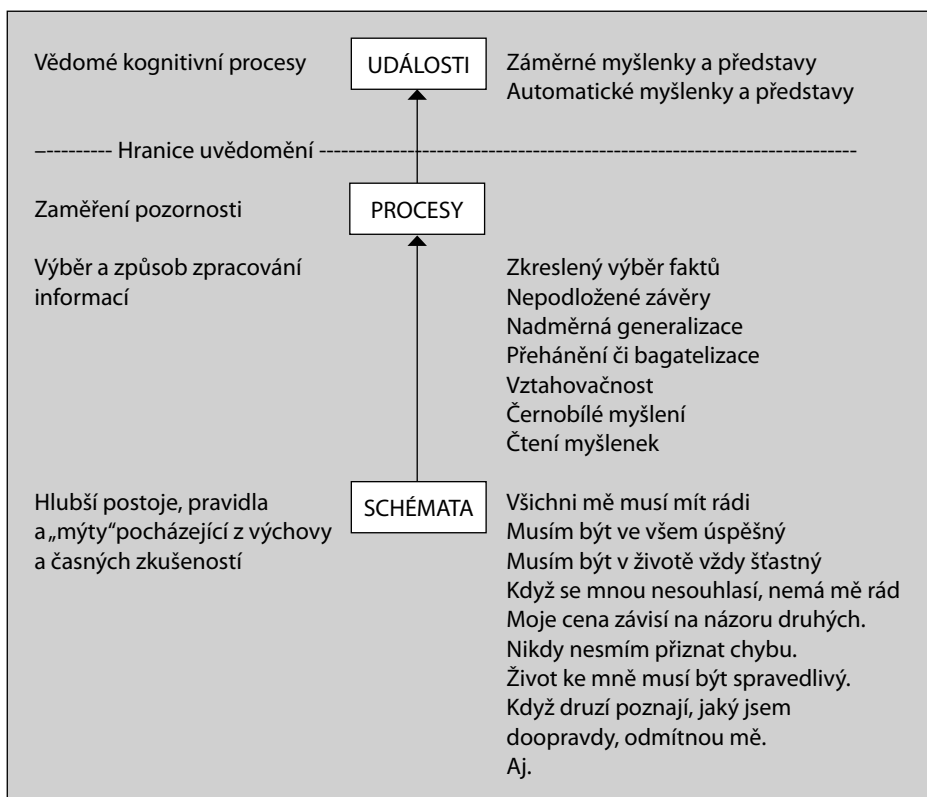
1. **Kognitivní události** – jedná se o jednotlivé myšlenky či představy, jakési jednotky kognitivních procesů. Tyto myšlenky či představy mohou být *volní* (tj. vybavují se na základě volního úsilí) nebo *automatické* (tj. vybavují se samy od sebe, mimovolně a někdy i protivolně). Dále můžeme rozlišovat kognitivní procesy „*chladné*“, tj. bez výrazného emočního doprovodu, a „*žhavé*“, tj. s výrazným emočním doprovodem. Podle Becka se při vzniku psychických poruch uplatňují výrazně právě „horké automatické“ myšlenky či představy, protože jsou subjektivně velmi přesvědčivé, mají silný vliv na jednání a člověk nemá běžně tendenci kriticky přezkoumávat jejich platnost.
2. **Kognitivní procesy** – jde o komplexnější děj, při němž jsou jednotlivé kognitivní události vzájemně spojovány, porovnávány, hodnoceny a zařazovány do kontextu minulých zkušeností. Patří sem procesy induktivního i deduktivního myšlení, porozumění smyslu, hodnocení významu ap.
3. **Kognitivní schémata** – jde o kognitivní struktury, které Beck definoval jako „relativně stabilní způsob organizace myšlení a hodnocení událostí“. Tato „schémata“ (představují souhrn základních, často nevyřčených a nevědomých předpokladů o tom, jaký jsem, jaký je svět kolem mě a co od něj mohu očekávat. Jedná se o tentýž psychický fenomén, který Ellis označuje jako „přesvědčení“ a Kelly jako „personální konstrukt“. Kognitivní schémata jsou většinou funkční, protože pomáhají člověku rozumět sobě i druhým a dát smysl životním zážitkům, které jsou nejasné a dvojznačné. Pozdější autoři, např. Padesky (Padesky, Greenberger, 2003) a Wells (1997), rozlišují v rámci schémat ještě „jádrová přesvědčení“, která mají všeobecnou bezpodmínečnou platnost (např. „Jsem smolař.“) a „předpoklady“, které jsou podmíněné a lze je vyjádřit větou „Pokud..., tak...“ (např. „Pokud nejsem milována, nemohu být v životě šťastná“).

Každý člověk si na základě svých zkušeností od raného dětství vytváří řadu schémat (jádrových přesvědčení, předpokladů, personálních konstruktů) a mnohdy mohou být zcela protichůdné povahy – protože i životní zkušenosti mohou být protichůdné povahy. Jeden a tentýž člověk může mít proto jak schéma „Jsem smolař“ (vzniklá jako zobecnění zkušeností, kdy se mu něco nepodařilo), tak schéma „Jsem dítě štěstěny“ (díky zážitkům úspěchu a přízně osudu). Schéma může být buď aktivní, nebo latentní, „spící“. Aktivní schémata ovlivňují aktuálně probíhající kognitivní procesy a jejich prostřednictvím emocionální stavy a chování. Spící schémata mohou být aktivována vlivem životních událostí.

I když kognitivní schémata jsou většinou funkční – díky tomu většina lidí netrpí psychickými poruchami – existují i situace, ve kterých se aktivní kognitivní schéma projevuje dysfunkčně. Právě s těmito dysfunkčními kognitivními schématy se ve své praxi setkávají psychiatři a psychologové a jejich vlivem se proto také většinou zabývají. Beck popsal řadu příkladů takovýchto dysfunkčních kognitivních schémat, např. „Pokud se mi něco nepodaří, znamená to, že jsem selhal jako člověk.“ nebo „Druzí lidé mě musí mít rádi, jinak nemohu být šťastný.“ Jak patrnó, jde vlastně o Ellisova „iracionální přesvědčení“. Pokud jsou tato dysfunkční schémata určitou událostí aktivována, mohou vyvolat určitou psychickou poruchu,

např. depresi nebo úzkostnou poruchu. Např. schéma „Každý tělesný příznak znamená vážné ohrožení života“ může být latentní až do doby, kdy se postižený člověk dostane do stresu, např. v souvislosti s neshodami v manželství, a náhle mu začne opakovaně silně bušit srdce. Tento příznak aktivuje uvedené schéma (vzniklé v dětství na základě toho, že rodiče velmi úzkostně sledovali všechny tělesné příznaky dítěte), takže člověk hodnotí vzniklý tělesný příznak katastroficky: „Určitě dostanu infarkt!“ Tato automatická myšlenka způsobí nárůst úzkosti a bušení srdce se v důsledku toho začne objevovat častěji, čímž se postižený utvrdí ve svém přesvědčení, že je vážně nemocen. Výsledkem může být hypochondrická porucha.

**Tabulka 3.7:** Kognitivní události, procesy a schémata (Praško a Kosová, 1998)



### 3.2.1 Kognitivní události

Kognitivní události tvoří proud vědomí – jsou to myšlenky nebo představy, které neustále kolují v hlavě. Interpretují nejrozličnější vnější i vnitřní podněty a dávají jim určitý význam. Mohou být *volní* (záměrné), kdy člověk na něco chce myslet a uvědomuje si to, nebo *automatické*, kdy usuzuje a hodnotí spontánně, nebo se mu myšlenky a představy dokonce vnucují i proti jeho vůli (např. obsese). Podle



vlivu na emoční reakce můžeme automatické myšlenky rozdělit na negativní, pozitivní a neutrální. Typicky negativní můžeme vidět v následujícím příkladech:

- Zavolá vám ředitel, abyste ho navštívili v jeho pracovně. Hlavou se vám začnou honit různé myšlenky a představy. „Co po mně zase chce? Určitě si mě takhle náhle nezavolal proto, aby mě pochválil! Chce mi vynadat. Co jsem zvorál?“ Cítíte napětí a úzkost. „Určitě jsem někde udělal chybu a on na to přišel. Nebo si na mně někdo stěžoval? Kdo by to mohl být?“ Postupně dostáváte zlost. „Nebo, že by mě chtěl propustit?“ Cítíte, jak se vám stáhl žaludek, trochu rozbušilo srdce, v zádech máte napětí. Máte strach.
- Partner se nevrátí včas domů. Vám se začnou honit hlavou různé myšlenky a představy. „Jen, aby se mu něco nestalo! Co když ho srazilo auto?“ Pocítíte úzkost. Můžete si už představovat, jak ho veze sanitka, jak leží v nemocnici. I sebe jako osamělou, kdyby zemřel. Nebo vás může napadnout, že někoho má. „Určitě je s nějakou ženskou! Pak si bude vymýšlet nějaké nesmysly! Kvůli komu takhle cvičí každý den!“ A můžete si sama sebe představovat, jak jste nešťastná a opuštěná. Nebo jak jdete vyškrabat dotyčné oči. Jak se s ním hrdě rozejdete a vyhodíte mu věci na ulici.

To, co vás spontánně napadne, záleží jak na *situaci*, tak na vašem *vnitřním nastavení*. Na tom, co od situace očekáváte, čeho se obáváte, jakou s ní máte zkušenost nebo mínění. Pokud jde o vnitřní předpoklady zpracování situace, mluvíme o tom, že vědomé myšlenky mají své kořeny v *kognitivním schématu* – naší hlubší představě, jak mají nebo nemají věci vypadat, co je správné a co nikoliv. Schémata jsou vlastně hlubokým životním nastavením, automatickým hodnotícím „softwarem“, zpravidla získaným v dětství. Je to základ, se kterým je situace porovnávána. Při interpretaci a hodnocení určité situace se však můžeme mýlit – můžeme se dopouštět *kognitivních omylů*.

Automatické myšlenky mohou mít neutrální povahu, být subjektivně velmi pozitivní, ale i velmi negativní. Mohou být funkční i dysfunkční, podle toho, jak odrážejí realitu. Označení automatické negativní myšlenky (ANM) pro dysfunkční myšlenky není úplně nejšťastnější, protože mnohé myšlenky, které subjektivně vnímáme negativně, mohou být funkční a konstruktivní, a naopak řada subjektivně „pozitivních myšlenek“ může být značně dysfunkčních. Vzhledem k tomu, že označení automatické negativní myšlenky používá většina autorů, budeme ho používat také. Pod pojmem automatické negativní myšlenky však vždy myslíme dysfunkční či maladaptivní automatické myšlenky, které jsou typické pro probírané psychické poruchy. Nemusí být negativní ve smyslu subjektivního prožitku, ale jsou negativní tím, že vedou k maladaptivnímu chování a nepřiměřeným emočním reakcím.

Aby bylo možné negativní automatické myšlenky racionálně zpracovat, je potřebné si je v prvé řadě uvědomit. Pro mnoho lidí to není lehký úkol. Myšlenky, které souvisejí s maladaptivními emočními reakcemi, přicházejí automaticky, velmi náhle a rychle, mohou trvat jen krátce nebo se spojují v řetězy. Protože často naskakují samy, spontánně a nejsou kriticky promyšleny, většina lidí je ani za myšlenky nepokládá a uvědomuje si až jejich následky – zejména napětí, nepohodu a jejich tělesný doprovod. Jde vlastně o vnitřní soudy, hodnocení, komentáře, které

se týkají nepříjemné situace nebo následků, které by mohly potom nastat. Někdy nejde ani přímo o myšlenky, ale spíše o představy, jak člověk v dané situaci vypadá, co nejhoršího se může stát, jak ho vidí druzí ap. Automatické negativní myšlenky naskakují samy, aniž bychom si je přáli. Nemáme nad nimi volní kontrolu. Jsou to myšlenky nebo hodnocení typu:

- ☐ Beztak to nezvládnou!
- ☐ Určitě mě nemá rád!
- ☐ Nikdy se mi nic nepodařilo!
- ☐ Na to vůbec nemám!
- ☐ Nemá cenu začít, je to nad moje síly!
- ☐ Jsem úplně nemožná, jak se třesu.
- ☐ Nemůžu vůbec popadnout dech.
- ☐ Nemá cenu něco začít, stejně to k ničemu nebude.

Tyto stresující automatické myšlenky vedou k odkládání nepříjemných činností, vzdávání se předem, rezignaci a smutku, pocitům bezmoci. Vesměs jsou přehnané a hodnotí sebe, okolnosti nebo budoucnost negativně. Jako bychom koukali přes černé brýle. Samozřejmě v ponuré náladě se nám pak věci daří hůře, což vede vnitřně k falešnému potvrzení automatických negativních myšlenek:

- ☐ Měl jsem pravdu, neměl jsem na to!

Můžeme rozeznat několik druhů automatických negativních myšlenek a představ:

**a) studené (povrchní) automatické myšlenky** – hodnotí sice automaticky situaci, ale bojí se naplno vyjádřit, z čeho má člověk strach. Nejsou dostatečně konkrétní. Jde většinou o neutrální přepis žhavých automatických myšlenek, které bývají schovány hlouběji. Typické studené (povrchní) automatické myšlenky jsou např.:

- ☐ Mám strach.
- ☐ Bude to nepříjemné.
- ☐ Bude toho na mě hodně.
- ☐ Třesou se mi ruce.
- ☐ Není mi dobře ap.

Přesto, že tyto myšlenky nevyjadřují přímo to nejhorší, čeho se člověk obává, ale komentují jen vlastní pocity, vedou k rozvoji silného napětí, protože pod nimi jsou skryty „žhavé“ stresující automatické myšlenky, které se nebezpečí přímo týkají. Např. pod povrchní automatickou myšlenkou: „Mám strach“ může být skryta „žhavá“ stresující negativní automatická myšlenka: „Určitě to nezvládnou a budu ostatním pro smích“ nebo jiná „Když to zvorám, bude to průser.“ Pod povrchní automatickou myšlenkou: „Bude to nepříjemné“ mohou být skryty konkrétnější obavy „Budu před ostatními zmatkovat, a tím se totálně znemožním“. Pokud si je člověk schopen uvědomit ve frustrujících situacích hlavně studené automatické myšlenky, které nevyjadřují čeho konkrétně se vlastně obává nebo co ho rozčiluje, je důležité se ptát po „žhavých“ **kognicích**:

- ☐ Čeho se nejvíce obáváte?
  - ☐ Co nejhoršího se může přihodit?
  - ☐ Co je na tom tak hrozné? ap.
- b) **Primární (prvotní) automatické myšlenky** jsou vztažené přímo k vnější averzivní situaci či nebezpečí, kterého se člověk obává. Jsou vždy „žhavé“, tzn. zákonitě vyvolávají negativní emoce.
- ☐ Je to hrozné, to nemůžu za dnešek zvládnout.
  - ☐ Šéf mě nesnáší a dá mi to teď sežrat.
- c) **Sekundární (druhotné nebo odvozené) negativní automatické myšlenky** se týkají toho, jak se zabezpečit, vyhnout, utéci nebo jak odložit či neutralizovat nebezpečí. Vedou k odkládání či k vyhýbavému nebo zabezpečovacímu chování.
- ☐ Raději odejdu dříve, než se vrátí!
  - ☐ Rychle pryč!
  - ☐ Dnes na to kašlu, udělám to zítra!
  - ☐ Musím se napít, aby se mi ulevilo!
- d) **Obavy** – jsou to myšlenky týkající se nejistoty z toho, co přijde v budoucnosti. Obavy se týkají jak zítřejších úkolů, tak zdraví – svého i rodiny, finanční situace, existenčních problémů, chování druhých osob i vlastního ap. Hlavním obsahem automatických myšlenek jsou obavy, že člověk něco nezvládne, ztrapní se před ostatními, že se něco nepříjemného přihodí jemu nebo osobám jemu blízkým ap. Člověka napadají také myšlenky, že dojde k hrozným věcem, tragickým následkům. Typický je sklon zaměřovat se výlučně na nejhorší možné následky namísto zaměření se na alternativní, pozitivnější možnosti. Největším problémem je pak neschopnost zastavit proces obav a pocít, že obavy se nedají kontrolovat. Někdy se můžete snažit vytěsnit obavy, protože jich máte moc, ale ony se stále nutkavě vracejí. Obavy mohou být soustředěny jak na konkrétní úkoly („Co když budu zítra v práci strašně unavená a udělám chybu? Co když mi šéf vynadá?!“), tak na obecnější témata („Co až budou děti větší a přestanou poslouchat?!“).
- e) **Starosti** – slouží adaptaci tím, že drží pozornost člověka u problémových věcí a nedovolí, aby na ně zapomněl. Nutí k řešení. Když se však vymknou kontrole, přestává postižený rozlišovat to, co je opravdovým problémem, a co je věcí, nad kterou může mávnout rukou. Pak se objevují prakticky neustále. Od obav, o kterých jsme mluvili výše, se nedají přesně odlišit. Obavy mají častěji formu otázek, na které si buď neodpovídáme („A co když se stane něco nepříjemného?“), nebo rovnou věštíme katastrofu („Určitě mi vynadá!“), starosti se týkají více toho, jak sami něco zvládneme („Co všechno budu muset stihnout, když děti onemocní a manžel je na služební cestě a v práci jsou uzávěrky!“). Vše, co se týká běžného života – pracovní úkoly, škola, finance, zdraví vlastní i rodiny, tělesné nebo psychické příznaky úzkosti, denní povinnosti – může vyvolat starost.

- f) **Obsese** – jsou nechtěné, opakující se, vtíravé, a neodbytné myšlenky, představy nebo impulzy, které se znovu a znovu ve stereotypní formě vtírají do mysli člověka. Jsou prožívány jako nepříjemné, nežádoucí, nesmyslné. Vzbuzují úzkost a napětí. Obsese jsou prožívány jako události, které se automaticky vnucují do vědomí. Postižený má snahu je potlačit či ignorovat. Jsou vnímány jako produkt vlastní mysli, a ne jako něco cizího, vnucovaného do mysli zvenčí. Následkem obsesí dochází k *nárůstu úzkosti*, kterou se pak postižený snaží odstranit nějakým jednáním či rituálem – kompulzí. Zde jsou některé z běžných obsesí:
- myšlenka na neštěstí někoho milovaného,
  - myšlenka, že se dětem přihodí něco zlého, nejčastěji nějaké zranění,
  - myšlenky na „nepřirozené“ sexuální akty,
  - nutkání skočit z nástupiště před příjíždějící vlak či metro,
  - nutkání skočit z výšky,
  - nutkavá myšlenka na sebevraždu,
  - nutkání napadnout a zabít nějaké zvíře,
  - nutkání něco udělat (např. smát se, zakřičet nebo hodit něčím), aby se přerušil klid na shromáždění.
- g) **Neutralizující (kompulzivní) myšlenky** – opakované, úmyslné a účelné myšlenky nebo představy, prováděné podle určitých pravidel nebo určitým stereotypním způsobem, který směřuje ke snížení či předcházení úzkosti nebo nějaké obávané události či situace. Jednání nemusí mít žádný vztah k tomu, čemu má zabránit, tj. může mít čistě magický význam. Postižený si uvědomuje, že tyto myšlenky jsou nesmyslné nebo přehnané. Obsese úzkost vyvolávají, kompulze ji dočasně snižují. Proto můžeme kompulze označit za aktivní obranu proti úzkosti. I když však úzkost krátkodobě snižují, vedou na druhé straně k pocitům studu a nesmyslnosti, čímž pocit psychického napětí zase zvyšují.
- h) **Ruminace** – Jak se liší ruminace od obsesí? Na rozdíl od obsesí se nevnučuje ruminace do pacientova vědomí v předem vymezené formě, nebo s jasně určeným obsahem. Jde o mentální neutralizační myšlenky, obvykle předcházené obsesemi. Např. obsese „Zblázním se?“ může vést ke kompulzivnímu nutkání o tom přemýšlet; to je ruminace. Ruminace se liší od jiných mentálních kompulzí. Mentální kompulze se skládají ze specifických mentálních aktů, jako je přeríkávání si něčeho nebo představování si něčeho *stereotypně stejným způsobem*. Naproti tomu ruminace není tak přesně vymezený jev; téma ruminace je specifické, ale co vchází do přemýšlení o tomto tématu je otevřené a různorodé. Mnohé přemítání obsedantně kompulzivních pacientů se týká náboženských, filozofických nebo metafyzických námětů, jako je počátek světa, život po smrti, podstata morálky ap.
- i) **Katastrofické představy** – projevují se jako scény, které si vybavujete před svým zrakem. Probíhají jako nepříjemný film. Už předem vidíte nadřizeného, jak na vás křičí, lidi kolem, jak se vám smějí nebo sebe, jak se přestáváte ovládat a někoho napadnete.

- j) **Živé vzpomínky** na bolestné situace v minulosti, kdy se něco nepodařilo nebo došlo k selhání či výsměchu, nebo byl člověk v ohrožení. Např. vzpomínka na znehodnocení rodiči, učitelem ve škole, nadřazeným v práci. V těchto vzpomínkách člověk vidí sebe sama ve skutečné situaci z minulosti, která ho traumatizovala. Často si situaci vybavuje zveličeně a katastroficky. Tato živá vzpomínka může být krátká, ale vede k rychlému rozvoji silné nepohody. Nejtypičtějším příznakem posttraumatické stresové poruchy (PTSP) je automatické rozpomínání na trauma. Lidem trpícím posttraumatickou stresovou poruchou se často vtírají vzpomínky na traumatickou událost. Bývají útržkovité, ale velmi živé. Vtírají se. Vyvolávají záchvaty úzkosti, vzteku, bezmoci, smutku či pocitu odcizení a marnosti všeho. Během *intruzivních vzpomínek* se mohou objevit živé obrazy, myšlenky, pachy, zvuky či tělesné pocity, které traumatickou událost připomínají. Člověku je jasné, že jde o vzpomínky, není zde pocit, že je to „jakoby teď“. Tyto vzpomínky vedou ke spuštění tělesných příznaků stresové reakce (např. bušení srdce, lapání po dechu, bolest hlavy) a intenzivních emocí (strach, hrůza, smutek, bezmoc, vztek ap.)
- k) **Vzpomínkové záblesky (flashbacky)** – během vzpomínkových záblesků má člověk intenzivní dojem, že traumatickou událost zažívá znovu, právě teď, v dané chvíli. Tyto záblesky se mohou týkat celé traumatické vzpomínky nebo jen jejích částí. Můžete znovu zažívat zvuk, obraz, tělesný pocit (dotek, bolest ap.), pohyb. Pocity jsou velmi živé s jakostí „je to tady“. V okamžiku vzpomínkového záblesku mívají lidé pocit, že nad sebou ztratili kontrolu, protože zároveň vědí, že o opakování události nejde, a zároveň prožívají intenzivně, jakoby tady byla. Vzpomínkové záblesky přicházejí nečekaně a jsou vesměs spojeny s pocity hrůzy a děsu. Vedou ještě k výraznější stresové reakci než intruzivní vzpomínky.
- l) **Živé představy o budoucnosti** – člověk si představuje sám sebe, jak v očekávané situaci selže, bude trapný, nic ho nenapadne. Případně si představuje i znechucenou reakci dalších lidí. Velmi často tato živá představa do budoucnosti koresponduje se vzpomínkami z minulosti. Tato představa má, přes snahu postiženého potlačit ji, tendenci se znovu a znovu před obávanou situací vracet a vyvolávat napětí.
- m) **Iluze** – jsou to kognitivně zpracované vjemy, při kterých není objektivní skutečnost správně vnímána – zobrazena. Jsou vyvolány skutečným podnětem, ale neodpovídají mu. U psychotických poruch (zejména u delirií) se setkáváme s *pravými* iluzemi, nemocný je nevyvratně přesvědčen, že vnímá reálnou věc. Např. ve skvrnách na zdi vidí čerta, duchy a je přesvědčen o jejich skutečnosti. U *nepravých* iluzí zůstává náhled na nereálnost vnímaného. S nepravými iluzemi se můžeme setkat při intoxikacích návykovými látkami a v transu při meditaci, rituálním tanci nebo holotropním dýchání. Iluze dělíme podle smyslu na zrakové, sluchové (v rádiu nebo v televizi slyší hlas známého člověka, který hovoří o něm), čichové, chuťové, tělové. *Hypnagogní* iluze vznikají při usínání nebo při probouzení. Iluze se vyskytují nejčastěji při infekčních a to-

xických duševních poruchách, velmi typické jsou pro delirium tremens a intoxikaci LSD.

n) **Halucinace** – charakterizujeme je jako kognitivně zpracované vjemy, které vznikají bez současného vnějšího podnětu (tím se liší od iluzí) a mají přitom pro jedince charakter skutečnosti. Halucinace jsou typickým projevem psychotických poruch a intoxikací. Můžeme je podle smyslů rozdělit na sluchové, zrakové, čichové, chuťové, tělové. Dále je rozdělujeme na jednoduché a složité. Dále halucinace dělíme na *pravé*, ke kterým je pacient zcela nekritický, věří v jejich realitu a nelze mu je nijak logicky vyvrátit, a tzv. *nepravé*, čili *pseudo-halucinace*, které jsou na rozdíl od pravých halucinací již při svém vzniku (většinou s kratším časovým odstupem) korigovány, pacient ví, že to byl chorobný zážitek, a podle toho se k němu staví. Podle složitosti dělíme halucinace na *elementární* – jde o jednotlivé smyslové podněty – a *komplexní* – jde o komplexní šalebné vjemy, tedy souhrny počitků, které nemocný považuje za reálné a které nemají vnější podnět. Jsou to již halucinace celých postav, zvířat, skupin, scén, rozhovorů lidí ap.

o) **Metakognice (myšlenky o myšlenkách)** – přicházejí tehdy, když začneme hodnotit to, co nám běží v hlavě. Jsou typickou součástí generalizované úzkostné poruchy, objevují se také u obsedantně kompulzivní poruchy a sociální fobie, depersonalizační poruchy a u psychotických onemocnění. Metakognice mohou být *negativní* (negativně hodnotí automatické myšlenky) nebo *pozitivní* (pozitivně hodnotí automatické myšlenky). Typické negativní metakognice jsou např.:

- ☐ Pokud budu takhle myslet, zblázním se z toho!
- ☐ Pokud se mi při podobné situaci objeví vzpomínka na to, jak jsem selhal, nikdy to nezvládnou!
- ☐ To, že mě napadají nutkavé myšlenky, znamená, že jsem kripil!
- ☐ Ty hlasy mě úplně zničí! Ovládají celý můj osud!

Pozitivní metakognice pomáhají udržovat úzkostné automatické myšlenky tím, že potvrzují jejich potřebnost. Typické pozitivní metakognice jsou např.:

- ☐ Musím si stále procházet chyby, které jsem udělal, abych se jim příště vyhnul.
- ☐ Musím na to myslet předem, abych se vyvaroval chyb!
- ☐ Musím poslouchat ty hlasy, abych si dal pozor!

p) **Bludy** – mylné osobní přesvědčení založené na nesprávném odvození závěru ze zevní reality. Toto přesvědčení je pevně udržováno přesto, že ostatní je nesdílí, není akceptováno ostatními členy pacientovy kultury nebo subkultury (tedy např. není částí či produktem náboženského vyznání), a to přes zřejmé a nevývratné důkazy o opaku. Blud má několik charakteristik, podle kterých ho rovněž diagnostikujeme:

1. *chorobný vznik* – blud je vždy součástí nějaké duševní poruchy, za fyziologických podmínek k němu nedochází,
2. *obsahová nepravdivost* – pro okolí je většinou zjevně nepravdivý, nesmyslný,

3. *nevývratnost* – toto přesvědčení je v zásadě přímo nekorigovatelné, nelze ho vyvrátit logickými argumenty,
4. *vliv na jednání* – je spojen s motivací a nemocný pod vlivem svého mylného myšlenkového závěru jedná, blud tedy nestojí někde na okraji pozornosti jedince, ale vždy v jejím centru,
5. *blud je individuální a soukromý útvar* – vzniká navzdory přemlouvání a přesvědčování okolí, je *soukromý*, není produktem obecného mínění, není uznáván nikým z určitého sociálně-kulturního okruhu, naopak je považován za nesprávný.

Na druhé straně je však závažnější, že bludný obsah a tematika si jsou na celém světě podobné. Bludy přes monotónní základní tematiku ve svém konkrétním obsahu nejsou rigidní. Jejich bezprostřední tematická náplň je zřetelně ovlivňována životními poznatky a zkušenostmi nemocného. Proto odráží i charakteristické vlivy prostředí (změny politického, ideologického a technického vývoje), i když pochopitelně deformované v důsledku poruch nervové mozkové činnosti.

### 3.2.2 Teorie personálních konstruktů

Na rozvoj *teorie kognitivních schémat* měl vliv zejména George Alexander Kelly (1905–1967) a jeho teorie personálních konstruktů (1955). Kelly byl jeden z prvních personologů, který zdůrazňoval poznávací procesy jako složku rysů, určujících projevy osobnosti. Podle jeho teorie se jedinec ve své podstatě podobá vědci, který usiluje o to, aby dokázal pochopit, tlumočit, předvídat a řídit svůj svět a efektivně s ním zacházet. Vnímaná realita je vždy předmětem interpretace: objektivní skutečnost existuje, ale různí lidé jí rozumějí různými způsoby. Naše interpretace světa jsou měnitelné a nahraditelné. Lidské bytosti jsou spíše aktivními konstruktéry svých světů, než že by pasivně reagovaly na vnitřní nebo zevní síly, které jsou silnější než ony. Člověk, podobně jako vědec, vytváří pracovní hypotézy o realitě. Pomocí těchto pracovních hypotéz (konstruktů) se pokouší předvídat budoucí a řídit své chování. Podle Kellyho jsou lidé orientováni spíše na budoucnost než na minulost či současnou událost. Okem přítomnosti míří vždy do budoucnosti. Navíc se lidé vyznačují tendencí a kapacitou spíše prostředí aktivně zpracovávat (pojímát a interpretovat), než na ně pasivně reagovat. Pro život člověka je typické neustále úsilí dávat zkušenosti smysl. Tato kvalita mu umožňuje utvářet svůj osud v závislosti na položených otázkách a nalezených odpovědích. Podle fundamentálního postulátu teorie personálních konstruktů je tedy *chování lidí řízeno způsobem, jakým anticipují dění ve světě kolem sebe*. Lidé si interpretují události kolem sebe pomocí **osobních (personálních) konstruktů**. Používají tento systém k predikci a kontrole události. Je to jako šablona (idea, postoj, vzorec či myšlenka), skrze níž jedinec pojímá a zpracovává realitu a které využívá ke konstrukci či interpretaci. Je to něco, co si člověk sám vytvořil a co aktivně používá vůči světu, aby mu dával smysl. Podle osobních konstruktů jedinec třídí lidi a události, se kterými

se setkává, a věci či události jsou chápány jako podobné nebo jako vzájemně odlišné. Aspekty reality dostávají význam ve vztazích podobnosti či kontrastu. Personální konstrukty jsou *bipolární a dichotomní* (dobré-zlé; dlouhé-krátké; silné-slabé; přátelské-hostilní ap.) a mají určitý *rozsah vhodnosti* (vztahují se na určité věci a pro jiné jsou irelevantní). Např. konstrukt „dobro versus zlo“ je aplikovatelný na většinu situací vyžadujících osobní hodnocení, naproti tomu konstrukt „zjistnost-nejistnost“ je rozsahem mnohem užší. Další charakteristikou konstruktů je jeho *ohnisko vhodnosti*. Jde o rozsah událostí, na něž je člověk připraven daný konstrukt aplikovat. Např. konstrukt „zjistnost-nejistnost“ někdo posuzuje z hlediska vztahů rodiče a děti, jiný z hlediska politických vztahů, další v chování mezi partnery ap. Ohnisko vhodnosti je specifické pro jedince, který daný konstrukt využívá. Jakmile subjekt zhodnotí, že daný konstrukt přiměřeně předvídá určité události, ověřuje tuto hypotézu i na dalších podobných událostech. Pokud byla tato predikce přiměřená, konstrukt je zpevněn. Pokud není predikce potvrzena, dochází k revizi konstruktů. Důležitou charakteristikou konstruktů je jejich *propustnost* (permeabilita). Určitý konstrukt je propustný do té míry, do jaké je otevřen k přibírání nových objektů a událostí. Propustné konstrukty jsou s to přijímat do svého rozsahu vhodnosti i vztahy nebo události, které dosud nebyly v rámci jejich hranic pojímány. Nepropustný je takový konstrukt, který se vztahuje jen na nějaký fixní soubor věcí a událostí. Jedinec s nepropustným konstruktem „správný způsob-nesprávný způsob“ jak se mají dělat určité věci, bude mít velké těžkosti, pokud bude muset spolupracovat na nějakém úkolu s lidmi, kteří mají různé přístupy. Jednotlivé konstrukty se skládají z elementů. Lze je rozdělit na následující typy (podle Mikšík, 1999):

- a) *Zajištěné konstrukty* – jde o škatulkový typ konstruktů: co je dáno do jedné přihrádky, je vyloučeno z jiné. Tento typ konstruktů je typický pro rigidní osoby a odpovídá typu myšlení „nic než“, „jedině“.
- b) *Konstelační konstrukty* – umožňují, aby elementy náležely i do jiné oblasti, upravují však jejich členství. Ve chvíli, kdy je událost podražena pod jeden konstrukt, jsou tím fixovány její další charakteristiky (např. „je-li tento muž číšník, bude nepoctivý a manipulující, nelze mu věřit“).
- c) *Propoziční konstrukty* – ponechávají své elementy alternativním konstrukcím. Dovolují otevřenost novým zkušenostem a pohledům. Propoziční myšlení je tedy flexibilní.

I když jsou osobní konstrukty *kognitivní* – tj. mají co dělat s poznáváním světa – mají také *motivační a emocionální* aspekty. Představují komplexní základ pro hodnocení a emocionální reakce na sebe, lidi a události. Mohou nebo nemusí být *verbalizovány*. Někteří lidé dokáží jasně určit, na základě čeho posuzují sebe, lidi nebo události. Často je však potřebné povahu určitého konstruktů odvozovat z neurčitých nebo nejasných vyhlášení a někdy to vůbec nelze vyjádřit slovy, ale na konstrukt je možno usuzovat z chování člověka. Lidé mají svoje konstrukty organizované do určitého **systému osobních (personálních) konstruktů**. Osobní konstrukty jsou organizovány hierarchicky s důrazem na minimalizaci neslučitelnosti



a nesrovnalostí. Lidé se tudíž liší nejen v počtu a druhu konstruktů, ale i ve způsobu jejich organizace. Organizace osobních konstruktů je v podstatě logická. Konstrukty jsou uspořádány pyramidovým způsobem, kdy nadřazený konstrukt podřazuje jiné konstrukty a podřazený je obsažen v jiném konstruktu. Např. konstrukt „dobro-zlo“ může mít podřazen konstrukt „zlišnost-nezlišnost“ u různých lidí různým způsobem. Hierarchické uspořádání konstruktů však není statické a může se měnit v závislosti na jejich prediktivní účinnosti (tj. jak se osvědčují v realitě). Organizace osobních konstruktů dává konstruktům jedince konzistenci a uspořádanost. Základním účelem individuálních konstruktů je umožnit anticipaci události. U většiny lidí souvisí řada nejdůležitějších situací s chováním jiných lidí. Kelly mluví o „společenskosti konstruktů“. Jedinci jsou si podobní proto, že události pro ně mají přibližně podobný psychologický význam. Lidé ze stejné kultury konstruují svoje zkušenosti podobným způsobem. Rozdílné kultury mohou mít velmi rozdílné postoje ke základním zkušenostem. Sociální interakce souvisí s úsilím porozumět tomu, jak druhí konstruují svoji realitu. Harmonická sociální interakce vyžaduje, aby byl člověk schopen podívat se z pozice druhé osoby natolik, aby jí byl schopen porozumět a předvídal její chování. To znamená, že do té míry, do jaké bude Adam chápat, jak se Eva dívá na svět, může se s ní účastnit na sociálních rolích, ať to bude přátelský rozhovor, sexuální akt, snaha o dominanci či submisi či obchodní transakce. V těchto interakcích se naplňují *sociální role*. Pojem role má v teorii osobních konstruktů ústřední význam; role je definována jako „psychologický proces, založený na hráčově konstrukci aspektů konstrukčních systémů těch osob, se kterými se pokouší spojit v určité sociální akci“ (Kelly, 1955). Sociální role nevzniká automaticky tím, že lidé spolu mluví nebo se k sobě nějak chovají. Alespoň jeden z nich musí percipovat způsob vidění věcí druhým. To neznamená, že lidé, kteří jsou spoluúčastníky na sociálních rolích, nutně musí mít podobné konstrukční systémy. Základním rysem rolového chování je to, že lidé svoje konstrukty využívají k anticipaci toho, jak budou konstruovat události jiní lidé. Podobnost konstrukčních systémů facilituje úspěšné chování v sociálních rolích.

Prostřednictvím *propracované volby* lidé volí tak, aby posouvali svoje systémy konstruktů ve směru větší schopnosti predikovat události. Podle Kellyho (1955, str. 64): „kdykoliv je osoba konfrontovaná s příležitostí udělat nějakou volbu, bude mít tendenci udělat tuto volbu v prospěch té alternativy, která předpokládá nejlepší základ pro anticipaci následných událostí.“ Toto zdokonalování anticipace může mít u některých lidí formu zúžení a zosťření systému konstruktů, aby dokázali predikovat čím dál lépe v rámci vymezeného rozsahu situací. U jiných zase snaha o zdokonalení anticipace může mít formu rozšíření uplatnění platnosti konstruktů a rozšíření rozsahu situací, ve kterých je možno predikovat. V každém případě je podle Kellyho konkrétní zvolenou cestou ta, u které se zdá být nejpravděpodobnější, že zvýší budoucí schopnost systému konstruktů anticipovat události. Pokud není systém konstruktů schopen správně anticipovat a odhalit následné události, zpravidla se mění. Ke změně dochází nejčastěji při vystavení novým či neobvyklým

událostem. Zpětná vazba o tom, jak nás vedou konstrukty k predikování budoucna, může vést k modifikaci nepřesného konstruktů. Užitečné konstrukty jsou podrženy, ostatní zamítnuty. Při konfrontaci s novými událostmi bude osoba s relativně nepropustnými konstrukty všeobecně méně schopna se přizpůsobit než jedinec s propustnějšími konstrukty.

Rané konstrukty mohou být definované konkrétními lidmi (otec = autorita). Některé konstrukty, které se vyvinuly dříve, než dítě zvládlo jazyk, související s připoutáním ve vztahu matka – dítě, mohou později v životě představovat specifické problémy. Takové konstrukty jsou často vysoce nepropustné, projevují se v různých vztahových situacích a mohou sloužit jako konstrukty jádrových rolí (rodič, partner, spolupracovník ap.). Zároveň vzhledem k jejich ranému a preverbálnímu charakteru si jedinec není vědom jejich existence nebo rozsahu jejich vlivu. Např. žena může být často překvapena zjištěním, že si vybírá stále podobné partnery, kteří jsou navíc v něčem základním velmi podobní jejímu otci. Preverbální konstrukty mohou později ovládat chování lidí, aniž by si jich byli daní jedinci vědomi.

Kellyho teorie byla kritizována zejména proto, že si nedostatečně všímá emočních a motivačních aspektů lidské existence. Dále není schopna specifikovat způsoby, jakými se osobní konstrukty získávají a aplikují. Jediné vysvětlení směru chování pomocí expanze systému konstruktů skrze princip propracované volby pokládají kritici za neadekvátní (Russell, 1969). Přesto jde o smělou originální teorii, která klade důraz na jedince jako na aktivního konstruktéra svého jedinečného světa.

### 3.2.3 Kognitivní schémata

Jedním z přístupů, specifikujících charakterologické komponenty osobnosti, je kognitivní teorie, používající termín *schéma*. Podle této teorie je charakter tvořen systémem tzv. kognitivních schémat. Pojem „schéma“ v této souvislosti jako první použil francouzský psycholog J. Piaget (1929). Podle něj je na počátku vývoje myšlení činnost. Tím, že dítě operuje s věcmi, objevuje jejich vlastnosti a postupně reorganizuje svá kognitivní schémata, aby dosáhlo rovnováhy mezi strukturou svých činností a těmito vlastnostmi věcí (tj. tzv. akomodace). Tím dítě poznává a internalizuje funkční vztahy mezi sebou a věcmi a později i mezi věcmi a jevy samotnými, včetně sociálních situací, sebe sama a svého místa ve světě.

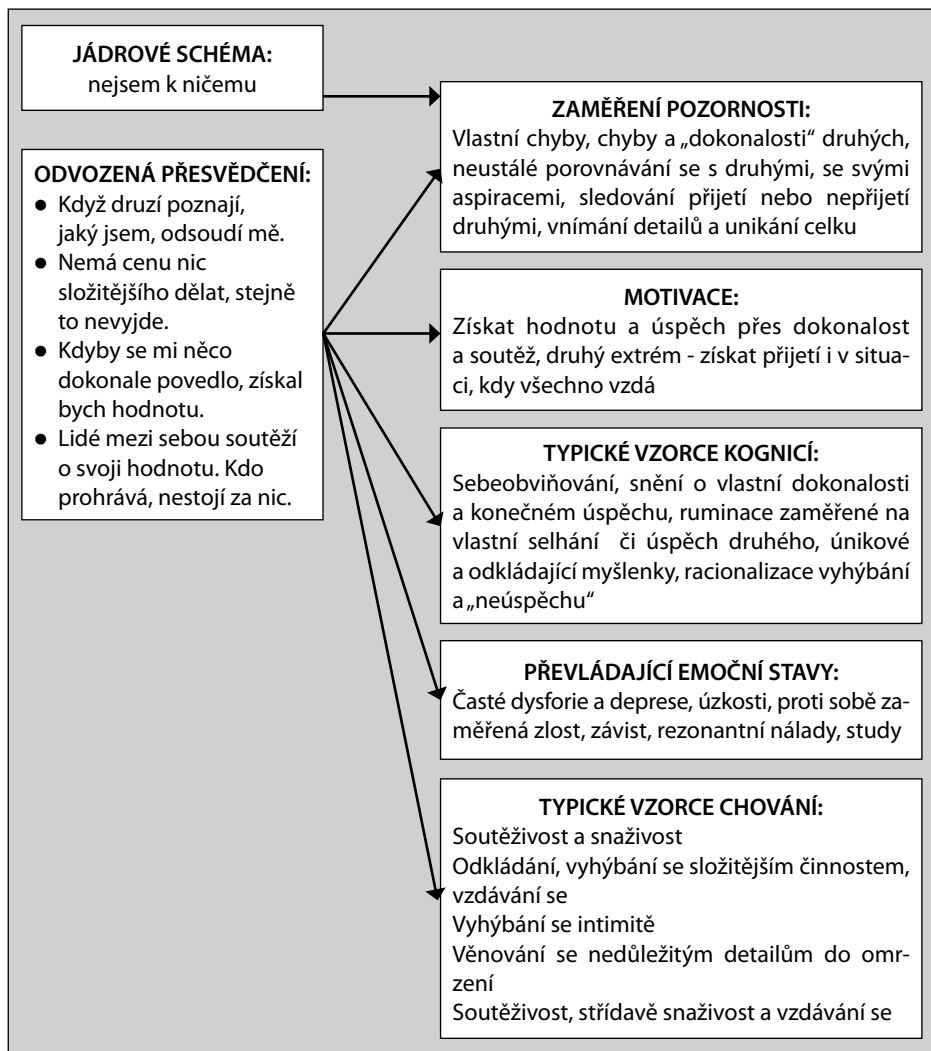
Jak v psychoanalytické tradici, tak v tradici kognitivní terapie (Beck, 1989, Young et al., 1994) označuje pojem schéma „základní přesvědčení, na jejichž základě si člověk organizuje svůj pohled na sebe, na svět a na budoucnost“. Americký psychiatr A. T. Beck definoval kognitivní schéma jako „relativně stabilní způsob organizace myšlení a hodnocení událostí“. Tato schémata představují souhrn základních, často nevyřčených a nevědomých předpokladů o tom, jaký jsem, jaký je svět kolem mě a co od něj mohu očekávat. Beck popsal celou řadu kognitivních schémat, která lze podle něj vyjádřit formou určitých pravidel či předpokladů,

např. „Pokud se mi něco nepodaří, znamená to, že jsem jako člověk selhal!“ nebo „Nemohu být šťastný, jestliže mě druzí lidé nemají rádi!“. Beck předpokládá, že kognitivní schémata se vytvářejí pod vlivem zkušeností v raném dětství a že mohou zůstat dlouhou dobu latentní nebo skrytá, tj. neovlivňovat psychický stav. Pokud jsou však určitou událostí aktivována, mohou spustit dekompenzaci osobnosti nebo aktuální psychickou poruchu, jako je např. deprese nebo úzkostná porucha. Vzhledem k tomu, že kognitivní schémata jsou často nevědomá, nejsou za normálních okolností kriticky přezkoumávána a jejich platnost není ověřována. Přesto řídí pohled na sebe, druhé a svět, a skrze to chování jedince. Původně Beck schémata kategorizoval do tří skupin podle oblasti prožívání, ve které se nejvíce uplatňují:

- **Výkon** – schémata týkající se nároků na sebe a potřeby úspěchu, např.:
  - „Abych byl šťastný, musím být úspěšný ve všem, s čím se setkám!“
  - „Pokud udělám chybu, znamená to, že nejsem k ničemu!“
  - „Musím být nejlepší ve všem, co dělám!“
- **Přijetí** – schémata týkající se potřeby být vážen, milován, chráněn, přijímán druhými osobami, např.:
  - „Abych byl šťastný, musím být uznáván vždy všemi lidmi (hlavně autoritami)!“
  - „Nemůžu žít bez lásky!“
  - „Pokud se mnou někdo nesouhlasí, znamená to, že mě nemá rád!“
  - „Moje hodnota závisí na tom, co si o mně ostatní myslí!“
- **Moc** – schémata týkající se potřeby mít události pod kontrolou, potřeby síly, převahy, kontroly nad chováním svým i ostatních, potřeby poslušnosti a loajality druhých, např.:
  - „Měl bych být vždy schopn všechno zvládnout sám!“
  - „Všichni mi musí stále pomáhat!“
  - „Nikom se nedá věřit!“ či
  - „Všichni mě musí stále poslouchat!“

Další rozvinutí teorie kognitivních schémat se objevuje u *modelů poruch osobnosti*. Podle teorie představitelů kognitivní terapie A. T. Becka a A. Freemana si pacienti trpící poruchami osobnosti vytvořili během dětství relativně pevný, globální, negativní pohled na sebe sama, druhé lidi a svět. Tento pohled je ovlivněn jak genetickými faktory, tak časnými životními zkušenostmi (Beck, 1998). Tato jádrová přesvědčení jsou zabudována v individuálních „kognitivních schématech“, hypotetických strukturách mysli (viz tab.). *Jádrová schémata a odvozená přesvědčení* tvoří charakter osobnosti.

**Tabulka 3.8:** Projevy jádrového schématu a odvozených přesvědčení



Jako charakter označujeme tu složku osobnosti, která vznikla procesem socializace během dětství. Z hlediska kognitivní teorie jsou základem charakteru schémata, tj. „základní přesvědčení, na jejichž základě člověk určuje své postoje k sobě, ke světu (k druhým lidem) a k budoucnosti“. Beck rozlišuje v rámci schématu složku *kognitivní*, *afektivní*, *motivační* a *instrumentální*. Každé schéma – ve svých posledních pracích používá Beck pojmu „psychický modus“ – má určitý kognitivní obsah, je spojeno s určitou emocí, určitou motivací a určitým zjevným jednáním. Např. schéma „Musím být ve všem perfektní“ je spojeno s úzkostným napětím při činnosti, motivací pracovat se zaměřením na detaily a s kontrolujícím chováním. Člověk má řadu různých schémat, která jsou v různých situacích různé

aktivní – některá jsou latentní čili „spící“, jiná jsou aktivní a určují myšlení, emoce a jednání člověka v dané situaci. V terapii se terapeut s pacientem zaměřuje nejdříve na zkoumání jeho automatických myšlenek v konkrétní situaci, zjišťuje jakých kognitivních omylů se pacient dopouští a na základě toho se snaží postupně dobrat základních čili „jádrových schémat“, z nichž jeho myšlenky a omyly vycházejí. Tato schémata potom společně zkoumají, zpochybňují a nahrazují schémata funkčnějšími. Jednotlivá schémata se projevují v nejrůznějších vzorcích chování, myšlení, emočního prožívání, v zaměření pozornosti a v motivaci člověka.

Kognitivní schémata fungují jako vzory pro odhadování a hodnocení situací. Jedinec zpracovává informace způsobem, který souhlasí s jeho přesvědčením, vybírá ze situace informace, které jeho jádrové přesvědčení potvrzují, a znehodnocuje, ignoruje nebo podceňuje informace, které svědčí o opaku. Děti, u kterých se později vyvine porucha osobnosti, často zažily buď akutní trauma nebo méně závažné, ale chronické traumatizující zkušenosti. Aby si vysvětlily smysl toho, co se jim přihodilo, vytvoří si extrémně negativní přesvědčení nejen o sobě samých, ale i o jiných lidech a světě, ve kterém žijí (Beck, 1998). Beck (1995) přepokládá, že každému typu poruchy osobnosti odpovídá určité dysfunkční „jádrové schéma“.

**Tabulka 3.9:** Jádrová přesvědčení pacientů s poruchami osobnosti (Beck, 1995)

| BEZMOC                           | NEMILOVANOST                      |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| Nepřiměřený                      | Nepřitažlivý                      |
| Neschopný                        | Nepřijatelný                      |
| Uvínutý                          | Odmítaný                          |
| Méněcenný                        | Osamělý                           |
| Neefektivní                      | Nechtěný,                         |
| Nekompetentní                    | Neopatrovaný, bez péče            |
| Slabý                            | Špatný                            |
| Zranitelný                       | Bezcenný                          |
| Selhávající                      | Odlišný                           |
| Defektní                         | Ne dost dobrý (pro lásku druhých) |
| Ne dost dobrý (aby to šlo měřit) | Defektní (a proto nehodný lásky)  |
| Ztroskotanec (v dosahování cílů) | Ztroskotanec (ve vztazích)        |
| Nuzný                            | Nezajímavý                        |
| Bez kontroly                     |                                   |

Aby člověk tato přesvědčení kompenzoval nebo se s nimi vyrovnal, vytvoří si rigidní pravidla, jak věcem rozumět. Postupně *nadměrně rozvine úzký rejstřík chování a jiné druhy chování nerozvine dostatečně*. Každý typ poruchy osobnosti se vyznačuje odlišným rejstříkem nadměrně rozvinutých a nedostatečně rozvinutých strategií chování (viz tab.).

**Tabulka 3.10:** Typické nadměrně rozvinuté a nedostatečně rozvinuté strategie u pacientů s poruchami osobnosti (podle Beck a spol., 1990)

| Porucha osobnosti | Nadměrně rozvinuté strategie                                                              | Nedostatečně rozvinuté strategie                                                                                                                        |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anankastická      | Kontrola<br>Odpovědnost<br>Systematičnost                                                 | Spontaneita<br>Impulzivita                                                                                                                              |
| Závislá           | Vyhledávání pomoci<br>Přilnavost                                                          | Soběstačnost<br>Pružnost                                                                                                                                |
| Pasivně-agresivní | Autonomie<br>Resistance<br>Pasivita<br>Sabotování                                         | Intimita<br>Asertivita<br>Aktivita<br>Kooperace                                                                                                         |
| Paranoidní        | Ostražitost<br>Ne důvěřivost<br>Podezřívavost                                             | Klid<br>Důvěra<br>Přijímání druhých                                                                                                                     |
| Narcistická       | Sebezduřazňování<br>Soutěživost                                                           | Sdílení<br>Identifikace se skupinou                                                                                                                     |
| Antisociální      | Bojovnost<br>Utlačování druhých<br>Využívání druhých                                      | Empatie<br>Vzájemnost<br>Sociální citlivost                                                                                                             |
| Schizoidní        | Autonomie<br>Stažení se                                                                   | Intimita<br>Vzájemnost                                                                                                                                  |
| Vyhýbavá          | Sociální zranitelnost<br>Vyhýbání se<br>Tlumení                                           | Asertivita<br>Sebedůvěra<br>Družnost                                                                                                                    |
| Hraniční          | Impulzivita<br>Upřímnost<br>„Štěpení“ (Splitting)<br>Odvaha<br>Nesouhlas<br>Nekonvenčnost | Ovládání afektů<br>Kooperace<br>Systematičnost<br>Relativnost pohledu<br>Odložení a propracování afektivní reakce<br>Identifikace se skupinou<br>Důvěra |
| Histriónská       | Předvádění se<br>Sebevyjádření<br>Přehánění                                               | Vzájemnost<br>Kontrola<br>Systematičnost                                                                                                                |

Kombinace extrémně negativního pohledu na sebe, jiné lidi a svět, dysfunkční pravidla pro reagování a nedostatečný repertoár chování vede člověka s poruchou osobnosti k nepřiměřenému hodnocení situací a k emočnímu stresu. Samozřejmě ne u všech lidí, kteří byli v dětství vystaveni zátěžovým podmínkám, se později

**Tabulka 3.11:** Přesvědčení a strategie u poruch osobnosti (*upraveno podle Beck a spol., 1990, Beck, 1998*)

| Porucha osobnosti     | Jádrové přesvědčení o sobě                                                                   | Přesvědčení o druhých                                           | Předpoklady                                                                                                                                                                | Strategie chování                                                                               |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Vyhýbavá              | Jsem nežádoucí,<br>Neschopný<br>Společensky<br>neobratný                                     | Druzí lidé mě<br>odmítnou                                       | Kdyby mě lidé<br>skutečně poznali,<br>odmítli by mě.<br>Když se budu<br>přetvařovat,<br>možná mě přijmou.                                                                  | Vyhýbá se intimitě.<br>Vyhýbá se<br>hodnotícím<br>situacím.                                     |
| Závislá               | Jsem bezmocný                                                                                | Druzí lidé by se<br>o mě měli postarat                          | Kdybych se<br>spolehl na sebe,<br>selhal bych.<br>S pomocí druhých<br>přežiju, budu<br>šťastný, apod..<br>Potřebuje druhé<br>aby mi stále<br>Dodávali podporu<br>a odvalu. | Spoléhá se na<br>druhé<br>lidi.<br>Pěstuje závislé<br>vztahy.                                   |
| Pasivně-<br>agresivní | Jsem soběstačný.<br>Jsem zranitelný<br>vůči kontrolování<br>a zasahování.                    | Druzí kontrolují,<br>zasahují,<br>vyžadují, jsou<br>dominantní. | Druzí omezují mojí<br>svobodu.<br>Kontrola od<br>druhých je<br>nesnesitelná.<br>Musím si dělat věci<br>po svém.                                                            | Pasivní rezistence.<br>Na povrchu<br>přízřubovost.<br>Vyhýbá se.<br>Sabotuje.<br>Mění pravidla. |
| Anankastická          | Můj svět se může<br>vymknout<br>z kontroly.                                                  | Druzí mohou být<br>nezodpovědní.                                | Když nebudu 100%<br>zodpovědný,<br>může se mi zhroutit<br>svět.<br>Když zavedu přesná<br>pravidla,<br>dopadne to dobře.                                                    | Rigidně kontroluje<br>druhé.<br>Aplikuje pravidla.<br>Moralizuje, hodnotí.                      |
| Paranoidní            | Jsem zranitelný.<br>(Kompenzatorní:<br>Nedám se. Jsem<br>silný.)                             | Druzí lidé jsou zlí.                                            | Kdybych druhým<br>věřil, mohli by<br>mi uškodit.<br>Když si dám pozor,<br>můžu se<br>ubránit.                                                                              | Je nadměrně<br>podezřívavý.<br>Hledá skryté<br>motivy.<br>Obviňuje.<br>Protiútočí.              |
| Antisociální          | Jsem zranitelný.<br>Jsem osamělý.<br>(Kompenzatorní:<br>Jsem silný a chytrý<br>(vychytralý). | Druzí by mě mohli<br>vykořisťovat,<br>zneužívat.                | Když nebudu<br>jednat první,<br>mohou mi ublížit.<br>Když můžu využít<br>první, budu<br>ve výhodě.<br>Druzí jsou<br>tůlпасové.                                             | Využívá druhé.<br>Manipuluje.<br>Napadá.<br>Krade.                                              |

| Porucha osobnosti | Jádrové přesvědčení o sobě                                                        | Přesvědčení o druhých                                                                                                      | Předpoklady                                                                                                                                      | Strategie chování                                                                                   |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Narcistická       | Jsem méně než druhí. (manifestní kompenzatorní přesvědčení: Jsem lepší než druhí) | Druzí jsou lepší. (manifestní kompenzatorní přesvědčení: Druzí jsou horší)                                                 | Když se mnou druhí zacházejí normálně, znamená to, že si o mně myslí, že jsem horší. Jsem originál, potřebuji speciální pravidla.                | Vyžaduje zvláštní zacházení. Soutěživost.                                                           |
| Histriónská       | Nic nejsem. (kompenzatorní: Jsem velkolepý)                                       | Druzí si mně nebudou vážit pro mě samotného. (kompenzatorní: Lidé jsou tady proto, aby mi sloužili nebo aby mě obdivovali. | Když nebudu zábavný, nebudu pro druhé přitažlivý. Když se budu chovat dramaticky, získám pozornost druhých a jejich přijetí.                     | Předvádí se. Používá dramatizace, přehánění, dramatické záchvaty vzteku, pláče. Vyhrožuje suicidiem |
| Schizoidní        | Jsem nepřizpůsobivý. Jsem soběstačný. Jsem samotář.                               | Druzí mi nemají co nabídnout.                                                                                              | Když si budu od druhých udržovat odstup, bude se mi dařit lépe. Kdybych se snažil mít vztahy, nefungovaly by. Vztahy nic nepřinášejí.            | Vytváří si odstup.                                                                                  |
| Hraniční          | Jsem vadný. Jsem bezmocný. Jsem zranitelný. Jsem špatný.                          | Druzí lidé mě zradí, opustí. Lidem se nedá věřit.                                                                          | Kdyby to záviselo jen na mně, nepřežil bych. Když budu věřit druhým, opustí mě. Když budu závislý na druhých, přežiji, ale nakonec budu opuštěn. | Kolísá mezi extrémní chování.                                                                       |
| Schizotypální     | Jsem vadný.                                                                       | Druzí mě ohrožují. Jsou nečitelní.                                                                                         | Když mám pocit, že druhí mají vůči mně negativní pocity, musí to být pravda. Když jsem obezřetný k druhým, můžu odhadnout jejich úmysly.         | Předpokládá skryté motivy. Vyhýbá se kontaktům. Věnuje se monotónním samotářským činnostem.         |



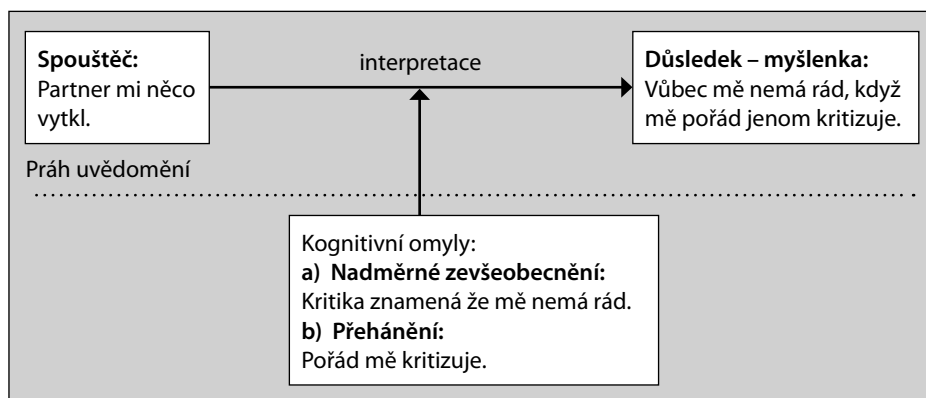
vyvine porucha osobnosti. Pravděpodobně záleží i na vrozené zranitelnosti a odolnosti vůči psychotraumatům.

Podle Becka a Freemana (1990) má každý typ poruchy osobnosti svůj *typický rejstřík jádrových přesvědčení o sobě a přesvědčení o druhých*, ze kterých pak vychází jeho *předpoklady* pro účinné chování (viz tab.). Některé *strategie chování* se díky tomu vyvinou nadměrně, jiné zase vůbec. *Spektrum chování* v nejrůznějších situacích je pak zúžené, což vede k výraznému stresu (Beck, 1996). Např. pacient s histriónskou poruchou osobnosti se chová přehnaně dramaticky při hledání zaměstnání, dokonce i když ví, že toto chování je nevhodné, a pak si to vyčítá. Obecně platí, že lidé trpící poruchou osobnosti mají oproti druhým menší svobodu v rozhodování, jaké chování v určité situaci použijí.

### 3.2.4 Kognitivní omyly

Stabilita kognitivních schémat ovšem není zcela absolutní. Vzniklé schéma na jedné straně ovlivňuje hodnocení vnějších podnětů tak, aby odpovídaly a shodovaly se s existujícím schématem – tento proces nazýváme **asimilace**. Např. člověk, jehož základní přesvědčení – schéma – říká, že „Lidem nejde věřit!“, bude mít tendenci neutrální, případně i přátelské chování lidí kolem sebe hodnotit jako neupřímné a zakrývající jejich „skutečné“ nepřátelské úmysly. Maladaptivní asimilace se uskutečňuje v důsledku kognitivních omylů (závěry skokem, selektivní abstrakce, diskvalifikace pozitivního, katathymní zkreslení skutečnosti, čtení myšlenek ap.). Kognitivní omyly (mylná logika) jsou automatické opakující se chyby v myšlení, úsudku nebo myšlenkovém hodnocení situací, např. vybíráním si určitého detailu a ignorováním jiných důležitých věcí nebo nelogickým zpracováním vnímané události. Díky kognitivním omylům si postižený jedinec udržuje jak maladaptivní emoční reakce a vzorce chování, tak kognitivní schémata. Lidé si zpravidla svých kognitivních omylů – chyb v logice – nejsou vědomi. Vědomi jsou si až konečných závěrů.

**Obrázek 3.1:** Příklad důsledků kognitivního omylu



**Tabulka 3.12:** Typické kognitivní omyly způsobující asimilaci událostí podle kognitivních schémat

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                |                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Nepodložené závěry (svévolná dedukce)          | Člověk dospívá k určitému přesvědčení či hodnocení na základě nedostatečného množství informací. Jde o vyvozování závěrů „skokem“. |
| 2.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Zkreslený výběr faktů (selektivní abstrakce)   | Člověk si všímá pouze toho, co „potvrzuje“ jeho přesvědčení, a přehlíží fakta svědčící o opaku.                                    |
| 3.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Nadměrné zevšeobecnění (nadměrná generalizace) | Jedinec z jednotlivé události vyvozuje dalekosáhlé závěry.                                                                         |
| 4.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Přehánění a bagatelizace                       | Tendence přikládat určitým faktům nadměrný význam a význam jiných faktů snižovat.                                                  |
| 5.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Vztahovačnost (personalizace)                  | Tendence vztahovat na sebe náhodné události a přebírat odpovědnost za něco, co člověk ve skutečnosti ovlivnit nemohl.              |
| 6.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Černobílé myšlení (dichotomií myšlení)         | Znamená přemýšlení v absolutních kategoriích „všechno, nebo nic“.                                                                  |
| 7.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Čtení myšlenek                                 | Posuzování, co si druzí myslí, na základě nejasných zevních signálů.                                                               |
| 8.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Negativní věštby                               | Jsou ukvapené katastrofické závěry předem, kdy rovnou jsou očekávány nejhorší následky.                                            |
| 9.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Diskvalifikace pozitivního                     | Je tendence posuzovat neutrální nebo pozitivní jevy jako negativní.                                                                |
| 10.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Argumentace emocemi (katathymní myšlení)       | Je tendence přizpůsobovat hodnocení zevních událostí svému emočnímu stavu, bez ohledu na reálná fakta.                             |
| 11.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Značkování                                     | Hodnocení, kdy komplexní jev je simplifikován na jeden (velmi často negativní) atribut.                                            |
| Beck zdůrazňuje, že těchto kognitivních omylů či prohřešků proti logickému myšlení se v běžném životě dopouští každý člověk. S psychickou dekompenzací souvisí však tehdy, když se objevují opakovaně, systematicky, velmi často, postižený je považuje za zcela přesvědčivé, nepochybuje o nich a vyvolávají v něm silné negativní emoce. |                                                |                                                                                                                                    |

Vlivem podnětů a zkušeností, které odporují vytvořenému schématu, však může dojít ke změně tohoto schématu – tomuto procesu říkáme **akomodace**. Např. pokud se výše zmíněný člověk dostane do potíží, např. onemocní, a lidé kolem mu budou nezištně pomáhat, je možné, že své přesvědčení o tom, že lidem nelze věřit, může změnit. Tyto procesy asimilace a akomodace kognitivních schémat probíhají neustále a pro zdravé fungování psychiky musí být vyvážené (Možný a Praško, 1999). Když totiž převládne rigidní asimilace všech podnětů do existujících kognitivních schémat, mohlo by dojít k postupné ztrátě kontaktu s realitou a k rozvoji např. paranoidní psychózy. Na druhé straně při nadměrné akomodaci, tj. kdyby

člověk měnil svá přesvědčení pod vlivem každé nové informace a zkušenosti, by mohlo dojít ke ztrátě pocitu kontinuity vlastního „já“. Kognitivní omyly zpravidla velmi účinně akomodaci schémat brání.

### 3.2.5 Raná maladaptivní schémata

S originální ucelenou klasifikací schémat přišel Young (1994), představitel nového směru v rámci kognitivní terapie, tzv. kognitivní terapie zaměřené na schémata (Schema-Focused Cognitive Therapy). Popsal 18 základních typů tzv. raných maladaptivních schémat, která se vytvářejí během dětství na základě negativních zážitků a narušených vztahů. Tato schémata rozdělil do 5 skupin, z nichž každá odpovídá narušení určité základní lidské potřeby během dětství. Young předpokládá, že tato „raná maladaptivní schémata“ tvoří základ poruch osobnosti. Vytvořil dotazník „Schema questionnaire“, pomocí něhož zjišťuje maladaptivní schémata u pacientů.

**Tabulka 3.13:** Raná maladaptivní schémata (Young, 1994)

| I.   | Porucha navázání vztahů a odvržení (Disconnection and Rejection)                       |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------|
|      | • Opuštění/nestabilita (Abandonement/Instability)                                      |
|      | • Zneužívání/nedůvěra (Abuse/Mistrust)                                                 |
|      | • Emoční deprivace (Emotional Deprivation)                                             |
|      | • Vadnost/stud (Defectiveness/Shame)                                                   |
|      | • Sociální izolace /odcizení (Social isolation/Alienation)                             |
| II.  | Narušená autonomie a projev (Impaired Autonomy)                                        |
|      | • Funkční závislost/neschopnost (Functional Dependence/Incompetence)                   |
|      | • Zranitelnost vůči nebezpečí (Vulnerability to Danger)                                |
|      | • Propletení/nevyvinuté jáství (Enmeshment/Undeveloped Self)                           |
|      | • Selhání (Failure)                                                                    |
| III. | Narušení hranic (Impaired Limits)                                                      |
|      | • Nadřazenost/grandiozita (Entitlement /Grandiosity)                                   |
|      | • Nedostatečná sebekontrola/sebedisciplína (Insufficient Self-Control/Self-Discipline) |
| IV.  | Zaměření na druhé (Other-Directedness)                                                 |
|      | • Podrobení se (Subjugation)                                                           |
|      | • Sebeobětování/přehnaná odpovědnost (Self-sacrifice/Overresponsibility)               |
|      | • Hledání souhlasu a uznání (Approval-Seeking/Recognition-Seeking)                     |
| V.   | Nadměrná ostražitost a inhibice (Overvigilance and Inhibition)                         |
|      | • Negativismus/obava z chyb (Negativity/Vulnerability to Error)                        |
|      | • Nadměrná sebekontrola/emoční inhibice (Overcontrol/Emotional Inhibition)             |
|      | • Perfekcionismus/hyperkritičnost (Unrelenting Standards/Hypercriticalness)            |
|      | • Extrapunitivnost (Punitiveness)                                                      |

## I. Porucha navázání vztahů a odvržení

### ● Opuštění/nestabilita

Jde o hluboké zvnitřnělé přesvědčení, že důležití lidé nebudou schopni nebo ochotni poskytovat potřebnou péči, emoční podporu a ochranu, protože jsou emočně labilní, či nespolehliví nebo protože mohou umřít nebo opustit pacienta ve prospěch někoho jiného. Toto schéma bývá následkem toho, že rodiče nenaplnují emoční potřeby dítěte – ať již v následku rozvodu, rozchodu, úmrtí nebo opuštění dítěte. Jedinci s tímto schématem typicky velmi visí na svých vztazích, protože mají přehnaný strach, že budou opuštěni.

### ● Zneužívání/nedůvěra

Přesvědčení, že druzí budou člověka zraňovat, zneužívat, pokořovat, manipulovat a využívat ve svůj prospěch. Negativní chování druhých je vnímáno jako úmyslné a zlovolné. Vzniká zpravidla tehdy, když je jedinec v raném dětství vystaven sexuálnímu, fyzickému nebo psychickému týrání ze strany rodičů či sourozenců. Lidé s tímto schématem jsou přecitlivělí na negativní chování druhých a obviňují je ze špatných úmyslů.

### ● Emoční deprivace

Jde o přesvědčení, že druzí člověku neposkytnou takovou emoční podporu, jakou potřebuje. Člověk s tímto schématem se cítí nepochopen, přehlížen, nedostatečně chráněn a podporován. Tito lidé byli obvykle v dětství vystaveni emočnímu přehlížení ze strany významných osob. Jedinci s tímto schématem vystupují jako chladní, nároční, stažení a vybírají si za partnery osoby, které nejsou schopny či ochotny poskytovat emoční podporu (lásku, náklonnost, přízeň).

### ● Vadnost/stud

Jde o přesvědčení, že daný člověk je ve své podstatě vadný a nepovedený. Tito lidé jsou přesvědčeni, že je nikdo nemůže mít rád a že se nikomu nemohou líbit, mají neustálý pocit studu a trpí strachem, že druzí odhalí jejich vady a zavrhnou je. Toto schéma vzniká tehdy, když je dítě vystaveno neustálé kritice, zesměšňování a odmítání ze strany rodičů. Tito lidé stále očekávají, že je druzí budou kritizovat a odmítat, jsou nadměrně sebekritičtí a obviňují se kvůli svým nedostatkům, které velmi zveličují. Vyhýbají se situacím, v nichž by se museli odhalit, a mají strach z intimity v mezilidských vztazích.

### ● Sociální izolace/odcizení

Přesvědčení, že člověk je nepřitažlivý a že je jiný – horší – než druzí. Tito jedinci jsou přesvědčeni, že jsou oškliví, sexuálně neatraktivní, společensky neschopní a podřazení. Toto schéma se vytváří, když rodiče dítě kritizují kvůli jeho vzhledu, chování a dávají mu najevo, že je horší než druzí. Tito lidé se druhým vyhýbají a bývají osamělí a izolovaní, mimo skupinu druhých. Cítí se lépe, když jsou o samotě. Typicky se objevuje u vyhýbavé poruchy osobnosti, někdy u hraniční poruchy osobnosti.

## II. Narušená autonomie a projev

### • Funkční závislost/neschopnost

Přesvědčení, že člověk nedokáže sám správně zvládat běžné denní úkoly bez výrazné pomoci ze strany druhých. Týká se to běžných rozhodnutí, plnění pracovních povinností, domácích prací ap. Toto schéma vzniká, když rodiče neumožní dítěti, aby si vytvořilo pocit vlastní schopnosti, samostatnosti a nezávislosti. Jedinci s tímto schématem vyžadují pomoc ze strany druhých při rozhodování a plnění úkolů a vybírají si partnery, na kterých mohou být závislí. Toto schéma se typicky objevuje u závislých poruch osobnosti, hraniční poruchy osobnosti, ale také u vyhýbavé poruchy osobnosti.

### • Zranitelnost vůči nebezpečí

Přesvědčení, že člověku v každém okamžiku hrozí nějaká velká pohroma a že není schopen se před tímto ohrožením sám ochránit. Může jít o pohromu finanční, zdravotní, přírodní, nebo o trestný čin. Toto schéma vzniká působením nadměrně protektivních rodičů, kteří dítěti vštípi přesvědčení, že svět je velice nebezpečné místo a život je nepředvídatelný. Jedinci s tímto schématem trpí řadou přehnaných strachů a fobií, takže jsou často diagnostikováni, že trpí některou úzkostnou poruchou.

### • Propletení/nevyvinuté jáství

Přesvědčení, že emoční blízkost a těsné vztahy s druhými jsou možné pouze na úkor vlastní individuace a normálního vývoje vlastní osobnosti. Tito lidé jsou také často přesvědčeni, že by nebyli schopni přežít nebo být šťastni, pokud nebudou mít neustálou podporu ze strany někoho blízkého. Často se cítí s druhými natolik propletení, že nemají plný pocit vlastní identity a vnitřního směřování. Když jsou sami, cítí paniku a prázdnotu. Toto schéma se vytváří v kontextu nadměrně emocionálně propletené rodiny, kde nejsou ujasněny hranice mezi generacemi, nebo se tyto hranice neustále mění. Tito jedinci se jen obtížně osamostatňují a nedokáží fungovat, pokud jsou mimo rodinu či okruh jiných osob, s nimiž se cítí psychicky propojeni. Takto to často funguje u hraničních poruch osobnosti.

### • Selhání

Přesvědčení, že člověk selže, když se o něco bude snažit, a že jeho schopnost dosáhnout nějakého výkonu je mnohem horší, než je tomu u druhých. Postižený se považuje za netalentovaného, neschopného a hloupého člověka. Toto schéma se vytváří v prostředí trvalé kritiky ze strany rodičů, kteří dítě nespravedlivě srovnávají s jeho vrstevníky či sourozenci. Tito lidé mají pocit, že jsou ve srovnání s druhými neúspěšní a neschopní, i když objektivně je jejich výkon srovnatelný nebo lepší. Typicky se objevuje u vyhýbavých a pasivně agresivních poruch osobnosti.

### III. Narušení hranic

- **Nadřazenost/grandiozita**

Presvědčení, že člověk je výlučný, má nárok dostat vše co chce, bez ohledu na to, zda je to přiměřené a bez ohledu na potřeby druhých. Toto schéma se vytváří buď v rodinách, kde rodiče nevedou dítě k zodpovědnosti a rozmazlují je, nebo jako kompenzace pocitů deprivace, sociální nežádoucnosti nebo nedostatečnosti. Jedinci s tímto schématem jsou sebestřední a mají o sobě nepřiměřeně vysoké mínění a prosazují se bez ohledu na druhé. Jsou neempatičtí a jednají s druhými bezohledně a bezcitně. Je typické pro narcistické, histriónské nebo dissociální poruchy osobnosti.

- **Nedostatečná sebekontrola/sebedisciplína**

Presvědčení o tom, že je nesmírně obtížné kontrolovat své potřeby a touhy a snášet jejich neuspokojení, nebo že je obtížné či zbytečné kontrolovat své emoce a impulzy. Toto schéma se vytváří v rodinách, kde rodiče své dítě nevychovávali, nevedou k sebeovládání a nestanovují žádné meze jeho chování. Toto schéma však také může vzniknout jako následek nesnesitelných pocitů nejistoty a napětí, vzniklých v prostředí nevypočitatelných a konfliktních rodinných vztahů. Tito jedinci se chovají impulzivně a agresivně a jen velmi obtížně dokáží odložit uspokojení svých bezprostředních potřeb. Typické může být pro emočně nestabilní, hraniční a histriónské poruchy osobnosti.

### IV. Zaměření na druhé

- **Podrobení se/submisivita**

Presvědčení, že o člověku rozhodují druzí a že člověk nemůže mít vlastní přání a preference. Smyslem podřízení se druhým je vyhnout se jejich hněvu, odplatě nebo opuštění. Podřízení jedinci jsou přesvědčeni, že jejich vlastní touhy nejsou důležité a pro druhé významné, někdy ale cítí hněv vůči těm, komu se podřizují. Toto schéma vzniká tehdy, když rodiče dítě trvale trestají za to, že projevuje vlastní přání a potřeby. Tito lidé jsou přehnaně poslušní a neassertivní a vyhýbají se konfliktům za každou cenu.

- **Sebeobětování/přehnaná odpovědnost**

Presvědčení, že se člověk má dobrovolně zříci vlastních potřeb a dávat přednost druhým. Tito jedinci jsou motivováni snahou zbavit druhé bolesti a trápení, vyhnout se pocitům viny a zvýšit si pocit vlastní hodnoty. Toto schéma se může vyvinout u dětí, jejichž rodiče je příliš brzy postavili do role pečovatele – o sebe či o někoho druhého. Tito lidé cítí nadměrnou vinu, když se starají o sebe. Proto nadřazují potřeby a přání druhých svým vlastním, nadměrně se obětují a přebírají odpovědnost za druhé.

- **Hledání souhlasu a uznání**

Lidé se schématem nadměrné závislosti na souhlasu a uznání druhých jsou přesvědčeni, že když se jim tohoto uznání nedostane, znamená to, že jsou nějakým způsobem špatní. Rychle se dostávají do napětí a chovají se křečovitě a nepřirozeně. Potřeba souhlasu a uznání bývá tak přehnaná, že může druhým lidem

vadit. Tito lidé neumějí říci ne, prosadit svůj názor nebo potřebu, chovají se pasivně nebo jako chameleoni (aniž by jim šlo o jiný zisk, než je uznání), jen aby si nikoho nerozházeli. Obzvlášť velkou obavu mají z autorit.

## V. Nadměrná ostražitost a inhibice

### • **Negativismus/obava z chyb**

Přesvědčení, že člověk udělá chybu, když se bude o něco aktivně pokoušet a že za tuto chybu pak bude potrestán, ať již druhými lidmi nebo osudem. Raději se o nic nepokoušet, protože všechno beztak dopadne špatně. Toto nastavení vzniká hyperkritickou výchovou, kdy každý prohřešek, i drobná chyba, jsou neustále omílány, trestány nebo vysmívány. Snadno se také učí nápodobou podobného rodiče. Tito lidé jsou téměř stále napjatí, protože neustále očekávají, že udělají nějakou chybu a budou terčem kritiky. Velmi často jsou pro svoji pasivitu a vyhýbavé chování opravdu kritizováni. Tímto schématem se často řídí lidé s vyhýbavou poruchou osobnosti, pasivně agresivní poruchou osobnosti a anankastickou poruchou osobnosti.

### • **Nadměrná sebekontrola/emoční inhibice**

Přesvědčení, že volné vyjadřování vlastních emocí by nutně vedlo ke ztrapnění, odmítnutí ze strany druhých nebo by to mohlo jedince či jemu blízké osoby ohrožit. Toto schéma vzniká tehdy, pokud rodiče dítěti velmi zdůrazňují nutnost sebeovládání a trestají je, když projevuje nějaké emoce, především hněv. Tito lidé se chovají velmi chladně a odtažitě a nedokáží projevovat ani pozitivní emoce. Vybírají si za partnery buď jedince, kteří jsou rigidní a velmi se ovládají, nebo naopak velmi emocionální jedince, aby aspoň v zastoupení mohli prožívat určitou emoční svobodu.

### • **Perfekcionismus/hyperkritičnost**

Přesvědčení, že člověk musí bez ustání usilovat o splnění těch nejvyšších nároků a požadavků, a to i na úkor štěstí, spontaneity, zdraví a spokojených mezilidských vztahů. Tito jedinci mají často vůči druhým nereálná očekávání ohledně morálky a výkonnosti. Kladou větší důraz na postavení, jmění a uznání než na vnitřní pohodu a vyrovnanost. Toto schéma vzniká v rodinách, kde je kladen nadměrný důraz na výkonnost, postavení a morální nadřazenost a kde rodiče projevují svou přízeň v závislosti na dosažených výkonech. Tito jedinci jsou často úspěšní a mají dobré postavení, ale vnitřně trpí pocity úzkosti, deprese a nespokojenosti. Jako partnery si volí buď jedince, kteří jsou podobně nároční a kritičtí, nebo jedince, které mohou sami kritizovat a vznášet vůči nim vysoké nároky.

### • **Extrapunitivita**

Tito lidé jsou přesvědčeni, že každou chybu druhých lidí je nutné potrestat, nikdo si nesmí dovolit ji přehlédnout. Drobné prohřešky druhých lidí vidí jako pod lupou a ihned na ně poukazují. Za cokoli, co se kdekoli stane, najdou viníky mimo sebe, nezávisle na míře vlastního podílu. Bývají agresivní buď přímo tím, že druhým nadávají, vyčítají nebo je jinak napadají, nebo nepřímou tak,

že srovnávají s jinými situacemi. Zpravidla byli vychováni v rodinách, kde nadměrná kritika a vzájemné obviňování členů rodiny byly na denním pořádku a důležité bylo nenechat nikdy vinu na sobě. Toto schéma se může objevit u většiny poruch osobnosti.

### Podmíněná a nepodmíněná schémata

Young dále dělí výše uvedená schémata na podmíněná a nepodmíněná (Young a spol., 2003). Nepodmíněná schémata se obvykle vytvořila dříve v životě, v raném dětství, a proto jsou více jádrová, zatímco podmíněná schémata vznikají později během života.

*Nepodmíněná schémata* nedávají člověku žádnou naději. Ať dělá co dělá, výsledek je stejný. Vždy dochází vždy k tomu, že je neschopný, nemilovaný, špatný, defektní – a nic se nedá změnit. Tato schémata uzamykají to, co se stalo dítěti a čemu se dítě nemělo šanci ubránit, ani to změnit. Jeho pokusy a snahy jsou zbytečné.

Na rozdíl od těchto schémat *podmíněná schémata* udržují naději. Člověk může změnit výsledek. Může se podřídit, obětovat, potlačit své emoce, velmi usilovat, být dokonalý a tím odvrátit negativní dopad, přinejmenším dočasně.

**Tabulka 3.14:** Nepodmíněná a podmíněná schémata

| NEPODMÍNĚNÁ SCHÉMATA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | PODMÍNĚNÁ SCHÉMATA                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| opuštění/nestabilita<br>zneužívání/nedůvěra<br>emoční deprivace<br>vadnost/stud<br>sociální izolace/odcizení<br>závislost/neschopnost<br>zranitelnost vůči poranění nebo nemoci<br>propletení/nevyvinuté jáství<br>selhání<br>negativismus/obava z chyb<br>extrapunitivita<br>nadřazenost/grandiozita<br>nedostatečná sebekontrola/sebedisciplína | podrobení se/submisivita<br>sebeobětování/přehnaná odpovědnost<br>hledání souhlasu a uznání<br>nadměrná sebekontrola/emoční inhibice<br>perfekcionismus/hyperkritičnost |

Podmíněná schémata vesměs vznikla jako pokus změnit nepodmíněná schémata. V tomto smyslu jsou podmíněná schémata „sekundární“, např.:

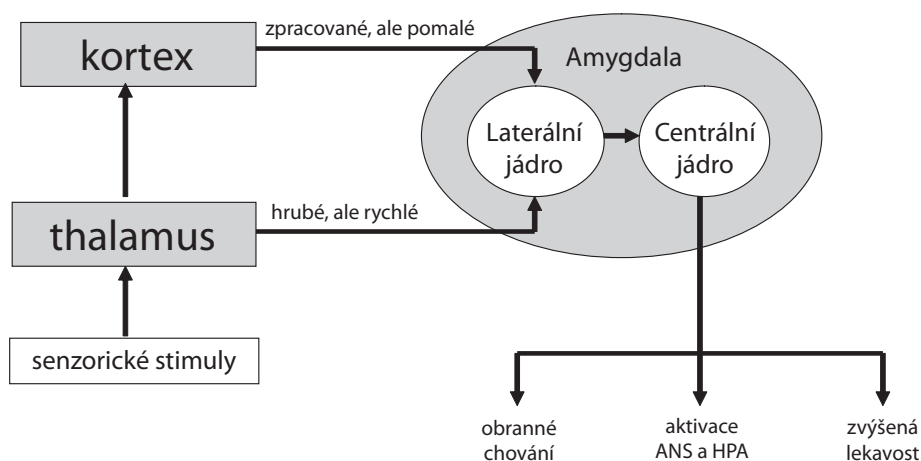
- „Perfekcionismus/hyperkritičnost“ jako reakce na původní schéma „Vadnost/stud“ se projevuje přesvědčením „Pokud budu perfektní, zasloužím si lásku!“.
- „Podrobení se“ jako reakce na „Opuštění“ vede k přesvědčení „Pokud udělám vše, co si druhý přeje a nikdy se nebudu zlobit, zůstane se mnou a neopustí mě“.
- „Sebeobětování“ jako reakce na „Vadnost“ vede k přesvědčení, že „Pokud mu poskytnu naplnění všech jeho potřeb a budu ignorovat svoje vlastní, bude mě přijímat i s mými chybami a nebudu se cítit nemilovaná.“



Obvykle není možné požadavky vyplývající z podmíněných schémat trvale naplňovat. Např. není možné trvale se podřizovat a přitom nemít zlost. Je těžké trvale usilovat o splnění všech potřeb druhého a obětovat své vlastní. Být stále ve všem perfektní i přes nesmírnou námahu nelze. Pokud se však nedaří naplňovat tyto požadavky, rychle se odkrývá primární nepodmíněné schéma, které vede k silnému emočnímu utrpení.

Young i jiní autoři jsou přesvědčeni, že schémata jsou uchovávána na hluboké biologické úrovni, která vede k tomu, že jsou buď úplně nevědomá, nebo si je člověk uvědomuje jen povrchně a pokládá je za samozřejmost. Podle LeDoux (1996) je mechanismus pro registrování, ukládání a vybavování si významných emočních vzpomínek, zejména pak traumatických zážitků, které se udály v raném dětství, odlišný od mechanismu, jakým se zpracovávají ostatní vědomé myšlenky, týkající se těchto událostí. Amygdala skladuje emocionální vzpomínky a hipokampus a neokortex kognitivní vzpomínky. Amygdala pracuje mimo naše vědomí. Je to automat, který spouští emocionální reakce na zevní i vnitřní podněty. Pokud jsou tyto podněty velmi významné (např. znamenající bezprostřední nebezpečí), informace o podnětu dorazí do amygdaly asi 10krát rychleji, než ji začne zpracovávat neokortex, protože existuje přímá dráha z thalamu do amygdaly. Ve chvíli, kdy šedá kůra zaznamená signál nebezpečí, amygdala už dávno spustila silnou emoční reakci. V tomto případě vznikají neurofyzilogicky emoce mnohem dříve, než si člověk uvědomí, co je jejich příčinou. Hipokampus, struktura, která souvisí s vědomou pamětí a přiřazuje kognitivní zpracování k emocím, dozrává až mezi 2. a 3. rokem. Proto si také vědomě řadu událostí předtím nepamatujeme. Navíc i řada emočních zážitků z pozdějších období života je natolik zatěžující, že se jim kogni-

**Obrázek 3.2:** Dráhy strachu, upraveno dle LeDoux (1998) a Davis (1998)



ANS = autonomní nerovný systém; HPA = hypothalamo-pituitarně-adrenální osa

tivně vyhýbáme (tzn. neuvědomujeme si je), nicméně emocionálně je můžeme prožívat velmi silně. Systém amygdaly nedokáže jemně rozlišovat. Naučený strach nebo bezmoc se může spustit celou řadou podnětů, které někdy jen vzdáleně připomínají původní situaci, v níž došlo k napodmiňování emoční reakce. Systém amygdaly je evolučně starší než šedá kůra mozku. Proto reakce, které vyvolává, jsou často vnímány jako „jádrové“ a člověk má dojem, že je nedokáže nijak ovládat. Emoční vzpomínky v amygdale jsou trvalé. Zdá se, že vyhasnutí je možné, jen když se dostanou pod neokortikální kontrolu, což znamená, že nikdy zcela nevyvymizí, jsou jen zklidněny.

Young se domnívá, že většina nepodmíněných schémat je ukotvena na preverbální úrovni, tj. že jsou pamatována jako emocionální stavy, které jsou skladovány v amygdale. Vznikla v době, kdy dítě ještě nepoužívalo dostatečně jazyk a nemohlo si vzpomínky registrovat kognitivně, nicméně o to silněji se po podnětu projevují emocionálně, v tělesných pocitech, v pohybech nebo dalších automatických projevech chování. Proto je při práci se schématy důležitá zejména práce s emocionálními stavy – samotná práce na vědomé kognitivní úrovni je nedostatečná, protože ovlivňuje spíše hipokampálně-neokortikální systém než starší část limbického systému, spojeného s amygdalou.

### 3.2.6 Mody schémat

Podle Younga se vždy několik raných maladaptivních schémat účastní tzv. *modu*. Mody jsou typické komplexní vzorce emočního prožívání, myšlení a chování, které fungují v typických situacích. V každém „modu“ člověk reaguje charakteristicky.

Young a spol. (2003) popsal celkem 10 schematických modů, které mohou být seskupeny do 4 širších kategorií:

- Dětské mody,
- mody Dysfunkčního zvládání,
- dysfunkční Rodičovské mody,
- modus Zdravého dospělého.

Podle autorů jsou dětské mody vrozené a univerzální. Všechny děti se rodí s potenciálem je rozvinout. Jde o čtyři dětské mody: Zraněné dítě, Rozzlobené dítě, Impulzivní/nedisciplinované dítě a Šťastné dítě (u pacientů autoři používají více individuální názvy, např. Opuštěná Maruška ap.).

*Zraněné dítě* je modus, který je většinou projevem jádrových raných maladaptivních schémat: Opuštěného, Zneužívaného, Deprimovaného nebo Odmítaného dítěte (viz předchozí kapitoly). *Rozhněvané dítě* je rozhněvaná část v člověku, která se zlobí za nenaplněné dětské potřeby a jedná zlostně bez ohledu na důsledky. *Impulzivní/nedisciplinované dítě* vyjadřuje silné emoce, jedná podle touhy a náhlých potřeb, které se přirozeně různě mění, bez ohledu na možné důsledky pro sebe i druhé. *Šťastné dítě* je modus, který odráží fakt, že jádrové emocionální potřeby jsou naplňovány.

Mody *Dysfunkčního zvládnání* jsou podle autorů tři: Přizpůsobivý přežívající (Compliant surrenderer), Odtahitý obránce a Superkompenzátor. Tyto tři mody korespondují s třemi styly zvládnání – přežíváním, vyhýbáním se a hyperkompenzací. *Přizpůsobivý přežívající* se chová jako pasivní, bezmocné dítě, snažící se naplnit potřeby druhých. *Odtahitý obránce* se emočně uzavírá, chová se s odstupem, vyhýbá se blízkosti, často podléhá abúzu a používá další vyhýbavé a zabezpečovací mechanismy zvládnání životních problémů. *Superkompenzátor* je soutěživý, bojuje s ostatními, musí stále něco dokazovat sobě i okolí, aby se nepropadl do schématu zraněného dítěte. Všechny tyto maladaptivní mody zvládnání vedou dále k potvrzování jádrových schémat.

Dva popsané *dysfunkční Rodičovské mody* jsou: Trestající rodič a Vyžadující rodič. V těchto modech se lidé chovají jako rodiče, které si zvnitřnili. *Trestající rodič* trestá některé z dětských modů v sobě, a když se tak chová někdo v okolí, používá výčitky, značkování a vysvětlování, jak je „dítě“ špatné. *Vyžadující rodič* zase neustále své vnitřní „dítě“ nutí k vyšším a dokonalejším standardům.

Konečně desátým modelem je *Zdravý dospělý*. Je to modus, ke kterému se pacientovi snažíme v terapii zprostředkovat cestu a který laskavě pečuje o ostatní mody v nás i druhých.

Tyto mody reagování se střídají podle podnětů a situací, ve kterých se pacient nachází. Nejtypičtější je to u hraniční poruchy osobnosti. Dětské mody zde emočně fungují na úrovni potřeb 2–3letého dítěte. Protože rodiče se o emoční potřeby svého dítěte v tomto věku nestarali, nebo je dokonce týrali, zůstává v člověku po zbytek života téměř neukojitelný hlad po péči a po přijetí. Pokud cítí nepřijetí nebo odmítání, dostává se do modu Zraněného dítěte, kdy reaguje silnou lítostí, smutkem, beznadějí, nebo Rozzlobeného dítěte, kdy se projevuje zlostně a agresivně. Emoční stavy a interpersonální chování slouží potřebám těchto základních modů. Protože emoce Zraněného dítěte jsou bolestné a po chování Rozzlobeného dítěte následují pocity viny (modus Trestající rodič), snaží se člověk s hraniční poruchou osobnosti negativní emoce potlačovat (funguje v modu Odtahitý obránce). S potlačováním negativních emocí však dochází i k depersonalizaci a derealizaci, vytrácí se prožívání příjemných emocí. V modu Odtahitý obránce má člověk pocit, že svůj život neprožívá vůbec. Potlačování negativních emocí se trvale nedaří a člověk vybuchuje i po malých podnětech v modu Zlobivého dítěte nebo se propadá do modu Zraněného dítěte. Dalším možným modelem hraničního pacienta je Superkompenzátor. V tomto modu je snaživý, perfekcionista, pomáhající a výkonný. Očekává, že za to bude ostatními přijímán a milován. V tomto modu však nedokáže dlouhodobě fungovat – je to příliš náročné a vyčerpávající. Navíc, protože jeho potřeba přijímání je mohutná (odpovídající dětskému modu Zraněného dítěte), zpravidla se mu chování okolí jeví jako nedostatečně přijímající. Pak opět propadá modu Zraněného dítěte nebo Rozzlobeného dítěte. Rychlými přechody mezi těmito základními mody lze vysvětlit emoční nestabilitu a nadměrnou zranitelnost, typickou pro hraniční poruchu osobnosti.

**Tabulka 3.15:** Nejčastější mody schémat u člověka s hraniční poruchou osobnosti

| MODUS                        | FUNKCE A PROJEVY A PŘÍZNAKY JEDNOTLIVÝCH MODŮ                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Zraněné dítě                 | Bezmocné při naplňování svých potřeb nebo hledání ochrany<br><u>Projevy a příznaky:</u> deprese, beznaděj, závislost, ustrašenost, obět, pocity bezcennosti, neschopnosti vzbudit v druhých lásku, ztráta, zoufalé úsilí vyhnout se opuštění, idealizace pečovatelů                  |
| Rozzlobené a impulzivní dítě | <u>Funkce:</u> chová se impulzivně aby dosáhlo svých potřeb, ventiluje své pocity nevhodným způsobem<br><u>Projevy a příznaky:</u> intenzivní vztek, impulzivita, požadovačnost, znehodnocování, „manipulativnost“, kontrolování, zneužívání, vyhrožování sebevraždou, promiskuita   |
| Trestající rodič             | Jde o internalizaci kritických rodičů<br><u>Funkce:</u> trestá dítě za potřeby a pocity nebo dělání chyb<br><u>Projevy a příznaky:</u> sebenenávist, sebekritičnost, sebepopření, sebepoškozování, vztek na sebe za své potřeby                                                      |
| Odtažený obránce             | <u>Funkce:</u> potlačuje potřeby a pocity, vzdaluje se od lidí, chová se obezřetně, aby se vyhnul potrestání<br><u>Projevy a příznaky:</u> depersonalizace, pocity prázdnoty, nuda, zneužívání návykových látek, přejídání se, sebepoškozování, psychosomatické stesky, spolupracuje |
| Superkompenzátor             | <u>Funkce:</u> vyhovět potřebám kritických rodičů<br><u>Projevy a příznaky:</u> nadměrně se snaží, přepracovává se, je perfekcionista, obětavý                                                                                                                                       |

### 3.2.7 Kognice a emoce – relativní desynchronizace

Lazarus (1968) a Beck (1974) předpokládají, že kognitivní posouzení podnětů vede k určité emoci – tedy že kognitivní procesy jsou primární psychický proces a emoce sekundární. Řada jiných autorů je naproti tomu přesvědčena (podle Edelman, 1992), že emoční reakce na podnět může předcházet kognitivnímu procesu. V posledních 10 letech je pro to řada neurofyzilogických důkazů (viz LeDoux, 1996, 1998, Davis, 1998). Nebo že obě reakce mohou fungovat nezávisle na sobě (Lang, 1985). Vztah mezi jednotlivými systémy může být relativně volný – mluví se o relativní desynchronizaci. Tradičně byla např. úzkost chápána jako jednotný fenomén, řazený mezi emoce. Až v 80. letech převládlo chápání úzkosti jako stavu, který se projevuje v různých systémech. Který faktor úzkosti je kauzální – zda myšlenky spojené s emocí jsou její příčinou, nebo jejím následkem, není dosud jasné. Lang (1985) popsal úzkost jako reakci, která se projevuje relativně nezávisle ve **3 systémech:**

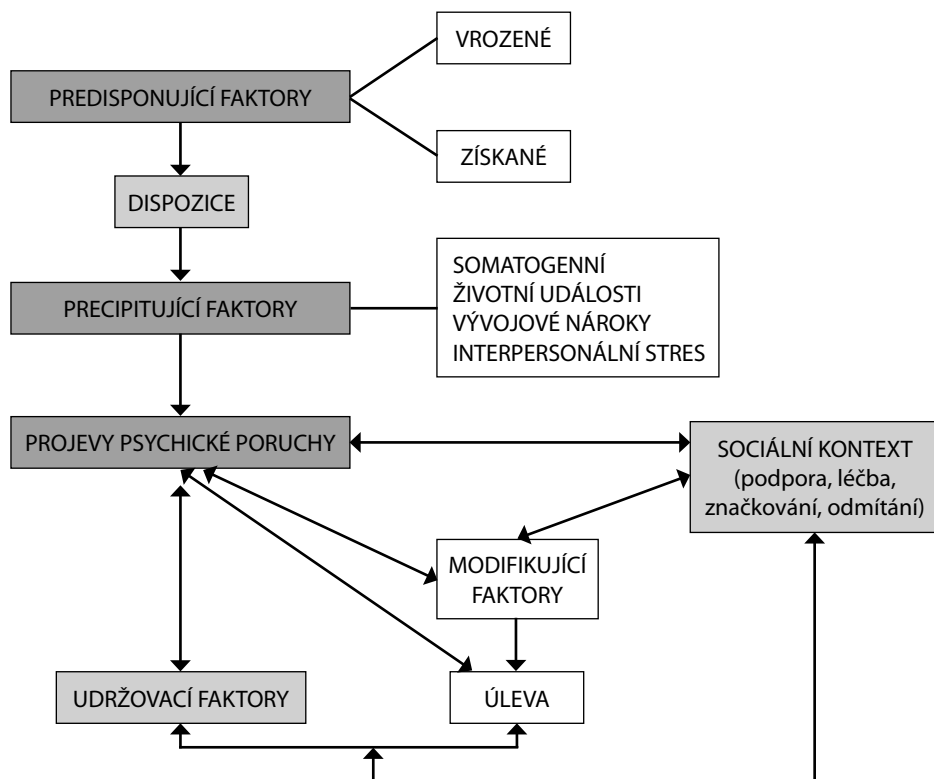
- 1) motorické chování: únik ze situace, třes, gestikulace atd.,
- 2) verbálně-kognitivní reakce: myšlenky a představy, vzpomínky a očekávání, verbální vyjádření strachu, nesoustředění, obavy atd.,
- 3) fyziologické reakce: zvýšená aktivace sympatiku, a z toho plynoucí tělesné příznaky.

Podobně lze popsat ve třech systémech jiné emoční stavy, jako je zlost, smutek, bezmoc, radost ap. Je vidět, že kognitivní procesy, jako jeden ze 3 systémů, ve kterých lze komplexní emoční stav popsat, hrají důležitou roli. Co je však míněno kognitivním procesem? Zdá se totiž, že existují předvědomé kognitivní procesy – to znamená, že některé podněty jsou hodnoceny a tříděny ještě před vstupem do vědomí. Dále se předpokládá existence zpětnovazebných okruhů mezi emocemi a kognitivními procesy. Spor o to, co je první – zda emoce, nebo kognice – nemá smysl, pokud chápeme emoci jako složitý řetěz událostí se zpětnovazebnými smyčkami, který obvykle začíná vnějším podnětem a jeho ohodnocením.

### 3.3 Model psychických poruch

Rozvoj psychické poruchy je pochopitelný z interakce mnohočetných rizikových faktorů, mezi které se řadí faktory *biologické* (genetické, vrozené, získané úrazy, nemocemi ap.), *environmentální* (z okolního prostředí; výchova, vzory, životní události ap.), *psychologické* (charakterové rysy) a *sociální* (vliv kultury, školní třídy, kolektivu v práci, rodiny, přátel ap.).

**Obrázek 3.3:** Znázornění bio-psycho-sociálního modelu psychické poruchy



Vzhledem k tomu, že biologické, psychologické a sociální faktory se během lidského vývoje neustále ovlivňují a mnohdy je těžké odlišit, které z nich jsou více významné, mluvíme o *biopsychosociálním modelu* nemocí. Do rozvoje, průběhu, udržování i do léčby psychických poruch mohou být zapojeny tyto hlavní okruhy:

- biologický,
- psychologický,
- užší sociální (rodina),
- širší sociální (pracoviště, společnost).

Z důležitých etiopatogenetických faktorů může velmi pomoci, když rozlišíme:

- predisponující faktory,
- precipitující faktory,
- vlastní projevy psychické poruchy,
- modifikující faktory,
- udržující faktory.

### 3.3.1 Predisponující faktory

Většina predisponujících faktorů je vrozených nebo vzniká v časném životě. Sem patří zejména *biologické vlivy* – genetické faktory a vrozená zranitelnost, křehké nebo nevyrovnané založení organismu. Další důležité vlivy, jak biologické, tak psychosociální, mohou pocházet z poruch vývoje v raném dětství, z tíživé rodinné situace, z dlouhodobého nebo opakovaného stresu, který dítě kvůli své dispozici nedokáže přiměřeně zvládnout.

Velký význam pro pozdější vznik duševní poruchy mají zejména vlivy rodinného nebo sociálního prostředí v dětství. Vztahy jsou však komplikované – chování dospělého neobrazí jednoduše to, co prožil v dětství. Při vzniku duševních poruch jsou souvislosti složitější. Pro kvalitní citový vývoj člověka v dospělosti je potřeba splnit v dětství určité předpoklady – dítě potřebuje pocít bezpečí, lásky, zajišťování potřeb a uspokojivý fyzický kontakt s dospělým, který poskytuje většinou matka. Chybějící naplnění těchto potřeb – citová deprivace v dětství – mívá za následek abnormitu v dospělosti (citová tupost, neschopnost empatie nebo naopak nadměrná závislost na přijetí a povzbuzení od druhých). Prostor musí být také podnětný k rozumovému a citovému vspívání dítěte. Výchova má splňovat na jedné straně potřebu bezpečí, laskavosti a tolerance, na druhé straně požadavky přiměřené náročnosti a důslednosti. Nadměrná přísnost rodičů a vychovatelů souvisí s pozdějším sebepodceňováním, pocity viny, neschopností odpočívat, workholismem a depresivními stavy. Naopak nadměrně rozmazlující výchova bez přiměřené zátěže povinnostmi často vede k nedostatečné strukturovanosti osobnosti s výrazným egocentrismem a problémy v přizpůsobení se sociálním nárokům.

Výrazný vliv na budoucí psychickou stabilitu nebo labilitu má škola. Ta může být zraňujícím prostředím, které ohrožuje sebevědomí dítěte, ale také prostředím stabilizujícím a posilujícím, mnohdy neutralizujícím vlivy nevhodného rodinného

ho prostředí. Vliv školy záleží jak na chování učitelů, tak na vztazích se spolužáky. S postupem času klesá vliv učitele na formování dítěte a roste vliv spolužáků a kamarádů.

Vývoj v dětství je dále ovlivněn mnoha nahodilými životními událostmi. Ztráta rodiče úmrtím, rozvodem, vážné konflikty rodičů, předčasná separace dítěte od matky do jeslí, šikanování dětmi, výchova v kolektivním zařízení, tělesná nemoc s nutností hospitalizace a oddělení od přirozeného prostředí – to bývají nejčastější negativní traumatizující vlivy, podílející se na budoucí zranitelnosti vůči psychickým poruchám.

V dětství dochází k rozvoji kognitivních schémat jak jádrových, tak odvozených přesvědčení. Ta pak vedou k používání a upevňování určitých strategií v chování. Kombinací těchto *predisponujících faktorů* pak vzniká **dispozice**. Na jejím podkladě se pak v období zátěže, na kterou se jedinec nedokáže adaptovat, rozvíjí psychická porucha.

### 3.3.2 Precipitující faktory

Precipitující faktory jsou události, které se objevují krátce před počátkem nemoci a způsobují její rozvoj. Mohou být tělesné (somatické onemocnění, otřes mozku ap.), psychologické nebo sociální. Zda pod jejich vlivem dojde k rozvoji poruchy záleží na tom, jestli k ní byl člověk disponován či nikoliv. Precipitující faktory mohou být rozmanité a mnohočetné. Zjednodušeně můžeme uvést několik základních typů:

- somatogenní – tělesná onemocnění, hormonální změny v dospívání, v těhotenství, zranění ap.
- psychogenní
  - životní události – významné události v životě, přinášející stres a nutící ke změnám rolí a postojů, jako je úmrtí blízké osoby, rozvod, propuštění z práce, ale i stěhování, povýšení, svatba, narození dítěte ap.
  - vývojové nároky – nové požadavky životních období, nutící k novým strategiím adaptace – puberta, přechod ze školy do práce, menopauza, odchod dětí z rodiny, odchod do důchodu, stáří ap.)
  - interpersonální stres – konflikty v partnerských a rodinných vztazích, v zaměstnání, včetně šikanování ap.
- sociální stresory – mohou mít velmi významný vliv. Zejména jde o sociální vlivy malých skupin, ve kterých jedinec žije (pár, rodina, třída, pracovní kolektiv). Sociální faktory mohou mít značný vliv nejen na rozvoj, ale také na závažnost a průběh psychické poruchy.

Spouštěčem poruchy může být soubor vleklých událostí, stejně jako jednorázový zátěžový podnět, ať psychosociální (např. ztráta blízké osoby, propuštění z práce), nebo biologické povahy (např. těžká chřipka). Náhlé biologické změny, sezonní podněty, stejně jako životní události spíše určují začátek poruchy, než by ji přímo vyvolávaly.

Nejčastějším stresorem, který předchází psychické poruše, jsou partnerské, rodinné a pracovní rozpory, nedostatečná adaptace na změny v rolích (role matky, odchod dětí z rodiny, změna zaměstnání ap.) a nové role v životě, ekonomické stresory. Jako spouštěče mohou také působit mnohočetné drobné psychosociální stresory, jako je nepřiměřená kritika, odmítání, příliš soutěživá atmosféra ap.

Nejvíce byl studován vliv *stresujících životních událostí* a *sociální podpory*. Závažné stresující životní události, jako je ztráta blízké osoby, rozchod s partnerem, ztráta zaměstnání, odchod dětí z rodiny, odchod do důchodu ap. často předcházejí rozvoji psychické poruchy. Velmi často dochází k rozvoji potíží až po určité časové latenci, tedy nikoliv bezprostředně. Pokud se životní události kumulují, bývá jejich vliv výraznější. Ovšem samotné životní události k rozvoji psychické poruchy nestačí. Velmi stabilní lidé je unesou bez narušení psychické rovnováhy. Proti negativnímu vlivu životních událostí významně chrání emoční podpora nejbližších osob.

### 3.3.3 Projevy psychické poruchy

Projevy psychické poruchy jsou v KBT modelu typicky popisovány ve čtyřech oblastech, které spolu navzájem úzce souvisejí a navzájem se ovlivňují:

- **Kognitivní procesy**

Jde o výběr a zpracování vnějších a vnitřních událostí v myšlenkách, představách, vzpomínkách. Důležité je i kognitivní zpracování, jako je automatický výběr informací (selektivní abstrakce) a způsob jejich zpracování (kognitivní omyly – např. závěry skokem). Patří se i negativní očekávání do budoucna, sebeobviňování a metakognitivní hodnocení vlastních kognicí („Jsem blázen, když mám tyto zbytečné obavy“).

- **Emocionální reakce**

Patří sem primární emoce, které jsou buď přímou reakcí na jednotlivé spouštěče (úzkost, panika, podráždění) nebo reakcí na automatické myšlenky (strach, vztek, smutek), a sekundární emoce, které odrážejí vyhýbání se silným emocím (otupění pozitivních emocí a depersonalizace jako následek vyhýbání se úzkosti či smutku) a metakognitivní zpracování situace (bezmoc, rezignace).

- **Tělesné reakce**

U většiny psychických poruch je patrné více či méně výrazné somatické reagování. Tělesné reakce lze rozdělit na *nervosvalové*, kam patří zvýšené nebo snížené napětí svalstva, třes, bolest hlavy, a *vegetativní*, jako je bušení srdce, závratě, pocit na zvracení, pocení, rozmazané vidění, sucho v ústech a další.

- **Chování**

Pro naše účely si chování můžeme rozdělit na performační, zabezpečovací, vyhýbavé a interpersonální. Nejde o oddělené kategorie, ale o pomocné rozdělení, které nám pomůže k porozumění při analýze jednotlivých psychických problémů.

- *Performační chování* – projevuje se zevně a nejčastěji slouží vyjádření toho, co člověk vnitřně prožívá. Může to být pobíhání po bytě při silné úzkosti,



pláč při smutku nebo depresi, křik při silném strachu ap. Hodnocení svého vlastního performačního chování může být zdrojem sebevýčitek a sebeznačkování, a tak sloužit udržování problémů.

- **Zabezpečovací chování** – slouží k zabezpečení se před nepříjemnými prožitky. Zabezpečovací chování však může vést k udržování problémů, před kterými se jedinec zabezpečuje. Postižený totiž postupně ztrácí schopnost zvládat obávanou situaci bez zabezpečujícího chování a dochází u něj ke snížení sebedůvěry. Zabezpečovací chování má zpravidla tendenci se rozšiřovat. Typické příklady jsou následující:
  - člověk trpící úzkostnými stavy si např. může vždy před obávanou situací vzít lék na uklidnění nebo se napít alkoholu,
  - pacient s obavami o své zdraví může pravidelně zevrubně kontrolovat svoji stolici, zda nezměnila konzistenci, barvu ap., aby zjistil, zda se jeho domnělá nemoc nezhoršuje, nebo si měří tělesnou teplotu v hodinových intervalech, žádá o nová a nová laboratorní vyšetření,
  - pacientka s posttraumatickou stresovou poruchou u sebe stále nosí slzný plyn,
  - pacientka s agorafobií chodí do metra s baterkou, kladívkem a provazem, aby se dostala z tunelu, kdyby se tam metro zastavilo, ap.
- **Vyhýbavé chování** – je zvláštním typem zabezpečovacího chování, kdy se postižený vyhýbá určitým situacím, činnostem, ale i myšlenkám, které s obávanými jevy souvisí, aby se vyhnul negativním emocím a tělesným pocitům, které by se jinak objevily, např.:
  - pacienti trpící fobiemi se vyhýbají situacím, kde by byli vystaveni předmětu své fobie (agorafobie – dopravním prostředkům, hypermarketům, otevřeným prostranstvím, sociální fobie – situacím, kde by je druzí mohli negativně hodnotit, specifické fobie – např. pavoukům, psům, výškám, tmě ap.),
  - pacienti trpící posttraumatickou stresovou poruchou se mohou vyhýbat všemu, co jim nějak připomíná prožitý traumatický zážitek, jako je vyprávění o traumatu, filmy s podobnou tematikou, činnosti, které trauma v něčem připomínají ap.,
  - pacienti s obavami o zdraví se mohou vyhýbat určitým jídlům, nápojům, tělesné námaze ap.,
  - Pacienti trpící depresí se mohou vyhýbat činnosti, která by nebyla úspěšná nebo nebyla oceněna okolím ap.

Vyhýbavé chování je jedním z nejdůležitějších udržovacích faktorů psychických poruch.

- **Interpersonální chování** – všechny předešlé typy chování se mohou objevit v interpersonálních situacích. Mezi nejtypičtější projevy zabezpečovacího interpersonálního chování patří hledání pomoci a ujištění.
  - pacient trpící obsedantně kompulzivní poruchou se opakovaně chodí ujišťovat u druhých, zda opravdu neprobíjí elektrina z kabelů ve zdi. Pacient s obavami o zdraví opakovaně chodí za různými lékaři nebo jim telefonuje. Ujištění se mu od nich dostává buď přímo tím, že mu znovu a znovu vysvětlují, že jsou jeho

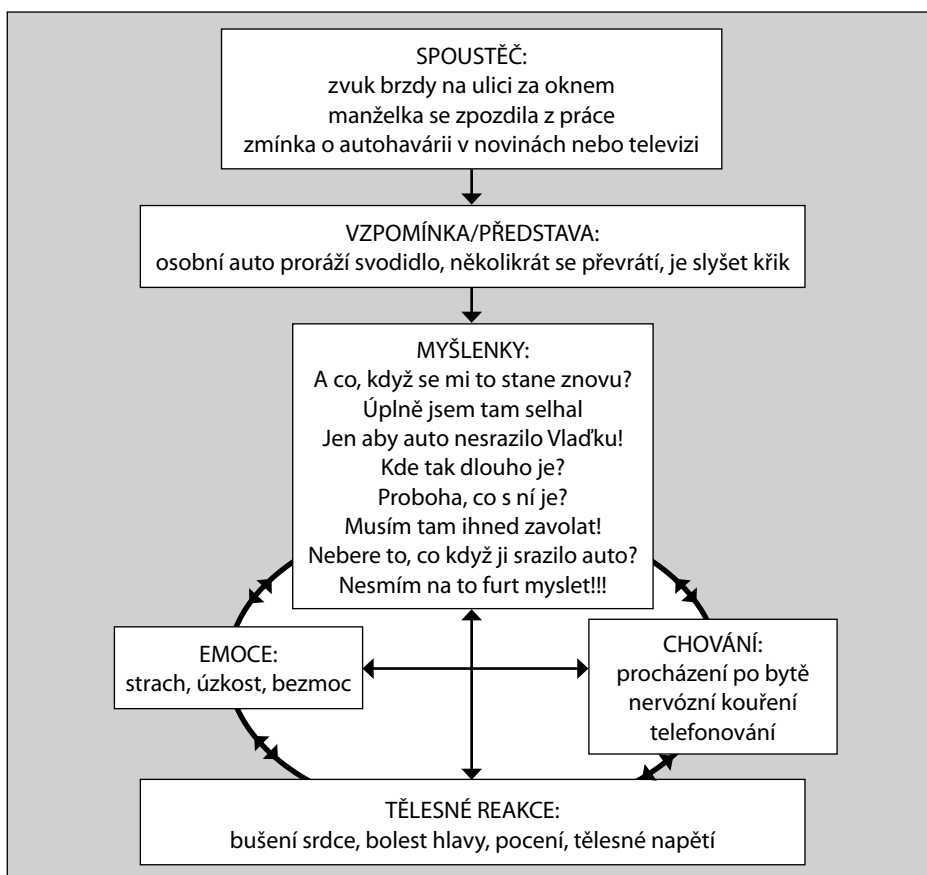
obavy neopodstatněné, ale i nepřímo tím, že mu vynadají, že si vymýšlí a obtěžuje – to jej krátkodobě ujistí, protože by na něj přece nebyli tak sprostí, kdyby měl skutečně rakovinu.

Pro řadu psychických poruch je typické *vyhýbavé* interpersonální chování, kdy se postižený vyhýbá určitým sociálním situacím nebo některým sociálním interakcím. Extrémem je pak tendence se sociálně izolovat. Příklady:

- ❑ pacient se sociální fobií se vyhýbá hovoru s cizími lidmi, s dívkami, ve skupině lidí ap.,
- ❑ pacientka s posttraumatickou poruchou po znásilnění se vyhýbá intimním situacím se svým novým partnerem,
- ❑ depresivní pacient se úplně izoluje od lidí ve svém okolí.

Mezi interpersonální chování, které souvisí s psychickou poruchou, patří však i agresivní chování, jako je obviňování, nadávání, podrážděné výbuchy, někdy i fyzická agrese.

**Tabulka 3.16:** Příklad projevů v jednotlivých oblastech u pacienta s posttraumatickou stresovou poruchou po „vzpomínkovém záblesku“



### 3.3.4 Modifikující faktory

Míra nepohody, kterou zažívá člověk postižený některou z psychických poruch, může být ovlivněná řadou faktorů – modulátorů. Typickými modulátory u úzkostných poruch jsou přítomnost nebo nepřítomnost blízké osoby, vzdálenost od zdravotnického zařízení, množství lidí v dopravním prostředku, místo v dopravním prostředku (pro některé pacienty trpící agorafobií to může být např. sedět nebo stát za řidičem než na druhé straně autobusu), momentální nálada ap.

- „Pokud není obchod příliš plný a pokud stojí u mně manžel, zvládnou to. Když však musím stát ve frontě sama, napadají mě různé myšlenky jako „Co když omdlím, nedokážu dát nákup do tašky, prodavačka uvidí, jak blbě vypadám a řekne to. Co když mi něco spadne a rozbijí to, každý se na mě bude dívat.“ Zpanikařila bych a utekla z obchodu, vím, že bych se hrozně znemožnila.“

Každý člověk je jiný a je důležité objevit drobné detaily a specifické situace, které zvyšují nebo snižují pacientovy pocity nepohody. Následující tabulka obsahuje seznam některých faktorů, které mohou ovlivňovat intenzitu strachu u lidí s agorafobií.

**Tabulka 3.17:** Některé faktory, které mohou ovlivňovat intenzitu příznaků u agorafobie

1. Druh dopravního prostředku, obchodu ap.
2. Doba čekání ve frontě, na zastávce.
3. Místo v dopravním prostředku (za řidičem, u dveří).
4. Přítomnost zdravotníka nebo lékaře.
5. Možnost ze situace kdykoliv uniknout.
6. Nálada.
7. Přítomnost „bezpečných“ osob (příbuzní, přátelé).
8. Množství přítomných lidí (např. ve špičce).
9. Menstruační cyklus.
10. Trvání expozice.
11. Poloha těla (např. sezení versus stání).
12. Dostupnost zdravotnického zařízení.
13. Přítomnost jiného stresu (např. manželský konflikt).
14. Léky (i v kabelce).
15. Alkohol nebo jiné drogy (včetně kouření a kávy).
16. Předchozí příprava.
17. Počasí.
18. Roční období.
19. Druh činnosti.
20. Vzdálenost od východu.
21. Okolní teplota.
22. Výška barometrického tlaku.

Řada projevů psychické poruchy se zhoršuje následkem sociálních těžkostí postiženého jedince. Na postiženého člověka má největší vliv *podpora* či *odmítnutí rodinou* a nejbližším okolím. Důležité je, zda je přijímán i přes nálepku psychické poruchy, nebo zda ho rodina více či méně odmítá. Emocní prostředí v rodině má rovněž významný vliv na průběh léčby a uzdravení. Rodiny *se silně vyjadřovanými emocemi* – tj. rodiny, kde dochází k častému vyjadřování negativních emocí s častými hádkami a konflikty – výrazně zhoršují naději nemocného na příznivý průběh nemoci a zvyšují množství recidiv u psychotických poruch i u maniodepresivní poruchy. Recidivy po akutní epizodě psychózy jsou i při udržovací léčbě léky nejčastěji spouštěny konflikty v rodině. Naopak klidné rodinné prostředí a sociální podpora (velikost a kvalita sociální sítě) mohou průběh poruchy ovlivňovat pozitivně.

**Tabulka 3.18:** Důležité faktory při rozvoji a udržování příznaků u pacientky s posttraumatickou stresovou poruchou

| FAKTORY                       | DĚLENÍ FAKTORŮ        |                                                                                                                                                                       | PŘÍKLAD PACIENTKY S POSTTRAUMATICKOU STRESOVOU PORUCHOU                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Predisponující faktory</b> | Vrozené               | Familiární zátěž, infekce a stres matky v době těhotenství (temperament)                                                                                              | Matka i teta léčeny pro depresivní poruchu<br>Během těhotenství silný stres matky – umíralo jí starší dítě                                                                                                                                                        |
|                               | Získané               | Naučené postoje k sobě, druhým a životu vůbec (kognitivní schémata: jádrová i odvozená, vedoucí k určitým strategiím v myšlení a chování – tvoří dohromady charakter) | Nadměrná péče a znevažování schopnosti v dětském věku<br><b>Jádrové schéma:</b> jsem neschopná<br><b>Odvozená přesvědčení:</b> bez pomoci druhých jsem ztracená, musím se všem zalíbit, jinak mě opustí, jsem obětí vnějších událostí<br><b>chování</b> – závislé |
| <b>Precipitující faktory</b>  | Somatogenní           | Tělesné nemoci, hormonální změny, zranění apod.                                                                                                                       | Stav rekonvalescence po komplikované mononukleóze                                                                                                                                                                                                                 |
|                               | Životní události      | Významné události v životě vyvolávající stres a nutící ke změnám rolí a postojů                                                                                       | Přepadení a znásilnění třemi opilými útočníky                                                                                                                                                                                                                     |
|                               | Vývojové nároky       | Nové požadavky životních období nutící k novým strategiím adaptace                                                                                                    | V období zatím neúspěšného hledání partnera a adaptace na přechod ze střední školy do zaměstnání                                                                                                                                                                  |
|                               | Interpersonální stres | Konflikty a napětí ve vztazích                                                                                                                                        | Konflikty s matkou – bolestné separační tendence při závislosti na ní, obavy z nových vztahů v práci – jak se zařadí a zda bude přijata                                                                                                                           |

| FAKTORY                   | DĚLENÍ FAKTORŮ        |                                                                                            | PŘÍKLAD PACIENTKY S POSTTRAUMATICKOU STRESOVOU PORUCHOU                                                                                                                                                                        |
|---------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Projevy psychické poruchy | Kognice               | Výběr a zpracování vnějších a vnitřních událostí v myšlenkách, představách                 | Automatický výběr ohrožujících informací (vnímá více muže na ulici i v práci a jejich pohyby)<br>Reminiscence na událost a vzpomínkové záblesky<br>Sebeobviňování<br>Negativní očekávání do budoucnosti                        |
|                           | Emoce                 | Primární a sekundární emoce                                                                | Podrážděnost, úzkost, bezmoc, otupění pozitivních emocí, depersonalizace                                                                                                                                                       |
|                           | Tělesné reakce        | Nervosvalové a vegetativní vyždření emocionálních stavů a vyladění                         | Zvýšené tělesné napětí, bušení srdce, hyperventilace, tlaky v žaludku, bolesti v břiše, gynekologický výtok                                                                                                                    |
|                           | Chování               | Performanční, zabezpečovací, vyhýbavé, interpersonální                                     | Často zlostně reaguje nebo pláče, vyhýbá se chození na ulici večer, vyhýbá se mužům, prudké hádky s matkou, postupná izolace i od přátel, izolace v práci                                                                      |
|                           | Modifikující faktory  | Intrapsychické, interpersonální                                                            | Zlepšení při úspěchu v práci, pochvale, když ji zavolá přítelkyně, zhoršení při nudě a napětí v práci, po výčitkách matky, kolem menstruace                                                                                    |
| Udržovací faktory         | Kognice               | Zpracování projevů psychické poruchy a reakcí okolí v myšlenkách, představách, metakognice | Automatický výběr ohrožujících informací<br>Sebeznačkování a sebeobviňování<br>Snaha blokovat traumatické kognice<br>Metakognice: Nesmím na to myslet, protože to nevydržím                                                    |
|                           | Emoce                 | Emocionální reakce na projevy psychické poruchy                                            | Dlouhodobá dysforie a pocity bezmoci                                                                                                                                                                                           |
|                           | Tělesné reakce        | Dlouhodobé tělesné reakce                                                                  | Zvýšené tělesné napětí a vegetativní projevy                                                                                                                                                                                   |
|                           | Chování               | Performanční, zabezpečovací, vyhýbavé, interpersonální                                     | Dlouhodobé vyhýbání se mužům, bližším kontaktům v práci, příjemným aktivitám, propracování traumatické události, dlouhodobé hádky s matkou                                                                                     |
|                           | Interpersonální vlivy | Chování okolí k pacientovi                                                                 | Matka ji odsuzuje za to, co se jí stalo<br>Spolupracovníci nevědí, jak s ní mluvit a chovají se strojeně nebo se jí vyhnou<br>Přítelkyně se jí vyhýbají<br>Žáden princ, který by jemně překonal všechny nástrahy, se neobjevil |

### 3.3.5 Udržovací (perpetuující) faktory

Tyto faktory umožňují další udržování vzniklé psychické poruchy po jejím vzniku. Mohou se uplatňovat nezávisle na tom, zda ještě působí faktory, které poruchu původně vyvolaly. Při plánování léčby se proto musíme zaměřit především na tyto faktory. Ovlivnění původní dispozice či precipitujících faktorů nemusí být možné. Ovšem udržovací faktory se projevují v přítomnosti a proto bývají přístupné terapeutickému ovlivnění. U mnoha psychických poruch se např. již záhy objevuje demoralizace a vyhýbání se sociálním interakcím, což vede k prohloubení a upevnění této poruchy. Zařazení do skupiny tomu může zabránit. Udržovacích faktorů je z pravidla více, jedná se vesměs o důsledky, které operantně zpevňují maladaptivní chování. Mezi nejdůležitější udržovací faktory patří:

- a) zabezpečovací a vyhýbavé chování,
- b) přecitlivělost,
- c) negativní sebeobraz, snížené sebevědomí,
- d) chování okolí, které sociální úzkost „odměňuje“,
- e) nedostatek komunikačních dovedností,
- f) anticipační úzkost,
- g) maladaptivní kognitivní styl,
- h) biologické změny.

**a) Zabezpečovací a vyhýbavé chování:** cílem zabezpečovacího a vyhýbavého chování je vyhnout se nepříjemným prožitkům v subjektivně ohrožující situaci. Můžeme se zabezpečit tím, že předem užijeme uklidňující lék nebo požádáme blízkého o doprovod, nebo se vyhnout situaci tím, že do ní vůbec nevstoupíme, případně z ní po vstupu utečeme. Tím, že se člověk situaci vyhne, cítí krátkou úlevu. Tato krátkodobá úleva je vlastně „odměnou“ za vyhnutí a posiluje vyhýbavé chování do příště. To vede k dalšímu vyhýbání. Dochází pak k postupnému zúžení aktivit. Vyhýbavé chování může být také skryté – např. u sociální fobie to bývá kamuflování úzkosti před druhými odvedením pozornosti jinam. Skryté vyhýbavé chování slouží stejnému účelu a má stejné důsledky jako zjevné vyhýbavé chování.

**b) Přecitlivělost:** strach obvykle vede k přecitlivělosti. Když se člověk bojí, vidí v šeru v lese za každým stromem lupiče. Jeho pozornost se stále více zaměřuje na ohrožující podněty, které jsou vnímány selektivněji a intenzivněji, postupně i při podprahové intenzitě. U úzkostného člověka jakoby se postupně vyvinul „speciální monitorovací systém“, který zaznamenává i sebemenší signály ohrožení.

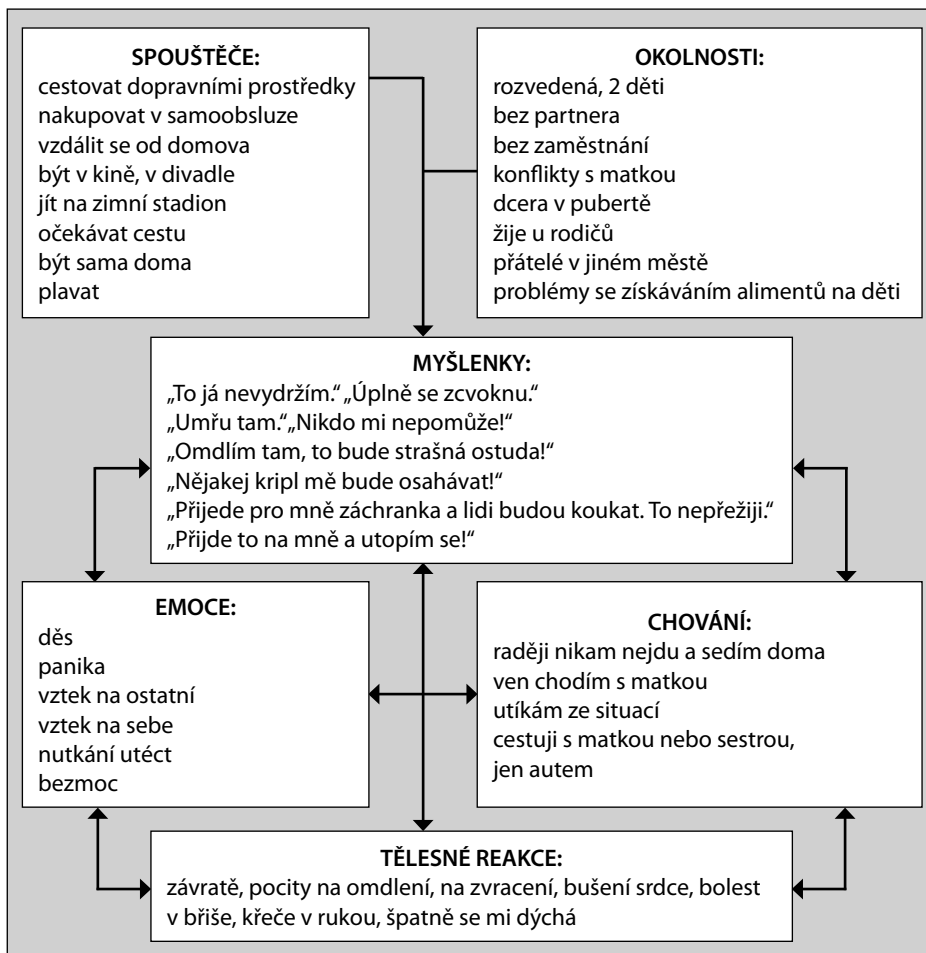
**c) Negativní sebeobraz:** v průběhu psychické poruchy se často u postiženého postupně vytváří negativní sebeobraz, který se může projevovat jak v představách, tak v komplexech pocitů a tělesných reakcí. Negativní sebeobraz je zkreslené negativní sebepojetí, které neodpovídá skutečnosti. Součástí tohoto sebeobrazu je ztráta sebedůvěry i naděje, že je člověk vlastní snahou schopen něco změnit.

- d) Chování okolí, které maladaptivní chování posiluje:** blízcí lidé velmi často, jak v pozitivním, tak v negativním smyslu, maladaptivní chování posilují podle zákonitostí operantního podmiňování. Pozitivním posílením může být jejich pozornost, snaha pomoci, převzetí zodpovědnosti, negativním posílením snížení nároků. Ale i trestání může přispět k udržování poruchy. Výčitky, trestání, odmítání, moralizování, podceňování – to vše zvyšuje stres a zhoršuje negativní sebeobraz.
- e) Nedostatek komunikačních dovedností:** sociální dovednosti nám pomáhají řešit problémy mimo jiné tím, že si vyžádáme potřebnou pomoc od druhých a odmítneme jejich požadavky, které nás frustrují. Při nedostatku sociálních dovedností může být role nemocného pro jedince záchranou – umožní mu to vyhnout se stresu ze zvládání řady sociálních situací, které by on i jeho okolí na něm nárokovali v případě zdraví.
- f) Anticipační úzkost:** strach předem je často horší než strach v samotné situaci. Proto se tak často objevuje vyhýbavé chování a člověk se pak nemůže přesvědčit, že by obávaná situace nedopadla tak hrozně, jak si představuje, ani se nemůže naučit, jak obávanou situaci zvládnout.
- g) Maladaptivní kognitivní styl:** přetrvávající automatické negativní myšlenky, dysfunkční schémata, kognitivní omyly a metakognice, kognitivní vyhýbání – to vše snadno udržuje příznaky a problémy. Maladaptivní kognitivní styl může také skrytě umožňovat vyhýbavé chování tím, že se postižený zabývá obavami a starostmi o podružnosti, které subjektivně nadřazuje skutečným problémům, a vyhýbá se řešení toho, čeho se nejvíce obává.

Jako udržovací faktory nejčastěji působí pozitivní důsledky určitého chování, a to i navzdory tomu, že negativní důsledky mohou být pro postiženého velmi nepříjemné a výrazně mu omezovat život. Jako udržovací faktory působí zejména *bezprostřední pozitivní důsledky*, které následují ihned po vyhýbavém nebo zabezpečovacím chování, zejména pocit úlevy z toho, že se člověk situaci vyhne nebo z ní uteče. Tento krátký pocit úlevy posílí vyhýbavé chování a zesílí přesvědčení, že by člověk situaci zvládnout nedokázal. Posilovat danou poruchu mohou také *dlouhodobé pozitivní důsledky*. Nejtypičtějšími dlouhodobými pozitivními důsledky psychické poruchy bývají péče rodiny, úleva od nepříjemných povinností, ujišťování lékaři. Velmi silným dlouhodobým pozitivním důsledkem potvrzujícím nemoc může být i invalidní důchod. Proto je jeho doporučování nutno zvážit důkladně. Ovšem u řady psychotických, depresivních či obsedantních pacientů se mu nelze vyhnout.

Většina lidí si pozitivní důsledky bludného kruhu poruchy neuvědomuje nebo uvědomit nechce. Pak je však obtížné je odstranit a porucha je jimi nadále udržována. Zjišťování negativních důsledků psychické poruchy je obvykle mnohem jednodušší, uvědomuje si je prakticky každý a jsou obvykle hlavním důvodem, který postiženého přivádí k terapeutovi.

**Tabulka 3.19:** Příklad bludného kruhu úzkostné poruchy s modifikujícími a udržovacími faktory



**MODULÁTORY:**

|                        | <b>Zlepšují:</b>                                      | <b>Zhoršují:</b>                                                   |
|------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <b>Ovlivnitelné:</b>   | Přítomnost blízkých lidí, prášky, alkohol, mobil      | Samota, hádky s matkou, hádky s bývalým mužem                      |
| <b>Neovlivnitelné:</b> | Spíše méně cizích lidí, blízkost zdravotního zařízení | Hodně cizích lidí, dav, odlehlé místo bez telefonu, nezaměstnanost |

**DŮSLEDKY:**

|                    | <b>Pozitivní:</b>                                                                            | <b>Negativní:</b>                                                                  |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Krátkodobé:</b> | Po vyhnutí nebo útěku úleva, politování od rodičů, zejména od otce, můžu zůstat doma         | Strach, panika, vztek, tělesné projevy paniky, zlost na sebe, nemůžu hledat práci, |
| <b>Dlouhodobé:</b> | Můžu se vymlouvat, když se mi něco nechce, péče rodičů, nic nemusím, péče lékařů, sebelítost | Nezaměstnanost, snížení sebevědomí, deprese, nadměrné pití alkoholu                |



## 3.4 Literatura pro kapitoly 1-3

1. ATKINSON, R. L., SMITH, E. E., BEM, D. J., NOLEN-HOEKSEMA, S.: *Psychologie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Portál, 2003.
2. BANDURA, A.: Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Rev.*, 1977, č. 84, s. 191–215.
3. BANDURA, A.: The self system in reciprocal determinism. *American Psychologist*, 1978, č. 33, s. 344–358.
4. BANDURA, A.: Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 1982, č. 37, s. 122–147.
5. BARLOW, D. H., CERNY, J. A.: *Psychological treatment of panic*. New York: Guilford Press, 1990.
6. BECK, A. T., LAUDE, R., BOHNERT, M.: Ideation components of anxiety neurosis. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1974, č. 31, s. 319–325.
7. BECK, A. T.: *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: Penguin Books, 1989, 356 s.
8. BECK, A. T., FREEMAN, A. et al.: *Cognitive therapy of personality disorder*. New York: Guilford Press, 1990, 396 s.
9. BECK, J. S.: *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press, 1995.
10. BECK, J. S.: Cognitive therapy of personality disorders. In: *Frontiers of Cognitive Therapy: The State of the Art and Beyond*. Salkovskis, P. M. and Clark, D. M. (eds.): New York: Guilford Press, 1996, s. 165–181.
11. BECK, J. S.: Complex cognitive therapy treatment for personality disorder patients. *Bull. Menninger Clinic*, 1998, č. 62: 2, s. 170–194.
12. BLACKBURN, I. M., BISHOP, S., GLEN, A. I. M. et al.: The efficacy of cognitive behavior therapy in depression: A treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combination. *Br. J. Psychiatry*, 1981, č. 139, s. 181–189.
13. BUTLER, G., BOOTH, R. G.: Developing psychological treatments for generalized anxiety disorder. In: Rapee, R. M., Barlow, D. H. (eds.): *Chronic Anxiety: Generalized Anxiety Disorder and Mixed Anxiety-Depression*. New York: Guilford Press, 1991, s. 187–209.
14. CHADWICK, R., BIRCHWOOD, M.: *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. London: J. Wiley, 1996.
15. DAVIS, M.: Animal models of anxiety based upon classical conditioning: the conditioned emotional response and fear potentiated startle effect. *Pharmacol. Ther.*, 1990, č. 47, s. 147–165.
16. DAVIS, M.: Are different parts of the extended amygdala involved in fear versus anxiety? *Biological Psychiatry*, 1998, č. 44, s. 1239–1247.
17. EDELMAN, R. J.: *Anxiety: Theory, Research and Intervention in Clinical and Health Psychology*. Chichester: Wiley, 1992.
18. ELLIS, A.: *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart, 1962.

19. ELLIS, A., DRYDEN, W.: *The Practice of Rational-Emotive Therapy (RET)*. Springer, New York, 1987.
20. EMMELKAMP, P. M. G., MERCH, P. P.: Cognition and exposure in vivo in the treatment of agoraphobia: short-term and delayed effects. *Cog. Ther. Res.*, 1982, č. 6, s. 77–90.
21. FAIRBURN, C. G.: Eating disorders. In Clark, D. M., Fairburn, C. G. (eds.): *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*. Oxford: Oxford University Press, 1997.
22. FALLOON, I. R. H., BOYD, G. L., MCGILL, C. W.: *Family care of schizophrenia: a problem-solving approach to the treatment of mental illness*. New York: Guilford Press, 1984.
23. HEIMBERG, R. G., SALZMAN, D. G., HOLT, C. S. et al.: Cognitive-behavioral group treatment of social phobia: effectiveness at five-year follow up. *Cognitive Therapy and Research*, 1993, č. 17, s. 325–339.
24. KELLY, G. A.: *The psychology of personal constructs*. New York: Norton Press, 1955.
25. KINGDON, D. G., TURKINGTON, D.: *Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia*. New York: Guilford Press, 1994.
26. LANG, P. J.: The cognitive psychophysiology of emotion: Fear and anxiety. In: Tuma, A. H., Maser, J. D. (eds.): *Anxiety and Anxiety Disorders*, Hillsdale, Erlbaum, 1985, s. 131–170.
27. LAZARUS, A. A.: Learning theory and the treatment of depression. *Behav. Res. Ther.*, 1968, č. 6, s. 83–89.
28. LEDOUX, J.: *The emotional brain*. New York: Simon & Schuster, 1996.
29. LEDOUX, J.: Fear and the brain: where have we been, and where are we going? *Biological Psychiatry*, 1998, č. 44, s. 1229–1238.
30. MAHONEY, M. J.: *Cognition and behavior modification*. Cambridge (Mass.): Ballinger, 1974.
31. MOŽNÝ, P., PRAŠKO, J.: *Kognitivně-behaviorální terapie: úvod do teorie a praxe*. Praha: Triton, 1999, 304 s.
32. MIKŠÍK, O.: *Psychologické teorie osobnosti*. Praha: Universita Karlova, Karolinum, 1999.
33. MOWRER, O. H.: On the dual nature of learning – a reinterpretation of „conditioning“ and „problem solving“. *Harvard Educational Review*, 1947, č. 17, s. 102–148.
34. MURDOCH, D., BARKER, P. H.: *The base of behavioral therapy*. Oxford: Blackwell Sci. Publ., 1991.
35. PADESKY, C., GREENBERGER, D.: *Na emoce s rozumem*. Praha: Portál, 2003.
36. PEARCE, S., WARDLE, J. (eds.): *The practice of behavioural medicine*. Oxford: British Psychological Society, 1989.
37. PHILIPS, R. G., LEDOUX, J. E.: Differential contribution of amygdala and hippocampus to cued and contextual fear conditioning. *Beh. Neurosci.*, 1992, č. 106, s. 274–285.

38. PRAŠKO, J., KOSOVÁ, J.: *Kognitivně behaviorální terapie úzkostných stavů a deprese*. Praha: Triton, 1998.
39. SELIGMAN, M. E. P.: Learned-helplessness and depression in animals and man. In: Spence, J. T., Carson, R. C., Thibaut, J. W. (eds.): *Behavioral approaches to therapy*. Morristown (NJ): General Learning Press, 1976.
40. SHARPE, M. et al.: Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome: a randomized controlled trial. *British Med. J.*, 1996, č. 312, s. 22–26.
41. SKINNER, B. F.: *Science and human behavior*. New York: Macmillan, 1953.
42. SOLOMON, R. L., WYNNE, L. C.: Traumatic avoidance learning: the principles of anxiety conservation and partial irreversibility. *Psychol. Rev.*, 1954, č. 61, s. 353–385.
43. SQUIRE, L. R., ZOLA-MORGAN, S.: The medial temporal lobe memory system. *Science*, 1991, č. 253, s. 2380–2386.
44. TARRIER, N., BARROWCLOUGH, C.: *Families of schizophrenic patients: Cognitive behavioural interventions*. London: Chapman & Hall, 1992.
45. YOUNG, J.: *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota (FL): Professional Resource Exchange, 1994, 201 s.
46. YOUNG, J. E., KLOSKO, J. S. AND WEISHAAR, M. E.: *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press, 2003.
47. WARWICK, H. M. C.: A cognitive-behavioral approach to hypochondriasis and health anxiety. *J. Psychosom. Res.*, 1989, č. 33, s. 705–711.
48. WELLS, A.: *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester: Wiley, 1997, 314 s.
49. WOLPE, J.: *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford (CA): Stanford University Press, 1958.

# 4

## Struktura KBT

Ján Praško, Petr Možný

KBT je psychoterapeutický směr, který se vyznačuje jasnou a přehlednou strukturou. Terapeut podrobně analyzuje pacientovy příznaky a problémy a terapii „šije na míru“ konkrétnímu pacientovi. V léčbě postupuje po konkrétních krocích, které po sobě logicky následují. Základní kroky v KBT jsou tyto:

- orientační vyšetření v úvodu,
- podrobné KBT vyšetření včetně měření pomocí příslušných škál a dotazníků,
- behaviorální, kognitivní a funkční analýza problému(ů), formulace problém(ů) a stanovení cílů,
- vytvoření terapeutického plánu,
- systematické plnění terapeutického plánu,
- ukončení léčby.

### 4.1 Kognitivně behaviorální vyšetření

KBT vyšetření je založeno na logických principech a má jasné definované cíle. Cílem vyšetření je, aby terapeut a pacient dospěli ke společné formulaci problému a aby získali dostatečně podrobné informace o faktorech, které trvání problému udržují, tak, aby bylo možno vytvořit a probrat s pacientem plán terapie. Kromě toho by měl terapeut již při vyšetření začít pacienta seznamovat s psychologickým modelem jeho problému. První, a zřejmě nejdůležitější princip kognitivně behaviorálního vyšetření říká, že způsob chování jednotlivce je určen bezprostřední situací, v níž se nachází, a tím, jak tuto situaci chápe (Kirk, 1989). Proto se vyšetření především zaměřuje právě na tyto údaje, přičemž důraz se klade na konkrétní ohraničené problémy a situace, a ne na obecné pojmy.

Základní cíle KBT vyšetření jsou tyto:

1. KBT formulace problému,
2. vysvětlení KBT přístupu v léčbě,
3. zahájení terapeutického procesu,
4. vytváření terapeutického vztahu.

#### 1. Kognitivně behaviorální formulace problému

Kognitivně behaviorální terapie vychází z experimentálních postupů, takže první sezení je třeba věnovat vytvoření úvodní hypotézy (tzv. formulace) a plánu léčby.

I když převážná část vyšetření probíhá v úvodních sezeních, proces vyšetření pokračuje během celé terapie. Na základě informací získaných z vyšetření je již v počátečních setkáních formulována předběžná hypotéza a vytvořen léčebný plán. Hypotéza zahrnuje antecedenty a spouštěče problémového chování, analyzuje jednotlivé složky vlastního problémového chování, jeho modulátory a následky, faktory, které problémové chování udržují. Platnost předběžné hypotézy je pak ověřována v následujících terapeutických sezeních a při domácích cvičeních. Pokud se nepotvrdí, pak ji terapeut upraví a přeformuluje tak, aby se shodovala se zjištěnými fakty. Také hodnocení a měření se provádí na počátku léčby. Tento proces ovšem v průběhu terapie několikrát opakujeme. V průběhu terapie také upřesňujeme, případně měníme těžiště problémů, a tím i cíle léčby.

Podle Kirka (1989) se terapeut někdy dopustí té chyby, že si myslí, že když problém klasifikoval (např. „fobie z výšek“), tak z toho přímo vyplývá postup léčby (např. odstupňovaná expozice). Klinici jsou si však stále více vědomi toho, že diagnóza jen velmi přibližně určuje, který terapeutický postup může být u konkrétního pacienta účinný a že se jedná jen o předběžný krok, který je třeba doplnit podrobnějšími informacemi. Terapeut musí zjistit odpovědi na řadu otázek: Co pacient dělá, zjevně nebo skrytě, a co by přitom chtěl změnit? Čím je toto problémové chování vyvoláváno (situačně, v mysli nebo v těle) a za jakých okolností se tento problém objevuje? Jaké má problémové chování následky? A zvláště – čím je problémové chování udržováno, ať již krátkodobě nebo dlouhodobě? Který z těchto faktorů je možno změnit tak, aby došlo ke změně problémového chování?

## 2. Vysvětlení kognitivně behaviorálních přístupů v léčbě

Kromě anamnestických informací a hodnocení pacienta je potřebné již při prvním setkání podat pacientovi informace o struktuře terapie. Musí vědět, jaká bude frekvence návštěv, jak dlouho budou sezení trvat, kde, kdy a jak bude léčba probíhat ap. Kognitivně behaviorální vyšetření má také všeobecně edukační smysl a zaměřuje pozornost pacienta na zevní i vnitřní proměnné, jejichž vztah ke svému problému si předtím neuvědomoval. Pacienta se ptáme na jeho situaci, fyziologické příznaky, myšlenky a představy, mezilidské vztahy, stejně jako na jeho zjevné chování a na to, jak se každá z těchto skupin proměnných vztahuje k jeho problému. Obrácení pozornosti pacienta k těmto funkčním vztahům je součástí poučení o psychologickém modelu vzniku jeho potíží. V prvním či druhém setkání by měl být pacientovi vysvětlen (nejlépe na jeho vlastních symptomech a problémech) kognitivně behaviorální model poruchy. Učení probíhá již při odebírání anamnestických údajů. Terapeut je při každém shrnutí kategorizuje. K docílení maximální srozumitelnosti pomáhá kreslení schématu s hledáním a vysvětlováním souvislostí.

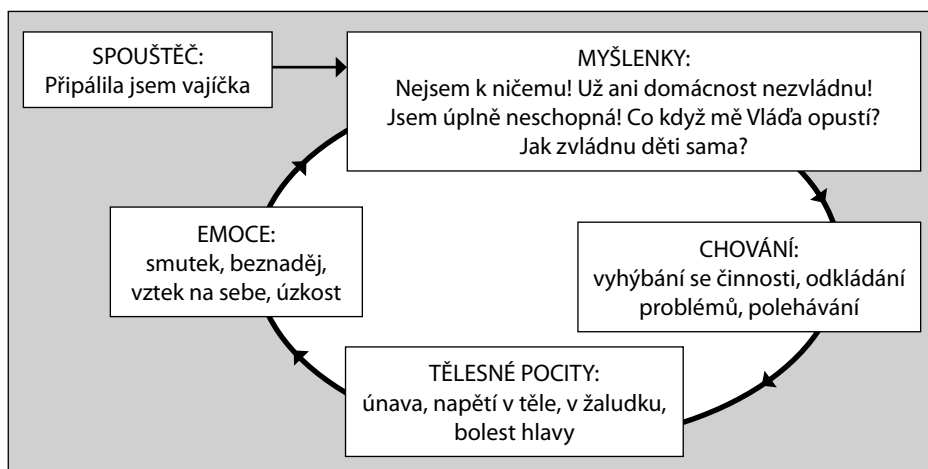
Terapeut může údaje, získané od pacientky, shrnout například takto:

Pokud vám dobře rozumím, když se vám něco nepodaří, a může to být maličkost, např. když jste připálila vajíčka, výrazně vám to zhorší náladu. Sama sobě říkáte: „Nejsem

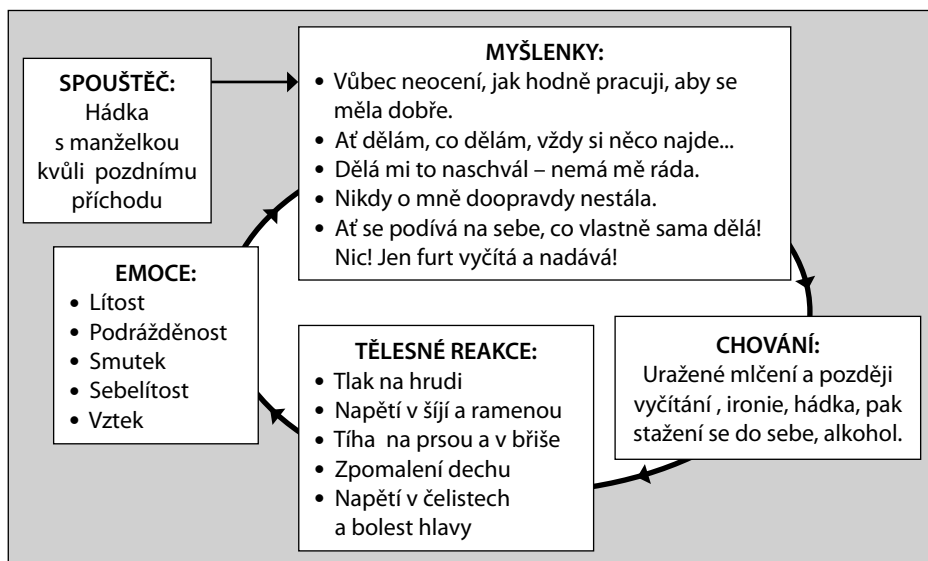
k ničemu. Už ani domácnost nezvládnou. Jsem úplně neschopná! Co když mě Vláda opustí? Jak zvládnou děti sama?" A když vám běží v hlavě tyto automatické myšlenky, cítíte smutek, beznaděj, máte na sebe vztek a chvílemi cítíte silnou úzkost. Objeví se tělesné pocity, jako je únava, napětí v těle, v žaludku a bolest hlavy. Snažíte se vyhnout jakékoliv činnosti a lehnete si do postele, odkládáte další činnosti. Ovšem tyto automatické myšlenky se ještě znásobí, pokračujete v sebevýtčkách, cítíte se ještě hůř a zůstáváte v lůžku celý den. Porozuměl jsem tomu správně?

Také může pacientce nakreslit bludný kruh jejích příznaků, jak je to ukázáno v tabulce 4.1.1.

**Tabulka 4.1.1:** Bludný kruh depresivních příznaků



**Tabulka 4.1.2:** Příklad bludného kruhu hádek s manželkou



Po tomto shrnutí a vysvětlení je vhodné přejít krátce k možnostem, kde a jak se dá tento bludný kruh přerušit – např. v tomto případě postupným zvyšováním aktivity, změnou myšlenek, relaxací, kdy pomohou expozice a event. jakým způsobem působí léky.

Pacienta je třeba v průběhu vyšetření informovat, že kognitivně behaviorální přístup je zaměřen především na svépomoc a že terapeut má za cíl pomoci pacientovi, aby si osvojil schopnosti potřebné ke zvládnutí ne pouze svých současných problémů, ale i jiných podobných problémů, pokud by se v budoucnosti vyskytly (Kirk, 1989). Terapeut musí zdůraznit význam a důležitost domácích cvičení s tím, že hlavní část terapie se odehrává v každodenním životě tak, že pacient prakticky uplatňuje to, co se probíralo v terapeutickém sezení. V rozhovoru s pacientem je třeba určit vztah mezi ním a terapeutem jako vztah vzájemné spolupráce; od pacienta se očekává, že bude aktivně sbírat potřebné informace, referovat o účinnosti aplikovaných postupů a sám bude navrhovat nové možnosti v léčbě.

### 3. Zahájení terapeutického procesu

Iniciální vyšetření má na počátku terapie velmi důležitou roli nejen pro analýzu problémového chování, ale protože již v jeho průběhu de facto terapie začíná. Vytvářejí se základní rysy terapeutického vztahu. Pacient se učí, jak bude během terapie pracovat. Terapeut se s pacientem domlouvá na pravidlech léčby. Pacient často přichází s nediferencovaným pojetím problému, v depresi nebo úzkosti nebo je rozčilený, bezradný, trpí poruchami myšlení, vnímání ap. Může mít celou řadu potíží, kterým nerozumí. V prvním kroku mu terapeut pomocí otázek pomáhá rozlišovat mezi příznaky a problémy. Jak terapeut pomáhá pacientovi jednotlivé problémy vyjasnit a odlišit, potíže dostávají zvládnutelné rozměry a pacient začíná věřit, že se vše může změnit k dobrému.

Např. pacientce, která si stěžovala na řadu problémů – záchvaty bušení srdce, náhlé bolesti na hrudi, dušnost, strach cestovat, časté průjmy, rozmazané vidění a nadměrné pocení, pak popudlivost k manželovi a strach být sama doma, se ulevilo, když byly příznaky pojmenovány jako součást jednoho problému (tj. panické poruchy s agorafobií), který se dá v současné době řadou ověřených způsobů léčit.

Vyšetření podtrhuje, že změna je možná tím, že pomáhá pacientovi zaměřit se na to, čeho by mohl dosáhnout, namísto toho, aby neustále hloubal nad svým problémem. Přitom je třeba stanovit rozumné meze toho, čeho je možno v terapii dosáhnout; nelze např. reálně očekávat, že pacient se sociální fobií už *nikdy* nebude pociťovat mezi lidmi nepříjemné pocity, ale lze očekávat, že bude lépe schopen mluvit před spolužáky, nechat se zkoušet ve škole, oslovit neznámého člověka a umět si popovídat v nestrukturované situaci.

V dalších sezeních učí terapeut pacienta rozlišovat mezi vyvolávajícími podněty (spouštěče, antecedenty), vlastním problémovým chováním a následky. Poté se pacient na vlastním problému učí rozlišovat chování, myšlenky, tělesné reakce a emoční stavy a hledá jejich vzájemné souvislosti. Postupně začne chápat, čemu

se kvůli problému vyhýbá. Je velmi dobré, když zjištěné údaje terapeut před pacientem zaznamenává do schématu, takže pacient se učí již při odběru anamnézy. Vyšetření také umožňuje pacientovi, aby si uvědomil, jak jeho nepříjemné pocity kolísají v závislosti na vnitřních a vnějších událostech a že nejsou jen náhodně seslány osudem. Z toho pak vyplývá, že je-li možno toto kolísání předvídat, je také možno nad ním získat kontrolu. Pacientům může činit potíže vystihnout funkční vztah mezi určitou událostí a příznakem. Např. pacient sděluje:

Včera mi bylo příšerně. Vůbec tomu nerozumím, co se stalo. Z ničeho nic se mi večer zase rozbušilo srdce, dostal jsem strach, že je to infarkt, a zavolał si pro jistotu pohotovost. Nic mi samozřejmě nenašli. Co se ten den dělo? Nic zvláštního. Vlastně – zahraniční partner nepotvrdil zakázku a budeme mít teď velké problémy, protože to byl náš největší odběratel. Cítím se bezmocný, nevím co s tím dělat. Taky se naše odbory bouří a chtějí přidat na platu. Ale není z čeho, spíše budeme muset ubrat osobní hodnocení. Je to průser. Nevím, jak jim to říci. Pak jsem přišel domů a manželka mi začala vyčítat, že zase jdu pozdě. Dostal jsem na ni vztek – jako by na mě stále číhala, aby mi mohla vyčíst nějakou blbost. Dokázal jsem to však nekomentovat. Byl jsem rád, najedl jsem se a zklidnil se, hodil všechno za hlavu. A pak, asi za dvě hodiny potom, mi náhle začalo bušit srdce. Už v době, kdy jsem byl v klidu!

Terapeut by měl pacientovi nabídnout zájem a pochopení jeho problémů a nepříjemných pocitů; už jen tím se může pacientovi výrazně ulevit, zvláště pokud se za ně styděl, měl pocity viny nebo beznaděje, jak tomu v mnoha případech bývá.

Konečně další důležitou funkcí vyšetření je zjistit, zda je něco, na co je třeba se bezodkladně zaměřit (Kirk, 1989). Např. u depresivního pacienta je třeba vždy zjistit, zda nemá sebevražedné úmysly; když si někdo stěžuje, že nedokáže zvládnout své děti, je třeba zkoumat, zda nedochází k jejich fyzickému týrání.

#### 4. Vytváření terapeutického vztahu

Hned v úvodním terapeutickém sezení má být pacient informován o tom, že kognitivně behaviorální léčba je z velké části svépomocná – že se během ní bude sám učit, jak řešit problémy, aktivovat se a snižovat úroveň své deprese, vystavovat se úzkosti, regulovat své afekty, zvládat sociální dovednosti ap. Terapeut mu bude pomáhat hledat problémy, určovat cíle a učit ho terapeutickým metodám, které však musí dělat pacient sám, z velké části v rámci domácích cvičení. Terapeut zdůrazní, že hlavní část léčby musí proběhnout mimo vzájemná setkání – v každodenním životě. Pacient musí prakticky procvičovat to, co se naučil během sezení. Terapeutický vztah je založen na spolupráci. Terapeut očekává, že pacient bude spolupracovat aktivně, jak při shromažďování potřebných informací, při používání terapeutických metod a při sdělování zpětné vazby terapeutovi, tak při hledání vlastních možností řešení. Je důležité hned na počátku ustanovit rámec spolupráce: „V průběhu dalších 12 týdnů budeme spolupracovat, ale pro cokoliv se rozhodneme, musíme rozhodovat spolu.“

Kdykoliv začne rozhovor, začíná proces, při kterém se pacient od terapeuta učí – jak respektovat, důvěřovat, být čestný, pravdivý a jak se chovat přirozeně. Od po-



čátku pohovoru se terapeut soustředí na to, aby pochopil člověka, který sedí před ním. Terapeut získává všechny možné informace o osobní historii, rodinném prostředí, původu, výchování, předchorobí, důležitých vztazích a osobním vývoji pacienta. Všechny tyto informace dávají možnost pochopit vývoj jedince.

## 4.2 Orientační vyšetření

Orientační (předběžné) vyšetření je krátký (60–90 minut) rozhovor zaměřený na získání základních informací o pacientově problému a předběžné stanovení jeho diagnózy. Terapeut také zvažuje, zda je pacient vhodný pro danou terapii. Pacient se má dozvědět základní informace o tom, jak bude léčba probíhat. Aby byla posílena pacientova naděje a ustavena terapeutická spolupráce, je vhodné začít již v tomto orientačním rozhovoru s aktivní terapií a uvést pacienta do způsobu terapeutické práce.

Většina pacientů nemá žádné očekávání ani žádnou představu o tom, jak by mělo vyšetření vypadat. Proto je dobré, když jsou terapeutem během rozhovoru nenásilně vedeni. K uklidnění pacienta a počátku navázání vztahu pomůže, když je zjevné, že si terapeut přečetl doporučující dopis a když předem vysvětlí, co chce během sezení dělat. Poté, co se terapeut a pacient navzájem představí, může sezení začít třeba takto:

Terapeut: „Váš lékař mi popsal problémy, se kterými potřebujete pomoci. Rozumím tomu tak, že se většinu času cítíte smutný, bez nálady a neprožíváte radost. Na práci se nedokážete soustředit, v noci hůře spíte, respektive dobře usínáte, ale předčasně se ráno probouzíte a už nemůžete dospát. Budoucnost vám dělá starosti, obáváte se, jak zvládnete finanční situaci rodiny i to, zda vás rodina neopustí. To je přibližně to, co mi o vašich problémech napsal váš obvodní lékař. Můžete mi nyní popsat svoje problémy vlastními slovy? Pak se vás budu ptát na to, co se dělo v době, kdy vaše problémy vznikly a jak se v průběhu času měnily. A pak se detailněji vrátíme k tomu, jak to vypadá teď. Můžete začít tím, že mi stručně povíte, co považujete za své hlavní problémy?“

Citlivě prováděné vyšetření je zároveň ideální příležitostí k navázání dobrého terapeutického vztahu. Projevená empatie, pozornost a profesionální zájem v klidné atmosféře vytvářejí dobrý odrazový můstek do další terapie. Je vhodné si poslechnout, co pacient o svých problémech řekne sám. Lze předpokládat, že strávil hodně času tím, že o nich přemýšlel. Terapeut by měl pozorně poslouchat a projevovat pacientovi zájem. Empatické poznámky typu: „To pro vás musí být velmi těžké“ nebo „To vás jistě hodně rozrušilo“ podněcují projev pacienta a pomáhají k vytvoření vztahu. Shrnutím a parafrázováním toho, co pacient řekl, a reflexí vlastních pocitů dává terapeut najevo, že problémům pacienta rozumí.

„Pokud vám dobře rozumím, trápíte se těmito nutkavými myšlenkami a kontrolami už 9 let, zkusil jste celou řadu psychofarmak a chodil 3 roky na psychoanalýzu. Protože to

výrazněji nepomohlo, cítíte nyní často bezmoc a beznaděj a říkáte si, zda je vůbec nějaká změna možná.“

Na počátku vyšetření je užitečné jednoduše poslouchat, případně klást otevřené otázky. Pokud však pacient popisuje problémy příliš neurčitě a obecně, je potřeba ho usměrnit a zaměřit na větší podrobnosti. Pak mohou pomoci upřesňující otázky jako: „Můžete mi popsat poslední případ, kdy jste byl tak rozrušen?“ „Kdy to bylo?“, „Co jste začal pociťovat nejdříve?“ „Jak se váš život změnil od té doby, co máte tyto problémy?“ „Co kvůli těmto problémům nemůžete dělat?“ „Čeho jste se kvůli těmto problémům musel vzdát?“ Podobně je u rozvlácného pacienta dobré upozorňovat na podstatné věci a vracet se k nim, když pacient zabíhá. Pacienta je možno povzbudit, aby hovořil i o dalších důležitých oblastech tím, že přikyvujeme, díváme se na něj a také tím, že klademe další otázky a komentujeme, co řekl. Je ovšem třeba, aby se terapeut ve svých otázkách nenechal příliš ovlivnit svou úvodní představou toho, v čem má pacient problémy.

## 4.2.1 Vedení orientačního vyšetření

**1. Úvod:** uvítejte pacienta a představte se mu, vysvětlíte mu účel rozhovoru a uvedte, kolik času máte k dispozici.

**2. Popis problémů a symptomů:** požádejte pacienta, aby svůj problém popsal. V této části, která trvá kolem 7–10 minut, je třeba získat jen obecný obraz pacientovy současné situace a jeho problémů. Terapeut se snaží vystihnout náznaky ukazující na možné vyvolávající podněty a udržující faktory, aby se k nim později v rozhovoru vrátil. V této fázi si je pouze zaznamená. Je dobré pacientovi opakovane shrnout jeho problémy a přesvědčit se, že jsme jim správně porozuměli. Terapeut může např. říci:

„Říkáte tedy, že vaším hlavním problémem je, že se červenáte před cizími lidmi, zejména před děvčaty, a proto se takovým rozhovorům vyhýbáte, dále se také vyhýbáte situacím, kdy máte mluvit před skupinou spolužáků. To vám nyní začíná dělat vážné problémy ve škole, takže máte obavy, zda dostudujete. Je to tak? Zapomněl jsem na něco důležitého?“

Pak zaměřte své otázky na jednotlivé klinické projevy, které se s problémem pojí – co pacient v souvislosti s problémem dělá nebo nedělá, jaké má myšlenky a představy, tělesné pocity, jaká je frekvence a kdy se problémy vyskytují, jaká přinášejí pacientovi v životě omezení, kdy se objevily, zda jejich intenzita kolísá, co jejich intenzitu ovlivňuje. Při zkoumání problémové oblasti je velmi důležité již v prvním rozhovoru společně s pacientem rozlišovat čtyři oblasti: chování, myšlení, emotivitu a tělesné reakce. Další vhodné otázky jsou: V čem by se změnil život pacienta, kdyby se problém vyřešil? Vedou příznaky k tomu, že něco nedělá nebo že se něčemu vyhýbá? Zabezpečuje se nějakým způsobem proti problému a jeho následkům? K čemu to vede? Bezprostředně, dlouhodobě? Prožívá pocity beznaděje nebo mívá sebevražedné myšlenky?

V této fázi vyšetření není nutné vědět o pacientovi všechno. Zvláště údaje, které se obvykle zjišťují při běžném psychiatrickém vyšetření (rodinná anamnéza, vzdělání ap.), při orientačním vyšetření běžně nezjišťujeme, pokud se zjevně nevází k současným potížím pacienta. Cílem je získat všeobecný obrázek současné pacientovy situace. Je proto nutné vypíchnout hlavní problémy a získat dostatek informací o jejich počátku, vývoji a kontextu, v němž se objevují (bydlení, sociální síť, činnosti atd.). A také o negativních automatických myšlenkách, které se k nim pojí, abychom dokázali vytvořit předběžnou formulaci případu, vycházející z kognitivně behaviorálního modelu poruchy. Taková formulace (kterou pacientovi sdělíme) je svou podstatou hypotéza, kterou je třeba během terapie potvrdit, nebo vyvrátit na základě dalších informací. V řadě případů ostatně nezískáme dostatek informací, potřebných k vytvoření kompletní formulace (chybí zvláště informace o základních předpokladech, názorech a raných zkušenostech, které vedly k jejich vytvoření) dříve než v dalším průběhu terapie.

**Tabulka 4.2.1:** Struktura úvodního rozhovoru

1. **ÚVOD:** uvítání, představení se, vysvětlení účelu rozhovoru, čas k dispozici
2. **POPIS PROBLÉMŮ A SYMPTOMŮ**
  - Příznaky a životní problémy
  - Počátek/vývoj/kontext poruchy
  - Spouštěče, myšlenky, emoce, tělesné reakce, chování
  - Poslední případ výrazných potíží
  - Kdy, kde, jak, jak často, s kým, s kým ne
  - Modifikující faktory
  - Vyhýbání, zabezpečování, ujišťování
  - Následky bezprostřední a dlouhodobé
  - Pocity beznaděje/sebevražedné myšlenky
  - Předchozí léčba
3. **SEZNAM HLAVNÍCH ŽIVOTNÍCH PROBLÉMŮ**
4. **STANOVENÍ PŘEDBĚŽNÝCH CÍLŮ TERAPIE**
5. **POUČENÍ PACIENTA O JEHO PORUŠE A O SMYSLU A POSTUPU TERAPIE**
  - Praktické podrobnosti
  - Bludný kruh automatických myšlenek, emocí, chování a tělesných příznaků
  - Možnosti změny
6. **ZAHÁJENÍ TERAPIE – SPOLEČNÉ ZPRACOVÁNÍ MALÉHO ÚKOLU**
  - Konkrétní: zvolení prvního problému, na nějž se terapie zaměří
  - Obecně: pacient zakusí, jakým stylem kognitivně behaviorální terapie probíhá
7. **ZADÁNÍ DOMÁCÍHO ÚKOLU**
  - Jednoduchý, aby ho pacient zvládl
8. **ZPĚTNÁ VAZBA A DOHODA O DALŠÍM SEZENÍ**

**Obecné cíle orientačního vyšetření:**

- Navázat vztah
- Vzbudit pocit naděje
- Umožnit pacientovi, aby porozuměl teoretickému modelu poruchy
- Provéřit spolupráci pacienta s terapeutem v praxi

**Tabulka 4.2.2:** Příklady otázek pro orientační vyšetření u úzkostné poruchy

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>POSLEDNÍ PŘÍPAD</b><br/>Kdy naposledy se tento problém objevil? Co se konkrétně stalo? Mohl byste tuto událost podrobně popsat vlastními slovy? Pak doplňte otázkami jako: Jaké jste měl pocity v těle (bušení srdce, pocení, svírání na hrudi atd.)? Vzpomínáte si, co vám v tom okamžiku běželo hlavou (co jste si v tu chvíli myslel)? Co jste dělal? Jaké jste měl pocity a jaké emoce v tu chvíli převažovaly? Co se stalo potom? Byl to typický případ? Pokud ne: V čem se lišil?</p> |
| <p><b>FREKVENCE A ANTECEDENTY</b><br/>Jak často se tento problém objevuje? Objevuje se v určitých situacích častěji nebo výrazněji? Jsou nějaké situace, kterým se snažíte vyhnout, nebo které zvládáte jen s obtížemi? Pokud ano: Co nejhoršího si představujete, že by se mohlo stát? Jaké situace zvládáte snáze? Proč? Jsou ještě jiné situace či předměty, které ve vás budí úzkost, bezmoc, vztek či jiné nelibé emoční stavy?</p>                                                          |
| <p><b>FYZIOLOGICKÉ REAKCE</b><br/>Máte obvykle i nějaké nepříjemné tělesné příznaky (potíže s dýcháním, svírání na prsou, bušení srdce, pocení, pocity horka nebo zimy, pocity na omdlení nebo závratě, pocit nevolnosti, mravenčení v rukou, třes)? Jak často se tyto příznaky objevují? Začínají náhle, nebo pozvolna narůstají? Co se objeví nejdříve? Co potom? Kdy se cítíte nejhůř? Jak dlouho obvykle trvají?</p>                                                                          |
| <p><b>CHOVÁNÍ</b><br/>Co děláte, když se obáváte, že byste se mohl dostat do této situace nebo že by se mohl objevit záchvat úzkosti? Co děláte, když se do této situace opravdu dostanete nebo když se úzkost opravdu objeví? Zaměřte se na:<br/>a) metody, jak se vyhnout obávaným situacím nebo se před nimi zabezpečit<br/>b) chování směřující ke zvládnutí situace<br/>c) užívání jídla, alkoholu či léků k redukci úzkosti</p>                                                             |
| <p><b>MYŠLENKY</b><br/>Jak často na tento problém myslíte? Co si o něm myslíte? Jaké myšlenky nebo představy vám táhnou hlavou, když máte čelit této situaci nebo když máte pocit, že se objeví úzkost? Jaké myšlenky nebo představy se objeví, když se do této situace opravdu dostanete/když pociťujete úzkost? Co si myslíte, když to přejde?</p>                                                                                                                                              |
| <p><b>MINULOST</b><br/>Jak dlouho už se tyto pocity úzkosti objevují? Jak dlouho už se těmto situacím vyhýbáte? Jak to začalo? Stalo se v té době něco neobvyklého?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <p><b>KOLÍSÁNÍ INTENZITY</b><br/>Byla období, kdy jste byl schopen tyto situace zvládat lépe? Kdy to bylo naposledy? Co se tehdy stalo? (zaměřte se na nemoci, menstruační cyklus, výročí, změny v osobní situaci).</p>                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <p><b>NÁSLEDKY</b><br/>Jaký vliv má tento problém na váš život (zaměřte se jak na negativní, tak na pozitivní následky – např. možnost vyhnout se plnění nepříjemných úkolů)? Jak čelíte omezením, která vám tento problém způsobuje?</p>                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <p><b>INTERPERSONÁLNÍ ASPEKTY</b><br/>Jaký vliv má váš problém na jiné lidi? Co si o tom myslí? Co si o tom myslí váš manžel/partner/manželka/partnerka? Co si myslí, že byste s tím měl dělat?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <p><b>AKTUÁLNÍ MOTIVACE K LÉČBĚ</b><br/>Proč jste přišel k léčení právě nyní? Zhoršil se váš problém v poslední době? Reagují jiní lidé jinak na váš problém?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <p><b>PŘEDCHOZÍ LÉČBA</b><br/>Už jste se někdy pro tento problém léčil? Léčil jste se někdy na psychiatrii, třeba i kvůli něčemu jinému? Kdy to bylo? Jak vám léčení pomohlo? Pokud NE: Proč jste je ukončil?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <p><b>SOMATICKÁ ANAMNÉZA</b><br/>Byl jste v poslední době vyšetřen u nějakého lékaře – obvodního, internisty ap.? S jakým výsledkem? Řekl jste mu o svých záchvatech úzkosti? Berete nějaké léky? Pijete kávu? Kouříte? Pijete alkohol?</p>                                                                                                                                                                                                                                                       |

**Tabulka 4.2.3: Příklady otázek pro jednotlivé oblasti orientačního vyšetření u deprese**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>NÁLADA</b><br/>         Jak jste se cítil v uplynulém týdnu? Jak jste se cítil ráno po probuzení? Kdy během dne jste se cítil nejlépe? Kdy během dne jste se cítil nejhůř? Měnila se vaše nálada ze dne na den? Když jste se cítil depresivní, bylo něco, co vám dokázalo náladu aspoň trochu zvednout? Pokud ANO: A když jste se cítil dobře, co vám naopak dokázalo náladu pokazit? Máte dojem, že vaše nálada vůbec nezávisí na tom, co se kolem vás děje? Mohl byste mi popsat svou náladu, když se cítíte opravdu zle – jaké to je?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <p><b>AKTIVITA A POTĚŠENÍ</b><br/>         Jak jste strávil poslední víkend (nechte si podrobně vylíčit, co pacient oba dva dny dělal)? Je to obvyklý způsob, jak trávíte víkend? Pokud ne, v čem se to lišilo? Co byste raději dělal více (méně)? Proč? U zaměstnaných: Jaké máte povolání? Jak vás baví? Změnilo se to v poslední době? Proč? Jste schopen zvládnout stejné množství práce jako vždycky? Co děláte po práci? U nezaměstnaných: Co děláte přes den? Co jste např. dělal včera? Byl to typický den? V čem se lišil od typického dne? Co obvykle děláte večer? Přestal jste v poslední době něco dělat něco nebo omezil jste něco, co jste dříve dělával? Jaké potěšení vám působí to, co děláte? Co děláte nejraději? Jak často to děláte? Cítíte se v poslední době neobvykle unavený? Pokud ANO: Můžete mi o tom říci víc? Změnil se váš zájem o sex?</p> |
| <p><b>SPOLEČENSKÁ AKTIVITA</b><br/>         Jak často chodíte do společnosti, scházíte se s přáteli? Kde se s nimi scházíte, co spolu děláte? Kolik času trávíte se svou rodinou? Uspokojuje vás to? Kterí lidé jsou pro vás nejdůležitější, komu se svěřujete se svými problémy a pocity? S kým jste nejraději? Jak často se s ním (s ní) vidíte? Cítíte se ve společnosti dobře? Změnilo se to v poslední době? Jak často jste sám? Jak se cítíte, když jste sám?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <p><b>SEBEHODNOCENÍ A DALŠÍ KOGNITIVNÍ ASPEKTY</b><br/>         Co si myslíte, že by o vás řekli druzí – jak by vás popsali? Jak byste popsal sám sebe? Jaké máte dobré vlastnosti? Je něco, v čem byste se rád změnil? V čem? Máte někdy pocit, že jste pro druhé lidi přítěží? V čem? Máte někdy pocity viny? Čeho se týkají? Jaké máte vyhlídky do budoucna?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <p><b>SEBEVRAŽEDNÉ TENDENCE</b><br/>         Cítil jste se někdy tak špatně, že jste uvažoval o tom, že si něco uděláte? Že jste si přál být mrtvý? Uvažoval jste někdy o sebevraždě? Pokud ANO: Kdy to bylo naposledy? Bylo to i minulý týden? Uvažoval jste, jakým způsobem byste sebevraždu spáchal? Co vám bránilo, abyste to udělal? Už jste se někdy v minulosti pokusil o sebevraždu? Pokud ANO: Kdy to bylo? Co vás k tomu vedlo?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <p><b>SPÁNEK</b><br/>         Jak v poslední době spíte? Máte problém usnout? Jak dlouho vám obvykle trvá, než usnete? Budíte se během noci? V kolik hodin se ráno budíte? Kolik hodin v noci obvykle spíte? Jak se ráno obvykle cítíte? Jak dlouho zůstanete ještě v posteli, než vstanete? Stalo se někdy, že jste vůbec nevstal? Jak často se to stává? Proč? Když vstanete, obléknete se hned, nebo ještě nějakou chvíli zůstanete v pyžamu? Lehnete si někdy během dne do postele? Jak často? Proč? Na jak dlouho?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <p><b>CHUŤ K JÍDLU/HMOTNOST</b><br/>         Jakou máte v poslední době chuť k jídlu? Změnilo se to nějak? Přibral jste nebo zhubl během posledních několika týdnů?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <p><b>MINULOST</b><br/>         Jak dlouho už se cítíte tak jako teď? Trvá to celou tu dobu, nebo byla období, kdy jste se cítil líp nebo hůř? Kdy jste si poprvé uvědomil, že jste víc depresivní? Zmizí někdy tyto depresivní pocity? Na jak dlouho – hodiny, dny, týdny? Jak se cítíte, když vaše deprese úplně zmizí? Jak vaše deprese začíná – náhle, nebo spíš pozvolna narůstá? Objevuje se vaše deprese zcela z ničeho nic, nebo ji způsobují nějaké události? Jaké? Jak si svoji depresi vysvětlujete? Stalo se vám v poslední době něco důležitého, o čem byste mi chtěl říci? Bylo někdy období, kdy jste se cítil neobvykle dobře a byl jste hodně aktivní? Můžete mi o tom říci něco víc?</p>                                                                                                                                                                  |
| <p><b>ANTECEDENTY</b><br/>         Jsou nějaké události nebo situace, které způsobují, že se cítíte depresivní? Pokud ANO: Můžete mi o tom říci víc? Kdy během minulého týdne jste se cítil nejhůř? Co se tehdy stalo? Kdy během minulého týdne jste se cítil nejlépe? Co se tehdy stalo?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <p><b>NÁSLEDKY DEPRESE</b><br/>         Jak by se váš život změnil, kdybyste nebyl depresivní? Vědí jiní lidé o vaší depresi? Kterí? Svěřujete se se svými depresivními pocity a myšlenkami druhým? Jak často? Co jim říkáte? Jak druzí lidé reagují na vaši depresi? O čem si obvykle povídáte, když jste s někým pohromadě?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <p><b>ŽIVOTNÍ UDÁLOSTI</b><br/>         Zrekapitulujeme si teď, co jste prožil během posledního roku. Staly se během této doby ve vašem životě nějaké důležité události a změny? Pokud ANO: Můžete mi o tom říci víc? Co bylo příčinou (popisované události)? Jak jste na to reagoval/co jste dělal/jak jste to zvládl? Je vhodné projít tyto oblasti: problémy v práci, v rodině, nemoci a úmrtí v rodině či mezi přáteli, jiné problémy.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <p><b>MINULÁ A SOUČASNÁ LÉČBA</b><br/>         Berete v současné době nějaké léky? Jaké? Kolik? Jak dlouho? Bral jste v minulosti nějaké léky na depresi? Jaké? Jaký měly na vás účinek? Léčil jste se nějak jinak kvůli depresi? Jak? Kdy? Jak dlouho? S jakým výsledkem?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

Když pracujeme s depresivním pacientem, je velmi důležité probrat jeho pocity beznaděje a sebevražedné sklony. Jakmile pacient přizná sebevražedné tendence, je třeba zhodnotit, jak moc jsou jeho úvahy vážné, zda už konkrétně promýšlel jak a kdy by sebevraždu uskutečnil, co mu v jejím uskutečnění brání. Když zjistíme u pacienta velmi silné pocity beznaděje a sebevražedné myšlenky, pak právě na ně musíme zaměřit úvodní terapeutickou intervenci. Někteří terapeuti se domnívají, že by s pacientem neměli o sebevraždě mluvit, aby mu tuto myšlenku nevnukli. Ve skutečnosti je pro pacienta často úlevné, když si o těchto myšlenkách může s někým volně promluvit. Sebevražda je obvykle reakcí na přesvědčení, že situace pacienta je nesnesitelná a že se nedá nijak změnit. Sebezničení tedy představuje úsilí vyřešit určité problémy. V diskusi je možno hledat alternativní možnosti řešení nebo aspoň dojít k dohodě, že toto řešení se odsune, aby terapie dostala příležitost dokázat, že je účinná.

**3. Společně vypracovaný předběžný seznam problémů:** zjištění a zhodnocení současných potíží shrneme do „seznamu problémů“. Jde o předběžný seznam, který je pak upřesňován po kompletním vyšetření. Seznam obvykle obsahuje dva typy problémů: „příznaky poruchy“ a „životní problémy“. Ty druhé se vztahují k jiným oblastem než je samotná porucha a mohou s ní být více nebo méně propojeny. Přesto, že jde o předběžný *seznamu problémů*, vnáší určitý řád do chaosu. Hora nepříjemných prožitků je zredukována na konečný počet relativně konkrétních potíží. Tento proces „redukování problémů“ je rozhodující při navození pocitu naděje, protože ukazuje, že problémy lze postupně zvládnout.

**4. Stanovení předběžných cílů terapie:** předběžné cíle vycházející z jednotlivých oblastí problémů si stanovíme během prvního sezení. Konkretizace cílů je však nutné udělat až po komplexním vyšetření, behaviorální a funkční analýze. Pomohou nám přitom otázky jako: „Co byste si přál, aby se v této oblasti změnilo?“ a „Předpokládáme, že terapie začne účinkovat. Co by se pak v této oblasti změnilo?“ Cíle se v průběhu terapie mohou měnit. Některé se náhle nezdají tak důležité, jiné je třeba pozměnit. Objeví se také cíle nové. Přesto však je pro terapeuta i pacienta důležité stanovit si cíle již na počátku léčby. Napomáhá to korekci nerealistických očekávání pacienta a vytvoření měřítka, jímž je možno hodnotit pokrok.

**5. Poučení o poruše a o smyslu a postupu terapie:** vysvětlíte pacientovi, jak bude léčení probíhat. V případě medikace mu podejte informace o jejím mechanismu účinku, o délce období, kdy se její účinek ještě neprojevuje. Na jeho vlastních potížích vysvětlíte pacientovi model poruchy, kterou trpí. Seznamte ho stručně se smyslem a praxí KBT. Pacientovi dále poskytneme informace o praktických záležitostech, jako je předpokládaný počet sezení, délka terapie a jak často se sezení budou konat; vysvětlíme smysl zadávání domácích úkolů; domluvíme se, jak může pacient v případě potřeby navázat s terapeutem kontakt ap. Důležitější je ovšem jasně a srozumitelně vyložit pacientovi základní principy terapie. Prvním

z těchto principů je, že psychickou poruchu je možno pochopit jako následek bludného kruhu negativního uvažování a změněné nálady, jak je popsán výše. Dále, že tento bludný kruh je možno zrušit, tj. že pacient se může naučit „vyhmát-nout“ a prověřovat automatické myšlenky a najít realističtější, pomáhající alternativa vysvětlení. Pacient nemusí plně pochopit složitosti kognitivního modelu, ani nemusí nekriticky věřit, že mu terapie pomůže. Spíše jde o vzájemnou shodu v tom, že tyto základní předpoklady terapie odpovídají zkušenostem, které pacient se svou psychickou poruchou má, a že je ochoten terapii vyzkoušet. Zjištění, zda má pacient nějaké pochyby a nejistoty, je zvláště důležité tehdy, když předchozí terapie nebyla úspěšná. Zde může pomoci otevřené vyzvání k vyjádření skepse, např.: „Vím, že už jste se snažil své problémy vyřešit a že se to příliš nepovedlo. Proto předpokládám, že spíše pochybujete, zda tato terapie k něčemu je. Jestli takové pochybnosti máte, byl bych moc rád, kdybyste mi o nich pověděl, abychom se jimi mohli otevřeně zabývat.“ Když pacient otevřeně vyjádří pochybnosti, je možno je konstruktivně probrat, nebo přinejmenším uznat, že pacientův názor má svou cenu („Jsem moc rád, že jste to řekl.“) a dohodnout se, že nejlepším způsobem, jak ověřit účinnost kognitivně behaviorální terapie, je vyzkoušet ji.

**6. Zahájení terapie** – společné zpracování malého úkolu: na základě některé z událostí, které jste zjistili během popisu problému, zadejte pacientovi první malý úkol, např. popis jeho vlastního depresivního bludného kruhu. Na zvoleném prvním společném úkolu si pacient uvědomí, jak kognitivně behaviorální terapie probíhá.

**7. Zadání domácího úkolu:** Zadání jednoduchého úkolu podpoří spolupráci a aktivitu od prvního sezení. Úkol by měl být jednoduchý – např. u pacienta s depresivní poruchou vypracování stupnice nálady od -4 do +4 nebo stupnice aktivity, záznam grafu nálady nebo denní záznam častých automatických myšlenek. U pacienta s agorafobií to může být sepsání seznamu agorafobických situací v hierarchii podle obtížnosti, u pacienta s obsedantně kompulzivní poruchou seznam jeho nutkavých myšlenek a obranných rituálů. Úkol má být tak jednoduchý, aby ho pacient zvládl. Můžeme také celé úvodní sezení nahrávat na kazetu, kterou pacient dostane s sebou domů. Výhodné je mít pro pacienta připravený manuál, který může paralelně s terapií studovat. Jiným vhodným prvním úkolem je sebesledování v problémových situacích. Pacient pak do dalšího sezení přináší nové informace o svém chování, myšlenkách, emocích a tělesných reakcích.

**8. Dohoda o dalším sezení:** na konci sezení je třeba domluvit příští termín sezení. Pokud léčíme depresivního pacienta, je důležité domluvit se na spojení v době, kdy se neuvidíme. Hlavně je třeba dohodnout, co má dělat ve chvíli, kdy se dostaví suicidální myšlenky. Kde může vyhledat nás, kde někoho jiného.

Tento způsob provádění předběžného vyšetření je nejvhodnější pro ambulantní podmínky. Za hospitalizace jsou kritéria vhodnosti KBT poněkud odlišná – lze např. vytvořit terapeutické programy i pro mentálně retardované, dementní či psy-

chotické pacienty, u nichž nelze očekávat samostatnou spolupráci. I za těchto okolností však platí, že nelze provádět KBT bez vědomí, případně proti vůli pacienta. Možnou výjimku představují behaviorální programy operantního podmiňování, zaměřené na odstranění agresivního či autoagresivního chování u mentálně retardovaných či programy na rozvíjení sociálních dovedností u chronických psychotických pacientů či autistických dětí. V těchto případech je však vždy nezbytná pečlivá supervize a písemný souhlas opatrovníka či právního zástupce pacienta.

## 4.2.2 Kontraindikace zahájení KBT

Kontraindikace KBT jsou pouze relativní, nikoliv absolutní. Obecně lze říci, že KBT není vhodné zahajovat, pokud:

- a) pacient trpí tak závažnou duševní poruchou, že není schopen pochopit principy terapie a aktivně spolupracovat, např. těžkou melancholickou depresí, akutní psychózou s paralogiemi a zmateností, těžkou demencí, těžkou mentální retardací atd.
- b) pacient se odmítá zaměřit v terapii na závažné problémy, které by úspěšné řešení předloženého problému znemožnily, např. na problémy spojené se závislostí na alkoholu či na drogách.
- c) pacient není ochoten akceptovat principy KBT, např. plnit samostatně domácí úkoly, vést písemné záznamy o svých problémech; trvá na nereálných nebo neetických cílech terapie, případně nemá dostatečnou motivaci (terapie jako záminka).
- d) pacient již KBT absolvoval v minulosti, nepomohla mu a nemá k této formě terapie důvěru.

## 4.3 Podrobné vyšetření

Když jsme se s pacientem dohodli na zahájení kognitivně behaviorální terapie, je dalším krokem podrobné vyšetření jeho problémů, jejich vzniku a vývoje a také zjištění jeho životní historie a současné životní situace. Toto podrobné vyšetření trvá nejméně jednu, ale někdy i více než dvě hodiny, a proto je v některých případech vhodné věnovat mu více než jedno sezení. Výsledkem tohoto vyšetření by měla být kognitivně behaviorální formulace pacientových problémů, zahrnující faktory vedoucí ke vzniku a udržování těchto problémů. Tuto úvodní formulaci problémů však chápeme jako hypotézu, kterou je třeba v průběhu celé další terapie dále doplňovat, upřesňovat a případně i měnit. V tomto smyslu probíhá vyšetření v průběhu celé terapie.

### 4.3.1 Způsoby vyšetření

Přestože základní údaje v KBT vyšetření jsou získány formou behaviorálního rozhovoru, je to jen jeden ze způsobů vyšetření. Při hodnocení konkrétního problému bývá užitečné rozlišovat čtyři rozdílné druhy reakcí – chování, fyziologické procesy,



kognitivní a emoční reakce. Odlišné způsoby vyšetření nám mohou poskytnout informace o různých reakčních systémech. To je důležité zejména tehdy, pokud je mezi jednotlivými systémy nízká synchronizace (Rachman a Hogson, 1980). Např. pacient změnil svoje chování, ale stále má v obávané situaci nepříjemné tělesné reakce. Kdybychom se zaměřili pouze na hodnocení míry nepříjemných pocitů pacienta, skrylo by nám to dosažený pokrok. Proto může být vhodné doplnit vyšetření behaviorálním testem, při němž pacienta požádáme, aby problémové chování provedl.

**Tabulka 4.3.1:** Způsoby vyšetření

- kognitivně behaviorální rozhovor
- sebesledování
- sebesposuzování (dotazníky, globální hodnotící škály)
- informace od druhých lidí
  - rozhovor s klíčovými příbuznými
  - pozorování klíčových příbuzných
  - přímé pozorování chování na klinice
- hraní rolí
- behaviorální testy
- behaviorální vedlejší produkty
- měření fyziologických hodnot

KBT rozhovor tak můžeme doplnit informacemi, které pacient shromáždí a zaznamená po rozhovoru. Hlavní část rozhovoru se zaměřuje na dostatečně podrobné definování problému, aby z něj bylo možno vyjít při následujícím sebesledování pacienta.

Než dokončíme podrobné vyšetření a dospějeme k formulaci problémů, mohou proběhnout dvě nebo tři sezení. V mnoha studiích se ukázalo, že největší množství změn se odehrává během několika prvních léčebných sezení a bylo by nešťastné tyto změny zbrzdit použitím nevhodných postupů dříve, než terapeut a pacient dostatečně problému porozumějí. Až když se shodnou na povaze problému a na faktorech, které jej udržují, jsou terapeut a pacient v pozici, kdy mohou začít uplatňovat konkrétní terapeutické metody a sledovat účinek.

## 4.3.2 Kognitivně behaviorální rozhovor

Většina pacientů před zahájením rozhovoru neví, co může očekávat. Proto je vhodné jim na úvod vysvětlit smysl vyšetření a shrnout, co již víme z předběžného vyšetření. Pak pacienta požádáme, aby nám podrobně popsal svůj současný problém. Zpočátku jej necháme volně hovořit a postupně jej usměrňujeme vhodnými otázkami. Protože tento rozhovor je zároveň ideální příležitostí k navázání dobrého terapeutického vztahu, je třeba chovat se empaticky a projevovat zájem. Dále je třeba při rozhovoru dbát na tyto zásady:

- pokud se pacient vyjadřuje nejasně, hovorově nebo používá odborné výrazy, je třeba se zeptat, co jimi přesně míní,

- abychom si byli jisti, že pacientovi správně rozumíme, používáme tzv. reflexivní zpětnou vazbu, tj. zopakujeme, co jsme se od pacienta dozvěděli a necháme si to odsouhlasit,
- občas pacienta přerušíme a shrneme jeho dosavadní sdělení, abychom si ověřili, že mu správně rozumíme,
- vyhýbáme se sugestivním otázkám, naznačujícím pacientovi, jak by měl odpovědět (místo „To jste se asi bál?“ lépe „Jak jste se v tu chvíli cítil?“),
- zpočátku klademe otevřené otázky („Jakou jste měl náladu?“), které podle potřeby střídáme konkrétnějšími dotazy („Kolikrát se to stalo v uplynulém týdnu?“),
- při rozhovoru se snažíme vyhýbat dotazům, začínajícím Proč...?, ale používáme především dotazy začínající Kdo..., Co..., Kde..., Kdy..., Jak..., Jak často... atd. Je to proto, že v této fázi vyšetření nežádáme od pacienta vysvětlení, ale především popis jeho problémů,
- pacientovi dáme najevo, že podobné problémy má řada lidí a že je lze zvládnout,
- pokud pacient vyjadřuje nějakou silnou emoci (strach, zlost, pláč ap.), vyjádříme mu zájem, vřelost a trpělivost a pak se klidně ptáme dál. Snažíme se zjistit, z čeho tyto emoce pramení a jaký mají význam.

Při kognitivně behaviorálním rozhovoru postupně probereme tyto tři oblasti:

- A) popis současného stavu problému;
- B) vznik a průběh současného problému;
- C) anamnézu a současnou situaci pacienta.

### **A. Současný stav problému**

Po všeobecném zjištění, které hlavní problémy pacienta v současné době trápí, s ním podrobně probereme současný stav každého z těchto problémů jeden po druhém.

Je vhodné pacienta požádat, aby popsal poslední případ, kdy se problém objevil. Tím získáme konkrétnější informace než z obecného popisu. Pokud má pacient problémy vybavit si podrobnosti, můžeme jej požádat, aby zavřel oči a představil si, že je v situaci, kdy se problém objevil, a aby nám popsal, co všechno v této situaci prožívá.

Při popisu problému se ptáme na konkrétní příznaky: tělesné („Jaké tělesné pocity se přitom objevují?“ „Co cítíte v těle?“), emoční („Jak jste se přitom cítil?“ „Co jste přitom prožíval?“), kognitivní („Na co jste v tu chvíli myslel?“ „Co vám v tu chvíli běželo hlavou?“) i behaviorální („Co jste v té situaci udělal?“ „Děláte něco, aby se to nestalo?“).

Zjišťujeme frekvenci („Jak často?“ „Kolikrát?“), trvání („Jak dlouho?“) a intenzitu („Jak moc?“ „Jak silně?“) příznaků.

Dále se ptáme, za jakých okolností se problém objevuje. Ptáme se, kdy se problémy objevuje, v jakých situacích, v čí přítomnosti, v čí přítomnosti nikoliv ap. Sepíšeme s pacientem seznam situací, v nichž se problém nejčastěji objevuje, a fak-

tory, které problém zhoršují, nebo naopak zmírňují (tzv. modulátory). Popis těchto vyvolávajících a modulujících faktorů musí být dostatečně podrobný – např. nestačí zjistit, že pacient má strach ze psů, ale je třeba zjistit, zda záleží na velikosti psa, na tom, zda je, či není na vodítku; jak je od pacienta vzdálen; na jeho chování atd. Podobně u agorafobie nestačí zjistit, že se pacientka bojí chodit sama po ulici, ale je třeba zjistit, zda jsou její potíže závislé na množství chodců; na tom, zda může potkat někoho známého; zda je venku sama, nebo s někým ap.

Další otázky se týkají následků problému. Ptáme se jak na bezprostřední následky: Co pacient udělal, aby problém zvládl? Co udělali druzí? Jak se měnily jeho emoce? Na co myslel? Jak se měnily jeho tělesné příznaky?, tak na dlouhodobější následky: Jak se problém promítá do pacientova každodenního života? V čem mu brání? Jak ovlivňuje hlavní oblasti jeho života – zaměstnání, manželství či jiné intimní vztahy, společenské vztahy a aktivity a jeho individuální záliby a koníčky? Čemu se pacient v důsledku svého problému vyhýbá? Co dříve dělal, ale nyní s tím kvůli svému problému přestal? Co je sice schopen dělat, ale s obtížemi?

Je v současné době pacient vystaven vnějšímu stresu? Pokud ano, jaká je jeho příčina; pokud ne, čím jiným je problém udržován?

Jaký má pacient postoj sám k sobě? Myslí si, že může svůj problém sám aktivně ovlivnit? Má dojem, že nad svým problémem nemá vůbec žádnou kontrolu?

Jak na jeho problémy reagují druzí? Jak si jeho problémy vysvětlují? Snaží se mu pomáhat, chránit, kritizují jej, nevšímají si jej?

Kdyby problém náhle zcela zmizel, jak by se změnil život pacienta? Co pozitivního by mu to přineslo? Mělo by to i nějaké negativní důsledky – více povinností, méně zájmu druhých, nutnost zabývat se jinými problémy?

## **B. Vznik a průběh současného problému**

Ptáme se: Co předcházelo objevení se problému? Kdy se problém poprvé objevil? Došlo tehdy k nějaké závažné události? Byl v té době pacient vystaven dlouhodobému stresu? Jak na vznik problému reagovali druzí lidé?

Jak se problém dále vyvíjel? Byly příznaky vždy stejné jako nyní, nebo se nějak měnily? Byla jejich intenzita stále stejná, kolísavá, nebo trvale narůstající? Za jakých podmínek se intenzita nebo kvalita příznaků měnila?

Bylo období, kdy problém zcela vymizel? Za jakých okolností?

Jak se pacient snažil svůj problém v minulosti zvládat? Co již vyzkoušel a s jakým výsledkem? Je něco, co mu aspoň trochu pomáhá? Co mu radili druzí?

Byl již kvůli tomuto problému v minulosti léčen? Pokud ano – jak a s jakými výsledky?

Pro přehlednost je velmi vhodné si průběh problému a možné ovlivňující faktory znázornit na časové ose, jejíž příklad je uveden na obr. 4.3.1.

## **C. Anamnéza a současná situace pacienta**

Tato část vyšetření se nejvíce podobá běžnému psychiatrickému vyšetření. Zaměřujeme se na zjištění faktorů, které pacienta predisponují ke vzniku současného

problému, a na poznání jeho současné životní situace. Základní informace můžeme získat pomocí dotazníku, např. Dotazníku životní historie (viz Přílohu), které podle potřeby v přímém rozhovoru doplníme.

### **Rodinná anamnéza:**

Měl v rodině někdo psychické problémy? Potíže s alkoholem? Spáchal někdo sebevraždu? Léčil se někdo na psychiatrii? Kdo, kolikrát, kdy a kvůli čemu? Jakou povahu měl jeho otec, jeho matka? Jaký vliv na něj měli v dětství? Jaká byla v rodině vzájemná atmosféra? Jak by popsal své sourozence? Jaké má vzpomínky z dětství?

### **Osobní anamnéza:**

Jaké nemoci prodělal? Operace? Úrazy? Kdy, s jakými následky?

Jakou měl v dětství a v dospívání povahu? Jak hodnotí svoji povahu nyní? Jak dokázal v dětství navazovat vztahy s vrstevníky? Měl nějaké přátele? Má nyní nějaké? Co rád dělal, když chodil do školy, co v pubertě? Měl nějakou představu o své budoucnosti – o své kariéře, svých vztazích, svých zálibách? Nakolik se mu splnila? Měl v životě nějaké období, kdy se cítil spokojený? Co mu tehdy skýtalo spokojenost? Jaké významné životní události ovlivnily jeho život nebo jeho postoje?

### **Školní historie, vzdělání a zaměstnání:**

Jak mu to šlo ve škole? Jak se cítil před kolektivem, jak před kantory?

Měl přátele? Jakou roli zaujímal ve třídě? Byly v tom nějaké významné změny? Kdy? Jak si je vysvětloval? Co přechody mezi školami a změny kolektivu?

Jaká zaměstnání dělal? Jak se mu líbila práce? Jak vycházel s autoritami? Jak se cítil v kolektivu? Důvody změny zaměstnání?

Jaká je současná pracovní situace pacienta? Kolik hodin denně pracuje? Kolik týdně? Jaké jsou jeho vztahy se spolupracovníky, s nadřízenými nebo podřízenými? Má v souvislosti s prací nějaké problémy? Jakou zátěž pro něj práce představuje? Jaká je závažnost příznaků v práci ve srovnání s jinými situacemi? Jaké konkrétní aspekty pracovní situace ovlivňují závažnost příznaků? Jak na příznaky reagují spolupracovníci?

### **Rodinná historie a historie sociálních vztahů:**

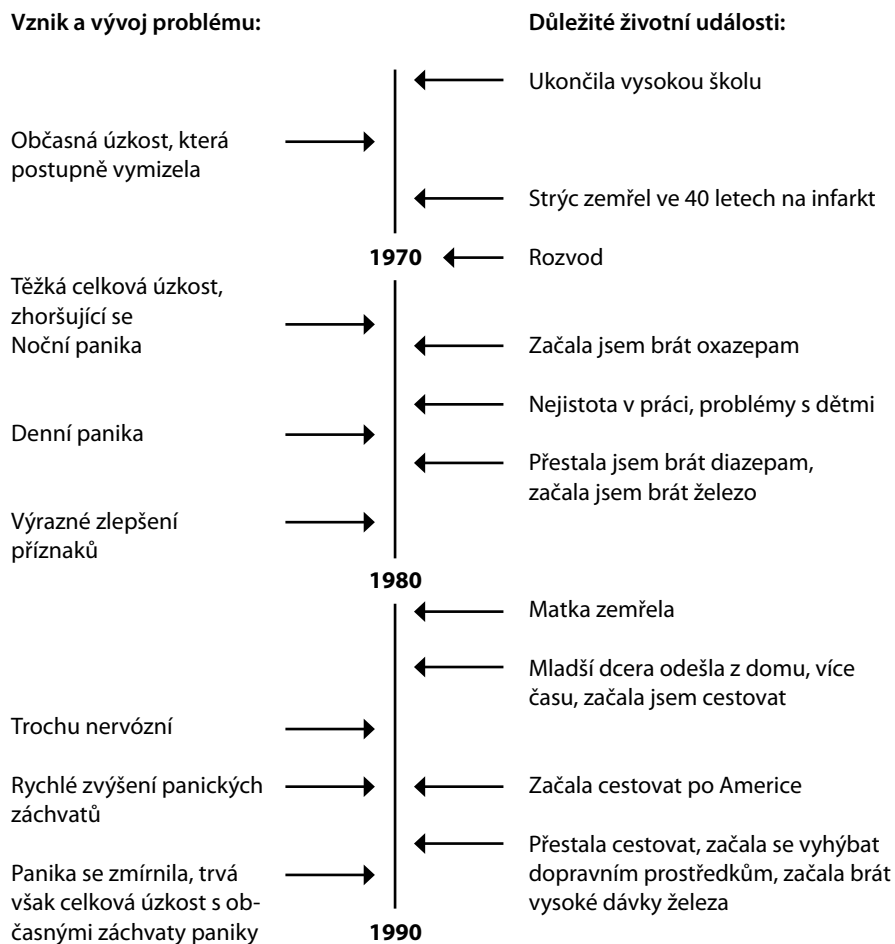
Měl v rodině někdo psychické problémy? Potíže s alkoholem? Spáchal někdo sebevraždu? Byl někdo podivínský?

Jak by popsal svoji matku, svého otce? Jak by je charakterizoval jako lidi? Jak byl jimi ovlivňován v dětství? Jak by popsal své sourozence?

Jaké má vzpomínky z dětství? Co rodina kritizovala? Co obdivovala? Jak by popsal krédo rodiny?

Jaký je současný vztah k členům rodiny? Jaký si myslí, že mají vztah ostatní k němu? Jak se to projevuje konkrétně?

Co dělal rád, když chodil do školy, co v pubertě, co než vstoupil do partnerského vztahu? Měl nějaké přátele? Má nyní nějaké? Jak se s nimi stýká?

**Obrázek 4.3.1** Časová osa, popisující historii problému pacientky s příznaky úzkosti

Jakou měl povahu v dětství, dospívání, jak hodnotí svojí povahu nyní? Co dělával ve volnu? O víkendech?

Jakou měl v dospívání představu – světlý sen – o své kariéře, o svých vztazích, o svých zálibách? Nakolik se mu/jí to splnilo?

Měl nějaké spokojené období v životě? Co tehdy skýtalo spokojenost?

Zažil nějaké vážné životní události, které podstatněji měnily jeho život nebo jeho postoje?

### ***Zájmy a koníčky:***

Co dělával dříve ve svém volném čase? Co dělává nyní? Jak často to dělá? Co dělá o víkendech? Po večerech?

Jaké zájmy a koníčky míval, než se objevily problémy, jak se to nyní změnilo? Měl nebo má nějaké společné záliby se svým partnerem?

### **Společenské aktivity:**

Kdo jsou důležité osoby pacientova života? Partner, rodiče, příbuzní, přátelé, spolupracovníci? Jaký má s nimi vztah? Co mu v tom vyhovuje a co nikoliv? Jak by si to ideálně představoval?

Jak často se s těmito osobami stýká? Jak často je navštěvuje nebo oni navštěvují jeho? Jak spolu tráví čas, kam spolu chodí?

Jak často si s partnerem vyjde do společnosti?

Změnil se nyní nějak jeho společenský život? Jak?

### **Nezávislost:**

Co dělá pacient sám, nezávisle na blízkých osobách? Vyjmenuje jednotlivé aktivity a jejich frekvenci. Co dělá sám pacientův partner? Jak se cítí, když je oddělený od blízkých osob?

### **Partnerský vztah:**

Jak v současné době vnímá partnerský vztah? Je zde něco, co by chtěl, aby se změnilo? Co by se mohlo změnit na partnerovi, co na něm? Požádat o konkrétnost.

Je něco, co partner dělá příliš často, příliš málo, vůbec ne, špatně?

Ví, v čem by si jeho partner přál, aby se změnil? Ví, co by měl dělat, aby se manželství zlepšilo? V čem se s partnerem neshodne/kvůli čemu se hádají? Co mu na těchto věcech vadí? Co dělá partner, když vidí, že se necítí dobře? Jak na to reaguje?

### **Sexuální vztahy:**

Je spokojen se sexuálním vztahem? Pokud ne, proč? Jak často sexuální styk probíhá? Za jakých okolností? Jak dlouho trvá předehra? Jak vypadá?

Vyhovuje to jemu/partnerovi? Čemu by dal přednost? Dojde-li ke koitu, za jak dlouho, jak dlouho trvá, dosahuje partnerka orgasmu?

Má sexuální fantazie, pokud ano, o čem?

Onanoval dříve nebo nyní? Co si o onanii myslí?

V čem by se sexuální život mohl zlepšit?

### **Plány do budoucna:**

Co by si přál, aby se stalo v budoucnu? Co by se stalo, kdyby potíže neměl? Co by dělal? Jak by se změnil život doma, v práci, trávení volného času? V čem by hledal osobní naplnění? Vedl by takový styl života k uspokojení jeho potřeb? Řešil by nedostatky, které nyní vnímá?

Co by rád dělal a současné problémy mu v tom brání? Co by šlo dělat v blízké době?

### **Terapeutické zisky:**

Co očekává od léčby? Požádat o konkrétnost – co to pro něj znamená „být zdrav“ v chování, aktivitách, trávení volného času, práci, doma?

Čím sám může k terapii přispět? Čeho se v terapii obává?

Rozhovor s partnerem či příbuznými může probíhat podle podobného schématu. Jak vidí problémy pacienta? V čem vidí jejich příčinu a co je udržuje? Jak si myslí, že by mohli pomoci pacientovi překonat jeho problémy? Získejte informace o sociálních aktivitách a zájmech, o manželském vztahu. Tento rozhovor může objasnit osobní problémy partnera či příbuzných, které ovlivňují problémy pacienta a mohou ovlivňovat terapeutický program.

## 4.4 Měření

Měření hraje v kognitivně behaviorálním vyšetření a léčení zásadní úlohu a je možno je použít při různých způsobech vyšetření. Základním rysem KBT přístupu je experimentální přístup k řešení problémů jednotlivých pacientů; to znamená, že na základě formulace problému vytvoříme hypotézu, že určitá terapeutická intervence bude v tomto případě účinná a pak tento předpoklad empiricky ověřujeme. Účinnost terapie přitom hodnotíme na základě měření a hodnocení příznaků a závažnosti problémů pomocí položek dotazníků nebo posuzovacích stupnic, které tedy tvoří nedílnou součást KBT. Pro většinu klinických problémů máme k dispozici standardní měření, ale občas je potřeba k nalezení individuálních parametrů, které by odrážely vhodně pacientův problém, určité vynalézavosti a zkušenosti.

Provádění měření má následující výhody:

- Zpětné hodnocení frekvence či intenzity určitého příznaku a chování pacientem je notoricky nespolehlivé (Barlow, Hayes a Nelson, 1984). Přímé záznamy umožňují přesnější popis problému, pokud jde o jeho frekvenci, trvání, intenzitu ap.
- Pravidelné měření také umožňuje terapeutovi a pacientovi, aby zůstali zaměřeni na dohodnutých cílech léčení (Kirk, 1989).
- Měření v průběhu sezení, stejně jako mezi sezeními, umožňují pacientovi i terapeutovi modifikovat léčbu, pokud je to potřeba.
- Samotné měření může mít i terapeutický efekt, neboť pacienti si často dosažené změny neuvědomují a mají sklon k černobílému myšlení: když něco nezvládli dokonale, mají dojem, že to nezvládli vůbec. Hodnocením intenzity, frekvence a trvání svých příznaků na dohodnutých škálách se pacienti učí své prožitky jemněji rozlišovat a dokáží lépe ocenit dosažený pokrok (např. když pacientka s obsedantně kompulzivní poruchou dokáže omezit nutkavé umývání rukou ze 4 na 2 hodiny denně) (Možný a Praško, 1999).
- Měření také může umožnit terapeutovi zjistit, zda strategie probíhají tak, jak byly naplánovány. Proto je také důležité se věnovat zevrubně probírání domácích cvičení.
- Měření může mít i terapeutický efekt, neboť pacientovi poskytuje pravidelné a přesné informace o dosaženém zlepšení.
- Měření může vést k sebe-posílení, zejména potřebnému u pacientů s nízkou sebejistotou a sebevědomím, kteří dokáží jen málo ocenit svůj pokrok.

## 4.4.1 Sebesledování

Zavedení sebesledování hned od počátku terapie zdůrazňuje důležitost samostatnosti a spolupráce pacienta při tomto typu terapie. Téměř bez výjimky se užívá jak ve fázi úvodního vyšetření, tak ke sledování probíhajících změn. Sebesledování lze uplatnit u širokého okruhu zjevných i skrytých problémů. Barlow a kol. (1984) poukázal na to, že při sebesledování lze rozlišit dvě fáze: v první si má jedinec *všimnout* určitého jednání, myšlenky nebo emoce; a ve druhé to musí *zaznamenat*. Na tyto fáze je třeba pamatovat, když se sebesledováním začínáme a máme zájem na získání přesných výsledků.

### Přesnost sebesledování

Pokud chceme, aby sebesledování bylo co nejpřesnější, je třeba se řídit některými pravidly:

- požadovat pouze potřebné a smysluplné informace a
- nepřetěžovat pacienta,
- zdůraznit význam sebesledování s tím, že v dalším sezení se budeme těmito údaji zabývat,
- získat od pacienta výslovný souhlas s tím, že bude sebesledování provádět, nejen to mlčky předpokládat.

Přesnost měření se zvyšuje, když pacient ví, že tato přesnost bude ověřována. To může být v klinických podmínkách obtížné, ale někdy je možné, aby sledované jevy občas sledoval i někdo jiný; např. čas strávený rituálním umýváním rukou může kromě pacienta měřit občas i příbuzný.

### Jak provádět sebesledování

Způsob sebesledování by měl odpovídat tomu, co chceme zjistit (relevance), měl by skutečně měřit to, co měřit chceme (validita), a měl by poskytovat odpovídající obraz skutečnosti (reliabilita). Existují různé způsoby, jak zvýšit relevanci, validitu a reliabilitu měření.

#### *Konkrétní, jasně definované cíle měření*

To, co měříme, by mělo být definována tak, aby se různí pozorovatelé dokázali shodnout v tom, jak to vidí. Všeobecně platí, že v instrukci **co** zaznamenávat bychom měli požadovat informace o **frekvenci**, **intenzitě** a **trvání** sledovaného problému.

#### *Pomůcky k provádění záznamů*

Je vhodné, když terapeut může pacientovi poskytnout formulář nebo záznamové zařízení, které mu usnadní vedení záznamů. Pacienti se obvykle musí nejprve naučit, jak vést záznamy. Musí jim být jasné, co a jak zaznamenávat. Toho nejlépe dosáhneme, když poskytneme příklad a nacvičíme způsob zaznamenávání v sezení.



*Měření má být smysluplné a citlivé*

Nemá cenu měřit věci, které jasně nesouvisí s problémy a cíli, na kterých jsme se s pacientem dohodli. Samotnému pacientovi musí být jasné, že sleduje něco, co pro něj má význam a může sledovat, jak se to mění. Dále by sledování mělo být dost citlivé na to, aby vůbec zachycovalo nějakou změnu.

*Jednoduchost měření*

U většiny problémů obvykle provádíme opakovaná měření a nemůžeme pacienta bombardovat žádostmi o mnoho informací. Trvá to nějakou dobu, než se člověk naučí vést záznamy, a je lepší, když jsou jednoduché, zvláště na počátku léčení.

*Časování měření*

Záznam by měl být učiněn co nejdříve poté, co došlo k určité události (chování, myšlenka či pocit). Pokud si pacient shromažďuje příklady a pak je zaznamená všechny najednou na konci dne, pak některé příklady zapomene a jiné budou zkreslené. To platí zvláště u pacientů depresivních, s nízkým sebevědomím a úzkostných, kteří si mají zaznamenávat příklady svých úspěchů nebo zvládnutí problému. Proto je důležité, aby bylo možno prostředky k záznamům nosit s sebou a hned používat – například sešit.

**Typy informací zaznamenávaných při sebesledování**

Je možné sledovat celou řadu údajů. Příklady u jednotlivých psychických poruch budou uvedeny v následujících kapitolách. Zde uvedeme obecný popis.

*Sledování frekvence*

Pokud najdeme vhodný a smysluplný aspekt problému, který je možno počítat, pak toto měření poskytuje nejpřesnější informaci. Je možno je široce uplatnit a stojí za to najít určité aspekty problému, které lze počítat; počet záchvatů paniky, počet hádek s partnerem, počet zlostných výbuchů na dceru, počet návratů domů ke kontrole dveří ap. Tyto údaje je možno zaznamenávat do deníků, nebo formou čárek na kartičky.

*Trvání problému*

Někdy je přiměřenější měřit dobu trvání určité události nebo chování. Příkladem jsou: doba, kterou stráví agorafobická žena mimo domov; čas strávený umýváním rukou; čas strávený studiem; jak dlouho pacientovi trvalo, než se zklidnil po epizodě hlubokého dýchání.

*Sebe-hodnocení*

Používáme, když potřebujeme informace o subjektivním či emočním stavu pacienta, a často jím doplňujeme údaje o frekvenci a trvání. Jsou méně spolehlivá a „orientační body“ se mohou měnit s tím, jak se pacient zlepšuje, pokud nevěnujeme velmi pečlivou pozornost popisu, jaký má která hodnota na stupnici vý-

znam. Např. význam označení „Mírně nepříjemný“ na pětibodové škále od „vůbec“ až po „maximálně“ nepříjemný se může měnit, když má pacient postupně stále méně často silně nepříjemné zážitky.

### *Deníky*

Obsahují zpravidla záznam frekvence, trvání a sebehodnocení. Kromě toho mívají ještě informace o okolnostech, za nichž sledovaná událost nastala. Je velice důležité přesně specifikovat, jaké informace požadujeme; jinak může být zaznamenáno takové množství informací, v kterém se nelze vyznat.

### **Vliv sebesledování**

Často se stává, že když si pacient začne určité jevy zaznamenávat, jejich frekvence se změní (Barlow a kol., 1984). Tento fenomén se nazývá *vliv sebesledování* a objevuje se, ať je sledování přesné, nebo ne. Tento vliv vzniká tím, že sledováním přerušíme automatický řetězec chování a člověk se pak může rozhodnout, zda v něm bude pokračovat. Klinicky je to výhodné, protože změny jsou téměř vždy terapeutické. Problematictější ovšem je, když chceme tyto údaje proto, abychom si určili např. výchozí stav před počátkem terapie.

Souhrnně řečeno, sebesledování má v kognitivně behaviorálním vyšetření a léčbě centrální roli. Když pacient sebesledování navzdory dostatečné péči při jeho přípravě a vysvětlení neprovádí, pak je třeba se tím zabývat jako každou jinou formou nespolupráce.

## **4.4.2 Sebeuposuzovací dotazníky**

Za sebeuposouzení považujeme retrospektivní a obecnější údaje, než je tomu u sebesledování. Nejčastější zdrojem sebeuposouzení jsou dotazníky, které mají tu výhodu, že výsledky pacienta je možno porovnat s normou. Dotazníky, podobně jako posuzovací stupnice, pomáhají zkvalitnit hodnocení stavu a jeho změny v průběhu terapie. Na druhé straně zvažte vždy zátěž nemocného vyplňováním dotazníků. Je svým způsobem neetické zjišťovat informace, které nejsou pro terapii nutné a nelze je přímo použít. Např. časté používání inteligenčních testů nebo projektivních metod spíše ukáží potřebu terapeuta, než že by pomáhalo vnést do léčby nějaký nový postup nebo umožňovalo lépe zacílit na problém.

Hlavní výhodou dotazníkových metod je možnost standardně měřitelným způsobem kvantifikovat výchozí stav nemocného a změnu v terapii. Měření poskytuje pacientovi, terapeutovi i supervizorovi kvalitní zpětnou vazbu o úspěšnosti či neúspěšnosti jednotlivých intervencí i terapie jako celku.

Smysl má ovšem používat pouze takové dotazníky, které mají prokázanou psychometrickou kvalitu.

Úvodní měření umožní pacientovi vytvořit si představu, jak asi bude terapie vypadat, tvoří článek mezi vyšetřením a vlastním léčením. Když pacient chápe smysl měření, dokáže i objektivněji posoudit vlastní chování.

Sebeposuzovací dotazníky vyplňuje pacient sám poté, co jej informujeme o důvodech, proč po něm vyplnění dotazníku chceme, a o způsobu vyplňování. Významně doplňují naše informace o pacientovi. Plně se však na ně spoléhat nemůžeme, protože v řadě odpovědí se může pacient z různých důvodů stylizovat. Dotazníky používají různého způsobu skórování. Ten je důležitý pro pacienta při opakovaném srovnávání – může zjistit, zda podle jeho subjektivního dojmu dochází ke změně v jednotlivých konkrétních oblastech.

Minimální frekvence použití zvoleného dotazníku je nejméně jednou před léčbou, alespoň jedenkrát v průběhu léčby a nejméně jednou po jejím ukončení. Jako standard bývá uváděno katamnstické vyšetření po jednom, třech, šesti a dvanácti měsících po ukončení léčby.

### **Některé zásady při zadávání dotazníků:**

- Pročtete spolu s pacientem úvodní pokyny a zjistíte, zda doopravdy všemu rozumí. Pokud ne, uveďte příklady a pokuste se zadání vysvětlit znovu.
- Je dobré vyplnit sebeposuzující dotazníky společně s pacienty. Získáte více informací a přesnější hodnocení. Spotřebujete však více času.
- Dotazník zadávejte vždy stejným způsobem, se stejným vysvětlením u každého pacienta a v každém sezení. Hodnocení provádějte vždy v tutéž dobu (nejlépe na počátku) sezení, abyste se vyhnuli tendenci skórovat níže na konci úspěšného sezení.

Dále uvádíme některé důležité údaje o dotaznících. Zadání několika dotazníků je v příloze.

### **Dotazník životní historie**

Jedná se o anamnestický dotazník, který používáme na počátku léčby. Požádáme nemocného, aby nám tento dotazník vyplnil k získání úplnějšího obrazu o jeho potížích a životní situaci. S jeho vyplňováním většinou nemají nemocní potíže. Má podobnou strukturu jako samotné vyšetření na počátku léčby.

### **Životní přizpůsobení**

Vyplňují pacient a terapeut nezávisle na sobě. Pacient na stupnici 0–8 udává, do jaké míry narušují jeho problémy jeho život v jednotlivých oblastech. Dotazník je rozdělen na 4 hlavní oblasti životního přizpůsobení:

1. Práce: „Mé problémy narušují moji schopnost pracovat.“
2. Domácí práce: úklid, mytí, nakupování, vaření, péče o děti, placení účtů.
3. Sociální vztahy s jinými: návštěvy přátel, večírky, chození na zábavy, schůzky, hospoda.
4. Soukromé záliby a koníčky provozované o samotě: četba, zahradničení, sbírání známek, procházky, šití, pletení ap.)

**Tabulka 4.4.1:** Základní sebeposuzovací dotazníky

| HODNOCENÁ ČÁST    |                  | NÁZEV DOTAZNÍKU                                           |
|-------------------|------------------|-----------------------------------------------------------|
| Anamnéza          |                  | Dotazník životní historie                                 |
| Přízpůsobení      |                  | Životní přízpůsobení, Sheehanova stupnice narušení života |
| Příznaky poruch   |                  |                                                           |
|                   | všeobecný        | SCL-90 / Profil problémů                                  |
|                   |                  | Dotazník sociálního chování                               |
|                   | deprese          | Beckův depresivní inventář (BDI)                          |
|                   | úzkostné poruchy | Beckův úzkostný inventář (BAI)                            |
|                   |                  | Sheehanova stupnice úzkosti                               |
|                   | sociální fobie   | Dotazník sociálních situací                               |
|                   |                  | Liebowitzova stupnice sociální úzkosti                    |
|                   |                  | Škála sociální úzkosti                                    |
|                   | fobie            | Dotazník strachů                                          |
|                   |                  | Dotazník vyhýbavého chování                               |
|                   | agorafobie       | Dotazník mobility u agorafobie                            |
|                   | sexualita        | Obvyklé sexuální aktivity                                 |
|                   | partnerství      | Škála manželské spokojenosti                              |
| Komunikace        |                  | Dotazník asertivity                                       |
| Příjemné aktivity |                  | Lewinsohnův seznam příjemných aktivit                     |

### Profil problému

Profil problémů je tvořen dotazníkem o 105 položkách, v němž činí maximální dosažitelné skóre 402 bodů. Tyto položky pokrývají následující problémové oblasti (Nath, 1993):

|                         |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| 1. Somatické potíže     | maximální skóre ..... 48 |
| 2. Obsese a kompulze    | maximální skóre ..... 40 |
| 3. Vztahy k lidem       | maximální skóre ..... 36 |
| 4. Deprese              | maximální skóre ..... 52 |
| 5. Úzkost               | maximální skóre ..... 40 |
| 6. Zlost/nepřátelství   | maximální skóre ..... 24 |
| 7. Fobická úzkost       | maximální skóre ..... 28 |
| 8. Paranoidní představy | maximální skóre ..... 24 |
| 9. Psychoticismus       | maximální skóre ..... 40 |
| 10. Sexuální problémy   | maximální skóre ..... 36 |
| 11. Manželské problémy  | maximální skóre ..... 36 |
| 12. Dodatkové škály     | maximální skóre ..... 28 |

### Beckův depresivní inventář (BDI)

Beckův depresivní inventář je 21položkový sebesposuzovací dotazník, určený k zjištění míry deprese. Umožňuje rychlé zhodnocení celkové symptomatologie a je možno nechat jej pacientovi vyplnit rutinně před každým sezením. Pacient u každé položky zakroužkuje číslo, které nejvíce odpovídá jeho současným pocitům a myšlenkám. Lze ho vyplňovat i dvakrát denně, aby bylo možné sledovat denní výkyvy. Vesměs se však používá jednou týdně k hodnocení změny celkového skóru deprese v čase.

Hodnocení:

- 0–10 normální nálada
- 10–20 mírná deprese
- 20–40 střední deprese
- 40–60 silná deprese

U pacientů, kteří mají skóre vyšší než 40, je nepravděpodobné, že bude účinná pouze psychoterapie – jsou zde plně indikována antidepresiva.

### Dotazník strachů

Je to krátký dotazník obsahující 23 položek. Je rozdělen do 3 oblastí:

#### 1. Dotazník strachů:

- a) Ag – stupnice agorafobie maximální skóre 40
- b) K.Z. – stupnice krve a zranění maximální skóre 40
- c) Soc. – sociální stupnice maximální skóre 40

#### 2. Všeobecná úzkost a deprese:

- Zjišťuje, jak moc dané příznaky nemocného trápí maximální skóre 40

#### 3. Globální fobie

- Všeobecná hodnotící stupnice maximální skóre 8

### Dotazník vyhýbavého chování

Je to rovněž krátký, jednoduchý dotazník, který obsahuje seznam 26 běžných míst a situací, kterým se vyhýbají nemocní s fobií. Pacient na jednoduché stupnici 1–5 hodnotí frekvenci vyhýbavého chování, pokud je situaci vystaven.

### Dotazník asertivity

Jde o krátký dotazník obsahující 20 výroků, které popisují reakce v různých situacích. Je odvozen z Rathusovy stupnice asertivity. Pacient hodnotí na stupnici –3 až +3 podle toho, nakolik se s výrokem ztotožňuje. Celkové skóre získáme sečtením všech plusových a minusových skóre, přičemž minusové odčítáme od plusových (maximum je +60, minimum –60).

### Dotazník mobility u agorafobie

Dotazník uvádí soupis 26 běžných situací a míst a pacient vyznačuje, kterým z nich se vyhýbá a do jaké míry (na stupnici 1 – nikdy se nevyhýbám, až 5 – vždy

se vyhnu). Tento dotazník pomáhá hlavně k určení agorafobických situací, jeho celkové skóre nemá význam měření.

### **Škála sociální úzkosti**

Nemocný na stupnici 0–8 hodnotí míru strachu a vyhýbání se v 53 společenských situacích nebo činnostech. Může velmi pomoci při stanovení cílů pro nácvik sociálních dovedností a asertivity.

### **Dotazník sociálních situací**

Podobně jako předešlý dotazník je tento dotazník zaměřen na společenské situace. Obsahuje 30 položek: jde vesměs o jednoduché sociální situace. Na dvou stupnicích 0–4 pacient hodnotí, jak moc nepříjemně se v uvedené situaci cítí, a ve druhém sloupci, jak často se v této situaci ocitl minulý týden.

### **Dotazník sociálního chování**

Poskytuje údaje o tom, jak se pacient obvykle chová ve společenských situacích. Dotazník předkládá nemocnému celkem 32 sociálních situací a ptá se na frekvenci nebo intenzitu definovaného chování v těchto situacích. Sestává ze čtyř částí:

- a) Frekvence sociálních činností
- b) Potíže v komunikaci
- c) Sociální úzkost
- d) Sebejistota

### **Škála manželské spokojenosti**

Krátká stupnice, zabývající se spokojeností v 10 oblastech manželského nebo partnerského života. Pacient si má při jejím vyplňování položit otázku: *„Jestliže se můj partner (moje partnerka) bude chovat i nadále stále stejně, pokud jde o tuto oblast našeho manželství, jak s tím budu spokojen(a)?“*

### **Obvyklé sexuální aktivity**

Velmi stručný dotazník, hodnotící na stupnici 0–8 tři oblasti sexuálního života:

- 1. frekvenci pohlavního styku
- 2. frekvenci sexuálního mazlení
- 3. míru potěšení při sexuálních činnostech

### **Lewinsohnův seznam příjemných aktivit**

Je to dlouhý seznam 325 potenciálně příjemných aktivit (Lewinsohn, 1976). Pacient si v prvním kole zaznamenává, kolik z těchto příjemných aktivit zažil v posledních 30 dnech. Po vypočtení celkového skóre frekvence příjemných aktivit probírá seznam znovu a zaznamenává, jak příjemná nebo potěšující byla každá z aktivit, které zažil, nebo by byla příjemná aktivita, kterou by mohl potenciálně zažít. Vypočítává pak své průměrné skóre příjemnosti a nakonec násobek obou skóre. Seznam může sehrát i důležitou terapeutickou úlohu – pacienti si uvědomují mož-

nosti příjemných aktivit, vybírají takové, které si mohou naplánovat, a hodnotí, nakolik je v plánovaném čase vyplnili. Zadáni dotazníku viz Praško a Prašková: Co dělat s velkým vnitřním kritikem (1995).

### 4.4.3 Informace od druhých osob

Lidé, kteří pacienta dobře znají, mohou terapeutovi poskytnout informace formou rozhovoru, mohou sledovat výskyt událostí v reálných situacích nebo mohou poskytnout konkrétní informace o pacientově minulosti. Nejčastěji se přitom jedná o příbuzné, partnery, jiného terapeuta, další osoby blízké pacientovi, ale také o ošetřující personál, který se o pacienta stará.

#### Rozhovor s blízkými osobami

Cíle rozhovoru s blízkými lidmi jsou stejné, jako ty, které sledujeme při rozhovoru s pacientem. Jde tedy o to, vytvořit a předložit formulaci problému; poučit příbuzné nebo jiné osoby o povaze problému a o psychologickém způsobu jeho léčby a, pokud je to potřeba, zapojit je do léčby. Konkrétně je potřeba během rozhovoru zjistit, jaký dopad má problém na tohoto člověka; jaký má na problém názor; jak na problém reaguje nebo jak se s ním vyrovnává. Můžeme také získat cenné informace o vyhybavém chování, o němž se sám pacient nezmínil. Tato část vyšetření může být někdy delší než rozhovor se samotným pacientem, zvláště pokud je problémové chování více nepříjemné jiným než pacientovi. Např. manžel ženy s panickými atakami byl přesvědčen, že jeho žena je šílená a že hlavním cílem léčby je skrýt tento nepříjemný fakt před ní samotnou co nejdéle. Toto přesvědčení manžela vyšlo najevo až po dlouhém rozhovoru, v němž terapeut probíral jeho pesimistické názory na možnost úspěšného léčení.

Je důležité se zeptat, zda si příbuzný či jiná osoba přeje, aby terapeut některé informace uchoval pro sebe (a na totéž se zeptat i pacienta před rozhovorem s druhou osobou). Pokud ano, pak je vhodné prodiskutovat, zda tento požadavek nevychází z mylných obav a přesvědčení.

#### Sledování druhými osobami

Sledování druhými lidmi je možné využít ke zvýšení přesnosti sebesledování. Může nám také poskytnout specifické informace o dopadu pacientových problémů na druhé. To platí hlavně v situacích, kdy jsou druzí lidé na problému výrazně účastni; např. matka, která uklidňuje hypochondrického syna, nebo u problémů ve vztahu (včetně vztahů s dětmi). Obecné principy, jak získat přesné údaje, jsou tytéž jako u údajů získaných sebesledováním a je třeba je stejně podrobně a pečlivě probrat.

### 4.4.4 Přímé pozorování chování

Přímé pozorování chování nám může poskytnout velmi cenné informace. Např. pacient sice při rozhovoru obecně vylicí své rituály při zavírání dveří, ale není schopen poskytnout jejich podrobný popis.

### **Pozorování přirozeně se vyskytujícího chování**

Pokud se sledované chování objeví v přítomnosti terapeuta, pak je lze v této situaci změřit za předpokladu, že lze tuto situaci standardizovat. Měření se může týkat frekvence, trvání i hodnocení závažnosti. Např. u pacienta, který si stěžoval na nutkavé výkřiky, může terapeut sečíst jejich množství během sezení. V těchto případech je třeba, aby sezení mělo vždy stejnou délku nebo je převést na určitou konstantní dobu. U depresivního pacienta se na škálách sebekritiky a smutné nálady hodnotila jeho odpověď na otázku „Jak se vám tento týden vedlo?“. Dalším příkladem vhodného hodnocení bylo terapeutovo sledování délky pohledu z očí do očí u sociálně staženého pacienta během každého sezení, přičemž k tomu používal vizuální analogovou škálu. Pokud se sledované chování během sezení spontánně nevyskytuje, pak je možno situaci přizpůsobit tak, aby je terapeut mohl přímo sledovat. K tomu se využívá hraní rolí a behaviorálních testů.

### **Hraní rolí**

Pokud se problém týká jednání s jinými lidmi, pak je možné jej přímo sledovat během scénky s pomocným hercem. Tyto scénky můžeme hrát před i po léčbě a zhodnotit dosaženou změnu. Je-li to možné, pak by scénka měla být natočena na videozáznam a pak hodnocena nezávislými pozorovateli pomocí vhodných škál; této metody bylo použito k hodnocení účinnosti nácviku sociálních dovedností (Trowe et al., 1978). V jiné studii byly páry s manželskými problémy požádány, aby prodiskutovaly určité problematické téma, a jejich vzájemné chování bylo zaznamenáno na video a následně zhodnoceno na škálách.

Nelze však předpokládat vysokou korelaci mezi vystupováním během hraní rolí a chováním v běžných denních situacích. Vystoupení ve scénce je velmi ovlivnitelné situačními proměnnými; např. asertivita může velmi kolísat podle toho, zda o něco požádá dobrý přítel, nebo náhodný známý, a zda svou žádost zdůvodní, či nikoliv. I když hodnotíme změny během léčby na základě hodnocení scének, nesmíme léčbu zaměřit speciálně na nácvik těchto scének. Nemohli bychom totiž určit, zda se zlepšení ve scénkách přeneslo i do jiných oblastí, než je zvládnutí těchto úzce ohraničených úkolů.

### **Behaviorální testy**

Umožňují přímé pozorování nejrůznějších typů problémového chování a v následujících kapitolách je uvedena řada příkladů; např. test vyhybavého chování u fobií nebo behaviorální test u obsedantních pacientů. Hodnoty získané sledováním těchto testů mohou zahrnovat jak specifické objektivní měření (např. doba strávená v přítomnosti fobického objektu), tak měření hodnocená pacientem a terapeutem. Příkladem je behaviorální test s pacientem s písáskou křečí, který dostal za úkol napsat standardní text; hodnotila se doba, kterou k tomu potřeboval a počet dokončených slov, pacient zároveň hodnotil intenzitu nepříjemných pocitů a terapeut hodnotil uvolněnost držení pera.



## 4.4.5 Vedlejší produkty chování

Při měření vedlejších produktů chování jde o nepřímé měření, které se nezaměřuje na samotné problémové chování. Jeho výhodou je, že je objektivní a relativně nezkrácený pozorovatelem. Běžným příkladem je tělesná hmotnost jako produkt jedení, jejíž sledování se užívá u pacientů s poruchami příjmu potravy. Dalším příkladem může být množství peněz, které utratí za jídlo pacientka se záchvaty přejídání, množství mýdla, které spotřebuje za týden pacient s obsedantním umýváním, a počet vytržených vlasů u pacienta s trichotillomanií.

## 4.4.6 Fyziologická měření

Fyziologické procesy je možno sledovat nepřímo; např. pacient může sledovat, jak často jej bolí hlava, nebo sociálně fobický pacient může sledovat rychlost svého dechu ve společnosti druhých. I když existuje velké množství literatury o měření fyziologických funkcí, jejich využití v klinické praxi je omezené cenou a dostupností potřebných přístrojů. Psychofyziologické změny ovšem mohou předcházet jiným změnám, např. změnám subjektivních pocitů nebo chování, a k dispozici je stále více levných přístrojů. Příklady jejich použití jsou uvedeny v následujících kapitolách, zvláště u převážně somatických problémů.

## 4.5 Behaviorální analýza

Po provedení vyšetření, kdy již o problému máme více informací, se snažíme tyto informace uspořádat a analyzovat problém v termínech A-B-C modelu (v orig. A = Antecedents; B = Behavior a Beliefs, C = Consequences). Každý z těchto faktorů může vést k zesílení nebo zeslabení problému. Je důležité zjistit, které faktory mají na problém modulující vliv a zda a jaké vyvíjivé chování je s problémem spojeno. V behaviorální analýze tedy zkoumáme sekvenci A-B-C:

A = antecedents – co předchází problémovému chování, čím je toto chování vyvoláváno.

B = problémové chování, které má 4 složky:

- tělesné reakce,
- myšlení,
- emoce,
- zjevné chování.

C = následky (to, co udržuje toto chování) – krátko- i dlouhodobé.

Behaviorální analýza tedy sleduje tři základní funkce:

1. popsat jasně konkrétní problémové chování (B),
2. určit, čím je toto problémové chování (zjevné chování, myšlení, emoce a tělesné reakce) vyvoláváno (A),
3. určit, jaké důsledky problémové chování udržují (C).

## 4.5.1 Popis problémového chování pacienta

Problém potřebujeme jasně popsat v kognitivně behaviorálních termínech. Společně s pacientem si ujasníme, co se v problémové situaci děje. Potřebujeme být v první řadě schopni říci **co to je?** Jak vypadá zjevné chování (to, co je vidět, slyšet, cítit i zvonět), jaké myšlenky a představy se objevují (v behaviorálním pojetí tzv. skryté chování: co si pacient říká, jak situaci hodnotí, jak hodnotí sám sebe, svět, co si představuje, že se děje nebo stane), jaké má přitom pocity a emoce a jaké se objevují v dané situaci tělesné reakce.

### Jak získat podrobný popis současného stavu problému (B)

Nejdříve můžeme pacienta požádat, aby nám popsal poslední případ, kdy se problém objevil. Tak se dozvíme více než z obecného popisu. Pokud pacient neumí poslední událost dostatečně popsat, můžeme ho požádat, aby zavřel oči a představil si situaci jako film. Popis problému by měl zahrnovat i vnitřní procesy, jako jsou myšlenky, pocity a tělesné příznaky, stejně jako zjevné chování. Kirk (1989) popisuje pacienta, který přišel kvůli obavám, že mu špatně funguje trávení. Terapeut ho požádal:

**Terapeut:** Projděme si to podrobněji. Říkáte, že máte obavy jít na záchod. Kdy naposledy vás tyto obavy trápily?

**Pacient:** Dnes ráno, před snídaní.

**Terapeut:** Můžete mi to vyličit, abych věděl, co se stalo, jak jste se cítil, na co jste myslel a tak dál? Co se stalo nejdříve?"

Pomoci může, když pacienta nejdříve necháme volně několik minut mluvit a pak mu položíme upřesňující otázky. Ty nám umožní udělat si konkrétnější obrázek o tom, co se dělo a v jakém pořadí se vše odehrávalo. Pacient v uvedeném příkladu se zaměřil na to, jak se cítil, aniž popsal co dělal, takže se jej terapeut zeptal na tento aspekt situace. Pacient odpověděl:

**Pacient:** Cítil jsem se hrozně. V takovém okamžiku nemůžu myslet na nic jiného a jsem celý rozrušený. Cítím napětí ve svalech, potím se a je mi horko, mám takové vnitřní chvění a svírání v žaludku. Ale vím, že kdybych šel na záchod, že bych ztuhl a nebyl schopen nic udělat."

**Terapeut:** Říkáte, že jste cítil napětí, potil jste se, bylo vám horko a tak dál. Měl jste dnes ráno ještě nějaké další pocity v těle?

**Pacient:** Někdy mám takový pocit lehkosti v hlavě, ale vím, že neomdlím.

**Terapeut:** A co jste dnes ráno dělal, když jste se takto cítil?

**Pacient:** No, přecházel jsem po svém pokoji, ale neodvažoval jsem se vyjít ven, ani do kuchyně, abych někoho nepotkal a on se mě nezeptal, co mi je.

**Terapeut:** Bylo by vám nepříjemné, kdyby se vás někdo zeptal, co vám je?

**Pacient:** Ano, bylo by to hrozně trapné. Přece jim to těžko můžu říct, ne?

**Terapeut:** Chápu, že je to pro vás obtížné. Jak dlouho jste zůstal ve svém pokoji, než jste se cítil trochu klidnější, než se vám ulevilo?"

Pacient: Asi dvacet minut, pak už jsem mohl vyjít z místnosti.

Terapeut: A co jste dělal pak?

Pozornost se pak zaměří na širší popis problému, přičemž terapeut neustále zjišťuje spíše konkrétní podrobnosti než obecné údaje. U každého problému je třeba, aby terapeut věděl: co představuje problém (kde, kdy, jak často a v čí přítomnosti se objevuje); jak moc pacienta trápí; jak moc mu narušuje život.

Terapeut: Co vás trápí? S čím za mnou přicházíte?

Pacient: Chytá mě z ničeho nic takový strašný strach, cítím se divně, jako bych to ani nebyla já. Bojím se, že se zblázním. Nevím, jestli nemám schizofrenii.

Terapeut: Kdy se vám to naposledy stalo?

Pacient: Včera v noci. Náhle jsem se probudila, asi kolem 2. hodiny ráno a špatně se mi dýchalo. Musela jsem rychle dýchat, protože jsem měla strach, že se udusím. Měla jsem taky křeče, tady v prstech a kolem rtů.

Terapeut: Jak dlouho ten záchvat strachu trval?

Pacient: Asi necelou hodinu. Pobíhala jsem po bytě, otevřela okno a pak vzbudila manžela. Když mě pevně držel, začalo to polevovat.

Terapeut: Říkala jste, že jste měla strach, že se zblázníte. Takové myšlenky vás napadají, když přijde ten záchvat?

Pacient: Ano, nejdříve mám strach, že umřu, že se udusím. Proto se snažím otvírat okno a dýchat co nejvíce. Je to strašné. Pak, když to povolí, říkám si, že jsem se asi zbláznila. Vždyť jsem byla i na pohotovosti a u naší doktorky, a nic mi nenašli. Doktorka mi řekla, že to je od nervů.

Terapeut: Hmm. Tedy když to na vás přijde, začnete rychle dýchat, otvíráte okna a taky vzbudíte manžela. A taky jste jela na pohotovost, je to tak? Dalo by se takto popsat to, jak se při záchvatu chováte? Nebo se ještě objevuje ve vašem chování něco, co jste mi neřekla?

Pacient: Je to tak, jak jste řekl. Taky někdy pobíhám po pokojích nebo se pevně chytanu židle, aby se mi líp dýchalo.

Terapeut: Taky jste se zmínila o tělesných pocitech, které při záchvatu prožíváte. Můžete mi je popsat více?

Pacient: Hlavně se dusím. Nemůžu pořádně dýchat, jako bych měla něco sevřeného v krku. Snažím se chytit dech. Pak mi strašně bije srdce. Střídavě mě polívá horko a zima... a pak ty křeče. Hlavně prsty na rukách, až se mi začínají kroutit. Taky brní rty. Hlava se mi může rozskočit. Co myslíte, pane doktore, není to schizofrenie?

Terapeut: Myslím si, že není. Ale prožíváte silnou úzkost. A velmi pěkně ji umíte popsat.

### Zjišťování kognitivních událostí

O kognitivních událostech může pacient referovat sám ve svých stížnostech, mohou se objevit v popisu událostí, které prožíval. Cíleně lze kognitivní události zjišťovat pomocí *induktivních otázek*. Např. v rozhovoru s depresivní pacientkou:

- Terapeut: Co jste cítila v této situaci?  
Pacient: Cítila jsem se nešťastná a zlomená.  
Terapeut: Když jste se cítila nešťastná a zlomená, co vám běželo myslí?  
Pacient: Ani nevím, asi nic, jen jsem se cítila strašně.  
Terapeut: Myslela jste na to, že se může stát něco nepříjemného nebo špatného?  
Pacient: Ano, že nebudu schopna už dále předstírat před ostatními pohodu.  
Terapeut: A co je na tom tak špatného, nepředstírat už dále pohodu?  
Pacient: Všichni si budou myslet, že jsem k ničemu, rozvedla jsem se a teď ani nezvládám sama sebe a práci. Nikdo si mě nebude vážit. A budou mě pomlouvat! Já to už nevydržím!

Jiný příklad z terapeutické situace s úzkostnou pacientkou:

- Terapeut: Vzpomenete si na poslední situaci, kdy jste se cítila hodně ve stresu nebo napjatá?  
Pacient: Ano, v pondělí to bylo, když jsem po dovolené šla poprvé do práce.  
Terapeut: Jak jste se cítila?  
Pacient: Cítila jsem se hrozně, že tam musím zase jít.  
Terapeut: Důvodem toho, že jste se cítila hrozně bylo to, že tam zase musíte jít? Co je na tom špatného, zase tam jít?  
Pacient: Že ta práce bude zase tak hrozná a nebudu to stíhat.  
Terapeut: Co je na té práci a nestíhání tak nepříjemného?  
Pacient: Že v tom totálně selhávám.  
Terapeut: A co to znamená, když v tom totálně selháváte?  
Pacient: No přece, že nestojím vůbec za nic. Ani práci nezvládám, ani doma to není v pořádku. Co když mě propustí, to se ten můj se mnou rozejde. A budu sama.  
Terapeut: Hmm, to je tedy ten důvod, že jste byla ve stresu. A být sama pro vás znamená ohrožující představu?  
Pacient: Ano, bylo by to potvrzení toho, že jsem úplně neschopná.

## 4.5.2 Spouštěče, kontext a modifikující faktory (A)

Spouštěčem rozumíme událost, která situačně spouští problémové chování, kontextem rozumíme celý soubor událostí, ve kterých se problém objevuje, a modulující faktory jsou události, které problémové chování mění – zesilují nebo zeslabují. Uvádíme je najednou, protože se značně překrývají. Podrobné zmapování těchto faktorů je potřebné, protože terapie často spočívá v manipulaci se spouštěči, kontextem nebo modulujícími faktory. Např. hypochondrický pacient si doma měří tělesnou teplotu ve čtvrt hodinových intervalech, v práci však vůbec ne; pacientka se sociální fobií doma není schopna nakupovat u pultu ani mluvit s cizím člověkem, v cizině však komunikuje normálně ap. Pacient sám si často není kontextu úplně vědom, také si dostatečně neuvědomuje, co vše jeho chování spouští či modifikuje. Proto může být důležité upřesnit další informace buď pomocí sebe-

sledování, nebo behaviorálních testů. Např. výše uvedený pacient si měřil doma nadměrně často tělesnou teplotu – počet měření vždy narůstal, když se nudil a byl doma sám. Když přišla matka, návštěva nebo byl zajímavý program v televizi, často na „nutnost“ změřit si teplotu zapomněl.

Když probíráme spouštěče, kontext a modulující faktory, které souvisejí s problémem, je třeba probrat šest důležitých oblastí:

- situace,
- chování,
- myšlenky,
- emoce,
- interpersonální vlivy,
- fyziologické proměnné.

*Situační spouštěče:* Pacienti se obvykle cítí v některých situacích hůře než v jiných. Např. pacient s problémy s močením sdělil:

**Terapeut:** Ano, hezky jste mi popsal, jak se cítíte a co prožíváte, když prožíváte nevolnost. Nyní si zkusíme zmapovat, za jakých okolností se tento problém objeví častěji.

**Pacient:** Ale já ho mám pořád stejně, celý den. Stále na to musím myslet.

**Terapeut:** Ano, rozumím, stále se tím trápíte. Ale říkal jste mi taky, že někdy se vám daří na to nemyslet a zabývat se něčím jiným. Zkusme si popsat, jak to bylo dnes dopoledne.

**Pacient:** Hmm. Většinou, když jdu ráno rovnou na záchod a moc na to nemyslím, vymočím se celkem normálně. Dnes však hned po mně vstala dcera, dostal jsem strach, že když tam budu dlouho, bude muset čekat, než ji na záchod pustím. Stydím se před ní, že mám tento problém. Uvědomuji si, že pokaždé, když jde někdo předsíní, kde máme záchod, a já tam zrovna jdu nebo jsem, je to horší.

**Terapeut:** Hmm, zdá se, že se ten problém s močením zhoršuje tehdy, když jsou blízko nějací lidé?

**Pacient:** Ano, o hodně se to zhorší.

**Terapeut:** Je to stejné se všemi lidmi, nebo s některými je to lehčí a s některými těžší?

**Pacient:** Manželka o tom ví, a tak mi nevadí. Před dcerou, která je v pubertě, se za to stydím. Ještě jsem jí o tom neřekl – je to takové hloupé, moc intimní. Nejvíce se však bojím lidí v práci. Proto chodím na záchod doma těsně před odchodem do práce a ráno ani dopoledne vůbec nepiju.

**Terapeut:** Hmm, zdá se tedy, že váš problém může výrazně ovlivnit přítomnost druhých osob. Co ještě na něj může mít vliv? Už jste říkal, že na to někdy myslíte méně? Uvědomujete si, ve kterých situacích to je?

**Pacient:** Ano, třeba když mě něco zaujme, například když je v televizi dobrý film. To se koukám, a když se potřebuji vymočít, odběhnu a jde to samo. Ještě dříve, než si to stihnu uvědomit. Horší je to, když na to předem myslím a říkám si, že to

zase nepůjde. Taky někdy, když jsem doma sám a opakovaně to chodím zkoušet. Mám stále pocit, že mě to na močení tlačí, jdu na záchod a nevymočím se vůbec. Z toho mám pak silnou úzkost. Většinou pak nic dlouho nevydržím dělat a jdu tam znovu, někdy během hodiny pětkrát.

Jiný příklad rozhovoru s pacientem s panickou poruchou:

- Pacient: Často mám takový záchvat, kdy mám pocit, že umřu. Tluče mi srdce a lapám po dechu. Trvá to asi 20 minut, pak to přestane. Stále na to musím myslet, mám celý den strach, kdy to přijde znovu. Byl jsem opakovaně na pohotovosti, vyšetřili mě a pak mi řekli, že mi nic není. Už se tam stydím chodit, ale když to na mě silně jde, strašně se bojím, a tak tam jít musím.
- Terapeut: Kdy se tento záchvat úzkosti nejčastěji projevuje?
- Pacient: Může se to objevit kdykoliv během dne, ale nejvíce se mi to stává odpoledne, když přijdu z práce a jsem sám doma.
- Terapeut: Máte během dne chvíli, kdy to nepřichází téměř nikdy?
- Pacient: Ano, když jsem večer s manželkou a díváme se spolu na televizi, to jsem záchvat ještě neměl.
- Terapeut: Kde se tato úzkost vyskytuje nejvíce?
- Pacient: Pravidelně se objevuje doma. Ale kdybych měl odjet někam, kde daleko není lékařská pomoc, tak si myslím, že by to bylo horší. Proto raději nejzdím mimo město.
- Terapeut: Kde je menší?
- Pacient: Jak už jsem říkal, tam, kde se cítím bezpečně, tedy doma, když je tam žena nebo v blízkosti lékaře. Například teď u vás žádnou úzkost nemám. Mám řadu přátel mezi lékaři, a když jsem s nimi, cítím se dobře.
- Terapeut: Takže jsou lidé, se kterými se cítíte lépe?
- Pacient: Ano, s blízkými lidmi, s některými přáteli, s lékaři, ale mezi cizími se mi to zhoršuje, zejména si neumím představit, že bych byl někde v davu, kde bych se nemohl rychle dostat k pomoci, kdyby to na mě přišlo.
- Terapeut: Jsou ještě jiní lidé, v jejichž přítomnosti se to zhoršuje?
- Pacient: Už jsem říkal, s neznámými lidmi.
- Terapeut: Pokud tomu rozumím, máte úzký okruh přátel, se kterými je vám líp. Zejména, když jsou mezi nimi lékaři?
- Pacient: Ano, často jim telefonuji, několikrát jsem se nechal po známosti vyšetřit, udělali to pro mě a trochu se mi pak ulevilo. Ale ne na dlouho. Taky jsem už absolvoval řadu dalších vyšetření, kam mě poslali.
- Terapeut: Co si myslíte o příčinách vašeho problému?
- Pacient: Že jsem tlustý a otec měl taky infarkt. Že mi to prostě hrozí. Ale možná se nadměrně bojím.

*Behaviorální faktory:* Příznaky mohou být modifikovány různými formami chování. Např. i mírná námaha při tělesném pohybu může vyvolat úzkostné myš-

lenky u pacienta se somatoformní poruchou, dotek madla v dopravním prostředku pak obsese o AIDS u pacienta s obsedantně kompulzivní poruchou, sexuální styk s manželkou strach z infarktu u pacienta s panickou poruchou, který ovšem při styku s milenkou podobným strachem netrpí ap.

Pacient s hypochondrickou poruchou si stěžoval na bílou stolicí a začervenání v pravém podžebří. Obával se, že má rakovinu. V rozhovoru terapeut zjistil, že pacient drží dietu, která „chrání jeho játra“. Byl přesvědčen, že když bude jíst jen mléčné výrobky, játrům neublíží. Neuvědomoval si, že při této „dietě“ je světlá stolice typická. Podobně terapeut během vyšetření zjistil, že pacient si stále kontroluje svoje játra pohmatem – mnohokrát denně si prohmatává pravé podžebří. Když ho terapeut požádal, aby předvedl, jak tuto kontrolu dělá, ukázalo se, že pacient si na místa nad játra velmi silně tlačí a masíruje je.

*Kognitivní faktory:* Ve fázi vyšetření mohou otázky na jeho myšlenky pomoci pacientovi, aby si uvědomil jejich význam při spouštění a ovlivňování problému. Podívejme se na příklad rozhovoru s pacientem se somatoformní vegetativní dysfunkcí (Praško et al., 2000):

- Pacient: Ale někdy mi začne být špatně z ničeho nic. Prostě jen sedím večer doma, televize skončila a mně najednou je špatně. Začnu cítit, jak se mi sevře žaludek, mám pocity na zvracení a pak z toho sevření se mi začne špatně dýchat. Pak si začnu stříkat ten Berodual, na chvíli to povolí, ale pak to přijde znovu. Přitom nic nedělám, přichází to úplně samo.
- Terapeut: Dokážete si vzpomenout na poslední případ, kdy se to stalo?
- Pacient: Ano, včera večer, nemohl jsem proto do dvou ráno spát. A to mi pak až bušilo srdce, jak jsem nemohl dýchat. Báł jsem se, že z toho dostanu infarkt.
- Terapeut: Je velmi neobvyklé, že by se příznaky objevily úplně bez příčiny. Zkuste si tu situaci představit co možná nejživěji. Možná že přijdeme na to, co to spustilo.
- Pacient: Díval jsem se na televizi, žena mezitím odešla spát, a tak jsem byl v obýváku sám. Pak jsem vypnul televizi a za chvíli mi začalo být z ničeho nic tak špatně.
- Terapeut: Můžete mi říci, co jste po vynutí televize dělal?
- Pacient: Ale nic jsem nedělal, jenom jsem seděl a přemýšlel jsem si.
- Terapeut: Zkuste si vzpomenout, nad čím jste přemýšlel.
- Pacient: Ale jen tak normálně,... že přijde léto a žena bude chtít jet na dovolenou.
- Terapeut: Hmm. A co jste si o tom říkal, o té dovolené?
- Pacient: Že je mi furt špatně a ona bude chtít, abychom někam jeli. Já ale nemůžu někam do ciziny, dyť neumím žádný jazyk, a když mi tam bude špatně, kdo mi pomůže? Dyť se tam s doktorem ani nedomluvíme! Ztratenej život je to. Ona mi to pak bude vyčítat. A taky že s ní nechci spát. Bude vyhrožovat, že si najde nějakýho frajera, co jí to udělá, když já jsem neschopnej. Ale já nejsem neschopnej, ale jsem nemocnej a nemůžu se tak namáhat. Ale to ona nechce pochopit.

- Terapeut: Hmm, vidím, že s tím máte velké trápení. Když o tom povídáte, docela jste se zadýchal. Všiml jste si toho?
- Pacient: Máte pravdu, i jsem se zpotil a začal mě tlačit žaludek.
- Lékař: Hm, to musí být velmi nepříjemné. Zdá se, že když o tom povídáte, co s vámi je, nebo možná když si jen představujete všechna ta trápení, tak začnete rychleji dýchat. Co myslíte, je to možné?
- Pacient: Nikdy jsem si toho nevšiml, ale teď to tak vypadá. Možná, že máte pravdu.
- Terapeut: Jakoby ty starosti, které si děláte, jak to bude s nemocí, dovolenou a manželkou, vedly ke zrychlenému dýchání. A když se to zrychlené dýchání objeví, na co pak myslíte?
- Pacient: Na nic. Přestanu myslet a bojím se, že to nepřestane.
- Terapeut: Hmm. Co si v té chvíli tedy řeknete, čeho se nejvíce obáváte?
- Pacient: Že to zrychlené dýchání nezastavím, že mě začne bolet břicho a bude mi zase špatně.
- Terapeut: Co myslíte, pomáhají vám takové myšlenky „Nezastavím to dýchání, Začne mě bolet břicho a Bude mi zase špatně“, nebo ne?
- Pacient: Nevím, asi ne, mám potom ještě větší strach.
- Terapeut: A když máte větší strach, co myslíte, zpomalí to vaše dýchání, nebo zrychlí?
- Pacient: Vždy se ještě zrychlí.
- Terapeut: Hmm, zdá se, že to, co si o té situaci sám řeknete, ji ještě zhorší. Rozumím tomu dobře?
- Pacient: Asi to tak nějak bude. To mě nikdy nenapadlo. A co s tím mám dělat?

*Emoční stavy:* Nálada může sledovaný problém výrazně ovlivňovat. Smutek, úzkost, podrážděnost, depersonalizace, rozčilení – to vše může intenzitu problému zesilovat, naopak pozitivní emoce, jako je dobrá nálada, radost, zamilovanost, často intenzitu problému zeslabují. Např. pacient se sociální fobií se cítil méně úzkostný, když se rozčilil, to byl náhle schopen i mluvit před skupinou lidí, naopak, když ten den měl smutnější náladu, jeho sociální úzkost zesílila. Pacientka s panickou poruchou měla zase výraznější anticipační úzkost a častější ataky v době, kdy se cítila podrážděná z práce nebo v premenstruačním období, naopak když byla více smutná a rezignovaná, její anticipační úzkost se snižovala a měla méně panických atak.

*Interpersonální faktory:* Společenské faktory vstupují jako modulující proměnné u většiny problémů. Mohou to být zjevné problémy se sebeprosazením nebo sociální úzkost, jindy problémy s intimitou nebo celá řada drobných modulujících sociálních vlivů. Např. mladá žena trpící somatizační poruchou to popisuje následovně:

- Terapeut: Má na ty potíže vliv to, že jste s partnerem nebo s rodinou?
- Pacientka: Ne, myslím, že je to pořád stejné. Mám ty bolesti stále, i když někdy na ně méně myslím a méně si je uvědomuji. Jsou jako v pozadí.
- Terapeut: Může to nějak ovlivnit přítomnost druhých lidí? Nebo to, co s nimi děláte?



Pacientka: Nevím, ...ale víte, že ano? Když mě Karel vytáhne z domu a jdeme si zatančit, někdy úplně zapomenou na to, že jsem nemocná. Ale když jsem s matkou, která si stále naříká, cítím to intenzivněji. Ona mi taky říká, že je mnohem více nemocná než já a že se mám vzchopit.

Chování blízkých lidí, ale i spolupracovníků nebo spolužáků, může mít na problém výrazný vliv. Např. s blízkým člověkem řada lidí s agorafobií dokáže cestovat i nakupovat, kritika od druhé osoby často vede ke zvýraznění depresivních či úzkostných příznaků, přítomnost lékaře snižuje strach o zdraví u pacientů se somatizační poruchou, ujištění od blízkého člověka intenzitu obsedantních rituálů ap. Také je důležité, co si blízcí myslí o problému pacienta. Zda jej považují za tělesnou nemoc, za nevyléčitelné postižení, za morální slabost, nakolik se za chování pacienta stydí před okolím, nakolik ho umí povzbudit ap.

*Fyziologické faktory:* Některé tělesné reakce mohou být pro určité problémy specifické; např. bušení srdce může vyvolat příznaky silné úzkosti u pacienta, který má strach, že mu selže srdce. Na druhé straně existují méně specifické reakce, jako je únava, fáze menstruačního cyklu, množství vypité kávy ap., které mohou ovlivnit celkovou hladinu úzkostnosti nebo mohou problém ovlivnit přímo. Kromě toho se určité chování může objevit pouze v určitém fyziologickém stavu; např. po konzumu většího množství alkoholu.

Příklad rozhovoru s pacientkou s panickou poruchou s agorafobií:

Terapeut: Jaký problém vás ke mně přivedl?

Pacientka: Mám stále strach, že dostanu infarkt, a skoro každý den mám záchvat, kdy je mi strašně špatně.

Terapeut: Jak se to projevuje?

Pacientka: Mám bušení srdce, pocit na omdlení, cítím hrůzu, mám strach, že umřu.

Terapeut: Kdy vám to začalo?

Pacientka: Před dvěma roky, měla jsem chřipku, tehdy se objevil první záchvat, nyní v posledním půlroce se to zvýraznilo.

Terapeut: Jak často se to objevuje?

Pacientka: Prakticky denně, je to tak intenzivní, že už nemůžu vycházet z domu.

Terapeut: Jsou situace, kdy se to zmírňuje?

Pacientka: Když jsem doma a nikam nevycházím.

Terapeut: Kde se to objevuje nejvíce?

Pacientka: Nejčastěji v práci, v obchodě, ale i když jsem doma sama.

Terapeut: Mění se to v přítomnosti některých lidí?

Pacientka: Ano, cítím se líp s manželem a dětmi. Když jsou se mnou doma, cítím se docela dobře.

Terapeut: Jsou lidé, v jejichž přítomnosti se to objevuje častěji?

Pacientka: Nemyslím si. Ale většinou se cítím hůře mezi neznámými lidmi.

Terapeut: Co si o tom myslíte? Proč se to u vás objevilo?

Pacientka: Nevím, vždycky jsem byla více nervózní, trémistka. Teď jsem pořád s dětmi doma, málo chodím mezi lidi. Po té chřipce se to zhoršilo, nevím proč. Bojím se, že jde o nějakou nemoc srdce, ale doktoři mi řekli, že je to od nervů. Taký po Diazepamu se mi to vždy zlepší.

### 4.5.3 Následky problémového chování (C)

Po zmapování podmínek, za kterých se problém obvykle objevuje, je dalším krokem zaměřit se na udržovací faktory. Zejména jsou důležité *bezprostřední* následky problémového chování. Chování, které je následováno nepříjemnými následky, se vrací méně často, zatímco chování, které je následováno příjemnými následky, se v budoucnu opakuje častěji. Nejvýznamnějšími následky problému jsou pacientovy myšlenky a jiné bezprostřední reakce na problém, protože často vedou k bludnému kruhu, který celý problém udržuje. Vzdálenější následky jsou pro udržování problémového chování méně významné a mnohdy dokonce odporují základnímu operantnímu principu; např. obsedantní pacient může pokračovat v časově náročných rituálech, i když tím ohrožuje své postavení v zaměstnání a vztahy v rodině.

*Bezprostřední následky:* Stejně jako u spouštěčů je možno i tyto reakce rozčlenit do šesti kategorií:

- situace,
- chování,
- myšlenky,
- emoce,
- interpersonální vlivy,
- fyziologické proměnné.

Např. žena s intruzivními traumatickými vzpomínkami na přepadení v bytě zjistila, že její vzpomínky a flashbacky jsou vyvolávány v celé řadě situací a různým chováním, např. příchodem do bytu, šerem, spatřením muže v černém oděvu, při průvanu nebo chladu, v nočním tichu, při náhlém pohybu druhého člověka. Pak si pomyslí „Už je to tady znovu“ a snaží se ze situace uniknout. Pokud to není možné, její *reakce* zahrnují chování, jako je hlasitá samomluva, rozsvícení světla, věnování se intenzivně nějaké činnosti. Vždy se snaží odvést pozornost od vzpomínek na událost, které v ní vyvolávají silné vegetativní příznaky úzkosti. Přitom však myslí na to, že se to opět objevilo, že to může přijít kdykoliv znovu, obviňuje se, že to byla její chyba, že se to stalo, pak si nadává, že je slaboch, který na to nemůže zapomenout. Přesto, že se jim snaží vyhnout, zažívá řadu tělesných příznaků, jako je tlak v žaludku, třes, bušení srdce, sucho v hrdle. Všechny tyto reakce udržují její pozornost u traumatické události přesto, že by od ní nejraději utekla. Pokud si však vezme větší dávku Diazepamu nebo se opije, začne jí to být jedno.

Důležitá je reakce blízkých na pacientův problém. Je potřebné se zeptat na konkrétní reakce. Obecný popis chování, jako „Pomáhá mi“ nám poskytuje jen málo údajů, stejně jako fráze „Vůbec si mě nevšímá“. Proto je důležité ptát se cíleně:

- Terapeut: Jak váš manžel reagoval, když jste dostala záchvat paniky?  
 Pacientka: On si mě vůbec nevšímá, je mu to úplně jedno.  
 Terapeut: Když jste popisovala ten záchvat paniky v kině, kde jste spolu byli, vzpomene-  
 te si, jak na to zareagoval?  
 Pacientka: Vynadal mi, že mu zase dělám ostudu, že už se mnou nikdy nikam nepůjde.

*Vyhýbavé chování:* Vyhnutí se nepříjemným pocitům nebo tělesným příznakům nebo jejich zmírnění je velmi často bezprostředním následkem problémového chování. Velmi často je to nejsilnější udržující faktor problému. Na *pasivní* vyhýbavé chování je možno se ptát přímo otázkou: „Které věci jste přestal dělat nebo kam jste přestal kvůli tomuto problému chodit?“ Otázky na *aktivní* vyhýbavé chování mohou být následující: „Je něco, co jste začal dělat nebo co děláte jinak kvůli tomuto problému?“ nebo „Co byste přestal dělat, kdyby váš problém zcela zmizel?“ Dále je třeba se ptát na vztahy, práci, společenský život, zájmy a koníčky – každá z těchto oblastí může být vyhýbavým chováním ovlivněna. Když problém trvá již dlouho, pacient si nemusí být vůbec vědom rozsahu svého vyhýbavého chování. Je dobré se zeptat: „V čem by se váš život změnil, kdyby nebylo tohoto problému?“ Pacienti jsou někdy tvořiví, pokud jde o nenápadné vyhýbavé chování.

Např. podnikatel se sociální fobií byl schopen sedět a diskutovat ve společnosti, ale když se měl napít kávy, snažil se aktivně odvést pozornost druhých od sebe, např. ukázal na obraz na stěně a něco o něm prohlásil.

*Dlouhodobé následky:* Mezi dlouhodobé následky patří často změny v životním stylu, rodinné a pracovní situaci, péče lékařů, někdy institucionální řešení situace, jako je získání invalidního důchodu ap. Pacientovi ovšem nepodsouváme žádné skryté potřeby, jež se označují třeba pojmem „sekundární zisky“. Velmi často je dlouhodobých negativních důsledků podstatně více než pozitivních.

Po podrobném zmapování udržujících faktorů je na místě zeptat se obecnější otázkou, jako „Změnil by se nějak celkově váš život, kdybyste se zbavil tohoto problému?“ Tím můžeme např. jednoduše poukázat na všeobecné zvýšení sebevědomí; na druhé straně to může poukazovat na dlouhodobé změny, např. v práci nebo v manželském vztahu, někdy i ztrátu invalidního důchodu, změnu v závislosti na partnerovi, a ty je třeba zapracovat do formulace problému.

Příklad rozhovoru s pacientem:

- Terapeut: Jaký problém vás ke mně přivedl?  
 Pacient: Cítím se většinu času ve velké úzkosti.  
 Terapeut: Co se děje, když jste úzkostný?  
 Pacient: Zvláštní pocit, začnu hluboce dýchat.  
 Terapeut: Zvláštní pocit?  
 Pacient: Začnu se taky potit, v situaci, kdy se to děje, je lepší, když nikoho nevidím, když jsem sám. Nedělám dobrý dojem na ostatní.

- Terapeut: Myslíte si, že děláte špatný dojem? (Kognitivní – nepozorovatelné, to může pozorovat jen on sám. „Je to takový zvláštní pocit – zeptáme se, co myslí tím zvláštním pocitem“.)
- Pacient: Nevím, zda je můj život reálný. Pak mám hrozný strach.
- Terapeut: Co děláte nebo chcete dělat, když máte tyto prožitky?
- Pacient: Nejsem si jistý, že bych chtěl něco udělat. Lehnout si do postele. Jo, to je nejlepší. (Je to poprvé, kdy popisuje problémové chování, něco, co by bylo vidět.)
- Terapeut: Říkal jste, že tyto problémy se objevují v určitých situacích. Řekněte mi něco více o situacích, kdy se tyto problémy objevují.
- Pacient: Myslím si, že takovou typickou situací je, když mi šéf řekne, že moje práce není udělána dobře. Nebo když si moje žena stěžuje na děti, chce, abych mezi nimi udělal pořádek.
- Terapeut: Jsou to tedy sociální situace, situace s lidmi. Mluvil jste o tom, že se cítíte zahanbený. A co na to ti, co jsou s vámi?
- Pacient: Nevím, jestli rozumím tomu, co dělají.
- Terapeut: Co si asi myslí?
- Pacient: Považují mě za nejistého. A taky si myslí, že bych mohl pracovat lépe.
- Terapeut: A vy si myslíte, že byste mohl?
- Pacient: Jistě. Ale nedokážu to.
- Terapeut: Váš strach se objevuje v sociálních situacích, se ženou, šéfem?
- Pacient: Ano, většina těchto situací je spojena s dalšími lidmi.
- Terapeut: A co s přáteli?
- Pacient: Zda mám přátele?
- Terapeut: Ne, strach, když jste s nimi?
- Pacient: Ne, nemyslím, mám několik přátel, cítím se s nimi dobře. Lépe než se ženou a se šéfem.
- Terapeut: Jak si to vysvětlujete, že se ženou a šéfem se cítíte hůře a s přáteli lépe?
- Pacient: Je tam nějaké spojení s očekáváním, že budu agresivní. Mám strach, že bych mohl být agresivní na ženu nebo na šéfa. A to by se mi nevyplatilo. A v situaci s přáteli to nemám. S nimi se mi nestává, že bych se obával potrestání nebo vlastní agrese.
- Terapeut: Jak to?
- Pacient: Šéf by mě mohl vyhodit z práce a žena mě může potrestat mnoha způsoby.
- Terapeut: Řekl jste mi dost. Dám vám jako úkol sledovat týden typické situace – konflikty se šéfem a ženou. Napište si krátké dialogy, jak to v těch rozhovorech probíhalo. A z čeho jste měl v dané chvíli obavy. A na budoucím setkání budeme spolu pracovat na léčbě. (Terapeut dává jako úkol zmapovat kontext. Aby bylo jasné, zda žena může pacienta doopravdy potrestat. Pokud je opravdu nebezpečí ztráty práce, je to reálný strach. Pak by bylo třeba změnit způsob práce. Mohou to však být iracionální myšlenky, a to je třeba zjistit – pomocí otázek na myšlenky o potrestání:)
- Terapeut: Jakým způsobem by vás mohl šéf nebo žena potrestat?

- Pacient: Mohu si to jen tak představovat, mohl by mi říci, že jsem nejsem schopen dělat tuto práci.
- Terapeut: Jste opravdu neschopný ji dělat?
- Pacient: Ne, jsem schopný, ale strach z té situace mám.
- Terapeut: Jste neschopný tu práci dělat! To by mohl říci šéf?
- Pacient: Ano, a musím mít dost peněz.
- Terapeut: A co by měl váš šéf dělat, když si myslí, že jste neschopný?
- Pacient: To je příliš těžké.
- Terapeut: Váš strach je vlastně z kritiky šéfa, že jste neschopný. Ale vy víte, že to není pravda. Jak by vám mohl šéf ukázat, že jste schopný?
- Pacient: Mohl by mi přidat peníze.
- Terapeut: Požádal jste ho o to?
- Pacient: Ne.
- Terapeut: Měl by to udělat sám od sebe, dobrovolně?
- Pacient: To je pravda.
- Terapeut: Měl by říci, ahoj, přidám ti na platě?
- Pacient: To by bylo příjemné, ale nakonec – mohl bych ho požádat.
- Terapeut: Já si myslím, že máte kuráž, když chcete požádat šéfa o peníze. Kdy jste se to naučil?
- Pacient: Už jsem to v minulosti zkusil, požádal jsem ho o pomoc. I když ne o peníze.
- Terapeut: Co se změnilo, když jste to dokázal, být kurážný?
- Pacient: Dodalo mi to sebedůvěru.
- Terapeut: To byste mohl využít. Myslím tu zkušenost, že umíte požádat. Co si myslíte, co potřebujete na to, abyste požádal šéfa o peníze?
- Pacient: To bych měl změnit chování, nebo pracovat lépe než teď.
- Terapeut: Co si myslíte, že byste potřeboval, aby váš strach byl menší, jaké schopnosti?
- Pacient: Profesionální nebo odborné schopnosti, jak to myslíte?
- Terapeut: Jak to cítíte sám?
- Pacient: V první řadě: Měl bych mluvit hlasitě.
- Terapeut: To se dá naučit. Zdá se, že váš strach může udržovat obava zeptat se šéfa. Tím, že očekáváte kritiku. Rozumím tomu dobře? Avšak čím více se tomu vyhýbáte, tím více roste vaše napětí.
- Pacient: Máte pravdu, odkládám rozhovor s ním a jsem čím dále víc nešťastný.

## 4.5.4 Jak se pacient tento vzorec chování naučil

### *Počátek*

Těto části se ve vyšetření zpravidla věnujeme stručněji než v tzv. dynamických psychoterapiích, protože informace o minulosti sbíráme pouze tehdy, pokud se přímo vztahují k rozvoji současného problému a pokud nám pomohou porozumět současným faktorům, které problém udržují.

Problém může mít konkrétní začátek: např. agorafobie se může rozvinout bezprostředně po panické atace v autobuse, která se objevila těsně po hádce s manželem. Ovšem i v tomto zdánlivě jasném případě potřebujeme další informace, abychom pochopili konkrétní povahu problému a jeho udržovací faktory. Např. strach z cestování dopravními prostředky může být udržován myšlenkami na riziko infarktu, vyhýbáním se cestování, myšlenkami na ztrátu sebeovládání před cizími lidmi a následnou ostudu, i tím, že manžel nyní pacientku vozí denně do práce. Ve většině případů se však problém rozvíjí postupně a přispívá k němu řada po sobě následujících událostí. Tyto se mohou přímo týkat identifikovaného problému; např. pacient se opakovaně přetěžuje v práci, než si uvědomí, že má problémy říci svému nadřízenému ne. Na druhé straně si sice pacient může uvědomovat, že má problém, který se zhoršuje, ale není mu jasné, jak to začalo nebo proč se to zhoršuje. V těchto případech někdy zjistíme, že před počátkem problému se v životě pacienta udála nějaká změna nebo stresující událost. Proto může pomoci probrat s pacientem seznam takových typických životních událostí, např. rozchod, změnu zaměstnání, úmrtí v rodině ap. U většiny problémů jsou určité situace, které bývají specifictější; pro depresi to bývá ztráta a změna role, u pacienta se somatoformní poruchou či panickou poruchou zase nemoc blízkého člověka.

### *Průběh*

Důležité je zmapovat, jak se problém vyvíjel. Mohl se např. projevovat po celou dobu stejně, nebo se mohl postupně zhoršovat nebo ve své závažnosti kolísat. Podobně je dobré zjistit, proč pacient požádal o pomoc právě nyní. To může být výrazem dalších problémů, o kterých z různých důvodů nereferuje.

Např. mladý muž s obsedantně kompulzivní poruchou přišel k léčbě kvůli sociální fobii. V rozhovoru však vyplynulo, že po ukončení vysoké školy nastoupil do zaměstnání a nyní neví, jak svým spoluzaměstnancům sdělit, že musí díky obsesím opakovaně kontrolovat počítač, zásuvky a bojí se s nimi chodit do jídelny, aby se nenakazil.

Pokud se intenzita problému měnila v průběhu času, k porozumění může pomoci vytvoření grafu intenzity v závislosti na čase. Na horizontální časové ose pak vyznačíme důležité události v životě, na vertikále pak intenzitu potíží.

Někteří pacienti očekávají, že po nich budeme chtít zevrubný popis problémů, včetně všech jejich otázek, pochybností. Dokonce si někdy přinášejí celý stoh zápisů s detaily, které spíše dokreslují psychopatologii, než by nám mohly pomoci. V těchto případech je potřebné pacienty jemně upozornit na to, že se spíše zaměříme na současný stav a jeho kontext. Terapeut může říci:

Děkuji za velmi zevrubnou analýzu toho, jak problém vznikl. V mnohém nám to může pomoci. Musím však říci, že se nyní budeme věnovat zejména tomu, co se děje v současnosti. To potřebujeme změnit, abyste se mohl cítit lépe.

Také můžeme ukázat na to, že důvody, pro které problém vznikl, už nemůžeme změnit, a že nyní může být udržován něčím úplně jiným. Řada pacientů se chce pod vlivem popularizace psychoanalýzy intenzivně věnovat křivdám z dětství. Zpravidla je to však kontraproduktivní a slouží to vyhnutí se řešení současných problémů.

Třicetiletá pacientka s dysthymií, žijící v sociální izolaci zevrubně popisuje vztahy s rodiči v dětství. Je přesvědčena, že jedině jejich důkladným porozuměním „prohlédne“ a pak se už snadno seznámí s nějakým partnerem.

Při vyšetření se většinou vyhýbáme všem otázkám, začínajícím „Proč“, protože to může vést k reakci „Nevím“ nebo k dlouhému laickému vysvětlování kořenů problému. Naproti tomu otázky jako „Čím pro vás byla ta situace obtížná?“ nebo „Jak jste dokázal zůstat v této situaci klidný?“ poskytují více podrobných informací o faktorech, které v současné situaci udržují existenci problému.

#### *Predisponující faktory*

Predisponujících faktorů může být celá řada. Říkají nám něco o tom, proč se právě u tohoto pacienta objevil po precipitujících událostech právě tento problém. V orientačním vyšetření se tomuto tématu věnujeme minimálně, je však důležité propátrat je v zevrubném vyšetření. Všeobecné predisponující faktory u jednotlivých poruch jsou uvedeny v kapitolách o jednotlivých poruchách v druhé části knihy.

#### *Schopnosti zvládat problémy a další přednosti pacienta*

Schopnosti zvládat problémy jsou individuálně odlišené. Někteří lidé se více spoléhají na sebe, jiní na druhé lidi, někteří začnou nejdříve hořekovat a uvědomovat si všechny možné katastrofy, až pak začnou s řešením, jiní popírají jakákoliv rizika a řeší, aniž by si řešení rozvážili. Mnoho lidí disponuje nejrůznějšími dovednostmi, od dovednosti uvolnit se, když se člověk cítí napjatý, přes komunikační dovednosti, které umožní se svěřit druhým, až po komplexní dovednost řešit strukturované problémy.

Nejdříve je potřebné se v pohovoru zaměřit na to, jakým způsobem se pacient pokoušel řešit identifikovaný problém. Můžeme se např. zeptat: „Zajímalo by mě, co děláte, abyste si s tímto problémem poradil. Dokonce i když to jde jenom málo. Můžete mi říci, co vám pomáhá?“ Někdy je vhodné použít příkladu (Kirk, 1989): „Říkala jste, že vám někdy pomůže, když vyjdete z pokoje a počítáte do deseti, než se tam zase vrátíte. Jsou ještě další způsoby, kterými si pomáháte?“ Také je vhodné v rozhovoru probrat, jak si pacient poradil s jinými obtížnými situacemi. Tím jednak vyzdvihneme jeho schopnosti, a jednak zjistíme, jakých dovedností přitom použil. Terapeut se např. může zeptat: „Zkuste si vzpomenout, kdy jste v životě musel řešit nějakou obtížnou situaci, něco, co vám bylo velmi nepříjemné. Vzpomenete si na nějaký příklad?“

V dalším kroku pak může terapeut rozvést širší diskusi o tom, jaké má pacient přednosti, dovednosti a silné stránky. Počítáme sem i faktory okolního prostředí (např. přítele, který pacienta podporuje; rodinné zázemí; dobrý kolektiv v zaměstnání); dovednosti, které mohou usnadňovat potřebné změny (schopnost vést záznamy, úspěšné zahradičení jako zdroj sebevědomí) a silné stránky jako smysl pro humor, estetické citění, ochota snášet nepříjemné pocity, vytrvalost, dobrý vztah k lidem ap.

#### *Předchozí psychické a jiné nemoci a léčba*

V rozhovoru potřebujeme také zjistit, jaké nemoci pacient prodělal. Zejména, zda již někdy měl podobné potíže jako nyní. Zjišťujeme, jak pacient reagoval na předcházející přístupy v léčbě, protože to může předpovědět i jeho nynější reakci. Mimo to nám to poskytne údaje o tom, čemu je lépe se vyhnout. Kromě toho může mít pacient preformovaný názor na charakter svých potíží (např. „Lepší se to po léčích, takže je to tělesná nemoc“) nebo na výsledek léčby („Když nepomohly ani léky, tak je to nevyléčitelné“). Je třeba též zjistit, jaké bere v současné době léky, zvláště psychofarmaka.

#### *Názor pacienta na problém a léčbu*

Pokud přístup, který terapeut nabízí, není v souladu s přesvědčením pacienta, zapojení do léčby je málo pravděpodobné. Proto je potřebné dát mu při rozhovoru příležitost, aby sdělil, jak vnímá svůj problém. Můžeme se ho např. zeptat, co si myslí o svých problémech a o čem si sám myslí, že by mu nejvíce pomohlo. Může také pomoci zeptat se, jestli zná někoho s podobným problémem a jak to s ním dopadlo. Dopad pacientových postojů k léčbě může být velmi výrazný. Pacienti trpící tělesnými příznaky mohou být přesvědčeni, že trpí tělesnou nemocí, a tu lze vyléčit jen u somatického odborníka. Mohou se cítit ukřivdění, že byli posláni k psychiatrovi. I když některá přesvědčení si vyžadují okamžitou intervenci, jiným je možno se věnovat v dalších sezeních. Mnohá se změni spontánně během léčby; např. přesvědčení, že stav je neléčitelný, se může změnit, jakmile se stav zlepší. Je lepší, když zjistíme pacientovy postoje již během úvodního rozhovoru. Někdy si je však sám pacient plně neuvědomuje, nebo je nechce říci. Proto se k nim můžeme vrátit kdykoliv v průběhu léčby, když zjistíme, že pokrok je nedostatečný, a hledáme, proč tomu tak je.

## 4.6 Kognitivní analýza

Kognitivní analýza je detailní zjištění a rozbor pacientových myšlenek, představ, očekávání, postojů a sebehodnocení. Maladaptivní vnitřní dialog může být antecedentem epizod změny nálady nebo chování, důležitou součástí problému nebo následkem problémového chování. Kognitivní analýza je součástí výše uvedené behaviorální analýzy. Provádíme ji od prvního vyšetření. Avšak analýza kognitivních **událostí** (myšlenek a představ, např. „Co když se teď zblázním?“, „To je infarkt!“),



**procesů** (např. nadměrné zevšeobecnění: „Když teď zmatkuji – určitě jsem se zbláznila“ nebo katastrofizace: „Tento pocit nepřežiji“) a **schémat** (např. „Musím být ve všem perfektní!“ nebo „Když druzí poznají, jaký jsem doopravdy, odmítnou mě!“ či „Zdravý člověk nemá žádné nepříjemné tělesné pocity!“) probíhá během celé terapie.

Důvod, proč vyčlenit kognitivní analýzu do zvláštní podkapitoly, je následující: je to přesvědčení, že myšlenky, zejména to, co pacient říká sám sobě, podobně jako jeho představy, hrají v jeho problémech velmi důležitou roli. Pacientovo hodnocení, očekávání, postoje a sebehodnocení bývají tématy vnitřního dialogu.

Pacienti navíc mohou být přesvědčeni, že se problém vyskytuje zcela nepředvídatelně. Nevšímají si totiž, jaké myšlenky jim běží hlavou těsně před a během rozvoje problémového chování. O kognitivních událostech přitom může pacient referovat sám ve svých stížnostech, mohou se objevit v popisu událostí, které prožíval. Zpočátku bývá pro některé pacienty obtížné uvědomit si své důležité automatické myšlenky. Bývá to tím, že jim nevěnují pozornost, nebo tím, že jim připadají směšné nebo znehodnocující.

Příklad (podle Kirk, 1989):

- Pacient: Ale někdy začnu mít starosti úplně z ničeho nic. Prostě jen sedím u svého psacího stroje a náhle se cítím hrozně zle.
- Terapeut: Dokázete si vzpomenout, kdy se to stalo?
- Pacient: Ano, stalo se mi to minulý týden.
- Terapeut: Je velmi neobvyklé, aby se nějaký příznak objevil zcela bez příčiny. Zkuste si tu scénu představit do nejživěji a uvidíme, jestli se nám podaří přijít na to, co to vyvolalo.
- Pacient: Seděl jsem ve své kanceláři, psal na stroji a najednou jsem se začal cítit příšerně zle.
- Terapeut: Často se cítíte špatně, když jste ve své kanceláři?
- Pacient: Ne, jak už jsem říkal, obvykle se v práci cítím dobře.
- Terapeut: A dokázete si vzpomenout, co jste v té chvíli právě dělal?
- Pacient: Psal jsem výroční zprávu.
- Terapeut: Takže sedíte na židli, píšete výroční zprávu. Byl tam s vámi ještě někdo?
- Pacient: Ne, už tam nikdo nebyl, zbyl jsem tam jen já s velkou hromadou papírů, které jsem ještě musel projít.
- Terapeut: A vzpomenete si, co vám v tom okamžiku právě běželo hlavou?
- Pacient: Myslel jsem si, že to nikdy nedodělám, a že se budu cítit celý večer hrozně unavený.

Někteří pacienti jsou si vědomi toho, že jejich myšlenky hrají důležitou roli při vzniku jejich příznaků a sebekriticky připouštějí, že se do svých nepříjemných emocí vemlouvají (Kirk, 1989). Někdy mají pocity beznaděje a ztráty sebekontroly z potíží, do kterých se dostanou, mají pocit, že je to jen jejich odpovědnost, jak z nich zase ven. Toho může terapeut využít k poukázání na možnosti ovlivnění těchto příznaků.

- Terapeut:** Říkáte, že když si začnete myslet „Budu se zase cítit špatně“, že se pak skutečně začnete cítit zle?
- Pacient:** Ano, asi se zdá zvláštní, že si to sám přivolávám. Někdo by si mohl myslet, že mě to baví, cítit se tak zle.
- Terapeut:** Jsem si jist, že vás to nebaví. Ale je velmi dobré, že jste sám pochopil jak vaše myšlenky ovlivňují to, jak se cítíte.

Terapeut si od prvního rozhovoru všímá, jaké má pacient automatické myšlenky. Pomáhá mu, aby si uvědomil jejich vztah ke změnám nálady, chování a vegetativním reakcím. K tomu lze využít např. změny nálady během sezení. Může pacientovi položit otázky: „Můžete mi říci, na co jste v tu chvíli myslel, kdy jste náhle pocítil větší smutek?“, „Když si to říkáte, jaký to má vliv na to, jak se cítíte?“, „Teď jste se zarazila, můžete mi říci, jaké myšlenky vám šly hlavou?“

Když nemocný popisuje situaci, ze které má strach, může se terapeut zeptat:

„Co vás napadá, co nejhoršího se v té situaci může stát?“

„Když si představíte, že by se to stalo, co byste si řekl?“

Pokud pacient mluví o minulém zážitku:

„Co jste si o sobě myslel, když to tak dopadlo?“

„Co myslíte, co si o vás mohli říkat ti ostatní, co tam byli?“

„Jak jste v tu chvíli hodnotil svoji situaci?“

Velmi důležitou roli v našem chování hraje sebehodnocení. Téměř každou činnost, kterou děláme, vnitřně komentujeme. Typickým příkladem pozitivního sebehodnocení jsou krátké věty vnitřního dialogu, jako je: „Dobře jsem to udělal... Podaří se mi to... Mám z toho radost... Líbí se mi to... Nevadí, co říká, já jsem s tím spokojený“

U depresivních osob udržují špatnou náladu naopak myšlenky typu: „Zase mi to nejde... to nezvládnu... co si o mně budou myslet? ...Jen abych se zalíbil... Nemám šanci!“

Hodnocení kognitivních omylů (procesů, které vedou k vytváření negativních myšlenek) je složitější. Na kognitivní omyly můžeme soudit až po opakovaných pohovorech. Nejhlouběji jsou uložena kognitivní schémata. Dostáváme se k nim většinou v druhé polovině terapie.

Je řada variant základních kognitivních schémat. Např.: „Já musím být perfektní, sebevědomý ap.“. Kognitivní schéma se nemusí vždy týkat jenom samotného jedince. Může v něm být vyjádřen i neadekvátní nárok na okolí. Někdy se týká celé rodiny. Např. „My musíme být perfektní.“ Kognitivní schéma vyjadřuje určitou absolutní ideu, která určuje životní plán. Když je tak absolutní, a tudíž maladaptivní, pacient v životě naráží a dostává se do deprese. Na některé z těchto plánů můžeme usuzovat přímo z pozorování pacienta, z jeho chování a způsobů, jak reaguje. Někdy si je uvědomíme z jeho obav. Strach, aby se nikdy nezesměšnil, může pramenit ze schématu: „Musím být vždy perfektní.“ Pro vyhledávání kognitivních schémat je proto výhodné všimnout si ohrožujících následků pacientova chování, kterému se vyhýbá.

Zvláště je třeba zaměřit se na zjištění pocitů beznaděje, sebevražedných tendencí a negativního očekávání vůči terapii, protože zvládnutí těchto příznaků musí mít přednost před všemi ostatními.

## 4.7 Funkční analýza

Funkční analýza pomáhá porozumět, jakou funkci má problém v životě pacienta a jaké obecnější faktory jej udržují. Pomocí funkční analýzy se terapeut snaží odpovédět na otázky:

- Proč toto chování nevyhasíná?
- Kdo, co a jak toto chování posiluje?
- Jak toto problémové chování zasahuje do běžného života pacienta?

Snažíme se zjistit, jak toto chování ovlivňuje celý systém jeho mezilidských vztahů. Další součástí funkční analýzy je zjištění pacientových nedostatků a předností. Je potřebné zjistit, které dovednosti mu chybějí a potřebuje se je naučit, a které dovednosti má, o něž se můžeme opřít.

Funkční analýza je způsob, jakým se terapeut snaží porozumět prezentovanému problému. Pro KBT je typické, že k psychologickým problémům přistupuje jako k utvořeným a udržovaným interakcím mezi člověkem a jeho prostředím. Problémové chování vzniká podobně jako každé naučené chování – určitým způsobem posilování a interpretací již zažitého. Faktory, které jsou spojeny s objevením se psychologických problémů, nemusí být totožné s udržujícími.

Např. poprvé se deprese u pacientky objeví po úmrtí syna. Manžel poté změni své doposud odtahité chování k ženě, která je úmrtím milovaného syna zasažena. Je pozorný, hladí ji, reaguje na většinu jejích přání. Ženě se po čase uleví. Nicméně, když se manžel vrátí ke svému původnímu chování, její deprese se znovu prohloubí.

O funkci příznaků je potřebné získat co nejvíce informací, aby byla možná formulace problému dříve, než začne léčba. Formulace problému obsahuje souhrn toho, proč se problém objevuje. Sbírání informací probíhá ale během celé léčby.

V behaviorální analýze se snažíme rozpoznat historii chování a jeho udržování v termínech teorie učení. Uvažujeme, jak je chování posilováno pozitivními i negativními následky. Na rozdíl od toho se ve funkční analýze soustředujeme nejen na pacienta, ale potřebujeme vědět, co se děje v celém systému. Základní otázka je směřována k možným sekundárním ziskům. Zajímají nás tudíž zisky z maladaptivního chování. Je nutné rozlišovat mezi sekundárními zisky a negativním posilněním (bolest ustane, když vezmu lék). Pro izolovaného depresivního pacienta může být sekundárním ziskem i nutnost navštívit svého lékaře, aby získal další recept. Podobně sekundárním ziskem bolesti hlavy může být kontakt s lékařem, negativním zpevněním pak to, že bolest mizí po léku, který dostal.

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

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

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

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

## 4.8 Formulace problému

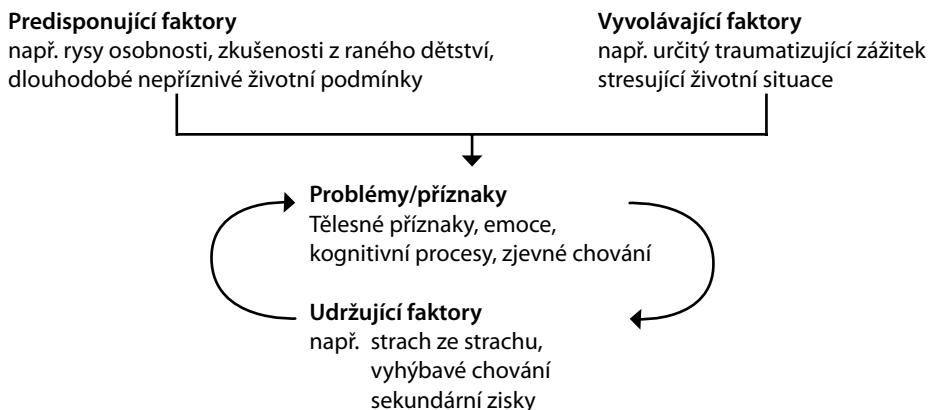
Na závěr vyšetření a po provedení behaviorální, kognitivní a funkční analýzy terapeut společně s pacientem vytvářejí předběžnou „formulaci problému“. Tato formulace představuje psychologický popis a vysvětlení pacientova problému v jeho životní situaci. Zahrnuje jak popis současného stavu problému, tak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

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

## 4.9 Definice problému

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

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

**Obrázek 4.8.1** Struktura kognitivně behaviorální formulace problému (Kennerleyová, 1998)

- měla by popisovat i hlavní myšlenky, tělesné příznaky a pocity s nimi spojené,
- měla by zahrnovat údaje o frekvenci, trvání a intenzitě tohoto chování.

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

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

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

## 4.10 Cíle

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

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

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

Při stanovení cíle je třeba dodržovat tato pravidla:

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

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

Příklady formulace cílů:

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

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

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

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

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

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

Pacientka: „Byla bych taková jako dřív.“

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

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

### Výhody určení cílů terapie

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

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

## 4.11 Terapeutický plán

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

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

- Měl by to být problém, u kterého je velká pravděpodobnost, že ho pacient dokáže vyřešit.
- Vyřešení tohoto problému by mělo přinést bezprostřední úlevu a zvýšit kvalitu života.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

**Tabulka 4.11.1:** Jednotlivé kroky terapie u depresivní nebo úzkostné poruchy

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

## 4.12 Ukončení léčby

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

Před ukončením terapie, k němuž by mělo dojít po dosažení stanovených cílů, se terapeut s pacientem zaměří na možné budoucí problémy. Zvažují situace, které pacient zná ze své minulosti a které reaktivovaly jeho dysfunkční přesvědčení a u nichž je pravděpodobné, že se mohou objevit i v budoucnosti. Zvažují také další situace, které sice pacient nezažil, ale mohou se objevit za týden, měsíc, rok či později a znamenat pro něj zátěž. Pro tyto situace si připravuje plán řešení ve smyslu naučené strategie řešení problémů.

Pokud se pacientovi podařilo zvládnout terapeutické metody a dosáhnout stanovených cílů, je čas terapii ukončit. Je vhodné ještě domluvit kontrolní setkání, nejlépe po jednom, třech a šesti měsících. To umožňuje snížit obavy pacienta z ukončení léčby i zjistit, zda dosažené výsledky přetrvávají.

Příprava na ukončení terapie probíhá **v několika sezeních**. Pacient v té době již zpravidla nechodí na sezení tak často, jako na počátku léčby (zpočátku 1krát týdně, ke konci 1krát za měsíc). To mu umožňuje přesvědčit se, že je své problémy v mezidobí schopen zvládat sám. Samotné ukončení terapie může být spojeno s celou řadou negativních kognicí. Některá negativní jádrová přesvědčení mohou být aktivována a pacient to potřebuje předvídat, uvědomit si a případně kognitivně restrukturalizovat.

Před koncem terapie může terapeut požádat pacienta, aby si sepsal přehled dovedností, technik a postojů, které se během terapie naučil nebo je získal. Pak s ním prodiskutuje, jak by je mohl používat v budoucnosti.

## 4.13 Literatura

1. BARLOW, D. H., HAYES, S. C., NELSON, R. O.: *The scientist practitioner*. Oxford: Pergamon, 1984.
2. BECK, A. T., RUSH, A. J., SHAW, B. F. et al.: *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press, 1979.
3. BECK, A. T., EMERY, G., GREENBERG, R. L.: *Anxiety Disorders and Phobias – a cognitive perspective*. New York: Basic Books, 1985.
4. BECK, J. S.: *Cognitive approaches to personality disorders*. In: Wright, J. H., Thase, M. E. (eds.): *Cognitive therapy. Review of Psychiatry*, 1997, č. 16, Section I: s. 73–106.
5. BECK, A. T., WEISHAAR, M.: *Cognitive therapy*. In: Freeman A., Simon K. M., Beutler L. E (eds.): *Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy*. New York: Plenum Press, 1989.
6. BECK, A.T. et al.: *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press, 1979.
7. CAUTELA, J. R.: *Covert sensitization*. *Psychol. Rev.*, 1967, č. 20, s. 459–468.
8. CLARK, D. M.: *A cognitive model of panic attacks*. In: Rachman S., Maser, J. D. (ed.): *Panic: psychological perspective*. New Jersey: Elbaum, 1988.
9. CLARK, D. M.: *Anxiety states: Panic and generalized anxiety*. In: Hawton K., Salkovskis P. M, Krik J., Clark D. M. (eds.): *Cognitive behavioral therapy for psy-*

- chiatric problème: A practical guide. Oxford: Oxford University Press, 1989, s. 318–344.
10. CLARK, F. M., PROUDFIT, H. K.: *The Prejection of Locus Coeruleus Neurons to the Spinal Cord in the Rat Determined by Anterograde Tracing Combined with Immunocytochemistry*. Brain Res., 1991, č. 538: s. 231–245.
  11. D'ZURILLA, T. J., GOLDFRIED, M. R.: *Problem solving and behaviour modification*. J. Abnorm. Psychol., 1971, č. 78, s. 107–126.
  12. FENNEL, M. J. V.: *Deprese*. In: Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J., Clark, D. M. (eds.): *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems*. Oxford: Oxford University Press, 1989 (přeložil Petr Možný).
  13. FLIEGEL, S.: *Selbstverbalization und Angstbewältigung*. In: Linden, M., Hautzinger, M. (Hrsg.): *Verhaltenstherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer, 1993.
  14. FRIEDMAN, E. S., THASE, M. E., WRIGHT, J. H.: *Cognitive and behavioral therapies*. In: Tasman A., Kay J., Lieberman J. A. (eds.): *Psychiatry*, 2<sup>nd</sup> ed., London: Wiley, 2003, s. 1753–1777.
  15. GELDER, M. G., MARKS, I. M., WOLFF, H. E. et al.: *Desensitization and psychotherapy in the treatment of phobic states: a controlled inquiry*. Br. J. Psychiatry, 1967, č. 113, s. 53–73.
  16. GOLDFRIED, M., DECENTECEO, E., WEINBERG, L.: *Systematic rational restructuring as a self-control technique*. Behavior Therapy, 1974, č. 5, s. 247–254.
  17. HAWTON, K., KIRK, J.: *Problem solving*. In: Hawton K. et al. (eds.): *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems*. Oxford: Oxford Medical Publications, 1989.
  18. JOHNSTONE, P., ZOLESE, G.: *Length of hospitalization for those with severe mental illness* (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3. Oxford: Update Software, 1999.
  19. KENNERLEYOVÁ, H.: *Jak zvládat úzkostné stavy*. Praha: Portál, 1998, 190 s.
  20. KIRK, J.: *Kognitivně behaviorální vyšetření*. In: Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J., Clark, D. M., (eds.): *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems*. Oxford: Oxford University Press, 1989 (přeložil Petr Možný).
  21. KRATOCHVÍL, S.: *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 1997.
  22. LAZARUS, A. A.: *Learning theory and the treatment of depression*. Behav. Res. Ther., 1968, č. 6, s. 83–89.
  23. MEICHENBAUM, D.: *Stress Inoculation Training*. New York: Pergamon, 1985.
  24. MELGES, F. T.: *Time and the Inner Future*. New York: Wiley, 1982.
  25. MILLER, W.: *Motivational interviewing with problem drinkers*. Behavioural Psychotherapy, 1983, č. 11, s. 147–172.
  26. ÖST, L. G.: *Applied relaxation: description of a coping technique and review of controlled studies*. Beh. Res. Ther., 1987, č. 25, s. 397–410.
  27. PRAŠKO, J., ŠLEPECKÝ, M.: *Kognitivně-behaviorální terapie depresivních poruch*. Psychiatrické centrum, Zprávy, Praha, 1995, č. 127, 196 s.
  28. PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H.: *Asertivitou proti stresu*. Praha: Grada, 1996.

29. PRAŠKO, J., KOSOVÁ, J., PAŠKOVÁ, B. et al.: *Farmakoterapie a psychoterapie v léčbě sociální fobie z pohledu dvouletého katamnestického sledování: Závěrečná zpráva grantu IGA. MZ ČR*, 2000, 3703–4.
30. PRAŠKO, J., PAŠKOVÁ, B., HORÁČEK, J., FREMUND, F.: *Somatoformní poruchy*. Praha: Galén, 2002.
31. PRAŠKOVÁ, H. A PRAŠKO, J.: *Úzkostné a fobické poruchy*. Praha: Galén, 1999.
32. PROCHÁZKA, J., DICLEMENTI, C.: *Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change*. *Psychotherapy*, 1982, č. 9, s. 276–288.
33. RACHMAN, S. J., HOGSON, R.: *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall, 1980.
34. SALKOVSKIS, P. M.: *Somatic problems*. In Hawton, K. et al. (eds.): *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems*. Oxford: Oxford Medical Publications, 1989.
35. SOUKUPOVÁ, N., PRAŠKO, J.: *Skupinová kognitivně-behaviorální terapie u panic-ké poruchy*. *Psychiatrie*, 2001, 5 (Suppl.), s. 32–35.
36. SPERRY, L.: *Cognitive behavior therapy of DSM-IV personality disorder*. London: Taylor and Francis Group, 1999, 201 s.
37. SUINN, R. M., RICHARDSON, F.: *Anxiety management training: a non-specific behaviour therapy programme for anxiety control*. *Behaviour Therapy*, 1971, č. 2, s. 498–510.
38. YOUNG, J.: *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota (FL): Professional Resource Exchange, 1994, 201 s.
39. YOUNG, J. E., KLOSKO, J. S., WEISHAAR, M. E.: *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press, 2003.
40. WILSON, R. R.: *Don't panic: Taking control of anxiety attacks*. New York: Harper & Row, 1987.

# 5

## Struktura KBT sezení

Ján Praško, Petr Možný, Miloš Šlepecký

KBT zdůrazňuje jasnou strukturu jednotlivých sezení. Terapie probíhá samozřejmě, když pacient s určitou strukturou sezení od počátku souhlasí. Do typické struktury sezení patří *měření (škály)*, *probrání domácích úkolů*, *události od minulého sezení*, pak diskutování *agendy* (co se bude v sezení dělat, který problém(y) se budou řešit), *práce na vybraném problému* či *problémech*, zadání *domácího úkolu*, *shrnutí sezení* a *jeho zhodnocení ze strany pacienta*.

Léčebná setkání s pacientem nejčastěji probíhají v ambulanci nebo psychiatrickém zařízení, ale mohou také probíhat v reálném prostředí (v dopravním prostředku, u pacienta v bytě). Setkání může být individuální, skupinové, partnerské nebo rodinné. Vždy má však jasnou, předem dohodnutou strukturu. Sezení může podle aktuálních potřeb trvat od 10 minut až po 3 hodiny (např. při zábraně rituálu u obsedantního pacienta), zpravidla však sezení trvají 45–60 minut. Typická struktura terapeutického sezení v KBT je uvedena v následující tabulce:

**Tabulka 5.1:** Struktura terapeutického sezení

- 1) Uvítání, měření (2 až 5 minut)
- 2) Body probírané v každém setkání (10–15 minut)
  - Probrání domácích cvičení: Jak dopadla? Problémy? Co se v nich naučil?
  - Události od minulého setkání včetně zlepšení a zhoršení (co důležitého se událo v životě pacienta)
  - Zhodnocení předchozího setkání
  - Diskuse o programu (na čem budeme v tomto sezení pracovat – na kterém problému, jakou metodou)
- 3) Hlavní téma(ta) sezení (20–60 minut) – práce na vybraném problému
  - Analýza problému
  - Použití terapeutických metod (edukace, nácvik, relaxace ap.)
  - Zařazení do kontextu léčby
- 4) Domácí cvičení (5–10 minut) – vyplývají z řešeného problému
  - Zadání (písemně)
  - Smysl domácího úkolu
  - Možné potíže při jeho plnění
- 5) Zakončení setkání (2–5 minut)
  - Sumarizace a zpětná vazba od pacienta: Rozuměl všemu? Jak se cítí?
  - Dohoda o termínu příštího setkání, rozloučení

### 1. Zahájení a určení programu sezení (cca 2–5 minut)

Určením programu sezení zahájíme hned druhé sezení po prvním rozhovoru. Můžeme říci např. toto:

Než začneme, rád bych promluvil o programu dnešního sezení. Potřebujeme se rozhodnout, čemu se dnes budeme věnovat. Stejně to budeme dělat na začátku každého sezení. Cílem je, abychom se vždy věnovali tomu, co nám oběma bude připadat nejdůležitější. Vyhovuje vám to?

Kromě výčtu hlavních témat sezení obsahuje program automaticky i probrání událostí, které se odehrály v době od minulého sezení, zhodnocení minulého sezení a probrání domácích cvičení.

### 2. Body probírané v každém sezení (cca 10–15 minut)

- a) *Probrání událostí od minulého sezení.* Na počátku sezení stručně probíráme události, které se pacientovi přihodily. Jak se mu vedlo a zda se nestalo něco závažného, co by vyžadovalo přednostní zpracování. Probereme výskyt příznaků od posledního sezení, kvalitu, trvání, intenzitu, automatické myšlenky a chování, eventuální spouštěče, pokud na ně pacient přišel.
- b) *Zhodnocení předchozího sezení.* Před probráním hlavního domácího úkolu je vhodné se velmi krátce vrátit k minulému sezení. Potřebujeme si ujasnit, zda něco z poslední látky nezůstává nevyřešeno. Můžeme se zeptat následujícím způsobem:

Uvažoval jste ještě nad problémy, o kterých jsme mluvili minule? Přišel jste ještě na něco, co byste mi potřeboval říci? nebo Pokud jste o tom přemýšlel, jak na vás působilo minulé sezení?

Tyto otázky ukazují pacientovi, že je důležité se problémy řešenými v sezení zabývat i v čase mezi setkáními.

- c) *Probrání domácích cvičení.* Pokud domácí cvičení pravidelně neprobíráme, pacient je přestane považovat za důležitá a nedělá je. Při provádění domácích cvičení se nejvíce ozřejmují kognitivní dysfunkce pacienta. Probrání domácích cvičení dává také terapeutovi příležitost k posílení pacienta. Už to, že ho pacient splnil, je potřebné náležitě ocenit. Kvalitu zpracování pak oceňujeme zvlášť. Jak se vám dařilo zvládat domácí cvičení? Objevily se nějaké těžkosti při jejich plnění? Jaké? a dále Jak byste tyto potíže mohl příště zvládnout?, Co jste se při plnění domácích cvičení naučil? a Může vám to pomoci při zvládání jiných problémů?

### 3. Hlavní téma sezení (cca 20–60 minut)

Na hlavním tématu se terapeut s pacientem potřebují shodnout. V průběhu terapie se mění podle povahy problémů a podle užitých strategií. Může jít o nácvik práce s myšlenkami, interoceptivní expozice, dechový trénink, probírání aktuálních konkrétních potíží v životě a hledání cesty, jak je řešit, nebo o propracovávání déletrvajících problémů (v práci, manželství). Nebo může jít o nácvik komunikace,

relaxace, hraní rolí. Když se zdá, že je několik významných témat současně, musí se terapeut s pacientem dohodnout na tom, kterému z nich se budou věnovat přednostně. Podobně, když se objeví téma, které nebylo původně zařazeno do programu sezení, je třeba se dohodnout, zda změnit téma nebo zda pokračovat podle původního programu. Obecně platí, že je lepší věnovat se důkladně jednomu nebo dvěma tématům, než se povrchně dotknout celé řady a nedojít ani u jednoho z nich k žádnému závěru. To, co se pacient naučí při důkladném řešení jednoho problému, pak může uplatnit při řešení dalších. Návzik dýchání, interoceptivní expozice nebo návzik relaxace zařazujeme vždy na konci hlavního tématu sezení.

#### 4. Domácí cvičení (cca 5–10 minut)

Zadávání domácích cvičení tvoří jeden ze základních rysů, kterým se KBT odlišuje od mnoha jiných psychoterapeutických směrů. Plněním domácích cvičení se klient aktivně podílí na terapii a přebírá odpovědnost za její průběh. Metody a dovednosti, kterým se naučil v rámci sezení, si ověřuje v reálných situacích a v přirozeném prostředí. Pomocí domácích cvičení si také ověřuje hypotézy, které se objevily při rozhovoru s terapeutem (např. „Kdybych šla sama ven na ulici, udělalo by se mi tak špatně, že bych omdlela nebo bych se zcela přestala ovládat“). Díky plnění domácích cvičení se hlavní část terapie odehrává v době mezi sezeními, nikoliv během sezení. Domácí cvičení také umožňují osamostatnění klienta a to, že bude schopen své problémy zvládat i po skončení terapie.

Domácí cvičení jsou neúčinnější a pravděpodobnost jejich úspěšného zvládnutí je největší, pokud (Fennell, 1989):

- *vyplývají logicky* z témat, probíraných během sezení, a využívají metody, kterým se klient učil během sezení,
- *jsou jasně a konkrétně definována*, takže lze snadno určit, zda nebo do jaké míry byl klient při jejich plnění úspěšný (např. „Každý den vyjít sama z domu na dobu minimálně 30 minut“, nikoliv „Začít chodit sama ven“),
- klient jasně *chápe jejich smysl* („Abychom si ověřili vaše přesvědčení, že sama na ulici omdlíte“ či „Abyste si sama ověřila, zda vaše úzkost bude v této situaci stále stoupat, bude stále stejná nebo zda se po určité době zmírní“) a *věří, že je dokáže splnit*,
- jsou formulována tak, že *neúspěch není možný*, protože v každém případě se klient dozví něco užitečného, co mu v další terapii pomůže,
- již v sezení se snažíme spolu s klientem *předvídat překážky*, které by mohly splnění domácího úkolu bránit, a naplánovat postupy, jak tyto překážky překonat.

Abychom zvýšili pravděpodobnost, že klient domácí cvičení splní, je vhodné, aby si jejich zadání klient i terapeut zaznamenali písemně. Také je velmi vhodné, aby si klient o plnění domácích cvičení vedl písemný záznam, obvykle do předem připraveného formuláře. Tyto záznamy slouží jako podklad při probírání domácích cvičení v dalším sezení a umožňují též hodnotit změny, dosažené v průběhu terapie („Před měsícem jste byla schopna chodit sama ven jen na půl hodiny a vaše

míra úzkosti předtím dosahovala stupně 9, zatímco teď jste byla sama venku více než hodinu a vaše úzkost předtím nepřesáhla stupeň 5“).

Protože terapie má klientovi přinést především zkušenost úspěchu, je třeba, aby byla domácí cvičení pro klienta splnitelná. Na druhé straně, protože klient má během terapie zlepšit svou schopnost zvládat problémy a nepříjemné stavy, je třeba, aby se při jejich plnění musel namáhat a aby při nich musel překonávat určité nepříjemné pocity a emoce.

I když dodržíme všechna tato pravidla, nevyhnutelně se někdy setkáme s tím, že klient dohodnuté domácí cvičení nesplní. V tom případě je nutné zjistit, proč k tomu došlo:

- zda opravdu pochopil, jaký úkol má splnit a jaký to má význam,
- zda je pro něj zvládnutí právě tohoto cvičení důležité a je k němu motivován,
- zda mu v jeho splnění nezabránily nepředvídané okolnosti,
- zda pro něj zadané cvičení nebylo v jeho současném stavu příliš náročné.

Nesplnění domácího cvičení tedy nepovažujeme a priori za projev odporu či nedostatku morálních vlastností na straně klienta, ale za problém, který se společně s ním snažíme vyřešit. Rozhodně se nesnažíme vyvolat v klientovi pocity viny a kritizovat jej.

Na druhé straně, pokud ani po důkladném probrání domácích cvičení a dohodě o jejich plnění se klient opakovaně ani nepokusí je splnit, nepřinese záznamy a nedokáže nedodržení dohody zdůvodnit, je třeba se vrátit k analýze problémů a stanovení cílů terapie. Musíme si znovu s klientem ujasnit, zda je pro něj problém, který nyní v terapii řeší, opravdu závažný, zda je pro něj cíl, o jehož dosažení usiluje, dostatečně žádoucí, a zda způsob k jeho dosažení, který mu terapeut nabízí, je pro něj přijatelný. Pokud se totiž klient provádění domácích cvičení opakovaně vyhýbá, pak v terapii kognitivně behaviorálního typu nemůže dosáhnout pokroku.

## 5. Zakončení setkání (2–5 minut)

V závěru terapeutického sezení, dříve, než si připomeneme, kdy se sejdem příště, je vhodné požádat pacienta o zpětnou vazbu. Jako první požádáme pacienta, aby stručně *shrнул, čemu se v dané hodině naučil*. Za druhé je třeba zjistit, jak se pacient během sezení *cítil* a zda je s hodinou spokojen. Dáme jasně najevo, že otevřené vyjádření vlastního názoru velmi vítáme, protože je tak možno vyhnout se nedorozuměním a lépe se řídit potřebami pacienta.

## Problémy s určením struktury sezení

Někteří pacienti, zejména pacienti s poruchami osobnosti, obtížně přijímají požadavek, aby sezení mělo nějakou strukturu. Vyžadují od terapeuta, aby se přizpůsobil jejich okamžitým potřebám, které mohou kolísat od extrému k extrému (od „Chci někoho, kdo by mě jen vyslechl a pochopil/a dal mi ve všem za pravdu/“ k „Chci abyste mi nadiktoval, co přesně mám udělat, aby se ke mně manžel choval líp“). Terapeut nabízí svoji alternativu strukturovaného sezení i celého programu, často však je



potřebné najít s pacientem kompromis, který by vyhovoval oběma stranám. Proto mívá KBT poruch osobnosti variabilnější strukturu než u jiných poruch. Např. pacientka s histriónskou poruchou osobnosti má potřebu na počátku sezení mluvit sama, bez jakéhokoliv zasahování terapeuta. Na tom je možné se předem dohodnout s tím, že je na ní, zda bude pak chtít komentář, či nikoliv. Pak může následovat probrání domácích úkolů a dalších bodů, podle společně domluvených pravidel. Na tom, že sezení má mít relativně jasný postup a pravidla, však trváme, stejně jako na délce času, který sezení věnujeme. Pokud s tím pacient nechce souhlasit, zkoumáme postoje, které mu v tom brání. Někdy trvá několik sezení, než se podaří najít smysluplnou strukturu, která je přijatelná pro obě strany. Pokud je pacientův požadavek extrémní a pacient na něm trvá, může terapeut nabídnout experiment, při kterém nechá několik sezení běžet přesně podle pacientových představ, a pak zjišťuje, jak byl pacient s takovým sezením spokojen a kolik užítu mu tato sezení přinesla. Najít konzistentnější strukturu jednotlivých sezení může být obzvlášť problém u pacientů, kteří mají dysfunkční předpoklady typu (podle Beck, 1998):

- „Pokud bude terapeut řídit sezení, bude řídit i mě (a to by znamenalo, že jsem slabý).“
- „Pokud bude terapeut řídit to, co se má dělat, nemá opravdový zájem o to, co já prožívám.“
- „Pokud bude terapeut řídit diskusi, nezíská úplný obraz o tom, co se se mnou děje, nebude mi rozumět a pak ani schopen mi pomoci.“
- Když se mně bude terapeut ptát na to, co chci během sezení řešit, můžu mu nabídnout nedůležitý problém.“

V této situaci potřebuje terapeut zvážit, zda určení a ověřování platnosti těchto přesvědčení má v této fázi terapie význam, nebo zda se tím nezvýšila nedůvěra pacienta v terapii vůbec. Pokud jde o druhý případ, je vhodné několik prvních sezení strukturovat jen minimálně a postupně upevňovat strukturu sezení až v době, kdy se již vytvořil pevnější terapeutický vztah.

## 5.1 Literatura

1. BECK, J. S.: *Cognitive approaches to personality disorders*. In: Wright, J. H., Thase, M. E. (eds.): *Cognitive therapy. Review of Psychiatry*, 1997: 16, Section I: s. 73–106.
2. FENNEL, M. J. V.: *Deprese*. In: Hawton, K., Salkovskis, P.M., Kirk, J., Clark D. M. (eds.): *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems*, Oxford University Press, 1989 (přeložil Petr Možný).

# 6

## Terapeutický vztah v KBT

Ján Praško, Petr Možný, Miloš Šlepecký

Behaviorální terapeuti původně nepřikládali terapeutickému vztahu velký význam. Byli přesvědčeni o tom, že léčí samotná metoda. Výzkum v rámci různých psycho-terapeutických škol však přinesl přesvědčivé důkazy o významu společných faktorů různých psychotherapeutických přístupů. V praxi se dynamický psychoterapeut úplně nezříká behaviorálních technik (relaxace, behaviorální hraní rolí), a naopak behaviorální terapeut vykazuje charakteristiky jinak běžně spojované s terapií dynamickou, když zdůrazňuje, že dosažitelná a měřitelná léčebná změna je možná pouze v kontextu terapeutického vztahu. Tyto nálezy vedly k vytvoření meta-teorie psychoterapie. Zatímco eklekticismus je prosté směšování různých technik a postupů, *meta-model psychoterapie* (koncept společných faktorů) popisuje mechanismus platný pro všechny formy psychoterapie.

### 6.1 Fázový model KBT postupu

Pro využití v rámci kognitivně behaviorální terapeutického postupu se hodí tzv. *fázový model* (podle Kanfera a Grimma). Jde o procesní model, který vytváří most mezi sociálním vlivem a strukturováním terapeutického vztahu a procesu, což je typické pro KBT. Terapie je zde chápána jako kooperativní proces řešení problémů. Struktura a vedení terapie jsou popisovány jako rozhodovací proces terapeuta během vyšetření a během plánování léčby s případným doplňkem interpersonálních aspektů. Jde o *sedmifázový proces* (podle Zbytovský, 2002):

1. fáze: definování role a vývoj terapeutické aliance,
2. fáze: vytváření ochoty (vůle) ke změně,
3. fáze: behaviorální, kognitivní a funkční analýza,
4. fáze: léčebný program,
5. fáze: vedení léčby,
6. fáze: monitorování a hodnotící proces,
7. fáze: generalizace pokroku v léčbě a vztahové odpoutání.

Nálezy výzkumných studií velkého počtu specifických terapeutických metod, motivujících pacienty, umožnily zobecnit aspekty těchto postupů, které posilují vytváření terapeutického vztahu na počátku či během terapie (Zbytovský, 2002):

- A. *Zdůraznění odbornosti.* 1) Terapeut vytváří důvěru v sebe jako osobnost. 2) Terapeut podporuje důvěru v terapeutický postup. 3) Terapeut poskytuje informace.
- B. *Zvyšování atraktivity.* 1) Terapeut přijímá pacienta bezpodmínečně. 2) Terapeut je laskavý. 3) Terapeut je empatický.
- C. *Vytváření pracovní aliance.* 1) Terapeut podněcuje aktivní spoluúčast na léčebném postupu. 2) Terapeut vyvíjí tlak. 3) Terapeut zahrnuje do léčebného vztahu třetí osobu.
- D. *Pomoc s procesem změny.* 1) Terapeut stvrzuje léčebný postup. 2) Terapeut poskytuje podporu. 3) Terapeut nabízí pomoc.
- E. *Využívání změny přístupu.*

## 6.2 Navazování a udržování terapeutického vztahu

V posledních letech je tedy důležitost navázání kvalitního terapeutického vztahu velmi zdůrazňována i v rámci kognitivně behaviorální terapie. Terapeut na tom pracuje od prvního setkání s pacientem, vystupuje v roli experta, který nabízí pomoc, ale současně jasně vymezuje spolupráci. Tehdy se začínají uplatňovat přenosové a protipřenosové mechanismy, zjišťuje se motivace pacienta k léčbě. Velmi podstatný je způsob interpersonálního reagování. Terapeut se koncentruje na vlastní sociální dovednosti a využívá je strategicky tak, aby vytvářel atmosféru, ve které se stává terapie pro pacienta atraktivní.

Co je to psychoterapeutický vztah? Psychoterapeutický vztah je určitá zvláštní vazba mezi pacientem a terapeutem, která se vytváří v procesu léčby. Jeho základem pro pacienta je pocit bezpečí. Tvoří se od prvního setkání a patří k nejvýznamnějším činitelům psychoterapeutického procesu – bez ohledu na druh použité metody nebo směru. Každý kontakt terapeuta s pacientem má účinek terapeutický nebo antiterapeutický. V tomto vztahu je ze strany pacienta obsažena důvěra v lékařovu kompetenci a morálku, ze strany terapeuta pochopení a přijetí pacienta a úcta k němu. K základním předpokladům vytvoření dobrého terapeutického vztahu patří motivace pacienta k léčbě a schopnost spolupráce. U řady psychických poruch (ale také u somatických nemocí) se můžeme setkat s pacienty s narušenými interpersonálními vztahy a s rigidním neadaptivním systémem chybných předpokladů o ostatních. To spolupráci znesnadňuje. Své dřívější nepříjemné zkušenosti pacient zobecňuje na všechny lidi nebo autority, včetně terapeuta. Úkolem terapeuta je pak nezaujímat role, do kterých je někdy pacientem manévrován, ale chovat se autenticky a přitom s porozuměním k některým jeho neadekvátním projevům. K nejnamáhavějšímu v dobré psychoterapeutické práci rozhodně patří vyvarovat se komplementárního chování, např. nereagovat na agresi pacienta protiagresí, neposkytovat úlevy při pacientově nadměrné loajalitě ap. Ve všech psychoterapeutických školách je důraz kladen hlavně na terapeutovu kongruenci (opravdovost), empatii (schopnost vcítění se) a akceptaci pacienta. Na rozdíl od těchto tří základních předpokladů se v různých terapeutických směrech liší míra

direktivity ve vztahu lékař – pacient. Při direktivním přístupu terapeut pacientovi poskytuje informace a léčebné pokyny. Je běžný v klasické behaviorální terapii, při sugestivních metodách a všeobecně v psychoterapii zaměřené na zmírnění příznaků. Nedirektivní metody vedou pacienta k otevřenějšímu sdělování nejistot a konfliktů a terapeut se snaží přispět k jeho větší osobní zralosti tím, že mu usnadňuje vhled do jeho osobnosti pomocí zpětné vazby a konfrontace se skutečností. Místo udílení pokynů bývají probírány různé alternativy chování a zvládání problémů. Nedirektivní metoda je typická pro zkušenostní psychoterapeutické směry. Kognitivně behaviorální terapie využívá obou přístupů. V určitých fázích terapie (např. na počátku) a u určitých pacientů (např. u mentálně handicapovaných) se pracuje více direktivně, v jiných fázích léčby nebo u mentálně zdatných pacientů se používá zejména nedirektivních přístupů.

Terapeut vystupuje v KBT terapii v roli odborníka na psychické potíže a na řešení problémů s nimi spojených. Je schopen pacientovi poskytnout obecné informace o mechanismech vzniku a udržování jeho potíží a učit jej postupům, pomocí nichž dokáže své potíže zvládat a své problémy řešit. Role terapeuta v KBT je nejbližší roli učitele. Pacient je spíše pokládán za studenta, není označován za nemocného, ale za člověka s problémem. Terapeut jej učí metodám, jak tento problém zvládat. Pokud terapie probíhá ve skupině, tato skupina je vlastně celou „školní třídou“. Látka se procvičuje formou zadávání domácích cvičení, jejichž provádění terapeut kontroluje, a povzbuzuje snahu pacienta pozitivní zpětnou vazbou. Pokud pacient cvičení nezvládne, není kritizován, ale terapeut mu nabídne jiné cvičení, případně se původní cvičení zjednoduší a postupuje se po menších krocích. Terapeutovo chování se vyznačuje aktivitou, jasností a jednoznačností. Je vzorem přiměřeného optimismu, sám demonstruje přesvědčení, že problémy jsou řešitelné a že je možné najít východisko společně s pacientem. Pro provádění kognitivně behaviorální terapie jsou důležité tytéž vlastnosti terapeuta, které se považují za důležité i v jiných psychoterapeutických směrech. Je třeba, aby měl pacient pocit bezpečí, pocit, že může otevřeně mluvit o důležitých a často pro něj velmi nepříjemných tématech. K tomu je nezbytná vřelá a důvěrná atmosféra bez cenzury a empatický terapeut, který je jasně odhodlán pacientovi pomoci překonat jeho současné obtíže. Terapeut má mít obecné vlastnosti dobrého psychoterapeuta: schopnost empatie, kongruence, vyjadřování podpory a vřelosti, důvěryhodnost, pozitivní emoční zaujetí a nezávislost.

Terapeut je v práci s pacientem, zejména zpočátku, aktivní a povzbuzující. Obsah každé automatické myšlenky je chápán jako hypotéza, která je ověřována dvěma vědci. Oba sbírají údaje potvrzující nebo odmítající tuto hypotézu (Rush, 1982). Aby posílil racionální spolupráci, terapeut usměrňuje postup krok za krokem, přičemž pacientovi poskytuje instrukce a doplňkovou četbu. Pacientovu aktivní spolupráci může zpočátku komplikovat nedostatek energie nebo motivace a potíže s koncentrací. Proto terapeut přizpůsobuje terapeutický plán pacientovým možnostem a stanovuje mu adekvátní úkoly. Hlavní role terapeuta je edukativní – instruuje pacienta, radí mu, jak racionálně uvažovat, a aktivně ho vede během

systematického testování reality. Ukazuje na automatické myšlenky, pomáhá identifikovat dysfunkční myšlenky v pacientových popisech nedávných zkušeností, probírá s ním domácí cvičení, dává mu konkrétní zpětnou vazbu. Po celou dobu udržuje pozitivní alianci. Vyhýbá se posilování přenosu, který by mohl vést ke zklamání a dysforickým reakcím. Těmto reakcím se nelze vždy vyhnout, pak je důležité je zpracovat pomocí testování v realitě: pacient popíše všechny charakteristické atributy terapeuta a společně je logicky analyzují, podobně jako jiné kognitivní distorze. Balcar (1992) připodobňuje terapeutický vztah v kognitivní terapii následujícím způsobem:

Člověk selhává a sám si není schopen pomoci. Ale ani terapeut sám pro něj nic nemůže udělat. Proto se ti dva spojí k tomu, aby terapeut pacienta dovedl k určitým dovednostem. Terapeut pomáhá něco nového tvořit, ale jenom proto, aby si těmi dovednostmi mohl pacient pomoci sám.

Důležitým aspektem KBT je směřování k samostatnosti pacienta, který sám problematiku studuje, provádí domácí cvičení mezi sezeními, vytváří svoje vlastní hypotézy o problému a o možnostech jeho řešení.

Jak bylo zmíněno výše, míra direktivity terapeuta se však v KBT může lišit podle fáze terapie i podle typu problémů. Specifickým rysem terapeutického vztahu v KBT je tzv. *empirická spolupráce*: terapeut a pacient tvoří něco jako „vědecký tým“, který společně zkoumá možnosti řešení pacientových problémů. Oba zúčastnění jsou rovnocenní, o jednotlivých krocích spolu diskutují, používají zpětné vazby. Pro dobrou spolupráci při řešení problému je potřebná příjemná, pozitivně laděná atmosféra. V tomto týmu jsou si všichni rovni v tom smyslu, že každý může přispět svým vlastním míněním a navrhnout vhodný postup. Zatímco terapeut má více obecných znalostí z oblasti psychopatologie a psychoterapie, pacient má více konkrétních znalostí o svém vlastním problému. Terapeut se musí přizpůsobovat pacientovým možnostem a schopnostem, vzít v úvahu jeho aktuální stav, např. nedostatek energie, problémy v soustředění, depresivní náladu ap. Domácí cvičení jsou vždy výsledkem vzájemné dohody. Pokud pacient určité domácí cvičení nesplní, terapeut jej za to nekritizuje a neobviňuje jej z nedostatku motivace, ale zaměří se na hledání příčin tohoto selhání, tak, aby příště pacient úkol zvládl. Terapeut není v roli žádného „mudrce“, který „už ví“, tváří se tajuplně a nechává si řadu postřehů pro sebe. Na případné otázky pacienta se snaží upřímně odpovědět, otevřeně mu sděluje svá pozorování, převádí je do hypotéz, diskutuje o nich s pacientem a následně s ním testuje jejich pravdivost. Je důležité hned na počátku nastolit rámec spolupráce:

**Terapeut:** V průběhu dalších 12 týdnů budeme spolupracovat, ale pro cokoliv se rozhodneme, musíme rozhodovat spolu. Jsou nějaké těžkosti, které brání udělat to a to?

Hned na počátku terapie má být pacient informován o tom, že KBT je z velké části svépomocný přístup – sám se bude učit, jak řešit problémy, zvyšovat svou aktivitu

a snižovat úroveň svých potíží. Terapeut mu pouze pomáhá hledat problémy, určovat cíle a učit jej terapeutickým metodám, které však musí pacient používat sám, z velké části v běžném životě za domácího cvičení. Hlavní část léčby musí proběhnout mimo vzájemná setkání – v každodenním životě. Pacient musí dostat do praxe to, co se v sezeních naučil. Terapeutický vztah je založen na spolupráci. Terapeut očekává, že pacient bude spolupracovat velmi aktivně jak ve sběru informací, použití technik a podávání zpětné vazby terapeutovi, tak ve vyhledávání vlastních přístupů. Aby tento rámec byl pacient schopen akceptovat, potřebuje terapeutovi důvěřovat. Sám mnohdy přichází do terapie s očekáváním výrazné dominance a direktivity terapeuta a jiná definice vztahu ho někdy zarazí. Chybným, ale častým předpokladem bývá, že terapeut vyřeší jeho problémy pomocí speciálních rad. Nicméně definice vztahu jako rovnocenné spolupráce při řešení problému je nutná – brání iracionálnímu připoutání pacienta k terapeutovi, jeho regresi do role dítěte, a dlouhodobě posiluje sebedůvěru pacienta v řešení vlastních problémů.

K navození důvěry slouží zejména terapeutova empatie, pomoc při orientaci v problémové oblasti, vysvětlení modelu nemoci a přístupu v léčbě. Od počátku pohovoru se terapeut soustředí na člověka, který sedí před ním. Vždy záleží na pozornosti a taktu. Není nutné zjišťovat o pacientovi všechny důvěrné informace – může to působit jako dotěrnost a v poslední době se ozývají hlasy, že je to vlastně neetické. Avšak je potřeba dobře zmapovat vše, co se dotýká vlastního problému. Je velmi důležité zmapovat si i pozitivní zdroje, které má pacient k dispozici, o co se může opřít ve své osobnosti, dovednostech, chování, zkušenostech i okolnostech. Pak si terapeut může vytvořit „pozitivní diagnózu“ jako protipól diagnózy negativní, kterou si profesionálně postaví automaticky. „Pozitivní diagnóza“ je potřebná k vytvoření terapeutova zaujetí, „fandění“ pacientovi, laskavosti a trpělivosti. Nesmí být ale nepravdivá, pacient i terapeut potřebují reálné opěrné body.

Vytvoření atmosféry terapeutického vztahu je pak základem pro velmi konkrétní a přesné řešení pacientových problémů. Bezbréhosti a vágnosti terapie se bráníme společnými a konkrétními definicemi problémů i cílů terapie, definicemi, které jsou měřitelné. Nastalé změny jsou pak jasně patrné, je možno ověřovat účinnost jednotlivých strategií.

Dalším důležitým aspektem terapeutického vztahu v KBT je pacientovo učení se pomocí nápodoby terapeutova chování. Terapeut by měl být pro pacienta vzorem v tom, jak druhého člověka respektovat, důvěřovat mu, být čestným, pravdivým, přemýšlivým a přirozeným.

Jakkoliv může být terapeut přesvědčen, že určitá pacientova myšlenka je iracionální, neměl by ho „poučovat“ a vnucovat mu jiné, pozitivnější alternativy myšlení. Místo toho by měl pacientovu negativní myšlenku brát jako hypotézu, k jejímuž potvrzení či vyvrácení ve spolupráci s pacientem shromažďují důkazy. Terapeut by se neměl snažit nalézt odpověď na všechny negativní myšlenky pacienta, spíše by mu měl klást různé otázky a plánovat s ním různé behaviorální experimenty. Ty by měly pacientovi pomoci, aby dokázal své negativní myšlenky přehodnotit a nalézt na ně vlastní odpovědi.

## Co potřebuje nemocný od terapeuta

Již způsob vedení prvního rozhovoru může rozhodnout o míře pacientovy důvěry v léčbu a o jeho ochotě ke spolupráci.

**Tabulka 6.2.1:** Co potřebuje nemocný od počátku léčby?

1. Orientaci v situaci, vysvětlení, co se s ním děje.
2. Pomoc při přijetí poruchy jako problému, který se dá léčit.
3. Pomoc při uvolnění a zmírnění záporných emocí (strach, úzkost, smutek, bezmoc).
4. Snížit pocity viny a zabránit nálepkování duševní nemoci.
5. Vytvořit naději na vyléčení a stále ji podporovat.
6. Podporu a přijetí – pocít, že není na své problémy sám.
7. Trpělivé vyslechnutí terapeutem, projevy akceptace, úcty, zájmu, pochopení a vcítění.
8. Otevřený rozhovor o jeho onemocnění, průběhu, o osobní historii.
9. Plán léčby a vysvětlení jejího postupu.
10. Přiměřené informace a účincích léků a hlavních vedlejších účincích.
11. Stanovení krátkodobých cílů přiměřených pacientovým možnostem.
12. Systematický postup po malých krocích.
13. Možnost aktivně spolupracovat, spolupodílet se na léčbě.
14. Průběžné udržování kontaktu, otevřeně sdělování informací o metodách léčby, plánu léčby, o případných změnách.
15. Ocenění a pochvalu snahy o spolupráci.

První pohovor má velmi důležitou roli na počátku terapie, protože se terapeut i pacient orientují v tom, co se děje. Utváří se počátek terapeutického vztahu, domlouvají se pravidla a strategie léčby. První rozhovor má diagnostické, rozhodovací a terapeutické cíle.

Pomocí empatických poznámek („Rozumím vám“, „Chápu váš smutek“) poskytuje terapeut pacientovi pocit, že mu rozumí a je na jeho straně. Pacienti jsou citliví na banální optimismus, snadno poznají, že spíše vyjadřuje potřeby terapeuta než jejich vlastní pocity. Řada pacientů má tendenci k nerealistickým očekáváním od terapeuta a pak se může stát, že jsou zklamaní a zoufalí, když zjistí, že se jejich stav nemění ihned. Je třeba udržovat jejich naději na vyléčení a vysvětlovat nutnou dobu trvání terapie. Z otázek zaměřených na orientaci v situaci, trpělivého naslouchání, citlivých empatických reflexí a jednoduchého vysvětlení nemoci a způsobu léčby může pacient nabýt jistoty, že je léčen kompetentně a s pozitivní emoční pozorností. Tomu napomáhá zejména vyváženost mezi racionalitou (informace o nemoci, o léčbě a jejích strategiích) a emocionalitou (empatie, povzbuzování naděje) terapeuta.

Pacient může na terapeuta reagovat různě. Od nadměrného očekávání rychlého zázraku, přes nedůvěru v léčbu, k odmítání léků, odmítání návštěv ap. Na všechny tyto reakce potřebuje být terapeut připraven a schopen je laskavě přijmout a trpělivě korigovat.

## 6.3 Přenos a protipřenos

U nekomplikovaných psychických poruch a při řešení jednoduchých problémů se v KBT nezabýváme analýzou terapeutického vztahu. Pokud pacient terapeutovi bazálně věří a dobře spolupracuje, je terapeut v roli pomáhajícího odborníka, který pacientovi vysvětluje jednotlivé kroky a povzbuzuje ho v jejich samostatném provádění. Pacient na terapeutovi nebývá závislý a nepotřebuje ho jinak než jako experta v průběhu své terapie. Vztah je v těchto případech nekomplikovaný.

Naopak u pacientů trpících poruchou osobnosti se terapeutický vztah stává ohniskem terapie. Jeho kvalita rozhoduje o tom, zda bude pacient v terapii pokračovat a zda bude ochoten spolupracovat na jednotlivých cílech terapie. Terapeut musí od počátku dávat najevo, že přijímá pacienta takového, jaký je. Jasně rozlišuje jednotlivé aspekty chování a myšlení od *lidské hodnoty* pacienta. Nabízí společnou analýzu způsobů, jak pacient hodnotí situace a jak na ně reaguje, a společné vypracování plánu, jak jeho postoje a chování změnit tak, aby mu přinášely více spokojenosti. U poruch osobnosti může být terapeutický vztah využíván *k identifikaci* automatických myšlenek i dysfunkčních předpokladů a jádrových přesvědčení pacienta, zejména když se v průběhu sezení nebo terapie aktivují dysfunkční přesvědčení, týkající se vztahu mezi terapeutem a pacientem (Beck, 1997). Potíže s vytvářením terapeutického vztahu mohou odrážet pacientovy potíže ve vztazích mimo terapii (přenos) a jejich zkoumání může pomoci odhalit jak pacientova přesvědčení, tak jeho obvyklé kompenzační strategie. Sám terapeut potřebuje pravidelně zkoumat své myšlenky a chování k pacientovi, které mohou mít základ v jeho vlastních dysfunkčních postojích. Velmi důležitá je proto supervize. Při léčbě poruch osobnosti nebo při komplikovaných případech se tedy i v rámci KBT stává terapeutický vztah důležitým nástrojem terapie (Linehan a Kehrer, 1993).

**Tabulka 6.3.1:** Příklady některých druhů přenosu a možné reakce terapeuta

| TYP PŘENOSU            | PŘÍKLAD TYPICKÝCH MYŠLENEK                                                                                                                       | EMOČNÍ REAKCE                              | CHOVÁNÍ                                                                                                              | VHODNÉ REAKCE TERAPEUTA                                                                                                                                                               |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mírný pozitivní        | Terapeut mi chce pomoci, rozumí mi, je lidský a ochotný, svoji práci dělá velmi dobře – tak mi pomůže                                            | Příjemné naladění                          | Spolupráce, ochota dělat úkoly                                                                                       | Žádná                                                                                                                                                                                 |
| Obdivující – nezávislý | Terapeut je skvělý podobně jako já. Je příjemné se setkávat s takovým člověkem, v něčem mi může poradit, samozřejmě pomoci si mohu jenom já sám. | Příjemné naladění až euforie při setkávání | Chuť diskutovat s terapeutem opačné postoje, mírně soupeřit, úkoly střídavě dělá a nedělá, zdůrazňuje svobodu vztahu | Otevřít narcistické postoje, diskutovat jejich „výhody a nevýhody“ v životě, „normalizace“ – ani jeden z nás není výjimečný víc než kterýkoliv jiný člověk, trvat na domácích úkolech |



| TYP PŘENOSU          | PŘÍKLAD TYPICKÝCH MYŠLENEK                                                                                     | EMOČNÍ REAKCE                                                 | CHOVÁNÍ                                                                                                                                                            | VHODNÉ REAKCE TERAPEUTA                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Obdivující – závislý | Terapeut je skvělý – jedině on mi může pomoci. Bez něho jsem ztracený, s ním dokáži všechno.                   | Euforické naladění střídá úzkost z možnosti opuštění          | Snaží se vcítit do potřeb terapeuta, přináší dárky, lichotí, plní domácí úkoly – není si jistý, zda dobře, chce ujištění, často požaduje rady, vysvětlení, podporu | Posilovat nezávislé chování, za domácí cvičení dát nezávislé kroky, probrat závislé myšlenky a diskutovat výhody a nevýhody závislých postojů a chování, nedávat ujištění, rady či další vysvětlení, expozice samostatným činnostem a úkolům                                 |
| Erotický             | Terapeut je ideální partner, vztah s ním mě zachrání, bylo by krásné s ním být, milovat se, splynout           | Zamilovanost, možná depersonalizace nebo „trans“ při kontaktu | Flirtování nebo naopak stydlivé stažení, nápadné oblékání, zamilované pohledy, filtrování sdělení (potřeba vypadat v lepším světle)                                | Dokud nenarušuje terapii, není potřebné řešit – odezní spontánně. Pokud blokuje léčbu, otevřít jako problém, probrat myšlenky a jejich vliv na chování, probrat „zdroje této potřeby“ v minulosti, citlivě, ale jasně se vyjádřit k vlastním postojům v terapeutickém vztahu |
| Bojácný – nedůvěřivý | Terapeut mě může kritizovat, ublížit mi, je silný, až zjistí, jaký jsem, odmítne mě, vysměje se mi, zavrhne mě | Strach, úzkost, stud                                          | Obtíže s očním kontaktem, cenzuruje, co sdělí, plní úzkostlivě úkoly, často mluví o své neschopnosti, hledá omluvy a vysvětlení, racionalizace, nedokáže důvěřovat | Často odezní v průběhu terapie s nabýváním důvěry, pokud déle narušuje léčbu, vhodné otevřít jako problém, pracovat s myšlenkami, hledat původ postojů v minulosti, jejich adaptivní a maladaptivní stránku, plánovat expozice s projevením „odvahy“ se chovat otevřeně      |

| TYP PŘENOSU | PŘÍKLAD TYPICKÝCH MYŠLENEK                                                                                                                | EMOČNÍ REAKCE                                                                      | CHOVÁNÍ                                                                                                                                                        | VHODNÉ REAKCE TERAPEUTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Útočný      | Musím ukázat svojí sílu, jinak mě připraví o svobodu a soudnost; buď vyhraje on, nebo já! Co si to vůbec dovoluje, musím ho usadit!       | Zlost, nenávisť, strach                                                            | Útočný hlas i pohled, slovní agrese: obviňování, vyčítání, vyhrožování, ojediněle i fyzická agrese                                                             | Dát zpětnou vazbu, že víme o jeho pocitech, negativním dotazováním a asertivním souhlasem, či zpětnou vazbou umožnit vyjádřit pocity zlosti, křivdy, pak probrat postoje, které za tím leží, jejich kořeny, projevy v chování, výhody a nevýhody. Až nakonec po poklesu pacientova napětí vyjádřit svůj postoj (oddělit chování od člověka jako celku) zpětnou vazbou |
| Vztahovačný | Terapeut mi schválně křivdí, zneužívá mě pro svoje potřeby nebo pro potřeby někoho jiného, je proti mně, má skryté motivy, nechová se fér | Hněv, strach, pocit ohrožení                                                       | Uzavírá se, nemluví o sobě, když, tak povrchně, může být nepřímo agresivní, nedělá úkoly, vynechává hodiny nebo přestává do terapie chodit                     | Dát zpětnou vazbu, otevřeně diskutovat situaci, pomoci prozkoumat odkud vztahovačnost pramení, probrat jiné vztahy, kde se objevuje. Zmapovat vztahovačné postoje, jejich výhody a nevýhody, vliv na chování. Experimentovat s důvěrou                                                                                                                                |
| Soupeřivý   | Jen ať se na mě nevytahuje, v řadě věcí jsem lepší, předvedu mu to, nedovolím, aby mě ponižoval                                           | Napětí, střídání pocitů euforie, vzteku, závislosti či bezmoci podle subj. „skóre“ | Skryté nebo otevřeně soutěží, zapáleně diskutuje všude, kde očekává „utkání“, racionalizuje neplnění úkolů, nebo je plní schválně tak, by ukázal, že to nejde. | Dát zpětnou vazbu na konkrétní situaci, propátrat soutěživé myšlenky a hlubší postoje, jejich zdroje, situace, kdy se objevují, chování, ke kterému vedou, pak výhody a nevýhody, včetně toho, co dělají v terapii.                                                                                                                                                   |

| TYP PŘENOSU | PŘÍKLAD TYPICKÝCH MYŠLENEK                                                            | EMOČNÍ REAKCE                                         | CHOVÁNÍ                                                                                                                                                     | VHODNÉ REAKCE TERAPEUTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pohrdavý    | Nemá na to! Je to slaboch (hlupák, blázen ap.). V čem ten mi může pomoci? Mám převahu | Pohrdání, netrpělivost, vztek                         | Dává najevo pohrdání, opovržlivě komentuje akce terapeuta, odmítá dělat domácí cvičení, vynechává hodiny nebo přestává do terapie chodit.                   | Dát zpětnou vazbu o konkrétním chování, propátrat myšlenky a postoje, pak najít jejich původ, v kterých situacích fungují, k jakému chování vedou, výhody/ nevýhody pro vztahy a život, jak působí v léčbě                                                                                                                           |
| Žárlivý     | Dává přednost jiným, o mě nestojí                                                     | Vztek, lítost                                         | Stažení se nebo naopak vyčítání, někdy rozhněvané výbuchy, měření času sezení (u sebe i druhých), monitorování projevů přízně a nepřízně u druhých a u sebe | Zeptat se na myšlenky, související s lítostí (zranění v terapeutickém vztahu), pak pomoci otevřít myšlenky, emoce a chování týkající se vzteku. Probrat důvody v minulosti (sourozenecké pozice ap.) a jejich vliv na chování, emoce a vztahy v různých životních situacích, výhody/ nevýhody pro vztahy a život, jak působí v léčbě |
| Majetnický  | Je tady pro mě, musí mi být vždy k dispozici                                          | Euforické pocity střídá vztek podle chování terapeuta | Suverénně se chová, často telefonuje, chodí mimo domluvený čas, zlobí se, když terapeut nemůže, vyčítá nebo slovně utočí, uráží se                          | Probrat myšlenky a postoje, jejich původ v minulosti (vlastnění jako opak strachu z opuštění), myšlenky, emoce a chování v různých vztazích včetně terapeutického, kde se potřeba „vlastnění“ projevuje, výhody a nevýhody                                                                                                           |

**Tabulka 6.3.2:** Příklady protipřenosu a možné strategie změny

| TYP PROTIPŘENOSU  | PŘÍKLAD TYPICKÝCH MYŠLENEK                                                                                                                                   | EMOČNÍ REAKCE                                       | CHOVÁNÍ                                                                                                                                                                                                       | STRATEGIE ZMĚNY                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mírný pozitivní   | Je mi sympatický, pěkně spolupracuje, fandím mu, půjde to dobře                                                                                              | Příjemné naladění                                   | Spolupráce, podpora, vcítění, obětavost                                                                                                                                                                       | Žádná                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Obdivující        | Ten člověk je výjimečný (krásný, originální, inteligentní apod.)                                                                                             | Obdiv, fascinace                                    | Terapeut nedělá dostatečné vyšetření, nevede terapii, případnou nespolečnou práci pacienta bagatelizuje, nepožaduje plnění domácích cvičení, má tendenci fascinovaně si povídat o pacientových výjimečnostech | Ujasnit si vlastní postoje, jejich kořeny, vliv na chování, výhody a nevýhody pro vedení terapie. Nutná supervize. „Normalizace terapie“ – vést stejně jako u jiných. Pokud nejde změnit chování a držet standardní terapii, možné s pacientem otevřít, případně ho předat jinému terapeutovi                 |
| Nadměrně ochranný | Neporadí si sám, potřebuje pomoc, radu, bude to moje chyba, když se mu něco stane                                                                            | Strach, nejistota                                   | Radí, chrání, ujišťuje, ubezpečuje, řídí a kontroluje pacienta, nenechává ho samostatně jednat, skrytě zpochybňuje pacientovy schopnosti                                                                      | Ujasnit si vlastní postoje, jejich kořeny, vliv na chování, výhody a nevýhody pro vedení terapie. Nutná supervize. Přestat s direktivitou vedení, nechat plánování na pacientovi, přestat zabezpečovat. Pokud to nejde – předat jinému terapeutovi.                                                           |
| Erotický          | Je přitažlivá(ý), bylo by s ní (ním) hezky. Jediný její (jeho) problém je, že má nedostatek něhy (sexu, pozornosti ap.). Sní sexuální fantazie o pacientovi. | Fascinace, „trans“ nebo depersonalizace při setkání | Flirtuje, nápadně „chrání“, „nechtěně“ se dotýká, s chutí velmi často mluví o sexu, v nejhorším případě nabízí „sexuální terapii“ a s pacientkou / pacientem se sexuálně stýká                                | Přestat s racionalizací sváděcího chování, zastavit ho, přiznat si protipřenos, najít si supervizi, ujasnit si vlastní motivy, jejich kořeny, vliv na chování, nevýhody pro vedení terapie. Pokud nejde přesto vést standardní terapii – předat jinému terapeutovi. Ani pak však sexuálně vztah nekonzumovat. |

| TYP PROTIPŘENOSU | PŘÍKLAD TYPICKÝCH MYŠLENEK                                                                                  | EMOČNÍ REAKCE           | CHOVÁNÍ                                                                                                                                                                                                         | STRATEGIE ZMĚNY                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bojácný          | Může mi ublížit, vysmát se mi, odmítnout mě, ukázat, že jsem neschopný, hloupý ap.                          | Strach, úzkost, stud    | Mluví tiše, nedokáže mít odstup, vedení terapie nechává na pacientovi, sám do ní nevstupuje (někdy si to racionalizuje „empatickým vedením“), bojí se sdělit, co si myslí, s pacientem nediskutuje alternativy. | Pracovat na svém sebevědomí a sebedůvěře, pokud je to reakce na agresivní přenos pacienta – pomoci pacientovi zpracovat přenosovou reakci. Vždy nutná supervize. Pokud nejde přesto vést standardní terapii – předat jinému terapeutovi.                                          |
| Útočný           | Je to psychopat, ignorant (málo se snaží, chce jen výhody, sekundární zisky ap.). Otravuje mě. Já mu ukážu! | Vztek, rezonance        | Moralizuje, poučuje, vyčítá, bagatelizuje pacientovy potřeby, nemá čas, pacienta „seřve“                                                                                                                        | Uvědomit si svoje agresivní postoje a chování, přestat je racionalizovat či opírat o názory podobně postižených terapeutů, Ujasnit si kořeny těchto postojů, vliv na chování, nevýhody pro vedení terapie. Pokud nejde přesto vést standardní terapii – předat jinému terapeutovi |
| Nedůvěřivý       | Co po mně vlastně chce? Něco má za lubem (proti mně)!                                                       | Obava, napětí, vztek    | Stažení se, pracuje s pacientem jen „formálně“, číhá na „skryté motivy“, snaží se terapii zrušit                                                                                                                | Pracovat na svém sebevědomí a sebedůvěře, nutná supervize, zpracovat svoje postoje, jejich původ a působení. Pokud nejde přesto vést standardní terapii – předat jinému terapeutovi.                                                                                              |
| Soupeřivý        | Ať si nemyslí, že se na mně bude vyťahovat.                                                                 | Střídavě napětí a pýcha | S pacientem soupeří v názorech, „kdo má pravdu“, chlubí se a předvádí, špatně nese „pacientovy výhry“, málo povzbuzuje, necítí se                                                                               | Pracovat na svém sebevědomí a sebedůvěře, nutná supervize, zpracovat svoje postoje, jejich původ a působení. Pokud nejde přesto vést standardní terapii – předat jinému terapeutovi                                                                                               |

| TYP PROTIPŘENOSU | PŘÍKLAD TYPICKÝCH MYŠLENEK                                                        | EMOČNÍ REAKCE                | CHOVÁNÍ                                                                                                                                    | STRATEGIE ZMĚNY                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pohrdavý         | Je to hlupák (slaboch, blbec, hysterka, obsedant ap.). Nudí mě. Ať už neotravuje. | Pohrdání, nuda, vztek, pýcha | Dává pohrdavé rady, bagatelizuje pacientovy potíže i postoje, posmívá se, nemá čas, netrpělivě vstupuje do pacientova sdělení, nenaslouchá | Pracovat na svých mezilidských vztazích, jít do výcviku (případně dalšího, protože předešlý zjevně velký význam neměl), zpracovat svoje postoje, jejich původ a působení na druhé. Při vedení terapie nutná supervize, pokud to přesto nejde – předat jinému terapeutovi. |

## 6.4 Psychogenní iatrogenie

Výraz iatrogenie (přesněji iatropatogenie) znamená poškození, které pochází z působení terapeuta. Je zlem, kterému se asi nelze vždy vyhnout, protože nikdy v plném rozsahu nevíme, co pacient prožívá a jak myslí. Jestliže však jsme k pacientovi empatičtí, poctiví, jde nám o něj a projevujeme o něj zájem, nebezpečí psychogenní iatrogenie snižujeme.

K psychogenní iatrogenii mohou vést jakékoliv informace, slovo, gesto, odložení odpovědi, tón hlasu, nepříjemný pocit při vyšetřování, nedostatečná vysvětlení ap. Zčásti sem patří výroky, které mají ráz výčitek, kárání („Měl jste mě poslechnout dříve“) nebo značek („Jste neurotik, hypochondr, chováte se hystericky ap.“). Psychologicky nepříznivě působí, je-li např. na terapeutovi patrný nedostatek času, netrpělivost a nepozornost k tomu, co pacient prožívá a na co myslí.

Psychogenní iatrogenie znamená, že dojde k přechodnému či trvalejšímu psychickému poškození pacienta vlivem určitého jednání a komunikace terapeuta nebo vlivem zdravotnického prostředí, ve kterém se pacient nachází. Z psychického poškození se jedná zejména o vyvolání nepřiměřených obav, úzkosti a strachu, které mohou vést k panice nebo častěji k depresi, či nadměrnému sebepozorování, které může posílit hypochondrizaci nebo fobie.

Nežádoucí působení terapeuta vychází jednak ze způsobu a obsahu komunikace, jednak z jeho zacházení s pacientem. Pokud jde o komunikaci, vzniká nebezpečí psychogenní iatrogenie tehdy, když se terapeut nevyjadřuje dostatečně jasně a srozumitelně, což může mít za následek úzkostné obavy pacienta stran jeho zdravotního stavu („Co když mám schizofrenii? Co když mi nejde pomoci?!“). Mnozí pacienti si vlastní fantazii – např. z terapeutových kusých informací – dotvoří obraz o svém stavu pesimistickým způsobem. Nebezpečí iatrogenie tedy vzniká, když terapeut s pacientem dostatečně nemluví o jeho poruše a nepomůže mu, aby si o ní vytvořil

reálnou představu. Dále nevhodně působí, když pacientovi něco vyčítáme a kládeme na něj požadavky, kterým nemůže dostát, a zároveň tím podmiňujeme zlepšení jeho zdravotního stavu nebo dokonce vyléčení. Tím u úzkostnějších nemocných zpochybňujeme naději ve změnu k lepšímu. Další typickou iatrogenií je bagatelizace pacientových obtíží. Když pacientovy potíže „nebereme“ vážně, říkáme mu, že to nic není, že se má vzchopit ap. Psychicky poškodit lze nejen tím, co terapeut řekne či udělá, ale i tím, co neřekne a neudělá (a udělat by měl). Psychicky traumaticky rovněž působí všechny silnější či překvapivé zásahy, na které není pacient předem připraven (např. náhle po něm požadujeme těžkou cvičnou expozici).

Samotné zdravotnické prostředí může působit silně iatrogenně. Např. když je nemocný v kontaktu s těžce nemocnými nebo s lidmi, kteří vyslovují často pochybnosti o smysluplnosti léčby (často na běžných psychiatrických odděleních).

**Tabulka 6.4.1:** Zásahy, kterých by se měl terapeut vyvarovat

- Zlehčovat utrpení nemocného větami typu: „Vzchopte se!“ ap.
- Moralizovat, mentorovat, obviňovat.
- Bránit pláči a plnému vyjádření záporných emocí, jako je zlost, smutek, úzkost, bezmoc.
- Pochybovat o potížích, jejich intenzitě, přednesené verzi nemoci, suicidálních úmyslech a eventuálních bludech.
- Slibovat brzké a snadné vyléčení.
- Klást úkoly a požadavky, které pacient není schopen plnit.
- Dělat za pacienta závažná rozhodnutí – změna práce, bydliště, rozchod s partnerem, odchod od rodičů ap.

## 6.5 Literatura

1. BECK, J. S.: *Cognitive approaches to personality disorders*. In: Wright, J. H., Thase, M. E. (eds.): *Cognitive therapy*. Review of Psychiatry, 1997, č. 16, Section I: s. I–73–I–106.
2. LINEHAN, M. M., KEHRER, C. A.: *Bordeline personality disorder*. In: Barlow, D. H. (ed.): *Clinical handbook of psychological disorders. A step-by-step treatment manual*. The Guilford Press, New York, 1993, s. 396–441.
3. ZBYTOVSKÝ, J.: *Terapeutický vztah v KBT*. In: 3. Česká konference kognitivně behaviorální terapie. Sborník abstrakt. Kroměříž, 16.–18. května 2002.

# 7

## Metody KBT

Ján Praško, Petr Možný

### Zaangažování (zapojení) pacienta do terapie

Nejdůležitějším úkolem prvního stadia terapie je zjistit, zda pacient je *vhodný* pro terapii, a pokud ano, *motivovat* ho k další spolupráci. Jedním z nejdůležitějších motivačních faktorů je vybudování nosného *terapeutického vztahu*, založeného na postupně se upevňujícím ovzduší vzájemné důvěry a respektu. Ke vzniku takového vztahu je zapotřebí dostatek času a následující dovednosti terapeuta:

- empatické naslouchání,
- kongruence v chování,
- vřelost a neodsuzující přijetí pacienta.

Pacient potřebuje cítit, že je přijímán s porozuměním, že mu terapeut fandí, neodsuzuje ho, stojí za ním. Potřebuje se svěřit. Pacienti s poruchou osobnosti často musí překonávat značnou nedůvěru k odborníkovi, zkoušejí ho, nejsou si jisti, zda je přijme, nebude moralizovat, kritizovat je nebo se na ně dívat svrchu. Terapeut musí v pacientovi vzbudit naději, že změna k lepšímu je možná. *Poučení* o možnostech léčby posiluje jak pacientovou důvěru k léčbě, tak jeho naději, a tím i jeho motivaci. Posílení motivace k léčbě je počátkem každé psychoterapie a je základem i dobré spolupráce při farmakoterapii. Pokud se nepodaří pacienta do terapie zapojit, nemůže být úspěšná a nemá smysl v ní pokračovat.

Prvním krokem nosného pracovního vztahu s pacientem je *stanovení problémů a cílů*, na kterých se pacient s terapeutem shodnou. Terapeutický vztah musí být vztahem vzájemné spolupráce. Je odpovědností terapeuta, aby pacienta upozornil, když se v sezení odchyluje od stanoveného cíle, a aby spolu s ním prozkoumal, jaké jej k tomu vedou důvody. Zdůraznění „my“ je důležité od počátku spolupráce. „Budeme spolu hledat možnosti, jak situaci změnit“, „Stanovíme si cíle, na kterých budeme společně pracovat“. Terapeut tak od začátku terapie zdůrazňuje, že k úspěchu může vést jen společné úsilí, že pacient nemůže čekat na zázrak, který způsobí terapeut. Součástí zaangažování do terapie může být uzavření terapeutického kontraktu, který může být písemný nebo jen ústně odsouhlasený – záleží na zvyku, písemný je však spolehlivější a pro pacienta více zavazující. Součástí kontraktu je dohoda o počtu sezení, jejich frekvenci, délce, náplni, dále pak definice problémů, které bude pacient s terapeutem řešit, stanovení cílů terapie, stanovení odpovědnosti na obou stranách.



Prochaska a DiClemente (1982) na základě poznatků o terapii pacientů závislých na alkoholu a jiných drogách popsali šest stadií procesu změny v psychoterapii a jak se během nich mění pacientova motivace k léčbě:

1. *Stadium prekontemplační* – pacient popírá poruchu (onemocnění) a není motivován k dosažení jakékoliv změny. Potřebu terapie pocítují spíše lidé v okolí pacienta, kteří jej někdy přimějí, aby navštívil terapeuta. Také může mít pacient v tomto stadiu léčbu nařízenou soudem.
2. *Stadium kontemplační* – pacient připouští, že je nemocen nebo má problémy a potřebuje léčbu, ale jeho motivace ke změně je kolísavá a ambivalentní.
3. *Stadium rozhodnutí* – pacient uznává, že má problémy, a rozhodl se, že se chce aktivně pustit do práce, je motivován k dosažení změny.
4. *Stadium akce* – pacient aktivně uskutečňuje kroky potřebné k dosažení změny. Pokud má úspěch, jeho motivace narůstá, pokud se setká s neúspěchem, jeho motivace klesá.
5. *Stadium udržovací* – pacient úspěšně dosáhl žádoucí změny a je motivován ji udržet a zabránit návratu potíží. Tato motivace však může během doby klesnout, takže může nastat další stadium.
6. *Stadium relapsu* – problémy a potíže se částečně nebo úplně vrátí.

Nízká připravenost k léčbě je typická pro pacienty ve stadiu prekontemplace a kontemplace. To se odráží v nespolupráci různými způsoby: pacient chodí pozdě na sezení nebo terapii vynechává, nebere léky nebo užívá ještě jiné, které neměl předepsané, radí se u dalších odborníků, musí ho přivádět rodina, neplní domácí úkoly ap. V těchto případech je hlavním cílem prvních setkání zvýšení motivace pacienta k léčbě a jeho převedení do stadia rozhodnutí a akce. Jedním ze způsobů, jak zvýšit motivaci pacienta k léčbě, je tzv. motivační rozhovor (Miller, 1983), při kterém se terapeut zaměřuje na důkladné probrání současné situace pacienta, výhody a nevýhody, které mu jeho současné chování přináší, a na ujasnění, jaké změny k lepšímu by pro něj byly žádoucí, aniž přitom pacienta nutí výslovně uznat, že je „nemocný“, „závislý“ ap.

Během vývoje KBT byla vytvořena celá řada léčebných metod a postupů. Klasické rozdělení na behaviorální a kognitivní metody je trochu umělé, protože se v řadě prvků často překrývají. Z didaktických důvodů se ho zde však podržíme:

- a) behaviorální metody,
  - b) kognitivní metody,
  - c) komplexní terapeutické programy.
- Zvlášť pak probereme skupinovou KB terapii.

## 7.1 Behaviorální metody

Behaviorální metody můžeme rozdělit na ty, které se zaměřují především na ovlivnění tělesných příznaků, a na metody zaměřené na ovlivnění zjevného chování.

K metodám zaměřeným na ovlivnění tělesných příznaků patří nácvik svalové relaxace a nácvik zklidňujícího dýchání.

Mezi metody zaměřené na ovlivnění zjevného chování patří expozice, sledování a plánování činnosti, vytváření nových způsobů chování a měnění existujících způsobů chování.

### 7.1.1 Nácvik svalové relaxace

Relaxace je účinnou metodou, pomocí které se pacienti mohou sami přesvědčit, že mohou mít příznaky napětí pod kontrolou. Jedním z nejjednodušších způsobů, jak dosáhnout určitého stupně relaxace, je pomocí zábavných a uvolňujících činností a pomocí pravidelných přestávek při náročné práci. Kromě toho může pacientům pomoci pravidelný nácvik v relaxačních technikách. Z něj mohou mít prospěch především pacienti, kteří uvádějí, že je pro ně velmi těžké se uvolnit, nebo kteří si stěžují na stálý pocit napětí.

Existuje celá řada způsobů nácviku relaxace. Ať již zvolíme kteroukoliv metodu, je nutné zdůraznit, že se jedná o dovednost, kterou je možno získat pouze opakováním cvičením. Cílem není být schopen relaxovat doma v křesle, ale umět to i při běžných denních činnostech, a dokonce i v situacích, kde se dostáváme do velkého napětí a úzkosti. K nejběžnějším přístupům při nácviku relaxace patří Schultzův autogenní trénink a Jacobsonova progresivní relaxace. Pro potřeby KBT je velmi vhodná aplikovaná relaxace, vytvořená Östem (1987).

#### 7.1.1.1 Aplikovaná relaxace

Ve většině studií, v nichž se zjišťovala účinnost aplikované relaxace, byl nácvik prováděn během osmi až dvanácti sezení a nelze očekávat, že by bylo možno celý program nacvičit během méně než sedmi sezení. Pokud však nemáme dostatek času k nácviku celého programu, pak může vést ke snížení úzkosti i zvládnutí jen některé jeho částí. Celý program nácviku Östovy aplikované relaxace uvádí Clark (1989):

##### *Teoretický úvod*

Je důležité, aby pacient byl před začátkem nácviku seznámen s jeho smyslem a teorií jeho účinnosti. Měl by dostat tyto informace:

„Když někdo pocituje úzkost, sestává tato reakce ze tří složek: fyziologická reakce (zvýšená tepová frekvence, pocení, napětí ve svalech), reakce v chování (snaha vyhnout se situaci vzbuzující úzkost, útek) a reakce v myšlení (negativní myšlenky jako „Určitě omdlím“, „To určitě nezvládnou“). Relativní poměr těchto složek je u každého různý, ale nejobvyklejší je, že určitá fyziologická reakce vyvolá určitou negativní myšlenku, která zase zvýší tuto fyziologickou reakci, čímž vzniká bludný kruh. Jedním z účinných způsobů, jak se z tohoto bludného kruhu dostat, je zaměřit se na fyziologickou reakci a naučit se ji zvládnout. Vzhledem k tomu, že úzkost vzniká velmi rychle a v celé řadě situací, účinný způsob relaxace je pouze takový, který umožní člověku, aby se uvolnil nejen tehdy, když si doma

sedne do křesla, ale v jakékoliv situaci, a přitom velmi rychle (během 20–30 vteřin). K tomu směřuje nácvik aplikované relaxace. Protože je snazší ovládnout úzkostnou reakci, když se uvolníte dříve, než dosáhne svého maxima, nácvik začíná tím, že se učíte rozeznat první varovné signály hrozící úzkosti. Potom si postupně projdete řadu různých cvičení, při kterých se budete učit relaxovat stále rychleji. Během nácviku můžete využívat naučené dovednosti ke zvládnutí úzkostí, které se ve vašem životě objeví. Nesmíte ovšem očekávat, že budete hned zpočátku zcela úspěšní, dokud jste nácvik nedokončili. Kromě toho se budete zpočátku učit relaxovat v době, kdy nepociťujete úzkost, protože je to daleko jednodušší. Stejně jako jiné dovednosti, např. jízda na kole, i aplikovaná relaxace vyžaduje opakované procvičování. Proto je během nácviku nutné cvičit každý den.“

### ***Jak rozeznat první příznaky napětí či úzkosti***

Aby si pacient dokázal všimnout již prvních příznaků úzkostné reakce, požádáme jej, aby si vedl záznam úzkostných epizod. V tomto záznamu si poznačí, v jaké situaci se záchvat úzkosti odehrál, jak byl intenzivní (na škále 0–10) a jaký byl vůbec první příznak, jehož si všiml (nejčastěji se jedná o nějaký tělesný pocit, např. sevření žaludku). Po pacientech chceme, aby si všímali časných příznaků úzkosti během celého nácviku relaxace.

### ***Progresivní relaxace (15–20 minut)***

Prvním krokem při nácviku aplikované relaxace je nácvik progresivní relaxace. Střídavým napínáním a uvolňováním svalů se pacienti učí rozlišovat tyto dva stavy a dokáží lépe určit, které části těla jsou v napětí. Abychom usnadnili přenesení do přirozených situací, pacienti během tohoto nácviku neleží na pohovce, ale sedí na pohodlné židli. Terapeut nejdříve předvede, jak je třeba jednotlivé skupiny svalů napnout a uvolnit. Pak toto cvičení provádí pacient a terapeut kontroluje, zda to dělá správně. Potom pacient zavře oči a terapeut jej vede, aby napínal a uvolňoval jednotlivé svalové skupiny ve správném pořadí a správném rytmu. Napětí obvykle udržuje po dobu asi 5 sekund, relaxaci po dobu následujících 10–15 sekund. Po projití všech svalů požádáme pacienta, aby zhodnotil na škále 0–100, jakého stupně relaxace dosáhl. Těto škály využíváme po celou dobu nácviku, abychom mohli sledovat dosažený pokrok. Terapeut musí zjišťovat, zda má pacient problémy s uvolňováním některých svalových skupin, a pomoci je překonat. Pro potřeby progresivní relaxace si tělo rozdělíme na dvě části. Během prvního sezení nacvičujeme relaxaci rukou, paží, tváře, krku a ramen. Ve druhém sezení přibereme i zbytek těla. V každém sezení probíráme tyto hlavní svalové skupiny a udělíme tyto instrukce:

#### ***První sezení***

Zatněte pravou pěst tak, abyste cítili napětí v pěsti a v zápěstí... zatněte levou pěst tak, abyste cítili napětí v pěsti a v předloktí... ohněte loket a zatněte biceps, přičemž ruce nechte uvolněné... natáhněte paže a zatněte triceps, přičemž si předloktí opřete o židli, ruce jsou uvolněné... nakrčte čelo a zvedněte obočí... přiblížte obočí k sobě (jako při

zamračení)... napněte svaly kolem očí... napněte čelisti tím, že sevřete pevně rty... zatlačte jazykem silně proti patru, rty jsou zavřené, všimněte si napětí v hrdle... sevřete pevně rty... zakloňte hlavu jak nejdál to jde (proti židli)... zatlačte bradu proti hrudi... zvedněte ramena k uším a zakružte jimi.

### **Druhé sezení**

Nejdříve si projděte cvičení, které jste se naučili v prvním sezení. To by mělo trvat asi 10 minut. Po skončení cvičení s rameny přejděte rovnou k další sadě cvičení:

Dýchejte klidně a pravidelně břichem... zhluboka se nadechněte, naplňte zcela plíce, zadržte dech na několik vteřin a pak pasivně vydechněte... napněte svaly břicha... napněte hýždě... napněte stehna... napněte lýtky a šlapky, tlačte je dolů... napněte chodidla a tlačte je dolů, prsty nohou tlačte vzhůru... stále klidně a pravidelně dýchejte břichem.

Po každém sezení zadejte za domácí úkol procvičování progresivní relaxace dvakrát denně po dobu asi 15–20 minut. Pacienti si mohou zvolit místo a čas, které jim vyhovují a kdy nebudou rušeni. Měli by si vést záznam, jak dlouho jim relaxace trvá a jakého stupně uvolnění dosáhnou (na škále 0–100).

### **Pouze uvolnění (5–7 minut)**

Cílem tohoto stadia nácviku je zkrátit dobu potřebnou k dosažení relaxace tím, že vynecháme fázi napětí. Sezení začíná tím, že pacienta požádáme, aby klidně dýchal a přitom se co nejvíce uvolnil. Terapeut pak pacientovi dává pokyny, aby uvolňoval postupně jednotlivé skupiny svalů, počínaje hlavou až do konečků prstů u nohou. Instrukce mohou znít takto:

„Dýchejte klidně, pravidelně... přitom cítíte, jak se s každým výdechem stále více a více uvolňujete... poddejte se tomu... uvolněte čelo... obočí... víčka... tváře... jazyk... celý obličej... uvolněte krk... ramena... paže... až do konečků prstů... stále klidně a pravidelně dýchejte... pocit uvolnění vám přechází do břicha... uvolněte hrudník... záda... hýždě... stehna... kolena... lýtky... chodidla, až do konečků prstů... dýchejte klidně a pravidelně a uvědomujte si, jak se s každým výdechem více a více uvolňujete... zhluboka se nadechněte, na několik vteřin zadržte dech a pak pomalu vydechněte... jste stále více a více uvolnění.“

Pokud pacientovi dělá potíže uvolnit některou svalovou skupinu, pak jej požádáme, aby tyto svaly napjal a pak uvolnil. Domácí úkol spočívá v procvičování relaxace dvakrát denně, přičemž si pacient vede záznam, jak dlouho mu trvalo, než se uvolnil, a jakého stupně uvolnění dosáhl. Po 1–2 týdnech cvičení může většina pacientů přejít k dalšímu stadiu nácviku, které nazýváme podmíněná relaxace.

***Podmíněná relaxace (2–3 minut)***

Při podmíněné relaxaci se opět zkrátí čas potřebný k dosažení relaxace tím, že se zaměříme na dýchání a vypracujeme podmíněné spojení mezi sebeinstrukcí „uvolnit“ a zvýšením pocitu relaxace. Sezení začíná tím, že pacient relaxuje pouhým uvolňováním svalů (aniž by jej přitom terapeut podrobně instruoval) a dá pokyn, když dosáhl dostatečné relaxace. Terapeut mu potom dává tyto instrukce, zaměřené na pacientův rytmus dechu. Těsně před nádechem terapeut řekne „nádech“ a těsně před výdechem „uvolnit“. Tento postup opakujeme pětkrát a pak dáme pacientovi pokyn, aby v tom pokračoval beze slov. Po minutě terapeut opět několikrát řekne „nádech“... „uvolnit“ a pak opět nechá pacienta několik minut, aby pokračoval samostatně. Tato podmíněná relaxace se pak procvičuje dvakrát během každého sezení. Zajímavým rysem této fáze nácviku je, že pacienti téměř vždy přeceňují dobu, kterou jim trvá dosáhnout relaxace. Proto je vhodné, když terapeut předem požádá pacienta, aby odhadl, jak dlouho mu bude trvat, než dosáhne relaxace, aby mu pak mohl sdělit, jak se jeho výkon zlepšuje. Stejně jako v předchozích dvou stádiích sestává domácí úkol z procvičování této formy relaxace dvakrát denně a záznamu doby potřebné k dosažení relaxace a míry dosaženého uvolnění. Opět je obvykle třeba 1–2 týdnů nácviku, než je možno přejít k dalšímu stadiu.

***Diferencovaná relaxace (60–90 vteřin)***

Hlavním cílem této fáze nácviku je naučit se, jak relaxovat při běžné činnosti, ne pouze při sezení v křesle. Při řadě činností je třeba, aby některé svalové skupiny byly napjaté, a cílem diferencované relaxace je naučit, jak uvolňovat ty svalové skupiny, které napjaté být nemusí. První sezení začíná tím, že se pacient uvolní pomocí podmíněné relaxace, když sedí v křesle. Pak dostane pokyn, aby pohnul některou částí těla a přitom se zaměřil na to, aby zbytek těla zůstal uvolněný. Používáme tyto pohyby: otevřít oči a podívat se kolem, aniž pohneme hlavou; rozhlédneme se tak, že otočíme hlavou; zvedneme jednu ruku, zatímco zbytek těla je stále uvolněný; zvedneme jednu nohu, zatímco zbytek těla je uvolněný. Během těchto cvičení terapeut stále vede pacienta k tomu, aby si všímal známek napětí a aby uvolňoval ty části těla, které se pohybu neúčastní. Když určíme, které svaly se zbytečně napínají, probereme možnosti, jak je uvolnit. Když pacient zvládne toto cvičení sedíc v křesle, začne je procvičovat, když sedí zpříma na židli, pak když sedí u stolu (nacvičujeme, jak zůstat uvolněný, když píšeme na papír nebo telefonujeme). Ve druhém sezení nácviku diferencované relaxace nacvičujeme uvolnění při stání a při chůzi. Při každém cvičení vedeme pacienta k tomu, aby si všímal známek napětí v těle a uvolňoval všechny svaly, které nejsou k dané činnosti potřebné. Na konci druhého sezení se obvykle čas, který pacient potřebuje k dosažení relaxace, zkrátí na 60–90 vteřin. Za domácí úkol pacient nacvičuje diferencovanou relaxaci dvakrát denně. Obvykle je třeba 1–2 týdnů, než pacient může přejít k další fázi nácviku.

### ***Rychlá relaxace (20–30 vteřin)***

Při rychlé relaxaci jde o to, aby se pacient naučil rychle se uvolnit v běžných, nestresujících situacích. Terapeut spolu s pacientem určí řadu vodítek, která pacientovi v běžných situacích připomenou, že by měl být uvolněný. Např. pokaždé, když se pacient podívá na hodinky, když má telefonovat, když otevře příborník, když jde do koupelny ap. Aby se tato vodítka ještě zvýraznila, je vhodné upevnit si na dohodnutá místa – na telefon, na příborník – čtvereček barevného papíru. Pacient by se měl snažit relaxovat 15–20krát během dne v přirozených nestresujících situacích. Během relaxace má postupovat takto:

- 1) jednou až třikrát zhluboka vdechnout a pokaždé pomalu vydechnout,
- 2) před každým výdechem si v duchu říci „uvolnit“,
- 3) uvědomit si, kde cítí napětí, a uvolnit co nejvíce svalů, u nichž je to možné.

Když si pacient procvičuje rychlou relaxaci po dobu 1–2 týdnů a dokáže se uvolnit během 20–30 vteřin, pak můžeme přejít k závěrečné fázi nácviku.

### ***Aplikovaná relaxace***

Při aplikované relaxaci pacient uplatňuje dříve naučenou dovednost uvolnit se v situacích, které v něm budí úzkost. Než tuto fázi nácviku začneme, připomeneme pacientovi, že aplikovaná relaxace je dovednost jako každá jiná a že proto vyžaduje opakované procvičování, než ji člověk úspěšně zvládne. Proto nemůže pacient očekávat, že se mu podaří hned zpočátku zcela zvládnout pocity úzkosti, ale že se mu to bude dařit stále lépe, pokud bude pravidelně cvičit. Nácvik obvykle spočívá v tom, že se pacient často, ale jen na krátkou dobu (10–15 minut) vystaví některé z řady situací, které v něm budí úzkost. Cílem této expozice je ukázat pacientovi, že je schopen tuto úzkost snést a postupně ji i zvládnout. Pacienta upozorníme, že aby dokázal svou úzkost lépe kontrolovat, je třeba, aby využil aplikované relaxace již při prvních známkách úzkosti – využijeme k tomu dřívějších záznamů prvních příznaků úzkosti.

### ***Udržovací program***

Abychom udrželi zlepšení dosažené při nácviku aplikované relaxace, vedeme pacienty k tomu, aby si všímali pocitů napětí v těle nejméně jednou denně, a pokud nějaké napětí zjistí, aby jej odstranili pomocí rychlé relaxace. Kromě toho je upozorníme, že je vhodné procvičovat diferencovanou nebo rychlou relaxaci jednou nebo dvakrát týdně, aby tuto dovednost nezapomněli.

#### **7.1.1.2 Autogenní trénink podle Schultze**

Autogenní trénink je u nás nejrozšířenější metoda navození relaxace, v rámci KBT se jí však využívá méně než Östovy aplikované relaxace, neboť autogenní trénink není tak vhodný pro použití přímo ve stresující situaci. Proto se autogenní trénink používá buď jako samostatná léčebná metoda, nebo jako doplňková metoda, umožňující celkové snížení psychického napětí např. u generalizované úzkosti.

Při autogenním tréninku dosahuje pacient stavu relaxace pomocí představ určitých tělesných pocitů – pocitu tepla, tíhy, chladu – v určitých částech těla. Schultze doporučuje postupovat po těchto krocích:

- 1) Vyvolání pocitů tíže: formulky „Pravá ruka je těžká“, „Levá ruka je těžká“, „Obě ruce jsou těžké“, „Obě nohy jsou těžké“, „Celé tělo je těžké“.
- 2) Vyvolání pocitů tepla: formulky „Pravá ruka je teplá“, „Levá ruka je teplá“, „Obě ruce jsou teplé“, „Ruce i nohy jsou teplé“, „Celé tělo je teplé a příjemně uvolněné“.
- 3) Zklidnění dechu: formulky „Dech je lehký a volný“, „Dýchá mi to lehce a uvolněně“.
- 4) Zklidnění tepu: formulka „Srdce tepe klidně a pravidelně“.
- 5) Pocit tepla v břiše: formulka „Do břicha proudí příjemné teplo“.
- 6) Pocit chladu na čele: formulka „Čelo je příjemně chladné“.

Na závěr nácviku relaxace doporučuje Schultze formulky: „Po skončení relaxace budu svěží, aktivní a v dobré náladě“, „Napnout paže!“, „Zhluboka se nadechnout!“, „Otevřít oči!“.

Kromě tohoto tzv. základního stupně autogenního tréninku existuje ještě tzv. vyšší stupeň, při němž si pacient v duchu představuje komplexnější vjemy: představy barev, představy konkrétních předmětů, přehlídku abstraktních hodnot, cestu na mořské dno, cestu na vrchol hory, případně spontánní obrazový zážitek.

Podrobnější popis autogenního tréninku podává např. Kratochvíl (1997, s.173).

## 7.1.2 Nácvik kontrolovaného dýchání

Schopnost úspěšně kontrolovat své dýchání pomáhá pacientovi rychle snížit napětí v situacích, kdy se dostává do silné úzkosti. Tento nácvik v sobě zahrnuje dvě roviny intervence – za prvé ukazuje na význam nesprávného dýchání při vzniku úzkostného záchvatu, neboť kontrolou dechu je možné zmírnit příznaky úzkosti (kognitivní složka nácviku). Za druhé kontrola dýchání sama o sobě odstraňuje příznaky úzkosti (behaviorální složka nácviku). K nácviku kontrolovaného dechu můžeme využít magnetofonových pásek s nahraným rytmem dechu. Rytmus je určen slovy „nádech“ (3 vteřiny) a „výdech“ (6 vteřin). Mezi „nádechem“ a „výdechem“ necháváme krátkou pauzu. Terapeut v sezení spolu s pacientem volí nejvíce vyhovující dechový rytmus. Prodlouženou artikulací slov „nádech“ a „výdech“ se dosahuje jemného a delšího nádechu a výdechu. Po nastolení optimálního rytmu je tento nahrán na kazetu a pacient je vyzván, aby se dále řídil rytmem z pásky. Jakmile si na rytmus zvykne, magnetofon vypneme a pacient pokračuje v dýchání sám po stále delší dobu (tj. 15 vteřin, 30 vteřin, 1 minutu atd.).

Kromě rytmu dýchání je také důležité, aby se pacient naučil dýchat „do břicha“ a ne „do hrudi“. Pacientovi v sezení poskytneme tyto instrukce (Wilson, 1987):

„Lehněte si na postel, natáhněte nohy a ruce podél těla a uvolněte se. Dýchejte klidně a všimněte si, která část vašeho těla se s každým nádechem zvedá. Položte na toto místo

ruku. Pokud je to na vašem hrudníku, pak nevyužíváte dostatečně kapacitu svých plic. Správně dýcháte, pokud je toto místo na břicho, v oblasti žaludku.“

„Položte si jednu ruku na hrudník a druhou na břicho. Nacvičujte si dýchání, při němž se vám při nádechu zvedá ruka na břicho, aniž by se vám zvedala ruka na hrudníku. Tomuto dýchání se říká „břišní“ nebo „brániční“ dýchání. Takto byste měli dýchat po celý den.“

„Dalším rozvinutím tohoto procesu je „hluboké dýchání“. S jednou rukou na hrudi a druhou na břicho se pomalu nadechněte tak, abyste nejdříve naplnili dolní část plic – zvedne se vám ruka na břicho – a pak horní část plic – zvedne se vám ruka na hrudi. Při výdechu nejdříve vydechněte horní část plic – klesne ruka na hrudi – a pak dolní část plic – klesne ruka na břicho.“

„Nacvičujte si toto břišní a hluboké dýchání několikrát denně, dokud vám nebude připadat přirozené a automatické a nevyvolá ve vás pocit klidu a uvolnění“.

Když pacient zvládne toto „břišní“ dýchání ve chvílích klidu, může je začít používat i ve chvílích zvýšeného napětí. Dostane tyto pokyny:

„Ve chvílích vzrůstu napětí a úzkosti se zhluboka nadechněte, přičemž nejdříve vdechněte do břicha a potom do hrudníku. Pomalu(!) vydechněte a přitom si v duchu řekněte „uvolnit“. Představte si, jak se s výdechem vaše tělo uvolňuje a zklidňuje. Provedte několik těchto zklidňujících vdechů a výdechů, až nad svým dechem získáte kontrolu. Pak dýchejte pomalu a lehce, vdechujte nosem do břicha a při každém výdechu si opakujte „uvolnit“.

„Toto dýchání si procvičujte opakovaně během dne v různých situacích, abyste se naučili dosáhnout pocitu uvolnění.“

Další variantou zklidňujícího dýchání je „zklidňující počítání“:

„Ve chvílích výrazného napětí a úzkosti se zhluboka nadechněte nosem do břicha a pak pomalu vydechněte. Při výdechu si tiše řekněte „uvolnit“. Pokračujte v tomto způsobu dýchání a při každém výdechu začněte v duchu počítat, a to pozpátku(!). Začněte např. číslem 10 a skončete číslem 1. Pokud se stále cítíte v napětí, opakujte počítání. Při počítání si všimněte míst v těle, kde cítíte napětí, a představujte si, jak toto napětí mizí. Jakmile dospějete k číslu 1 a vaše napětí a úzkost se zmírní, pokračujte v tom, co jste dělali před začátkem zklidňujícího počítání.“

### **Kontrolované dýchání při záchvatu paniky**

Při záchvatech paniky s hyperventilací je ještě účinnější jiná modifikace kontroly dechu, při které kromě zpomalení dechu a uvolnění přistupuje ještě další důležitý fenomén – tělesné vyjádření napětí. Pacient se nejdříve naučí zklidňující břišní dýchání. Pak můžeme přikročit k interoceptivní expozici, při které pacient 1 až 3 minuty usilovně hyperventiluje (dýchá co nejrychleji a nejhlouběji). To vyvolá některé tělesné příznaky úzkostného záchvatu – začne se mu točit hlava, mravenčí mu v končetinách, pocítí sevření na hrudi. Potom tyto příznaky pomocí kontrolovaného dýchání odstraníme.



Poté pacienta požádáme, aby pokračoval v nácviku kontrolovaného dechu alespoň 3krát denně zpočátku v klidu, pak ve vypjatějších situacích, např. v dopravních prostředcích a v dalších situacích, v nichž pociťuje úzkost.

Nejúčinnějším způsobem zvládnutí panického záchvatu je **kontrolované dýchání s vyjádřením tělesného napětí**. Tento nácvik probíhá takto:

- a) Pacient krátce zadrží dech, na dobu než v duchu napočítá do 6.
- b) Proveďte dlouhý výdech trvající stejnou dobu, jakou zadržoval dech.
- c) Následuje krátká pauza před nádechem (na 3 doby).
- d) Proveďte nádech (opět na 3 doby).
- e) Opět zadrží dech, tentokrát v plném nádechu. Napne svaly na ramenou a pažích a zároveň celou silou vytlačí břišní stěnu jako míč dopředu. V maximálním napětí vydrží na 6 dob.
- f) Následuje pomalý výdech. Pacient nechává vzduch z plic vycházet bez úsilí, spíše se snaží výdech zpomalit než zrychlit. Během výdechu povolí svaly ramen, paží a břicha, celé tělo nechá „zvadnout“, aby se uvolnilo. Tento výdech trvá opět 6 dob, ale může být i mnohem delší.
- g) Pacient opakuje nácvik od bodu c), pauza před nádechem, do bodu f). Vesměs stačí 10 opakování tohoto dechového cvičení k odstranění většiny tělesných příznaků panického záchvatu.

Tento způsob kontroly dechu je velmi vhodný pro zklidnění při provádění interoceptivní expozice. Interoceptivní expozice bývá zejména napoprvé dramatická, pacient totiž pocítí řadu tělesných příznaků paniky. Nicméně pomocí zklidňujícího dýchání je pak během 2–5 minut dokáže zmírnit. Při opakovaných expozicích postupně tělesné příznaky paniky slábnou a podobně slábnou i při spontánních záchvatech paniky.

### 7.1.3 Expozice

Všechny formy vyhybavého a zabezpečujícího chování pomáhají v udržování negativních přesvědčení pacienta. Proto je důležité jej podněcovat k tomu, aby čelil obávaným situacím nebo aby se opět začal věnovat činností, kterým se kvůli své úzkosti začal vyhýbat, protože jen tak může zjistit, zda se obávané následky skutečně dostaví. Pacienta tedy vedeme k tomu, aby se sám vystavoval obávaným situacím nebo činností, a to opakovaně a postupně. Navíc jej můžeme požádat, aby předem předpověděl, co si myslí, že se během tohoto cvičení stane, abychom pak mohli tuto předpověď porovnat se skutečným výsledkem. Pacient by měl předpovědět nejen míru svého strachu, ale – a to je ještě důležitější – i případné katastrofy, které nastanou („Dostanu infarkt“, „Omdlím“, „Budu vypadat jako úplný hlupák“, „Nedostanu ze sebe ani slovo“).

Můžeme rozlišit tři typy vyhybavého chování:

- 1) Vyhýbání se konkrétním situacím: vyhýbání situacím, v nichž jsou pacienti daleko od pomoci (např. pobytu na chatě, kde je daleko zdravotní středisko, u pacienta s panickou poruchou), nebo situacím, kde se pacienti obávají ohrožení

(např. návštěva restaurace, jezení v přítomnosti cizích lidí u pacienta se sociální fobií nebo vyhýbání se jízdě ve veřejných dopravních prostředcích, nákupům, volným prostranstvím u pacientky s agorafobií).

- 2) Vyhýbání se činnostem, při kterých by se mohly objevit tělesné pocity, kterých se pacient obává (např. tělesné cvičení, otázení se na cestu, sexuální styk ap.).
- 3) Vyhýbavé strategie užívané v okamžiku, kdy se příznaky objeví (např. přidržování se předmětů, když se objeví pocit na omdlení, odvedení pozornosti druhých osob jinam, když se člověk chce napít a obává se, že si všichni všimnou třesu jeho rukou – u sociální fobie).

Kromě toho, že pacienta podněcujeme, aby se vystavil situacím nebo činnostem, kterým se vyhýbá, je též důležité odstranit zabezpečující chování, k němuž se pacient uchyluje, když se objeví nepříjemné příznaky, a které udržuje jeho přesvědčení, že tyto příznaky jsou velmi nebezpečné (kompulzivní chování, ujišťování se u druhých, užívání léků na uklidnění, držení se hole, odvádění pozornosti ap.).

Slovem expozice označujeme vystavení se obávaným podnětům. Expozice může být:

- a) *In vivo* – tj. vystavení se vnější situaci (např. jít do metra, obchodního domu, promluvit ve skupině lidí ap.).
- b) *Interceptivní* – vystavení se vnitřním podnětům (např. bušení srdce, točení hlavy).
- c) *V imaginaci* – vystavení se představě nebo vzpomínce na obávanou situaci a její nejhorší důsledky.

### 7.1.3.1 Expozice in vivo

Pacient se učí čelit obávané situaci tím, že se jí vystaví. Ve většině případů se to učí postupně, pomocí předem naplánovaných kroků, jejichž obtížnost se postupně zvyšuje. Přejít k dalšímu kroku následuje až poté, co pacient zvládá předchozí krok bez výraznějších obtíží.

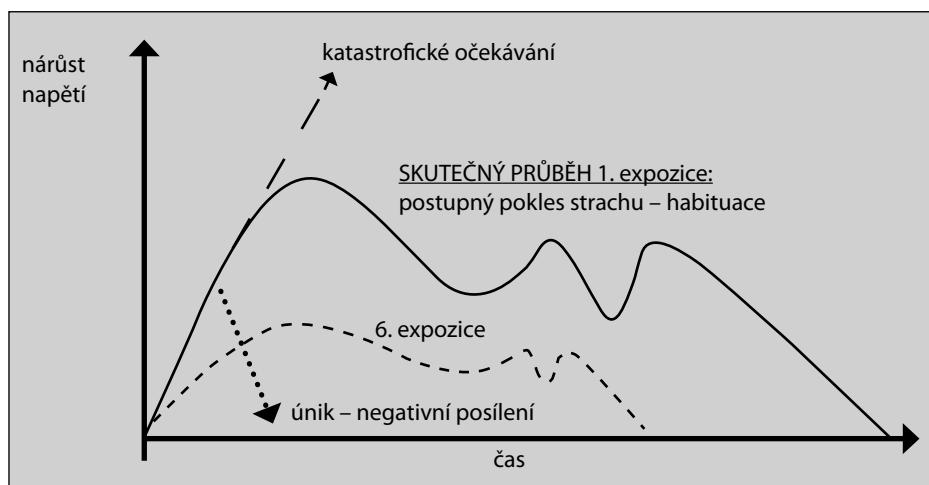
Další modifikací expozice je **zaplavení**: protrahovaná expozice nejvíce obávané situaci. Expozice trvá tak dlouho, dokud nedojde ke snížení pocitu nepohody. Je třeba velmi pečlivě pacientovi vysvětlit smysl tohoto postupu, mít jeho souhlas a nezbytné je lékařské vyšetření pacienta. Typickým zaplavením je např. vstoupení s pacientem trpícím agorafobií do metra bez předchozí přípravy v jiných dopravních prostředcích a setrvání v podzemí další 4 hodiny. Zaplavení bývá velmi účinné, pokud pacienta dokážeme motivovat, aby v záchvatu silné úzkosti neutekl. Pokud se zaplavení podaří, pacient se rychle přesvědčí o tom, že jeho katastrofické scénáře neplatí.

Před expozicí pacientovi důkladně **vysvětlíme**, jak úzkost probíhá v průběhu času. Při nedostatečném vysvětlení může totiž pacient chápat expozici jako trest. Po vystavení podnětu, z kterého má člověk obavy, úzkost velmi rychle – během několika desítek vteřin – stoupá na úroveň, kterou prožívá jako velmi nepříjemnou, někdy až nesnesitelnou. Tuto dobu označujeme jako **senzibilizační fázi** úzkosti. Pokud pacient v této fázi expozici přeruší, jeho úzkost sice rychle poklesne, ale příště je stejně silná. Další fázi nazýváme **habituace** – je to doba, během níž se úzkost drží přibližně na stejné úrovni. Může trvat od několika minut až do několika

desítek minut. Doba habituace se prodlužuje, pokud je úzkost udržována úzkostnými automatickými myšlenkami. Po nějaké době však vždy přichází pokles úzkosti – tuto dobu nazýváme **desenzibilizace**. I během desenzibilizace se může úzkost ještě krátce zvýšit, ale postupně klesá na únosnou míru.

Pokud se pacient opakovaně exponuje obávaným podnětům a situacím, jeho úzkost stoupá stále na nižší úroveň a doba habituace se zkracuje. Vesměs po opakovaných vystaveních z dané situace mizí úzkost úplně. V některých případech dokonce stačí k odstranění úzkosti jen jedna expozice.

**Obrázek 7.1.1:** Habituální křivka – Nárůst a pokles strachu při expozici obávané situaci



Nejčastěji provádíme tzv. **odstupňovanou expozici**. Při ní nejdříve společně s pacientem vypracujeme **hierarchii** situací, kterých se bojí. Další postup záleží na domluvě s pacientem. Obvykle se pacient postupně vystavuje jednotlivým situacím, od těch, kterých se obává méně, až po ty, kterých se obává více. Každý postup o stupeň výše v hierarchii je třeba s pacientem probrat a připravit. O přechodu k obtížnější situaci můžeme uvažovat tehdy, když již expozice stávající situaci vzbuzuje u pacienta jen poloviční úzkost oproti té původní.

Při prvních expozicích někdy potřebuje pacient asistenci terapeuta nebo někoho z blízkých. Další krok spočívá v expozici stejné situaci již bez doprovodu druhé osoby. Pokud má např. pacientka po 8 letech vyhýbání poprvé cestovat metrem, je to dostatečný důvod, aby ji terapeut při této jízdě doprovázel.

Je důležité dbát na to, aby pacient neukončil expozici dříve, než jeho úzkost poklesne, protože předčasné ukončení expozice ve fázi habituace posiluje vyhýbavé chování. Některé expozice je potřeba opakovat mnohokrát, než dojde k trvalému snížení úzkosti. Bývá to u truchlení, u kompulzivních rituálů, u traumatických událostí. Velmi důležité je oceňovat pacienta za každý dosažený pokrok.

Hlavním smyslem metody je, že se pacient učí zvládat obávané situace se stále mírnější úzkostí. Získaná odvaha se někdy přenesse i do jiných oblastí života.

**Tabulka 7.1.1:** Příklady obávaných situací u sociální fobie

- zeptat se, kolik je hodin
- zeptat se na cestu
- začít rozhovor s novým pacientem
- začít rozhovor ve vlaku
- interview na ulici – zeptat se na 3 otázky
- najíst a napít se před skupinou lidí
- číst před skupinou
- telefonovat na dopravní informace nebo do úřadu
- přednést krátký příspěvek
- instruovat druhého
- přednést přednášku

### 7.1.3.2 Interoceptivní expozice

Na rozdíl od fobií, při kterých v terapii provádíme s pacientem expozici vůči vnějším situacím, u panické poruchy a somatoformních poruch jsou nejdůležitější expozice vůči vnitřním podnětům – tedy tělesným příznakům, které v pacientovi vyvolávají silnou úzkost a považuje je za známku bezprostředního ohrožení života. K tomu se používá celá řada manévrů. Nejtypičtější jsou uvedeny v následující tabulce.

**Tabulka 7.1.2:** Manévry pro interoceptivní expozici

| CVIČENÍ:           | ČAS:       | INSTRUKCE:                                                                                                                                      |
|--------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hyperventilace     | 2–5 minut  | Dýchejte otevřenými ústy hluboce v rychlém tempu, bez přestávky po nádechu a výdechu. Dělejte to hlasitě.                                       |
| Rotace             | 1–2 minuty | V rychlém tempu se točte na místě, nejlépe blízko zdi, abyste se mohli opřít v případě ztráty rovnováhy (je možné i na otočné židli).           |
| Dřepy              | 2–3 minuty | V rychlém tempu dělejte dřepy                                                                                                                   |
| Běh na místě       | 2–5 minut  | Energicky sprintujte na místě (případně – vysoko zvedejte nohy).                                                                                |
| Změna polohy       | 2–3 minuty | V sedu v křesle nebo na židli si dejte hlavu mezi nohy tak, aby byla pod úrovní srdce. Po uplynutí času se prudce zvedněte a dívejte před sebe. |
| Dýchání přes brčko | 2–3 minuty | Vdechujte přes brčko. Druhou rukou si ucpěte nos.                                                                                               |
| Knedlík v krku     |            | Polkněte 6krát za sebou tak rychle, jak jen to jde.                                                                                             |

Snad nejčastějším prostředkem navození interoceptivní expozice je *hyperventilace*. Je výhodná proto, že nejméně polovina pacientů s panickou poruchou běžně v při panickém záchvatu hyperventiluje a pociťuje příznaky, které hyperventilace způsobuje. S hyperventilací začínáme ihned poté, co pacient zvládl nácvik zklidňujícího dýchání. K interoceptivní expozici můžeme pozvat i partnera pacienta,

který pak může zaujmout roli koterapeuta. Pacient provádí interoceptivní expozici i v domácím prostředí, nejlépe každý den. V následující tabulce jsou uvedeny kroky interoceptivní expozice v prvním sezení s pacientem (ale je možné je také dělat ve skupině). V dalších sezeních děláme jen kroky 4–7, takže nám interoceptivní expozice s hyperventilací zabere maximálně 10 minut sezení.

**Tabulka 7.1.3:** Interoceptivní expozice s hyperventilací – jednotlivé kroky

- 1) Probrání **spouštěčů** panické ataky, které si pacient sám uvědomuje.
- 2) Probrání jednotlivých **příznaků** panické ataky ve fyziologických symptomech, myšlenkách, chování a emocích.
- 3) Prodiskutování různých způsobů **zastavení** panické ataky, na které pacient přišel sám.
- 4) **Nácvik zklidňujícího dýchání** – cca 10 nádechů do břicha–zadržení–dlouhý výdech.
- 5) **Hyperventilace** 2–5 minut (vsedě, od 4. expozice vestoje či v chůzi nebo v leže).
- 6) **Zklidnění dechu** 2–5 minut.
- 7) **Popis** expozice slovně a pak písemně do záznamu.

### 7.1.3.3 Expozice v představách

Expozice v představách znamená vystavení se obávané situaci ve fantazii. Můžeme ji použít při různých příležitostech:

- *Příprava na expozici „in vivo“:* Pacient si pod slovním vedením terapeuta představuje situaci, které se obává, postupně touto situací prochází. Nepříjemné pocity někdy terapeut zesiluje, protože účelem je, aby je pacient byl schopen tolerovat. Někdy může terapeut po dohodě s pacientem procházet ve fantazii nejhorší alternativy, kterých se pacient obává (viz zaplavení v představách).
- *Uvolnění představ, kterým se pacient vyhýbá:* Řada nepříjemných vzpomínek má tendence se objevovat znovu a znovu v situacích, které nějakým způsobem tyto vzpomínky evokují. Typické je to pro posttraumatickou stresovou poruchu. Postižení mají tendenci se plnému rozpomenutí vyhnout, a tak se snaží tyto vzpomínky potlačit. Toto potlačování vede k silné úzkosti, tělesným příznakům, a hlavně k novým reminiscencím na traumatickou událost. Proto je expozice zaměřená na co nejúplnější rozpomenutí na traumatickou událost, včetně detailů, emočních stavů, myšlenek ap. Terapeut pacientovi může pomáhat při výběru, vytvoření a procvičování vybavování těchto představ. Pacient situaci „znovuprožívá“ za velmi silného emočního a vegetativního doprovodu. Po opakované expozici emoční a vegetativní doprovod slábne a reminiscence, které se objevovaly po nepatrných spouštěcích, postupně mizí.
- *Systematická desenzibilizace:* Je to forma postupné konfrontace s obávaným podnětem (např. pes, pavouk) v představách při současném vyvolání tělesného stavu, který je s úzkostí „neslučitelný“ – tj. se svalovou relaxací. K dalšímu kroku v hierarchii podnětů se přechází až v době, když už předchozí představa nevyvolává žádnou úzkost. Tato forma je dnes již považována za překonanou, nicméně může být velmi užitečná u dětí a u silně úzkostných pacientů.

- **Řízené truchlení:** Tato varianta expozice bývá užívána u truchlících nebo depresivních pacientů, kteří ztratili blízkou osobu. Je zaměřena na zmírnění nadměrného smutku tím, že pacienta vede k opakovanému a dlouhotrvajícímu kontaktu s podněty, které v něm vyvolávají vzpomínky na zemřelého, jak v představách, tak ve skutečnosti.
- **Zaplavení v představě:** Pro řadu pacientů je situace, které se nejvíce obávají, dostupná jen řídce (např. cesta letadlem, představování se rodině partnera) nebo je během léčby aktuálně nedostupná (např. sociální situace v práci v době, kdy je pacient v pracovní neschopnosti). Účinnou metodou zmírnění úzkosti je v těchto případech zaplavení ve fantazii. Pacient společně s terapeutem vypracují scénář nejtěžší situace, ve které musí být přítomen jádrový strach pacienta (anticipační úzkost, tělesné projevy, myšlenky, reakce okolí ap.). Tento scénář terapeut opakovane pacientovi čte a ten si jej přitom co nejživěji představuje. Reakce bývá velmi silná a nezřídka dochází k ústupu úzkosti až za 60–90 minut. Po opakovaných expozicích dochází k desenzibilizaci pacienta na signály vlastní úzkosti. V následujícím příkladu uvádíme zaplavení v imaginaci u pacientky trpící sociální fobií.

**Tabulka 7.1.4:** Příklad expozice v imaginaci u pacientky se sociální fobií

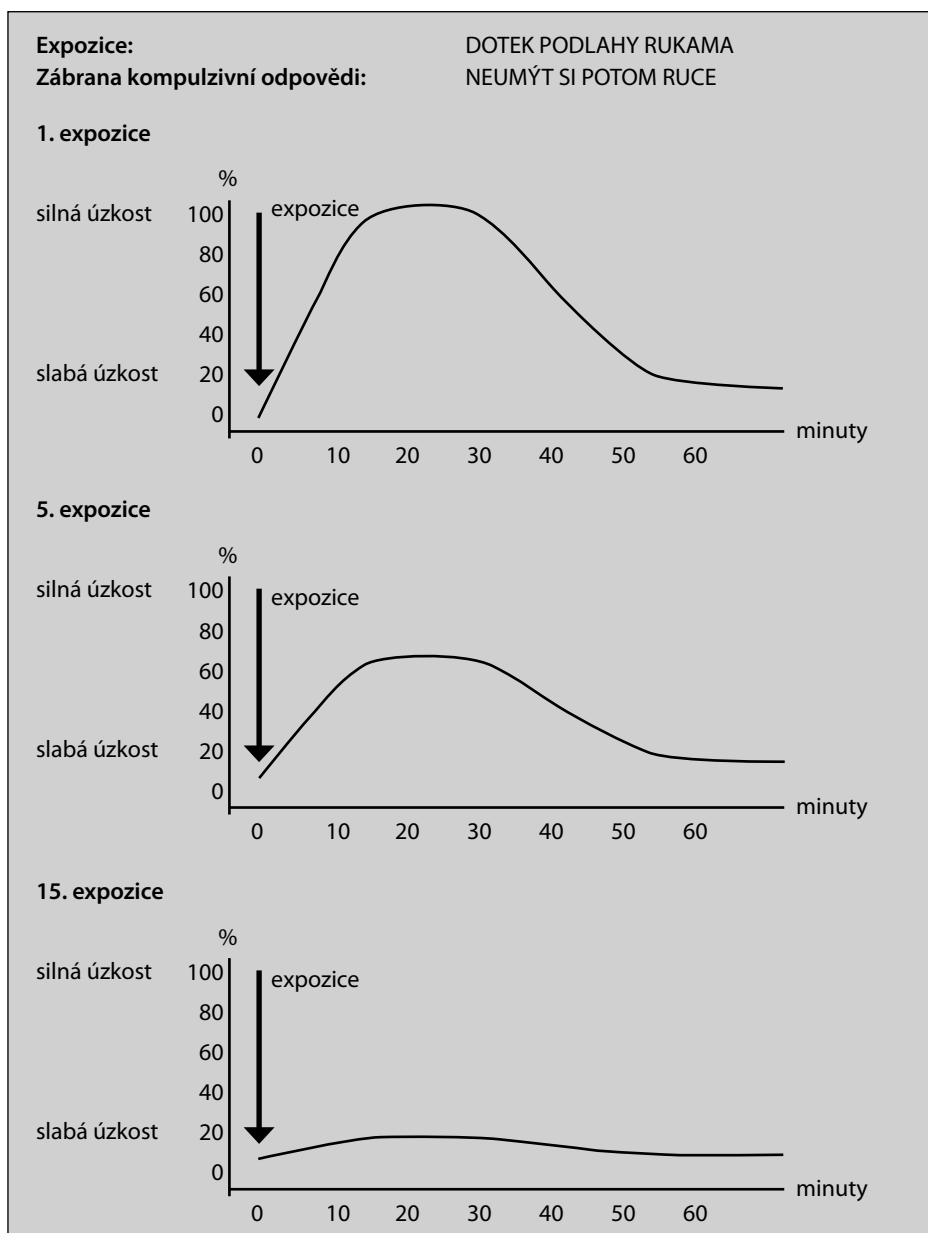
Váš nový přítel Jirka vás pozval na nedělní oběd do rodiny. Jste napjatá – bude tam hodně lidí. Vcházíte do místnosti, všichni se na vás otočí. Představíte se jako Jirkova dívka. Chvilí je u stolu ticho, pak se Jirkův otec obrátí k vám a řekne: „Řekni nám něco veselého, ať se pobavíme!“ Cítíte, jak vám stoupá adrenalin v krvi. Všichni se na vás dívají. Jsou zvědaví, co bude. Cítíte, jak vám chaoticky utíkají myšlenky. Chcete utéct od stolu, ale víte, že to nejde. V krku vám vyschlo a silně se červenáte. Jedno dítě na vás ukáže prstem a vykřikne: „Podívejte, jak je červená!“ Máte v hlavě zmatek. Nic vás nenapadá. Jediné, na co se soustředíte, je bušení srdce a horkost ve tvářích. Všichni se na vás dívají. Očekávají, co řeknete. Ve zmatku vás napadne, že byste mohla říci legrační dětskou říkanku před jídlem. Chcete promluvit, ale hlas z vás nevychází. Z hrdla vám vychází cizí chrčivý zvuk. Nakonec slyšíte, jak změněným hlasem říkáte začátek říkanky. Hlas se silně třese. V půlce věty zmlknete úplně. Ostatní si vás překvapeně měří. Říkají si, že někoho tak nervózního ještě neviděli. Šeptají si: „Ubohé děvče, je mi ho líto!“ „Chudák Jirka, to si opravdu nemohl hůře vybrat!“ Jedno dítě vykřikne: „Co je jí, mami?“ A matka odpoví: „Hrozně se stydí, broučku!“ Jediné, co můžete dělat, je dívat se do země. Vyhnout se pohledům. Přitom cítíte, jak vás ostatní pozorují. Něco si šeptají. Po celou dobu oběda.

## 7.1.4 Zábrana zabezpečovací reakce

Expozice se zábranou odpovědi (angl. response prevention) je metoda protrahované konfrontace s podněty, které spouštějí obranné rituály u obsedantně kompulzivní poruchy (OCD). Pacienta požádáme, aby se těmto podnětům úmyslně vystavil, ale aby své obranné rituály neprovedl – např. aby sáhl rukama na podlahu, ale pak si nešel umýt ruce. Puzení provádět rituál se postupně po řadě expozic začne snižovat. Neprovedení rituálů po obsesi však vede k rychlému nárůstu napětí a nepohody a silnému puzení rituál provést. Křivka napětí a úzkosti probíhá

podobně, jako je tomu u expozice obávané situaci u agorafobie. Chvilí kolísá na hranici únosnosti, pak postupně dochází k habituaci a k desenzibilizaci. Habituační křivka bývá často delší, než je tomu u agorafobie – u některých pacientů s OCD trvá silné napětí ještě dvě hodiny po expozici spouštěcímu podnětu. Tato metoda je snad nejúčinnějším přístupem k léčbě OCD a hypochondrické poruchy.

**Tabulka 7.1.5:** Typická křivka úzkosti v průběhu expozice a zábrany kompulzivní odpovědi



## 7.1.5 Sledování a plánování činnosti

Tuto metodu uplatňujeme u depresivních a hypobulických pacientů, kteří mají tendenci trávit hodně času v nečinnosti a pak si tuto nečinnost vyčítají, čímž se jejich depresivní nálada prohlubuje. Tito pacienti mají tendenci k negativnímu hodnocení sebe, svého okolí i své budoucnosti (Beck, 1979). Proto mnohdy tvrdí, že celý den nic nedělají a že z ničeho nemají žádné potěšení. Metoda může být vhodná také u pacientů, kteří jsou aktivní chaoticky a neplánovitě, např. u pacientů s generalizovanou úzkostnou poruchou. U pacientů trpících poruchou osobnosti se tato metoda uplatní zejména, když jsou demoralizovaní, rozpadl se jim časový plán, nebo když aktuálně trpí depresí (Praško a Šlepecký, 1995). Demoralizace se často objevuje u hraniční poruchy osobnosti, vyhýbavé poruchy osobnosti, narcistické a anankastické poruchy osobnosti. Problém s organizací času se často objevuje i u histriónské poruchy osobnosti, kde se pacient může věnovat jen činnostem, které ho baví, a odsouvat činnosti, které jsou nudné nebo nezajímavé (chodí stále do kina, do divadla, na výlety, ale doma vůbec neuklízí, nevaří, nežehlí, a to vede ke sporům s rodinou).

Cílem sledování a plánování činností a zadávání postupně stále náročnějších úkolů je zapojit pacienta do aktivit, které mu zlepšují náladu.

Prvním krokem je **sledování činnosti**, kdy si pacient do formuláře „Záznam aktivity“ zaznamenává každou hodinu, co právě dělá, případně na jednoduché stupnici zhodnotí svoji náladu nebo míru napětí. Je možné použít i další kritéria hodnocení aktivity, která jsou u daného pacienta účelná, jako je např. míra únavy, potěšení, úspěšnosti ap.

Druhým krokem je **plánování aktivity**. U pacientů v letargické depresi, kterým se rozpadl časový program a leží celý den v posteli, je potřeba vytvořit nejdříve ostrůvky jednotlivých nenáročných aktivit a pak postupně jedince zapojit do celého dne. Naopak u přetížených pacientů, kteří se cítí pod velkým časovým tlakem, je možno využít plánování činností k tomu, aby se věnovali vždy jen jednomu úkolu současně (snaha dělat několik věcí najednou obvykle vede k pocitu časového tlaku), a k tomu, aby si mezi jednotlivými úkoly udělali vždy malou pauzu (přecházení z jednoho úkolu na druhý bez přerušení vede obvykle k pocitu únavy a zvyšuje pocit časového tlaku).

### 7.1.5.1 Sledování činnosti

Pacienta požádáme, aby si do předem připraveného formuláře zaznamenával hodinu po hodině činnost, kterou v této době dělal. Tuto činnost má za úkol hodnotit na dvou jednoduchých škálách s hodnotami např. 0–4: na škále „výkonu“ (V) pacient hodnotí, jaké úsilí při této činnosti vynaložil, a na škále „potěšení“ (P) hodnotí, jaké potěšení přitom pociťoval. Jinou možností je, aby si kromě své činnosti zaznamenával každou hodinu svou náladu, např. na škále –4 (úplně nejhorší možná nálada) až +4 (nejlepší nálada).

Smysl této metody je dvojí. Jednak již samotné zaznamenávání může vést k tomu, že pacient svou aktivitu během dne zvýší, neboť je mu nepřijemné stále



zapisovat „Ležím, V 0, P 0“, případně „Nálada –4“. Důležitější ovšem je, že sledování činnosti umožňuje terapeutovi i pacientovi reálněji hodnotit, co pacient skutečně během dne dělá, v kterých obdobích dne je aktivnější, kolik jej která činnost stojí úsilí, při které činnosti pocituje aspoň určité uspokojení a jak během dne kolísá jeho nálada. Má-li ovšem toto sledování přinést reálné informace, je třeba, aby pacient prováděl záznamy průběžně několikrát během dne, nikoliv až zpětně večer za celý den. To je již hodnocení zkreslené momentální náladou a neodráží skutečný stav v okamžiku právě vykonané činnosti. Proto je důležité, aby si pacient zaznamenával i dobu, kdy vyplňuje záznam.

Prozkoumáním vyplněného formuláře „Záznam činnosti“ můžeme zjistit, jaká je souvislost mezi aktivitou a náladou pacienta, které činnosti mu přinášejí nejvíce potěšení a co mu brání, aby svou aktivitu zvýšil. Při probírání „Záznamu činnosti“ v sezení také můžeme určit některé automatické negativní myšlenky pacienta, např. „Nic se mi nedaří“, „Dříve jsem toho stihla mnohem víc“, které pak můžeme zpochybňovat a nahrazovat konstruktivnějšími myšlenkami metodou kognitivní restrukturalizace (viz dále). Na základě záznamu můžeme také spolu s pacientem ověřovat a zpochybňovat platnost negativních myšlenek typu „Celý den nic nedělám“ nebo „Vůbec nic mě nebaví“.

**Tabulka 7.1.6:** Záznam činnosti s hodnocením výkonu, potěšení a nálady (podle Praško, Šlepecký, 1995)

#### ZÁZNAM ČINNOSTI

Datum: \_\_\_\_\_

| Hod.  | Popis činnosti                                           | Výkon<br>0–4 | Potěšení<br>0–4 | Nálada<br>–4 – +4 |
|-------|----------------------------------------------------------|--------------|-----------------|-------------------|
| 7–8   | Ležela v posteli                                         | 0            | 0               | -3                |
| 8–9   | Umyla se, nasnídala (snídání dělal Ota), vyplnila záznam | 0            | 0               | -3                |
| 9–10  | Odvedla Jirku do školky                                  | 3            | 0               | -2                |
| 10–11 | Nákup, návrat domů, vyplnění záznamu                     | 2            | 1               | -1                |
| 11–12 | Ležela v posteli                                         | 0            | 0               | -3                |
| 12–13 | Ohřála oběd, najedla se, umyla nádobí                    | 2            | 0               | -2                |
| 13–14 | Poslouchala hudbu z rádia                                | 0            | 2               | -1                |
| 14–15 | Vyžehlila jsem košile                                    | 2            | 1               | -1                |
| 15–16 | Šla do školky pro Jirku, procházka s Jirkou              | 1            | 2               | 0                 |
| 16–17 | Vyžehlila jsem dětské věci                               | 3            | 1               | -1                |
| 17–18 | Připravila jsem večeři                                   | 2            | 2               | 0                 |
| 18–19 | Večeře, poslouchala jsem, jak Ota čte Jirkovi pohádku    | 1            | 3               | +2                |
| 19–20 | Uložila jsem Jirku, povídala jsem si s Otou              | 1            | 3               | +2                |
| 20–21 | Četla jsem si povídky, vyplnila jsem záznam              | 2            | 2               | +1                |
| 21–22 | Dívala jsem se na televizi                               | 1            | 2               | +1                |
| 22–23 | Dívala jsem se na televizi, šla jsem spát                | 1            | 2               | +2                |

### 7.1.5.2 Plánování činnosti a sebeodměňování

Tuto metodu uplatňujeme jako další krok po sledování činnosti. Jakmile máme přesnější informace o tom, co pacient přes den dělá, co mu přináší největší potěšení a v kterém období dne má nejlepší náladu, vedeme jej k tomu, aby si začal denně dopředu plánovat program své činnosti hodinu po hodině. Cílem je zvýšit míru jeho aktivity a také zvýšit míru potěšení, kterou při své činnosti prožívá. Pokud si pacient předem naplánuje program své činnosti na příští den, usnadní mu to rozhodování, do čeho se má pustit, zvýší to pravděpodobnost, že určenou činnost vykoná, zvýší to podíl příjemných činností během dne a začne se postupně zvyšovat míra jeho přesvědčení, že má svůj život pod kontrolou.

Je důležité, aby plán činnosti byl realistický a odpovídal aktuálnímu stavu a možnostem pacienta. Pokud by totiž pacient opakovaně nebyl schopen svůj plán činnosti dodržet, vedlo by to k prohloubení jeho sebepodceňování. Proto je třeba zdůraznit, že plán činnosti představuje pouze pomůcku, která usnadní zaměřit se na určité činnosti a prožít při nich aspoň mírné potěšení. Nejde o „zákon“, který je třeba stůj co stůj dodržet. Náročnost úkolů je třeba zvyšovat postupně a opatrně.

Další důležitou složkou plánování činnosti je systematické sebeodměňování. Pacient by si měl sepsat určité příjemné činnosti či věci, kterými sám sebe odmění hned po splnění každého naplánovaného úkolu. Tento „Seznam odměn“ může průběžně stále doplňovat. Odměny mohou být materiální (koupit si něco pěkného), může jít o příjemnou činnost (teplá koupel, šálek kávy, poslech hudby, popovídání si s blízkou osobou) nebo může jít o „duševní odměny“, tj. sebeocenění, uvědomění si svých předností ap. Jednotlivé odměny si pacient plánuje v rámci plánování činnosti: „Až splním tuto činnost, odměním se takto.“ Pacient si plán činnosti i skutečnou činnost během dne zaznamenává podobně jako při sledování činnosti, včetně hodnocení „výkonu“, „potěšení“ a „náladu“ každou hodinu.

Pacienti často sebeodměňování zpočátku odmítají s tím, že se nemají za co odměnit. Je třeba je přesvědčit, že systematické sebeodměňování je nezbytné, pokud se chtějí dysforického ladění zbavit a zvýšit si kontrolu nad svými emocemi a chováním. Navíc zdůrazňujeme, že jde o posun od závislosti na druhých (to, že

**Tabulka 7.1.7:** Plánování a záznam činnosti

#### PLÁNOVÁNÍ A ZÁZNAM ČINNOSTI

Datum: \_\_\_\_\_

| Hod.  | Plán činnosti                           | Záznam činnosti                               | V | P | N  |
|-------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|---|---|----|
| 7–8   | Vstát, umýt se, připravit snídani       | Snídaně, umyla jsem nádobí                    | 2 | 0 | -2 |
| 8–9   | Jít nakoupit                            | Nákup, procházka po městě                     | 2 | 1 | -1 |
| 9–10  | Káva, přečíst si noviny, vyplnit záznam | Káva, poslouchala jsem rádio, vyplnila záznam | 0 | 2 | +1 |
| 10–11 | Utřít prach v pokoji, pak sprcha        | Utřela jsem prach, pak jsem seděla            | 2 | 1 | 0  |

druzí mě ocení nebo odmění) k sebeřídícímu stylu. Sebeodměňování je třeba v každém sezení kontrolovat a opakovaně vysvětlovat jeho smysl. Většina pacientů po určité době pocítí pozitivní vliv sebeodměňování na svou náladu a začne je pravidelně provádět.

### 7.1.5.3 Postupné zvyšování náročnosti úkolů

V průběhu terapie směřujeme pacienta k tomu, aby postupně zvyšoval náročnost úkolů, které si plánuje a potom vykonává. Tohoto postupu používáme k překonání váhavosti, k prolomení pacientovy apatie a k jeho povzbuzení, aby čelil i situacím, které v něm budí úzkost. Z problémů, které jsme zjistili během vyšetření nebo které nám vyplynuly z dosavadní terapie, vytvoříme hierarchii úkolů od jednoduchých a krátkých až po složité a zdoluhavé. V sezení probíráme předem myšlenky, které pacienta před plněním úkolů napadají, a po splnění úkolu je porovnáváme s tím, jak pacient zadaný úkol zvládl. Náročnější úkoly je vhodné rozčlenit na jednotlivé kroky a pacienta instruovat, aby se odměnil za zvládnutí každého jednotlivého kroku. Terapeut se musí snažit maximálně zvýšit naději na úspěšné splnění úkolu, protože pacienta motivuje k dalšímu úsilí.

Depresivní pacienti často udávají, že opakovaně selhávají při plnění úkolů, které si sami zadali, a to pak považují za potvrzení svého přesvědčení, že jsou neschopní a jde to s nimi z kopce. Přitom neberou v úvahu svůj současný stav a mají na sebe stále stejné nároky, jako by nebyli v depresi. Tato zdánlivá selhání pak zvyšují pocit beznaděje a pacient nevěří, že by se jeho stav mohl zlepšit. Postupné zvyšování obtížnosti úkolů narušuje pocity beznaděje, protože jednotlivé úkoly je pak pacient schopen úspěšně zvládnout. Tím se zvyšuje počet příležitostí, kdy pacient může sám sebe ocenit, a úspěch je definován s ohledem na to, v jakém je pacient aktuálně stavu.

Obtíže plynou vesměs z našeho nebo pacientova spěchu. Buď jsme společně vytvořili hierarchii úkolů, která neodpovídá skutečnosti, nebo jsme předčasně přešli na další schůdek v hierarchii, aniž byl předchozí zvládnut ke spokojenosti pacienta.

## 7.1.6 Metody vytvoření nového chování

Když se pacient v určité situaci chová nepřiměřeně, může to být buď proto, že se nikdy nenaučil, jak má v této situaci reagovat – pak mluvíme o **nedostatku dovedností**, nebo sice má schopnost se chovat správně, ale něco mu brání, aby tuto schopnost uplatnil, např. úzkost. Pak to označujeme jako **nedostatek v provedení**. V rámci behaviorální analýzy je třeba tyto dva typy nedostatků rozlišit, protože cíle terapie se v obou případech liší. Pokud je příčinou nepřiměřeného chování nedostatek dovedností, pak je třeba pacienta potřebným dovednostem naučit. Pokud jde o nedostatek v provedení, je třeba odstranit překážky, které pacientovi brání, aby své schopnosti uplatnil. K odstranění nedostatku dovedností existuje řada metod, které nyní stručně popíšeme.

### 7.1.6.1 Učení podle vzoru

Nejrychlejší způsob, jímž si člověk osvojuje určité chování, je pomocí nápodoby. Učení podle vzoru je velmi účinný způsob, jak si osvojit nové formy chování, a nikdo to neví lépe než pracovníci reklamních agentur, kteří tohoto faktu široce využívají.

Osobu, jejíž chování slouží jako vzor, označujeme jako „model“. Účinnost učení podle vzoru závisí na vlastnostech modelu. Čím je model pacientovi bližší, pokud jde o pohlaví, věk, národnost, vzdělání a vlastně jakoukoliv vlastnost, tím více si pacient bude věřit, že jej dokáže napodobit. Dalším důležitým faktorem je chování modelu, když předvádí žádoucí chování. Model, který předvádí tzv. mistrovské chování, tj. zvládá žádoucí chování zcela bez problémů, není pro pacienta tak přínosný jako tzv. zvládající model, který má v dané situaci určité potíže, ale dokáže je nakonec úspěšně překonat. Důležitý je také vztah osoby, která slouží jako model, k pacientovi. Přátelský, empatický a vřelý model lépe motivuje pacienta k napodobení svého chování než model chladný, necitlivý a otažitý. Protože právě terapeut zaujímá během KBT v mnoha případech roli modelu, je představa behaviorálního terapeuta jako chladného manipulujícího technika zcela mylná. Takový terapeut by neměl vlastnosti, které by jeho pacienty vedly k tomu, aby se řídili jeho příkladem. A konečně je důležité, k jakým důsledkům vede předváděné chování. Pacient nebude napodobovat chování modelu, které vede k nežádoucím důsledkům.

### 7.1.6.2 Formování, řetězení a pobízení

Metoda **formování** (angl. *shaping*) spočívá v tom, že z chování pacienta vybíráme to chování, které se aspoň v některých rysech podobá žádoucímu chování – např. tón hlasu. Toto chování pak systematicky zpevňujeme a po nějaké době přidáme další rys žádoucího chování, např. oční kontakt. Tak postupně rozvíjíme a zpevňujeme chování, které se stále více a více blíží žádoucímu chování, až nakonec dolaďujeme jen jednotlivé nuance. Tuto metodu uplatňujeme např. u autistických nebo mentálně retardovaných dětí. Je třeba vědět, že i když zformování jednoduchého chování může trvat jen krátkou dobu, rozvinutí složitějšího chování může trvat i několik let.

**Řetězení** (angl. *chaining*) se používá u pacientů, kteří se potřebují naučit celé sekvence určitých dovedností nebo sice potřebné dovednosti mají, ale nedokáží je uplatnit se správném pořadí. Nejčastěji se jedná o mentálně retardované a autistické děti nebo o chronické psychotické pacienty. Spočívá v tom, že pacientovi předvedeme správné provedení určité dovednosti – např. oblékání – a pak jej požádáme, aby samostatně provedl poslední úkon v řetězci chování – např. aby si zapnul knoflíček u krku. Toto chování pak zpevníme. Jakmile se pacient naučí poslednímu úkonu, začneme vyžadovat, aby samostatně prováděl úkon předchozí – např. zapnul si všechny knoflíky – a za to jej pochválíme. Tak postupujeme krok za krokem, až se pacient naučí samostatně zvládat celou sekvenci žádoucího chování, tj. sám se obléci.

**Pobízení** (angl. prompting) se uplatňuje při nácvičení nového chování tak, že terapeut slovně vede pacienta, radí mu co má udělat, případně jej i fyzicky vede. Instrukce se mohou uplatnit i formou uvádění příkladů a popisem možných důsledků nacvičovaného chování.

### 7.1.6.3 Hraní rolí

Hraní rolí patří k nejrozšířenějším metodám uplatňovaným v rámci kognitivně behaviorální terapie. Slouží jak k analýze pacientova chování v určité situaci (je např. mnohem poučnější nechat pacientku předvést, jak se chovala během hádky s manželem, než si od ní hádku nechat pouze vyličit), tak k nácvičení vhodného chování. Při hraní rolí se uplatní řada výše popsaných metod, např. učení podle vzoru a pobízení. Hraní rolí lze využít v podstatě u všech typů problémů. Základem terapie je u nácvičení sociálních dovedností a nácvičení asertivního jednání.

Před vlastním hraním rolí je potřeba stanovit konkrétní cíl hraní rolí, popsat situaci, ve které se pacient nachází, roli jednotlivých účastníků. Někteří autoři doporučují vypracování písemného scénáře, v němž má každá osoba určeno, jak bude reagovat a co bude říkat. V klinické praxi obvykle vystačí slovní dohoda mezi terapeutem, pacientem a dalšími účinkujícími. Důležitá je rovněž role pozorovatelů, kteří se musí zaměřit na konkrétní aspekty chování pacienta.

Někdy je vhodné, když pacient nejdříve zaujme roli pozorovatele a žádoucí chování nejdříve předvede někdo jiný – model. Terapeut, pokud nezaujímá roli modelu, může pacienta upozorňovat na konkrétní prvky chování modelu („dívá se do očí, usmál se“). Pak má pacient za úkol slovně popsat, čeho si v chování modelu všiml.

V další části hraní rolí se pacient sám pokusí o žádoucí chování v dané situaci, zatímco terapeut mu může pomáhat gesty, pobídkami a pochvalami. Po ukončení scénky (která by nikdy neměla trvat déle než 1–2 minuty) je důležité, aby pozorovatelé nejdříve *ocenili*, co pacient dělal dobře, a až pak se věnovali tomu, co by mohl ve svém projevu zlepšit. Pacient pak zopakuje celou scénku s tím, že se pokusí své chování změnit podle pokynů terapeuta a pozorovatelů. Na závěr je třeba pacienta vždy ocenit za snahu a za dosažené zlepšení, třeba i malé.

Existuje řada variant hraní rolí. Jedou z nejužívanějších je *obrácení rolí*, kdy terapeut či jiný účinkující hraje pacienta a ten hraje druhou osobou (např. svou manželku). Cílem je, aby pacient lépe pochopil, jak jeho chování působí na okolí a co by ve svém chování měl změnit.

## 7.1.7 Metody ke změně existujícího chování – operantní podmiňování

Metody operantního podmiňování byly v 50. a 60. letech téměř synonymem behaviorální terapie. Vycházely z prací jednoho z nejvýznamnějších průkopníků behaviorální terapie B. F. Skinnera. Podle jeho teorie operantního podmiňování lze každé existující chování ovlivňovat tím, že měníme bezprostřední důsledky tohoto

chování. Pokud po určitém chování systematicky následují negativní důsledky, pak se frekvence tohoto chování bude snižovat, pokud následují důsledky pozitivní, pak se frekvence tohoto chování bude zvyšovat.

V praktickém životě užívá tohoto poznatku téměř každý z nás. Pokud se k nám někdo chová tak, že se nám to nelíbí, reagujeme negativně – mračíme se, křičíme, nebavíme se s ním. Na příjemné chování reagujeme úsměvem, vstřícností a ochotou k dalšímu kontaktu.

Metody operantního podmiňování spočívají v systematickém a záměrném uplatňování pozitivních a negativních důsledků s cílem odstranit nežádoucí chování a zvýšit pravděpodobnost chování žádoucího. Je však důležité pamatovat vždy na to, že to, co je „negativní“ a co „pozitivní“ důsledek určitého chování, lze zjistit pouze empiricky, tj. pokusně, neboť hodnota podnětu závisí na příjemci, ne na podnětu samotném. Např. kousek čokolády bude asi většina dětí považovat za „pozitivní“ důsledek, avšak některé dítě může mít k čokoládě odpor, takže pro něj může představovat důsledek negativní. Ještě větší individuální rozdíly existují ve vnímání „negativních“ důsledků čili „trestů“. Pro mnoho lidí představuje výtky či kritika ze stany nadřízeného negativní důsledek, pro někoho, kdo sám sebe vnímá jako „rebela“, však může posilovat jeho přesvědčení, že má pravdu a jeho kritizované chování se tím ještě upevní.

Programy operantního podmiňování se v současné době uplatňují především v terapii osob mentálně retardovaných, u poruch chování u dětí a ve formě programů tzv. žetonového hospodaření na odděleních pro chronické psychotické pacienty. Principy operantního podmiňování se uplatňují také v programech pro učitele, zaměřených na zvládnutí rušivého chování žáků ve třídě, a v programech k odstranění škodlivých návyků, např. kouření.

#### 7.1.7.1 Zpevnění existujícího chování

Pokud chceme, aby se určité chování vyskytovalo častěji, déle a ve správných situacích, neúčinnější metodou, jak toho dosáhnout, je systematicky toto chování posilovat. Prvním krokem v programu operantního podmiňování je vždy jasný popis sledovaného chování a určení situací, v nichž chceme, aby se toto chování objevilo. Dalším krokem je určení „zpevňujících podnětů“, tedy podnětů, které jsou pro účastníka terapeutického programu příjemné a žádoucí a které jej motivují toto chování opakovat. Další postup spočívá v tom, že kdykoliv se žádoucí chování objeví, je „zpevněno“ – tj. účastníkovi je poskytnut „zpevňující podnět“ – pochvala, sladkost, žeton aj.

Ukázalo se, že pokud chceme dosáhnout zvýšení frekvence určitého chování, je třeba je zpočátku zpevňovat pokaždé, když se objeví. Pokud však chceme, aby se toto chování vyskytovalo stále, bez ohledu na okamžité zpevnění, je třeba postupně zpevňovat chování nepravidelně a méně často – např. jen každý druhý, později každý pátý případ žádoucího chování. Tomuto postupu se říká „útlum zpevňování“ a vede k upevnění žádoucího chování i bez přítomnosti zpevňujících podnětů. Chování, vytvořené na základě nepravidelného zpevňování, je daleko odolnější

vůči vyhasnutí a mnohdy přetrvává i tehdy, když jeho negativní důsledky výrazně převažují nad důsledky pozitivními – jak to přesvědčivě dokazují pacienti, kteří se dostali do závislosti na hracích automatech.

### 7.1.7.2 Odstraňování nežádoucího chování

Zmírnění nebo odstranění nežádoucího chování je častým požadavkem rodičů, učitelů i pečovateli v ústavech sociální péče a na odděleních pro chronické psychotické pacienty. Zpočátku se operantní programy odstraňování nežádoucího chování zaměřovaly na hledání účinných negativních podnětů a jejich systematické uplatňování hned po nežádoucím chování. Nejčastěji se jednalo o podněty vyvolávající bolest nebo strach – např. mírné elektrické rány. Jinou možností je odnětí určité výhody – pozornosti, věci či možnosti účastnit se příjemné činnosti. Byly to právě terapeutické programy, využívající těchto „trestů“ k odstranění nežádoucího chování, které vytvářely negativní obraz behaviorální terapie v očích laické veřejnosti i psychoterapeutů jiné orientace.

V současné době se však již od užívání trestů v behaviorální terapii téměř úplně ustoupilo. Ukázalo se totiž, že jejich účinek je velmi individuální, nejistý a především dočasný. Trest je účinný pouze tehdy, když je vnímán jako oprávněný, když následuje bezprostředně po nežádoucím chování, když následuje po každém případě nežádoucího chování a když je uplatněn ihned v maximální intenzitě. Pro účinek trestu je rozhodující vztah mezi trestající osobou a potrestaným – trest od osoby, kterou potrestaný vnímá jako přátelskou a pečující je mnohem účinnější než trest od osoby, kterou vnímá jako chladnou a neosobní. Negativní důsledky trestu spočívají v tom, že budí úzkost, která narušuje proces učení, vede k vyhýbání se trestající osobě a narušení vztahu s ní, může vést k napodobování způsobů potrestání a agresivního chování a v případě, že se trestu nelze vyhnout vede k pasivitě a stažení se.

Proto se dnes v programech operantního podmiňování užívá již převážně jen „pasivního“ trestání, tj. odnětí nějaké žádoucí hodnoty. V práci s dětmi se využívá tzv. **vyloučení**, kdy se dítě po nežádoucím chování umístí do prostoru, kde nemá pozitivní podněty, tj. hračky ani jiné osoby. Toto „vyloučení“ však má trvat vždy jen několik minut a má-li být účinné, musí být pro dítě pobyt o samotě nepříjemnější než pobyt s ostatními. „Aktivní“ potrestání se používá výjimečně a pouze formou tzv. sebetrestání, kdy si pacient sám aplikuje určitý nepříjemný podnět, když si uvědomí, že se dopustil chování, které se snaží odstranit – např. proud nepříjemných obsedantních myšlenek může přerušit tím, že napne a pustí gumový náramek, který má na zápěstí.

Existují však i jiné způsoby odstraňování nežádoucího chování než aktivní či pasivní trestání. Nejčastěji používanou metodou je „**vyhasínání**“: určíme důsledky, které nežádoucí chování zpevňují a pak je všechny odstraníme. Tato metoda však nese riziko, že pokud se nám nepodaří odstranit *všechny* důsledky zpevňující nežádoucí chování, pak vlastně způsobíme nepravidelné zpevňování daného chování, a tím toto chování *upevníme*. Jinou metodou je **posilování neslučitelného**

**chování.** To znamená, že pacienta systematicky odměňujeme za chování, které je s nežádoucím chováním neslučitelné – např. za to, že druhému dítěti půjčí hračku. Přitom je však třeba zajistit, aby nežádoucí chování nebylo současně dále zpevňováno – např. pozorností či obdivem.

Další metoda odstraňování nežádoucího chování se nazývá „**diferenční zpevňování jiného chování**“. Spočívá v tom, že pacient dostává odměnu pokaždé, když během určité doby neprovede nežádoucí chování – tzn. že např. dítě pochválíme za každý den, kdy se nepočuralo, nebo žáka za každých 10 minut, během nichž nepromluvil bez vyzvání. Variantou této metody je „**diferenční zpevňování malého množství chování**“. Při ní odměňujeme pacienta pokaždé, když frekvence nežádoucího chování za určitou dobu nepřesáhla určený počet – např. když si obsedantní pacient umýval během 24 hodin ruce pouze desetkrát.

## 7.2 Kognitivní metody

Podle kognitivní teorie psychiky jsou negativní emoce – deprese, úzkost, zlost – způsobeny tím, že pacient nedokáže myslet racionálně a konstruktivně, ale že mu v mysli převládají tzv. automatické negativní myšlenky, které skutečnost zkreslují, neřídí se logikou a racionální analýzou.

Metody zaměřené na ovlivnění kognitivních procesů se zaměřují jednak na ovlivnění pozornosti, dále na ovlivnění toho, co si člověk sám sobě říká, a především na ovlivnění a změnu automatických negativních myšlenek a kognitivních schémat s cílem změnit jak konkrétní myšlenky v určitých situacích, tak hlubší postoje pacienta („filozofii pacienta“), jeho hodnocení sebe, druhých i situací, v nichž se nachází. Změna kognitivních procesů však není cílem, ale prostředkem. Konečným cílem těchto metod je dosáhnout změny emocí a prožívání a také změny zjevného chování pacienta tak, aby měl z terapie prospěch jak on sám, tak i lidé, s nimiž žije.

K ovlivnění kognitivních procesů můžeme použít několika metod:

- ovlivnění pozornosti,
- sebeinstruktáž,
- kognitivní restrukturalizaci,
- určení a změnu dysfunkčních kognitivních schémat.

První přístup je sice rychlejší a např. během expozice pragmatictější, je ale poněkud mechanický a jeho efekt není trvalý. Neovlivňuje sebedůvěru ani sebejistotu. Nejde o kognitivní restrukturalizaci v pravém slova smyslu, spíše o pomocnou techniku. Další přístupy jsou pracnější, zdlouhavější a vyžaduje postupnou proměnu způsobu myšlení pacienta. Nicméně jejich efekt je trvalejší, dovednost se snadno generalizuje i na jiné situace a vede ke zvýšení sebedůvěry a sebejistoty. Prvním krokem při zahájení uplatňování kognitivních metod je poučení – edukace – pacienta, aby pochopil, jaký mají tyto metody smysl a proč je důležité, aby se naučil je samostatně uplatňovat ve svém každodenním životě.



## 7.2.1 Edukace

Pravidelnou součástí kognitivně behaviorální terapie, která vychází z pojetí terapie jako vzájemné spolupráce mezi terapeutem a pacientem, je poučení pacienta o povaze jeho potíží – *edukace o psychické poruše*, a o možnostech léčení – *edukace o léčbě*.

Edukace má tyto výhody:

- Postižený zjišťuje, že jeho potíže jsou známou nemocí, která se dá léčit. To zvyšuje jeho naději na vyléčení.
- Mozaika nesourodých potíží se zjednoduší na několik funkčně propojených oblastí a v pacientovi narůstá pocit, že je lze dostat pod kontrolu.
- Pacient získá perspektivu logických kroků, kterým rozumí a které „selským rozumem“ povedou ke zmírnění potíží.
- Příznaky přestanou pro pacienta představovat katastrofu a bezprostřední ohrožení života.
- Pacient je povzbuzen, aby měl aktivní zájem o změnu svých problémů a potíží.

Od prvního kontaktu s pacientem – od úvodního vyšetření – jej učíme, jak má během další terapie pracovat, jaká jsou její pravidla. Jak jsme již popisovali na počátku, učíme pacienta rozlišovat mezi symptomy a problémy, vyvolávajícími podněty („spouštěče“), důsledky, různými typy chování, tělesnými reakcemi, myšlenkami a emocemi. Hned na začátku léčby je dobré poskytnout pacientovi co nejvíce informací o tom, jak příznaky jeho poruchy fungují ve vzájemných souvislostech. K tomu můžeme použít jednoduchého modelu „bludného kruhu“ deprese, obav a starostí, panických či zlostných záchvatů. U úzkostných stavů je důležité vysvětlit reakci „boj nebo útěk“ a dát ji do souvislosti s příznaky pacienta. Vhodné je také říci, že to, že prožívá depresi nebo úzkost, neznamená, že se „zbláznil“.

Cílem je nejen pacienta informovat, ale také dosáhnout zmenšení počtu problémů (např. tím, že ukážeme, že řada zdánlivě nesouvisejících potíží, jako je bušení srdce, třes rukou, pocení, zamlžené vidění a lapání po dechu, jsou všechno projevy jediného stavu – stavu úzkosti). Pacientovi pak poskytneme základní vysvětlení o vztahu mezi myšlením, pocity a chováním.

Nejllepší k demonstraci vztahu mezi myšlením, cítěním a chováním je využít údajů, získaných v úvodním rozhovoru. Informační část pak dokončíme objasněním kognitivně behaviorálního modelu poruchy, který nakreslíme a ilustrujeme příznaky, které popsal sám pacient. Z prvního sezení si zpravidla pacient odnáší k prostudování text, obsahující tyto základní informace. Vhodná může být i nahrávka na kazetě.

Pacienta se ptáme na to, jak se projevuje jeho konkrétní problém. Jeho sdělení pak opakujeme vlastními slovy a zároveň si informace zapisujeme. Pacient si např. stěžuje, že nedokáže nic dělat.

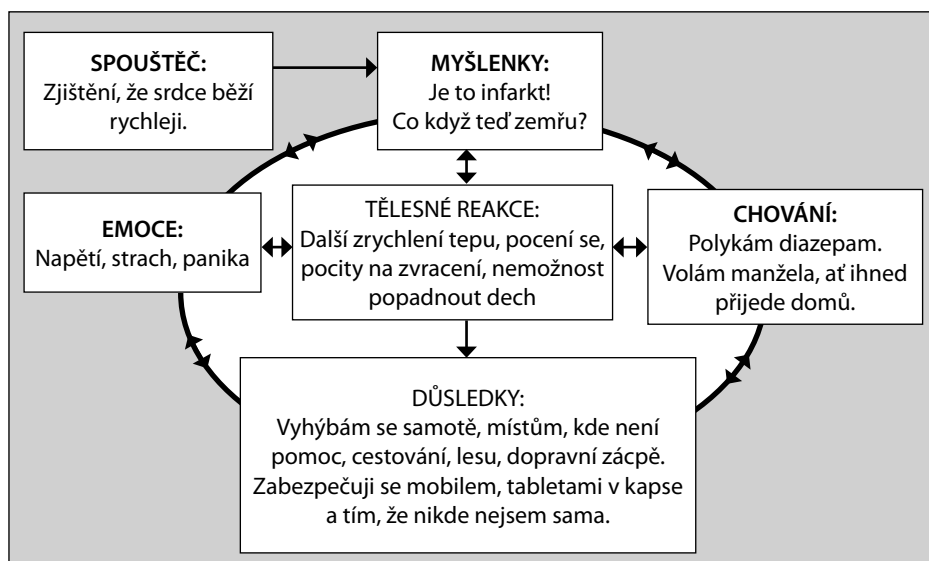
**Terapeut:** Rozumím vám, trápí vás, že toho nedokázete udělat tolik, kolik byste chtěl. Můžete mi o tom říci něco více? Nejlépe bych tomu porozuměl, kdybyste mi

- popsal nějakou situaci, kdy se rozhodujete, že něco budete dělat. Například co jste měl v plánu udělat včera?
- Pacient: Nic... ale jo, říkal jsem si, že bych si měl vyprat ponožky a spodní prádlo. A pak jsem nic nedělal.
- Terapeut: Hmm. Když si více vzpomenete, jak to bylo. Vy jste si řekl, že byste měl prát. A co vám zabránilo, že jste s tím nezačal? Co jste si řekl?
- Pacient: Nevím, asi něco, co si říkám často. Že nemá cenu se snažit něco dělat, když nemám žádnou energii.
- Terapeut: (píše si do rámečku MYŠLENKY a nahlas opakuje „Nemá cenu snažit se něco dělat, když nemám žádnou energii“). Když si řeknete sám sobě něco takového, jak se potom cítíte?
- Pacient: Mizerně. Ale je to pravda. Pak si taky říkám, že od malička nejsem k ničemu.
- Terapeut: To je pochopitelné, že se nemůžete cítit dobře, když sám sobě říkáte tak nepříjemné věci. Říkal jste, že se pak cítíte mizerně. Jaké jsou to pocity, co prožíváte?
- Pacient: Ale, cítím v sobě napětí, na prasknutí, a pak únavu, nemám do ničeho chuť, nic mě netěší. Takovou bezmoc, ochablost.
- Terapeut: (píše si do dalšího rámečku EMOCE: mizerně, bezmoc, ochablost)  
Vidím, že když se objevují tyto myšlenky (ukazuje na papíře), tak se cítíte mizerně, objevuje se napětí a pak únava, bezmoc, nechut... (ukazuje v rámečku). Abychom tomu mohli porozumět co nejvíce, řekněte mi ještě, jak se chováte v takové chvíli. Už vím, co si myslíte a jak se cítíte. Ale co děláte?
- Pacient: Vůbec nic.
- Terapeut: Co to znamená, vůbec nic? Sedíte nebo ležíte?
- Pacient: Většinou si lehnu a ležím. Nechci nikoho vidět. Taky se v poslední době lidem doslova vyhýbám.
- Terapeut: A třeba četba nebo televize... to neděláte?
- Pacient: Dříve mě to těšilo, rád jsem četl a sportoval. Teď to nedělám. Nemám na to. Ani bych to nezvládl, nemá to cenu.
- Terapeut: (píše do rámečku CHOVÁNÍ: Ležím, nechci nikoho vidět)  
Teď už mám o tom, co se s vámi děje, ucelenější obraz. Jakoby to běhalo v takovém začarovaném kruhu... (ukazuje na papír). Objeví se myšlenky, které vás znehodnotí, s tím v ruku v ruce emoce, které vás svazují, a pasivní chování. A tak to krouží v bludném kruhu. Co si o tom myslíte?
- Pacient: Je to tak. A nejde z toho vylézt.
- Terapeut: Chci se zeptat ještě na to, jaké má toto bloudění v začarovaném kruhu důsledky pro váš život. Myslím tím, zda to má nějaký dopad na vaše vztahy s lidmi, na vaši práci, na vaše koníčky. Víam od vás, že lidem se vyhýbáte, jste teď v pracovní neschopnosti, protože se cítíte nevykonný. Ještě nějaké důsledky deprese si nyní uvědomujete?
- Pacient: Ani ne... cítím se sám, s nikým se nestýkám. Do práce nemůžu chodit, protože se na ni nesoustředím. A taky se více hádám, i v práci i s matkou. To jsem dříve nedělal.

Příklad vysvětlení příznaků u pacienta s panickou poruchou (Prašková a Praško, 1999):

„Velmi hezky jste mi popsala svoje příznaky. Tomuto seskupení tělesných příznaků, úzkosti, strachu z infarktu a vyděšeného chování se říká panický záchvat. Je to porucha, která se projevuje jak tělesnými, tak emočními příznaky. Zkusíme si nyní spolu popsat, jak takový panický záchvat u vás funguje. Říkala jste, že najednou zjistíte, že vám rychleji tluč srdce. Je to tak? ...Co si o tom řeknete, když zjistíte, že vám buší srdce?... Hm, přesně tak jste mi to popsala. Řeknete si: Co když to je infarkt?... Ano, a když si toto řeknete, cítíte náhle hrozný strach... je to tak? Hm... Co pak uděláte?... Měříte si tep, zjišťujete, že ho nemůžete v rozčilení zachytit, voláte pohotovost. Během tohoto chování se úzkost ještě zvýší, a to vede k dalšímu zrychlení tepu srdce. Říkáte si, že to vaše srdce nemůže vydržet. A to dále zvýší úzkost. Ze strachu se vám zrychlí dech, začnete se potit, cítíte mravenčení v prstech. Říkáte si, že každou chvíli zemřete. Podívejte, zjednodušeně jsem to zachytil v tomto schématu, jak ty věci souvisejí. To, co si řeknete o bušení srdce – že by to mohl být infarkt – zvýší úzkost a spustí stresovou reakci, která dále zrychlí tep a vyvolá další příznaky stresové reakce, jako je zrychlení dechu, mravenčení v prstech, tlak v žaludku ap. Takový záchvat prožije každoročně kolem 12 % lidí a obvykle souvisí s nějakým stresem v životě, kterého si je člověk více nebo méně vědomý. U části lidí se takové záchvaty začínou opakovat. Člověk se je prostě naučí opakovat podobně, jako se naučíme zlozvyky. Když se tyto záchvaty začínou opakovat častěji, jako je tomu u vás, mluvíme o panické poruše. Ta postihuje každoročně 2–4 lidi ze sta. Je tedy poměrně častá. Většina lidí dostane pochopitelně strach, že trpí vážnou tělesnou nemocí. A proto obvykle absolvují celou řadu vyšetření u různých specialistů. Zpravidla se však nenajde žádná tělesná porucha, která by to mohla vysvětlit.

**Obrázek 7.2.1:** Bludný kruh příznaků u panické poruchy



Příklad vysvětlení příznaků u pacienta se somatoformní vegetativní dysfunkcí (Praško et al., 2002):

- Terapeut:** Říkal jste, že největší obavy ve vás vyvolává zrychlení tepu srdce, pocity sevření na hrudi a mravenčení v prstech. Občas taky z ničeho nic nemůžete popadnout dech a pak jdete k oknu a snažíte se nadýchat čerstvého vzduchu, ale moc to nepomáhá. Popsala jsem to dobře?
- Pacient:** Ano, je to tak, taky se vždy strašně zpotím. Všichni mi říkají, že to mám od nervů. Ale jak to může být od nervů. Nervy mám horší, ale to jen z toho strachu z těch tělesných potíží. Začalo to od toho utíkání srdce a sevření na prsou.
- Terapeut:** Já vám to plně věřím. Takové potíže, které máte, většinou začnou nejdříve tělesně, až pak z nich člověk dostane strach nebo se cítí utrápený. Ovšem jejich původ může být jak tělesný, tak mohou být reakcí na stres, který má člověk v životě. Jistě znáte od dětství, že když má člověk strach nebo trému, rozbuší se mu srdce a začne rychleji dýchat. To je takový jednoduchý příklad stresové reakce. A taky se zpotí, říká se: zpotil se strachy.
- Pacient:** Jak to se mnou souvisí, já jsem přece neměl z ničeho strach ani trému.
- Terapeut:** To máte pravdu, to byl jen příklad, jak tělesné příznaky souvisí se stresem, který člověk prožívá. Jak jsme si už dnes řekli, v době, než se u vás objevily potíže, jste měl za sebou velmi náročné pracovní období. Zaváděli jste novou technologii výroby a zahraniční partner byl velmi nespolehlivý. Pracoval jste kolem 14 hodin denně a manželka vám začala vyčítat, že zanedbáváte rodinu. Pochopila jsem to dobře?
- Pacient:** No byl to velmi krutý rok. Moc jsem se nevyspal a žena mě moc nepodpořila. Ale ty potíže přišly až tehdy, když všechno skončilo.
- Terapeut:** Hmm, to se často stává, člověk je dlouhodobě ve stresu, je však soustředěný na to, co je třeba řešit, a teprve, když je za stresovou situací, začne si uvědomovat jednotlivé příznaky.
- Pacient:** Nějak tak to bylo. Výroba začala, a já místo uvolnění jsem byl najednou nespůj a neklidný, jakoby mě ještě něco čekalo. A pak se objevilo to se srdcem. Ale můj kamarád, internista, mi nic nenašel. Taky mi řekl, že jsem přetížený. Ted' to však trvá již 8 měsíců. To je trochu dlouho. Stres už dávno pominul.
- Terapeut:** Hmm, jak vás tak poslouchám... ty příznaky samy o sobě vás vůbec neobtěžují, jsou vám úplně jedno, neobáváte se jich... Prostě žádný stres nevyvolávají? Nebo je to jinak?
- Pacient:** Máte pravdu, mám obavy a jsem stále ve stresu, kvůli těm příznakům.
- Terapeut:** A situace s manželkou, říkal jste, že vám vyčítala, že zanedbáváte rodinu... jak to vypadá mezi vámi teď?
- Pacient:** Je teď, když nejsem zdravý, na mě docela hodná, jen občas se naštve, že už toho má dost, předtím jsem byl v práci a teď jsem hypochondr. A to víte, to mi nepřidá. Ale asi má pravdu, více se sleduji a to není dobré.
- Terapeut:** Takže se zdá, že občas napětí mezi vámi je. I když naštěstí nepřevažuje.

- Pacient: To je spíše mnou samotným, říkám si, že se už se mnou musí otravovat, že si to nezaslouží. To mě stresuje víc než to, že jí občas ujedou nervy.
- Terapeut: Hmm, to vám rozumím, člověk by chtěl být pro druhého oporou a má pocit, že jen obtěžuje. Myslím, že máte hodně důvodů, proč situaci změnit.
- Pacient: To bych velmi rád, ale nevím jak.
- Terapeut: První krok jste už velmi dobře udělal. Řekl jste mi o tom, jak začátek příznaků souvisel ze stresem v práci, respektive s dokončením velké dřiny. Pak jsme přišli na to, že v současnosti zažíváte další stres, který může mít vliv, a to je stres ze samotných příznaků a stres z toho, že se cítíte před manželkou provinile. Takže, pokud to mnohu tak říci, zdá se, že vaše příznaky zřetelně souvisí se stresem, který jste prožíval a který dosud prožíváte. Nakolik na to mají vliv ještě další okolnosti, to zatím nevíme, ale pokud mají, pravděpodobně to brzy zjistíme. Nyní bych se chtěla zeptat, co děláte, když se příznaky objeví. Taky by mě zajímalo, čemu se díky těmto příznakům raději vyhnete.

Po vysvětlení bludného kruhu poruchy na pacientových typických příznacích pokračujeme v *edukaci o léčbě* – tedy vysvětlení, jakým způsobem v daném modelu působí terapie. Obecně platí, že přímo myšlenky můžeme měnit pomocí kognitivní rekonstrukce, chování pomocí plánování aktivity, expozice nebo nácvikem sociálních dovedností, emoce relaxací, imaginací a psychofarmaky, vegetativní reakce kontrolovaným dýcháním, svalovou relaxací, meditací a léky. Důsledky lze kontrolovat pomocí řešení problémů. Vzhledem k tomu, že všechny tyto systémy se vzájemně ovlivňují, každá změna v jednom z nich vede ke změnám v dalších třech. Je vhodné uvést příklady, jak při změně v jednom systému dochází ke změnám v systémech ostatních. Práce s automatickými myšlenkami pomáhá umírnit jejich vliv a zasahuje jeden z uzlových bodů bludného kruhu. Plánování činnosti postupně zvyšuje aktivitu pacienta a působí ve druhém uzlovém bodu. Relativně nejhůře se dá působit přímo na emoce. Zde se uplatňuje kontrola dechu, relaxace, imaginace, nácvik „sebeuvědomování“ a psychofarmaka. Nepřímo ovlivňujeme emoce tím, že snížíme počet negativních automatických myšlenek a zvýšíme aktivitu. U deprese je však potřeba vědět, že nálada bude pravděpodobně ovlivněna později než aktivita a depresivní myšlení. Během celého vysvětlování modelu poruchy i způsobu, jakým zasahuje léčba, se snažíme podpořit motivaci pacienta, rozptýlit jeho pochyby a nejistoty, dovést ho k otevřeným vyjádřením (skepsa, pochybnosti o léčbě atd).

*Informace o struktuře terapie* jsou rovněž nezbytné: jak dlouho bude sezení trvat, jak často se bude konat, kde bude léčba probíhat, kdo všechno se jí bude účastnit ap.

U depresivních, úzkostných (zejména trpících panickou poruchou či generalizovanou úzkostnou poruchou), a zejména u pacientů se somatoformními poruchami se stává, že postižení odmítají přijmout fakt, že trpí psychickou poruchou. Zejména pokud hlavní příznaky, které pacienta obtěžují, jsou tělesného rázu. Pacient bývá přesvědčen, že je nemocen tělesně a vesměs má za sebou řadu vyšetření.

Tomuto úskalí je potřebné se citlivě v rozhovoru s pacientem věnovat. Je důležité pacientův názor neodmítat, ale ani ho neupevňovat (Salkovskis, 1989). Terapeut by měl pravdivě uznat, že pacient prožívá tělesné příznaky, o kterých je přesvědčen, že jsou zapříčiněny tělesnou nemocí. Odpovídá přece logice „selského rozumu“, že tělesné příznaky jsou vyvolány tělesnou nemocí. Pak by měl pacienta informovat, že existuje více možností, proč se objevují tělesně prožívané příznaky. Např. řada nepříjemných emocí, jako je zlost, úzkost, strach, smutek, beznaděj a další, se může projevat nikoliv psychologickým prožitkem, ale tělesným pocitem. Tělesný pocit může být také naučenou reakcí na určité typy myšlenek. Protože dosavadní vyšetření nezjistila žádnou tělesnou příčinu pacientových potíží, je vhodné, aby se další vyšetření a léčba zaměřily na zkoumání alternativních vysvětlení. Součástí terapie však nebudou další opakování lékařských či laboratorních vyšetření. Pokud na nich pacient trvá, může mu terapeut položit následující otázky: Jak dlouho se snaží zvládnout své potíže s pomocí somatických lékařů? Zbavil se jich touto léčbou? Vyzkoušel někdy psychoterapeutické metody léčby toho druhu, který mu nabízíme? Terapeut pak může navrhnout, aby se pacient zavázal pracovat tímto novým způsobem po dobu 3 měsíců. Pokud bude plnit úkoly, na kterých se dohodneme, a provádět doporučované nácviky a po třech měsících se jeho stav nezmění, bude pak nejrozumnější vrátit se k původnímu somatickému přístupu k léčbě. Je důležité pacienta nenutit, aby se vzdal svých přesvědčení, ale aby zvážil a po určitou dobu vyzkoušel jinou alternativu. Tento přístup ilustruje následující ukázka (podle Salkovskis, 1989):

**Terapeut:** Tak vy jste přesvědčena, že máte nějakou vážnou tělesnou chorobu, kterou lékaři nezjistili. Je to tak?

**Pacientka:** Ano, je to tak.

**Terapeut:** A tato myšlenka vás velice rozrušuje a cítíte se kvůli ní nešťastná. Ovlivňuje váš život v tom, že nejste schopna být sama, brání vám dělat věci, které vás těší, například hrát tenis. Také jste kvůli tomu přestala jíst tolik jako dřív, což může vést k tomu, že je pro vás jídlo čím dál těžší. Je to tak?

**Pacientka:** Ano. Někdy dokážu být sama, ale někdy to nejde a pak si nemůžu pomoci.

**Terapeut:** Správně. Obvykle když se lidé něčeho bojí, mají pro to nějaký důvod. Ve vašem případě je váš strach o vaše zdraví vyvolán tím, že cítíte bolesti, ztrácíte na váze, máte potíže jíst a polykat a potíže se zažíváním. To všechno vám ukazuje, že jste nemocná, zvláště když máte tyto problémy každý den. Jsou ještě nějaké další věci, které vás přesvědčují o tom, že jste nemocná?

**Pacientka:** Ano, není to knedlík, ale takový hrozný pocit v krku, sevření, když se to objeví, tak to bolí. Můj lékař mě prohlédl, ale zhoršilo se to až po rentgenovém vyšetření, ne předtím; proto jsem přestala jíst. Mám také problémy s močením. Děsí mě to, neumím se s tím vypořádat. To jsou ty hlavní věci, proč jsem přesvědčena, že mám to samé jako moje matka.

**Terapeut:** Ano; takže tohle vede k tomu, že myslíte na nejhorší; myslíte, že máte rakovinu jako vaše matka.

- Pacientka: Ano.
- Terapeut: Existují ale také věci, kvůli kterým si myslíte, že trpíte také úzkostí; například na konci našeho minulého setkání jste řekla, že vaše problémy se spánkem jsou způsobeny úzkostí, že byste mohla ve spánku zemřít, a proto se snažíte neusnout. Takže to, že máte problémy se spánkem, se dá vysvětlit vašimi obavami?
- Pacientka: Myslím, že ano.
- Terapeut: No, a máte také problémy s bolestí, jídlem, močením a zažíváním. Proto si myslíte, že jste nemocná. Přitom vám dělá starosti, že lékaři nebudou tyto vaše problémy brát vážně, protože už jste je měla dříve.
- Pacientka: A jak by poznali, kdybych trpěla nějakou vážnou organickou nemocí? Tentokrát je to jiné než dříve. Tentokrát se toho nemůžu zbavit.
- Terapeut: Lékař si vaše příznaky vyslechl, ale vy máte obavy, že věnuje příliš mnoho pozornosti tomu, co bylo dříve. (Krátkce probere, jakým způsobem se stanovují diagnózy.) Myslí si, že trpíte strachem o své zdraví a že vaše příznaky jsou způsobeny vaší úzkostí. (Probere příznaky úzkosti, popíše vliv úzkosti na bolest a chuť k jídlu) Co si o tom myslíte?
- Pacientka: Můžu vám jen říct, že když se mé potíže začnou zhoršovat, jsem přesvědčena, že pravdu mám já.
- Terapeut: Dobrá. Mám pro vás návrh. Vy se obáváte, že je s vámi něco tělesně v nepořádku, a já rozumím tomu, proč si to na základě těch příznaků, o kterých jsme se bavili, myslíte. Také jsme si probrali, na základě čeho si já myslím, že trpíte určitým typem strachu z nemoci. Takže máme dvě možnosti a musíme obě dvě zvážit. Jedna možnost, které vy věříte a já o ní pochybuji, je, že jste skutečně vážně tělesně nemocná. Druhá možnost, které věřím já a vy o ní pochybujete, je, že jste velice úzkostná a máte myšlenky, které vás rozrušují. Tyto myšlenky způsobují, že se stále zaměřujete na své obavy, vyvolávají různé příznaky ve vašem těle, například zhoršují vaši chuť k jídlu. Shrnul jsem to správně?
- Pacientka: Ano, tak to je.
- Terapeut: Jak moc jste se v poslední době snažila zvládnout své problémy tak, že jste se chovala, jako byste byla skutečně nemocná?
- Pacientka: Jako že jsem chodila k mému obvodnímu lékaři? Ano, prohlížel mě mnohokrát.
- Terapeut: Vedlo to ke zmírnění vašich příznaků?
- Pacientka: Ne, protože... dal mi léky, ale nic nezjistil. Ale co jiného můžu dělat?
- Terapeut: Zdá se, že jste se snažila zvládnout své problémy tak, jako by se jednalo o tělesnou nemoc. Navrhl jsem vám možnost, že hlavní součástí vašich problémů může být úzkost. Jak moc jste zkusila své problémy zvládnout tak, jako by se jednalo o úzkost? Zkusila jste to vůbec?
- Pacientka: Ehm...(dlouhá pauza) nemůžu říct, že bych to zkusila.
- Terapeut: Nezkusila jste to zvládnout, jako kdyby šlo o úzkost?
- Pacientka: Ne.

**Terapeut:** Snažila jste se to zvládnout jako tělesný problém. Co tak uzavřít dohodu jenom na tři měsíce; a během těchto tří měsíců se pokusit to zvládnout, jako by šlo o úzkost. Budete jednat, jako by šlo o úzkost; když budete tři měsíce dělat všechno, na čem se dohodneme, ke zvládnutí úzkosti, a po třech měsících se vaše problémy vůbec nezlepší, pak se na to znovu podíváme z té tělesné stránky.

**Pacientka:** Rozumím.

**Terapeut:** Myslím, že je to rozumné; pokud to budete dělat a pomůže to, vaše problémy se zmírní. Pokud to nepomůže, je to taky dobře, protože pak budete moci říci „Aha, moje úzkost se zmírnila a moje tělesné problémy stále trvají; musíte se na ně znovu podívat.“ Zdá se vám to správné?

**Pacientka:** Rozumím. Jak začneme?

## 7.2.2 Metody zaměřené na ovlivnění pozornosti

### 7.2.2.1 Odvedení pozornosti

Tato metoda vychází z poznatku, že člověk se může v určitém okamžiku plně soustředit jen na jednu myšlenku nebo představu, zatímco ostatní myšlenky a představy jsou zatlačeny do pozadí a jejich vliv na náladu i na jednání člověka se oslabí. Uplatňuje se především tam, kde pacienta trápí nepříjemné myšlenky a představy, na které se snaží „nemyslet“. Na počátku terapie mohou být techniky k odvedení pozornosti velmi užitečným nástrojem ke zpochybnění pacientova přesvědčení, že nemá nad svým pocitem úzkosti žádnou kontrolu (Clark, 1991). Později během terapie je možno těchto technik využít ke zvládnutí příznaků v situacích, kdy není možno racionálně zpracovat negativní myšlenky, např. když s někým mluvíme. V takové situaci spočívá cvičení v odvedení pozornosti v tom, že úmyslně zaměříme svou pozornost na vnější podněty, případně se přiblížíme k tomu, s kým mluvíme, aby nám zaplnil celé zorné pole a soustředíme se na obsah rozhovoru a ne na myšlenky, týkající se hodnocení vlastního projevu a vystupování. Odvedení pozornosti může také sloužit jako mocný prostředek demonstrace platnosti kognitivního modelu úzkosti (Clark, 1988). Když začne být pacient během sezení úzkostný, terapeut jej požádá, aby nahlas popsal, co kolem sebe vidí. Tím se úzkost obvykle zmírní. Otázkami pak můžeme pacienta přivést k poznání, že zmírnění úzkosti bylo způsobeno tím, že odvedl pozornost od myšlenek, které tuto úzkost vyvolávaly, z čehož plyne, že určité myšlenky hrají významnou úlohu v udržování jeho potíží. Příklad (podle Clark, 1991):

Jedna pacientka, sekretářka, začala během sezení náhle pociťovat silnou úzkost. Na otázku, co jí právě běželo hlavou, odpověděla: „Zatímco jsme mluvili, začala jsem pociťovat píchání na kůži hlavy a pak i na levé tváři, a to mě opravdu vyděsilo. Myslím, že to je příznak mozkového nádoru nebo krvácení do mozku.“ Terapeut řekl: „To chápu. Rád bych teď provedl malý pokus. Můžete se rozhlédnout po této místnosti a popsat co nejpodrob-



něji všechny, předměty, které tu vidíte?” Zpočátku to bylo pro pacientku obtížné, avšak s mírným povzbuzováním ze strany terapeuta se do tohoto úkolu brzy zcela zabrala. Asi po třech minutách se terapeut zeptal: „Jak to teď vypadá s pícháním na hlavě?” Pacientka s překvapením zjistila, že tyto pocity se zcela ztratily. Po dalších otázkách pacientka souhlasila s tím, že není pravděpodobné, že by se tak snadno ztratily příznaky krvácení do mozku nebo mozkového nádoru, a byla více ochotna věřit tomu, že tyto příznaky byly způsobeny jejími obavami. Ukázalo se také, že se její příznaky objevily v okamžiku, kdy se rozhovor stočil právě k obavám z onemocnění.

Existuje několik základních metod odvedení pozornosti: *zaměření na předmět, tělesná činnost, přesunutí pozornosti, mentální cvičení, zaujatá činnost a počítání myšlenek*. Pro účinnost této metody je důležité, aby si pacient nacvičil více způsobů odvedení pozornosti a aby využil takových způsobů, které jemu samotnému nejvíce pomáhají a které vycházejí z jeho zájmů a předností – např. sportovně založený pacient může odvádět svou pozornost pomocí tělesného cvičení, hudebně nadaný pacient pomocí hry na klavír aj. Klíčem k úspěchu je, aby si pacient našel činnost, která jej opravdu zaujme, a přitom je natolik náročná, aby se jí nemohl věnovat automaticky.

**Zaměření na předmět** – pacienta učíme zaměřit pozornost na určitý předmět, který se nachází v dané chvíli poblíž. Aby přerušil tok automatických myšlenek, popisuje v tu chvíli daný předmět co nejpodrobněji. Musí se zaměřit na takové věci jako „Kde přesně je?“, „Jak je velký?“, „Jakou má barvu?“, „Z jakého je materiálu?“, „Kolik jich tu přesně je?“, „K čemu souží?“ ap.

**Tělesná činnost** spočívá v tom, že pacient začne vykonávat s plným soustředěním určitou činnost, např. práci na zahradě, v domácnosti, tělesně cvičit, a tím přerušit hloubání nad negativními a úzkostnými myšlenkami.

**Přenesení pozornosti** spočívá v tom, že se pacient plně soustředí na své okolí a začne si všimát určitých podrobností všemi svými smysly – co vidí, co slyší, co cítí. Může např. v duchu popisovat obraz na stěně, nábytek v místnosti, na ulici si může všimát co mají druzí lidé na sobě, jaké zboží je vystaveno ve výkladech ap.

**Mentální cvičení** spočívá v soustředěném provádění např. matematických úloh – pacient může třeba odečítat po sedmi od tisíce, recitovat v duchu báseň, vybavit si v duchu vzpomínku na příjemný zážitek a snažit se jej vybavit co nejpodrobněji, hledat názvy zvířat nebo rostlin, které začínají na určitou hlásku, soustředěně vzpomínat na detaily trasy svého posledního výletu ap.

**Zaujatá činnost** – je důležité zvolit činnost, při níž je zapojen mozek i tělo, např. luštění křížovek nebo tenis. Činnosti, které je možno dělat bezmyšlenkovitě, je třeba kombinovat s těmi, které vyžadují větší zaujetí – např. žehlení kombinovat s poslechem rádia.

**Počítání myšlenek** – má sloužit k tomu, aby pacient získal od negativních myšlenek větší odstup. Jde o to, aby se pacient naučil zaznamenat přítomnost negativní automatické myšlenky (např. čárkou na papír nebo přendáním párátko z jedné kapsy do druhé), a pak aby se jí dál nezabýval a tak nedovolil, aby mu zkazila

náladu. Jako u všech metod je pro účinnost této metody rozhodující, aby si ji pacient opakovaně procvičoval nejdříve v klidu a poté i v běžných životních situacích, kdykoliv se mu vynoří nepříjemné myšlenky, představy či obavy. Na počátku jsou tyto techniky pro pacienta obtížné, zejména pro pacienty trpící depresí, protože se velmi obtížně soustřeďují a obvykle je dokáží využít jen na chvíli. Se získáváním praxe však pacient dokáže přerušit neplodné přemítání stále účinněji a účinněji. Počítání myšlenek je u někoho velmi výhodné, avšak u některých lidí může vést k zdánlivému nebo i skutečnému nárůstu počtu automatických myšlenek. Pacient si jich je více vědom, ale přitom na ně ještě neumí racionálně odpovědět.

### 7.2.2.2 Zastavení myšlenek – „stop“ technika

Jedná se o pomocnou metodu, která se používá vždy v rámci komplexní terapie a musí být doplněna uplatněním dalších metod – např. zpochybňováním negativních myšlenek či expozicí. Jejím cílem je poskytnout pacientovi, kterého trápí určité nepříjemné a trýznivé myšlenky či představy, možnost vliv těchto myšlenek a představ omezit a dostat pod kontrolu. Proto se tato metoda používá u úzkostných poruch a u obsedantní poruchy.

Pacientovi nejdříve *vysvětlíme smysl* této techniky: cílem je zkrátit dobu trvání nepříjemných myšlenek a představ. Přitom je třeba, aby si tuto metodu nejdříve dobře nacvičil „na nečisto“, tj. v klidu, a až pak ji začal uplatňovat i v běžných životních situacích.

Pacient si vytvoří *seznam* několika nejobvyklejších nutkavých myšlenek a situací, v nichž se nejčastěji objevují. Pak si vytvoří seznam tří až čtyř uklidňujících myšlenek či představ: např. vzpomínku na příjemný zážitek z dovolené, na určitou uklidňující scénu z filmu ap. Důležité je, aby mezi tyto uklidňující myšlenky nezařadil žádnou ze svých původních neutralizujících myšlenek či představ.

V sezení pak pacientovi *předvedeme*, jak lze pomocí této metody přerušit nutkavé a nepříjemné myšlenky. Vyzveme jej, aby si tyto nutkavé myšlenky či představy vybavil a dal nám znamení, jakmile se objeví. Pak velice hlasitě a rázně křikneme: „Stop!!!“. Pacient se obvykle lekne a jeho nutkavé myšlenky se přeruší. Tento postup pak několikrát opakujeme a pacienta instruujeme, aby si po pokynu „Stop“ začal vybavovat uklidňující představu. Jakmile se mu to podaří, dá nám znamení. V prvním sezení tento postup s vyvoláním nutkavých myšlenek, jejich přerušením a nahrazením uklidňující představou opakujeme několikrát, až nám pacient sdělí, že se již naléhavost nutkavých myšlenek zmírnila. Postižený se dostává do metapozice – může své myšlenky pozorovat. Není jimi tak pohlcen. Jedná se o pomocnou techniku, práce s myšlenkami je důležitější. Stop technika je velmi užitečná zejména u OCD při myšlenkových rituálech. Po expozici obsedantní myšlenky se rychle začnou objevovat neutralizující myšlenky. V tuto chvíli je STOP velmi účinné – blokuje kompulzivní reakci.

Za domácí úkol si pacient tento postup *nacvičuje samostatně*, přičemž si sám zakřičí „Stop!“ Jakmile tento postup zvládne, začne postupně ztišovat svůj pokyn

„Stop“, až si jej nakonec jen tiše zašeptá nebo řekne pouze v duchu. Teprve poté může začít nacvičovat tuto techniku i v běžných životních situacích, přičemž opět postupuje od situací méně obtížných k situacím obtížnějším.

### 7.2.2.3 Zastavení myšlenek – kartičky

Přístup je podobný předešlému. Pacient zastavuje automatické myšlenky pomocí kartičky, kterou si vytáhne z kapsy a přečte vždy, když se automatická myšlenka objeví. Nejprve si však musí vytvořit seznam 20–30 nejčastějších automatických myšlenek, které ho napadají. Napíše si je na malé kartičky. Na rubu má pak napsanou alternativní, vyváženější myšlenku. Vždy, když zjistí, že mu hlavou proudí negativní automatické myšlenky, má balíček karet vytáhnout a najít si myšlenku, kterou zrovna zachytil. Pak si má přečíst a uvědomit alternativní myšlenku na rubu.

Tato technika může být užitečná na počátku léčby agorafobie. Pacient ještě nedovede provádět kognitivní rekonstrukci, ale je účelné, aby byl již vystaven expozicím, např. cestoval dopravními prostředky. Kartičky pomáhají dostat se „nad myšlenky“, někdy se i s odstupem zasmát.

Někdy je vytváření kartiček obtížné – nalézt reprezentativní automatické myšlenky bývá první obtíží, nicméně vytvořit jednoduché heslovité odpovědi, které přitom univerzálně sedí, bývá větší problém. Nicméně společné tvoření odpovědi s terapeutem (ale ještě lépe ve skupině) bývá někdy velká legrace, což samotné velmi pomáhá terapeutickému vztahu i vlastnímu odstupu pacienta od sebelítosti.

**Tabulka 7.2.2:** Příklady kartiček

|                                                         |
|---------------------------------------------------------|
| Úzkostná otázka: „Co když se před ostatními znemožním?“ |
| a na rubu: <b>TAK SE TOHO ZAS TAK MOC NESTANE</b>       |
| Úzkostná otázka: „Co když omdlím v obchodním domě?“     |
| a na rubu: <b>VLEŽE SE ZASE PROBERU, TLAK SE ZVEDNE</b> |

## 7.2.3 Sebeinstruktáž

Sebeinstruktáž je metoda, která vychází z poznatku, že jednání i emoce v určité situaci jsou ovlivněny tím, co si člověk v této situaci říká. Systematické uplatnění sebeinstruktáže jako terapeutické metody vychází z prací Meichenbauma (1977) a Goldfrieda et al. (1974), i když podobný přístup najdeme již v pracích Cautely (1967) o tzv. skrytém podmiňování.

Prvním krokem při nácviku sebeinstruktáže je zjištění a analýza toho, co si pacient v určitých problematických situacích myslí a jak to ovlivňuje jeho emoce

a jednání. Když si pacient uvědomí, jak jeho „vnitřní monolog“ souvisí s jeho prožíváním a jednáním, spočívá další krok ve vytvoření takových myšlenek, které pacientovi pomohou lépe problematickou situaci zvládnout. Tyto konstruktivní a povzbuzující výroky si poté pacient systematicky nacvičuje – nejdříve v rámci sezení, kdy si problematickou situaci představuje, později v reálných situacích. Terapeut může sloužit jako vzor, když předvádí pacientovi, jak lze určitou situaci zvládnout, a přitom nahlas říká jednotlivé sebeinstruuující výroky. Pacient si může tyto výroky při zvládání určité situace říkat nejdříve nahlas, pak šeptem a nakonec v duchu. Také může nosit tyto výroky napsané u sebe a ve stresujících situacích si je číst. Fliegel (1993) uvádí, že sebeinstrukce lze rozdělit na ty, které:

- *zaměřují pozornost* na vzniklý problém („Co se to děje? Čeho se bojím?“),
- *řídí vlastní jednání* („Co mám teď udělat? Musím se uvolnit, dýchat klidně, neutíkat!“),
- *dodávají odvahu* („Vydržím to! Zvládnou to!“),
- *oceňují vlastní jednání* („Výborně! To jsem udělal dobře!“).

Metoda nácviku sebeinstruktáže a změny vnitřního monologu se obvykle neužívá samostatně, ale kombinuje se s dalšími metodami, především s expozicí, s nácvikem podle vzoru nebo s operantním podmiňováním. Rozdíl mezi nácvikem sebeinstruktáže a kognitivní restrukturalizací je spíše v odlišném důrazu na jednotlivé kroky. Zatímco při kognitivní rekonstrukci klademe důraz především na analýzu logických chyb v myšlení a nahrazení iracionálních myšlenek myšlenkami rozumnějšími, při nácviku sebeinstruktáže se zaměřujeme především na poukázání souvislostí mezi určitými vnitřními výroky a emoční reakcí („To je strašné!“ úzkost zvyšuje, „Je to nepříjemné, ale dá se to vydržet“ úzkost snižuje) a na praktický nácvik používání uklidňujících, sebeřídících, povzbuzujících a sebeoceňujících výroků před, během a po zvládnutí určité problematické situace.

Nácvik sebeinstruktáže lze použít při zvládání všech stavech úzkosti a demoralizace, podobně stavech zlosti a při problémech se zvládáním impulzů.

## 7.2.4 Kognitivní restrukturalizace

Tato metoda tvoří jádro kognitivních metod, užívaných v KBT. Vychází z poznatku, že lidé prožívající silné emoce – depresi, úzkost či hněv – se ve svém myšlení dopouštějí systematických logických chyb a zkreslujících hodnocení. Myšlení pacienta zaplavují tzv. automatické negativní myšlenky (ANM), které jsou pro něj velmi přesvědčivé, nad jejichž pravdivostí se nezamýšlí a pod jejichž vlivem jedná.

Podle kognitivní teorie duševních poruch jsou právě tyto automatické negativní myšlenky, kterými pacient zkresleně hodnotí jak vnější skutečnost, tak sebe sama, příčinou negativních emocí – deprese a úzkosti. A. T. Beck např. předpokládá, že příčinou deprese je tzv. **negativní kognitivní triáda** – to, že pacient systematicky negativně hodnotí sebe („jsem k ničemu“), světa okolo („nikdo o mě nestojí“) a budoucnosti („nikdy to nebude lepší“).

Zdrojem těchto automatických negativních myšlenek jsou hlubší, často nevědomé kognitivně-afektivní struktury, které A. T. Beck označuje jako „kognitivní schémata“ a A. Ellis jako „iracionální přesvědčení“. Jsou to obecná pravidla a přesvědčení o tom, jaký jsem, jací jsou druhí a jaký je svět okolo. Jakmile jsou tato „kognitivní schémata“ aktivována, ovlivňují způsob uvažování a hodnocení toho, co pacient vnímá. Tato schémata – „jádrová přesvědčení“ – jsou spojena s určitými silnými emocemi – jsou „žhavá“.

Kognitivní schémata se vytvářejí během dětství na základě zkušenosti procesem zevšeobecnění konkrétních zážitků a pozorování. Zpočátku má dítě tendenci považovat určité přesvědčení za absolutně platné („Psi koušou“; „Jsem nešikovná“, „Lidé mě mají rádi“). Protože však během vývoje člověk má různé prožitky, tak za normálních okolností se tato přesvědčení vyvíjejí a mění, takže v dospělosti jsou naše přesvědčení pružnější („Někteří psi koušou, jiní ne“, „V něčem jsem šikovná, v něčem ne“, „Někteří lidé mě mají rádi, jiní nemají“).

Kognitivní schémata jsou většinou funkční a umožňují nám orientovat se a jednat i tehdy, když máme jen omezené množství informací. Některá jádrová přesvědčení však vznikají v dětství za velmi traumatických okolností nebo jsou původní dětská přesvědčení opakovaně potvrzována vnějšími zkušenostmi. V takových případech mohou zůstat přesvědčení a předpoklady v původní absolutní a rigidní podobě a v dospělosti se pak stávají dysfunkčními. Jedinec, který má taková „dysfunkční“ přesvědčení, je více zranitelný a je vyšší riziko, že bude trpět emoční poruchou – úzkostnou či depresivní – vlivem zevních událostí.

V rámci kognitivní restrukturalizace se nejdříve zabýváme jednotlivými automatickými negativními myšlenkami a jejich nahrazováním alternativními/vyváženějšími myšlenkami. Přesvědčivost alternativních/vyváženějších myšlenek posilujeme pomocí opakovaných „behaviorálních experimentů“.

Až když na základě poznání většího množství typických ANM dokážeme odvodit „dysfunkční jádrové přesvědčení“, z něhož tyto ANM vycházejí, můžeme přejít i k přímému zpochybňování platnosti tohoto dysfunkčního jádrového přesvědčení.

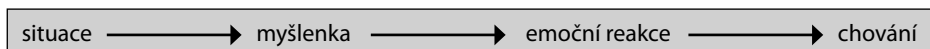
Vlastní metoda kognitivní restrukturalizace se skládá ze čtyř základních kroků, které se pacient potřebuje v terapii postupně naučit:

1. pochopit souvislost mezi emoční reakcí a automatickými myšlenkami,
2. rozpoznat své negativní automatické myšlenky,
3. zkoumat platnost negativních automatických myšlenek,
4. vytvořit alternativní/vyváženější myšlenku.

Před vlastním zahájením práce s automatickými myšlenkami se znovu vrátíme ke schématu, které jsme si s pacientem malovali během behaviorální analýzy. Na tomto schématu pacientovi demonstrujeme bludný kruh deprese či úzkosti. Pak mu sdělíme, že nyní se budeme učit, jak tento bludný kruh narušit pomocí odstranění negativních automatických myšlenek. Můžeme pacientovi sdělit něco v následujícím smyslu (příklad výkladu u nemocného s panickou poruchou):

U lidí, kteří mají panické ataky mívají automatické myšlenky ohrožující charakter. Jsou to myšlenky nekonstruktivní, protože vedou k nárůstu úzkosti a následně k úzkostnému chování a vyhýbání se, nikoliv k řešení situace. Proto je potřebné se naučit stavět se do opozice těmto myšlenkám a hledat konstruktivnější vysvětlení. Budeme se to spolu postupně učit. Bude to však nějakou dobu trvat, než se to naučíte, protože zlozvyk reagovat katastrofickými myšlenkami bývá letitý. Na základě různých myšlenek lidé reagují různě emočně i různě v chování.

Na dvou příkladech pak pacientovi vysvětlíme řetězec uvedený ve schématu:



#### 7.2.4.1 Souvislost emoční reakce s automatickými myšlenkami

Dříve, než terapeut a pacient začnou spolupracovat při ověřování platnosti a změně negativních myšlenek, terapeut musí poskytnout základní vysvětlení o vztahu mezi myšlením, pocity a chováním. K tomu je možno použít nějakého příkladu, jaký např. uvádí Beck a kol. (1979). Pacienta vyzveme, aby si představil situaci, kdy je večer sám doma a z vedlejší místnosti se ozve podivný šramot. Pak se terapeut zeptá, jaké myšlenky začnou pacientovi běžet hlavou. Poukáže na to, že např. myšlenka „V domě je zloděj“ vede k pocitu strachu a že se pacient začne chovat tak, aby unikl případnému nebezpečí (např. zatelefonuje na policii). Naproti tomu myšlenka „Asi jsem zapomněl zavřít okno“ nevyvolá pocit strachu a pacient se bude chovat jinak (klidně zavře okno a půjde spát). Kromě tohoto obecného příkladu můžeme využít i údaje, získané v úvodním rozhovoru, aby terapeut demonstroval úzký vztah mezi myšlením a cítěním. První krok tedy spočívá v tom, aby si pacient uvědomil, jak jeho emoce a chování v konkrétních situacích úzce souvisí s jeho automatickými myšlenkami.

**Tabulka 7.2.3:** Příklady alternativních myšlenek ve stejných situacích

a) panická porucha:

| Situace           | Myšlenka             | Emoční reakce       |
|-------------------|----------------------|---------------------|
| Pocity neskutečna | Co když se zblázním? | Vystupňovaná úzkost |
| Pocity neskutečna | Asi jsem přetížena   | Uklidnění           |

b) deprese:

| Situace                   | Myšlenka                        | Emoční reakce   |
|---------------------------|---------------------------------|-----------------|
| Kritika ze strany manžela | „Má pravdu, jsem k ničemu“      | Smutek a bezmoc |
| Kritika ze strany manžela | „Co si ten blbec zase vymýšlí?“ | Zlost           |

#### 7.2.4.2 Určení automatických myšlenek

Automatické myšlenky jsou většinou okamžité závěry, které člověka napadnou v určité situaci. Člověk přitom situaci důkladně nepromýšlí, ale pouze ji rychle

automaticky zhodnotí. Automatické myšlenky bývají silně ovlivněny momentální náladou a samy náladu výrazně ovlivňují.

Pacienti zpočátku nacvičují identifikování negativních automatických myšlenek spolu s terapeutem v sezení a pak rozvíjejí své dovednosti pomocí sebesledování za domácí úkol.

Poté, co pacientovi vysvětlíme, jak spolu myšlenky a emoce úzce souvisejí, požádáme jej, aby uvedl jako příklad několik myšlenek, které jej obvykle napadají, když se necítí dobře. Beck (1985) doporučuje, aby terapeut tyto myšlenky napsal na tabuli nebo na papír, protože pacient tak od nich získá určitý odstup. Uvádí, že když si pacient může své negativní myšlenky přechíst, často se mu začnou vybavovat další, hlubší a závažnější myšlenky. Ke každé zapsané myšlence pacient uvede, jak silnou emoci na škále 0–10 v něm tato myšlenka vyvolává a nakolik této myšlence věří – na škále 0–100 %.

K rychlé orientaci uvádíme některé ukazatele, podle kterých lze určit emočně nabitě („žhavé“) negativní automatické myšlenky:

- *Bychy a musy* jako „měl bych“, „bylo by třeba“, „musím“. Např. Musím ihned k lékaři.
- *Katastrofická slova* jako „hrozné“, „strašné“, „k nevydržení“, „nesnesitelné“ ap. Např. Je to strašné... Už to nevydržím ani chvíli... Co když zešílím... To je hrozné, jak mi je špatně! Je to tak se mnou příšerné, že se to už nedá vydržet!
- *Absolutní slova*, jako jsou „nikdy“, „všechno“, „nic“, „nikdo“, „všichni“, „k ničemu“ ap. Např. Nikdy to nezvládnou! Nikdy se z toho nedostanu!
- *Otázky*, na které si člověk neodpovídá. Např. Co se mnou bude?, Co když mi bude špatně?, Jak to se mnou dopadne?, Co když to nezvládnou?
- *Přehnané zevšeobecnění*. Např. Bije mi srdce – to je infarkt!
- *Značkování*. Např. Jsem hlupák, blbec, lenoch, špatná matka.

Některým pacientům nedělá potíže své negativní automatické myšlenky určit. Jiní však potřebují určitý nácvik, než dokáží určit své negativní myšlenky, které se u nich pojí s depresí či s úzkostí. Clark (1989) udává tyto nejčastější příčiny problémů s určením automatických myšlenek:

- a) Automatické myšlenky jsou pro pacienta tak běžné a samozřejmé, že neupoutávají jeho pozornost.
- b) Kognitivní procesy, spojené s negativními emocemi, jsou často velmi prchavé (trvají méně než jednu vteřinu), takže je pro pacienta velmi těžké si jich všimnout a zapamatovat si je. Pacient si proto uvědomí až emoci, kterou tyto myšlenky vyvolaly, a má pak dojem, že vznikla „z ničeho nic“.
- c) Emoce nemusí být vyvolávány jen myšlenkami, ale také vizuálními představami, které mohou být i velmi bizarní (pacientka vidí sebe samu, jak leží v mdlobách na ulici) a o kterých se pacient proto zdráhá hovořit.
- d) Automatické myšlenky vyvolávají nepříjemné emoce, a proto se pacient často snaží se jim vyhnout a potlačit je, např. tak, že okamžitě začne myslet na něco jiného. Tato reakce, tzv. kognitivní vyhýbání, je mnohdy tak zautomatizovaná,

že si pacient je vědom pouze svých „obranných“ myšlenek („Musím pryč!“), zatímco úzkostné a depresivní myšlenky a představy není schopen popsat.

- e) Protože automatické myšlenky často budí v pacientovi velmi silnou úzkost, strach, napětí, zlost, podrážděnost nebo depresi, zdráhá se někdy při rozhovoru s terapeutem úmyslně si je znovu vyvolat a hovoří jen obecně o tématech, která mu dělají starosti, nebo sděluje „umírněné“ verze svých automatických myšlenek.

K určení jeho „žhavých“ automatických negativních myšlenek může pacientovi pomoci několik postupů (Clark, 1989):

- a) *Rozbor posledního negativního prožitku* – necháme pacienta, aby nám podrobně popsal, co se dělo, když se naposledy cítil hodně špatně, a přitom se snažíme zjistit, co pro něj tato situace znamenala a jak tuto situaci hodnotí. Ptáme se „Co vám v tom okamžiku běželo hlavou?“, „Co nejhoršího si myslíte, že by se v této situaci mohlo stát?“ Pokud si pacient na poslední úzkostný zážitek dostatečně nevzpomíná, můžeme jej požádat, aby zavřel oči a představil si, že je opět v situaci, která v něm vyvolala negativní emoce. Pak jej požádáme, aby nám svou představu popsal, včetně emocí a myšlenek, které se mu při této představě vybavují.

Terapeut: Říkala jste, že nedokážete být sama doma. Je to tak?

Pacientka: Ano, strašně se bojím, že kdybych dostala záchvat, nikdo by mi nepomohl.

Terapeut: Můžete mi popsat, co si myslíte, že by se v takové situaci mohlo stát?

Pacientka: Začala bych asi křičet a sousedi by to slyšeli.

Terapeut: Začala byste křičet... a co by se mohlo stát, kdyby to sousedi slyšeli, jak křičíte?

Pacientka: No, pomluvili by mě, že jsem úplně blázen... a mohli by na mě zavolat policii.

Terapeut: To by bylo hodně nepříjemné. Ale zkusme si představit, co by se dělo, kdyby k vám přijela policie.

Pacientka: No to bych se propadla hanbou...

Terapeut: To chápu, nebylo by to příjemné... ale když si to představíte, co dále by se mohlo stát.

Pacientka: Všichni sousedi by na mně koukali jako na blázna.

- b) *Hraní rolí* – pokud se negativní emoce objevují v interpersonálních situacích, nejvhodnějším prostředkem ke znovuvyvolání negativních myšlenek je přehrát scénku, v níž terapeut hraje roli druhé osoby. Během scénky se můžeme opakovane zeptat, co právě pacientovi běží hlavou.

- c) *Zachycení změny nálady během sezení* – když si všimneme, že pacient během sezení jeví známky frustrace, můžeme se jej zeptat, co mu právě běží hlavou.

- d) *Určení významu určité události* – někdy se nám pomocí otázek nepodaří určit, jaké konkrétní negativní myšlenky nebo představy pacienta zúzkostňují či deprimují, a pacient tvrdí, že jej nic nenapadá, není schopen si nic představit, ani se vžít do své role při hraní rolí. Pak může pomoci, když se zeptáme, jak pacient určitou situaci hodnotí: Nejste si jist, co vám běželo hlavou, když... (popíšeme situaci). Když nyní tuto situaci zpětně hodnotíte, co pro vás znamenala? Co říkala o vás, o vaší budoucnosti?



- e) *Uvedení příkladů myšlenek, na které se má pacient zaměřit* – pacienta můžeme vyzvat, aby se zaměřil na své myšlenky týkající se ohrožení, myšlenky týkající se pocitů viny, myšlenky obsahující extrémní výrazy „nikdy“, „nic“, „úplně k ničemu“, katastrofická slova jako „strašné“, „nesnesitelné“, „příšerné“, myšlenky obsahující „bychy a musy“, myšlenky obsahující negativní sebehodnocení „hlupák“, „blbec“, „nemožná matka“, případně na otázky, na které nelze odpovědět „Co se mnou bude?“, „Co když...?“, „Proč zrovna já...?“
- f) *Zkouška in vivo* – pokud se nedaří zjistit automatické myšlenky v sezení, je třeba vyvolat v pacientovi příslušnou emoci v reálné situaci. Můžeme proto požádat pacienta, abychom se společně vystavili situaci, která v něm budí frustraci, a aby nám popsal, jaké myšlenky mu běží hlavou. Obecně lze tedy říci, že nejúčinnějším způsobem, jak zjistit pacientovy tzv. horké, tj. emočně nabitě automatické myšlenky, je vyvolat emoci, která je s těmito myšlenkami či představami spojena.
- g) *Imaginace* – zpočátku může být těžké zachytit automatické myšlenky přímo v situaci, kdy se rozběhnou. Když se však k situaci vrátíme později a představíme si ji znovu, nejlépe se zavřenýma očima, často si myšlenky, které tuto situaci hodnotí, vybavíme. Pokud je pacient schopen identifikovat události nebo situace, které spustily jeho emoční odpověď, terapeut ho požádá, aby popsal situaci do detailu. Pacient je pak často rychle schopen identifikovat automatické myšlenky, které v té době měl.

- Pacient: Můj problém je, že chci na studijní pobyt na 6 měsíců do Anglie. Mám strach, že jsem se špatně rozhodl.
- Terapeut: Když vezmeme v úvahu, že je to špatné rozhodnutí, co nejhoršího by se mohlo stát?
- Pacient: Nejhorší... že bych se ztratil, nikoho tam neznám, jsem na ulici plný strachu... všechny věci u sebe...
- Terapeut: Všimnou si lidé, že máte úzkost?
- Pacient: Nevím, možná... spíše ne.
- Terapeut: Zkusme si nyní ověřit, zda je to úzkost z toho, že jste se ztratil nebo úzkost z toho, že budete úzkostný... Tady máte zavazadla. Zavřete oči... Kdy budete v Londýně?
- Pacient: V květnu.
- Terapeut: Nyní jste vystoupil z metra. Prší, je velmi rušno, špička, lidé do vás strkají (strká), někdo vám něco vytahuje z kapsy, nikoho neznáte, nevíte, jak se používá telefonní systém. Jak se cítíte?
- Pacient: Velmi špatně...
- Terapeut: Prší, moknete, cítíte, jak vás studená voda chladí na zádech, je vám zima... někoho se zeptáte na cestu... a on vám řekne – ať jdete někam... Co vám jde hlavou?
- Pacient: To se musí stát zrovna mně. Ted' tu skončím jako poslední somrák...
- Terapeut: Jdete do banky... chcete si vyměnit peníze... žádné vám nedají... začíná být tma, jste v nebezpečné oblasti. Lidé si vás prohlížejí a vypadají nebezpečně.

Jeden muž vás začíná sledovat... řekněte mi, jak vypadá ulice, po které jdete.

Pacient: Vlevo jsou domy, zavřené, určitě by mi nikdo neotevřel. Vpravo je park, tam se mi nechce, okradli by mě o poslední, co mám, přepadli by mě. Nemám kam jít, když to takhle půjde dál, skončím v Temži.

Terapeut: Další cizinec zabítý v Anglii.

Pacient: Chce se mi křičet.

Když se pacient naučí určovat své automatické myšlenky v sezení za pomoci terapeuta, požádáme jej, aby za domácí úkol sledoval své nepříjemné pocity a využíval jich jako signálu k určení, v jakých situacích se tyto nepříjemné pocity objevují a jaké negativní automatické myšlenky se v nich objevují. Tyto emoce, situace i myšlenky si pacient zaznamenává do formuláře, jehož příklad je uveden v tabulce.

**Tabulka 7.2.4:** Záznam automatických myšlenek

| <b>SITUACE:</b><br>(Kdy, kde, s kým,<br>co jsem dělala)                                                | <b>AUTOMATICKÉ MYŠLENKY:</b><br>(Co mi v této situaci běželo hlavou)<br>(Jak moc jsem tomu věřila – 0 – 100%)                                                                                                                                                                                                              | <b>EMOCE</b><br>(Jaké?)<br>(Jak silně – 1–10) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| V sobotu dopoledne. Upekla jsem kakaovou bábovku. Manžel si jí ani nevšiml a vzal si chléb se salámem. | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Určitě si myslí, že jsem špatná kuchařka. 100 %</li> <li>2. Vůbec si nevšimne, co pro něj dělám. Ignoruje moji snahu. 100 %</li> <li>3. Nemá mě už rád. Zestárla jsem a vypadám příšerně. 80 %</li> <li>4. Co bych dělala, kdyby si našel nějakou jinou, mladší? 80 %</li> </ol> | Lítost 8<br>Vztek na Jirku 9                  |

Je důležité, aby si pacient zaznamenal skutečné znění automatických myšlenek tak, jak mu běžely hlavou. Tedy aby si zapsal „Jsem úplně nemožný“ a ne „Přemýšlel jsem o sobě“. Dále je důležité, aby si zaznamenal, nakolik uvedené automatické myšlenky věří na škále 0–100 %. Rovněž emoci zhodnotí podle její síly na škále 1–10. Situaci může pacient popsat jen stručně „Byla jsem v kuchyni a vařila jsem“. Pokud je toho pacient schopen, může si zapsat i to, o čem v době výskytu automatických myšlenek přemýšlel.

Záznam automatických myšlenek pak probíráme s pacientem v následujícím sezení. Přitom si všímáme, zda zaznamenaná negativní myšlenka odpovídá síle emoce, kterou vyvolala. Např. když pacientka zapíše, že při vaření pocítila silnou depresi (hodnota 8), protože polévku málo osolila, a že ji napadlo „Zase se mi to nepodařilo“, zdá se, že tato myšlenka je vzhledem k udávané síle deprese příliš slabá. V tom případě je vhodné se ptát, jaké další myšlenky se za touto myšlenkou skrývají, např. „Jsem úplně k ničemu. Nikdy se mi nic nepodaří. Můj manžel se se mnou rozvede a zůstanu opuštěná a bez prostředků“. Při probírání automatických negativních myšlenek se pacienta neptáme *proč* jej určitá negativní myšlenka

napadla. Zajímá nás, jak tato myšlenka zněla a co z ní pacient pro sebe vyvozuje. K témuž postoji vedeme i pacienta. Beck (1985, str. 193) uvádí, že „Když se pacient ptá sám sebe, proč cítí úzkost nebo proč nedokáže svou úzkost kontrolovat, vyvolává to v něm další myšlenky a potlačuje to jeho pozornost. Když se zaměří na to, *jak* se jeho úzkost projevuje, vypíná své „přemýšlející já“ a přepíná se do svého „pozorujícího já“. Tato změna postoje vůči vlastním negativním myšlenkám je jedním z klíčových faktorů kognitivní terapie.

### 7.2.4.3 Zkoumání platnosti automatických myšlenek

Jádrem kognitivní rekonstrukce je, aby se pacient naučil své automatické myšlenky zkoumat, zpochybňovat jejich platnost a nacházet na ně rozumné odpovědi, které sníží jejich přesvědčivost a zmírní jejich emoční dopad. Pacient bývá přesvědčen, že odrážejí skutečnost. Při zkoumání automatických negativních myšlenek pacienta upozorňujeme na rozpory v jeho přesvědčení pomocí tzv. sokratovského dialogu. Později se pacient učí zpochybňovat své automatické negativní myšlenky sám a výsledek zapisuje do formuláře „Záznam automatických myšlenek“. Při slovním zpochybňování v „sokratovském dialogu“ pacientovi vhodnými otázkami pomáháme určit, zda je pravdivost automatických tvrzení natolik absolutní, jak si myslí. Společně zjišťujeme, nakolik jsou automatické myšlenky reálné a nakolik přehnané. Nakonec za našeho vedení pacient ohodnotí dysfunkční automatickou myšlenku a nahradí ji myšlenkou vyváženější, racionální. V terapeutickém sezení spolupracujeme s pacientem na hledání racionální odpovědi na automatické myšlenky. Mezi terapeutickými hodinami se pacient snaží zpochybnit automatické myšlenky sám. Nejvhodnějším způsobem je vést si denní záznam automatických negativních myšlenek (ANM).

Příklad induktivního rozhovoru:

Pacientka: Nejspíš mám něco s tím srdcem.

Terapeut: Proč si myslíte, že by to tak mělo být? Říkala jste, že míváte záchvaty úzkosti s bušením srdce, to by mohlo potvrzovat váš pohled. Ale zároveň jste říkala, že když se vaše dítě popálilo, běžela jste s ním v náručí celý kilometr. Myslíte si, že člověk s nemocným srdcem by dokázal tak rychle kilometr uběhnout?

Pacientka: No, je to divné, fakt je, že to bušení srdce vždy cítím, ale ten kilometr jsem uběhla velmi rychle...

Pacient bývá často přesvědčen, že jeho automatické myšlenky jsou zcela pravdivé, a věří jim na 100 %. Úkolem terapeuta je naučit jej, aby své automatické myšlenky kriticky zkoumal, tj. pohlížel na ně jako na „hypotézy“, které mohou být pravdivé, ale nemusí. Beck (1979) doporučuje, aby terapeut s pacientem vytvořili něco jako „vědecký tým“, který společně zkoumá platnost automatické myšlenky. Na rozdíl od Ellisovy metody konfrontace, která spočívá v tom, že terapeut silou svých argumentů přesvědčí pacienta o iracionálnosti a nelogičnosti jeho myšlenek, doporučuje Beck, aby terapeut vedl s pacientem tzv. sokratovský rozhovor, při němž jej učí, aby sám sobě kladl určité otázky a na jejich základě sám dospěl k závěru

o platnosti či neplatnosti svých negativních myšlenek. Smyslem tohoto rozhovoru tedy není přesvědčit pacienta, že se ve svém myšlení mylí, ale ukázat mu, že jeho způsob myšlení není jediný možný, že lze určitou situaci hodnotit i jinak a že jiný způsob myšlení vede k rozdílnému emočnímu prožívání. Přitom musíme stále mít na mysli, že pro pacienta je představa, že by mohl své automatické negativní myšlenky kriticky zkoumat, zpočátku velmi málo přijatelná, a že potřebuje dostatek času, aby se naučil klást si příslušné otázky a hledat na ně rozumné odpovědi. Musíme být proto velmi trpěliví a pomáhat mu, aby si dokázal tuto metodu postupně osvojit. Fennel (1989) uvádí tyto vhodné otázky ke zkoumání platnosti automatických myšlenek:

1. **Co svědčí pro tuto myšlenku?** Klient si nejdříve napíše fakta, která jeho ANM potvrzují. Přitom je třeba, aby uváděl opravdu jen fakta, a nikoliv své pocity a dohady.
2. **Co svědčí proti?** Tato otázka je jádrem kognitivní restrukturalizace. Klient si spontánně tuto otázku málokdy položí. Proto jej učíme, aby na základě rozboru situace hledal fakta, která jsou v rozporu s jeho ANM. Přitom je důležité nedostat se do pozice, kdy terapeut tato fakta uvádí a klient je zpochybňuje. Fakta svědčící proti musí hledat sám klient, terapeut mu při tom jen pomáhá.

Fakta, z nichž automatické myšlenky vycházejí, jsou mnohdy zkreslena dvojím způsobem. Pacient si jednak mnohem snáze vybavuje informace, které jeho automatické myšlenky podporují, než informace, které jsou s nimi v rozporu, takže své závěry tvoří na základě jednostranného výběru informací. Za druhé má pacient často tendenci hodnotit pozitivní či neutrální informace jako negativní a skutečně negativní informace jako ještě negativnější, než ve skutečnosti jsou. Z toho plyne, že musíme vést pacienta k tomu, aby prozkoumal platnost faktů, které podporují jeho automatické myšlenky, a aby se zaměřil i na zjištění faktů, které jsou s touto automatickou myšlenkou v rozporu. Pacient by se měl naučit klást si otázky „Nepletu si fakta s myšlenkami?“ nebo „Nedělám ukvapené závěry?“

**Tabulka 7.2.5:** Příklady otázek ke zkoumání platnosti automatických negativních myšlenek

1. Co svědčí pro? Co svědčí proti?
2. Jsou možná i jiná vysvětlení?
3. Co by si v takové situaci myslel někdo jiný?
4. Vychází moje myšlenka z toho, jak se cítím, nebo z faktů – z toho, co se skutečně dělo?
5. Jaké výhody a nevýhody mi přináší tento způsob uvažování?
6. Jakých logických chyb se dopouštím?
7. Nezapomínám na některá důležitá fakta a nepřeceňuji význam maličkostí?
8. Neuvažuji v extrémních pojmech – všechno nebo nic?
9. Nezabývám se otázkami, na které nelze odpovědět?
10. Nemám na sebe přísnější nároky než na druhé?
11. Nepřeceňuji pravděpodobnost, s níž určitá událost hrozí?
12. I kdyby se stalo, to čeho se obávám – co by na tom bylo tak strašného?
13. Nepřebírám na sebe odpovědnost i za věci, které nemůžu ovlivnit?

Tento postup ilustrujeme na následujícím dialogu (Fennel, 1989)

- Pacientka: Můj manžel mě už nemá rád.  
 Terapeut: To musí být velice nepříjemná myšlenka. Proč si myslíte, že už vás nemá rád?  
 Pacientka: No, když přijde večer domů, tak se se mnou vůbec nebaví. Jenom si sedne a kouká na televizi. Pak si jde hned lehnout.  
 Terapeut: Dobrá. Existují nějaké důkazy, cokoliv v jeho chování, co nesouhlasí s vaší myšlenkou, že vás už nemá rád?  
 Pacientka: Nemůžu na nic přijít. No, počkejte. Vlastně jsem měla před několika týdny narozeniny a on mi dal moc pěkné hodinky. Viděla jsem je za výkladem a řekla jsem mu, že se mi líbí, a on si to zapamatoval a koupil mi je.  
 Terapeut: Dobrá. A jak se to shoduje s vaším přesvědčením, že vás manžel už nemá rád?  
 Pacientka: No, moc to nesouhlasí, že? Ale proč se tedy tak chová večer?  
 Terapeut: Předpokládám, že jedním možným vysvětlením je, že vás nemá rád. Ale jsou i jiná možná vysvětlení?  
 Pacientka: Víte, on přes den dost těžce pracuje, takže se vrací domů dost pozdě. A často pracuje i o víkendu. Možná, že je to tím.  
 Terapeut: Mohlo by to být tím, ne? Jak byste mohla zjistit, jestli to tak opravdu je?  
 Pacientka: Mohla bych mu říci, že vypadá unavený, zeptat se ho, jak se cítí a jak mu jde práce. Neudělala jsem to, protože mě naštvalo, že si mě nevšímá.  
 Terapeut: To je velice dobrý nápad. Co kdybyste to dostala za domácí úkol na tento týden?

**3. Jsou možná i jiná vysvětlení?** Někdy je snadné přivést pacienta na údaje, které svědčí proti jeho automatickým myšlenkám. Pokud tomu tak není, můžeme se ptát „Co byste si v této situaci myslel dříve, když jste se cítil dobře?“ „Co by si v této situaci mohl myslet někdo jiný?“ nebo „Co byste řekla někomu jinému, kdyby za vámi přišel s tímto problémem?“ Lidé často dokáží získat od svých problémů emoční odstup, když si představí, že se týkají někoho jiného, a pak je dokáží i lépe řešit. Důležité je, aby jiné možnosti vysvětlení odpovídaly známým faktům, jinak je pacient může vnímat pouze jako prázdné ujišťování.

**4. Jaké výhody a jaké nevýhody přináší tento způsob uvažování?** Tato otázka je zvláště důležitá při zpochybňování sebekritických myšlenek. Řada pacientů považuje sebekritický postoj za užitečný a neuvědomuje si, nakolik podrývá jejich úsilí překonat své potíže.

- Terapeut: Mám dojem, že jste na sebe hodně přísný, když o něco usilujete a ono se vám to nedaří.  
 Pacient: Ani si nemyslím. Teda, kdybych na sebe neměl vysoké nároky, pak už bych neudělal vůbec nic.  
 Terapeut: Takže abyste se vůbec přiměl k nějaké činnosti, musíte být na sebe přísný?  
 Pacient: Ano.

- Terapeut: Poslyšte, vy máte malou dcerku, že? Když se učila mluvit, jak jste jí přitom pomáhal? Všiml jste si všech chyb, které dělala, a zlobil jste se na ni, když nějaké slovo neužila správně?
- Pacient: Ne, to ne.
- Terapeut: Co myslíte, že by se stalo, kdybyste to tak dělal?
- Pacient: No, myslím že by ztratila odvalu a nepokoušela se dál mluvit.
- Terapeut: A jak to zapadá do toho, co děláte sám sobě?
- Pacient: Hm, máte pravdu, ztratím chuť a radši se vzdám další snahy.
- Terapeut: Takže co by se mohlo stát, kdybyste na sebe přestal být tak přísný a spíše se ocenil za všechno, co se vám povede?
- Pacient: Myslíte, abych se k sobě choval stejně, jako se chovám k někomu jinému, kdo se snaží naučit něco nového?
- Terapeut: Přesně tak. Co kdybychom vyzkoušeli výhody tohoto přístupu během příštího týdne?
- Pacient: No, myslím, že bych se pak snáze pouštěl do různých činností.

**5. Jakých logických chyb se pacient dopouští?** Tento typ otázek je vhodný tehdy, když se pacient opakovaně dopouští určitých logických chyb v myšlení. Pak by se měl naučit položit si např. tyto otázky: „Nemám sklon k černobílému myšlení – tedy k myšlení v pojmech všechno nebo nic?“, „Nezaměřuji se jen na své nedostatky a nepřehlížím i své přednosti?“, „Nepřeháním skutečné riziko toho, co by se mohlo stát?“, „Nemám sklon si vyčítat i věci, za které ve skutečnosti nemohu?“, „Nemám sklon považovat se za úplně neschopného, když se mi něco nepodaří?“, „Neočekávám od sebe, že budu vždy dokonalý?“, „Nevšímám si jen nepříjemných stránek událostí?“, „Nemám sklon ke katastrofickému myšlení?“, „Nepřisuzuji určitým událostem příliš velký význam?“, „Nezabývám se stále přemýšlením o tom, jak by věci měly být, místo abych se smířil s tím, jaké jsou?“, „Nevzdávám se předčasně a neříkám si, že se má situace stejně nedá nijak změnit?“, „Mám sklon budoucnost předvídat, místo abych ji sám tvořil?“ či „Nesnažím se problémům vyhýbat, místo abych se snažil je vyřešit?“ Seznam možných otázek je nekonečný a každý terapeut si postupně vytvoří svůj vlastní, který mu nejlépe vyhovuje.

Je velmi důležité vést pacienta k tomu, aby si tyto otázky sám kladl, a pomáhat mu hledat na ně odpovědi. Sokratovský rozhovor se nikdy *nesmí změnit v disputaci*, v níž terapeut pacientovi dokazuje, že se mylí, zatímco pacient hájí pravdivost automatické negativní myšlenky. Je také důležité nenechat se svést k tomu, abychom odpovídali na tyto otázky za pacienta. I když někdy máme dojem, že známe vhodnou rozumnou odpověď na automatické myšlenky, je lépe být trpělivý a nechat pacientovi dostatek času, aby přišel s vlastní odpovědí, která bude pro něj přesvědčivá. Cílem tohoto způsobu vedení rozhovoru totiž není pouze to, aby pacient dokázal nalézt rozumnou odpověď na automatické myšlenky, ale především aby se naučil si tyto otázky sám klást a s jejich pomocí své automatické myšlenky zpochybňovat. Proto pacientovi poskytneme vhodné otázky ke zpochybňování

automatických myšlenek písemně. Je také vhodné nahrávat průběh sezení na kazetu a dát ji pacientovi domů, aby si ji do příštího sezení několikrát poslechl, a rychleji tak pochopil principy metody zpochybňování automatických myšlenek.

#### 7.2.4.4 Nalezení vyváženější/alternativní myšlenky

Poslední krok kognitivní restrukturalizace spočívá v tom, aby si klient znovu prošel všechna fakta – důkazy svědčící pro a proti jeho žhavé automatické myšlence. Může si např. napsat jednu větu, shrnující důkazy svědčící pro, a druhou větu, shrnující důkazy svědčící proti této žhavé automatické myšlence. Potom by si měl zformulovat „vyváženější/alternativní myšlenku“, která odpovídá všem zjištěným faktům. To znamená, že nesmí jít o zkreslování skutečnosti opačným směrem („vyměnit černé brýle za růžové“).

Je důležité, aby vyváženější/alternativní myšlenka byla pro klienta dostatečně přesvědčivá – proto jej vždy požádáme, aby zhodnotil **přesvědčivost vyváženější/alternativní myšlenky** na škále 0–100 %. Pokud zjistíme, že vyváženější/alternativní myšlenka není pro klienta vůbec přesvědčivá, je třeba buď posílit přesvědčivost vyváženější/alternativní myšlenky dalšími argumenty, nebo hledat jinou přesvědčivější alternativní myšlenku. Dalším krokem je zjistit, zda se **změnila přesvědčivost původní ANM**. Pokud se ji během sokratovského rozhovoru podařilo úspěšně zpochybnit, pak její přesvědčivost klesne. Konečně posledním krokem je zjistit, zda se vlivem vytvoření rozumné odpovědi změnila síla emoce, spojené s ANM. Pokud byla ANM úspěšně zpochybněna, pak emoce s ní spojená zeslábnou.

Celý tento postup zpochybňování ANM a hledání vyváženějších/alternativních myšlenek si klient mezi sezeními procvičuje za domácí úkol, přičemž používá formulář „Záznam myšlenek“.

**Tabulka 7.2.6:** Záznam automatických myšlenek

| Situace                                                                            | Automatické myšlenky                                                                                                                                                                                                                                                                                | Emoce:                   | Alternativní/vyváženější myšlenky                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Upekla jsem kakaovou bábovku. Manžel si jí ani nevšiml a vzal si chléb se salámem. | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Určitě si myslí, že jsem špatná kuchařka.</li> <li>2. Vůbec si nevšimne, co pro něj dělám. Ignoruje moji snahu.</li> <li>3. Nemá mě už rád. Zestárla jsem a vypadám příšerně.</li> <li>4. Co bych dělala, kdyby si našel nějakou jinou mladší?</li> </ol> | Lítost<br>Vztek na Jirku | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nevím, jestli si myslí, že jsem špatná kuchařka. Možná na bábovku neměl zrovna chuť. Většinou však sní, co udělám, a chválí to.</li> <li>2. Možná si bábovky nevšiml. Často si však všimne, co jsem udělala. Někdy má hodně starostí a pak si všímá méně. Když vidí, že se o něco snažím, povzbuzuje mě.</li> <li>3. No není to už takové, jak před 20 lety. Ale i teď bývá ke mně pozorný a citlivý. Možná bych toho potřebovala více. Můžu ho taky požádat. A vzhled – na věk to ujde.</li> <li>4. Maluji čerta na zeď. Nic tomu nenásvědčuje. Je hloupé si dávat takové otázky. Úplně zbytečně se znervózňuji.</li> </ol> |

Někdy můžeme používat záznamy automatických myšlenek doplněné o další kategorie, např. o chování u poruch osobnosti (viz následující tabulky).

**Tabulka 7.2.7:** Záznam automatických myšlenek u hraniční poruchy osobnosti

| Situace                                            | Automatické myšlenky                                                                        | Emoce                      | Chování                                      | Alternativní/ vyváženější myšlenky                                                                                                                          | Akce                                                                       |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Matka mě kritizovala, že jsem přišla domů až ráno. | 1. Co si ta kráva vůbec myslí!<br>2. Vždy mi jen škodila! (90 %)<br>3. Nenávídím ji! (80 %) | Vzteky (9)<br>Nenávist (8) | Křik na matku<br>Rozbití okna<br>Pořezání se | 1. Měla o mě strach, sice zbytečně, ale kráva proto není. (60 %)<br>2. Přeháním, v mnohém mi pomohla. (60 %)<br>3. Někdy ano, jindy mi na ní záleží. (90 %) | Ted':<br>Řeknu, že jsem to přehnal.<br><br>Příště:<br>Zavolání mě nezničí. |
| Dysfunkční schéma: BUĎ JSEM ZLÁ JÁ, NEBO ONA       |                                                                                             |                            |                                              |                                                                                                                                                             |                                                                            |

**Tabulka 7.2.8:** Záznam automatických negativních myšlenek u narcistické poruchy osobnosti

| Situace                                                        | Automatické myšlenky                                                                                                                                | Emoce                                      | Chování                                                                                                              | Alternativní/ vyváženější myšlenky                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Akce                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Úspěch kolegy v práci, šéf ho chválí.                          | Mně nikdo nepochválí. (90 %)<br><br>Nestojím jim za to! To je proto, že mě šéf nemá rád. (90 %)<br><br>Závidí mi, že jsem schopnější než on. (80 %) | Naštvaní (8)<br>Smutek (9)<br>Pohrdání (7) | Mrzutě nepřítomně blahopřeji.<br><br>Rychle s výmluvou odcházím. Celý den se tím trápím a vymýšlím „jak se pomstít“. | Není to pravda, občas mě šéf i jiní lidé pochválí. Fakt je, že bych to mohl slyšet pořád. Mám nadměrnou potřebu chvály. (60 %)<br><br>Nic mimořádného jsem teď neudělal. Když se mi něco povede, jsem pochválen. Nevím, zda mě šéf má rád, ale většinou se chová přátelsky. (70 %)<br><br>Spíše mu já závidím jeho schopnosti, protože se před ním cítím někdy neschopný. (100 %) | Ted':<br>Vrátím se na oslavu a zkusím se těšit s Frantou (pokud to půjde).<br><br>Příště:<br>Nebudu utíkat ze situací, když cítím závist a málo uznání, spíše se nad nimi zamyslím.<br><br>Uvědomím si, že mám nadměrnou potřebu ocenění. |
| Dysfunkční schéma: JSEM HORŠÍ NEŽ DRUZÍ – JSEM LEPŠÍ NEŽ DRUZÍ |                                                                                                                                                     |                                            |                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                           |

Alternativní nebo vyváženější myšlenka by neměla být přeháněním na druhou stranu. Musí odpovídat realitě a musí být pro pacienta přesvědčivá. Jen tak může vést ke zmírnění jeho negativních emocí.



Cílem verbálního zpochybňování je, aby se pacient postupně naučil takto uvažovat nad platností svých vlastních automatických negativních myšlenek v každé emočně vypjaté situaci. Tohoto cíle však nemůže být dosaženo, pokud všichni práci při zpochybňování negativních myšlenek a hledání alternativních/vyváženějších myšlenek odvede terapeut. K dosažení změny v kognitivních procesech je nezbytné přimět pacienta, aby sám přišel s alternativní interpretací. Proto dostává za domácí úkol sám zpracovat některé typické automatické myšlenky.

**Tabulka 7.2.9:** Denní záznam automatických myšlenek pacientky s depresí

| Situace                | Automatické myšlenky                                                                    | Emoce                                       | Alternativní/vyváženější myšlenky                                                                        | Akce                                                              |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Připálila jsem kaši    | Jsem neschopná uvařit cokoliv.<br><br>Jako matka i manželka jsem selhala.               | Vztek na sebe, lítost<br><br>Smutek, bezmoc | Přeháním, jen jsem připálila kaši.<br><br>Spoustu věcí dělám dobře.                                      | Uvařím hned novou kaši.<br><br>Přestanu se sebe-vyčítáním.        |
| Křičela jsem na Zuzku. | Je to přišerné dítě, dělá mi to naschvál.<br><br>Zničím jí život, bude taky depresivní. | Vztek<br><br>Bezmoc                         | Chce se bavit, nic zlého neudělala.<br><br>Přehnala jsem to, ale to ještě neznamená, že bude depresivní. | Omluvím se jí.<br><br>Půjdu si s ní na chvíli pohrát s panenkami. |

#### 7.2.4.5 Ověření platnosti negativních automatických myšlenek v reálných situacích (behaviorální experimenty)

Verbální zpochybnění negativních automatických myšlenek sice může vést k oslabení jejich účinnosti a ke zmírnění negativních emocí, které jsou s nimi spojeny, nemusí však vést k tomu, aby pacient změnil i své chování a tím získal nové zkušenosti. Proto doplňujeme nácvik zpochybňování automatických myšlenek i systematickým plánováním tzv. behaviorálních experimentů, při kterých pacient ověřuje platnost negativních automatických myšlenek v reálných situacích. Pokud získané zkušenosti nepotvrdí pacientova negativní očekávání, věrohodnost negativních automatických myšlenek se tím dále sníží a pacient získá více odvahy své dosavadní chování změnit.

Při plánování behaviorálního experimentu je však třeba předem zjistit, zda pacient má určité chování ve svém repertoáru, ale pod vlivem negativních myšlenek toto chování neuplatňuje – např. umí vyjádřit nesouhlas, ale pod vlivem myšlenky „Když s ním nebudu souhlasit, nebude mě pak mít rád“ se to obává učinit, nebo zda neví, jak jinak by se měl v určité situaci chovat. V takovém případě je nezbytné s ním nové formy chování nejdříve nacvičit v rámci sezení a teprve pak naplánovat behaviorální experiment.

Ověřování určité negativní automatické myšlenky v reálné situaci probíhá po těchto krocích:

- 1) *Necháme pacienta vyslovit určitou předpověď* – hypotézu – která plyne z automatické myšlenky, např. „Když půjdu na rodinnou oslavu, určitě mi budou rodiče vyčítat moje chyby, pohádáme se a bude mi z toho špatně.“
- 2) *Probereme s pacientem všechna fakta, svědčící pro i proti této hypotéze*. Již upozornění na fakta svědčící proti negativní předpovědi může pacientovi dodat odvalu, aby uskutečnil jednání, kterého se obává. Např. pacientce může pomoci, když si uvědomí, že pokud se bude chovat jiným způsobem než obvykle, nemusí k hádce dojít. Dokonce i kdyby se chovala stejně jako obvykle, hádka není nutností. Ale i kdyby došlo k výčitkám, nemusí na ně reagovat protiútokem. Má mnoho jiných možností – např. mlčení, asertivní souhlas, negativní dotazování, odvedení pozornosti ap. Ale i kdyby reagovala protiútokem, nemusí jí z toho být špatně.
- 3) *Naplánujeme konkrétní zkoušku, která potvrdí, nebo vyvrátí danou hypotézu*. Je třeba, aby pacient přesně věděl, co má dělat a čeho si má všimnout. Je důležité naplánovat behaviorální experiment tak, aby se zvýšila pravděpodobnost úspěšného výsledku. V uvedeném příkladě je např. možné naplánovat s pacientkou vstřícné chování k rodičům – pochválení jejich vzhledu, zdraví, toho, co udělali. Pak je možné také naplánovat reakci na kritiku a nacvičit ji.
- 4) *Zaznamenáme výsledek*. Je důležité, aby byl behaviorální experiment uspořádán tak, že každý výsledek lze hodnotit jako úspěch. Pokud se hypotéza nepotvrdí, pacient si ověří, že jeho automatické myšlenky jsou mylné. Pokud se však hypotéza potvrdí (např. pacientka na rodiče vybouchne nebo v určité situaci skutečně nedokáže říci ani slovo nebo řekne něco, čemu se druzí začnou smát, a ona si bude připadat trapně), znamená to pro pacienta i terapeuta cennou informaci. V sezení pak můžeme podobně probrat, kde se stala chyba, co by pacient příště mohl dělat jinak a zda tato zkušenost byla pro pacienta skutečně tak nesnesitelná, jak se předtím domníval.
- 5) *Zformulujeme závěry*. Po probrání výsledku behaviorálního experimentu by si pacient měl zformulovat, co si z něj odnáší za poučení, např. „Nebudu si předem říkat, že něco nedokážu, ale vyzkouším si, jak mi to půjde.“

Behaviorální experimenty by si měl pacient zaznamenávat do formuláře – jeden z možných formulářů záznamu je v tabulce 7.2.10.

#### 7.2.4.6 Obvyklé problémy při zpochybňování automatické myšlenky

Při zpochybňování automatických myšlenek se nejčastěji setkáváme s těmito problémy:

- a) *Potvrzování si automatických myšlenek dalšími*. Někteří pacienti mají zpočátku tendenci potvrzovat si dysfunkční automatické myšlenky dalšími dysfunkčními myšlenkami. Argumenty proti dysfunkčním automatickým myšlenkám je nenapadají, zatímco argumenty svědčící pro ně je napadají automaticky.

**Tabulka 7.2.10:** Záznam behaviorálního experimentu u depresivní pacientky

| Experiment                                  | Předpoklad – co očekávám, že se stane      | Možné problémy                                                                                                | Způsoby, jak tyto problémy překonat                                                                                                 | Výsledek experimentu                                                                                     | Nakolik podpořil výsledek experimentu myšlenku, kterou ověřuji? (0–100 %) |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Zavolám staršímu synovi a nabídnu mu pomoc. | Bude rád, že mu nabízím pomoc a přijme to. | Může mě odmítnout, že nic nepotřebuje, protože je soběstačný a nechce, abych mu moc vstupovala do domácnosti. | Pokud odmítne, zeptám se, v čem dalším bych jim mohla pomoci. Vysvětlím, že mi to pomáhá a nechci mu jinak vstupovat do domácnosti. | Syn odmítl moji první nabídku, ale vzápětí mi nabídl to, co by jim doopravdy pomohlo. Domluvili jsme se. | 100 %                                                                     |

- b) *Pacient se zaznamenávání myšlenek vyhýbá.* Zaměření pozornosti na dysfunkční myšlenky v době, kdy se s nimi pacient ještě neumí vypořádat, může být bolestné a nepříjemné. Zejména pokud trpí depresivní náladou. Pokud je na to pacient připraven a přijal zdůvodnění terapeutického postupu, tak to spíše přijme. Zpočátku může pomoci, když se s pacientem dohodneme, že bude zaznamenávat své negativní myšlenky jen v určitou denní dobu a pak použije některé z technik odvedení pozornosti.
- c) *Pacient tvrdí, že žádné negativní automatické myšlenky nemá.* Někteří pacienti neumějí ani v situacích, kdy se cítí výrazně špatně, identifikovat dysfunkční automatické myšlenky. Je vhodné použít některé z technik uvedených k pomoci v identifikaci automatických myšlenek. Hodně pomáhá strategie vytváření významu, otázky typu: „Co pro vás tato situace znamenala?“ „Co říkala o vás/o vaší situaci/o vaší budoucnosti?“ Tyto otázky odhalují implicitní osobní význam určité události.
- d) *Opomíjení jádrových automatických myšlenek.* Je důležité zaměřit se na myšlenky, představy a významy, které jsou dostatečně silné, aby jimi bylo možno zdůvodnit prožívanou emoci. Mluvíme o „žhavých automatických myšlenkách“, na rozdíl od „chladných“ automatických myšlenek. Žhavé automatické myšlenky obsahují většinou silné emoční výrazy:
- Je to strašné (hrozné, odporné ap.)
  - Co když zešílím?
  - Jsem úplný debil.

Pokud pacient uvádí jen „chladné“ automatické myšlenky, není někdy pochopitelné, proč prožívá takovou úzkost nebo bezmoc. „Žhavé“ myšlenky, které se někdy stydí před námi vyslovit, jsou často vysvětlením.

- e) *Alternativní/vyváženější myšlenka nemá žádný účinek na emoci* – aby byla alternativní/vyváženější myšlenka účinná, tj. aby snižovala přesvědčivost automatických myšlenek a zmírňovala emoci s ní spojenou, je nutné, aby byla pro pacienta přijatelná a aspoň částečně přesvědčivá. Vyváženější myšlenka, která může připadat logická terapeutovi, tak nemusí připadat pacientovi. Neznamená to ovšem, že je nutné najít alternativní myšlenku, která by pro pacienta byla přesvědčivá na 100 % a která by zcela smazala přesvědčivost automatických myšlenek. Zvláště zpočátku je třeba počítat s tím, že alternativní myšlenky, i když odpovídají faktům a pacient je na racionální úrovni přijímá, mají na přesvědčivost automatických myšlenek a jejich emoční doprovod jen omezený vliv. Není to důvod se této metody vzdát s tím, že je neúčinná. Zpochybňování automatických myšlenek je dovednost, kterou je třeba znovu a znovu procvičovat. Přesvědčivost alternativních/vyváženějších myšlenek a jejich vliv na automatické myšlenky se obvykle zvyšuje jen pozvolna. Platí, že čím usilovněji pacient tuto metodu používá, tím dříve se její účinek projeví.
- f) *Terapeut se nakazí způsobem uvažování pacienta* – v některých případech se může stát, že pacient přesvědčí terapeuta o oprávněnosti své automatické myšlenky. I v těchto případech však platí, že každou situaci lze hodnotit několika různými způsoby a že není jen jeden možný způsob myšlení. Terapeut se proto musí zaměřit na hledání jiných možných způsobů myšlení a hodnocení, především takových, které by pacientovi pomáhaly více než jeho současný způsob. Ne každý člověk, který by se dostal do situace pacienta, by v ní propadl tak silné úzkosti či depresi. Mnoho lidí si dokáže uchovat konstruktivní způsob uvažování i ve velmi obtížných a zdánlivě beznadějných situacích. Proč toho právě tento pacient není schopen? Co v jeho myšlení mu v tom brání?
- g) *Zpochybňování nezpochybnitelného* – fakta nelze úspěšně zpochybnit. Někdy se proto negativní předpověď pacienta ukáže jako pravdivá, jeho negativní hodnocení situace odpovídá skutečnosti. Abychom se vyvarovali toho, že se budeme snažit zpochybnit něco nezpochybnitelného, je třeba probrat všechna fakta, která svědčí pro to, že pacientovy myšlenky v dané situaci jsou realistické. Stejně tak nelze zpochybňovat otázky typu „A co když...?“ Za těmito otázkami se skrývají určitá negativní očekávání (za otázkou „A co když se znemožním?“ se skrývá negativní myšlenka „Znemožním se!“), které je třeba s pacientem zformulovat, zvážit jejich pravděpodobnost a ověřit formou behaviorálního experimentu. Pacienta je zároveň třeba formou sokratovských otázek přivést k přijetí skutečnosti, že v reálném světě neexistují stoprocentní záruky, že se mu nestane něco nežádoucího.
- h) *Nedostatek trpělivosti na straně terapeuta* – vzhledem k tomu, že terapeut metodu zpochybňování automatických myšlenek zná a že je pro něj daleko snazší se od nich emočně odpoutat a posuzovat pouze jejich faktický obsah, může se

zvláště začínajícímu terapeutovi zdát nepochopitelné, jak to, že pacient není schopen přijít s žádnou alternativní myšlenkou a uvědomit si zcela zjevné chyby v logice svého uvažování. Nesmíme se však začít na pacienta zlobit, ani jej považovat za hloupého či dokonce za úmyslně nespolupracujícího a nesmíme také podlehnout pokušení začít mu vnucovat své vlastní alternativní odpovědi na jeho automatické myšlenky. Jako při všech metodách v KBT je i při této poměrně náročné metodě proces učení postupný a musíme se přizpůsobit schopnostem a tempu pacienta. Nesmí nás také překvapit, že v sezení již zdánlivě úspěšně zpochybněná automatická myšlenka se znovu vrátí s plnou přesvědčivostí a pacient jako by zapomněl, jaké alternativní myšlenky si na ni již vytvořil.

## 7.2.5 Určení a změna dysfunkčních kognitivních schémat

Podle teorie KBT jsou zdrojem jednotlivých automatických myšlenek hlubší kognitivní struktury, které Beck označuje jako „schémata“ (Beck a Weishaar, 1989). Tato „schémata“ si člověk vytváří během života již od raného dětství na základě svých zážitků a zkušeností a na jejich základě pak hodnotí sám sebe, svět kolem sebe a svá očekávání do budoucnosti. Přitom jsou tato „jádrová přesvědčení“ často neuvědomovaná a pacient je proto nedokáže sám zformulovat. Podle Becka existují určitá „dysfunkční schémata“, která zvyšují riziko vzniku úzkostné či depresivní poruchy vlivem zevních událostí. Pokud si pacient tato dysfunkční schémata neuvědomí a nezpochybní jejich platnost, pak jeho zvýšená náchylnost ke vzniku příslušné duševní poruchy stále trvá. Tato dysfunkční schémata mají tyto charakteristické rysy:

- a) *Neodrážejí reálnou lidskou zkušenost* – např. schéma „Musím si se vším poradit sám“ nebere v úvahu skutečnost, že každý člověk se může dostat do situace, kterou není schopen svými vlastními silami zvládnout.
- b) *Jsou rigidní, nadměrně generalizující a extrémní* – neberou ohled na to, že okolnosti se mohou měnit a že zásady vhodné v určité situaci mohou být nevhodné v situaci jiné.
- c) *Dosažení žádoucího cíle spíše brání než pomáhají* – např. schéma „Nesmím nikdy udělat chybu“ zvyšuje úzkost, která může vést k většímu počtu chyb.
- d) *Jejich porušení vyvolává dlouhotrvající a intenzivní emoční reakci* – např. pokud člověk se schématem „Moje hodnota závisí na tom, co dokážu“ potká úraz a stane se invalidou, pak propadne zoufalství a beznaději. Naopak pokud se člověku podaří jednat ve shodě se svým schématem, pociťuje velké nadšení a má pocit hrdosti.
- e) *Jsou relativně odolná vůči každodenní zkušenosti* – to znamená, že i když se člověk setká s událostmi, které jeho schématům odporují, má tendenci si tyto události vysvětlit jako výjimku či si jich vůbec nevšimnout. Je tomu částečně proto, že i když člověk podle těchto schémat jedná, *jako by* byla pravdivá, často si jejich

existenci neuvědomuje. Kromě toho je jejich překročení spojeno s pocitem ohrožení, takže se člověk jejich zpochybnění vyhýbá.

Beck rozlišil tři skupiny dysfunkčních schémat: schémata týkající se *výkonu* (vysoké nároky na sebe, potřeba úspěchu ap.), *přijetí* (potřeba být vážen, milován) a *moci* (potřeba mít události pod kontrolou, být silný ap.) (Beck et al., 1985).

Změnu dysfunkčních schémat provádíme podobným způsobem jako změnu negativních automatických myšlenek. Nejdříve je potřebné dysfunkční schémata určit a zformulovat. Pak musíme zjistit, jak fungují v myšlenkách, emocích a chování pacienta, jaké kompenzační strategie na jejich základě volí a které způsoby chování se kvůli nim nenaučil. Dalším krokem je zkoumání mezí platnosti těchto přesvědčení, zvažování jejich výhod a nevýhod, jejich pravdivosti či přehnanosti. Léčba pokračuje hledáním alternativních/vyváženějších přesvědčení tak, aby se staly funkčnějšími, tj. zachovaly výhody a odbouraly nevýhody původních předpokladů. Tento proces probíhá jak během rozhovorů s terapeutem, tak v rámci domácích cvičení. Posledním krokem je pak plánování a procvičování nových způsobů chování, které vycházejí z modifikovaných schémat.

### 7.2.5.1 Identifikace dysfunkčních schémat

Určení dysfunkčních schémat je obtížnější než určení automatických myšlenek, protože je pacient obvykle přímo nevysloví. Nejde totiž o vědomé myšlenkové pochody, ale o neuvědomělá všeobecná pravidla, která lze z jednání a z myšlenek pacienta pouze odvodit. Při určování dysfunkčních schémat nám mohou pomoci tato vodítka:

- opakující se témata během terapie, např. obavy z odmítnutí, sebehodnocení na základě výkonu,
- logické chyby v automatických myšlenkách mohou odrážet podobné chyby v dysfunkčních schématech,
- všeobecné hodnocení sebe i druhých může odrážet určité předpoklady o tom, jaké chování pacient od sebe i od druhých očekává,
- vzpomínky na dětství či rodinná rčení mohou pomoci určit, podle jakých schémat se řídí současné myšlení a jednání pacienta,
- nepřiměřená nálada, ať již negativní nebo pozitivní, může upozornit na to, že pacient buď porušil nebo naopak jednal ve shodě s určitým schématem.

Schémat nejčastěji zjišťujeme na základě rozboru automatických negativních myšlenek a kognitivních omylů, kterých se pacient v konkrétních situacích opakovane dopouští. Další metodou je podrobný *rozbor životopisu* a především *nejranějších vzpomínek*. Z nich se snaží terapeut odvodit, jaká základní přesvědčení o sobě, druhých a budoucnosti si pacient v dětství vštípil. Pomocnou možností je použití dotazníků, např. Dotazník schémat (Schema questionnaire, Young, 1994).

Další metodou k určení dysfunkčních schémat je metoda „padajícího šípů“. Jde o opakované kladení otázek typu: „A co to znamená o vás?“, „A co je na tom nejhorší?“, „A co to znamená o jiných lidech?“ Při tomto přístupu nezpochybňujeme určitou automatickou myšlenku, ale snažíme se dostat pod ni, k základním po-

stojům, ze kterých vychází. Hledáme tak dlouho, až objevíme základní pravidlo, kterým se pacient řídí nejen v dané konkrétní situaci, ale obecně ve svém životě.

**Tabulka 7.2.11:** Použití metody „padajícího šípů“ (podle Friedman et al., 2003)

| Pacientka                                                                              | Terapeut                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Myslím, že to rande dopadlo velmi uboze (křečovitě se usmívá) Stále je mi tak špatně!” | <p>↓</p> <p>Opravdu to rande dopadlo velmi uboze? Můžeme to vzít jako příklad, jak jsou negativní myšlenky spojeny s pocity deprese?</p>                                                                                            |
| Ne – Je to pravda. Vůbec se nezmínil o další schůzce a vůbec mi nezavolał.             | <p>↓</p> <p>Hmm... to zní dost přesvědčivě. A když tedy rande dopadlo špatně, co to o vás říká doopravdy?</p>                                                                                                                       |
| Trapasy jako tento se mi stávají často!                                                | <p>↓</p> <p>A je to doopravdy tak?</p>                                                                                                                                                                                              |
| Něco ve mě je vážně špatně. (Viditelně se jí zhoršuje nálada).                         | <p>↓</p> <p>Například...</p>                                                                                                                                                                                                        |
| Musím být odmítnutá... jsem takový sociální případ... jsem teď přehnaně patetická!     | <p>↓</p> <p>A pokud je to pravda – což tak být může, ale nemusí – co to pro vás znamená o těch druhých a budoucnosti?</p>                                                                                                           |
| Nikdo mě nikdy nebude milovat... budu navždy sama... stará a blázen ... (pláče)        | <p>Zdá se podle vašich slz, že ty věci, které si říkáte, vás musí velmi zraňovat. Napsal jsem si ty nejdramatičtější a nejvíce zraňující tvrzení. Myslíte, že se na ně můžeme podívat a zamyslet se, zda jsou opravdu pravdivá?</p> |

Když se s pacientem shodneme v tom, že jeho chování a myšlení se řídí určitým schématem (pravidlem, postojem, přesvědčením), můžeme s ním začít platnost tohoto schématu zkoumat.

### 7.2.5.2 Určení terapeutického cíle

Při změně schématu můžeme usilovat o 4 úrovně změny:

- 1) *Restrukturalizace schématu* – dysfunkční schéma nahradíme schématem funkčním. Je to ideální cíl, dosáhnout ho se však nepodaří vždy. Např. místo přesvědčení „Jsem úplně k ničemu“ dospěje pacient k přesvědčení „Jsem stejně schopný jako jiní lidé“.
- 2) *Modifikace schématu* – dysfunkční schéma se určitým způsobem pozmění, aby bylo méně rigidní a méně extrémní. Např. přesvědčení „Lidem se nedá věřit“ se pozmění na „Některým lidem se věřit nedá, jiným věřit lze“.
- 3) *Reinterpretace schématu* – stávající schéma se využije konstruktivnějším způsobem. Např. přesvědčení „Lidem se nedá věřit“ využívá pacient pouze v rámci svého povolání hlídače či policisty, jinak se učí nedávat je okamžitě najevo, chovat se vstřícněji.
- 4) *Kamufláž (zakrytí) schématu* – pacient se učí změnit své způsoby jednání v okamžiku aktivace dysfunkčního schématu, např. když je aktivní schéma „Jsem úplně k ničemu“, tak nespáchá hned sebevražedný pokus, ale zatelefonuje na linku důvěry. V rámci krátkodobé terapie či u vážně osobnostně postižených pacientů je i toto možným cílem terapie.

**Tabulka 7.2.12:** Příklad různých úrovní změny schématu

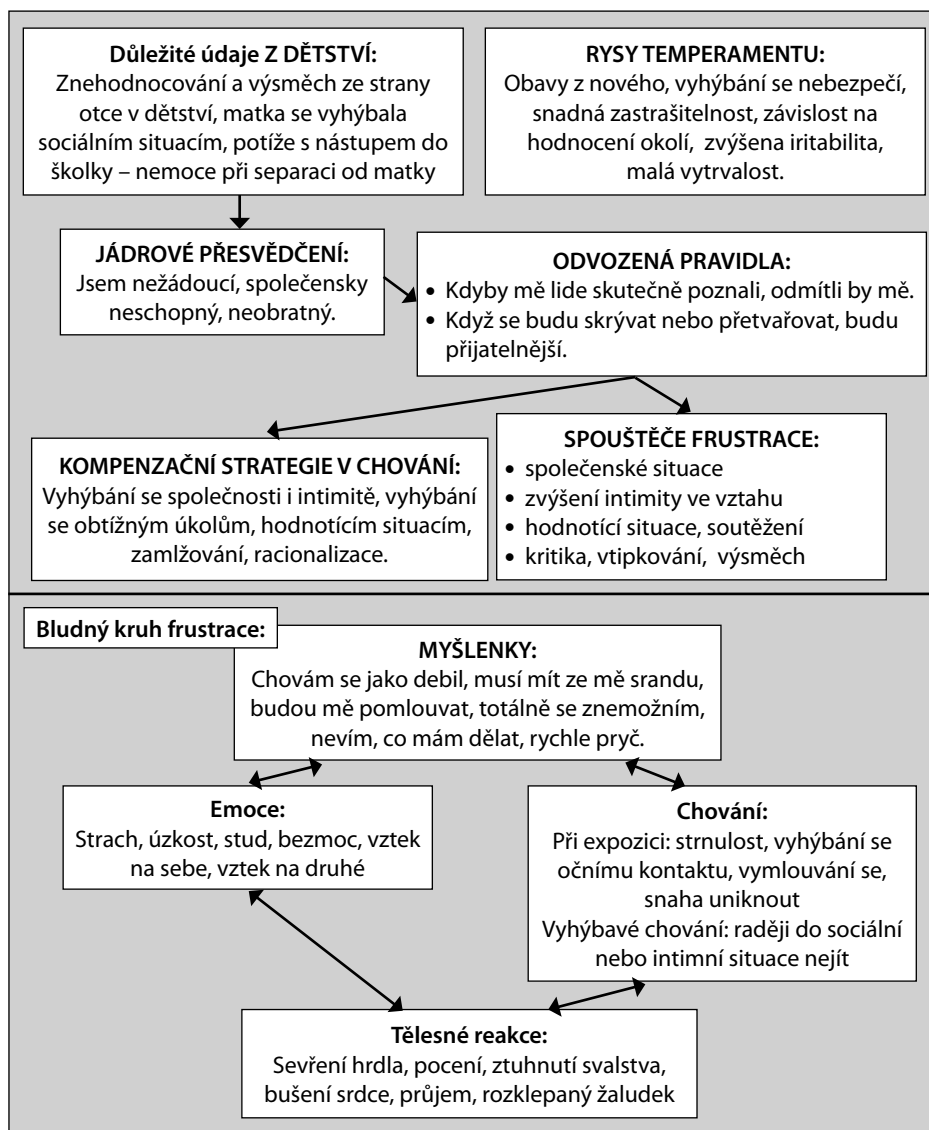
|                                |                                                                                                    |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Původní přesvědčení:           | Lidem se nedá věřit, snadno zradí a ublíží mi.                                                     |
| Restrukturalizace přesvědčení: | Lidem mohu přiměřeně věřit ve většině situací. I pokud by mě zradili a ublížili by mi, zvládnu to. |
| Modifikace přesvědčení:        | Některým mohu věřit, jiným nikoliv.                                                                |
| Reinterpretace přesvědčení:    | Lidem se nedá věřit, ale mě to neohrožuje.                                                         |
| Kamufláž přesvědčení:          | Lidem se nedá věřit, ale moje okolí mě ochrání.                                                    |

### 7.2.5.3 Vysvětlení kognitivního profilu pacientovi

Terapeut pomáhá pacientovi pochopit vztah mezi jeho konkrétními životními zkušenostmi, zážitky a utvářením jádrových přesvědčení, kompenzatorních přesvědčení a odvozených předpokladů a vztah ke kompenzatorním strategiím v chování až na úroveň konkrétních reakcí na nynější situace. Tyto vztahy se dobře vysvětlují na diagramu KBT modelu poruchy, který terapeut během několika sezení ve spolupráci s pacientem vypracuje. Dalším krokem je pomoci pacientovi pochopit, že tyto globální, rigidní a hluboce uložené postoje jsou naučenými názory, souvisejícími s nepříjemnými životními zkušenostmi, a nikoliv nezbytnou pravdou o něm, o druhých nebo o světě. Vysvětlení, jak fungují informační procesy (selektivní abstrakce a další kognitivní omyly) umožní pacientovi pochopit, proč jádrová přesvědčení vnímá jako „pravdivá“ navzdory mnohým opačným zkušenostem.



Tabulka 7.2.13: Příklad formulace případu u vyhýbavé poruchy osobnosti



#### 7.2.5.4 Zkoumání platnosti jádrových přesvědčení a odvozených postojů

Pomocí otázek v sokratovském dialogu pomáhá terapeut pacientovi zjišťovat, nakolik jeho jádrová přesvědčení odpovídají realitě a zda skutečnost není přece jen jiná. Vzhledem k tomu, že toto zkoumání může v pacientovi vyvolávat silnou úzkost, je dobré začít jednoduchými otázkami, zaměřenými na výhody a nevýhody jádrového přesvědčení a jeho důsledků v životě. To pacientovi umožní dostat se do „pozice pozorovatele“ a posléze snést i úzkost při dalším zkoumání. Obvykle jde o:

- rozebírání okolností, za kterých příslušné přesvědčení vzniklo, aby si pacient uvědomil, že se nejedná o přesvědčení, které je s ním neodlučně spjata, ale o naučený názor, který mu byl vštípen jednáním ze strany rodičů, sourozenců, vrstevníků a jiných osob, a že jej tudíž může opustit a vytvořit si jiné schéma,
- zkoumání fakt svědčících pro a proti platnosti určitého schématu,
- vytvoření nového postoje či modifikace, reinterpretace nebo kamufláž stávajícího schématu,
- experimenty s chováním na základě nového schématu v běžném životě.

Když se s pacientem shodneme na tom, že se ve svém jednání a myšlení řídí určitým nevyřčeným předpokladem nebo podle určitého pravidla, můžeme začít platnost tohoto kognitivního schématu zkoumat a zpochybňovat, podobně, jako jsme to popsali u zpochybňování automatických myšlenek. Vhodné otázky jsou v tabulce:

**Tabulka 7.2.14:** Otázky vhodné pro zkoumání dysfunkčních schémat

- Jaké mám důkazy, že tento pohled je pravdivý? V čem je nepřiměřený, přehnaný?
- Je toto přesvědčení pro mě vždycky pravdivé a neměnné?
- V čem mi tento předpoklad pomáhá? Jaké má výhody?
- V čem může být tento předpoklad nepřiměřený, přehnaný nebo zavádějící?
- V čem může tento předpoklad škodit? Jaké má nevýhody?
- Z čeho tento předpoklad pramení?
- Přišel jsem k tomuto přesvědčení na základě své zkušenosti, nebo jsem ho od někoho převzal (z rodiny, od učitelů, vrstevníků)?
- Jaká mírnější forma tohoto přesvědčení by zachovávala jeho výhody a odstraňovala jeho nevýhody?

*„Jaké mám důkazy, že tento pohled je pravdivý? V čem je tento předpoklad nepřiměřený?“* Např. je přiměřené očekávat, že život bude vždycky spravedlivý?

*„Jaké má pro mě tento předpoklad výhody a jaké nevýhody?“* „V čem je tento předpoklad škodlivý?“ Tj. pomáhá tento předpoklad pacientovi v životě nebo mu spíše přináší nesnáze? Je vhodné sepsat s pacientem všechny výhody a nevýhody daného přesvědčení, aby si uvědomil, zda mu nepřináší více problémů než výhod.

Tabulka 7.2.15: Příklad práce s kognitivním schématem

| Škodlivé schéma: Abych byl šťastný, musí mě mít všichni rádi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VÝHODY:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | NEVÝHODY:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chovám se k druhým mile a příjemně</li> <li>• V práci mě mají rádi, protože se snažím se všemi vyjít.</li> <li>• Snažím se vyhnout hádkám a sporům.</li> <li>• Doma je klid.</li> <li>• Hodně se starám o děti a domácnost.</li> <li>• Jsem schopen se dobře vcítit do toho, co kdo potřebuje.</li> <li>• Jsem velmi pracovitý, přesný a vydržím hodně.</li> </ul>                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nesnáším kritiku, neumím se jí bránit, dlouho se k ní vracím a trápím se.</li> <li>• Neříkám, co si myslím, a pak mám ze sebe špatný pocit, lidé mě berou jako „šedou myš“ a moc si mě neváží.</li> <li>• Nedokážu ženě říci, co bych chtěl změnit v našem vztahu, bojím se, že by se na mě naštvala.</li> <li>• Často mě lidé využívají – dělám v práci do noci, dostávám nepohodlné úkoly, přátelé mě velmi často žádají o pomoc.</li> <li>• Neumím říci ne.</li> <li>• Bojím se vyřizovat nepříjemné věci, kde hrozí odmítnutí.</li> <li>• Stále chci, aby mě někdo oceňoval a protože to přijde málokdy, trápím se, že jsem v něčem selhal.</li> <li>• Nevážím si sám sebe.</li> <li>• Nejsem dostatečně samostatný, chci po druhých, aby mě vedli.</li> </ul> |
| <p><b>Konstruktivnější pohled</b> (modifikace schématu): Jsem rád, když mě druzí mají rádi, ale nechci to za každou cenu. Ještě důležitější je, abych byl svůj. Pak si mohu sám sebe více vážit.</p> <p><b>Co by to změnilo v mém životě:</b> Stal bych se asertivnějším, doma i v práci bych cítil méně napětí a nepohody, občas bych se však musel přít a žádat svá práva. Celkově však bych byl se sebou spokojenější.</p> <p><b>Co se proto musím naučit: Asertivitu</b></p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

„Z čeho tento předpoklad pramení?“ I když se v KBT obvykle nezabýváme příliš dopodrobna minulostí pacienta, při zkoumání dysfunkčních schémat může pacientovi pomoci, když si uvědomí, za jakých okolností si určité schéma vytvořil a zda se tyto okolnosti od té doby již nezměnily.

„Jaká forma tohoto přesvědčení by zachovávala jeho výhody a odstraňovala jeho nevýhody?“ Vzhledem k tomu, že kognitivní schémata má pacient hluboce zažitá, je pro něj velmi obtížné se jich vzdát. Proto je reálnějším cílem terapie existující schéma pouze pozměnit tak, aby reálněji odráželo jeho současnou situaci a nevyvolávalo v něm tak silné emoční reakce. Např. pacient, který se řídil schématem „Musím být schopen vždycky všechno zvládnout sám“, byl ochoten akceptovat zásadu „Je dobré zvládat věci sám, ale v některých případech je rozumnější požádat druhé o pomoc. Nikdo nedokáže zvládnout všechno sám.“

Podobně jako u zpochybňování automatických myšlenek je vhodné i ke zpochybňování dysfunkčních schémat naplánovat a provést s pacientem řadu beha-

viorálních experimentů, při nichž jedná proti svému původnímu přesvědčení a získává tak nové zkušenosti, k čemu to vede. Např. pacient, o kterém jsme se právě zmínili, se rozhodl, že opakovaně požádá druhé o pomoc, a to i v případě, že ji nepotřeboval. Ke svému překvapení zjistil, že to neznamenal, že jej druzí začali považovat za neschopného břídila a za slabocha, ale že se jeho vztahy s druhými zlepšily, protože se jim přestal jevit tak nadřazený a dokonalý jako dřív.

**Tabulka 7.2.16:** Příklady restrukturalizace kognitivních schémát

| KOGNITIVNÍ SCHÉMA                                             | KONSTRUKTIVNÍ POHLED                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Musím vždy ve všem uspět.                                     | Mám radost, když jsem úspěšný, ale i když se mi něco nepodaří, nestane se nic hrozného.                                                                                            |
| Všichni mě musí mít rádi.                                     | Těší mě, když mě někdo má rád, ale také je pro mě důležité být sám sebou.                                                                                                          |
| Svět je zlý a nebezpečný.                                     | Někdy se stane, že mi někdo ukřivdí anebo mě ohrozí, ale ani zdaleka to nepřevažuje. Většinou se lidé ke mně chovají dobře, a když je požádám, pomohou mi.                         |
| Jako člověk jsem bezcenná, a až to lidé poznají, odvrhnou mě. | Každý člověk má svoji hodnotu a já taky. Když lidé poznají moje nedostatky, někteří mě možná nebudou vyhledávat, ale ti, co mě mají doopravdy rádi, mě budou mít rádi i s chybami. |

**Záznam jádrového přesvědčení.** Formuláře „Záznam jádrového přesvědčení“ pomáhají pacientovi při zkoumání platnosti jeho jádrového přesvědčení na základě každodenních událostí. V průběhu času tak dochází k oslabení vlivu jádrového přesvědčení na pacienta.

Tabulka 7.2.17: Záznam jádrového přesvědčení (podle Beck, 1997)

| ZÁZNAM JÁDROVÉHO PŘESVĚDČENÍ                                                 |                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| JMÉNO: _____ S.                                                              | DATUM: _____ 31.3.                                                                                                                                           |
| STARÉ JÁDROVÉ PŘESVĚDČENÍ: <u>Nejsem k ničemu.</u>                           |                                                                                                                                                              |
| Jak moc věříte svému starému jádrovému přesvědčení nyní? (0-100 %)           | <u>70 %</u>                                                                                                                                                  |
| Na kolik procent jste mu věřila nejvíc v tomto týdnu?                        | <u>90 %</u>                                                                                                                                                  |
| Na kolik procent jste mu věřila nejméně v tomto týdnu?                       | <u>50 %</u>                                                                                                                                                  |
| NOVÉ PŘESVĚDČENÍ: <u>Jsem schopný, i když mám své silné i slabé stránky.</u> |                                                                                                                                                              |
| Nakolik věříte svému novému přesvědčení právě teď? (0-100 %)                 | <u>50 %</u>                                                                                                                                                  |
| DŮKAZY, KTERÉ SVĚDČÍ PROTI STARÉMU PŘESVĚDČENÍ A PODPORUJÍ NOVÉ              | PŘERÁMOVÁNÍ DŮKAZŮ, KTERÉ PODPOROVALY PŮVODNÍ JÁDROVÉ PŘESVĚDČENÍ                                                                                            |
| Vypracovala jsem novou dohodu s panem R.                                     | Podnikání stále přináší problémy, ALE já jsem udělala všechno, abych je nyní řešila.                                                                         |
| Získala další prodloužení od S.                                              | Nedokážu přinutit matku, aby užívala léky, ALE to opravdu není v mojí moci.                                                                                  |
| Napsala dopisy a denně telefonovala, abych vyřešila problémy s „firmou A“.   | Táta mě obvinil z možného bankrotu, ALE (1) podnik měl problémy již v době, než jsem ho převzala                                                             |
| Pokračuji v ABC projektu (dobrovolná charitativní aktivita).                 | (2) rozdělila jsem odpovědnost za kontinuální problémy mezi několik lidí<br>(3) i kdyby podnik zkrachoval, to ještě neznamena, že jako člověk nemám hodnotu. |

**Extrémní kontrast.** Takový kontrast může někdy pacientovi pomoci porovnat sebe s někým, u koho věří, že má daleko vyšší stupeň negativní kvality typické pro jeho jádrové přesvědčení (Beck 1997). Např. pacient s hraniční poruchou osobnosti věří, že je totálně zlý jako člověk. Terapeutka mu nabídla, aby tuto kvalitu porovnal s masovým vrahem, tyranem dětí a mužem, který znásilňuje ženy (o kterých v poslední době psaly noviny). Provedli pečlivé porovnání kvality „zlý jako člověk“ se všemi třemi muži a pacient je nakonec shledal daleko více „zlými“, než je on sám.

**Důkazy pro staré a nové přesvědčení.** Soupis důkazů pro dysfunkční přesvědčení a nový pohled patří k typické kognitivní práci na jádrových přesvědčeních. Příklad uvádí následující tabulka.

**Tabulka 7.2.18:** Příklad záznamu nových přesvědčení

| Jádrové přesvědčení: JSEM NESCHOPNÁ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Nové přesvědčení: JSEM SCHOPNÁ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Důkazy a zážitky, svědčící o tom, že toto jádrové přesvědčení není vždy a za všech okolností 100% pravdivé:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Důkazy a zážitky, které podporují nové přesvědčení:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Přesto, že na ně někdy křičím, mají mě obě děti rády.</li> <li>2. Můj muž o mně stál i v depresi a povzbuzoval mě.</li> <li>3. Byť jsou s nimi někdy problémy, v zásadě jsou děti spokojené a zdravé, jsou rády se mnou, vychovala jsem je docela dobře.</li> <li>4. Přátelé a příbuzní mě neopustili ani v depresi, ani když jsem jim vyčítala. Asi o mě stojí. Berou mě jako schopnou.</li> <li>5. V práci mě nekritizují, spíše mi stále dávají zodpovědnější úkoly.</li> <li>6. Kolegové mě mají rádi a snesli i moji dlouhou neschopenku.</li> <li>7. I v depresi jsem dokázala z velké části obstarat domácnost a přinutit se, i když se mi velmi nechtělo.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Moje děti mi věří a říkají mi to. Spoléhají na mě.</li> <li>2. Dokázala jsem dálkově dodělat maturitu.</li> <li>3. Dokážu se přinutit i k dlouhodobé činnosti a vytrvat.</li> <li>4. Pomohla jsem manželovi s účetnictvím, když toho měl moc. Hodně to ocenil.</li> <li>5. Hanka mi řekla, že obdivuje, jak dobrý máme vztah s dětmi.</li> <li>6. Volal mi Milan, že by rád na dovolenou zase s námi, že se jemu i jeho ženě naposled velmi líbilo, jak jsem to zorganizovala.</li> <li>7. Dokážu se natolik kontrolovat, že většina lidí na mně nepozná, že mi není dobře.</li> <li>8. Před mateřskou mě jmenovali vedoucí obchodu.</li> </ol> |

## Behaviorální experimenty

KBT terapeut může s pacientem naplánovat experimenty, které testují pacientovo přesvědčení. Předem jsou vytvořeny hypotézy, jak situace dopadne, které jsou založeny jak na starém jádrovém schématu, tak další hypotézy vycházející z alternativního pohledu.

**Tabulka 7.2.19:** Příklad behaviorálního experimentu s novým postojem u anankastické poruchy osobnosti

|                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Testovaný postoj:</b>                               | Musím být ve všem perfektní, jinak o mě nikdo nebude stát.                                                                                                                                                                                            |
| <b>Konkrétní očekávání:</b>                            | Když řeknu matce, že chci přerušit školu, bude z toho hádka, já to nezvládnu, vynadám jí a ona mě vykáže z domu                                                                                                                                       |
| <b>Nový postoj:</b>                                    | Chci raději dělat věci pro radost, než být perfektní, a přesto mě ostatní přijmou.                                                                                                                                                                    |
| <b>Alternativní očekávání:</b>                         | Máma nebude ráda, že chci přerušit školu a jet na rok do Anglie, nicméně kvůli tomu mě nepřestane mít ráda, i když se mě bude snažit nejdříve dotlačit k tomu, abych dále studoval bez přerušení.                                                     |
| <b>Možné problémy:</b>                                 | Mohu vybuchnout a přehánět, matka může vybuchnout a přehánět.                                                                                                                                                                                         |
| <b>Postupy, jak je překonat:</b>                       | Pokud to přeženu, omluvím se a uvedu věci na pravou míru. Pokud matka bude přehánět, vyjádřím jí pochopení – bojí se o moji budoucnost.                                                                                                               |
| <b>Výsledek:</b>                                       | Matka manipulovala, abych školu nepřerušoval, chvíli vyhrožovala, že v budoucnosti mě nebude podporovat. Sám jsem dokázal „nekontrovat“. Nakonec přijala moje řešení a zajímala se, kde tam budu a kdy hodlám odjet. Dobře jsme se pobavili o Anglii. |
| <b>Nakolik výsledek podpořil nový postoj (0-100 %)</b> | Matka mě přijala, i když jsem nebyl v jejích ani svých očích „perfektní“. Potvrzení vnímám na 90 %.                                                                                                                                                   |

## 7.2.6 Změny kognitivních procesů v imaginaci

Úzkostné stavy, deprese, záchvaty vzteku, bezmoci i závisti jsou nezřídka doprovázeny a vyvolávány nejen negativními myšlenkami, ale také živými vizuálními představami, v nichž pacient vidí sebe sama nebo druhé lidi v ohrožení, jak se mu druzí smějí, jak se mu něco nepodařilo, jak někomu ubližuje či jak někdo ubližuje jemu. Pro některé pacienty je obtížné jasně popsat, co v určité situaci dělali, co cítili a na co mysleli. Když je ale požádáme, aby si tuto situaci představili a popsali svou představu krok za krokem, jako kdyby sledovali scénu ve filmu, dokáží si své jednání, pocity a myšlenky velmi živě zpřítomnit. Přitom pacienti na tyto představy emočně a tělesně reagují podobně, jako kdyby se jednalo o skutečnost. Pacienti o těchto představách obvykle spontánně nemluví, pokud se jich na ně konkrétně nezeptáme.

Slečna Lída, pacientka s hraniční poruchou osobnosti, měla několikrát denně velmi živé představy, ve kterých se viděla, jak ubližuje různým lidem, zejména svým příbuzným. Viděla se, jak je seká sekrou, bodá nožem nebo škrtí. Tyto představy přicházely bez zjevného podnětu, a čím více se je snažila vytěsnit ze své mysli, tím snadněji se do ní vrace-ly. Vyvolávaly silnou úzkost a dokázala je zahnat jen tím, že si sama způsobila silnou bolest.

Pokud pacient trpí těmito živými úzkostnými nebo deprimujícími představami, je třeba jim v terapii věnovat stejnou pozornost jako negativním myšlenkám a zjevnému chování. Existuje řada technik, jimiž lze emoční dopad těchto představ zmírnit. Kromě toho lze práci s představami terapeuticky využít k dosažení stanovených cílů.

Uvedeme nyní některé možnosti terapeutického využití imaginace v KBT, uplatňované především při léčbě poruch osobnosti.

### 7.2.6.1 Opakování představy a přesycení

Jakmile je pacient schopen svou představu situace, která v něm budí nelibé pocity, podrobně popsat, můžeme jej v sezení požádat, aby tento popis ještě několikrát zopakoval a přitom hodnotil, zda se jeho prožitek mění. Obvykle totiž během opakování představy dochází k poklesu nepříjemných pocitů. V tom případě dáme pacientovi za domácí cvičení, aby si danou představu opakoval několikrát denně, až v něm přestane budit emoční odezvu. Další častou možností je, že se obsah představy při opakování mění, a to tak, že původně nepřiměřené a přehnané představy se zmírňují a stanou se reálnějšími. Beck (1985) uvádí příklad pacienta, který se obával reklamovat v obchodě vadné zboží. Na žádost terapeuta popsal svou představu, v níž na něj prodavač začal sprostě křičet, urážet jej a nakonec jej fyzicky napadl. Při opakování této představy si postupně začal představovat, že prodavač jeho stížnost klidně vyslechne a vymění mu zboží za nové. Tato spontánní změna představy pak pacientovi často usnadní, aby si obávanou situaci vyzkoušel v reálném životě. Jinou možností je přesycení v představě.

Paní Veronika, pacientka s histriónskou poruchou osobnosti, trpěla nutkavou agresivní představou, že kope muže, které potkává na ulici, do rozkroku a sprostě jim nadává. Tato představa souvisela s traumatickou událostí před třemi lety, kdy byla Veronika znásilněna opilý kamarádem. Tehdy to nikomu neřekla, protože se styděla za to, co se jí stalo. Nicméně za necelý půlrok poté se objevila nutkavá agresivní představa. Tato představa se jí vracela pokaždé, když potkala nějakého muže, který se podobal jejímu kamarádovi. Dostala silný strach, aby to neudělala, protože se bála, že dotyčný by jí to určitě oplatil. Začala se vyhýbat vycházení z domu. Pokud musela ven a představa se jí dostavila, snažila se odvést pozornost, ale přesto dostala silnou úzkost. Nakonec přestala téměř z bytu vycházet. Po půl roce se tato představa přenesla i domů, kde se obávala, aby takto nezaútočila na svého muže nebo malého syna.

Jednou z metod využitých v terapii bylo přesycení paní Veroniky nutkavou agresivní představou. Dostala za úkol popsat nejhorší variantu své agrese a její důsledky. Nejdříve se toho bála, pak popsala, jak vulgárně nadává svému synovi a kope ho do rozkroku, těžce ho zraňuje a je za to odsouzena do vězení. Nikdo z rodiny se k ní nechce znát, ve vězení je osamělá a spoluvězeňkyně, které se dozvěděly, co udělala svému synovi, ji týrají. Pak ji pouštějí z vězení, nikdo o ni nestojí, a tak se upíjí a žije jako bezdomovec, má hlad a je jí zima, až nakonec umírá zestárlá, chudá, osamělá a nemocná. Svého syna a manžela již nikdy v životě neuvidí. Představa takto dovedená do důsledků nejdříve budila hrůzu, pak lítost. Při opakovaném psaní paní Veronika plakala a byla sama ze sebe nešťastná. Ovšem již po první hodině popisu katastrofy na papír cítila snížení negativních emocí. Psala každý den hodinu po dobu jednoho týdne. Během tohoto týdne nutkavá představa téměř vymizela z běžného života. V dalších týdnech dělala paní Veronika expozice in vivo – vycházela ven mezi muže. Dostala za úkol si představit, jak každého z nich nakopne do rozkroku a jak pak ten muž reaguje. Nedařilo se jí to, i když se snažila. Představa se stala útržkovitější, až se přestala objevovat úplně.

### 7.2.6.2 Řízená změna představy

Tuto metodu můžeme použít u pacientů, kteří trpí vtíravými vzpomínkami na traumatizující události.

Tricetiletá Pavla je v 6. měsíci těhotenství. Před čtyřmi roky přišla o dítě, které čekala, v 6. měsíci, kdy na ultrazvuku byla zjištěna porucha plodu neslučitelná se životem. Plod jí byl operačně odejmut. Několik let z toho byla smutná, vzpomínala na své těhotenství, vracely se jí vzpomínky na okolnosti zážitku v nemocnici, byla hádavá, podrážděná, trápila se. Tyto potíže odezněly během jednoho roku. Nyní šťastně znovu otěhotněla. Oba se s manželem na miminko těší. Ovšem již od 3. měsíce začala být Pavla nadměrně nervózní, hůře večer usínala, byla precitlivělá, podrážděná, neklidná. Občas ji napadaly myšlenky, zda je dítě v pořádku. Snažila se je však od sebe odehnat, nechtěla nad ničím takovým přemýšlet. To se jí celkem dařilo, ale přesto byla ve stresu. Před dvěma týdny byla na odběru plodové vody pro genetické vyšetření. Nyní čeká na výsledky. Za dva dny po vyšetření náhle zjistila, že se jí špatně dýchá, jakoby se částečně dusila. Vyděsilo ji to. Začala pozorovat svůj dech a měla pocit, že se nedokáže pořádně nadechnout. V noci kvůli tomu



nemůže vůbec spát, bušívá jí srdce. Je přesvědčená, že je to ze strachu o dostatek kyslíku. V noci je stále nadměrně bdělá, aby pozorovala svůj dech. Svůj strach z výsledku genetického testu si popírá. Dítě přece „musí být“ v pořádku.

S paní Pavlou se opakovaně v relaxaci vracíme k traumatické události z minulého těhotenství. Představa se postupně proměňuje tím, že se více soustředíme na popis toho, jak se jí manžel věnoval a chránil ji po ztrátě dítěte. Úzkostný náboj představy se postupně otupoval. Pak v představě přecházíme k manželově nynější péči a k dítěti, které nosí nyní. Pavla postupně zpracovává představu, jak si dítě v jejím břiše klidně plave, má od ní všechny živiny, cítí se v naprosté harmonii a lásce, jak jsou spolu vnitřně spojeni. Pouští mu desky s hudbou, kterou má ráda, a miminko plave v jejím rytmu. Postupně v představě dítě necháváme v děloze růst – stále si tam svobodně plave, je v klidu. Pak přecházíme do doby porodu – Pavla si představuje, jak stěny dělohy začínají dítě vytlačovat a ono se hlavou napřed dere ven, je silné a „cpe se na svět“, ona mu svým tlačáním pomáhá. Pak si představuje, jak ho má u sebe, kojí ho a mazlí se s ním.

Další možnost změny obávané představy spočívá v tom, že pacient v představách mění velikost, vzdálenost a jiné vlastnosti objektů, kterými se cítí ohrožen. Např. pacient, který trpí strachem z mezilidských situací, může svůj strach zmírnit, když si např. představí, že osoby, z nichž má strach, na sobě mají jen trenýrky ap.

### 7.2.6.3 Časová projekce

Pokud se pacient obává určité události, která jej čeká, můžeme ho požádat, aby si představil, jak bude tuto situaci hodnotit za několik měsíců nebo let. Tuto metodu navrhl A. A. Lazarus (1968). Uvádí příklad pacientky, která se velmi obávala, že by jí její muž mohl být nevěrný, a považovala to za katastrofu. Terapeut jí doporučil, aby si představila, že skutečně zjistila, že je jí manžel nevěrný a jaká bude její reakce bezprostředně, po týdnů a po šesti měsících. Pacientka byla schopna si představit, že i když by to pro ni bylo bezprostředně velmi zdrcující, dokázala by se postupně s touto skutečností vyrovnat a rozhodnout se, zda by v tom případě chtěla v manželství setrvat.

### 7.2.6.4 Dekatastrofizace představy

Pacient si často představuje určitou situaci jako naprostou katastrofu, v níž se zastaví čas a jeho nepříjemné pocity trvají věčně. V tom případě může pacientovi pomoci, když se jej zeptáme, co nejhoršího by se v dané situaci mohlo opravdu přihodit a jak by situace dále pokračovala, dokonce jaké nejhorší důsledky by mohla přinést. Pracujeme s tzv. katastrofickým scénářem, musíme však být opatrní, abychom pacienta naopak nesenzibilizovali. Proto je nutné před expozicí „katastrofě“ probrat nejdříve její pravděpodobnost a vysvětlit účel takové expozice. Jeden náš pacient s hypochondrickou poruchou se přesto nejdříve při expozici „nejhoršímu scénáři“ vyděsil, že ho připravujeme na smrt, aby se s ní smířil. Pokud probíráme katastrofický scénář opakovaně, zpravidla dochází k habituaci na jeho obsah. Navíc, i pokud by došlo k této alternativě, můžeme s pacientem hledat, co

vše by se dalo dělat, kdyby k nejhorší situaci došlo. Zpravidla si pak uvědomí, že existují možnosti, jak může nejhorší obávanou situaci zvládnout on sám nebo někdo jiný.

Martin je 22letý student, který přišel pro dva roky trvající rozvoj hypochondrické poruchy při závislé poruše osobnosti. Stále musí chodit nadměrně oblečený, nemůže sportovat ani popoběhnout na autobus, prohlíží se v zrcadle, zda mu nežloutnou skléry a nepopelaví obličej, každou hodinu si dvakrát měří tělesnou teplotu, všude chodí s otcem, který mu vyřizuje nákladná vyšetření na všech špičkových pracovištích. Martin trpí obavou, že onemocní leukémií. Proto to sledování a řada vyšetření. Po důkladné edukaci o povaze potíží pracujeme s Martinem na dekatastrofizaci jeho představy nemoci. Probíráme nejdříve pravděpodobnost, že onemocní leukémií, důkazy pro a proti. Martin má celou řadu důkazů pro: kolísá mu denní teplota o 1 stupeň, nadměrně se potí, cítí se nadměrně unavený, občas je dušný, občas mu buší srdce, zdá se mu, že má bledší kůži, bolí ho za sternem („kde se vyrábějí bílé krvinky“). Ani jeden z těchto důkazů lékaře nepřesvědčuje, uvádějí snadno jiné příčiny těchto příznaků. Poté, co Martin vyčerpал úplně všechny důkazy pro leukémii, probíráme důkazy proti: opakované negativní laboratorní nálezy, obavy trvají už dva roky, aniž by se jeho stav zhoršil, tvrzení odborníků. Pak jsme Martinovi nabídli probrat vše, čeho se obává v těch nejhorších variantách, abychom spolu zjistili, zda i v těch nejhorších variantách není nějaká možnost, jak je řešit.

Martinův nejhorší scénář obsahuje jeho pobyt na onkologii, kachektickou vyhublost, zažloutlou pergamenovou kůži s krvavými skvrnami, nemocniční zápach, ztrátu vlasů, zakulacení boků, falešné chování okolí, které mu nechce sdělit, že má umřít, operaci kostní dřeně, po které umírá. Pak procházíme Martinovy představy o tom, co bude po smrti. Má jich několik. První alternativa je, že nic nebude. To nebude nic cítit, a tak je to jedno. Druhá je, že bude jako duše létat kolem svých blízkých. Bude létat kolem svého otce, a ten ho neuvidí, nebude s ním moci mluvit. Pak otec opustí matku a on, Martin, to nebude moci ovlivnit. Matka bude nešťastná, sama, bez syna i bez manžela. Bude nešťastná rok, dva, ale pak si někoho najde. A bude spokojená. Otec si také najde jinou ženu. Pak budou žít spokojeně i nespokojeně až do smrti. Po ní se opět potkají s Martinem, který na ně bude čekat. Martin to pokládá za slušný konec. Uklidňuje se. Pak ještě procházíme scénář posledního půl roku života, který mu ještě zbývá, než by zemřel na leukémii. Rozhodl se, že by všechny ušetřené peníze „vrazil“ do cesty do Tibetu. Jel by tam s otcem a bratrem. Vyvezli by ho na vozíku do výšky nad 5000 m. Byl by to hezký konec života.

Tato práce s představami a katastrofickým scénářem, kterou jsme dělali opakovaně, pomohla Martinovi zbavit se strachu z nemoci a zároveň získat větší odvahu pro samostatný život. V další celkem osmiměsíční individuální terapii se Martinovi podařilo osamostatnit od rodiny, začít se spoléhat sám na sebe a najít si svoji první dívku.

### 7.2.6.5 Vytvoření uklidňujících představ

Pokud pacienta trápí nepříjemné představy a obavy, je vhodné, aby si vytvořil určité „obránné“ představy situací, v nichž se cítí klidně, v bezpečí a uvolněně. Tuto uklidňující představu si pacient procvičuje tak, aby si ji dokázal vybavit co nejži-

věji, se všemi smyslovými vjemy a emočním doprovodem. Tato uklidňující představa je zcela individuální a pacient si ji může vytvořit buď na základě vlastních vzpomínek – představovat si místa či situace, v nichž se vždy cítil dobře, nebo i na základě vlastní fantazie. Tuto uklidňující představu může užívat v situacích, kdy se potřebuje zklidnit, nebo jako obranu proti vnucujícím se negativním představám.

### 7.2.6.6 Vytvoření přehnané představy

Některým pacientům může pomoci, když si svou negativní představu dovedou ad absurdum, tedy rozvinou ji do ještě horší podoby, než byla původně. Beck (1985) uvádí příklad pacientky, která se bála, jak bude publikum reagovat na její referát. Vytvořila si představu, jak se všichni hlasitě smějí tomu co říká, křičí na ni a házejí po ní rajčata. Její původní představa ji pak přestala znepokojovat.

Jiná pacientka trpěla představou, že bodne své děti nožem. Čím více se snažila tuto představu potlačit, tím více se jí vnucovala a děsila ji. Terapeut jí v rámci sezení dodal odvalu k tomu, aby si představila, že nožem bodá nejen své děti, ale pak i svého manžela a všechny sousedy a pak všechny lidi v celém městě. Když si tuto přehnanou představu několikrát zopakovala, zjistila, že původní představa ji již neděsí natolik, aby nebyla schopna si ji opakovaně vybavovat za domácí cvičení, čímž se její úzkost dále snížila.

Při tzv. zaplavení v imaginaci si pacient za pomoci terapeuta napíše scénář nejhorší možné varianty mezilidské situace, které se obává; jak se zesměšní nebo jak jej všichni opustí. Ke scénáři patří i popis tělesných příznaků a reakcí druhých osob („Cítím jak rudnu a potím se“, „Všichni si říkají, co je to za hlupáka!“). Terapeut mu pak tento scénář opakovaně v imaginaci předřikává, zatímco si jej pacient představuje do všech podrobností. Je důležité, aby tato expozice v představě trvala tak dlouho, dokud se pocit úzkosti nezmírní.

**Tabulka 7.2.21:** Příklad zaplavení v imaginaci

Chystám se na konferenci o chemické výrobě. Už předem mám strach, jak to dopadne. Já, student, mám být mezi odborníky. Bude to trapné. Ale škola mě vyslala. Kdybych tam nešel, byla by to také ostuda. Jedu tam vlakem a už je mi na nic. Určitě nenajdu cestu z nádraží, nikdy jsem tam nebyl. Budu se trapně ptát lidí, které neznám. Hlas mi zadrhne. Určitě přijdu pozdě. Strašně nerad chodím pozdě. Vejdu, buší mi srdce, je mi na zvracení, nevolno. Všichni se na mě dívají. Říkají si, co je to za mladého člověka, co tady vůbec dělá. Vždyť ještě nic nemůže znát. Vypadá jako student. Všichni si mě přísně měří. Rudnu, srdce mi buší a strašně se potím. Chci pozdravit, ale z hrdla mi vyjde zaskřehotání. Hanbou bych se nejraději propadl. Nějaký přísný muž se mě ptá: „Odkud jste mladý muž?“ Chci poslušně odpovědět, ale hlas mi úplně vypovídá. Koukám na něj vyděšeně. Hrdlo se mi sevřelo a nechce pustit ani hlásek. Snažím se vykoktat svoje jméno: „HHHHHHH“, nejsem schopen artikulovat. Muž si mě nedůvěřivě prohlíží. „Odkud jste, vy neumíte mluvit, když se vás ptám?“ ptá se podrážděným hlasem. „Podívej, jak civí“,

říká další muž, který stojí vedle. „Raději ho nech být, ten není v pořádku.“ I ostatní si mě zvědavě prohlížejí. Jsem rudý, pot se mi lije z čela, chce se mi zvracet. Proboha, jen to ne. Až se to dozví pan docent, řekne si, že jsem úplně neschopný. „Není to ten student od docenta Kabeleho?“ ptá se jiný muž. „Volal, že sem posílá nadaného kluka, kterého by chtěl nechat na fakultě!“ Chci to potvrdit, ale v tom se ozve ten první muž: „Ten na to teda nevypadá. Podívej se na něj. Ten neumí napočítat do pěti.“ Přestávají si mě všímat. Stojím tam jako solný sloup, nevím, co mám dělat. Chci odejít, ale uvědomuji si, že mám pro docenta Kabeleho vyzvednout nějakou knihu. U profesora Tervina. Musím se někoho zeptat, který to je. Znovu mě polévá studený pot. To jméno nedokážu vyslovit. Srdce mi bije jako zvon. Znovu přichází nutkání zvracet. Sotva to dokážu udržet. Pot mi stéká po spáncích. Začínají se mi třást ruce. Srdce mi buší v hrdle. Vidím rozmazaně a cítím se jako ve snu. Co to mám vlastně říci? Dávám ruku na rameno muže, který stojí ke mně zády. Nevnímá mě. Zesílím dotek a on se náhle vztekle obrací. „Co to děláš?“ Kóktám, že chci mluvit s profesorem Tervinem. Ukazuje mi na muže, který ke mně mluvil jako první. Ten se zároveň ke mně obrací a ptá se s despektem: „Vy ode mě něco chcete?“ Vykóktám něco o docentu Kabelem. Jméno knihy jsem zapomněl. Tervin se na mně nedůvěřivě kouká a říká: „Vám žádnou knihu nesvěřím. Ať si pošle někoho jiného“. Mám pocit, že se propadám někam do země. Je mi na omdlení a zároveň cítím nutkání prudce zvracet. Taktak polknu. Tervin se ke mně otáčí zády. Uvažuji, zda mám odejít na záchod, ale nevím, kde je. Zeptat se někoho mám strach. Knihu však přivést musím. Vydávám se za Tervinem znovu.

#### 7.2.6.6 Návčik v představě

Při plánování domácích úkolů je někdy vhodné, aby si pacient v rámci sezení prošel plánovaný úkol v představě, protože se tak může připravit na případné problémy a předem si naplánovat, jak by je mohl řešit (např. pohovor s nadřízeným). Tato příprava v představě také zvyšuje u většiny pacientů odhodlání se do plnění úkolu skutečně pustit, protože během opakované představy plnění úkolu se intenzita jejich úzkosti postupně snižuje. Wilson (1987) doporučuje provádět návčik v představě ve dvou postupných krocích.

V první fázi si pacient *představí sebe sama poté, co již dokázal úspěšně splnit* příslušný úkol. Zdůvodňuje to tím, že je pro pacienta lehčí představit si, že již má úkol úspěšně za sebou, a využít pocitů úlevy a hrdosti, vyvolaných touto představou, s posílením odhodlání se do plnění tohoto úkolu pustit. Zdůrazňuje, že tato představa vlastního úspěchu oslabuje obvyklá myšlenková schémata, zaměřená na očekávání neúspěchu a selhání. Upozorňuje na to, že pacient by si měl tuto představu nacvičit nejdříve v sezení, přičemž terapeut musí dbát na to, aby si pacient svou situaci po úspěšném splnění úkolu nejen představil, ale aby ji i emočně prožil a aby si představil i pochvalnou reakci druhých lidí.

Ve druhém kroku si pacient představuje sebe sama, *jak plní* příslušný úkol. Přitom zaujímá pozici pozorovatele – jako kdyby sledoval sama sebe ve filmu, jak

plní příslušný úkol. Pokud začne pociťovat zvýšenou úzkost, může svou představu přerušit a vyvolat si uklidňující představu. Když se mu podaří v představě úkol úspěšně splnit, měl by se pacient pochválit a prožít si radost, že to dokázal. Postupně si pacient může představovat i své tělesné reakce a myšlenky při plnění úkolu, včetně zklidňující samomluvy. Na závěr nácviku v představě si pacient může představovat možné problémy, které by se při plnění úkolu mohly objevit, a způsoby, jak by je mohl zvládnout. Je důležité, aby pacient končil nácvik s příjemným pocitem, že daný úkol zvládl.

### 7.2.6.7 Představa budoucnosti

Melges (1982) doporučuje, aby v závěru terapie, když je již pacient schopen své problémy s nepříjemnými emocemi lépe zvládat, vyzval terapeut pacienta, aby si vytvořil podrobnou představu své vlastní budoucnosti za několik měsíců – vhodné je vybrat určité významné datum, např. pacientovy narozeniny nebo první den nového roku. Pacient by si měl představit, jak tento den stráví a jak se v té době změní jeho chování a postoje. Terapeut se jej přitom ptá tak, jako kdyby onen den v budoucnosti již nastal – ptá se, co všechno se mu za tu dobu podařilo splnit, co mu dělalo potíže, jaké jsou jeho vztahy s blízkými osobami, jaké je jeho postavení v zaměstnání ap. Pacient si díky této metodě může lépe ujasnit, čeho by chtěl v době po ukončení terapie dosáhnout, jak musí postupovat, aby toho dosáhl, čeho se obává. Musíme přitom pacienta upozornit na případné nereálné plány nebo na to, zda neočekává změny, na které nemá žádný vliv – např. aby se více zaměřil na změny ve svém vlastním chování, než aby očekával změny v chování jiných lidí. Pacient by si měl vytvořit podrobnou představu, jak stráví určený den v budoucnosti a tuto představu si pak opakovaně vybavovat, nejméně jednou denně. To mu bude stále připomínat, na jaké cíle se má soustředit a jaké chování a postoje si má procvičovat.

## 7.2.7 Změna kognitivních schémat v imaginaci

Zážitkové metody, jako je využití představivosti nebo hraní rolí, se používají k *emocionální restrukturalizaci*. Jsou zaměřeny zejména na dva cíle:

1. vyvolat emoční stavy spojené s kognitivními schématy,
2. naučit pacienta v bezpečné atmosféře s těmito emocemi zacházet.

Smyslem zážitkových technik je prožít si novou emoční (korektivní) zkušenost a umožnit propojení kognitivního porozumění s emocionálními stavy (Young, 2003). Young je přesvědčen, že bez jejich použití nelze v KBT raná maladaptivní schémata zpracovat vůbec, protože nejsou dostupná vědomé kontrole.

Přibližně 5 minut trvá vysvětlení smyslu práce v imaginaci, vlastní imaginaci pak věnujeme kolem 25 minut a dalších 20 minut je potřebných na zpracování toho, co pacient prožil. Před použitím imaginace při práci se schématy je potřebné pacientovi *vysvětlit smysl této metody*. Metodu uplatňujeme v době, kdy už pacient na kognitivní úrovni zná svá dysfunkční kognitivní schémata, rozumí, jak fungují

v jeho životě, jak vznikla a co je udržuje, co pozitivního a negativního mu přinášejí. Cílem imaginace je začít si v relaxovaném stavu představovat nepříjemné zážitky z dětství a pak korespondující zážitky z dospělosti, které jsou propojeny s aktivací maladaptivních schémat a změnit emoční doprovod těchto aktivovaných dysfunkčních schémat.

### 7.2.7.1 Zahájení imaginace

Vedoucím principem při vedení imaginace je používat co nejméně verbálních instrukcí. Důležité je, aby představa byla opravdu pacientova, a nikoliv vsugerovaná terapeutem. Terapeut říká obecné instrukce typu:

„Nyní zavřete oči a otevřete svou mysl pro představu... Řekněte mi, co se začne před vaším vnitřním zrakem objevovat. Dívejte se na to jako na film, který prožíváte, a zároveň mi jej budete vyprávět.“

Terapeut může pacientovi pomáhat otázkami: „Co nyní vidíte?“ „A co slyšíte?“ „Vidíte sebe sama ve své představě?“ „Jaký je na vás pohled?“ ap.

Jakmile je představa vytvořena, ptá se terapeut na myšlenky, emoce a všechny další charakteristiky, kterou jsou s představou spojeny. „Co cítíte?“ „Co vás napadá?“ „Máte v sobě nějaký impuls něco udělat?“ „Co se děje ve vašem těle?“ „Co v tuto chvíli nejvíce chcete?“

Práce s imaginací končí tím, že terapeut požádá pacienta, aby si otevřel oči, a pak mu položí otázky: „Jaká byla pro vás tato zkušenost?“ „Co pro vás tyto představy znamenaly?“ „Jaká témata se objevila?“ „Která schémata jsou spojena s těmito tématy?“

Terapeut pomáhá pacientovi prožívat jeho představy co nejintenzivněji, aby se objevily všechny důležité emoce s nimi spojené. Terapeutovo empatické chování pomáhá pacientovi, aby se do silných emocí mohl ponořit naplno.

### 7.2.7.2 Představa bezpečného místa

Na počátku imaginativní práce je dobré začít s představou bezpečného místa. To je velmi důležité zejména pro emočně labilní a traumatizované pacienty. Začít s představou bezpečného místa je jednoduchá, nezraňující cesta, jak zahájit imaginativní práci. Nyní uvedeme zkrácenou ukázkou z Younga et al. (2003):

42letý Hektor přišel do terapie na nátlak svojí ženy Ashley, která mu vyhrožuje rozvodem. Jeho hlavní stížností je, že je odtahitý, chladný, ale snadno vybuchující. Po vysvětlení důvodů práce s imaginací společně začínají budovat představu bezpečného místa:

Terapeut: Myslíte, že bychom mohli dnes pracovat s imaginací?

Pacient: Myslím, že ano.

Terapeut: Prosím, zavřete oči a představte si sebe sama na bezpečném místě. Nechte představu bezpečného místa samu přijít do vaší mysli. Až se objeví, řekněte mi o ní.

Pacient: (po několika minutách) Vidím fotografii (dlouhá pauza).

- Terapeut: Co je na té fotografii?
- Pacient: Je to fotografie, jak s bratrem koukáme ven z okna našeho zahradního srubu. Ten pro nás vybudoval strejda.
- Terapeut: Řekněte mi, co všechno vidíte, když se díváte na tu fotografii.
- Pacient: Vidím nás dva... (otvírá oči). Je to opravdu fotografie, vzpomínám si na ni (zavírá oči). Vidím nás dva, smějeme se.
- Terapeut: Dobře. Nechte oči zavřené... můžete vidět sebe sama?
- Pacient: Ano.
- Terapeut: Kolik je vám let?
- Pacient: Hm, asi kolem sedmi.
- Terapeut: Jaké je roční období?
- Pacient: Je podzim. Listí se mění, padá a poletuje kolem.
- Terapeut: Výborně. Nyní, zůstaňte se zavřenýma očima, rád bych, abyste se stal tím malým chlapcem na fotografii. Abyste se podíval kolem sebe z klukovské perspektivy a řekl, co vidíte.
- Pacient: Dobře. Jsem vedle svého bratra, díváme se z okna srubu.
- Terapeut: Co ještě vidíte?
- Pacient: Vidím svého dědu, jak stojí vedle domu a fotí nás. Vidím ulici, stromy a okolí. Všechny domy jsou stejné, stojí těsně u sebe, každý s malým kouskem trávníku.
- Terapeut: Jaké zvuky slyšíte?
- Pacient: (pauza) Slyším zvuky dopravy a lidské hlasy. A zvuky ptáků.
- Terapeut: Mohl byste se teď obrátit a podívat se dovnitř vašeho srubu. Co vidíte?
- Pacient: Vidím malou dřevěnou místnost. Je zbudovaná z nehoblovaných latěk. Jsou všude, kam dohlédnu. Uprostřed je kmen obrovského stromu, jeho větve kolem padají až na zem. Uvnitř je trochu temno. Venku je světlo, ale nikdo se nedívá dovnitř. Když budeme tiše, nikdo nebude vědět, kde jsme.
- Terapeut: A co nyní slyšíte?
- Pacient: Všude je klid, obrovský klid. Slyším pouze listy, jak je vítr občas rozechvěje.
- Terapeut: A cítíte něco?
- Pacient: Ano, něco jako trávu. Mám rád zemi.
- Terapeut: A jak se tady nyní cítíte?
- Pacient: Dobře, velmi dobře. Cítím se jako na tajném místě, speciálním tajném místě. Cítím se zde strašně příjemně.
- Terapeut: Jak se cítíte tělesně?
- Pacient: Relaxovaný. Moje tělo je uvolněné.

Cílem imaginace bezpečného místa je uklidnit a uvolnit pacienta. Proto se terapeut vyhýbá všem negativním momentům. Svoje myšlenky říká v pozitivních termínech, např. místo aby řekl „Není tady žádné nebezpečí“, sděluje „jste v bezpečí“. Někteří pacienti, zejména ti, kteří mají výrazné traumatické zážitky, kdy byli zneužíváni nebo týráni jako děti, nejsou schopni vytvořit si představu bezpečného místa sami. Možná nikdy bezpečné místo neměli. V tom případě jim terapeut

pomáhá představu bezpečného místa vytvořit. Hezké přírodní scény jako pláže, hory, louky nebo lesy mohou v pacientovi vyvolat příjemné bezpečné pocity. Ovšem i přesto si někteří pacienti představu bezpečného místa vytvořit nedokáží. Pak je možné použít jako bezpečného místa terapeutické pracovny – terapeut pacienta zorientuje v místnosti a jejím okolí na začátku a konci imaginace. Během imaginace ho žádá, aby popsal vše, co vidí, cítí, slyší, prožívá – dokud se necítí uklidněn.

### 7.2.7.3 Imaginace z dětství

Pokud již má pacient vytvořenu představu svého bezpečného místa, kam se může vrátit a zklidnit se tam, můžeme začít pracovat se zraňujícími představami z dětství. Zpravidla se zaměřujeme na následující představy (typicky zpracováváme v každém sezení jednu představu z dětství):

- jakákoliv zraňující vzpomínka z dětství,
- jedna zraňující představa z dětství s každým z rodičů,
- zraňující situace s jinými blízkými lidmi, včetně vrstevníků, které se podílely na formování dysfunkčního kognitivního schématu.

Uveďme si příklad práce se zraňující vzpomínkou u 40letého Jiřího. Jiří trpí somatoformní vegetativní dysfunkcí a má problémy s otevřeností a blízkostí. Sice velmi touží, aby měl s druhými lidmi blízké a otevřené vztahy, ale jak v manželství, tak v přátelských vztazích vždy nakonec uniká a zůstává rezervovaný a odtažitý. Vztahy, u kterých by si přál, aby byly blízké, ho neuspokojují.

**Terapeut:** Můžeme zkusit vrátit se v představě do situace s otcem v dětství.

**Pacient:** Ano, můžeme.

**Terapeut:** Dobře, zavřete si oči a uvolněte se.

**Pacient:** Hmm (zavírá oči).

**Terapeut:** Jediné, o co vás chci požádat, je, abyste měl zavřené oči a představil si sebe s otcem, když jste byl malý. Nenuťte se do toho, nechte, ať se ta představa objeví sama. Až se objeví, zkuste mi to říci.

**Pacient:** Dobře, zkusím to. (pauza, po chvíli začne zrychleně dýchat)... Už tátu vidím.

**Terapeut:** Popište mi, co vidíte?

**Pacient:** (hluboce dýchá) Stojí nade mnou a křičí na mě. Je proti mně strašně velký, hrozně se bojím. Teče mi z úst krev, protože jsem spadl ze zídky. Je strašně rozčilený, křičí, nevím co... Bojím se, že mě zmlátí. Strašně mě bolí jazyk a pusa, teče mi z nich krev, ale ještě víc se bojím otce.

**Terapeut:** Co ještě se s vámi děje?

**Pacient:** Mám strašný strach. Bojím se jak té krve, tak otce. Bojím se, že mě zbije a vyžene. Opustí mě. Víím, že mi zakazoval na tu zídku lézt. Je to moje vina. Brečím. Přitom strašně chci, aby mě vzal na ruce. Jsem ještě strašně malý. Jsou mi 3 roky (pláče).

**Terapeut:** Můžete mu zkusit v té představě říci, co po něm chcete?

**Pacient:** Mohu to zkusit... Tati, táto (pláče) chci k tobě!



#### 7.2.7.4 Návrat na bezpečné místo

Na konci imaginace vrátí terapeut pacienta z představy do přítomnosti a nechá ho otevřít oči. Pak spolu prožitek, který měl v imaginaci, prodiskutují. Proberou kognitivní schéma, se kterým imaginace souvisela. Ve výše uvedené imaginaci to bylo schéma „Opuštění“. Probírají vliv tohoto schématu na současné situace – jak přispívá k problému pacienta, že se obává k někomu připoutat, aby nebyl zrazen a opuštěn.

Pokud je pacient na konci imaginace neklidný, je dobré se s ním vrátit k představě bezpečného místa. Občas se může stát, že to pro napětí nejde, zejména, když si pacient představoval velmi traumatickou situaci z dětství. Pak může pomoci, když terapeut pacienta „uzemní“ v přítomné chvíli tím, že jej požádá, aby mu s otevřenými očima popsal místnost, kde jsou, co právě vidí a slyší. Pak s ním začne mluvit o neutrálních věcech, může mu nabídnout čaj a sušenky. Je důležité dát pacientovi dost času na to, aby se zklidnil, a být si jistý, že ze sezení odchází vyrovnaný.

#### 7.2.7.5 Imaginace spojující minulé s přítomným

Po probrání důležitých dětských představ, které souvisely s vytvořením raných maladaptivních schémat, vede terapeut pacienta k tomu, aby si představil současné situace, ve kterých se cítí podobně. Tím umožňuje propojení mezi dětskými vzpomínkami a jeho dospělým životem. Uvedeme si příklad pokračování imaginativní práce s panem Jiřím z předešlé ukázky.

**Terapeut:** Zavřete oči. Vydechněte... S každým nádechem do vás vchází klid a mír a s každým výdechem prochází do celého těla... Když se nyní vrátíme k pocitům z poslední imaginace s vaším tátou, můžete si zkusit vybavit situaci s podobnými pocity v dospělosti?

**Pacient:** Hm... nevím.

**Terapeut:** Nemusíte se nijak snažit, nechte vzpomínky volně přicházet. Až se něco objeví, dejte mi vědět...

**Pacient:** Nevím, jestli je to ono... Vzpomněl jsem si, jak jsem přijel ze Spojených států. Přivezl jsem rodině dárky. Děti měly strašnou radost. Ale Vladka, moje žena, vůbec ne. Nejdříve byla zaražená, a pak mi začala vyčítat, že utrácím peníze za blbosti.

**Terapeut:** Můžete se vrátit k té vzpomínce jako k filmu? Vidíte tu situaci?

**Pacient:** Počkejte... vidím Vladěnu, tak se tváří. Tak kamenně. Úplně mě to zpražilo. Chci to nějak žehlit, ale zároveň ve mně roste zklamání. Tak jsem se těšil, že budou mít všichni radost.

**Terapeut:** Můžete popsat, co všechno cítíte?

**Pacient:** Cítím zklamání, až takovou bezmoc. Nemůžu s tím nic udělat. Strašně bych chtěl, aby byla ke mně milá, měla radost. Je to moje vina, měl jsem se s těmi dárky více ovládat. Cítím se však jako odkopnutý prašivý pes. Opět jsem zklamal, nemám šanci. Chce se mi brečet, ale stydím se. Křečovitě se snažím ptát, co se tady za tu dobu, co jsem byl pryč, událo. Moc to však nevnímám. Stále

jsem jako opářený. Zároveň začínám mít na Vlad'ku vztek. Ale už mám i vztek na sebe za ten vztek. Je to všechno moje vina. Dělán blbosti, a tak mě nemá nikdo rád. Nikdo o mně nestojí.

**Terapeut:** (pauza, nechává dojít afekt, po zklidnění pokračuje) Můžete nyní zkusit říci Vladce něco takového, jak jste naposled řekl svému tátovi. Co po ní nejvíce chcete.

**Pacient:** Nevím, já vlastně nevím, co po ní chci. Aby mě měla více ráda...

**Terapeut:** Zkuste si ji znovu vybavit ve své představě a řekněte jí to přímo do očí.

**Pacient:** (dlouhá pauza) Štveš mě, Vlad'ko. Těšil jsem se, že budeš mít radost, a ty jsi mě zpražila. Jako už hodněkrát. Vadí mi to. A velmi. A mrzí ještě více... Já tě miluji. Moc chci, abys měla radost. Potřebuji to... Chci, abys mě měla víc ráda... Nepohrdala mnou, když udělám chybu. Protože nejsem špatný. I když občas udělám chybu, nejsem špatný. Jsem docela dobrý. A chci, abys to věděla (pevně).

Téměř všechno, co pan Jiří řekl své ženě Vladce, by mohl říci také svému otci. Téma je velmi podobné. Jde u něj o schéma „Opuštění“. Pan Jiří má pocit, že jeho blízcí mu nejsou schopni dávat najevo vřelé city, blízkost, protože jsou emočně nestabilní, vybuchují do zlosti nebo ho nepřiměřeně kritizují v situacích, kdy nejvíce chce být přijat.

Po imaginaci pomáhá terapeut pacientovi vyslovit, co se vlastně během imaginace přihodilo. To umožňuje kognitivní integraci silných emočních stavů, které pacient během imaginace prožíval.

## 7.7.6 Dialogy v imaginaci

Dialogy v imaginaci jsme částečně už uvedli v předešlých ukázkách imaginací. Terapeut pacienta instruuje, aby ve své představě vedl dialog jak s lidmi, kteří se podíleli na vytváření jeho maladaptivních schémat v dětství, tak s lidmi, kteří jeho schémata posilují v dospělosti. Young doporučuje používat v těchto imaginativních dialogích tři mody: modus „Zraněného dítěte“, „Dysfunkčního rodiče“ a „Zdravého dospělého“ (Young et al., 2003).

Prvními důležitými osobami většiny pacientů v dětství jsou rodiče, proto práce s dialogy v imaginaci začíná obvykle u nich. Terapeut požádá pacienta, aby zavřel oči a představil si sebe sama s rodiči ve zraňující nebo nepříjemné situaci. To se podobá již uvedeným příkladům. Pak ovšem pacienta požádá, aby vyjádřil rodiči co nejzřetelněji, co k němu v tu chvíli cítí, obzvláště stenické emoce, jako je zlost. Terapeut pomáhá pacientovi, aby si uvědomil své dětské potřeby a vyjádřil zlost vůči rodiči za to, že tyto oprávněné potřeby dítěte nenaplňoval. Důvodem není jen očištný účinek z vyjádření hněvu, ale hlavně postavení se vlastnímu schématu. Boj proti vlastnímu schématu umožňuje pacientovi se od něj distancovat a změnit ho. Když pacient říká: „Nechci, aby mě dále kritizovala!, Nechci, abys mě dále kontroloval, nadával mi nebo vyčítal! Potřebuji lásku a ty mi ji nedáváš! Potřebuji, aby sis mě konečně všiml, abys mě pochválil, abys sis mě vzal na klín!“ cítí se

očistěn, nepodléhá už rodičovskému tlaku, ale opírá se sám o sebe. Někdy je poslušnost vůči autoritě tak silná (schéma Podrobení se), že pacient pochybuje o tom, že by vůči rodiči mohl být vůbec kritický. V tom případě je na místě racionální pohovor o univerzálních potřebách a základních právech dítěte.

Někteří pacienti říkají, že mají z tohoto imaginárního dialogu pocitu viny. Věří, že vyjádřit zlost vůči vlastním rodičům je něco špatného či nemorálního. Rodiče si to nezaslouží. Buď dělali vždy všechno dobře, nebo bylo jejich chování vedeno dobrým úmyslem. Terapeut musí jasně vyjádřit, že rodiče za špatné nepovažuje, že je ovšem potřebné rozlišit chování, které vedlo pacienta k vytvoření jeho maladaptivního schématu, kterému rodič často sám nerozuměl, a celkové chování rodiče.

Pro řadu pacientů je vyjádření zlosti vůči rodičům nejdůležitějším krokem v uvědomění si kořenů jejich maladaptivních schémat. Pro mnohé je to však jen část cesty. Dalším krokem je nalezení dobrých vlastností rodičů a přijetí rodičovských omezení. Tento krok však nesmí předejít vyjádření zlosti, jinak bývá jen povrchní a schémata nemění, spíše je vyjádřením schématu Podrobení se.

Vrátíme se k příběhu pana Jiřího. Tentokrát si ukážeme jeho rozhovor v imaginaci s matkou. Matka byla na Jiřího od dětství někdy pyšná a předpovídala mu velkou budoucnost, jindy nadměrně kritická a odmítající. Neustále od něj vyžadovala výkony – musel být dobrý ve všem, co dělal, jinak mu říkala, že není k ničemu a nikdo ho nebude mít rád. Pokud s otcem bylo v jeho vývoji spojeno schéma Opuštění („Opustím tě, protože mi nestojíš za to“), s matkou to bylo schéma Perfekcionismus/Hyperkritičnost („Musíš být dokonalý, abych tě mohla milovat“). Jiří popsal v imaginaci tuto zraňující situaci se svojí matkou:

- Pacient: Vzpomínám si na situaci, to už jsem byl větší, ale byla typická. V šesté třídě se mi zhoršil prospěch, předtím jsem měl samé jedničky. Matka přišla z rodičovské schůzky a vypadala jako sfinga.
- Terapeut: Zkuste si vzpomenout na podrobnosti.
- Pacient: Měl jsem strach, co řekne, až přijde. Otevřela dveře do dětského pokoje a studeně řekla: „Zklamal jsi mě“. Vidím tu její tvář jako teď. Sevržené rty i hlas jako led. Pak nenávislně dodala, že to hned řekne otci a ten si mě podá. V tu chvíli jsem cítil, že mě nenávidí. (pauza)
- Terapeut: Jak jste se v tu chvíli cítil?
- Pacient: Už nevím... jo... jako že se nemohu nadechnout. Bylo mi to líto, ale nemohl jsem brečet. Jakoby do mně přešel ten její chlad a ochromil mě. Cítím to teď v sobě, ani nemohu dýchat, takové napětí a přitom pocit, jakoby mě někdo bodl.
- Terapeut: Co k ní teď cítíte?
- Pacient: Taky nenávisť a chlad. Jako ona ke mně...
- Terapeut: Mohl byste jí to říci?
- Pacient: Chuuu... To je hnusné... Mami, když mi to tak nenávislně říkáš, nenávidím tě. Nenávidím tě za všechna ta pokoření, když se mi něco nepovedlo. Za to, že ses mnou před druhými chlubila a já se pak cítil trapně. Za to, že jsi říkala otci, aby mě zbil, když se ti něco nelíbilo. Za falešnost, s jakou jsi mi do očí říkala

něco a za zády něco jiného. Za zneužívání mých citů, když jsi věděla, že tě moc potřebuji, protože nikoho jiného nemám. Za to, že jsi upevňovala tátův odmítavý postoj ke mně. Upřednostňovala jsi mě okázale před ním. Fuj, to bylo hnusné. Vrazila jsi mezi nás klín. Přitom jsem tak toužil, aby mě měl taky rád. Mám na tebe tak strašný vztek, že bych tě zabil... ne to ne... (pláče)

**Terapeut:** Co na to říká matka?

**Pacient:** Co si to dovoluješ! Vždy jsem pro tebe chtěla jen dobré. To je vděk... To ty jsi mě zklamal. Nedostudoval jsi vysokou školu... nezáleží ti na mně.

**Terapeut:** Možná... zkusme se vrátit ještě do dětství... K té situaci, kdy přišla z rodičovské schůzky... Co jste jí tehdy potřeboval říci?

**Pacient:** Mami, já to nevydržím. Moc potřebuju, abys mě měla ráda. I když jsem se zhoršil ve škole. Mám jenom tebe, táta o mě nestojí. Maminko, ty mě nesmíš opustit... (pláče)

**Terapeut:** A ještě něco, co od ní potřebujete...

**Pacient:** Mami, mám tě rád a chci, abys mě měla ráda, i když se mi nedaří. Chci, abys mě podpořila. Já se chci zlepšit ve škole. Ale potřebuji vědět, že za mnou stojíš.

**Terapeut:** Co by na to řekla matka...?

**Pacient:** Nevím... možná... to bych asi chtěl... „Zklamal jsi mě teď, ale vím, že ti to zase půjde. Mám tě ráda. Nejvíc na světě. A budu tě mít ráda, i když se nebudeš učit na samé jedničky. Vždycky tě budu mít ráda, Jiříku. Někdy jsem našťvaná, když mě zklameš, a pak to přeženu. Jsem taková. Ale budu ráda, když to ve škole zvládneš. A táta tě má taky rád, ale ten to neumí říci... (pláče)

## 7.2.8 Změna kognitivních schémat hraním rolí

Další možností, jak pracovat na *emocionální restrukturalizaci*, je využití metody hraní rolí. Využívá se při ní různých postupů, jako je prázdná židle, dialog se sebou samým, záměna rolí, dvojník. Místo, aby si pacienti zraňující situaci představovali ve své mysli, jak tomu bylo při práci s imaginací, přehrávají ji ve scénkách. Partnerem jim může být terapeut, nebo se scénky využije ve skupině, kde pravidelně osloví i všechny pacienty s podobnými schématy. Možností, jak využívat hraní rolí, je mnoho. Je možné postupovat podobně, jak jsme uvedli u imaginace, nebo vyjít ze situace zde a nyní a postupně ji propojit se situací z dětství a ukázat, v čem jsou si obě situace podobné. Při emoční restrukturalizaci můžeme hraní role střídát s imaginací a naopak. Princip práce je stejný. Uvedeme některé jednodušší postupy. Nejdříve se snažíme přehrát situaci z dětství, které souvisely s rozvojem maladaptivních schémat, pak najít podobné situace v dospělém věku, a ty přehrát. V dalším kroku pak nabízíme pacientovi možnost začít jednat z modu „Zdravý dospělý“, jak v dětských, tak v dospělých situacích. Hraní rolí je nesmírně účinná technika a je potřebné mít vždy dost času na zklidnění pacienta, případně skupiny. Terapeut musí zůstat klidný, zarámovat celou scénku do práce se schématy, ocenit odvalu pacienta, zdůraznit jeho schopnosti, které projevil v jiných situacích, a pochválit jej, jak scénku úspěšně zvládl.

*Dialog* – pacient hraje sebe v dětském věku a terapeut nebo některý člen skupiny jednoho z rodičů, případně oba. Nejdříve se přehrává scéna tak, jak si ji pacient pamatuje. Ve druhém kole pak začne pacient reagovat na rodiče v modu „Zdravý dospělý“. Vyjádří, co k rodičům cítí a co od nich potřebuje. Podobnou scénku pak pacient přehrává o současně vztahové situaci, ve které se uplatňuje jeho maladaptivní schéma.

*Dialog s dvojníky* – je emočně silnější než dialog. Protože potřebuje dvojníky, používá se ve skupině. Během rozhovoru pacienta s rodičem nebo jinou důležitou osobou mohou v prvním kole za něj přistupovat i druzí členové skupiny a vyslovovat to, co si myslí, že by pacient měl vyjádřit. Ve druhém kole pak mohou přistupovat ostatní členové skupiny i za druhou osobu ve scéně a vyjadřovat její pocity. Podobně jako při dialogu se i v tomto případě emoční rekonstrukce děje ve dvou kolech, kdy ve druhém kole se pacient snaží mluvit z modu „Zdravého dospělého“.

*Záměna role* – postup, kdy k lepšímu vyjádření i pochopení druhé osoby pacient hraje tuto osobu a terapeut nebo spolupacient samotného protagonistu.

*Prázdná židle* – na prázdné židli sedí buď rodič pacienta, nebo současná, pro pacienta důležitá osoba. Pacient pak k této židli říká nejdříve bez cenzury vše, co by dotyčné osobě potřeboval sdělit. (Lze i tematizovat: „Vše, co jsem ti zapomněl říct“, „Proč jsi mi to udělal?“, „Za co se na tebe zlobím a za co jsem ti vděčný“). Ve druhém kole zkusí pak říci to, co by řekl z modu „Zdravý dospělý“.

## 7.2.9 Změny schémat psaním dopisů

### 7.2.9.1 Dopisy druhým

Další zážitkovou technikou, určenou k emocionální restrukturalizaci, je *psaní dopisů*. Psaní dopisů je typické domácí cvičení. Někdy je však natolik emočně silné, že je lépe, když jej pacient napíše v blízkosti terapeuta (např. v čekárně nebo v denním stacionáři). Dopisy se píšou důležitým osobám v životě pacienta, zpravidla rodičům, sourozencům, důležitým přátelům a partnerům, eventuálně dětem. Pacient dopis napíše, pak jej přinese do sezení a tam jej terapeutovi přečte. Dopisu používá pacient k vyjádření svých pocitů a potřeb, včetně obhajoby svých práv. Nejde o dopisy, které by se měly dotyčným osobám posílat. Pacient píše vlastně dopis osobám uvnitř sebe, těm osobám, které se kdysi podílely na vzniku jeho maladaptivních schémat nebo těm, které je v současnosti pomáhají udržovat. Jde však spíše o jeho vnitřní reprezentace těchto osob než o to, jaké tyto osoby v reálném životě jsou. Běžně se píšou dopisy osobám, které už zemřely. Obvyklý postup zahrnuje nejméně dva dopisy jedné důležité osobě:

1. Dopis je *necenzurovaný* a má obsahovat všechny emoce, potřeby, nároky a odsudky, které pacienta k této osobě napadají. Důležité je nechat zaznít všechno v co nejsyrovější podobě. Pokud je to moc „učesané“, terapeut požádá pacienta, aby napsal další, otevřenější dopis. Pacientovi pomáhá v tom, aby objevil další důležité emoce ve vztahu: zlost, lítost, zklamání, touhu, přání, lásku. Tento dopis mu má mimo jiné pomoci v zažití faktu, že každý vztah je mnohohrstevný.

**Tabulka 7.2.22:** Příklad necenzurovaného dopisu matce

Matko,

ani nevíš, jak se mi to slovo hnusně vyslovuje. Mám s ním spojeno všechno to ponižování v dětství, kdy sis na mně vylévala zlost, kterou jsi měla z práce nebo na tátě. Nikdy ti nezapomenu ty sprosté nadávky, kterými jsi mě častovala za každou maličkost. Ty krip-le, ty děvko, ty čubko, ty svině. Že jsi se nestyděla takhle nadávat, i když jsem byla ještě dítě. Nenávídím tě. Za ten tvůj jekot, nadávky, manipulace, podrazy, za to, jak jsi na mě žalovala otci a snažila se mě před ním pošpinit, za to, jak ses mi hrabala v mých věcech, slídila v kabelce. Jak jsi večer ležela ožralá v posteli a čuměla na televizi, nechala si posluhovat a přitom ještě nadávala. Za to, jak jsi do mě kopala, když jsi zjistila, že jsem začala kouřit. To, že ty jsi chlastala, ti nevadilo. Nenávídím tě za to, že nyní mám z toho pocuchané nervy a nevěřím si. Nenávídím tě za to, že se teď bojím každé kritiky, jak v práci, tak v manželství. Nenávídím tě také za to, že se někdy chovám podobně hnusně jako ty. To ty jsi mě to naučila. Nenávídím tě za to, že jsem neměla hezké dětství, jako většina holek kolem mě. Nenávídím tě za to, že sama teď nenávídím sebe a jsem si odporná. Hnusně se s tím žije. Když jsem sama sobě odporná, mám pocit, že jsem odporná i druhým.

Je mi moc líto, že jsi mi nedala dost najevo, že mě máš ráda. Stále jsem se jako dítě trápila tím, že mě opustíš, že miluješ jen bráchu, že jsem ti jen na obtíž. Je mi líto, že jsi ke mně nikdy nepřišla jen tak a neobjala mně. Moc jsem to potřebovala. Celý život se proto za trochu pohlázení mohu přetrhout. Křiví mě to, protože tak toužím po pochválení a přijetí, že ztrácím vlastní hrdost. Ale jak mohu být na sebe hrdá, když ty jsi na mě nikdy hrdá nebyla. I před známými a příbuznými jsi mě shazovala, říkala jaké mám masné vlasy, že nejsem moc chytrá, že nic neumím ap. Jak si pak mohu věřit?

Myslím, že jsem měla plné právo na to, abys mě přijímala a milovala. Nebyla jsem tak špatná holčička. A já jsem tě přece milovala, byla jsi pro mně vždycky nejdůležitější a dosud nejdůležitější jsi, i když miluji spíše tátě. On ke mně byl hodný a dával mi najevo, že mě má rád. Ale já mám právo na tvoji lásku. Chci ji. Já tě přece stále miluji. I když tě chvílemi nenávídím, někde v hloubce tě strašně miluji. Ta nenávist je jen z toho pocitu zrahy, že ty nemiluješ mě.

Mnohokrát jsem ti chtěla zavolat, že tě mám moc ráda, a je to pravda. Stále si vážím tvého vkusu, skromnosti, schopnosti porozumět věcem. Jsi pro mně v mnohém měřítkem věcí. Bože, jak bych si přála být už zralejší a nepotřebovat tě tolik. Někdy si přeji, abys už umřela, abych měla od tebe pokoj. Pak ale vím, že bych to nevydržela. Je to jako prokletí, tolik toužit po tom, abys mě milovala a přijímala jaká jsem, zároveň tolik vzteku a nenávisti, na druhé straně tolik lásky.

Je mi jasné, že mi nemůžeš dát to, co po tobě chci. I když si myslíš, že mi stále pomáháš, hovno, děláš se jen důležitá, aby všichni viděli, jak se obětuješ. Já na tvoje obětování kašlu.

Tvoje (ne)dcera,  
Katka

2. Druhý dopis by měl být *psán z modu „Zdravý dospělý“*. Tedy odvážně, ale ne dryáčnický, důstojně, s velkým respektem jak k sobě, tak k oslovené osobě, s pochopením jak sebe, tak druhé strany.

**Tabulka 7.2.23:** Příklad dopisu otci

Milý otče,

je velmi těžké ti psát, když jsi už po smrti. Když si na tebe vzpomenu, stále se mi chce brečet. Měl jsem ti toho v životě hodně za zlé. Byl jsi na mě hodně tvrdý, často jsi mě bil, nedával jsi mi najevo, že mě máš rád. Často jsem se před tebou a tvoji zlostí cítil bezmocný. Proto mi zůstal strach z mužských autorit a obavy ze selhání. Taky ti mám za zlé, že kvůli tvému chování ke mně mám dnes málo odvahy snažit se s někým navázat blízký vztah, protože si nevěřím, že by mě mohl někdo uznávat a mít mě rád. Bojím se, že když v něčem selžu, budu odmrštěn, a že to nesnesu, protože si pamatuji, že jsem hrozně jsem prožíval tvoje odmítání. A tak se raději na nikoho nepoutám. A přitom strašně toužím mít někoho hodně blízkého.

Na druhé straně si však uvědomuji, že jsi mě měl rád, jen jsi to neuměl dát najevo. Podporoval jsi mě při studiu i při sportu, byl jsi na mě hrdý, dokonce vím od druhých, že ses mnou chlubil – mě jsi však nikdy za nic nepochválil. Pamatuji si, jak jsem několikrát silně cítil, že mě máš rád. Tehdy, když mě jako malého kluka vyslyšali policajti a ty jsi se mě zastal a vzal mě do náručí. Cítil jsem, že mě miluješ a chráníš. Pak jsem cítil, jak na mě spoléháš, když byla máma nemocná. Věděl jsem, že mi důvěřuješ, a to mě až dojímal. Pak, když jsi sám začal být nemocný, jsem pochopil, že mě máš hodně rád. Někdy jsem byl jediný, komu jsi vůbec věřil. Přitom jsi mě nikdy nechtěl obtěžovat, i když ti nebylo dobře. Uvědomil jsem si, jak pečlivě jsi sledoval můj život a vlastně od dospělosti jsi mi do něj už nikdy nezasahoval.

Tati, mám tě hodně rád, myslím, že ti nemusím nic odpouštět, protože se to už dávno stalo. Naopak jsem ti za hodně věcí vděčný. Naučil jsi mě být pracovitý, překonat strach a jít do věcí, věřit si, že nakonec dokážu to, pro co se rozhodnu, být vytrvalý, snášet překážky bez naříkání, nevzdávat se, myslet i na potřeby druhých lidí, být skromný a nesobecký, těšit se ze života. Dokonce jsem ti vděčný i za některé „špatné vlastnosti“, které jsem od tebe pochytil, jako je že se chlubím, že někdy slíbím, co nemohu splnit, že jsem někdy rafinovaně vychytralý a jindy naivně důvěřivý, že občas vybuchnu zlostí. Čím jsem starší, tím více tvých vlastností na sobě nacházím.

V něčem tě ale chci překonat. Alespoň o trochu. Chtěl bych být odvážnější k autoritám a otevřenější k těm, na kterých mi záleží. Chci mít větší odvalu k velmi blízkým vztahům, které zatím umím navázat jen s dětmi. Chci se naučit stále jen nepracovat a dopřávat si více příjemných zážitků. Chci kolem sebe umět šířit více lásky – i když to se mi chvílemi už trochu daří.

Tvůj Vláša

### 7.2.9.2 Dopisy z druhého břehu

Mnohem řidčeji bývá využívána jiná možnost, totiž napsat dopis, který by si pacient přál dostat od důležité osoby (rodič, sourozenec, partner, přítel ap.). I když si ho píše sám, formulace může být pro něj velmi důležitá, protože v něm si pacient uvědomuje, co by vlastně chtěl. I takový dopis může pacientovi pomoci narušit jeho maladaptivní schémata.

**Tabulka 7.2.24:** Příklad „dopisu z druhého břehu“ od matky

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Milá Kačenko,</p> <p>chci ti říci, moje dítě, že tě miluji. Už jak ses narodila a měla jsem tě v posteli, jsem tě milovala nade všechno. Obdivovala jsem tvoje první kroky, jak jsi žvatlala, pitvořila se. Když se narodil tvůj bratr, měla jsem najednou na tebe méně času. Vyčítala jsem si to, protože jsem viděla, jak jsi žárlila. Chápala jsem to, ale musela jsem mu věnovat více pozornosti, byl menší. Je mi líto, že jsme ho měli tak brzy po tobě, tak sis naši pozornost plně neužila. Pak jsem začala být nespokojená, nespokojená se vším. Hádala jsem se s tvým otcem, vyčítala mu různé chyby, až si našel jinou. Proč jsem byla nespokojená nevím, asi proto, že i moje matka byla nespokojená a ty jsi také nespokojená. Máme to v rodu, nějak se neumíme více těšit a žít příjemně mezi lidmi. Protože jsi můj nejbližší člověk, byla jsem nespokojená, když se ti něco nedařilo. Hned jsem v tom viděla katastrofu. Měla jsem zlost a byla pak zlá na tebe. Přitom to byla zlost, která vyplývala z mojí úzkosti o tebe. Pak jsem si vyčítala, jak jsem na tebe byla zlá. Přesto, celou dobu jsem tě milovala a miluji tě stále.</p> <p>Moc se ti chci omluvit za to, jak jsem se k tobě chovala. Za to, jak jsem se opíjela, nadávala, vyčítala, nebyla schopná ti říci nic hezkého, podpořit tě. Přesto jsi vyrostla v hezkého člověka, jsi milá a lidé tě mají rádi, i když o tom pochybuješ (v tom jsi po mně). Líbí se mi na tobě, jak jsi přímá, upřímná, lidská, obětavá, přitom přemýšlivá, odvážná a velmi svá. Věřím ti, že ty se dokážeš povznést nad to, jak jsem ti ublížila, a doufám, že mi jednou odpustíš. Ale i když neodpustíš, budu tě milovat pro tebe samotnou, protože za to stojíš. Moc ti přeji, abys byla šťastná, abys konečně potkala muže, který tě bude milovat a kterého budeš milovat i ty. Potřebuješ lásku. Moc ti ji přeji.</p> <p>Miluji na tobě všechno, i když to nevíš. Tvoji pus, tvůj nos, tvoje vlasy, uši, tvoje ňadra, bříško, zadeček, dokonce i tvoji kundičku. Ne, není to erotické, je to mateřské. Tolikrát jsem tě koupávala, mazlila se s tebou, že to jinak ani nejde. Miluji tě celou jaká jsi.</p> <p>Miluji taky tvoji povahu, jak jsem napsala výše, i včetně trucovitosti a tvrdohlavosti, když se pro něco rozhodneš, i když ostatním to připadá jako nesmysl.</p> <p style="text-align: right;">Tvoje maminka</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



## 7.3 Komplexní terapeutické programy

### 7.3.1 Nácvik sociálních dovedností

Sociální dovednosti jsou dovednosti uplatňované při kontaktu s druhými lidmi. Jejich nedostatek může jednak zvyšovat míru stresu, kterou pacient prožívá, jednak může být důsledkem psychické poruchy, která pacientovi brání své sociální dovednosti účinně používat. Proto kognitivně behaviorální programy nácviku sociálních dovedností tvoří součást léčebného programu u řady psychických potíží, od sociálních fobií až po schizofrenie. Nedostatky v sociálních dovednostech jsou častým problémem, který může vyvolávat další problémy, mohou být vlastním cílovým problémovým chováním, mohou být i důsledkem jiných problémů. Nácviku můžeme využít v rámci řešení aktuálních problémů pacienta nebo v rámci jeho rehabilitace a přípravy na budoucnost.

Při nácviku sociálních dovedností jde o postupný nácvik toho, jak s druhými mluvit, prosadit se, jak vyjádřit druhým náklonnost, zájem ap. pomocí verbálních i neverbálních projevů. Jednotlivé složky chování jsou nejdříve procvičovány ve scénkách se zpětnou vazbou: po tomto nácviku „na nečisto“ pak následuje postupné uplatňování nacvičených dovedností ve skutečném životě. Při nácviku sociálních dovedností využíváme celou řadu kognitivních a behaviorálních metod. Obvykle mezi ně patří:

1. terapeutické instrukce,
2. postup od jednoduchých složek chování ke komplexnějšímu chování,
3. nácvik podle vzoru,
4. hraní rolí,
5. zpětná vazba,
6. domácí cvičení,
7. využití skupiny.

*Ad 1. Terapeutické instrukce:* Vzhledem k tomu, že jde o nácvik, zaujímá terapeut roli učitele. Je důležité, aby jeho instrukce byly jednoduché, srozumitelné a názorné. V zásadě mohou být podávány několika způsoby:

- *Přímou instruktáží:* Terapeut vysvětlí jednotlivé kroky sociální interakce a předvede je, pacienti je pak nacvičují. Terapeut např. vysvětlí, jak reagovat na určitý požadavek, uvede několik příkladů, na tabuli napíše obecnou formulaci. Pacient si tuto reakci nacvičuje s využitím podpory skupiny.
- *Individuálním vedením (koučováním)* pacienta v prezentované situaci. (Např. pacientka neví, jak navázat kontakt s hochem na večírku, terapeut postupně zdůrazní význam jednotlivých aspektů sociální interakce – oční kontakt, gestikulace, mimika, postoj, tón hlasu a jeho hlasitost, pak jednoduché otevřené otázky, sebeotevření atd.).
- *Potvrzováním:* Smysluplných instrukcí skupiny, která pacienta koučuje sama. (Např. muž a žena přehrávají hádku v rodině, terapeut v druhé verzi zasta-

vuje po jednotlivých sekvencích, samotní protagonisté hledají jiný způsob reakce, podobně nabízí skupina. Terapeut zdůrazňuje reakci, která je nejbližší optimální komunikaci.)

*Ad 2. Postup od jednoduššího k obtížnějšímu:* Vzhledem ke složitosti komunikačních vzorců je potřebné nácvik zjednodušit. Jinak hrozí, že se budou pacienti cítit zmatení. Lépe je nacvičovat jednu jednoduchou reakci, než nechat rozběhnout dlouhou výměnu, která obsahuje řadu komunikačních omylů. Důležité je začít neverbálními projevy, očním kontaktem, úsměvem, pokračovat zpětnou vazbou, komplimenty a žádostmi o laskavost. Každý pokrok je třeba ocenit pozitivní zpětnou vazbou. Úspěšnou akci vždy zopakovat, ve skupině ji mohou zkusit jiní. Pokud provádíme komplexní nácvik komunikačních dovedností, je vhodné uplatnit postup uvedený v tabulce:

**Tabulka 7.3.1:** Nejčastější oblasti nácviku komunikace

- Neverbální dovednosti
- Zpětná vazba a pochvala
- Aktivní naslouchání partnerovi
- Vyjadřování empatie vůči druhému
- Vyjadřování vlastních pocitů a emocí
- Žádost o laskavost
- Vedení rozhovoru
- Asertivní perzistence a odmítání
- Negativní dotazování
- Asertivní vyjednávání
- Vyjádření zlosti a hněvu
- Podávání a přijímání kritiky
- Nácvik řešení konfliktů
- Manželská dohoda
- Ucházení se o zaměstnání, konkurz

*Ad 3. Nácvik podle vzoru:* Předtím, než pacienta vyzveme, aby přehrál určitou situaci, někdo jiný mu předvede, jak se má chovat. Může to být terapeut, ale i člen skupiny. Výzkumy ukázaly, že nácvik podle vzoru je účinnější, pokud se vzor:

- pacientovi podobá,
- jeho jednání není zcela dokonalé,
- žádoucí chování je předváděno v krátkých úsecích, které pacient bezprostředně opakuje,
- dostává zpětnou vazbu, jak mu to jde,
- úspěšné zlepšení nacvičovaného jednání je oceněno.

*Ad 4. Hraní rolí:* Hraní rolí je nejdůležitější součástí nácviku sociálních dovedností. Pacient si opakovaně v různých obměnách zkouší zvládání určité sociální situace. Nejdříve hledá nejlepší způsob vlastního chování, poté dostane zpětnou vazbu, v čem bylo jeho chování vhodné a v čem by se mohl zlepšit, a pak znovu procvičuje nový způsob svého chování. Je důležité nechat pacienta přehrávat nejen jeho

roli, ale i roli partnera, rodiče, spolupracovníka ap., protože mu to umožní vidět situaci očima druhého a uvědomit si, jak on sám působí na druhé.

Hlavním úkolem nácviku sociálních dovedností je zajistit, aby se pokrok dosažený během terapeutických setkání přenesl i do reálných životních situací. Scénky se proto snažíme udělat co nejrealističtější, využíváme skutečných předmětů a zvuků, co nejvíce připomínajících přirozené situace, nácvik se může konat přímo na místě, kde se lidé společensky baví ap.

*Ad 5. Zpětná vazba:* V rámci zpětné vazby terapeut a další členové skupiny hodnotí pacientovo vystoupení ve scéně. Většina pacientů s nedostatky v sociálních dovednostech je velmi plachá a přecitlivělá na kritiku. Aby byla zpětná vazba pro pacienta přínosná, musí terapeut nejdříve ocenit všechno pozitivní, čeho si na pacientově projevu všiml, a až pak konstruktivně doporučit, v čem by se mohl ještě zlepšit. Zpočátku je vhodné, aby se pozitivní komentáře objevily již během přehrávání scénky, terapeut může pacienta povzbuzovat slovy „Ano, to je přesně ono!“, „Výborně, tak se mi to líbí!“ ap. Těchto přímých ocenění přímo během hraní rolí by však měl terapeut v průběhu nácviku s rostoucími dovednostmi pacienta používat stále méně, resp. by měly být stále více cílené a méně pravidelné.

*Ad 6. Domácí cvičení:* Pokud nedojde k uplatnění nacvičovaných dovedností v reálném životě, nemá celý nácvik valný význam. Proto pacienti pravidelně dostávají domácí cvičení, která odpovídají tomu, co si nacvičovali během sezení. O provádění domácích cvičení si píší záznamy, které přinášejí ve formě scénáře do dalšího sezení.

*Ad 7. Skupiny:* Nácvik sociálních dovedností je možné provádět individuálně. Práce ve skupině je však bohatší, účinnější i ekonomičtější. Je také vhodnější pro pacienty trpící sociální fobií, kteří mají problém s navazováním kontaktů. Během skupinového sezení dostane každý člen příležitost k hraní rolí a ostatní členové skupiny jeho výkon komentují, čímž si procvičují své vlastní schopnosti sledovat, naslouchat, chválit a poskytovat užitečné postřehy. Skupina také vyvíjí nepřímý tlak na členy, aby mezi sezeními cvičili. Individuální terapie je vhodná u velmi úzkostných pacientů jako příprava před zapojením do skupiny.

### 7.3.2 Nácvik řešení problémů

Nácvik strukturovaného řešení problémů je postup, který v rámci kognitivně behaviorální terapie využíváme k řešení konkrétních problémů pacienta. Pacienti často řeší problémy zkratkovitě a impulzivně nebo vysilující strategií pokus-omyl, či je neřeší vůbec, popřípadě přenášejí zodpovědnost za řešení svých problémů na druhé osoby. Proto jde v terapii mnohem více než o vyřešení jednotlivého problému o to, naučit pacienta, jak má k problémům ve svém životě přistupovat.

Lze říci, že samotná KBT je praktickou aplikací principů strukturovaného řešení problémů, jak je na počátku 70. let popsali D’Zurilla a Goldfried (1971). Podle jejich pojetí je řešení problémů dovednost, kterou se lze naučit a která, podobně jako jiné dovednosti, vyžaduje znalosti, úsilí a pravidelné procvičování. Přitom je

třeba postupovat systematicky po jednotlivých krocích a k dalšímu kroku přejít vždy až po uspokojivém vyřešení kroku předchozího. Strukturované řešení problémů sestává z těchto kroků:

1. Určení a popis problémů.
2. Zvolení problému, který chceme řešit.
3. „Brainstorming“ – nalezení co největšího množství možných řešení daného problému.
4. Zhodnocení výhod a nevýhod každého z navržených řešení.
5. Zvolení určitého řešení a naplánování konkrétních kroků k jeho uskutečnění.
6. Uskutečnění zvoleného řešení.
7. Zhodnocení účinnosti zvoleného řešení.

### 7.3.2.1 Určení a popis problémů

Prvním krokem je sestavení písemného seznamu všech aktuálních problémů, které pacienta trápí, a jejich seřazení podle oblastí, jichž se týkají – např. „problémy v zaměstnání“, „manželské problémy“ aj. Seznam oblastí možných problémů uvádíme v tabulce. V každé oblasti je pak vhodné problémy seřadit podle jejich závažnosti a naléhavosti.

**Tabulka 7.3.2:** Seznam oblastí možných problémů (Hawton a Kirk, 1989)

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Vztah k partnerovi/partnerce či manželovi/manželce</li><li>2. Vztah k ostatním členům rodiny, zejména k dětem</li><li>3. Zaměstnání či studium</li><li>4. Finance</li><li>5. Bydlení</li><li>6. Právní problémy</li><li>7. Sociální izolace a vztahy k přátelům</li><li>8. Požívání alkoholu a drog</li><li>9. Duševní zdraví</li><li>10. Tělesné zdraví</li><li>11. Sexuální nesoulad</li><li>12. Zármutek z něčí smrti nebo hrozící ztráta blízké osoby</li></ol> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### 7.3.2.2 Zvolení problému k řešení

V rámci řešení problému je třeba řešit problémy jeden po druhém, nikoliv větší množství problémů najednou. Jako první můžeme zvolit problém, který pacient pocituje jako nejnaléhavější, ale někdy je vhodnější zvolit problém, jehož řešení se jeví jako nejjednodušší, protože úspěšné vyřešení jednoho problému pacienta povzbudí a motivuje jej k práci na řešení dalších problémů. Konečné rozhodnutí, na který problém se zaměřit nejdříve, musí učinit pacient. Jakmile zvolíme určitý problém, je třeba jej konkrétně popsat – čeho se týká, koho se týká, v jakých situacích se projevuje, jaký má dopad na život pacienta, jak bude vypadat život pacienta po vyřešení tohoto problému.

### 7.3.2.3 „Brainstorming“

Anglický výraz „*brainstorming*“ – doslova „mozková bouře“ – znamená svobodné hledání co největšího množství možných řešení. V této fázi je třeba pacienta upozornit, že množství nápadů má jednoznačně přednost před jejich kvalitou. To znamená, že pacient se nemá vyhýbat ani řešením, která jsou na první pohled nesmyslná, neobvyklá či neuskutečnitelná. Každé možné řešení, které jej napadne, si запиše do seznamu. Pokud se problém týká více lidí, měli by se podle možnosti také zapojit do této fáze řešení problému. Cílem je vytvořit atmosféru kreativity, v níž pacienta napadnou i takové možnosti řešení, na které by v běžném životě nepřišel. Terapeut může v tomto ohledu sloužit jako vzor, ale je důležité, aby nevymýšlel všechna řešení za pacienta. Dalším pravidlem je, že v této fázi řešení problému žádné řešení nehodnotíme a nezavrhujeme.

### 7.3.2.4 Zhodnocení výhod a nevýhod každého z navržených řešení

V této fázi nejdříve vyloučíme zcela zjevně nereálná a absurdní řešení. Jsme však v tomto ohledu spíše opatrní, a pokud určité řešení má i jen trochu reálný podklad, raději jej na seznamu ponecháme. Poté projdeme s pacientem (případně s dalšími zúčastněnými osobami) jedno po druhém všechna navržená řešení daného problému. U každého řešení napíšeme do jednoho sloupce jeho pozitivní důsledky a do druhého sloupce jeho negativní důsledky. Přitom je třeba myslet jak na důsledky bezprostřední, tak na důsledky dlouhodobé. Důležitým výsledkem této fáze řešení problému není jen to, že pacient důkladně prozkoumá všechny možnosti řešení, ale i to, že si obvykle uvědomí, že žádné z existujících řešení není ideální, tj. že každé řešení s sebou nese vedle pozitivních i negativních důsledky. Může se proto smířit s tím, že místo aby každé řešení zamítal, protože není dokonalé (známá hra „Ano, ale...“), přijme řešení, které je „nejméně špatné“.

### 7.3.2.5 Zvolení určitého řešení a naplánování konkrétních kroků k jeho uskutečnění

Po probrání výhod a nevýhod každého z navržených řešení si pacient zvolí, které řešení mu připadá nejpříjemnější a které se pokusí uskutečnit. Přitom se může jednat i o kombinaci jednotlivých prvků různých řešení. Poté si pacient ve spolupráci s terapeutem naplánuje konkrétní kroky, které musí uskutečnit, aby dosáhl zvoleného řešení. Je třeba, aby si ujasnil, co potřebuje udělat a jak bude reagovat na případné překážky. Také si určí, kdy a jak zhodnotí, nakolik byl při uskutečnění zvoleného řešení úspěšný.

### 7.3.2.6 Uskutečnění zvoleného řešení

V této fázi pacient za podpory terapeuta uskuteční jednotlivé kroky dohodnutého plánu.

### 7.3.2.7. Zhodnocení účinnosti zvoleného řešení

V předem určeném čase je třeba zhodnotit, nakolik bylo zvolené řešení úspěšné. Je důležité, aby se pacient ocenil za úsilí, které do uskutečnění svého plánu vložil, bez ohledu na jeho výsledek. Pokud bylo jeho úsilí úspěšné, může se zaměřit na řešení dalších problémů. Pokud bylo řešení částečně úspěšné, je třeba určit, zda k úspěšnému zvládnutí problému je třeba více času, nebo zda se objevily problémy, s nimiž pacient nepočítal. Ty je třeba řešit stejným způsobem jako původní problém. Pokud bylo řešení neúspěšné, je třeba nejdříve zvážit, zda byl problém správně určen. Pokud ano, pak se pacient může pokusit uskutečnit další z možných navržených řešení.

**Tabulka 7.3.3:** Plán jednání s cílem zlepšit své manželství

| Plán jednání                                                                                                                                                                                                                                                | Kdy začnu                                                                                                                    | Možné problémy                                                                                                                                                                                         | Způsoby, jak problémy překonat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Dosažený pokrok                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Zvýším „pozitivní výměnu“ s Petrem na minimálně 5 pozitivních činů denně. Tj. denně jej aspoň jednou pochválím za to, co se mi na něm líbí. Udělám mu něco dobrého (kávu, chleba ap.) když přijde z práce. V klidu si vyslechnu jeho hartusení na šéfa, ap. | Hned dnes odpoledne, když se setkáme po práci. Pak každé ráno alespoň jedna pochvala a odpoledne alespoň dva pozitivní činy. | Někdy nemám náladu a našťve mě svým poučováním, nezájmem, utrácením nebo kritizováním.                                                                                                                 | Udělám pro něj něco nenáročného (uvařím mu kávu, namažu chleba) a nebudu jej chválit, pokud na to nebudu mít náladu.                                                                                                                                                                                                                                                                | 12.8. jen 2 pozitivní činy a jedna pochvala.<br>13.8. podařily se mi 3 pozitivní činy a dvě pochvaly – bylo vidět, jak to Petrovi dělá dobře.<br>14.8. opět jen 2 pozitivní činy, zkusím přidat.<br>15.8. podařily se 4 pozitivní činy, Petr měl velmi dobrou náladu a pochválil mě taky, bylo to příjemné a strávili jsme příjemný večer.                                                                                                    |
| Snížit frekvenci vyčítání a nadávání, kterým ho častuji téměř denně.                                                                                                                                                                                        | Dnes                                                                                                                         | Před menstruací se hůře ovládám a mívám sklon k podrážděnosti a lítostivosti.<br><br>Když mě rozčílí děti, často vybuchnu na ně, když se zastane Věrky, většinou začnu zuřit a pak se neumím zastavit. | Před menstruací to všem řeknu a poprosím Petra o toleranci. Požádám ho, aby vždy, když mu začnu vyčítat a nebudu umět skončit, odešel na půl hodiny z místnosti.<br><br>Když mě rozčílí děti, zkusím to spíše řešit s Petrem a nevybuchnout na ně. Pokud vybuchnu na Věrku, omluvím se ihned, jak mi to půjde.<br><br>Když budu mít silnou zlost, půjdu se projít nebo si zacvičit. | 12.8. vybuchla jsem na Věrku, ale dokázala jsem se jí omluvit. S Petrem pak byla pohoda.<br>13.8. Měla jsem hezký den, v pohodě jak s dětmi, tak s Petrem.<br>14.8. Petr zbytečně „frajersky“ utrácel. Začala jsem s výčtkami, ale včas to zastavila, řekla mu že mě to mrzí „jak jeho utrácení, tak moje výčítky“, ale vyčítat mu dále nechci.<br>Nakonec uznal, že to přehnal.<br>15.8. velmi příjemný den, nevyčítala jsem ani nenadávala. |

### 7.3.3 Nácvik zvládání hněvu

Cílem nácviku zvládání hněvu je zmírnění tendencí ke vzniku a vyjadřování nepřátelských afektů a zvýšení schopnosti jedince zvládat a vyjadřovat tyto afekty společensky přijatelným způsobem (Sperry, 1999). Jde o přímou terapeutickou intervenci, která může probíhat jak individuálně, tak ve skupině. Po nácviku s terapeutem si pacient tuto dovednost procvičuje samostatně v reálných situacích. Nácvik sestává z těchto kroků:

1. Terapeut vysvětlí pacientovi, jaké *faktory* ovlivňují zlostnou reakci:
  - a) Rizikové situace, okolnosti a spouštěče: zevní, situační faktory, jako jsou určití lidé, místa nebo denní doba, které potenciálně provokují zlostnou nebo zuřivou reakci pacienta.
  - b) Vnitřní spouštěči a doprovodné emoční a somatické faktory: pacientovy pocity, bažení, tělesné příznaky, míra únavy, které zvyšují pravděpodobnost vzniku zlostné reakce.
  - c) Kognice: automatické myšlenky, vzpomínky, představy, a postoje, které zvyšují pravděpodobnost vzniku zlostné reakce nebo ji zpětně potvrzují jako správnou a potřebnou.
  - d) Pacientovy dovednosti, které umožňují neutralizovat nebo zesílit tyto vnitřní spouštěče.
2. Terapeut s pacientem společně vytvoří *seznam* těchto faktorů, které se u pacienta objevují. Můžeme např. pacienta požádat, aby popsal poslední zlostnou reakci a zkusil jednotlivé faktory identifikovat. Příklad takového popisu je uveden v následující tabulce.

**Tabulka 7.3.4:** Příklad popisu epizody hněvu

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Okolnosti:</b>      | Vracel jsem se unavený z práce, byl jsem rozladěný, že budu muset jít ještě nakoupit.                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Spouštěč:</b>       | Domovník na mě zakřičel, když jsem mu šlápl na mokrou umytou podlahu na chodbě.                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Emoce:</b>          | Prudký vztek.                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Tělesné reakce:</b> | Napětí svalstva, zrychlení dechu, rozbušení srdce, zčervenání.                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Myšlenky:</b>       | Co si to dovoluje! Kde bere tu drzost na mně křičet! Blbec jeden!                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Chování:</b>        | Seřvání domovníka, nadávání mu, že umývá chodbu velmi zřídka, a to ještě v době, kdy lidé chodí z práce                                                                                                                                                                                       |
| <b>Důsledky:</b>       | Bezprostřední: Vybití napětí; myšlenky: Zaslouží si to!<br>Dlouhodobé: Pocit studu; myšlenky: Bude si o mně myslet, že jsem buran.                                                                                                                                                            |
| <b>Dovednosti:</b>     | Konstruktivní: Dovedu se mu omluvit, že jsem to přehnal, protože jsem byl v napětí z práce.<br>Nekonstruktivní: Dovedu si zlostnou reakci dlouho posilovat tím, že si zdůvodňuji, že byla na místě, že si to domovník zasloužil ap. Pak si ji přehnaně vyčítám, což dále zvyšuje moje napětí. |

Na základě tohoto popisu konkrétní epizody hněvu pacient zpravidla pochopí, jak jednotlivé faktory ovlivňují jeho zlostnou reakci. Jeho dalším úkolem je vytvořit seznam okolností a spouštěčů, které jeho zlostnou reakci typicky vyvolávají, zmapovat emoce, chování a myšlenky během této reakce a pak důsledky, bezprostřední i dlouhodobé, konstruktivní i ty, které dané chování pomáhají udržovat.

1. Po pacientovi zpravidla chceme, aby si vedl *záznam* o svých zlostných reakcích.

Do formuláře zaznamenává každou zlostnou reakci, její okolnosti, spouštěče, kognice, emoce, tělesné reakce, chování, důsledky i možnosti, jak konstruktivněji na situaci zareagovat nyní a jak příště, při podobné situaci.

**Tabulka 7.3.5:** Příklad záznamu zlostných reakcí

| Okolnosti                                | Spouštěč                                                                            | Kognice                                                                                                            | Emoce            | Tělesné reakce                                                                                          | Chování                                                                                                                                                            | Důsledky                                                                                                                                                                              | Konstruktivní akce                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Celodenní únava<br><br>Přinesení výplaty | Manželka vyčítá, že vydělávám málo<br><br>Pak vyčítá další věci daleko do minulosti | Co si ta kráva dovoluje, když sama nedělá nic!<br><br>To mi dělá naschvál!<br><br>Ukážu jí, příště si to nedovolí! | Narůstání vzteku | Tělesné napětí v zádech a rukách<br><br>Napětí v hlavě<br><br>Prohloubení dechu<br><br>Rozmazané vidění | Zpočátku mlčím a nereaguji, pak jí říkám, aby toho nechala. Najednou to nevydržím – zařvu na ni, „ať drží hubu“. Po dalším opakování výčitek – nafackoval jsem jí. | Krátkodobě úleva z napětí, říkám si, že si to zaslouží.<br><br>Dlouhodobě: je mi líto, že jsem se neovládl, vyčítám si to, cítím se bezmocný zvládat svůj hněv. Žena se mnou nemluví. | Nyní: Omluvím se a vysvětlím, že jsem byl unavený a neovládl se. Řeknu jí však také, že je to pro mě těžké, když jsem unavený a ona nedbá na to, že jsem ji varoval.<br><br>Příště: Rovnou jí vyjádřím svoje pocity z jejího vyčítání, zkusím nenechat nahromadit vztek. |

V následujícím sezení pak terapeut s pacientem probírají jednotlivé situace a začínají plánovat alternativní způsob reagování na situace, které spouštějí hněv.

2. Dalším krokem je společné *propracování dovedností*, jak odlišně reagovat na situace spouštějící hněv. Možností je celá řada:

- Kontrolovat spouštěče a okolnosti:* např. v době únavy si jít zacvičit, při napětí relaxovat, na nepříjemné poznámky reagovat asertivně, neopít se před očekávanou zátěžovou situací, připravit se na obtížné setkání sepsáním důležitých bodů ap.
- Kontrolovat kognice:* přerámovat typické automatické myšlenky a představy, které přicházejí v kritické situaci, připravit si sebeuklidňující myšlenky, zpracovat maladaptivní postoje a nereálná očekávání, které se situací souvisejí. Např. pacient, který domů přinese výplatu, očekává, že jeho žena mu bude vděčná, že si dokázal práci udržet, přesto, že přináší relativně malý obnos.

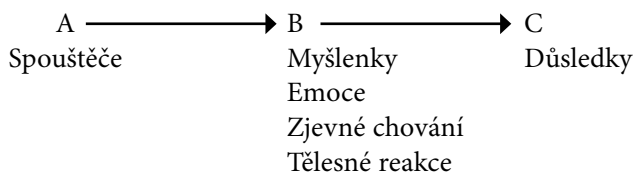


- c) *Změnit zlostné chování*: to je možné přecvičit při hraní rolí, kdy terapeut pacientovi umožní např. nacvičit jinou reakci na manželčiny výčitky.
- d) *Kontrolovat důsledky*: důležité je eliminovat úlevu z vybití afektu. Nejlépe tím, že se pacient naučí ihned se omluvit a místo úlevy jde dělat nepříjemnou činnost (např. umyje WC). Učí se také nevyčítat si dané chování, ale místo toho udělat něco smysluplného.
3. Posledním krokem je, aby se pacient naučil najít *alternativní kognitivní sebezpo- tvrzení*, která mu mohou pomoci zvládnout situace probouzející hněv (např. „Nelíbí se mi, co děláš, ale dokážu to tolerovat a nevybuchnout! Dokážu být nad věcí! To její vyčítání dokážu snést, ona se vymluví a pak uklidní!“).
- Pacient se rovněž učí snížit své napětí kontrolovaným dýcháním, svalovou rela- xací nebo počítáním do deseti předtím, než zareaguje. Důležitou součástí kontroly zlostných afektů je *nácvik asertivity* jako konstruktivního způsobu vyjadřování napětí a zlosti.

### 7.3.4 Nácvik zvládání úzkosti

Nácvik zvládání úzkosti se svou strukturou příliš neliší od nácviku zvládání zlosti. Cílem nácviku zvládání úzkosti je zmírnit sklon ke vzniku a projevování stresují- cích afektů (nejen úzkosti, ale i strachu, podráždění, zlosti) a zvýšit schopnost pacienta prožívat a snášet tyto afekty. Jde o terapeutem vedenou intervenci, prováděnou individuálně nebo ve skupině. Nácvik může být složen z více komponent. Původní „Nácvik zvládání úzkosti“, NZÚ (orig. „Anxiety management training“, AMT) vytvořili na počátku 70. let Suinn a Richardson (Suinn a Richardson, 1970). Prokázalo se, že umožňuje pacientům účinně zvládat jak celkovou úzkostnost, tak konkrétní strachy (Gelder, 1967, Kennerleyová, 1998). V nejjednodušší formě to- hoto terapeutického programu se pacient učí, jak má rozpoznat své příznaky úzkosti, a pak si nacvičuje metody, jak je ovlivnit. Terapeutický program obvykle zahrnuje tyto kroky:

1. Zmapování *situací a spouštěčů navozujících úzkost – vnější spouštěcí faktory*, jako je specifické chování druhých nebo určité činnosti vzbuzující napětí a *vnitřní spouštěcí faktory*, jako jsou tělesné reakce a myšlenky, které pacienta činí více zranitelným k negativním emocím. Pacient se učí popsat situace a podněty, kte- ré v něm vyvolávají úzkost, podle modelu ABC:



Mezi terapeutickými sezeními pacient zaznamenává situace, které v něm vyvo- lávají úzkost a strach, a zapisuje si do příslušných formulářů jednotlivé složky své úzkostné reakce – své obavné myšlenky, tělesné příznaky a zjevné chování. Svě

zápisy pak prochází s terapeutem a společně pak zvažují metody, které pacient sám používá, a hledají další alternativní metody, které by mohl použít, případně nacvičují dovednosti, které pacient potřebuje k lepšímu zvládnání situací.

2. Návnik svalové relaxace a kontrolovaného dýchání.
3. Postupnou expozici (tj. vystavení se) obávaným situacím.
4. Modifikaci myšlenek, které vyvolávají úzkost, event. návnik „vnitřní řeči“ v ohrožující situaci (např. „Moje lidská hodnota nezávisí na tom, jak umím přednášet před lidmi. Neztratím proto práci, je to jen malá část mého zaměstnání.“).

Cílem návniku je pomoci pacientovi, aby dokázal samostatně zvládat jak příznaky úzkosti, tak současné i budoucí životní situace, kterých se před zahájením terapie obával a jimž se vyhýbal.

### 7.3.5 Návnik empatie

Návnik empatie patří mezi nejdůležitější terapeutické postupy. Pomáhá pacientům s poruchami osobnosti ujasnit si, co cítí druhí lidé kolem nich. Při vlastním návniku se pacient snaží vycítit, co prožívají v konkrétní situaci druhí lidé, poté to sděluje a je konfrontován se zpětnou vazbou od dotyčné osoby. Zvláštní pozornost pacient věnuje tomu, jaký vliv má na druhé to, co on sám dělá nebo říká a učí se uvědomovat si přání a očekávání lidí ze svého okolí. Návnik empatie je mocná metoda k narušení projektivní identifikace a černobílého nazírání. Pomáhá výrazně zlepšit komunikaci pacienta s blízkými lidmi, usnadňuje řešení problémů v rodině i práci. Celý proces této intervence lze rozdělit do následujících kroků:

1. *Vysvětlení a zkoušení tzv. pravidel empatického naslouchání:* oční kontakt, postoj, mimika, gestikulace – pokyvování hlavou, paralingvistické projevy – „hmm“, vyjádření pochopení – „aha, chápu, rozumím“, empatické parafrázování – „To jste musel mít strach“, krátké shrnutí – „Jestli tomu správně rozumím...“
2. *Hodnocení:* Terapeut zjistí, nakolik pacient rozumí a ovládá tři základní dovednosti, nutné pro empatii: aktivní naslouchání, přiměřená interpretace interpersonálních signálů a empatická reakce (viz Praško a Prašková: Asertivitou proti stresu, Grada, 1996).
3. *Návnik dovedností:* Chybějící dovednosti si pacient nacvičuje pomocí hraní rolí, návniku podle vzoru a „koučování“ buď v individuální terapii, nebo raději ve skupině.
4. *Trénování empatické dovednosti ve stresu:* Pacient se učí empaticky reagovat na kritiku, hněv, manipulaci ap. ze strany druhých lidí.
5. *Návnik v přirozených podmínkách:* Pacient dostane za domácí cvičení reagovat na určité typické poznámky blízkých lidí empatickou reflexí. Vybere si typickou situaci, pak provede nacvičenou reakci. Do terapeutického sezení přináší podrobný popis svého chování i reakce partnera.
6. *Mapování emočních reakcí na empatii:* Pacient si všímá, jaké emoční reakce v něm a v druhých vyvolává úspěšně zvládnutá empatická reakce.

### 7.3.6 Nácvik kognitivní pozornosti

Cílem nácviku kognitivní pozornosti je ovlivnění projektivní identifikace, kognitivních omylů, případně narcistických zranění. Když pacient začne věnovat zvýšenou pozornost svým kognitivním omylům a nerealistickým očekáváním, výrazně to snižuje jeho nepohodu a riziko nezvládnutého zkratkového chování. Tato intervence má následující kroky:

1. *Zhodnocení kognitivní nepohody:* Terapeut s pacientem společně hodnotí míru kognitivní nepohody pacienta, jeho typické kognitivní omyly, nadměrná očekávání, projektivní identifikaci, žárlivé myšlenky ap. Pacient sám hledá příklady, které odpovídají sledovaným kognitivním procesům.
2. *Sledování ohrožujících situací:* Pacient si po určité období zaznamenává všechny situace, které v něm vyvolávají určitý předem definovaný druh nepohody, zapisuje si je jako spouštěče a k nim zaznamenává své myšlenky a představy. Učí se určovat své myšlenky, postoje, očekávání a představy, které ho v určitých situacích zraňují.
3. *Prerámování automatických myšlenek:* Pacient se učí nalézt konstruktivnější reakci na situaci, ve které ho předtím napadaly nekonstruktivní myšlenky.

### 7.3.7 Nácvik odolnosti vůči stresu

Tento terapeutický program vytvořil Meichenbaum (1985) pod názvem „Stress Inoculation Training“ (SIT). Jeho smyslem není pomoci pacientovi vyřešit konkrétní stresující situace a problémy, ale obecně zlepšit jeho schopnost zvládat stresující situace. Cílem tohoto programu je, aby se pacient naučil rychle rozpoznat problémové situace, a pomocí určitých kognitivních a behaviorálních postupů dokázal tyto situace úspěšně zvládnout.

Postup při nácviku zvýšení odolnosti vůči stresu lze rozdělit do tří fází: a) fáze získávání informací a poučení pacienta; b) fáze nácviku zvládání jednotlivých stresujících situací; c) fáze praktického uplatnění získaných dovedností.

#### 7.3.7.1 Získávání informací a poučení pacienta

V této fázi nácviku zjišťujeme, jakým způsobem pacient v současné době zvládá stresující situace, především co si v nich říká a jak v nich jedná. Přitom využíváme nejen rozhovoru, ale i hraní rolí, zkoušek v reálných situacích a záznamů, které si pacient vede mezi sezeními. Poté pacientovi vysvětlíme model úzkostného prožitku, který je charakterizován jednak tělesnou reakcí (bušení srdce, zvýšený tlak krve, napětí ve svalech, pocení atd.), jednak úzkostnými myšlenkami a představami („To nezvládnu! To je strašné! Omdlím! Rychle pryč!“). Proto se pacient musí naučit kontrolovat své tělesné příznaky a nahradit své úzkostné myšlenky myšlenkami, které mu umožní stresující situaci zvládnout. Pacienta je třeba připravit na to, že během terapie bude prožívat stavy úzkosti, protože jen tak se může naučit je zvládat jinak než dosud.

### 7.3.7.2 Nácvik zvládání stresujících situací „na nečisto“

Ve druhé fázi SIT se pacient v rámci terapeutických sezení systematicky učí, jak zvládat stresující situace. Tělesnou reakci se učí zvládat pomocí progresivní svalové relaxace. Nejdůležitější však je, aby si postupně nacvičil konstruktivní výroky, s jejichž pomocí dokáže svou úzkost udržet pod kontrolou a stresující situaci vydržet. Meichenbaum uvádí tyto vhodné sebeřídící výroky pro jednotlivé etapy zvládání stresující situace:

- *Při přípravě na stresující situaci:* „Co musím udělat?“ „Musím si připravit plán, jak tuto situaci zvládnout“, „Soustředím se na to, co budu dělat“, „Obavy mi nepomohou, jen zvýší mou úzkost“.
- *Během stresující situace:* „Jen klid, pomalu, jedno po druhém“, „Je to sice nepříjemné, ale vydržím to!“ „Dýchej klidně a uvolni se. Pak se budeš cítit lépe“, „Je to jen strach, a ten se teď učím překonávat!“
- *Povzbuzující a oceňující výroky během a po zvládnutí stresující situace:* „Výborně, jde to dobře!“, „Není to tak zlé, jak jsem se bál!“, „Dokázal jsem to!“, „Zase jsem to zvládl lépe!“

Tyto výroky si pacient systematicky nacvičuje v sezení, přičemž si stresující situace buď představuje nebo si je přehrává formou scének.

### 7.3.7.3 Zvládání stresujících situací v reálném prostředí

Pacient si sám vybere a procvičuje takové výroky, které mu nejvíce pomáhají. Poté, co si je nacvičil v sezení za podpory terapeuta, začne je systematicky používat i mezi sezeními v domácím prostředí. Přitom si vybírá nejdříve méně náročné situace a postupně náročnost těchto nácvikových situací zvyšuje.

## 7.3.8 Nácvik regulace emocí

Pro emočně labilní pacienty (např. pacienti s hraniční, histriónskou či narcistickou poruchou osobnosti) může být nácvik regulace emocí velmi přínosný. Emoce jsou důležitou součástí našeho prožívání. Organizují a motivují jednání a pomáhají člověku překonávat překážky. Mohou být sebepotvrzující „Cítím (např. se ohrožen), tedy jsem (ohrožen)“. Pacienti s výraznou emocionální labilitou se snaží svoje emoční stavy potlačovat, nicméně snaha o nadměrnou kontrolu emocí vede k tomu, že se jim často z kontroly vymknou. Místo aby přiměřeně emočně reagovali na každodenní situace, snaží se „držet“, z čehož pak vyplývá pocit emoční prázdnoty, nebo „vybuchnou“ na nepodstatný podnět, což si pak vyčítají nebo se za to nenávidí.

Dovednost regulovat své emoce se učí relativně obtížně, i když mnoho lidí věří, že stačí změnit svoje postoje a rázem se změní i emoční reakce. Labilní pacienti často žijí v prostředí, kde ostatní své emoce podřizují kognitivní kontrole a nemají pochopení pro někoho, kdo to neumí. Navíc labilní pacienti často svoji emocionální kontrolu nechtějí, protože by tím dali za pravdu těm, kteří tvrdí, že jejich

prožívání emocí není v pořádku. Přitom se potřebují učit opak – prožívat své emoce a pojmenovat je, naučit se jasně a přiměřeně sdělovat to, co emoční stav sleduje.

Emoční stres pacientů s emoční labilitou se netýká ani tak primárních emocí, které projevují často velice prudce, ale sekundárních (odvozených) emocí, jako je stud, úzkost nebo vztek na sebe za to, že jsou emočně labilní. Primární emoce jsou často adaptivní a souvisí se situací, byť jsou někdy velmi intenzivní a prudké. Aby pacient neprožíval své sekundární emoce tak nepříjemně, potřebuje dostat možnost vystavit se svým primárním emocím v atmosféře pochopení a tolerance. Důležité také je, aby si pacient svou emoční reakci plně uvědomoval. Nácvik regulace emocí postupuje po těchto krocích:

1. *Zhodnocení* celkové pacientovy dovednosti v regulaci emocí a jeho s tím spojených jednotlivých dovedností, jako je dovednost uvědomit si své emoce, pojmenovat je, modulovat je a být přitom soustředěný na emoční prožitek.
2. *Vytvoření plánu* na zlepšení dovednosti regulovat vlastní emoce. Nácvik může probíhat jak individuálně, tak ve skupině. Ve skupině se však nacvičuje lépe, protože je možné emoční reakce modelovat a získat podporu a zpětnou vazbu ostatních.
3. *Nácvik podle vzoru, hraní rolí a koučování* jednotlivých emocionálních dovedností, jako je určení a pojmenování emocí, ujasnění si kontextu, ve kterém vznikají, ujasnění si somatických reakcí a chování, které je doprovází, včetně dechu, napětí svalstva, postoje, pohybu, mimiky ap.
4. *Cvičné vystavení* se silným emocím – pomocí hraní scénky nebo představou spouštěcí situace lze vyvolat v pacientovi silnou emoci. Pacient se učí si tento stav co nejplněji prožít a přitom si všimnout, co vše se v něm děje a jak lze postupně emoci modulovat. Pak se učí, jak ji co nejprůměřeněji vyjádřit slovy.

Emoční labilitu lze kontrolovat tím, že se pacient naučí kontrolovat události, které emoční stav spouštějí, nebo tím, že sníží svou citlivost na tyto události. Rovněž *změna okolností* může pomoci. Lidé jsou náchylnější k emoční labilitě v situacích stresu, shonu, v době, kdy mají málo příjemných prožitků, když jim chybí sociální podpora. V ovlivnění afektivní lability proto může rovněž pomoci budování harmonického *životního stylu*. Sem patří pravidelný spánek, výživa, cvičení, rytmické denní činnosti, dostatek příjemných aktivit, vyvarování se zbytečného přepracování, abúzu alkoholu, kávy či cigaret, drog. Emoční labilitu lze zmírnit zejména zvýšením množství *příjemných aktivit*, které si člověk dopřává. Musí si je však plně uvědomovat. Nácvik „*plné pozornosti*“ *pro příjemné aktivity*, s uvědomováním si svých emocí, tělesných reakcí, chování a myšlenek během příjemného prožitku lze provádět jak přímo, ve skutečnosti, tak v představě. V představě si lze projít celou řadu příjemných aktivit, které si pak pacient zkouší „in vivo.“

**Tabulka 7.3.6:** Příklad expozice v představě pro „plnou pozornost“ při pojídání tyčinky Snickers

Na tyčinku Snickers dostanu chuť už v metru. Když se blížím k výstupní stanici, začínám na ni myslet, vidím hnědý obal a začínají se mi sbíhat sliny. Mám na ni strašnou chuť. Roste s přibližováním se ke stánku, kde si ji kupuji. Sbíhají se mi sliny. Těším se. Trochu se mi zrychlí dech a cítím se jako „v transu“. Když si ji koupím, nejdříve osahám obal. Velmi pomalu, nespěchám. Cítím umělou hmotu a pod ní čokoládu. Prohmatám tuhost čokolády přes obal. Prsty se velmi jemně boří. Pak roztrhnu obal. Většinou se do něj zakousnu na jednom konci, sevřu čelisti a silně trhnu hlavou. Jako dravec. Pak čichnu k čokoládě. A zakousnu se do tyčinky. Zuby projdou čokoládou... oříšky... střídá se pevnější a měkčí hmota. Začínám rozmělnovat tyčinku zuby. Chuť čokolády, karamelu, oříšků... prochází ústy a patrem až na kořen jazyka. Polykám... sousto klouže jícnem... došlo do břicha... je to příjemný pocit... po polknutí vydechnu... dlouhý výdech... celé tělo se uvolní. A znovu, zase začínám žvýkat, ústa jsou plná chuti...

### 7.3.9 Návčik zvládání impulzů

Sebezničující chování, sebepoškozování, předstírané sebevražedné jednání i některé sebevražedné pokusy mají někdy charakter impulzivního chování, které pacient nedokáže plně kontrolovat. Je nutné vždy zvážit ohrožení pacienta i lidí v jeho okolí a při velkém riziku nebezpečného chování je nutná hospitalizace.

Návčik zvládání impulzů je intervence, jejímž cílem je snížit mimovolné nutkání reagovat prudce. Terapeut nejdříve pacientovi vysvětlí její smysl a principy a poté názorně předvede, jak se provádí. Pacient pak nacvičuje potřebné dovednosti, nejdříve v sezení a pak v reálných situacích mezi sezeními. Cílem je, aby se pacient naučil lépe ovládat své popudy. Intervence má čtyři fáze: Vyšetření, monitorování, návčik a praktické uplatnění.

1. Ve fázi vyšetření terapeut s pacientem mapují vzorce pacientových impulzivních reakcí; zaměřují se na spouštěče, okolnosti, kognitivní aspekty, emoční reakci, typické chování, důsledky a modifikující faktory. Je důležité, aby pacient i terapeut velmi konkrétně rozuměli tomu, co se děje během impulzivního činu. Typické otázky, které je třeba pacientovi položit, jsou „Které situace typicky u vás spouští toto chování? Na co v takové chvíli myslíte? Jak se cítíte předtím, v průběhu impulzivního činu a po něm? Co vám běží hlavou? Co cítíte v těle? Jak se vám dýchá? Jsou situace, kdy dokážete toto chování lépe kontrolovat a situace, kdy vám to jde hůře?“ ap. Sebevražedné pokusy, sebepoškozování, ničení předmětů a jiné destruktivní činy mohou mít nejružnější motivy – snahu potrestat někoho druhého nebo sebe sama, uvolnění silného napětí, odčinění pocitů viny, snaha odvést pozornost od více ohrožující situace, snaha přivolat pozornost ap. Ve chvíli, kdy si pacient svoji motivaci (nebo motivace) ujasní, je jednodušší dostat chování pod kontrolu. Zmapování konkrétních událostí

pomáhá pacientovi porozumět, jakým způsobem jeho impulzivní reakce souvisí se zevními okolnostmi i s jeho vnitřními pochody. Terapeut obvykle nejdříve požádá pacienta, aby popsal svou poslední impulzivní reakci, a pak společně probírají její jednotlivé složky.

2. Pacient strukturovaným způsobem sleduje a zaznamenává svoje impulzivní reakce po dobu nejméně dvou týdnů. Své záznamy probírá s terapeutem. Výsledkem je vytvoření seznamu spouštěcích situací a okolností, soupis typických kognicí, důsledků a modifikujících faktorů.
3. Návčik je zaměřen:
  - a) Zpočátku na oddálení impulzivní reakce (buď kognitivně pomocí počítání nebo popisu okolností, změnou chování pomocí náhradní činnosti nebo pomocí kontrolovaného dýchání a svalové relaxace, meditace, autogenního tréninku); možností je také nahradit destruktivní chování méně destruktivním (např. pořezení se na zápěstí nahradit počmáráním se tužkou);
  - b) Na systematické odvedení pozornosti, které může být buď vnitřní, nebo zevní. Při vnitřním odvedení pozornosti se pacient učí, co si má v kritické situaci říci – nacvičuje si myšlenky neslučitelné s impulzy (např. „Je to nakonec směšné, budu se raději smát, než abych se pořezal!“). Při zevním odvedení pozornosti se pacient snaží změnit okolnosti, které jej rozčilují. Např. když se dostane do konfliktu, raději rychle odejde z místnosti, místo aby v sobě hromadil napětí a pak druhého napadl nebo sám sebe zranil.
4. Terapeut pomáhá pacientovi s praktickým uplatňováním nacvičovaných dovedností, probírá s ním jednotlivé situace, které se pacient pokusil zvládnout, a dává mu zpětnou vazbu, jak je zvládl. Důležité je, aby terapeut pacienta systematicky podporoval a oceňoval do té doby, dokud nedokáže své impulzy dostatečně kontrolovat samostatně.

### 7.3.10 Návčik snížení přecitlivělosti

Návčik snížení přecitlivělosti je intervence zaměřená na zvýšení schopnosti snášet kritiku, nezájem, podezřívavost, žárlivost a jiné komplexní maladaptivní reakce v mezilidských vztazích. Lidé, kteří zkresleně a negativně vnímají sociální situace, mají tendenci reagovat na ně obranně nebo útočně. V rámci návčiku snížení přecitlivělosti se učí, jak reagovat přiměřeně. Terapeut pacienta učí a procvičuje s ním přiměřenější způsoby vnímání, hodnocení a jednání v interpersonálních situacích (Sperry, 1999). Návčik snížení přecitlivělosti má následující kroky:

1. *Zmapování přecitlivělých reakcí*, které si pacient uvědomuje: Jde o ujasnění si jednotlivých spouštěčů a okolností (zaměření na jednotlivé komponenty mezilidského chování, jako jsou slova, mimika, gesta, paralingvistické komponenty ap.), typických myšlenek a představ, hlavně však kognitivních omylů, kterých se pacient dopouští. Mapování informačních procesů se týká čtyř hlavních komponent: zaměření pozornosti, zpracování informace, reakce na informaci a zpětné vazby. Následující terapeutický postup se zaměřuje na tyto čtyři komponenty.

2. *Mapování dalších reakcí na sociální situace:* Důležité je také popsat reakce na celou řadu sociálních situací (situace v rodině, v zaměstnání, s přáteli, na úřadech, v cizím prostředí aj.), protože v řadě z nich si pacient svoje zkreslené zpracování informací neuvědomuje. Hlavní pozornost opět věnujeme kognitivním procesům, tj. interpretaci a hodnocení situace.
3. *Nácvik:* V této fázi probíhá nácvik přiměřenému porozumění sociální situaci, který zpravidla probíhá formou kognitivní restrukturalizace (práce s myšlenkami) nebo formou řešení problémů (postaví se vedle sebe nejružnější alternativy hodnocení určené situace a pacient se dopracovává k diferencovanému pohledu). K nácviku patří instrukce, hraní rolí a zpětná vazba přes videozáznam.
4. *Procvičování:* Pacient si procvičuje naučené dovednosti v reálných situacích a přináší do sezení zápisy, jak dokázal zvládnout situace, na které dříve reagoval přecitlivěle.

## 7.4 Skupinová KBT

V následující části se budeme věnovat skupinové kognitivně behaviorální terapii. Proti individuální KBT má skupinová KBT několik zjevných výhod: šetří čas, umožňuje pacientům učit se jeden od druhého, zjednodušuje důležitý nácvik sociálních dovedností, pomáhá pacientům vytvořit sociální síť, která často přetrvává dlouhodobě i po formálním ukončení skupiny. Dobře vedená skupina vytváří výrazně motivující prostředí pro všechny členy. Nevýhodou je určitá plošnost a neindividuálnost terapeutických zásahů. Tuto nevýhodu lze odstranit občasnými individuálními sezeními s jednotlivými pacienty. Skupina mívá 6–12 členů, ideální počet je 8. Délku jednoho setkání volíme zpravidla na 1,5–2 hodiny; ovšem pacienti s těžší depresí nebo psychotickou poruchou se vydrží soustředit jen kratší dobu, zatímco u pacientů se sociální fobií je na místě setkání delší (první 4 setkání nejlépe po 4 hodinách), aby jejich úzkost v této situaci stačila poklesnout před koncem setkání. Poté snížíme délku jednoho setkání na 2 hodiny. Většina ambulantních skupinových programů probíhá jednou až dvakrát týdně. Při docházce do denního sanatoria však probíhají programy několik hodin denně. V tom případě je dobré náplň programů střídat, např. sezení věnované kognitivní restrukturalizaci se sezením věnovaným asertivitě, zlepšuje to soustředěnost a angažovanost účastníků.

### 7.4.1 Výběr pacientů do skupiny

Ne všichni pacienti se pro skupinovou KBT hodí. Indikace a kontraindikace skupinové KBT jsou dány zejména závažností příznaků (např. pacient s těžkou depresí, zmateností nebo s akutním neklidem je do skupiny nevhodný), komorbiditou, inteligencí, ochotou vycházet s ostatními členy skupiny a věkem.

Problémy bývají také při zařazení do skupin s úzkostnými nebo depresivními pacienty u pacientů s poruchami osobnosti. Pacienti s paranoidní, disociální, emoč-



ně nestabilní, histriónskou poruchou osobnosti a pacienti se špatnou kontrolou impulzů vůbec velmi snadno zastraší nebo zmanipulují celou skupinu a znehodnotí její práci. Pokud se pacienti s těmito rysy do skupiny dostanou, musíme počítat s tím, že místo systematické KBT práce budeme řešit složité problémy ve vztazích mezi členy skupiny navzájem. Výhodnější je proto nezařazovat pacienty s výraznými problematickými poruchami osobnosti do skupiny s pacienty bez poruch osobnosti, ale vytvářet specifické programy pro ně samotné. Pacienti s poruchou osobnosti vyžadují zpravidla jiné uspořádání práce ve skupině.

Důležitá je kompatibilita pacientů ve skupině. Kognitivně behaviorálně orientované skupiny jsou obvykle určeny pro pacienty s určitým typem poruchy – např. pro pacienty s obsedantně kompulzivní poruchou, sociální fobií, agorafobií, depresí, se sluchovými halucinacemi ap. Existují též skupinové programy, zaměřené na zlepšení určitého typu dovedností – např. nácvik asertivity, nácvik sociálních dovedností, nácvik zvládání úzkosti.

Výhodné je, když jsou zastoupeny obě pohlaví a pacienti ve skupině jsou podobného věku nebo stejné generace. Příliš velké generační rozdíly bývají na škodu, protože řada problémů, které se řeší, souvisí s určitým věkem a netýká se všech ve skupině. Ve skupině by neměli být příbuzní ani dobří přátelé a zásadně ne milenci.

Pacienti, kteří po *vysvětlení smyslu terapie reagují pozitivně* s tím, že se toto vysvětlení shoduje s jejich názory („Ano, u mě je tomu taky tak“) a kteří jsou ochotni vyzkoušet kognitivně behaviorální postupy, mají větší naději, že jim tato terapie bude užitečná, než pacienti, kteří tento model odmítají („Ano, chápu kam míříte, ale u mě jde o něco jiného“) a nepřipouštějí, že by jim tento typ terapie mohl prospět. To bývá často případ hypochondrických pacientů, kteří přičítají příznaky nerozpoznané tělesné chorobě. Podobně bývá problém s bigotně nábožensky zaměřenými pacienty a s pacienty s tendencí k planému filozofování. Velmi důležitým faktorem pro samotnou KBT je *intelligence* pacienta. Skupinová KBT vyžaduje alespoň průměrnou inteligenci.

Malý efekt má skupinová práce s pacienty, kteří *nejsou ochotni spolupracovat*. Jsou to pacienti, kteří nejsou ochotni se svěřit druhým, nejsou ochotni sdělit důležité životní okolnosti, pacienti, kteří jsou přesvědčeni, že všechno musí zvládnout oni sami a každou nabídku spolupráce odmítají. Pro skupinový formát se rovněž nehodí pacienti s akutními *sebevražednými tendencemi*. Nevhodní jsou také pacienti *závislí na alkoholu nebo drogách*, kteří nejsou ochotni abstinovat. Tito pacienti nejsou schopni systematicky spolupracovat a záhy ze skupiny vypadávají. Někdy mívají tendenci stahovat k závislosti další členy skupiny.

## 7.4.2 Individuální příprava pacientů na skupinovou práci

Pacient potřebuje předem vědět, co se od něho ve skupině bude očekávat. Na rozdíl od dynamických terapií se snažíme před zařazením do kognitivně behaviorálně orientované skupiny pacienta dostatečně předběžně *informovat*. Vysvětlíme mu,

jaký bude mít skupina program, co bude dělat, co se od něho čeká a co může očekávat od terapeuta. Role jsou předem stanoveny a nečeká se jejich změna. Terapeut ve skupině působí jako vedoucí či učitel, pacient jako žák či pacient. Rovněž předem se v individuálním sezení probírají *cíle* pacienta ve skupině, pacient spolu s terapeutem rámcově stanoví, na jaké problémy se ve skupině zaměří a co se bude muset učit a nacvičovat si. Pacient musí být předem seznámen s tím, že se od něj bude očekávat, že i mezi sezeními bude provádět *domácí cvičení*. Ještě před zařazením do skupiny je třeba pacienta individuálně vyšetřit, vysvětlit mu kognitivně behaviorální model jeho poruchy s využitím jeho vlastních příznaků a potíží a vysvětlit mu možnosti a smysl jednotlivých terapeutických zásahů.

### 7.4.3 Jak vést skupinovou kognitivně behaviorální terapii

Při vedení skupiny si terapeut počíná jako *laskavý učitel*. Jeho úkolem je jednoduchou přehlednou formou přednést danou látku a v diskusi a cvičeních v rámci skupiny pomoci pacientům k osobnímu procvičení probírané metody. K dané látce zadává domácí cvičení. Na dalším sezení zjišťuje, jak členové skupiny svá domácí cvičení zvládli a jaké při jejich plnění získali zkušenosti a prožitky. Důraz není kladen na interpretace, ale na provedení cvičení.

Pro názornost používá terapeut řadu *pomůcek*, jako je psaní na tabuli, zpětný projektor, předtištěné formuláře na cvičení, videonahrávky ap. Ve výkladu je vhodné užívat příklady, které usnadní pochopení.

Velmi důležité je často používat *pozitivní zpětnou vazbu*. Pro řadu úzkostných pacientů znamená docházka do skupiny značnou námahu a zaslouží si slovní ocenění. To je pak motivuje k výkonu i v dobách, kdy má pacient tendenci všechno vzdát.

Mnozí pacienti mají značné nedostatky v sociálních dovednostech. Terapeut kromě toho, že učí danou látku, působí jako příklad člověka, který sociální dovednosti zvládá – tedy jako vzor, jak se vyjadřovat jasně, otevřeně, konkrétně a stručně. Práce ve skupině obsahuje tyto složky:

- a) terapeutický výklad, příklady, instrukce,
- b) postup od jednoduššího k obtížnějšímu,
- c) nácvik podle vzoru,
- d) zpětnou vazbu mezi členy skupiny,
- e) domácí cvičení,
- f) nápodobu,
- g) vzájemné učení se pacientů mezi sebou.

### 7.4.4 Stavba sezení při skupinové kognitivně behaviorální terapii

Každé sezení sleduje jednoduchý časový harmonogram. Terapeut na počátku každé skupiny napíše na tabuli nebo promítne na zpětném projektoru program seze-

ní. Terapeutické lekce mají přibližně stejnou časovou osnovu. Přibližné rozložení jednoho sezení je uvedeno v následující tabulce. Časová osnova je vždy dodržována přibližně, podle potřeby tématu a potřeby skupiny. Přestávka uprostřed probírání hlavního tématu se dá prodloužit nebo zkrátit – tak vytváří časovou rezervu pro případ potřeby.

**Tabulka 7.4.1:** Osnova terapeutické hodiny

|                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Určení programu (cca 5 minut)                                                                    |
| 2. Body probírané v každém sezení (cca 30 minut): události týdne, předchozí sezení, domácí cvičení) |
| 3. Hlavní téma dne (cca 60 minut)                                                                   |
| 4. Zadání domácích cvičení (15 minut)                                                               |
| 5. Relaxace (5 minut)                                                                               |
| 6. Zpětná vazba (5 minut)                                                                           |

Nyní blíže probereme jednotlivé body terapeutického sezení.

#### 7.4.4.1 Určení programu (cca 5 minut)

Určením programu zahajujeme všechna sezení. Je výhodné mít program napsán na tabuli. Terapeut můžeme říci např. toto:

„Než začneme, rád bych promluvil o programu dnešního sezení. Nejdříve si probereme nejdůležitější věci, které se vám v týdnu staly, pak se podíváme, jak se vám dařila domácí cvičení. Pak se budeme věnovat hlavnímu tématu dne, a tím bude vedení rozhovoru a empatické naslouchání. Jsou to důležitá témata, protože řada lidí trpících úzkostí nebo depresí se obává sociálních kontaktů proto, že nevědí, o čem by s druhými lidmi mluvili. Při eventuálním rozhovoru si často připravují, co sami řeknou, a tak se moc nesoustředí, co říká ten druhý. Nemohou proto spontánně navázat na sdělení druhého. Jako při každém setkání si na závěr uděláme společně progresivní relaxaci. Nakonec si ujasníme domácí cvičení.“

#### 7.4.4.2 Body probírané v každém sezení (cca 30 minut)

##### *a) Probrání událostí uplynulého týdne*

Na počátku sezení stručně probíráme události, které se pacientům přihodily v průběhu týdne od minulého setkání. V prvních sezeních je dobré zavést i do těchto referencí o týdnů určitou strukturu – co se během týdne přihodilo, zda se přihodilo něco významného, co se v tomto týdnu podařilo. Každou aktivitu, pozitivní počin nebo zájem terapeut posiluje pozitivní zpětnou vazbou. V pozdějším stadiu již není třeba tolik chválit, terapeut oceňuje pouze velmi významné aktivity. V některých sezeních můžeme zpestřit reference o událostech posledního týdne tím, že pacienti referují jeden za druhého. Dostanou za

úkol, aby si v malých skupinách po 3–4 lidech probrali nejdůležitější události týdne. Poté jeden z pacientů referuje o druhém. Tento způsob reference cvičí velmi potřebnou dovednost naslouchat a pomáhá zbavit se zaměření jenom na sebe sama.

**b) Zhodnocení předchozího sezení**

Krátce se vrátíme k minulému setkání. Připomeneme, co jsme dělali, a ptáme se pacientů, zda něco z posledního sezení nezůstává nevyřešené, zda se k něčemu nechtějí vrátit, na něco se zeptat.

**c) Probrání domácího cvičení**

Při probírání domácích cvičení využíváme celé skupiny, kterou členíme na různě velké podskupiny, ve kterých si pacienti cvičení probírají. Jednodušší cvičení si proberou pacienti ve skupinkách po 3–4 lidech, složitější se probírají ve velké skupině. Probírání domácích cvičení dává terapeutovi příležitost, aby ocenil vynaložené úsilí pacientů pochvalou.

### 7.4.4.3 Hlavní téma(ta) dne (cca 60 minut)

Hlavní téma je určeno náplní jednotlivých lekcí. Obvykle v první polovině skupiny před přestávkou procvičujeme kognitivní metody a probíhá nácvik sociálních dovedností, po přestávce pokračuje nácvik sociálních dovedností a provádíme expozice. Vzhledem k tomu, že pacienti mají svůj vlastní materiál na přípravu, který si mohou studovat doma, terapeut vykládá jen nejdůležitější informace z daného tématu a soustředí se hlavně na nácviky.

### 7.4.4.4 Domácí cvičení (cca 15 minut)

V každém sezení zadáváme každému pacientovi domácí cvičení, které bude provádět v době mezi sezeními. Domácí cvičení je určeno k procvičování naučených dovedností v reálním životě a k získávání informací pro další terapeutickou práci. Je nutné, aby logicky vyplývalo z témat probíraných během sezení. Je důležité, aby zadání bylo pacientovi jasné, aby dobře chápal i jeho smysl. Jinak nemá chuť ho plnit. Je vhodné probrat i obavy z domácích cvičení a možné překážky, které by jeho provádění mohly bránit.

### 7.4.4.5 Relaxace (5 minut)

Relaxaci ve skupině vede na počátku terapeut, ovšem už od třetího setkání je dobré, aby ji vedli frekventanti skupiny a ostatní k tomu dávali zpětnou vazbu.

### 7.4.4.6 Zpětná vazba (5 minut)

Probíhá na konci sezení. Požádáme všechny, aby stručně *shruli, čemu se v tomto setkání naučili, co bylo pro ně osobně nejdůležitější*. Dále se terapeut ptá, jak se během sezení cítili a zda byli se skupinou spokojeni. Je třeba dát jasně najevo, že otevřené vyjádření názoru vítáme, protože je tak možno vyjasnit si nedorozumění a můžeme se lépe řídit potřebami pacientů.

**Tabulka 7.4.2:** Hlavní témata skupinových setkání pro docházkovou skupinu pacientů s panickou poruchou (Soukupová a Praško, 2000)

| SEZENÍ   | METODY                                                                                              |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.       | Edukace: stresová reakce, identifikace tělesných příznaků. Řízený panický záchvat. Návlek relaxace. |
| 2.       | Edukace: model panické poruchy, bludný kruh úzkosti.                                                |
| 3.       | Práce s myšlenkami – identifikace.                                                                  |
| 4.       | Práce s myšlenkami – přerámování. Řízený panický záchvat. Relaxace. Plán expozic.                   |
| 5.       | Expozice – teorie a plánování expozic v praxi. Kognitivní rekonstrukce. Práce s myšlenkami.         |
| 6.       | Expozice. Práce s kognitivními omyly. Řešení problémů – identifikace problémových oblastí.          |
| 7.       | Řešení problémů – konkretizace problému a cíle.                                                     |
| 8.       | Řešení problémů – brainstorming možných strategií řešení problému.                                  |
| 9. – 11. | Plán řešení problému a jeho realizace.                                                              |
| 12.      | Příprava na budoucnost.                                                                             |
| 13.      | Shrnutí a zhodnocení celého kurzu. Plány do budoucna.                                               |
| 14.      | Setkání po 3 měsících.                                                                              |
| 15.      | Setkání po 6 měsících.                                                                              |

## 7.5 Literatura

1. BECK, J. S.: *Cognitive approaches to personality disorders*. In: Wright, J. H., Thase, M. E. (eds.): *Cognitive therapy. Review of Psychiatry*, 1997, č. 16, Section I, s. I-73–I-106.
2. BECK, A. T., RUSH, A. J., SHAW, B. F. et al.: *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press, 1979.
3. BECK, A.T., EMERY, G., GREENBERG, R.L.: *Anxiety Disorders and Phobias – a cognitive perspective*. Basic Books, New York, 1985.
4. CAUTELA, J. R.: *Covert sensitization*. *Psychol. Rev.*, 1967, č. 20, s. 459–468.
5. CLARK, D. M.: *A cognitive model of panic attacks*. In: Rachman, S., Maser, J. D. (ed.): *Panic: psychological perspective*. New Jersey: Elbaum, 1988.
6. CLARK, D. M.: *Anxiety states: Panic and generalized anxiety*. In: Hawton, K., Salkovskis, P. M., Krik, J., Clark, D. M. (eds.): *Cognitive behavioral therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press, 1989, s. 318–344.

7. CLARK, F. M., PROUDFIT, H. K.: *The Prejection of Locus Coeruleus Neurons to the Spinal Cord in the Rat Determined by Anterograde Tracing Combined with Immunocytochemistry*. Brain Res., 1991, č. 538, s. 231–245.
8. D’ZURILLA, T. J., GOLDFRIED, M. R.: *Problem solving and behaviour modification*. J. Abnorm. Psychol., 1971, č. 78, s. 107–126.
9. FENNEL, M. J. V.: *Deprese*. In: Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J., Clark D. M. (eds.): *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems*. Oxford: Oxford University Press, 1989 (přeložil Petr Možný).
10. FRIEDMAN, E. S., THASE, M. E., WRIGHT, J. H.: *Cognitive and behavioral therapies*. In: Tasman, A., Kay, J., Lieberman, J. A. (eds.): *Psychiatry*, 2nd ed. London: Wiley, 2003, s. 1753–1777.
11. GELDER, M. G., MARKS, I. M., WOLFE, H. E. et al.: *Desensitization and psychotherapy in the treatment of phobic states: a controlled inquiry*. Br. J. Psychiatry, 1967, č. 113, s. 53–73.
12. GOLDFRIED, M., DECENTECEO, E., WEINBERG, L.: *Systematic rational restructuring as a self-control technique*. Behavior Therapy, 1974, č. 5, s. 247–254.
13. HAWTON, K., KIRK, J.: *Problem solving*. In: Hawton, K. et al. (eds.): *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems*. Oxford : Oxford Medical Publications, 1989.
14. KENNERLEYOVÁ, H.: *Jak zvládat úzkostné stavy*. Praha: Portál, 1998, 190 s.
15. KRATOCHVÍL, S.: *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 1997.
16. LAZARUS, A. A.: *Learning theory and the treatment of depression*. Beha., Res. Ther., 1968, č. 6, s. 83–89.
17. MEICHENBAUM, D.: *Stress Inoculation Training*. New York: Pergamon, 1985.
18. MILLER, W.: *Motivational interviewing with problem drinkers*. Behavioural Psychotherapy, 1983, č. 11, s. 147–172.
19. ÖST, L. G.: *Applied relaxation: description of a coping technique and review of controlled studies*. Beh. Res. Ther., 1987, č. 25, s. 397–410.
20. PRAŠKO, J., ŠLEPECKÝ, M.: *Kognitivně-behaviorální terapie depresivních poruch*. Psychiatrické centrum, Zprávy, Praha: 1995, č. 127, 196 s.
21. PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H.: *Asertivitou proti stresu*. Praha: Grada, 1996.
22. PRAŠKO, J., KOSOVÁ, J., PAŠKOVÁ, B. et al.: *Farmakoterapie a psychoterapie v léčbě sociální fobie z pohledu dvouletého katamnestického sledování: Závěrečná zpráva grantu IGA. MZ ČR, 2000, 3703–4.*
23. PRAŠKO, J., PAŠKOVÁ, B., HORÁČEK, J., FREMUND, F.: *Somatoformní poruchy*. Praha: Galén, 2002. PRAŠKOVÁ, H. A PRAŠKO, J.: *Úzkostné a fobické poruchy*. Praha: Galén, 1999.
24. PROCHÁZKA, J., DICLEMENTI, C.: *Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change*. Psychotherapy, 1982, č. 19, s. 276–288.
25. SPERRY, L.: *Cognitive behavior therapy of DSM-IV personality disorder*. London: Taylor and Francis Group, 1999, 201 s.
26. SUINN, R.M., RICHARDSON, F.: *Anxiety management training: a non-specific behaviour therapy programme for anxiety control*. Behaviour Therapy, 1971. č. 2, s. 498–510.

27. YOUNG, J.: *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota (FL): Professional Resource Exchange, 1994, 201 s.
28. YOUNG, J. E., KOSKO, J. S., WEISHAAR, M. E.: *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press, 2003.
29. WILSON, R. R.: *Don't panic. Taking control of anxiety attacks*. New York: Harper & Row, 1987.

# 8

## Praktické uplatnění KBT

### 8.1 KBT afektivních poruch

V této kapitole pojednáme zvlášť o depresivní poruše a o bipolární poruše. Léčba depresivních stavů u depresivní epizody, dystymie, depresivní fáze bipolární nebo unipolární afektivní poruchy je v KBT podobná. Mírné rozdíly však můžeme najít v důrazech na různé aspekty léčby. U depresivní epizody unipolární deprese dáváme důraz zejména na práci s automatickými negativními myšlenkami a plánování aktivity, u dystymie na změnu dysfunkčních kognitivních schémat, nácvik sebe-posilování a na změnu životního stylu tak, aby zahrnoval plnější prožívání příjemných aktivit. U bipolární poruchy je důraz kladen na prevenci dalších fází, jak depresivních, tak manických; jde zejména o schopnost zachytit časné signály relapsu, harmonizaci životního stylu, dodržování denních rytмů.

#### 8.1.1 KBT depresivní poruchy

Ján Praško, Petr Možný, Miloš Šlepecký

Tradiční formy psychoterapie bývají u depresivních pacientů málo účinné, protože depresivní pacienti mají sklon vnímat interpretace a návrhy terapeuta jako kritiku či odmítnutí nebo si myslí, že jeho doporučení nejsou schopni zvládnout. Jako efektivní se ukázaly v poslední době dva psychoterapeutické přístupy: kognitivně behaviorální terapie a interpersonální psychoterapie. V obou případech jde o strukturované, krátkodobé přístupy orientované na psychoedukaci, změnu postojů a nácvik nových dovedností. Při KBT se terapie zaměřuje na nápravu depresivního zkreslení v myšlení, hodnocení a postojích pacienta. Terapeut a pacient mají společný cíl: aby pacient získal realistický postoj k sobě samému a ke svému životu. KBT postupy vycházejí z poznatku, že depresivní pacient systematicky zkresleně hodnotí svou minulost, přítomnost i budoucnost a sám sebe vnímá jako člověka, který selhal. Protože si nevěří a v budoucnu očekává jen neúspěchy, není motivován klást si cíle a být aktivní. V terapii usilujeme o to, aby pacient rozpoznal a změnil tato negativní hodnocení sebe, okolního světa i budoucnosti. Cílem je změnit celý systém falešných přesvědčení a postojů pacienta. KBT vychází



z předpokladu, že pacient je depresivní, protože ve své minulosti, přítomnosti a budoucnosti nevidí žádné pozitivní, potěšující zážitky. Přitom je přesvědčen, že jeho situace se nedá změnit, a často sám sebe obviňuje ze svých potíží. Během terapie vede terapeut pacienta k tomu, aby podrobně prozkoumal své postoje vůči sobě i svému okolí, uvědomil si jejich zkreslenost, nereálnost a škodlivost a aby je nahradil postoji reálnějšími a zdravějšími. Kognitivně behaviorální terapie deprese má tyto hlavní rysy (Praško a Šlepecký, 1995):

- vychází z kognitivně behaviorálního modelu vzniku a udržování deprese,
- je založena na spolupráci pacienta a terapeuta,
- je časově omezená na 15–20 hodinových sezení s frekvencí jednou až dvakrát týdně, v závěru terapie i jen jednou za 2 týdny,
- je jasně strukturovaná a terapeut je aktivní a direktivní,
- zaměřuje se spíše na řešení současných problémů, než na hledání jejich kořenů v minulosti,
- hlavní metoda spočívá v diskusi mezi terapeutem a pacientem. Terapeut pomocí tzv. sokratovského dotazování vede pacienta k tomu, aby se sám naučil rozpoznávat logické chyby ve svém myšlení a aby si uvědomil vliv svého myšlení na svou náladu a jednání,
- plněním konkrétních domácích úkolů se pacient aktivizuje a zároveň si ověřuje, zda jsou jeho očekávání a předpovědi reálné nebo zkreslené,
- cílem KBT deprese je, aby se pacient naučil využívat kognitivně behaviorálních metod zvládání deprese samostatně, bez pomoci terapeuta.

Ve většině případů je deprese časově omezená. Neléčené ataky obvykle odezní během 6–24 měsíců. Často ovšem dochází k relapsům a asi v 15–20 % případů je průběh chronický. Proto musí léčení směřovat nejenom k urychlení uzdravy, ale také k udržení dosaženého zlepšení a ke snížení rizika opětovného onemocnění. Právě proto došlo k vytvoření psychologických metod léčení deprese, které směřují k tomu, aby se pacient naučil aktivně sám zvládat jak počínající depresi, tak depresivní příznaky v průběhu epizody i doléčování.

### 8.1.1.1 Základní údaje o depresivní poruše

Depresivní příznaky jsou typickým projevem depresivní poruchy, dysthymie, ale mohou se v menší míře objevit i u jiných psychických poruch nebo u celé řady tělesných onemocnění (např. u chronických bolestí, karcinomu tlustého střeva či alkoholové závislosti atd.). Navíc potřebujeme odlišit pojem deprese, který se stal součástí běžného hovorového jazyka při označování smutné nálady, od skutečné patické nálady. Deprese je *nemoc celého organismu*. Není to tedy slabost, nedostatek vůle nebo sebekázně. Vede k pocitům smutku, beznaděje, ztrátě radostného prožívání, energie i vůle. Od běžného smutku nebo rozladěnosti se deprese liší zejména v tom, že je *intenzivnější, trvá delší dobu a brání adaptaci* k životním okolnostem. Deprese je tedy nemoc. Není to jen změna nálady. To však neznamená, že v depresi je člověk „nenormální“ nebo „bláznivý“. Je však bez energie, má smutnou náladu a vyčítá si to. Nemůže fungovat v každodenních záležitostech. Nesoustředí

se. Nedokáže se radovat z věcí, které ho dříve těšily. Cítí prázdno v duši. Základním projevem depresivní poruchy je tedy změna nálady, obvykle deprese nebo ztráta zájmu a radosti. Narušení je značné, relativně stálé a spojené s dalšími symptomy depresivního syndromu, jako jsou pesimistické myšlenky, pokleslá energie a psychomotorická zpomalenost nebo agitace. Depresivní nálada bývá většinou, ale ne vždycky, dominujícím příznakem. Zejména v primární péči si pacient často stěžuje na tělesné potíže, únavu, nespavost a o své pokleslé náladě a pesimistických myšlenkách zpravidla nemluví.

#### 8.1.1.1.1 Klinické projevy depresivní poruchy

Podle závažnosti pak rozlišujeme depresi mírnou, středně těžkou a těžkou, a dále těžkou depresi bez psychotických příznaků a těžkou depresi s psychotickými příznaky. Bez ohledu na diagnostické zařazení jsou však pro každou depresi typické tyto příznaky: skleslá nálada, snížení energie a aktivity, snížení schopnosti se radovat, pokles zájmů, zhoršené soustředění, snížení sebevědomí, pocity viny a bezcennosti, pesimistický pohled do budoucnosti, myšlenky na sebevraždu, předčasné probouzení, snížení chuti k jídlu, snížení zájmu o sex. Náladu je obvykle nejhorší ráno a přes den se zlepšuje. Někdy se deprese projevuje i tělesnými příznaky – bolestmi v zádech, břicha, hlavy. V těžké depresi se mohou vyskytovat i bludy, obsahující myšlenky, že postižený zavinil nějakou katastrofu, že spáchal nějaký zločin, za který bude potrestán aj. Mohou se objevit i sluchové halucinace ve formě pomlouvajících nebo obviňujících hlasů, nebo čichové halucinace ve formě pachu hnilobné špíny a rozkládajícího se masa. Těžká psychomotorická retardace může vést až k úplnému stuporu.

Klinické projevy depresivního syndromu mohou být velmi různorodé. Typicky postižený jedinec trpí skleslou náladou, snížením energie a aktivity. Obvyklá je značná unavitelnost i po nepatrné námaze. Je zhoršená schopnost se radovat, dochází k poklesu zájmů a ke zhoršení koncentrace. Myšlení je pesimistické, často se objevuje sebeobviňování a nadměrné výčitky svědomí, neúměrné prohřeškům nebo chybám, které postižený udělal. Myšlenky na budoucnost jsou naplněné beznadějí. Charakteristický může být i pacientům vzhled. Výraz tváře zrcadlí smutek, koutky úst jsou staženy dolů, objevují se vertikální vrásky uprostřed čela. Mimika bývá zpomalená. *Depresivní nálada* se nezlepší vlivem zevních okolností. Naopak prostupuje vším, co pacient dělá a na co myslí. Obvykle bývá nejhorší ráno, ale kolísání může mít také jiný vzorec. Postižený ztrácí zájem o činnosti, které mu dříve skýtaly potěšení. Každá činnost vyžaduje nadměrné úsilí. Často proto zanedbává každodenní úkoly. *Pesimistické myšlenky* se týkají přítomnosti, budoucnosti i minulosti. Všechno dělá špatně, nikdy se jeho těžká situace nezmění, v minulosti všechno zkazil. *Stížnosti na tělesné příznaky* patří do obvyklého obrazu deprese. Někdy poutají pozornost pacienta i lékaře více než psychické symptomy. Obvyklé jsou stížnosti na únavu, vyčerpání, nespavost, zácpu, ztrátu chuti k jídlu, hubnutí, ztrátu libida, amenorheu, sevření na hrudi, bolesti hlavy, ale i různých jiných částí těla. Nepříjemné pocity se mohou objevit ve kterékoliv části těla.

Tabulka 8.1.1.1: Typické příznaky deprese

- přetrvávající smutná, úzkostná nebo „prázdná“ nálada
- negativní pohled na sebe a sebekodeňující myšlenky
- pocity beznaděje, pesimismu nebo bezmoci
- sebeobviňování a ztráta smyslu života
- ztráta zájmu a radosti
- nespavost, předčasné ranní probouzení, nebo naopak nadměrná ospalost a spavost i během dne
- ztráta chuti k jídlu, výrazné snížení váhy, nebo naopak přejídání se a přibývání na váze
- pokles energie, únava, ospalost, malátnost (jednoduché činnosti vyžadují nadměrnou námahu)
- nezájem o sexuální život
- nadměrné polehávání nebo posedávání, neschopnost se přinutit k činnosti, odkládání činnosti
- myšlenky na smrt nebo sebevraždu, pokusy o sebevraždu
- neklid, nervozita, nadměrná podrážděnost
- potíže se soustředěním se, zapamatováním si, rozpomínáním se a s pamětí vůbec (naštěstí přechodné) a problémy s rozhodováním
- přetrvávající tělesné příznaky jako je bolest hlavy, poruchy trávení, zácpa, dlouhodobé bolesti
- tíha na hrudi, ztuhlost nebo ochablost svalstva, snadná unavitelnost
- nadměrné obavy a starosti, časté pocity napětí

Klinická významná deprese se tedy liší od přechodného zhoršení nálady či smutku, který většina lidí prožívá jako normální reakci po určité ztrátě. Narušuje fungování pacienta v řadě oblastí. Lidé trpící klinickou formou deprese pocítují smutek a často pláčou. Mohou mít pocity viny a pocit, že druhé zklamali. Bývají též zvýšeně podráždění, úzkostnější a napjatější. V nejhorším stadiu deprese mohou ztratit schopnost emočně reagovat a říkají, že nejsou schopni pocítovat ani příjemné, ani nepříjemné pocity, že jsou zcela bez citu. Nic je nebaví a nemají o nic zájem. Mají málo energie a do všeho musí vkládat hodně úsilí. Proto přestávají dělat věci, které je dříve těšily, a tráví hodiny zaboření v křesle nebo ležíce na posteli. Obvyklá potěšení, jako je sledování televize nebo četba novin, je pro ně obtížná a nezábavná, protože se nedokážou soustředit a zapamatovat si, co si přečetli nebo co viděli. Zaměřují se především na to, jak zle se cítí a na zdánlivě neřešitelné problémy, které je čekají. Může dojít i k narušení základních tělesných funkcí. Špatně spávají, nemají chuť k jídlu, ztrácí zájem o sex. Nejnebezpečnější je, že během určité doby mohou dospět k závěru, že jejich utrpení nikdy neskončí a nelze udělat nic, co by zlepšilo současný stav. Tato rostoucí beznaděj může vést k myšlenkám na smrt jako na vysvobození a k sebevražedným myšlenkám. Asi 15 % vážně depresivních pacientů nakonec spáchá sebevraždu.

#### 8.1.1.1.2 Diagnóza deprese

Pod pojmem deprese rozlišujeme podle současné klasifikace MSK-10 (1996) několik různých nosologických jednotek – ojedinělou depresivní epizodu (F 32), periodickou (rekurentní) depresivní poruchu (F 33), depresivní fázi bipolární afektivní psychózy (F 31), trvalou poruchu nálady – dysthymii a cyklothymii (F 34) a depresivní reakci (F 43).

**Tabulka 8.1.1.2:** Obecná diagnostická kritéria MKN-10 pro F 32 depresivní epizoda

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>G1. Depresivní epizoda by měla trvat alespoň 2 týdny</p> <p>G2. Nikdy se nevyskytly příznaky, které by stačily k naplnění kritérii pro hypomanickou nebo manickou epizodu</p> <p>G3. Epizoda není způsobena užíváním psychoaktivních látek nebo organickou duševní poruchou</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Tabulka 8.1.1.3:** příznaky somatického syndromu

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Musí být přítomny alespoň 4 z následujících příznaků:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) zřetelná ztráta zájmů nebo potěšení při aktivitách, které jsou normálně příjemné</li><li>2) nedostatek emočních reakcí na události nebo aktivity, které normálně vyvolávají emoční odpověď</li><li>3) ranní probouzení dvě nebo více hodin před obvyklou dobou</li><li>4) deprese je těžší ráno</li><li>5) objektivní důkaz výrazné psychomotorické retardace nebo agitovanosti</li><li>6) výrazná ztráta chuti k jídlu</li><li>7) úbytek hmotnosti (o 5 % nebo více za poslední měsíc)</li><li>8) zřetelná ztráta libida</li></ol> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Tabulka 8.1.1.4: Hodnocení závažnosti deprese

| LEHKÁ DEPRESIVNÍ<br>EPIZODA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | STŘEDNĚ TĚŽKÁ<br>DEPRESIVNÍ EPIZODA | TĚŽKÁ DEPRESIVNÍ<br>EPIZODA BEZ<br>PSYCHOTICKÝCH<br>PŘÍZNAKŮ | TĚŽKÁ DEPRESIVNÍ<br>EPIZODA<br>S PSYCHOTICKÝMI<br>PŘÍZNAKY |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <b>A. Obecná diagnostická kritéria pro depresivní epizodu:</b><br>G1. Trvání alespoň 2 týdny<br>G2. V průběhu života se nikdy nevyskytly příznaky hypománie nebo mánie<br>G3. Není způsobena užíváním psychoaktivních látek nebo organickou duševní poruchou                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |                                                              |                                                            |
| <b>B. Musí být přítomny z následujících příznaků:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                     |                                                              |                                                            |
| alespoň dva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | alespoň dva                         | všechny tři                                                  | všechny tři                                                |
| 1) depresivní nálada v míře jednoznačně abnormální pro daného jedince, přítomná po většinu dne a téměř každý den a trvající alespoň 2 týdny<br>2) ztráta zájmů nebo potěšení při aktivitách, které jsou normálně příjemné<br>3) pokles energie nebo zvýšená unavitelnost                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                     |                                                              |                                                            |
| <b>C. Z následujícího seznamu přídatných symptomů musí být přítomny:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                     |                                                              |                                                            |
| Jeden nebo více                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | alespoň šest                        | alespoň osm                                                  | alespoň osm                                                |
| 1) ztráta sebedůvěry nebo sebeúcty<br>2) bezpředmětné prožívání výčitek proti sobě samému nebo pocitů nadměrné a bezdůvodné viny<br>3) opakované myšlenky na smrt nebo sebevraždu nebo jakékoli suicidální chování<br>4) stížnosti nebo důkazy svědčící o snížené schopnosti myslet nebo soustředit se, o nerozhodnosti nebo váhavosti<br>5) změna psychomotorické aktivity s agitovaností nebo zpomalením (subjektivně nebo objektivně)<br>6) poruchy spánku jakéhokoliv typu<br>7) změna chuti k jídlu (snížení nebo zvýšení) s odpovídajícími změnami hmotnosti |                                     |                                                              |                                                            |
| <b>D. Kterýkoliv z následujících okruhů:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |                                                              |                                                            |
| Nesmí být přítomen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | nesmí být přítomen                  | nesmí být přítomen                                           | musí být přítomen                                          |
| 1) bludy nebo halucinace, jiné než uváděné jako typicky schizofrenní, nejčastěji mají depresivní, sebeobviňující, hypochondrický, nihilistický, paranoidní nebo persekuci obsah<br>2) depresivní stupor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                              |                                                            |

### 8.1.1.1.3 Epidemiologie deprese

Deprese je jedním z nejčastějších psychiatrických onemocnění. Četnost výskytu deprese je u žen dvakrát vyšší než u mužů. Celoživotní riziko pro rozvoj deprese je mezi 20–25 % u žen a 7–12 % u mužů. Bodová prevalence, která mluví o tom, kolik lidí trpí poruchou v daný čas, kolísá od 5–9 % u žen a 2–3 % u mužů. Bodová prevalence v primární ambulantní péči kolísá v rozmezí 4,8–8,6 %. Před pubertou je poměr mužů a žen přibližně stejný, po pubertě se poměr mění: u žen se deprese objevuje 2–3krát častěji než u mužů. Přes vysokou prevalenci je podle odhadů jen asi 25 % nemocných s depresivní poruchou diagnostikováno a léčeno adekvátně.

Kromě toho, že deprese bývá skrytá pod stížnostmi na tělesné potíže, diagnózu často komplikuje komorbidita se somatickým onemocněním (ischemická choroba srdeční, diabetes mellitus, hypertenze, vředová choroba, nádorová onemocnění) nebo jinou psychiatrickou poruchou.

#### 8.1.1.1.4 Etiopatogenetické faktory deprese

Přesto, že o diagnostice a léčbě depresivní poruchy víme hodně, etiologie, resp. etiopatogeneze je známa nepoměrně méně. Současné znalosti neumožňují jednoznačný výklad její příčiny. Hypotézy o etiologii se objevují v oblasti biologického výzkumu; zkoumají se genetické faktory, biologické účinky stresu, imunoneuroendokrinní změny (osa hypotalamus – adenohypofýza – kůra nadledvin aj.) a neurochemické proměnné (narušení synaptického přenosu signálu atd.). Uvedené oblasti jsou ovšem navzájem propojeny a vzájemně se ovlivňují.

**Tabulka 8.1.1.5:** Přístupy biologické psychiatrie k studiu hypotéz depresivní poruchy (upraveno podle Fišar, 2001, Bareš a Praško, 2003)

| HYPOTÉZY:            | PŘÍSTUPY:                                   | NÁLEZY                                                                       |
|----------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| hereditární teorie   | genetika                                    | dědičnost a vulnerabilita k depresivní poruše                                |
| dysregulační teorie  | stres                                       | zvýšená biologická citlivost po opakování určitých událostí                  |
|                      | chronobiologie                              | desynchronizace biologických rytmtů                                          |
| neurochemické        | neuromediátory                              | dostupnost, metabolismus                                                     |
|                      | receptory                                   | počet, afinita, senzibilita                                                  |
|                      | postreceptorové procesy                     | G-proteiny, systémy druhých posílů, fosforylace a defosforylace, transkripce |
| imunoneuroendokrinní | osa hypotalamus – hypofýza – kůra nadledvin | zvýšená aktivita při depresi                                                 |
|                      | imunitní funkce                             | různé změny při depresi                                                      |

Nejvíce jsou v současné době zkoumány genetické, neurobiologické a psychosociální faktory. U pacientů trpících depresivní poruchou se často objevuje deprese u příbuzných prvního stupně. Několik studií dvojčat ukázalo vyšší konkordanci u monozygotních než u dizygotních dvojčat, což podtrhuje důležitost genetických faktorů. Je pravděpodobné, že vznik deprese není možno vysvětlit jedinou příčinou, ale že vzniká interakcí mezi mnoha různými faktory.

Prokázalo se, že vznik i průběh deprese souvisí s řadou biologických, historických, vnějších a psychosociálních proměnných. Mezi ně patří např. poruchy ve funkci neurotransmiterů, alkoholismus nebo deprese v rodině, kritizující či nepřátelský manželský partner, nedostatek důvěrných vztahů, nedostatečná sociální podpora

a dlouhotrvající nedostatek sebevědomí. Od 60. let byl zaznamenán výrazný pokrok v biologickém chápání etiologie i léčby depresivních poruch. Podle biologických teorií je deprese způsobena poruchou v neurotransmiterových systémech mozku, především snížením dostupnosti serotoninu, noradrenalinu a dopaminu. Jako účinná antidepresiva se ukázaly léky, které dostupnost těchto neurotransmiterů v mozku zvyšovaly. Farmakoterapie depresí je založena na předpokladu, že prožitek deprese je spojen s relativním nedostatkem serotoninu a katecholaminů na některých synapsích v mozku. Účinek antidepresiv, které buď blokují enzymatický metabolismus noradrenalinu, dopaminu a serotoninu (inhibitory monoaminoxydázy – IMAO) nebo zpětné vychytávání noradrenalinu a serotoninu (tricyklická antidepresiva – TCA, selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu – SNRI) nebo jen serotoninu (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu – SSRI) podporuje tento pohled. Elektroencephalografické nálezy ukazují na prodloužené usínání, předčasné probouzení, zkrácenou REM latenci (doba od usnutí po nástup REM spánku), zvýšenou densitu REM spánku a zkrácení spánku u depresivních nemocných. U pacientů trpících depresivní poruchou byla opakovaně zjištěna hypersekrece kortisolu a únik kortisolemie ze suprese dexamethasonem v dexamethasonovém testu. Zvýšené hladiny kortikotropin-releasing faktoru (CRF) nejlépe vysvětlují tyto nálezy. U depresivních osob byla nalezena zvýšená koncentrace CRF v mozkomíšním moku. Výdej CRF je regulován celou řadou neurotransmiterů jako je serotonin, noradrenalin, acetylcholin a GABA. Kromě hypotalamo-hypofyzárně-nadledvinové osy se zdá být u deprese postižena i osa hypotalamo-hypofyzárně-thyroidální. Oploštělou reakci na TRH stimulační test vykazuje kolem 30 % depresivních pacientů. Thyroidální hormony jsou úspěšně užívány k augmentaci antidepresiv u farmakorezistentních a u rychle cyklujících pacientů.

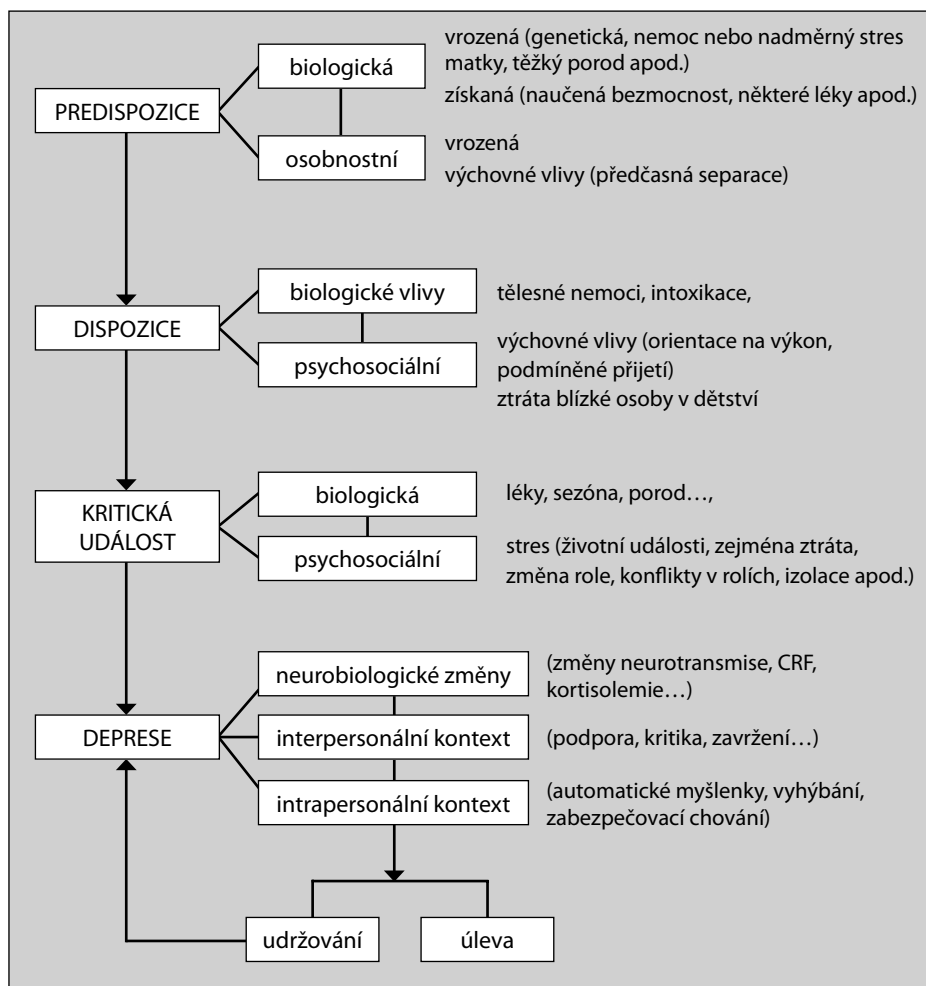
O etiologii a etiopatogenezi depresivní poruchy byla také vytvořena řada hypotéz zabývajících se psychologickými aspekty poruchy. Nejdůležitější charakteristiky behaviorální, kognitivně behaviorální a psychoanalytické teorie deprese spolu s koncepcí naučené bezmoci uvádí následující tabulka.

**Tabulka 8.1.1.6:** Psychologické teorie deprese (podle Bareš a Praško, 2004)

| TEORIE                    | PRIMÁRNÍ PORUCHA                  | PRECIPITUJÍCÍ FAKTOR ČI UDÁLOST              | NEJDŮLEŽITĚJŠÍ CHARAKTERISTIKY                                                                                                                                |
|---------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| psychoanalytická          | fixace v orálním vývojovém stadiu | skutečná, ohrožující či takto vnímaná ztráta | zachování pozitivního sebepojetí vyžaduje stálé ujišťování a podporu, pokud se jich nedostává, objevuje se depresivní symptomatika                            |
| behaviorální              | nedostatek sociálních dovedností  | pokles odpovědi na pozitivní podmiňování     | pokles odpovědi na pozitivní podmiňování vede k dysforii a klinická deprese je důsledkem snížené kapacity prožívat pozitivní zážitky                          |
| kognitivně – behaviorální | dysfunkční kognitivní schémata    | stresor z prostředí                          | aktivace depresivních dysfunkčních schémat spouští další symptomy deprese                                                                                     |
| naučená bezmocnost        | dysfunkční atribuční styl         | nepříznivá událost                           | vnitřní, stabilní a celková interpretace příčiny nepříznivých událostí vede k přesvědčení, že činnosti v budoucnu nebudou mít žádný vliv na výsledek událostí |



Tabulka 8.1.1.7: Etiopatogenetické faktory deprese



#### 8.1.1.1.5 Diferenciální diagnóza a komorbidita deprese

Občasná období zhoršené nálady navazující na životní nezdary nebo zármutek po ztrátě blízké osoby či důležité hodnoty patří k běžné lidské zkušenosti. Nelze je pokládat za depresivní poruchu. Zármutek většinou odeznívá do 2–3 měsíců, výjimečně trvá déle. Zpravidla vážněji nepostihuje pracovní a sociální fungování. Většinou nepotřebuje léčbu, ale může být zmírněn podpůrnou psychoterapií.

V diferenciální diagnostice je nutno zvažovat odlišení depresivní poruchy především od:

1. *Poruchy nálady při somatickém onemocnění – sekundární deprese* (např. při nádorových onemocněních s paraendokrinní produkcí, jako je bronchogenní karcinom, lymfom, hepatom, karcinom hlavy pankreatu, diseminovaná karcinomatóza, při poškození mozku tumorem, urémií, hypoxií, roztroušené skleróze,

traumatu, mozkové mrtvici, Parkinsonově chorobě, dále při endokrinních poruchách, jako je Cushingova choroba, Addisonova choroba, hypotyreóza, insuficience hypofýzy, diabetes mellitus, hyperparatyreóza, deficitech niacinu, pyridoxinu, vitamínu B<sub>12</sub>, kyseliny listové, thiaminu, systémových onemocněních, jako jsou kolagenózy či Wilsonova nemoc, při infekčních onemocněních, jako je virová hepatitida, nitrolební infekce, mononukleóza, AIDS, tuberkulóza nebo terciální stadium syfilis). Vyloučení somatického onemocnění, které indukuje sekundární depresivní syndrom, nebo jehož příznaky mohou připomínat depresivní symptomatiku (ztráta energie, únava, bolest hlavy, nespavost aj.), je na místě vždy při prvním záchytu depresivní poruchy. Ani při periodickém průběhu nelze vyloučit a podcenit vznik somatické komorbidity.

**Tabulka 8.1.1.8:** Somatické poruchy, které mohou být doprovázené depresivními stavy

**Poškození CNS:**

tumory (zejména frontální a temporální lalok), urémie, demyelinizace, hepatální encephalopatie, hypoxie, roztroušena skleróza, Parkinsonova choroba, trauma lbi, mozková mrtvice, raná stadia demence, spánková apnoe

**Maligní tumory extrakraniální:**

Zejména ty, které produkují paraendokrinní hormony: bronchogenní karcinom (ACTH), lymfom (paratyroidální hormon, hepatom (inzulín), plicní karcinom (antidiuretický hormon), karcinom hlavy pankreatu, diseminovaná karcinomatóza

**Epilepsie**

**Léky:**

Steroidy, narkotika, antikonvulziva, cytostatika, agonisté dopaminu, hormonální přípravky, kontraceptiva, antihistaminika, sedativa, hypnotika, fenothiaziny, diuretika, reserpin, alfa-metyldopa, inhibitory cholinesterázy, inhibitory prostaglandinů, centrálně působící antihypertenziva, insekticidy, indometacin, cykloserin, vinkristin, vinblastin

**Chemické látky:**

Těžké kovy (olovo, thalium, rtuť).

**Infekce:**

nitrolební, virová pneumonie, hepatitida, virová mononukleóza, chřipka, AIDS, tuberkulóza, syfilis (terciální stadium).

**Jiné choroby:**

kolagenózy: (systémový lupus erythematoses, revmatoidní artritida), Wilsonova choroba

**Migréna**

**Deficity:**

niacin, pyridoxin, elektrolyty, vitamín B12, kyselina listová, thiamin,

**Endokrinní poruchy:**

insuficience hypofýzy, hypotyreóza, diabetes mellitus, hyperparatyreóza, hypoglykémie, hyper- nebo hypofunkce nadledvin (Cushingova nemoc, Addisonova nemoc).

**Psychoaktivní látky:**

alkohol, sedativa a hypnotika, antipsychotika

**Odvykací stavy:**

alkohol, sedativa a hypnotika, kokain, stimulancia včetně kofeinu, nikotin

2. *Depresivního syndromu navozeného psychoaktivními látkami* (alkohol, barbituráty, metamfetamin aj.) *nebo jinými léky* – deprese může být navozena psychoaktivními látkami, které postižený zneužívá a nebo je na nich závislý, je aktuálně intoxikovaný či prožívá odvykací stav (alkohol, opioidy, sedativa a hypnotika, kokain, organická rozpouštědla), ale také jinými léky, používanými v somatické medicíně (steroidy, alfa-metyldopa, antikonvulziva, cytostatika, kontraceptiva, antihistaminika, antihypertenziva) nebo psychiatrii (antipsychotika, benzodiazepiny, hypnotika). K rozlišení slouží průkaz syndromu škodlivého užívání či závislosti (vznik tolerance a abstinenčního syndrom). V případě, že depresivní symptomy jsou součástí klinického obrazu intoxikace či abstinenčního syndromu, měly by vymizet v krátké době po zvládnutí základního stavu či vysazení léků.
3. *Demence* – problém s diferenciální diagnostikou nastává v případě tzv. pseudodemence, tj. příznaků depresivní poruchy, které mohou napodobit demenci. Pro diagnózu deprese svědčí rychlý počátek příznaků, anamnéza depresivní poruchy, chybění zmatenosti a bloudění, normální nález na EEG a CT, měnlivost kognitivního deficitu, chybění rozdílu v deficitu novopaměti a staropaměti.
4. *Schizofrenie* – obtížnou situací může být odlišení deprese s psychotickými příznaky. Psychotické příznaky u depresivní poruchy se objevují na vrcholu depresivní symptomatiky, většinou nikoliv na počátku epizody. Nebývají přítomny inkoherece v myšlení, amputace a imputace myšlenek atd. U postschizofrenní deprese je v anamnéze schizofrenní epizoda.
5. *Schizoafektivní porucha* – diagnóza, která je užívána, pokud nelze rozlišit, zda se jedná o poruchu afektivní či schizofrenní. V jejím klinickém obraze by měly být zastoupeny symptomy obou poruch.
6. *Dysthymie* – klinický obraz dysthymie je oproti depresivní epizodě mírnější. Průběh je vleklý (diagnostická kritéria vyžadují alespoň dvouleté trvání) a není v ohraničených epizodách s remisemi.
7. *Poruchy přízpůsobení* – depresivní příznaky se u poruchy přízpůsobení vyskytují v jasné návaznosti na konkrétní „životní událost“ (psychosociální zátěž). I depresivní epizoda může být spuštěna exogenními faktory a o správnosti diagnostického závěru často rozhodne až průběh onemocnění (výskyt dalších epizod deprese).
8. *Bipolární afektivní poruchy* – diagnózu depresivní poruchy vylučuje přítomnost hypomanické či manické epizody v anamnéze.
9. *Zármutek* – nekomplikovaný zármutek (kupř. ze ztráty blízkého) se často vyskytuje v populaci starých lidí. Jeho příznaky začínají a končí zpravidla do 3 měsíců od smrti blízké osoby či jiné ztráty. Nejsou přítomny autoakuzace, myšlenky na smrt či suicidium, psychomotorické zpomalení, halucinace či patické zaobírání se vlastní bezcenností a výrazné a dlouhé období narušení životního fungování.

10. *Zdvojené deprese (double depression)* – depresivní epizodě předchází přítomnost dysthymní poruchy a její léčba často redukuje depresivní symptomatiku pouze na dysthymní úroveň.
11. *Poruchy osobnosti* – u poruch osobnosti depresivní syndrom neprobíhá v epizodách s jasně ohraničenými remisemi, objevuje se stále se opakující maladaptivní vzorec chování (sebepoškozování se, užívání drog, vztahovačnost, neúspěšné způsoby řešení zátěžových situací atd.). Depresivní symptomy jsou často reakcí na obtíže plynoucí z neadaptivního chování.

#### 8.1.1.1.6 Průběh deprese

Depresivní porucha nejčastěji začíná mezi 25.–35. rokem věku, průměrný věk počátku depresivní poruchy je kolem 27 let. Deprese se však může objevit v kterémkoliv věku, jak v dětství, tak ve vysokém stáří. Příznaky se zpravidla vyvíjejí během několika dnů až týdnů. Neléčená depresivní epizoda trvá 6–24 měsíců. Ačkoliv se uvádí, že depresivní epizoda spontánně končí, 12 % pacientů se nezotaví ani po 5 letech trvání epizody (Keller et al., 1996). Depresivní porucha má jasnou tendenci k rekurenci, a to i při léčbě. U 50 % pacientů, kteří dosáhli remise, dochází k relapsu či rekurenci do 2 let a do 6 let je to dokonce u 90 % pacientů (Keller et al., 1996, Coryell et al., 1994). Po prodělání jedné depresivní epizody je riziko vzniku další epizody v průběhu života 50 % a po 4 epizodách dokonce 90 % (Thase, 1990). Průběh periodické depresivní poruchy je charakterizován zkracováním intervalů mezi epizodami. Pacienti s reziduálními depresivními symptomy jsou ohroženi 4krát vyšším rizikem relapsu oproti pacientům, kteří dosáhli kompletní remise (Paykel et al., 1995). U většiny nemocných dochází v období remise k návratu na původní úroveň fungování. Kolem 12 % pacientů však rozvíjí chronický obraz deprese. Nejzávažnějším rizikem probíhající deprese je suicidium. Odhaduje se, že 10–25 % sebevražd v ČR je důsledkem poruchy nálady a podle retrospektivních psychiatrických autopsií se dokonce zdá, že afektivní porucha je ve skutečnosti v pozadí 70–80 % dokonaných suicidií (Höschl, 2002). Kolem 15 % nemocných s depresivní poruchou ukončí svůj život sebevraždou.

#### 8.1.1.2 KBT pohled – depresivní porucha

V průběhu vývoje kognitivně behaviorální terapie se postupně vyvinuly behaviorální, kognitivní, a posléze i kognitivně behaviorální modely deprese.

##### 8.1.1.2.1 Behaviorální modely deprese

K vysvětlení vzniku deprese bylo vytvořeno několik behaviorálních teorií. Mezi nejdůležitější patří *teorie naučené bezmocnosti* (Seligman, 1975) a její varianty (Abramson, Seligman a Teasdale, 1978), a *teorie redukovaného pozitivního posilování* (Lewinsohn, 1975).

Seligman (1975) vytvořil hypotézu, že deprese se objeví v situaci, kdy osoba pocítuje nedostatečnou vazbu mezi chováním a jeho důležitými důsledky (pozitivními nebo averzivními událostmi). Vytvořil pojem „*naučená bezmocnost*“, kterým po-

pisuje stav pasivity a rezignace. V reformulované hypotéze pak klade důraz na příčiny (atributy), kterým je bezmocnost přisuzována:

1. Očekávání, že se záležitosti budou vyvíjet velmi nepříznivě.
2. Presumpce vlastní neschopnosti ovlivnit, co se bude dít.
3. Přisuzování negativních událostí vnitřním, stabilním a obecným příčinám a pozitivních událostí vnějším, nestabilním a specifickým příčinám.
4. Čím je větší jistota očekávaného averzivního charakteru situace a čím menší je schopnost kontroly, tím větší je motivační a kognitivní deficit. Čím důležitější jsou nekontrolovatelné události, tím větší bude narušení afektivity a sebevědomí.

Abramson et al. (1978) uvádí, že takové atributy mohou nabývat různých dimenzí: osobní (moje) versus univerzální (jejich), globální (všude) versus specifické (jen v této situaci), stabilní (vždy) versus nestabilní (pouze nyní). Tak např. člověk, který přisuzuje selhání na zkoušce faktu, že nemá dost inteligence, používá osobní, stabilní a globální atributy. Naopak ten, kdo si vysvětlí své selhání tak, že zkouška nebyla spravedlivá, si vypomáhá univerzálními, nestabilními a specifickými atributy. Nejhorší citový dopad budou mít negativní události přisuzované vnitřním (osobním), stabilním (neměnným) a celkovým (všeobecným) atributům. Sklon hledat vnitřní příčiny pro selhání a vnější příčiny pro úspěch snižuje sebevědomí. Obecně platí, že čím více jsou postoje k negativní události osobní, stabilní a globální, tím pravděpodobněji se jedinec stane depresivním a bude mít nízké sebevědomí. Ačkoliv teorie naučené bezmocnosti získala podporu ve studiích s nedeprimovanými osobami, které byly vystaveny buď nekontrolovatelné nebo kontrolovatelné averzivní či neaverzivní stimulaci (Miller a Seligman, 1975), je často kritizována (Coyne a Gotlib, 1983).

Lewinsohn (1974) a Lewinsohn, Youngren a Grosscup (1979) předpokládají, že deprese se objevuje jako důsledek snížení pozitivního posilování, k čemuž může dojít vlastně ve dvou případech:

1. pokud pravděpodobnost, že chování individua bude posíleno, je nízká, nebo
2. pokud pravděpodobnost, že jedinec bude posílen, když nedojde k určitému chování, je vysoká (Lewinsohn, 1975).

Celková velikost pokračujícího pozitivního posílení závisí na:

1. množství událostí, které jsou pro danou osobu potenciálně posilující,
2. množství událostí, které se skutečně objeví,
3. rozsahu dovedností, jak získávat z prostředí posílení.

Původní Lewinsohnovy názory byly později změněny (Lewinsohn, Hoberman, Teri a Hautzinger, 1985). Revidovaná teorie zahrnuje navíc fakt, že po objevení se deprese dochází k přerušení některých osobních automatických vzorců chování. To vede ke snížení pozitivního posilování (anebo zvýšení počtu trestajících zkušeností). Výsledkem této sekvence událostí je nárůst negativních očekávání. Následuje zesílení dysforie a změna chování a další kognitivní, interpersonální a jiné důsledky. Lewinsohn et al. (1985) také vytipoval řadu faktorů, které zvyšují zranitelnost ke vzniku deprese. Patří mezi ně ženské pohlaví, věk mezi 20–40 lety,

předchozí historie deprese, nízké adaptační dovednosti, citlivost na averzivní události, nízký socioekonomický status, nízké sebevědomí, snížený práh pro objevení se patologických schémat v postojích k sobě a výchova dětí mladších než 7 let. Rovněž určili některé „imunizující faktory“. Patří sem vědomí vlastní sociální kompetence, vysoká frekvence příjemných událostí a vysoká sociální podpora.

Souhrn předešlých teorií byl včleněn do teorie deprese z hlediska sociálního učení. Ta předpokládá, že psychologické fungování můžeme nejlépe pochopit v termínech kontinuální vzájemné interakce mezi osobnostními faktory (např. kognitivními procesy, očekáváními, výběrem vzpomínek), behaviorálními faktory a faktory prostředí. Chování je interakčně vymezené, nepředstavuje jednoduchou odpověď na vnější podněty. Podle teorie sociálního učení lidé mohou nácvikem získat nad svým chováním kontrolu. Nejsou tedy bezmocní, mohou se stát, kým chtějí. Z pohledu této teorie je naučen nejen typ chování, ale i způsob myšlení a cítění. Depresivní chování je považováno též za naučené. Můžeme se **naučit jednat, cítit a myslet depresivním způsobem**. Z toho vyplývá, že odstranit depresi je možné získáním nových vzorců chování, u kterých je výskyt poruchy méně pravděpodobný. Teorie sociálního učení tedy považuje emoční poruchy za chování, ovlivňované stejnými zákonitostmi učení a vývoje, jako chování „normální“.

#### 8.1.1.2.2 Kognitivní model deprese

V 70. letech 20. století se objevily psychologické teorie vzniku a udržování deprese, z nichž nejznámější je Beckova kognitivní teorie vzniku a udržování deprese. Tento model není v rozporu s existujícími biologickými modely deprese, ale doplňuje je o další faktory, které jsou východiskem pro psychologickou léčbu deprese. Podle Beckovy teorie je deprese naučenou reakcí jedince na vlivy vnějšího prostředí. V dětství se lidé, náchylní později k depresi, opakovaně setkávají s tím, že jsou ze strany svých nejbližších, především rodičů, přijímáni a oceňováni převážně podmíněně, tj. jen pokud splňují určité nároky a kritéria. V důsledku toho se tyto jedinci naučí odvozovat svoji hodnotu od očekávání druhých a od výkonu, který jsou schopni podat. V jejich myšlení se zformují schémata typu „Abych si mohl vážít sám sebe, musí si mě vážít druzí“ a „Abych měl nějakou hodnotu, musím být dokonalý“. Ve svém dalším životě proto tyto lidé vynakládají velké úsilí, aby dostáli nárokům okolí a aby byli ze strany druhých oceňováni a přijímáni. Své vlastní pocity zlosti a zklamání vůči druhým lidem se snaží potlačovat, aby si tyto osoby neodradili. V době před propuknutím deprese se v životě postiženého jedince obvykle objeví určité nezdary, ztráty a krize, zvláště v oblasti mezilidských vztahů. Někdy jde o jednu výraznou událost, často se však jedná o události, které nejsou nijak nápadné a které jako selhání prožívá pouze postižený jedinec. V některých případech se může jednat dokonce o události zdánlivě pozitivní – např. povýšení v práci, které je však spojeno s vyšší odpovědností a většími nároky, takže se člověk, přecitlivělý na možnost selhání, začne obávat, že na svou novou práci nebude stačit. V okamžiku, kdy se dotyčný jedinec cítí odmítán druhými nebo kdy není schopen dostát nárokům, které na sebe klade, se jeho sebeakceptace hroutí a pro-

puká klinická deprese se všemi jejími příznaky. Na základě dysfunkčních kognitivních schémat je mysl pacienta zahlcena automatickými negativními myšlenkami, které Beck popsal jako negativní kognitivní triádu: jde o negativní hodnocení sebe sama, světa kolem a budoucnosti. Postižený přestává být schopen normálně fungovat, nic jej netěší, jakákoli snaha mu připadá marná, propadá pasivitě a beznaději.

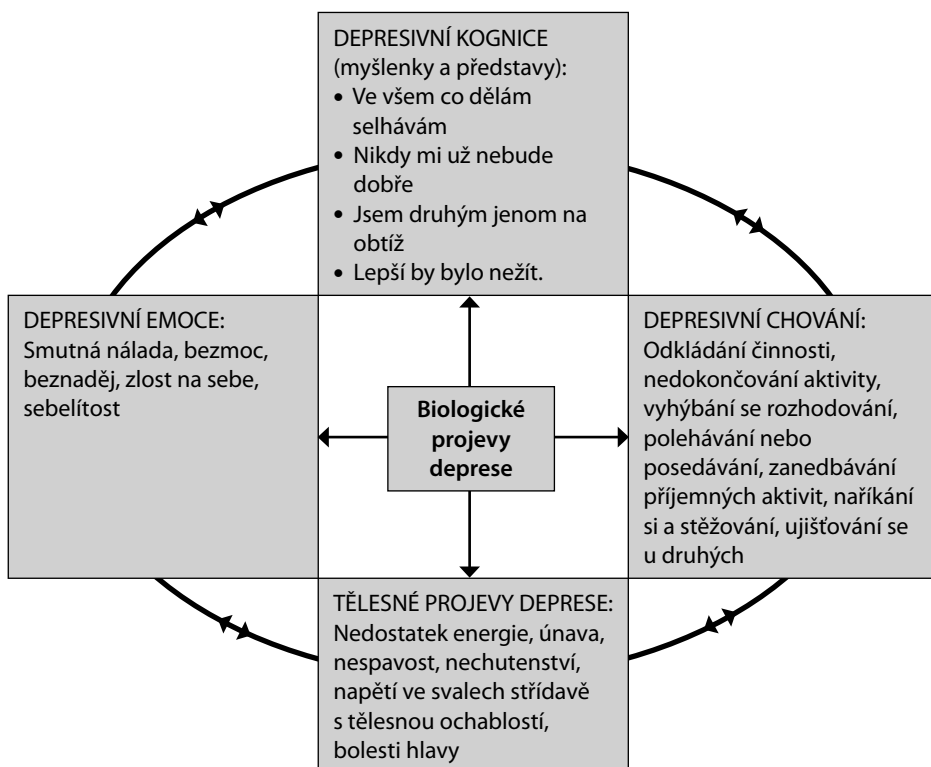
Tradiční pohled na depresivní stavy nabízí představu, že depresivní nálada je prvotní a negativní kognitivní nastavení vzniká druhotně. Naproti tomu podle Beckova modelu se symptomy deprese u člověka rozvinou proto, že jeho způsob myšlení je narušený. Předpokládá se v něm, že deprese je kognitivní problém, ve kterém dominují osobní idiosynkratické „automatické myšlenky“, které se vytvářely během historie člověka, a jejichž maladaptivnosti si není vědom. Tyto negativní ideje ovlivňují vztah k sobě, k okolí, k minulosti i budoucnosti, vznikaly v průběhu vývoje jedince učním. Určité negativní zkušenosti (osobní selhání) vedly k rozvoji přecitlivělosti na podobné události, a tím k vytvoření zranitelnosti k depresi. V Beckových pokusech s nedokončenými větami, v experimentech se sémantickým diferencialem i v obsahu snů depresivních pacientů se vyskytovala opakovaně tato témata: hříšnost, beznaděj a bezcennost. Pacient je vztahuje jak k sobě, tak ke své budoucnosti a ke světu vůbec. Vybavování vzpomínek je pro něj výběrově negativní – vzpomíná, co udělal špatně. Budoucnost pak nevnímá vůbec jako reálnou, nebo si připouští jen omezený výhled do budoucna, obává se dalších selhání. Svoje případné úspěchy nepřipisuje sobě, ale může je přikládat tomu, že úkol byl lehký, že mu někdo pomohl. Z reality selektivně vybírá negativní aspekty. Kognitivní teorie deprese je založena na tomto předpokladu: afektivní odpověď v depresi je určována způsobem, jakým jedinec ideatorně strukturuje svou zkušenost. Korekce negativních konceptů snižuje depresivní symptomy (Murphy et al., 1984).

Kognitivní teorie A. T. Becka tedy vysvětluje emoční poruchy jako *důsledek nepřiměřeného kognitivního zpracování zkušenosti*. Myšlenky, které se depresivnímu často vybavují a neodpovídají skutečnosti, nazývá automatickými; např.

- Nikdy nic neudělám dobře!
- Nestojím vůbec za nic!
- Když si dovolím s někým nesouhlasit, vymstí se mi to!

Čím více je člověk depresivní, tím více svým automatickým myšlenkám věří a nepodrobuje je logické analýze. Čím je automatických myšlenek více, tím více se prohlubuje jeho depresivní nálada a další depresivní symptomatologie. Uzavírá se bludný kruh deprese.

Obrázek 8.1.1.1: Bludný kruh deprese



Podle Becka se na rozvoji a udržování depresivní symptomatiky podílejí hlavně 3 kognitivní fenomény (Beck, 1979):

**1. Kognitivní triáda:** Depresivní pacient pohlíží na sebe, svět a budoucnost následujícím způsobem:

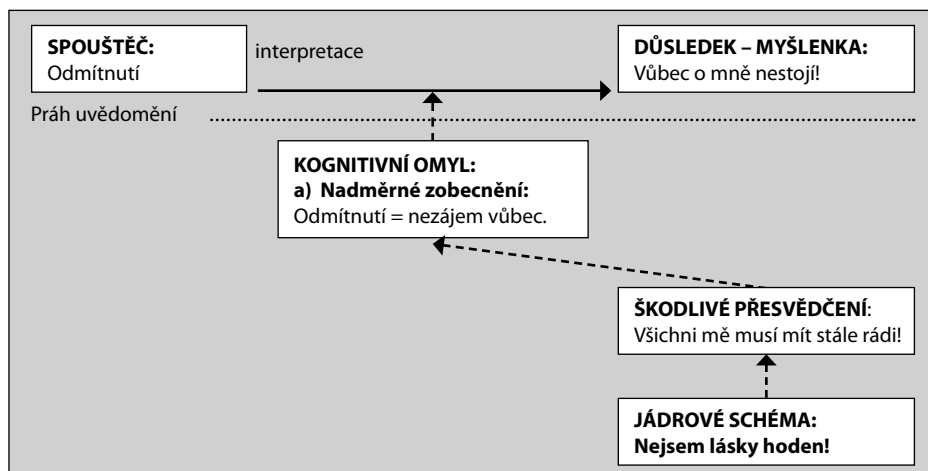
- Negativní sebe-koncepce* – negativní zážitky, které se mu staly, jsou výsledkem jeho defektu, nedostatečnosti. Jde o vidění sebe jako vadného, neschopného, deprivovaného a nežádoucího.
- Negativní pohled na svět* – svět je zakoušen jako špatný, jenom požadující, deprivující, porážející a nedávající, je v něm možné očekávat jen selhání, potrestání a porážku. Úkoly v něm jsou tak těžké, že se v nich nedá než selhat.
- Negativní pohled na budoucnost* – budoucnost buď není vnímaná vůbec nebo zúženě – jako utrpení a deprivace, očekáváno je nepřetržité strádání, bezcennost, bezmoc.

**2. Specifická myšlenková schémata:** Specifická myšlenková schémata jsou stabilní kognitivní vzorce, kterými si člověk interpretuje svou zkušenost. Jsou to základní „tiché“ postoje v centru našeho kognitivního systému, které člověk používá k chápání reality. Myšlenkové schéma vytváří základ pro interpretaci určité události. Pokud je kognitivní schéma maladaptivní, povede vytvořená interpretace k prožívání stresu a k maladaptivnímu chování. Myšlenková sché-



mata se pravděpodobně nejvýrazněji fixují učením během zážitků v raném dětství (Beck, 1979).

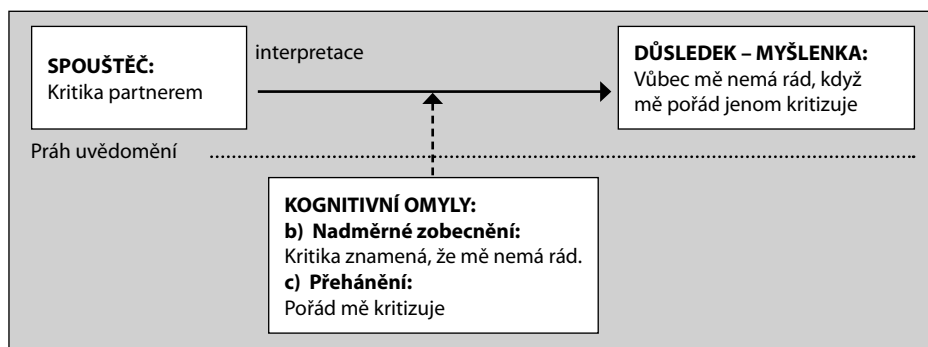
**Tabulka 8.1.1.9:** Grafické znázornění různých úrovní kognitivního zpracování



U depresivních osob mohou taková schémata zahrnovat vidění skutečnosti jako černé, nebo bílé, jako kategorického imperativu, který nedovoluje volbu, popř. jako očekávání, že lidé jsou všichni dobří, nebo všichni zlí. Depresivní člověk se vlastně snaží být co nejdokonalejší (Hirschfeld a Shea, 1983).

**3. Kognitivní omyly:** Kognitivní omyly jsou systematické chyby v myšlení a vnímání, opakované automatické chybné úsudky nebo hodnocení, které vedou k přetrvávání negativních schémat – navzdory opačné skutečnosti (např. vybíráním si detailu a ignorováním jiných důležitých aspektů skutečnosti). Díky kognitivním omylům si postižený jedinec udržuje svá negativní myšlenková schémata a potvrzuje si je zejména ve stresových situacích. Lidé si zpravidla svých kognitivních omylů – chyb v logice – nejsou vědomi. Vědomi jsou si až svých konečných závěrů. Tyto závěry pak mohou vést k depresi.

**Obrázek 8.1.1.2:** Příklad důsledků kognitivního omylu



Tabulka 8.1.1.10: Kognitivní omyly

1) SVÉVOLNÁ DEDUKCE (závěry skokem) vede k tvoření specifických závěrů ze skutečnosti, která jim neodpovídá, někdy i při skutečnosti, která odpovídá opaku. Jde o vyvozování závěrů „skokem“:

- Nedaří se mi to – nedaří se mi nic.
- Pochválili mi to málo – celé jsem to zvorál.
- Zamračila se – něco jsem zkalil.
- Buší mi srdce – mám infarkt.
- Mám divné pocity – blázním.
- Nedaří se ti to – nedaří se mi nic.

Typickými příklady svévolné dedukce jsou „čtení myšlenek“ a „mylné věštby“.

ČTENÍ MYŠLENEK: Můžete mít pocit, že se na vás lidé dívají svrchu. Např. přednesete dobrou přednášku, ale když uvidíte jednoho muže v první řadě, že se nudí, nabudete přesvědčení, že jste nudní. Můžete si také říci:

- Ignoruje mě, protože je to nudné.
- Nudí se a už vícekrát nepřijde na moje přednášky.

Ve skutečnosti může být např. unaven po flámu. Protože očekáváte kritiku, když se ve vaší společnosti mlčí, můžete si mlčení vysvětlit následovně:

Mlčí, protože se chovám hloupě a nechce mi to říci.

Nemluví, protože se se mnou nudí.

Za to, že mlčí, si můžu sám, chovám se nevhodně.

Mlčí, co jsem udělal špatně?

Někdy dokonce můžeme na domnělé odmítnutí nebo domnělou kritiku odpovídat sami odmítáním nebo odvetnou kritikou. Pomocí „čtení myšlenek“ můžeme v zásadě bez příčiny rozbít i dobrý vztah, protože přičítáme určité úmysly a záměry.

NEGATIVNÍ VĚŠTBY: Jako by člověk měl křišťálovou kouli a z ní věstil samé katastrofy, obtíže a negativní osud. Můžeme si předem představit, že se něco zlého stane, ačkoliv tento předpoklad může být nerealistický nebo pouze jednou z možností, které mohou nastat. Tyto „negativní věštby“ vedou k napětí z očekávání, pocitům bezmoci, beznaděje, nechuti k činnosti a aktivitě. Někdy pro napětí z toho, že si člověk negativně věští, opravdu dojde k selhání v samotné situaci.

- Určitě mi bude zase špatně.
- Zítřka to určitě nedokážu, znám se.

2) SELEKTIVNÍ ABSTRAKCE vede k soustředění se na detail vytržený z celého kontextu a k opomíjení jiných někdy více důležitých charakteristik situace.

Nepochopil jsem tuto větu – nedokážu pochopit celou přednášku.

• Sice mě pochválil, ale také našel tuto chybu – chválí mě, aby mě povzbudil, ale celá věc je podle jeho chování mizerná.

• Co se to se mnou děje – proboha, brní mi divně ruce.

3) NEPŘÍMĚŘENÉ ZOBECŇOVÁNÍ znamená zobecnění pravidla nebo závěru na základě pochopení jednoho izolovaného zážitku a použití tohoto zobecnění na situace, které s původní souvisí jen okrajově, někdy vůbec. Drobný neúspěch může být generalizován na celou situaci, případně na celý život. Odmítnutí jednoho požadavku druhou osobou může být pak vnímáno jako totální odmítnutí, neláska. Kritice je rozuměno jako odmítání.

- Nepodařil se mi tento úkol – nepodaří se ani ten druhý – nepodaří se mi nic!
- Jsem nervózní teď – pořád jsem nervózní – nikdy nebudu klidný.
- Nepochválil mě za to – nikdy mě nepochválil – nikdo mě nikdy neocení – není ani za co.
- Nelíbí se mu můj účes – nelíbím se mu – nikomu se nelíbím.
- Vytkla mi moje chování – pořád mi něco vytýká – nemá mě ráda – nikdo mě nemá rád.

4) **MAGNIFIKACE A MINIMALIZACE** (přehánění) – znamenají tendenci hodnotit situace přehnaně, zvýrazněně, s tendencí maximalizovat negativní zážitky, a naopak minimalizovat případné úspěchy. Magnifikace (tj. zvýraznění, zvětšení) přichází vždy, pokud jde o něco negativního – strach, deprese, křivda, neúspěch, neláska, neschopnost, hloupost:

- Udělala jsem chybu, to je hrozné, strašné, zkazila jsem si totálně reputaci.
- Nedokázala jsem pohotově odpovědět – vidí, že jsem hloupá – selhala jsem, budou mě pomlouvat, vysmějí se mi.
- Jsou to strašné pocity, nejde to vydržet, je to hrozné, atd.

Pohled na chybu, omyl, neúspěch, či kritiku nabývá až groteskně gigantických a oblundných rozměrů. Ze všeho, co je neúspěšné nebo nedokonalé, vzniká dojem katastrofy.

5) **PERSONALIZACE** (vztahovačné myšlení) je vztahování vnějších událostí k sobě i v případech, že ve vztahu k nám nejsou. Personalizace je matkou pocitů viny a vyčítání. Může vést k těžkým trýznivým sebeobviněním na jedné straně, na druhé straně až k bludné vztahovačnosti. K personalizaci často dochází v situaci, kdy arbitrárně uzavíráme, že to, co se stalo, je naše vina nebo odráží naši neadekvátnost v situacích, za které neseme malou, nebo dokonce žádnou odpovědnost.

- Dítě neudělalo úkol do školy – jsem špatná matka.
- Mlčí se – je to moje chyba, že mě nic nenapadá.
- Nadřícený se našel na kolegu – určitě vynadá i mně.
- Hádky s partnerkou – určitě to je moje vina.
- To se stalo jenom mně – nikdo jiný takovou nemoc nemá.

Personalizace může vyvolávat narůstající pocity viny. Můžeme získávat dojem zodpovědnosti prakticky za celý svět a cítit se proto paralyzován. Ve své roli učitele, matky, lékaře, syna, manžela, úředníka ap. se setkáváme s lidmi a určitě na ně máme vliv, ale nikdo nemůže očekávat, že bychom je mohli plně kontrolovat.

6) **DICHOTOMNÍ (ČERNOBÍLÉ) MYŠLENÍ** (myšlení „všechno, nebo nic“) se projevuje posuzováním všech zkušeností pouze ve dvou opačných kategoriích, jako extrémně negativní nebo extrémně dokonalé. Své osobní vlastnosti, výkony, vztahy vidíme jen v kategoriích – černé nebo bílé, dobré nebo zlé. Dichotomní myšlení bývá základem pro perfekcionismus. Vytváří strach z každé chyby, každého omylu či selhání, protože to vede k pocitu úplné nedostatečnosti. V extrému pak člověk nedělá nic, aby neudělal chybu.

- Neudělal jsem zkoušku – totálně jsem selhal.
- Neumím to jako on – neumím to vůbec.
- Nepovedlo se mi to dokonale – nejde mi to.
- Buď jsem 100%, nebo jsem úplná nula.
- Když nejsem dokonalý, jsem defektní.
- Když nejsem zralý, jsem nezralý.
- Když nejsem dobrá, jsem zlá.
- Když mě neobdivují, tak mě podceňují.
- Buď jsem zdravý – nebo nemocný.
- Když mě brní prsty – musím být vážně nemocný.

Tento způsob myšlení je nerealistický, protože život stěží může být jen dobrý nebo zlý, nikdo nemůže být jen brilantní a dokonalý, stejně jako nikdo není totálně stupidní a tupý. Podobně nikdo není jen atraktivní a stejně nikdo není jen nezajímavý. Absolutní věci prostě neexistují. Pokud se bude naše myšlení upínat k absolutním kategoriím, budeme asi stále depresivní, protože se pro nás svět stane nerealistickým.

7) MENTÁLNÍ ČERNÝ FILTR (černé brýle) je tendence vybírat negativní jevy ze situací a zpochybňovat, hledat negativní interpretace nebo opomíjet a nevnímat si pozitivních stránek. V interakci je kritika vnímána maximálně, zatímco pochvala bagatelizována. Při srovnávání se s druhými je na druhé použito „růžový filtr“ (ostatní mohou být vnímáni jako šťastní, spokojení, výkonni), na sebe „černý filtr“.

- Určitě se jí nelíbí daleko více věcí, ale ze slušnosti kritizuje na mojí práci jenom tuto část.
- Takovou řeč bych nikdy nepřednesl, mluvím skvěle, zatímco já bych jenom koktal, nic by mě nenapadlo.
- Bylo mi hrozně celý víkend.

Zdá se, že když jsme depresivní, nasazujeme si brýle s černými skly, které odfiltrují pozitivní vnímání a negativní jevy jsou jimi vidět ještě černější.

8) DISKVALIFIKACE POZITIVNÍHO (bagatelizace) je schopnost depresivních lidí proměnit neutrální a pozitivní jevy v negativní. Toto „přemalování na černo“ přichází jaksi nechtíc, ale samozřejmě. Automaticky je každý úspěch zbagatelizován, každá příjemná zkušenost zpochybněna anebo viděna z negativní perspektivy.

Diskvalifikace pozitivního je jedna z nejdestruktivnějších kognitivních dysfunkcí u depresivních osob. Vše, co se podaří, vzniklo buď náhodou, nebo se najde negativní interpretace. Daň, kterou depresivní platí za tuto „dovednost“, je špatný pocit a otrávenost okolí.

- Chválí mě, aby mi udělal radost, ze soucitu.
- Podařilo se to, protože mi všichni pomáhali, ale vlastně nic jsem na tom neudělala sama, jsem k ničemu.
- Podařilo se mi uvařit jen jednoduchý oběd – to však proto, že mi matka pomohla.

9) ARGUMENTACE EMOCEMI (katatymní myšlení) je přesvědčení, že když člověk něco cítí, musí to být absolutní pravda. Neříká „já to tak cítím“, ale „je to tak a tak“. Podobně může soudit o druhých osobách, např. že tento člověk je takový nebo makový (např. je takový nepřímý, nepodívá se do očí ap.), jen na základě povrchního dojmu, nikoliv na základě delší zkušenosti. Tento druh myšlení vede k neblahým omylům, protože naše pocity odrážejí vždy naše postoje a myšlenky. Pokud jsou myšlenky změněny, jak tomu v depresi je, tak nutně musí být změněny i pocity a emoce a vyvozování z nich je tudíž omylem.

- Cítím se vinným – musel jsem něco udělat špatně.
- Cítím se bezmocná – to proto, že moje problémy jsou neřešitelné – nikdy nic neumím vyřešit.
- Nemám chuť nic dělat a z ničeho nemám radost – nic jiného než ležet v posteli nemá cenu.
- Cítím to, jako bych umíral – musí to být něco hrozného.

10) MĚL BYCH TVRZENÍ (musturbace) je pokus motivovat sebe sama tím, že si člověk říká „Měl bych, měla bych, musím“ dělat to a ono. Toto nucení vyvolává pocit tlaku a stresu, řada lidí se ihned cítí otráveně a unaveně. Paradoxně místo motivace k činnosti působí tyto myšlenky opačně. O co více a častěji si říkáme „měl bych“, o to více znechucení budeme. Věty tohoto typu jsou schopny udělat z běžného dne horor. Stálé „měl bych“ vede k napětí a nepohodě a na druhé straně pocity viny z nesplněných „měl bych“ se mohou vytvořit bludný kruh, který vede ke stále hlubší depresi, nespavosti, sexuálnímu selhání ap.

- Měl bych to překonat.
- Dnes musím vyprat všechno prádlo, uklidit byt a učit se s Pepíčkem.
- Musím usnout.

11) ZNAČKOVÁNÍ – je vlastně extrémní formou zevšeobecnění. Když se spleteme, můžeme se označkovat za hlupáka, když jsme chvíli pohodlní, můžeme se označkovat na lenivce. Značkování je vlastně hodnocení, které zredukuje mnohotnost bohatství člověka na jednu negativní značku, např. „blázen, hlupák, ubožák, povaleč“ ap. Sebe-značkování je nejen krutá sebe-tyranie, ale je navíc iracionální. Simplifikace bohatosti každého lidského života do jedné značky je prostě nefér. Podobně to platí i o značkování druhých. Označení někoho za „neschopného“ nebo „agresivního“ na základě jedné události je lež – někomu se určitá věc nepodařila nebo v určité situaci začal nadávat, nebo se nám na jeho chování něco nelíbí, a to je jediné, co můžeme pravdivě konstatovat. Podobně to platí v situacích, které si můžeme označkovat „SILNÝMI VÝRAZY“ – „hrozné, strašné, nemožné“, a pak na nás působí nesrovnatelně emočně výrazněji, než když si řekneme, že byly nepříjemné, obtížné, nebo namáhavé.

- Choval jsem se nemožně.
- Dopadl jsem hrozně.
- Je to strašný pocit.
- Jsem hloupá kráva.
- Vždycky jsem byl zakomplexovaný ubožák.

### 8.1.1.2.3 Interpersonální faktory deprese

Deprese vzniká v kontextu mezilidských vztahů. Mezi typické aktivující kritické události nebo situace patří:

- zármutek po ztrátě blízké osoby,
- neshody nebo problémy ve vztazích,
- změna role,
- nedostatek vztahů.

1. **Zármutek po ztrátě blízké osoby:** Jde o dlouhý a hluboký smutek po ztrátě blízké osoby, nejčastěji partnera, ale také rodiče nebo dítěte. Je pochopitelný, když však trvá příliš dlouho a začne člověka spoutávat v životě, je léčba potřebná. Má pomoci naplno si odplakat ztrátu a dokončit proces smutku a pak pomoci vytvořit nové zájmy a vztahy.
2. **Neshody nebo problémy ve vztazích:** K neshodám nebo problémům dochází zejména v partnerských vztazích, ale rovněž ve vztahu rodič – dítě. U lidí trpících depresí je velmi často problémem, že jednostranně očekávají od svých nejbližších to, co jim blízcí nedokážou nebo nechtějí splnit. Někdy je problémem neschopnost otevřeně svoje požadavky vyjádřit, jindy jde o skryté či otevřené konflikty (nesoulad sexuálního života, mimomanželský vztah, neochota přiznat dítěti vlastní svobodné rozhodování, hádky). Aby bylo možné situaci změnit, je důležité zjistit, v čem je rozpor, přehodnotit očekávání (zda jsou reálná a možná) a naučit se, jak své požadavky říci a jak přistupovat na kompromisy.
3. **Změna role:** Deprese často přichází po neúspěšných pokusech přizpůsobit se vývojovým změnám nebo důležitým životním událostem (jak kladným, tak záporným), jako je svatba, rozvod, narození dítěte, postup v práci, změna kariéry, přechod do důchodu. Vývojové změny přinášejí nové úkoly, často pro oba

partnery, a tím potřebu změnit životní návyky, přerozdělit práci v domácnosti ap. Velmi často si depresivní člověk ani jeho blízcí neuvedomí potřebu změny a rigidně trvají na starých pravidlech chování. Jde zejména o změny, které postižený prožívá jako ztrátu. Ztráta může být zjevná (rozvod), ale i nenápadná (ztráta svobody po narození dítěte, po přijetí odpovědné funkce ap.). Častou změnou je přechod do další etapy lidského životního cyklu. Zvládání přechodu do nových rolí se soustřeďuje na 4 úkoly:

- vzdát se staré role,
- uvědomit si a projevit pocity viny, hněvu, ztráty,
- naučit se nové dovednosti potřebné pro novou roli,
- navázat nové vztahy s lidmi, kteří souvisí s novou rolí.

**4. Nedostatek vztahů:** Deprese bývá také důsledkem dlouhodobé sociální izolace, osamělého života, který přináší málo podnětů. Často je těžké říci, zda izolace předcházela příznakům, nebo příznaky vedly k ní. Většinou platí obě možnosti. Řada lidí prožívajících depresivní poruchu se dostává do tohoto bludného kruhu. Je těžké říci, v kterém bodě tento bludný kruh začíná. Zde je potřebné postupně se začít setkávat s lidmi.

#### **Další interpersonální faktory ovlivňující počátek a průběh deprese:**

Řada depresivních osob má *obavy týkající se vztahů s lidmi*. Tyto obavy mohou být významně přítomné již před objevením se deprese. Mohou být vyjádřené různými způsoby. Nejčastější je strach z odmítnutí, kritiky nebo nezájmu druhých. Může se týkat blízkých osob, spolupracovníků, často je vyjádřen ve vztahu k autoritám. Někteří depresivní lidé se cítí napjatí a úzkostní, pokud jsou s cizími lidmi, hlavně když je jich více. Většina má těžkosti se *sebeprosazením* (např. říci „Ne!“ na neoprávněný požadavek) nebo s otevřeností při vyjadřování negativních i pozitivních pocitů. Jedním z největších vztahových problémů je *závislost na druhých*. Řada depresivních lidí je velmi závislá zejména na hodnocení druhými. S tím souvisí neschopnost odměnit sebe sama a očekávání, že odměna a ocenění přijde z okolí. K depresi patří nadměrná potřeba povzbuzování a oceňování a špatné snášení kritiky, chladu či odmítnutí. Dalším projevem závislosti je snížená schopnost zorganizovat si svůj program. Naopak časté je očekávání, že program bude určován blízkými lidmi.

Depresivní nálada a chování, které jsou většinou dobře patrné pro okolí, vyvolávají různé reakce. Nejčastější reakcí je soucit. Soucit je samozřejmě na místě, avšak *přehnaný soucit* nepomáhá, naopak škodí, prohlubuje jak úzkost, tak depresi, utvrzuje je. Vede u trpícího člověka k automatickým negativním myšlenkám typu:

- Všichni na mně vidí, jak mi je špatně!
- Když mě tak litují, je to se mnou asi opravdu hrozné!

Jiným typem reakce je *agrese*. Nadávání, nucení, aby se postižený vzchopil, a třetání pochopitelně příznaky zhoršuje. Chování, kterým okolí může pomoci, je jiné. Vyžaduje *trpělivost, laskavost, ohledy a vcítění se* do pacientova stavu. Pochopení mobilizuje aktivitu postiženého. Blízkým také umožňuje uvažovat o možnostech jak pomoci. Přehnaný soucit naopak negativní prožitky posiluje. „Pseudopomocí“

je také *falešné posilování* typu: „Neboj se, zakrátko ti bude dobře“ nebo „Když se budeš snažit, vyližeš se z toho“. Svědčí o nedostatku pochopení nebo o bezradnosti toho, kdo to říká. Podobně jako nadměrné litování, i falešné posilování může nakrátko postiženému ulevit, dlouhodobě však nepomáhá.

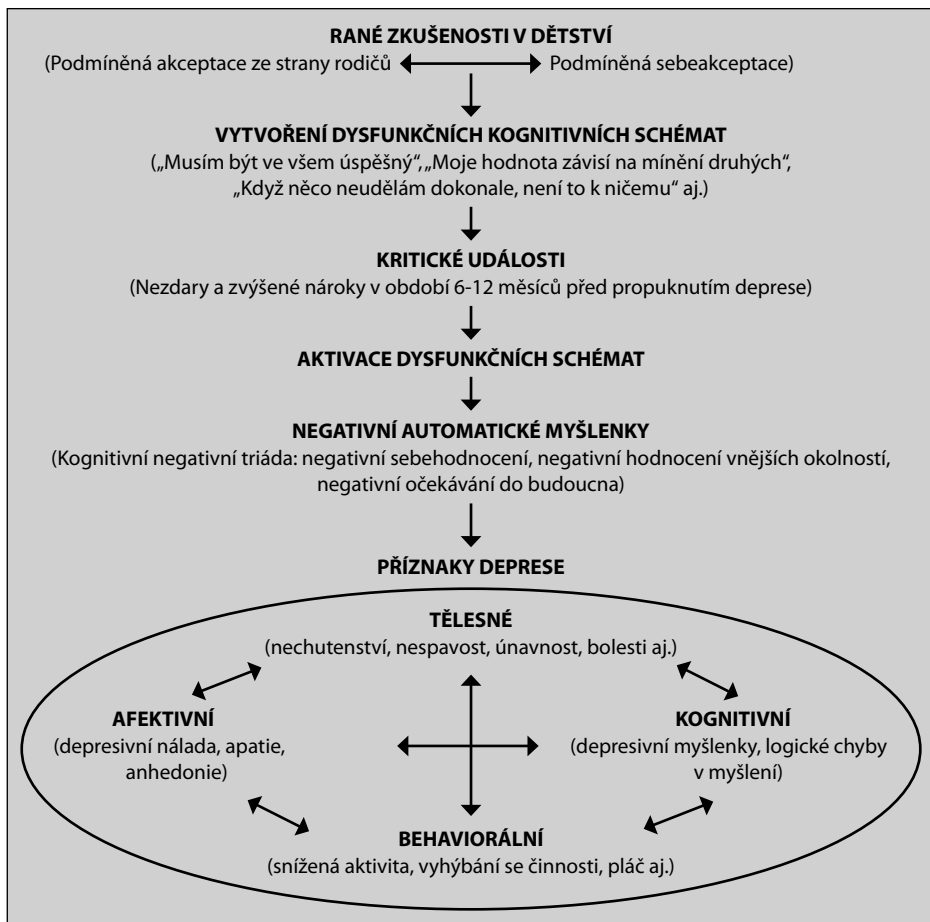
#### 8.1.1.2.4 Kognitivně behaviorální model deprese

Koncem 80. let došlo k integraci kognitivních a behaviorálních přístupů ke vzniku kognitivně behaviorální terapie. V kognitivně behaviorálním modelu deprese jsou shrnuty oba pohledy do unifikované teorie. KBT model uvažuje o premorbidní zranitelnosti, která je velmi pravděpodobně vrozená (zde předpokládá jak genetickou hereditabilitu, tak stresující prožitky matky během gravidity či komplikovaný porod). Pokud u takto vrozeně zranitelné osoby dojde k averzivní časným zkušenostem, kam je řazena ztráta pečující osoby, dlouhodobá nebo opakovaná separace od matky v raném věku, nedostatek povzbuzování a láskyplné péče v batolecím věku, či týrání v průběhu dětství, dojde k vytvoření behaviorálních i biologických vzorců „naučené bezmocnosti“, které se kognitivně projevují jádrovými schémata typu „Jsem bezmocný, neschopný, nikdo o mně nemá zájem, svět je zlý, požadující, neobstojím“. Zpravidla vlivem výchovy orientované na výkon a přijetí, dojde k vytvoření pravidel – podmíněných schémat (přesvědčení), která zdůrazňují, jak se dívat na sebe i svět tak, aby jedinec byl pro rodiče nebo pečující natolik hodnotný, aby ho neopustili nebo netýrali, naopak aby mu dávali najevo, že ho přijímají. Jde o přesvědčení, že musí být stále maximálně výkonný, nesmí nikdy nikoho odmítnout, být poslušný autoritám, neprojeovat vlastní názory a postoje, naopak přijímat názory a postoje autorit. Tyto postoje vedou ke snaživému chování ve škole a submisivní postojům k autoritám. Budoucí depresivní se velmi často dobře učí, hodně pomáhají doma, špatně snášejí kritiku, odmítnutí, potřebují hodně chválit a posilovat od okolí, neumějí říci ne. Nadměrná orientace na výkon a strach z neúspěchu je nutí k nadměrnému učení, později k nadměrně pracovitosti. Jako děti si méně hrají, jako dospělí zanedbávají rekreační aktivity. První epizoda deprese se rozvine zpravidla po psychosociálním stresovém období, spojeném nejčastěji s událostmi jako:

- ztráta důležité osoby (zpravidla té, kterou potřebovali k posílení) jejím úmrtím, rozchodem nebo pouhým vzdálením se (např. při odchodu dítěte na studia),
- konfliktní vztah s blízkou osobou nebo s člověkem, kterého vnímají jako autoritu,
- v době, kdy dochází ke změně role v životě (odchod z domu, přechod ze školy do zaměstnání, narození dítěte, ztráta pracovního místa, odchod dětí od rodičů, odchod do důchodu, handicap při tělesném onemocnění ap.), kdy ztrácejí posílení, která získávali v původní roli, a v nové roli jim schází (může to být i povýšení, kdy jako podřízení byli chváleni, jako nadřízení musí dělat nepopulární kroky a chválení nejsou, navíc se musí sami rozhodovat),
- opuštěnost a sociální izolace (zejména ve stáří, ale také po rozchodu, odchodu dětí ap.).

Jednotlivé stresové události se mohou také kombinovat. Po kritické události dojde k aktivaci dysfunkčních přesvědčení a spustí se bludný kruh depresivního uvažování (automatické negativní myšlenky), depresivních emocí, tělesných příznaků a depresivního chování. Spuštění tohoto bludného kruhu souvisí s rozvojem biochemických změn v mozku (zhoršení neurotransmise serotoninu, noradrenalinu a dopaminu v limbickém systému a prefrontálních lalocích, zvýšení produkce TRH, chronobiologické dysregulaci) i v těle (hyperkortizolémie). Fakt, že myšlení ovlivňuje emoce, neznamená, že negativní myšlení *způsobuje* depresi. Depresi je možno chápat jako výsledný stav interakce řady biologických, vývojových, sociálních a psychologických predisponujících a precipitujících proměnných. Depresivní myšlení není *příčinou* deprese, je její součástí. Myšlenky však mohou v některých případech časově předcházet vznik poruchy nálady a mohou též sloužit jako spouštěč, prohlubovač a udržovatel dalších příznaků. Právě proto jsou vhodným cílem terapeutické intervence.

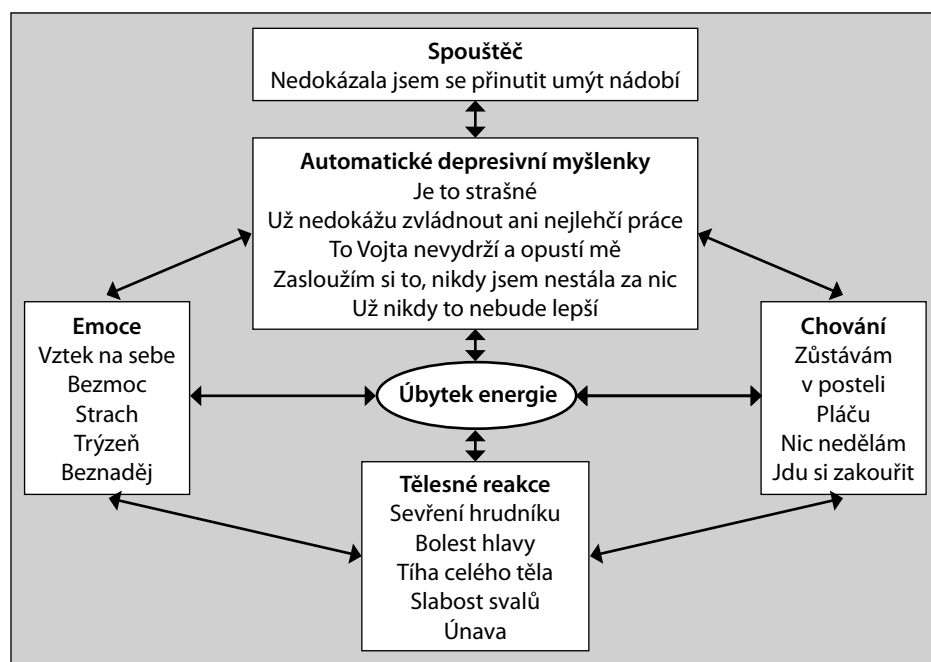
**Tabulka 8.1.1.11:** Kognitivně behaviorální model deprese (podle Fennel, 1989)





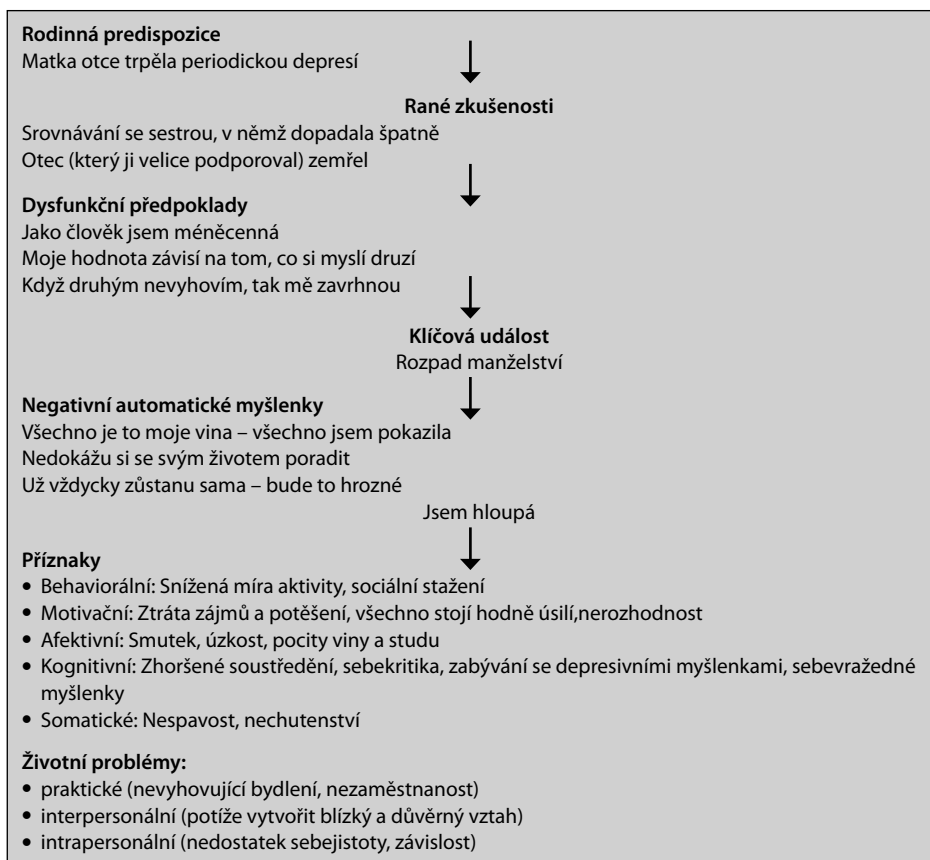
Dysfunkční předpoklady samy o sobě tedy nevedou k rozvoji deprese. Problémy se objeví, když dojde k určitým kritickým zážitkům, které zapadají do systému osobních přesvědčení jedince. Tak přesvědčení, že osobní hodnota závisí výlučně na úspěchu, může při neúspěchu vést k depresi; a přesvědčení, že člověk musí být milován, aby mohl být šťastný, může vyvolat depresi, když se setká s odmítnutím. Jakmile dojde k jejich aktivaci, dysfunkční předpoklady vyvolají množství „automatických negativních myšlenek“ – „negativních“, protože se pojí s nepříjemnými emocemi, a „automatických“, protože se objevují člověku v hlavě samovolně, aniž by byly produktem vědomého procesu uvažování. Může jít o interpretaci přítomných zážitků, o předvídání do budoucna, nebo o zpřítomnění toho, co se událo v minulosti. Tyto myšlenky pak vedou k dalším příznakům deprese: behaviorálním (snížená aktivita, stažení se), motivačním (ztráta zájmu, apatie), emočním (úzkost, sebe-obviňování), kognitivním (zhoršená koncentrace, nerozhodnost) a tělesným (ztráta chuti k jídlu, nespavost). Jak se deprese rozvíjí, negativní automatické myšlenky jsou stále častější a intenzivnější a postupně vytlačují schopnost uvažovat racionálně. Tento proces je posilován stále se prohlubující depresivní náladou. Tím se vytvoří bludný kruh. Čím se člověk cítí více depresivní, tím depresivnější myšlenky se mu objevují v hlavě a tím více těmito myšlenkám věří. Čím jsou jeho myšlenky depresivnější a čím více jim člověk věří, tím více se prohlubuje jeho depresivní nálada. V době, kdy se depresivní příznaky rozvinou, dalším spouštěčem se stávají drobné každodenní události, zejména drobné nezdary nebo trochu náročnější úkoly – postižený se už předem bojí selhání, zpravidla úkoly odkládá, pak si to vyčítá.

**Tabulka 8.1.1.12:** Bludný kruh deprese



Člověk propadající depresi se plně pohrouží do svých automatických negativních myšlenek, na nic jiného se nemůže soustředit. Automaticky předpokládá, že nic nezvládne, postupně ztrácí sebedůvěru a jeho deprese se prohlubuje. Depresivní chování má zpravidla výrazně interpersonální důsledky. Okolí se může chovat soucitně, vstřícně a pomáhajícím způsobem (to vede zpravidla k tomu, že se postižený cítí nejhorší ze všech), ale také kriticky a odmítavě (což si postižený zpravidla interpretuje jako nelásku). Prakticky jakékoliv chování okolí, ať vstřícné nebo odmítavé, ale i neutrální, může být depresivním katatymně interpretováno (argumentace emocemi) a sloužit jako udržovací faktor deprese. Nejdůležitějším udržovacím faktorem deprese však bývá vyhýbavé (projevující se obkládáním činností, nerozhodností ze strachu ze špatného rozhodnutí a vyhýbáním se příjemným aktivitám) a zabezpečovací chování (ujišťování u druhých a přenechávání náročnějších věcí na nich) a depresivní maladaptivní kognice (automatické negativní myšlenky, kognitivní omyly a aktivována kognitivní schémata). Deprese i její léčba pak může vést k dalším problémům v životě (např. partnerská krize, ztráta zaměstnání, sexuální dysfunkce).

**Tabulka 8.1.1.13:** Příklad konceptualizace deprese



V ideálním případě, díky „statutu nemocného“, který depresivnímu jedinci umožňuje snížit nároky na sebe, aniž by pozbyl sebeúcty, díky tomu, že o něj blízcí lidé zvýšeně pečují a ujišťují jej o své podpoře, že užívá antidepresiva a má podporu svého lékaře, depresivní ladění postupně vymizí a jedinec se uzdraví. Protože dysfunkční kognitivní schémata nadále přetrvávají i po odeznění deprese, zůstává zvýšená citlivost na neúspěch a odmítnutí ze strany okolí. Ohrožení další depresivní epizodou trvá. Aktivovat ji může i menší stresor, než tomu bylo při první epizodě. Po několika epizodách deprese může její relaps přicházet i bez zjevné aktivující události, resp. aktivující událostí je běžná denní banalita. Deprese se tak může stát automatickým způsobem řešení životních problémů.

**Tabulka 8.1.1.14:** Základní podmíněná kognitivní schémata u depresivních osob

- Abych byl šťastný, musím být úspěšný ve všem, s čím se setkám.
- Všechno musím zvládnout perfektně. Buď jsem 100%, nebo zcela selhávám!
- Abych byl šťastný, musím být akceptován vždy všemi lidmi.
- Nikdy nesmím vypadat hloupě!
- Pokud udělám chybu, znamená to, že nejsem k ničemu.
- Všichni mě musí mít vždy rádi.
- Nemůžu žít bez toho, aby mě někdo miloval.
- Pokud se mnou někdo nesuslazuje, znamená to, že mě nemá rád.
- Moje hodnota závisí na tom, co si o mně myslí ostatní.
- Až druzí odhalí, jaký skutečně jsem, odmítnou mě.
- Musím být v životě stále šťastný a v pohodě.
- Prožívat smutek je nesnesitelné.
- Život musí být fér.

#### 8.1.1.2.5 Výzkum efektivity KBT u depresí

Účinnost KBT u deprese je dobře prokázána řadou kontrolovaných studií (přehled viz Praško a Šlepecký, 1995). Během posledních 25 let bylo publikováno kolem 80 studií kognitivní nebo kognitivně behaviorální terapie u depresí (APA, 2002). Účinnost KBT v léčbě mírné a středně těžké deprese potvrdila řada kontrolovaných studií (Beck et al., 1985, Blackburn et al., 1986, Hollon et al., 1992, Elkin et al., 1989, Evans et al., 1992). Průměrná změna v psychopatologii ve studiích u KBT je o 66 % (Williams et al., 1997) a ve většině studií se změna udržuje v následujících 12měsíčních katamnézách. Výsledky metaanalýz však nejsou jednoznačné. Některé ukazují, že KBT má vyšší míru účinnosti (effect size) než farmakoterapie (Gloaguen et al., 1998, Dobson 1989, Gaffan et al. 1995, Blackburn and Moore, 1997, Hollon et al., 1992, Jarrett a Rush, 1994), zatímco NIMH studie „Treatment of Depression Collaborative Research Program“ (Elkin et al., 1989), asi nejprecizněji provedená multicentrická studie depresí vůbec, ukázala, že kognitivní terapie, interpersonální psychoterapie a léčba imipraminem se neliší u léčby lehčích a středně závažných depresí, ovšem u léčby těžších depresí byl významně účinnější imipramin. Novější metaanalýza studií, porovnávajících medikaci s KBT u závažnějších

depresí (HAMD vyšší než 20) však ukázala srovnatelnou účinnost (DeRubeis et al., 1999). Zdá se také, že kognitivní terapie (Evans et al., 1992) a kognitivně behaviorální terapie (Praško et al., 1996, Praško et al., 2003) v akutní fázi léčby snižují počet relapsů depresivní poruchy v dalším roce a dvou letech oproti pacientům léčeným pouze farmakoterapií. Naproti tomu u interpersonální psychoterapie tento „profylaktický efekt“ prokázán nebyl (Frank et al., 1990). Jak je tomu u psychodynamické psychoterapie zatím nevíme. Zařazení pacientů, jejichž diagnóza nenaplnuje kritéria depresivní poruchy, a variabilní protokol léčby dynamickou psychoterapií znesnadňuje vyhodnocení její účinnosti (American Psychiatric Association, 2000).

Psychoterapie může být užitečná i během pokračovací a profylaktické léčby (Kasper a Zohar, 2002). Účinnost psychoterapie v pokračovací a profylaktické léčbě nelze zatím pokládat za ověřenou. Jsou k dispozici pozitivní výsledky jak pro monoterapii, tak pro kombinaci s antidepresivou (Fava et al., 1998), ale také výsledky negativní (Kupfer et al., 1993). Kontrolované studie ukázaly, že samotná psychoterapie byla v udržovací léčbě méně účinná než farmakoterapie (Klerman et al., 1974, Frank et al., 1990, Agosti a Ocepek-Welikson, 1997, Appleby et al., 1997), v kombinaci s antidepresivou však účinnější než samotná antidepresiva (Fava et al., 1998, Praško et al., 1996, Blackburn a Moore, 1997, Reynolds et al., 1999).

### 8.1.1.3 Terapeutické přístupy u depresivní poruchy

Depresi lze léčit antidepresivou, psychoterapií, fototerapií nebo elektrokonvulzivní léčbou. Antidepresiva jsou indikována téměř u všech depresivních poruch. Fototerapie (léčba jasným světlem) je indikována u sezónní afektivní poruchy (zimní deprese). Elektrokonvulzivní terapie je obvykle vyhrazena pro těžší formy deprese a rezistentní případy. U mírné deprese může dostatečně pomoci samotná psychoterapie. Od středně těžké deprese jsou však potřebné léky a optimální je kombinace antidepresiv a psychoterapie.

**Psychofarmakoterapie:** Antidepresiva jsou léky, u kterých je účinnost při léčbě depresivních stavů jednoznačně prokázána a kde nehrozí rozvoj závislosti ani při dlouhodobém podávání. *Antidepresiva* jsou velmi účinné léky u depresivních a úzkostných stavů, ale i v celé řadě dalších indikací (např. u chronické bolesti, únavového syndromu ap.) Na antidepresivum reaguje kolem 50–75 % léčených, ovšem plné remise dosáhne asi 40–50 % pacientů. Efekt antidepresiv není okamžitý, ale zpravidla se objeví za 3–6 týdnů podávání. Nedostaví-li se účinek léčby ani po 4–6 týdnech, je vhodné uvažovat o změně antidepresiva. Při farmakorezistentních formách deprese je možné léčbu antidepresivem augmentovat podáním trijodtyroninu, lithia, antipsychotika (přehled viz Bareš a Praško, 2004). V případě dobrého efektu je velmi důležité nepřerušit léčbu antidepresivou předčasně. Antidepresiva upravují aktivitu neuromodulátorů serotoninu, noradrenalinu a dopaminu. V současnosti je dostupná celá řada antidepresiv. Terapeutická účinnost jednotlivých antidepresiv je podobná, rozdíly se mohou objevit v četosti a intenzitě nežádoucích účinků. O výběru vhodného antidepresiva by měl rozhodnout lékař po poradě

s pacientem a vážit poměr zisku z léčby proti možným rizikům. O volbě určitého antidepresiva rozhoduje účinnost – rychlost nástupu účinku, výskyt a typ nežádoucích účinků, pohodlnost dávkování (přednost mají léky podávané 1krát denně), předchozí zkušenosti s lékem, věk a tělesná nemocnost pacienta a v neposlední řadě i cena a nezbytnost doplácení na lék (Bareš a Praško, 2004).

- *Tricyklická a tetracyklická antidepresiva* jsou známa od 60. let, jsou velmi účinná. Jsou však zatížena výskytem nepříjemných nežádoucích účinků (suchost sliznic, zácpa, poruchy močení, zrychlený puls, ospalost, snížení krevního tlaku a závratě). Určena jsou pro léčbu těžších nebo na léčbu rezistentních forem deprese. Patří sem: imipramin, amitriptylin, dosulepin, klomipramin, maprotilin, dibenzepin a další.
- *IMAO (inhibitory monoaminoxidázy)*: Z těchto léků byl u nás k dispozici pouze tranlycypromin. Nyní IMAO na našem trhu chybí. Jedna se o velmi účinná antidepresiva, která mohou pomoci v situacích, kdy jiná antidepresiva byla neúčinná. Jsou účinná i u depresivních pacientů s atypickými příznaky (s panickými záchvaty, nadměrnou chutí k jídlu, sociální fobií, obsesemi ap.) Nevýhodou těchto léků je, že při jejich užívání je nutné dodržovat přísnou dietu – vyhnout se všem potravinám, které obsahují tyramin (např. aromatické sýry, banány, červené víno, kuřecí játra). Rovněž jsou kontraindikované kombinace s některými léky jiných skupin (jiná antidepresiva, léky na srdce, řada neurologických léků a další). Při zanedbání této kontraindikace hrozí prudké zvýšení krevního tlaku.
- *RIMA (reverzibilní inhibitory monoaminoxidázy)*: Jde o skupinu léků s mechanismem účinku podobným IMAO, ovšem bez potřeby držet dietu. U nás je na trhu jediný preparát této skupiny moklobemid. Jde o středně účinné antidepresivum, vhodné také u pacientů s atypickými příznaky, a zejména u lidí trpících sociální fobií nebo panickými záchvaty. Jeho hlavní výhodou je téměř absence vedlejších účinků. Patří mezi jedno z mála antidepresiv, která zlepšuje sexuální fungování.
- *SSRI (inhibitory zpětného vychytávání serotoninu)* patří v dnešní době mezi nejpoužívanější antidepresiva. Zvyšují dostupnost serotoninu na synapsích v mozku. SSRI jsou v současné době lékem první volby při léčbě deprese. Léky této skupiny jsou účinné na všechny formy depresí a také na úzkostné poruchy. Nežádoucí účinky jsou méně časté a jsou z oblasti zažívacího traktu, především v počátku léčby se může objevit pocit nevolnosti s mírným průjemem, většinou stačí snížit dávku a zvyšovat dávky léku pomaleji. Při dlouhodobější léčbě se mohou objevit potíže v sexuální oblasti, především snížení libida. Patří sem: citalopram, sertralin, paroxetin, fluoxetin, fluvoxamin a nejnovější escitalopram.
- *Tianeptin*: Jde o „antistresovou látku“, která v části mozku, která souvisí s emoční pamětí (hipokampus), napravuje důsledky dlouhodobého stresu. Tianeptin je podobně účinný jako předešlé skupiny antidepresiv a má málo nežádoucích účinků (někdy zvýšení energie s neklidem na počátku užívání).

- *Nejnovější antidepresiva* s různým mechanismem účinků působí buď na jeden neuromodulátor nebo na dva a cíl je v podstatě stejný – zvýšit dostupnost těchto působků v mozku s minimem nežádoucích účinků. Zástupci nejnovějších antidepresiv jsou: venlafaxin, milnacipran, mirtazapin, trazodon a reboxetin.

Účinnost AD z jednotlivých skupin a generací je považována za srovnatelnou a pohybuje se mezi 50–75 % z pohledu dosažení odpovědi (American Psychiatric Association, 2000).

**Tabulka 8.1.1.15:** Přehled antidepresiv (Bareš a Praško, 2004)

| GENERICKÝ NÁZEV                                                                     | OBVYKLÁ TERAPEUTICKÁ DÁVKA (mg/den) |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>tymoleptika /tricyklická, tetracyklická/</b>                                     |                                     |
| amitriptylin                                                                        | 75–200                              |
| nortriptylin                                                                        | 75–150                              |
| klomipramin                                                                         | 75–225                              |
| Desipramin                                                                          | 75–200                              |
| Dibenzepin                                                                          | 240–720                             |
| Dosulepin                                                                           | 100–300                             |
| Imipramin                                                                           | 75–250                              |
| Maprotilin                                                                          | 75–150                              |
| Mianserin                                                                           | 30–120                              |
| <b>SSRI – specifické inhibitory zpětného vychytávání serotoninu</b>                 |                                     |
| Citalopram                                                                          | 20–60                               |
| Fluoxetin                                                                           | 20–80                               |
| Fluvoxamin                                                                          | 100–300                             |
| Paroxetin                                                                           | 20–60                               |
| Sertralin                                                                           | 50–200                              |
| escitalopram                                                                        | 10–30                               |
| <b>SARI – serotoninoví antagonisté a inhibitory zpětného vychytávání serotoninu</b> |                                     |
| Trazodon                                                                            | 150 –600                            |
| <b>SNRI – specifické inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu</b> |                                     |
| Venlafaxin                                                                          | 75–375                              |
| milnacipran                                                                         | 75–200                              |
| <b>NaSSA – noradrenergní a specifické serotoninergní antidepresivum</b>             |                                     |
| Mirtazapin                                                                          | 30–45                               |
| <b>NARI – inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu</b>                         |                                     |
| Reboxetin                                                                           | 4–12                                |
| <b>NDRI – specifické inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu a dopaminu</b>   |                                     |
| Bupropion                                                                           | 150–300                             |
| <b>IMAO – ireverzibilní inhibitory monoaminoxidázy typu A</b>                       |                                     |
| tranylcypromin                                                                      | 10–40                               |
| <b>RIMA – reverzibilní inhibitory monoaminoxidázy typu A</b>                        |                                     |
| moklobemid                                                                          | 300–600                             |
| <b>Ostatní</b>                                                                      |                                     |
| Tianeptin                                                                           | 37,5                                |
| extrakt z třezalky                                                                  | 1200–1800                           |
| <i>Upraveno podle Höschl, 2002</i>                                                  |                                     |

Antidepresiv je tedy k dispozici celá řada. Při jejich užívání je důležité *užívat je v dostatečně vysoké dávce a pokračovat v léčbě dostatečně dlouho*. Jednou z chyb, která může vést až vytvoření farmakorezistence, je brát určité antidepresivum jen týden nebo dva a pak pro jeho údajnou neúčinnost přejít na lék jiný. Je proto důležité užívat léky dostatečně dlouhou dobu, i když zpočátku se pacientovi může zdát, že jejich vedlejší účinky (např. útlum, sucho v ústech, zácpa, občas rozmazané vidění, závratě při náhlé změně polohy) jsou výraznější než pomoc, kterou přinášejí. Na vedlejší účinky se však pacient obvykle během 1–2 týdnů adaptuje.

Velmi důležité je také nepřerušit léčbu antidepresivy předčasně, protože to zvyšuje riziko rychlého návratu příznaků deprese. Podávání léků by mělo pokračovat alespoň 6–9 měsíců po dosažení úlevy v symptomech. Pokud jde o opakovanou depresi, je vhodné prodloužit podávání antidepresiv, u bipolární poruchy profylaktických dávek tymoprofylaktika na dobu 2 let. Při 3 a více epizodách na pět let nebo u těžkých závažných opakujících se depresí je vhodné pokračovat v podávání léků celý život.

U mnohých lidí s hlubokou depresí nebo velkou zpomaleností či agitovaností nebo mikromanickými bludy je vhodná **elektrokonvulzivní léčba**. Je užitečná i u nemocných, kteří nereagují na jinou léčbu a u lidí s vysokým rizikem sebevraždy. Elektrokonvulzivní léčba je nejrychlejší a nejspolehlivější metodou léčby těžkých depresí a dosud její účinnost žádná jiná metoda nepřekonal.

Pro lidi trpící sezónní poruchou nálady je nejvhodnější léčbou ranní aplikace intenzivního světla – **fototerapie**. Jasné bílé světlo o intenzitě 2500–10 000 luxů je aplikováno každodenně v časných ranních hodinách po dobu 2–3 týdnů (Praško 1990, 1997, 2004).

Psychoterapie je jedním ze základních léčebných přístupů a je indikována u pacientů trpících lehkou až střední depresí, jejíž klinický obraz je charakterizován přítomností psychosociálních stresorů, intrapsychickými konflikty, interpersonálními obtížemi či komorbiditou poruchy osobnosti (American Psychiatric Association, 2000). Důležitým prvkem je také pacientovo přání. Není znám prediktor výběru psychoterapeutického směru. Přednost by měly mít jasné časově ohraničené terapie, jejichž cílem je redukce symptomů a které mají jasné stanovenou účinnost v akutní léčbě. Ověření účinnosti různých psychoterapeutických směrů je často komplikováno nedostatkem provedených studií, jejich uspořádáním, nehomogeností léčené populace, nedostatečně jasné definovaným protokolem léčby atd. Mezi směry s relativně dobře ověřenou účinností patří kognitivně behaviorální psychoterapie (přehled viz např. Praško a Šlepecký, 1995), behaviorální psychoterapie, interpersonální psychoterapie (Gloaguen et al., 1998, Hodgkinson et al., 1999). Jde o krátkodobé systematické postupy, kde léčba zpravidla trvá 12–16 týdnů.

### Interpersonální psychoterapie (IPT)

IPT je krátkodobá, strukturovaná léčba určená pro ambulantní pacienty s unipolární depresí. Její efektivita byla potvrzena několika kontrolovanými studiemi (Elkin et al., 1989, Hollon et al., 1992, Thase et al., 1997). Podobně jako jiné přístupy

určené k léčbě depresí, IPT začíná edukací pacienta o povaze deprese (deprese je v IPT pojímána jako nemoc) a o vztahu mezi depresivní poruchou a interpersonálními vztahy. IPT se zaměřuje na jednu ze čtyř základních aktuálních interpersonálních problémových oblastí:

1. interpersonální ztrátu nebo smutek,
2. změnu role,
3. interpersonální konflikty,
4. sociální deficity.

Během léčby terapeut s pacientem zevrubně probírají problémovou oblast, pacient se učí diferencovanému pochopení svých interpersonálních problémů a pak způsoby jejich řešení, které jsou jak ve změně postojů k sobě a druhým, tak v nácviku efektivnějších způsobů komunikace, zvládání stresu, plánování času ap. Podobně jako v KBT dostává pacient domácí cvičení, kde řeší úkoly mimo terapeutické sezení. IPT se ukázala být podobně účinná jako imipramin u mírných a středně těžkých depresí, obzvláště je efektivní u prvních epizod (Elkin et al., 1989). Její profylaktický efekt u rekurentních depresí však není dostatečný a neliší se významněji od placeba (Kupfer et al., 1992).

### **Krátká dynamická psychoterapie**

Tento přístup se snaží propojit aktuální konflikty s dětským vývojem, protože je pokládá za manifestaci narušení časné vazby s blízkými. Přesto, že se nevěnuje specificky přímo diagnóze deprese, řada kazuistických sérií a právě probíhající kontrolované studie ukazují, že může pomoci u pacientů s mírnou až středně těžkou depresí (Gruenberg a Goldstein, 2003).

### **Manželská a rodinná terapie**

Je těžké zjistit, nakolik je manželská a rodinná terapie úspěšná v léčbě deprese, protože chybějí studie, které by to prokazovaly. Nicméně vzhledem k tomu, že depresivní epizoda je často spojena s partnerskými problémy a konflikty, které naopak způsobují časnou rekurenci deprese, je manželská nebo rodinná terapie doporučována v době doléčování pacienta. Jediná studie (O'Leary a Beach, 1990) ukazuje, že behaviorálně orientovaná manželská terapie vedla ke zmírnění příznaků deprese.

#### **8.1.1.4 KBT depresivní poruchy**

Kognitivně behaviorální terapie deprese je „aktivní, direktivní, časově ohraničený přístup, vycházející z teoretického předpokladu, že afektivita a chování jednotlivce jsou do značné míry určovány tím, jak strukturuje svět kolem sebe“ (Beck et al., 1979).

V psychoterapii existuje celá řada různých strategií, které mohou depresivnímu pacientovi pomoci. Není vhodné používat příliš mnoho postupů současně. Běžně s pacientem používáme souběžně kolem tří postupů, z nichž jeden je hlavní a další dva podpůrné. Více strategií najednou je nutno použít jen výjimečně. Může to vést k tomu, že pacient se přestane v léčbě orientovat, není mu jasné, co má vlastně dělat, a přestává léčbě rozumět. Proto je lepší přejít k dalšímu terapeutickému



postupu až tehdy, když pacient již předchozí postup zvládl a má jej zažitý. Je třeba také říci, že hranice mezi jednotlivými postupy nejsou nijak přesně vymezeny. Obecně platí, že volba postupu závisí v každém okamžiku terapie na zhodnocení, který problém je v daném okamžiku nejnáléhavější a je nejvhodnějším cílem terapeutické intervence. Rozhodování, který postup u konkrétního pacienta zvolit, nám mohou usnadnit následující otázky (Fennel, 1991):

***Jak hluboká je pacientova deprese?*** Platí, že čím je deprese hlubší, tím méně je pravděpodobné, že pacient bude schopen běžné aktivity. Je-li tomu tak, pak je vhodné začít sledováním a plánováním denních činností, a to i proto, že období, v nichž pacient nic aktivního nedělá, jsou úrodnou půdou pro depresivní přemítání. Je-li však pacient plný sebeobviňujících automatických myšlenek a přitom je vcelku schopen být aktivní, zaměříme se spíše na zachycování a zpochybňování těchto automatických myšlenek.

***Ve které fázi terapie pacient právě je?*** Již na počátku léčby musí terapeut vzít v úvahu přednosti a schopnosti pacienta. Mnozí pacienti spontánně užívají určité samoléčící strategie. Řada z nich je schopna využívat techniku odvedení pozornosti od negativních automatických myšlenek buď tím, že začnou něco dělat, nebo tím, že začnou myslet na něco příjemnějšího. Mnoho depresivních pacientů se také snaží plánovat si denní činnost. Je důležité tyto vlastní strategie zjistit, probrat je s pacientem a případně je upravit tak, aby byly co nejúčinnější. Je vhodné v terapii spíše navazovat na to, co již pacient umí, a volit strategie blízké těm, které sám používá, než přijít s něčím naprosto odlišným.

***Který problém je v současnosti pro pacienta nejtěživější?*** Je nezbytné věnovat se problémům, které pacient sám považuje za závažné a které jej aktuálně nejvíce trápí. Má to ovšem své omezení – musíme vzít v úvahu i naději na příznivé ovlivnění daného problému a současný stav pacienta. Pacient může např. jako svůj největší problém vnímat to, že nemá přítelkyni, ale vzhledem k hloubce jeho současné deprese a z toho vyplývajících chování je pravděpodobné, že by se při snaze o kontakt dočkal jen dalšího zklamání. Proto je třeba zaměřit se na problém, který je v dané době řešitelný. Pokud mají terapeut a pacient rozdílný názor na to, kterým problémem by se měli právě zabývat, je třeba otevřeně prodiskutovat pro a proti jednotlivých možnostech, aby bylo možno dojít ke vzájemné shodě. Obecně platí, že na počátku terapie je vhodnější pokusit se zmírnit hloubku deprese behaviorálními postupy, zaměřenými na změnu zevního chování a aktivizaci pacienta, pak se zaměřit na kognitivní práci s automatickými negativními myšlenkami a až nakonec se zaměřit na řešení sociálních problémů a vztahů.

***Který z problémů je v současnosti nejpřístupnější změně?*** Terapeut musí v pacientovi stále podporovat pocit naděje a vlastní zdatnosti. Proto, a to zejména na počátku terapie, je třeba zvolit k řešení problém, u něhož je velká naděje na dosažení, aspoň drobné pozitivní změny, kterou pacient pocítí. Domácí úkoly je třeba zadat tak, aby v nich pacient dosáhl úspěchů (třeba i malých), které může připisat sám sobě. To ho nejvíce přesvědčí, že terapie je účinná a že se lze naučit depresi vlastním úsilím zvládnout a překonat.

#### 8.1.1.4.1 KBT vyšetření u depresivní poruchy

Diagnóza a stanovení závažnosti deprese, behaviorální a funkční analýza, to vše probíhá od prvního setkání s pacientem. Stanovení diagnózy zpravidla nebývá obtížné; ke zpřesnění diagnózy a komorbidity může sloužit strukturované interview MINI (Lecrubier et al., 1997). V následující tabulce jsou uvedeny některé důležité otázky pro vyšetření depresivního pacienta:

**Tabulka 8.1.1.16:** Kognitivně behaviorální rozhovor – deprese

##### NÁLADA

Jak jste se cítil v uplynulém týdnu? Jak jste se cítil ráno po probuzení? Kdy během dne jste se cítil nejlépe?

Kdy během dne jste se cítil nejhůř? Měnila se vaše nálada den ze dne? Když jste se cítil depresivní, bylo něco, co vám dokázalo náladu aspoň trochu zvednout? Pokud ANO: A když jste se cítil dobře, co vám naopak dokázalo náladu pokazit? Máte dojem, že vaše nálada vůbec nezávisí na tom, co se kolem vás děje? Mohl byste mi popsat svou náladu, když se cítíte opravdu zle – jaké to je?

##### AKTIVITA A POTĚŠENÍ

Jak jste strávil poslední víkend? (Nechte si podrobně vylíčit, co pacient oba dva dny dělal) Je to obvyklý způsob, jak trávíte víkend? Pokud ne, v čem se to lišilo? Co byste raději dělal více (méně)? Proč? U zaměstnaných: Jaké máte povolání? Jak vás baví? Změnilo se to v poslední době? Proč? Jste schopen zvládnout stejné množství práce jako vždycky? Co děláte po práci? U nezaměstnaných: Co děláte přes den? Co jste např. dělal včera? Byl to typický den? V čem se lišil od typického dne? Co obvykle děláte večer? Přestal jste v poslední době dělat něco nebo omezil jste něco, co jste dříve dělával? Jaké potěšení vám působí to, co děláte? Co děláte nejraději? Jak často to děláte? Cítíte se v poslední době neobvykle unavený? Pokud ANO: Můžete mi o tom říci víc? Změnil se váš zájem o sex?

##### SPOLEČENSKÁ AKTIVITA

Jak často chodíte do společnosti, scházíte se s přáteli? Kde se s nimi scházíte, co spolu děláte? Kolik času trávíte se svou rodinou? Uspokojuje vás to? Kteří lidé jsou pro vás nejdůležitější, kterým se svěřujete se svými problémy a pocity? S kým jste nejraději? Jak často se s ním (s ní) vidíte? Cítíte se dobře ve společnosti? Změnilo se to v poslední době? Jak často jste sám? Jak se cítíte, když jste sám?

##### SEBEHODNOCENÍ A DALŠÍ KOGNITIVNÍ ASPEKTY

Co si myslíte, že by o vás řekli druzí – jak by vás popsali? Jak byste popsal sám sebe? Jaké máte dobré vlastnosti? Je něco, v čem byste se rád změnil? V čem? Máte někdy pocit, že jste pro druhé lidi přítěží? V čem? Máte někdy pocity viny? Čeho se týkají? Jaké máte vyhlídky do budoucna?

##### SEBEVRAŽEDNÉ TENDENCE

Cítil jste se někdy tak špatně, že jste uvažoval o tom, že si něco uděláte? ...že jste si přál být mrtvý? Uvažoval jste někdy o sebevraždě? Pokud ANO: Kdy to bylo naposledy? Bylo to i minulý týden? Uvažoval jste, jakým způsobem byste sebevraždu spáchal? Co vám bránilo, abyste to udělal? Už jste se někdy v minulosti pokusil o sebevraždu? Pokud ANO: Kdy to bylo? Co vás k tomu vedlo?

**SPÁNEK**

Jak v poslední době spíte? Máte problém usnout? Jak dlouho vám obvykle trvá než usnete? Budíte se během noci?

V kolik hodin se ráno budíte? Kolik hodin v noci obvykle spíte? Jak se ráno obvykle cítíte? Jak dlouho zůstanete ještě v posteli než vstanete? Stalo se někdy, že jste vůbec nevstal? Jak často se to stává? Proč? Když vstanete, obléknete se hned, nebo ještě nějakou chvíli zůstanete v pyžamu? Lehnete si někdy během dne do postele? Jak často? Proč? Na jak dlouho?

**CHUŤ K JÍDLU/HMOTNOST**

Jakou máte v poslední době chuť k jídlu? Změnilo se to nějak? Přibral jste nebo zhubl během posledních několika týdnů?

**MINULOST**

Jak dlouho už se cítíte tak jako teď? Trvá to celou tu dobu, nebo byla období kdy jste se cítil líp nebo hůř?

Kdy jste si poprvé uvědomil, že jste víc depresivní? Zmizí někdy tyto depresivní pocity? Na jak dlouho – hodiny, dny, týdny? Jak se cítíte, když vaše deprese úplně zmizí? Jak vaše deprese začíná – náhle nebo spíš pozvolna narůstá? Objevuje se vaše deprese zcela z ničeho nic, nebo ji způsobují nějaké události? Jaké? Jak si svoji depresi vysvětlujete? Stalo se vám v poslední době něco důležitého, o čem byste mi chtěl říci? Bylo někdy období, kdy jste se cítil neobvykle dobře a byl jste hodně aktivní? Můžete mi o tom říci něco víc?

**ANTECEDENTY**

Jsou nějaké události nebo situace, které způsobují, že se cítíte depresivní? Pokud ANO: Můžete mi o tom říci víc? Kdy během minulého týdne jste se cítil nejlépe? Co se tehdy stalo? Kdy během minulého týdne jste se cítil nejlépe? Co se tehdy stalo?

**NÁSLEDKY DEPRESE**

Jak by se váš život změnil, kdybyste nebyl depresivní? Ví jiní lidé o vaší depresi? Kteří? Svěřujete se se svými depresivními pocity a myšlenkami druhým? Jak často? Co jim říkáte? Jak druzí lidé reagují na vaši depresi? O čem si obvykle povídáte, když jste s někým pohromadě?

**ŽIVOTNÍ UDÁLOSTI**

Zrekapitulujeme si teď, co jste prožil během posledního roku. Staly během této doby ve vašem životě nějaké důležité události a změny? Pokud ANO: Můžete mi o tom říci víc? Co bylo příčinou? (popisované události) Jak jste na to reagoval/co jste dělal/jak jste to zvládl? Je vhodné projít tyto oblasti: problémy v práci, v rodině, nemoci a úmrtí v rodině či mezi přáteli, jiné problémy.

**MINULÉ A SOUČASNÉ LÉČENÍ**

Berete v současné době nějaké léky? Jaké? Kolik? Jak dlouho? Bral jste v minulosti nějaké léky na depresi? Jaké? Jaký měly na vás účinek? Léčil jste se nějak jinak kvůli depresi? Jak? Kdy? Jak dlouho? S jakým výsledkem?

Základní materiál pro porozumění pacientovi tvoří *automatické myšlenky a představy*. Získáváme je od pacienta následujícími způsoby:

- sdělí při sezení aktuální myšlenky a představy,
- sdělí je při sezení při probírání důležitých událostí minulého týdne,
- sdělí je při sezení, když popisuje plnění domácího úkolu,
- sám si je zapisuje mezi sezeními jako domácí úkol, k jejich rozpoznání mu slouží příklady v příručkách a edukace v sezení,
- „okamžité přehrání“ – pacient, který se náhle cítí depresivní, ale nedokáže si vybavit automatickou myšlenku, si v mysli co nejpodrobněji přehraje, co se právě dělo a co mu běželo hlavou,
- „vybavení vzdálenější vzpomínky“ – pacient si v mysli co nejživěji a nejpodrobněji představuje určitou situaci a pomalu si ji prochází a přitom si vybavuje, co mu běželo hlavou,
- „kognitivní nácvik“ – když si pacient není schopen vybavit své myšlenky v určité situaci, zkusíme si s ním tuto situaci přehrát formou scénky,
- zjištění významu určité události – ptáme: Co to pro vás znamenalo, že se tohle stalo? Jak se hodnotíte? Co je na tom nejhorší?

Zpočátku je třeba, aby se pacient naučil své automatické myšlenky rozpoznávat a zaznamenávat. Proto na ně pacienta upozorňujeme během sezení, když se jej ptáme, co si myslí o sobě, o terapeutovi, o terapii. Vysvětlíme pacientovi charakter automatických negativních myšlenek (ANM) – jsou automatické, přesvědčivé, opakují se a zkreslují skutečnost.

Pokud pacient udá zjevně zkreslené či přehnané myšlenky, či představy, je možno je okamžitě konfrontovat se skutečností, otázkami jako „Co vás vede k tomuto přesvědčení?“, „Jaká fakta mluví ve prospěch této myšlenky?“, „Jaká fakta svědčí proti ní?“ atd.

Ale i když pozorování pacienta souhlasí se skutečností, je možno zkoumat význam těchto skutečných událostí pro pacienta – „Co to pro vás znamená?“ (např. „Co to pro vás znamená, že vám nadřízený oprávněně vytkl vaši chybu?“) V těchto případech totiž mnohdy zjistíme nepřiměřenou interpretaci skutečné události pacientem („Že jsem ten nejhorší pracovník a že mě brzy z práce propustí“).

Kromě jednotlivých konkrétních automatických negativních myšlenek lze zkoumat na názory pacienta na 3 abstraktnějších úrovních:

**I. úroveň abstrakce:** obecné hodnocení určité konkrétní situace (Terapeut: Co to pro vás znamenalo, že jste přišel včera pozdě do práce? Pacient: Že jsem neschopný, nezodpovědný a budu brzy propuštěn!)

**II. úroveň abstrakce:** zevšeobecnění určitých okruhů myšlenek:

- a) opakovaná témata, např. „očekávání, že selžu“, „pocit, že mě druzí odmítají“ ap.,
- b) opakované logické chyby v myšlení – černobílé myšlení, nepodložené závěry, nadměrná generalizace, personalizace ap.,
- c) opakované zkreslené hodnocení situace – např. zaměňování myšlenek a předpokladů za fakta.

**III. úroveň abstrakce:** Obecné postoje a názory pacienta, tzv. schémata, např. Nikdy se mi nic nepodaří!, Když něco neudělám zcela dokonale, nemělo ani smysl s tím začínat! ap.

#### 8.1.1.4.2 Hodnocení a měření u depresivní poruchy

Při hodnocení klinického stavu je vhodné použít některou z klinických škál (např. HAMD, MADRS) v kombinaci se sebehodnoticí škálou (kupř. Beckův depresivní inventář – BDI, Zungová stupnice). Kromě usnadnění hodnocení odpovědi na léčbu může rozdíl mezi výsledkem hodnocení klinickou a subjektivní škálou vést k úvaze o správnosti našeho posouzení pacientova stavu. Kromě hodnocení psychopatologie je na místě zhodnotit i celkovou adaptaci. Jednoduchým hodnotícím nástrojem je Sheehanova stupnice narušení života, na které na analogové stupnici 1–10 pacient při rozhovoru s terapeutem hodnotí míru postižení v pracovní sféře, rodinném a společenském životě.

Součástí hodnocení pacienta jsou antecedenty deprese, typické spouštěče zhoršení nálad, jednotlivé komponenty bludného kruhu deprese, hlubší postoje (maladaptivní přesvědčení a jádrová schémata), bezprostřední a dlouhodobé důsledky depresivního prožívání, modifikující faktory, interpersonální chování k okolí a chování okolí k pacientovi, sociální síť. Velmi důležité je hodnocení rizika sebevraždy. Přístup k behaviorální a kognitivní analýze a funkční analýza jsou podobné jako u ostatních psychických poruch (popis viz obecná část učebnice). Zde zmíníme důležité behaviorální a kognitivní faktory, na které bychom se měli zaměřit.

#### Behaviorální faktory

Pacienti trpící depresí vykazují řadu behaviorálních deficitů a nadbytků. K behaviorální intervenci je potřebné tyto faktory vyhodnotit. Typické behaviorální deficity a nadbytky jsou uvedeny v následující tabulce:

**Tabulka 8.1.1.17:** Typické behaviorální deficity, nadbytky (excesy) a prekursorů deprese (upraveno podle Leahy a Holland, 2000)

| BEHAVIORÁLNÍ DEFICITY                 | BEHAVIORÁLNÍ EXCESY                           | PREKURZORY DEPRESE                       |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------|
| Sociální dovednosti                   | Naříkavost                                    | Manželský nebo vztahový konflikt         |
| Asertivita                            | Negativní či trestající chování k druhým      | Výčitky v rodině, hra na „Černého Petra“ |
| Sebe-odměňování                       | Sebe-kritika                                  | Ukončení vztahu                          |
| Získávání odměn od druhých            | Získávání trestů od druhých                   | Každodenní hádky                         |
| Spánková deprivace                    | Zaspávání nepříjemností                       | Negativní životní události               |
| Dovednost řešit problémy              | Otálení, váhání, odkládání činností           | Problémy v práci či ztráta zaměstnání    |
| Příjemné aktivity                     | Sebetrestání a přemítání nad svými nedostatky | Zvýšená emoční expresivita v rodině      |
| Sebe-kontrola a sebe-řízení           | Pokusy-omyly                                  | Nedostatek řádu rodině                   |
| Schopnost posilovat a odměňovat druhé |                                               |                                          |

## Kognitivní faktory

Zaměřujeme se na tři typy kognitivních distorzí, jejichž příklady jsou uvedeny v následující tabulce:

**Tabulka 8.1.1.18:** Příklady typických kognitivních distorzí u deprese

|                                 |                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Negativní automatické myšlenky: | Značkování: Jsem úplný idiot!<br>Černobílé myšlení: Neudělal jsem zkoušku – totálně jsem selhal.<br>Personalizace: Sám jsem to všechno zavinil svým chováním!<br>Předvídaní budoucnosti: Nikdy mi nebude lépe! |
| Maladaptivní přesvědčení:       | Když se mi něco nepovede, znamená to, že jsem selhal!<br>Pokud jsem teď depresivní, znamená to, že budu vždycky!<br>Moje hodnota závisí na tom, co si o mně druzí myslí!                                       |
| Negativní schémata:             | Nejsem hoden lásky!<br>Ostatní mají na mně nadměrné požadavky!<br>Lidé nesnášejí slabochy!                                                                                                                     |

Součástí základního hodnocení pacienta je také podrobné zmapování předešlých léčebných pokusů, včetně důkladné lékové anamnézy a anamnézy nežádoucích účinků léčby.

### 8.1.1.4.3 Problémy a cíle, léčebný plán u depresivní poruchy

KBT je možno chápat jako jeden z typů řešení problémů. Pacienta trápí celá řada problémů a deprese je jedním z nich. Depresivní myšlení mu brání, aby tyto problémy vyřešil. Vypořádání se s depresivními myšlenkami, emocemi a chováním je tedy pouhým prostředkem, nikoliv cílem samo o sobě: cílem terapie je nalézt řešení pacientových problémů pomocí kognitivně behaviorálních postupů, nejde jen o to naučit pacienta, aby myslel více „racionálně“, nebo aby zvýšil množství příjemných aktivit. Bezprostředním cílem je zmírnění příznaků. Dlouhodobým cílem je, aby se pacient naučil těchto postupů užívat v běžném životě při řešení svých problémů (např. ve vztazích k druhým lidem) a předejít, nebo aspoň zmírnit riziko dalších epizod deprese.

V první fázi terapie je hlavním cílem změnit chování pacienta, zatímco změna způsobů myšlení je náplní až druhé fáze terapie. S každým depresivním pacientem nejdříve vytvoříme individuální plán léčby. Jedná se o jakýsi „vědecký miniprojekt“, při němž vytvoříme hypotézy o antecendtech a důsledcích deprese u daného jedince a pak hledáme takové způsoby myšlení (interpretace a hodnocení faktů) a chování, které by postupně vedly ke zmírnění deprese. Pokud výsledek neodpovídá původnímu očekávání, hledáme ve spolupráci s pacientem jiné způsoby myšlení a chování.

Po identifikaci problémového chování konkretizujeme cíl, např. „Chci přestat odkládat úklid bytu“, „Chci se méně často hádat s manželem o výchově dětí“, nebo „Chci se častěji setkávat se svými přáteli Jardou a Helenou“ ap. Další krok spočívá v pozorování a zapisování základních údajů, týkajících se problému. Tyto údaje pacient sbírá

nejméně týden a na základě toho pak stanovíme jejich výchozí úroveň, tj. kolikrát se pozorované chování během sledované doby vyskytovalo. Během sledování pacienta žádáme, aby si všimal antecendentů (co se stalo před sledovaným chováním) a důsledků (co následovalo po sledovaném chování). Systematickým sebesledováním může pacient zjistit antecedenty i důsledky svého chování, které by jinak považoval za nedůležité a nevšímal by si jich. Poté terapeut spolu s pacientem sestaví týdenní program činností a odměny za splnění určených cílů. Tento program musí být realistický, uspořádaný a pružně přizpůsobitelný v závislosti na tom, jak byly splněny jednotlivé činnosti. Tímto způsobem pacient postupně uskutečňuje plán změny označeného chování. V tomto snažení jej terapeut výrazně povzbuzuje a oceňuje. Spolu s pacientem pak terapeut opakovaně v pravidelných intervalech hodnotí plnění navrženého postupu. V případě, že je pacient spokojen s dosaženými cíli, můžeme program plánování činností ukončit. Pokud se problémové chování znovu objeví, má pacient k dispozici plán na jeho zvládnutí.

Ve většině výzkumných studií bylo pacientům nabídnuto nejvýše 20 jednodinových sezení, která probíhala v prvních 3–4 týdnech dvakrát týdně, a po odeznění akutního stavu beznaděje pak jednou týdně. V praxi je však počet sezení velmi různý. Někteří lidé, zvláště ti, kteří dokázali úspěšně zvládat své problémy předtím, než upadli do deprese, se zlepši již po pěti až šesti vysoce strukturovaných edukačních sezeních. Jiní, jejichž těžkosti trvají již dlouhou dobu, mohou potřebovat plných 20 sezení, někdy i více. I frekvenci sezení je možno upravovat podle potřeby. Sezení jednou týdně dostačuje u méně výrazných depresí. Naproti tomu těžce depresivní hospitalizovaný pacient s poruchami koncentrace a nízkou mírou aktivity má největší užitek z krátkých (např. 20minutových), ale každodenních sezení, která se zaměřují na konkrétní behaviorální úkoly. Ať jsou však počet a frekvence sezení jakékoliv, od počátku by mělo být jasné, že se od pacienta očekává, že si osvojí svépomocné dovednosti a že mu bude terapeut k dispozici jen po určité omezené období.

#### 8.1.1.4.4 Vedení úvodního orientačního vyšetření u depresivní poruchy

Vzhledem k tomu, že jde o první rozhovor, je velmi důležité udělat na pacienta „**dobrý dojem**“, který se pak stane základem **terapeutického vztahu** rozvíjejícího se v následujících sezeních. „Dobrý dojem“ se týká jak uspořádání celé situace (máme na pacienta dost času, telefon je vypnutý, prostředí je klidné a příjemné, nemusel na nás čekat dlouho v čekárně, sedíme oba v důstojné pozici, ve stejné výši, v otevřeném úhlu k sobě), tak našeho chování (od první chvíle dáváme najevo respekt a zájem, chováme se klidně, beze spěchu, empaticky nasloucháme, klademe otevřené otázky, pomáháme strukturovat, poznámky si píšeme jen občas nehučně rukou ap.). Zpočátku **naději pacienta na vyléčení** povzbuzuje zejména jeho **důvěra** k nám – v roli terapeuta. Důvěru čerpá jednak z „dobrého dojmu“, jednak z naší **profesionality** v odborném přístupu. Laik, kterým náš pacient samozřejmě je, oceňuje profesionalitu zejména v systematickém postupu a v umění

propojovat jednotlivé oblasti do smysluplných celků. Proto je důležité vysvětlovat model deprese na příznacích, které nám pacient sám popíše. Z toho automaticky získává dojem, že problematice rozumíme. Dalším krokem na podporu důvěry v nás i léčbu je vysvětlení způsobu, jak bude léčba probíhat. Dále pomáhá rostoucí **sebe-důvěra pacienta**. Pro depresivní pacienty to platí dvojnásob. Tu můžeme povzbudit řadou drobných intervencí již v prvním rozhovoru. Pochválíme způsob, jakým nám prezentoval jednotlivé informace, když společně propojujeme model nemoci, posílíme každou maličkost, kterou pacient pochopil. Jednoduchým vysvětlením modelu deprese pacientovi ulevíme – získá dojem větší kontroly nad poruchou. Kdybychom to měli shrnout do jedné fiktivní pacientovy věty, mohla by znít asi takto:

„Můj terapeut velmi dobře rozumí tomu, co se se mnou děje, a ví, co s tím lze dělat – nyní jsem to sám taky lépe pochopil a vidím cestu, jak se to dá překonat“.

### Struktura úvodního vyšetření

1. **Úvod:** Uvítejte pacienta a představte se mu, vysvětlete mu účel rozhovoru a uveďte, kolik času máte k dispozici.
2. **Popis problémů a symptomů:** Požádejte pacienta, aby svůj problém popsal, pak zaměřte své otázky na jednotlivé klinické projevy, které se s problémem pojí – co pacient v souvislosti s problémem dělá nebo nedělá, jaké má myšlenky a představy, fyziologické pocity, frekvenci, časový výskyt, omezení, počátek, trvání, kolísání, modifikující faktory. Při exploraci problémové oblasti je velmi důležité již v prvním rozhovoru společně s pacientem rozlišovat mezi čtyřmi kategoriemi: chováním, myšlením, emotivitou a fyziologickými reakcemi. Položíme pacientovi řadu otázek, např. *V čem by se změnil život pacienta, kdyby se problém vyřešil? Vedou symptomy k tomu, že něco nedělá, nebo se něčemu vyhýbá? Jaké to má důsledky? Krátkodobé, dlouhodobé? Prožívá pocity beznaděje nebo mívá sebevražedné myšlenky?*

Když pracujeme s depresivním pacientem, je velmi důležité probrat pocity beznaděje a sebevražedné sklony. Jakmile pacient přizná sebevražedné tendence, je třeba zhodnotit, jak moc jsou jeho úvahy vážné, zda už konkrétně promýšlel, jak a kdy by sebevraždu uskutečnil, co mu brání. Když zjistíme u pacienta velmi silné pocity beznaděje a sebevražedné myšlenky, pak právě na ně musíme zaměřit úvodní terapeutickou intervenci. Někteří terapeuti se domnívají, že by s pacientem neměli o sebevraždě mluvit, aby mu tuto myšlenku nevnukli. Ve skutečnosti je pro pacienta často úlevné, když si o těchto myšlenkách může s někým volně promluvit. Sebevražda je obvykle reakcí na přesvědčení, že situace pacienta je nesnesitelná a že se nedá nijak změnit. Sebezničení tedy představuje úsilí vyřešit určité problémy. V diskusi je možno hledat alternativní možnosti řešení, nebo aspoň dojít k dohodě, že toto řešení se odsune, aby terapie dostala příležitost dokázat, že je účinná.

3. **Společně vypracovaný seznam problémů:** Zjištění a zhodnocení současných potíží shrneme do „Seznamu problémů“. Seznam obvykle obsahuje dva typy



problémů: **příznaky poruchy a životní problémy**. Ty druhé se vztahují i k jiným problémům, než je samotná porucha, a mohou s ní být více nebo méně propojeny. **Seznam problémů** vnáší určitý řád do chaosu. Hora nepříjemných prožitků je zredukována na určitý počet relativně konkrétních potíží. Tento proces „redukování problémů“ je rozhodující při navození pocitu naděje, protože ukazuje, že problémy lze postupně zvládnout.

**4. Stanovení jednotlivých cílů terapie:** Cíle vycházející z jednotlivých oblastí problémů si stanovíme během prvního sezení. Pomohou nám přitom otázky jako: „*Co byste si přál, aby se v této oblasti změnilo?*“ a „*Předpokládáme, že terapie začne účinkovat. Co by se pak v této oblasti změnilo?*“ Cíle se v průběhu terapie mohou měnit. Některé se náhle nezdají tak důležité, jiné je třeba pozměnit. Objeví se také cíle nové. Přesto však je pro terapeuta i pacienta důležité cíle si stanovit již na počátku léčby. Napomáhá se tak korekci nerealistických očekávání pacienta a vytvoření měřítka, jímž je možno hodnotit pokrok.

**5. Informace o depresi a o smyslu a postupu terapie:** Vysvětlíme pacientovi, jak bude léčení probíhat. V případě medikace mu dáme informace o mechanismu účinku léků, o délce období, kdy se jejich účinek ještě neprojevuje. Na jeho **vlastních potížích** mu vysvětlíme, co je to deprese a její KBT **model**. Seznámíme ho stručně se smyslem a praxí KBT.

Pacientovi poskytneme informace o **praktických záležitostech**, jako je počet sezení, délka terapie a jak často se sezení budou konat; vysvětlíme mu smysl zadávání domácích úkolů; domluvíme se, jak může s námi pacient může v případě potřeby navázat kontakt a podobně. Důležitější je ovšem jasně a srozumitelně vyložit pacientovi **základní principy terapie**. Prvním z těchto principů je, že depresi je možno pochopit jako následek bludného kruhu negativního uvažování a změněné nálady, jak je popsán výše. Dále, že tento bludný kruh je možno zrušit, tj. že pacient se může naučit „vyhmátnout“ a prověřovat automatické negativní myšlenky a najít realističtější, pomáhající alternativní vysvětlení. Pacient nemusí plně pochopit složitosti kognitivního modelu, ani nemusí nekriticky věřit, že mu terapie pomůže. Spíše jde o dosažení vzájemné shody v tom, že tyto základní předpoklady terapie odpovídají zkušenostem, které pacient se svou psychickou poruchou má, a že je ochoten terapii vyzkoušet. Zjištění, zda má pacient nějaké pochyby a nejistoty, je zvláště důležité tehdy, když předchází terapie u pacienta nebyla úspěšná. Zde může pomoci otevřené vyzvání k vyjádření skepse, např.: „Vím, že už jste se snažil své problémy vyřešit a že se to příliš nepovedlo. Proto předpokládám, že spíše pochybujete, zda tato terapie k něčemu je. Jestli takové pochybnosti máte, byl bych moc rád, kdybyste mi o nich pověděl, abychom se jimi mohli otevřeně zabývat.“ Když pacient otevřeně vyjádří pochybnosti, je možno je konstruktivně probrat, nebo přinejmenším uznat, že pacientův názor má svou cenu („Jsem moc rád, že jste to řekl“), a dohodnout se, že nejlepším způsobem, jak ověřit účinnost kognitivně behaviorální terapie, je vyzkoušet ji.

**6. Zahájení terapie – společné zpracování malého úkolu:** Na základě některé z událostí, které jsme zjistili během popisu problému, společně s pacientem

zvládneme první malý úkol, např. vytvoříme popis jeho vlastního depresivního začarovaného kruhu. Na tomto prvním společném úkolu si pacient uvědomí, jak kognitivně behaviorální terapie probíhá.

7. **Zadání domácího úkolu:** Zadáním jednoduchého domácího cvičení podpoříme spolupráci a aktivitu od prvního sezení. Mělo by být jednoduché – např. vypracování stupnice nálady od -4 do +4, nebo stupnice aktivity, kreslení grafu nálady nebo sledování častých automatických negativních myšlenek. Úkol má být jednoduchý, aby ho pacient zvládl. Někdy je dobré celé úvodní sezení nahrávat na kazetu, kterou pacient dostane sebou. Výhodné je mít manuál pro pacienta, který si může paralelně s terapií studovat. Velmi dobrým prvním úkolem je sebesledování v problémových situacích. Pacient pak do dalšího sezení přináší další informace o svém chování, myšlenkách, emocích a vegetativních reakcích v době, kdy prožívá depresivní příznaky.
8. **Dohoda o dalším sezení:** Na konci sezení je třeba domluvit příští regulérní termín. Pokud léčíme středně nebo závažněji depresivního pacienta, je důležité domluvit i možnost spojení v čase, kdy se nevidíme. Hlavně je třeba dohodnout, co má dělat ve chvíli, kdy se dostaví suicidální myšlenky. Kde může vyhledat nás, kde někoho jiného.

#### 8.1.1.4.5 Léčebné intervence v rámci KBT depresivní poruchy

V následující části stručně popíšeme základní metody KBT, využívané v léčbě deprese. Se všemi jste se už mohli setkat v obecné části, nyní je aplikujeme u depresivního pacienta. Konkretizujeme si u deprese následující metody:

- a) psychoedukace,
- b) postupné zvyšování aktivity,
- c) rozvinutí nových sebesilujících vzorců (sebe-odměňování),
- d) odvádění pozornosti od automatických negativních myšlenek,
- e) kognitivní restrukturalizace,
- f) akomodace dysfunkčních kognitivních schémat,
- g) řešení problémů,
- h) ukončení terapie,
- i) program prevence relapsu deprese založený na nácviku uvědomování (mindfulness).

##### **a) Psychoedukace**

*Objasnění všeobecných i konkrétních principů terapie.* Je třeba, aby pacient chápal a přijal principy terapie a jednotlivé terapeutické postupy. Terapeut vysvětlí pacientovi teoretická východiska terapie, seznámí jej s kognitivně behaviorálním modelem vzniku a udržování deprese a seznámí jej se základními terapeutickými postupy. Zdůrazní, že terapie může být úspěšná jen jako spolupráce terapeuta a pacienta a že pouze pacient může poskytnout potřebné údaje, především o svých myšlenkách a o svém jednání. Je vhodné, když pacient dostane informace o principech kognitivně behaviorální terapie *písemně*.

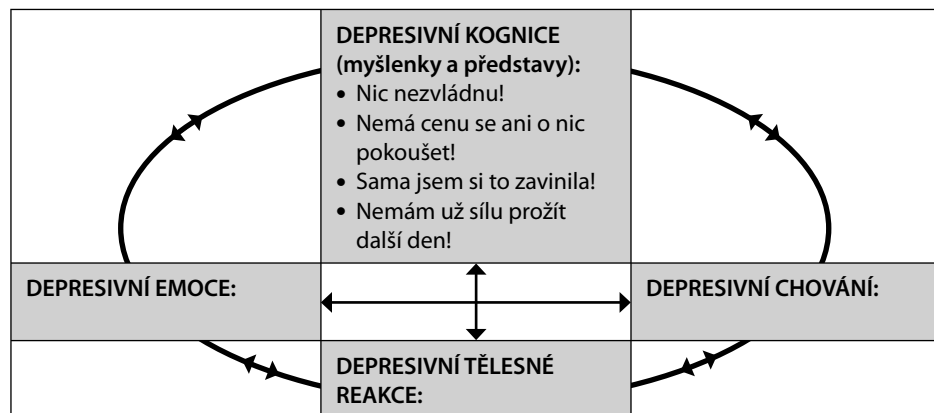
*Prozkoumání minulosti, rozvoje příznaků a současného stavu.* Jde o velice důležitou část terapie. Terapeut se na základě prozkoumání životní historie snaží dospět k hypotéze, pod vlivem jakých zážitků se formovaly současné názory a postoje pacienta. Přitom se zaměří jak na zjištění stresujících zážitků, tak na způsob, jakým pacient na tyto zážitky reagoval. Důraz při vyšetření klademe na konkrétní problémy pacienta, ne na jeho příznaky.

Psychoedukace probíhá v celém průběhu terapie. Vzhledem k tomu, že celá terapie je založena na vzájemné spolupráci pacienta a terapeuta, je nezbytné, aby pacient chápal, jak terapeut jeho problému rozumí a jaký je smysl jednotlivých terapeutických metod. Proto je třeba po vyšetření pacienta seznámit s kognitivně behaviorálním modelem deprese a vysvětlit mu souvislost mezi jednotlivými příznaky. Didaktické aspekty zahrnují výklad o povaze kognitivní trias a mylné logice spolu s vysvětlením vztahu mezi depresí a myšlením, emocemi a chováním. Je potřebné pacientovi vysvětlit pojem „automatických negativních myšlenek“, pojem „logických chyb v myšlení“ a „dysfunkčních kognitivních schémat“. Je důležité aby pacient věděl o tom, že negativní sebehodnocení („Nestojím vůbec za nic“), eventuálně i negativní hodnocení vnějších okolností („Lidé jsou špatní a nedá se jim věřit“) a negativní očekávání do budoucna („Nikdy se nebudu cítit lépe“, „Moje situace se nedá zlepšit“), patří k projevům deprese. Je dobré při vysvětlování vycházet z konkrétních informací, které získáváme od pacienta, aby pacient získal důvěru, že mu terapeut rozumí a že mu dokáže pomoci. Také plánování domácích úkolů musí probíhat formou spolupráce a pacient musí jasně chápat smysl jednotlivých domácích úkolů.

Když společně s pacientem kategorizujeme příznaky a problémy, přecházíme vlastně již k **vysvětlení modelu deprese**. Můžeme to udělat např. takto:

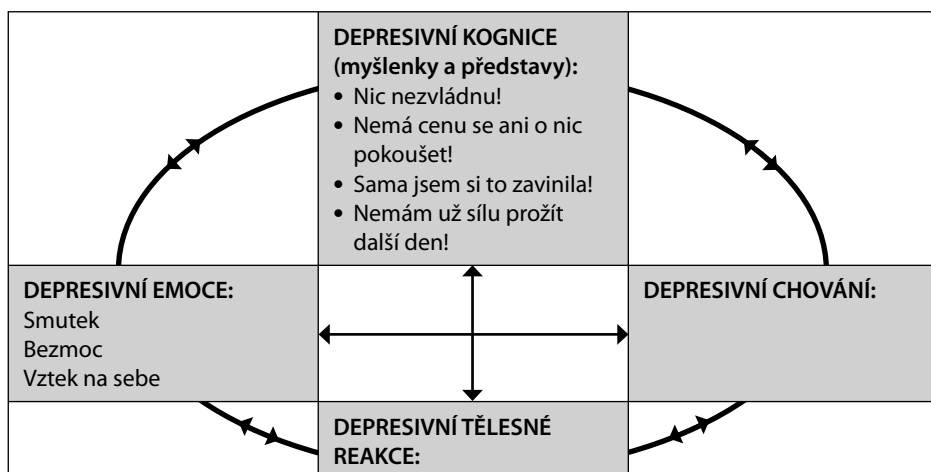
„Z toho, o čem jsme spolu hovořili, je patrné, že trpíte depresí. Pro depresi je typické, že se člověk zabývá velmi nepříjemnými myšlenkami. Vy jste zmínila, že si často říkáte...“ (přitom terapeut píše tyto myšlenky do rámečku):

**Obrázek 8.1.1.3a:** „Bludný kruh“ deprese



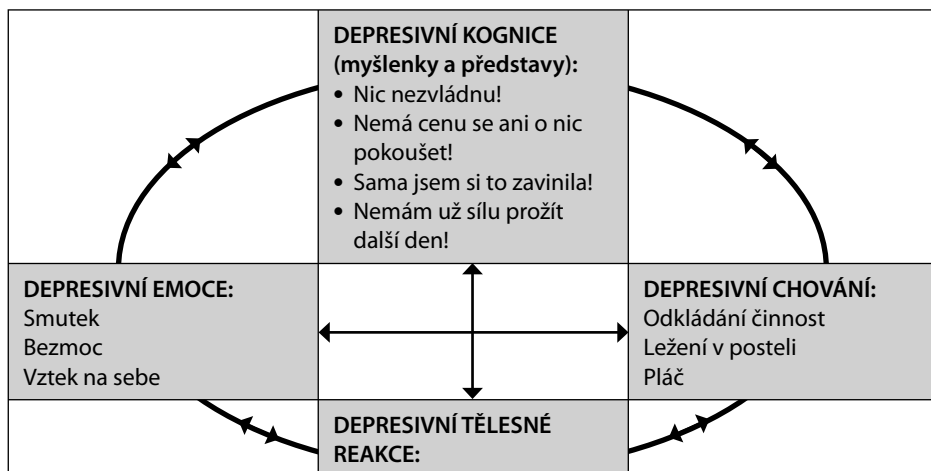
Když si toto sama říkáte, jak se potom cítíte? Jakou máte náladu? Ano, cítíte se pak mizerně, je vám smutno a cítíte bezmoc a vztek sama na sebe. Je to tak? (přítom terapeut popisuje další rámeček).

Obrázek 8.1.1.3b: „Bludný kruh“ deprese



Jak je vidět, tyto negativní myšlenky mohou souviset s tím, jak se člověk cítí. Když takto negativně přemýšlíte a přitom se cítíte smutně, bezmocně a máte vztek na sebe – mívá to nějaký vliv na to, co děláte, jak se chováte? Ano, pak nezačnete nic dělat, zůstanete ležet v posteli, někdy pláčete. Je to tak? (popisuje přítom další rámeček)

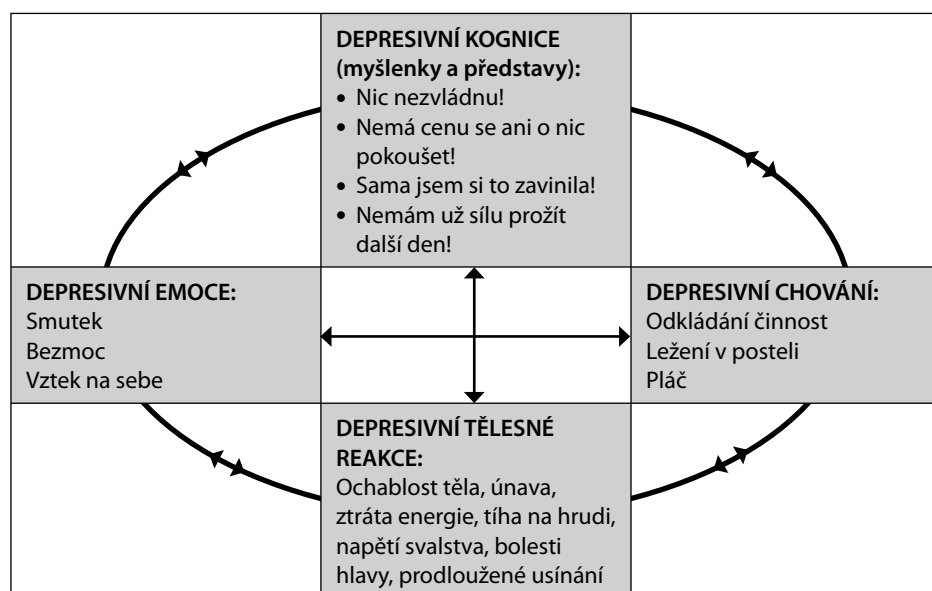
Obrázek 8.1.1.3c: „Bludný kruh“ deprese



Podívejte se, jak to spolu může souviset. Člověk má negativní myšlenky, cítí se potom depresivně a zároveň se depresivně i chová. Navíc dochází ke zpětnému ovlivňování ve

všech směrech. Když ležíte v posteli celé dopoledne, co si o tom myslíte? ...ano, myslíte si, že nestojíte vůbec za nic. A když si řeknete, že nestojíte vůbec za nic, jak se cítíte? ...ano, máte vztek sama na sebe. Vidíte, takto vzniká bludný kruh deprese. Ještě si však musíme spojit, co se děje s tělesnými pocity a se spánkem. Říkáte, že cítíte smutek, bezmoc a vztek na sebe. Jak se cítíte tělesně, když cítíte smutek a bezmoc?...ano, celé tělo je jakoby ochablé, unavené, bez energie. Cítíte tíhu na hrudi. A jak to vypadá, když máte na sebe vztek? ...Pocítujete velké napětí, začne vás bolet hlava... Velmi dobře to popisujete. Vidím, že začínáte rozumět, jak tyto věci spolu souvisí (přitom kreslí další rámeček, do něhož zapisuje tělesné pocity pacientky). Když se vám večer v hlavě honí myšlenky, které jste mi popsala – myslíte, může to mít vliv na to, jak se vám usíná?... Ano, máte pravdu, člověk, když si stále něco vyčítá, nemůže ani usnout.

Obrázek 8.1.1.3d: „Bludný kruh“ deprese



Všechny tyto čtyři oblasti našeho prožívání, o kterých jsme nyní mluvili, souvisí s naším metabolismem, a to zejména s množstvím energie, které máme k dispozici. Tento bludný kruh je velmi vyčerpávající, takže většina depresivních lidí má pocit totální ztráty energie, a tím i výkonnosti a radosti. Nemají již dost energie na to, aby se mohli vůbec z něčeho těšit. Jak je tomu u vás?

Model deprese na pacientových příznacích vysvětlujeme opakovaně v průběhu terapie, při nových vysvětleních však již stačí kratší forma:

Např. „Pokud vám dobře rozumím, když se vám něco nepodaří, a může to být maličkost, např. když jste připálila vejíčka, vede to k výraznému zhoršení nálady. Sama sobě říkáte: „Jsem k ničemu. Už ani domácnost nezvládnou. Jsem úplně neschopná, ap.“ A když vám letí hlavou tyto automatické myšlenky, cítíte se mizerně, za chvíli prožíváte smutek, beznaděj,

bezmoc. Pak přestanete dále něco dělat a lehnete si do postele. Ovšem automatické myšlenky se tam ještě znásobí, pokračujete v sebevyčítání, cítíte se ještě hůře a zůstáváte v lůžku celý den. Porozuměl jsem tomu správně?”

Poté, když jsme pacientovi vysvětlili zjednodušený model deprese, potřebujeme podobně vysvětlit, jak může působit **léčba**. Nejjednodušší způsob je postupně domalovat šipky ke schématu, kterým jsme znázornili model poruchy. Může to vypadat např. takto:

Máme několik možností, jak situaci, ve které se nacházíte, postupně změnit. Potřebujeme přerušit bludný kruh deprese, který jsme si před chvílí vysvětlili. Asi nejjednodušší na počátku bude postupně zvýšit aktivitu. Když budete postupně aktivnější, přestanete si tolik vyčítat, že nic nezvládnete. Narůstající aktivita postupně povede ke změně v myšlenkách, náladě i tělesných projevech. Ovšem vzhledem k tomu, že nyní máte jen velmi málo energie, musíme pokračovat velmi opatrně a zvyšovat plánované množství aktivity jen pozvolna. Jinou možností je změnit depresivní myšlenky. Ty totiž výrazně mění náladu i aktivitu. Taky to nepůjde najednou, protože tyto myšlenky jsou automatické a většina lidí v depresi jim příliš věří. Měnit depresivní myšlenky se však postupně v jednotlivých setkáních budeme učit. Nálada se přímo měnit nedá. Je však možné ji měnit postupně tím, že odbouráte depresivní myšlenky a zvýšíte aktivitu. Nejvýrazněji mění náladu zvýšení množství příjemných aktivit. Ty zahrneme do každodenního plánování aktivity. Tělesné reakce lze přímo změnit jedině relaxací. Vzhledem k tomu, že nácvik relaxace v depresi je obtížný a bude trvat po celou dobu léčby, nemůžeme s rychlým ústupem tělesných příznaků počítat. Budou odeznívat pozvolněji se změnou v ostatních oblastech.

Vzhledem k tomu, že většinu pacientů se středně těžkou a všechny pacienty s hlubokou depresí budeme léčit zároveň i antidepresivy, je velmi důležité do stejného modelu zahrnout i efekt farmakoterapie. Vysvětlíme tedy depresivnímu pacientovi, že léky postupně umožní nápravu narušené rovnováhy mozkových hormonů – serotoninu, noradrenalinu a dopaminu, což povede ke vzrůstu pocitu energie, vymizí vysilující napětí a paralelně s tím dojde i ke zlepšení nálady a k vymizení tělesných projevů deprese. Efekt léků se však objeví až v průběhu 3–6 týdnů, dříve s ním nemůžeme počítat.

V další části rozhovoru dohodneme **strukturu** dalších setkání. Sdělíme pacientovi, že se budeme stýkat zpočátku 2krát týdně, pak 1krát týdně po dobu jeho deprese, pak bude následovat několik setkání 1krát za 14 dnů, kdy budeme probírat způsoby, jak zabránit tomu, aby se deprese zopakovala. Když ukončíme tuto přípravu, setkáme se ještě po 3 a 6 měsících na přehled stavu (v případě rekurentní deprese plánujeme kontroly minimálně na 2 roky). Jedno sezení bude trvat 45 minut. Je výhodné, když je doba sezení pravidelná.

Terapie však probíhá i mimo sezení – v domácích cvičeních, na kterých se na konci každého sezení dohodneme a na počátku dalšího sezení je probereme. Ubezpečíme pacienta, že z domácích cvičení nemusí mít strach, jejich zadání budeme připravovat společně a tak, aby je byl schopen zvládnout.

Abychom pacientovi ukázali, jakým způsobem bude naše práce v setkáních vypadat, již v prvním rozhovoru ponecháme čas na společnou práci – je nutno **navázat spolupráci**. První společný úkol vychází z toho, co nám přineslo orientační vyšetření. Většinou volíme ze tří alternativ:

- a) práce s aktivitou (u pacientů s abulií, odkládajících aktivity, polehávajících v posteli ap.),
- b) práce s automatickou myšlenkou (u pacientů aktivních, ale plných sebevýčitek, starostí ap.),
- c) kombinovaná práce s aktivitou a myšlenkami (u většiny pacientů).

První společný úkol by měl být jednoduchý a krátký. Je potřebné, aby pacientovi přinesl okamžitý pozitivní důsledek, minimálně v tom, že ho pochválíme, ale lépe v tom, že sám něco pochopí.

- a) Pokud pracujeme s aktivitou, společně s pacientem popíšeme hodinu po hodině seznam aktivit v posledních dvou dnech. K tomu vypracujeme měřítko nálady od -4 do +4 a odhadneme, jakou náladu na tomto měřítku v tu kterou hodinu měl.

**Tabulka 8.1.1.19:** Měřítko pro vlastní bodovací stupnici hodnocení nálady

| HODNOTA<br>NÁLADY | MĚŘÍTKO                                                                                                                                                   | SITUACE V MÉM ŽIVOTĚ, KTERÉ<br>ODPOVÍDAJÍ TÉTO NÁLADĚ |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| + 4               | vynikající výjimečná nálada, (velký úspěch, zjištění, že ten, koho miluji mi to opětuje, narození dítěte, ap.)                                            |                                                       |
| + 3               | výborná nálada, pocit štěstí a pohody, všechno jde od ruky, úspěch                                                                                        |                                                       |
| + 2               | dobrá nálada, příjemné prožívání, pohoda                                                                                                                  |                                                       |
| + 1               | lehce nadprůměrná nálada, celkem příjemný den, ale zase nic extra                                                                                         |                                                       |
| 0                 | běžná nálada, ani dobrá, ani špatná, „provozní nálada“                                                                                                    |                                                       |
| - 1               | lehce podprůměrná nálada, ještě ne vyloženě špatná, drobný neúspěch                                                                                       |                                                       |
| - 2               | Podprůměrná nálada, začíná omezovat chování pro nechuť, rozmrzelost, nerozhodnost, špatně se činnost začíná, těžší je soustředění                         |                                                       |
| - 3               | Výrazná depresivní nálada, brání již hodně provozu, člověk se musí vyloženě nutit, je schopen být v činnosti minimum hodin denně, schází prožitky radosti |                                                       |
| - 4               | Extrémně špatná nálada, „úplně na dně“, není již možná téměř žádná činnost, snížená schopnost až neschopnost se najíst, umýt, obléknout                   |                                                       |

Přesto, že retrospektivní hodnocení nálady je nepřesné a většinou monotónní, můžeme se ptát pacienta, zda nebyl přece jen rozdíl v tom, jak se cítil při určité konkrétní aktivitě, ve srovnání s jinou konkrétní aktivitou. Pacienta tím učíme diferencovat své pocity. Na konci ho pochválíme za společnou práci, a pokud je to možné, ukážeme, jak určité aktivity souvisejí častěji než jiné s určitou náladou. Jako domácí cvičení dostává pacient záznam aktivit po hodinách až do dalšího setkání, s paralelním hodnocením nálady.

### Graf ke sledování denní nálady

Instrukce: Po celou dobu zvládání deprese si vedte graf ke sledování nálady.

- Prosím, posuďte svoji náladu za tento den (jak dobře, anebo jak špatně jste se cítil(-a)) na 9bodové škále.
- Pokud jste se cítil(-a) skutečně výborně (nejlépe, jak jste se dosud cítil(-a)), označte +4.
- Pokud jste se cítil(-a) skutečně špatně (nejhůř, jak jste se dosud cítil(-a)), označte -4. Když to bylo průměrně, nebo smíšeně, označte 0.
- Pokud jste se cítil(-a) většinou hůře, dejte záporné číslo mezi -2 až -3.
- Pokud jste se cítil(-a) většinou lépe, dejte kladné číslo mezi +2 až +3.

Nezapomeňte, že nízká čísla označují, jak jste se cítili špatně, a vyšší čísla, jak jste se cítili dobře. Běžná „provozní nálada“ kolísá mezi -1 až +1. Pod graf si do řádku krátce zaznamenejte případné události, které měly na vaši náladu vliv.

| Den v týdnu:                                                                 |     | Pondělí | Úterý | Středa | Čtvrtek | Pátek | Sobota | Neděle |
|------------------------------------------------------------------------------|-----|---------|-------|--------|---------|-------|--------|--------|
| Datum:                                                                       |     |         |       |        |         |       |        |        |
| BDI:                                                                         |     |         |       |        |         |       |        |        |
| NÁLADA                                                                       |     |         |       |        |         |       |        |        |
| Velice šťastná                                                               | + 4 |         |       |        |         |       |        |        |
| Výborná                                                                      | + 3 |         |       |        |         |       |        |        |
| Lepší                                                                        | + 2 |         |       |        |         |       |        |        |
| Běžná provozní                                                               | + 1 |         |       |        |         |       |        |        |
|                                                                              | 0   |         |       |        |         |       |        |        |
|                                                                              | - 1 |         |       |        |         |       |        |        |
| Mírně depresivní                                                             | - 2 |         |       |        |         |       |        |        |
| Středně depresivní                                                           | - 3 |         |       |        |         |       |        |        |
| Nejtěžší deprese                                                             | - 4 |         |       |        |         |       |        |        |
| Události, které nejvíce ovlivnily náladu v pozitivním nebo negativním smyslu |     |         |       |        |         |       |        |        |



b) S *kognitivní restrukturalizací* přímo začínáme u pacientů, u kterých není podstatně postižena aktivita, tedy většinou u pacientů s lehčí depresí. Zde vybereme ze zaznamenaných automatických myšlenek jednu až dvě, které se často opakovaly a u kterých máme velkou šanci na dobré zpracování již v prvním setkání. Pak probíráme v sokratovském dialogu první, a pak druhou myšlenku (viz část o kognitivní restrukturalizaci).

Je dobré, aby si pacient před zahájením testování zapsal znění myšlenky a procenta, nakolik jí věří (většina pacientů zpočátku na 100 %). Po dialogu vyzveme pacienta, aby si přečetl původní myšlenku a znovu ohodnotil, nakolik jí věří nyní. Celým uměním Sokratovského dialogu je dovést pacienta k vnitřnímu sporu mezi dvěma jeho tvrzeními, který ukazuje přehnanost nebo neadekvátnost původní automatické myšlenky. Podívejme se na příklad (podle Fennel, 1989):

- Kate: Můj manžel mě už nemá rád.  
 Terapeut: To musí být velice nepříjemná myšlenka. Proč si myslíte, že už vás nemá rád?  
 Kate: No, když přijde večer domů, tak se se mnou vůbec nebaví. Jenom si sedne a kouká na televizi. Pak si jde hned lehnout.  
 Terapeut: Dobrá. Existují nějaké důkazy, cokoliv v jeho chování, co nesouhlasí s vaší myšlenkou, že vás už nemá rád?  
 Kate: Nemůžu na nic přijít. No, počkejte. Vlastně jsem měla před několika týdny narozeniny a on mi dal moc pěkné hodinky. Viděla jsem je za výkladem a řekla jsem mu, že se mi líbí, a on si to zapamatoval a koupil mi je.  
 Terapeut: Dobrá. A jak to zapadá do vašeho přesvědčení, že vás manžel už nemá rád?  
 Kate: No, moc to nesouhlasí, že? Ale proč se tedy tak chová večer?  
 Terapeut: Předpokládám, že jedním možným vysvětlením je, že vás nemá rád. Ale jsou i jiná možná vysvětlení?  
 Kate: No, on přes den dost těžce pracuje, takže se vrací domů dost pozdě. A často pracuje i o víkendu. Možná, že je to tím.  
 Terapeut: Mohlo by to být tím, ne? Jak byste mohla zjistit, jestli to tak opravdu je?  
 Kate: No, mohla bych mu říci, že vypadá unavený, zeptat se ho, jak se cítí a jak mu jde práce. Neudělala jsem to, protože mě naštvalo, že si mě nevšímá.  
 Terapeut: To je velice dobrý nápad. Co kdybyste to dostala za domácí úkol na tento týden?

V tomto případě dostává pacient jako první domácí úkol zaznamenávat automatické myšlenky. Předtím mu ovšem vysvětlíme, co to automatické myšlenky jsou, a uvedeme několik příkladů. Zatím po něm nechceme, aby je sám testoval.

c) U většiny pacientů *kombinujeme práci s aktivitou s prací s automatickými myšlenkami*. Běžně nám totiž pacient sdělí, že „v poslední době vůbec nic nedělal“. Toto tvrzení – jako typickou automatickou myšlenku s pacientem testujeme. Necháme ho uvést vše, co svědčí pro ni, a vše, co svědčí proti (toho napoprve najde velmi málo nebo vůbec nic). Pak společně vytvoříme seznam aktivit za poslední dva dny. Vesměs v této době dělal pacient řadu věcí. Nakonec konfron-

tujeme myšlenku „Vůbec nic jsem nedělal“ s tímto záznamem. Pacient zpočátku ještě namítá, že to, co dělal, přeci vůbec nic není, ale po další konfrontaci typu: „Opravdu si myslíte, že je logické tvrdit, že člověk, který udělal to a to, neudělal vůbec nic?“, postupně připouští, že původní tvrzení bylo přehnané. Potom zkusíme najít přiměřenější tvrzení: „Dělám toho méně, než bych si přál.“ Tato myšlenka sice mrzí, ale nezneškodňuje a neinhibuje jako ta původní. Za domácí úkol dostává pacient **záznam aktivity a formulář pro graf na denní zaznamenávání nálady**.

**Tabulka 8.1.1.20:** Alternativy prvního domácího úkolu

- Poslechnout si nahranou kazetu ze společného sezení a znovu
- Zrekapitulovat, zda opravdu myšlenky odpovídají jeho současné situaci
- Přečíst si brožurku o depresi
- Začít s denním záznamem činností a nálady
- Začít sledovat své negativní automatické myšlenky
- Začít sledovat určitý druh depresivního chování, které chce změnit

#### **a) Postupné zvyšování aktivity**

Depresivní pacienti jsou často velmi pasivní, protože mají dojem, že jim nic v jejich životě nepřináší potěšení a že nemají proč se snažit. Proto je důležité již od počátku terapie vést pacienta k tomu, aby si zaznamenával, co během dne dělá (tím se zpochybňuje jeho přesvědčení, že „nedělá nic“) a aby si na škále úspěšnosti a potěšení hodnotil, nakolik byl v dané činnosti úspěšný a nakolik jej těšila. Důležité je na počátku zmapovat denní aktivitu, kterou pacient zvládá. Probrat celý den hodinu po hodině. Jeho nynější úroveň aktivity je „podlažím“, na kterém začínáme. Pak sepišeme činnosti, které by mohly být „o poschodí výš“. Tam se však budeme pokoušet dostat nejdříve po týdnu udržování bazální úrovně (popř. úrovně zatím dosažené). Pomocí těchto záznamů si pacient dokáže lépe uvědomit, že jeho nálada během dne není stále stejná a že při některých činnostech prožívá více potěšení než při jiných.

Dalším krokem je plánování činnosti na další den, které pacientovi umožňuje, aby jeho denní program dostal pevnou strukturu. Kromě toho mu plánování aktivity umožňuje zařazovat do denního programu ty činnosti, které jej relativně těší, a postupně je schopen zvyšovat náročnost úkolů, které během dne zvládá. To mu zpětně zase zlepšuje náladu a zpochybňuje platnost depresivních myšlenek typu „Nejsem k ničemu“ a „Nic nezvládnou“. Terapeut také pacienta vede k tomu, aby se za splnění každého, i drobného úkolu nějak odměnil. Pacient si proto na počátku terapie vytvoří „seznam odměn“, který postupně doplňuje. Za každý splněný úkol se pacient „musí“ odměnit a odměnu si zaznamená.

Plány je nutno zpočátku s klienty velmi důsledně probírat, protože hrozí, že budou přehnané a budou pak odkládány. Technika záznamu aktivity i plánování je uvedena dostatečně v obecné části manuálu v kapitole o plánování aktivity. Typické pro práci s depresivními klienty je paralelní testování automatických myšlenek, které s plánem a reálnou aktivitou souvisejí.

**b) Rozvinutí nových sebeposilujících vzorců (sebe-odměňování)**

Pacient se učí sebeodměňovat za dosažení výsledků materiálně nebo příjemnými aktivitami. Je to nesmírně důležitá strategie a potřebuje opakovaně zdůrazňovat. Na počátku terapie si pacienti vytvářejí seznam odměn, které si mohou dopřát, a v průběhu terapie tento seznam doplňují. Za každý úkol, který splní, se „musí“ odměnit a tuto odměnu si i zaznamenat.

**c) Odvádění pozornosti od automatických negativních myšlenek (ANM)**

Na počátku terapie pacientovi vysvětlíme, jaký vliv mají ANM na jeho náladu, a pak jej naučíme několik metod, jak může tyto myšlenky přerušit, když si je uvědomí. Pacient se může naučit používat techniku „zastavení myšlenek“ nebo techniky odvedení pozornosti pomocí zaujaté činnosti, zaměření na smyslové vjemy či na mentální cvičení. Je důležité, aby pacient chápal tyto metody pouze jako „nouzové řešení“, které mu umožní se v dané chvíli vlivu negativních myšlenek zbavit. K trvalé změně stylu myšlení však slouží metoda kognitivní restrukturalizace, popsána dále.

**d) Kognitivní restrukturalizace**

Tato metoda je jádrem KBT deprese. Automatická myšlenka je brána jako hypotéza, jejíž pravdivost se testuje. Pacient experimentuje se svými automatickými myšlenkami a pak se je učí modifikovat. Pacient se postupně učí:

- *Určit a zaznamenat automatické negativní myšlenky*, situace, v nichž se objevují, a emoce, které s nimi souvisí. Později také hodnotí přesvědčivost ANM (0–100 %) a sílu emoce (1–10). Některým pacientům může dělat zaznamenávání ANM potíže. Proto je třeba, aby si nacvičili tento postup pod vedením terapeuta v rámci sezení. Zpočátku si může pacient zaznamenávat ANM jen v určitou denní dobu nebo jen v určitých situacích. Pacient se musí naučit zaznamenávat ANM tak, jak mu běží hlavou, nikoli popisovat jejich téma nebo vysvětlovat jejich význam.
- *Zkoumat a zpochybňovat jednotlivé ANM*. Když terapeut s pacientem identifikují automatické myšlenkové vzorce, je dalším krokem rozvinout jiné způsoby, jak si události interpretovat. Pacient se učí pohlížet na své ANM nikoli jako na nezpochybnitelné pravdy, ale jako na „hypotézy“ či „názory“, které mohou, ale nemusí být pravdivé. Nové interpretace by měly změnit negativní automatické myšlenky na konstruktivní tvrzení, související více s realitou. Je velmi důležité, aby si pacient našel nové vlastní pohledy. Pokud terapeut vnucuje své, pacient se nenaučí vlastní strategii.
  - *Induktivní otázky*: Terapeut může použít otázky, které mají opodstatnění v pacientově vlastní zkušenosti. Když si následně tvoří odpovědi, pomáháme mu k pozitivním, racionálním tvrzením. Když se pacient naučí rozpoznat charakteristické rysy svých ANM, vede jej terapeut k tomu, aby zkoumal jejich platnost. Toto zkoumání probíhá nejdříve v sezení, později jej pacient provádí sám za domácí úkol. Pacient se přitom učí:
    - a) rozlišovat myšlenky a fakta
    - b) kontrolovat své vnímání – zda při hodnocení určité situace neopominul některá důležitá fakta, či zda některá fakta nenadsadil.

K hodnocení ANM se pacient učí klást si otázky „Co svědčí pro tuto myšlenku?“, „Co svědčí proti této myšlence?“ „Lze danou situaci, událost, hodnotit i nějak jinak?“ „Jaké výhody a jaké nevýhody mi přináší tento způsob myšlení?“, „Jakých logických chyb se dopouštím?“ Je důležité, aby terapeut učil pacienta klást si tyto otázky a hledat na ně odpovědi. Rozhovor se nikdy nesmí změnit v disputaci, při níž terapeut ANM zpochybňuje a pacient ji hájí. Cílem této metody totiž není zpochybnit platnost určité ANM (natož dokázat pacientovi, jak se mýlí!), ale naučit pacienta se nad svými vlastními myšlenkami zamyslet, získat od nich odstup a uvědomit si, že existují i jiné možné myšlenky a vysvětlení, které pro něj mohou být přínosnější a mohou lépe odpovídat skutečnosti. Otázky mají být pokládány tak, aby vytvářely logické dilema. Např. „90 % mých pacientů říká, že se nikdy nebudou cítit lépe, ale naprostá většina z nich se výrazně zlepší. Myslíte si, že jste jiný než oni?“ Terapeut pomocí otázek může ukázat na nelogické chyby v pacientových postojích např.: „Říkáte, že jste byl vždy slabá osobnost. A také jste mi řekl, že před depresí jste zvládal dobře celou řadu činností. Nevidíte určitou nesrovnalost v těchto dvou tvrzeních?“. Když známe seznam pacientových automatických myšlenek, snažíme se, aby si sám dokázal položit následující otázky:

- Jaký je důkaz pro a proti?
- Není pro to i jiné vysvětlení?
- Nepřemýšlím v termínech všechno nebo nic?
- Nenařaduju velikost, důležitost?
- Nedělám z komára velblouda?
- Nepokouším se zbytečně předpovídat budoucnost?
- Nesnažím se číst druhým myšlenky?
- Co by si jiní lidé řekli ve stejné situaci?

**Tabulka 8.1.1.21:** Testování automatické negativní myšlenky

|                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Situace:</b> Soused mi neodpověděl na pozdrav.                                                                                                                                                                     |
| <b>Myšlenka:</b> Dává mi najevo, jak mnou pohrdá.                                                                                                                                                                     |
| <b>1. TESTOVÁNÍ: Nejsou možná i jiná vysvětlení? Jaká?</b>                                                                                                                                                            |
| a) nevšiml si mně, byl zamyšlený<br>b) možná pozdravil už dříve a já jsem si toho nevšimla<br>c) prostě zapomněl pozdravit                                                                                            |
| <b>2. TESTOVÁNÍ: Proč si myslím, že právě toto hodnocení situace je nejpravdivější?</b>                                                                                                                               |
| Už si to nemyslím, je to vyvoláno mojí depresí.                                                                                                                                                                       |
| <b>3. TESTOVÁNÍ: Neškodím si zbytečně takovými myšlenkami?</b>                                                                                                                                                        |
| Škodím, horší to moji náladu. Nechci už tak myslet.                                                                                                                                                                   |
| <b>4. TESTOVÁNÍ: Je situace doopravdy tak vážná, jak si říkám? Nepřeháním?</b>                                                                                                                                        |
| Je to naprosto nedůležité, přeháním, když se tím vůbec zabývám.                                                                                                                                                       |
| <b>RACIONÁLNÍ ODPOVĚĎ:</b> To, že mě soused nepozdravil, nemusí znamenat nic o tom, že by mnou pohrdal. Když si něco takového myslím, škodím si sama. Je zbytečné se zabývat takovými myšlenkami, zhoršují mi náladu. |

- ❑ *Záznam automatických negativních myšlenek.* Je to nejjednodušší metoda zachycení automatických myšlenek. Pacient si je zaznamenává do diáře, který nosí sebou. Během každého sezení terapeut s pacientem probírá jednotlivé zápisy. Je důležité, aby si pacient uvědomil, že tatáž událost může vyvolat různé emoční reakce podle toho, co si o ní sám sobě řekne.

Tabulka 8.1.1.22: Záznam automatických negativních myšlenek

| DATUM           | SITUACE                                        | AUTOMATICKÉ MYŠLENKY                                                                                                              | EMOCE                                                      | RACIONÁLNÍ ODPOVĚĎ                                                                                                                                                         | VÝSLEDEK                                                                                                                            |
|-----------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6.5.98<br>10:00 | Soused mi neodpověděl na pozdrav               | Nestojím mu ani za pozdrav.<br>Něco proti mně má.<br>Dává mi najevo, jak mnou pohrdá.<br>Všichni vidí, jak jsem neschopná.        | Lítost<br>a vztek<br>Strach<br><br>Smutek<br><br>Rezignace | Nezaregistroval mě.<br><br>Nemám důvod si to myslet<br>Přehnaná reakce na situaci, kdy mě nepozdravil soused                                                               | Přestanu se tím zabývat, není to tak významné.<br>Příště ho sama pozdravím podruhé a hlasitěji.                                     |
| 6.5.98<br>13:00 | Dcera nechtěla sníst oběd. Křičela jsem na ni. | Dělá mi to, protože mě nemá ráda.<br>To co vařím, nikomu nechutná.<br>Jako matka jsem úplně selhala.<br>Dopadne tak blbě jako já. | Lítost.<br><br>Lítost.<br><br>Vztek na sebe<br><br>Strach  | Nejím, protože na to nemá chuť.<br>Většinou to s chutí sní.<br>To, že se občas rozkřiknu, není úplně selhání.<br>To se straším, ale ani já jsem zas tak strašně nedopadla. | Omluvit se, že jsem na ni zbytečně křičela.<br>Příště se jí předem zeptat, zda má hlad, a pokud to přeženu s přísností, omluvím se. |

- ❑ *Rozpoznávání způsobů kognitivního zkreslení.* Po shromáždění dostatečného množství jednotlivých ANM se ukáží určitá významná témata a logické chyby, jichž se pacient ve svém myšlení dopouští. Terapeut pak učí pacienta tyto logické chyby rozpoznávat.
- ❑ *Nalézt rozumnou odpověď na ANM.* Po probrání všech pro a proti ANM si pacient musí zformulovat „rozumnou odpověď“, která lépe odpovídá skutečnosti a zmírňuje přesvědčivost i emoční dopad ANM. Po vytvoření této „rozumné odpovědi“ si ji pacient zaznamená a zhodnotí její přesvědčivost. Pak znovu zhodnotí přesvědčivost původní ANM a sílu emoce, s ní spojené.

Další krok může spočívat v tom, že si pacient udělá kartičku, kam na jednu stranu napíše ANM a na druhou „rozumnou odpověď“. Tuto kartičku pak nosí u sebe a používá ji tak, že kdykoliv jej napadne příslušná ANM, úmyslně si vybaví i rozumnou odpověď. Pokud si na rozumnou odpověď nemůže vzpomenout, pak si ji přečte na kartičce. Cílem této metody je, aby se pacientovi vybavovaly „rozumné odpovědi“ automaticky, jakmile jej napadne příslušná ANM.

Zvláště zpočátku terapie si pacient může stěžovat na to, že i když „ví“, že jeho ANM jsou zkreslené a vytvoří si „rozumnou odpověď“, v konkrétních

situacích mu to nijak nepomáhá a cítí se stále stejně. Je proto důležité pacienta upozornit, že kognitivní restrukturalizace je dovednost, kterou je třeba zvládnout opakovaným používáním a že se její účinek projeví až postupně, během několika týdnů. Přitom je třeba zdůraznit, že čím častěji bude tuto metodu uplatňovat v reálném životě, tím rychleji se její účinek dostaví.

**Tabulka 8.1.1.23:** Záznam automatických negativních myšlenek – příklad

| SITUACE:                                                          | MYŠLENKY:<br>(nakolik jim věřím)                                               | EMOCE:                           | RACIONÁLNÍ REAKCE:<br>(nakolik ji věřím)                                                                                                                                                              | AKCE                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Připálila jsem omáčku                                             | Nejsem schopna zvládat domácnost. (80 %)<br>Nikdy to nebude lepší. (90 %)      | Bezmoc<br>80 %<br>Smutek<br>70 % | Ale vždyť jsem jen připálila omáčku. 90 %<br>Dokázala jsem poprvé po měsíci uvařit oběd. 90 %<br>Během tohoto měsíce jsem se hodně zlepšila. 70 %                                                     | Přestanu si naříkat.<br>Udělám novou omáčku.<br>Zítřka budu vařit znovu, i kdyby mi něco nevyšlo, není to žádná tragédie.                                             |
| Návštěva manželova spolužáka. Mlčela jsem po celou dobu návštěvy. | Vidí, jak jsem nemožná. 90%<br>Jsem úplně nemožná. 80%<br>Vláda mě opustí. 80% | Napětí<br>80%<br>Strach<br>90%   | Zase tak moc si mě nevšímá. I když jsem byla zdravá, tak jsem s ním moc nemluvila. 60 %<br>To, že mlčím, neznamená, že jsem nemožná. Měli svoje „téma“. 80 %<br>Vláda se ke mně choval příjemně. 90 % | Dám jim něco k jídlu a pití.<br>Vláďovi řeknu, až budeme sami, že ho mám ráda.<br>Příště mohu zkusit alespoň krátkou konverzaci, pak je ale asi stejně ponechám sobě. |

- ❑ *Vytvoření distance.* Pomocí distancování může pacient zhodnotit problémovou situaci v odstupu, učí se emočně stáhnout a podívat se na problém očima druhého, z více perspektiv. Na zkoušku vybereme s pacientem takovou situaci v minulosti, která dopadla lépe, než sám předpokládal. Při zkoumání současného problému je užitečné *přehrání*. Terapeut hraje pacienta a pacient např. svého dobrého přítele. Tento způsob distancování umožňuje vidět jiné možnosti vysvětlení s více pozitivními důsledky. Např. řekneme pacientovi: „Budte mým terapeutem, přeberte mou roli a já přeberu vaši. Řekněte mi, co byste mi poradil.“
- ❑ *Zkoušení jiných možností.* Když už je pacient schopen na určité situace reagovat pružněji, lze přistoupit ke zkoušení jiných možností chování v těchto situacích či jiných způsobů interpretace této situace – např. přeformulování problému.
- ❑ *Disatribuce* (nepřebírání veškeré odpovědnosti). Pacient zkoumá, nakolik je skutečně odpovědný za určité události on sám, nakolik jsou za ně odpovědní druzí, případně co má na svědomí náhoda. Terapeut mu pomáhá, aby přijímal jen reálný díl zodpovědnosti.
- ❑ *Odkatastrofizování.* Obvyklým depresivním zkreslením je též předpoklad, že pokud k určité události dojde, bude to naprostá katastrofa (případně pokud

k určité události nedojde). Je proto třeba, aby terapeut s pacientem předpokládanou katastrofickou situaci a její dopad na pacienta podrobně analyzovali, aby k ní pacient dokázal zaujmout reálný postoj.

- *Změna očekávání.* Pacient má obvykle vůči budoucnosti pesimistická očekávání. K překonání tohoto pesimismu je třeba analyzovat všechny faktory, které mohou budoucnost ovlivnit. Pacienta je také třeba vést k tomu, aby si uvědomil, že není možno všechny zkušenosti z minulosti automaticky přenášet do budoucnosti (tedy že to, co se jednou stalo, se nutně stane vždycky).

**Tabulka 8.1.1.24:** Úrovně problému, jimiž je třeba se zabývat

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>A. Příznak (např. únava)</p> <p>B. Význam příznaku pro pacienta (Nic nedokážu, protože se hned unavím.)</p> <p>C. Vliv tohoto hodnocení příznaku na sebeobraz (Jsem člověk, který nic nedokáže.)</p> <p>D. Generalizace tohoto aspektu sebeobrazu (Člověk, který nic nedokáže není k ničemu.)</p> <p>E. Další generalizace, např. časová (Jsem k ničemu, vždycky jsem byl a budu.)</p> <p>F. Zamlčené předpoklady chronické povahy (Když něco neudělám na 100 %, pak je to jako bych neudělal nic. A kdo nic neudělá je k ničemu.)</p> <p>G. Generalizace vzhledem k okolí (Takový budižkničemu jako já je druhým jen na obtíž a nikdo jej nemá rád.)</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- *Uspořádání experimentu*, ve kterém pacient předpovídá předem, jak situace dopadne. Někdy nelze platnost určité ANM zjistit v rámci sezení a je třeba k jejich ověření provést určitý pokus. Jde především o negativní očekávání a předpovědi („Když požádám manželku, aby se mnou šla na procházku, řekne mi, že nemá čas a bude se na mě zlobit, protože už mě má plné zuby“). V těchto případech je třeba v rámci sezení jasně naplánovat, co má pacient udělat a co očekává, že se stane. Někdy je vhodné, aby si pacient své jednání nacvičil v rámci sezení formou scénky. V dalším sezení pak terapeut spolu s pacientem zhodnotí dosažený výsledek a poučení, které z něj plyne. Je třeba zdůraznit, že i v případě, že se pacientova předpověď potvrdí, neznamená to neúspěch. Je však třeba se zamyslet nad tím, co by příště mohl udělat jinak, případně zda není potřeba zapojit manželku do terapie.

**Tabulka 8.1.1.25:** Záznam experimentu – Vlastin experiment s nabídkou pomoci synovi

| Experiment                                  | Předpoklad – co očekávám, že se stane      | Možné problémy                                                                                                | Způsoby, jak tyto problémy překonat                                                                                                 | Výsledek experimentu                                                                                     | Nakolik podpořil výsledek experimentu myšlenku, kterou ověřuji? (0-100 %) |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Zavolám staršímu synovi a nabídnu mu pomoc. | Bude rád, že mu nabízím pomoc a přijme to. | Může mě odmítnout, že nic nepotřebuje, protože je soběstačný a nechce, abych mu moc vstupovala do domácnosti. | Pokud odmítne, zeptám se, v čem dalším bych jim mohla pomoci. Vysvětlím, že mi to pomáhá a nechci mu jinak vstupovat do domácnosti. | Syn odmítl moji první nabídku, ale vzápětí mi nabídl to, co by jim doopravdy pomohlo. Domluvili jsme se. | 100 %                                                                     |

**Tabulka 8.1.1.26:** Záznam experimentů  
MYŠLENKA, JEJÍŽ PLATNOST OVĚŘUJI: \_\_\_\_\_

| Experiment | Předpoklad – co očekávám, že se stane | Možné problémy | Způsoby, jak tyto problémy překonat | Výsledek experimentu | Nakolik podpořil výsledek experimentu myšlenku, kterou ověřuji? (0-100 %) |
|------------|---------------------------------------|----------------|-------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------|
|            |                                       |                |                                     |                      |                                                                           |
|            |                                       |                |                                     |                      |                                                                           |

JAKÉ POUČENÍ JSEM Z TĚCHTO EXPERIMENTŮ ZÍSKAL(A)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



### e) Akomodace dysfunkčních kognitivních schémat

*Zpochybňování dysfunkčních kognitivních schémat* patří mezi kroky v závěru léčby deprese, které mají pomoci pacientovi porozumět širšímu kontextu jeho prožívání a stabilizovat ho pro budoucnost. Jakmile je pacientovo myšlení více flexibilní, přechází kognitivní terapie od práce s myšlenkami k práci s hlubšími postoji. Jde o to zjistit, jaké maladaptivní postoje zaujímá pacient obecně vůči sobě, okolnímu světu a své budoucnosti. Terapeut si na základě informací od pacienta vytváří hypotézy o jeho postojích a názorech (schématech). Proto se pacienta ptáme *proč* dospěl k určitému závěru. Pacienta vedeme k tomu, aby si tyto skryté předpoklady a názory uvědomil a aby si uvědomil, jak ovlivňují jeho chování. Tato specifická myšlenková schémata jsou vlastně souborem vnitřních „tichých“ pravidel, která určují pacientovu reakci na různé situace. Chceme-li předejít další depresivní epizodě, potřebujeme tato schémata změnit. Terapeut musí ošetřit řadu situací, které společně s pacientem testovali v terapii, aby určil, o která schémata se jedná. Pomoci může opět denní záznam dysfunkčních myšlenek. Je potřeba identifikovat opakující se témata. Můžeme zjistit, že podobné automatické myšlenky se objevují při různých situacích. Společně pak hledáme pravidlo, které by zobecňovalo důvod tohoto reagování. Také můžeme pacientovi nabídnout pravděpodobný postoj a seznam myšlenek, které z něho vyplývají a společně uvažovat, nakolik tento postoj automatické myšlenky vysvětluje. Beck (1976) rozlišuje mezi jádrovými schématy (Nejsem lásky hodný! Jsem bezcenný, neschopný!), primárními podmíněnými postoji, které jsou více v hloubce (Abych byl šťastný, musím být nejlepší ve všem, co dělám!), a sekundárními, které se včleňují mezi primární postoje a automatické myšlenky. Sekundární postoje vznikají při konfrontaci se situací, kdy se cíle vyplývající z primárních postojů nedaří naplnit (Život není fér! I když se snažím, nemám žádnou šanci!). Bývá to nejtěžší stádium KBT terapie, protože pacient si často dosud nikdy neuvědomil svoje primární postoje. Když si pacient své jádrové postoje a předpoklady uvědomí, hledá s pomocí terapeuta důkazy proti tomuto myšlenkovému schématu. Může vytvořit seznam výhod a nevýhod, krátkodobých a dlouhodobých důsledků daného postoje. Dalším přístupem může být polemika o tom, nakolik by podobný postoj doporučoval jiným lidem, svému příteli, terapeutovi ap. Dalším krokem je, že pacienta vyzveme, aby jednal *proti* těmto svým názorům a předpokladům – formou experimentu, tj. aby zjistil, co se skutečně stane. Takto testujeme jeho očekávání oproti skutečnosti.

Závažnost kognitivního zkreslení je možno hodnotit ve 3 dimenzích: čas, všeobecnost a přesvědčivost:

- *Čas* – zda pacient zkresleně hodnotí jen přítomnou situaci nebo i situace minulé, případně i očekávání do budoucna.
- *Všeobecnost* – zda pacient zevšeobecňuje určitý zážitek na sebe obecně či na druhé obecně („Udělal jsem to a to“ => „Jsem člověk, který vždy dělá to a to“).
- *Přesvědčivost* (jistota) – do jaké míry je pacient přesvědčen o reálnosti svých zkreslených hodnocení, názorů a postojů. Pokud je o nich pacient hluboce přesvědčen, pak může jejich zpochybňování chápat jako útok na vlastní osobu. Je

proto třeba vždy začít se zpochybňováním „povrchnějších“ názorů a předpokladů.

V průběhu terapie obvykle postupně zjistíme, že pacientovy ANM se točí okolo určitých témat, např. hodnocení sebe sama na základě dosažených výkonů („Abych si mohl sám sebe vážit, musím být úspěšný ve všem co dělám“), závislost sebehodnocení na přijetí a ocenění ze strany druhých („Nemohu být šťastný, když mě druzí nemají rádi“) nebo potřeby mít vše pod kontrolou a přebírat na sebe odpovědnost za vše, co se stane („Nesmím nikdy udělat chybu!“). Na základě jednotlivých ANM se proto můžeme pokusit o zformulování kognitivního schématu, z něhož tyto ANM pramení. Jakmile se podaří určitě schéma, tj. určitý životní postoj či předpoklad pacienta zformulovat, je třeba vést pacienta k tomu, aby se nad jeho platností a přiměřeností zamyslel podobně, jako nad platností jednotlivých ANM. Vhodné otázky jsou „Za jakých okolností to (toto schéma) platí a za jakých nikoliv?“, „V jakých situacích mi to pomáhá, v jakých mi to spíše škodí?“ „Jak by se dalo toto schéma přeformulovat tak, aby se zachovaly jeho výhody a odstranily jeho nevýhody?“ (např. schéma „Musím uspět ve všem co dělám“ lze přeformulovat na „Je správné snažit se o co nejlepší výkon, ale nikdo nemá vždycky úspěch ve všem“). Cílem tedy není platnost určitého schématu popřít a vyvrátit jej, ale spíše určit meze jeho platnosti a nahradit jej schématem pružnějším a reálnějším, tak aby se pacient dokázal přijmout i se svými chybami a nedostatky.

**Tabulka 8.1.1.27:** Příklad práce s dysfunkčním schématem u 24leté Vlasty

| <b>Dysfunkční schéma:</b> Když lidé poznají, jaká jsem, budou mnou pohrdat.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>VÝHODY:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>NEVÝHODY:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chovám se snaživě a příjemně.</li> <li>• Nikdo o mně nic neví, a tak jsem hodně chráněná před špatnými lidmi.</li> <li>• Nemám žádné konflikty, protože se jim dokážu vyhnout.</li> <li>• Jsem skromná, nemám nároky na druhé lidi.</li> <li>• Umím se dobře vžít do potřeb druhých a odhadnout je předem.</li> <li>• Jsem pracovitá, dochvilná a přesná.</li> </ul>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vyhýbám se blízkosti, a proto nemám přátele.</li> <li>• Nenašla jsem si partnera.</li> <li>• Špatně snáším kritiku.</li> <li>• Bojím se vytvořit si vlastní názor, a tak papouškuji názory druhých.</li> <li>• Nedokážu říci ne.</li> <li>• Lidé mě často využívají, jak v rodině, tak v práci.</li> <li>• Stále procházím to, co jsem dělala a jak jsem s kým mluvila, a hledám, zda jsem někde neudělala chybu.</li> <li>• Nevěřím si</li> </ul> |
| <p><b>Konstruktivnější pohled</b> (modifikace schématu): Nemusím hned důvěřovat každému, ale můžu se trochu více otevřít lidem, které dobře znám.</p> <p><b>Co by to změnilo v mém životě:</b> Cítila bych se mezi lidmi lépe. Zvýšila bych šanci, že si najdu přátele, možná i partnera. Sama bych byla se sebou spokojenější.</p> <p><b>Co se proto musím naučit:</b> Otevřeně sdělovat svoje pocity a názory.</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

### g) Řešení problémů

Pokud má depresivní pacient reálné problémy ve svém životě, které nedokáže sám vyřešit, může mu pomoci, pokud se naučí metodě strukturovaného řešení problémů, popsané v obecné části této knihy. Návik této metody má u depresivních pacientů spíše preventivní význam, a proto k němu případně přistupujeme až po odeznění deprese a jen u těch pacientů, jejichž schopnost řešit své problémy se neupraví ani v této fázi (Praško et al., 1995).

### h) Ukončení terapie

Hned od počátku informujeme pacienta, že kognitivně behaviorální terapie je časově ohraničená, a dohodneme s ním určený počet sezení – např. 12 či 20. Problémy s ukončením terapie jsou proto menší než u dlouhotrvajících terapií s nejasně formulovanými kritérii jejich cílů. Přesto je třeba i v KBT věnovat fázi ukončení terapie náležitou pozornost, protože by mohlo dojít k ohrožení výsledků během ní dosažených. Terapeut se během terapie snaží zabránit vytvoření výraznějšího přenosového vztahu (respektive se snaží podpořit mírný pozitivní přenos ve smyslu důvěry a úcty) ze strany pacienta tím, že po celou dobu jasně definuje svou roli a zdůrazňuje, že cílem je nezávislost a samostatnost pacienta, který bude schopen řešit své problémy bez pomoci terapeuta. KBT se podobá pedagogickému procesu, během něhož se pacient učí zvládnout určité dovednosti, které mu pomohou úspěšněji řešit jeho emoční problémy. Když se terapie blíží k závěru, objeví se mnohdy u pacienta obavy a starosti. Dostane za úkol si tyto obavné myšlenky zaznamenat a hledat na ně racionální odpovědi. Nejčastější obavy při ukončení terapie jsou:

- a) Pacient se obává, že ještě není „úplně“ vyléčen a že své problémy nebude schopen zvládnout bez pomoci terapeuta.  
Možná reakce: „Úplně“ zdravý není nikdo na světě. Samostatné zvládání problémů si již pacient vyzkoušel během terapie a ví, jak má postupovat.
- b) Pacient se obává, že se mu jeho deprese po skončení terapie znovu vrátí.  
Možná reakce: Nelze to vyloučit, protože deprese je onemocnění, které se někdy vrací. Pacient ale nyní již ví, které situace depresi zhoršují, a umí se jí bránit. Lehčí depresivní skluz pro něj může být dokonce příležitostí si své nově naučené dovednosti procvičit.

Někdy je vhodné v závěrečné fázi terapie provést experiment, v němž si pacient úmyslně vyvolá řadu automatických negativních myšlenek, a když začne být depresivní, pak pomocí jejich zpochybnění a nalezení racionálních odpovědí svou depresi odstraní (zmírní).

Jinou možností je provést výměnu rolí, kdy terapeut předkládá pacientovi různé ANM a ten je zpochybňuje. Terapii je možno zakončit tím, že pacient písemně shrne, co se během terapie naučil, co mu přinesla a v čem jej případně zklamala.

### *Předčasné ukončení terapie*

Někdy může dojít k vymizení deprese již po několika málo sezeních. Ani v těchto případech není vhodné terapii předčasně ukončovat, protože obvykle nemohlo dojít k probrání depresogenních schémat a pacient dosud nemá zažitou techniku zpochybňování ANM. Pokud není motivován v terapii pokračovat, měl by mu terapeut nabídnout pomoc při řešení jiných problémů, než je deprese, např. jeho mezilidské vztahy ap. I po ukončení terapie je vhodné nabídnout pacientovi několik „podpůrných“ sezení s odstupem několika měsíců.

### **i) Program prevence relapsu deprese založený na nácviku uvědomování (mindfulness)**

Jak jsme již uvedli, jeden z nejzávažnějších problémů deprese spočívá v tom, že má tendenci se velmi často vracet a že riziko dalšího relapsu s každou další atakou deprese narůstá. Problém prevence relapsů lze řešit několika způsoby. Jedním z nich je preventivní dlouhodobé užívání antidepresiv. Toto řešení je jistě velmi prospěšné pro farmaceutické firmy, které jej proto velmi podporují. Méně přitažlivé je jednak pro ekonomy, vzhledem k jeho nákladnosti, ale především pro řadu pacientů, kteří po odeznění deprese žádné potíže nepocítují a je pro ně nepříjemné denně myslet na to, že si musí vzít lék. Kromě toho se mnozí – ať již oprávněně, nebo ne – obávají vedlejších účinků spojených s dlouhodobým užíváním medikamentů. Proto také velká část pacientů po určité době léky přestává užívat a riziko relapsu se u nich zvyšuje.

Další možnost prevence relapsu deprese spočívá v udržovací kognitivně behaviorální terapii. Pacienti, kteří v době akutní ataky deprese absolvovali individuální KB terapii, se mohou několikrát ročně – obvykle jednou za 3 měsíce – setkat se svým terapeutem a oživit si v sezení terapeutické metody, kterým se naučili. V případě zhoršení depresivních příznaků pak mohou absolvovat několik sezení zaměřených na uplatnění metod plánování činnosti, sebeoceňování a kognitivní restrukturalizace. Profylaktický efekt KBT v prevenci relapsů deprese potvrdilo několik kontrolovaných studií. Nevýhodou tohoto přístupu je to, že je dostupný pouze těm pacientům, kteří absolvovali KBT. Další omezení spočívá v nedostatečném množství vycvičených KBT terapeutů, kteří svůj omezený čas věnují spíše pacientům s akutní depresí než pacientům v remisi.

Proto vznikl terapeutický program Segala, Wiliamse a Teasdala (Segal, Z. V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D., 2002) „Prevence deprese pomocí nácviku uvědomování“ s cílem vytvořit levnou a dostupnou formu terapie, která by lidem, kteří v minulosti prodělali depresi, pomohla se lépe bránit relapsu deprese. Jde o program skupinové terapie, sestávající z 8 sezení, určený lidem, kteří nejsou depresivní, ale kteří jsou depresí ohrožení, protože ji v minulosti prodělali. Přitom během akutní ataky nemuseli být léčeni psychoterapeuticky – program tedy nepředpokládá předchozí znalost psychoterapeutických metod. Základem programu je nácvik schopnosti soustředěného uvědomování přítomnosti – tzv. mindfulness, což je metoda příbuzná meditaci.

Autoři revidovali původní Beckovu kognitivní teorii deprese, podle níž specifická depresogenní schémata, např. „Musím být perfektní ve všem, co dělám“, „Aby mě druzí měli rádi, musím jim ve všem vyhovět“, přetrvávají i v době remise deprese a představují podstatu zranitelnosti vůči další atace deprese. Zkoumáním dysfunkčních postojů u lidí v remisi a lidí, kteří depresi nikdy neprodělali, se ukázalo, že aktivita těchto depresogenních schémat je u obou skupin jedinců stejná. V dalším výzkumu se však ukázalo, že u lidí, kteří prodělali depresi, lze daleko snadněji než u lidí, kteří depresi nikdy netrpěli, spustit negativní kognitivní procesy vyvoláním smutné nálady – poslechem smutné hudby nebo četbou smutných textů. Post-depresivní lidé, kteří ale aktuálně depresi netrpěli, si pod vlivem smutných podnětů daleko snáze vybavovali řadu smutných vzpomínek a objevovaly se jim negativní myšlenky vůči nim samotným jako „Nestojím za nic“, „Nikdy nebudu šťastný“, než lidé, kteří depresivní nebyli. Pod vlivem smutných podnětů u nich také došlo k výraznému zvýšení skóre na škále DAS, zatímco u nedeprativních jedinců nikoliv.

Druhý zjištěný rozdíl mezi postdepresivními a nedeprativními jedinci spočívá v tom, jak tito lidé reagují na stres a smutek vyvolávající podněty. Zatímco lidé nedeprativní reagují tak, že se snaží odvést svou pozornost k jiným podnětům a zapojit se do aktivní činnosti, lidé postdepresivní mají tendenci se naopak na smutné podněty a myšlenky zaměřit a uzavírat se do sebe – označuje se to jako „ruminativní reakce“. Tito lidé věří, že se tímto způsobem dokáží ve svých pocitech lépe vyznat, a tak dokáží lépe řešit vzniklé problémy. V tom se ovšem mýlí – ruminativní reakce na smutné podněty dále udržuje smutnou náladu a smutný styl uvažování navíc zhoršuje schopnost aktivně řešit problémy a překonat je.

### *Zranitelnost vůči depresi*

Na základě těchto poznatků vytvořili autoři vlastní teorii vzniku depresivního relapsu. Podle ní jsou postdepresivní lidé výrazně citlivější na běžné výkyvy nálady. Pokud se z jakéhokoli důvodu u nich objeví smutná nálada, mnohem rychleji než u nedeprativních dojde k reaktivaci negativního stylu uvažování a dysfunkčních postojů. Tyto negativní kognitivní procesy jsou posilovány „ruminativní reakcí“, takže snadno dojde ke vzniku bludného kruhu, v němž negativní myšlenky prohlubují depresivní náladu a depresivní nálada posiluje negativní styl uvažování a depresogenní přesvědčení. Klinický obraz dále doplňuje chování charakteristické pro depresi – snížení aktivity a uzavírání se do sebe, a tělesné příznaky deprese – narušený spánek, narušená chuť k jídlu. Celkový souhrn všech příznaků pak autoři označili jako *depresivní psychický modus*, který má tendenci přetrvávat a prohlubovat se.

Otázkou tedy je, jak lidem ohroženým depresí pomoci, aby nereagovali na běžné výkyvy nálad a na smutné podněty automaticky, způsobem, který jejich depresi dále prohlubuje.

### *„Modus konání“ a „modus bytí“*

Při popisu teoretických východisek svého programu popisují autoři mysl, kterou si můžeme představit jako systém, skládající se z mnoha navzájem se ovlivňujících

součástí. Mezi jednotlivými součástmi mysli neustále proudí informace a vytvářejí určité proměnlivé vzorce odpovídající potřebám organismu a reagující na podněty z vnějšího i vnitřního prostředí. Určitou dobu převládá jeden vzorec mentální aktivity a pak je nahrazen jiným vzorcem – můžeme si to představit jako automobil, který projíždí městem a přitom opakovaně mění rychlostní stupně podle okamžité potřeby.

Jednotlivý převodový stupeň pak můžeme velmi volně připodobnit k určitému *psychickému modu*. Tak jako každý převodový stupeň má svou funkci a hodí se pro určitou dopravní situaci, tak i každý psychický modus má svou funkci. Změny psychických modů probíhají automaticky, ale můžeme je měnit i úmyslně. Podobně jako u převodových stupňů, ani mysl nemůže operovat současně ve dvou různých modech. Aktivita jednoho modu nutně zabraňuje ostatním modům v jejich aktivitě.

*Nácvik uvědomování* může člověku pomoci, aby si dokázal lépe uvědomit, v kterém modu se právě nachází (který stupeň má zařazen) a aby dokázal v případě potřeby úmyslně přeradit z jednoho modu do druhého. V praxi obvykle stačí, když se člověk naučí rozpoznávat a přerazovat mezi dvěma hlavními psychickými mody, které se tradičně označují jako *modus „konání“* a *modus „bytí“*.

V „*modu konání*“ se mysl nachází, když zjistí rozpor mezi tím, jak věci jsou (nebo jak se stanou), a tím, jak by věci měly být. Toto zjištění jednak vyvolá určitou negativní emoci, a jednak vyvolá určitou mentální a tělesnou aktivitu, směřující k tomu, aby se tento rozpor zmenšil nebo odstranil. Tento proces probíhá bez problémů, pokud je zjevné, co je třeba učinit, a lze to učinit. V některých situacích však není jasné, co dělat, nebo to není možné udělat. V těchto případech pocit nespokojenosti přetrvává a pozornost se stále zaměřuje na zjištěný rozpor. Přitom se mysl neustále zabývá možnostmi, jak rozpor odstranit, a to stále dokola. Toto uvažování přitom není považováno za pouhý mentální proces, ale bývá zaměřováno za skutečnou činnost. Přitom si člověk svou současnou situaci uvědomuje jen částečně, protože se ve své mysli neustále zabývá budoucností a minulostí.

Tento proces mentálního řešení problémů obvykle člověku pomáhá. Právě úspěšnost tohoto procesu je důvodem, proč se k němu člověk téměř neustále uchyluje, a to zcela automaticky, aniž by o tom uvažoval. V některých situacích, které nenabízejí dosažitelné řešení, však může tento psychický modus vést k uvíznutí v bludném kruhu aktivity, která situaci spíše zhoršuje.

Jednou z forem tohoto „*modu konání*“ je i depresivní modus, který se aktivuje ve chvílích hrozícího relapsu deprese. Člověk si všimne, že se cítí špatně, a přeje si cítit se dobře. Automaticky zapojí „*modus konání*“ – začne přemýšlet, co udělal špatně a co by měl dělat, aby se cítil lépe. Tato „*ruminativní reakce*“ však vede, jak jsme viděli, k dalšímu prohloubení deprese.

Alternativou modu konání je „*modus bytí*“. Tento psychický modus se slovy obtížně popisuje, lépe je ho prožít na vlastní kůži. V modu bytí nejde o dosažení nějakého cíle. Z toho plyne, že není třeba neustále hodnotit „*Jak mi to jde?*“ a že

není třeba porovnávat stávající a žádoucí stav. Místo toho se člověk soustředí na „přijetí“ toho, co je, a „smíření“ se s tím, co je, bez snahy to měnit. Když nemusíme poměřovat stávající a žádoucí stav, můžeme se plně zaměřit na to, co je, a prožívat to v plné šíři a hloubce. Také se nezabýváme minulostí ani budoucností, ale pouze přítomností, jak plyne v každém okamžiku. Modus bytí je tedy charakterizován přímým, bezprostředním a intimním prožíváním přítomnosti.

To zahrnuje i změnu postoje vůči vlastním myšlenkám a emocím. Zatímco v modu konání jsou některé emoce hodnoceny jako „negativní“ a jiné jako „pozitivní“ a cílem je negativní emoce odstranit a pozitivní emoce udržet, v modu bytí jsou emoce vnímány podobně jako zvuky, či jiné projevy přítomného prožívání: jsou to pomíjivé události mysli, které se objeví, upoutají pozornost a potom zase odezní. V modu bytí nevedou myšlenky a emoce k automatickým reakcím. V tomto modu se člověk učí snášet nepříjemné emoce, myšlenky i pocity, aniž by okamžitě přešel k jednání s cílem tyto nepříjemné prožitky odstranit. I myšlenky „udělej to, udělej ono“ jsou vnímány pouze jako události mysli, na které není třeba reagovat.

### *Uvědomování*

Klíčem, jak se vlastní vůlí vymanit z modu konání a přejít do modu bytí, je systematické využívání schopnosti zaměřit svou pozornost na přítomné prožívání a plně si tuto přítomnost uvědomovat. Autoři používají k popisu tohoto soustředění na přítomnost slovo „mindfulness“, které lze s jistou mírou nepřesnosti přeložit jako „uvědomování“. Autoři definují „uvědomování“ takto: „Uvědomování znamená věnovat pozornost zvláštním způsobem: úmyslně, v přítomném okamžiku a bez hodnocení.“

Klíčovou dovedností, kterou se účastníci učí v programu „Prevence deprese pomocí nácviku uvědomování“, je schopnost uvědomit si v okamžiku hrozícího relapsu depresivní psychický modus, zahrnující opakované negativní myšlenky, a vymanění se z tohoto modu. Účastníci programu se proto učí uvědomit si stav vlastní mysli a přecházet z modu konání do modu bytí. V tomto modu bytí pak vnímají své depresivní myšlenky s odstupem, takže jim méně hrozí plné rozvinutí relapsu deprese.

Základním prostředkem k dosažení schopnosti měnit psychické mody je nácvik pozornosti a všímavosti. Když se člověk dokáže rozhodnout, čeho si bude všímat a jak si toho bude všímat, dostává do rukou řadicí páku, umožňující měnit psychické stupně podle potřeby.

Protože lidé v západní kultuře mají zautomatizováno používání modu konání, vynořuje se tento modus během programu stále znovu a znovu a to dává účastníkům příležitost procvičovat si, jak jej vyřadit a zařadit modus bytí.

Procvičování modu bytí provádějí účastníci i mezi sezeními, jak během formálních domácích cvičení, tak i při běžných každodenních činnostech. Přitom je důležité, aby procvičování „modu bytí“ neprobíhalo v „modu konání“ – tj. s úsilím a hodnocením „Tak to má být!“

V běžném životě je třeba dosáhnout vyváženosti mezi modelem bytí a modelem konání. Protože modus konání se aktivuje v běžném životě automaticky, prvním krokem je uvědomit si, že člověk má jinou alternativu a může se svobodně rozhodnout, který psychický modus v dané situaci zvolí.

#### *Popis programu prevence relapsu deprese, založený na nácviku uvědomování*

Program sestává z 8 skupinových setkání, každé trvá 2,5 hodiny a účastní se jej 12–15 pacientů a jeden „instruktor“. Cílem programu není skupinová terapie ani řešení individuálních problémů. Má charakter výukového kursu a od účastníků se očekává, že budou provádět mezi sezeními každý den pravidelná cvičení v délce trvání 45–60 minut. Dostávají též písemné materiály k prostudování, formuláře k zaznamenávání domácích cvičení a magnetofonové nahrávky s pokyny k provádění cvičení.

Instruktor provádí všechna cvičení spolu se členy skupiny a i on musí provádět každodenní meditační cvičení, aby dokázal přenést svou zkušenost s postojem uvědomování do programu.

Během programu si účastníci nejdříve ujasní rozdíl mezi běžnou, bezmyšlenkovitou činností – autoři používají termín „autopilot“ – a plně uvědomovanou činností. Jako demonstrace tohoto rozdílu slouží cvičení, při kterém účastníci s plným soustředěním pozornosti pozorují a snědí rozinku a potom o svých prožitcích hovoří.

Další cvičení v uvědomování spočívá ve sledování pocitů ve svém těle, kdy účastníci po dobu 45 minut postupně věnují pozornost jednotlivým partiím svého těla a uvědomují si, jaké pocity v nich cítí. Pokud účastník během cvičení zjistí, že myslí na něco jiného, pak si to má jen uvědomit a zase se vrátit k tělesným pocitům. Po cvičení účastníci vždy proberou své zážitky a dostanou za domácí úkol provádět toto cvičení každý den s doprovodem instrukcí z magnetofonového pásku. Další domácí úkol spočívá v tom, zvolit si nějakou běžnou každodenní činnost – např. čištění zubů – a provádět ji „uvědoměle“, tj. s plným soustředěním a bez hodnocení.

V dalších sezeních účastníci provádějí jednak uvědomování vlastního těla, jednak se učí využívat svého dýchání jako děje k ukotvení pozornosti – provádějí tříminutové uvědomělé dýchání, a to opakovaně několikrát během dne. Učí se také uvědoměle provádět každodenní činnosti, jako je chůze či sezení.

Během uvědomování tělesných pocitů si účastníci nutně začnou uvědomovat i své myšlenky a emoce – jejich myšlenky se toulají. Pokyn zní – uvědomit si je a pak se klidně vrátit opět k pozorování těla, a to znovu a znovu. Cílem je změnit postoj k vlastním myšlenkám – brát je jako události v mysli, které se vynoří, přitáhnou pozornost a pak se zase ztratí, pokud jim nedovolíme, aby nás pohltily. Jedno z hlavních poselství programu zní „Všechny myšlenky jsou jen události v mé hlavě – a to i ty, které tvrdí, že nejsou“. S myšlenkami člověk nemá polemizovat, vyvracet je a nahrazovat jinými, ale má si jich všimnout, přijmout je a nechat je být. Další domácí cvičení spočívá v uvědomování si a zaznamenávání příjemných



událostí a později i nepříjemných událostí – co se stalo, jaké se v té situaci objevily emoce, myšlenky, tělesné pocity.

Postupně jsou účastníci schopni si uvědomit své negativní automatické myšlenky a emoce s nimi související a učí se „zůstat s nimi“, místo aby před nimi utíkali nebo aby s nimi diskutovali. Jde o postoj *přijetí a smíření*, bez hodnocení „to je dobře“ nebo „to je špatně“. Tento postoj vůči negativním myšlenkám a emocím je pro účastníky často zpočátku velmi nezvyklý, proto jej nacvičují ve spojení s uvědomělým dýcháním a uvědomělým prožíváním tělesných pocitů. Přitom si říkají „Je to pořádku. Ať je to cokoli, je to v pořádku“. Zajetí tohoto postoje otevřeného přijetí negativních emocí a myšlenek je obtížné a vyžaduje opakované cvičení, zaměřené na současné uvědomělé prožívání. V nácviku se používá řada metafor – např. přirovnání mysli k obloze, po které plují mraky myšlenek a emocí, některé bílé, jiné černé, přičemž jde pouze o to je pozorovat, protože mraky se mění, zatímco obloha zůstává. Při pozorování vlastních myšlenek dochází k tomu, že mnohé myšlenky se opakují, a tím ztrácejí svou emoční sílu: „Aha, to je zase moje stará známá „Jsem k ničemu, nic nemá cenu“.

V předposledním sezení jsou účastníci vedeni k tomu, že na základě uvědomělého pozorování svých myšlenek se mohou rozhodnout, zda je nechají být, nebo zda něco udělají – ale důležité je, aby jednali uvědoměle, nikoli automaticky. Přitom se mají zamyslet nad činnostmi, které jim zlepšují náladu, a napsat si jejich seznam. Dalším úkolem je sestavit si vlastní seznam varovných příznaků hrozící deprese a napsat dopis sami sobě, v němž si naplánují, co udělají, když se tyto příznaky objeví. Tento dopis si zalepí a mají ho otevřít jen v případě, když se tyto příznaky hrozící deprese objeví.

V posledním sezení si účastníci kromě obvyklých meditačních cvičení – sledování tělesných pocitů – projdou své plány pro případ hrozícího relapsu a ujasní si, která meditační cvičení budou provádět pravidelně i po skončení kursu. Na závěr posledního sezení dají instruktoři každému účastníkovi drobný upomínkový předmět – kamínek, kuličku, dřívko – se kterým se potom každý uvědoměle seznámí podobně jako s rozinkou na počátku kursu.

Během sezení účastníci nejen provádějí meditační cvičení, ale také je jim předčítána poezie a sledují videonahrávky o účinnosti meditace při zvládání psychických a tělesných potíží.

### *Výsledky*

Ve studii zahrnující 145 pacientů, kteří prodělali „velkou depresi“, ale kteří byli aspoň 3 měsíce bez deprese, rozdělili soubor do skupiny s terapeutickým programem a do skupiny s běžným léčením. Sledovali relapsy deprese po dobu 60 týdnů, což je asi 14 měsíců. V souboru pacientů, kteří prodělali osmitýdenní program prevence relapsu deprese, došlo k relapsu deprese u 37 % pacientů, v případě pacientů léčených běžným způsobem to bylo 66 % – což je vysoce významný rozdíl. Zajímavé bylo, že program prevence relapsu deprese byl výrazně účinný u pacientů, kteří prodělali před léčbou 3 a více atak deprese, zatímco u pacientů, kteří prodělali jen 1 až 2 ataky deprese, se snížení četnosti relapsů deprese neprojevovalo. Bylo

to proto, že tito pacienti měli četnost relapsů ve skupině běžně léčených 31 %, takže efekt osmítýdenního programu se ve skupině léčených nemohl výrazně projevit. Autoři uzavírají, že pro pacienty, kteří mají za sebou 3 a více atak deprese a byli léčeni pouze antidepresivy, je osmítýdenní program „náviku uvědomování“ levnou metodou, která snižuje riziko relapsu deprese během roku po jeho ukončení o více než o polovinu. Není však vhodný pro pacienty v akutní fázi deprese.

#### 8.1.1.4.6 Problémy v léčbě u depresivní poruchy

##### **Domácí úkoly v KBT depresí**

Systematické zadávání domácích úkolů je nejdůležitější součástí KBT. Slouží k tomu, aby došlo k přenesení dosaženého pokroku z terapeutického sezení do běžného života. Smyslem domácích úkolů je ověřovat konkrétní předpoklady a očekávání pacienta v reálných situacích. Úkoly musejí být konkrétní a specifické, do terapie přinášejí mnoho informací, s nimiž je pak možno dále pracovat. Pacientovi je třeba vysvětlit, že domácí úkoly tvoří jednu z hlavních součástí terapie. Jsou důležité, protože:

1. vedou ke zvýšení samostatnosti pacienta,
2. pacient se učí nové, přiměřenější způsoby chování,
3. oslabují nevhodné myšlenkové návyky – pacient si je uvědomuje, a tím je může měnit,
4. posilují sebe-změnu u pacienta,
5. umožňují porozumění vlastním problémům a možnostem jejich řešení.

Pacienta je třeba upozornit na to, čím může on sám účinnost domácích úkolů snižovat:

1. neplněním domácích úkolů,
2. tím, že při plnění domácích úkolů myslí na jiné problémy,
3. popíráním dosaženého zlepšení,
4. myšlenkami, že domácí úkol k ničemu není, že mu stejně nic nemůže pomoci, že problém je příliš složitý, než aby jej bylo možno zvládnout pomocí jednoduchých domácích úkolů,
5. tím, že má z domácích úkolů obavy a plní je jen polovičatě.

Je třeba, aby pacient smysl domácích úkolů jasně chápal a aby v nich neviděl jen zbytečnou námahu. Konkrétní forma domácích úkolů vzniká vždy ve spolupráci mezi pacientem a terapeutem. Domácí úkol má podobu experimentu, při němž je každý výsledek cenný – nejsou „dobré“ a „špatné“ výsledky.

Rozhovor o domácím úkolu:

Pacient: Stejně to (domácí úkol) k ničemu nebude.

Terapeut: Jsem rád, že to říkáte. Je vidět, že dokážete samostatně uvažovat. Není žádný důvod, proč byste mi měl věřit, jenom proto, že to říkám. Kromě toho ani já si nejsem stoprocentně jistý, že to k něčemu bude. Ale předpokládám, že by vám to mohlo pomoci. Rád bych si tento předpoklad s vaší pomocí ověřil.

- Pacient: Jak to myslíte?
- Terapeut: Mám hypotézu, že vám splnění tohoto domácího úkolu pomůže v tom a v tom. Vy máte hypotézu, že vám to nepomůže. Nevím, která z těchto hypotéz je správná. Vy to víte?
- Pacient: Ne.
- Terapeut: Pak navrhuji, abychom provedli pokus, kdy budete týden shromažďovat potřebné údaje a pak uvidíme, která hypotéza platí. Rozumíte tomu?

Tento otevřený, experimentální přístup je nejlepším způsobem, jak zadávat domácí úkoly.

Obtížnost domácích úkolů musí odpovídat momentálnímu stavu pacienta. Ještě v sezení je třeba promyslet možné obtíže. Vhodné je napsat znění domácího úkolu ve dvou exemplářích, jeden pro pacienta a druhý pro terapeuta.

Jednou z forem domácího úkolu je „biblioterapie“ – dát pacientovi za úkol přečíst určitý text či knihu vztahující se k jeho problémům. Další možností je dát pacientovi nahrávku sezení s úkolem, aby si ji několikrát doma poslechl. Je to vhodné zvláště u sezení, v nichž terapeut vysvětluje smysl a principy terapie a smysl plnění domácích úkolů.

Všechny domácí úkoly je třeba na počátku dalšího sezení projít, nové domácí úkoly zadáváme na konci sezení. Je třeba prozkoumat myšlenky spojené s plněním domácího úkolu – zda je pacient považuje za příliš obtížné či za příliš lehké, zda chápe jejich smysl nebo zda je považuje za zbytečnou práci.

Při nesplnění domácího úkolu je třeba zjistit, zda pacient neporozuměl zadání, zda je považoval za zbytečnou práci nebo zda mu v jejich splnění zabránily nepředvídané okolnosti (nemoc ap.). Při hodnocení domácích úkolů vždy hodnotíme *úsilí*, které při jejich plnění pacient vynaložil, výsledek je méně důležitý. I částečně splněný domácí úkol hodnotíme jako úspěšný pokus, nikoliv jako neúspěch.

Pomocné postupy při plnění domácích úkolů:

- vyčlenění času na plnění domácích úkolů,
- sebe-instruktaž, sebe-povzbuzování při plnění domácích úkolů,
- sebe-odměnění po splnění domácího úkolu.

Ve výjimečných případech lze uvážit i použití averzivních sankcí za nesplnění domácích úkolů – peněžitý trest, vykonání neoblíbené práce ap.

### **Pasivita, vyhýbavé chování, pesimismus**

Technika: Odstupňované zadávání úkolů

Depresivní pacienti reagují na úspěch silněji než lidé bez deprese. Proto je velmi účelné zadat jim úkol, který dokáží splnit, i když si předem mysleli, že jej splnit nedokáží. Úkol je přitom nutno zadat tak, aby bylo možno jasně určit, do jaké míry byl splněn – „Přečíst si povídku“, „Ustlat si postel“ atd. Postupně pacient plní stále složitější úkoly a sám hodnotí míru úspěšnosti v jejich splnění. Terapeut zdůrazní, že výsledek je zásluhou pacienta.

## **Pesimismus, pasivita a neoceňování sebe sama**

Technika: Identifikace dysfunkčních myšlenek

Snažíme-li se pacienta přimět k určité činnosti, do níž se mu nechce, může pomoci, když s ním tuto činnost předem probereme krok za krokem: co udělá nejdříve, co pak, a tak dále. Přitom zjišťujeme, jaké myšlenky mu brání činnost vykonat, zkoumáme je a nabízíme alternativy.

## **Řízené truchlení**

Jde o variantu expozice v představách. Tato technika je zaměřená na zmírnění nadměrného smutku tím, že pacienta vedeme k opakovanému a dlouhotrvajícímu kontaktu s podněty, které v něm vyvolávají vzpomínky na zemřelého, jak v představách, tak ve skutečnosti.

68letá žena se stala depresivní asi půl roku po smrti manžela, který trpěl postupující demencí. V posledních letech jeho nemoc vedla ke značné izolaci pacientky. Její symptomy byly především všeprostupující smutek, silné pocity viny a bezmocnosti. Prvním cílem terapie bylo pomoci pacientce prožít dostatečně silně ztrátu, protože proces smutku byl blokován hněvem, který vůči manželovi zároveň pociťovala. Druhým krokem bylo pomoci jí znovu vytvořit zájmy a vztahy, které by nahradily ty, které ztratila.

## **Nepodložené negativní myšlenky**

Technika: Dva sloupce

Do jednoho sloupce pacient píše svou automatickou myšlenku, do druhého rozumnou odpověď, kterou formuluje sám pacient, terapeut mu přitom pomáhá vhodnými otázkami.

Technika: Tři sloupce

Do prvního sloupce zapíše pacient situaci (událost), do druhého vlastní negativní interpretaci a do třetího alternativní interpretaci (případně i s označením logické chyby v myšlení).

## **Kognitivní zkreslení**

Technika: Tři sloupce

U myšlenek, které nesouvisí přímo s určitou událostí, pacient zapíše do prvního sloupce automatickou negativní myšlenku, do druhého vyvolanou emoci a do třetího „rozumnou“ odpověď. Tuto odpověď je možno formulovat také jako „reakci nezúčastněného pozorovatele“.

## **Beznaděj, sebevražedné tendence**

Technika: Zkoumání alternativ

Specifická technika: Dobrat se jádrových předpokladů a jejich kritické prozkoumání, aby si pacient uvědomil jejich iracionalitu. (např. „Bez manžela nemá můj život cenu“ => „Nejsem-li milována, nemá můj život cenu“).

## Zkreslený dysfunkční systém přesvědčení

Technika: Testování základních předpokladů

Někdy se pacient drží svého přesvědčení tak silně, že je obtížné jej přesvědčit pouhým rozhovorem o jeho nesprávnosti. Potom může pomoci, když z tohoto přesvědčení odvodíme nějakou hypotézu, kterou pak behaviorálně otestujeme (např. „Jsem neschopná. Tohle přece umí každá žena“). Behaviorální test: zeptat se určitého počtu žen, zda to umějí a zda se jim to pokaždé povede dokonale).

## Tyranie „měl bych“ a „musím“

Technika: Modifikace „měl bych“ myšlenek

Depresivní pacienti mají obvykle vytvořena pravidla, která se snaží striktně dodržovat a porovnávají stále to, co skutečně dělají, s tím, co by dělat měli. Protože svým předsevzetím obvykle úplně nedostojí, mají pak pocity viny. Často jsou přesvědčeni, že tato pravidla platí pro všechny lidi a že je druzí dodržují lépe.

Techniky k modifikaci „bychů“:

### a) Hraní rolí

Pacient uplatňuje svá pravidla v určité situaci nebo v jednání s jinými lidmi a pak dostane zpětnou vazbu, jak skutečně působí. Pak si vyzkouší, jaké to je, jednat proti svým pravidlům, a zjišťuje, nakolik se jeho obavy z jejich porušení naplnily.

### b) Výměna rolí

Pacient např. hraje svého nadřízeného či kolegu a terapeut hraje pacienta. Pacient pak hodnotí vlastní jednání z pozice pozorovatele.

### c) Zkoumání následků porušení pravidel

Provádíme buď v představě nebo jako behaviorální experiment. Je třeba se zaměřit na předpověď, jak by druzí reagovali, jak dlouho by jejich reakce trvala, co by to pro pacienta znamenalo atd.

### d) Zkoumání kdy a do jaké míry jsou pravidla platná

Pacient se zaměří na různé situace ve svém životě a pak na ně vybrané pravidlo aplikuje. Cílem je sestavit žebříček situací podle toho, čím přiměřenější je dodržování pravidla v dané situaci (např. pravidlo „Nikdy si nestěžuj, jinak tě lidé nebudou mít rádi“ – v restauraci, v obchodě, v práci, doma).

### e) Zdůraznění výroků s „bychy“

Např. si je terapeut zaznamenává během sezení a pak je pacientovi společně přečte, případně si je pak pacient sám zaznamenává mezi sezeními.

### f) Porovnání „musím“ a „měl bych“ s potřebami pacienta

Terapeut pacientem probere, co ten doopravdy chce a do jaké míry na to bere ve svém jednání ohled.

### g) Počítání „bychů“

Pacient počítá množství výroků s „bych“, které jej automaticky napadnou během určitého období.

## Sebenenávist

Technika: Zformulování realistických kritérií úspěchu

Depresivní pacienti jsou velmi orientovaní na úspěch a i drobný nezdar prožívají jako naprosté selhání. V sezení je třeba důkladně analyzovat kritéria, podle nichž pacient hodnotí svůj vlastní výkon, abychom zjistili, nakolik jsou realistická a opodstatněná.

## Nadměrná sebekritika

Technika: Disatribuce

Depresivní pacienti mají sklon přebírat na sebe odpovědnost za všechny neúspěchy a zároveň bagatelizují všechny své úspěchy. Ke zvládnutí tohoto problému může terapeut:

1. Využít techniky, které pacientovi ozřejmí jeho úspěchy
2. Zpochybnit předpoklad pacienta, že je plně odpovědný za nezdary a problémové situace. Používá se zejména u událostí, za které se pacient obviňuje. Společně s terapeutem pak zkoumá, nakolik výsledek situace závisel jen na něm, nakolik na jiných okolnostech.

Techniky disatribuce:

- Pacient se učí rozlišovat události, na které má nějaký vliv, a ty, na které vliv nemá.
- Zjistíme, v kterých oblastech pociťuje pacient nepřiměřenou odpovědnost (zaměstnání, domácnost, výchova dětí atd.).
- Shromáždíme údaje o konkrétních událostech.
- Pomocí „Záznamu činnosti“ zjistíme, v kterých situacích na sebe pacient přebírá nepřiměřenou odpovědnost, kterou lze zpochybnit.
- Zpochybnění nadměrných pocitů odpovědnosti.
  - Ptáme se „Opravdu to byla stoprocentně vaše vina?“, „Nakolik jste mohl skutečně ovlivnit výsledek této události?“, „Mohl to ovlivnit i někdo jiný?“ ap. Tím pacienta učíme, aby si uvědomil svůj sklon k přebírání nepřiměřené odpovědnosti.
- Realistický odhad míry odpovědnosti
  - Analyzujeme všechny faktory, které mají vliv na průběh a výsledek určité události, přičemž odhadujeme relativní podíl jednotlivých faktorů – např. formou koláčového grafu. Pacienta pak požádáme, aby sám odhadl, nakolik mohl ovlivnit každý z uvedených faktorů. Dále můžeme spekulovat o tom, jak by událost dopadla, kdyby za ni pacient nepřevzal žádnou odpovědnost.
- Identifikace dlouhodobých postojů, z nichž vychází sklon pacienta k nadměrnému přebírání odpovědnosti
  - poté co jsme již prozkoumali více případů nepřiměřeného přebírání odpovědnosti, může je terapeut přednést pacientovi ve formě, jako by hodnotícím byla třetí osoba. Pacienta pak vyzve, aby se pokusil zformulovat skryté předpoklady (postoje) této osoby (např. „Musím všem vždy ve všem vyhovět“).
- Reálné hodnocení míry osobní odpovědnosti
  - pokud pacient dospěje k náhledu, že nemá nikdy 100% odpovědnost za události, problémy a nedostatky, je třeba, aby se snažil reálně hodnotit míru své

osobní odpovědnosti. Jednou z možností je, že si o odpovědnosti promluví s několika lidmi, kterým věří. Může též zkusit při určité příležitosti nepřevzít vůbec žádnou odpovědnost a sledovat, co se v tom případě stane, nebo aspoň své úsilí o ovlivnění situace omezit a sledovat, nakolik se změní výsledek.

### **Kognitivní zkreslení – logické chyby v myšlení**

#### **A) Nadměrná generalizace**

Zamlčený předpoklad: To co platí v jednom případě, platí i ve všech podobných případech.

Terapeutický postup:

- objasnění falešné logiky,
- stanovení kritérií relativní podobnosti případů,
- probrat téma odlišnosti osob a situací.

#### **B) Zkreslený výběr faktů**

Zamlčený předpoklad: Očekávání a žádosti druhých musím vždy splnit.

- musím se hodnotit na základě svých nedostatků,

Terapeutický postup: Pomocí deníku poukázat na dosažené úspěchy

- behaviorálně prověřit skryté předpoklady

#### **C) Personalizace, nadměrné přebírání odpovědnosti**

Zamlčený předpoklad: Jsem vinen všemi neúspěchy, chybami a neštěstími.

Terapeutický postup: Techniky disatribuce

#### **D) Nepodložené závěry a předpovědi**

Zamlčený předpoklad: Když tomu tak bylo dřív, bude to tak vždycky.

Terapeutický postup:

- objasnění falešné logiky,
- analýza faktorů, které v minulosti ovlivnily výsledek + faktorů nových, v minulosti neexistujících.

#### **E) Vztahovačnost**

Zamlčený předpoklad: Jsem středem negativní pozornosti druhých.

Terapeutický postup:

- určení kritérií „pozornosti“,
- zkoumání, jaké chování pacienta budí negativní pozornost

#### **F) Zanedbávání vlastních potřeb**

Zamlčený předpoklad: Chci-li být u druhých oblíbený, musím dbát především na jejich přání, potřeby a očekávání.

Terapeutický postup:

- probrání zamlčeného předpokladu,
- výměna rolí ve scénce, v diskusi.

#### **G) Značkování – operacionalizace negativního konstruktů**

Někdy je dobré chtít po pacientovi, aby konkrétně definoval termín nebo slovo, které použil. Např. pacient může o sobě říci „Jsem zbabělec!“. Při podrobnějším vysvětlení může např. zbabělost znamenat, že se někdo nebrání, když je napa-

den. Terapeut pak musí s pacientem testovat události v minulosti, které by mohly svědčit pro a proti této značce.

### **Pesimismus a malá motivace (předvídání budoucnosti na základě minulých zkušeností)**

Depresivní pacienti často vidí svou budoucnost beznadějně. Přitom vycházejí z toho, že se jim až dosud dařilo zle, a předpokládají, že tomu tak bude již stále. Přitom pro akutně depresivní pacienty začíná jejich „minulost“ počátkem jejich deprese. Terapeut proto musí s pacientem zkoumat, co pacient *dokázal před počátkem deprese*.

Dále terapeut poukazuje na to, že budoucnost není možné předvídat pouze na základě minulosti, protože je závislá na jednání pacienta, který ji sám vytváří, tj. není jejím pasivním objektem.

### **Techniky zvládání strachu**

Při ústupu deprese se u pacientů dosti často objeví pocity úzkosti a strachu, které pak pacienti často interpretují depresivně.

#### **A) Technika „Co se stane, když...“**

- v diskusi nebo v představě si pacient ujasňuje možné reálné následky určité události či určitého svého jednání. Přitom je porovnává se svými automatickými katastrofickými předpověďmi.

#### **B) „Dokažte mi, že ke katastrofě skutečně dojde.“**

- terapeut pacienta požádá, aby mu zdůvodnil, proč dojde ke katastrofě, které se obává. Společně pak oba zkoumají pravděpodobnost jednotlivých uváděných faktorů.

Terapeut také může pacienta upozornit na fakt, že zcela beze strachu koná řadu činností, které jsou objektivně daleko riskantnější (kouří, jí, chodí po schodech ap.)

### **Další techniky**

#### **A) Využití fantazií a představ v terapii**

Požádáme-li pacienta, aby si úzkost či depresi vzbuzující situaci představil, můžeme tak zjistit jeho přesvědčení a obavy. V dalších cvičeních je možno tyto katastrofické a dysfunkční představy nahradit představami reálnějšími, takže se pak pacient v dané situaci jinak chová.

#### **B) Techniky počítání**

Pacienta požádáme, aby si zaznamenával počet určité ANM – čárkami na papír, přendáváním sirek z jedné kapsy do druhé ap. Pacient si tím lépe uvědomí, jak určité myšlenky ovlivňují jeho náladu a jeho chování. Pokud je frekvence určité ANM velmi vysoká, může si ji pacient zaznamenávat jen po určitou stanovenou dobu.

Při užití této techniky musí pacient akceptovat tato pravidla:

1. I když počítání ANM nepovede k úlevě, nebude z toho vyvozovat, že je ne-vyléčitelný.



2. Po sčítání se nesmí obviňovat kvůli vysoké frekvenci ANM.
3. Když se po několika dnech zmírnění ANM další den jejich počet opět zvýší, nesmí z toho usuzovat, že léčení nemá žádný smysl.

### ***Další aplikace počítání***

1. Pesimistické pacienty požádáme, aby počítali, jak často hodnotí budoucnost na základě minulosti.
2. Někdy jsou ANM vyvolávány určitými podněty, např. setkáním s partnerem, nadřizeným ap. Pacienta pak žádáme, aby počítal ANM právě v těchto stresujících situacích.
3. Pacienti se někdy srovnávají s jinými osobami, přičemž toto srovnání pro ně vždy dopadá negativně. Požádáme, aby počítali, jak často se takto srovnávají s druhými.

### **Techniky ke zvládání sebevražedných tendencí**

Akutně suicidální pacienti vykazují vysokou letalitu a vyžadují speciální léčebnou starostlivost. Nutkání spáchat sebevraždu se často spojuje s potřebou okamžitého řešení. Je potřebné s každým depresivním pacientem toto téma důkladně probrat a při podezření na hrozbu suicidia nemocného hospitalizovat. Specifické faktory, které zvyšují hrozbu suicidia, jsou následující:

1. Rodinná zátěž – existuje familiární tendence k sebevražednému jednání, která se dokonce nevztahuje nevyhnutně k závažnosti deprese.
2. Jiné impulzivní a násilné činy v anamnéze – dřívější tendence k impulzivním činům (sebeпоškozování, napadení druhých ap.).
3. Vysoká míra hostility.
4. Vysoká míra úzkostné tenze.
5. Obsah, konkrétnost a primitivnost fantazií a plánů – terapeut musí trvat na tom, aby pacient suicidální představy nebo fantazie vyslovil co nejpodrobněji a nejkonkrétněji. Explicitní vyjádření všech suicidálních představ může mít katartický účinek. Čím konkrétnější a primitivnější jsou fantazie, tím je větší riziko. Lidé, kteří jsou schopni přemýšlet o sebeпоškození, bývají impulzivnější.
6. Předchozí pokusy a plány – bývají nejdůležitějším kritériem pravděpodobnosti aktuální hrozby.

V případě akutní možnosti suicidia je nutné opustit terapeutickou neutralitu. Pacient musí být odeslán k hospitalizaci. I během ní je potřebné být suportivním, dodávat pacientovi důvěru, vést ho k uvědomění si možnosti volby jiných způsobů. Suicidální pacienti trpí „tunelovou vizí“ – jsou schopni vidět pouze jedno řešení. Nezapomínejme na dohodu o odkladu, a to i na uzavřeném oddělení, kde je relativní riziko uskutečnění sebevraždy vzhledem ke kontrole značně menší. Ale každé odložení zmenšuje pokušení, a hlavně umožňuje získat čas pro intervenci.

Nejdůležitějším faktorem, který vede k sebevražedným tendencím, je pocit beznaděje. Proto je prvním úkolem terapeuta tuto beznaděj pacienta co nejrychleji zmírnit. Pacient ve své beznaději považuje sebevraždu za nejúčinnější

a nejrychlejší způsob řešení svých problémů. Terapeut se musí snažit přivést pacienta k náhledu, že

- a) je možno jeho životní situaci i jeho budoucnost hodnotit jinak (alternativní hodnocení),
- b) má i jiné možnosti jednání než ty, které jej přivedly do současné situace.

Tento terapeutický přístup nazýváme „zkoumání alternativ“.

Pacient je obvykle chycen v bludném kruhu svých nepodložených závěrů. Své předpoklady a přesvědčení nezkoumá, považuje je za samozřejmé. Úkolem terapeuta je přivést jej k tomu, aby se zamyslel nad platností svého hodnocení situace, a zvážil, zda není možno tuto situaci hodnotit a řešit jinak. Přitom vycházíme z informací, které nám poskytne sám pacient, a poukazujeme na případné rozpory (např. „Bez X nemá můj život cenu!“ x „Byly doby, kdy jsem žila bez X a nebyla jsem depresivní!“).

#### *Zkoumání motivace sebevražedných tendencí*

Motivaci sebevražedných tendencí lze zhruba rozdělit do dvou kategorií:

- 1) únik ze zdánlivě neřešitelné situace („Únik“)
- 2) snaha o změnu mezilidských vztahů („Manipulace“)

Eventuálně se může jednat o kombinaci obou kategorií.

Je-li motivem pacienta „únik“, pak je třeba se zaměřit na zmírnění pocitů beznaděje a ukázání alternativních řešení. Je-li motivem „manipulace“, pak se zaměříme na analýzu vztahů pacienta a na možnosti jejich racionální změny jiným způsobem než (vyhrožováním) sebevraždou. Terapeut nemá váhat podrobně probrat s pacientem jeho sebevražedné tendence a plány provedení sebevraždy. Musí zjistit, jaké způsoby řešení své situace již pacient vyzkoušel nebo o nich uvažoval. Tyto alternativy by měl s pacientem znovu probrat, aby zjistil, proč je zavrhl, a zda jich skutečně nelze využít. Přitom je třeba vést pacienta důsledně k tomu, aby rozlišoval mezi *fakty* a *myšlenkami*. Cílem je, aby se pacient byl ochoten pokusit řešit svou situaci jinak, případně aby změnil své hodnocení této situace.

### **Melancholie**

Pokud deprese dosáhne hloubky melancholie, specificky zaměřená psychoterapie není možná. Pacient potřebuje urgentní hospitalizaci a léčbu psychofarmaky s podpůrnou psychoterapií. Zásadní je přijetí jeho melancholie, bez snahy o falešné povzbuzování nebo nepravé utěšování, na které je melancholik citlivý. Dále je důležité bezpodmínečné naslouchání, bez projevů netrpělivosti (pacient je bere jako vlastní chybu – že obtěžuje), vedení otázkami. Rozhovor se zaměřuje více na orientaci než na interpretaci. Melancholik nemůže přijmout banální optimismus, ale potřebuje terapeutickou důvěru ve svou budoucnost. Lidská spoluúčast pomáhá částečně naplnit potřebu uznání a posílení. Terapeutická přítomnost je nutná dokonce i tehdy, když nás pacient zahrne do svých podceňujících tendencí. V tom, že se s ním setkáváme, vyplňujeme jeho přechodnou prázdnotu. Analyticky nezúčastněný postoj je těžko tolerován. Pacient většinou není schopen unést terapeutovo ticho, protože ho zažívá jako hrozbu. Musí naopak získat z terapeutova cho-

vání jistotu, že je léčen s pozitivní emoční pozorností. Potřebuje empatii, ve které se cítí být přijímán, ať se chová jakkoliv. Speciálně při léčbě psychofarmaky je důležité pacientovi ukázat, že se zajímáme o celou jeho osobu i s pocity a myšlenkami, které má. Pokud získá dojem, že pouze očekáváme zmírnění stavu vlivem léků, cítí se odmítán a nepochopen.

Melancholie někdy provokuje v terapeutovi pocit, že deprese je úplně bez psychologické příčiny. Když se však krok po kroku ptá, začnou se vynořovat důležité aspekty. Depresivní jedinci mívají tendenci k nerealistickým očekáváním stran terapeuta a pak se často stává, že jsou zklamaní a ještě více zoufalí, když zjistí, že se jejich stav nemění ihned.

Při vedení rozhovoru jsou snad nejvděčnější Rogeriánské principy – empatické poznámky, shrnutí a reflexe pacientových pocitů. Pláč a silnější emoční hnutí musíme prostě přijmout, jsou v této situaci normálním jevem, rozhodně nesmíme nutit jedince k jejich ovládání, potlačování ap. Nebojme se, že se trpícího dotkneme, a že mu ublížíme tím, když krátkodobě jeho utrpení zvýšíme hovorem o citlivém tématu. Abreakce i v hluboké depresi vede alespoň ke krátkodobé úlevě a téměř vždy k prohloubení vztahu, a tím zesílení pacientovy naděje.

#### 8.1.1.5 KBT a psychofarmakoterapie u depresivní poruchy

Z praktického hlediska se však farmakologické a psychoterapeutické přístupy vzájemně doplňují, nicméně jejich zaměření může být jiné (Janicak, 1999). Léky lépe kontrolují akutní příznaky depresi i riziko relapsu deprese, psychoterapie zlepšuje sociální a pracovní adaptaci pacienta, zlepšuje jeho spolupráci při užívání léků, pomáhá řešit jeho interpersonální problémy a snižuje jeho zranitelnost ke stresu (Praško a Šlepecký, 1995).

#### 8.1.1.6 Kazuistika – depresivní porucha

Petr je strojař, který učí na vysoké škole. Je mu 50 let. Depresi zažívá poprvé v životě. Objevila se náhle na podzim. Předtím v létě měl starosti kolem náhlého úmrtí otce, ale to zvládl velmi dobře, automaticky zařídil pohřeb i všechny úkony kolem dědictví, nemohl plakat. Petr má dojem, že deprese přišla „z ničeho nic“, prostě najednou přestal v noci dobře spát, začal se budit už kolem třetí hodiny ranní, v celém těle cítil hroznou únavu, do všeho se musel nutit, začal trpět nechutenstvím a zácpou, začala ho bolet hlava. Práce i koníčky ho přestaly bavit, přestal se soustředit na četbu i na televizi. I běžné každodenní činnosti vyžadovaly nadměrnou námahu. Začal se obviňovat, jak je neschopný, všude viděl jen svá selhání. Pro nadměrnou únavu navštívil internistu a neurologa, kteří u něj žádnou nemoc nenašli a oba mu doporučili psychiatra. Tam se jít styděl.

Nadměrná únavu se střídala se silným napětím, Petr byl nerozhodný, vlastně nevěděl, co má dělat. I pokud nějakou činnost začal, nedokázal ji dokončit. Po měsíci měl pocit, že ztratil veškerou energii, že se dnem jen plíží. V práci nebyl schopen nic dělat, doma jenom ležel v posteli. Sexuálně začal selhávat. Manželka Radana už toho měla dost, začala mu vyčítat, že doma s ničím nepomůže a 3 děti jsou jen na ní, že je líný a že by se měl vzchopit. Počátkem prosince již Petr nebyl schopen chodit do práce. Vzal si dovolenou, doma ležel

v posteli, nebyl schopen sledovat ani televizi, ani cokoliv udělat. Před Vánocemi, po 2 měsících trápení, nakonec Petr vyhledal psychiatra. V té době prožíval už hlubokou depresi, nechtělo se mu žít, byl přesvědčen, že je všem jenom na obtíž, že jako otec, zaměstnanec i manžel totálně selhal. Petr byl pro těžkou depresi odeslán k hospitalizaci na psychiatrické oddělení.

Při vyšetření zjistil psychiatr tyto údaje: Petr se narodil v rodině vysokoškolského učitele. Matka byla v domácnosti. Bydleli na venkově blízko krajského města, kam otec dojížděl na fakultu. Otec tyransky vládl rodině, kterou živil. Vše muselo být po jeho vůli. Matka i děti se ho bály. Když byly Petrovi 3 roky, narodila se sestra Anna. Od narození Anny, která byla jako dítě churavá, se maminka přestala věnovat Petrovi, který musel do školky. Petr školku špatně snášel – stále toužil po mamince a nechápal, proč se věnuje malé sestřičce více než jemu. Proto se vztekal, brečel, občas sestřičce nadával. Za projevy vzteku však byl trestán. Otec, když si na něj velmi zřídka udělal čas, ho trénoval v „samostatnosti“ a „odvaze“. Trénink „v odvaze“ spočíval v tom, že mu vynadal, že je zbabělý a pak ho poslal do kůlny pro dříví do krbu. Petr se v kůlně mimo dům samozřejmě strašně bál – výprasku od otce se však bál více. Trénink „v samostatnosti“ spočíval v tom, že Petr musel již v předškolním věku do obchodu pro to, co otce v momentálním rozmaru napadlo. Později musel „samostatně“ sedět nad úkoly, které pak otec zkontroloval a zpravidla ho seřval, že je buď nemá správně, nebo že je „naškrábal“, eventuálně je „neměl dost včas“, když otec náhodou přišel dříve ze školy. Většinou si ho však otec nevšímal. Přicházel domů, chtěl „absolutní klid“, takže rodina chodila po špičkách, nesmělo hrát rádio ani televize. Pak si otec vykouřil dýmku a vypil půl litru vína – meditoval. Poté se šel najíst a kritizoval matku a děti. Neustále všem vysvětloval, jak co mají dělat, jinak s nimi všechno špatně dopadne. Úlevou bylo, když nadával na komunisty, za ty nikdo z rodiny nemohl. Největší důraz kladl otec na výkonnost Petra. Na dceru měl o hodně menší nárok a dokázal se k ní chovat vlídněji. Petr otce obdivoval, ale strašně se ho bál. Matku miloval, ale zároveň jí pohrdal – vídal, jak s ní otec jedná jako s onucí. Na sestru Annu zpočátku hodně žárlil, ale pak, pod vlivem obou rodičů, se o ni náramně pečlivě staral, protože byl za to chválen. Když začal chodit do školy, narodila se další sestra Vlasta – tu miloval od narození. Když o ni pečoval, byl dáván za vzor jiným dětem a protože to bylo jedno z mála ocenění, které dostával, pečoval o sestru vždy velmi horlivě. Tato výchova vedla k tomu, že se v Petrovi utvrzovalo několik základních vnitřních postojů:

- Já a moje potřeby neznamenaají nic. Pokud chci splnit nějaké svoje přání, jsem sobecký a nikdo mě nebude mít rád.
- Pokud jsem snaživý a plním přání druhých nebo o někoho pečuji, jsem oceňován (a možná i milován).
- Jsem zbabělý a nesamostatný, potřebuji, aby mě někdo moudřejší (otec) řídil.
- Musím se stále snažit být lepší, výkonnější, morálnější, dokonalejší.
- Každá i sebemenší chyba je krutě trestána.

Ve škole se Petr učil výborně, ojediněle dostal dvojku (nikdy ne na vysvědčení) a za tu byl náležitě potrestán otcem. I když byl dost nadaný a školu by zvládl bez větších problémů, „pro jistotu“ se hodně učil. Pubertou prošel poslušně, vzdor k otci si uvědomoval jenom málo (otec měl v té době milenkou), neměl však odvahy ho projevit. Příliš nechápal

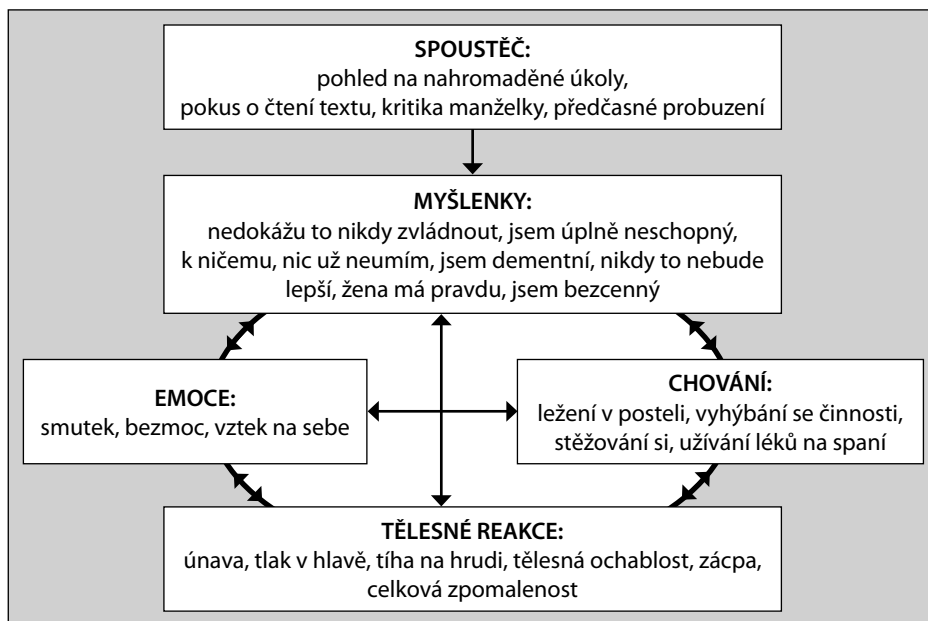
vzdor spolužáků vůči kantorům – sám neměl chuť se nijak bouřit, na druhé straně se snažil se spolužáky vycházet dobře – bál se, by se neocitl stranou kolektivu. Byl ostatními považován za „ustrašeného“, což jen zpevnilo jeho přesvědčení o vlastní zbabělosti, vtlučené mu otcem. Postavení ve třídě si pak získal jako sportovec – začal hrát dobře volejbal, což mu zvýšilo prestiž. Před děvčaty se velmi styděl, nevěděl, o čem s nimi má mluvit. Měl pocit, že dívky musí záhy poznat, že je „hloupý a zbabělý“, přesně tak, jak mu to vždy říkal otec. Na jedenáctiletku se dostal snadno. Pokračoval ve vynikajícím prospěchu i v úspěších ve volejbalu. Dostal se do juniorské reprezentace. Aby pronikl do „dívčího světa“, naučil se hrát na kytaru a začal jezdit jako vedoucí na pionýrské tábory. Jeho komplexy vymizely, naopak se začal chovat nadměrně sebevědomě až arogantně. Svádět dívky najednou bylo snadné. Nemohl se toho nabažit. Po střední škole pokračoval Petr na strojní fakultě. Nedokázal studovat nic jiného než jeho otec. Během studia pokračoval zpočátku v rozmarilém životě a střídal děvčata, nebyl schopen však už dále výkonnostně trénovat, pokud chtěl školu zvládat s červeným diplomem. Protože studoval na fakultě, kde učil jeho otec, nedokázal nemít vynikající výsledky. Také v době přechodu z juniorů do dospělých jeho výkon ve volejbalu už nebyl tak výjimečný. Bylo by třeba značné dřiny, téměř neslučitelné se studiem, aby se dostal také do reprezentace mezi dospělými. Nedokázal unést to, že už nebyl „vynikající“, a raději sportu nechal. V posledním roce se seznámil se svojí budoucí manželkou, Radanou, a poprvé v životě se zamiloval. Radana byla cílevědomé děvče, velmi aktivní a zároveň dost nejistá. Cílevědomost a nadměrná aktivity překrývaly její nejistotu, takže navenek vypadala velmi suverénně.

Po škole se vzali a měli syna a dceru. Radana zůstala s malými dětmi doma. Petr nastoupil jako asistent na fakultě. Třeli bídu s nouzí – asistentská místa byla ve všech dobách mizerně placená. Radana byla stále nabroušenější, Petr běhal mezi školou a domovem se stále většími pocity viny. Ctižádost ho hnala, aby zůstal na škole a pokračoval v rodinné tradici. Radana ho občas obviňovala z neschopnosti a srovnávala ho s jinými spolužáky, kteří u podniků měli větší peníze. Do toho neustále zasahoval otec a nutil jej, aby už udělal vědeckou kandidaturu, zdůrazňoval, jak je neschopný, když ještě nic ve vědě nedokázal. Přes obrovský stres a pocity drčení mezi mlýnskými kameny to Petr bez újmy přežil. Otcí se snažil maximálně vyhnout, doma byl „stále unavený“ a v ničem Radaně neodporoval. Radana po mateřské nastoupila do práce, peněz najednou bylo více, rodinná situace se zklidnila. Děti začaly chodit do školy, celkem prospívaly, Petr se stále častěji přistihl, jak je moralizuje a nutí k dobrým výsledkům ve škole, závodnímu sportu, hře na housle a píáno. Na syna byl obzvlášť ostrý, vůči dceři měl slabost. K rodičům chodil minimálně, zdůvodňoval to množstvím práce, skutečnost však byla taková, že nechtěl poslouchat otcovo „domlouvání“ stran kariéry. Když bylo Petrovi 49, stále neměl kandidátskou práci. Od počátku nového školního roku prožíval nadměrnou zátěž. V průběhu necelého půlroku zemřeli dva blízcí kamarádi v jeho věku. Dokončoval v té době grant, ve kterém měl velkou hmotnou zodpovědnost, a byl neustále ve stresu. Vedení katedry mu navíc dalo nepokrytě najevo, že by si měl udělat docenturu, protože katedra má málo docentů. Bylo toho na něj v tu chvíli příliš. Neustále se musel zabývat smrtí přátel, začal se obávat o své zdraví, srovnával svůj osud s jejich. V době tohoto vypětí náhle zemřel otec. Petr nebyl schopen na pohřbu plakat. Cítil jen prázdno, tupé prázdno. Uvědomil si, že ztratil pravdě-

podobně nejdůležitější postavu svého života, a přesto nemohl cítit smutek. Na pohřbu se cítil jako robot. Jako v transu zajistil pohřeb, poděkoval za kondolence příbuzným a známým a ztratil chuť dále cokoliv dělat. V průběhu 3 měsíců po pohřbu otce se u něj postupně rozvinula hluboká deprese. V práci se nedokázal soustředit, doma nic dělat. Čas trávil obavami, že vážně onemocní, nebo myšlenkami, že může náhle umřít, třeba na infarkt. Stav letargie a nicnedělání střídal s výbuchy nadměrné horečnaté aktivity, kdy různé věci začínal a pak žádnou pro pocity marnosti nedokončil. Začal být také stále více podrážděný. Hádal se s manželkou, byl vzteklý a výbušný vůči dětem. Dokázal se nepřiměřeně rozčílit kvůli maličkostem. Všechny úkoly Petr hřnul před sebou. Každé ráno vstával předčasně už kolem 4. hodiny a prožíval silnou úzkost z toho, jak zvládne následující den. V té době ho manželka přivedla k psychiatrovi.

Po nástupu do léčby dostal Petr antidepressivum sertralin a byl zařazen do psychoterapeutického programu. Na počátku se snažil zmapovat, jak jeho depresivní prožívání vypadá.

Obrázek 8.1.1.4: Bludný kruh deprese



Postupně se učil zvládat svoje depresivní automatické myšlenky, nacházet si více konstruktivní postoje k sobě, ke své životní situaci i vztahům v rodině.

**Tabulka 8.1.1.27:** Záznam automatických myšlenek v jednom dni Petra

| SITUACE                  | MYŠLENKY                                                                                              | EMOCE      | RACIONÁLNÍ REAKCE                                                                                                                           | AKCE                                                            |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Čtení novin              | 1. Nic nevímám!<br>2. Mám demenci!                                                                    | strach     | Mám jen strach z demence, zhoršuji ho tím, že se stále zkouším, co si pamatuji, a ve strachu vše zapomínám. Jinak pro demenci nic nesvědčí. | Vstanu a půjdu umýt nádobí. Příště se nebudu nesmyslně zkoušet. |
| Manželka přišla z práce. | Ona všechno zvládne, a přitom má na starost i domácnost! Už nikdy nebudu schopen pracovat! Opustí mě! | závist     | Nemám se srovnávat, zejména ne, když jsem v depresi.                                                                                        | Přestanu se srovnávat a místo toho ji něco hezkého řeknu.       |
|                          |                                                                                                       | sebelítost | Jak to mohu vědět? Práce mi vždy šla dobře.                                                                                                 | Zajdu se do práce domluvit o dalších úkolech.                   |
|                          |                                                                                                       | bezmoc     | Zbytečně se straším, nic takového neříkala.                                                                                                 | Budu se zajímat o ni a o to, jak se jí dařilo dnes v práci.     |

Důležité bylo pro Petra vyrovnat se se smrtí otce, která byla bezprostředním spouštěčem (nikoliv příčinou) jeho deprese. Petr napsal otcí „dopis“, ve kterém se mu vyznal ze všech svých pocitů vůči němu – z nenávisti, vzteku, lítosti, ale i lásky i pocitů, jak mu otec chybí jako vůdčí osobnost rodiny. Při tomto procesu truchlení Petr vzpomínal na důležité chvíle, které s otcem zažil od dětství. Upřímně plakal i se na otce zlobil. Poté přišla v jeho depresi výrazná úleva, byl propuštěn z léčebny a pokračoval v léčbě ambulantně.

V průběhu ambulantní léčby se Petr zaměřil na postupné řešení svých současných problémů. Společně s terapeutem určil Petr několik oblastí problémů, které by chtěl řešit.

**Tabulka 8.1.1.28:** Seznam Petrových hlavních současných problémů a jejich konkretizace

| PROBLÉM                                                          | KONKRETIZACE PROBLÉMU                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Manželský nesoulad                                               | Soutěžím s manželkou o to, kdo rozhoduje ve finančních otázkách, trávení volného času, jak správně vychovávat děti.                                                                  |
| Sexuální dysfunkce                                               | Asi při 50 % pokusů o milování nemám erekci, manželka mi to pak vyčítá a obviňuje mě z nevěry.                                                                                       |
| Strach řešit problémy původní rodiny (s matkou a oběma sestrami) | Po smrti otce cítím očekávání, že bych měl být hlavou původní rodiny a pomáhat matce a oběma sourozencům a jejich dětem.                                                             |
| Výbuchy hněvu na syna                                            | Asi tak 2x za týden vybuchnu na syna, když mě ruší, chce po mně něco nebo si neplní nějaký úkol, často ho kromě křiku fyzicky potrestám – a pak si to vyčítám.                       |
| Odkládání rehabilitace                                           | Už před 3 roky jsem měl habilitovat, stále to odkládám, nedokážu napsat práci – jsem za to kritizován manželkou, šéfem i kolegy – mám na sebe zlost, ale nedokážu se přinutit začít. |

Opakovaně navštěvoval pracoviště a hovořil s nadřízeným o své situaci a nemožnosti nyní dokončit habilitační práci. Přes očekávání, že ho vedoucí katedry odmítne, se ukázalo, že s ním šéf dále počítá a chápe jeho situaci. S odezníváním deprese ustoupila sexuální dysfunkce a postupně se upravil i manželský nesoulad. Petr s manželkou opakovaně mluvil o svých pocitech v rodině a ujasnili si společně, co od vztahu oba chtějí. Protože oba chtějí pokračovat v kariéře, bylo nutné najít společné kompromisy v otázkách starání se o domácnost a výchovu dětí. Po opakovaných rozhovorech se výrazně zklidnila i rodinná situace. Strach řešit problémy původní rodiny se ukázal jako zbytečný. Matka i sourozenci nic takového po Petrovi nevyžadují – své problémy si řeší sami. Po dlouho odkládané návštěvě u matky pocítil Petr výraznou úlevu – všichni měli radost, že ho vidí, a setkání bylo velmi příjemné. Zklidnění atmosféry mezi manželi výrazně pomohlo k tomu, že Petr přestal vybuchovat na syna. Ukázalo se, že na něj vlastně žárlí; Radana se v synovi viděla a Petrovi se zdálo, že mu dává přednost před ním. Pokud se stalo, že Petr znovu zareagoval na syna prudce, naučil se omluvit. Výbuchy vzteku však brzy vymizely. Oba „muži“ si porozuměli ve sportu. Petr si také uvědomil, že nechce být k synovi takový, jaký byl jeho otec k němu, a učil se syna spíše posilovat, než kritizovat. Co se týče práce, Petr po 3 měsících znovu nastoupil do zaměstnání. Zatím habilitaci „úspěšně odkládá“ dále, nicméně dohodl se s vedením, že je to jeho věc a že až se na to bude cítit, zkusí práci dopsat.

### 8.1.1.7 Závěr

KBT je vhodným přístupem pro léčbu lehkých a středně těžkých depresivních epizod, dystymie i depresivní fáze bipolární afektivní poruchy. Základními kroky při akutní symptomatice jsou psychoedukace, kognitivní restrukturalizace s behaviorálními experimenty a plánování činností. V průběhu léčby je pak důležité dosáhnout změny kognitivních schémat, nacvičit řešení problémů a zlepšit sociální dovednosti. U těžkých depresivních epizod a depresivních epizod bipolární afektivní poruchy je potřebné kombinovat KBT s antidepresivy.

Podrobný popis KBT deprese obsahuje manuál Praško a Šlepecký (1995), uplatnění KBT ve skupinové terapii deprese popisuje kniha Praška et al. (1998). Popis KBT deprese je také uveden v knize Praško a Kosová (1998).

### 8.1.1.8 Literatura

1. ABRAMSON, L. Y., SELIGMAN, M. E. P., TEASDALE, J. D.: *Learned helplessness in humans: critique and reformulation*. J. Abnormal. Psychol., 1978, č. 87, s. 49–74.
2. AGOSTI, V., OCEPEK-WELIKSON, K.: *The efficacy of imipramine and psychotherapy in early-onset chronic depression: a reanalysis of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program*. J. Affect Disord., 1997, č. 43, s. 181–186.
3. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (Revision). Am. J. Psychiatry, 2000, č. 157 (suppl.).



4. American Psychiatric Association. Treating major depressive disorder. American Psychiatric Association Quick reference to the American Psychiatric Association practice guidelines. Compendium 2002. Washington: American Psychiatric Association, 2002, s. 101–119.
5. APPLEBY, L., WARNER, R., WHITTON, A., FARAGHER, B.: *A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioral counseling in the treatment of postnatal depression*. Br. Med. J., 1997, č. 314, s. 932–936.
6. ASHMORE, R.: *Cognitive therapy*, Dissertation, Birmingham, 1993.
7. BAREŠ, M., PRAŠKO, J.: *Depresivní porucha*. In: Seifertová, D., Praško, J., Höschl, C. (eds.): *Postupy v léčbě psychických poruch*. Praha: Amepra, 2004.
8. BECK, A. T.: *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press, 1976.
9. BECK, A. T., RUSH, A. J., SHAW, B. F., EMERY, G.: *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press, 1979.
10. BECK, A. T. et al.: *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press, 1979.
11. BECK, A. T., EMERY, G., GREENBERG, R. L.: *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. New York: Basic Books, 1985.
12. BLACKBURN, I. M. et al.: *A two year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy and combination of both*. J. Affect Dis., 1986, č. 10, s. 67–75.
13. BLACKBURN, I. M., MOORE, R. G.: *Controlled acute and follow-up trial of cognitive therapy and pharmacotherapy in out – patients with recurrent depression*. Br. J. Psychiatry, 1997, č. 171, s. 328 – 334.
14. CORYELL, W., AKISKAL, H. S., LEON, A. C. et al.: *The time course of non-chronic major depressive disorder: uniformity across episodes and samples*. Arch. Gen. Psychiatry, 1994, č. 51, s. 405–410.
15. COYNE, J. C., GOTLIB, I. H.: *The role of cognition in depression: a critical appraisal*. Psychol. Bull., 1983, č. 94, s. 472–505.
16. DERUBEIS, R. J., GELFAND, L. A., TANG, T. Z., SIMONS, A. D.: *Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: mega-analysis of four randomized comparisons*. Am. J. Psychiatry, 1999, č. 156, s. 1007–1013.
17. DOBSON, K. S.: *A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression*. J. Consult. Clin. Psychol., 1989, č. 57, s. 414–419.
18. ELLIS, A.: *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart, 1962.
19. ELKIN, I., SHEA, T. M., WATKINS, J. T.: *National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program*. Arch. Gen. Psychiatry, 1989, č. 46, s. 971–982.
20. EVANS, M. D., HOLLON, S. D., DERUBEIS, R. J. et al.: *Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression*. Arch. Gen. Psychiatry, 1992, č. 49, s. 802–808.
21. FAVA, G. A., GRANDI, S., ZIELEZNY, M. et al.: *Cognitive behavioral treatment of residual symptoms in primary major depressive disorder*. Am. J. Psychiatry, 1994, č. 151, s. 1295–1299.

22. FAVA, G. A., RAFANELLI, C., GRANDI, S. et al.: *Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy: preliminary findings*. Arch. Gen. Psychiatry, 1998, č. 55, s. 816–820.
23. FENNEL, M.: Depression. In Hawton, K. et al. (eds.): *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems*. Oxford: Oxford Medical Publications, 1989.
24. FIŠAR, Z.: Afektivní poruchy. In: Fišar, Z., Jiráček, R. (eds.): *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. Praha: Grada, 2001, s. 210–238.
25. FRANK, E., KUPFER, D. J., PEREL, J. M. et al.: *Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression*. Arch. Gen. Psychiatry, 1990, č. 47, s. 1093–1099.
26. GAFFAN, E. A., TSOUSIS, I., KEMP-WHEELER, S. M.: *Researcher allegiance and meta-analysis: the case of cognitive therapy for depression*. J. Consult. Clin. Psychol., 1995, č. 63, s. 966–980.
27. GLOAGUEN, V., COTRAUX, J., CUCHERAT, M., BLACKBURN, I. M.: *A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients*. J. Affect. Disord., 1998, č. 49, s. 59–72.
28. GRUENBERG, A. M., GOLDSTEIN, R. D.: *Mood disorders: Depression*. In: Tasman, A., Kay, J., Lieberman, J. A. (eds.): *Psychiatry. Second edition. Volume 2*. Chichester: Wiley, 2003, s. 1207–1236.
29. HIRSCHFELD, R. M. A., SHEA, M. T.: *Affective disorders: Psychological treatment*. In: Kaplan, H. I., Saddock, B. J. (eds.): *Comprehensive textbook of psychiatry*, 4th ed., Baltimore: William and Wilkins, 1983, s. 811–821.
30. HOLLON, S. D., DERUBEIS, R. J., EVANS, M. D.: *Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: Singly and in combination*. Arch. Gen. Psychiatry, 1992, č. 49, s. 774–781.
31. HÖSCHL, C.: *Poruchy nálady: afektivní poruchy*. In: Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. (eds.): *Psychiatrie*. Praha: Tigris, 2002, s. 410–452.
32. JANÍČEK, P. G.: *Handbook of psychopharmacotherapy*. Lippincott Williams & Wilkins, 1999, 391 s.
33. JARRETT, R. B., RUSH, A. J.: *Short-term psychotherapy of depressive disorders: current status and future directions*. Psychiatry, 1994, č. 57, s. 115–132.
34. KASPER, S., ZOHAR, J.: *Pharmacotherapy of unipolar depression*. In: Kasper, S., Zohar, J., Stein, D. J. (eds.): *Decision Making in Psychopharmacology*. London: Martin Dunitz, 2002, s. 1–12.
35. KELLER, M. B., HANKS, D. L., KLEIN, D. N.: *Summary of the DSM-IV mood disorder field trial and issue overview*. Psychiatr. Clin. North. Am., 1996, č. 19, s. 1–27.
36. KELLY, G. A.: *The psychology of personal constructs*. New York: Norton, 1955, 220 s.
37. KLERNAN, G. L., DiMASCIO, A., WEISSMAN, M. et al.: *Treatment of depression by drugs and psychotherapy*. Am. J. Psychiatry, 1974, č. 131, s. 186–191.
38. KUPFER, D. J., FRANK, E., PEREL, J. M. et al.: *Five-year outcome for maintenance therapies in recurrent depression*. Arch. Gen. Psychiatry, 1993, č. 49, s. 769–773.
39. LEAHY, R. L., HOLLAND, S. J.: *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. New York: Guilford Press, 2000.

40. LECRUBIER, Y., SHEEHAN, D. V., WEILLER E. et al.: *The MINI-international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.): a short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI*. Eur. Psychiatry, 1997, č. 12, s. 224–231.
41. LEWINSOHN, P. M.: *Clinical and theoretical aspects of depression*. In: Calhoun, K. S., Adams, H. E., Mitchell, (eds.): *Innovative treatment methods in psychopathology*. New York: Wiley, 1974, s. 63–120.
42. LEWINSOHN, P. M.: *The behavioral study and treatment of depression*. In: Hersen, M., Eisler, R. M. and Miller, P. M. (eds.): *Progress in behavior modification*, vol. 1. New York: Academic Press, 1975, s. 63–120.
43. LEWINSOHN, P. M., HOBERMAN, H., TERI, L., HAUTZINGER, M.: *An integrative theory of depression*. In: Reiss, S., Bootzin, R. R. (eds.): *Theoretical tissues in behavior therapy*. New York: Academic Press, 1985, s. 50–87.
44. LEWINSOHN, P. M., YOUNGREN, M. A., GROSSCUP, S. J.: *Reinforcement and depression*. In: Depue, R. A. (ed.): *The psychobiology of depressive disorders: implications for the effects of stress*. New York: Academic Press, 1979, s. 203–218.
45. Mezinárodní klasifikace nemocí. 10 revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Diagnostická kritéria pro výzkum. Zprávy č. 134, Praha: Psychiatrické centrum 1996, 179..
46. MILLER, W. R., SELIGMAN, M. E. P.: *Depression and learned helplessness in man*. J. Abnormal. Psychol., 1975, č. 84, s. 228–238.
47. MOŽNÝ, P., PRAŠKO, J.: *Kognitivně behaviorální terapie: Úvod do teorie a praxe*. Praha: Triton, 1999, 304 s.
48. MURPHY, G. E., SIMONS, A. D., WETZEL, R. D. et al.: *Cognitive therapy and pharmacotherapy: single and together in treatment of depression*. Arch. Gen. Psychiatr., 1984, č. 41, s. 33–41.
49. O'LEARY, K. D., BEACH, S. R. H.: *Marital therapy: A viable treatment for depression and marital discord*. Am. J. Psychiatry, 1990, č. 147, s. 183–186.
50. PAYKEL, E. S., RAMANA, R., COOPER, Z. et al.: *Residual symptoms after partial remission*. Psychol. Med., 1995, č. 25, s. 1171–1180.
51. PRAŠKO, J.: *Fototerapie a cirkadiánní rytmy u depresivních poruch*. Praha: VÚPs, OBIS VTEI, 1990, Zprávy č. 97, 128 s.
52. PRAŠKO, J.: *Fototerapie*. In: Seifertová, D., Praško, J., Höschl, C. (eds.): *Postupy v léčbě psychických poruch*. Praha: Amepra, 2004.
53. PRAŠKO, J., BAUDIŠ, P., KLASCHKA, J. et al.: *Fototerapie v léčbě rekurentních depresí. Předběžné výsledky dvojité slepé studie. Porovnání s imipraminem a kombinací*. Psychiatry, 1997, č. 1, s. 65–69.
54. PRAŠKO, J., KOSOVÁ, J.: *Kognitivně-behaviorální terapie úzkostných stavů a depresí*. Praha: Triton, 1998, 234 s.
55. PRAŠKO, J., ŠÍPEK, J., MINAŘÍKOVÁ, V.: *Asertivitou proti depresi: průvodce pro ty, kteří trpí depresí a pro ty, kteří jim chtějí pomoci*. Praha: Psychiatrické centrum, 1995, Zprávy č. 121, 83 s.
56. PRAŠKO, J., ONDŘÁČKOVÁ, I., JOHANOVSKÁ, E. et al.: *Socioterapie a farmakoterapie v léčbě rekurentních depresí. Závěrečná zpráva o řešení grantu Interní granto-*

- vé agentury Ministerstva zdravotnictví České republiky, č. projektu 0295–5, 1996, 41 s. + přílohy.
57. PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H.: *Co dělat s velkým vnitřním kritikem, aneb jak krok za krokem bojovat s depresí*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996, 174 s.
58. PRAŠKO, J., KYRALOVÁ, I., MINAŘÍKOVÁ, V.: *Co je to deprese a jak se léčí?* Praha: Psychiatrické centrum, 1997, 174 s.
59. PRAŠKO, J.: *Pomoc v zoufalství a beznaději aneb jak překonat depresi*. Praha: Grada, 1998, 261 s.
60. PRAŠKO, J., KYRALOVÁ, I., MINAŘÍKOVÁ, V., PRAŠKOVÁ, H.: *Skupinová kognitivně-behaviorální terapie depresí*. Praha: Psychiatrické centrum, 1998, Zprávy č. 138, 196 s.
61. PRAŠKO, J., JOHANOVSKÁ, E., KLÁR, I. ET AL.: *Kognitivně behaviorální terapie a farmakoterapie v léčbě hospitalizovaných pacientů trpících unipolární rekurentní depresí*. Česká a Slovenská Psychiatrie, 2003, č. 2 (suppl.), s. 103–105.
62. PRAŠKO, J., ŠLEPECKÝ, M.: *Kognitivně-behaviorální terapie depresivních poruch: Manuál pro terapeutu*. Praha: Psychiatrické centrum, 1995, Zprávy č. 127, 194 s.
63. REYNOLDS III, C. F., FRANK, E., PEREL, J. M. ET AL.: *Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: A randomized controlled trial in patients older than 59 years*. JAMA, 1999, č. 281, s. 39–45.
64. SEGAL, Z. V., WILLIAMS, J. M. G., TEASDALE, J. D.: *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*. New York, London: Guilford Press, 2002.
65. SELIGMAN, M. E. P.: *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman, 1975.
66. THASE, M. E.: *Relapse and recurrence in unipolar major depression: short – term and long – term approaches*. J. Clin. Psychiatry, 1990, č. 51 (Suppl. 6), s. 51–57.
67. WILLIAMS, J. M. G., WATTS, F. N., MACLEOD, C., MATHEWS, A.: *Cognitive psychology and emotional disorders*. Chichester: Wiley, 1997.

## 8.1.2 KBT bipolární afektivní poruchy

Ján Praško, Tomáš Novák, Richard Záleský

V léčbě bipolární poruchy je nejdůležitějším přístupem farmakoterapie. Důležitou součástí komplexní léčby jsou však i specifické formy psychoterapie. V minulosti specifická psychoterapie pro tuto poruchu prakticky neexistovala (Keller et al., 1993). Ovšem stabilizátory nálady jako lithium nebo karbamazepin neochránily 20–40 % bipolárních pacientů od recidiv nemoci (Solomon et al., 1995, Moncrieff, 1995). Navíc se ukázalo, že novější stabilizátory nálady jako valproát a lamotrigin jsou podobně účinné jako lithium, takže stále zůstává část bipolárních pacientů, kteří vyžadují další intervence (Bowden et al., 2000). Postoj psychoterapeuticky orientované odborné veřejnosti k mánii je však macešský. Důvodů je řada. Léčba mánie je velmi namáhavá. Vyžaduje trpělivost, často represivní postoj (nutnost detence), pacient má tendenci jakékoliv intervence znevažovat, může proti nim bojovat. Postižení mají k léčbě přinejmenším ambivalentní postoje, manické syndromy jsou spíše důvodem k detenci a farmakoterapii, než k systematické psychoterapeutické péči. Všechny tyto skutečnosti však současně podtrhují potřebu psychoterapeutického vedení. Při kvalitním psychoterapeutickém vedení se pravděpodobnost recidivy mánie výrazně snižuje. V ambulantní léčbě hraje větší roli přijetí nemoci, její dlouhodobá léčba a zvládání jejích následků pro pacienta i rodinu. Důvodů pro specifické psychoterapeutické intervence je mnohem více. Řada bipolárních pacientů neužívá předepsanou medikaci. Kontinuita léčby je neustále ohrožována, což vyžaduje přesvědčování, trpělivost a toleranci. Bez dobrého terapeutického vztahu to většinou nejde. Kolem 30–50 % bipolárních pacientů splňuje také kritéria pro poruchu osobnosti nebo zneužívá návykové látky, kolem 40 % trpí zároveň některou z úzkostných poruch a stejné procento trpí mezi fázemi subsyndromální depresí. Mnoho pacientů díky nemoci ztrácí zaměstnání a má problémy v rodině. Jde o jevy, které samotná farmakoterapie nedokáže ošetřit.

Moderní psychosociální výzkum bipolární poruchy, který inspiruje vývoj psychoterapeutických přístupů pro tuto poruchu, zdůraznil zejména 3 oblasti, kam je potřebné zacílit psychoterapeutické intervence (Lam, 2002):

- vyjadřované emoce (expressed emotion – EE) u rodinných příslušníků,
- monitorování prodromů bipolární poruchy,
- narušení sociálních zvyklostí.

### 8.1.2.1 Základní údaje o bipolární poruše

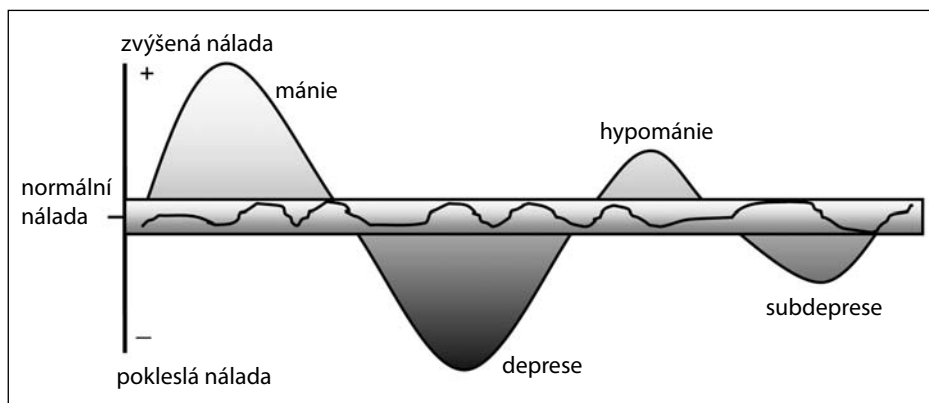
U bipolární poruchy se objevují jak fáze deprese, tak fáze mánie nebo povznesené nálady. Průměrný věk nemocných je nižší a familiární výskyt mnohem významnější než u depresivní poruchy. V depresivní fázi jsou přítomny příznaky depresivní poruchy, v manické fázi příznaky mánie. Někdy dochází ke zvratu v náladě náhle a velmi rychle (např. přes noc), ale častěji jsou přechody postupné. Zvládání

a překonání deprese je spojeno s rizikem přesmyku do mánie a překonaná mánie může být následována depresí. Postižený je tak pronásledován otázkou, jak najít rovnováhu. Běžné je odlišné vnímání jednotlivých epizod pacientem a jeho okolím. Zatímco okolí zpravidla považuje depresi za menší zlo než mánii, sami postižení mohou prožívat manické epizody jako příjemné.

#### 8.1.2.1.1 Klinické projevy bipolární poruchy

V názvu bipolární afektivní porucha se skrývá jednak to, že se jedná o poruchu nálady, a jednak to, že se jedná o střídání a oscilování mezi dvěma póly extrémů nálady, ale i kolísání okolo tzv. normální nálady. Pro zjednodušení si můžeme představit sinusoidu proloženou přímkou – přímka znamená normální náladu u určitého jedince a vychýlení sinusoidy nahoru hypománií až mánii a vychýlení sinusoidy dolů subdeprezí až depresí.

**Obrázek 8.1.2.1:** Schematické znázornění cyklování nálady u bipolární afektivní poruchy



Obraz depresivní epizody v rámci bipolární poruchy se často liší od unipolární depresivní poruchy, některé z odlišností jsou znázorněny v tabulce 8.1.2.1.

**Tabulka 8.1.2.1:** Rozdíly mezi depresivní epizodou bipolární poruchy a depresivní epizodou periodické depresivní poruchy (upraveno podle Herman et al., 2004)

| FENOMENOLOGIE DEPRESE                                                | DEPRESIVNÍ EPIZODA BP                              | DEPRESIVNÍ PORUCHA             |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------|
| <b>Přirozený průběh</b>                                              |                                                    |                                |
| Věk počátku nemoci                                                   | Nižší, užší rozsah                                 | Vyšší, širší rozsah            |
| Počet epizod                                                         | Vyšší                                              | Nižší                          |
| Délka cyklu                                                          | Kratší                                             | Delší                          |
| Provokace epizody                                                    | Důležitější na počátku nemoci                      | Vztah není jasný               |
| Stav                                                                 | Svobodný(á) není rizikový faktor                   | Svobodný(á) je rizikový faktor |
| <b>Epidemiologie</b>                                                 |                                                    |                                |
| Celoživotní riziko                                                   | 1 %                                                | muži 5–12 % a ženy 9–26 %      |
| Poměr pohlaví                                                        | Ženy = muži                                        | Ženy > muži                    |
| Syndrom závislosti                                                   | Častější                                           | Méně častý                     |
| Suicidia                                                             | Častější                                           | Méně častá                     |
| <b>Psychotické příznaky a poruchy vnímání</b>                        |                                                    |                                |
| Psychotické příznaky                                                 | Častější                                           | Méně časté                     |
| Vnímání                                                              | Komplexní                                          | Diferencované, integrované     |
| <b>Osobnost/mezilidské vztahy</b>                                    |                                                    |                                |
| Deprese/introverze                                                   | Méně                                               | Více                           |
| Vyhledávání společnosti                                              | Více                                               | Méně                           |
| Ovládání impulsů                                                     | Horší                                              | Lepší                          |
| Vyhledávání nových podnětů                                           | Více                                               | Méně                           |
| Osobnostní profil (MMPI)                                             | Normálnější                                        | Méně normální                  |
| Rozvodovost                                                          | Vyšší                                              | Nižší                          |
| <b>Rodinná anamnéza/genetika</b>                                     |                                                    |                                |
| Konkordance mezi monozygotickými dvojčaty                            | Vyšší                                              | Nižší                          |
| Mánie u příbuzných prvního stupně                                    | Častější                                           | Méně častá                     |
| <b>Biologie/fyziologie</b>                                           |                                                    |                                |
| Noradrenergní funkce (metabolity, receptory, neuroendokrinní reakce) | Nižší                                              | Vyšší                          |
| Serotoninergní funkce                                                | Nižší                                              | Vyšší                          |
| Citlivost vůči bolesti                                               | Nižší                                              | Vyšší                          |
| Dysfunkce hemisfér                                                   | Více u nedominantní                                | ?                              |
| Regionální metabolismus: fronto-okcipitální poměr                    | Nižší                                              | Vyšší                          |
| <b>Spánek/biorytmy</b>                                               |                                                    |                                |
| Délka spánku                                                         | Delší                                              | Kratší                         |
| Předcházení fázi                                                     | Méně časté                                         | Častější                       |
| Sezónní vlivy                                                        | Deprese na podzim a v zimě, mánie na jaře a v létě | Deprese na jaře a na podzim    |
| <b>Reakce na farmaka</b>                                             |                                                    |                                |
| Antidepresivní účinek TCA                                            | Účinnější                                          | Méně účinné                    |
| Antidepresivní účinek lithia                                         | Účinnější                                          | Méně účinné                    |
| Přesmyky do hypo/mánie po TCA/IMAO                                   | Častější                                           | Méně časté                     |
| Profylaktické účinky lithia                                          | Účinnější                                          | Méně účinné                    |
| Profylaktické účinky TCA                                             | Málo účinné                                        | Účinné                         |

Honzovi je 34 let, pracuje jako inženýr v chemické továrně. Má za sebou řadu patentů. Spolupracovníky je považován za téměř geniálního. Je ženatý, manželka pracuje jako úřednice. Synovi je 8 let. Začátkem léta se u Honzy objevila velmi dobrá nálada. Cítil nadměrnou energii, mohl pracovat 20 hodin denně a necítil se unavený. Jeho řeč se nápadně zrychlila. Začal si povídat s lidmi na ulici, na autobusové zastávce si dělal legraci z mladých děvčat, vůbec byl hlučný, netaktní. Z účtu vybral 50 000 Kč a nakoupil za ně celou řadu zbytečností. Manželka se rozčílila, měl z toho legraci a pak k ní byl vulgární. To nikdy předtím nedělal. Rozhodl se, že začne podnikat – bude pěstovat hlemýždě a prodávat je pak do Francie. Začal shánět pozemek, kde by to realizoval, nicméně vzápětí se rozhodl, že bude vyrábět likéry. Nebo zdravotní nápoje. Nakoupil 20 beden lahví pro začátek. Manželka ho začala nutit, aby šel k psychiatrovi. Vysmál se jí. Sám je psychiatrem, na to nepotřebuje vzdělání, lidem přeci rozumí. Možná začne dělat léčitele. V práci řekl řediteli, co si o něm myslí, a pak ho přátelsky poplácával po zádech. Večer se začal toulat po barech, kdekoho hostil, byl hlučný. Na psychiatrii byl převezen policií poté, co se porval v nočním podniku, kde ho chtěli sundat ze stolu, na kterém tančil kankán. Při přijetí byl bujaře veselý, z policie si dělal legraci a vysmál se také psychiatrovi. Diagnostikována byla mánie. Během tří týdnů se po léčbě nálada normalizovala, nicméně v dalším týdnu došlo k přesmyku do deprese. Honza si začal vyčítat, co všechno provedl. Propadl sklíčenosti, sebevýčítkám, celkově se jeho tempo výrazně zpomalilo, mluvil málo a monotónním hlasem. Fáze deprese pak trvala dalších 8 týdnů. Byla odléčena antidepresivem a lithiem. Lithium od té doby užívá Honza už 2 roky. Do půl roku poté se objevila ještě krátká epizoda hypománie (tj. neúplných příznaků mánie) s radostným prožíváním a pocity zvýšené energie, nicméně nedošlo k excesům v chování, jako tomu bylo na počátku nemoci. Honza dále pracuje na svém místě. Je spokojený, rodina rovněž.

Mánie je závažný psychický stav, který mění prožívání člověka ve vztahu k okolí a k sobě samému. Při mánii dochází k nepřiměřeně zvýšené náladě, která může být radostná, ale také nahněvaná, dále zpravidla dochází k nárůstu aktivity, pocitu energie, člověk necítí únavu a potřebu spát, mívá pocit velmi čilého myšlení s obrovským přílivem nápadů. Charakteristickým rysem je hyperaktivita. Při kontaktu s manickými pacienty máme pocit hektičnosti a nesmyslné aktivity. Nápadná je neschopnost postiženého relativizovat vlastní postoje a mínění, a tak je přizpůsobit okolnostem. Neklid ve spojení s omezenou schopností sebekritiky má za následek lehkomyšlné a nezodpovědné chování, např. sexuální výstřelky, nesmyslné nakupování, podnikání ap.

Typické příznaky mánie jsou následující:

- neobvykle velká radost, zvýšená nálada,
- neobvykle velká a trvalá podrážděnost,
- malá potřeba spánku,
- grandiózní představy a řeči o vlastních nadměrných schopnostech, nadměrná chlubitost,
- zrychlená řeč,



- zrychlené, a často až nesouvislé myšlení,
- zvýšený sexuální zájem,
- výrazné zvýšení energie,
- zbrklé, rychlé a často nerozumné a nerozvážené rozhodování,
- nepřijatelné sociální chování (např. nadměrná hlučnost, obtěžování druhých lidí, vysmívání se druhým, někdy slovní napadání lidí ap.).

Podle intenzity uvedených příznaků můžeme mluvit o hypománii (mírná forma), mánii (výrazná forma) anebo mánii s psychotickými příznaky (nejzávažnější forma).

Lidce je 22 let, je svobodná, pracuje jako prodavačka v supermarketu. Zatím nemá stálého partnera. Na počátku rozvoje nemoci byla celkem nenápadná, chodila do práce a ve volném čase občas chodila tančit. Trochu se trápila, že s nikým nechodí; před kluky však byla napjatá a spíše zdrženlivá. Počátkem léta začala méně spát, ale necítila se unavená, naopak s přibýváním intenzity slunečního světla jakoby cítila stále větší energii a samozřejmě. V práci měla spoustu nápadů, jak vylepšit organizaci, a začala chodit denně za vedoucí a nutit ji, aby tyto změny realizovala. V krátké době se dostala do konfliktu jak s vedoucí, tak s dalšími kolegy, které nutila, aby změnily způsob práce. Sama v práci nevydržela na místě, sedět u pokladny ji nebavilo a bezstarostně tam nechala zákazníky stát a šla si popovídat do skladu. Jindy hlučně pokřikovala na další prodavačky nebo si začala sama pro sebe hlasitě prozpěvovat. Ztratila svoji zdrženlivost a tanec jí začal dělat obrovské potěšení. Mohla protančit celou noc a ráno se necítila unavená. Rychle a bezstarostně navazovala vztahy s muži všech věků a kategorií a s nimi milovala. Poté, co začala cizí muže přivádět domů, došlo k opakovaným konfliktům s rodiči. Ti ji nakonec přivedli na psychiatrii. S lékařem vesele flirtovala. Psychiatr stanovil diagnózu hypománie.

Hypománie odpovídá mírnější manické epizodě bez závažnější psychosociální alterace. Myšlení a chování zůstávají zpravidla uspořádané, výraznějším znakem je především hyperaktivita a změny nálady. Pracovní a sociální výkony nemusí být výrazněji narušeny. Schopnost rozhodování a sebevědomí bývají zvýšené, což řada postižených, kteří si dříve nevěřili, vnímá pozitivně. Postižený se cítí zpravidla velmi dobře a chybí mu motivace k vyhledání léčby. Vzhledem k povrchnosti, hyperaktivitě a snížení zábran mohou být sociální škody, které pacient napáchá, rozsáhlé.

Pěťadvacetiletý Jaromír při přijetí na psychiatrii sdělil, že se rozhodl podnikat – zorganizuje veškerou pražskou taxislužbu, není to žádný problém, je přece mimořádně talentovaný a schopný. Peníze sežene snadno, existuje přece leasing. Kromě toho zastaví rodinné obrazy. Náladu má úžasnou, vše mu jde od ruky, nepotřebuje spát ani jíst. Je pravda, že je „trochu“ hyperaktivní, ale rodiče přehánějí. Taky má novou slečnu, za poslední týden jich měl pět, sex jej hrozně baví. Nevidí důvod, proč by měl být hospitalizován, nechápe, co je na jeho stavu nenormálního.

Rodiče sdělují, že si s ním několik dní nevědí rady. Začalo to nespavostí, hodně kouřil a neustále něco sepišoval. Nechápe, jak přišel na podnikání v taxislužbě. Jeho plány jsou naprosto nesmyslné. Protelefonoval snad tisíce, tahá domů k ránu ženské. Je hlučný, neustále hovoří, nic si nedá vysvětlit.

Jaromír se během hospitalizace na psychiatrii zklidnil, začal spát a připustil, že jeho plány jsou neuskutečnitelné. Nasazené lithium užíval dva roky, bez problémů chodil do práce. Potom se rozhodl, že lithium vysadí, trochu po něm totiž přibral, a našel si slečnu, s níž chtěl založit rodinu. Po svatbě se začal cítit smutný, naprosto nechápal proč, úplně si přestal věřit, dal v práci výpověď, protože by kvůli jeho domněle špatně odváděné práci přišli kolegové o prémie. Rozvinula se u něj deprese.

U mánie s psychotickými příznaky se objevují formální a obsahové poruchy myšlení – bludné interpretace. Blud se zpravidla shoduje s náladou postiženého a tím tuto náladu potvrzuje. Charakteristické jsou velikášské myšlenky, ale mohou se objevit i paranoidní bludy jako výraz zesílené podrážděnosti a nedůvěry. Manický blud se zvláštním způsobem dotýká identity postiženého. Pacient se cítí být povoláním k výjimečnému poslání, vyvoleným, schopným neuvěřitelných činů, přesahujícím lidské možnosti. Vzácně se mohou objevit i halucinace.

Ve smíšené epizodě jsou přítomny příznaky jak manické, tak depresivní epizody (současně nebo se rychle střídající) po dobu minimálně 2 týdnů. Smíšená epizoda je charakterizována neodklonitelnou dysforií a podrážděností, extrémní únavností, urychleným myšlením, úzkostí, často jsou přítomny panické ataky, sebevražedné nutkavé myšlenky a impulzy.

Interval mezi fázemi je v závislosti na osobnosti postiženého prožíván různě, ale často i bez deprese se zde mohou objevit pocity viny a zoufalství, které souvisí se škodami, které pacient v mánii napáchal. Pro postiženého je obtížné převzít za mánii zodpovědnost, vysvětlit ji jako nemocí podmíněné chování a na tomto pozadí obnovit často zasažené sociální vztahy. Někdy jsou během manické fáze jakoby vyřešeny některé důležité osobnostní konflikty („Dělám to, co jsem vždy chtěl dělat!“).

#### 8.1.2.1.2 Diagnóza bipolární poruchy

Mánie může začínat náhle nebo se může postupně ohlašovat svými varovnými příznaky. Druhý případ je naštěstí častější a skýtá možnost časně intervence. Na počátku nebývají příznaky spojeny s absencí náhledu na nemoc. Postižení často pociťují neklid a tuší, že jsou nemocní, ale jsou bezmocní vůči nutkavé hyperaktivitě. Často si také na počátku fáze pomáhají alkoholem, který tlumí jejich neklid. Změny v úrovni aktivity, obzvláště při první manické epizodě, mohou pacienti i jejich rodiny chápat jako podmíněné životními událostmi („Měl jsem úspěch v práci, a tak se z toho těším!“ „Je to pochopitelné po depresi, kterou jsem měl předtím, že mám teď takovou radost!“).

Tabulka 8.1.2.2: Diagnostická kritéria MKN-10 (pro výzkum) pro bipolární poruchu (1996)

|                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>F30 Manická epizoda</b>                                                                                                                                                                                           |
| <b>F30.0 Hypománie</b>                                                                                                                                                                                               |
| A. Nálada je euforická nebo podrážděná do takové míry, že je pro dotyčného jedince zcela nenormální, a trvá nejméně 4 po sobě jdoucí dny.                                                                            |
| B. Musí být přítomny nejméně tři z následujících znaků, které vedou k určitému narušení každodenního života jedince:                                                                                                 |
| 1) zvýšená aktivita nebo tělesný neklid,                                                                                                                                                                             |
| 2) zvýšená hovornost,                                                                                                                                                                                                |
| 3) roztržitost nebo narušená koncentrace,                                                                                                                                                                            |
| 4) snížená potřeba spánku,                                                                                                                                                                                           |
| 5) zvýšená sexuální energie,                                                                                                                                                                                         |
| 6) mírně nadměrné utrácení nebo jiné formy lehkomyšlného nebo nezodpovědného chování,                                                                                                                                |
| 7) zvýšená sociabilita nebo přílišná familiárnost.                                                                                                                                                                   |
| C. Epizoda nesplňuje kritéria pro mánii (F30.1 a F30.2), bipolární afektivní poruchu (F31.-), depresivní epizodu (F32.-), cyklotymii (F34.0) nebo mentální anorexii (F50.0).                                         |
| D. Nejčastěji užívaná vylučovací doložka. Tato epizoda není způsobena užíváním psychoaktivních látek (F10–F19) ani žádnou organickou duševní poruchou (ve smyslu F00–F09).                                           |
| <b>F30.1 Mánie bez psychotických příznaků</b>                                                                                                                                                                        |
| A. Nálada musí být převážně zvýšená, expanzivní nebo podrážděná a pro dotyčného jedince zcela nenormální. Změna nálady musí být výrazná a trvat alespoň 1 týden (pokud není tak závažná, že vyžaduje hospitalizaci). |
| B. Musí být přítomny alespoň tři z následujících znaků (čtyři, pokud je nálada pouze podrážděná), vedoucí k těžkému narušení každodenních aktivit:                                                                   |
| 1) zvýšená aktivita nebo tělesný neklid,                                                                                                                                                                             |
| 2) zvýšená hovornost („tlak řeči“),                                                                                                                                                                                  |
| 3) trysk myšlenek nebo subjektivní pocit zrychleného toku myšlenek,                                                                                                                                                  |
| 4) ztráta normálních sociálních zábran a z ní vyplývající chování, které je nepřiměřené daným okolnostem,                                                                                                            |
| 5) snížená potřeba spánku,                                                                                                                                                                                           |
| 6) zvýšené sebehodnocení nebo velikášství,                                                                                                                                                                           |
| 7) roztržitost nebo stálé změny aktivit a plánů,                                                                                                                                                                     |
| 8) chování je zbytečně riskující nebo lehkomyšlné a jedinec nerozpoznává riziko jeho důsledků (např. placení pitek, nezodpovědné obchodní investice, bezohledná jízda),                                              |
| 9) zvýšená sexuální energie nebo sexuální indiskrétnosti.                                                                                                                                                            |
| C. Nejsou přítomny ani halucinace, ani bludy, i když se mohou vyskytnout poruchy vnímání (např. subjektivní hyperacusis, jedinec vnímá barvy jako obzvlášť živé).                                                    |
| D. Nejčastěji užívaná vylučovací doložka. Epizoda není způsobena užíváním psychoaktivní látky (F10–F19) ani žádnou organickou duševní poruchou (ve smyslu F00–F09).                                                  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>F30.2 Mánie s psychotickými příznaky</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| A. Epizoda splňuje kritéria pro mánii bez psychotických příznaků (F30.1) s výjimkou kritéria C.                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| B. Epizoda zároveň nesplňuje kritéria pro schizofrenii (F20.0–F20.3) ani pro schizoafektivní poruchu, manický typ (F25.0).                                                                                                                                                                                                                                                |
| C. Jsou přítomny bludy nebo halucinace, jiné než které jsou uvedeny jako typicky schizofrenní v kritériu G1(1)b,c a d pod F20.0–F20.3 (tj. bludy jiné než ty, které jsou zcela absurdní nebo pro danou kulturu nepřiměřené, nebo halucinace, které nejsou ve třetí osobě ani běžně nekomentují). Nejčastěji mají velikášský, vztahovačný, erotický nebo perzekuční obsah. |
| D. Nejčastěji užívaná vylučovací doložka. Epizoda není způsobena užíváním psychoaktivní látky (F10–F19) ani žádnou organickou duševní poruchou (ve smyslu F00–F09). Ke specifikaci, zda halucinace nebo bludy odpovídají náladě, možno použít pátého znaku:                                                                                                               |
| <b>F30.20 S psychotickými příznaky, odpovídajícími náladě</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| (např. velikášské bludy nebo hlasy, které pacientovi říkají, že má nadlidskou sílu)                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>F30.21 S psychotickými příznaky, neodpovídajícími náladě</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| (např. hlasy, mluvící k pacientovi o emočně neutrálních námětech, anebo bludy vztahovavosti nebo perzekuční bludy)                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>F30.8 Jiné manické epizody</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>F30.9 Manická epizoda nespecifikovaná</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>F31 Bipolární afektivní porucha</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Poznámka                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Epizody jsou ohraničeny přesmykem do epizody opačné nebo smíšené, nebo remisí.                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>F31.0 Bipolární afektivní porucha, současná epizoda hypomanická</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| A. Současná epizoda splňuje kritéria pro hypománii (F30.0).                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| B. V minulosti se vyskytla ještě alespoň jedna afektivní epizoda, která splňuje kritéria pro hypomanickou nebo manickou epizodu (F30.–), depresivní epizodu (F32.–) nebo smíšenou afektivní epizodu (F38.00).                                                                                                                                                             |
| <b>F31.1 Bipolární afektivní porucha, současná epizoda manická bez psychotických příznaků</b>                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| A. Současná epizoda splňuje kritéria pro mánii bez psychotických příznaků (F30.1).                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| B. V minulosti se vyskytla ještě alespoň jedna afektivní epizoda, která splňuje kritéria pro hypomanickou nebo manickou epizodu (F30.–), depresivní epizodu (F32.–) nebo smíšenou afektivní epizodu (F38.00).                                                                                                                                                             |
| <b>F31.2 Bipolární afektivní porucha, současná epizoda manická s psychotickými příznaky</b>                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| A. Současná epizoda splňuje kritéria pro mánii s psychotickými příznaky (F30.–).                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| B. V minulosti byla ještě alespoň jedna afektivní epizoda, která splňuje kritéria pro hypomanickou nebo manickou epizodu (F30.–), depresivní epizodu (F32.–) nebo smíšenou afektivní epizodu (F38.00).                                                                                                                                                                    |
| Ke specifikaci, zda psychotické příznaky odpovídají nebo neodpovídají náladě, možno použít pátý kód:                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>F31.20 S psychotickými příznaky odpovídajícími náladě</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>F31.21 S psychotickými příznaky neodpovídajícími náladě</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>F31.3 Bipolární afektivní porucha, současná epizoda středně těžké nebo mírné deprese</b>                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| A. Současná epizoda splňuje kritéria pro depresivní epizodu, a to buď mírnou (F32.0) nebo středně těžkou (F32.1).                                                                                                                                                                                                                                                         |
| B. V minulosti byla ještě alespoň jedna afektivní epizoda, která splňuje kritéria pro hypomanickou nebo manickou epizodu (F30.–), depresivní epizodu (F32.–) nebo smíšenou afektivní epizodu (F38.00).                                                                                                                                                                    |

|                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ke specifikaci, zda je v současné fázi deprese přítomen „somatický syndrom“, jak je definován pod F32.-, možno použít pátý znak:                                                                                               |
| <b>F31.30 Bez somatického syndromu</b>                                                                                                                                                                                         |
| <b>F31.31 Se somatickým syndromem</b>                                                                                                                                                                                          |
| <b>F31.4 Bipolární afektivní porucha, současná epizoda těžké deprese bez psychotických příznaků</b>                                                                                                                            |
| A. Současná epizoda splňuje kritéria pro těžkou depresivní epizodu bez psychotických příznaků (F32.2).                                                                                                                         |
| B. V minulosti byla ještě alespoň jedna dobře ověřená hypomanická nebo manická epizoda (F30.-), nebo smíšená afektivní epizoda (F38.00).                                                                                       |
| <b>F31.5 Bipolární afektivní porucha, současná epizoda těžké deprese s psychotickými příznaky</b>                                                                                                                              |
| A. Současná epizoda splňuje kritéria pro těžkou depresivní epizodu s psychotickými příznaky (F32.3).                                                                                                                           |
| B. V minulosti se vyskytla ještě alespoň jedna dobře ověřená hypomanická nebo manická epizoda (F30.-), nebo smíšená afektivní epizoda (F38.00).                                                                                |
| Ke specifikaci, zda psychotické příznaky odpovídají nebo neodpovídají náladě, možno použít pátý znak:                                                                                                                          |
| <b>F31.50 S psychotickými příznaky odpovídajícími náladě</b>                                                                                                                                                                   |
| <b>F31.51 S psychotickými příznaky neodpovídajícími náladě</b>                                                                                                                                                                 |
| <b>F31.6 Bipolární afektivní porucha, současná epizoda smíšená</b>                                                                                                                                                             |
| A. Současná epizoda je charakterizována buď smíšenými hypomanickými, manickými nebo depresivními příznaky, nebo jejich rychlým střídáním (tj. během několika hodin).                                                           |
| B. Jak manické, tak depresivní příznaky musí být výrazné většinu času během období alespoň 2 týdnů.                                                                                                                            |
| C. V minulosti se vyskytla ještě alespoň jedna dobře ověřená hypomanická nebo manická epizoda (F30.-), depresivní epizoda (F32.-) nebo smíšená afektivní epizoda (F38.00).                                                     |
| <b>F31.7 Bipolární afektivní porucha, současně v remisi</b>                                                                                                                                                                    |
| A. Současný stav nesplňuje kritéria ani pro depresivní, ani pro manickou epizodu jakékoliv závažnosti, ani pro jinou poruchu nálady uvedenou pod F30–F39 (někdy též v důsledku léčby, která snižuje riziko dalších epizod).    |
| B. V minulosti byla alespoň jedna dobře ověřená hypomanická nebo manická epizoda (F30.-) a kromě toho ještě alespoň jedna jiná afektivní epizoda (hypomanická nebo manická (F30.-), depresivní (F32.-) nebo smíšená (F38.00)). |
| <b>F31.8 Jiné bipolární afektivní poruchy</b>                                                                                                                                                                                  |
| <b>F31.9 Bipolární afektivní porucha nespecifikovaná</b>                                                                                                                                                                       |

V současné době se již nehovoří pouze o jediném typu bipolární poruchy, ale o poruchách bipolárního spektra. Rozšiřování koncepce bipolární poruchy nastalo vymezením bipolární poruchy typu II (BP II) vůči bipolární poruše typu I (BP I) v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch (DSM-IV). V aktuálně platné Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) však tuto poruchu nenalezneme. BP II je charakterizována rekurentními depresivními a pouze hypomanickými epizodami, naproti tomu jsou u BP I přítomny depresivní a plně vyjádřené manické epizody (viz tabulku).

**Tabulka 8.1.2.3:** Poruchy bipolárního spektra podle DSM-IV (podle Herman et al., 2004)

| PORUCHA                 | MANICKÉ<br>A SMÍŠENÉ EPIZODY | HYPOMANICKÉ<br>EPIZODY | DEPRESIVNÍ<br>EPIZODY              |
|-------------------------|------------------------------|------------------------|------------------------------------|
| BIPOLÁRNÍ<br>PORUCHA I  | Musí být                     | Může být               | Může být                           |
| BIPOLÁRNÍ<br>PORUCHA II | Ne                           | Musí být               | Musí být                           |
| CYKLOTYMIE              | Ne                           | Může být               | Nikoliv plná<br>depresivní epizoda |

### 8.1.2.1.3 Epidemiologie bipolární poruchy

Celoživotní prevalence bipolární poruchy typu I se obvykle udává kolem 1 % (0,4–1,6 %) v populaci, se stejným poměrem mužů a žen (Hirschfeld, 2001, Goodwin a Jamison, 1990). Prevalence všech poruch z širšího okruhu bipolárního spektra je však vyšší. Bipolární porucha typu II postihuje kolem 2–5 % osob v populaci (Angst, 2003). Hirschfeld et al. (2003) provedl průzkum v běžné populaci s pomocí dotazníku MDQ (Mood Disorder Questionnaire – viz tabulku) a udává celoživotní prevalenci všech poruch bipolárního spektra 3,4 %. Poruchy bipolárního spektra zahrnují abnormální výkyvy nálady širokého rozsahu: mánie, hypománie, smíšené epizody, hypertymní temperament, subdeprese, depresivní epizody a depresivní smíšené stavy.

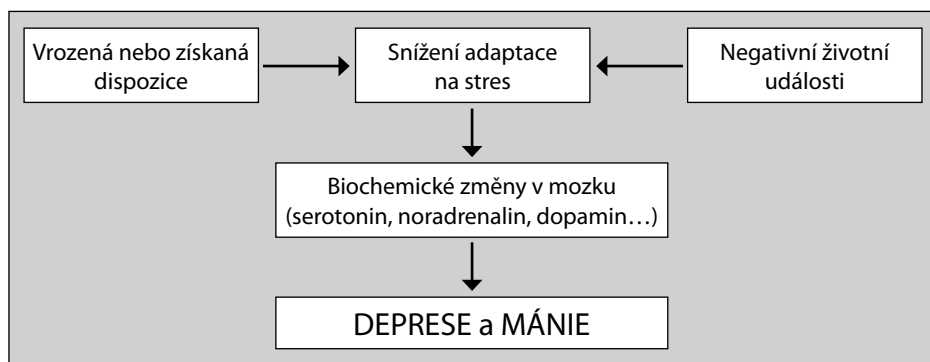
### 8.1.2.1.4 Etiopatogenetické faktory bipolární poruchy

Příčina vzniku bipolární poruchy není známa. Předpokládá se multifaktoriální etiologie s řadou patogenetických vlivů. Z etiologických faktorů se uvádí genetické vlivy, neurotransmitterové abnormality (noradrenalin, dopamin, serotonin, acetylcholin, systém druhých posílů), neuroendokrinní faktory (tyreoidální osa), neuroanatomické změny, buněčná degenerace, rozladění biologických rytmů annuálních i cirkadiálních, kindling, vliv stresu, psychodynamické faktory a další. Údaje z epidemiologických studií a ze studia dvojčat dokládají, že při vzniku bipolární poruchy hraje významnou roli dědičnost. Příbuzní prvního stupně pacientů s bipolární poruchou trpí signifikantně častěji poruchami nálady než příbuzní osob bez psychické nemoci (Coryell et al., 1993). V současné době je postulována hypotéza o genetické vložce, k jejíž expresi pod obrazem epizody poruchy nálady dojde buď spontánně, pod vlivem specifického stresu, v období hormonální dysbalance (puberta, postpartálně) či farmakogenně (antidepresiva, stimulancia) (Bauer, 2003).

Při vzniku bipolární poruchy předpokládáme určitou kombinaci a vzájemné působení různých biologických a sociálních vlivů, které vytvářejí dispozici k onemocnění. Tuto dispozici tvoří *nadměrná citlivost* (hypersenzitivita) a *zvýšená zranitelnost* (vulnerabilita). Zda člověk s touto dispozicí onemocní bipolární poruchou pak závisí na vzájemném působení nejrůznějších příčin. Ani člověk s touto

dispozicí nemusí v příznivém případě bipolární poruchou onemocnět. Záleží dále na událostech, se kterými se v životě setká, nakolik jsou pro něj stresující a zatěžující a nakolik je zvládá (obrázek 8.1.2.2). Kombinace specifické (zpravidla vrozené) zvýšené zranitelnosti a negativních životních událostí může vést ke snížení adaptace na stres a postupnému rozvoji biochemických změn v mozku, které vyústí do deprese či mánie.

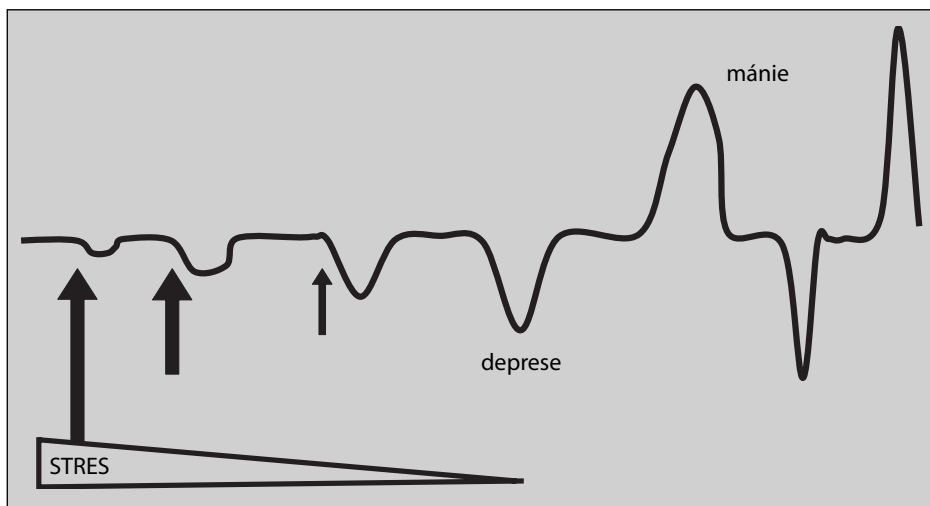
**Obrázek 8.1.2.2:** Schéma vzniku bipolární afektivní poruchy jako výsledku působení negativních životních událostí



Na rozvoji poruch nálady se tedy rovněž podílí stres. Neznamená to však jednoduše, že stres je příčinou této poruchy, bývá však jejím spouštěčem. Navíc dnes předpokládáme, že se naše reaktivita na stres mění v průběhu života. Zpočátku malé stresy vedou k drobným výkyvům nálady, které ještě nemusí být klinicky významné. Postupně však dochází k většímu zcitlivění (senzibilizace) na stres a v budoucnu člověk reaguje většími výkyvy nálady na menší stres. Nakonec se objevují již zřetelné deprese nebo mánie zcela bez vnější příčiny, často i sezónně. (obrázek 8.1.2.3). Stres je odpovědí organismu na možné nebo reálné ohrožení jeho rovnováhy. Ke stresové reakci vedou nejrůznější faktory ohrožující fyzickou nebo i psychickou integritu jedince. Při intenzivním nebo dlouhodobém stresu dochází ke změně rovnováhy některých neuromodulátorů v mozku, což má za následek rozvoj poruch nálady. Tato představa nám vysvětluje, jak mohou traumatické životní události vést k poruše fungování mozku. Úspěšnou terapií lze naštěstí toto neblahé působení zvrátit a dosáhnout obnovení rovnováhy v činnosti mozku.

Bylo opakovaně zjištěno, že zvýšený psychosociální stres byl u pacientů s bipolární poruchou přítomen před propuknutím manické nebo depresivní epizody (Johnson a Roberts, 1995). Výzkumy vlivu životních událostí jednoznačně prokázaly, že nemocní před propuknutím choroby vnímali zřetelně více závažných změn ve svém každodenním životě než soubor zdravých lidí (Johnson a Miller, 1995). *Zvýšené množství podnětů je tedy spojeno s rizikem vzplanutí onemocnění.* Přestože dříve panoval názor, že zvýšený psychosociální stres je přítomen pouze před

**Obrázek 8.1.2.3:** Vliv stresu na rozvoj bipolární poruchy. Zpočátku veliký stres vede k tomu, že vznikají malé výkyvy nálady. Postupně se však nervový systém zcitlivuje, „senzibilizuje“, a člověk reaguje větší depresí na menší stres až nakonec se deprese objevují již zcela bez vnější příčiny (volně podle Posta, 1985).



prvními několika epizodami bipolární poruchy, nedávné studie prokázaly, že tyto stresory jsou přítomny ve všech fázích nemoci (Hammen a Gitlin, 1997). Depresivní fázi předcházejí zejména averzivní stresující situace, spojené se ztrátou, frustrací a interpersonálními konflikty. Před rozvojem mánie lze nalézt jednak podobné frustrující situace, ale zejména situace, které vedou k narušení pravidelných sociálních rytmtů, situace spojené s ponocováním, abúzem alkoholu (Makoff-Schwartz et al., 1998) a situace, které jsou spojeny s dosahováním důležitých osobních cílů a které vedou k excitaci (Johnson et al., 2000). U řady jedinců také pozorujeme zpočátku postupné „zahušťování“ epizod onemocnění, aby se posléze ustálila víceméně pravidelná frekvence výskytu mánií a depresí.

V *psychoanalytickém pohledu* jsou manické epizody pokládány převážně za antidepressivní mechanismus. Pocitu ohrožení sebeúcty při depresi čelí pacient popíráním reality při současném přecenění ega (Mentzos, 1995). Klinická pozorování v jistém smyslu toto pojetí podporují. Manické epizody zejména zpočátku časově souvisejí se životními událostmi. Manický pokus o řešení je nedostatečný a nevede k cíli. Vychází z nadjáskeho konfliktu mezi vysokým normativně orientovaným jáským ideálem na jedné straně a mezi sníženým pocitem sebeúcty na straně druhé. Podle tohoto pohledu je rozpor mezi nárokem a skutečností tak velký, že už jakékoliv kompromisy nejsou možné. Manická epizoda pak působí jako útok na méně hodnotné stránky vlastní osobnosti. Tato teze se nabízí zejména u těch postižených, kteří se v remisi vyznačují nenápadností, orientací na výkon, svědomitostí a snahou o nadměrné sociální přizpůsobení. Předpokladem psychoterapie podle Mentzose (1995) je, aby mánie nebyla považována pouze za obranu před depresí,



nýbrž chápána jako svébytný pokus o řešení obsahového konfliktu. Cílem léčby je „pozitivně intervenovat“, čímž autor rozumí to, že terapeut pacientovi signalizuje porozumění pro vypovězení poslušnosti a pro revoltu proti přísnému Superegu, aniž by se přitom zapomínalo upozorňovat na rizika a nepřiměřenost této revolty.

#### 8.1.2.1.5 Diferenciální diagnóza a komorbidita bipolární poruchy

V závislosti na stupni závažnosti příznaků není zpočátku vždy jednoduché odlišit projevy bipolární poruchy od *normálního* prožívání a chování. Zejména hypomanické příznaky zpočátku imponují jako dobrá nálada. Až délka trvání a nerozvážené činy upozorní na to, že stav není v pořádku.

Diferenciálně diagnosticky je zásadní odlišení od **unipolární deprese** (depresivní epizoda, rekurentní depresivní porucha). Aktuální či anamnesticky potvrzená přítomnost jakýchkoliv příznaků hypomanických a manických vede k zařazení pacienta do okruhu bipolární poruchy (viz výše).

Pokud jsou manické příznaky asociovány s psychotickými příznaky, je krajně obtížné odlišit je od schizofrenních poruch. U pacientů se **schizoafektivní poruchou** musí být mimo kritéria pro jednu z afektivních poruch středního nebo těžkého stupně současně přítomny po většinu doby v průběhu nejméně dvou týdnů příznaky schizofrenní – bludy a halucinace. Manické příznaky v rámci epileptické psychózy se vyskytují vzácně.

**Organická bipolární porucha, příznaky vyvolané farmaky a návykovými látkami.** Přestože je diagnóza bipolární poruchy postavena převážně na její fenomenologii, existují důvody, proč v průběhu diagnostiky BP provádět laboratorní a somatické vyšetření. Určité tělesné nemoci a požití některých návykových látek mohou být spojeny se vznikem manické či depresivní epizody. Podobně může být porucha nálady prvním příznakem závažné somatické nemoci, která se dosud jinak neprojevovala. Manické příznaky se mohou vyskytovat např. při onemocnění jater a při organických onemocněních mozku. Také požívání drog, obzvláště amfetaminu, kokainu nebo LSD, může vyvolat příznaky mánie. Tento obraz však odeznívá současně s intoxikací. Pokud jsou tyto primární somatické stavy léčeny, dochází obvykle k odeznění sekundární psychické poruchy. Pokud tomu tak není, měli bychom pomyslet na indukovanou duševní poruchu. Rovněž před počátkem farmakoterapie bipolární poruchy je nezbytné provést laboratorní vyšetření (včetně vyšetření tyreoidálních funkcí) a zhodnotit celkový tělesný stav nemocného. Některé somatické nemoci, farmaka a návykové látky, které jsou spojeny se vznikem mánie, jsou uvedeny v tabulkách (Bauer, 2003, Herman et al., 2004).

**Tabulka 8.1.2.4:** Některé somatické nemoci, které jsou často spojeny se vznikem mánie (podle Herman et al., 2004)

|                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------|
| <b>Neurologické nemoci</b>                                      |
| Cévní mozkové příhody                                           |
| Úrazy hlavy s poškozením mozku                                  |
| Demence                                                         |
| Mozkové nádory                                                  |
| Infekční záněty CNS (včetně HIV)                                |
| Roztroušená skleróza                                            |
| Huntingtonova nemoc                                             |
| <b>Endokrinní nemoci</b>                                        |
| Hypertyreóza (u nemocných s vlohou pro BP nebo s BP v anamnéze) |
| Poporodní období                                                |

**Tabulka 8.1.2.5:** Některé léky a návykové látky, jejichž požívání je často spojeno se vznikem mánie (podle Herman et al., 2004)

|                                           |
|-------------------------------------------|
| <b>Antidepresiva</b>                      |
| Tricyklická antidepresiva                 |
| IMAO                                      |
| <b>Léčba jasným světlem (fototerapie)</b> |
| <b>Elektrokonvulzivní terapie</b>         |
| <b>Adrenergní látky</b>                   |
| Bronchodilatancia                         |
| Anorektika (stimulancia)                  |
| <b>Dopaminergní látky</b>                 |
| Levodopa                                  |
| <b>Jiná farmaka</b>                       |
| Isoniazid                                 |
| Kortikosteroidy                           |
| Anabolické steroidy                       |
| Disulfiram                                |
| <b>Návykové látky</b>                     |
| Alkohol                                   |
| Kokain                                    |
| Halucinogeny                              |
| Amfetaminy                                |
| Kofein                                    |

*Zneužívání a závislost* na alkoholu a jiných návykových látkách představuje nejčastější komorbiditu u pacientů s bipolární poruchou. Uvádá se, že zneužívání či závislost na jakékoliv návykové látce (alkohol a drogy) se vyskytuje až u 60 % pacientů s poruchou bipolárního spektra (v běžné populaci kolem 27 %) (Bauer, 2003). Jedním z důvodů mohou být samoléčitelé snahy využívat alkohol a drogy u pacientů s bipolární poruchou (častější zneužívání alkoholu v průběhu depresivní epizody, ale i na počátku manické epizody a stimulancií v průběhu manické epizody). Předpokládá se rovněž společná genetická predispozice pro poruchu nálady a dychtění po návykových látkách.

Závažným problémem je závislost na návykových látkách především u dospívajících nemocných s bipolární poruchou. Komorbidní abúzus těchto látek, zejména stimulancií, zhoršuje průběh bipolární poruchy. Ve dvouletém sledování adolescentních bipolárních pacientů hospitalizovaných pro mánii bylo zjištěno více manických epizod u nemocných, kteří byli závislí na návykových látkách, než u bipolárních nemocných bez této závislosti (Wilens et al., 1999).

Celoživotní prevalence úzkostných poruch u pacientů s bipolární poruchou se popisuje kolem 44 % (McElroy et al., 2001), častější je u žen než u mužů, což může souviset i s vyšším výskytem složitějších forem BP u žen.

#### 8.1.2.1.6 Průběh bipolární poruchy

Průběh bipolární poruchy je velmi variabilní. U většiny osob s BP dochází k prvním projevům nemoci v adolescenci a časně dospělosti, ve věku mezi 15. a 30. rokem života. Průměrný věk pro první epizodu nemoci bipolárního spektra je 21 let, nejčastěji v intervalu od 15 do 24 let věku (Hirschfeld et al., 2000). Dřívější a pozdější projevy však nejsou výjimkou. První epizoda bipolární poruchy může být manická, hypomanická, smíšená nebo depresivní. Iniciální manická epizoda se vyskytuje častěji u mužů, nicméně u obou pohlaví je první epizoda častěji depresivní. Nemocný většinou prožije jednu nebo více depresivních epizod bipolární poruchy, než se objeví epizoda hypo/manická. Ne vždy dochází mezi epizodami k úplné remisi příznaků. Vznik sekundárního psychického postižení s deprivací osobnosti je možný a nikoliv tak vzácný, jak se dříve předpokládalo.

Počátek bipolární poruchy v dětském věku byl méně studován. Vznik prvních manických příznaků po 60. roce věku může často ukazovat na somatický původ příznaků (cévní mozkové příhody, tumory mozku).

Swann et al. (1999) uvádí, že většina neléčených pacientů prožije v průběhu života 10 epizod bipolární poruchy, kdy zhruba po 5. epizodě se trvání epizody a období mezi epizodami u konkrétního pacienta stabilizují. Rychle cyklující pacienti (u kterých se vyskytují 4 a více epizod v průběhu jednoho roku) prožijí průměrně v průběhu svého života 50 epizod BP. Typický vzorec výskytu manických a depresivních epizod není univerzálně přítomen, u některých pacientů se objevují izolované manické či depresivní epizody, u jiných je přítomen kvazifázický průběh.

Rozsah délky trvání jednotlivé epizody je většinou od 4 do 13 měsíců, depresivní epizody jsou charakteristicky delší než manické a hypomanické epizody. U žen

se objevuje více depresivních epizod, u mužů se jedná spíše o vyrovnaný poměr mezi depresivními a manickými epizodami (Angst, 1978). Mezi rychle cyklujícími pacienty rovněž dominují ženy (70–90 %) (Bauer et al., 1994).

Keller et al. (1986) popsal 1,5 roku po indexové hospitalizaci v závislosti na polaritě indexové epizody u 7–32 % pacientů chronickou podobu nemoci. Pouze u 26 % pacientů ze souboru po prodělané mánii byl přítomen dobrý výsledek terapie, u 40 % z nich pouze průměrný a u 34 % nepříznivý. Méně je známo o klinickém průběhu pacientů s BP II, i když co do počtu relapsů a sociálního narušení jsou postiženi minimálně ve stejné míře jako pacienti s BP I. Coryell et al. (1995) našel v průběhu 5letého sledování u 70 % pacientů s BP II řadu relapsů a pouze u 11 % z nich nebyly přítomny žádné epizody.

Příznaky nemoci, zejména mánie s agresivním, urážlivým nebo zraňujícím chováním, mohou vést k narušení vztahů na dlouhou dobu po odeznění nemoci.

Nejzávažnějším vyústěním bipolární poruchy je sebevražda. Goodwin a Jamison (1990) udávají, že 18,9 % pacientů s BP zemře sebevraždou, procento se však patrně vztahuje na těžší, neléčené pacienty. Isometsa et al. (1994) našel mezi 1397 osobami, které zemřely sebevraždou ve Finsku v průběhu jednoho roku, 31 osob trpících BP. Zjistil, že 78 % z nich suicidovalo v průběhu depresivní epizody BP, 11 % v průběhu smíšené epizody a 11 % během manické epizody s psychotickými rysy.

### 8.1.2.2 KBT pohled – bipolární porucha

Před několika lety byla psychoterapie mánie považována za nemožnou, zbytečnou nebo dokonce škodlivou. Psychoterapie deprese je tradičně podobná jako u unipolární deprese. V dnešní době stále více autorů pokládá psychoterapeutický přístup za možný i v mánii a hypománii, dokonce jsou přesvědčeni o jeho potřebnosti (Kröber, 1988, 1992, Lam et al., 1999, Scott, 2001, 2003). Psychoterapeutické přístupy mohou pomoci identifikovat konflikty, které předcházely onemocnění, vypracovat lepší možnosti řešení a přispět ke kontextualizaci poruchy.

#### 8.1.2.2.1 Behaviorální faktory bipolární poruchy

Velmi důležitou roli v nástupu bipolární poruchy hrají životní události, které narušují cyklus spánku – bdění. V průběhu 8 týdnů před manickou epizodou prožije významná část pacientů událost, která naruší rytmické sociální návyky (Makoff-Schwartz et al., 1998).

Nedávno Johnson et al. (2000) ukázal, že manickým epizodám specificky předcházejí životní události spojené s dosahováním cíle. To podporuje hypotézu, že u BP dochází k abnormitám v behaviorálním aktivačním systému (BAS, Depue a Zeld, 1993). Tento systém kontroluje psychomotorickou aktivaci, zaměřenou motivaci a pozitivní náladu. BAS může u jedinců s rizikem BP vykazovat větší základní aktivitu a větší mezi-denní variabilitu. I zdraví jedinci vykazují vyšší míru pozitivních afektů a energie při dosažení cíle. U jedinců s BP však po životní události spojené s dosažením cíle pravděpodobně dochází k vyšší aktivaci BAS, hůře dochází k návratu na normální hladiny a následně rozvíjejí manickou fázi.

Bipolární pacienti rovněž častěji recidivují při cestování přes časová pásma (Lam a Wong, 2001).

Postiženému nemoc komplikuje plánování budoucnosti. Je obtížné rozeznat ve střídavém kolísání nálad možnosti dalšího vývoje, protože každý vnitřní i vnější pohyb je pak kriticky posuzován pacientem i rodinou jako možný signál nové fáze nemoci. Při častých fázích nemoci postižený často na budoucnost rezignuje i v období mezi fázemi. To má dopad na fungování sociální sítě, obzvláště rodiny.

#### 8.1.2.2.2 Kognitivní faktory bipolární poruchy

Beck (1967) původně popsal mánie jako zrcadlový opak deprese, charakterizovaný pozitivní kognitivní triádou týkající se sebeobrazu, pohledu na svět i budoucnost, která je podporovaná pozitivní kognitivní distorzí. Já je extrémně milováníhodné, silné, s nekonečným potenciálem a atraktivností. Svět je vnímán jako nádherná příležitost k silným prožitkům. Budoucnost přináší jen úspěchy a radost. Hyperpozitivní myšlení je zahlcováno pozitivními automatickými myšlenkami. Příklady manické kognitivní distorze jsou nepodložené závěry týkající se vlastní hodnoty, úspěchu ap. „Jsem jednička!“, „Už nikdy nebudu muset nic dělat!“, podceňování rizika „Mně se nemůže nic stát!“, minimalizace problémů „Žádné strachy, všechno to zvládnou ještě dnes!“, emocionální zkreslení událostí „Všichni mě milují!“. Kognitivní omyly podporují pozitivní kognitivní triádu. Typické pro bipolární poruchu je černobílé myšlení typu „buď – anebo“. Podle Becka leží pod těmito maladaptivními pozitivními kognitivními událostmi hlubší maladaptivní postoje – schémata. Příkladem takových schémat jsou: „Jsem výjimečný!“ nebo „Mánie pomáhá překonat moji stydlivost!“ Tento model, založený na klinickém sledování, měl řadu nedostatků. Nedo- kázal vysvětlit, proč týž pacient prožívá v jiném čase hlubokou depresi. Sám Beck nezkoušel podrobit tento model výzkumným experimentům, ani nezkoumal rozdíl v kognitivním stylu u bipolárních a unipolárních pacientů.

Několik autorů, kteří zkoumali kognitivní parametry u BP pacientů, nenašlo rozdíl v kognitivních schématech ani kognitivním stylu u bipolárních pacientů v remisi ve srovnání s pacienty s unipolární depresí (Hollon et al., 1986, Hammen et al., 1989, Scott et al., 2000). Scott et al. (2000) prozkoumal řadu aspektů kognitivního modelu, včetně dysfunkčních postojů, pozitivního a negativního sebevědomí, autobiografických vzpomínek a dovedností řešit problémy, a zjistil, že ve srovnání se zdravou populací jsou bipolární pacienti v plné remisi více křehcí, mají nestabilní sebevědomí, vyšší míru dysfunkčních postojů (zejména co se týče sociálního přijetí a perfekcionismu), jejich autobiografické vzpomínky jsou více zveřejňující a že vykazují horší dovednosti při řešení problémů. Rozdíl byl vyšší u pacientů, u kterých bipolární porucha začala časněji, a těch, kteří prodělali více fází nemoci. Přesto, že tito pacienti byli na stabilní tymoprofylaxi, nemělo to na jejich kognitivní styl nejmenší vliv. V další práci pak Scott et al. (2003) zjistil, že stejné nálezy vykazují i pacienti s unipolární depresí v remisi kromě labilního sebevědomí, fluktuujícího mezi přeceňováním a podceňováním se, které je typické pro bipolární pacienty. Sebevědomí u unipolárních pacientů bylo stabilně nízké.

Zdá se, že kognitivní vulnerabilita bipolárních pacientů souvisí zejména s labilním sebevědomím, které silně reaguje na zevní vlivy. Výsledky této studie, podobně jako studie kognitivních faktorů u dysforické mánie (Cassidy et al., 1998), naznačují, že některé aspekty kognitivního a behaviorálního fungování v mánii mohou reprezentovat částečně úspěšný pokus vyhnout se propadu do deprese po iniciálním poklesu nálady (Lyon et al., 1999).

Vztah kognitivního stylu a životních událostí u BP zkoumal Hammen et al. (1992). Pacienti s vyšší sociotrofií častěji relabovali po interpersonálních životních událostech než pacienti s nižšími skóry závislosti na druhých. V jiné studii Swendsen et al. (1995) zjišťoval u PB pacientů vliv osobnostních rysů na četnost relapsů. Vyšší četnost relapsů byla spojena s negativním kognitivním stylem – zejména introverzí a obsesivností. Podobně Alloy et al. (1999) zjistil, že vnitřní, stabilní a globální atribuční styl predikuje vyšší míru afektivních příznaků jak u BP pacientů v remisi, tak v neklinické populaci u lidí se subsyndromálními projevy BP. Malkoff-Schwarz et al. (1998) ukázal, že události, které naruší individuální sociální rytmus, zvyšují u BP pacientů incidenci relapsů mánie, ne však deprese. Healy a Williams (1988) zjistili, že když BP pacienti začnou cítit více energie, radosti a mají menší potřebu spánku (změny, které se objevují po narušení cirkadiánních rytmtů) a přičítají to svému „nadměrnému zdraví“, častěji rozvinou epizodu mánie, než ti, kteří to přičítají nemoci. Ti, kteří to přičítají možným počínajícím příznakům relapsu, automaticky používají jako strategii zvládnutí stažení se z excitujících sociálních situací a více odpočívají. Tím pravděpodobně přeruší bludný kruh další excitace.

### 8.1.2.2.3 Interpersonální faktory bipolární poruchy

Empirické nálezy podporují názor, že integrace příbuzných, obzvláště partnerů, do terapie působí pozitivně na průběh bipolární poruchy (Parikh et al., 1997). Důležitou roli ve vytváření vztahů hraje hledání stability a jistoty. Témata normy, ohrožení a autonomie jsou oblasti, které mají pro mánii a partnerství nejdůležitější význam. Proto jsou konflikty v partnerském vztahu významným stresorem, který může předcházet jednotlivým fázím nemoci. Nebylo však prokázáno, že by se v rodinách bipolárních nemocných před onemocněním vyskytovaly specifické vzorce chování a styly vzájemné komunikace, které by se v jiných rodinách nevyskytovaly. Důkladné studie nicméně prokázaly, že rodina a příbuzní mohou svým chováním *příznivě ovlivnit další průběh onemocnění*. Průběh i prognóza onemocnění se může podstatně zlepšit, pokud se nám podaří rodinu zapojit do rehabilitačních programů a pokud se podaří snížit vyjadřování emocí v rodině. V partnerství a rodině se někdy přetrvávající obavy z možných epizod stávají určujícím prvkem rodinného života. Chování postiženého je pečlivě pozorováno a analyzováno z hlediska známek dalšího možného manického nebo depresivního relapsu. Důsledkem toho může být „spor o normalitu“, kdy se rodina s pacientem dohaduje, které chování je ještě normální a které je už známkou patologie.

Míra vyjadřovaných emocí v rodině má u pacientů s bipolární poruchou, podobně jako ve schizofrenních rodinách, vliv na množství relapsů. Vyšší míra

kritiky či nadměrná emoční účast rodičů nebo životních partnerů vedla k horším výsledkům jak v nárůstu počtu relapsů, tak v přetrvávání reziduálních příznaků BAP (Honig et al., 1997, Miklowitz et al., 1998, O'Connell et al., 1991).

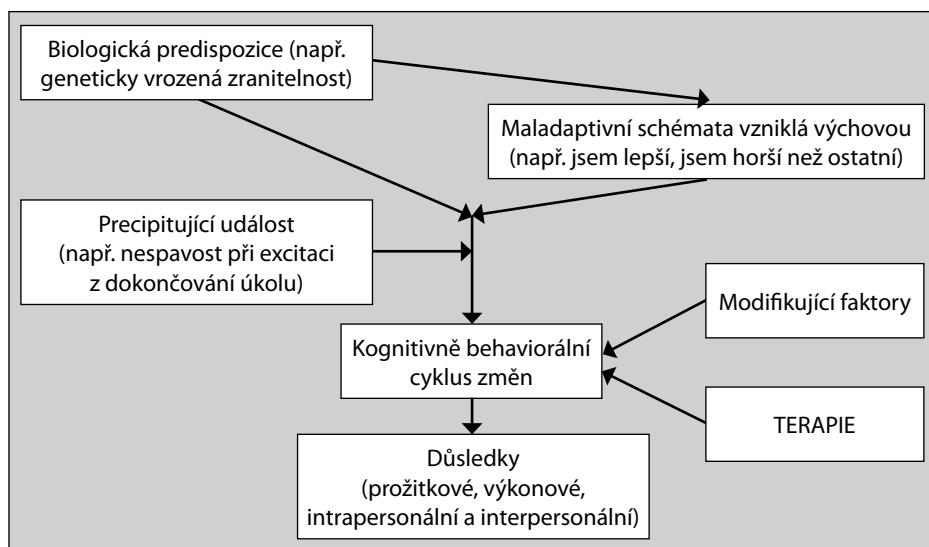
Jak manická, tak depresivní epizoda jsou pro partnery pacienta obtížné. V mánii dochází často k urážkám a činům se sociálním zraněním (např. nevěry), které se mohou složitě odpouštět. Na druhé straně může mít pacient, ale i rodina pocit, že depresivní či manické chování je potřebné „napravit“. Následkem může být obviňování ze strany blízkých nebo přehnané pocity viny na straně postiženého.

Jedním z největších vztahových problémů je *závislost na druhých*, velmi často rodičích nebo partnerovi. Řada pacientů s bipolární poruchou je velmi závislá zejména na hodnocení druhými. S tím souvisí neschopnost odměnit sebe sama a očekávání, že odměna a ocenění přijde z okolí. K depresi patří nadměrná potřeba povzbuzování a oceňování a špatné snášení kritiky, chladu či odmítnutí. Dalším projevem závislosti je snížená schopnost zorganizovat si svůj program. Časté je naopak očekávání, že program bude určován blízkými lidmi. Při mánii někdy dochází k jakési „superkompenzaci“ pomocí nadměrné sebechvaly, sebeobdivu s rychlým rozhodováním. V mnoha případech je v průběhu nemoci kontrola příznaků delegována na partnera nebo na rodiče. Vzniká konflikt mezi *autonomií a závislostí*. Blízký člověk je vybízen ke stálé kontrole pacientova chování a současně kritizován za omezení, která z toho vyplývají.

#### 8.1.2.2.4 KBT model bipolární poruchy

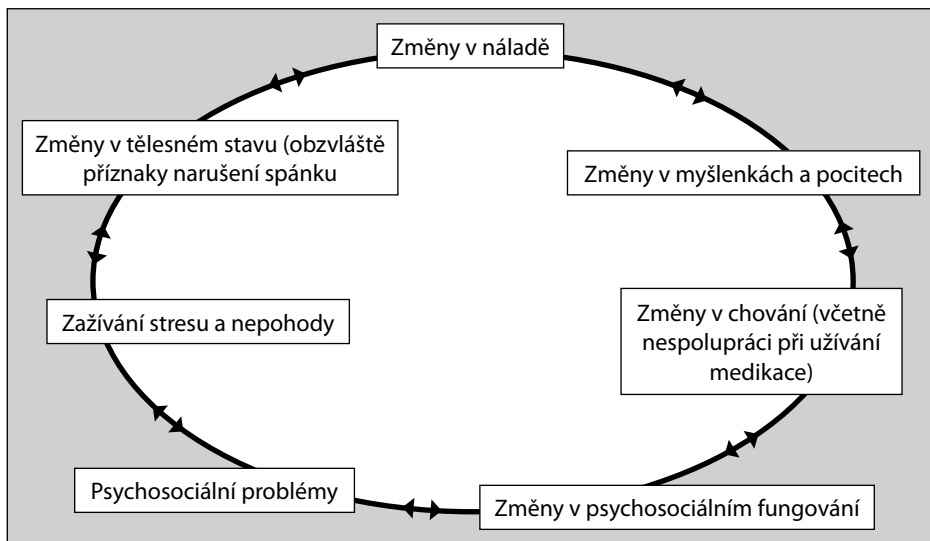
Podle KBT modelu dochází po spouštěcí události (která může být jak traumatické, tak excitující povahy) k aktivaci maladaptivních přesvědčení, která u biologicky disponovaných jedinců spustí kognitivně behaviorální cyklus změn (viz obrázek).

**Obrázek 8.1.2.4:** KBT model bipolární poruchy



Tento cyklus může začít z kteréhokoliv bodu, např. od narušení spánku nebo změnami v náladě či zážitky stresu a nepohody. Nezávisle na tom, ze kterého bodu cyklus odstartoval, objeví se změny a potíže ve všech oblastech cyklu (Scott, 2001). Změny nálady vedou ke změnám v myšlenkách a pocitech, chování i interperso-nálním fungování a naopak (viz obrázek).

**Obrázek 8.1.2.5:** Kognitivně behaviorální cyklus změn u bipolární poruchy (podle Scott, 2004)



#### 8.1.2.2.5 Výzkum efektivity KBT u bipolární poruchy

V současné době bohužel nelze odhadnout, do jaké míry může jakákoliv psycho-terapeutická péče ovlivnit akutní fázi mánie. Více víme o depresivní fázi, kde se zdá, že KBT je schopna zmírňovat symptomatiku u lehkých a středně těžkých depresí. Nejvíce však víme o profylaktické léčbě.

#### Individuální KBT

Na efektivitu individuální kognitivní terapie v preventivní léčbě se zaměřilo něko-lik studií:

Perry a kol. (1999) se zaměřil na identifikaci a zvládání časných příznaků relap-su pomocí KBT přístupů u 69 pacientů trpících bipolární poruchou. Účastníky byli pacienti s vysokým rizikem relapsu nastavení na profylaktickou medikaci. Výsled-ky ukázaly, že skupina léčená pomocí KBT měla signifikantně méně manických epizod než kontrolní skupina léčená standardním přístupem (27 % relapsů versus 57 % relapsů), významně méně dnů byla hospitalizována, lépe sociálně fungovala a lépe fungovala v práci. Zajímavé však je, že tyto profylaktické intervence měly vliv jen na četnost manických fází, ale byly téměř bez vlivu na relapsy deprese.

V randomizované kontrolované studii Lama a spol. (2000) byli studováni vul-nerabilní pacienti (n = 25) s častými relapsy, kteří byli na profylaktické medikaci.



Po rozdělení do intervenční (14 sezení kognitivní terapie) a kontrolní skupiny (klinické vedení) a vlastní léčbě byli pacienti ještě dalších 6 měsíců sledováni. Skupina léčená přídatnou kognitivní terapií měla významně méně epizod, a to jak manických, tak depresivních, než skupina kontrolní. Navíc vykazovala vyšší úroveň sociálního fungování.

Studie Scottové a spol. (2001) porovnávala kognitivní terapii (n = 21) s čekatelí na terapii (waiting list) (n = 21). Pacienti byli rovněž randomizovaně rozděleni. Po 6 měsících měla sledovaná skupina významně lepší výsledky než skupina kontrolní jak v míře symptomatiky, tak v sociálním fungování. Při katamněze trvající dalších 18 měsíců se snížil počet relapsů v léčené skupině o 60 % ve srovnání s obdobím předchozích 18 měsíců před léčbou. Počty pacientů v obou těchto studiích však byly relativně malé. Ve studii Lama a spol. (2002) bylo náhodně rozděleno 103 vulnerabilních pacientů s BAP I do dvou skupin: s kognitivní terapií a s klinickým vedením. Po 12 měsících došlo u skupiny léčené kognitivní terapií k signifikantně menšímu počtu relapsů než u kontrol, navíc i vzniklé epizody byly kratší a bylo méně přijetí k hospitalizaci. Tito pacienti rovněž vykazovali výrazně lepší sociální fungování.

### Skupinové KBT programy

Cílem nejstarší studie Cochrana (1984) bylo zvýšit spolupráci při profylaktickém užívání lithia přidáním kognitivní terapie ke klasické klinické péči. Autor náhodně rozdělil 28 pacientů mezi kognitivní terapii a standardní péči. Kognitivní terapie probíhala ve skupině a sestávala z 6 setkání. Během následujícího roku přerušilo lithioprofylaxi pouze 21 % pacientů léčených kognitivní terapií oproti 57 % léčených standardní péčí. Skupina léčená kognitivní terapií měla také významně méně hospitalizací.

Program „životních cílů“, vyvinutý Bauerem a kol. (1998), je strukturovaná, z manuálu vycházející intervence, která se zaměřuje na zlepšení sociálního a pracovního fungování. Program používá řadu kognitivních a behaviorálních přístupů. Kompletní výsledky nejsou zatím k dispozici, ale zdá se, že program pacientům vyhovuje a zvyšuje jejich vědomosti o bipolární poruše.

Weiss a kol. (2000) použil skupinový formát KBT pro léčbu pacientů s duální diagnózou – bipolární poruchou a závislosti na návykových látkách. Porovnal výsledky 21 pacientů léčených KBT s 24 pacienty léčenými standardním způsobem. Pacienti, kteří absolvovali skupinovou KBT, se významně více zlepšili jak psychopatologicky, tak ve schopnosti abstinovat. Výsledky byly významně lepší i v katamněze za 6 měsíců.

### 8.1.2.3 Léčba bipolární poruchy

Léčba bipolární poruchy se v akutní fázi léčby řídí podle dominujících příznaků. Léčba depresivní fáze probíhá podobně jako u unipolární deprese antidepresiv a psychoterapií, je však potřebné se vyvarovat podávání tricyklických antidepresiv, která zvyšují riziko přesmyku do mánie a mohou indukovat rychlé cyklování.

Pro léčbu manické fáze jsou etablovány farmakoterapeutické přístupy, které používají antipsychotika, tymostabilizátory či jejich kombinaci (podrobně viz Herman et al., 2004). Specifické psychoterapeutické strategie pro léčbu akutní mánie zatím nebyly vyvinuty. Střídání příznaků vyžaduje u terapeuta značnou flexibilitu a kooperaci s pacientem. Důležitá je kontinuita stabilního terapeutického vztahu, v níž jsou zohledněny všechny aspekty poruchy a jejího zvládnutí. Léčba by měla integrovat nejrůznější aspekty – farmaka, porozumění pacientovi i blízkým, psychoedukaci.

**Tabulka 8.1.2.6:** Dvě fáze léčby bipolární poruchy a jejich různé cíle (*upraveno podle Herman et al., 2004*)

• **Akutní fáze léčby (trvání cca 2 měsíce od počátku léčby)**

Cíl: Léčba příznaků akutní epizody

Co nejčasnější nasazení stabilizátoru nálady

• **Stabilizační a udržovací (profylaktická) fáze léčby**

Cíl: Prevence relapsu poruchy nálady

Pokud je to indikováno, i celoživotně podávat stabilizátor nálady

Zabránit rekurenci poruchy nálady i přes kontinuální podávání stabilizátoru nálady (breakthrough epizody), při jejím vzniku léčba této epizody

Léčba subsyndromálních projevů poruchy nálady

## 8.1.2.4 Farmakoterapie a jiná biologická léčba bipolární poruchy

### Léčba akutní manické a smíšené epizody

Prvotním cílem léčby pacientů s manickou nebo smíšenou epizodou je ovlivnění symptomů do míry, která umožní návrat k normální úrovni psychosociálního fungování. Obzvláště důležité je rychlé ovlivnění případné agitovanosti a agresivity a zajištění bezpečnosti pacienta a jeho okolí. Z medikamentů byla ověřena účinnost těchto léků (podrobně viz Herman et al., 2004):

**Tabulka 8.1.2.7:** Léky, jejichž účinnost byla ověřena v léčbě akutní manické či smíšené epizody

|                   |                  |
|-------------------|------------------|
| a) lithium        | g) chlorpromazin |
| b) valproát       | h) haloperidol   |
| c) karbamazepin   | i) klozapin      |
| d) oxkarbamazepin | j) ziprasidon    |
| e) olanzapin      | k) quetiapin     |
| f) risperidon     | l) aripiprazol   |

Podle novějších doporučení se v prvním kroku léčby objevuje vedle lithia a valproátu i monoterapie olanzapinem (Sachs et al., 2000, Suppes et al., 2002). Manické a smíšené epizody s psychotickými rysy většinou vyžadují léčbu pomocí

antipsychotika v kombinaci se stabilizátorem nálady. Pro pacienty s méně závažnou manickou, hypomanickou nebo smíšenou epizodou může být dostačující léčba lithiem nebo valproátem nebo antipsychotikem, jako je olanzapin nebo quetiapin, v monoterapii. Pokud je přítomna akutní úzkost nebo neklid, může být užitečné podávání vysoce účinných benzodiazepinů (lorazepam, klonazepam). V případě smíšených epizod je před lithiem upřednostňována léčba valproátem. Alternativou lithia nebo valproátu je podávání karbamazepinu. Atypická antipsychotika jsou preferována před konvenčními z důvodů méně výrazných a benignějších vedlejších účinků. Nejvíce ověřených podkladů v současnosti existuje pro léčbu olanzapinem, risperidonem a quetiapinem. Pokud je to možné, mělo by se v průběhu manické nebo smíšené epizody přerušit podávání antidepresiv. Dojde-li v průběhu profylaktické léčby („breakthrough“ epizoda) k projevům manické nebo smíšené epizody, je v první řadě indikována optimalizace dávky podávaného farmaka. Ve druhém kroku je někdy nezbytné podávání antipsychotika. Farmakoterapie by měla být kombinována s psychosociální intervencí.

Pokud není dosaženo terapeutického úspěchu postupem první volby při optimálním dávkování podávaných farmak, doporučuje se přidat další lék první volby. Jinou možností je náhrada léku první volby karbamazepinem nebo přidání antipsychotika, pokud již není podáváno, nebo změna jednoho antipsychotika za druhé. U rezistentních pacientů může být účinný klopazepin.

Elektrokonvulzivní terapii lze použít u pacientů s těžkou nebo rezistentní mánií nebo pokud jí pacient po konzultaci s psychiatrem dává přednost. Elektrokonvulzivní terapie je rovněž volbou pro pacienty se smíšenými epizodami a u těžkých mání v průběhu těhotenství.

### Depresivní epizody

Prvním farmakologickým krokem v léčbě depresivní epizody bipolární poruchy je nasazení lithia nebo lamotriginu. Monoterapie antidepresivem není doporučována. U některých, většinou vážněji nemocných pacientů, se léčba zahajuje kombinací lithia a antidepresiva. Tato léčba je rovněž možností pro depresivní ženy v průběhu těhotenství. Pokud dojde k projevům depresivní epizody v průběhu profylaktické léčby („breakthrough“ epizoda), je v první řadě indikována optimalizace dávky již podávaného léku. Pokud není dosaženo terapeutického úspěchu při postupu první volby při optimálním dávkování podávaných farmak, doporučuje se přidat lamotrigin, bupropion nebo paroxetin. Alternativou je přidání jiného antidepresiva ze skupiny SSRI nebo venlafaxinu. Depresivní epizody s psychotickými rysy obvykle vyžadují podávání antipsychotika. Léčebnou alternativou u těžce nemocných, suicidálních, psychotických nebo katatonních pacientů je elektrokonvulzivní léčba.

### Rychlé cyklování

Prvním krokem je vyloučení případného abúzu návykových látek nebo somatických nemocí (hypotyreóza), které mohou s rychlým cyklováním souviset a které

vyžadují specifickou léčbu. Určitá farmaka, zejména antidepresiva, mohou přispívat k rychlému cyklování, a je-li to možné, měla by být vysazena. Léčbou první volby rychlého cyklování je podávání lithia nebo valproátu, alternativou je lamotrigin a olanzapin. U řady pacientů je nezbytné podávat kombinaci farmak.

### Udržovací a profylaktická léčba

Udržovací a profylaktická léčba pacientů s bipolární poruchou má několik cílů. Jedná se o prevenci relapsu, léčbu subsyndromálních příznaků, snížení rizika suicidia, snížení frekvence cyklování fází, léčbu emoční nestability a zlepšení celkového psychosociálního fungování. Rozhodnutí zahájit udržovací/profylaktickou léčbu závisí jak na intenzitě a frekvenci epizod, tak na možném psychosociálním dopadu dalších potenciálních epizod, a vyžaduje poradu s pacientem a jeho rodinou. Udržovací léčba je obecně doporučována již po první prodělané manické epizodě (Sachs et al., 2000), zvláště je-li přítomna pozitivní rodinná anamnéza pro poruchu nálady, především pro bipolární poruchu. Přestože bylo provedeno pouze málo studií pacientů s bipolární poruchou typu II, pokládá se udržovací terapie u tohoto typu pacientů rovněž za oprávněnou, s podobnými kritérii jako u BP I (pozitivní rodinná anamnéza pro poruchu nálady, epizody poruchy nálady v anamnéze).

Studie hodnotící udržovací terapii jsou obtížnější než studie zkoumající léčbu akutní epizody bipolární poruchy. Vzhledem k většímu počtu cílů udržovací terapie není jednoduché vybrat jeden z nich za primární kritérium účinnosti terapie. Rovněž bylo z důvodu rizika plného relapsu poruchy nálady a suicidálního jednání provedeno pouze několik placebem kontrolovaných studií, do nichž byli zahrnuti pacienti spíše s lehčími formami bipolární poruchy, než jsou viditelné v běžné praxi.

**Tabulka 8.1.2.7:** Medikace, která se ukázala být efektivní v profylaxi bipolární poruchy (podle Herman et al., 2004)

|               |                 |
|---------------|-----------------|
| 1. lithium    | 4. karbamazepin |
| 2. valproát   | 5. klozapin     |
| 3. lamotrigin | 6. olanzapin    |

Po dosažení remise akutní epizody bipolární poruchy jsou pacienti v průběhu následujících 6 měsíců významně ohroženi relapsem. Toto období se někdy nazývá udržovací fáze léčby. Za vysoce oprávněnou se považuje rovněž udržovací léčba u pacientů s bipolární poruchou typu II.

Pokud v profilu bipolární poruchy převažovaly hypomanické a manické epizody nad depresivními, jsou v udržovací fázi léčby lékem první volby lithium a valproát. V případě, kdy převažovaly depresivní epizody, jsou lékem první volby lithium a lamotrigin. Alternativu k uvedeným lékům představuje karbamazepin. Bylo-li dosaženo remise v průběhu léčby jedním z těchto léků, má být podáván

i v průběhu udržovací fáze. Udržovací léčba pomocí ECT může být aplikována u pacientů, kteří pozitivně reagovali na léčbu ECT v průběhu akutní fáze léčby.

Pokud byli pacienti v akutní fázi úspěšně léčeni antipsychotikem, doporučuje se znovu zhodnotit jeho dlouhodobé podávání v průběhu udržovací fáze léčby. Dlouhodobé podávání antipsychotik je indikováno v případě trvajících psychotických příznaků nebo z důvodu profylaktického. Pacienti, u kterých jsou přítomny subsyndromální příznaky nebo depresivní epizody, mohou vyžadovat k již podávanému stabilizátoru nálady přidání atypického antipsychotika nebo anti-depresiva.

### 8.1.2.5 Specifické psychoterapeutické přístupy pro bipolární poruchu

Pacienti s bipolární poruchou trpí následky předchozích epizod, jsou ohroženi trvalou vulnerabilitou vůči vzniku budoucích epizod a akutní i udržovací léčba je může zatěžovat vedlejšími účinky léků. Navíc je u řady pacientů mezi epizodami přítomna emoční nestabilita a subsyndromální a reziduální projevy nemoci. Primárním cílem psychoterapeutických intervencí je snížení obav souvisejících s bipolární poruchou, zlepšení psychosociálního fungování mezi epizodami a snížení pravděpodobnosti, frekvence, tíže a délky trvání následných epizod. Většina pacientů s bipolární poruchou se potýká s některými s níže uvedených témat (Herman et al., 2004):

- a) emoční následky po proběhlých epizodách mánie nebo deprese,
- b) uvědomění si, že trpí závažnou, potenciálně chronickou psychickou poruchou,
- c) stigmatizace a s ní spojené pocity sníženého sebevědomí a vulnerability,
- d) zpoždění nebo deviace v osobním zrání a vývoji psychiky,
- e) strach z relapsu nemoci s následnou inhibicí samostatného psychosociálního fungování,
- f) potíže v mezilidských vztazích, včetně problémů s partnerstvím, manželstvím a výchovou dětí,
- g) problémy v pracovním zařazení a postupu,
- h) právní, sociální a emoční problémy, které jsou důsledkem lehkomyšlného, neadekvátního, nespolečenského nebo násilného chování v období epizod.

Rozvoj specifických psychoterapeutických přístupů věnovaných bipolární poruše se objevil až v posledních 5 letech. Strategie psychoterapeutické léčby předpokládají kombinaci s farmakoterapií. Model vulnerabilita – stres předpokládá, že farmaka ovlivňují biologickou podstatu poruchy, zatímco psychoterapie se soustředí na zvýšení odolnosti ke stresu, zlepšení rodinného prostředí, rekonstrukci dysfunkčních kognitivních procesů a vede pacienta k harmonizaci režimu dne (Lam, 2002). Současné studované přístupy jsou následující:

- léčba zaměřená na rodinu,
- interpersonální terapie a léčba sociálních rytmů,
- monitorování prodromálních symptomů,
- kognitivně behaviorální terapie.

Důkazů o prospěšnosti specifických psychoterapeutických intervencí u bipolární poruchy je zatím málo, nicméně jsou povzbuzující.

### **Léčba zaměřená na rodinu (Family-focus treatment – FFT)**

V rodinách, kde příbuzní nadměrně vyjadřují emoce; jsou nadměrně kritičtí, nepřátelští nebo nadměrně emočně zaangažovaní, mají pacienti s bipolární poruchou významně horší průběh poruchy. Léčba zaměřená na rodinu se věnuje psychoedukaci, nácviku komunikačních dovedností a nácviku systematického řešení problémů v době po dosažení remise poruchy. V kontrolované studii Miklowitze a spol. (2000) došlo během následujícího roku k významně menšímu počtu relapsů u skupiny, která prodělala FFT ( $n = 31$ ), než u skupiny, která měla jen dvě rodinná edukační sezení ( $n = 70$ ). Největší význam měla FFT pro pacienty z rodin s vysokou emoční expresivitou.

### **Interpersonální terapie a léčba sociálních rytmtů (Interpersonal and social rhythm therapy – IPSRT)**

Tento přístup je založen na předpokladu, že pravidelný režim aktivit, zejména spánku (ale i stravování, cvičení a sociálních interakcí) a snížení interpersonálního stresu vede ke zpevnění cirkadiánní rytmicity, a tím vede k poklesu nadměrné stimulace, která předchází rozvoji epizod. Frank (2000) ve své studii ukázal, že IPSRT ( $n = 12$ ) ve srovnání s klinickým vedením ( $n = 20$ ) vedla k významně větší psychické stabilitě po dobu 1 roku.

### **Monitorování prodromálních symptomů**

Perry a spol. (1998) v randomizované kontrolované studii rozdělil 69 pacientů do intervenční skupiny (se 7–12 sezeními) a do kontrolní skupiny s běžným klinickým vedením. V intervenční skupině se pacienti učili monitorovat prodromální příznaky a vyhledat včas psychiatrickou pomoc. Tato intervence měla význam v prevenci manických epizod (nikoliv však depresivních) ve sledovaném období 18 měsíců. Pacienti z intervenční skupiny navíc dosáhli významnějšího zlepšení v sociálním fungování.

### **8.1.2.6 KBT přístup u bipolární poruchy**

Kognitivně behaviorální terapie se v akutní léčbě bipolární poruchy soustředí zejména na nemocné s mírnou a středně těžkou depresí, s hypománií a na pacienty s reziduálními příznaky. Hlavní cílovou skupinou jsou však pacienti v remisi poruchy, které učí dovednostem, jak snížit svou zranitelnost pro riziko dalších recidiv. Optimální průběh KBT začíná kognitivně behaviorální formulací individuálních problémů pacienta spojených s bipolární poruchou, zejména s důrazem na roli maladaptivních přesvědčení (jako je přehnaný perfekcionismus a nerealistické očekávání přijetí), která pak diktují obsah maladaptivních automatických myšlenek. Učí pak pacienta snížit celkový stres pomocí rytmitizování denního režimu a přepracováním dysfunkčních maladaptivních postojů (kognitivních

schémat), které jinak vedou k častému přepracování a narušení sociálních rytmtů. Pacient se rovněž učí monitorovat prodromální projevy. Důraz je dále kladen na zlepšení zvládání stresu pomocí plánování aktivit, zlepšením komunikačních dovedností a používáním strategie řešení problémů.

#### 8.1.2.6.1 KBT vyšetření

Během vyšetření pacienta s bipolární poruchou je třeba věnovat pečlivou pozornost jak aktuálním, tak anamnestickým příznakům. Stanovení diagnózy zpravidla nebývá obtížné; ke zpřesnění diagnózy a komorbidity může sloužit strukturované interview MINI (Lecrubier et al., 1997). U pacientů s BP jsou většinou přítomny příznaky deprese, mánie nebo hypománie, avšak dominovat mohou také jiné problémy, jako je zneužívání nebo závislost na návykových látkách, impulzivita, podrážděnost, nespavost a problémy ve vztazích. Méně často pacienti spontánně referují o manických a hypomanických příznacích, terapeut proto musí věnovat vyhodnocení těchto symptomů mezi depresivními epizodami obzvláštní pozornost. Většinou probíhají pod obrazem emoční lability, snížené potřeby spánku a pocitu zvýšené energie. K identifikaci hypomanických příznaků často napomůže informace od příbuzných. Rozhovor v přítomnosti partnera často aktivuje skryvané hypomanické příznaky a umožní jejich diagnostiku. Užitečným nástrojem k detekci hypo/manických příznaků je Dotazník poruch nálady (Mood Disorder Questionnaire, viz následující tabulku). Tento dotazník cíleně vyhodnocuje přítomnost hypo/manických příznaků. Kritickou hodnotou pro pravděpodobnou přítomnost bipolární poruchy je 7 a více pozitivně zodpovězených bodů. Tato hodnota poskytuje dostatečnou senzitivitu (7 z 10 pacientů s BP je správně identifikováno) i specifitu (9 z 10 osob, kteří netrpí bipolární poruchou, je vyřazeno).

**Tabulka 8.1.2.8:** Dotazník poruch nálady – sebesposuzovací dotazník k hodnocení hypo/maniačních příznaků BP (Hirschfeld et al., 2000)

| 1. Vyskytlo se ve vašem životě někdy období, kdy jste se necítil jako obvykle                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Ano | Ne |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| cítil jste se tak dobře nebo tak rozjařený, že se jiní lidé domnívali, že to nejste zcela vy, nebo že jste tak odbržděný, že se můžete dostat do problémů?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |    |
| byl jste tak podrážděný, že jste křičel na lidi nebo se začal prát nebo hádat?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |    |
| cítil jste více sebedůvěry než obvykle?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |    |
| potřeboval jste podstatně méně spánku než obvykle a zjišťoval, že vám spánek neschází?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |    |
| byl jste podstatně hovornější než obvykle nebo jste hovořil rychleji, než je u vás běžné?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |    |
| běžely vám velmi rychle myšlenky hlavou nebo jste nebyl schopen zpomalit tok myšlenek?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |    |
| rušily vás okolní věci do té míry, že jste měl problémy se soustředit nebo udržet myšlenkovou linii?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |    |
| měl jste více energie než obvykle?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     |    |
| byl jste aktivnější než obvykle nebo jste dělal více věcí než je u vás obvyklé?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |    |
| byl jste více společenský nebo otevřený než obvykle, například telefonoval jste uprostřed noci přátelům?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |    |
| zajímal vás sex více než obvykle?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |    |
| dělal jste věci, které jsou pro vás neobvyklé, nebo o kterých by si druhí mohli myslet, že jsou nepřiměřené, bláznivé nebo rizikové?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |    |
| Utrácení peněz přivedlo vás nebo vaši rodinu do potíží?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |    |
| <p><b>2. Pokud jste zaškrtnl „Ano“ u více než jedné z výše uvedených otázek, objevily se některé z těchto projevů ve stejném časovém období? Zakroužkujte pouze jednu odpověď.</b></p> <p>Ano                      Ne</p> <p><b>3. Jak velké problémy vám způsobily výše uvedené příznaky – například neschopnost pracovat, mít rodinu, peníze, mít problémy se zákonem, hádky a rvačky? Zakroužkujte pouze jednu odpověď.</b></p> <p>Žádný problém              Malý problém              Střední problém              Závažný problém</p> |     |    |



Při vyšetření pacienta je také důležité posoudit atmosféru v rodině, ve které žije. *Míra vyjadřování emocí* (*orig. expressed emotion*) je obecně považována za měřítko zapojení a postoje rodiny. Vysoká míra vyjadřování emocí se v rodinách projevuje rysy komunikace, které zhoršují průběh a mohou zvyšovat riziko relapsu. Jedná se o:

- trvalé kritizování (tzv. hyperkritičnost),
- nevhodnou a přehnanou péči o příbuzného (tzv. hyperprotektivita).

Silně vyjadřované emoce u příbuzných pacienti často popisují jako „přehrávání“, „velkou péči“, „hysterii“, „velkou tendenci ochraňovat před nebezpečími okolního světa“. Víme, že silné vyjadřování emocí má negativní vliv na průběh bipolární poruchy a řada studií spolehlivě ukázala také zvýšený výskyt relapsů. Míra vyjadřování emocí není stabilním a neměnným ukazatelem. Na jedné straně může samo pacientovo onemocnění negativně ovlivňovat míru vyjadřování emocí a na druhé straně je možné, že příbuzní sami po vysvětlení tento nežádoucí způsob komunikace změní. Pozitivním ovlivněním chování rodin (snížení úrovně vyjadřování emocí) tak dochází k výraznému snížení rizika relapsu.

KBT vyšetření probíhá u bipolárních pacientů podobně jako u kterékoli jiné diagnózy, ovšem při výrazné psychopatologii (jak manické, tak depresivní) nemusí být pro nedostatečnou spolupráci možné. Tyto stavy vyžadují však především medikamentózní léčbu a KBT je možná až po snížení intenzity příznaků. Protože je KBT u bipolární poruchy zaměřeno zejména na profylaxi nových epizod, mělo by vyšetření popsat jak období zvýšené, tak období depresivní nálady.

**Tabulka 8.1.2.9:** Příklad hodnocení pacienta s bipolární poruchou

### 1. Topografie změn nálad

(+)

- Vnímání: jásavější barvy, svoje pozitiva, úspěchy, krása ap.
- Frekvence: 4krát v životě fáze mánie, krátké hypománie mnohokrát za rok (cca 10krát)
- Trvání: mánie: celé týdny (5 týdnů, 3 týdny, 6 týdnů, 3 týdny) – vždy zastaveno medikací krátké hypománie: většinou trvají 2–3 dny, odeznívají spontánně, 4krát přešly v mánii

(–)

- Vnímání: vše negativně – sebe, okolnosti, svoje negativa, neúspěchy, neschopnost, budoucnost černě
- Frekvence: 7krát v životě deprese, krátké subdeprese mnohokrát za rok (cca 8krát)
- Trvání: deprese: celé týdny až měsíce běžně 6–12 týdnů, vždy léčeny antidepresivem krátké subdeprese: 1–4 dny, odeznívají buď spontánně, nebo v souvislosti s přidáním medikace, opakovaně přešly v hlubokou depresi
- Obavy předem z deprese: myslí na to cca 30 % času, z mánie obavy neudává

## 2. Antecedenty

(+)

Situace: ponocování, oslavy, úspěchy v práci, přepracovanost, nadměra slunce v létě, přelet přes časová pásma, zamilování, ztráta zaměstnání

- Vnitřní tělesné: radostná excitace až neklid, příjemné bušení srdce a mravenčení v prstech
- Vnitřní kognitivní: opájení se myšlenkami o vlastní výjimečnosti, nepostradatelnosti, nadměrných schopnostech, úspěšnosti, střídání kritičnosti a blahosklonnosti v pohledu na druhé
- Vnitřní emoční: euforie, radost, ale i zlostnost
- Aktivita: zejména týkající se narušení pravidelného programu (viz situace)
- Chemické látky: vysazení lithia, alkohol, nadměrné množství kávy

(-)

- Situace: opakovaná kritika během konfliktu s nadřízeným, neúspěchy v práci, nemožnost najít nové místo, hádky s rodiči, přepracování, rozchod s přítelkyní, úmrtí tety
- Vnitřní tělesné: po opakovaných virózách, po operaci
- Vnitřní kognitivní: opakované myšlenky o křivdě, nemožnosti věci změnit, vlastní neschopnosti, chybách, srovnávání se s druhými
- Vnitřní emoční: pocity smutku po rozchodu, pocity viny po propuštění z místa nebo po sporech s rodiči
- Aktivita: většinou v době, kdy se nechá pasivně vléci životem, upouští od příjemných aktivit, více se izoluje od ostatních
- Chemické látky: alkohol

## 3. Kognitivní zpracování:

(+)

- Jsem skvělý, vše půjde výborně, oni tomu nerozumí, nikdy mi nebylo lépe, teď všechno zvládnou, konečně jsem šťastný a spokojený, dokážu všechno, co chci, však oni uvidí, jak jsem dobrý

(-)

- Nic se mi nedaří, protože jsem bezcenný, nikdo o mě nestojí, všechno, co jsem dělal jsem zkazil, jsem horší než druzí, znemožním se před ostatními, všichni vidí, jak jsem trapný, k ničemu, odsuzují mě, protože jsem troska, ztrácím paměť, nikdy mi už nebude dobře, je to moje vina, nic nemá cenu, lepší by bylo zemřít

## 4. Behaviorální reakce na změny nálady:

(+)

- Nadměrná aktivita: přebíhání mezi činnostmi, velkolepé plánování, nákupy, cestování, nadměrné kontaktování lidí, telefonování, chození po barech, doma konflikty s rodiči, hádání se, urážení okolí, flirtování, uvolněné sexuální kontakty, aktivity i v noci (při nepotřebě spát)

(-)

- vyhýbání se: unikání ze sociálních kontaktů, vyhýbání se složitějším úkolům, odkládání
- pasivita a zabezpečování před neúspěchem: posedávání v křesle, polehávání, nadměrné unikání do postele a pospávání, naříkavost, hledání pomoci u rodičů, ujišťování se, polykání léků na spaní i přes den k „prospání nepohody“

**5. Důsledky:**

- intrapersonální: stále větší pocit, že se nemůže kontrolovat a sám sebe zvládnout, je vydán nemoci napospas, narůstající hrůza z nových fází (zejména depresivních, ale i strach z problémů, které může způsobit v mánii), zvýšené monitorování svých nálad, sebeznačkování, stud před druhými za svoji nemoc  
nízké sebevědomí  
dichotomní a nadměrně generalizující styl myšlení
- interpersonální:
  - práce: kvůli nemoci opakovaně propuštěn, problémy najít si nové místo, konflikty s ostatními při hypománii a nechození do práce při mánii, problém se na práci soustředit až neschopnost vůbec pracovat při depresivních stavech, problémy s častými pobyty v nemocnici, brán zaměstnavatelem jako nestabilní a nejistý
  - rodina: rodiče nadměrně pozorují každou změnu, stále vyčítají, že si to zavinil nekázní (další fáze nemoci), poukazují na to, jak „dobré děti“ mají jiní rodiče, střídají kritiku a nadměrnou ochranu, často se kvůli jeho nemoci hádají i mezi sebou, hledají viníka, rodinná atmosféra je napjatá a výbušná, v depresi více chrání nebo vyčítají a nutí k činnosti, v mánii probíhají divoké hádky a někdy rvačky s rodinou
  - volný čas: tráví doma, pokud není v mánii, kdy je divoce podnikavý a kontaktní, v depresi úplně uzavřený a izolovaný, koníčky a zájmy, také přátele – vše kvůli opakovaným fázím nemoci ztratil
- nedostatečná sociální síť (chybění přátel)

**7. Modifikující faktory:**

náladu stabilizuje užívání lithia, pravidelná práce a doby pohody v pracovních vztazích, věnování se pravidelnému sportování, menší zájem rodičů, partnerský vztah (aktuálně nemá)

náladu destabilizuje zejména ponocování, stres, nadměrná aktivita, hádky, pití alkoholu, vysazování lithia, depresi jarní období, mánii letní období a cestování přes časová pásma

**8. Kognitivní schémata:**

- Jádrová:
  - jsem lepší – horší než druzí
  - lidé jsou lepší – horší než já
  - svět přijímá jen ty lepší
- Odvozená:
  - abych obstál, musím být úspěšný ve všem, co dělám, lepší než ti druzí
  - lidé milují jen ty, kteří jsou úspěšní
  - cílem v životě je mít úspěch
  - pokud nemám úspěch, nestojím vůbec za nic a pak život nemá cenu

Udává se, že 15–19 % pacientů s bipolární poruchou zemře sebevraždou (Goodwin a Jamison, 1990), zhodnocení tohoto rizika je tedy v klinickém vedení pacienta zásadní. Převážná většina pacientů s bipolární poruchou suiciduje v průběhu depresivní epizody nebo v průběhu smíšené epizody s depresivními rysy (Isometsa et al., 1994). V tabulce jsou zmíněny klinické rysy, které napomáhají zhodnotit riziko suicidia u nemocných s bipolární poruchou.

**Tabulka 8.1.2.10:** Klinické rysy rizikové pro suicidální jednání u pacientů s bipolární poruchou (podle Herman et al., 2004)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Přítomnost suicidálních nebo homicidních představ, úmyslů nebo plánů</li><li>• Přístup k prostředkům umožňujícím suicidium (střelné zbraně, jedy) a jejich nebezpečnost</li><li>• Přítomnost ovládatvých bludů a halucinací a jiných psychotických příznaků</li><li>• Výrazná úzkost</li><li>• Závislost na alkoholu a návykových látkách</li><li>• Závažné suicidální pokusy v anamnéze</li><li>• Suicidální pokusy v příbuzenstvu nebo nedávné suicidium blízké osoby</li></ul> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### 8.1.2.6.2 Hodnocení a měření

Pro hodnocení nálady je možno použít běžnou analogovou stupnici, kde 0 je normální nálada, +3 výrazná mánie a -3 výrazná deprese (používají se i jiná měřítka od -10 do +10, nebo v procentech). Pro hodnocení deprese nám mohou pomoci objektivní stupnice pro posuzování deprese, jako je HAMD (Hamiltonova stupnice pro posuzování deprese) nebo MADRS (Montgomeryho a Asbergové stupnice pro posuzování deprese) nebo sebesposuzovací hodnotící nástroje, jako je Beckův depresivní inventář nebo Zungova škála pro hodnocení deprese. V dlouhodobé a profylaktické léčbě pacientů s bipolární poruchou je významnou pomůckou *deník nálady*, ve kterém pacient každý den zaznamenává užitou medikaci, prodělanou psychoterapii, počet hodin spánku v noci, závažné životní události, podrážděnost, úzkost, nejlepší a nejhorší náladu toho dne (viz níže uvedenou tabulku). Kroužkem se označují dny menstruačního období u žen, na konci každého měsíce se zaznamená hmotnost.

Tabulka 8.1.2.11: Deník nálad

| Medikace       |                |                |                |                |               | Měsíc/rok      | 0 = žádná<br>1 = mírná<br>2 = střední<br>3 = výrazná |        | Nálada<br>Pro každý den zaznamenejte nejlepší<br>a nejhorší náladu<br>0 = žádná; 1 = mírná; 2 = střední;<br>3 = výrazná |    |    |       |            |    |    |    |
|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---------------|----------------|------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-------|------------|----|----|----|
|                |                |                |                |                |               |                |                                                      |        | Deprese                                                                                                                 |    |    | Norma | Hypo/mánie |    |    |    |
| Lék.....mg/den | Lék.....mg/den | Lék.....mg/den | Lék.....mg/den | Lék.....mg/den | Psychoterapie | Denní poznámky | Podířžďěnost                                         | Úžkost | Počť hodin spánku                                                                                                       | -3 | -2 | -1    | 0          | +1 | +2 | +3 |
|                |                |                |                |                |               | 1.             |                                                      |        |                                                                                                                         |    |    |       |            |    |    |    |
|                |                |                |                |                |               | 2.             |                                                      |        |                                                                                                                         |    |    |       |            |    |    |    |
|                |                |                |                |                |               | 3.             |                                                      |        |                                                                                                                         |    |    |       |            |    |    |    |
|                |                |                |                |                |               | 4.             |                                                      |        |                                                                                                                         |    |    |       |            |    |    |    |
|                |                |                |                |                |               | 5.             |                                                      |        |                                                                                                                         |    |    |       |            |    |    |    |
|                |                |                |                |                |               | 6.             |                                                      |        |                                                                                                                         |    |    |       |            |    |    |    |
|                |                |                |                |                |               | 7.             |                                                      |        |                                                                                                                         |    |    |       |            |    |    |    |
|                |                |                |                |                |               | 8.             |                                                      |        |                                                                                                                         |    |    |       |            |    |    |    |
|                |                |                |                |                |               | 9.             |                                                      |        |                                                                                                                         |    |    |       |            |    |    |    |
|                |                |                |                |                |               | 10.            |                                                      |        |                                                                                                                         |    |    |       |            |    |    |    |
|                |                |                |                |                |               | 11.            |                                                      |        |                                                                                                                         |    |    |       |            |    |    |    |
|                |                |                |                |                |               | 12.            |                                                      |        |                                                                                                                         |    |    |       |            |    |    |    |
|                |                |                |                |                |               | 13.            |                                                      |        |                                                                                                                         |    |    |       |            |    |    |    |
|                |                |                |                |                |               | 14.            |                                                      |        |                                                                                                                         |    |    |       |            |    |    |    |
|                |                |                |                |                |               | 15.            |                                                      |        |                                                                                                                         |    |    |       |            |    |    |    |
|                |                |                |                |                |               | 16.            |                                                      |        |                                                                                                                         |    |    |       |            |    |    |    |
|                |                |                |                |                |               | 17.            |                                                      |        |                                                                                                                         |    |    |       |            |    |    |    |
|                |                |                |                |                |               | 18.            |                                                      |        |                                                                                                                         |    |    |       |            |    |    |    |
|                |                |                |                |                |               | 19.            |                                                      |        |                                                                                                                         |    |    |       |            |    |    |    |
|                |                |                |                |                |               | 20.            |                                                      |        |                                                                                                                         |    |    |       |            |    |    |    |
|                |                |                |                |                |               | 21.            |                                                      |        |                                                                                                                         |    |    |       |            |    |    |    |
|                |                |                |                |                |               | 22.            |                                                      |        |                                                                                                                         |    |    |       |            |    |    |    |
|                |                |                |                |                |               | 23.            |                                                      |        |                                                                                                                         |    |    |       |            |    |    |    |
|                |                |                |                |                |               | 24.            |                                                      |        |                                                                                                                         |    |    |       |            |    |    |    |
|                |                |                |                |                |               | 25.            |                                                      |        |                                                                                                                         |    |    |       |            |    |    |    |
|                |                |                |                |                |               | 26.            |                                                      |        |                                                                                                                         |    |    |       |            |    |    |    |
|                |                |                |                |                |               | 27.            |                                                      |        |                                                                                                                         |    |    |       |            |    |    |    |
|                |                |                |                |                |               | 28.            |                                                      |        |                                                                                                                         |    |    |       |            |    |    |    |
|                |                |                |                |                |               | 29.            |                                                      |        |                                                                                                                         |    |    |       |            |    |    |    |
|                |                |                |                |                |               | 30.            |                                                      |        |                                                                                                                         |    |    |       |            |    |    |    |
|                |                |                |                |                |               | 31.            |                                                      |        |                                                                                                                         |    |    |       |            |    |    |    |
|                |                |                |                |                |               | Hmotnost =     |                                                      |        |                                                                                                                         |    |    |       |            |    |    |    |

### 8.1.2.6.3 Problémy a cíle, léčebný plán

KBT u bipolární poruchy je doplňkovou léčbou k farmakoterapii. Je zaměřena především na léčbu depresivních epizod a profylaxi fází, odstranění reziduálních příznaků a může pomoci i při hypománii. Kromě úpravy symptomů se zaměřuje na práci s životními problémy pacienta a jeho rodiny a na práci s kognitivními schématy, která často souvisejí s maladaptivním životním stylem pacienta. Při prvním KBT sezení je pacient povzbuzován, aby vyprávěl svůj příběh a chronologicky popsal problémové oblasti ve svém životě od dětství až do současnosti. Současné problémy jsou klasifikovány do tří širokých oblastí (Scott, 2004):

1. intrapersonální problémy (např. nízké sebevědomí, kognitivní distorze),
2. interpersonální problémy (např. nedostatečná sociální síť),
3. základní problémy (např. závažnost příznaků, problémy soustředit se na práci).

I když u každého pacienta potřebujeme určit jeho konkrétní, a často velmi specifické cíle, které souvisejí s rozvojem bipolární poruchy, můžeme popsat také všeobecná problémová témata, která je potřebné probrat u každého pacienta.

**Tabulka 8.1.2.12:** Společná témata pro KBT u bipolární poruchy (upraveno podle Scott, 2004)

Kognitivně behaviorální terapie může být použita pro:

- Posílení adaptace na nemoc a její léčbu
- Zvýšení spolupráce při užívání medikace
- Zvýšení sebevědomí a sebedůvěry
- Snížení maladaptivního a vysoce rizikového chování
- Identifikaci a modifikaci psycho-bio-sociálních faktorů, které destabilizují individuální každodenní fungování a náladu
- Pomoc pacientovi rozeznat a zvládnout psychosociální stresory a problémy
- Učení dovednostem, jak zvládat příznaky deprese, hypománie a další kognitivní a behaviorální problémy
- Učení se časně rozeznat varovné příznaky počínajícího relapsu a pomoc pacientovi rozvinout efektivní strategie zvládnání
- Identifikaci a modifikaci automatických myšlenek (negativních či pozitivních) a maladaptivních postojů a schémat
- Zvýšení sebe-řízení pomocí domácích úkolů

### 8.1.2.6.4 Léčebné intervence

#### **KBT u manické epizody**

Při léčbě mánie je užitečné navzájem kombinovat farmakologické a psychoterapeutické přístupy. Psychoterapeutické postupy samotné nejsou v léčbě akutní mánie dostatečně účinné, nicméně mohou pomoci zlepšit spolupráci pacienta. Cíle psychoterapie jsou:

### *a) Zvládání a překonání aktuální krize*

Často se s žádostí o pomoc obrací na psychiatra blízcí pacienta, nikoliv on sám. Pokud je problematické chování psychiatrem rozpoznáno jako chorobné, představuje hlavní cíl minimalizaci škod způsobených mánii. Využití technik fokální krizové psychoterapie je na místě u pacientů, kteří odmítají léčbu a nejsou indikováni k nedobrovolné hospitalizaci. Cílem je vyřešení ambivalence k léčbě medikamenty a dosažení spolupráce. Dialog s pacientem směřujeme ke kompromisu mezi postojem „buď – a nebo“ a „jak – tak“. Na jeho pozadí se odehrává vyrovnávání se s pocity strachu, agresivity a radosti. Terapeuti mají u pacientů v mánii často problém vyrovnat se s ponižováním a odmítáním. Nutná detence aktualizuje témata moci a nátlaku. Rychlá a cílená terapeutická intervence s přesvědčováním pacienta, aby začal brát léky a/nebo se nechal přijmout do psychiatrické léčebny, může někdy ztroskotat na nesouhlasu pacienta. Přesto je tento postup účelnější než vyčkávaní. Přesvědčování, aby pacient začal užívat léky (při hypománii) nebo aby se nechal přijmout na psychiatrii (při mánii), je často velmi obtížné a vyžaduje trpělivost, laskavost a vytrvalost. Pokud jsme měli s pacientem dobrý vztah již před manickou fází, většinou se daří pacienta přesvědčit. Pokud tomu tak není nebo měl pacient v minulosti negativní zkušenosti s psychiatrií, dostáváme se do konfliktu. Je však výhodnější tento konflikt s nemocným přestat, než později zpracovávat negativní následky mánie. V rámci akutní epizody musí terapeut poukazovat na to, že řešení potřebuje čas, kdežto v intervalu bez příznaků nebo v depresi musí zdůrazňovat, že není důvod k rezignaci.

V průběhu manické epizody je pro pacienty optimální klidné, vysoce strukturované prostředí. Vnější podněty jako televize, hudba nebo rušná konverzace mohou vést ke zvýraznění manických příznaků. Rodinní příslušníci těchto pacientů mají být poučeni o lehkomyšlném chování nemocného, často je nutné omezit nemocné v přístupu ke kreditním kartám, bankovním účtům a telefonům. Při práci s rodinou je terapeutovi velmi často vnucována role rozhodčího, který má zprostředkovat komunikaci mezi stranami (Simon et al., 1989). Měl by pro to mít pochopení, přitom však relativizovat otázku buď – anebo a rozlišování mezi právem a neprávem.

### *b) Vysvětlení onemocnění a možnosti léčby*

Pro pacienta a jeho okolí je často obtížné rozlišit, co je chorobné, co normální a co je reaktivní v chování druhé strany. Proto je pečlivé vysvětlení, co jsou projevy onemocnění, jeho průběh, proč blízcí mohou z rozpaků reagovat určitým způsobem, i jak se chovat, aby se situace dále nezhoršovala, základem pro minimalizaci škod a další dobrou spolupráci všech stran. To může být obtížné zejména u hypománie, kdy chování nemusí být okolím rozeznáno jako patologické. Informovat je potřebné jak o projevech nemoci, tak o léčbě akutní fáze farmaky, jejich vedlejších účincích, a již od počátku o důležitosti dlouhodobé profylaxe. Biologický rámec chápání poruchy je na místě pro snížení budoucích pocitů viny na straně pacienta, i pro snížení obviňování ze strany rodiny. Čistě biologické pojetí však redukuje možnost pacienta reagovat na onemocnění vlastními změnami chování a postoji, vhodnější je proto vysvětlení v rámci modelu vulnerabilita – stres.

*c) Integrace nemoci do životní situace a vysvětlení nutných vývojových kroků*

Důležitým cílem už při akutní léčbě je získání náhledu na kontext poruchy. Pokud pacient a jeho příbuzní porozumí vývojovým aspektům onemocnění (např. aktivující události je zátěž na vysoké škole, kdy poprvé musí pacient sám zvládat velké nároky, separován od rodiny, při spolužití s vrstevníky na koleji), získá aktuální krize osobní a sociální smysl.

*d) Zajištění sociální sítě, včetně zpracování psychických zranění*

Po zklidnění akutní mánie je potřebné zpracovat emocionální a sociální důsledky epizody. Zaměříme se na řešení vzniklých vztahových konfliktů (nechat jak pacienta, tak příbuzné odventilovat to, co je zranilo a čím jim kdo ublížil). Terapeut může působit jako katalyzátor vyjádření a zklidnění emocí, odventilování pocitů viny a vyjasnění vztahů.

*e) Zajištění ochrany před recidivou*

Jedním z hlavních cílů léčby bipolární poruchy je prevence relapsů a recidiv. Už na počátku terapie a opakovaně v jejím průběhu provádí terapeut pohovor o nutnosti dlouhodobého užívání medikamentů a o krizových intervencích při možných recidivách. Během léčby mánie či deprese, pokud probíhá za hospitalizace, by mělo být jasně naplánováno a připraveno ambulantní doléčování. Výhodná je edukace o vyjadřovaných emocích a nácvik řešení problémů (viz část o profylaxi BP). Opatření, která musí být učiněna při recidivě, by měla být předem s pacientem i rodinou projednána. Všem musí být jasné, že eventuelní nové přijetí k hospitalizaci nemusí být porážkou ani selháním. Cílem dohody o krizové intervenci je předcházení rozvoje stavů bezmoci a zvýšení pocitu jistoty postiženého i jeho příbuzných. Smysl může mít i písemná léčebná smlouva.

### **KBT depresivní epizody**

U pacientů s unipolární depresí byla prokázána účinnost kognitivně behaviorální psychoterapie a interpersonální psychoterapie, ať již samostatně, nebo v kombinaci s farmakoterapií. U depresivní epizody bipolární poruchy je účinnost KBT postupů prakticky stejná jako u unipolární deprese. Stejný je i vlastní léčebný přístup. Nutné je však zdůraznit, že u bipolární poruchy doporučujeme podávat medikaci, zejména tymoprofylaktika, i při fázích mírnější deprese.

### **KBT postupy zaměřené na odstranění reziduální symptomatiky a na prevenci relapsu**

Nejdůležitějším zaměřením KBT u bipolární poruchy je zaměření preventivní. Zranitelnost pacientů k dalším epizodám mánie nebo deprese je z psychologického hlediska reprezentována zejména následujícími specifickými tématy:

- strach z recidivy,
- obavy z možnosti autonomie (autonomní rozhodování a posuzování situací) a rizika selhání na jedné straně a většího bezpečí, ale i závislosti na okolí na straně druhé,



- orientace na výkon a společenské normy (z hlediska psychodynamického přebujelé Superego),
- ohrožení a obrana proti němu (jde o stálý pocit ohrožení vlastní sebeúcty),
- rozhodování a kompromisy (související s dichotomním prožíváním autonomie-závislosti).

Základními postupy v kognitivně behaviorální terapii jsou:

- a) vytvoření a udržení terapeutického spojení,
- b) porozumění bipolární poruše a jejím příznakům,
- c) zlepšení spolupráce v léčbě,
- d) eliminace specifických stresorů,
- e) vytvoření vyrovnanějšího způsobu myšlení,
- f) účelné plánování aktivity s důrazem na rytmicitu,
- g) nácvik komunikace a sociálních dovedností,
- h) nácvik relaxace,
- i) řešení problémů v životě,
- j) restrukturalizace kognitivních schémat,
- k) prevence relapsu a monitorování prodromálních příznaků.

Bipolární porucha je dlouhotrvající onemocnění, které se odlišně projevuje u různých pacientů v různých obdobích jejich nemoci. Ustanovení a udržení terapeutického spojení mezi pacientem a lékařem je zásadní podmínkou k porozumění a léčbě jednotlivého pacienta. Podstatným prvkem tohoto spojení je znalost historie pacientovy nemoci, což umožňuje co nejčasnější diagnostiku prodromů a příznaků nové epizody.

Scott (2004) doporučuje KBT program pro bipolární pacienty v délce trvání kolem 40 týdnů. Základní problémové oblasti (intrapersonální, interpersonální a problémy spojené se symptomatikou) jsou při KBT propracovány během 20–25 sezení, zpočátku ideálně jednou týdně, od 15. týdne pak s postupnou redukcí frekvence sezení. Poslední dvě sezení probíhají s odstupem 8 týdnů. Tato závěrečná sezení jsou zaměřena na zprehlednění dovedností, znalostí a technik, které si pacient v průběhu léčby osvojil. Celý terapeutický program lze rozdělit do čtyř stadií (Scott, 2004):

#### *1. Vysvětlení KBT modelu (psychoedukace, konkretizace a propracování) a vytvoření individuální formulace a léčebných cílů.*

Terapie začíná vyšetřením pacienta, zjišťujeme, jak sám rozumí svým BP epizodám. Soustředíme se na identifikaci prodromálních signálů, událostí či stresorů, které předcházely nebo byly spojeny s předchozími epizodami, snažíme se identifikovat typické kognice v mánii, v depresi i v obdobích remise, behaviorální reakce, důsledky a modifikující faktory v jednotlivých fázích nemoci. Důležité je porozumět také predisponujícím biologickým a psychosociálním faktorům a intrapersonálním a interpersonálním důsledkům fází a problémového chování. Samotné vyšetření obsahuje terapeutické prvky – terapeut se dotazuje na souvislosti a kontext, čímž pacientovi umožňuje podívat se na svoji situaci z nového zorného úhlu.

V průběhu explorační i po ní je vhodné postupně pacienta edukovat přímo na jeho příznacích a problémech, a tím ukázat, jak lze jeho příběh rozumět v KBT pojmech.

**Tabulka 8.1.2.13:** Vysvětlení KBT modelu – důležité faktory k prodiskutování a psychoedukaci

**Predisponující biologické faktory:**

V širším příbuzenstvu 2 osoby trpící také bipolární poruchou (teta a bratranec)

**Predisponující psychosociální faktory:**

Jedináček, rodiče ho vnímali jako vlastní projekt (ten, kdo v rodině konečně něco dokáže), vždy veden k nejlepším známkám, pěstována v něm „výjimečnost“, rodiče mezi sebou velmi soutěživí, oba vždy hyperkritičtí jak k sobě, tak k partnerovi i pacientovi, dávání najevo, že „lásky je za výkon“

**Kontextuální antecedenty, zvyšující citlivost ke stresu:**

Konflikty s rodiči a mezi rodiči, vysoká emoční expresivita v rodině, dlouhodobá neschopnost najít si přítelkyni a vydržet s ní, chybění přátel a sociální sítě

**Precipitující – spouštěcí faktory:**

První epizoda deprese se objevila v pubertě po zhoršení známek při přechodu na střední školu, první epizoda mánie po maturitě, aktuálně jsou spouštěče depresí a mánií podobné – roční období (mánie spíše v létě, deprese na jaře a na podzim), nahromaděný stres, vyšší frekvence hádek v rodině (není jasné, zda to je precipitující faktor nebo důsledek rozvíjející se psychopatologie), narušení pravidelného rytmu (ponocování při plnění úkolů nebo naopak při flámování), cestování přes časová pásma. V poslední době jsou spouštěcí faktory čím dál méně nápadné, je obtížné určit, zda jde o spouštěcí faktory nebo o důsledek počínající fáze.

**Bludný kruh afektivních epizod:**

**(+) Elace nálady**

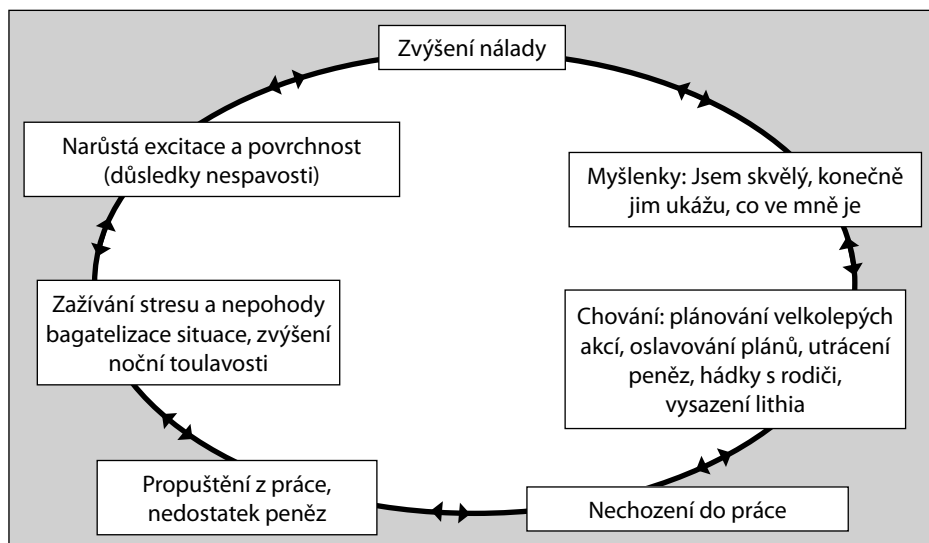
|                    |                                                                                                                                                                                           |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Spouštěče:         | dokončení úkolu s oceněním, hraní na automatech, ponocování, popíjení alkoholu, rozrušení při přepracování, chaos v životě, samota doma, hádky s rodiči                                   |
| Kognice:           | Jsem dokonalý. Vydržím všechno. Konečně budu šťastný. Jsem nejlepší ze všech.<br>Všichni mi křivdí a nedokáží mě docenit – já jim ale ukážu, jak jsem dobrý.                              |
| Emoce:             | euforie, zlost na druhé, pocity nadřazenosti                                                                                                                                              |
| Tělesné reakce:    | excitace, nespavost, průjem, zvýšené tělesné tempo                                                                                                                                        |
| Chování:           | odvážné plánování, povrchní nadměrné aktivity, vyhledávání dalších vzrušujících podnětů, nadměrné kontaktování se s neznámými lidmi, vyhledávání hospod, alkoholu, tance, žen             |
| Důsledky:          | konflikty s okolím, ztráta zaměstnání, lidé se vyhýbají, nadměrné utrácení<br>peněz za zbytečnosti, vztahy s „pochybnými existencemi“ (prostitutky, bezdomovci ap.), nucená hospitalizace |
| Udržovací faktory: | nespavost a další zvyšování excitace, konflikty s okolím, nadměrné pití alkoholu, snění o vlastní velkoleposti                                                                            |

**(-) Pokles nálady**

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Spouštěče:</b>         | kritika v práci, ztráta zaměstnání, samota doma, hádka s rodiči, odmítnutí dívkou                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Kognice:</b>           | Selhávám. Nikdy to nebude lepší. Nikdo o mě nestojí. Takový život nemá smysl.                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Emoce:</b>             | smutek, bezmoc, vztek na sebe                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Tělesné reakce:</b>    | únava, nespavost (předčasné probouzení), ochablost těla, bolesti hlavy, zácpa                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Chování:</b>           | vyhýbání se aktivitě, lidem, odkládání úkolů, posedávání a kouření, polehávání, naříkání si, ubezpečování se u rodičů, váhání                                                                                                                                                           |
| <b>Důsledky:</b>          | vyhnutí se obtížnějším úkolům, pomoc rodičů, pracovní neschopnost nebo ztráta místa, zvýšení dávek medikace, hospitalizace, snížení sebevědomí, pocity demoralizace, omezení fungování, rezignace na osamostatnění se od rodičů, další omezování příjemných aktivit a narůstání izolace |
| <b>Udržovací faktory:</b> | odkládání činností, rozpad denního plánu, katastrofické kognice, zabezpečovací chování, izolace a demoralizace                                                                                                                                                                          |

Diagram ilustrující cyklus změn u bipolární poruchy pomáhá pacientovi lépe pochopit, jak jednotlivé změny souvisejí. Pro časně fáze terapie je důležité, aby pacient dobře rozuměl tomu, co se s ním děje. Postupně odhaluje vztah mezi svými myšlenkami, chováním a emočními a tělesnými reakcemi, začíná si uvědomovat aktivující události a kontext rozvoje poruchy. Vzhledem k tomu, že pacient se zpravidla nedokáže na delší dobu soustředit, je doporučeno ilustrovat mu souvislosti postupně, po menších celcích. Diagram, který zachycuje aktuální dění a vzájemné souvislosti jednotlivých změn, může vypadat např. následujícím způsobem:

**Obrázek 8.1.2.6:** Příklad KB cyklu změn jako ilustrace pro pacienta



Pacienti trpící bipolární poruchou mají z edukace zásadní prospěch. Důležité jsou i důkladné informace o léčbě bipolární poruchy. Pacient by měl být rovněž informován o epidemiologii poruchy, prognóze, souvislostech BP s denními rytmy, řádem a návykovými látkami. Je nezbytné promluvit o potřebě dlouhodobého užívání tymostabilizátorů a posoudit postoje pacienta k této léčebné strategii a případné maladaptivní postoje k medikaci korigovat. Schopnost porozumět problému a léčebným možnostem je však v průběhu jejich nemoci rozdílná. Pacienti se rovněž liší v míře, do které jsou schopni přijmout fakt, že trpí nemocí, která vyžaduje dlouhodobou léčbu. V průběhu léčby má edukace pacienta a jeho rodinných příslušníků vést ke zvýšení jeho aktivní spolupráce při léčbě, včetně schopnosti rozpoznat subsyndromální a prodromální příznaky nemoci a referovat o nich ošetřujícímu psychiatrovi. Užitečné jsou edukační brožury o nemoci (Praško et al., 2003), informace a diskusní fóra na internetu, případně účast na podpůrných skupinách pacientů s bipolární poruchou, pokud jsou tyto dostupné. Optimální je skupinová psychoedukace odděleně pro pacienty a jejich příbuzné. Příbuzné se snažíme naučit rozlišovat, co je projev nemoci a co je osobnostní rys pacienta.

Řada pacientů zaujímá přinejmenším ambivalentní postoje vůči faktu nemoci a nezbytnosti její léčby. Tento postoj může vést ke zhoršené spolupráci v léčbě, což může vyústit v relaps nemoci. Jedním z důvodů nedobré spolupráce je nedostatek náhledu pacienta na nemoc, jiným důvodem je neochota vzdát se příjemných prožitků v průběhu hypománie a mánie. Pocit zvýšené energie, euforie a zvýšeného sebevědomí mohou pacienti prožívat pozitivně, aniž by brali v úvahu devastující následky plně rozvinuté manické nebo následné depresivní epizody. Spolupráci dále snižuje přítomnost vedlejších účinků léčby, část z nich je možno snížit změnou dávkování léků, případně změnou preparátů, např. na postupně se uvolňující. Přítomnost a tíži vedlejších účinků léčby je nutno porovnat s dopady nemoci samotné.

#### *1. Kontrola příznaků pomocí KBT přístupu, práce s automatickými dysfunkčními myšlenkami*

Terapeut pacienta učí sebe-monitorující a sebe-regulující přístupy, s jejichž pomocí může včas identifikovat počínající fázi nemoci a regulovat její rozvoj. Pacient se učí monitorovat časné příznaky mánie a deprese, plánovat čas tak, aby neprobíhal chaoticky, ale pravidelně a rytmicky, diskutovat se svými automatickými myšlenkami, zvládat asertivně sociální situace, ve kterých má problémy, a nakonec modifikovat svoje dysfunkční schémata. Léčebné strategie jsou podobné jako u jiných poruch.

U jednotlivých pacientů se pokoušíme o *identifikaci specifických stresorů*, které předcházejí relapsu poruchy nálady, a pokud je to možné, mají být tyto stresory minimalizovány. Často je v pozadí nadměrné přetěžování v práci s ponocováním v touze po ocenění nebo naopak chaotické, nedostatečně plánované vedení života. Rovněž je důležité analyzovat a mírnit případné konflikty a vztahové nesrovnalosti v rodině, které mohou na pacienta nepříznivě působit. Na druhou stranu propuká řada epizod bez zřetelné psychosociální provokace.

*Kognitivní restrukturalizace* probíhá podobně jako u depresivní poruchy či úzkostných poruch. Důležité je identifikovat dysfunkční automatické myšlenky a pak kriticky hodnotit jejich účelnost a pravdivost. Kromě depresivních automatických myšlenek, které se objevují u bipolárních pacientů v depresivní fázi, ale také v remisi poruchy, je potřebné zabývat se i „manickými automatickými myšlenkami“, a to zejména při hypománii a v remisi poruchy. V mánii nám kognitivní restrukturalizace neposlouží – pacient je natolik roztěkaný a nekritický, že s ním nelze vést sokratovský dialog. Typické automatické myšlenky v hypománii přeceňují vlastní schopnosti i možnosti a podceňují rizika, neustále přinášejí nápady a plány, jsou plně zaměřeny na vlastní chtění a potřeby, nevidí negativní důsledky vlastních akcí a bývají kromě sebepřeceňujících myšlenek také kontaminovány zlostnými myšlenkami a podceňováním okolí.

**Tabulka 8.1.2.14:** Příklad metody dvou sloupců při kognitivní restrukturalizaci dysfunkčního „nápadu“ v hypománii (volně podle Scott, 2001)

| <b>Můj nápad:</b> Odejdu z práce, za ušetřené peníze si koupím statek, budu dále žít svobodně na čerstvém vzduchu, bohatě si vydělám na chovu zvířat                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Důvody k realizaci tohoto nápadu (pozitiva pro mě a pro druhé, konstruktivní aspekty, zisky)                                                                              | Důvody proti realizaci tohoto nápadu (rizika pro mě i pro druhé, destruktivní aspekty, ztráty)                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Vždy jsem snil o životě na venkově, teď to mohu konečně realizovat.                                                                                                       | Moje žena preferuje život ve městě. Děti by musely odejít ze školy uprostřed studia, musely by změnit kolektiv a dojíždět. Žena i děti by přerušili kontakt se svými přáteli.                                                                                                                                                                  |
| Když budu dělat zemědělce, naučím se spoustu nových dovedností a budu mít úplně nové zážitky.                                                                             | Nemám nejmenší představu, jak se vede takový statek, ani jak se chovají zvířata. Doma by vzniklo napětí, protože moje žena by se také musela učit spoustu nových dovedností. Pokud by to nechtěla, pravděpodobně bychom se hádali a náš vztah by to mohlo ohrozit. Žena ani děti se nechtějí stěhovat na venkov ani se učit žít v zemědělství. |
| Budu si moci dělat, co se mi zachce, nikdo mi nebude poroučet ani mě ponižovat, budu si vstávat jak budu chtít. Beztak brzy ráno vstávám celý život a vůbec mi to nevádí. | Farmaření je velká dřina a neskýtá mnoho svobody, spíše mnoho úkolů, které nejde odložit, je možné, že bych měl méně volného času, než mám teď. Budu muset vstávat podle toho, jak budou potřebovat zvířata, ne podle toho, jak budu chtít já.                                                                                                 |
| Vydělám na chovu zvířat spoustu peněz pro sebe, rodinu, a budu mít dost i na charitu.                                                                                     | Většina lidí říká, že chov zvířat je dnes spíše prodělečný.                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Miluji čerstvý vzduch a přírodu.                                                                                                                                          | Na čerstvý vzduch a do přírody mohu chodit na výlety, nemusím se rovnou na venkov stěhovat.                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Závěr:</b> Přemýšlel jsem o tom, že by bylo hezké se přestěhovat na venkov, ale nemusí to zrovna znamenat koupit si farmu a dít na ní. Ještě si to rozmyslím.          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

*Plánování aktivity s důrazem na rytmicitu:* Pacienti s bipolární poruchou mají prospěch z pravidelného režimu denních aktivit, včetně práce, odpočinku, spánku, příjmu potravy, tělesné aktivity a sociální a emoční stimulace. Pacient by se měl s ošetřujícím psychiatrem a rodinou snažit nastolit pravidelnost v těchto aktivitách a snažit se eliminovat jakékoli excesy. Z výše uvedených faktorů se pokládá za nejdůležitější dodržování pravidelného spánkového režimu. Narušení sociálních rytmtů a narušení běžného cyklu spánku a bdění mohou specificky vést k provokaci především manické epizody (Malkoff-Schwartz a Frank, 1998). Pacienti a jejich rodinní příslušníci mají být informováni o potenciálních dopadech narušení spánkového režimu na stabilitu bipolární poruchy.

*Nácvik komunikace a sociálních dovedností:* Protože jedním z nejčastějších psychosociálních stresorů, které předcházejí fázím nemoci, jsou interpersonální konflikty, nedocenění, kritika a neuspokojená nadměrná snaha po přijetí, je nácvik komunikace a zvládání kritických interpersonálních situací důležitý pro zvýšení tolerance a zvládání spouštěčů fází. S pacientem je potřebné podrobně popsat důležité komunikační problémy, pokud možno komunikační sekvence zapsat, a pak postupně nacvičovat alternativní způsoby interakce. Za domácí úkol pak pacient dostává zkoušet nacvičený postup a přinést na další sezení výsledek interakce. Nejdůležitějšími dovednostmi jsou vyžádání si ocenění a pochvaly, dávání komplimentů, konstruktivní přijímání kritiky a konstruktivní kritizování druhých, trvání na svém.

*Nácvik relaxace:* Relaxace je důležitá strategie zejména pro lehčí narušení afektivity, kdy samotné zklidnění může zastavit roztáčející se spirálu depresivního nebo hypomanického prožívání. Zklidnění excitace (při hypománii) či úzkosti (na počátku deprese) je potřebné postupně pravidelně nacvičovat.

*Řešení problémů v životě:* Bipolární porucha přináší řadu vztahových i pracovních problémů, které je potřebné postupně řešit, jinak se mohou podílet na přetrvávání stresu. Strategie řešení problémů je podrobně popsána v obecné části publikace.

## *2. Určení kognitivních a behaviorálních bariér k dlouhodobé léčbě a identifikace a kognitivní restrukturalizace maladaptivních postojů*

Váženým problémem u bipolárních pacientů bývá nedostatečná spolupráce při užívání medikace. Proto se často pracuje s touto oblastí jako se samostatným problémem. Terapeut zjišťuje pacientovy kognice, týkající se užívání medikace, vztahu k autoritám (možný vzdor vůči ordinujícímu lékaři) a kontrole zvenčí (to rodiče chtějí, abych užíval léky) a tyto kognice následně pomáhá pacientovi testovat pomocí sokratovského dialogu nebo v záznamech dysfunkčních myšlenek formou domácích úkolů. Tyto myšlenky mívají vztah k maladaptivním kognitivním schémům.

**Tabulka 8.1.2.15:** Jiřího analýza ztrát a zisků při užívání lithia (adaptováno podle Scott, 2001)

| VÝHODY UŽÍVÁNÍ LITHIA                                                                                                                                                                                                                                                                       | NEVÝHODY UŽÍVÁNÍ LITHIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Léčba mě udržuje mimo nemocnici</li> <li>• Rodina má menší obavy, když беру lithium</li> <li>• Víím, že dělám vše proto, abych měl svoji nemoc pod kontrolou</li> <li>• Zdá se, že mi to dělá dobře, už dva roky jsem neměl fázi nemoci</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nesnáším odběry krve</li> <li>• Jako vedlejší účinek jsem přibral dost na váze</li> <li>• Lithium může mít toxické účinky – např. poškodit ledviny, pokud je jeho hladina v krvi nadměrná</li> </ul>                                                                                                                                                                     |
| VÝHODY NEUŽÍVÁNÍ LITHIA                                                                                                                                                                                                                                                                     | NEVÝHODY NEUŽÍVÁNÍ LITHIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nemusel bych stále myslet na to, zda jsem si vzal léky</li> <li>• Nekontrolovaly by mě dále tablety, ale mohl bych se kontrolovat sám</li> </ul>                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Velké riziko relapsu nemoci</li> <li>• Hrozila by hospitalizace, což by ohrozilo moje zaměstnání</li> <li>• Pokud by to zjistila moje žena, cítila by se ohrožená</li> <li>• Psychiatr mi bez lithia nezaručuje, že se nadále budu cítit dobře</li> <li>• Když jsem byl v depresi, bylo mi tak hrozně, že jsem se chtěl zabít – nechtěl bych to zažívat znovu</li> </ul> |

### 3. Zábřana relapsů a modifikace jádrových kognitivních schémat

Účinná opatření proti rozvoji mánie či deprese je zpravidla možné provádět nejlépe na počátku, ve fázi varovných příznaků. Psychiatr s pacientem a jeho rodinnými příslušníky by měli spolupracovat při rozpoznávání časných známek a počínajících příznaků nové manické či depresivní epizody. Tyto známky se u jednotlivých pacientů liší a často mají velkou individuální prediktivní hodnotu vzhledem k novým epizodám. U řady pacientů je první známkou blížící se nové epizody narušení spánkového režimu. Jiné příznaky mohou být diskrétní, ale pro daného pacienta specifické (např. častější návštěva restauračních zařízení, nakupování ap.). Grafické znázornění životních událostí a jednotlivých epizod v minulosti může být užitečné při identifikaci známek blížícího se relapsu. Pacienti si mohou vytvořit kartičky s popisem signálů počínající fáze nemoci.

**Tabulka 8.1.2.16:** Signály počínající mánie

nadměrná upovídanost, zrychlená řeč, hyperaktivita, hodně plánů, zvýšené sebehodnocení, provokativní poznámky, slovní potyčky, podrážděnost, zhoršená soudnost, porucha soustředění, roztěkanost, společensky neadekvátní chování, křiklavé barvy oblečení, nápadné líčení a eroticky vyzývavý vzhled, nespavost, „kutění“ a neúčelné „kramaření“, zvláště v noci, nadměrný zájem o činnosti přinášející potěšení (jídlo, pití, hudba, sex), utrácení, zvýšená družnost a spontánnost, nadměrné telefonování, psaní dopisů, koupání se, hyperkritičnost, sklon ke vztahovačnosti

Pacienti trpící bipolární poruchou jsou schopni relativně dobře monitorovat svoje prodromální příznaky (Molnar et al., 1988, Smith a Tarrier, 1992, Altman et al., 1992, Lam a Wong, 1997). Protože prodromy mohou předcházet rozvoji mánie až o týdny, je jejich včasné zjištění obzvláště důležité, protože časný zásah je schopen zabránit plnému rozvoji mánie (Lam et al., 2001).

**Tabulka 8.1.2.17:** Signály počínající deprese

Porucha spánku (nadměrná spavost nebo naopak přerušovaný spánek a nespavost), neschopnost po ránu vstát a pustit se do práce, úpadek péče o sebe, změna stravování, ztráta chuti k jídlu, zácpa, neschopnost se rozhodnout i o maličkostech (co si obléci ap.), porucha soustředění a paměti, zpomalenost (i jednoduché rutinní věci dělá dlouho), vyhýbání se společnosti, ztráta zájmu o rodinu a práci, odmítání konverzace, neotevírání dopisů, neplacení účtů, nezvedání telefonu, nicnedělání, poznámky o beznaději, vlastní bezcennosti nebo vině, podrážděnost, mrzutost, plačtivost.

Techniky zaměřené na zábranu relapsů souvisejí s monitorováním časných příznaků, potvrzováním nutnosti dále užívat medikaci, úpravou životního stylu a modifikací jádrových kognitivních schémat. Pacient se z minulosti učí ujasnit si, co byly prodromální příznaky mánie a deprese, doptává se na ně svého okolí i profesionálů, kteří ho v té době léčili, a vytváří si seznam prodromálních příznaků.

**Tabulka 8.1.2.18:** Varovné příznaky relapsu – příklad (podle Scott, 2001)

| ZVÝŠENÁ NÁLADA<br>(radostná nebo podrážděná)                                                                                                                                                                                                                                                                                           | DEPRESIVNÍ NÁLADA<br>(smutná nebo úzkostná)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Moje běžné varovné příznaky pro mánii jsou:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Zvýšený pocit energie a aktivity</li> <li>2) Nehlídám se</li> <li>3) Zvýšeně utrácím</li> <li>4) Nepotřebuji tolik spát</li> <li>5) Moje pozornost snadno přechází z jedné věci na druhou</li> <li>6) Jsem nadměrně kamarádský</li> </ol> | <p>Běžné varovné příznaky před depresí jsou:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Nerozhodnost a odkládání úkolů</li> <li>2) Pocity zpomalenosti</li> <li>3) Ztráta chuti k jídlu a váhy</li> <li>4) Vyhýbání se společenským kontaktům</li> <li>5) Zhoršení spánku s předčasným probouzením</li> <li>6) Nedostatek energie, pocity letargie</li> </ol> |
| <p>Méně časté varovné příznaky pro mánii jsou:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Nadměrný optimismus</li> <li>2) Nadměrné rymování a prozpěvování při řeči</li> <li>3) Zvýšená hádavost a výbušnost</li> <li>4) Nadměrné riskování</li> </ol>                                                                              | <p>Méně časté varovné příznaky před depresí jsou:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pesimistický pohled na budoucnost</li> <li>2) Nadměrné obavy o maličkosti</li> <li>3) Pocity viny a neschopnosti</li> <li>4) Myšlenky na to, že by bylo lepší nežít</li> </ol>                                                                                   |



Dalším krokem je identifikace situací, které rozvoji těchto příznaků předcházejí. Jde o situace, které vesměs aktivují specifická kognitivní schémata (např. úspěch či neúspěch u člověka, který je zatížený na výkon), které vedou k narušení pravidelného rytmického způsobu života a jsou spojeny s rizikovým způsobem života (ponocování před uzávěrkami, pití alkoholu, užívání drog).

**Tabulka 8.1.2.19:** Michalův seznam rizikových situací (upraveno podle Scott, 2001)

| RIZIKOVÉ FAKTORY                                                                                                                                                |                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 1) vysoce rizikové aktivity                                                                                                                                     | Přerušování užívání lithia                                                     |
| 2) vysoce rizikové situace                                                                                                                                      | Déletrvající stres v práci<br>Povýšení (nadměrná radost)                       |
| 3) vysoce rizikové události                                                                                                                                     | Stěhování se<br>Ukončení vztahu<br>Povýšení (obavy, co ode mě druzí očekávají) |
| DALŠÍ DŮLEŽITÉ INFORMACE                                                                                                                                        |                                                                                |
| Např. kombinace vysoce rizikových faktorů<br>Mnohočetné životní události (stěhování a povýšení)<br>Např. protektivní faktory<br>Momentálně si žádné neuvědomuji |                                                                                |

Pak se pacient učí naplánovat si strategie, které by mohl použít v rizikové situaci, kdy se začínají objevovat prodromální příznaky (např. jít za lékařem, nastolit pravidelný režim, vyhnout se přetěžování, alkoholu a nadměrné excitaci, relaxování, tělesný pohyb ap.). Patří sem zejména úprava medikace.

Mezi další úkoly udržovací léčby patří *modifikace dysfunkčních kognitivních schémat*. Souvislost mezi hlubšími osobními postoji (kognitivní schémata) a četností recidiv je pravděpodobně velmi významná. Postoje typu „Měl bych být stále úspěšný ve všem co dělám“, „Měl bych být stále šťastný“ ap. vedou k tomu, že se pacienti snaží být nadměrně úspěšní na úkor pravidelné stravy, dostatečného spánku či tělesné aktivity. Korekce těchto dysfunkčních postojů (kognitivní restrukturalizace) vede k úpravě každodenních návyků, které pak umožňují redukovat stresující události. Podrobný popis práce s kognitivními schématy viz obecnou část knihy.

Terapie bipolární poruchy však musí být komplexní a dlouhodobá. Nestačí jen zaměřit se na předcházení dalším fázím, protože to vede k jednostranné fixaci na symptomy. Při dlouhodobých terapeutických cílech by se proto měla očekávat pacienta cílit na jeho individuální vývoj, řešení osobních problémů a nalézání životního smyslu.

#### 8.1.2.6.5 Problémy v léčbě

Klíčovou otázkou v psychoterapii bipolárních pacientů je jejich schopnost či ochota spolupracovat při závažnější symptomatice. Ani v mánii, ani v hluboké depresi nejsme schopni specifickou psychoterapii s pacientem provádět, naše pomoc se

omezuje na podávání léků a psychoterapii podpůrnou. Ovšem po odeznění nejtěžší symptomatiky je obvykle KBT přístup možný, a to i v době, kdy je pacient ještě hospitalizovaný.

U některých pacientů narazíme na odpor k užívání léků, u jiných na odpor k psychoterapii nebo na odpor k jakékoliv léčbě. Za tímto odporem lze často nalézt mýty, které pacient o určitém druhu léčby nebo psychiatrické léčbě jako takové má. U farmak se může domnívat, že vedou k otupění, poškozují tělo nebo některé orgány, mění člověka natolik, že to není on, vedou k závislosti, zbláznění se, dávají nad člověkem moc druhým, znamenají, že je blázen ap. U psychoterapie to bývá obava z „vymývání mozku“, kontroly či indoktrinace druhými, nemocní mohou mít představu, že jde o čistě biologickou nemoc, mají obavy ze sebeodhalení, stud, může jít i o předávané negativní zkušenosti druhých. Odpor k jakékoliv léčbě je typický pro mánií, postižený má pocit, že je zdrav a léčbu nepotřebuje (někdy naopak že by měl léčit ostatní) a jakoukoliv léčbu vnímá jako omezování svobody, kterou si nyní plnými doušky užívá. Důležité jsou také postoje rodiny – psychiatrická léčba může být vnímána jako bolestný handicap nebo jako vítězství jiných příslušníků rodiny nad pacientem. Pro dobrou spolupráci s pacientem je nutno tyto mýty jak odhalit, tak zevrubně diskutovat a korigovat. Můžeme zde použít klasického sokratovského dialogu, kdy mýty pomáháme pacientovi zpochybnit podobným způsobem, jakým se zpochybňují schémata.

### 8.1.2.7 KBT a psychofarmakoterapie

Základní léčbou bipolární poruchy je farmakoterapie. Kombinace KBT s farmakoterapií je vřele doporučována, protože je pokládána ze účinnější než farmakoterapie samotná. Efekt KBT se uplatňuje především ve zmírnění depresivních epizod, v odstranění reziduálních příznaků v odeznívající fázi nemoci a v prevenci recidiv. Ovšem účinnost samotné KBT bez souběžného podávání léků není prokázána a je pokládána za léčbu non lege artis.

### 8.1.2.8 Závěr

V posledních 10 letech se ukázalo smysluplným doplňovat medikamentózní léčbu bipolární poruchy kognitivně behaviorálními postupy. Ty jsou zaměřeny na snížení depresivní symptomatiky, kontrolu hypomanické symptomatiky, na řešení problémů v životě pacienta a na prevenci recidiv poruchy, kde nejdůležitější je monitorování a zvládání časných příznaků fáze nemoci. Důležitá je také změna kognitivních schémat k zabránění stresujícího způsobu života a plánování času tak, aby pacient mohl fungovat v pravidelném rytmu.

### 8.1.2.9 Literatura

1. ALLOY, L., REILLY-HARRINGTON, N., FRESCO, D. et al.: *Cognitive styles and life events in subsyndromal unipolar and bipolar mood disorders: Stability and prospective prediction of depressive and hypomanic mood swings*. J. Cognitive Psychotherapy, 1999, č. 13, s. 21–40.

2. ALTMAN, E. S., REA, M. M., MINTZ, J. et al.: *Prodromal symptoms and signs of bipolar relapse: a report based on prospectively collected data*. Psychiatry Res., 1992, č. 41, s. 1–8.
3. BAUER, M. S., McBRIDE, L., CHASE, C. et al.: *Manual-based group psychotherapy for bipolar disorder: A feasibility study*. J. Clin. Psychiatry, 1998, č. 59, s. 449–455.
4. BECK, A. T.: *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row, 1967.
5. BOWDEN, C. L., CALABRESE, J. R., McELOROY, S. L.: *A randomized placebo-controlled 12-month trial of divalproex and lithium in treatment of outpatients with bipolar I disorder*. Arch. Gen. Psychiatry, 2000, č. 57, s. 481–489.
6. CASSIDY, F., FOREST, K., MURRY, E. et al.: *A factor analysis of the signs and symptoms of mania*. Arch. Gen. Psychiatry, 1998, č. 55, s. 27–32.
7. COCHRAN, S.: *Preventing medical non-adherence in the outpatient treatment of bipolar affective disorder*. J. Consult. Clin. Psychiatry, 1984, č. 52, s. 873–878.
8. DEPUE, R., ZELD, D.: *Biological and environmental processes in non-psychotic psychopathology: A neurobehavioral perspective*. In: Costello, C. G. (ed.): *Basic issues in psychopathology*. New York: Guilford Press, 1993, s. 127–237.
9. FRANK, E.: *Interpersonal and social rhythm therapy prevents depressive symptomatology in bipolar I patients*. <http://www.wpic.pitt.edu/STANLEY/3rdbipcont/Sessions/session1main.htm>
10. GOODWIN, F. K., JAMISON, K. R.: *Manic-Depressive Illness*. New York: Oxford University Press, 1990.
11. HAMMEN, C., ELLICOTT, A., GITLIN, M. et al.: *Sociotropy/autonomy and vulnerability to specific life events in patients with unipolar depression and bipolar disorders*. J. Abnormal Psychol., 1989, č. 98, s. 154–160.
12. HAMMEN, C., ELLICOTT, A., GITLIN, M.: *Stressors and Sociotropy/autonomy: A longitudinal study of their relationship to the course of bipolar disorder*. Cognitive Ther. Res., 1992, č. 16, s. 409–418.
13. HEALY, D., WILLIAMS, J.: *Moods misattributions and mania*. Psychiatric Developments, 1988, č. 1, s. 49–70.
14. HERMAN, E., GROF, P., HOVORKA, J. et al.: *Bipolární porucha*. In: Seifertová, D., Praško, J., Höschl, C. (eds.): *Postupy v léčbě psychických poruch*. Praha: Amepra, 2004.
15. HOLLON, S., KENDALL, P., LUMRY, A.: *Specificity of depressive cognitions in clinical depression*. J. Abnormal Psychol., 1986, č. 95, s. 52–59.
16. HONIG, A., HOFFMAN, A., ROZENDAAL, N. et al.: *Psycho-education in bipolar disorder: effect on expressed emotion*. Psychiatry Res., 1997, č. 72, s. 17–22.
17. JOHNSON, S., MILLER, I.: *Negative life events and time to recovery from episodes of bipolar disorder*. J. Abnormal Psychol., 1995, č. 106, s. 449–457.
18. JOHNSON, S., SANDROW, D., MEYER, B. et al.: *Increases in manic symptoms after life events involving goal attainment*. J. Abnormal Psychol., 2000, č. 109, s. 721–727.
19. KELLER, M. B., LAVORI, P. W., CORYEL, W. et al.: *Bipolar I: a five-year prospective follow up*. J. Nerv. Ment. Dis., 1993, č. 181, s. 238–245.

20. KRÖBER, H. L.: *Bipolare Persönlichkeit und manische Aussage*. In: Janzarik, W. (ed.): *Persönlichkeit und Psychose*. Stuttgart, 1988.
21. KRÖBER, H. L.: *Akute Krisen bei Manien*. *Nervenheilkunde*, 1992, č. 11, s. 1–3.
22. LAM, D.: *Psychotherapy for bipolar affective disorder*. *Current Medical Literature*, 2002, č. 2, s. 1–4.
23. LAM, D., BRIGHT, J., JONES, S.: *Cognitive therapy for bipolar illness – a pilot study of relapse prevention*. *Cognitive Therapy and Research*, 2000, č. 24, s. 503–520.
24. LAM, D., WONG, G., SHAM, P.: *Prodromes, coping strategies and course of illness in bipolar affective disorders – a naturalistic study*. *Psychol. Med.*, 2001, č. 31, s. 1397–1402.
25. LAM, D., WONG, G.: *Prodromes, coping strategies, insight and social functioning in bipolar affective disorders*. *Psychol. Med.*, 1997, č. 27, s. 1091–1100.
26. LAM, D., WATKINS, E., HAYWARD, P.: *A randomized controlled study of cognitive therapy of relapse prevention for bipolar affective disorder – outcome of the first year*. Paper submitted 2002.
27. LECRUBIER, Y., SHEEHAN, D. V., WEILLER, E. et al.: *The MINI-international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.): a short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI*. *Eur. Psychiatry*, 1997, č. 12, s. 224–231.
28. LYON, H. M., STARTUP, M., BENTALL, R. P.: *Social cognition and the manic defence: Attributions, selective attention, and self-schema in bipolar affective disorder*. *J. Abnormal Psychol.*, 1999, č. 108, s. 273–282.
29. MAKOFF-SCHWARTZ, S., FRANK, E., ANDERSON, B.: *Stressful life events and social rhythm disruption in the onset of manic and depressive bipolar episodes*. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1998, č. 55, s. 702–707.
30. MENTZOS, S.: *Depression un Manie*. Göttingen, 1995.
31. MIKLOWITZ, D. J., GOLDSTEIN, M. J., NUECHTERLEIN, K. H. et al.: *Psycho-education in bipolar disorder*. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1998, č. 45, s. 225–231.
32. MIKLOWITZ, D. J., SIMONEAU, T. L., GEORGE, E. L. et al.: *Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy*. *Biol. Psychiatry*, 2000, č. 48, s. 582–592.
33. MOLNAR, G., FEENEY, M. G., FAVA, G. A.: *Duration and symptoms of bipolar prodromes*. *Am. J. Psychiatry*, 1998, č. 145, s. 1576–1578.
34. MONCRIEFF, J.: *Lithium revisited: a re-examination of the placebo-controlled trials of lithium prophylaxis in manic-depressive disorder*. *Br. J. Psychiatry*, 1995, č. 167, s. 569–573.
35. O'CONNELL, R. A., MAYO, J. A., FLATOW, L. et al.: *Outcome of bipolar disorder on long-term treatment with lithium*. *Br. J. Psychiatry*, 1991, č. 159, s. 123–129.
36. PARIKH, S. V., KUSUMAKAR, V. et al.: *Psychosocial interventions as an adjunct to pharmacotherapy in bipolar patients*. *Can. J. Psychiatry*, 1997, č. 42, s. 74–78.
37. PERRY, A., TARRIER, N., MORRIS, R. et al.: *Randomized controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment*. *BMJ*, 1999, č. 318, s. 149–153.

38. PRAŠKO, J., BAREŠ, M., HORÁČEK, J. et al.: *Bipolární afektivní porucha – příručka pro nemocné a jejich rodiny*. Praha: Maxdorf 2003.
39. SCOTT, J.: *Cognitive therapy of bipolar disorder*. In: Leahy, R. L. (ed.): *Contemporary Cognitive Therapy*, Guilford Press, 2004, s. 228–243.
40. SCOTT, J., STANTON, B., GARLAND, A. et al.: *Cognitive vulnerability in bipolar disorders*. *Psychological Medicine*, 2000, č. 30, s. 467–472.
41. SCOTT, J., GARLAND, A., MOORHEAD, S.: *A pilot study of cognitive therapy in bipolar disorders*. *Psychol. Med.*, 2001, č. 31, s. 459–467.
42. SCOTT, J.: *Overcoming mood swings*. A self-help guide using cognitive behavioural techniques. London: Robinson, 2001.
43. SCOTT, J., POPE, M.: *Cognitive style in bipolar disorders*. *Psychological Medicine*, 2003, č. 33, s. 1081–1088.
44. SIMON, F., WEBER, H. et al.: *Schizoaffective Muster: Eine systemische Beschreibung*. *Familiendynamik*, 1989, s. 190–230.
45. SMITH, J. A., TARRIER, N.: *Prodromal symptoms in manic depressive psychosis*. *Soc. Psychiatry and Psychiatr. Epidemiol.*, 1992, č. 27, s. 245–248.
46. SOLOMON, D. A., KEITNER, G. I., MILLER, I. W. et al.: *Course of illness and maintenance treatments for patients with bipolar disorders*. *J. Clin. Psychiatry*, 1995, č. 56, s. 5–13.
47. SWENDSEN, J., HAMMEN, C., HELLER, T. et al.: *Correlates of stress reactivity in patients with bipolar disorder*. *Am. J. Psychiatry*, 1995, č. 152, s. 795–797.
48. WEISS, R.D., GRIFFIN, M.L., GREENFIELD, S.F. et al.: *Group therapy for patients with bipolar disorder and substance dependence: Results of a pilot study*. *J. Clin. Psychiatry*, 2000, č. 44, s. 491–494.

## 8.2 KBT úzkostných poruch

### 8.2.1 Panická porucha

Ján Praško, Richard Záleský, Petra Houbová

#### 8.2.1.1 Základní údaje o panické poruše

Hlavním rysem panické poruchy (PP) jsou opakované *záchvaty masivní úzkosti* (paniky), které však nejsou omezeny na žádnou určitou situaci. Zpravidla je nelze předvídat. Při záchvatu dochází náhle k rozvoji intenzivního strachu, dojmu, že se něco hrozného přihodí a pocitu ztráty kontroly. Ataka je spojena s řadou silných *tělesných příznaků*: bušením srdce, bolestí na hrudi, pocity dušení, závratěmi a pocity neskutečnosti (depersonalizace, derealizace). V *úzkostných myšlenkách* se objevuje *strach* z omdlení, ze smrti, ze ztráty sebeovládání nebo ze zešílení. Jednotlivé ataky obvykle trvají několik minut (zpravidla 5–20, ale výjimečně i 2 hodiny). Po odeznění může přetrvávat třes, napětí a vyčerpání, nebo dojde k uvolnění a letargii. Na panickou ataku často navazuje trvalý strach z dalšího záchvatu. Jde zpravidla o chronickou poruchu, která je spojená s vážným utrpením pacienta a handicapem v životě. Mezi ověřené terapeutické přístupy patří psychoterapie, zejména pak kognitivně behaviorální terapie a farmakoterapie. Jiné psychoterapeutické přístupy, včetně psychodynamické psychoterapie, bývají účinné v kombinaci s medikací nebo přístupy kognitivně behaviorální terapie (Gorman et al., 2002).

##### 8.2.1.1.1 Klinické projevy panické poruchy

Hlavní znakem jsou opakované ataky masivní úzkosti (paniky), které nejsou omezeny na žádnou určitou situaci. Nelze je tedy předvídat. Při záchvatu dochází náhle k rozvoji intenzivního strachu, že se něco hrozného přihodí, a pocitu ztráty kontroly. Ataka je spojena s řadou silných *tělesných příznaků*: bušením srdce, bolestí na hrudi, pocity dušení, závratěmi a pocity neskutečnosti (depersonalizace, derealizace). V *úzkostných myšlenkách* se objevuje *strach* z omdlení, ze smrti, ze ztráty sebeovládání nebo ze zešílení. Jednotlivé ataky obvykle trvají několik minut (zpravidla 5–20 minut), výjimečně však i 2 hodiny. Po odeznění může přetrvávat třes, napětí a vyčerpání, nebo dojde k uvolnění a letargii. Na panickou ataku často navazuje trvalý strach z dalšího záchvatu. Řada pacientů mívá také záchvaty paniky v noci (noční panické ataky). Při panické atace člověk často prožívá vzrůstající strach a intenzitu vegetativních příznaků, takže se snaží překotně utéci, ať je kdekoliv. Pokud k atace došlo v autobuse, v obchodě, v davu, nebo doma o samotě, může se pacient dále této situaci vyhýbat. Významná část postižených tedy postupně rozvine vyhýbavé chování – vyhnou se situacím, ve kterých se dříve záchvaty objevily. Tento stav je v DSM-IV nazýván panická porucha s agorafobií, v MKN-10 je klasifikován v jiné kategorii jako agorafobie s panickou poruchou.

Panické záchvaty jsou typické silou a náhlostí svého výbuchu. Koncepte „neočekávanosti“ je v diagnostických kritériích poněkud zrádným fenoménem. Nicméně

zdůrazňuje fakt, že se tyto záchvaty objevují v době a v situacích, kdy nejsou jedincem anticipovány. Pro vnějšího pozorovatele někdy bývá snadnější zjistit vyvolávající faktor než pro pacienta (např. opakované panické záchvaty ženy, když se manžel zpozdí v práci), jindy však objektivně záchvat není předvídatelný ani po velmi dobré analýze.

Někteří nemocní zpočátku neuvádějí úzkost jako hlavní problém. Zvláště pokud v záchvatech prožívají výrazné tělesné příznaky. Často absolvují četná somatická vyšetření u řady odborníků – kardiologů, endokrinologů, neurologů ap. K psychiatrovi se (podle našich zkušeností) dostávají v průměru po 2–3 letech opakovaných složitých vyšetření a četných zásahů lékařské pohotovostní služby. Většinou nevěří tomu, že by příčina jejich potíží mohla být psychické povahy.

*Průvodní jevy:* Často se v období mezi atakami vyvinou v různém stupni obavy a nervozita. Obvykle se manifestují úzkostným očekáváním, ostražitostí, tělesným napětím a hyperaktivitou. Běžnou komplikací je rozvoj anticipační úzkosti – strachu z bezmocnosti nebo ztráty sebekontroly v průběhu panické ataky. Osoba začne mít odpor k pobytu na veřejnosti i k možnosti zůstat sama doma. Jestliže je těchto situací mnoho, měla by být diagnostikována agorafobie s panickými atakami spíše než panická porucha.

*Komplikace:* Velmi běžnou komplikací je rozvoj agorafobie s panickými atakami. Dále jsou časté abúzus alkoholu, anxiolytik a depresivní porucha.

#### 8.2.1.1.2 Diagnóza panické poruchy

Historie panické poruchy jako diagnostické jednotky je zajímavá. Časově spadá do 60. let, tedy do nedávné minulosti. Indikace k vymezení klinických charakteristik panické poruchy v přehledu lékařské literatury se však objevily už velmi dávno. Poprvé to bylo na počátku 19. století v Burtonově knize „Anatomie melancholie“. Navíc literatura 19. století obsahuje popisy symptomů, pro něž byly používány termíny jako „neurocirkulační astenie“, „soldiers heart“, „effort syndrome“, „agorafobia“, „neurasthenia“, které by dnes pravděpodobně byly zahrnuty pod panickou poruchu. V roce 1895 Sigmund Freud navrhl oddělení úzkostné poruchy jako nezávislé jednotky od neurastenie a jako první v literatuře referoval o „úzkostné neuróze“. Freud ji spojil se symptomy, které označoval jako úzkostné očekávání (dnešní generalizovaná úzkostná porucha). U pacientů s úzkostnou neurózou popsal ataky charakterizované náhlým vznikem strachu, narušením dechových funkcí, kardiálními symptomy, tremorem, vertigem, průjmy, nespavostí, pocením. Také si povšiml, že panické ataky vedou k úzkostnému očekávání, vyhýbavému chování a projevům, které dnes označujeme jako agorafobii. Popsal další znaky úzkostné neurózy, které jsou dodnes součástí klinických charakteristik: oddělil akutní panické ataky od úzkostného očekávání, povšiml si vysokého stupně komorbidity hlavně s depresí a hysterií a předpokládal, že existují hereditární a biologické faktory, které jsou v interakci s osobní historií nemocných. Stručně řečeno, Freud určil většinu znaků, které dnes sdružujeme pod diagnózou panické poruchy. Přesto po dlouhou dobu byly panické ataky pokládány pouze za doprovodný symptom úzkostných poruch a nebyla vymezena specifická diagnos-

tická jednotka. Změna v postojích nastala s uveřejněním prací Kleina a Finka (1962), kteří ukázali, že úzkostné stavy charakterizované panickými atakami reagují zlepšením na léčbu imipraminem, zatímco úzkostné poruchy bez panických atak na tuto léčbu neodpovídají. Klein a Rabkin (1981) předpokládají, že panická úzkost je kvalitativně odlišná od nepanické úzkosti. Tento názor se následně odrazil při tvorbě DSM-III (APA, 1980), kdy byly vytvořeny dvě diagnostické jednotky „panická porucha“ a „agorafobie s panickými atakami“, které využívají přítomnost či absenci panických atak jako hlavní kritérium pro rozlišení od jiných úzkostných poruch.

**Tabulka 8.2.1.1:** Diagnostická kritéria MKN-10 pro panickou poruchu (1996)

- A. U jedince se vyskytují periodické ataky paniky, které nejsou logicky spojeny s žádnou specifickou situací nebo věcí a které se často vyskytují spontánně (tj. epizody nelze předvídat). Ataky paniky nejsou průvodním jevem značné námahy ani vystavení nebezpečným nebo život ohrožujícím situacím.
- B. Panická ataka je charakterizována všemi následujícími znaky:
- 1) je to samostatná ataka masivní úzkosti nebo neklidu,
  - 2) začíná náhle,
  - 3) dosahuje maxima v několika málo minutách a trvá alespoň několik minut,
  - 4) musí být přítomny alespoň 4 z následujících příznaků, přičemž jeden příznak musí být z položek (a) až (d):
- Příznaky vegetativní aktivity**
- a) palpitace nebo bušení srdce nebo zrychlený tep,
  - b) pocení,
  - c) chvění nebo třes,
  - d) sucho v ústech,
- Příznaky týkající se hrudníku nebo břicha**
- e) obtížné dýchání,
  - f) pocit zalykání se, pocity dušení
  - g) bolesti nebo nepříjemné pocity v hrudníku,
  - h) nauzea nebo břišní nevolnost (např. neklid, víření v břiše),
- Příznaky týkající se duševního stavu**
- i) pocit závratě, neklidu, mdloby, točení hlavy
  - j) pocity, že objekty nejsou reálné (derealizace), nebo že jedinec je mimo, „není zde skutečně“ (depersonalizace),
  - k) strach ze ztráty kontroly, „zešílení“, ztráty vědomí,
  - l) strach ze smrti
- Celkové příznaky**
- m) návaly horka nebo chladu,
  - n) pocity znecitlivění nebo mravenčení
- C. Nejčastější užívaná vylučovací doložka. Panické ataky nejsou vyvolány tělesnou poruchou, organickou duševní poruchou ani jinými duševními poruchami, jako je např. schizofrenie nebo příbuzné poruchy, poruchy nálady ani somatoformní poruchy.

Rozsah jednotlivých variací, pokud jde o obsah a tíži, je tak veliký, že se mohou specifikovat pátým znakem dva stupně – středně těžký a těžký:

**F 41.00 Středně těžká panická porucha**

Alespoň 4 panické ataky v období 4 týdnů.

**F 41.01 Těžká panická porucha**

Alespoň 4 panické ataky za týden po dobu 4 týdnů.



MKN 10 i DSM-IV rozlišuje „spontánní“, tj. nevyprovokované záchvaty paniky a „sekundární“ záchvaty paniky, které jsou vyvolány určitou situací. Toto rozlišení je ovšem problematické, protože jako „spouštěč“ panického záchvatu nemusí sloužit pouze vnější podněty, tj. určitá situace, ale i podněty vnitřní – tělesné pocity i kognitivní procesy. Spíše lze rozlišit panické záchvaty na „očekávané“ a „neočekávané“. Přitom se ukazuje, že klienti dokáží většinu panických záchvatů předpovědět.

#### 8.2.1.1.3 Epidemiologie panické poruchy

V prevalenci panické poruchy vládne ve světě poměrně vysoká uniformita. Epidemiologické studie, které zahrnuly kolem 40 000 osob, ukázaly, že celoživotní prevalence panické poruchy se pohybuje mezi 1,4–3,5 % populace (Kessler et al., 1994, Weissman et al., 1997), s roční prevalencí kolem 1 %. Panická porucha obvykle začíná v období mezi 15.–24. rokem, druhý vrchol je mezi 45.–54. rokem. Ve výše uvedených studiích je panická porucha přibližně dvakrát častější u žen než u mužů. Výskyt ojedinělých panických atak je daleko vyšší. S alespoň jedním nečekaným záchvatem paniky v průběhu každého roku má zkušenost cca 10–12 % lidí (Norton et al., 1986). Vyšší výskyt panické poruchy a agorafobie je v městech, u vdov, rozvedených nebo u lidí žijících odděleně. Nedokončené vzdělání, časná ztráta rodiče a fyzické nebo sexuální zneužívání jsou také rizikovými faktory (Faravelli et al., 1985). Studie o využití zdravotní péče zjistila, že pacienti s panickou poruchou patří mezi nejčastější pacienty ambulantních zdravotních zařízení. Tvoří asi 10–15 % klientely kardiologů a k psychiatrovi se dostávají v naprosté většině případů až po vyšetření nejméně dvěma dalšími lékaři jiných oborů (Švestka et al., 1993). Léčbu panické poruchy nejčastěji vyhledávají pacienti kolem 34. roku, i když průměrný věk počátku bývá v rozmezí 23–29 let (Claske et al., 1990). Kolem 70 % nemocných uvádí přítomnost identifikovatelného stresoru v čase první ataky (Claske et al., 1990). Bývají to stresující životní události, které s sebou nesou hrozbu krize v blízké budoucnosti, tzv. „ohrožující události“ (Clark et al., 1989). U pacientů, u nichž se mísí panická porucha s depresí, tyto události často souvisejí s nějakou životní ztrátou nebo s nároky na změnu životní role. Vesměs jde o stresory interpersonální nebo somatické povahy, jako je úmrtí v rodině, vážný partnerský konflikt, negativní reakce na užívání léků, onemocnění ap. Množství stresorů se však nijak neliší od toho, které zažívají před počátkem své poruchy pacienti s jinými typy úzkostných poruch.

#### 8.2.1.1.4 Etiopatogenetické faktory panické poruchy

V současné době existuje několik odlišných pohledů na etiopatogenezi panické poruchy. Jedním z nich je hledisko biologické psychiatrie, jiný pohled nabízí např. psychosociální model či teorie učení. Pro všechny tyto přístupy je k dispozici řada důkazů. Pro biologický pohled mohou svědčit provokační studie s panikogeny, neurochemické hypotézy o patofyziologii panické poruchy (přehled viz Soukupová a Praško, 2001), a dále nálezy na magnetické rezonanci, pozitronové emisní tomografii a jednofotonové emisní počítačové tomografii (Pašková et al., 2003). Nepřímým důkazem může být úprava stavu při léčbě antidepressivy a benzodiazepiny.

Pro teorii učení svědčí souvislost se stresujícími vlivy prostředí, panické záchvaty po traumatických zážitcích a životních ztrátách. Studie rodinné a s dvojčaty ukazují u panické poruchy na dědičnou zátěž. Výzkum věnovaný biologickým aspektům panické poruchy došel k celé řadě nálezů, které formují ucelené hypotézy, jež vysvětlují příznaky panické poruchy přítomností biologických abnormit ve struktuře a fungování mozku. Výsledky studií, které použily provokaci panikogeny (laktát, yohimbin, fenfluramin, isoproterenol, kofein atd.), podporují hypotézu *dysregulace periferního i centrálního nervového systému*. Autonomní nervový systém u některých pacientů s panickou poruchou vykazuje zvýšený sympatický tonus, který se pomalu adaptuje na opakované stimuly a přehnaně reaguje na mírné stimuly. Detekované abnormality svědčí pro dysregulaci v noradrenergním systému (locus coeruleus), v serotonergním systému (zejména v nucleus raphe, hipokampu a amygdale) i v dopaminergním systému (frontoorbitální kortex). Další nálezy naznačují dysfunkci GABA-ergního neurotransmiterového systému, zvýšenou citlivost cholecystokininových receptorů, poruchy v regulaci CRH (hormon uvolňující kortikotropin) a neuropeptidu Y (Charney et al., 1992). O syntézu hypotéz se pokusil mimo jiných Klein (1993). Podle jeho hypotézy pacienti trpící panickou poruchou mají abnormálně nízký práh pro pocity dušení a panické záchvaty jsou spouštěny jako „falešný poplach dušení“. Klein předpokládá, že v retikulární formaci mozku kmene existuje centrum, které se „zapíná“ v situaci ohrožení dušením. Pokud je toto centrum zvýšeně citlivé na určité podněty (jak somatické, tak psychické), dochází k rozvoji falešného poplachu a organismus reaguje hyperventilací a panickou touhou uniknout ze situace.

K biologickým vysvětlením se staví řada psychologicky a psychoterapeuticky orientovaných autorů kriticky. Pokládají je za redukující a jednostranné. Někteří autoři se pokoušejí integrovat jak biologické, tak výchovné, psychologické a temperamentové vlivy (Barlow 1988, Barlow et al., 1998, Ballenger, 2000). Z psychologického hlediska se zdá, že lidé trpící panickou poruchou mají strach z opuštění a zároveň strach z připoutanosti k druhé osobě (Manassis et al., 1994). Proto mají intenzivní potřebu kontrolovat svoje vztahy a vyhnout se samotě nebo nadměrné blízkosti. Protože vysoká míra interpersonální kontroly je nedosažitelná, trpí postižení chronickým pocitem nekontrolovatelnosti.

Podle *psychoanalytického pohledu* je panická porucha spojená se ztrátou rodiče (úplnou nebo relativní) v dětství nebo s historií separační úzkosti. Být sám bez možnosti pomoci ožívuje dětskou úzkost z opuštění.

Před vysvětlením KBT modelu panické poruchy si připomeňme dva dřívější pohledy na to, jak panická porucha vzniká. Jde o teorii interoceptivního podmínění a hyperventilační hypotézu. „Biologické“ teorie předpokládají, že v důsledku vrozené dispozice reagují někteří jedinci na signály ohrožení silněji než jiní. Podle „*teorie interoceptivního podmínění*“ se ve stresujících situacích proto objevují záchvaty úzkosti, které jsou spouštěny určitými podněty z vnitřního prostředí – zrychlením tepu, zvýšením krevního tlaku, závratí při změně polohy ap. Tato teorie nebere v úvahu kognitivní faktory, ovlivňující vznik úzkostného záchvatu.

Podle „*hyperventilační hypotézy*“ pod vlivem stresu dochází u pacienta k protražované hyperventilaci, která má za následek biochemické změny v krvi (snížení parciálního tlaku  $\text{CO}_2$ , zvýšení pH). Tyto změny pak vedou k somatickým příznakům, jako jsou závratě, bušení srdce, pocit dušnosti atd. Přitom i podle této teorie dojde k rozvoji panického záchvatu tehdy, interpretuje-li tyto tělesné příznaky pacient jako známku ohrožení a reaguje na ně strachem. Strach pak způsobí aktivaci sympatického vegetativního systému, čímž dojde k rychlému vystupňování tělesných příznaků.

#### 8.2.1.1.5 Diferenciální diagnóza a komorbidita panické poruchy

Samotné panické záchvaty ještě nemusí svědčit pro panickou poruchu nebo pro panickou poruchu s agorafobií. Mohou se objevit u jiných úzkostných a afektivních poruch. Dokonce existují lidé, kteří přesto, že mají frekventované záchvaty paniky, uvádějí jako důležitější jiný problém (manželské problémy, sociální fobie, obsedantně kompulsivní poruchu, generalizovanou úzkostnou poruchu ap.) a panické záchvaty pokládají za ne příliš podstatnou potíž. Aby diagnóza panické poruchy byla nepochybná, musíme vyloučit tělesné příčiny úzkostného stavu, intoxikace, abstinenční syndrom a jiné psychické poruchy. Zejména připadají v úvahu následující:

- a) **Tělesné poruchy:** V prvé řadě je nutné rozpoznat reálné obavy u *somaticky* nemocných osob, trpících např. Crohnovou chorobou, roztroušenou sklerózou, Meniérovým syndromem nebo ischemickou chorobou srdeční. Tělesné příznaky paniky se mohou zaměnit za další *somatické nemoci*, jako je např. srdeční infarkt, plicní embolie, pneumotorax, poruchy štítné žlázy a poruchy rovnováhy při postižení labyrintu. Tělesná choroba může však být s panickou poruchou komorbidní. Např. u pacientů s astmatem, podobně jako u pacientů s epilepsií, můžeme vidět záchvaty paniky, které do značné míry imitují základní somatické onemocnění. Dalšími nemocemi, které se mohou projevit paroxysmální úzkostí, jsou hypoglykémie, feochromocytom, hyperparatyreoidismus, těžká anémie, prolaps mitrální chlopně, koronární insuficience, kardiální arytmie.
- b) **Intoxikace nebo syndrom z vysazení:** při závislosti na alkoholu, benzodiazepinech, intoxikaci kofeinem nebo psychostimulancií (amfetamin).
- c) **Panické ataky u jiné psychické poruchy:** schizofrenie, velká depresivní porucha, somatizační porucha a somatoformní vegetativní dysfunkce, generalizovaná úzkostná porucha (záměna s chronickým úzkostným očekáváním, které se často vyvine mezi jednotlivými panickými záchvaty).

Dále je nutné vyloučit organickou duševní poruchu, intoxikaci psychostimulancií či jinými drogami a další duševní poruchy, jako je schizofrenie, poruchy nálady nebo somatoformní poruchy.

**Tabulka 8.2.1.2:** Nejdůležitější psychické poruchy v diferenciální diagnóze panické poruchy

- poruchy nálady
- jiné úzkostné poruchy, (sociální fobie, specifické fobie, PTSP, OCD, GAD)
- závislost na návykových látkách (alkohol, psychostimulancia, kokain)
- somatoformní poruchy
- poruchy osobnosti
- psychotické poruchy schizofrenního okruhu

Rozdíl mezi panickou poruchou a GAD závisí na tom, zda má pacient panické záchvaty a zda naopak nemá četné, nerealistické a nadměrné obavy a starosti o téměř každý aspekt svého života (jako jsou finance, zdraví rodiny, přijetí mezi lidmi ap.). Ovšem komorbidita panické poruchy s GAD je udávána mezi 15–30 %. Podobně relativně vysoká je komorbidita se specifickou fobií (2–20 %), obsedantně kompulzivní poruchou (10 %) a posttraumatickou stresovou poruchou (2–10 %) (APA, 2000). Jedním z možných vysvětlení časté komorbidity mezi úzkostnými poruchami je jejich společná diatéza (Asmundson a Taylor, 2003).

Diagnosticky je potřebné odlišit agorafobii u panické poruchy od *poruchy nálady*, kdy postiženým zabráňuje vycházet z bytu, cestovat či nakupovat deprese, nikoliv strach z panického záchvatu. Vyhýbání se podobným situacím se občas objeví u sociální fobie – u této poruchy však postiženému vadí pátravé pohledy druhých a strach, že se ztrapní, nebojí se o své zdraví ani život. Podobně se může objevit vyhýbavé chování u kterékoliv úzkostné poruchy, ovšem důvod vyhýbání bude zpravidla jiný (např. u pacientky s fobií ze psů se objeví vyhýbání nakupování, protože před obchodem bývají uvázaní psi). Ovšem celoživotní komorbidita s poruchou nálady u pacientů s panickou poruchou dosahuje až 65 %. Přibližně u 2/3 dochází k rozvoji deprese druhotné (Kessler et al., 1998). U další třetiny deprese předchází panice. Riziko sekundární deprese roste při rozvinuté agorafobii (Taylor, 2000).

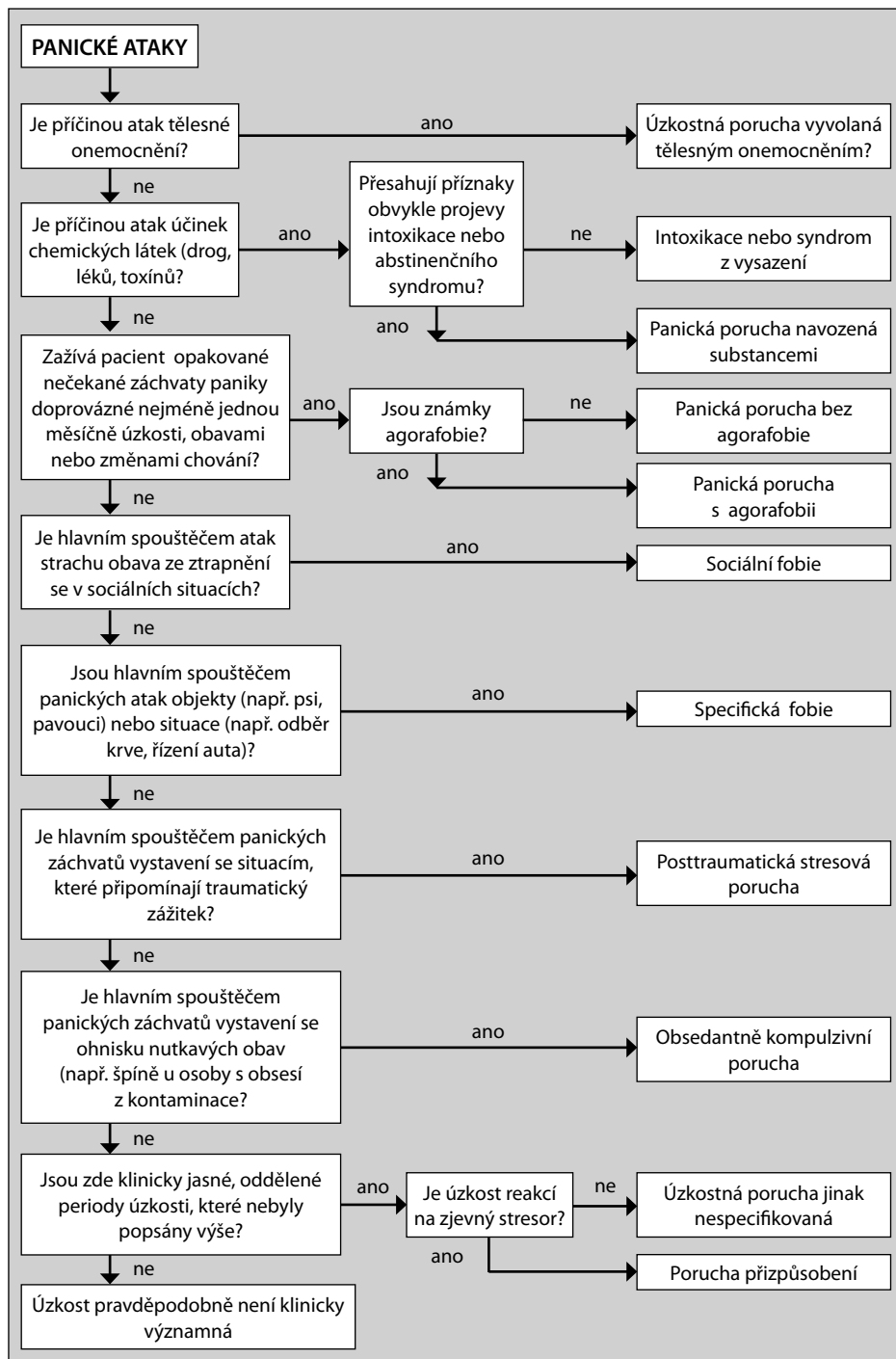
Panická porucha může být precipitována *zneužíváním návykových látek* (Ballenger a Fyer, 1996), včetně tzv. lehkých drog jako je marihuana, a alkoholu. Šestiměsíční prevalence zneužívání alkoholu nebo závislosti u pacientů s panickou poruchou dosahovala 40 % u mužů a 13 % u žen (Leon et al., 1995). I když problémy s alkoholem někdy předcházejí rozvoji paniky, častěji se zneužívání rozvíjí jako snaha pacienta snížit svoji úzkost. Přitom u těch pacientů, kde se k panické poruše přidružila agorafobie, se riziko rozvoje závislosti ještě zvyšuje.

Podle Americké psychiatrické asociace (APA, 1998) mezi 40–50 % pacientů s panickou poruchou trpí také nejméně jednou *poruchou osobnosti*, což výrazně přesahuje 13 % v běžné populaci. Nejčastějšími komorbidními poruchami osobnosti u panické poruchy jsou vyhýbavá, závislá a histriónská (Taylor a Livesley, 1995).

*Somatoformní poruchy* se někdy s panickou poruchou pletou, nicméně typický pacient se somatoformní poruchou nemá prudké záchvaty paniky. Ovšem komorbidita se objevit může. Hypochondrická porucha bývá diagnostikována u přibližně 20 % pacientů s panickou poruchou, kteří vyhledávají všeobecné lékaře (Noyes et al., 1997). Na akutní nebo chronickou bolest svalů si stěžuje kolem 40 % pacientů s panickou poruchou (Asmundson et al., 2001), na dráždivý tračník 17–41 % (Lydiard et al., 1994).

Občas se příznaky panické poruchy a agorafobie objeví u nemocných se *schizofrenní poruchou* – zde však bývají spojené s typickými psychotickými projevy.

**Tabulka 8.2.1.3:** Rozhodovací strom pro hodnocení pacienta, který má panické ataky (upraveno podle Asmundson a Taylor, 2003)



## Komorbidita

Panická porucha se často vyskytuje s jinou poruchou. Dlouhodobé epidemiologické studie ukázaly, že každý druhý případ úzkostné poruchy je spojený s alespoň jednou další duševní poruchou (Eaton et al., 1994). Nejčastěji jsou to další úzkostné poruchy a deprese. Tato skutečnost má praktický význam pro akutní i dlouhodobou léčbu. Nejčastější zároveň se vyskytující (komorbidní) úzkostnou poruchou je agorafobie (50–70 %), jako další sociální fobie, deprese, dystymie, specifická fobie a obsedantně kompulzivní porucha. Je velmi důležité, zda je zároveň s panickou poruchou přítomná např. deprese. Je-li panická porucha spojena s depresí, je zřejmý pomalejší nástup farmakoterapie a méně příznivá prognóza (Lecrubier a Ústun, 1997). Riziko sebevražedného pokusu se zvyšuje 4krát (Weissman et al., 1989).

Kritéria pro osobnostní poruchu splňuje 25 % –60 % pacientů (hlavně vyhýbavou, závislou, hraniční, histriónskou a narcistickou). Nejčastěji je to vyhýbavá a závislá porucha osobnosti (Houbová et al., 2004). Ovšem vztah mezi osobnostní a panickou poruchou není jasný. Určení komorbidity velmi záleží na metodě stanovení diagnózy a na přítomnosti depresivní nálady. Často „porucha osobnosti“ vymizí po úspěšné léčbě panických záchvatů. Je ale dost pravděpodobné, že určité osobnostní rysy (hlavně interpersonální přecitlivělost) predisponují k panické poruše. Druhotně se může rozvinout závislost na alkoholu nebo drogách, pokud postižený chtěl tímto způsobem zvládnout „samoléčbu“.

### 8.2.1.1.6 Průběh panické poruchy

Údaje o průběhu panické poruchy jsou omezené, protože chybí studie, které by jej studovali v populaci. Průběh panické poruchy u klinicky identifikovaných pacientů bez léčby bývá většinou dlouhodobý a u 40 % pacientů porucha chronifikuje. Jsou však popsány jak spontánní uzdravení, tak i recidivy obtíží po několikaleté remisi. První panický záchvat se obvykle objeví ve „fobické“ situaci, jako je veřejné místo, ulice, obchod, dopravní prostředek, dopravní zácpa, výtah, tunel, most nebo otevřený prostor. Často mu předchází stresující životní událost (Faravelli et al., 1986). Psychosociálními důsledky panické poruchy jsou často ztráta zaměstnání, manželské problémy, finanční potíže a sexuální nesoulad. Většina pacientů, kteří vyhledali léčbu, má za sebou chronické potíže, často s dlouhodobě se zhoršujícím průběhem, který se vyvíjí 10–15 let před stanovením diagnózy (Roy-Byrne a Cowley, 1995). Panické ataky kromě toho predikují vývoj dalších duševních poruch, jako jsou jiné úzkostné poruchy a deprese. Jednou z nejzávažnějších komplikací panické poruchy je sebevražda. Kolem 7 % lidí trpících panickou poruchou spáchá sebevražedný pokus (u depresivní poruchy 7,5 %!). Celoživotní riziko sebevraždy v případě panické poruchy s depresí je až 20 % (Johnson et al., 1990).

### 8.2.1.2 KBT pohled na panickou poruchu

KBT pohled na panickou poruchu vznikl integrací kognitivních, behaviorálních a také interpersonálních a biologických pohledů.

### 8.2.1.2.1 Behaviorální faktory panické poruchy

Behaviorální teorie postulují, že úzkost je naučená reakce, která vzniká buď modelováním podle rodičovského chování, nebo procesem klasického podmiňování. V klasickém podmiňování nežádoucí podnět (např. panický záchvat), který se objeví společně s neutrálním podnětem (např. pobytem v dopravním prostředku) vede k asociaci obou podnětů. Důsledkem je pak vyhýbavé chování. Další behaviorální teorie zdůrazňují vztah mezi zážitkem drobných tělesných příznaků (např. palpitace) a vznikem záchvatu paniky. I když behaviorální teorie dovedou uspokojivě vysvětlit rozvoj agorafobie i důvod zvyšování počtu a závažnosti panických záchvatů, nedaří se jim zdůvodnit objevení se prvního nevyprovokovaného a nečekaného panického záchvatu.

### 8.2.1.2.2 Kognitivní faktory panické poruchy

V 80. letech bylo vytvořeno několik **kognitivních modelů** panické poruchy (Barlow, 1988, Clark et al., 1989). Všechny tyto modely zdůrazňují jako základ psychologickou reakci na tělesné pocity. Přesněji, panická porucha je nahlížena jako strach z těchto pocitů, který naroste až do rozměrů panické ataky. Hlavní myšlenkou obecného kognitivního modelu úzkostných poruch je přesvědčení, že na člověka nepůsobí události samy o sobě. To, co mění naše emoce, jsou především naše očekávání, hodnocení a interpretace vnějších událostí. U deprese jsou považovány za důležité interpretace, které se vztahují ke ztrátě (důležitého vztahu, vlastní výkonnosti, společenského postavení ap.). U úzkosti jsou v popředí ty, které se týkají fyzického nebo psychosociálního ohrožení. Beck et al. (1974) uvádí, že u úzkostných stavů jedinec systematicky přeceňuje hrozbu, která je v dané situaci přítomná, a toto přeceňování automaticky aktivuje „úzkostný program“ organismu. Jde především o tyto pochody:

- a) změny v aktivaci vegetativního nervového systému jako příprava k boji, útěku nebo mdlobě,
- b) útlum probíhajícího jednání,
- c) selektivní pozornost vůči okolí zaměřená na možné zdroje nebezpečí.

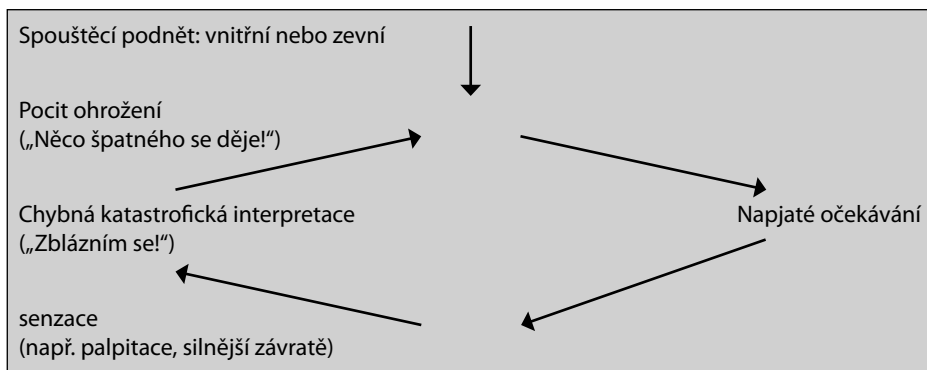
Kromě psychického nastavení se objeví celý komplex tělesných reakcí, nazývaný „**stresovou reakcí**“, který jsme v evoluci zdědili po předcích. Tento program slouží k ochraně před nebezpečím, je to příprava na „boj“ nebo na „útěk“. V dřívějších dobách, kdy byla řada ohrožení skutečně životu nebezpečná, sloužil „úzkostný program“ k tomu, aby se lidé bránili nebo unikali z nebezpečných situací. I v moderní době nám je užitečný, např. když chceme uskočit před náhle se objevujícím autem. Nicméně většina stresorů je spíše psychosociální povahy a zde nám „úzkostný program“ tolik nepomůže, i když je samozřejmě reflexně spuštěn (protože je určitá situace mylně vnímána jako ohrožující). Somatické projevy stresové reakce (např. zrychlený tep) mohou být interpretovány jako další ohrožení. To vede k **bludnému kruhu**, který udržuje nebo dále prohlubuje úzkostnou reakci. Např. bušení srdce můžeme interpretovat jako příznak hrozícího infarktu myokardu, čímž zesílíme úzkost a následně i tyto kardiální symptomy. Těs rukou můžeme

vnímat jako signál ztráty kontroly nad situací, což opět povede ke zvýšení úzkosti a pochopitelně ke zvýraznění třesu.

Jeden z kognitivních modelů paniky (Clark, 1988) předpokládá, že jedinec zažívá ataky paniky jako *důsledek relativně trvalého sklonu interpretovat si nejrůznější tělesné pocity, vesměs příznaky normální úzkostné reakce (bušení srdce, dušnost, závratě), jako signály hrozící katastrofy*, tj. tělesného nebo psychického selhání. Panika tedy může být spuštěna celou řadou podnětů. Ty mohou být jak **zevní** (např. v situaci, kdy už měl tento člověk záchvat paniky), tak, a to častěji, **vnitřní** (tělesné pocity, myšlenky, představy). Jsou-li tyto podněty vnímány jako hrozba, vzniká **stav napjatého očekávání a obav**. Tento stav bývá doprovázen řadou tělesných pocitů, které patří k běžné stresové reakci organismu. Pokud jsou tyto pocity hodnoceny jako znak hrozící katastrofy – **katastrofizace** – stav napjatého očekávání se zesílí. Spouští se reakce „boj nebo útěk“, což znamená, že se původní pocity zesilují a vzniká celá řada dalších tělesných příznaků. Pacient začne zpravidla hyperventilovat, rozvíjí se alkalóza a následná hyperventilační tetanie s doprovodnými příznaky ještě více zvyšuje jeho hrůzu. To opět vede k zesílení tělesných příznaků. Vzniká tak **bludný kruh**, který vrcholí v panickém záchvatu. Nakonec však dojde k vyčerpání a pacient přestává hyperventilovat, což vede k uklidnění vegetativních příznaků.

Po zkušenosti s panickým záchvatem se začne řada pacientů těchto záchvatů obávat, vzniká u nich tzv. strach ze strachu. Tak může dojít k rozvoji a udržování panické poruchy, a to následkem dvou procesů. Za prvé, pacient začne být nadměrně citlivý i na nevelké změny tělesných procesů a začíná si uvědomovat řadu příznaků, které by jinak přehlédl. Tím se upevňuje jeho přesvědčení, že je opravdu nějak tělesně nebo duševně nemocen. Za druhé, negativní interpretace tělesných příznaků se udržují určitými formami vyhýbavého chování. Např. se pacient, který interpretuje příznaky panického záchvatu jako onemocnění srdce, začne vyhýbat jakémoliv tělesné námaze. Tím se utvrzuje ve svém přesvědčení, že by infarkt skutečně dostal, pokud by změnil své chování. Je mu tak znemožněno se přesvědčit o tom, že ve skutečnosti žádný infarkt nehrozí a že jeho příznaky panického záchvatu, jakkoliv nepříjemné, nejsou doopravdy nebezpečné.

**Obrázek 8.2.1.4:** Kognitivní model panického záchvatu (Asmundson a Taylor, 2003)





Kognitivně behaviorální model rozšiřuje kognitivní model o zkoumání udržovacích faktorů panické poruchy. Jakmile vznikne tendence si katastroficky vysvětlovat tělesné pocity, přispívají k **udržování** panické poruchy následující procesy:

- a) Jedinec se začne nadměrně **zaměřovat** na pocity, kterých se obává, a opakovaně sleduje svoje tělo, zda se dostavují. Zaměření na vnitřní pocity vede k uvědomování si řady příznaků, kterých si dříve nevšímal. Z těch se pak stávají důkazy pro potvrzení existence vážné tělesné nebo duševní choroby.
- b) Negativní hodnocení jsou udržována různými formami **vyhýbavého a zabezpečovacího chování** (Salkovskis, 1988). Např. nemocný, který je zaujat myšlenkou, že má srdeční poruchu, se vyhýbá tělesné námaze (např. chození do schodů, práci na zahradě nebo sexuálnímu styku), kdykoliv pocituje bušení srdce. Pokud si troufne mimo domov, zabezpečuje se tabletou alprazolamu v kapse nebo přítomností druhé osoby. Vyhýbavým a zabezpečovacím chováním se podle svého přesvědčení chrání před infarktem. Toto chování mu ale brání ve zjištění, že pocity, které prožívá, vůbec nebezpečné nejsou.

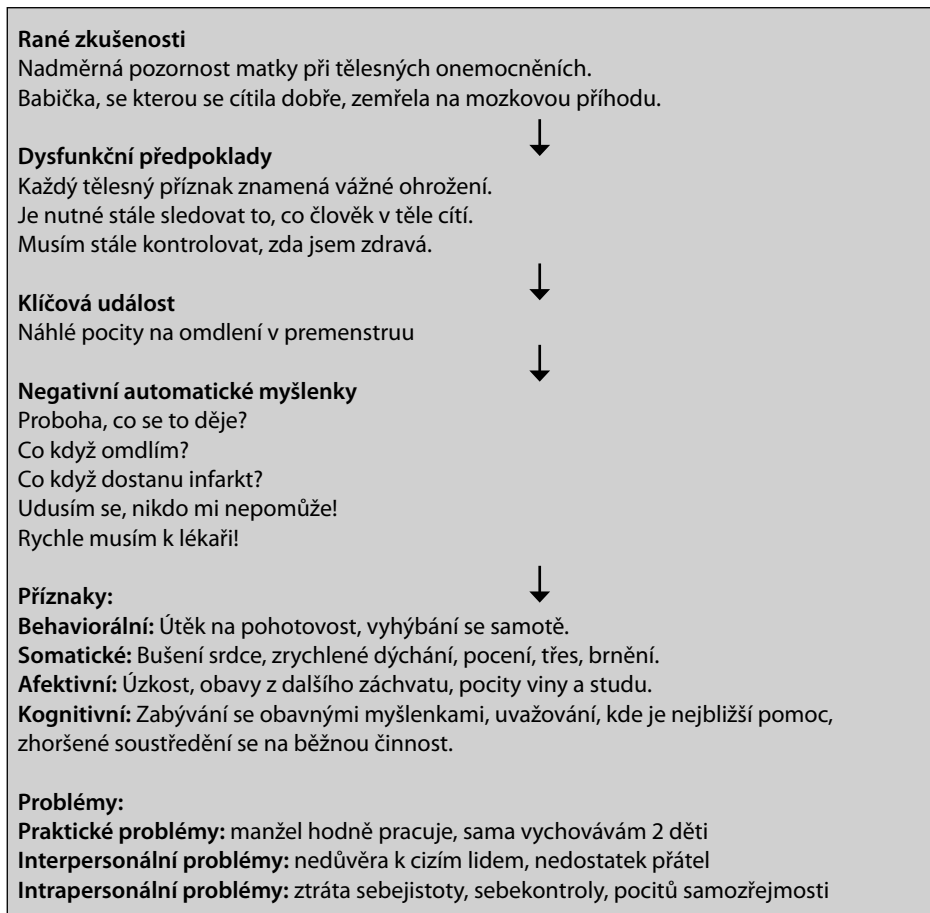
#### 8.2.1.2.3 Interpersonální faktory panické poruchy

Lidé trpící panickou poruchou bývají často závislí na svých blízkých, které chtě nechtě spoutávají svým strachem. V těžších případech musí být někdo z blízkých osob neustále přítomen, aby postiženému mohl případně pomoci. Zda strach z opuštění předchází panické poruše, nebo je jejím důsledkem, je obtížné určit. V dětství nicméně často zjistíme předčasnou separaci od rodičů, která byla zvládnuta s úzkostí či rezignací. Partneri pacientů se často cítí být spoutáni. Někdy to však může vyhovovat, protože jim dává pocit dominance a potřeby ve vztahu nebo pocit hodnoty. Jindy to však cítí jako výrazné omezení a dochází ke konfliktům, které pak zhoršují panickou poruchu nebo mohou vést k rozvoji druhotné deprese.

#### 8.2.1.2.4 KBT model panické poruchy

KBT model integruje behaviorální a kognitivní modely panické poruchy. Panické záchvaty jsou považovány za naučené chování a naučenou neurovegetativní reakci, která je udržována zaměřenou pozorností a vyhýbavým a zabezpečovacím chováním. Katastrofická interpretace pomáhá rozvíjet bludný kruh strachu, vrcholící panickým záchvatem.

**Obrázek 8.2.1.5:** Kognitivně behaviorální model panické poruchy: předběžná formulace případu (Možný a Praško, 1999)



Panická porucha je pak udržována tím, že se postižený jedinec zaměří na sledování svých tělesných pocitů (často nevědomě), takže si všímá i zcela běžných „provozních“ tělesných pocitů. Ty pak katastroficky interpretuje jako další důkaz toho, že je ohrožen jeho život. Další udržující faktor představuje vyhýbavé chování. Pacient se vyhýbá tělesné námaze, aby se chránil před infarktem; vyhýbá se situacím, kde by se mu v případě potřeby nedostalo okamžité lékařské pomoci. Nemůže se tak přesvědčit, že jeho příznaky by ustoupily i samy od sebe a že nejsou nebezpečné.

#### 8.2.1.2.5 Výzkum efektivity KBT u panické poruchy

Většina psychoterapeutických směrů se nezaměřuje na ověření efektu léčby výzkumnými studiemi. Schází nám tak informace o jejich účinnosti. Uvádění úspěšných kazuistik více pomáhá porozumět lidským psychologickým problémům, ale

zobecnění na celou skupinu pacientů není možné. To se týká jak psychodynamických, tak prožitkových a humanistických směrů. Přesvědčivá data z kontrolovaných studií o účinnosti léčby panické poruchy jsou dnes pouze u kognitivně behaviorální terapie.

### **Behaviorální přístupy**

Behaviorální terapie je založena zejména na reálné expozici obávané situaci. Expoziční léčba vychází z poznatku, že pokud je člověk vystaven obávanému podnětu dostatečně dlouho, jeho úzkost postupně klesá, habituuje. Velké množství studií dokumentovalo efektivitu léčby založené na expozicích. Účinnost kolísá v rozmezí 58–83 % zlepšených nebo vyléčených pacientů a výsledky se u většiny daří udržet několik let od ukončení léčby (Ballenger et al., 1996). Od počátku 80. let došlo ke změně způsobu léčby a k výraznému zvýšení účinnosti pomocí kognitivní rekonstrukce a interoceptivních expozicí záchvatům paniky. Klosko et al. (1990) porovnával behaviorální léčbu (expozice a kognitivní rekonstrukce) s léčbou alprazolamem a placebem u pacientů s panickou poruchou a agorafobií. Po 12 týdnech bylo bez panických záchvatů a vyhýbavého chování 87 % pacientů léčených behaviorální terapií, 50 % léčených alprazolamem a 36 % léčených placebem. Craske et al. (1991) porovnával ve 24měsíční kontrolované studii účinek behaviorální léčby (expozice a kognitivní restrukturační) s aplikovanou relaxací. Významně účinnější byla léčba behaviorální a po 24 měsících dalšího sledování bylo bez panických záchvatů 81 % pacientů, zatímco ve skupině s aplikovanou relaxací pouze 36 %. Konzistentně zjišťovaným závěrem o léčbě založené na expozicích je dlouhodobý, většinou letitý efekt.

### **Kognitivní terapie**

Newman et al. (1990) porovnával v kontrolované studii kognitivní terapii kombinovanou s medikací (imipramin) proti kognitivní terapii bez medikace. Po 12 týdnech bylo zlepšení v obou skupinách stejné – u 87 % pacientů. Beck et al. (1992) porovnával 8 týdnů kognitivní terapie s podpůrnou psychoterapií. U kognitivní terapie bylo 71 % pacientů významně zlepšeno proti 25 % u podpůrné psychoterapie. Black et al. (1993) porovnával efekt fluvoxaminu, kognitivní terapie a placeba u pacientů s panickou poruchou s agorafobií. Po 8 týdnech bylo přinejmenším středně zlepšeno 68 % pacientů na fluvoxaminu, 53 % léčených kognitivní terapií a 20 % léčených placebem.

### **Kognitivně behaviorální terapie**

Kombinuje jak postupy behaviorální terapie (expozice, relaxace, řízené dýchání), tak kognitivní přístup (modifikace myšlenek a postojů) a více se zaměřuje na práci s motivací pacienta k léčbě. Margraf a Schneider (1991) porovnávali efektivitu kognitivně behaviorální terapie se změnou stavu u čekatelů na terapii. Během 12týdenní periody došlo pomocí KBT k významnému klinickému zlepšení u 91 % pacientů, zatímco u čekajících se zlepšilo pouze 5 %. Telch et al. (1993) také porovná-

val kognitivně behaviorální terapii se seznamem čekatelů na léčbu. Po 12 týdnech bylo signifikantně zlepšeno 85 % pacientů léčených KBT a pouze 30 % čekatelů. Côté et al. (1992) porovnával v kontrolované studii kognitivně behaviorální terapii s placebem nebo s alprazolamem. Po 8 týdnech byla signifikantně účinnější kombinace KBT a medikace, ovšem již po 12 týdnech rozdíl nedosahoval signifikantní úrovně. Po 12 měsících léčby bylo při kombinaci KBT s placebem 92 % pacientů bez potíží, při kombinaci s medikací bylo bez potíží 100 % nemocných. Öst et al. (1993) porovnával kognitivně behaviorální terapii s aplikovanou relaxací u pacientů s panickou poruchou s nebo bez agorafobie. KBT se ukázala být signifikantně účinnější jak po 12 týdnech, tak po 12 měsících, kdy bylo bez potíží 89 % pacientů léčených KBT a 74 % pacientů léčených aplikovanou relaxací. Oehrborg et al. (1995) porovnával paroxetin s placebem, přičemž obě skupiny pacientů byly léčené zároveň kognitivně behaviorální terapií. Kombinace byla statisticky významná pouze ve 12. týdnu měření v počtu záchvatů paniky a množství vegetativních příznaků, nikoliv v rozsahu vyhýbavého chování. Craske et al. (1995) se pokusil snížit počet terapeutických sezení v KBT ze 12 na 4. Tuto krátkodobou intervenci srovnával s nedirektní psychoterapií také ve 4 sezeních. Krátká verze KBT vedla ke zlepšení u 53 % pacientů, zatímco nedirektivní psychoterapie pouze u 8 %.

Gould et al. (1995) porovnal efektivitu farmakoterapie, kognitivně behaviorální terapie a kombinované léčby v *meta-analýze* 43 kontrolovaných studií, které zahrnovaly 76 různých terapeutických intervencí. V této analýze měla kognitivně behaviorální terapie největší průměrné skóre účinnosti (effect size,  $ES=0,68$ ). Drop-outů při KBT bylo v průměru 5,6 %, podstatně méně než u farmakoterapie. Obzvláště zajímavé je, že mezi KBT přístupy je neúčinnější kombinace kognitivní rekonstrukce a expoziční léčby ( $ES=0,88$ ). Barlow (1997) sumarizoval 12 kontrolovaných studií provedených v 90. letech, které porovnávaly kognitivně behaviorální terapii s jinými druhy léčby. Ve většině studií byla KBT významně účinnější než jiné přístupy, včetně farmakoterapie či alternativní psychosociální léčby.

Kontrolované studie účinnosti KBT u panické poruchy (Barlow a kol., 1997; Clark a kol., 1991) prokázaly, že KBT je účinná, pokud jde o akutní léčbu, u více než 70 % pacientů, kteří dokončili celý léčebný program, a že dosažené výsledky přetrvávají po dobu následujících dvou let.

Z těchto studií se zdá, že v porovnání s medikamentózní léčbou jsou behaviorální, kognitivní a kognitivně behaviorální postupy účinnější, a to jak v krátkém období akutní léčby, tak zejména v dlouhodobých katamnézách (Ballenger, 2000). I když studie porovnáující účinnost farmak a psychologických přístupů jsou obtížně kontrolovatelné (jen těžko se vytváří placebo psychoterapie), zejména data z dlouhodobých sledování potvrzují výše uvedené. Nejpropracovanější studií, která se snažila porovnat účinnost farmakoterapie s KBT, je multicentrická studie Barlowa et al. (1998). Porovnávala KBT, imipramin, jejich kombinaci a placebo v 11týdenní akutní léčbě a 6měsíčních katamnézách. Aktivní přístupy byly na konci akutní léčby navzájem podobně účinné a významně účinnější než placebo.

**Tabulka 8.2.1.6:** Kontrolované psychotherapeutické studie u panické poruchy

| CITACE                    | TERAPIE                                    | POČET PACIENTŮ | TRVÁNÍ STUDIE                                                                 | VÝSLEDKY                                                                                                        |
|---------------------------|--------------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Newman et al., 1990       | KT<br>KT + IMI                             |                | 12 týdnů                                                                      | KT = KT + IMI                                                                                                   |
| Klosko et al., 1990       | BT<br>ALP<br>PLA                           | 26             | 12 týdnů                                                                      | BT > ALP > PLA                                                                                                  |
| Margraf a Schneider, 1991 | KBT<br>WL                                  | 40             | 12 týdnů                                                                      | KBT > WL                                                                                                        |
| Craske et al., 1991       | BT<br>AR                                   | 33             | Katamnéza<br>24 měsíců                                                        | Katamnéza BT > AR                                                                                               |
| Côté et al., 1992         | KBT+PLA<br>KBT+ALP                         | 21?            | 12 týdnů                                                                      | KBT+PLA = KBT+ALP                                                                                               |
| Beck et al., 1992         | KT<br>PP                                   | 33             | 8 týdnů                                                                       | KT > PP                                                                                                         |
| Ost et al., 1993          | LBT<br>AR                                  | 38             | 12 týdnů +<br>katamnéza<br>12 měsíců                                          | KBT > AR                                                                                                        |
| Telch et al., 1993        | KBT<br>WL                                  | 34             | 12 týdnů                                                                      | KBT > WL                                                                                                        |
| Marks et al., 1993        | ALP+EXP<br>ALP+ REL<br>PLA+EXP<br>PLA+ REL | 154            | 8 týdnů                                                                       | Všechny léčby podobně účinné;<br>alprazolam bez expozic měl<br>rychlejší nástup než expozice bez<br>alprazolamu |
| Black et al., 1993        | FLU<br>KBT<br>PLA                          | 75             | 8 týdnů                                                                       | FLU > KBT > PLA                                                                                                 |
| Oehrberg et al., 1995     | PAR+KBT<br>PLA+ KBT                        | 120            | 12 týdnů                                                                      | PAR+KBT > PLA+KBT                                                                                               |
| Clark et al., 1994        | KT<br>AR<br>IMI<br>WL                      | 64             | 12 týdnů +<br>udržovací<br>léčba další<br>3 měsíce<br>+ 9 měsíců<br>katamnéza | Akutní léčba: KT > AR = IMI > WL<br>Za 3 měsíce KT = IMI > AR<br>Za 12 měsíců KT > IMI                          |
| Wiborg a Dahl, 1996       | CLO<br>CLO + DT                            | 40             | 9 měsíců                                                                      | CLO + DT > CLO                                                                                                  |
| De Beurs et al., 1995     | FLU+EXP<br>PLA+EXP                         | 96             | 12 týdnů                                                                      | FLU+EXP = PLA+EXP                                                                                               |
| Barlow et al., 1998       | IMI<br>KBT<br>KBT+IMI<br>PLA               | 312            | 3 měsíce +<br>6 měsíců<br>katamnézy                                           | 3 měsíce akutní léčby: KBT+ IMI =<br>IMI > KBT > PLA<br>6měsíční katamnéza: KBT+IMI =<br>KBT > IMI > PLA        |
| Milrod et al., 2000       | DT                                         | 14             | 12 týdnů +<br>6 měsíců<br>katamnézy                                           | Akutní léčba: signifikantně lepší<br>proti počátku<br>Katamnéza: zlepšení se udrželo                            |

KT = kognitivní terapie; AR = aplikovaná relaxace; PP = podpůrná psychotherapie; DT = krátkodobá dynamická psychotherapie; CLO = klomipramin; KBT = kognitivně behaviorální terapie; IMI = imipramin, WL = neléčení pacienti čekající na léčbu.

### Výhody a nevýhody KBT

Výhodou kognitivně behaviorální terapie je vysoká účinnost a chybění vedlejších účinků. Snad největší předností je relativní trvalost zlepšení bez nutnosti dále v terapii pokračovat. Ovšem 10–15 % pacientů tuto léčbu odmítá pro její náročnost. Dalším problémem je nedostupnost vycvičených terapeutů.

### 8.2.1.3 Léčba panické poruchy

Od 60. let se rozvinulo několik účinných přístupů psychologické a farmakologické léčby. Již v tomto období se jak expoziční léčba, tak imipramin ukázaly být účinnými (Klein, 1964, Marks, 1969). Na symptomové úrovni jsou nejučinnější farmakoterapie a kognitivně behaviorální terapie (viz přehledy Barlow a Brown, 1996, Ballenger et al., 1996, Shear, 1997, Praško et al., 1997).

### Farmakoterapie

Nejčastěji užívanou alternativou k specifické psychoterapii panické úzkosti je podávání benzodiazepinů a antidepresiv.

- a) **Benzodiazepiny:** I když benzodiazepiny mohou být užitečné ke zvládnutí akutní emoční krize, u déletrvajících úzkostí nejsou příliš vhodné. Kromě postupně klesajícího účinku je prokázáno, že dlouhodobé užívání benzodiazepinů může vést k závislosti. Při akutním záchvatu paniky jsou však určitě lékem volby. Velice dobrého efektu je dosahováno alprazolamem, který je velmi účinný v dávce 4–8 mg, výjimečně až 10 mg na den. Podobně účinný je klonazepam v dávce 1–6 mg na den, ve vyšší dávce také diazepam a lorazepam. Ovšem výhody prvních dvou benzodiazepinů proti diazepamu jsou zjevné: menší sedace, rychlý nástup účinku, efekt již během prvních 2 týdnů, velmi dobrá tolerance. U všech benzodiazepinů hrozí rozvoj tolerance a závislosti a při náhlém vysazení se zpravidla objeví abstinenční syndrom. Proto je potřebné při vysazování dávku snižovat postupně.
- b) **Betablokátory:** Jako lék proti panickým záchvatům byl zkoušen propranolol. Kontrolované výzkumy však jeho účinnost neprokázaly. Dosud se přidává k medikaci u nemocných s palpitacemi při záchvatu paniky.
- c) **Antidepresiva:** Antidepresiva jsou pravděpodobně klinicky nejužitečnější léky při léčbě panické poruchy. Při jejich podávání musíme vědět, že zpočátku mohou příznaky ještě zhoršit. Důvodem jsou vedlejší účinky, na které jsou pacienti s panickou poruchou nesmírně citliví. Proto začínáme s nízkými dávkami léků: podáváme prvních 10–14 dnů polovinu terapeutické dávky, až pak ji zvyšujeme na terapeuticky účinnou.

**Tricyklická antidepresiva (TCA):** Výhodou nejlépe prostudovaných klasických antidepresiv – imipraminu a klomipraminu – je dlouhý poločas vylučování, který umožňuje aplikaci v jedné denní dávce. Nevýhodou jsou výrazné vedlejší účinky (anticholinergní efekt) a dloutrvajícím nástup účinku (po 4–6 týdnech).

**SSRI:** Velmi účinnými léky u panické poruchy jsou *paroxetin*, *citalopram*, *sertralin*, *fluoxetin*, *fluvoxamin* a *escitalopram*. Jsou dnes pokládány u panické poruchy za léky první volby. Jejich účinek se objevuje již do 3 týdnů léčby.

**SNRI:** zdá se, že venlafaxin je podobně účinný u panické poruchy jako SSRI.

- d) Kombinace psychofarmak:** Obvyklou klinickou kombinací je podávání benzodiazepinů s antidepresivy. Benzodiazepiny (alprazolam nebo klonazepam) pomáhají snížit aktuální úzkost a blokovat panické záchvaty zejména na počátku léčby. Po 3–6 týdnech se objeví plný účinek antidepresiva a je možné benzodiazepiny postupně vysazovat. Je však nutné říci, že u řady osob je vysazování velmi obtížné. Proto tuto kombinaci doporučujeme jen u těžkých forem panické poruchy.

**Tabulka 8.2.1.7:** Léky úspěšně používané při léčbě panické poruchy

| Skupina léků              | Generický název | Počáteční dávka v mg | Rychlost zvyšování                              | Terapeutická dávka | Nejdůležitější vedlejší účinky                                                                                                  |
|---------------------------|-----------------|----------------------|-------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Antidepresiva tricyklická | Imipramin       | 25–50                | 25 mg za týden                                  | 150–250            | Ortostatické kolapsy, zácpa, sucho v ústech, rozmazané vidění, tachykardie, potíže s močením, prodloužení síňokomorového vedení |
|                           | Clomipramin     | 25–50                | 25 mg za týden                                  | 100–250            |                                                                                                                                 |
| Antidepresiva SSRI        | Paroxetin       | 10                   | 10 mg za týden                                  | 20–50              | Nauzea, únava, sexuální dysfunkce, pocity nervozity, nespavost, bolest hlavy                                                    |
|                           | Citalopram      | 10                   |                                                 | 20–60              |                                                                                                                                 |
|                           | Fluoxetin       | ...5...              |                                                 | 20–80              |                                                                                                                                 |
|                           | Fluvoxamin      | 25                   | 25 mg za týden                                  | 100–200            |                                                                                                                                 |
|                           | Sertralin       | 25                   |                                                 | 50–200             |                                                                                                                                 |
|                           | Escitalopram    | 5                    | 5 mg za týden                                   |                    |                                                                                                                                 |
| Antidepresiva RIMA        | Moclobemid      | 150                  | 150 mg za 3 dny                                 | 600 – 900          | Nauzea, průjem nebo naopak zácpa, nespavost, sucho v ústech                                                                     |
| Antidepresiva IMAO        | Tranlycypromin  | 5                    | 5 mg za 3 dny                                   | 20–50              | Lékové interakce!!<br>Dieta!<br>Únava, nespavost, závratě, palpitace, kolísání TK, bolest hlavy                                 |
| Antidepresiva SNRI        | Venlafaxin      | 37,5                 | 37,5 mg za 3 dny                                | 75–375             | Nauzea, nechutenství, nespavost nebo ospalost, únava, bolest hlavy, zvýšení krevního tlaku,                                     |
| Benzodiazepiny            | Alprazolam      | 2                    | Po 2 týdnech při chybějícím efektu zdvojnásobit | 4–8                | Únava, ospalost, rozmazané vidění, poruchy koordinace, hypotenze, snížení libida, poruchy močení                                |
|                           | Clonazepam      | 1                    |                                                 | 1–6                |                                                                                                                                 |

### 8.2.1.4 KBT přístup u panické poruchy

KBT u panické poruchy provádíme obvykle ambulantně, buď individuálně (Praško et al., 1997), nebo skupinově (Soukupová a Praško, 2001). Léčba trvá 5–20 sezení s frekvencí jednou až dvakrát týdně. V některých případech může vážnout přenos dovedností, naučených během sezení, do domácího prostředí, neboť v ambulanci je přítomno mnoho signálů bezpečí, které brání účinné expozici.

#### 8.2.1.4.1 KBT vyšetření

Kompletní zhodnocení pacientova stavu zahrnuje anamnézu *psychologicko-psychiatrickou a tělesných nemocí*, podrobné *tělesné vyšetření*, změření pulsu a tlaku, *EKG, EEG a laboratorní vyšetření*, kde by mělo být vyšetření sedimentace, krevního obrazu a jaterního souboru. Ke speciálním vyšetřením používaným hlavně ve výzkumu patří SPECT, PET a MRI.

Nejvíce informací zpravidla získáme z *diagnostickým rozhovoru*, pokud používáme otevřené otázky, empatické naslouchání a máme dostatek trpělivosti vyslechnout pacientovy stesky podrobně. Při psychiatrickém vyšetření pacienta se zaměřujeme cíleně na:

- charakter atak, kdy, kde, jak, s kým a s kým nikoliv se objevují;
- jak strach probíhá, čeho se nejvíce obává, jaké tělesné reakce se objevují, jak se chová;
- čemu se pacient kvůli panice vyhýbá a jak se proti záchvatům zabezpečuje, zda se naučil nějaké strategie, jak si pomoci;
- anticipační úzkost;
- co strach modifikuje (lék, jiná osoba ap.);
- jak je to s užíváním kofeinových nápojů (včetně silného čaje) a jaké užívá léky (např. antiastmatika);
- v čem ho panická porucha omezuje v životě (pracovně, v rodinném životě, ve volném čase).

Dále je potřebné zjistit okolnosti vzniku panické poruchy, důsledky zabezpečovacího a vyhýbavého chování, které působí jako udržovací faktor, a druhotné (sekundární) zisky (manžel si našel práci, kterou může vykonávat doma).



**Tabulka 8.2.1.8:** Příklad hodnocení u panické poruchy

1. Topografie úzkosti
  - Tělesné příznaky: bušení srdce, lapání po dechu, mravenčení, tlak do hlavy
  - Frekvence: jednou až dvakrát za týden
  - Trvání: mezi 5-12 minutami
  - Anticipační úzkost: obává se záchvatu v situacích, kdy bude sama
2. Antecedenty
  - Situace: samota, spánek, místa, kde je daleko do nemocnice nebo k lékaři, horká vana
  - Tělesné fenomény: zrychlení tepu, zadýchání se, závrať
  - Vnitřní kognitivní: myšlenky, že dostane infarkt, že je daleko pomoc
  - Vnitřní emoční: úzkost
  - Aktivita: tělesné cvičení, sex, koupání v horké vodě
  - Stimulancia: káva, noc po večerním napití alkoholu
3. Kognice:
  - Tělesné: mám infarkt, praskne mi srdce
  - Mentální: nevydržím to, zblázním se
4. Behaviorální reakce na úzkost
  - Útěk: hledání blízkého člověka, ukončení aktivity spojené se záchvatem
  - Hledání pomoci: volání pohotovosti
  - Ochrana: být vždy v blízkosti ochraňující osoby
5. Behaviorální reakce na očekávání úzkosti
  - Vyhýbání se: tělesné cvičení, sex, samota, koupání v horké vodě
  - Signály bezpečí: být s někým, mít u sebe mobil, kontroly tlaku a tepu několikrát denně, opakovaná vyšetření u lékaře, kardiologů včetně EKG, laboratorních nálezů
6. Konsekvence
  - Rodina: maminka s ní musí bydlet, musí se střídat v přítomnosti u ní s manželem, vyčítají ji to, dochází k hádkám, pobyty omezené na místa v blízkosti nemocnice nebo lékařů, děti si ji méně váží
  - Práce: nepracuje
  - Volný čas: omezený pozorností zaměřenou na tělesné příznaky, vyhýbání se pohybovým aktivitám i aktivitám mimo bezpečné osoby
  - Sociální: kromě blízkých a lékařů se s nikým už 2 roky nestýká
7. Všeobecná úzkost: celý den napjatá, podrážděná

#### 8.2.1.4.2 Hodnocení a měření

Diagnostické informace mohou být užitečně doplněny krátkými sebeposuzovacími dotazníky, které hodnotí závažnost příznaků. Praktický je zejména Beckův úzkostný inventář (BAI), který hodnotí celkovou míru úzkosti a orientačně nám může ukázat i změny v průběhu léčby, a Sheehanova stupnice úzkosti, která je podrobnější. Pro výzkumné účely se používá specifická škála pro posuzování závažnosti panické poruchy (Panic Disorder Severity Scale – PDSS, Shear et al., 1997). Pro hodnocení pacientova stavu mohou posloužit také záznamy panických záchvatů.

Tabulka 8.2.1.9: Příklad záznamu panických záchvatů

|                                                          |                                       |                    |                                       |                           |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------|---------------------------------------|---------------------------|
| jméno:                                                   | Sylva J.                              |                    |                                       |                           |
| datum:                                                   | 1. prosince                           | čas: 2 hodiny ráno | trvání: 16 minut                      |                           |
| společně s                                               | příbuzný:                             | přítel:            | cizinec:                              | sama: X                   |
| stresová situace:                                        | ano/ne                                | očekávaný:         | ano/ne                                |                           |
| Maximum úzkosti:                                         |                                       |                    |                                       |                           |
| 0                                                        | 1                                     | 2                  | 3                                     | 4                         |
|                                                          |                                       |                    |                                       | 5                         |
|                                                          |                                       |                    |                                       | 6                         |
|                                                          |                                       |                    |                                       | 7                         |
|                                                          |                                       |                    |                                       | 8                         |
|                                                          | žádná                                 |                    |                                       | střední                   |
|                                                          |                                       |                    |                                       | extrémní                  |
| pocity (zaškrtni):                                       |                                       |                    |                                       |                           |
| bušení srdce                                             | <input checked="" type="checkbox"/> X | pocení             | <input checked="" type="checkbox"/> X | návaly chladu/zimy        |
| sevření                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> X | knedlík v krku     |                                       | strach ze smrti           |
| lapání po dechu                                          | <input checked="" type="checkbox"/> X | na zvracení        |                                       | strach ze zbláznění       |
| závratě                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> X | nereálnost         | <input checked="" type="checkbox"/> X | strach ze ztráty kontroly |
| třes                                                     |                                       | mravenčení         | <input checked="" type="checkbox"/> X | pocení                    |
| jiné příznaky:                                           |                                       |                    |                                       |                           |
| Myšlenky nebo představy, které běžely v tom čase hlavou: |                                       |                    |                                       |                           |
| Ztratím kontakt s okolním světem, zblázním se.           |                                       |                    |                                       |                           |

#### 8.2.1.4.3 Problémy a cíle, léčebný plán

Léčba začíná navázáním terapeutického vztahu a stanovením individuálního terapeutického plánu. Plán se zpravidla „šije na míru“ pacientovým potřebám. Je otázkou, zda indikovat léčbu antidepresivy nebo psychoterapií. Faktory, které se při tom berou v úvahu, zahrnují anamnézu, míru závažnosti psychopatologie, předchozí léčbu, ochotu spolupracovat a rozvoj doprovodného onemocnění. Když se např. u pacienta rozvíjejí symptomy deprese, pak je vhodné použít v terapii antidepresiva. Zásadním cílem léčby by měla být úplná eliminace panických atak. Dalším důležitým cílem je předcházení relapsu a recidivy poruchy při dlouhodobé léčbě.

Tabulka 8.2.1.10: Všeobecné léčebné cíle

- vytvořit terapeutický vztah
- edukace pacienta (a blízkých osob)
- stanovit přiměřené cíle, kontrakt o nich a o způsobech jejich dosahování
- zmírnit příznaky úzkosti, eliminovat panické záchvaty
- postupně odstranit vyhubavé chování
- v případě problémů v životě jejich systematické řešení
- rehabilitace
- udržování dosaženého pokroku a prevence relapsu

Léčba panické poruchy však není pouze léčbou panických atak. Předmětem klinického zájmu je 5 dimenzí, jež jsou uvedeny v následující tabulce a v rámci kterých se může posuzovat zlepšení. Praktická definice remise je, že během 4–6 měsíců trvá kompletní úzdrava ve všech pěti dimenzích.

**Tabulka 8.2.1.11:** Posuzování zlepšení panické poruchy (podle Kasper, 1998)

**Pět dimenzí:**

- Panické ataky
- Anticipační úzkost
- Fobie (včetně agorafobie)
- Postižení v roli (pracovní /rodinné/společenské)
- Celkové zdraví

Léčbu z časového hlediska můžeme rozdělit na krátkodobou – *akutní*, která zpravidla trvá do 12 týdnů, a dlouhodobou – *udržovací*, kde se doporučuje pokračovat 12–18 měsíců. Snad by mělo význam přidat ještě *krizovou intervenci*, která je indikována ke zvládnutí protražovaného záchvatu, který končí většinou na pohotovosti. Pro krizovou intervenci nejsou stanovená žádná přesná pravidla a nebyla experimentálně studována. Nejvhodnější je však zklidnit pacient řízeným dýcháním (nebo méně vhodné – nechat ho dýchat do igelitového pytlíku), provést fyzikální vyšetření a EKG, vyloučit akutní somatické onemocnění a při negativním nálezu doporučit k psychiatrovi. Je možno podat tabletu benzodiazepinu per os (i.m. podávání diazepamů má spíše placebo efekt, protože účinná látka začne působit zpravidla až po odeznění záchvatu). Důležité je pacienta neshazovat, neposmívat se mu, což bohužel lékaři na pohotovosti i internisté někdy udělají, protože jsou otráveni, že je „otravuje člověk, který si to vymýšlí a je hysterický“.

#### 8.2.1.4.4 Léčebné intervence u panické poruchy

KBT u panické poruchy provádíme obvykle ambulantně, buď individuálně, nebo skupinově (Soukupová a Praško, 2001). Ambulantní podmínky jsou vhodné pro edukaci, kognitivní restrukturuaci, zpětnou vazbu o domácích úkolech a nácvik sociálních dovedností. Navíc některé části expozic mohou být prováděny přímo v ambulanci. Z ambulantních expozic je u panické poruchy nejdůležitější tzv. interoceptivní expozice, tj. vystavení se fyziologickým spouštěčům paniky. Ovšem v ambulanci je přítomno mnoho signálů bezpečí, což může omezit přenos naučené dovednosti do jiných situací. Signály bezpečí vytváří terapeut, struktura sezení a fakt, že je pacient v léčebném zařízení.

Léčba za hospitalizace je potřebná jen u závažných forem panické poruchy, ovšem v praxi se s odesláním pacientů k hospitalizaci setkáváme často.

Sezení v přirozeném prostředí (zejména bytě) pacienta má výhodu učení se v prostředí, kde nejčastěji k panickým záchvatům dochází. Je pochopitelně velmi náročné na časový rozvrh terapeuta. Nicméně je vhodné, aby se občas takové

sezení konalo. Léčba při hospitalizaci je na místě jen u závažných případů, kde je nutný denní program léčby a intenzivní kontakt s terapeutem a kdy je již velmi obtížné pro pacienta žít v domácím prostředí. Jiným důvodem jsou lékové komplikace. Největší nevýhodou hospitalizace bývá omezená možnost přenést naučené dovednosti do domácích podmínek. Proto jsou i při hospitalizaci potřebné občasné terapeutické hodiny přímo v pacientově bytě.

Léčba trvá 5–20 sezení s frekvencí jednou až dvakrát týdně. Hlavním cílem léčby je snížit strach z vegetativních příznaků, změnit kognitivní interpretaci panic- kých atak a úzkosti vůbec, a tím postupně odstranit strach a vyhýbavé chování. V případě partnerských, sexuálních, pracovních nebo jiných problémů můžeme v druhé fázi léčby pacientovi pomoci s jejich řešením. Základní metody KBT panické poruchy jsou:

- edukace,
- nácvik zklidňujícího dýchání a svalové relaxace,
- interoceptivní expozice (řízený záchvat),
- kognitivní rekonstrukce (zpochybňování katastrofických interpretací).
- zvládnutí vyhýbavého chování.

Léčba začíná *edukační částí*. Pacient obdrží adekvátní informace o průběhu stresové reakce s důrazem na její fyziologické aspekty. Je prezentován KBT model panické poruchy, a to přímo na příznacích, které pacient ve vyšetření uvádí. Tyto informace by měly pomoci klientovi pochopit, že zažívá pocity úzkosti z projevů fyziologické stresové reakce. V průběhu popisování negativních automatických myšlenek, úzkostného chování, vegetativních reakcí a úzkostných emocí vytváříme spolu s pacientem bludný kruh úzkosti. Vysvětlujeme, jak pomocí vyhýbavého chování a anticipační úzkosti („strachu ze strachu“) svoji pohotovost k úzkostnému záchvatu udržuje.

Příklad: „Říkal jste mi, že najednou zjistíte, že vám zrychleně buší srdce. Je to tak? ...Co si řeknete, když náhle ucítíte, že vám buší srdce? ...Řeknete si, že to může být infarkt. A jak se cítíte, když si řeknete, že to může být infarkt? ...Ano. Cítíte strach, který rychle roste v paniku. Co pak děláte? ...Měříte si tep, zjišťujete, že ho nemůžete v rozčilení zachytit, voláte pohotovost. Co myslíte, zklidní vás toto chování? ...Nezklidní, jak se tedy pak cítíte, a jaké další tělesné pocity prožíváte? ...Ano, úzkost ještě roste a cítíte návaly do hlavy, lapáte po dechu, cítit mravenčení na prstech a kolem rtů, říkáte si, že každou chvíli zemřete. Podívejte se, tady jsem se pokusil zachytit v jednoduchém schématu, co se s vámi děje. Důsledkem takového záchvatu je úzkostné očekávání, kdy přijde nový záchvat. Toto očekávání je vlastně nepříjemný stres, který vyvolává stresovou reakci organismu – takže se objeví další náhlé bušení srdce. Uzavírá se bludný kruh panické poruchy.“

Po první, edukační části, která je náplní prvního, eventuálně také druhého sezení, následuje *kognitivní restrukturační* – tj. systematický proces modifikace kognicí pomocí specifických technik. Snižujeme úzkost tak, že pacienty učíme rozpoznávat, hodnotit, ovládat a měnit negativní myšlenky a s nimi spojené jednání, vztahující se k nebezpečí. K tomuto účelu existuje celá řada kognitivních a behaviorálních technik.

V dalším kroku je věnována pozornost působení hyperventilace v panických záchvatech a *dechovému tréninku*. Pomocí dechového tréninku (a později pomocí *aplikované relaxace*) se pacient učí snížit svoje napětí i v situacích, kdy se dostal do stavu paniky. Poté následuje opakovaná expozice obávaným vnitřním, tělesným podnětům – *interoceptivní expozice*. Tělesné příznaky záchvatu jsou uměle navozeny *hyperventilací* nebo jiným manévrem. Úzkost a tělesné příznaky, které se objeví, jsou pak zmírňovány pomocí zklidnění dechu. Tato expozice je výhodná proto, že nejméně polovina pacientů s panickou poruchou běžně v záchvatu hyperventiluje, aniž by o tom věděli. Pokud hyperventilaci nenavodíme tyto tělesné příznaky, můžeme použít jiné manévry (viz tab. 8.2.1.15). S interoceptivní expozicí začínáme ihned poté, co pacient zvládl nácvik zklidnění dechu, a pokračujeme v každém sezení až do konce terapie. Pokud je přítomná agorafobie – je interoceptivní expozice doplněná *expozicí strachovým podnětům in vivo*. U řady klientů s panickými atakami se po odstranění symptomů paniky odkrývá životní problém, nejčastěji partnerský, méně často pracovní. Proto je důležité, aby v těchto případech následovalo *řešení problému* (systematická práce s problémy v životě, které panickou poruchu doprovázejí – nejčastěji manželské problémy, vztahové problémy v zaměstnání, závislost na partnerovi či rodičích). Během řešení problémů je dobré, aby dále pokračovaly interoceptivní expozice, respektive vystavení se vnějším spouštěčům v případě agorafobie. V následující tabulce je příklad rozložení jednotlivých strategií do 16 sezení u nekomplikovaných případů panické ataky.

**Tabulka 8.2.1.12:** Jednotlivé kroky terapie

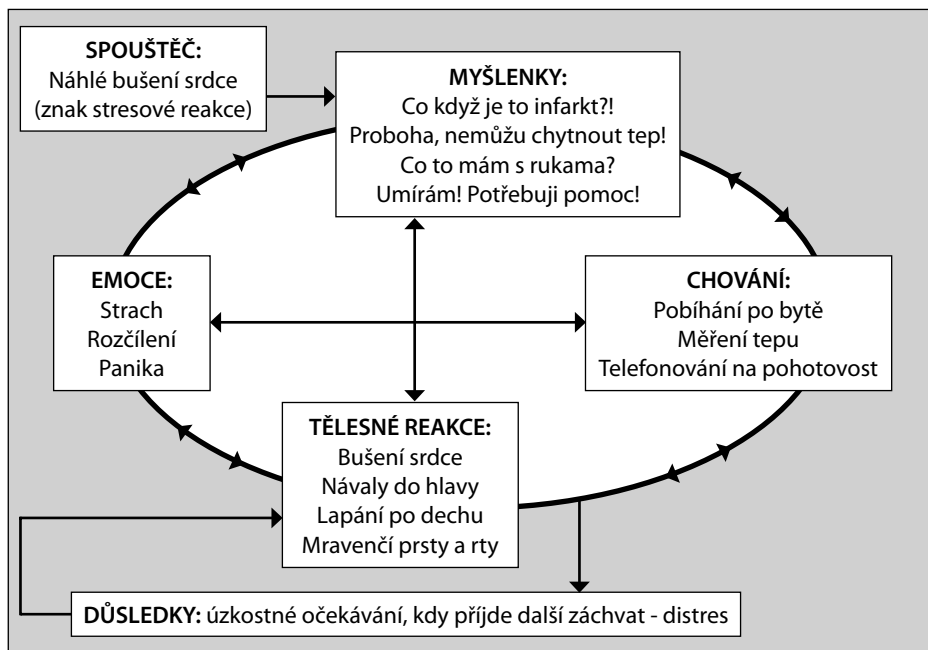
| ČÁST: | STRATEGIE:                                                     | SEZENÍ: |
|-------|----------------------------------------------------------------|---------|
| 1     | A. KONTROLA SYMPTOMŮ:                                          | 1–12    |
|       | 1. Edukace: poučení o povaze panické poruchy a stresové reakci | 1       |
|       | 2. Edukace: Model panické poruchy                              | 1–2     |
|       | 3. Práce s myšlenkami – identifikace                           | 3       |
|       | 4. Práce s myšlenkami – přerámování                            | 4–12    |
|       | 5. Dechový trénink                                             | 5–12    |
|       | 6. Interoceptivní/exteroceptivní expozice                      | 6–12    |
| 2     | B. ŘEŠENÍ PROBLÉMŮ                                             | 12–16   |

- **Edukace: poučení o povaze panické poruchy a stresové reakce, model panické poruchy**

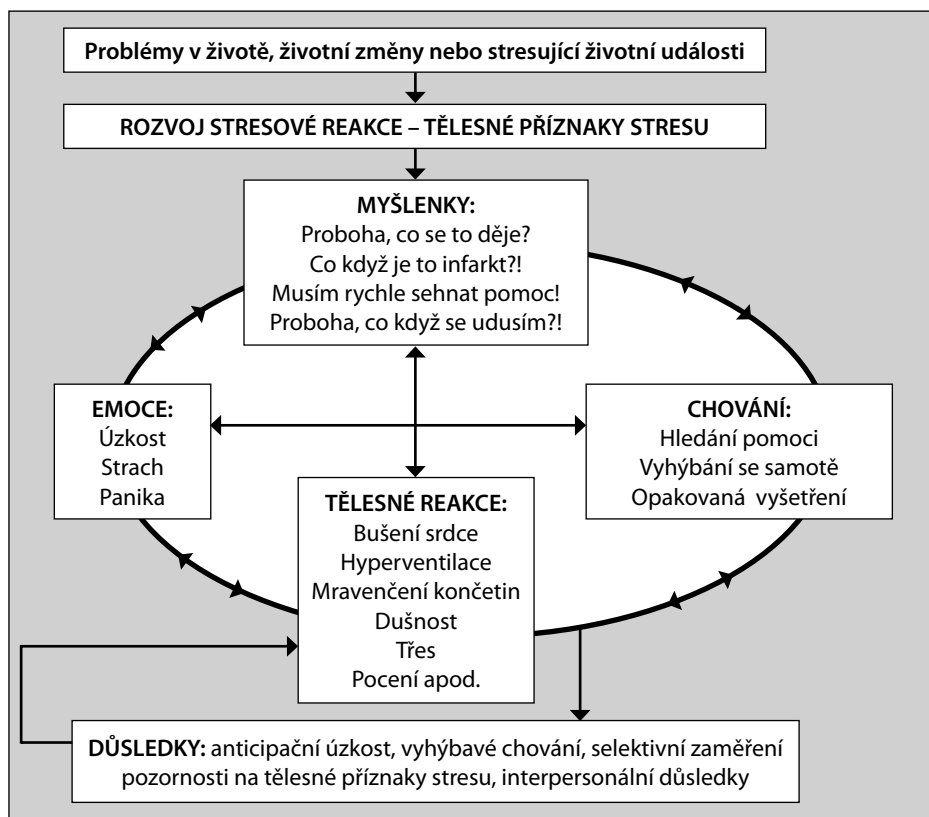
Od samého počátku terapie je třeba, aby klient chápal smysl terapie a dokázal porozumět svým potížím jako projevu silné úzkosti. Pacientovi je potřebné vysvětlit průběh fyziologické stresové reakce. Příznaky, které si pacient katastroficky interpretuje, snadno popíšeme a dáme do souvislostí na modelu „boj nebo útěk“. Pacient se učí pochopit bludný kruh úzkosti (viz obrázek). Dále vysvětlíme jak panická porucha vzniká a udržuje se. Pak zprostředkujeme vysvětlení o vztahu mezi myšlením, pocity, chováním a tělesnými reakcemi v rámci kognitivně beha-

viorálního modelu panické poruchy. Model před pacientem malujeme a používáme informace od něj získané.

**Obrázek 8.2.1.6:** Bludný kruh vzniku panického záchvatu



Jakmile je klient ochoten akceptovat poskytnuté vysvětlení svých potíží, přikročíme k objasnění způsobu jejich zvládnutí. Zdůrazníme, že očekáváme jeho aktivní spolupráci, která je v procesu léčby nevyhnutná. Vysvětlíme tedy, *jak bude léčba působit*. Působení jednotlivých terapeutických metod (např. nácvik zklidňujícího dýchání, zpochybnění katastrofických interpretací) ukážeme opět na bludném kruhu panického záchvatu: jak působí změna automatických myšlenek, jak změna chování (postupné omezení vyhýbavého chování) a jak pomocí kontrolovaného dechu zabránit rozvoji vegetativních příznaků. Je třeba, aby jednotlivé léčebné postupy logicky vyplývaly z poskytnutého teoretického vysvětlení. Z vlivu hyperventilace na panický záchvat vyplývá nezbytnost nácviku kontrolovaného dýchání, z vlivu negativních myšlenek na aktivaci vegetativního systému vyplývá potřeba tyto myšlenky identifikovat a zpochybnit. Pacienta vedeme během léčby tak, aby se naučil příznaky úzkosti účinně zvládat s vědomím, že cílem léčby není se jim vyhýbat. Proto je nezbytné, aby byl ochoten se pocitům úzkosti opakovaně vystavit. V případě, že pacientovi dáváme medikaci, vysvětlíme její účinek v rámci KBT modelu (snížení základní úzkosti), předpokládaný nástup účinku (asi 3–6 týdnů u antidepresiv) a nejdůležitější vedlejší účinky. Z prvního sezení si klient odnáší k prostudování text se základními informacemi. Vhodné je rovněž pořídit ze sezení audiozáznam, a ten poskytnout pacientovi.

**Obrázek 8.2.1.7:** Zjednodušený model panické poruchy a bludný kruh fungování příznaků

### • Práce s myšlenkami

Kognitivní restrukturační přístup je přístup, který učí postupně měnit katastrofické myšlenky, které se objevují během záchvatu nebo při anticipační úzkosti. Jde o automatické negativní myšlenky, jako např. že se postižený udusí, umře, ztratí kontrolu, zblázní se ap. S pacientem sestavíme seznam jeho nejčastějších a nejnejpříjemnějších úzkostných myšlenek a během sezení jej učíme tyto myšlenky zpochybňovat pomocí vhodných otázek, hledat rozumné odpovědi, které omezí vliv katastrofických interpretací na emoce (tzv. sokratovský dialog). Může pomoci, když má pacient zpočátku tyto rozumné odpovědi napsané na papírku u sebe a opakovaně si je čte.

|      |                                                                |
|------|----------------------------------------------------------------|
| Líc: | BUŠÍ MI SRDCE: CO KDYŽ DOSTANU INFARKT?                        |
| Rub: | ZKLIDNI SE! NENÍ TO INFARKT, ALE TVŮJ ZPŮSOB REAKCE NA NAPĚTÍ. |

Sofistikovanější možností je pracovat s denním záznamem automatických myšlenek (viz Praško et al., 1997). Seznam automatických negativních myšlenek probereme s klientem v každém sezení a společně vybereme některou z nich – buď tu,

kteřá jej nejvíce trápí, nebo tu, kterou lze nejzřejměji zpochybnit. Tuto myšlenku pak ve vzájemném dialogu zkoumáme, testujeme, nakolik odpovídá skutečnosti a nakolik je zkreslená. Nejobtížnější v tomto dialogu je vyhnout se situaci, kdy terapeut negativní myšlenku zpochybňuje, zatímco klient ji brání. Proto vedeme klienta k tomu, aby se snažil svou negativní myšlenku zpochybnit sám a aby hledal alternativní vysvětlení. K tomu využíváme otázky, jako jsou „Co svědčí pro tuto myšlenku?“, „Co by si v této situaci mohl myslet někdo jiný?“, „Nezapomínám na některá důležitá fakta?“, „Neuvažuji v pojmech vše, nebo nic?“, „A co když se skutečně stane...?“. Cílem tohoto dialogu s klientem je najít a zformulovat racionální odpověď, která oslabí přesvědčivost a emocionální účinek negativní myšlenky. Dalším cílem je naučit klienta, aby dokázal samostatně zkoumat a zpochybňovat své negativní myšlenky a aby si uvědomil, jakých logických chyb v myšlení se dopouští. Je již zřejmé, že se u klientů s panickou poruchou zaměříme především na katastrofické interpretace tělesných pocitů a na jejich nahrazení přiměřenějšími myšlenkami – např. „Tyto pocity znám, měl jsem je už mnohokrát. Jsou sice nepříjemné, ale nejsou nebezpečné.“

S prací s automatickými negativními myšlenkami začínáme již od druhého sezení. Důležité a zároveň obtížné je naučit pacienta uvědomit si, čím jeho záchvat úzkosti začíná a co si v tomto okamžiku říká v duchu, tj. jaké myšlenky nebo představy mu běží hlavou. Objevíme jeho vnitřní monolog, tzv. sebeinstruktáž, který bývá u panických záchvatů katastrofický, např. „*Určitě omdlím. Všichni si toho všimnou a budu vypadat jako hlupák*“ atd. Poté, co je klient schopen identifikovat tyto negativní myšlenky a následně je zpochybnit, si pak nacvičuje tyto pozitivnější alternativy, nejdříve nahlas a potom potichu. Snaží se je použít doma, zejména ve chvíli, kdy má záchvat paniky. Jakmile se mu jednou podaří změnit svůj vnitřní monolog během záchvatu, musí následovat odměna. Dalším cílem je postupně naučit klienta uvědomit si, jakých logických chyb se v myšlení dopouští.

Nyní si ukážeme jednotlivé kroky kognitivní restrukturace podrobněji.

### *1. Souvislost emocí a automatických negativních myšlenek*

Znovu se vrátíme ke schématu, které jsme si s pacientem nakreslili na prvním sezení. Znovu probereme bludný kruh úzkosti a poté předestřeme, jak se ho budeme pokoušet narušit pomocí práce s automatickými negativními myšlenkami. Můžeme pacientovi sdělit něco v následujícím smyslu:

U lidí, kteří mají panické ataky, automaticky naskakují myšlenky ohrožujícího charakteru. Jsou nekonstruktivní, vedou k nárůstu úzkosti a následně k úzkostnému chování a vyhýbání se, nikoliv k řešení situace. Proto je nutné se naučit stavět do opozice vůči těmto automatickým myšlenkám a diskutovat jejich platnost. Dále je potřebné je nahradit myšlenkami konstruktivními. Budeme se to spolu postupně učit. Nesmíme to ale uspěchat, protože zlozvyk – mít ve stresu úzkostné automatické myšlenky – bývá letitý.

Je nutné, aby klient pochopil souvislost mezi vznikem panického záchvatu a konkrétními katastrofickými myšlenkami. Na základě různých myšlenek lidé reagují



různými emocemi i chováním. Na příkladech to pak pacientovi ukážeme: spouštěč je stejný, reakce na něj však rozdílné.

| Situace:                | Myšlenka:                         | Emoční reakce:      |
|-------------------------|-----------------------------------|---------------------|
| Příklady:               |                                   |                     |
| a) úzkostná varianta    |                                   |                     |
| Náhlé závratě           | Co když mám mrtvičku?             | Vystupňovaná úzkost |
| b) varianta bez úzkosti |                                   |                     |
| Náhlé závratě           | Mám asi nízký tlak, nic se neděje | Zklidnění           |

## 2. Rozpoznání automatických negativních myšlenek

Většina klientů rozpoznává svoje automatické myšlenky již od počátku léčby. Někteří však mohou mít problémy, protože si myšlenky neuvědomují anebo mají katastrofické vizuální představy. Katastrofické vizuální představy se snadno dají převést na automatické myšlenky tím, že klienta požádáme, aby situaci ohodnotil. Klienta požádáme, aby si uvědomil v okamžiku, kdy se začne cítit úzkost, jaké myšlenky, případně představy mu běží hlavou, a zapsal si je formou přímé řeči. Přitom si také zaznamená situaci, ve které se úzkost a negativní myšlenky objevily.

## 3. Testování platnosti automatických myšlenek

K testování automatických myšlenek slouží sokratovský dialog, nebo si klient může myšlenky zpochybňovat sám v rámci domácího úkolu. Většina klientů s tím má zpočátku problémy, snadněji nacházejí vysvětlení, která svědčí ve prospěch automatické negativní myšlenky, než vysvětlení svědčící o opaku. Nicméně při důsledném probírání domácích cvičení se většina klientů poměrně rychle naučí automatické myšlenky testovat.

**Tabulka 8.2.1.14:** Testování automatické myšlenky

| MYŠLENKA: „URČITĚ SE ZBLÁZNÍM!“                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CO SVĚDČÍ PRO?                                                                                                                                                                                             | CO SVĚDČÍ PROTI?                                                                                                                                          |
| Mám divné pocity, jako bych to ani nebyl já, jakoby to bylo ve filmu.                                                                                                                                      | Opakovaně jsem měla tyto pocity a nic se mi nestalo. Jsou akorát nepříjemné a přicházejí nečekaně.                                                        |
| Nejraději bych někam utíkala, ale nevím kam.                                                                                                                                                               | To je pravda. Ale přesto nikam nakonec neuteču. Tady to svědčí spíše proto, že mám strach, a ne proto, že bych bláznila.                                  |
| Takhle se přece normální lidé nechovají, nepobíhají zbytečně po bytě, nemají takovou hrůzu.                                                                                                                | Nevím jak se chovají jiní lidé, když mají velký strach, ale je možné, že podobně.                                                                         |
| Matčina sestřenice zemřela v blázninci. Máme to v rodině.                                                                                                                                                  | To je pravda. Ale ve vysokém věku a byla demenční. Ještě tak stará nejsem. A i kdyby byl kdokoliv v rodině blázen, ještě to neznamena, že se zblázním já. |
| <b>RACIONÁLNÍ ODPOVĚĎ:</b> Mám strach, abych se nezbláznila, nicméně jde jen o moje obavy, důkazy proto, že bych se měla zbláznit, žádné nemám. Mám však silné záchvaty úzkosti, a ty prožívám nepříjemně. |                                                                                                                                                           |

#### 4. Vytvoření racionální odpovědi

Pokud se podařilo automatickou myšlenku adekvátně testovat, najít racionální odpověď je většinou jednoduché. V pokročilých stádiích léčby klienti postupně vytvářejí rovnou racionální odpověď, přičemž myšlenku testují pouze v mysli.

##### • Dechový trénink

Protože zrychlené dýchání je častou příčinou vzniku či prohlubování panického záchvatu, je třeba s klientem nacvičit kontrolované dýchání. Nejdříve v podmínkách klidu během sezení, později toto dýchání nacvičuje klient sám, také nejprve v klidu, posléze i během úzkosti nebo panického záchvatu. Návik zklidňujícího dýchání probíhá pravidelně od prvního sezení. Klienta instruujeme, aby při dýchání počítal – jedna, dvě, tři nádechy, jedna, dvě, tři, čtyři výdechy. Na dýchání se klient soustředí, má být pravidelné a zklidňující. Jakmile klient tuto techniku zvládne, je možno přistoupit k behaviorálnímu experimentu – interoceptivní expozici. Je to vyvolání tělesných příznaků úzkosti pomocí hyperventilace a následně jejich zvládnutí pomocí kontrolovaného dýchání. Klienta vyzveme, aby po dobu asi 2–3 minut usilovně a zhluboka dýchal a následně vzniklé tělesné pocity (točení hlavy, bušení srdce, sevření na hrudi) postupně zvládnul pomalým a pravidelným kontrolovaným dýcháním. Řada pacientů má během hyperventilace pocity, které prožívají během panických záchvatů. Proto je pro ně důležité zjištění, že jsou schopni tyto pocity zmírnit vlastní vůlí a aktivitou. Důležité je procvičování zejména v domácím prostředí. Cílem náviku je, aby byl klient schopen aplikovat zklidňující dýchání takřka automaticky, jakmile se objeví první známky blížícího se panického záchvatu.

##### • Návik relaxace

Protože je zvýšené napětí ve svalech rovněž jedním ze základních příznaků úzkosti, je pro klienta důležité si toto napětí uvědomit a naučit se ho uvolňovat. Intenzivnější napětí a další tělesné příznaky už dokáže zmírnit kontrolou dechu. Přesto často zůstává menší napětí, které může podmiňovat bolesti hlavy, přecitlivělost ap. Proto je potřebné naučit klienta relaxovat. Při náviku postupujeme metodou podle Jacobsona nebo podle Östa. Tyto metody se úzkostní klienti učí poměrně rychle, a proto jsou pro ně vhodnější než autogenní trénink, který potřebuje více času. Östova relaxace je popsána jinde. Chceme po klientovi, aby nacvičoval relaxaci minimálně 1krát denně a zapisoval si ji. V dalších sezeních pak fázi napětí vynecháme a začínáme hned fází uvolňování. Klient pak nacvičuje relaxaci minimálně 2krát denně a postupně se učí relaxovat i v běžných denních situacích.

##### • Interoceptivní expozice

Expoziční léčba je důkladně popsána v obecné části knihy, v kapitole o strategiích. U panické poruchy jsou nejdůležitější interoceptivní expozice, tj. expozice tělesným pocitům (popsána výše, viz tabulku) a expozice zevním podnětům (např. obchodům, dopravním prostředkům, výtahům), jelikož je agorafobie častou komplikací panické poruchy. Většině klientů stačí 5–10 interoceptivních expozic. Interoceptivní expozice děláme zásadně v terapeutickém sezení.

**Tabulka 8.2.1.15:** Manévry používané pro interoceptivní expozice (*Možný a Praško, 1999*)

| MANÉVR /CVIČENÍ    | ČAS EXPOZICE   | INSTRUKCE                                                                                                                                                   |
|--------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hyperventilace     | 2-5 minut      | Dýchejte otevřenými ústy hluboce v rychlém tempu bez přestávky. Dělejte to hlasitě (tzv. psí dech).                                                         |
| Rotace             | 1 až 2 minuty  | V rychlém tempu se točte na místě, nejlépe blízko zdi, abyste se mohli opřít v případě ztráty rovnováhy (je možné i na otočné židli).                       |
| Dřepy              | 2-3 minuty     | V rychlém tempu dělejte dřepy, dokud se vám nerozbuší srdce.                                                                                                |
| Běh na místě       | 2 až 5 minut   | Energicky sprintujte na místě (případně vysoko zvedejte nohy).                                                                                              |
| Změna polohy       | 2 až 3 minuty  | V sedu v křesle nebo na židli si dejte hlavu mezi nohy tak, aby byla pod úroveň srdce. Po uplynutí stanoveného času se prudce zvedněte a dívejte před sebe. |
| Třes hlavy         | 1 až 2 minuty  | Sklňte hlavu a třeste s ní do stran se zavřenýma očima. Pak ji zvedněte, otevřete oči a podívejte se před sebe.                                             |
| Tělesné napětí     | 2 až 3 minuty  | Sevřete pěsti, napněte paže, chodidla, sevřete vpředu ramena, napněte hrudník a celé tělo. Zhluboka dýchejte.                                               |
| Zadržení dechu     | 30 vteřin      | Zhluboka se nadechněte a zadržte dech na co nejdelší dobu.                                                                                                  |
| Dýchání přes brčko | 2 až 3 minuty  | Vdechujte přes brčko, druhou rukou si upěte nos.                                                                                                            |
| Upřený pohled      | 2 až 3 minuty  | Dívejte se upřeně na jedno místo na prázdné zdi. Zkuste nepohybovat očima.                                                                                  |
| Knedlík v krku     |                | Polkněte rychle 4x až 6 x za sebou tak rychle, jak jen to jde.                                                                                              |
| Odolávání tepla    | 15 až 20 minut | Sedněte si na vyhřáté místo (sluncem, kamny ap.) velmi teple oblečení. (alternativou je sauna)                                                              |
| Pohled do zrcadla  | 2 až 3 minuty  | Dívejte se na sebe do zrcadla bez toho, abyste pohybovali očima.                                                                                            |

### • Zvládnutí vyhýbavého chování – expozice in vivo

U mnoha klientů s panickou poruchou zjišťujeme, že se vyhýbají celé řadě situací, protože obávají, že by v nich mohli dostat záchvat paniky a buď by se nedovolali pomoci, nebo by se před druhými lidmi ztrapnili. Jde o vyhýbavé chování, které může přecházet do agorafobie. Intervencí je expozice in vivo, vystavení se situacím a místům, kterým se klient vyhýbá. Po behaviorální analýze společně s ním stanovíme hierarchii situací, kterých se nejvíce obává, a cíle, kterých by chtěl v průběhu léčení dosáhnout. Potom jej postupně těmito situacím vystavujeme. Jakmile klient úspěšně zvládne jednu situaci, přejdeme k situaci o stupeň obtížnější. Zpočátku může terapeut klienta při plnění jeho úkolů doprovázet, postupně je však klient plní samostatně. Přitom si vede deník, kde si zaznamenává čas strávený

expozici, stupeň úzkosti před a po expozici, zároveň také myšlenky, které mu ve splnění úkolu bránily nebo mu naopak pomáhaly. Tyto myšlenky pak s klientem probíráme během sezení a pomáháme hledat racionální odpovědi na negativní myšlenky, zatímco posilujeme pozitivní „sebeinstruktáž“. Potřebný počet expozic je různý, většina klientů zvládne základní situace, tj. nakupování a cestování dopravními prostředky, během 4 až 6 týdnů. Před zahájením reálné expozice bývá u některých pacientů potřebné provést expozici v představě (imaginaci).

#### • Řešení problémů

Řešení problémů je popsáno v kapitole o strategiích.

#### 8.2.1.4.5 Problémy v léčbě u panické poruchy

Nejčastějším problémem na začátku léčby je neochota pacienta přijmout, že jeho problémy jsou psychického původu a že není potřeba dalších somatických vyšetření a vyžadování léčby od somatických lékařů. Pokud se podaří vytvořit dobrý terapeutický vztah, opakovaná edukace a experimenty s tělesnými příznaky obvykle vedou ke změně postoje. Dalším velkým problémem je obava z expoziční léčby, která někdy vede k racionalizaci typu: „nejdříve mě zbavte úzkosti, a já pak do těch expozic půjdu“. Při nadměrném strachu z expoziční léčby, zejména z interoceptivní expozice, je nutno hledat méně náročné kroky, které pacienta posílí.

Jednou z velmi častých komplikací léčby je závislost na benzodiazepinech, často vytvořená iatrogeně. Pokud chceme, aby bylo KBT dlouhodobě účinné, potřebujeme benzodiazepiny vysadit. Ale během vysazování trpí klient abstinenčními příznaky, které imitují zhoršení úzkostné poruchy. Pokrok je pak velmi pomalý a pacientům musíme trpělivě vysvětlovat, co jsou příznaky z vysazení a co úzkosti jako takové. Někdy však rozlišení není možné.

Občas se stává, že se pacient v průběhu expoziční léčby začne propadat do dysforických nálad nebo se začne rozvíjet deprese. Paradoxně to častěji zažíváme u pacientů, kteří společně s KBT užívají antidepresiva SSRI. Je otázkou, zda se jedná o neznámý vliv léku při souběžné expoziční léčbě. Situace je pak obtížnější, protože pacient je demoralizovaný, nešťastný a expozice odkládá. Má pocit, že léčba nemá smysl, i když má za sebou zjevný pokrok. Zkušenost ukazuje, že toto období zpravidla nebývá dlouhé a během 2–3 týdnů odezní. Pacienta více posilujeme a povzbuzujeme.

#### 8.2.1.5 KBT a psychofarmakoterapie u panické poruchy

Řada odborníků věří, že optimální léčba by měla sestávat z kombinace léků s nějakou formou psychosociální léčby (Alexander, 1991, Fahy et al., 1992, Marriott et al., 1989). Toto přesvědčení vychází z předpokladu, že jak léky, tak KBT jsou velmi účinné přístupy, ovšem žádný z nich nevyлéčí všechny pacienty. Ale jejich kombinace by mohla účinnost léčby zvýšit. Ovšem výsledky studií to zatím nepotvrzují. Kombinace KBT s alprazolamem nebo diazepamem není účinnější než samotná KBT (Hafner a Marks, 1976, Wardle et al., 1994). Dokonce některé studie ukazují,

že přidání benzodiazepinů zhoršuje účinnost expoziční léčby (Echeburúa et al., 1993, Marks et al., 1993). Několik studií porovnávalo KBT a KBT v kombinaci s imipraminem. Výsledky jsou rovněž různorodé. Přidání imipraminu v dávce 150–300 mg pro die k expozičním zlepšilo terapeutické výsledky z krátkodobého hlediska (Barlow et al., 2000, Taylor, 2000), ovšem v katamnézách se rozdíl mezi KBT a kombinovanou léčbou neukázal. Kombinace KBT a SSRI (fluvoxamin nebo paroxetin) v jedné studii neukázala lepší výsledky než KBT samotná (Sharp et al., 1996), ve dvou však byla úspěšnější (de Beurs et al., 1995, Oehrber et al., 1995).

Zdá se, že kombinovaná léčba je vhodná zvláště při komorbiditě s depresí, další úzkostnou poruchou nebo v případě závažných příznaků.

## 8.2.1.6 Kazuistika

### Příběh Petra

Petr je 34letý podnikatel. Přišel od obvodní lékařky, u které si již dva roky stěžoval na bolesti u srdce. EKG i zátěžové EKG však postižení srdce vyloučilo. Jeho první návštěvě v psychiatrické ambulanci předcházela řada nepříjemných zážitků. Poprvé se děsivý stav objevil při cestě autem. Poslední záchvat popsal následujícím způsobem: „Když jsem zastavil v dopravní zácpě na dálnici, najednou se mi rozbušilo srdce, nemohl jsem popadnout dech, snažil jsem se co nejdříve otevřít okénko a lapal jsem po dechu. Celý jsem se zpotil. Měl jsem pocit, že tam umřu a nikdo mi nepomůže. Měl jsem strašný strach. Přejel jsem na nástupiště autobusu a chtěl si zavolat sanitku. Došlo mi však, že by tam nedojela. Byla to zoufalá situace. Asi za 20 minut to přestalo, byl jsem však strašně utahaný a měl jsem pocit, že ani nedojedu domů. Naštěstí se fronta uvolnila a dojel jsem domů. Protože jsem to zažil mnohokrát a byl opakovaně na pohotovosti a na vyšetřeních, věděl jsem, že dalšími lékařskými vyšetřeními by se asi nic nezměnilo. To mě přimělo k tomu, že jsem přišel za vámi. Asi je to opravdu psychické. Ale mně se nic zlého v životě nestalo, vždy jsem byl schopný stresové situace vyřešit. Proč to tedy mám? Opravdu to není něco se srdcem, na co se ještě nepřišlo?“ Petr již déle než rok necestuje žádnými dopravními prostředky, kromě svého auta. Vždy se snaží vyhnout dopravní zácpě, ale v Praze to vždy nejde. Pravidelně si měří tep a doma taky tlak. Lékařům moc nedůvěřuje. Zná dost případů ze svého okolí, kdy lékaři nemoc zanedbali. Zpočátku ho podobný záchvat přepadal zřídka, v poslední době je to však už dvakrát až třikrát za týden. A není to jen v autě. Mnohokrát měl podobný záchvat v noci ze spánku. Náhle se probudil, bušilo mu srdce, nemohl dýchat. Vždy ho to velmi vyděsilo.

**Z anamnézy:** Petr je nejstarší syn. Jeho otec byl úředník, matka učitelka. Otec byl přísrný a maminka úzkostná. Vždy o něj jako o chlapce měla strach. Zejména, když byl nemocný, bývala vyděšená. Ve škole byl společenský, neměl však bližšího kamaráda. Velmi dobře se učil, byl považován za „šprta“. Hodně sportoval a většinu povrchních kamarádských vztahů měl ve sportovním klubu. Když mu bylo 17 let, jeho otec náhle zemřel na infarkt myokardu. Bylo mu teprve 48 let a smrt přišla nečekaně doma bez toho, že by měl předtím jakékoliv potíže. Dospívající mladý muž musel převzít roli hlavy rodiny pro úzkostnou matku i mladší sestru a brata. Otec mu chyběl, ale rovněž se mu ulevilo – do té doby ho

otec neustále kritizoval a napomínal. Nedokázal ani pořádně prožít smutek za otcem. Někdy si to vyčítal, brzy však na to v nových starostech zapomněl. Studoval, snažil si přivydělat, aby pomohl matce. Z jeho vyprávění se zdálo, jako by pro svého otce nikdy opravdu netruchlil a na jeho smrt reagoval tím, že ji vytlačil z mysli.

Po dokončení vysoké školy ekonomické nastoupil u zahraniční firmy. V povolání se mu dařilo, za 5 let se rozhodl osamostatnit a založit si vlastní firmu. V podnikání mu to šlo. Oženil se ve 26 letech. Narodila se mu dcera. Během pěti let došlo ve vztahu ke krizi. Manželka mu vyčítala, že je stále sama doma a on se nevěnuje rodině, stále pracuje nebo cestuje. Nechtěla pochopit, že jeho práce je prostě taková. Docházelo k hádkám, oba se cítili nedocenení, vymizel sexuální život. Nakonec se po 6 letech manželství rozvedli. Petr měl v té době již jiný vztah. Měl trochu pocitu viny vůči své bývalé ženě a dceři, protože paralelní vztah rozvod urychlil, ale pak to v sobě potlačil. Za půlroku poté se znovu oženil, protože nová partnerka byla těhotná. Těhotenství bylo rizikové a nová manželka žárlila na bývalou ženu a na dceru z prvního manželství. Měla pocit, že se jim Petr příliš věnuje, přenechal jim zbytečně byt a platí moc vysoké alimenty. V té době Petra také kouslo klíště a onemocněl boreliózou. Cítil se unavený, měl bolesti ve svalech. Po přeléčení antibiotiky se zdálo, že je v pořádku. Asi dva týdny po kůře antibiotiky, kdy se už naplno vrátil do práce, kde ho čekala řada restů, měl večer spor s těhotnou manželkou. Už před konfliktem se cítil z práce nadměrně unavený a podrážděný. Hádky vedla k silnému napětí. Hůře usínal, protože mu to přišlo líto. Její výčitky vnímal jako nespravedlivé, zároveň svůj hněv jako nepatřičný, zejména proto, že ona je měsíc před porodem. Dlouho usínal, pak usnul velmi tvrdě. Najednou se však v noci probudil, bušilo mu srdce, cítil brnění v prstech a nemohl se nadechnout. Vyděsil se, že má infarkt a zemře. Zavolał si pohotovost, odvezli ho na koronární jednotku, kde ho monitorovali zbytek noci a dopoledne, nicméně žádné známky infarktu nenašli. Petr se trochu uklidnil, ovšem za necelý týden opět zažil noční záchvat bušení srdce, nemohl popadnout dech a měl mravenčení v rukou a ve rtech. Začal shánět známé lékaře, opakovaně se nechal vyšetřit pomocí EKG i Holterova EKG, opět s negativním nálezem. Další záchvat ho překvapil ve frontě v Tesco. Nechal vozík s potravinami v prodejně a utekl na vzduch. Už se pro nákup nevrátil. Od té doby se začal velkým odchodním domům vyhýbat. Začal mít strach být sám. Obával se, že kdyby dostal infarkt, nebyl by blízko nikdo, kdo by mu mohl pomoci. Přestal chodit na squash, který dříve míval rád. Pokládal ho za příliš velkou námahu pro své srdce. Začal si kontrolovat tep a koupil si digitální tlakoměr. Několikrát denně si pak měřil tlak. S nárůstem strachu skončily hádky s manželkou. Báł se, že když se rozčílí, dostane infarkt a skončí jako jeho otec. Záchvaty se objevovaly s nepravidelnou frekvencí, většinou v situacích, z kterých nemohl ihned uniknout. Opakovaně se mu to stalo v autě. Proto vždy někoho přesvědčoval, aby jel s ním. Ve společnosti druhého člověka nikdy záchvat neměl. Obával se zejména dopravní zácpy, proto sám jezdil většinou jen velmi brzy ráno nebo pozdě večer. Postupně začal ovládat velmi dobře všechny boční ulice v Praze, aby se mohl vyhnout přeplněným hlavním tahům.

**Kognitivně behaviorální formulace případu:****Predisponující faktory:**

V dětství byl Petr vychováván nadměrně kritickým otcem, kterého se bál, a úzkostnou matkou, která jeho nemoci prožívala velmi úzkostně. Společně s matkou prožíval obavy o své zdraví. V adolescenci mu náhle zemřel otec na infarkt myokardu. Petr nedokázal prožít přirozený proces smutnění (pro silně ambivalentní vztah k otci), naopak převzal na svá bedra starost o rodinu. Náhlá otcova smrt posílila jeho dětské obavy o zdraví.

**Kontextuální antecedenty, zvyšující citlivost ke stresu:**

V době počátku potíží prožíval složitou vztahovou situaci, rozvedl se, měl pocity viny z mimomanželského vztahu, znovu se oženil a objevily se konflikty v novém manželství. Dalším faktorem bylo oslabení boreliózou a léčba antibiotiky.

**Precipitující – spouštěcí faktory:**

První záchvat se objevil v noci po konfliktu s novou manželkou v době, kdy se po nemoci vrátil do práce a byl zavalen úkoly, takže byl v silném stresu.

**Bludný kruh panických atak:**

Spouštěče: Být sám doma či v autě, obchodní domy, dopravní zácpa, spánek v druhé polovině noci – probouzí ho bušení srdce

Kognice: Obavy z infarktu, udušení, náhlé smrti, myšlenky na únik

Emoce: Úzkost a strach vystupňované do paniky, vztek na sebe

Tělesné reakce: Bušení srdce, zrychlené dýchání, brnění prstů, třes, pocení, napětí ve svalech, zvedání žaludku

Chování: Vyhybání se situacím, kde hrozí samota a nemožnost úniku (obchodní domy, dopravní zácpa, být sám), zabezpečování a ujišťování – být s druhou osobou, kontrolování tlaku a pulsu, řada somatických vyšetření, ujišťování u lékařů

**Důsledky:**

Bezprostřední – úleva z negativních emocí

Dlouhodobé – zúžení aktivit pracovních i sportovních, omezení příjemných aktivit, snížení sebevědomí

**Udržovací faktory:**

Problémy nemohou ustoupit, dokud má Petr nadměrné obavy o zdraví a nedůvěřuje tomu, že by mohlo jít o psychickou poruchu, protože má dále tendence se vyhýbat, zabezpečovat a ujišťovat. Toto chování vede k tomu, že se nemůže přesvědčit o tom, že jde o příznaky paniky, které nejsou nebezpečné, ale jen nepříjemné.

Prvním krokem v léčbě byla edukace o příznacích a panické poruše. Psychiatr s Petrem probral jeho anamnézu a vysvětlil možné psychologické souvislosti vzniku panických záchvatů. Pak mu vysvětlil, jak probíhá reakce „útok nebo útek“, a na jejím základě vysvětlil původ tělesných příznaků. Petr poprvé slyšel logické vysvětlení svých potíží a s úlevou tento pohled přijal. Společně s terapeutem nakreslili bludný kruh příznaků. Pak se tera-

peut zaměřil na udržovací faktory. Vysvětlil Petrovi, jak vyhýbání, zabezpečování a ujišťování společně s katastrofickými myšlenkami udržují panickou poruchu v chodu. V poslední části prvního sezení terapeut Petrovi objasnil, jakým způsobem budou spolupracovat na změně, a vysvětlil mu, že nejdůležitější nebude ani tak to, co si řeknou, jak to, co bude praktikovat sám doma. Základem léčby bude změna katastrofických myšlenek na myšlenky, které budou konstruktivní, nácvik zvládnání záchvatů pomocí zklidnění dechu a nácvik zvládnání situací, kterým se Petr vyhýbá nebo ve kterých se zabezpečuje. Za domácí úkol dostal pak prostudovat brožurku o panické poruše a její léčbě a rozšířit popis příznaků v bludném kruhu úzkosti, který si společně naznačili v sezení. Dalším úkolem bylo vytvořit seznam všech katastrofických myšlenek, které ho během záchvatů nebo po něm napadají.

V dalším sezení za 3 dny terapeut s Petrem znovu probrali model vzniku a udržování panických záchvatů. Petr přinesl doplněný bludný kruh a seznam svých katastrofických myšlenek. Při čtení brožurky měl dobrý pocit, že jeho potíže jsou známé a že existují způsoby, jak je zmírnit. Při probírání automatických myšlenek se podařilo vytipovat myšlenky na katastrofu typu: Co když umřu? Nikdo mi nepomůže! Dopadnu jako táta!, a myšlenky na únik: Rychle pryč! Musím do nemocnice! ap. Uvědomil si, že tyto myšlenky přicházejí stereotypně znovu a znovu v každém záchvatu a přesto, že měl záchvatů už celou řadu a nezemřel, objevují se neúspěšně znovu a vyvolávají v něm stále stejně velké zděšení. Psychiatr s ním pak probíral alternativní vysvětlení jeho příznaků. Petr měl však obavy, že v záchvatu ho alternativní vysvětlení prostě nenapadnou.

V tomto sezení terapeut Petrovi nabídl, ať zkusí schválně zrychleně dýchat, aby zjistil, nakolik se zrychlené dýchání podílí na příznacích, které při záchvatu vznikají. Pak se tyto příznaky naučí odstranit pomocí kontrolovaného dýchání. Petr s váháním souhlasil. Nejdříve spolu s terapeutem nacvičil zklidňující dýchání, pak společně hyperventilovali. Po dvou minutách dal Petr znamení, že už cítí nepříjemné příznaky. Terapeut mu pak pomohl s odstraněním příznaků pomocí zklidňujícího dýchání a rovnou pak pokračoval Östovou progresivní relaxací. Během hyperventilace sice Petr nezažíval bušení srdce, ale silně cítil nemožnost popadnout dech, mravenčení v prstech a měl pocit, že mu „praskne hlava“, což byly příznaky, které v záchvatu paniky běžně prožíval. Taky ho na chvíli přepadl strach, že dostane infarkt, nebyl však tak intenzivní, jako mívával v autě nebo při nočních záchvatech. Pomocí zklidňujícího dýchání se mu podařilo příznaky výrazně zmírnit a během následné relaxace zmizely i jejich náznaky. Po celé proceduře se Petr cítil velmi dobře – „jako vyčištěný“. Za domácí úkol dostal Petr sepsat alternativní vysvětlení svých tělesných příznaků a nácvik kontrolovaného dýchání.

V dalších třech sezeních terapeut s Petrem pokračovali ve vyvolávání „řízených záchvatů“. Použili jak hyperventilace, tak rychlých dřepů s výskokem k vyvolání bušení srdce. Petr si postupně našel řadu alternativních nekatastrofických vysvětlení svých tělesných příznaků.



| AUTOMATICKÁ MYŠLENKA:                                      | RACIONÁLNÍ ODPOVĚĎ:                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| To není normální to bušení srdce! Co když je to infarkt?   | Jsou to tělesné příznaky stresu.                                                                                                                                                               |
| Můj otec byl úplně zdravý a pak ho zabil najednou infarkt. | Otec nebyl předtím vyšetřený, asi zdravý nebyl, jen si nestěžoval a nikam nešel. Měl vyšší cholesterol a kouřil, necvičil. Já mám normální cholesterol, většinu života jsem cvičil a nekouřím. |
| A co když z té úzkosti ten infarkt dostanu!                | Je to nepravděpodobné, ale když se budu strašit, bude to ještě horší.                                                                                                                          |

Přesto však v záchvatech, které se objevily doma, nebyl schopen alternativní vysvětlení použít a stále byl na krátkou dobu vyděšený, i když už neměl potřebu volat pohotovost a dokázal se pomocí kontrolovaného dechu záhy zklidnit sám. S obavami přistoupil na dohodu, že si nebude měřit tep a tlakoměr přinese do ambulance a ponechá ho tam na přechodnou dobu, co se bude léčit.

Od čtvrtého sezení začal Petr s expozicemi in vivo. Terapeut mu vysvětlil princip expoziční léčby a nakreslil habituační křivku. Nejdříve s ním šel do fitness centra, kde si společně zacvičili. I když se Petr obával, že nevydrží ani 10minutovou jízdu na rotopedu, nakonec vydržel cvičit celou hodinu. Jeho počáteční úzkost rychle opadla. Jednou během této hodiny se mu udělalo nevolno, po krátkém zpomalení tempa však krizi překonal. Na konci cvičení se cítil skvěle. Poté společně s terapeutem vyrazili na autobus, kterým Petr dva roky nejel. Ujeli společně 5 zastávek. To bylo bez problémů. Terapeut Petrovi nabídl, aby zkusili jet dalších 5 zastávek každý zvlášť. Petr jel prvním autobusem, terapeut za ním druhým. Na třetí zastávce Petr čekal, záchvat úzkosti ho vyhnal z autobusu. Nechal se však lákat na další dvě zastávky společně a pak i na dvě zastávky sám. To už zvládl bez problémů.

Během dalších sezení Petr rozšiřoval počet zastávek, které byl schopen ujet sám. Po 14 dnech už dokázal jezdit autobusem od konečné na konečnou celou hodinu a začal jezdit metrem. Cvičit do posilovny chodil už dvakrát týdně. Další týden se pak soustředil na metro a na nákupní střediska. V posledních dvou týdnech se s terapeutem kromě expozic věnovali i řešení problémů v Petrově manželství. Petr si uvědomil, jak málo svoji ženu podporuje a jak hodně se jí snaží dokazovat, jak je sám výkonný, aby ho ocenila. Jakoby se od ní stále snažil získat podporu, kterou jako malý kluk jako malý kluk potřeboval od rodičů, hlavně od otce. Rozhodl se, že už „otce vyhodí z batohu“ a spíše sám bude oceňovat manželku. Terapeut ho požádal, aby napsal dopis otci na rozloučenou, kde budou všechny emoce, které k otci prožíval: vztek, lítost, smutek, touha po ocenění, láska. Když pak Petr dopis v sezení četl, rozplakal se. Nakonec se formou hraní rolí s otcem rozloučil. Po 8 týdnech od začátku léčby byl Petr zcela bez příznaků, volně cestoval po Praze, záchvaty paniky se přestaly objevovat. Léčba byla ukončena s tím, že se s terapeutem ještě třikrát setká při podpůrných sezeních za měsíc, za tři měsíce a za půl roku. Při těchto setkáních Petr sděloval, že se jeho panické záchvaty nevrátily, byl spokojený, jeho domácí situace se rovněž výrazně zlepšila.

### 8.2.1.7 Závěr

Panická porucha se projevuje náhlými záchvaty úzkosti s výrazným vegetativním doprovodem a katastrofickou interpretací tělesných pocitů. Léčbou volby je kognitivně behaviorální terapie nebo podávání antidepresiv (preferenčně SSRI). Pro kognitivně behaviorální terapii je ústředním krokem změna katastrofické interpretace panických záchvatů. Pacient je edukován o panické poruše a její léčbě, učí se kognitivní restrukturační svých úzkostných myšlenek, prochází opakovanými interoceptivními expozicemi. Jako pomocné metody slouží zmírňování příznaků pomoci kontrolovaného dechu a nácvik relaxace. Postupně je krok za krokem odstraňované vyhýbavé a zabezpečovací chování. Závěrečným krokem v léčbě je řešení životních problémů pacienta a kognitivní restrukturační jádrových maladaptivních přesvědčení (kognitivních schémat).

### 8.2.1.8 Literatura

1. ALEXANDER, P. E.: *Management of panic disorders*. J. Psychoactive Drugs, 1991, č. 23, s. 329–333.
2. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington DC: Author, 1980.
3. American Psychiatric Association: *Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder*. *Am. J. Psychiatry*, 1998, č. 155, (supplement) 5, 34 s.
4. ASMUNDSON, G. J. G., TAYLOR, S.: *Anxiety disorders: Panic disorder with and without agoraphobia*. In: Tasman, A., Kay, J., Lieberman, J. A. (eds.): *Psychiatry*, 2nd Edition, Chichester: Wiley, 2003, s. 1281–1297.
5. BALLENGER, J. C., LYDIARD, R. B., TURNER, S. M.: *Panic disorder and agoraphobia*. In: Gabbard, G. O., Atkinson, S. D. (eds.): *Synopsis of treatments of psychiatric disorder*. Second edition. Washington: American Psychiatric Press, 1996, s. 605–616.
6. BALLENGER, J. C.: *Panic disorder and agoraphobia*. In: Gelder, M. G., Lopez-Ibor, J. J., Andreasen, N. (eds.): *New Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2000, s. 807–822.
7. BARLOW, D. H.: *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press, 1988.
8. BARLOW, D. H.: *Cognitive-behavioral therapy for panic disorder: current status*. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1997, č. 58 (Suppl 2), s. 32–36.
9. BARRLOW, D. H., BROWN, T. A.: *Psychological treatments for panic disorder and panic disorder with agoraphobia*. In: Mavissakalian, M. R., Prien, R. F. (eds.): *Long-term treatments of anxiety disorders*. Washington: American Psychiatric Press, 1996, s. 221–240.
10. BARLOW, D. H., CERNY, J. A.: *Psychological treatment of panic*. New York: Guilford Press, 1990.
11. BARLOW, H. D., RAPEE, R. M., BROWN, T. A.: *Behavioral treatment of generalized anxiety disorder*. *Behavior Therapy*, 1997, č. 23, s. 551–570.

12. BARRLOW, D. H., SHEAR, K., WOODS, S. A GORMAN, J.: *A multicenter trial comparing cognitive behavior therapy, imipramine, their combination and placebo*. Presented at the Annual Convention of the Anxiety Disorders Association of America. Boston: 1998.
13. BARLOW, D. H., GORMAN, J. M., SHEAR, M. K. et al.: *Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial*. JAMA, 2000, č. 283, s. 2529–2536.
14. BECK, A. T., LAUDE, R., BOHNERT, M.: *Ideation components of anxiety neurosis*. Arch. Gen. Psychiatry, 1974, č. 31, s. 319–325.
15. BECK, A. T., SOKOL, L., CLARK, D. A. et al.: *A crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder*. Am. J. Psychiatry, 1992, č. 149, s. 778–783.
16. BLACK, D. W., WESNER, R., BOWERS, W. et al.: *A comparison of fluvoxamine, cognitive therapy, and placebo in the treatment of panic disorder*. Arch. Gen. Psychiatry, 1993, č. 52, s. 44–50.
17. CHARNEY, D. S., WOODS, S. W., KRYSTAL, J. H. et al.: *Noradrenergic Neuronal Dysregulation in Panic Disorder: The Effects of Intravenous Yohimbine and Clonidine in Panic Disorder Patients*. Acta Psychiatr. Scand., 1992, č. 86, s. 273–282.
18. CLARK, D. M.: *A cognitive model of panic attacks*. In: Rachman, S., Maser, J. D. (ed.): *Panic: psychological perspective*. New Jersey: Elbaum, 1988.
19. CLARK, D.M.: *Anxiety states: Panic and generalized anxiety*. In: Hawton, K., Salkovskis, P. M., Krik, J., Clark, D. M. (eds.): *Cognitive behavioral therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press, 1989, s. 318–344.
20. CLARK, F. M., PROUDFIT, H. K.: *The Prejection of Locus Coeruleus Neurons to the Spinal Cord in the Rat Determined by Anterograde Tracing Combined with Immunocytochemistry*. Brain Res., 1991, č. 538, s. 231–245.
21. CLARK, D. M., SALKOVSKIS, P. M., HACKMANN, A. et al.: *A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder*. Br. J. Psychiatry, 1994, č. 164, s. 759–769.
22. CRASLE, M. G., MILLER, P. P., ROTUNDA, R., BARLOW, D. H.: *A descriptive report of features of initial unexpected panic attacks in minimal and extensive avoided*. Beh. Res. Ther., 1990, č. 28, s. 395–400.
23. CRASKE, M. G., BROWN, T. A., BARLOW, D. H.: *Behavioral treatment of panic: a two-year follow up*. Behavioral Therapy, 1991, č. 22, s. 289–304.
24. CRASKE, M. G., MAIDENBERG, E., BYSTRICKY, A.: *Brief cognitive-behavioral versus non-directive therapy for panic disorder*. J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry, 1995, č. 26, s. 113–120.
25. CÔTÉ, G., GAUTHIER, J., LABERGE, B.: *The impact of medication use on the efficacy of cognitive-behavioral therapy for panic disorder*. Presented at the 26<sup>th</sup> annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy. Boston: November 1992.
26. DE BEURS, E., VAN BALKOM, A. J., LANGE, A. et al.: *Treatment of panic disorder with agoraphobia: comparison of fluvoxamine, placebo and psychological panic*

- management combined with exposure in vivo alone.* American Journal of Psychiatry, 1995, č. 152, s. 683–691.
27. EATON, M. W., KESSLER, R. C., WITTCHEN, H. U., MAGEE, W. J.: *Panic and panic disorder in the United States.* American Journal of Psychiatry, 1994, č. 151, s. 413–420.
28. ECHEBURÚA, E., DE CORRAL, P., BAJOS, E. G. et al.: *Interactions between self-exposure and alprazolam in the treatment of agoraphobia without current panic: An exploratory study.* Behav. Cogn. Psychother., 1993, č. 21, s. 219–238.
29. FAHY, T. J., O'ROURKE, D., BROPHY, J. et al.: *The Galway study of panic disorder, I: clomipramine and lofepramine in DSM-III-R panic disorder: a placebo controlled trial.* J. Affect. Disord., 1992, č. 25, s. 63–75.
30. FARAVELLI, C., WEBB, T., AMBONETTI, A. et al.: *Prevalence of traumatic early life events in 31 agoraphobic patients with panic attacks.* Am. J. Psychiatry, 1985, č. 142, s. 1493–1494.
31. FARAVELLI, C., PALLANTI, S.: *Recent life events and panic disorder.* Am. J. Psychiatry, 1986, č. 146, s. 622–626.
32. GOISMAN, R. M., WARSHAW, M. G., PETERSON, L. G. et al.: *Panic, agoraphobia, and panic disorder with agoraphobia: data from a multicenter anxiety disorder study.* J. Nerv. Ment. Dis., 1994, č. 182, s. 72–79.
33. GORMAN, J., SHEAR, K., COWLEY, D. et al.: *Practice Guideline for the treatment of patients with panic disorder.* In: American Psychiatric Association: Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders. Compendium, 2002, s. 635–696.
34. GOULD, R. A., OTTO, M. W., POLLACK, M. H.: *A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder.* Clinical Psychology Review, 1995, č. 15, s. 819–844.
35. HAFNER, R. J., MARKS, I. M.: *Exposure in vivo of agoraphobics: Contributions of diazepam, group exposure and anxiety evocation.* Psychol. Med., 1976, č. 6, s. 71–88.
36. HOUBOVÁ, P., PRAŠKO, J., NOVÁK, T. et al.: *Ovlivňuje komorbidní porucha osobnosti účinnost léčby u panické poruchy?* Česká a slovenská psychiatrie, 2004, in press.
37. JOHNSON, J., WEISMAN, M. M., KLERNAN, G. I.: *Panic disorder, comorbidity, and suicide attempts.* Archives of General Psychiatry, 1990, č. 47, s. 805–808.
38. KASPER, S.: *Pharmakotherapie der Panikstörung.* In: Kasper, S. (Hrsg.): Depression und Angst. Wien: Universimed Verlag, 1998.
39. KESSLER, R. C., MCGONAGLE, K. A., ZHAO, S. et al.: *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States.* Arch. Gen. Psychiatry, 1994, č. 51, s. 8–19.
40. KESSLER, R. C., STEIN, M. B., BERGLUND, P.: *Social phobia subtypes in the National Comorbidity Survey.* Am. J. Psychiatry, 1998, č. 155, s. 613–619.
41. KLEIN, D. F.: *Delineation of two drug responsive anxiety syndromes.* Psychopharmacology, 1964, č. 5, s. 397–408.
42. KLEIN, D. F.: *False suffocation alarms, spontaneous panics, and related conditions: an integrative hypothesis.* Arch. Gen. Psychiatry, 1993, č. 50, s. 306–317.

43. KLEIN, D. F., FINK, M.: *Psychiatric reaction patterns to imipramine*. American Journal of Psychiatry, 1962, č. 119, s. 432–438.
44. KLEIN, D. F., RABKIN, J. G.: *Anxiety: New Research and Changing Concepts*. New York: Raven Press, 1981.
45. KLOSKO, J. S., BARLOW, D. H., TASSINARI, R.: *A comparison of alprazolam and behavior therapy in treatment of panic disorder*. J. Consult. Clin. Psychol., 1990, č. 58, s. 77–84.
46. LECRUBIER, Y., USTÜN, T. B.: *Panic and depression: a worldwide primary care perspective*. Presented at the 6<sup>th</sup> WBCP Satellite Symposium. Nice: June 1997.
47. LEON, E., ADES, J.: *The terapeutical strategies in the treatment of chronic anxiety disorders*. Confront. Psychiatr., 1995, č. 36, s. 387–419.
48. MANASSIS, K., BRADLEY, S., GOLDBERG, S. et al.: *Attachment in mothers with anxiety disorders and their children*. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry, 1994, č. 33, s. 1106–1113.
49. MARGRAF, J., SCHNEIDER, S.: *Outcome and active ingredients of cognitive-behavioral treatments for panic disorder*. Presented at the 25<sup>th</sup> annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy. New York: November 1991.
50. MARRIOTT, P., JUDD, F., JEFFERYS, D. et al.: *Panic and phobic disorders: Part I: Problems associated with drug therapy*. Curr. Ther., 1989, s. 107–121.
51. MARKS, I. M.: *Fears and phobias*. London: Heineman, 1969.
52. MARKS, I.M., SWINSON, R.P., BASOGLU, M. et al.: *Alprazolam and exposure alone and combined in panic disorder with agoraphobia*. Br. J. Psychiatry, 1993, č. 162, s. 776–787.
53. Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování: Diagnostická kritéria pro výzkum. (přeloženo z anglického originálu). Praha: Psychiatrické centrum, 1996, Zprávy č. 134, 179 s.
54. MILROD, B. A SHEAR, M. K.: *Dynamic treatment of panic disorder: a review*. J. Nerv. Ment. Dis., 1991, č. 179, s. 741–743.
55. MILROD, B., BUSCH, F., LEON, A.C. et al.: *Open trial of psychodynamic psychotherapy for panic disorder: A pilot study*. Am. J. Psychiatry, 2000, č. 157, s. 1878–1880.
56. MOŽNÝ, P., PRAŠKO, J.: *Kognitivně-behaviorální terapie: úvod do teorie a praxe*. Praha: Triton, 1999, 304 s.
57. NEWMAN, C. F., BECK, J. S., BECK, A. T.: *Efficacy of cognitive therapy in reducing panic attacks and medication*. Presented at the 24<sup>th</sup> annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy. San Francisco: November, 1990.
58. NORTON, G. R., DORWARD, J., COX, B. J.: *Factors associated with panic attacks in non-clinical subjects*. Behavior. Therapy, 1986, č. 17, s. 239–252.
59. NOYES, R., BARLOON, T. J.: *Charles Darwin and panic disorder*. J. American Medical Association, 1997, č. 277, s. 138–141.

60. OEHRBERG, S., CHRISTIANSEN, P.E., BEHNKE, K. et al.: *Paroxetine in the treatment of panic disorder: a randomised, double-blind, placebo-controlled study*. British Journal of Psychiatry, 1995, č. 167, s. 374–379.
61. Öst, L. G., Westling, B. E., Hellestrom, K.: *Applied relaxation, exposure in vivo and cognitive methods in the treatment of panic disorder with agoraphobia*. Behav. Res. Ther., 1993, č. 31, s. 383.
62. PAŠKOVÁ, B., PRAŠKO, J., HORÁČEK, J. et al.: *Identifikace souvislosti vychytávání <sup>18</sup>FDG PET s mírou symptomatologie u panické poruchy*. In: Úzkostné poruchy. Praha: Portál, 2005.
63. PRAŠKO, J., KOSOVÁ, J.: *Kognitivně behaviorální terapie úzkostných stavů a deprese*. Praha: Triton, 1998.
64. ROY-BYRNE, P. P., COWLEY, D. S.: *Course and outcome in panic disorder*. A review of recent follow-up studies. Anxiety, 1995, č. 1, s. 151–160.
65. SALKOVSKIS, P. M.: *Somatic problems*. In: Hawton, K. et al. (eds.): Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. Oxford: Oxford Medical Publications, 1989.
66. SHARPE, M. et al.: *Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome: a randomized controlled trial*. British Med. J., 1996, č. 312, s. 22–26.
67. SHEAR, M. K., WEINER, K.: *Psychotherapy for panic disorder*. J. Clin. Psychiatry, 1997, č. 58 (suppl. 2), s. 38–43.
68. SHEAR, M. K.: *Panic disorder with and without agoraphobia*. In: Tasman, A., Kay, J., Lieberman, J. A. (eds.): Psychiatry. Saunders, 1997, s. 1020–1036.
69. SOUKUPOVÁ, N., PRAŠKO, J.: *Biologické aspekty panické poruchy*. Psychiatrie, 2001, č. 5, s. 11–17.
70. ŠVESTKA, J. et al.: *Akutní psychiatrie*. Brno: Masarykova Univerzita, 1993.
71. TAYLOR, S.: *Understanding and treating panic disorder: cognitive-behavioral approaches*. New York: Wiley, 2000.
72. TELCH, M. J., LUCAS, J. A., SCHMIDT, N. B. et al.: *Group cognitive-behavioral treatment of panic disorder*. Beh. Res. Ther., 1993, č. 31, s. 279–287.
73. WARDLE, J., HAYWARD, P., HIGGITT, A. et al.: *Effects of concurrent diazepam treatment on the outcome of exposure therapy in agoraphobia*. Behav. Res. Ther., 1994, č. 32, s. 203–215.
74. WIBORG, I. M., DAHL, A. A.: *Does brief dynamic psychotherapy reduce the relapse rate of panic disorder?* Arch. Gen. Psychiatry, 1996, č. 53, s. 689–694.
75. WEISSMAN, M. M., BLAND, R. C., CANINO, G. J. et al.: *The cross-national epidemiology of panic disorder*. Arch. Gen. Psychiatr., 1997, č. 54, s. 305–309.
76. WEISSMAN, M. M., KLERNAN, G. L., MARKOWITZ, J. S. et al.: *Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks*. New England J. Medicine, 1989, č. 321, s. 1209–1214.

## 8.2.2 Generalizovaná úzkostná porucha

Ján Praško, Richard Záleský, Beata Pašková, Jana Vyskočilová,  
Hana Prašková

### 8.2.2.1 Základní údaje o generalizované úzkostné poruše

Úzkost i strach mají pro organismus adaptivní funkci. Problém začíná tehdy, když se úzkost či strach objevují *příliš často, trvají příliš dlouho* a jejich intenzita je vzhledem k situaci, která je spustila, *příliš velká* nebo když se objevují *v nepřiměřených situacích*. V těchto případech zpravidla *negativně zasahují do života* jedince. Úzkost může „*volně plynout*“ bez omezení na zvláštní okolností nebo se projevit v záchvatech. Charakteristickými rysy generalizované úzkostné poruchy (GAD – Generalized Anxiety Disorder) jsou nadměrné starosti a tělesné příznaky, jako je neklid, svalové napětí, únava, podrážděnost, problémy se soustředěním a nespavost. Za kořeny generalizované úzkosti jsou považovány nedostatečně bezpečné vazby v dětství, ambivalence vůči pečovatelným, přehnaně ochranné postoje rodičů nebo nedostatek emoční vřelosti, které v pozdějším věku mohou vést k rozvoji úzkosti. Zdá se, že na udržování generalizované úzkostné poruchy se mohou podílet zejména tři mechanismy. Za prvé, starosti mohou být využívány jako způsob, jak se vyhnout intenzivním negativním afektům. Za druhé, starosti o nepravděpodobné věci a budoucí ohrožení mohou odvádět pozornost od důležitějších reálných a bezprostředních konfliktů a omezovat kapacitu pro jejich řešení. Konečně, lidé trpící GAD podléhají do určité míry magickému myšlení a věří, že jejich starosti jim pomáhají připravit se předem na obávané situace a předejít negativním důsledkům, což posiluje obavný proces. Kognitivní teorie dále předpokládá, že symptomatologie se vztahuje buď k raným kognitivním schémátům – vzniklým na základě negativních zážitků – o světě jako nebezpečném místě, nebo o nedostatečně bezpečné, úzkostné vazbě s důležitými pečovateli. Podle přehledů výzkumů se zdá, že v léčbě GAD je kognitivně behaviorální terapie účinnější než nedirektivní nebo suportivní přístupy. Při KBT terapeut s pacientem pracují společně na identifikaci pacientova úzkostného pohledu na události, hodnotí přiměřenost tohoto pohledu pomocí logiky a zkoumání důkazů a vytvářejí alternativní vysvětlení a postoje, které může pacient využívat, když si uvědomí, že jej opět ovládají obavy, úzkost a myšlenky, které vedou k nárůstu pocitů ohrožení. Pacient si má své obavy a starosti zapisovat, stejně jako svá očekávání, k čemu podle jeho mínění dojde, aby se později mohl k těmto předpovědím vrátit a ověřit si jejich přiměřenost. Vzhledem k chronicky zvýšenému svalovému napětí a nedostatečnému parasympatickému tonu využívá většina behaviorálních intervencí u GAD nácvik svalové relaxace a její varianty.

#### 8.2.2.1.1 Klinické projevy generalizované úzkostné poruchy

Typickým projevem generalizované úzkostné poruchy je všeobecná a trvalá „volně plynoucí úzkost“, která se neomezuje jen na určité situace nebo objekty, ani na

určité okolnosti, ale týká se každodenních záležitostí a jejich zvládání nebo neurčitých tělesných příznaků. U GAD se na rozdíl od fobií neobjevuje systematické vyhýbavé chování. Typickým projevem této poruchy je *nadměrné zaobírání se starostmi a stresujícími myšlenkami*. Hlavním obsahem automatických myšlenek jsou obavy, že se stane něco nepříjemného pacientovi samotnému nebo osobám jemu blízkým, že něco nezvládne, že něco špatně dopadne ap. To vede k nadměrné úzkostnosti, podrážděnosti, k únavě a nepříjemným tělesným pocitům. Úzkostné očekávání, obavy z budoucího neštěstí, pocity, že je „na pokraji svých sil“ vedou ke zhoršenému soustředění. Z *tělesných příznaků* dominuje svalové napětí, roztřesenost, závratě, nevolnost, bolesti hlavy, pocit sevření na hrudi a v krku, bušení srdce, nadměrné pocení, zažívací potíže s průjmy ap. Většinou je zhoršen spánek, zejména večer. Lidé trpící GAD mají mnohdy problém se uvolnit, odpočívat, „vypnout“. Tyto potíže se často zhoršují v době, kdy má postižený člověk zdánlivě více klidu a volnosti – o samotě, o víkendech a o dovolených – protože jeho pozornost není od úzkostných myšlenek odváděna vnějšími podněty. Je několik společných oblastí, kde se lidé obávají:

- *Zdraví*. Sem patří obavy o vlastní zdraví, zdraví rodiny nebo přátel. Typické jsou představy onemocnění, choroby a neschopnosti si poradit ze situací. Člověk může začít být úzkostný tehdy, když slyší, že jiní lidé onemocněli, protože mu to připomene možnost toho, že on nebo někdo blízký může onemocnět také.
- *Přátelé/rodina*. Sem patří obavy o to, zda je dotyčný dobrý rodič nebo přítel, obavy o štěstí nebo zdraví rodiny, přátel, jejich bezpečnost a toho, zda udělal pro ně to nejlepší.
- *Práce/škola*. To je další oblast, která je často zdrojem obav. Např. typická je obava, zda se podařilo udělat všechno, co bylo na tento den nebo týden naplánováno, nebo zda to bylo splněno na takové úrovni, která se očekává, nebo zda někde něco neuniklo, nestala se chyba ap.
- *Finance*. Někdy se lidé obávají, zda budou schopni zaplatit všechny účty, nebo zda mají dost peněz do budoucnosti, i když teď mají na pokrytí výdajů dost peněz.
- *Denní povinnosti*. Mohou se stát také zdrojem obav. K tomu dochází tehdy, když si člověk myslí, že něco špatné se může každou chvíli stát. Pak se může obávat běžných záležitostí (zda bude někde včas, dopravy, zda bude dobře vypadat, zda zvládne denní povinnosti atd.)

Pocity trvalé úzkosti jsou u GAD označovány jako „volně fluktuující úzkost“ nebo jako „chronická ustaranost“ (Wells a Butler, 1997). Generalizovaná úzkostná porucha byla také označena za „jádrovou“ úzkostnou poruchu (Rapee, 1991) v tom smyslu, že představuje relativně čistou formu základních kognitivních procesů, které tvoří podklad sklonu k úzkostné reaktivitě, jako jsou opakované úzkostné myšlenky, očekávání toho nejhoršího, přehlížení vlastních předností, přehnaný odhad rizika atd.



**Tabulka 8.2.2.1:** Charakteristika poruchy

- všeobecná a trvalá „volně plynoucí úzkost“
- přehnané a nerealistické obavy a starosti
- psychické napětí, nervozita a podrážděnost
- tělesné příznaky motorického napětí a autonomní hyperaktivity (mohou dominovat)
- úzkostné chování
- minimálně 6 měsíců, zpravidla dlouhodobý průběh

### 8.2.2.1.2 Diagnóza generalizované úzkostné poruchy

Základem pro diagnózu GAD jsou nadměrné a trvalé starosti a obavy. Postižený má pocit, že je nedokáže kontrolovat, naopak, že ony ovládají jeho. Typicky bývají doprovázeny tělesnými příznaky napětí a vegetativními příznaky úzkosti. Tyto příznaky musí trvat nejméně 6 měsíců a nejsou způsobeny tělesnou chorobou, ani jinou psychickou poruchou.

**Tabulka 8.2.2.2:** Diagnostická kritéria MKN-10 pro Generalizovanou úzkostnou poruchu (1996)

- A. Výrazné napětí, strach, obavy z každodenních problémů – trvají nejméně 6 měsíců
- B. Přítomny nejméně 4 z následujících, nejméně 1 z příznaků vegetativního podráždění
- Příznaky vegetativního podráždění**
- 1) palpitace nebo bušení srdce nebo zrychlený puls,
  - 2) pocení,
  - 3) chvění nebo třes,
  - 4) sucho v ústech,
- Příznaky týkající se hrudníku nebo břicha**
- 5) obtížné dýchání,
  - 6) pocit zalykání se,
  - 7) bolesti nebo nepříjemné pocity v hrudníku,
  - 8) nauzea nebo břišní nevolnost (např. neklid, víření v břiše),
- Příznaky týkající se duševního stavu**
- 9) pocit závratě, neklidu, mdloby, točení hlavy,
  - 10) pocity, že objekty nejsou reálné (derealizace), nebo že jedinec je mimo, „není zde skutečně“ (depersonalizace),
  - 11) strach ze ztráty kontroly, „zešílení“, ztráty vědomí,
  - 12) strach, že zemře,
- Celkové příznaky**
- 13) návaly horka nebo chladu,
  - 14) pocity znečitlivění nebo mravenčení,
- Příznaky napětí**
- 15) napětí, pobolívání nebo bolesti ve svazech,
  - 16) neklid a neschopnost se uvolnit,
  - 17) pocity podráždění, nesnesitelného napětí nebo duševního přepětí,
  - 18) pocity „knedlíku v krku“ nebo obtíže s polykáním,
- Další nespecifické příznaky**
- 19) přehnaná reakce na malé překvapení nebo vyrušení,
  - 20) obtíže s koncentrací, nebo „prázdnost v hlavě“ z důvodů strachu nebo úzkosti,
  - 21) neustálé podráždění,
  - 22) obtíže s usínáním kvůli strachu

- C. Porucha nesplňuje kritéria pro panickou poruchu, fobické, úzkostné poruchy, obsedantně kompulzivní poruchu nebo hypochondrickou poruchu
- D. *Nejběžněji užívaná vylučovací kritéria:* Úzkostná porucha není způsobena somatickou poruchou, jako je hyperthyreóza, organickou poruchou nebo poruchou vyvolanou psychoaktivní látkou, jako je silná konzumace amfetaminu nebo abstinenční syndrom po odnětí benzodiazepinů.

*Poznámka:* U dětí a adolescentů je rozsah obtíží, kterými se projevuje generalizovaná úzkost, často chudší než u dospělých a často jsou méně výrazné příznaky vegetativního podráždění.

### 8.2.2.1.3 Epidemiologie generalizované úzkostné poruchy

Roční prevalence GAD kolísá mezi 3–8 %, celoživotní mezi 5–15 %, poměr mezi muži a ženami bývá 1:2 (Blazer et al., 1991, Kessler et al., 1994, Weissmanová et al., 1997). Jde o pátou nejčastější psychiatrickou poruchu. Častější je začátek po 25. roce života, ale může se objevit kdykoliv. Častěji se objevuje u lidí, kteří žili dříve v manželském vztahu (rozvedení, vdovy, separované vztahy, Surtees et al., 1983). Dále je častější výskyt u nezaměstnaných a u žen v domácnosti. V psychiatrické ambulanci se však objevuje méně často, protože porucha jednak nebývá v primární péči diagnostikována, jednak řada postižených je přesvědčena, že úzkostnost je jejich trvalý povahový rys, který se nedá léčit. Navíc často dominují tělesné příznaky, a tak i pacient odmítá věřit tomu, že jde o psychickou poruchu. Studie zabývající se psychopatologií v primární péči zjistila, že v těchto podmínkách je GAD nejčastější úzkostnou poruchou (Barrett et al., 1988), zatímco v psychiatrické péči jde jen o 10 % pacientů doporučených pro úzkost (Barlow, 1988).

Někteří klienti zpočátku neuvádějí úzkost jako svůj hlavní problém. Soustředí se více na somatické příznaky (jako např. únavnost, bolesti hlavy, bušení srdce, potíže s polykáním, závratě). Proto je často nacházíme mezi klientelou kardiologů, neurologů, otorinolaryngologů, či jiných somatických odborníků. Když dospějí k psychiatrovi, často pochybují o tom, že jejich problém je psychického původu. Je pravděpodobné, že většina pacientů trpících GAD je spíše v péči všeobecného lékaře a jen málo z nich je odesláno k psychiatrické léčbě. Ze 216 pacientů s bolestí na hrudi bez koronografického nálezu trpělo 50 % GAD a 20 % panickou poruchou (Kane et al., 1988). Jinou obvyklou atypickou prezentací je syndrom drážděného tračníku a hyperventilační syndrom. Bohužel GAD bývá často přehlédnuta nebo podceněna i psychiatry. V současnosti bývá léčena přiměřeně pouze 1/3 z těch pacientů, kteří by léčbu potřebovali.

Některé případy generalizované úzkosti začínají náhle, po ohrožující traumatické události nebo delší době výrazného stresu, ale většinou je její začátek pozvolnější. První příznaky se objevují většinou kolem 16. až 18. roku. Často se objevuje souvislost vzniku potíží se stresujícími životními událostmi, které mohou zahrnovat hrozbu krize v blízké budoucnosti (tzv. ohrožující události).

U stavů, v nichž se mísí úzkost a deprese, často tyto události souvisejí s nějakou životní ztrátou (Finlay-Jones a Brown, 1981). Jde o chronickou poruchu, která neléčená může trvat s proměnlivou intenzitou celý život. Komorbidita s dalšími úzkostnými poruchami a s depresivní poruchou je rozsáhlá, objevuje se až u 75 % postižených.

#### 8.2.2.1.4 Etiopatogenetické faktory generalizované úzkostné poruchy

Podobně jako u dalších úzkostných poruch jsou zvažovány jak biologické vlivy, tak vlivy výchovy a životních událostí. Etiologicky se pravděpodobně uplatňují jak **genetické** a **biologické** vlivy, tak **učení se** maladaptivním vzorcům chování.

##### Genetické vlivy

Noyes et al. (1987) zjistil, že 15–18 % příbuzných prvního stupně trpí stejnou poruchou. V nedávné studii Skre et al. (1993) zjistil provázanost mezi GAD a poruchami nálady ve studii dvojčat. Populační studie vzorku 1033 ženských dvojčat potvrdila tendenci generalizované úzkostné poruchy objevovat se častěji v některých rodinách a prokázala, že vliv genetických faktorů je zde vyšší než vliv sdíleného rodinného prostředí. Hereditabilita se pohybovala kolem 30 % (Kendler et al., 1992). Autoři rovněž potvrdili, že vulnerabilita pro GAD a velkou depresi je ovlivněna stejnými genetickými faktory.

##### Neurotransmitterové systémy

Z biologických teorií se uvažuje o dysfunkci GABA-benzodiazepinových receptorů v mozku, dysregulaci serotonergního, noradrenergního, glutamátového a cholecystokininového systému. Účinnost benzodiazepinů a azaspirodekanedionů (např. buspironu) vedla k zaměření pozornosti biologického výzkumu na GABAergní a serotonergní neurotransmitterové systémy. Benzodiazepiny (působí jako agonisté benzodiazepinového receptoru) snižují úzkost, zatímco flumazenil (antagonista benzodiazepinového receptoru) a beta-karboliny (inverzní agonisté benzodiazepinového receptoru) úzkost vyvolávají. I když zatím neexistují žádné přímé důkazy o *narušení benzodiazepinových receptorů* v mozku pacientů s generalizovanou úzkostnou poruchou, probíhá intenzivní výzkum zaměřený tímto směrem (Roy-Byrne et al., 1991). Oblastmi, o kterých se předpokládá, že by v této problematice mohly hrát roli, jsou okcipitální lalok (kde je nejvyšší koncentrace benzodiazepinových receptorů vůbec), bazální ganglia, limbický systém a frontální kůra. Pokud se týče periferie: pokles vazebných míst pro benzodiazepinové receptory byl zjištěn na krevních destičkách a lymfocytech nemocných s GAD (Rocca et al., 1991). Vzhledem k tomu, že buspiron je agonista 5-HT<sub>1A</sub> receptoru, další hypotézy předpokládají možné *narušení v regulaci serotonergního systému* u generalizované úzkostné poruchy. Rovněž další neurotransmitterové systémy jsou v souvislosti s GAD intenzivně zkoumány. Jde zejména o *noradrenalinový, glutamátový a cholecystokininový neurotransmitterový systém*.

## Psychosociální modely

Za *psychosociální kořeny* generalizované úzkosti jsou považovány nedostatečně bezpečné vazby v dětství, ambivalence pečovatелů, příliš ochranné postoje rodičů či, nedostatek jejich emoční vřelosti, které v pozdějším věku vedou k rozvoji úzkosti. Psychosociální modely GAD vycházejí ze starého klinického poznání, že narušené rodinné vztahy mívají v rozvoji a udržování úzkostných poruch velký význam. Bowlby (1977) předpokládá, že rodič nebo jiná blízká osoba pomáhá u dítěte vytvořit základ pocitu bezpečí. Úzkost je pak důsledkem reakce na probíhající nebo hrozící separaci od bezpečné osoby. Charakterizoval narušený vztah mezi rodičem a dítětem jako buď „přerušovaný“ nebo „překroucený“. Přerušování je důsledkem událostí, jako je úmrtí rodiče nebo jeho odchod. Nicméně daleko častější a významnější je „překroucení“ vztahu. K tomu může dojít tím, že rodič nereaguje na potřeby dítěte, dítě odmítá nebo po něm naopak vyžaduje, aby naplněvalo jeho emoční potřeby. Z tohoto modelu vycházejí současné studie zabývající se péčí, kontrolou a přehnaně ochrannými postoji ve výchově. Jejich výsledky naznačují, že vysoká hladina úzkosti v dospělosti může souviset jak s nedostatečnou rodičovskou péčí, tak s nadměrně ochraňujícími postoji rodičů (Parker, 1986, Silove et al., 1991). To, že *časné negativní zkušenosti* jsou důležité, naznačuje i studie Browna a Harrise (1993), zkoumající vztah mezi zážitky z dětství a úzkostnou poruchou v dospělosti. Nezáměr rodičů a fyzické nebo sexuální zneužívání v dětství souvisí s výrazně vyšší incidencí generalizované úzkostné poruchy a deprese (ale nikoliv agorafobie nebo specifické fobie) v dospělosti.

## Vliv životních událostí

Pacienti trpící GAD mají v anamnéze časnou smrt rodiče daleko častěji než pacienti s panickou poruchou (Torgensen, 1986). V dospělosti byli pacienti trpící GAD ve srovnání s kontrolami významně častěji exponováni traumatizujícím událostem (Roemer et al., 1996, Brown et al., 1996). Na rozdíl od depresivní poruchy však nejde většinou o události spojené se ztrátou, ale spíše s pocitem ohrožení a nebezpečí v budoucnosti.

## Psychoanalytický pohled

V původní „toxické teorii úzkosti“ Freud předpokládal, že abnormální množství potlačené sexuální energie – libido – se může manifestovat jako úzkost (podle Josephs, 1994). Popsal celou řadu nevyjádřených sexuálních hnutí, jako je sexuální trauma v dětství, nezdravé sexuální praktiky (např. koitus interruptus) a potlačení (sexuální přání nejsou vpuštěna do vědomí). Později Freud opustil „toxický model“ a vypracoval „signální teorii úzkosti“, která je součástí „strukturálního modelu psychiky“. Tento model předpokládá tři vzájemně se ovlivňující psychické instance: ego (propojující ostatní instance s realitou), superego (internalizované rodičovské a sociální příkazy) a id (reprezentující primitivní puzeň a přání). Freud věřil, že úzkost slouží jako signál pro ego o ohrožujících nevědomých puzeních pocházejících z id, které by při proniknutí do vědomí byly potrestány buď super-

egem nebo zevním světem. Podle tohoto modelu ego mobilizuje obranný mechanismus jako je potlačení, které nedovolí těmto puzením id dostat se do vědomí a umožňuje vyhnout se situacím, ve kterých by se tato puzení mohla objevit. Tento mechanismus však u úzkostných lidí ideálně nefunguje, a tak postižený zažívá permanentní fluktuující úzkost. Proto musí ego použít jiné obranné mechanismy jako je konverze, přenos, které promění nepřijatelné puzení do symbolických zevních příznaků, jako jsou např. tělesné příznaky (Thoma a Kachele, 1993). Sullivan vytvořil jiný model úzkosti, založený na významu interpersonálních vztahů. Úzkost vnímal jako formu interpersonální komunikace, která dává druhé osobě najevo, že postižený se ve vztahu necítí bezpečně. Další přístup k pochopení úzkosti vytvořily Horneyová a Kleinová, které podobně jako Bowlby věřily, že úzkost odráží strach ze ztráty pečujícího objektu.

#### 8.2.2.1.5 Diferenciální diagnóza a komorbidita generalizované úzkostné poruchy

V prvé řadě je potřebné vyloučit *somatické nemoci*, které mohou vyvolávat nebo udržovat úzkost. Typickými příklady jsou tyreotoxikóza, chronická pulmonální nedostatečnost, anémie, feochromocytom, hypoglykémie, hypovitaminózy. Přítomnost somatické nemoci však ještě nevylučuje přítomnost generalizované úzkostné poruchy. Po odléčení somatické choroby někdy přetrvávají nadále projevy generalizované úzkosti přesto, že somatický náález se normalizoval.

Občas je obtížné odlišit GAD od *jiných úzkostných poruch* jako je panická porucha, sociální fobie a obsedantně kompulzivní porucha. U těchto poruch se také často vyskytuje úzkost z očekávání. Ta se však vesměs netýká obav a starostí všedního dne, jako je tomu u GAD, ale specifických příznaků nebo situací. Obtížným bývá někdy odlišení od *dystymie*. Obě poruchy mají více podobného než odlišného. U obou jde o chronický průběh, začínají v podobném věku, pravděpodobně je jejich překrytí velké. Hlavní rozdíl je však ve skladbě příznaků. U GAD dominují příznaky úzkosti, které se projevují v psychickém fungování, myšlenkách i vegetativních reakcích. U dystymie dominuje smutek, únava a sebeznevažování.

Chronická úzkost se objevuje také u *mentální anorexie*, *bulimie*, *somatoformních a hypochondrických poruch*. Zde jsou však subjektivní příčiny úzkosti a obav typicky dány a probíhají monotónně a stereotypně. U GAD naopak fluktuují z jedné „příčiny“ na druhou.

Někdy mohou příznaky GAD, jako je tělesné napětí, napjaté očekávání, podrážděnost a lekavost, připomínat *posttraumatickou stresovou poruchu*, ovšem počátek a průběh obou poruch se liší. U GAD chybí jak flashbacky, tak vyhubé chování.

Chronická úzkost se samozřejmě může objevit také u *afektivních poruch* a u *psychotických poruch*. V některých obdobích nemusí být přítomné jiné příznaky než úzkostnost.

Velmi častá je chronická úzkost u lidí *závislých na drogách* (stimulancia, jako je amfetamin, ale také kofeinismus) nebo u lidí trpících *abstinenčními příznaky* (po

alkoholu, benzodiazepinech, opiátech, ale i nikotinu). Pacienti trpící senilní a pre-senilní *demencí* občas přicházejí se stížnostmi na úzkost. Většinou však odlišení umožní další příznaky – zejména poruchy paměti a monotónnost obrazu u staršího člověka.

#### 8.2.2.1.6 Průběh generalizované úzkostné poruchy

Počátek rozvoje GAD bývá nejčastěji kolem 16. – 25. roku, ale porucha může vzniknout v kterémkoliv věku (Blazer et al., 1991). Průměrný věk klinické prezentace je však až 39 let (Wittchen et al., 1994). Příznaky se nejčastěji objevují nenápadně a pozvolna, ale může také dojít k rychlému vzniku potíží v souvislosti se stresujícími *životními událostmi*, zejména hrozbou krize v blízké budoucnosti (tzv. ohrožující události). Jedná se o chronickou poruchu, která neléčená může s kolísavou intenzitou probíhat celý život (Schweizer, 1995). Pouze 1/3 postižených bývá adekvátně léčena. Do léčby se pacienti s GAD často dostávají až při komplikaci depresí. Prognóza ve většině případů není příliš dobrá. Dlouhodobé studie ukazují, že většina postižených trpí příznaky po léta a přibližně polovina je handicapovaná v práci i soukromém životě (Yorkers et al., 1996). Jedná se tedy o poruchu s chronickým kolísavým průběhem, která může přetrvávat celoživotně.

Široce rozšířenou pověrou je, že pacienti trpící GAD, na rozdíl od jiných poruch, jsou ve svém životě méně handicapováni. Výzkumy však ukazují opak. NCS studie (Wittchen et al., 1994) ukázala, že 28 % pacientů trpících samotnou GAD a 51 % s komorbidní GAD má příznaky, které výrazně narušují jejich schopnost pracovat a sociálně fungovat. Pouze o něco více než polovina pacientů s GAD je plně zaměstnána a skoro třetina je nějakým způsobem sociálně podporována společností. U pacientů s GAD hrozí zvýšené riziko vzniku závislosti na alkoholu nebo anxiolytikách.

#### 8.2.2.2 KBT pohled – generalizovaná úzkostná porucha

Zvlášť probereme behaviorální, kognitivní a kognitivně behaviorální modely generalizované úzkostné poruchy. Důvod je spíše historický – vznikaly postupně. Jejich překrytí je však značné.

##### 8.2.2.2.1 Behaviorální faktory generalizované úzkostné poruchy

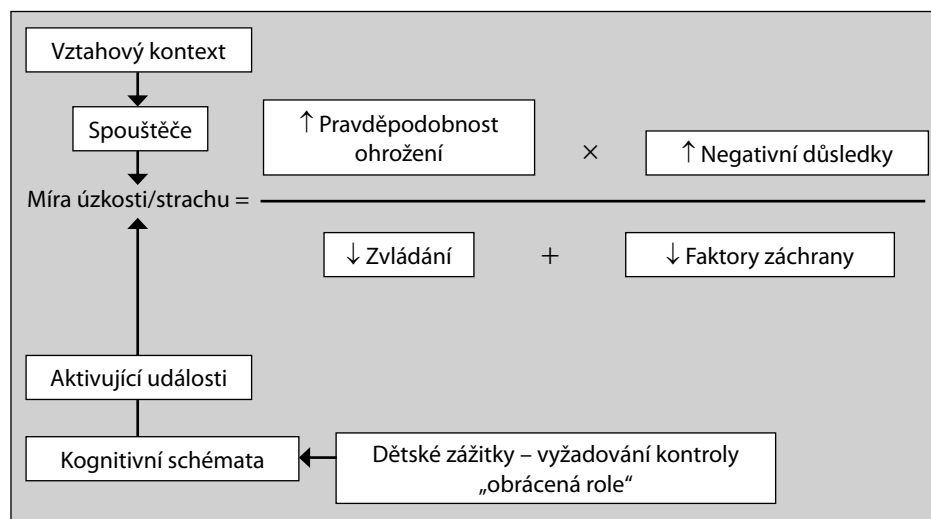
Podle behaviorálního modelu mají pacienti trpící GAD řadu nedostatků v dovednostech. Proto je pro ně řešení běžných banálních záležitostí opravdovým problémem, který vede ke stresové reakci a úzkostnému zpracování. Velmi častým nedostatkem v dovednostech, typickým pro pacienty s GAD, je *malá schopnost řešit problémy v životě systematickým způsobem*. Vesměs mají tendenci řešit i banální životní problémy postupem pokus – omyl. To vede jednak k rychlému vyčerpání sil, jednak při relativně malé úspěšnosti řešení ke katastrofickému zpracování běžných denních starostí. I malé problémy je vyvádějí z klidu a nejraději by před nimi unikali. Pacienti trpící GAD se prostě problémů obávají více než většina ostatních lidí proto, že jejich řešení je pro ně obvykle nadměrně namáhavé. Dalším vážným

problémem je malá schopnost racionálně si rozplánovat čas. Dalším častým deficitem v dovednostech je špatné rozlišování mezi podstatným a nepodstatným, důležitým a méně důležitým. Pacienti trpící GAD obvykle *nedostatečně volí priority* – respektive mají priorit příliš mnoho, protože nesplnění i nepodstatného úkolu si interpretují jako prohru. To u nich vede k rozpadu smysluplného denního rytmu aktivit – neustále se potýkají s naléhavými úkoly – což opět vede k nadměrnému vyčerpání. Dalším problémem takto postižených lidí je *chybění některých sociálních dovedností* (např. schopnost říci ne, snášet kritiku) (Andrews et al., 1994).

#### 8.2.2.2 Kognitivní faktory generalizované úzkostné poruchy

Podle *kognitivního* modelu aktuální patologická úzkost vyplývá z narušeného způsobu zpracování informací (Beck a Emery, 1985). Podle tohoto modelu postižený člověk cítí velkou úzkost z toho důvodu, že kvůli svým názorům na svět a na sebe samého – *dysfunkčním předpokladům* – si interpretuje celé spektrum běžných situací jako *ohrožující*. Dysfunkční předpoklady u pacientů s GAD nejčastěji souvisí s tématy jako jsou: nedostatečné přijetí druhými, odpovědnost, podléhání příznakům úzkosti a tělesným nemocem. Postižení mají tendenci si katastroficky zpracovávat běžné každodenní události a příznaky stresové reakce. Postupně se jejich pozornost zaměřuje na stále subtilnější situace, které by pro ně mohly znamenat potenciální hrozbu. Beck a kol.(1985) se domnívá, že úzkost se objevuje tehdy, když má člověk pocit, že množství nebo závažnost vnímaného ohrožení přesahuje jeho předpokládanou schopnost tomuto ohrožení čelit.

**Obrázek 8.2.2.1:** Míra úzkosti a kognitivní proměnné



Mezi typické předpoklady, které souvisí s tématem **přijetí druhými**, patří např. tyto postoje:

- Všichni mě musí mít pořád rádi.
- Musím druhým vždycky udělat radost.
- Když mě někdo kritizuje, znamená to, že mě odmítá.
- Nejsem k ničemu, když mě nikdo nemiluje.

Typickými předpoklady, které se týkají **osobních schopností**, jsou např.:

- Všechno musím udělat dokonale
- Pokud se dopustím chyby, selhal jsem.
- V životě někteří jen vyhrávají a jiní jen prohrávají.
- Pokud něco není dokonalé, není to k ničemu.

Předpoklady vztahující se k **odpovědnosti** mohou být např.:

- Záleží jenom na mě, jaké budou moje děti.
- Jsem odpovědný za to, aby se v mojí přítomnosti druzí cítili dobře.

Předpoklady týkající se **kontroly** jsou:

- Když si někoho připustím k tělu, mohl by nade mnou získat moc.
- Musím se vždy ovládat.
- Jedině já sám si mohu vyřešit své problémy.

Předpoklady vztahující se k **úzkosti** jsou např.:

- Musím být stále klidný.
- Je nebezpečné dát najevo, že cítím úzkost.
- Mít jakékoliv nepříjemné tělesné pocity může znamenat vážnou nemoc.

## Meta-kognice

Poslední kognitivní modely GAD (Borkovec, 1994, Wells, 1997, Wells a Butler, 1997) zdůrazňují dva typy starostí. Typ 1 se týká vnějších událostí nebo vnitřních podnětů z organismu, jako jsou tělesné příznaky. Lidé trpící GAD, se domnívají, že jen pokud budou věnovat možnosti ohrožení zvýšenou pozornost, budou schopni se tomuto ohrožení vyhnout. Starosti typu 2, tzv. *meta-starosti*, spočívají v negativním nebo pozitivním hodnocení vlastních myšlenek, především myšlenek úzkostných. Příkladem takovýchto negativních „meta-starostí“ může být myšlenka „Já se z těch starostí zblázním“ nebo „Jestli na to budu pořád myslet, tak to přivolám“. Příkladem pozitivních meta-starostí pak myšlenka: „Někdo si starosti dělat musí, jinak by to s celou rodinou dopadlo špatně“. Negativní hodnocení vlastních starostí vede k tomu, že se postižený jedinec snaží své starosti potlačit. Proto se snaží svých starostí zbavit a potlačit je, čímž se paradoxně dále upevňují. Tento proces je dále narušován pozitivními metakognicemi, tedy že pokud si pacient nebude dělat starosti, např. o zdraví svých blízkých nebo sami o sebe, přehlédne hrozící nebezpečí a něco hrozného se skutečně stane.



**Tabulka 8.2.2.3:** Dva typy starostí u GAD

Můžeme rozlišit 2 typy starostí:

TYP 1 = hodnotí zevní události a tělesné příznaky (finance, zdraví, práce, neúspěchy)  
(Co když ten úkol nezvládnou? Co když manžel onemocní?)

TYP 2 = hodnotí kognice jako takové (metakognice – myšlenky o starostech)  
(negativní metakognice: např. Zblázním se z těch starostí!  
pozitivní metakognice: např. Když si dělám starosti, nic nezanedbám)

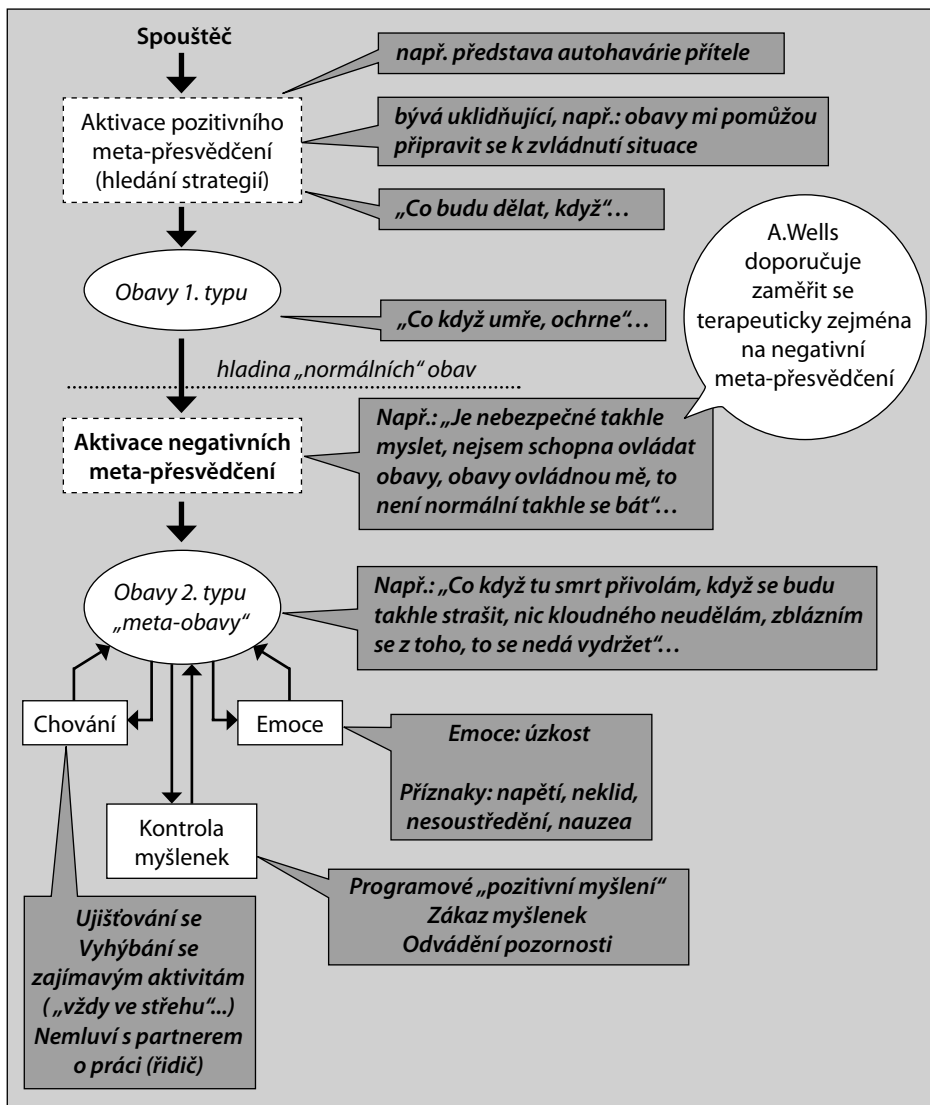
Normální starosti se transformují do starostí typických pro GAD ve chvíli, kdy se objeví starosti TYPU 2.

Ve Wellsově modelu GAD se tedy vyskytují dva typy obav: *1. typ obav* představují obavy z vnějších událostí a tělesných projevů čili samotné obavy a starosti. *2. typ obav* vzniká, když se člověk začne obávat toho, že se nějak příliš (nezdravě, nebezpečně ap.) obává. Jsou to tedy obavy z obav 1. typu, obavy z vlastních starostí, jinými slovy z vlastních kognitivních procesů. Wells je nazývá „meta-worries“, což lze přeložit jako *meta-obavy*. Příklad kognitivního modelu GAD se 2 typy obav je na obr. 8.2.2.2. Vznik těchto obav je podle Wellse odvozen od tzv. meta-beliefs, tedy *meta-přesvědčení*. Meta-přesvědčení (stojící na úrovni kognitivních schémat) mohou být *pozitivní i negativní*. Výraz „meta“ vyjadřuje v obou případech (meta-obavy, meta-přesvědčení) hodnocení vlastních obav a starostí. Jinými slovy, co si pacient říká o tom, že se (nadměrně) obává. Např.: může si říkat, že je to dobře, že se tolik stará, a že jej to připraví na možnou katastrofu v budoucnu. Na druhé straně to může považovat za nebezpečné a pak si říká: „Vždyť z toho zblbnu“ „Úplně se odrovnám“, „Zhroutím se“ ap.

**Tabulka 8.2.2.4:** Příklady obav, meta-obav a meta-přesvědčení u GAD

| Obavy 1. typu                 | Obavy 2. typu<br>(meta-obavy)                | Pozitivní<br>meta-přesvědčení                           | Negativní<br>meta-přesvědčení                |
|-------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Co když se Karlovi něco stane | Nejsem schopna ty myšlenky zastavit          | Když si dělám starosti, jsem pak připravena na nejhorší | Když své obavy neovládnu, ony ovládnou mě    |
| Co když umře                  | Já už z toho šíším                           | Když si nebudu dělat starosti, něco zanedbám            | To není normální, dělat si takové starosti   |
| Co když to nevyjde            | Těmi myšlenkami si škodím a nemůžu si pomoci | Budu lépe připravena na potíže, které můžou nastat      | Když se budu takhle obávat, můžu se zbláznit |

Obrázek 8.2.2.2: Kognitivní model GAD (s příklady), Wells, 1997



Pacient trpící GAD se tedy bojí nedělat si starosti a zároveň i toho, že si starosti dělá. Snaží se tedy svým starostem zabránit tím, že neustále sleduje, zda nehrozí nějaké nebezpečí, aby mu mohl zabránit. Další způsob, jak zmírnit tyto starosti, spočívá v ujišťování se, že je všechno v pořádku, v chování, které má zabránit, aby k ohrožení došlo (tzv. zabezpečující chování) nebo v úmyslném odvádění pozornosti od těchto starostí (Wells a Butler, 1997). I u GAD tedy existuje vyhýbavé chování, které je však obtížněji zjištělné, protože je jednak skryté („Nesmím na to myslet!“), jednak není vázáno na konkrétní situace či objekty (Borkovec a Roemer, 1995). Přitom právě toto vyhýbavé chování brání postiženému jedinci aby:

- a) dokázal své starosti do důsledků promyslet, zhodnotit a vyvodit z nich konkrétní závěry;
- b) přesvědčil se, že i kdyby si přestal dělat takové starosti, nevedlo by to ke katastrofickým důsledkům, jichž se obává.

Wells (1997) proto doporučuje vést pacienty k tomu, aby své starosti postupně přijali, přestali je potlačovat, ale zaujali vůči nim „postoj pozorovatele“, a tak zmírnil jejich negativní emoční dopad. Pacient se pak učí žít s postupným omezováním zabezpečovacích strategií a zpravidla zjišťuje, že se mu žije lépe.

Nadměrné obavy bývají spojené se třemi základními postoji, které jsou v pozadí:

1. *Perfekcionismus* souvisí s obavou, že postižený udělá chybu. Nebo, že věci nebudou takové jak „mají být“.
2. *Nadměrná zodpovědnost* souvisí s obavou, že když se klient nebude obávat, mohou se špatné věci doopravdy přihodit. Vlastně tím, že má obavy, jakoby se chránil před negativními událostmi!
3. *Pocit nekontrolovatelnosti* souvisí s obavou, že věci moc kontrolovat nejdou. Tak je „kontroluje pro zicher“ alespoň vlastními obavami.

#### 8.2.2.2.3 Interpersonální faktory generalizované úzkostné poruchy

Pacienti s generalizovanou úzkostnou poruchou mají často interpersonální problémy, které souvisejí se symptomatologií. Rozvoj GAD je významně častější v době po životních událostech, které souvisejí s interpersonálními vztahy (Brown a Harris, 1993). Někdy je však těžké říci, zda interpersonální problémy předcházely rozvoji poruchy, nebo vznikly až v jejím důsledku. Podobně jako u deprese jde zejména o problémy se změnou životní role (narození dítěte, mateřská dovolená, změna zaměstnání, onemocnění člena rodiny, odchod dětí z rodiny), ztrátou (rozchod partnerů, ztráta rodinného zázemí po odchodu od rodiny), konflikty v rolích (spory v partnerském vztahu, spory v pracovních vztazích, konflikty s rodiči či dětmi).

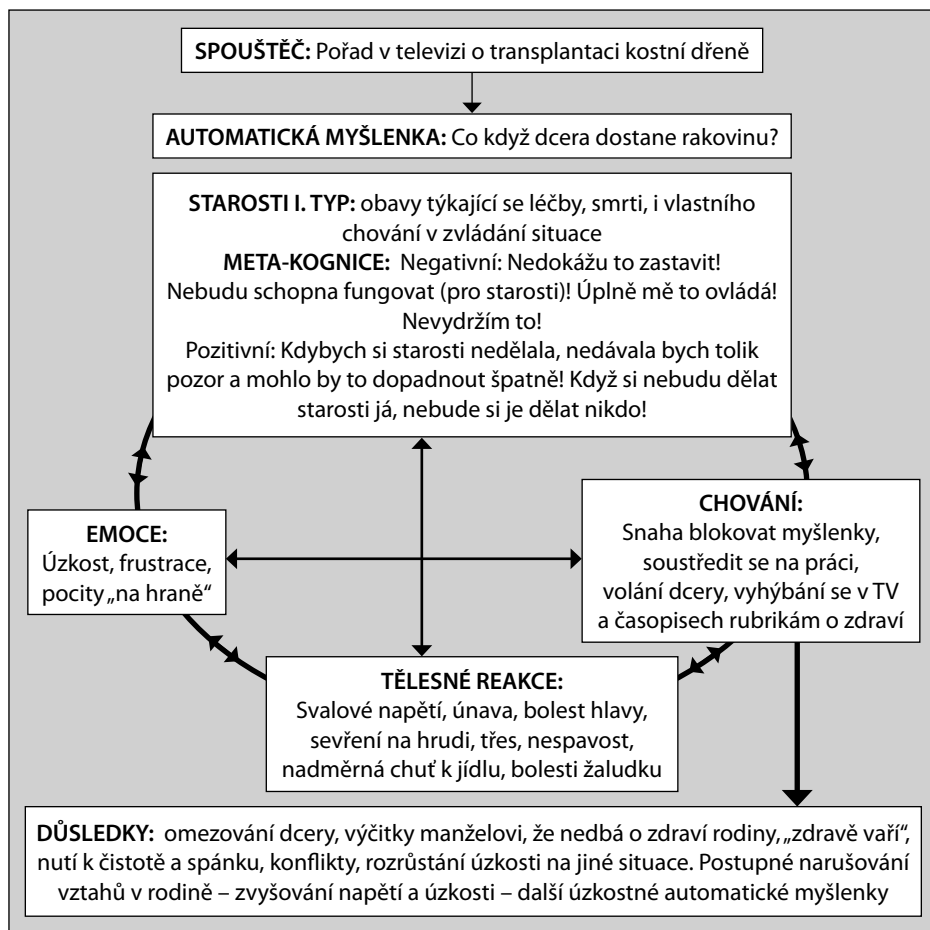
#### 8.2.2.2.4 KBT model generalizované úzkostné poruchy

KBT model také předpokládá vrozenou psychickou zranitelnost, na kterou pak nasedá maladaptivní učení v dětství (Barlow 1988, Barlow a Wincze, 1998). Podle tohoto modelu se úzkostnost učí buď napodobováním rodičů v dětství nebo je důsledkem maladaptivních postojů, které vznikly v průběhu zrání. V důsledku negativních zážitků či nedostatečně bezpečného vztahu s pečovateli vznikají u budoucích úzkostných osob již v raném dětství maladaptivní kognitivní schémata – o světě jako nebezpečném místě a o sobě jako o člověku, který není schopen zvládat zátěž. Tato schémata jsou pak disponujícím faktorem pro rozvoj úzkostné poruchy – stačí pak precipitující událost – vztahový (např. neshody v partnerském vztahu) nebo výkonový stres (např. nadměrné požadavky v práci), aby došlo k rozpoutání epizod obav a starostí.

Úzkost je udržována tím, jak člověk hodnotí sám sebe, své okolí i svou budoucnost. Podle kognitivně behaviorálního modelu jednotlivci trpí chronickou úzkostí,

protože vycházejí z určitých přesvědčení nebo předpokladů, na jejichž základě interpretují širokou škálu různých situací jako ohrožující. Tato přesvědčení se obvykle týkají těchto témat: výkonnost („Má práce není dokonalá, proto nestojí za nic“); přijetí ze strany okolí („Naštvala jsem Jirku a ten se mnou teď přestane mluvit“); vlastní hodnota („Mám málo přátel a jen nízké vzdělání, proto nestojím za nic“); a kontrola („Když nemohu mít všechno pod kontrolou, může se mi to vymknout z rukou a to je nebezpečné“). Tato schémata nicméně zůstávají latentní, dokud je negativní životní události neaktivují. S aktivací maladaptivních postojů dojde k zesílení stresové reakce na životní události a k aktivaci neurobiologických úzkostných okruhů v mozku (Barlow, 1988). Snaha o zmírnění stresové reakce vede ke kognitivnímu vyhýbání; postižený se snaží nemyslet na to, co stres vyvolává. Napětí se sice sníží, nicméně nevymizí úplně a začíná fluktuovat – postižený se začne úzkostně zabývat nedůležitými věcmi v životě a vnímat je jako ohrožující. Toto zabývání se starostmi a obavami pak přetrvává dále i v době, kdy spouštěcí události již mohou být dávno nedůležité. K udržování obav a starostí slouží operantní podmiňování, konkrétně zabezpečování a vyhýbání se (Craske et al., 1989). V důsledku tohoto kognitivního stylu mají pacienti trpící GAD malou schopnost řešit své životní problémy systematickým způsobem, ale i banální životní problémy řeší postupem pokus – omyl. Řešení problémů metodou „pokus – omyl“ je velmi namáhavé, a proto i běžné každodenní problémy nabývají nadměrné obtížnosti (Andrews et al., 1994). Také obtížně volí priority, protože mají priorit příliš mnoho, takže i nepodstatné úkoly vnímají jako vážný problém, který se bojí odsunout na později. Jejich denní režim je tedy naplněn obavami z mnoha různých problémů, přičemž se obtížně rozhodují, do kterého z nich se mají pustit nejdříve. To vede jednak k rychlému vyčerpání sil, jednak k nízké úspěšnosti řešení problémů, takže se katastrofická očekávání často naplňují.

**Obrázek 8.2.2.3:** Příklad bludného kruhu epizody obav u generalizované úzkostné poruchy (Prašková a Praško, 2000)



Jakmile se porucha u pacienta rozvine, **selektivní pozornost** (zaměření na příznaky a neúspěchy či možné prohry) a **změny v chování** (nesystematické vyhýbavé chování) začnou přispívat k jejímu udržování. V situacích, které si interpretuje jako ohrožení, postižený selektivně zaměřuje pozornost na ty aspekty situace, které by nebezpečí mohly znamenat.

Mladá učitelka si při proslovu ke skupině lidí všimne jediného posluchače, který zívá, a z toho usoudí, že přednáška je nudná.

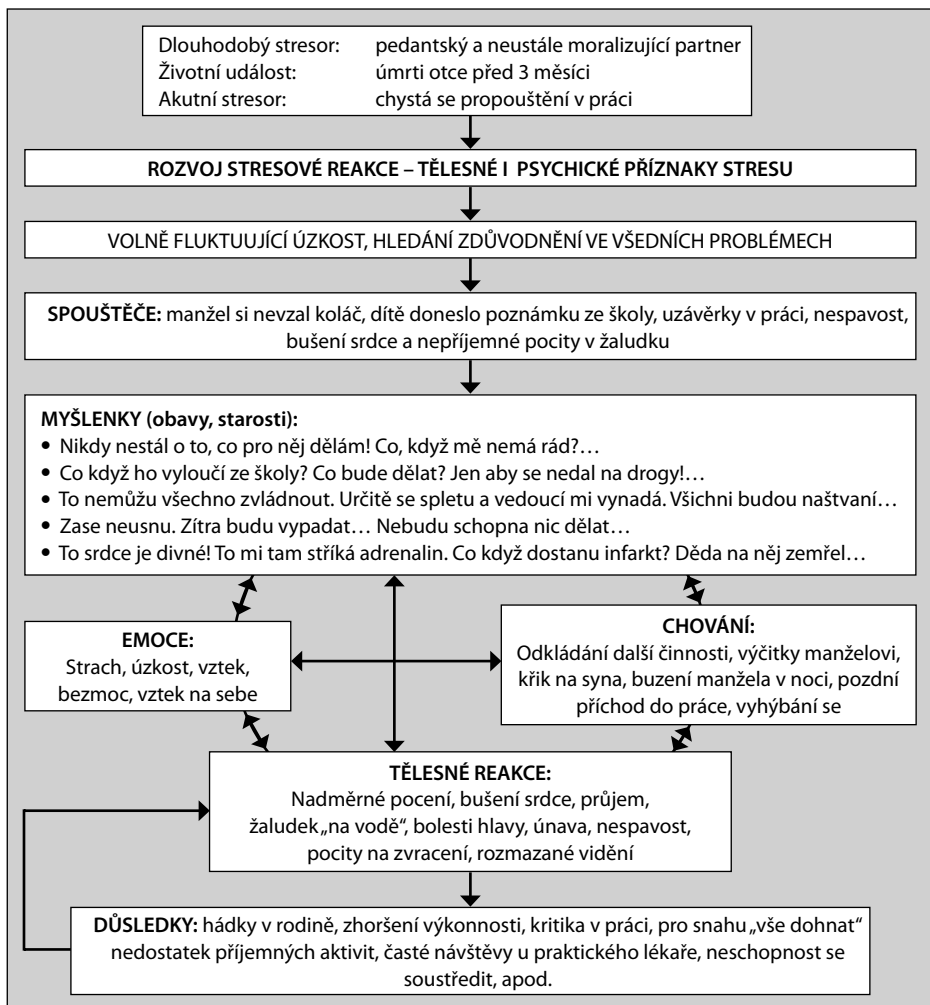
Mladý muž se obává tělesné nemoci. Vzhledem k tomu, že má z jakýchkoliv příznaků strach, začne nadměrně zkoumat své tělesné prožívání. Toto zaměření na vnitřní pocity vede k tomu, že si uvědomuje řadu příznaků, kterých by si jinak nepovšiml. Jakmile si tyto pocity uvědomí, stávají se pro něj dalším důkazem existence nějaké vážné tělesné nemoci.

Pro změny chování je typické **chování vyhýbavé**. Na rozdíl od pacientů s fobiemi se lidé trpící GAD systematicky nevyhýbají určitým situacím. Ovšem velmi často se vyhýbají nesystematicky (Butler et al., 1987). I toto méně nápadné vyhýbavé chování vede k utvrzování v negativních postojích (Salkovskis, 1988).

Nadaný vědec opakovaně nedokončí rozepsaný článek, protože se bojí, že není schopen napsat vynikající práci. Nadřízený mu to vyčítá. To vědce posiluje v přesvědčení, že není schopen psát.

Podobně dívka se sociální úzkostí se bojí promluvit ve skupině lidí, protože se obává, že nic chytrého neřekne. Bojí se, že by se shodila, a proto neříká nic. To vede k tomu, že se v s ní v každé společnosti lidé postupně přestávají bavit, což ji utvrzuje v tom, že je nudná a nezajímavá.

**Obrázek 8.2.2.4:** Kognitivně behaviorální model generalizované úzkostné poruchy (Praško, 2003)



Podle Borkovce a Roemera (1995) obavy a starosti znamenají jakési „zdánlivé řešení situace“ (jako by situace byla jimi řešená) a slouží vyhýbavému chování. Obavy a starosti o různé banální problémy v budoucnosti umožňují vyhnout se řešení skutečných problémů, které pacient má v současnosti (podobně viz Andrews et al., 1994, Barlow, 1988). Např. místo aby asertivně vyjádřil, co potřebuje v pracovních vztazích, a vymezil své hranice vůči spolupracovníkům, neustále se obává, zda stihne perfektně udělat podružné úkoly, zda se na něj někdo nerozzlobí ap. Pokud se obavy a starosti dotýkají skutečného problému pacienta, místo jeho řešení konkrétním jednáním a emočním zpracováním o problému „mudruje“ a intelektualizuje jej, skutečnému řešení se však vyhne. Řada epizod obav a starostí je sice spuštěna myšlenkou na skutečný reálný problém, nicméně záhy se starosti přesouvají do méně důležitých oblastí. Tím dochází ke snížení silných negativních emocí, které jsou spojeny s myšlenkami na skutečný problém. Z neurofyzilogického hlediska pacienti vykazují nižší reaktivitu na stresové podněty než zdravé kontroly. Mají sice zpravidla vyšší vegetativní tonus, nicméně na ohrožení reagují oploštělou reakcí. Srdeční tep, tlak, kožní odpor, hladiny ACTH i kortisolu pacientů s GAD reagují po stresujícím podnětu jen malým vzestupem aktivity (Cameron et al., 1990, Astrom, 1996). Z evolučního hlediska tento stav odpovídá spíše „zmrznutí“ než reakci „útok nebo útek“. Podle Borkovce (1994) neurofyzilogické reakce odrážejí způsob kognitivního a emočního zpracování – pacient se silným emočním reakcím vyhýbá. Paradoxně tedy obavy a starosti slouží i k potlačení silných vegetativních reakcí. Obavy a starosti vedou k hypervigilanci, stálé zvýšené pozornosti vzhledem k možným ohrožením. Tato hypervigilance slouží k „přípravě“, aby člověk nebyl nečekanou ohrožující situací zaskočen, protože se silně obává silných emocí. Tím pádem pak v reálném ohrožení nereaguje tak intenzivně (oploštění reakce), ale platí za to stálým napětím. Díky zvýšené pozornosti pacient z prostředí selektivně vybírá všechny ohrožující informace a ignoruje informace, které signalizují bezpečí. V experimentech s krátkodobou pamětí se ukázalo, že si úzkostní pacienti si vybírají výrazně více negativních a méně pozitivních slov, než to dělají zdraví lidé (MacLeod et al., 1986, Mathews et al., 1989). Tato selekce je patrná také při reakci na výraz ve tváři. Úzkostní pacienti daleko častěji interpretují neutrální výrazy obličeje jako negativní. Tento posun ve zpracování informací je patrný i ve zpracování vzpomínek. Z minulosti si úzkostní pacienti preferenčně pamatují negativní události, svědčící o ohrožení, selhání, odmítnutí a kritice druhých. Tyto negativní informace shromažďují a zesilují, případně generalizují i na další situace (Mogg et al., 1987). Současné obavy a starosti výrazně posilují negativní výběr vzpomínek z minulosti. Navíc negativní představy se po určité době mohou uložit do paměti jako skutečné události. Při vzpomínání pak dochází ke zkreslení a část minulých negativních představ si lidé trpící GAD pamatují jako události, které se skutečně staly. Z retrospektivních studií se zdá, že v dětství tito pacienti prožívali ve vazbě s rodiči obrácenou roli – jako děti museli tlumit emoční rozlady rodičů (dítě emočně pečuje více o matku než ona o ně) (Rapee, 1997). Z toho plyne strach o druhé, že buďto druzí něco nezvládnou,

nebo samotní postižení nezvládnou pečování o druhé. Proto mají potřebu všechny potenciálně ohrožující situace hlídat. Tyto nálezy je však třeba ještě potvrdit prospektivními studii.

Cílem léčby GAD je naučit pacienta myslet systematicky a v mnoha perspektivách – změnit jeho rigidní kognitivní postupy, které mu umožňují vidět vše jen v jedné ohrožující rovině (Borkovec a Whisman, 1996). Pacient se potřebuje zbavit rigidity v myšlení, emočních, tělesných reakcích a v chování. Pokud se týče léčebných postupů, měly by se zaměřit na zamezení vyhýbavého chování, tj. na omezení obav a starostí, a na trénink pacienta, aby se naučil dobře snášet silné emoční a tělesné reakce. Kognitivně by se měly tedy zpracovávat hlavně metakognice a poté hlavní nácvik směřuje k řešení skutečných problémů. Kognitivní práce se týká zejména rozšíření vidět situaci z více perspektiv a schopnosti uvědomit si více možností řešení (Možný a Praško, 1999). Používá se také více narativních přístupů – práce s metaforami, příklady, příměry, mýty, pohádkami, písněmi a příběhy, které umožní alternativní pohledy. Koncept „absolutního zla“ se pacient učí zkoumat a zpochybňovat. Často bývá jádrovým strachem strach ze smrti. Představy o vlastní smrti, jejích okolnostech, důsledcích, i o tom, co se bude dít po smrti s pacientem i s jeho blízkými, jsou často vyplněny dětskými děsivými fantaziemi. Pokud má pacient nadměrné obavy z tělesné nemoci, je velmi důležité probrat tuto oblast a exponovat jej těmto „katastrofickým představám“. Za strachem ze smrti jsou velmi často pocity izolace, osamělosti, závislosti. Při práci s emocemi je důležité pomoci pacientovi zvýšit rozsah a prožívání emocí. Pacient se učí zvládat silné emoce při hraní rolí a při dalších psychodramatických technikách (prázdná židle, dvojník ap.) a plně si uvědomovat své prožívání při reálných situacích. Problémy pak pacient řeší aktivním jednáním, nikoliv obavami a starostmi. Čeho se týkají reálné problémy může být někdy skryto. Proto je dobré, aby si pacient vedl záznamy svých epizod obav a starostí a učil se zachytit zejména jejich počátek, který se často týká důležitých oblastí. Pomoci může taky zachycení změny nálady u pacienta při rozhovoru (Co se stalo právě teď? Co vás teď napadlo?). Nemá cenu snažit se diskutovat následné obavy a starosti, protože ty se zabývají podružnostmi a slouží vlastně vyhýbání se. Je však potřeba ke každé epizodě dopsat, jak situace dopadla – to pacienta přibližuje k realitě a ke zjištění, že jeho obavy a starosti byly neopodstatněné a přehnané. Vyhýbání v chování je často méně zjevné než u ostatních poruch, ale je nutné ho zmapovat. Nejčastěji objevíme odkládání a vyhýbání se asertivnímu chování v interpersonálních situacích (Prašková a Praško, 2000). Proto je důležité podrobně zmapovat interpersonální situaci pacienta, zejména jeho blízké vztahy, protože tam jsou zpravidla ukryty nejdůležitější problémy, i když má pacient tendenci je bagatelizovat nebo zkreslovat.

Zásadně se s úzkostným pacientem nemá nacvičovat odvedení pozornosti, protože je to jen další druh vyhýbavého chování (Barlow, 1988). Pacient často vyžaduje ujištění terapeutem, že se opravdu nic nestane. Tomu by se měl terapeut zásadně vyhnout, protože to pacientovi rovněž umožňuje vyhnout se jak vlastnímu řešení, tak silným emocím. Podobně nevhodné je z dlouhodobého hlediska podávání



anxiolytik. Relaxace nemá být zaměřena na uklidňování se před obávanou situací, ale na snížení celkového napětí. Zejména progresivní svalová relaxace má velký význam – pacienti s GAD trpí z tělesných reakcí nejvíce zvýšeným svalovým napětím a jeho důsledky (únava, bolesti hlavy, páteře). V relaxovaném stavu jsou lidé schopni snadněji nacházet alternativní pojetí situace a jsou kreativnější při hledání možnosti, jak řešit problémy (Borkovec a Costello, 1993). Sama relaxace ovšem může spustit silné negativní emoce tím, že pacient přestane blokovat svoje silné emoční reakce obavami a starostmi. Ještě výraznější to bývá při meditaci. Výrazně může pomoci také řízená imaginace, kdy si pacient představuje ohrožující situace a postupně jimi prochází. Pacienti díky své úzkostnosti nevnímají řadu příjemných aktivit a podobně jako jejich reakce na stres je zhoršená i jejich schopnost příjemného prožívání. Aby se pacient opět naučil příjemnému prožívání, měl by monitorovat své drobné příjemných prožitky, cvičit si uvědomování prožitků v různých modalitách (čich, chuť, hmat, sluch, tělesné reakce, emoční reakce). Obecně je potřeba podporovat zaměření pozornosti pacienta na pozitivní události – ptát se ho na to, co se mu podařilo, z čeho se těšil, komu pomohl ap.

### Udržovací mechanismy GAD

Zdá se, že na udržování generalizované úzkostné poruchy se mohou podílet zejména tři mechanismy:

- Za prvé mohou být starosti a obavy používány jako strategie, jak se vyhnout intenzivním negativním afektům.
- Za druhé, starosti o nepravděpodobné věci a budoucí ohrožení mohou odvádět pozornost od důležitějších realistických a bezprostředních konfliktů a omezovat kapacitu pro jejich řešení.
- Konečně, lidé trpící GAD podléhají do určité míry magickému myšlení a věří, že jejich starosti jim pomáhají připravit se předem na obávané důsledky, což negativně posiluje obavný proces.

8.2.2.2.5 Výzkum efektivity KBT u generalizované úzkostné poruchy  
*Kognitivně behaviorální terapie* prokázala v kontrolovaných studiích svoji účinnost jak krátkodobou (viz např. Blowers et al., 1987, Barlow et al., 1992, Power et al., 1990, přehled Gould et al., 1997), tak dlouhodobou (Chambless a Gillis, 1993). KBT je účinnější než nedirektivní nebo podpůrná psychoterapie (Chambless a Gillis, 1993) a účinnější než behaviorální terapie samotná (Borkovec a Costello, 1993). Při porovnání KBT s léčbou benzodiazepiny se ukázalo, že medikace má sice rychlejší nástup účinku, ovšem již po 6 týdnech mezi terapiemi není rozdíl (Borkovec et al., 1996). Navíc KBT předčasně přerušilo méně pacientů a dosažené zlepšení se na rozdíl od benzodiazepinů dlouhodobě udrželo. Podle studie Butlerové et al. (1991) může být samotná kognitivní terapie o něco účinnější než čistě behaviorální terapie, což však další autoři nepotvrdili (Öst a Breitholtz, 2000). Ve studii, která porovnávala 4 přístupy: čistou behaviorální terapii, kognitivní terapii, kognitivně behaviorální terapii a čekající kontrolní skupinu, byly všechny tři

aktivní přístupy výrazně účinnější než kontrolní skupina jak po léčbě, tak po dvou letech katamnézy. Ovšem kombinovaná KBT měla méně pacientů, kteří léčbu předčasně ukončili, než tomu bylo v dalších dvou aktivně léčených skupinách (Barlow et al., 1992). Podle kontrolovaných studií je tedy zřejmé, že KBT je stejně účinná jako antidepressiva v krátkodobém pohledu akutní léčby a kombinace s farmaky zvyšuje efektivitu jen nepodstatně. Z dlouhodobého hlediska ročních, dvouletých a pětiletých katamnéz je však KBT u GAD podstatně účinnější než léčba farmaky a samotná KBT je účinnější než kombinace KBT s farmaky. Podle přehledů výzkumů se také zdá, že kognitivně behaviorální terapie je účinnější než nedirektivní nebo podpůrné přístupy. Celkově se však zdá, že jakákoliv psychoterapie GAD je relativně méně účinná než u jiných úzkostných poruch, podobně jako je tomu u farmakoterapie. Běžně na starší KBT postupy v léčbě GAD reaguje dobře kolem 50 % pacientů, dalších 20 % dosáhne částečné úlevy a 30 % se nezlepší. Výsledky jsou tedy podobné jako po léčbě SSRI nebo SNRI. Ladouceur et al. (2000) publikoval novou variantu KBT u GAD, která se soustřeďuje na jeden z primárních rysů GAD – neschopnost snášet nejistotu. Ve srovnání s čekajícími kontrolami byl tento přístup významně účinný u 77 % vyléčených pacientů a tento výsledek se udržel po 6 a 12 měsících katamnézy. White (1998) publikoval katamnézy pacientů s GAD po 2, 3 a 8 letech po skupinové KBT a ukázal, že účinek KBT je u těchto pacientů dlouhodobý. Borkovcova skupina (1996) zkoumá také účinnost metod interpersonální psychoterapie – u pacienta se střídají hodiny KBT s hodinami IPT. To vedlo k výraznému zvýšení účinnosti léčby – v kontrolované studii až na 80 % plně vyléčených pacientů, přičemž remise se udržela ještě i po ročních katamnézách. Účinnost této kombinované KBT a IPT je signifikantně vyšší než při klasické KBT léčbě.

O *psychoanalýze a skupinové psychoterapii* panuje obecné přesvědčení, že jsou pro léčbu GAD vhodné, ovšem vzhledem k tomu, že objektivní studie zkoumající jejich účinnost nebyly v dostatečném rozsahu provedeny, jak jsou účinné přesně nevíme. Existuje jediná studie, která porovnávala účinnost kognitivní terapie s analytickou psychoterapií a behaviorálním nácvikem zvládání úzkosti (Durham et al., 1994). Autoři rozdělili 110 pacientů do pěti skupin: 1) krátká kognitivní terapie (9 sezení); 2) prodloužená kognitivní terapie (14 sezení); 3) krátká analytická terapie (8 sezení); 4) prodloužená analytická terapie (16 sezení); 5) nácvik zvládání úzkosti (8 sezení). Pacienti, kteří absolvovali krátkou i prodlouženou kognitivní terapii, se zlepšili nejvíce (60 % zlepšených), následovali pacienti s nácvikem zvládání úzkosti (30 % zlepšených) a nejméně se zlepšili pacienti z obou analytických programů (20 % zlepšených). Oba programy KT pak vedly k dalšímu zlepšování v katamněze, ostatní programy nikoliv. Mezi krátkým a dlouhým KBT programem nebyl rozdíl.

### Metaanalýzy

Od roku 1990 bylo publikováno několik přehledů o léčbě GAD (Barlow et al., 1997, Borkovec a Whisman, 1996, Butler a Booth, 1991, Chambless a Gillis, 1993,

Durham a Allan, 1993). Tyto přehledy se soustředily na KBT přístupy k odstranění obav a starostí a snížení úzkosti a všechny uzavírají, že KBT přístupy, na rozdíl od kontrolních skupin seznamu čekatelů a nedirektivních podpůrných psychoterapeutických přístupů, jsou u GAD účinné (Huppert a Sanderson, 2003). V meta-analytickém přehledu literatury Chambless a Gillis (1993) revidovali 9 studií hodnotících účinnost kognitivní terapie u GAD. Většina užívala terapeutický protokol komponovaný z kognitivních přístupů a nácviku relaxace. Sedm studií ukázalo, že KBT je účinnější než placebo nebo změna u kontrolní skupiny čekatelů na terapii. Durham a Allan (1993) analyzovali 11 studií a zjistili, že v HAMA je průměrné zlepšení kolem 50 %, ve STAI kolem 25 % a tyto výsledky se udržely i v katamněze. Uzavírají, že plně vyléčených pacientů trpících GAD po KBT je kolem 50 %. Tyto změny jsou významně větší než po léčbě placebem či u čekatelů na léčbu. Praktické review a metaanalýzu výsledků studií publikovali v roce 1996 Borkovec a Whisman. Primárním závěrem bylo, že jak KBT, tak kognitivní terapie i behaviorální terapie jsou účinnější než čekání na léčbu či placebo. Čtyři ze 6 studií nenalezly rozdíl mezi behaviorální a KBT terapií v době ukončení léčby, ale tři z nich pak zjistily vyšší účinnost KBT v katamnézách. Celková míra efektu byla vysoká pro KBT (od 0,94 do 3,63) i u behaviorální terapie (od 0,69 do 2,76). Huppert a Sanderson (2003) se soustředili na novější studie, které používaly diagnostická kritéria DSM-III-R nebo DSM-IV a nezávislého hodnotitele efektu. Dřívější studie, které neměly tak striktní diagnostický výběr nebo byly otevřené, z metaanalýzy vyřadili. U čtyř ze šesti KBT studií došlo k dalšímu zlepšování v průběhu katamnézy (6 měsíců), zatímco u dvou nikoliv. Kognitivní přístupy byly u čtyř ze šesti studií účinnější než behaviorální.

### 8.2.2.3 Léčba generalizované úzkostné poruchy

Léčba lehčích forem GAD může být vedena psychoterapeuticky nebo farmakoterapeuticky. Jediný přístup zpravidla stačí, z dlouhodobého hlediska je vhodnější psychoterapie. Pacient ji však může odmítat nebo pro něj systematická psychoterapie nemusí být dostupná (široko daleko není vycvičený terapeut) nebo vhodná (např. při intelektové nedostatečnosti). U středně závažných a těžkých forem GAD je na místě kombinace obou přístupů, výše uvedená omezení opět platí.

Základní terapeutickou volbou u generalizované úzkostné poruchy je psychoterapie, zejména kognitivně behaviorální terapie, a farmakoterapie. Cílená specifická terapie však zpravidla mimo specializovaná centra není dostupná. Z farmakoterapie v současné době dáváme přednost antidepresivům (SSRI, SNRI) nebo bupironu. Léčba benzodiazepiny (alprazolam, klonazepam) je postupně opouštěna (Monnier et al., 2003).

**Tabulka 8.2.2.5:** Farmakologická léčba generalizované úzkostné poruchy

|                                        |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SSRI</b>                            | paroxetin       | Léčba první volby, účinnost prokázána ve velkých kontrolovaných studiích, dobře tolerovaný, podávání jednou denně; doporučená dávka vhodná pro většinu pacientů je 20 mg/den                                                                                                                       |
|                                        | ostatní SSRI    | Nebyly extenzivně testovány ve studiích, ale mají dle klinické zkušenosti podobnou účinnost                                                                                                                                                                                                        |
| <b>SNRI</b>                            | venlafaxin XR   | Léčba první volby, účinnost prokázána ve velkých kontrolovaných studiích; všeobecně je dobře tolerován, dává se jednou denně; doporučená dávka vhodná pro většinu pacientů je 75 mg/den;                                                                                                           |
| <b>nebenzodiazepinové anxiolytikum</b> | buspiron        | Ověřená účinnost; dobře tolerovaný; ve srovnání s BZD pomalejší nástup účinku a nižší efekt u pacientů, kteří dříve užívali BZD                                                                                                                                                                    |
| <b>benzodiazepiny</b>                  | chlordiazepoxid | Mají velmi známou účinnost a jsou široce užívány, efekt jednotlivých preparátů je podobný; nástup účinku je relativně rychlý, pacient musí být monitorován pro riziko zvyšování dávek, rozvoje závislosti a abstinenčních příznaků; jsou více účinné pro somatické než pro kognitivní příznaky GAD |
|                                        | diazepam        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                        | alprazolam      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                        | klonazepam      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                        | clorazepat      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>tricyklická antidepresiva</b>       | imipramin       | Účinnost zjištěná v několika menších studiích, více vedlejších účinků než ostatní SNRI, SSRI, BZD či novější antidepresiva, pozdější nástup účinku než BZD, více účinná pro kognitivní příznaky, než pro tělesné příznaky GAD                                                                      |
|                                        | amitriptylin    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                        | klomipramin     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                        | trazodon        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Jiné léky</b>                       | nefazodon       | Jedna otevřená studie                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                        | mirtazapin      | Jedna otevřená studie s komorbidní depresivní poruchou                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                        | klonidin        | Tendence ztrácet počáteční odpověď                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                        | propranolol     | Může být užitečným přídatným lékem u pacientů se silnými palpitacemi nebo třesem                                                                                                                                                                                                                   |

## 8.2.2.4 KBT – terapeutický přístup u generalizované úzkostné poruchy

KBT generalizované úzkostné poruchy je podobně strukturovaná jako KBT deprese či jiných úzkostných poruch. Významněji než u jiných poruch zde vystupuje práce s metakognicemi, relaxací a řešením problémů.

### 8.2.2.4.1 KBT vyšetření u generalizované úzkostné poruchy

Při vyšetření pacienta se kromě obvyklého předchorobí a životního příběhu ptáme na:

- typická témata obav a starostí a na další situace, které v pacientovi vyvolávají úzkost nebo strach;

- jak obavy a starosti probíhají, čeho se nejvíce obává, jaké tělesné reakce se objevují, jak se přitom chová, jak reaguje na druhé lidi;
- čemu se kvůli obavám a starostem vyhýbá a jak se proti úzkosti zabezpečuje, zda se naučil nějaké strategie, jak si pomoci;
- co obavy a starosti či úzkost modifikuje (aktivity, léky, menstruace, přítomnost druhých osob ap.),
- v čem jej obavy, starosti a úzkostnost omezují v životě (pracovně, v rodinném životě, ve volném čase).

Je také důležité získat detailní popis obav a starostí (myšlenek a představ) a tělesných reakcí, které jsou s úzkostí spojeny. Pak je potřebné zjistit okolnosti rozvoje GAD, a zejména interpersonální vztahy.

KBT GAD zahajujeme podrobnou *analýzou problému*. Nejdříve vyzveme pacienta, ať popíše poslední událost, při které byl zahlcen starostmi a obavami. Otázky, kterými můžeme začít rozhovor, jsou: Kdy jste měl naposled o něco obavy? Čeho se vaše obavy týkaly? Poté probereme:

1. *kontrolní strategie* – tedy co pacient dělá, aby zabránil nadměrným obavám,
2. *vyhýbavé chování* – zeptáme se, co pacient raději nedělá, aby byl stále ve střehu,
3. *modulátory obav* – zjišťujeme, které události zvyšují četnost obav a které naopak snižují jejich naléhavost.

Vhodné otázky jsou např.: Proč nešlo přestat, ukončit tok obavných myšlenek?, Co všechno jste udělal proto, aby se již obavy nevracely? V čem to pomohlo? Co jste si říkal, když to nešlo zastavit? Pomocí těchto otázek se dostáváme k problému nekontrolovatelnosti toku obavných myšlenek a k odvozování tzv. *meta-kognicí*.

**Tabulka 8.2.2.6:** Diagnostický postup a vyšetření

- ke stanovení diagnózy stačí zpravidla rutinní psychiatrické vyšetření, ujištění typických obav a starostí a jejich témat (rodina, finance, práce, zdraví ap.), emočních, vegetativních a kognitivních reakcí, zabezpečovacího a vyhýbavého chování
- pro upřesnění a kvantifikaci problému je vhodné použít dotazníky (Dotazník strachů, SCL-90, dotazník vyhýbavého chování, Sheehanova, Hamiltonova nebo Beckova posuzovací stupnice úzkosti, Sheehanová stupnice postižení, eventuálně Dotazník životních událostí)
- k hodnocení osobnosti je vhodné MMPI nebo CPI
- k vyloučení somatických příčin je potřebné interní vyšetření a rutinní laboratorní vyšetření včetně EKG a EEG
- při složitější diferenciální diagnostice je vhodné neurologické vyšetření, event. CT vyšetření mozku při podezření na organické postižení mozku

8.2.2.4.2 Hodnocení a měření u generalizované úzkostné poruchy  
Diagnostické informace mohou být užitečně doplněny krátkými sebesposuzovacími dotazníky, které hodnotí závažnost příznaků. Praktický je zejména Beckův úzkostný inventář (BAI – Beck a Steer, 1993), který hodnotí celkovou míru úzkosti a orientačně nám může ukázat i změny v průběhu léčby. K hodnocení GAD bývá používána řada dalších sebesposuzovacích dotazníků a posuzovacích stupnic, jako

je Sheehanová a Hamiltonova stupnice posuzování úzkosti. Bývají používány ve farmakologickém výzkumu. Podobně jako BAI hodnotí intenzitu jednotlivých příznaků, nejsou však vhodné pro stanovení diagnózy (Stein 2004).

**Tabulka 8.2.2.7:** Příklad hodnocení pacientky s generalizovanou úzkostnou poruchou

32letá vdaná matka 2 dětí v předškolním věku. Počátky výraznějších obav a starostí se objevily před maturitou, ovšem úzkostnější byla od dětství. Po mateřské dovolené s druhým dítětem před 7 lety nastoupila do práce s přísnou šéfovou, postupný rozvoj obav a starostí, které nyní zabírají většinu času dne, neschopna „vypnout“, relaxovat, má každodenní problémy s usínáním, často ji bolí hlava, má palpitace, parestázie, tlaky v žaludku. Doma dochází ke konfliktům, manželovi vadí její úzkostnost a konfliktnost.

**1. Topografie úzkosti**

- Zaměření pozornosti: na možné problémy do budoucna, týkající se zdraví rodiny, finanční situace, výchovy dětí, pracovního výkonu, přijetí spolupracovníky, na vlastní projevy úzkosti (parestázie, palpitace, bolesti hlavy, tlaky v žaludku)
- Frekvence: každodenně ve vlnách, kdykoliv se objeví i malý problém, téměř vždy večer před usnutím
- Trvání: epizoda starostí může trvat několik minut (běžné) ale i několik hodin
- Vnímání: zaměření na tělesné příznaky, nedostatky svoje i blízkých, úspěchy druhých, automatické vyhledávání možných ohrožení

**2. Antecedenty**

- Situace: jakékoliv nerutinní situace – např. nové úkoly v práci, sociální situace, kde hrozí odmítnutí, zdravotní problémy vlastní i rodiny, televizní pořady o zdraví, neštěstích ve světě, čtení černé kroniky,
- Vnitřní kognitivní: úzkostný stav i při představě podobné situace nebo vzpomínce na ni

**3. Kognitivní zpracování:**

- katastrofizace situací předem: řetězce obav typu „Co se stane když...“, anticipace horšího,
- tendence ke kognitivnímu vyhýbání (když je už úzkost silná),
- sebedoceňování – snížená sebedůvěra ve zvládnutí situací
- metakognice – „je dobré si dělat starosti, abych se připravila na horší! versus „je špatné dělat si starosti, protože se z nich zhroutím!“

**4. Behaviorální reakce:**

- tendence k nadměrné pracovitosti k odvedení pozornosti od obav a starostí a k přípravě na co nejlepší „obstání“
- chaotické nesystematické řešení problémů a konfliktu v rodině i v práci
- odvádění pozornosti od ohrožujících situací přebíháním mezi množstvím aktivit,
- neschopnost odpočívat pro zahlcení obavami
- neustálá příprava „na problémy“
- nadměrné omlouvání se, ujišťování, katastrofizování před druhými, aby „nebyli překvapení, jak selžu“
- vyhýbání se situacím, kde by hrozilo selhání, odmítnutí, neúspěch
- zabezpečování: příprava na úkoly předem, zabezpečování se „shazováním sebe“, aby druhí neočekávali lepší výsledek, zdravé vaření, nucení dětí do hygieny, teplého oblékání, hádky s manželem cca 2x týdně, začínají tím, že mu vyčítá, jak nedbá na něco „ohrožujícího“, on se rozčílí, ona mu pak vytkne seznam jeho provinění za 9 let vztahu, hádka končí tím, že spolu nemluví 1-2 dny, odmítá pak s manželem spát, což bývá dalším zdrojem konfliktu

## 5. Důsledky

- intrapersonální: pohrdání sebou jako úzkostnou bytostí, zlost na sebe, snížené sebevědomí
- interpersonální: konflikty s manželem, který „nechce zdravě jíst“, ani poslouchat o katastrofách, v práci se ji vyhýbají, protože „stále mluvím o katastrofách a už to nikoho nebaví“, minimální sociální síť
- práce: pracuje nadměrně, přebírá nadměrnou zodpovědnost, pro neschopnost stanovit si priority často nestíhá termíny, odkládá těžší úkol, které se ji hromadí, občas z úzkosti udělá chaos, silné přesvědčení, že ostatní ji neberou, křivdí ji a málo ji oceňují
- volný čas: prakticky nemá žádný, v práci i doma stále pracuje, na dovolené je jí špatně, obvykle otráví svými obavami a kritikou celou rodinu

## 7. Modifikující faktory

- horší je to, když přijede na návštěvu matka, kolem uzávěrek v práci, při uzávěrkách známek dětí ve škole, když kdokoliv onemocní, byť jen pro banalitu, vždy před měsíčky, když má manžel více cest mimo domov za sebou a ona je s dětmi sama
- lepší je to, když je manžel více doma a věnuje se rodině

## 8. Dosavadní léčba

- užívala alprazolam a dosulepin (nyní 75 mg na den) dlouhodobě, zpočátku to pomáhalo, nyní má vyšší dávky alprazolamu (3mg na den) ale obavy, starosti a projevy úzkosti jsou omezující, horší, než kdykoliv předtím, docházela do skupinové psychoterapie, během docházky a asi 3 měsíce poté se cítila podstatně lépe, pak v době většího pracovního zatížení se vše vrátilo.

## 8.2.2.4.3 Problémy a cíle, léčebný plán u generalizované úzkostné poruchy

Cílem KBT léčby je naučit pacienta myslet multicipltně a v mnoha perspektivách – změnit jeho rigidní kognitivní postupy, které umožňovaly vše vidět jen v jedné ohrožující rovině. Potřebuje se zbavit rigidity v myšlení, emočních, tělesných reakcích a chování. Terapie se zpravidla „šije na míru“ potřebám klienta. Faktory, které se při tom berou v úvahu, zahrnují závažnost generalizované úzkostné poruchy, míra narušení života v rodině, práci a společnosti, předchozí léčby, ochotu spolupracovat a komorbidní onemocnění. Zásadním cílem léčby by mělo být snížení úzkosti při zvládnání běžných životních situací natolik, aby pacienta porucha neomezovala. Dalším důležitým cílem je předcházení relapsu a recidivy poruchy při dlouhodobé léčbě.

Tabulka 8.2.2.8: Všeobecné léčebné cíle

- vytvořit terapeutický vztah
- edukace pacienta (a blízkých osob) o poruše a její léčbě, včetně účinnosti a vedlejších účinků medikace
- stanovit přiměřené cíle
- zmírnit příznaky úzkosti
- postupně odstranit vyhýbavé chování
- v případě problémů v životě jejich systematické řešení
- rehabilitace
- udržování dosaženého pokroku a prevence relapsu

Další cíle jsou pak zaměřeny na řešení problémů v životě, které se zpravidla týkají partnerského nebo jiného důležitého vztahu, adaptace na změnu role v životě, pracovních vztahů nebo maladaptivního životního stylu.

#### 8.2.2.4.4 Léčebné intervence u generalizované úzkostné poruchy

Pokud se týče léčebných strategií, měly by se zaměřit na zamezení vyhýbavého chování, tj. omezení obav a starostí, a na trénink pacienta, aby se naučil dobře snášet silné emoční reakce a tělesné reakce. KBT generalizované úzkostné poruchy využívá celé řady behaviorálních a kognitivních postupů (Praško a Kosová, 1998). Jednotlivé kroky terapie probíhají postupně následujícím způsobem:

**Tabulka 8.2.2.9:** KBT generalizované úzkostné poruchy

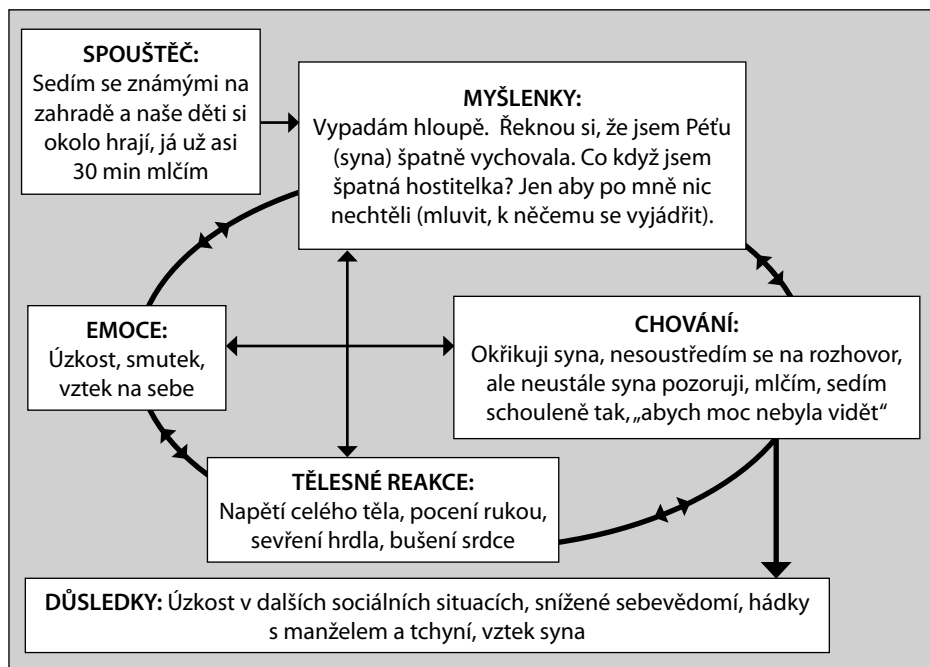
- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>a) Edukace o GAD, o stresové reakci, bludném kruhu úzkosti a léčbě</li><li>b) Kognitivní restrukturalizace</li><li>c) Behaviorální experimenty</li><li>d) Testování metakognicí</li><li>e) Relaxace a imaginace</li><li>f) Plánování aktivity</li><li>g) Práce s emocemi</li><li>h) Expozice vůči obavám</li><li>i) Učení se novému chování a dovednostem (zejména komunikaci, zacházení se stresem)</li><li>j) Řešení problémů</li><li>k) Ukončení léčby a prevence relapsů</li></ul> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

##### **a) Edukace**

Pacientovi poskytujeme informace o tom, co je to úzkost (stresová reakce „útok nebo útek“), a pak na jeho vlastních příznacích vysvětlujeme vztah mezi myšlenkami, emocemi, chováním a vegetativními reakcemi a důsledky. Dostáváme se k *bludnému kruhu* úzkostného očekávání a projevu úzkosti. Je důležité upozornit, že prožívaná úzkost neznamená „šílenství“. Potřebná je dále *edukace o „normální“ podstatě obavných myšlenek*. Pacienti s GAD často považují jakékoliv obavné myšlenky za cosi patologického, nepřijatelného či dokonce škodlivého. Pomocí příkladu ze života lze toto přesvědčení zpochybnit. Dále je potřebné zdůraznit, že tělesné (vegetativní) reakce související se stresovou reakcí, nejsou v žádném případě zdraví nebezpečné. Od KBT modelu úzkosti pak přecházíme k edukaci o léčbě – zejména vysvětlujeme možnosti ovlivnění celého bludného kruhu postupnou změnou úzkostného myšlení na myšlení více konstruktivní. K edukaci byly vytvořeny brožury (např. Praško, 2003).



Obrázek 8.2.2.5: Příklad bludného kruhu epizody obav



### b) Kognitivní restrukturalizace

Terapeut s pacientem pracují společně na identifikaci pacientova úzkostného pohledu na události, hodnotí přiměřenost tohoto pohledu pomocí logiky a důkazů a vytvářejí alternativní perspektivy, které mohou být použity, kdykoliv pacient zjistí obavy, úzkost či kognitivní interpretace které vedou k nárůstu pocitů ohrožení – změna automatických úzkostných myšlenek, představ, meta-kognicí (myšlenky o myšlenkách) a postojů vede ke zmírnění úzkosti. Tato změna vyžaduje 4 základní kroky:

1. spojit emoční reakce s automatickými myšlenkami,
2. rozpoznat automatické myšlenky, meta-kognice a dysfunkční postoje,
3. testovat jejich pravdivost, pragmatičnost a důsledky pro chování,
4. najít adaptivní myšlenky a postoje.

**Tabulka 8.2.2.10:** Spojení automatických myšlenek s reakcí

| A verze – vede k úzkosti       |                                                                                                                                             |                                                                                |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| SITUACE                        | MYŠLENKA                                                                                                                                    | DŮSLEDKY                                                                       |
| Syn na návštěvě skáče po gauči | Všichni si myslí, že jsem hrozná máma                                                                                                       | Vztek na sebe, smutek, nesoustředění se na rozhovor, okřikování syna           |
| B verze – vede ke zklidnění    |                                                                                                                                             |                                                                                |
| SITUACE                        | MYŠLENKA                                                                                                                                    | DŮSLEDKY                                                                       |
| Syn na návštěvě skáče po gauči | Nikdo nic neříká a jejich dcera to dělá také. Pravděpodobně jim to nevadí, naopak, jsou rádi, že se děti sami zabaví a my si můžeme povídat | V klidu se soustředím na rozhovor, nemám úzkost, jsem uvolněnější a povídám si |

Typické otázky vhodné pro testování automatických myšlenek u pacientů s GAD jsou následující:

- 1) Jaké důkazy máte pro tuto myšlenku? Je možno tuto situaci hodnotit i nějak jinak? Existuje nějaké jiné vysvětlení?
- 2) Co by si v takovéto situaci myslel někdo jiný?
- 3) Opíráte svůj úsudek o to, jak se cítíte nebo o to, co děláte?
- 4) Nestanovujete si nereálné a nedosažitelné cíle?
- 5) Nezapomínáte na některá podstatná fakta, nebo naopak nezveličujete fakta nepodstatná?
- 6) Uvažujete v pojmech všechno, nebo nic?
- 7) Nepřebíráte na sebe příliš velkou odpovědnost za to, jak věci dopadnou? Nepřeceňujete svou schopnost ovlivnit, zda věci dopadnou dobře nebo špatně?
- 8) A co když se stane...? A co by na tom bylo tak hrozného?
- 9) Jak budou věci vypadat za X měsíců/roků?
- 10) Nepřeceňujete míru pravděpodobnosti, s níž určitá událost nastane?
- 11) Nepodceňujete své možnosti, jak čelit problémové situaci?

**Terapeut:** Říkala jste, že někdy přemýšlíte o tom, že byste mohla umřít, a o tom, jaký by to na vaši rodinu mělo vliv. Můžete mi říci více o této obavě?

**Pacientka:** Ano, dělám si starosti. Nechci, aby moje děti zažily to, co jsem zažila a co ještě zažívám, když mi vloni zemřel otec. A kromě té bolesti, kdo by se o ně postaral, když jsou ještě malé?

**Terapeut:** Jaké si představujete, že to bude, když zemřete? Co by se stalo vaším dětem?

**Pacientka:** (s pláčem) Je velmi těžké o tom mluvit, protože si myslím, že by to bylo opravdu příšerné... Představuji si, že budou osamělé, budou plakat, nebudou vědět, co dělat..."

**Terapeut:** Když si představíte tuto situaci... jak dlouho by to tak trvalo?

- Pacientka: Hm, na to jsem nikdy nemyslela... já je stále tak vidím.."
- Terapeut: Teda myslíte si, že by se stále tak cítily... už nikdy jinak?
- Pacientka: Ano.
- Terapeut: Takové představy a myšlenky opravdu vedou k napětí a stresu. Podívejme se na ně zblízka. Nejdříve si podívejme na možnost, že můžete riziko zveličovat. Máte nějaký důvod si myslet, že byste měla brzy a neočekávaně zemřít?
- Pacientka: Jen to, že můj otec náhle zemřel.
- Terapeut: Jaký to byl důvod?
- Pacientka: Zdá se, že měl problémy se srdcem, o kterých se nevědělo.
- Terapeut: A máte nějaký důvod si myslet, že máte podobný problém?
- Pacientka: Ne... po pravdě jsem se nechala před měsícem vyšetřit, pro jistotu, a jsem podle všeho v pořádku.
- Terapeut: Když se tedy podíváme na důkazy o vašem zdraví a také na statistiku o tom, že žena náhle zemře bez zjevného důvodu ve 32 letech – jaká bude asi pravděpodobnost, že náhle zemřete? Na kolik procent si myslíte, že to doopravdy hrozí?
- Pacientka: Když se na to podívám takto, tak asi 10 %.
- Terapeut: Vy si tedy myslíte, že jedna z 10 mladých žen takto náhle umírá? Znáte nějaké ženy ve vašem okolí nebo známé ve vašem věku? Kolik jich zemřelo v posledním roce náhlé?
- Pacientka: (se smíchem) No, myslím si, že to asi bude méně. Tak 1 %.
- Terapeut: I to si myslím, že je výrazně přehnané. Nyní se však podívejme detailněji na další předpoklad, který jste ve svých obavách měla.
- Pacientka: Myslíte, jak se budou cítit moje děti, kdybych zemřela. To jsem přesvědčena, že by se cítily mizerně.
- Terapeut: Já se neptám na smutek a pocit ztráty, ale na předpoklad, že to bude pokračovat stále stejně, beze změny, po celý život. I když je těžké si to představit, zkuste to. Co by se během času stalo? Byly by pořád tak smutné, anebo by se s tím nakonec vyrovnaly a žily více méně normální život? Co je více pravděpodobné?
- Pacientka: Myslím si, že by se to nakonec dostalo do normálních kolejí. A jejich táta je dobrý... postaral by se o ně.
- Terapeut: Znovu chci zdůraznit první závěr, ke kterému jste došla, že je málo pravděpodobné, že se chystáte umřít. Ale je třeba si uvědomit, že i kdyby k takové ztrátě došlo a byla by velmi negativní, je možné, že to vaše děti přežijí a že se na to budou dívat jinak než vy. Souhlasíte s tím?
- Pacientka: Ano, rozumím. Myslím, že to tak dělám s mnohými věcmi. Myslím na to nejhorší bez toho, abych se podívala na jiné možnosti.

V sezeních spolupracuje terapeut s pacientem, naučené dovednosti se pak pacient snaží použít v domácích úkolech. Vhodným způsobem je práce se záznamem automatických myšlenek.

**Tabulka 8.2.2.11:** Příklad denního záznamu automatických myšlenek u pacientky s GAD

| SITUACE                                          | MYŠLENKY                                                                                                                                                                | EMOCE                                          | RACIONÁLNÍ REAKCE                                                                                                                                                                                                                                               | AKCE                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Paní učitelka řekla, že Mirek to ve škole lajdá. | Co když si na něj zasedne?<br>On je tvrdohlavý a bude na to kašlat ještě více.<br>Začne chodit za školu, kouřit, fetovat. ...<br>Zavrou ho...<br>To nedokážu zvládnout! | Strach<br>Vzteky<br>Bezmoc<br>Strach<br>Úzkost | Říkala to i u dalších kluků.<br>Většinou ho mrzí, když má horší známku.<br>Maluji čerta na zeď, zatím tomu nic nesevřím.<br>Přeháním, katastrofizuji.<br>Nic složitějšího zvládnout nemusím, ale i kdyby se vše nejhorší stalo, nějak bych to zvládnout musela. | Tedy mu řeknu, co mi řekla učitelka, a že chci, aby se více snažil.<br>Podívám se občas, zda má domácí úkoly, a pochválím ho, když je bude mít. Dám mu najevo, že mu věřím. |

Jak jsme se již opakovaně zmínili, kognitivní procesy spojené s úzkostí mají někdy podobu představ, nikoliv myšlenek. Tyto představy jsou katastrofické a ohrožující. Podobně jako u automatických myšlenek i význam ohrožujících představ je možno zpochybnit vhodnými otázkami. Můžeme také využít samotnou pacientovu fantazii. Clark (1989) uvádí dva příklady:

První příklad se týká mladé ženy, která měla opakovaně živou vzpomínku na to, jak byla jako malé dítě týrána. Rozhovor nevedl k úlevě od tísně, kterou tato představa vyvolávala. Ale když si představila samu sebe ve stejné situaci v roli již dospělé, která se postavila svému příbuznému, který ji týral, došlo ke zmírnění potíží velmi rychle.

Ve druhém případě se jedna žena obávala, že na veřejnosti omdlí, a často si představovala, že se to stalo. Její fantazie se obvykle zastavila v okamžiku, kdy omdlela. V diskusi si však ujasnila, že ve skutečnosti by ztratila vědomí jen na chvíli, pak by postupně přišla k sobě, vstala a všechno by bylo zase v pořádku. Když si tento sled událostí představila, došlo ke snížení úzkosti.

**Příklad kognitivní restrukturalizace (zpochybňování negativních myšlenek):**

- Pacient: Ale někdy mi začne být špatně z ničeho nic. Prostě jen sedím večer doma, televize skončila a mně je najednou špatně. Začnu cítit, jak se mi sevře žaludek, mám pocity na zvracení a pak z toho sevření se mi začne špatně dýchat. Pak si začnu stříkat ten Berodural, na chvíli to povolí, ale pak to přijde znovu. Přitom nic nedělám, to přichází úplně samo.
- Terapeut: Dokážete si vzpomenout na poslední případ, kdy se to stalo?
- Pacient: Ano, včera večer, nemohl jsem proto do dvou rána spát. A to mi pak až bušilo srdce, jak jsem nemohl dýchat. Báł jsem se, že z toho dostanu infarkt.
- Terapeut: Je velmi neobvyklé, že by se příznaky objevily úplně bez příčiny. Zkuste si tu situaci představit co možná nejživěji. Možná že přijdeme na to, co to spustilo.
- Pacient: Díval jsem se na televizi, žena mezitím odešla spát, a tak jsem byl v obýváku sám. Pak jsem vypnul televizi a za chvíli mi začalo být z ničeho nic tak špatně.

- Terapeut: Můžete mi říci, co jste po vynutí televize dělal?
- Pacient: Ale nic jsem nedělal, jenom jsem seděl a přemýšlel jsem si.
- Terapeut: Zkuste si vzpomenout, nad čím jste přemýšlel.
- Pacient: Ale jen tak normálně... že přijde léto a žena bude chtít jít na dovolenou.
- Terapeut: Hmm... a co jste si o tom říkal, o té dovolené?
- Pacient: Že mi je furt špatně a ona bude chtít, abychom někam jeli. Já ale nemůžu někam do ciziny, dyť neumím žádný jazyk, a když mi tam bude špatně, kdo mi pomůže? Dyť se tam s doktorem ani nedomluvíme! Ztracený život je to. Ona mi to pak bude vyčítat. A taky že s ní nechci spát. Bude vyhrožovat, že si najde nějakýho frajera, co jí to udělá, když já jsem neschopný. Ale já nejsem neschopný, ale jsem nemocný a nemůžu se tak namáhat. Ale to ona nechce pochopit.
- Terapeut: Hmm, vidím, že s tím máte velké trápení. Když o tom povídáte, docela jste se zadýchal. Všimnul jste si toho?
- Pacient: Máte pravdu, i jsem se zpotil a začal mě tlačit žaludek.
- Terapeut: Hm, to musí být velmi nepříjemné. Zdá se, že když o tom povídáte, co s vámi je, nebo možná když si jen představujete všechna ta trápení, tak začnete rychleji dýchat. Co myslíte, je to možné?
- Pacient: Nikdy jsem si to tak nevšiml, ale teď to tak vypadá. Možná, že máte pravdu.
- Terapeut: Jakoby ty starosti, které si děláte, jak to bude s nemocí, dovolenou a manželkou, vedly k zrychlenému dýchání. A když se to zrychlené dýchání objeví, na co pak myslíte?
- Pacient: Na nic. Přestanu myslet a bojím se, že to nepřestane.
- Terapeut: Hmm... co si v té chvíli tedy řeknete, čeho se nejvíce obáváte?
- Pacient: Že to zrychlené dýchání nezastavím, že mě začne bolet břicho a bude mi zase špatně.
- Terapeut: Co myslíte, pomáhají vám takové myšlenky „Nezastavím to dýchání, Začne mě bolet břicho a Bude mi zase špatně“, nebo ne?
- Pacient: Nevím, asi ne, mám potom ještě větší strach...
- Terapeut: A když máte větší strach, co myslíte, zpomalí to vaše dýchání nebo zrychlí?
- Pacient: Vždy se ještě zrychlí...
- Terapeut: Hmm, zdá se, že to, co si o té situaci sám řeknete, ji ještě zhorší. Rozumím tomu dobře?
- Pacient: Asi to tak nějak bude. To mě nikdy nenapadlo. A co s tím mám dělat?...
- Terapeut: Hmm, hmm, to je těžká rada. Myslíte, že byste dokázal změnit svoje myšlenky? Myslím v takových chvílích, kdy jste ve stresu?
- Pacient: To nevím, jak to myslíte, jak můžu změnit svoje myšlenky?
- Terapeut: No kdybyste si řekl něco jiného, než „Nezastavím to dýchání, bude mi zase špatně, začne mě bolet břicho“. Něco, co by vás méně rozrušovalo, nebo dokonce něco, co by vám pomohlo se uklidnit. To je těžké přemýšlení. Napadá vás něco, co by vám pomohlo se uklidnit?
- Pacient: Nad tím jsem nikdy nepřemýšlel... nevím... nemůžete mi poradit?

- Terapeut:** To bohužel nemůžu, musí to být něco, co si řeknete sám. Kdybych vám poradil, co si máte říci, to by nepomohlo, protože by to bylo to, co bych i řekl já. Každý jsme odlišný. Zkuste přemýšlet, co byste poradil svému kamarádovi, kdyby měl stejné potíže.
- Pacient:** To je moc těžké, když si neumím poradit sám... Asi bych mu řekl: „Neblbni, to přejde, dyť to už znáš, tolikrát jsi to zažil a nic se nestalo.“ A možná, podle toho, co jste mi dneska řekl: „Nedýchej tak rychle. Zpomal to, jinak ti bude ještě blběji.“
- Terapeut:** Výborně. Napište si to na papír, abyste si to zapamatoval... Nyní se zkusíme naučit, jak zpomalit dech v takové situaci, kdy mi začne ze stresu rychle utíkat... Zpomalení dechu vám v takových situacích pomůže daleko více, než Berodural, který naopak může ještě zvyšovat úzkost.

Kognitivní práce se týká zejména rozšíření perspektivy, možnosti vidět situaci z více úhlů a schopnosti uvědomit si více možností řešení. Pacient dále často vyžaduje ujištění terapeutem, což bychom zásadně neměli dělat, protože to slouží vyhnutí se jak vlastnímu řešení situace, tak silným emocím. Podobně je kontraproduktivní z dlouhodobého hlediska užívání anxiolytik.

### c) Behaviorální experimenty

Kromě testování automatických myšlenek je velmi účinné provést s pacientem behaviorální experimenty. Jsou to úkoly, které přímo v praxi testují pacientova přesvědčení. Pacient s terapeutem společně plánují určitou aktivitu, které se pacient vyhýbá nebo se jí obává. Pacient předem předpovídá, jak situace dopadne, jak se v ní bude cítit, jak se bude chovat ap.

Experimenty mohou také přímo spočívat v úsilí o změnu neuspokojivé situace, nebo v nalezení vhodnějších způsobů reakce v situaci, kterou změnit nelze. Behaviorální experimenty mohou probíhat:

1. bez předchozích obavných představ,
2. s cíleně intenzivnějšími obavami. Při této strategii vyzveme pacienta, aby předpověděl dopad obávané situace a poté zkusil jít do situace buď bez dalšího rozvíjení obavných myšlenek, nebo naopak po intenzivním a důrazném „prozkoumání“ všech možných negativních dopadů. Poté se hodnotí skutečný průběh situací.

Po provedení experimentu terapeut s pacientem zvažují, nakolik byly předpoklady realistické. Strategie má stejné základní schéma, jako experimenty ve vědeckém výzkumu. Začíná výběrem smysluplného cíle, pokračuje formulací hypotéz, vytvořením způsobů, jak situaci hodnotit, dále záznamem výsledků až formulací závěrů, které buď podporují, nebo odmítají postavené hypotézy.

**Výběr cíle experimentu:** Terapeut se dohodne s pacientem na cíli experimentu. Je dobré, když je v souladu s celkovým řešením problémů, určeným na počátku léčby. Konkretizuje myšlenku a podrobuje ji experimentálnímu zkoumání, např. Když zajdu za šéfem, aby mi zvýšil plat, bude na mně křičet a vyčte mi, že málo dělám.

- *Formulace hypotéz:* Pacient předem předpokládá, jak daná situace dopadne. Napíše si, jaké bude jeho chování, myšlenky, emoce a vegetativní reakce, a jak se bude chovat okolí k němu. Může předem formulovat i alternativy. Společně s terapeutem zhodnotí všechny důkazy, které svědčí pro, a které proti této předpovědi. Již to samo o sobě může zvíkat přesvědčivost důkazů hovořících pro tuto negativní předpověď a upozornit na ty, kterých si předtím pacient nebyl vědom, nebo které potlačoval.
- *Vytvoření hodnocení:* Předem se dohodnou pravidla. Co znamená úspěch, co neúspěch, ve kterých oblastech úspěšnost budeme hodnotit (např. úspěch v tom, že nadřízený zvýší plat, úspěch v tom, že si o to pacient dokáže říci tak, že je se sebou spokojený).
- *Vytvoření projektu:* Je to návrh konkrétní zkoušky, která prověří, zda předpověď platí. Terapeutovi i pacientovi musí být jasné, co přesně má pacient udělat. Experiment by měl být uspořádán tak, aby byla co největší naděje na pozitivní výsledek. V uvedeném případě je například vhodné, aby terapeut s pacientem probral způsob, jak svého nadřízeného požádá o zvýšení platu, a procvičil scénku pomocí hraní rolí.
- *Záznam výsledků:* Předem dohodnutý způsob záznamu se provádí ve vlastní experimentální situaci expozice, nebo po ní. Většinou jde o jednoduchý záznam myšlenek, chování, emocí a vegetativních reakcí, případně s hodnocením nepohody nebo úzkosti na stupnici. Zajímají nás myšlenky a chování, které předcházely, myšlenky a chování v době expozice a po ní.
- *Formulace závěrů:* Na závěr formulujeme odpověď na to, zda hypotézy, které byly postaveny, jsou validní, nebo nikoliv, zda vyšla některá z alternativ. Tak jako všechny domácí úkoly i experiment musí být uspořádán tak, aby žádný výsledek neznamenal prohru, aby byl užitečný, ať dopadne jakkoli. Pokud se experiment podaří (tj. nadřízený se nerozzlobí), tím lépe, pacient se na vlastní kůži přesvědčí, že jeho negativní myšlenky mohou být mylné. V takovém případě spočívá následující snaha v přenosu této zkušenosti i do jiných situací. Pokud se ovšem experiment nezdaří (tj. nadřízený se rozzlobí, pacientovi nadává, ponižuje ho), i pak získáme cenné informace. Co se vlastně stalo? V čem byla chyba? Bylo to něco v pacientově chování? Nebyly jeho úmysly bržděny negativními myšlenkami? Jakmile zjistíme, v čem problém spočívá, můžeme přemýšlet nad zvládnutím při příští příležitosti. Takže i zdánlivě negativní výsledek lze konstruktivně využít. Na základě formulace závěru pak diskutujeme, zda pacient nepoužívá podobné předpoklady a způsoby (v případě dysfunkčních) i v jiných situacích. Posledním krokem by mělo být zformulování určitého pravidla, které ve zkratce shrne, co se pacient naučil. V našem případě může dojít pacient k tomuto závěru: Nesnaž se předpovídat, jak se k tobě budou druzí chovat, ale raději si to vyzkoušej.

Obrázek 8.2.2.6: Příklad experimentu

| Experiment                                       | Předpoklad                                                                                                                         | Možné problémy                 | Jak je postupně překonat                                           | Výsledek                                                                                                                                                                     | Jak výsledek podpořil testovanou myšlenku (0-100%)                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Doma otevřu okno a napadne mě, že z něj vyskočím | Negativní alternativa:<br>Co když z něj doopravdy vyskočím<br><br>Alternativa:<br>Když ho otevřu, budu u něj stát a dívat se z něj | Rychle zavřu okno a uteču pryč | Zkusím si vzpomenout na předchozí expozice a přerámuji si myšlenky | Při otevření okna jsem měla úzkost, zkusila jsem dýchat do břicha a všimát si krajiny, za 4 minuty jsem na to už nemyslela, volala jsem z okna na sousedku a bavila se s ní. | Experiment na 80 % vyvrátil obávanou myšlenku. Pravděpodobně nevyskočím ani příště, protože nechci. A dokonce se mohou obohatit (v tomto případě rozhovor se sousedkou) |

Někdy se stane, že negativní předpovědi pacienta se naplní. V takovém případě je hlavní snahou terapeuta zabránit generalizaci do jiných oblastí. Je nutné situaci rozebrat a věnovat se její kognici, která za neúspěch často zodpovídá. Stejně jako u negativních automatických myšlenek je třeba zpochybnit i dysfunkční předpoklady. Prověřovat a posilovat nová schémata pomocí změn v chování. Když vycházíme z toho, že tyto předpoklady existují již dlouhou dobu, je málo pravděpodobné, že by ke změně došlo hned. Behaviorální experimenty je proto třeba opakovat mnohem delší dobu, než je tomu u negativních myšlenek, a je třeba je provádět v různých situacích. Experimenty mohou mít rozdílnou formu, například: zjišťování, podle jakých norem se řídí jiní (tj. nepředpokládat, že vlastní jsou obecně platné), pozorování, jak se chovají druzí, jednání proti původnímu předpokladu a hodnocení následků (to může často vést k výrazné úzkosti) a prověřování nových pravidel v praxi.

#### d) Testování meta-kognicí

Stejně jako u negativních automatických myšlenek je třeba zpochybnit i meta-kognice („Z těch obav se jednou zblázním“ či „Pokud si nebudu dělat starosti, dopadne to špatně.“) dysfunkční předpoklady („Když udělám chybu, znamená to, že jsem bezcenná.“). Pak prověřovat a posilovat nový pohled pomocí změn v chování. Další kroky jsou:

- Prozkoumáme *výhody a nevýhody* obav.
- Zjistíme, co by se mohlo stát, kdyby obavy zmizely.
- Vytvoříme s pacientem *scénář „nejhorších následků“*. Poté následuje zpochybňování meta-obav pomocí induktivních otázek v *sokratovském dialogu*: Pokud uvěříte tomu, že váš život je závislý na tom, jestli si děláte starosti, kolik budete mít problémů? Pokud si přestanete dělat starosti, kolik problémů zůstane? Pokud přestanete věřit, že dělat si starosti je nebezpečné, kolik budete mít problémů?



- V záznamu obavných myšlenek se zaměřujeme na meta-obavy a umožňujeme retribuci. *Verbální reatribuce* probíhá pomocí hledání:
  - důkazu o platnosti přesvědčení,
  - mechanismu, kterým funguje.
- *Disonanční strategie*. Dostáváme do kontrastu pacientova přesvědčení s opačným významem. Např. „Obavy mohou být škodlivé“ a „Když si budu dělat starosti, lépe se připravím na možné katastrofy“.
- V dalších sezeních se terapie zaměřuje na *zpochybnění přesvědčení o nekontrolovatelnosti obav*. Pacient obvykle tvrdí, že obavy jsou stále s ním, že se jich nemůže zbavit, že jsou obsahem myšlení nepřetržitě. Je vhodné se zeptat např.: „Když telefonujete, kam zmizí na tu chvilku obavy?“ Měli bychom dojít k závěru, že pokud lze tok obavných myšlenek přerušit, nejsou tak zcela nekontrolovatelné. Poté je možné zmapovat všechny situace, ve kterých se pacient obvykle zapomíná obávat, a zjišťujeme, zda se v těchto situacích vyskytuje více jeho osobních „katastrof“. Poté může pacient v domácím cvičení zkoušet tzv. odkládání obav, začítáme s odložením za 15 minut.

#### e) Relaxace a imaginace

Vzhledem k chronicky zvýšenému svalovému napětí a nedostatečnému parasympatickému tonu většina behaviorálních intervencí u GAD používá nácvik relaxace a její aplikace. Pacienti se sami přesvědčí, že většinu svých tělesných i psychických příznaků úzkosti mohou dostat pod vlastní kontrolu. Použít lze autogenní trénink, Jacobsonovu nebo Östovu progresivní relaxaci. Relaxace nemá být zaměřena na uklidňování se před obávanou situací, ale na snížení celkového napětí. Zejména progresivní svalová relaxace má velký význam – pacienti s GAD trpí z tělesných reakcí nejvíce zvýšeným svalovým napětím a jeho důsledky (únava, bolesti hlavy, páteře). V relaxovaném stavu jsou lidé schopni snadněji vytvářet alternativní pojetí situace a jsou kreativnější při hledání možnosti, jak řešit problémy. Sama může spustit silné negativní emoce tím, že pacient přestane blokovat svoje silné emoční reakce obavami a starostmi. Ještě výraznější to bývá při meditaci. Výrazně může pomoci také řízená imaginace, kdy si pacient představuje ohrožující situace a postupně jimi prochází. Pacienti kvůli své úzkostnosti nevnímají řadu příjemných aktivit a podobně jako jejich reakce na stres je omezená i jejich schopnost příjemně prožívat. K naučení se příjemnému prožívání slouží monitorování příjemných prožitků, uvědomování si prožitků v různých modalitách (čich, chuť, hmat, sluch, tělesné reakce, emoční reakce). Obecně je potřeba podporovat zaměření pozornosti na pozitivní události – ptát se pacienta na to, co se mu podařilo, z čeho se těšil, komu pomohl ap.

#### f) Plánování aktivity

Pro lidi trpící GAD je typické odkládání těžších úkolů a vyhýbání se problémům. Nevyřešené problémy jsou pak zdrojem napětí i sebevýtce. Dalším typickým rysem je chybění příjemných a odpočinkových aktivit. Nácvik plánování činnosti pomáhá pacientům překonat tyto problémy.

### **g) Práce s emocemi**

Při práci s emocemi je důležité pomoci pacientovi vytvořit flexibilitu a plně prožívání emocí. Učí se zvládat silné emoce při hraní rolí a dalších psychodramatických technikách (prázdná židle, dvojník ap.) a být plně v prožitku při reálných situacích (mindfulness).

### **h) Expozice vůči obavám**

Terapeut s pacientem určí speciální „čas na obavy“, zpravidla trvající 20 minut, ve kterém se pacient bude zabývat svými obavami každý den a místo aby se jim kognitivně vyhýbal, naopak je rozvede do nejhorších alternativ. To může dělat ve své fantazii, písemně nebo poslechem walkmana, kam si své nejhorší obavy nahrál. Může dostat další úkoly, jako je rozdělit obavy a starosti do jednotlivých kategorií. Během dne také může své obavy a starosti ovládat a přeložit zabývání se jimi na určený čas.

### ***Expozice katastrofickému scénáři v imaginaci***

Hlavní ideou expozice katastrofickému scénáři v imaginaci je zabránit kognitivnímu a emocionálnímu vyhýbání, prožít vytěšňovanou úzkost v představách a nalézt eventuelní strategie zvládání. Místo vyhýbání si člověk představuje to nejhorší, co si představit dokáže – představuje si např., že je opravdu nemocen, nemocí dramaticky trpí on i jeho okolí, lékaři selhávají v péči, nemoc má katastrofické důsledky pro jeho život, zhoršuje se, až umírá. Představou vlastní smrti však scénář nekončí. Důležité je propátrat také nejhorší představy o tom, co bude po smrti. Ty jsou zpravidla spojeny s dětskými fantaziemi, které jsem už dávno vytěsnili. Popis prvních katastrofických představ klienta rozšiřujeme o náčrt vlastního předpokládaného chování a prožívání v těchto extrémních situacích, za pomoci otázek: „Co nejspíš budu dělat v tu chvíli? Je možné, že se budu chovat i jinak? Jak? Jak ještě by se mohl člověk zachovat v této situaci? Co budu asi cítit? Dále zkusíme odhadnout čas po který budou trvat popsane události: „Jak dlouho to bude bolet? Co se stane pak? Jak se budou pocity měnit v čase?“ ap.

### **ch) Učení se novému chování a dovednostem**

U pacientů s GAD se objevuje vyhýbavé chování méně systematicky a méně často než u pacientů s fobiemi. Přesto se však některým situacím nebo činnostem vyhýbají nápadněji. Bývají to hlavně následující (Butler et al., 1987):

- a) takové, v nichž mohou být hodnoceni druhými lidmi (asi 40 % pacientů s GAD) – např. přednášení, jídlo před druhými ap. Řada pacientů s GAD má problémy s používáním potřebných sociálních a konverzačních dovedností, buď proto, že to neumí, nebo že použití blokuje úzkost. V těchto případech je vhodné zařadit nácvik sociálních dovedností (viz. obecná část publikace). Terapie bývá zacílená na přímé řešení samotných komunikačních problémů, s kterými pacient přichází. U některých pacientů je však deficit sociálních dovedností rozsáhlý, a proto je potřebné provést systematicky nácvik sociálních dovedností.

- b) některým agorafobickým situacím (asi 20 % pacientů s GAD) – kina, výtahy, obchodní domy ap.,
- c) situacím, ve kterých by se mohly objevit nepříjemné vegetativní příznaky (např. cvičení, běh, milování ap.),
- d) vyhyčavé strategie používané v době, kdy se příznaky objeví (např. přidržování se při pocitech na omdlení),

Proto je důležité, aby terapeut pacienta vedl k expozicím těmto situacím. Rovněž je potřebné změnit vzorec chování, k němuž se pacient utíká, když se objeví příznaky úzkosti. To pak udržuje jeho přesvědčení, že tyto příznaky jsou velmi nebezpečné.

### i) Řešení problémů

Řešení problémů je ústřední terapeutickou strategií u GAD. Většina pacientů s GAD má totiž v řešení problémů velký deficit. Katastroficky hodnotí i běžné denní problémy, protože je většinou neumí systematickým způsobem řešit. Používají systém „pokus – omyl“ a na nepodstatné problémy vyplývají hodně času a energie. Proto i malé problémy je vyvádějí z klidu a nejrady by před nimi unikali. Na těchto denních problémech se pacient postupně učí systematické strategii řešení problémů. Problémy pak pacient řeší svým chováním, nikoliv obavami a starostmi. Co jsou reálné problémy, může být někdy skryto. Proto je dobré dělat záznamy epizod obav a starostí a učit se zachytit zejména, co se dělo předtím, a jejich počátek, který se často týká důležitých oblastí. Pomoci může taky zachycení změny nálady u pacienta při rozhovoru (Co se stalo právě teď? Co vás teď napadlo?). Nemá cenu snažit se diskutovat následné obavy a starosti, protože ty se zabývají podružnostmi a slouží vlastně vyhyčávání se. Je však potřeba ke každé epizodě dopsat, jak situace dopadla – vede to k realitě a zjištění, že obavy a starosti byly nadměrné. Vyhyčávání v chování je často méně zjevné, než u ostatních poruch, ale je nutné ho zmapovat. Nejčastěji objevíme prokrastinaci a vyhyčávání se asertivnímu chování v interpersonálních situacích. Proto je důležité podrobně zmapovat interpersonální situace, zejména blízké vztahy, protože tam jsou zpravidla ukryty nejdůležitější problémy, i když pacient má tendenci je bagatelizovat nebo zkreslovat.

### j) Ukončení léčby a prevence relapsů

Ukončení léčby a prevence relapsu. Jako u všech poruch na konci terapie přesouváme těžiště práce k předcházení relapsům. Prodlužujeme postupně intervaly mezi sezeními a snažíme se předvídat, jaké těžkosti mohou v budoucnu nastat – např. vztahové problémy, potíže v práci, ap. I když jsou problémy jen částečně pravděpodobné, je dobré s pacientem probrat, jak by je řešil. Vedeme ho k používání dovedností, které se během léčby naučil. Na konec doporučuje tzv. „booster“ (přídavné) kontroly, po pár měsících. Dobré je ukončit terapii s vědomím toho, že asi 5–10 % obav zůstalo jaksi navíc, než se hnát za nereálným, a často umělým a zbytečným „nulovým“ cílem.

#### 8.2.2.4.5 Problémy v léčbě generalizované úzkostné poruchy

Lidé trpící generalizovanou úzkostnou poruchou bývají zpravidla spořádanými, spolupracujícími pacienty. Na počátku léčby bývá někdy pro ně problémem přijmout fakt, že jejich potíže jsou psychického, a nikoliv tělesného původu. Zejména když si uvědomují hlavně vegetativní příznaky a příznaky vyplývající ze zvýšeného svalového napětí. Většinou se daří vytvořit dobrý terapeutický vztah a pak opakovaná edukace a experimenty s tělesnými příznaky vedou k získání náhledu na původ potíží.

Častou komplikací léčby už v úvodu je rozvinutá závislost na benzodiazepinech. Pacienti většinou užívají vysoké dávky alprazolamu nebo klonazepamu, méně často diazepam, nejsou schopni bez nich fungovat, při pokusu o snížení či vysazení dochází k rozvoji nepříjemných příznaků z vysazení. Většinou berou tyto léky léta, benzodiazepiny nesnižují jejich obavy a starosti ani úzkostnost. V zájmu dlouhodobé účinnosti nácvikových strategií je potřebné se benzodiazepinů zbavit. Příznaky z vysazení mohou být velmi nepříjemné a imitují zhoršení úzkostné poruchy. Musíme opakovaně vysvětlovat, co patří příznakům z vysazení, a co úzkosti jako takové. Někdy to však není jasné.

#### 8.2.2.5 KBT a psychofarmakoterapie u generalizované úzkostné poruchy

O kombinaci psychoterapie a farmakoterapie u GAD není mnoho dat. V jedné studii porovnávající KBT s benzodiazepiny a s kombinací a placebem (Power et al., 1990) se ukázalo, že KBT samotná nebo s medikací jsou významně lepší než medikace samotná nebo placebo. Nicméně rozdíl mezi kombinovanou léčbou a KBT samotnou nebyl významný.

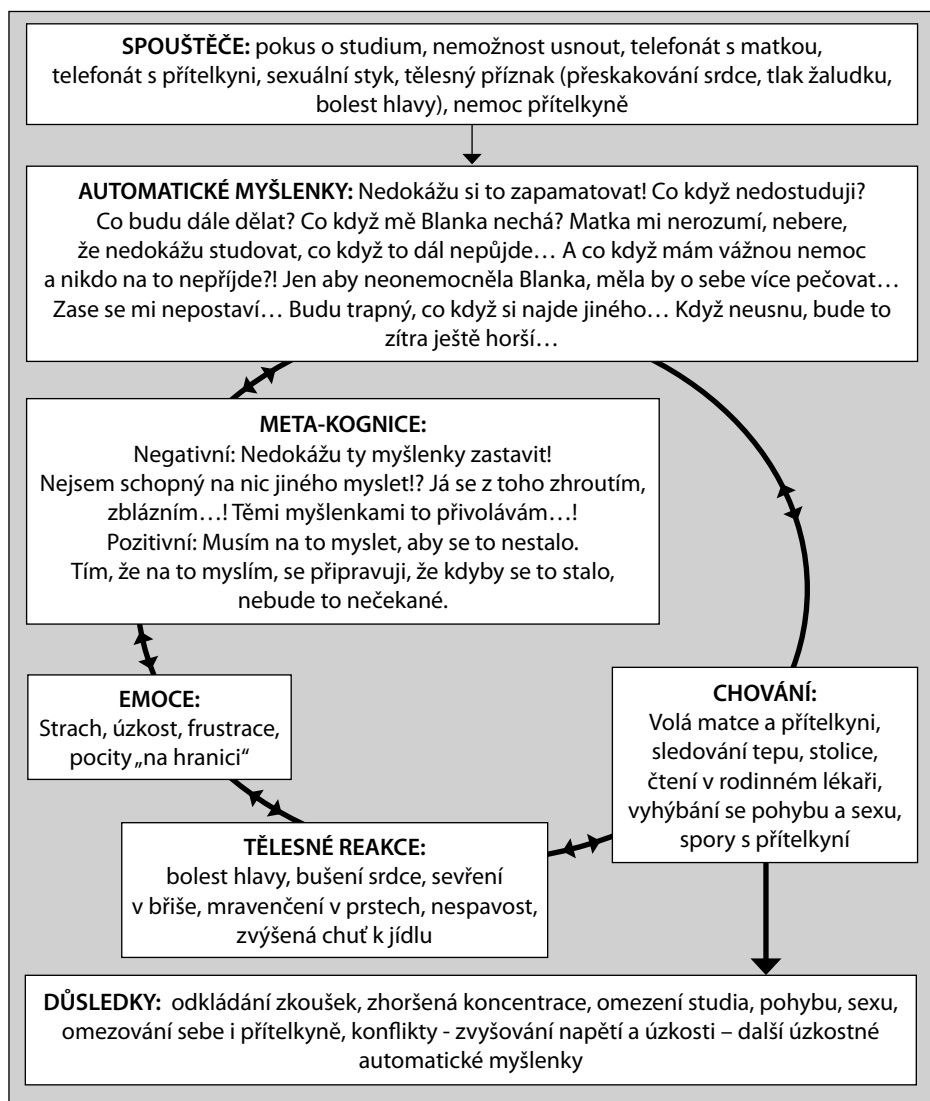
#### 8.2.2.6 Kazuistika generalizované úzkostné poruchy

Kamil je 21letý student, svobodný, s dvouletou známostí. Nadměrné obavy a starosti s pocity úzkosti se u něj objevily před 2 roky, v době kdy se odpoutal od původní rodiny a nastoupil na vysokou školu. Těsně před odchodem na VŠ se rodiče rozvedli, což ho velmi zranilo. Už od začátku školního roku se obával, že nebude schopen zvládnout studium a posléze zkoušky, že přijde o partnerský vztah, nezapadne do nového kolektivu na škole a toho, že někdo z okolí (zejména přítelkyně), ale také on, může vážně tělesně onemocnět. Na sobě cítil řadu nezvyklých tělesných příznaků, jako že mu občas „přeskakovalo srdce“, často ho bolela hlava, svíral se mu žaludek, měl mravenčení v prstech, objevily se problémy s erekcí. Trpěl úpornou nespavostí, kdy usínal až kolem 2.–3. hodiny ráno, i když šel spát již v 11 hodin večer. Měl strach, že ho nespavost poškodí a fyzicky, a následně se psychicky zhroutí. V době nástupu do terapie trpěl vysokou úzkostností (skór v Beckově stupnici úzkosti byl 34 bodů) a mírnými projevy deprese (skór v Beckově stupnici deprese dosahoval 18 bodů). Pro úzkost již nebyl schopen se soustředit, proto přerušil studium (úroveň narušení života v Sheehanově stupnici dosahovala 8 bodů z 10 při hodnocení postižení ve studiu, 6 bodů při hodnocení postižení společenských vztahů a 5 bodů při hodnocení rodinného života). V posledním měsíci měl tendenci stále častěji se napít alko-

holu, protože po 3-5 pivech u něj došlo k poklesu úzkosti a cítil se celkem dobře, také po alkoholu lépe usínal. Začal se však obávat, že skončí jako alkoholik.

Po behaviorální a funkční analýze terapeut Kamila poučil o charakteru GAD, stresové reakci a smyslu jednotlivých kroků léčby. Navíc dostal Kamil k prostudování brožurku o GAD.

**Obrázek 8.2.2.7:** Bludné kruhy úzkostných epizod – Kamil



Terapeut s Kamilem stanovili několik problémových oblastí, na které se v terapii postupně zaměří, a zvolili k nim přiměřené cíle. Jako první problém si stanovili „nadměrné obavy a starosti“.

| PROBLÉM:                                                                                                                                      | CÍL:                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nadměrné obavy a starosti, které zabírají většinu času a brání ve studii, omezují přátelské vztahy a vedou ke konfliktům v partnerském vztahu | Snížit nadměrné obavy a starosti tak, aby zabíraly nejvýše půlhodiny denně a neomezovaly významněji moje studium, přátelské vztahy a partnerství                     |
| Odkládání zkoušek pro strach ze selhání a nemožnost se soustředit na učení                                                                    | Jít na zkoušky v termínu, i když nejsem 100% naučen. Zvýšit soustředěnost na učení                                                                                   |
| Vyhýbání se pohybu pro nadměrné obavy o zdraví                                                                                                | Pravidelně 2x za týden chodit cvičit na hodinu                                                                                                                       |
| Časté hádky s přítelkyní (v průměru 2x za týden)                                                                                              | Snížit frekvenci hádek na maximálně 2 za měsíc, naučit se hádat konstruktivně                                                                                        |
| Potíže s erekcí při sexuálním styku (asi v polovině pokusů, proto vyhýbání se styku)                                                          | Mluvit s přítelkyní o svých obavách z nedostatečné erekce, přestat se vyhýbat milování a milovat se, kdykoliv budeme mít oba chuť a příležitost bez ohledu na erekci |

První kroky v terapii se týkaly kognitivní restrukturalizace a nácviku relaxace. Každé sezení začínalo nácvikem Östovy progresivní relaxace a za domácí cvičení Kamil nacvičoval relaxaci 3krát týdně. Dále se od druhého sezení Kamil učil testovat své obavy a starosti, určit reálnou pravděpodobnost, že určitá situace nastane, zvážit její možné katastrofické důsledky, vlastní schopnost situaci řešit, případně možnosti pomoci zvenčí.

**Tabulka 8.2.2.12:** Záznam automatických negativních myšlenek – Kamil

| SITUACE               | MYŠLENKY                                                                        | EMOCE                             | RACIONÁLNÍ REAKCE                                                                                                                                                                                                                    | AKCE                                                                                                       |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Studium               | Nedokážu si to zapamatovat! Co když nedostuduji?! Co budu dále dělat?           | Úzkost<br>Zlost na sebe<br>Strach | Zkusím si to zapsat. Pokud bych nedostudoval, šel bych do práce.                                                                                                                                                                     | Provedení stručného výpisu z látky. Zopakování podle výpisu.                                               |
| Bolest žaludku        | A co když mám vážnou nemoc a nikdy na to nepřijde?!                             | Strach                            | Bolesti žaludku se u mě objevují při stresu už 2 roky, byl jsem na vyšetření a nic mi nebylo.                                                                                                                                        | Pokračování v učení, pak přestávka a jít si zaběhat.                                                       |
| Usínání               | Když neusnu, bude to zítra ještě horší                                          | Zlost                             | Už to znám, jde to vydržet, i když nejsem úplně vyspalý.                                                                                                                                                                             | Vstát a jít se na hodinu učít, pak to zkusím znovu.                                                        |
| Předehra při milování | Co když to zase nepůjde? Nesmím na to myslet! To nejde! Blanka si najde jiného! | Napětí<br>Úzkost<br>Strach        | Tak to nepůjde, nebude to poprvé. Blanka to už zná. Řeknu jí, ať se se mnou mazlí, a já se budu mazlit s ní, může mi to pak vyjít. Myšlenky nezastavím, můžu myslet na to, že to nepůjde, a přesto vrátit pozornost k jejím dotekům. | Přiznání se Blance k obavám. Navržení vzájemného mazlení. Soustředění se na dotek. Nakonec to šlo výborně. |

Dalším krokem bylo testování metakognicí a provádění vystavení se obavám – Kamil psal katastrofické scénáře pro všechny oblasti svých obav. Zároveň se však přestal vyhýbat učení a pohybu. V každém sezení po návratu relaxace ho terapeut zkoušel z jedné otázky ke zkoušce na škole.

Během 5 sezení se Kamil výrazně zklidnil, začal být schopen poměrně dobře sám relaxovat, jeho schopnost učení se výrazně zlepšila. Začal lépe spát. Skóry v Beckově inventáři úzkosti klesly na polovinu. Nicméně obavy a starosti v menší intenzitě a frekvenci přetrvávaly. Proto od 6. sezení terapeut přikročil k práci s testováním metakognicí a ke katastrofickým scénářům.

**Tabulka 8.2.2.13:** Příklad testování metakognicí

| METAPŘESVĚDČENÍ                                                                                                       | TESTOVACÍ OTÁZKY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | RACIONÁLNÍ ODPOVĚĎ                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nedokážu ty myšlenky zastavit! Nejsem schopný na nic jiného myslet!? Já se z toho zhroutím, zblázním...               | Opravdu nedokážu? Myslím úzkostně stále nebo jenom často? Nemám tyto myšlenky už dva roky a stále se nic nestalo?                                                                                                                                                                                                                                           | Dokážu svoje obavy zastavit i odvést od nich pozornost, ale často se mi vrátí. To, že bych se z nich měl zhroutit (zbláznit), asi nehrozí, je to stejné už dlouhou dobu. Maximálně bych mohl dostat ještě depresi, jak mi řekl doktor. |
| Musím na to myslet, aby se to nestalo. Tím, že na to myslím, se připravuji, že kdyby se to stalo, nebude to nečekané. | Opravdu je možné tím, že na něco myslím, tomu zabránit? Nepůsobí to paradoxně někdy přesně opačně, třeba na moji erekci? Opravdu se tím, že mám stále obavy a starosti, připravuji, aby mě v budoucnosti problém nezaskočil? Nebo mě to, čeho se obávám, zaskočí vždy znovu a znovu, protože mám z toho úzkost? Pomáhají mi obavy reálně nebo jen fiktivně? | Tím, že mám obavy, ničemu špatnému nezabraňuji, jen se z toho cítím úzkostný a vyčerpaný. Obavy a starosti mi ve skutečnosti nepomáhají, jen mě obtěžují.                                                                              |

Kamil měl za úkol na každé sezení napsat katastrofický scénář k jedné ze svých hlavních obav. Zpočátku se toho obával, protože měl další obavu: když bude psát katastrofický scénář, jakoby tím katastrofu magicky přitahoval. Poté, co s terapeutem jednu „katastrofu“ v sezení probrali a sám ucítil úlevu, byl ochotný sepsat katastrofické scénáře i za domácí cvičení.

**Tabulka 8.2.2.14:** Příklad katastrofického scénáře a jeho řešení – Kamil

|                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBAVA                                     | Nedokážu si učení zapamatovat! Co když nedostuduji? Co budu dále dělat?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| CO NEJHORŠÍHO SE MŮŽE STÁT?               | Budu se snažit soustředit, ale nepůjde to. Bude končit zkouškové období a já budu muset opakovat ročník, protože ke zkoušce nepůjdu. Další rok to bude se soustředěním ještě horší. Celou dobu budu zoufalý, naříkavý, budu impotentní a Blanka mě opustí. Budu na obtíž rodině. Nakonec mě v dalším roce definitivně ze školy vyhodí. Neseženu místo, doma mě nebudou chtít. Budu spávat po kamarádech a v létě ve stanu. Neseženu si žádné pracovní místo, budu úplně bez prostředků, rodina mi nic nedá. Nebude mi, než jít žebrot, vybírat kontejnery, spát pod mostem. Budu smrdět, lidé se ode mě budou odvracet. Opakovaně mě budou vyslyšet policajti, budu se za to stydět. Tak dopadne maminčin nadějný syn, kterému tak věřila. Rodina o mně nebude chtít ani slyšet. Budu sám, hladový a trpět zimou.                                                                                                               |
| JAKÉ TO MŮŽE MÍT NEJHORŠÍ DŮSLEDKY?       | Z hladu něco ukradnu a zavřou mě. Ve vězení mě budou dozorci a spoluvězni bít, protože mnou budou jako špínou pohrdat. Pak onemocním ze zimy a z podvýživy. V nemocnici mě nebudou chtít, protože budu smrdět. Doktoři se o mě nebudou pořádně starat, umřu v bolestech a sám. Moje smrt bude spojená se strašným strachem, zoufalstvím a osamělostí.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| CO BYCH V PŘÍPADĚ KATASTROFY MOHL DĚLAT?  | Mohl bych si najít práci s ubytováním, nemuselo by to být v Praze. Manuální práci dělat mohu, také můžu dělat ošetřovatele v nemocnici – těch je stále málo. Ale i kdybych se stal houmlesákem, nemusel bych být sám, potkával bych se s jinými, sbíral bych lahve od piva, mohl by to být svobodný život, kdybych cestoval na nákladních jako v „Na cestě“. Kdybych onemocněl, do nemocnice by mě asi vzali, tam bych měl teplo, stravu a vykoupal bych se, v erárním pyžamu bych pak ani smrdět nemusel. Ale na smrad bych si asi zvykl, takže by mi nevadil. Pokud bych byl ve vězení, tam by taky bylo teplo, jídlo a ošacení. To bych asi přežil docela normálně. Před rodinou bych se asi styděl, ale kdyby o mně neměli zájem, tak i když by mě to mrzelo, zas tak moc by to nevadilo. Jaká by byla moje smrt nevím, ale asi by mě ztlumily léky. Osamělý bych byl ale to i dlouho předtím, takže bych byl na to zvyklý. |
| JAKÉ MOŽNOSTI ŘEŠENÍ BY JEŠTĚ BYLY MOŽNÉ? | V každém kroku katastrofy je řada řešení – odejít na jinou školu, najít si další dívku, najít si práci, odjet do ciziny jako au pair, také rodina by mě asi tak snadno neopustila, ale naopak by se mi snažila pomoci, podobně Blanka mě neopustí jen proto, že vypadnu ze školy ap.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

Po sepsání katastrofických scénářů o vyhození ze školy, sexuální impotenci a umírání na rakovinu se Kamilovi výrazně ulevilo. Přibližně po 10 sezeních Kamil totiž přestal odvádět pozornost od svých obav a starostí a ony postupně začaly ustupovat. I když ho napadaly, nevedly k úzkosti, spíše jim nevěnoval moc pozornosti a ztratily se. Stále si však stěžoval na nedostatečné soustředění na učení a na sexuální selhávání s partnerkou. Pro-



blém – neschopnost pokračovat ve studiu – stále nebyl vyřešen. Protože nebylo zkuškové období, nebylo možné vystavit se jinému než cvičnému zkoušení. Bylo však nápadné, že při každém cvičném zkoušení uměl látku výborně, ale říkal, že to neumí dostatečně. Toto hodnocení souviselo s původním kognitivním schématem, nastavením, které v Kamilovi bylo vypěstováno v rodině. Kamil jako nejstarší se 3 sourozenců byl vychováván pro „úspěch“. Maminka si původně přála, aby byl lékařem, nakonec se však spokojila s tím, že šel na práva. Oba rodiče od něj automaticky očekávali, že se bude výborně učit. Měl po celou základní i střední školu samé jedničky. Rodiče to brali jako samozřejmost, měl za to výhody, na rozdíl od mladších sourozenců, kteří se neučili tak dobře, doma nemusel nic dělat. Byl před nimi hájen, více odměňován a hlavně obdivován rodiči. Když se dostal na práva, maminka byla šťastná. Otec se toho nedomohl, zemřel náhle na infarkt krátce po maturitě. Kamil žil celý život s postojem: „VŠECHNO MUSÍM DĚLAT PERFEKTNĚ A POKUD MOŽNO ZE VŠECH NEJLÍP“. Tento postoj ho nutil k perfektnímu studiu, starání se o partnerku, na druhé straně vedl k obrovské frustraci, když mu něco nešlo perfektně, jako byly nároky studia po přechodu na vysokou školu, ale také ke stresu v sexuálním styku, kde také musel být perfektní, podobně jeho tělo muselo perfektně fungovat a příznaky stresové reakce ho dělily jako známky nedokonalosti těla.

V dalších dvou sezeních pracoval Kamil s terapeutem na kognitivním propojení tohoto schématu s životní historií a fungováním v minulosti a současnosti. Kamil si uvědomil, jak ho formovala výchova rodičů a pak jak bylo jeho schéma posilováno ve škole učiteli. Uvědomil si také nevýhody tohoto schématu v minulosti – hůře si rozuměl se spolužáky, kteří ho přece jen pokládali za špirta. Protože ho však potřebovali k opisování, byla tato pozice nesitelná. Nyní však schéma funguje jako frustrující postoj ve škole, v sexuálním životě, vede k nadměrným obavám a starostem, nespavosti, k bolestem hlavy a žaludku a komplikuje mu studium i partnerský vztah. Při mapování vlivu maladaptivního schématu mu velmi pomohla přítelkyně Blanka. Společné probírání vlivu schématu na výkonnost v sexuální oblasti vedlo k plnému otevření tématu a vymizení Kamilovy úzkosti. Kamilovy poruchy erekce následně vymizely. Postupně změnil postoj „VŠECHNO MUSÍM DĚLAT PERFEKTNĚ A POKUD MOŽNO ZE VŠECH NEJLÍP“ na přijatelnější: „TĚŠÍ MĚ, KDYŽ VĚCI DĚLÁM DOBRĚ, ALE DŮLEŽITĚJŠÍ JE, ABYCH BYL SPOKOJENÝ A KLIDNÝ“. Mamince sdělil, že se musí připravit na to, že nebude mít stále samé jedničky. Dokonce, že si ani není jistý, zda chce práva dostudovat, to si však ještě musí rozmyslet. Jako alternativu měl možnost jít na rok pracovat na horskou chatu, kam by ho to lákalo, a pak zkusit jinou školu, která by ho bavila více.

Aktuálně je Kamil dva roky bez nadměrných obav, starostí či úzkostí. Nakonec se rozhodl pokračovat ve studiu práv a zvládá je dobře. Má novou přítelkyni, Blanka si také našla nového partnera. Kamil rozchod snesl dobře, bez většího zakolísání ve stavu.

### 8.2.2.7 Závěr u generalizované úzkostné poruchy

Dostatečné vědomosti o povaze a funkci obav a starostí u GAD byly získány až v posledních 20 letech. Současná kognitivně behaviorální terapie, zaměřená na kognitivní restrukturalizaci, práci s meta-kognicemi, relaxaci, imaginaci katastrofického scénáře, nácvik řešení problémů a komunikačních dovedností patří mezi základní přístupy v léčbě pacientů s GAD. K dalšímu zvýšení účinnosti těchto postupů jsou

do nich systematicky začleňovány přístupy interpersonální terapie, gestalt terapie a meditativní techniky.

### 8.2.2.8 Literatura

1. BARLOW, H. D., RAPEE, R. M., BROWN, T. A.: *Behavioral treatment of generalized anxiety disorder*. Behavior. Ther., 1992, č. 23, s. 551–570.
2. BECK, A. T., EMERY, G.: *Anxiety disorders and phobia: a cognitive perspective*. New York: Basic Books, 1985.
3. BLOWERS, T. D., COBB, J. A MATHEWS, A.: *Generalized anxiety: a controlled treatment study*. Behav. Res. Ther., 1987, č. 25, s. 493–502.
4. BORKOVEC, T. D.: *The nature, functions and origins of worry*. In: Davey, G. C. L., Tallis, F. (eds.): *Worrying: perspectives in theory, assessment and treatment*. London: Wiley, 1994.
5. BORKOVEC, T. D., COSTELLO, A.: *Efficacy of applied relaxation and cognitive behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder*. J. Consult. Clin. Psychol., 1993, č. 61, s. 611–619.
6. BORKOVEC, T. D., WHISMAN, M. A.: *Psychosocial treatment for generalized anxiety disorder*. In: Mavissakalian, M. R., Prien, R. F. (eds.): *Long-term treatments of anxiety disorder*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1996, s. 171–199.
7. BUTLER, G., FENNEL, M., ROBSON, P. et al.: *Comparison of behavioral therapy and cognitive behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder*. J. Consult. Clin. Psychol., 1991, č. 59, s. 167–175.
8. CHAMBLESS, D. L., GILLIS, M. M.: *Cognitive therapy of anxiety disorders*. J. Consult. Clin. Psychol., 1993 č. 61, s. 248–260.
9. GOULD, R. A., OTTO, M. W., POLLACK, M. H. et al.: *Cognitive behavioral and pharmacological treatment of generalized anxiety disorder: A preliminary meta-analysis*. Behavior. Ther., 1997, č. 28/2, s. 285–305.
10. LADOUCEUR, R., DUGAS, M. J., FREESTON, M. H. et al.: *Efficacy of a cognitive-behavioral treatment of generalized anxiety disorder: evaluation in a controlled clinical trial*. J. Consult. Clin. Psychol., 2000, č. 68, s. 957–964.
11. ÖST, L. G., BREITHOLTZ, E.: *Applied relaxation vs. cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder*. Behav. Res. Ther., 2000, č. 38, s. 887–896.
12. POWER, K. G., SIMPSON, M. B., SWANSON, V. et al.: *A controlled comparison of cognitive-behavioral therapy, diazepam, and placebo, alone and in combination, for the treatment of generalized anxiety disorder*. J. Anxiety Dis., 1990, č. 4, s. 269–292.
13. PRAŠKO, J.: *Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti*. Praha: Grada, 2003, 201 s.
14. PRAŠKO, J., KOSOVÁ, J.: *Kognitivně behaviorální terapie úzkostných stavů a deprese*. Praha: Triton, 1998, 234 s.
15. PRAŠKOVÁ, H., PRAŠKO, J.: *Úzkostné a fobické poruchy*. Praha: Galén, 2000. 1. vyd., 102 s.
16. WELLS, A.: *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester: Wiley, 1997, 314 s.
17. WHITE, J.: *Stresspac: three year follow-up of a controlled trial of a self-help package for the anxiety disorder*. Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 1998, s. 133–141.

## 8.2.3 KBT agorafobie

Ján Praško, Hana Prašková

### 8.2.3.1 Základní údaje o agorafobii

Chorobný strach z otevřených prostranství popsal již Hippokrates. Dnešní pojem agorafobie pochází z roku 1871, kdy ji podrobně popsal Westphal. Jméno vzniklo ze starořeckého fobos = strach a agora = tržiště. Agorafobie je strach pobývat na místech nebo v situacích, odkud je obtížný nebo zahanbující útěk v případě, že tam dojde k záchvatu paniky nebo jiným nepříjemným úzkostným příznakům. Tento strach je mimo běžnou kontrolu a vede k vyhýbání se ohrožujícím situacím. Agorafobie se často pojí s panickou poruchou. Podle některých autorů je panická porucha prvotní a agorafobie vzniká až druhotně.

#### 8.2.3.1.1 Klinické projevy agorafobie

Agorafobie se projevuje strachem z veřejných prostranství, z přeplněných míst, shluků lidí, z opuštění domova, z obchodů, cestování dopravními prostředky, z jízd výtahem, z uzavřených prostor ap. Úzkost je vyvolána jak přítomností fobického podnětu, tak vzdálením se z místa bezpečí. Zvyšuje se, pokud si nositel uvědomí, že únik není možný nebo že by jím na sebe upoutal přílišnou pozornost. Běžné je vyhýbavé chování. Pacienti se často cítí lépe doma (neplatí to však vždy) a čím více se od domova vzdalují, tím větší strach prožívají. Většinou jsou si jistější s někým, občas když se někoho dotýkají, když je někdo přidržuje nebo když se sami něčeho přidržují (tlačí tašku na kolečkách, opírají se o hůl ap.). Automaticky předpokládají, že pokud by se jim nepodařilo včas z ohrožující situace uniknout, přihodí se jim nějaká katastrofa: přestanou se ovládat, omdlí, zkolabují, dostanou infarkt nebo se přinejmenším budou chovat trapným způsobem. Počet ohrožujících situací se časem rozšiřuje a postižený pak nemusí být vůbec schopen vycházet z domova. Typické charakteristiky agorafobie jsou následující:

- strach pobývat na místech, odkud není možný útěk v případě nevolnosti nebo panického záchvatu nebo kde není dostupná pomoc,
- vyhýbání se těmto místům,
- nevolnost, úzkost až panický záchvat při expozici obávané situaci s typickým vegetativním doprovodem.

**Tabulka 8.2.3.1:** Typické fobické situace u agorafobie

- Dopravní prostředky (metro, vlak, autobus, tramvaj, výtah, letadlo, pohyblivé schody a chodníky, lodě)
- Nakupování (zejména obchodní domy, samoobsluhy)
- Volná prostranství (náměstí, parkoviště, hřiště)
- Široké ulice
- Sály (kina, restaurace, výstavy, koncertní sály, divadla, skladiště, stadiony)
- Tunely, podchody, mosty, viadukty
- Pobývat mimo domov, vzdálit se z domova
- Zůstat sám/sama doma
- Čekání v řadě, davu, frontě, na zastávce
- Dopravní zácpa
- Les, přehrada, neznámá či osamělá místa bez telefonu

Agorafobie omezuje fungování postiženého v sociálních a pracovních situacích a těžce zasahuje i jeho rodinu (Markovitz et al., 1989).

#### 8.2.3.1.2 Diagnóza agorafobie

Diagnostická kritéria MKN-10 pro agorafobii poměrně jasně vymezují tuto poruchu mezi úzkostnými poruchami. Pacienti s agorafobií se vyhýbají situacím, kde by bylo těžké získat pomoc. Proto preferují doprovod blízké osoby, příbuzných a přátel, kdykoliv se takové situaci mají vystavit. V těžších případech bez doprovodu nevyjdou ze svého obydlí vůbec.

**Tabulka 8.2.3.2:** Diagnostická kritéria MKN-10 pro agorafobii (1996)

- Zřetelně a jednoznačně vyjádřený strach nejméně ze dvou následujících situací, nebo vyhýbání se jim:
- 1) pobyt v davu
  - 2) pobyt na veřejném prostranství
  - 3) cestování bez doprovodu
  - 4) opuštění domova
- V zátěžové situaci se musí alespoň jednou společně vyskytnout nejméně dva příznaky úzkosti, přičemž jeden z nich musí patřit do skupiny příznaků vegetativního podráždění:
- Příznaky vegetativního podráždění:
- 1) palpitace nebo bušení srdce nebo zrychlený puls
  - 2) pocení
  - 3) chvění nebo třes
  - 4) sucho v ústech
- Příznaky týkající se hrudníku nebo břicha:
- 5) obtížné dýchání
  - 6) pocit zalykání se
  - 7) bolesti nebo nepříjemné pocity v hrudníku
  - 8) nauzea nebo břišní nevolnost (např. neklid, víření v břiše)

Příznaky týkající se duševního stavu:

- 9) pocit závratě, neklidu, mdloby, točení hlavy
- 10) pocity, že objekty nejsou reálné (derealizace), nebo že jedinec je mimo, „není zde skutečně“ (depersonalizace)
- 11) strach ze ztráty kontroly, „zešílení“, ztráty vědomí
- 12) strach ze smrti

Celkové příznaky:

- 13) návaly horka nebo chladu
- 14) pocity znečitlivění nebo mravenčení

Vyhýbání se nebo úzkostné příznaky způsobují výraznou emoční nepohodu a jedinec si uvědomuje, že tyto pocity jsou přehnané nebo nesmyslné.

Příznaky jsou omezeny na obávané situace nebo se v nich převážně vyskytují, nebo při jejich očekávání.

Nejběžněji užívaná vylučovací kritéria: Strach nebo vyhýbání se (kritérium A) nejsou výsledkem bludů, halucinací nebo jiných poruch, jako jsou organické duševní poruchy, schizofrenie a příbuzné poruchy, poruchy nálady nebo obsedantně kompulzivní porucha, ani důsledkem ve společnosti se tradujících pověr.

Přítomnost nebo chybění panické poruchy (F41.0) při většině agorafobických situací může být specifikována použitím pátého kódového čísla:

F40.00 *Bez panické poruchy*

F40.01 *S panickou poruchou*

### 8.2.3.1.3 Epidemiologie agorafobie

Celoživotní prevalence agorafobie byla publikována v řadě studií a kolísá mezi 2,9–6,7 % (NCA studie Kessler et al., 1994, Weissman et al., 1997). Bývá asi 2–3krát častější u žen než u mužů (Eaton et al., 1991). Obvykle začíná v mladším dospělém věku mezi 23.–29. rokem života, léčba začíná kolem 34. roku. Jen řídce se poprvé objevuje před 16. rokem a po 45. roce života. Komorbidita s panickou poruchou je vysoká, podle populačních studií v 50 % případů, u léčených pacientů až v 75 % případů.

### 8.2.3.1.4 Etiopatogenetické faktory agorafobie

Etiologii agorafobie zatím dostatečně neznáme. V etiopatogenezi uvažujeme o kombinaci dědičné dispozice s vlivy učení v dětství (dispozice). Na rozvoj poruchy mají vliv také aktuální zátěžové okolnosti (precipitující faktory). Faktory, které udržují poruchu (např. vyhýbavé chování, anticipační úzkost, selektivní pozornost) mohou být jiné než ty, které vedly k jejímu vzniku.

### Evoluční model

Podle evolučního modelu může mít zvýšená senzitivita pro určité situace (pohybovat se v otevřeném prostoru, být opuštěn na místě vzdáleném od ostatních, ztratit kontrolu nad sebou mezi lidmi, pobývat ve výšce ap.) původně důležitý evoluční význam. Např. pohyb ve volném prostoru znamenal hazardní chování – primitivní člověk mohl být spatřen nebezpečným predátorem nebo nepřátelskou tlupou (Beck et al., 1985).

## Biologické faktory a genetické faktory

Biologické a genetické faktory jsou popsány podrobněji v kapitole o panické poruše.

## Psychoanalytické teorie

Traumatická separace v dětství může narušit rozvíjející se dětský nervový systém tak, že se stává zranitelným pro rozvoj úzkosti v dospělosti. Být sám na veřejných místech znovuoživuje dětský strach z opuštění. Lidé trpící agorafobií mívají skutečně i v dospělosti strach z opuštění a zároveň strach z připoutanosti k druhé osobě (Bowlby 1973, Nemiah, 1988, Manassis et al., 1994). Proto mají nadměrnou potřebu kontrolovat vztahy. Protože vysoká míra interpersonální kontroly je nedosažitelná, trpí postižení ve vztazích pocitem napětí. Navíc mají postižení potíže s identifikací a zpracováním negativních emocí (Guidamo, 1987, Zeitlin a McNally, 1993). Stav zvýšeného napětí bývá přičítán vnějším podmínkám, a nikoliv zpracován jako vnitřní konflikt (Pollock a Andrews, 1989). Typickými obrannými mechanismy jsou potlačení, přenos, vyhýbání a symbolizace.

**KBT modely** viz příslušnou část kapitoly níže.

### 8.2.3.1.4 Diferenciální diagnóza a komorbidita agorafobie

V první řadě je nutno vyloučit *somatické onemocnění*. Vyhýbání se místům, kde by mohlo být nevolno a nebyla možnost rychlého vzdálení se, se objevuje také u lidí trpících Parkinsonovou chorobou, Crohnovou chorobou, roztroušenou sklerózou, Menierovým syndromem nebo ischemickou chorobou srdeční. Pokud je však vyhýbavé chování nadměrné a nápadně přesahuje závažnost somatické nemoci, diagnostikujeme komorbiditu tělesné nemoci a agorafobie.

Z psychických poruch je potřebné agorafobii odlišit od *poruch nálady*, kdy postiženým např. zabráňuje vycházet z bytu, cestovat či nakupovat deprese, nikoliv strach z nevolnosti či z panického záchvatu.

Vyhýbání se podobným situacím se občas objeví i u *sociální fobie* – u této poruchy však postiženému vadí pátravé pohledy druhých a strach, že se ztrapní, nebojí se tedy o své zdraví ani život.

Podobně se může objevit vyhýbavé chování podobné agorafobickému u kterékoliv úzkostné poruchy, ovšem důvod vyhýbání bude zpravidla jiný než u agorafobie. Např. pacientka s fobií ze psů se vyhýbá nakupování, protože před obchodem bývají uvázaní psi. U specifické fobie může diagnosticky rozhodnout povaha strachu. Např. strach cestovat výtahem (ale také létat letadlem) může být spojen se strachem, že výtah (letadlo) spadne (specifická fobie) nebo se strachem z panického záchvatu ve výtahu (agorafobie). Podobně postižený s obsedantně kompulzivní poruchou se z obavy z kontaminace může vyhýbat cestování veřejnou dopravou nebo pacient trpící hypochondrickou poruchou se obává vzdálit do míst, kam by nemohla přijet sanitka. Důkladné vyšetření a analýza problémů zpravidla tyto důvody odhalí.

Občas se příznaky agorafobie objeví u nemocných se *schizofrenní poruchou* – zde však bývají spojeny s typickými psychotickými projevy.

**Tabulka 8.2.3.3:** Diferenciální diagnóza

- poruchy nálady
- jiné úzkostné poruchy, zejména sociální fobie, specifická fobie, PTSD, OCD, GAD
- závislost na návykových látkách (alkohol, psychostimulancia, kokain)
- somatické poruchy (Parkinsonova choroba, demyelinizační onemocnění, obstrukční choroba bronchopulmonální, kožní onemocnění, hypertenze)
- psychotické poruchy schizofrenního okruhu

Komorbidity s jinou psychickou poruchou je u agorafobie velmi častá, postihuje až 84 % pacientů (Kaplan a Sadock, 1998). Nejčastěji se agorafobie vyskytuje společně s *panickou poruchou* (50–90 %) (pokud lze tyto dvě poruchy vůbec odlišit). Dále se jako komorbidní porucha často vyskytuje *depresivní porucha* (až u 40–80 % postižených se objeví v průběhu času depresivní epizoda), *specifická fobie*, *sociální fobie*, *obsedantně kompulzivní porucha*, *dystymie*, *hypochondrická porucha* a *generalizovaná úzkostná porucha*. Poměrně vysoké je i riziko *sebevraždy*, které výrazně stoupá při komorbiditě s depresivní poruchou (McNally, 1994). Kritéria pro *poruchu osobnosti* (hlavně vyhýbavou a závislou) splňuje 25–60 % pacientů. Často však původně diagnostikovaná „porucha osobnosti“ vymizí po úspěšné léčbě agorafobie. Komplikací bývá také abúzus alkoholu nebo návykových látek (Shear, 1997). Vysazení alkoholu a syndrom z vysazení, podobně jako intoxikace drogou (často marihuanou) může precipitovat počátek agorafobie.

**Tabulka 8.2.3.4:** Komorbidity u agorafobie

- spíše pravidlem než výjimkou
- s panickou poruchou v 50–90 % případů
- s depresivní poruchou 40–80 %
- méně často se specifickou fobií, sociální fobií a OCD
- kritéria pro poruchu osobnosti (hlavně vyhýbavou a závislou) splňuje 25–60 %
- častou komplikací je abúzus alkoholu a návykových látek, také iatrogeně závislost na benzodiazepinech

### 8.2.3.1.5 Průběh agorafobie

Porucha se obvykle objevuje v průběhu třetího decenia, zřídka po 45. roce života. Může se však objevit kdykoliv v průběhu života. Průběh neléčené poruchy bývá chronický a kolísavý. Asi u 30–40 % postižených v průběhu let příznaky plně ustoupí, asi u 50 % zůstávají dlouhodobě příznaky, které je handicapují jen lehce a u 10–20 % se stav udržuje po léta a vede k invaliditě. Úspěšnost při léčbě je v klinických farmakologických studiích vysoká a dosahuje 50–70 % pacientů s velmi dobrou odpovědí na léčbu a dalších 20 % se také cítí mírně zlepšeno (Ballenger, 2000). Relapsy po vysazení medikace jsou ovšem velmi časté, během roku se obje-

ví nové příznaky až u 40–60 % pacientů. Počty vyléčených pacientů kolísají mezi 25–75 % v prvním a druhém roce katamnézy (Faravelli et al., 1995). Po úspěšné psychoterapii jsou relapsy významně méně časté, objevují se jen v 10–15 % (Barlow, 1997, Shear, 1997). V průběhu 5 let však zůstalo v remisi v jedné studii pouze 10–12 % pacientů a 30 % v další. Nejčastější obraz u dobré poloviny pacientů je, že se necítí ani moc dobře, ale ani moc špatně, mají po většinu času mírné příznaky nebo se u nich střídají období s příznaky s obdobími, kdy je nemají (Katschnig et al., 1991). Po diagnostikování a nějakém druhu léčby dochází k funkčnímu zlepšení u většiny pacientů. Po kvalitní behaviorální léčbě se dostane do dobré remise například většina pacientů (Barlow et al., 1989) a až 75 % zůstává zlepšeno při katamnézách po šesti letech (O'Sullivan et al., 1991). Psychosociálními důsledky agorafobie jsou často ztráta zaměstnání, manželské problémy, finanční potíže a sexuální neshoda. Hlavním zdravotním rizikem je rozvoj depresivních epizod a závislosti na návykových látkách, což obojí výrazně zvyšuje riziko suicidia (McNally, 1994).

### 8.2.3.2 KBT pohled – agorafobie

Současný model agorafobie integruje behaviorální i kognitivní elementy. Tento model je založen na pohledu, že strach má adaptivní funkci (Beck et al., 1985). Např. vyhýbat se otevřeným prostranstvím (otevřenému poli) je adaptivní pro zvířata, ohrožená predátory, podobně to bylo adaptivní pro primitivního člověka. Podobně zažívat bezmoc v situaci mezi lidmi znamená být v nevýhodě. Tyto strachy jsou v naší vrozené výbavě, protože měly adaptivní hodnotu. Proč se nyní objevují v situacích, které nejsou reálně ohrožující, se snaží KBT model vysvětlit. Zaměřuje se hlavně na faktory, které vedou k udržování maladaptivního strachu a vyhýbavého chování. V následující části probereme postupně jak behaviorální, tak kognitivní faktory, důležité pro rozvoj a udržování agorafobie a také se zmíníme o interpersonálních faktorech, které se na udržování poruchy mohou podílet.

#### 8.2.3.2.1 Behaviorální model agorafobie

Podle teorie učení agorafobie může vznikat přímým nebo zástupným podmiňováním. Při *přímém podmiňování* dojde k vytvoření asociace mezi strachem a určitou situací na základě vlastní zkušenosti – přímo vzniká podmíněné spojení úzkostného záchvatu s agorafobickou situací (Možný a Praško, 1999). U *zástupného podmiňování* se postižený začne bát určité situace nepřímou, pozorováním strachu u druhých, získáním informací nebo poučením od jiné osoby. Procesem *generalizace* se pak strach rozšiřuje i na další podobné situace. Toto *naučené vyhýbavé chování*, které vede k okamžitému snížení úzkosti, pak mechanismem *operantního podmiňování* agorafobii udržuje. Behaviorální terapeutické postupy se zaměřují především na postupné odstranění vyhýbavého a zabezpečovacího chování.

#### 8.2.3.2.2 Kognitivní model agorafobie

K prvnímu nepříjemnému zážitku v agorafobické situaci dochází nejčastěji v období větší zátěže (separace nebo ztráta, narození dítěte, stěhování, nové zaměstnání,



konflikt v rodině, stresující životní událost, tělesná nemoc), kdy postižený zaregistruje úzkost, nevolnost nebo jiné tělesné příznaky stresu v situaci, kde je obtížné se vzdálit. U části postižených však podobnou precipitující situaci nejsme schopni identifikovat. Když tyto příznaky katastroficky interpretuje („omdlím“, „umřu“, „ztratím nad sebou kontrolu a budu křičet“, „pokadím se a budu smrdět“ ap.), může dojít k rozvoji anticipační úzkosti s příslušnou kognitivní komponentou („příště ve stejné situaci budu mít stejné problémy“). Anticipační úzkost zpravidla vede ke kognicím, které ústí do vyhýbavého („raději tam nepůjdu, aby mi nebylo špatně, to bych nevydržel“) či zabezpečovacího chování („můžu tam jít jen s matkou“).

### *Automatické myšlenky a představy*

U agorafobie zjišťujeme *typické myšlenky i představy*. Nejčastější myšlenky, které se u pacientů v „ohrožujících“ situacích objevují, jsou „Co když zase omdlím?“, „Už to na mě zase jde!“, „Zkolabuji a nikdo mi nepomůže!“, „To by mě zabilo!“, „Musím hned pryč!“ Představy jsou nejrůznější: „Prodírám se davem a dusím se“, „Nemohu najít WC a pomůčím se“, „Ležím na ulici, lidé kolem mě chodí a říkají, že jsem opilý“. Tyto myšlenky a představy navozují pocit hrozící katastrofy, nevyhnutelného konce, ztráty sebe-kontroly ap. Zajímavé je, že přesto, že v situacích, jako jsou dopravní prostředky, supermarkety či volná prostranství, je většinou hodně lidí a v případě potřeby pomoci je velmi pravděpodobné, že by byla k dispozici, pacienti s agorafobií se obávají v nich pobývat. Velkou roli zde hraje i stud za projevené příznaky a strach z odmítnutí. „Řeknou si, že jsem opilá a budou mě překračovat, nikdo mi nepomůže!“ Beck et al. (1985) zdůraznil, že důvodem úzkosti je nejen pocit vysoké pravděpodobnosti, že dojde ke strachové reakci, ale roli hraje i přesvědčení, že strachová reakce bude mít katastrofální důsledky („Budou se na mně pohrdavě dívat!“); dále pak snížená důvěra ve vlastní schopnost situaci zvládnout („Nejsem schopna normálně reagovat!“) a snížená důvěra v to, že druzí jsou schopni či ochotni pomoci („Všichni se na mně vykašlou nebo budou bezradně zmatkovat a utečou!“). Další kognice se mohou týkat strachu z odloučení od druhých („Sanitka mě odveze do nemocnice, nebude tam můj manžel, nikdo z mých blízkých, to bude hrozné!“).

### *Maladaptivní přesvědčení*

K rozvoji agorafobických automatických myšlenek by pravděpodobně nedošlo, kdyby k pocitům úzkosti či nevolnosti (precipitující událost) nedošlo u člověka, který měl již dříve zafixované maladaptivní přesvědčení o své zranitelnosti a chování druhých osob typu:

- Musím mít všechno pod kontrolou, jinak hrozí katastrofa!
- Z bušení srdce mi hrozí jeho přetížení a infarkt!
- Nikdy nesmím projevít slabost!
- Když ostatní uvidí moji slabost, odmítnou mě a nepomohou mi!
- Musím stále sledovat, co se se mnou děje, abych mohl včas utéct, kdyby se dělo něco nebezpečného!
- Když na nebezpečí budu myslet, lépe se mu vyhnu, a to mě zachrání!

### Maladaptivní schémata

Nejhlouběji jsou uložena maladaptivní schémata o sobě, druhých a světě, která vznikla v dětství (viz kapitolu o maladaptivních schématech).

**Tabulka 8.2.3.5:** Příklady typických maladaptivních kognicí u agorafobie

|                                 | Pravděpodobnost                         | Cena                                       | Zvládání                                        | Záchrana                                       |
|---------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>Automatické myšlenky</b>     | Určitě tam zkolabuji!                   | Bude to strašné, umřu nebo se zblázním!    | Pomočím se tam a nebudu vědět, co s tím dělat!  | Nikdo mi nepomůže! Budou se mi pohrdavě smát!  |
| <b>Maladaptivní přesvědčení</b> | V těchto situacích reaguji vždy stejně! | Nepříjemné tělesné příznaky zaviňují smrt! | Musím se vyhnout věcem, které neumím zvládnout! | Nikdy nesmím ukázat, že jsem slabý a bezmocný! |
| <b>Dysfunkční schémata</b>      | V zátěži vždy selžu!                    | Mně se stávají nejhorší věci!              | Jsem bezmocný!                                  | Lidé pohrdají neschopnými!                     |

### Emoce, chování a tělesné reakce

Typické *emoce* v „ohrožujících“ situacích jsou napětí, strach, úzkost až panika, stud, silné přání uniknout z této situace. Mimo „ohrožující“ situace se objevuje stud, emoční labilita, depresivní nálada a tzv. anticipační úzkost, kdy se postižení již předem bojí, co se jim stane.

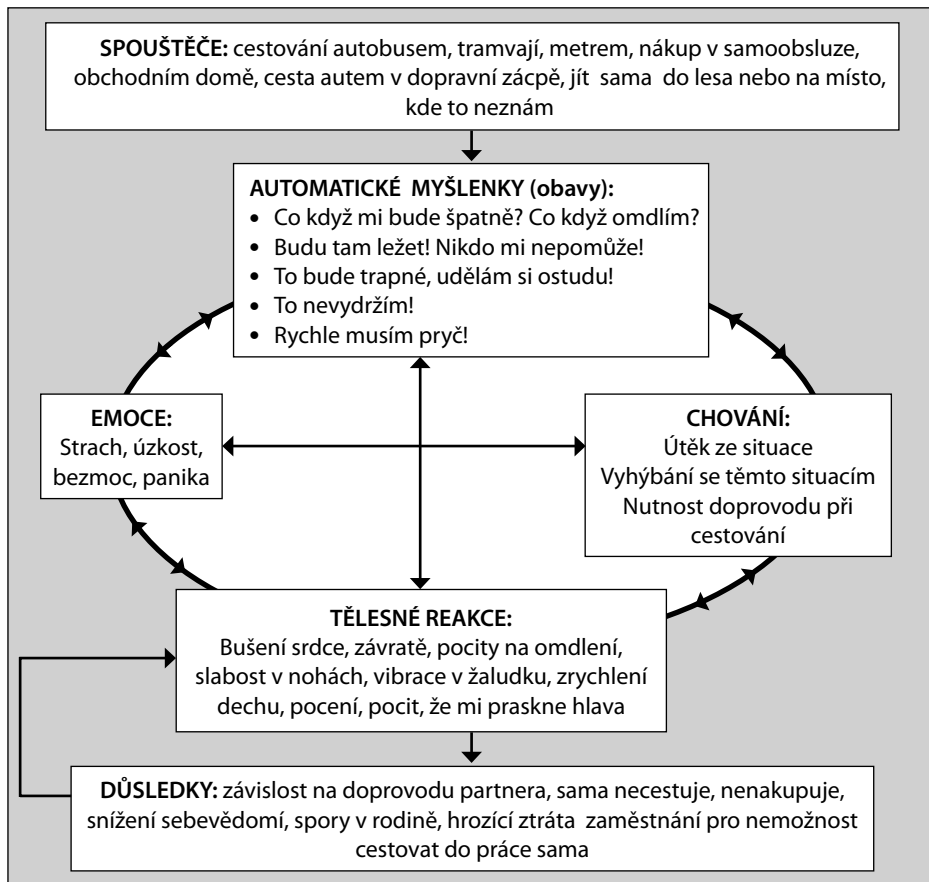
Pacient trpící agorafobií může pociťovat všechny *tělesné příznaky* typické pro úzkost: bušení srdce, zrychlené dýchání, sevření na hrudi, pocit dušení, ztuhlost svalů, třes končetin, slabost v nohou, točení hlavy, závratě, sevření žaludku, nucení na močení nebo na stolicí.

K typickému *chování* patří snaha co nejrychleji *uniknout* ze situace a snaha se „ohrožující“ situaci *vyhnout*. Při snaze uniknout ze situace může pacient chaoticky pobíhat nebo také „ztuhnout“, takže není schopen se pohybovat ani mluvit. Dalším typem chování je *zabezpečovací* chování. Pacienti trpící agorafobií se zabezpečují nošením mobilu, benzodiazepinů, nošením hole, tašky na kolečkách, vozením kočárku, chozením vždy při zdi. Nejčastěji používaným zabezpečením je doprovod blízkou osobou.

### Bludný kruh

Jednotlivé příznaky vytvářejí bludný kruh, který agorafobii udržuje. Vyhybavé chování posiluje přesvědčení, že se „ohrožující“ situace nedá zvládnout a znemožňuje pacientovi, aby se přesvědčil, že se to, čeho se obává („Omdlím“, „Přestanu se ovládat“, „Upadnu“), ve skutečnosti nestane. Úzkostné myšlenky zvyšují intenzitu prožívaných emocí, a ty zase zvyšují intenzitu tělesných příznaků. Intenzita tělesných příznaků posiluje úzkostné myšlenky a tak stále dokola. Anticipační úzkost vyvolává tělesné příznaky již při představě „ohrožující“ situace, čímž se posiluje přesvědčení pacienta, že by v této situaci nedokázal svou úzkost a své chování kontrolovat – vytváří se tzv. strach ze strachu.

**Obrázek 8.2.3.1:** Příklad bludného kruhu fungování příznaků u agorafobie (Prašková a Praško, 1999)



### 8.2.3.2.3 Interpersonální faktory agorafobie

Agorafobii mohou také nechtěně pomáhat udržovat svým chováním lidé, kteří jsou s postiženým v blízkém kontaktu – pokud za něj přebírají určité povinnosti a pomáhají mu, aby nemusel obávaným situacím čelit, upevňují tím jeho sebepojetí „neschopného“ a umožňují mu „sekundární zisky“.

Např. manžel odváží svoji ženu do práce, protože ona nedokáže cestovat, chodí za ni nakupovat ap. Na jedné straně je toto chování velmi příjemné a lidské, je patrná snaha pomoci partnerovi, který se trápí. Na druhé straně tyto pozitivní důsledky pomáhají k udržování úzkostné poruchy. Navíc každé takové ochranné gesto snižuje sebevědomí manželky a posiluje její sklon ke katastrofizaci: „Sama to už nedokážu zvládnout“ nebo „Ani manžel nevěří, že bych to zvládla.“

Pacient s agorafobií může mít pocity nadměrného závazku ke svému partnerovi, který ho „zabezpečuje“. To může vést k tomu, že nemůže otevřeně vyjadřovat své

další potřeby, musí se podřizovat a ustupovat i v situacích, kdy mu to není milé (např. vždy kladně reagovat na partnerovy sexuální potřeby), což vede k hluboké nespokojenosti se vztahem. Velmi často dochází ve vztahu k silné ambivalenci. Pacient je závislý, proto v mnohém podřízený, zároveň vnímá partnera se značnou averzí. Situace je pro něj patová. Sám být nedokáže.

Agorafobie může vést k otevřeným partnerským a rodinným konfliktům. Vyžadování po partnerovi, aby postiženého doprovázel, omezování celé rodiny v cestování (např. na dovolenou), vyhýbání se kinům, divadlům, koncertům či vyhýbání se nakupování a požadavek, aby nakupoval někdo jiný – to vše může omezovat celou rodinu.

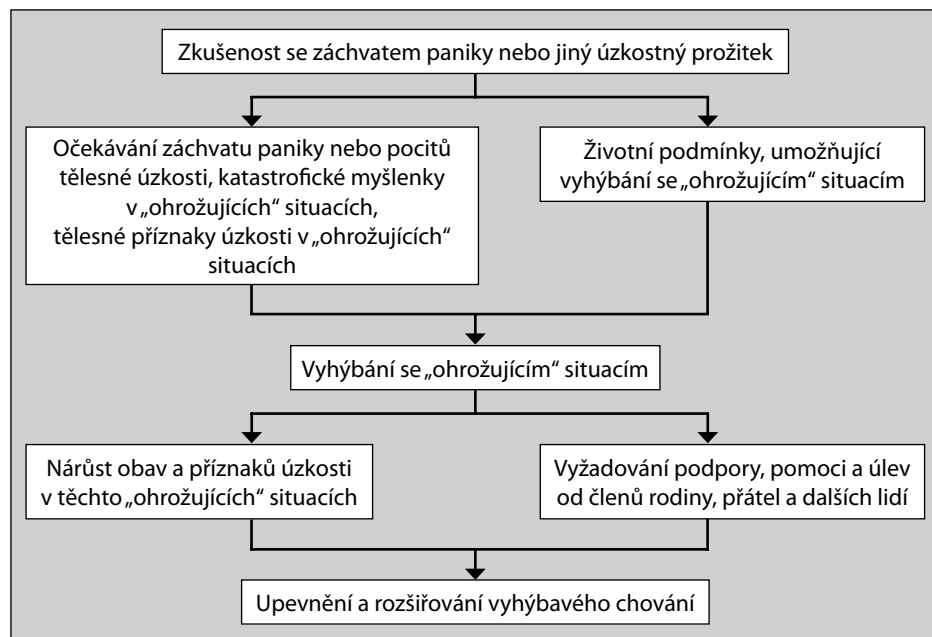
Agorafobie může značně komplikovat osobní i pracovní situaci. Např. pro svobodnou ženu může znamenat těžké omezení možnosti se seznámit, v práci pak konflikty s druhými, kteří odmítají vyřizovat nákupy a pochůzky za ni.

#### 8.2.3.2.4 Kognitivně behaviorální model agorafobie

Kognitivně behaviorální model agorafobie předpokládá, že na základě vrozené (genetické faktory, prenatální a perinatální faktory) a získané dispozice (předčasná separace, averzivní zážitky v dětství, nadměrná závislost na rodičích ap.) došlo k rozvoji maladaptivních předpokladů o tělesných příznacích, jejich katastrofických důsledcích, o vlastní schopnosti zvládat stresující situace a ochotě a schopnosti druhých osob pomoci. Tyto maladaptivní předpoklady nejsou aktivní, dokud nedojde k *precipitující události*. Na počátku rozvoje agorafobie je určitý nepříjemný zážitek, spojený se silným pocitem úzkosti, depersonalizace, tělesnými příznaky. U disponovaného zranitelného člověka dojde ke katastrofické interpretaci toho, co se děje. Takovým zážitkem může být ojedinělý panický záchvat, ale také ortostatický kolaps v horkém dni, hypoglykémie, žaludeční nevolnost nebo jiná událost, vzbuzující úzkost. Souvisí nejčastěji s interpersonální stresující situací, přetížením nebo tělesnou nemocí. Stresující zážitek je spojen se spuštěním alarmové reakce „boj nebo útek“ s jejími fyziologickými komponentami. Situace zpravidla reálně nebezpečná není, jde o „falešný poplach“. Pozornost k sobě přitáhne buď výrazná úzkost nebo tělesné projevy stresu, které jsou katastroficky interpretovány („Mám infarkt!“, „Ztrácím nad sebou kontrolu!“, „Zbláznil jsem se!“). Postižený se začne obávat míst a situací, které buď původní situaci něčím připomínají, nebo kde by se při případné panice nebo nevolnosti nemohl vzdálit. Pokud mu to jeho životní okolnosti umožňují, začne se proto těmto situacím vyhýbat, a pokud se jim vyhnout nemůže, prožívá v nich silnou úzkost. Toto vyhýbavé chování se postupně stále více rozšiřuje a přesvědčení, že by se v obávané situaci stalo něco hrozného, se stále více upevňuje. Postupně stále méně věří, že by tyto situace zvládl. Rovež se upevňuje jeho přesvědčení, že by mu v případě nevolnosti nikdo cizí nepomohl, navíc by se znemožnil. Proto chce mít pro případnou expozici s sebou jistý doprovod – lidi, kterým věří, že by ho v dané situaci neopustili. Rozvíjí se přesvědčení, že vyhýbavé a zabezpečovací chování ho chrání před hrozivými důsledky. Toto zabezpečovací chování nakonec může vést k „druhotným ziskům“, jako je

zvýšená pozornost ze strany okolí, úleva od nepříjemných povinností a dalším, které toto chování dále posilují.

**Obrázek 8.2.3.2:** Kognitivně behaviorální model rozvoje agorafobie (Craske a Barlow, 1997)



#### 8.2.3.2.5 Výzkum efektivity KBT u agorafobie

Výsledky studií kognitivně behaviorální terapie u agorafobie jsou velmi povzbuzující. Agorafobie patří k nejúspěšnějším indikacím KBT. Výsledky v jednotlivých studiích kolísají mezi 75–90 % vyléčených (přehled Clark, 1996). Ve dvouletých katamnézách se ve většině případů zlepšení udržuje.

#### Behaviorální terapie

Behaviorální terapie se zaměřuje na edukaci pacienta a provádění expoziční léčby. Do 80. let byla provedena celá řada studií, které ukázaly, že expozice in vivo je velmi účinná ve srovnání s pacienty bez léčby nebo léčeními placebem. Velmi dobrého klinického efektu bylo dosaženo u 60–70 % léčených (Barlow, 1988, Mavissakalian a Barlow, 1981), i když plně vyléčených bylo méně, kolem 40 %. Pacienti se mnohdy sice zbavili vyhýbavého chování, nikoliv však panických záchvatů (přehled viz Barlow, 1997).

#### Kognitivní terapie

Na rozdíl od behaviorální terapie, která je zaměřená převážně na expoziční léčbu, kognitivní terapie se zaměřuje na kognitivní restrukturalizaci a behaviorální

experimenty. Beck a spol. (1992) porovnával 8 týdnů kognitivní terapie s podpůrnou psychoterapií. U kognitivní terapie bylo 71 % pacientů významně zlepšeno proti 25 % u podpůrné psychoterapie. Black a spol. (1993) porovnával efekt fluvoxaminu, kognitivní terapie a placebo u pacientů s panickou poruchou s agorafobií. Po 8 týdnech bylo přinejmenším středně zlepšeno 68 % pacientů na fluvoxaminu, 53 % léčených kognitivní terapií a 20 % léčených placebem. Clark s spol. (1994) porovnával léčbu kognitivní rekonstrukcí s léčbou aplikovanou relaxací a imipraminem. Kognitivní restrukturalizace byla významně úspěšnější než aplikovaná relaxace i léčba imipraminem a významný rozdíl byl i po 12 měsících.

### Kognitivně behaviorální terapie

Od počátku 80. let došlo ke změně ve způsobu léčby agorafobie. K výraznému zvýšení účinnosti došlo, když se ke klasické léčbě expozicemi in vivo přidaly metody kognitivní restrukturalizace, behaviorální experimenty a interoceptivní expozice záchvatům paniky. Klosko a spol. (1990) porovnával kognitivně behaviorální léčbu (expozice a kognitivní restrukturalizace) s léčbou alprazolamem a placebem u pacientů s panickou poruchou a agorafobií. Po 12 týdnech bylo bez panických záchvatů a vyhubavého chování 87 % pacientů léčených KBT, 50 % léčených alprazolamem a 36 % léčených placebem. Craske a spol. (1991) porovnával v 24měsíční kontrolované studii účinek kognitivně behaviorální léčby (expozice a kognitivní restrukturalizace) s aplikovanou relaxací. Významně účinnější byla léčba KBT a po 24měsíční katamněze bylo bez panických záchvatů 81 % KBT pacientů, zatímco u relaxace pouze 36 %. Margraf a Schneider (1991) porovnávali efektivitu kognitivně behaviorální terapie se změnou stavu u čekatelů na terapii. Během 12týdenního období došlo pomocí KBT k významnému klinickému zlepšení u 91 % pacientů, zatímco čekatelů se zlepšilo pouze 5 %. Telch a spol. (1993) porovnával KBT se skupinou čekatelů na terapii. Po 12 týdnech bylo signifikantně zlepšeno 85 % pacientů léčených KBT a pouze 30 % čekatelů. Öst a spol. (1993) porovnával KBT s aplikovanou relaxací u pacientů s panickou poruchou s nebo bez agorafobie. KBT se ukázala být signifikantně účinnější jak po 12 týdnech, tak po 12 měsících, kdy bez potíží bylo 89 % pacientů léčených KBT a 74 % pacientů léčených aplikovanou relaxací.

Craske a spol. (1995) se pokusil snížit počet terapeutických sezení v KBT ze 12 na 4. Tuto krátkodobou intervenci srovnával s nedirektní psychoterapií také ve 4 sezeních. Krátká verze KBT vedla ke zlepšení u 53 % pacientů, zatímco nedirektní psychoterapie pouze u 8 %.

Analýza dlouhodobého efektu ukázala, že KBT intervence jsou velmi úspěšné i z dlouhodobého hlediska. Barlow (1997) shrnul výsledky 12 kontrolovaných studií provedených v 90. letech, které porovnávaly kognitivně behaviorální terapii s jinými druhy léčby, jak s farmakoterapií, tak s jinými psychoterapeutickými přístupy. Ve většině studií KBT byla významně účinnější než alternativní přístupy, včetně farmakoterapie či alternativní psychosociální léčby. Katamnězy, které byly prováděny od 6 do 24 měsíců po léčbě ukázaly, že výsledky se udržely pouze u KBT.

## Expozice in vivo

Za nejúčinnější metodu v léčbě agorafobie je považována expozice in vivo. Jedná se o opakovanou konfrontaci – vystavení se – situacím nebo objektům, kterým se pacient vyhýbá, protože se jich bojí. Obvykle jsou to typické agorafobické situace jako dopravní prostředky, obchody, kostely, kina, divadla a další místa, kde bývají fronty nebo více lidí a z kterých je obtížné v případě záchvatu úzkosti odejít. Expozice těmito obávaným situacím vede ke zlepšení až vymizení agorafobie u 60–70 % pacientů (podle review Jansson a Öst, 1992) a efekt se udrží i po čtyřleté katamněze. Avšak 30–40 % pacientů má z expoziční terapie minimální zisk. Jacobson a spol. (1988) ve svém přehledu uzavírá, že 50 % pacientů se po expoziční léčbě zlepší, ale jen 25 % nemá v průběhu dalších 2 let žádné agorafobické potíže. 50 % z nich podle těchto autorů zažije klinický relaps, ačkoliv tento relaps je vesměs krátký a při další léčbě rychle dojde k odstranění příznaků. Vzhledem k této situaci bylo provedeno zkoumání účinnosti různých typů expozice.

### *Soustředěná versus rozdělená expozice*

V nejintenzivnějších terapiích se může expozice provádět 3–4 hodiny denně 5 dnů v týdnu. Dlouhé kontinuální expozice jsou všeobecně pokládány za účinnější než krátké nebo přerušované expozice (Marshall, 1985). Optimální počet opakování expozice není znám. Foa a spol. (1980) porovnával 10 sezení jednou týdně s 10 sezeními jednou denně s expozicí reálným situacím u 11 agorafobiků. Bezprostřední účinek měla lepší soustředěná terapie. Nicméně Barlow (1988) tvrdí, že rozdělenou expozicí je potřeba preferovat z následujících důvodů: u soustředěné expozice nesrovnatelně více pacientů z léčby odchází, počet relapsů je mnohem vyšší (Hafner, 1976, Jansson a Öst, 1982) a rychlá změna je více stresující pro rodinu. Výsledky studie Chamblessové (1990) u 36 nemocných, kteří byli rozděleni do skupin se soustředěnou a rozdělenou expozicí, však ukazují, že obě procedury jsou stejně účinné jak bezprostředně, tak po 6měsíční katamněze. Všichni pacienti v této studii absolvovali 10 sezení s odstupňovanou expozicí in vivo, nácvikem zklidňujícího dýchání a s metodami odvedení pozornosti. Rozdělená expozice byla prováděna jednou týdně, soustředěná denně. Pacientů, kteří léčbu nedokončili, bylo v obou skupinách stejně.

### *Odstupňovaná versus intenzivní expozice*

Feigenbaum (1988) porovnával krátkodobý a dlouhodobý výsledek intenzivní versus odstupňované expozice. Obě léčby byly prováděny v soustředěném formátu v 6–10 následujících dnech. Skupina, která byla léčena intenzivní expozicí ( $n = 25$ ) byla vystavena té situaci z vytvořené hierarchie, které se pacienti nejvíce vyhýbali. Skupina se stupňovitou expozicí ( $n = 23$ ) začala postupně od nejlehčí položky. Šlo o pacienty, kteří trpěli těžkou agorafobií, nejméně 1/3 z nich byla omezena pouze na život doma. Po léčbě a při 8měsíční katamněze se oba druhy expozic ukázaly jako stejně účinné (paradoxně skupina s odstupňovanou expozicí uváděla, že léčba byla pro ně více stresující). Avšak po 5 letech byla úspěšnější intenzivní (neod-

stupňovaná) expozice – 76 % z této skupiny bylo plně bez příznaků, zatímco ve skupině s odstupňovanou expozicí tomu bylo jen u 35 %. Tento rozdíl svědčí pro to, že intenzivní přístup je velmi úspěšný přinejmenším když je uspořádán v soustředěném formátu. Do jaké míry to lze zobecnit i na rozdělený formát, není zatím jasné.

#### *Kontrolovaný odchod versus výdrž*

Zlaté pravidlo expozice in vivo říká, že je třeba v situaci vydržet tak dlouho, dokud úzkost znatelně nepoklesne (Marks, 1978). Podobně model emočního zpracování, popsáný Foa a Kozakem (1986) tvrdí, že dlouhodobé zmírnění fobického strachu závisí na zvýšení prahu strachu a na zmírnění strachu mezi sezeními. Podobně Marshall (1985) zjistil dobrý efekt dlouhotrvajících expozic, které vedly k úplnému vymizení úzkosti. Naproti tomu Emmelkamp a Merck (1982) opakovaně demonstrovali účinnost expozic, při kterých byli pacienti instruováni ukončit expozici, když úzkost přesáhne určitou snesitelnou úroveň. Agras, Leitenberg a Barlow (1968) podobně publikovali úspěšné výsledky expoziční terapie bez nutnosti vytrvávání v situaci při vysokých hladinách úzkosti. Rachman a spol. (1986) získal podobně dobré výsledky u pacientů, kteří byli instruováni odejít z expozice, když jejich úzkost dosáhla 70 % maxima stupnice. Po odchodu ze situace se však vždy za malou chvíli opět do situace vrátili a expozice byla ukončena i po několika odchodech a příchodech až ve chvíli, kdy úzkost v situaci dosahovala nejvýše 50 % maxima. Na výsledku je zajímavé, že skupina, která expozice přerušovala a odcházela, popisovala na konci léčby více pocítované kontroly nad situací než skupina, která expozice nepřerušovala. Výsledek obou skupin byl jinak stejný. Tento výsledek naznačuje, že vystavení maximálnímu strachu nemusí být tím základním pro terapeutický efekt.

Bandourou (1977) popsáný model terapeutické změny zdůrazňuje, že dokončení činnosti a/nebo zvýšení důvěry ve vlastní výkon je důležitější než samo zmírnění strachu nebo habituace. Tento přístup se více zaměřuje na zvýšení důvěry ve vlastní schopnost zvládat situaci než na pouhé vystavení se určitým podnětům a situacím. Podobně koncepce „bezpečných signálů“ (Rachman, 1984) nezduřazuje míru úzkosti během expozice. Rachman je přesvědčen, že nácvik expozice by měl být podpořen zabudováním bezpečných signálů. Např. místo návštěvy obchodního domu s terapeutem čekajícím venku by se pacient mohl pohybovat v určité vzdálenosti kolem terapeuta, který by také vešel dovnitř (signál bezpečí). Sartory a spol. (1989) porovnával expozici se signály bezpečí ( $n = 9$ ) se standardní expozicí ( $n = 10$ ) u agorafobií v průběhu čtyř terapeutem řízených sezení a dvou týdnů samostatného provádění nácviku. Malou výhodu měla skupina se signály bezpečí, zejména ve druhé fázi terapie, kdy pacienti prováděli nácvik samostatně. Ačkoliv šlo o malý počet pacientů a rozdíl nebyl výrazný, výsledek přece jen naznačuje, že expozice může být účinná i bez vyvolání vysokých hladin strachu. Podle Barlowa (1988) tyto výsledky svědčí pro model emoční změny, který zdůrazňuje v expozici důležitost získání pocitu kontroly nad očekávanou nepředvídatelnou a nekontrolovatelnou událostí spolu s potlačením tendence ze situace uniknout.



### *Odvedení pozornosti*

Foa a Kozak (1986) zdůrazňují, že expozice je nejúčinnější, když je pozornost pacienta zaměřena plně na objekt fobie a vnitřní a vnější podněty k odvrácení pozornosti jsou co nejslabší. Craske a spol. (1989) použil terapeutem řízenou a sebeřízenou expozici u agorafobiků v 11 sezeních. 16 pacientů dostalo instrukci, aby si během expozice všímali svých tělesných pocitů a myšlenek a aby využili stop techniku k zastavení myšlenek, které by vedly k odvrácení pozornosti. U druhé skupiny 14 pacientů byl proveden nácvik speciální metody odvedení pozornosti (užití slovního rytmu a hláskování) a užití stop techniky a k odvedení pozornosti od tělesných pocitů a představ vyvolávajících strach. Obě skupiny se po léčbě významně nelišily. Ovšem při katamněze se ukázalo, že pacienti, kteří se soustředili na příznaky strachu a neodváděli od nich pozornost, se i po léčbě dále zlepšovali, zatímco pacienti, kteří svou pozornost odváděli, se mírně zhoršili.

### 8.2.3.3 Léčba agorafobie

Základní metodou u agorafobie je expoziční léčba. Může být prováděna v rámci farmakoterapie (Prašková a Praško, 1999), kdy je pacient povzbuzován k postupnému vystavování se situacím, kterých se obává, jako součást kognitivně behaviorální terapie (Možný a Praško, 1999), nebo jako součást psychodynamické psychoterapie, která je doplněna o tuto behaviorální strategii (Milrod et al., 1997). K terapii bez farmak se rozhodujeme v případě, že je to pacientova preference, závažnost agorafobie je mírná nebo střední a není přítomna další komorbidní psychická porucha (vyjma panické poruchy). U velmi těžké agorafobie, která trvá 5 let a více, při komorbiditě s depresivní poruchou, dysthymií, jinou úzkostnou poruchou nebo poruchou osobnosti zvažujeme kombinaci KBT a léčby antidepressivy. Podobně zvažujeme přidání antidepressivní léčby v případě, že 12týdenní KBT terapie (kolem 16 sezení) nepřinesla výrazné zlepšení pacienta.

Samotnou farmakoterapii popisujeme podrobně v kapitole Panická porucha. Všeobecně jsou za optimální pokládána SSRI, ovšem i u nich byly popsány problémy u pacientů s agorafobií. Fux a spol. (1993) zjistil u 9 % pacientů léčených fluoxetinem opožděný začátek depresivních příznaků navzdory dobré anxiolytické odpovědi u pacientů bez historie deprese. Potíže vymizely, až když byl fluoxetin nahrazen jiným antidepressivem. Black a spol. (1993) popsal abstinenční příznaky až u 86 % pacientů po náhlém vysazení fluvoxaminu. Tyto příznaky, mezi které patří závratě, poruchy koordinace, bolesti hlavy, nauzea a podrážděnost, vrcholily 5. den po vysazení. Tricyklická antidepressiva jsou často špatně tolerována a řada pacientů je proto přestane užívat.

Farmakologická léčba by měla začít velmi malými dávkami, zejména pokud jde o SSRI či tricyklická antidepressiva, a titrována v průběhu několika týdnů. Dávka by měla však stoupat až do výše běžného antidepressivního dávkování. Často se stává, že pacienti jsou poddávkování, a léčba proto nezabírá (Jefferson, 1997). Pacienti mají být upozorněni na možné vedlejší účinky. Mavissakalina a Perel (1992) srov-

návali 18 a 6měsíční léčbu. Zdá se, že čím déle je pacient léčen, tím menší je počet relabujících pacientů po ukončení podávání léků.

Za první volbu z psychofarmak při léčbě agorafobie jsou tedy pokládána SSRI (APA, 2002). Dají se podávat v jedné denní dávce a kromě dobré účinnosti mají málo nežádoucích účinků, jsou bezpečné, nemají potenciál k rozvoji závislosti. Na počátku je vhodnější podávat nízké dávky (viz kapitolu Panická porucha). Po týdnu je možné velmi pomalu stoupat na plnou dávku léku. Terapeutický efekt je možno očekávat po 4–6 týdnech. Pokud pacient zareaguje jen částečně na základní dávku během 4–6 týdnů, je vhodné postoupit na maximální dávku a s ní vytrvat alespoň 2 týdny (APA, 1998). Pokud po 6 týdnech není žádný efekt, zvažujeme výměnu léku. Medikaci zpravidla změníme v případě, že pacient na předchozí léčbu nereagoval do 6 týdnů žádným zlepšením, zatímco k augmentaci přistupujeme, když se zlepšil, ale zlepšení po 12 týdnech léčby není dostatečné. Podobně jako u změny léků, důkazy svědčící pro účinnost jednotlivých augmentačních strategií u agorafobie chybějí. Nejčastější strategií bývá přidání vysoce potentních benzodiazepinů (Tiffon et al., 1994). Dalšími možnými, ale neověřenými léky k augmentaci jsou  $\beta$ -blokátory (Shehi a Patterson, 1984), antikonvulziva, buspiron, bupropion, lithium a antipsychotika (nízké dávky chlorprothixenu či antipsychotik druhé generace (Asmundson a Tailor, 2003).

U velmi rezistentních pacientů je indikována kombinace SSRI s tricyklickými antidepressivy (musíme plně zvážit možné interakce mezi léky a potenciaci nežádoucích účinků) nebo převedení na IMAO (Janicak, 1999). V současné době však tyto léky na trhu nemáme. Podle Janicaka (1999) je také vhodné zkusit podávání antikonvulziva.

Po dokončení akutní léčby, i přesto že pacient je bez agorafobického vyhýbavého chování, je vhodné pokračovat v medikaci ještě 12–18 měsíců. Riziko relapsu je vysoké (viz kapitolu Panická porucha). Léky by se neměly vysazovat ani když jsou přítomny ojedinělé panické záchvaty nebo depresivní či dystymická symptomatika.

#### 8.2.3.4 KBT – terapeutický přístup u agorafobie

Kognitivně behaviorální terapie agorafobie probíhá většinou jednou týdně, a pokud nejde o komorbiditu s další poruchou, obvykle dostačuje 12–30 hodinových sezení. Cílem první části léčby je zmírnit příznaky, ve druhé části se pak zabýváme řešením životních problémů a korekcí maladaptivních schémat.

##### 8.2.3.4.1 Kognitivně behaviorální vyšetření u agorafobie

Orientační a kompletní kognitivně behaviorální vyšetření je uvedeno v obecné části publikace. U agorafobie se vyšetření specificky zaměřuje na:

- situace, které vyvolávají strach nebo kterým se pacient vyhýbá,
- jak strach probíhá, jaké jsou typické kognice, čeho se nejvíce obává, jaké tělesné reakce se objevují, jak se při vystavení situaci chová, zda dochází k panickému záchvatu,

- jak se proti strachu zabezpečuje, zda se naučil nějaké postupy, jak si pomoci,
- anticipační úzkost,
- co strach modifikuje (lék, alkohol, jiná osoba ap.),
- v čem ho agorafobie omezuje v životě (pracovně, v rodinném životě, ve volném čase).

**Tabulka 8.2.3.6:** Diagnostický postup a vyšetření

- ke stanovení diagnózy stačí zpravidla rutinní vyšetření
- pro upřesnění problému je vhodné použít dotazníky (Dotazník strachu, SCL-90, Dotazník vyhýbavého chování, Sheehanova, Hamiltonova nebo Beckova posuzovací stupnice úzkosti, Sheehanova stupnice narušení života)
- k vyloučení somatických příčin je potřebné interní vyšetření a rutinní laboratorní vyšetření včetně EKG
- při složitější diferenciální diagnostice je vhodné EEG a neurologické vyšetření, event. CT vyšetření při podezření na organické postižení mozku

Kromě psychiatrického vyšetření je potřebné získat podrobnou anamnézu somatických nemocí a pacienta tělesně vyšetřit k vyloučení somatického podkladu potíží.

Pomocnou sebesposuzovací stupnicí, která může pomoci při screeningu, je Dotazník strachů (Marks a Mathews, 1979), který zachycuje různé fobické situace, včetně agorafobických (viz obecnou část knihy).

**Tabulka 8.2.3.7:** Příklad hodnocení agorafobie

1. Topografie úzkosti
  - Vnímání: parestézie, zkrácení dechu, pocení, palpitace
  - Frekvence: vždy při vystavení se situaci: dopravní prostředky
  - Trvání: dokud neuteče, nejdéle zatím vydržela 10 minut v tramvaji
  - Obavy předem: myslí na to 50 % času
2. Antecedenty
 

Situace: obchodní domy, fronta v obchodě, restaurace, tramvaj, autobus, metro, kino.

  - Vnitřní tělesné: změny srdečního rytmu, úzkostné pocity, na omdlení,
  - Vnitřní kognitivní: myšlenky, že se přestane ovládat
  - Vnitřní emoční: úzkost
  - Aktivita: delší stání na místě, zůstávání v užším prostoru
  - Stimulancia: káva
3. Obavné myšlenky
  - Ohledně tělesných příznaků: „Můžu z toho dostat infarkt!“
  - Ohledně mentálních příznaků: „Přestanu se úplně ovládat, zešílím.“
  - Ohledně sociálních důsledků: „Znemožním se před lidmi, když omdlím, řeknou, že jsem opilý, nikdo mi nepomůže.“
4. Behaviorální reakce na úzkost
  - Útěk: rychlý útěk z obchodu, z dopravního prostředku
  - Hledání pomoci: u manžela nebo u matky
  - Ochrana: být doma, spolknout Oxazepam

5. Behaviorální reakce na očekávání úzkosti

- Vyhýbání se situaci: už 3 roky nejedí dopravními prostředky, nakupuje jen v malém obchodě, nejedí do práce, zůstává v domácnosti, nejedí na dovolenou, nenavštěvuje známé
- Vyhýbání se aktivitám: neřídí auto, nechodí do práce
- Kognitivní vyhýbání: snažení se nemyslet na úzkost
- Signály bezpečí: nošení Neurolu u sebe, zůstávání v bytě

6. Důsledky

- Rodina: manžel všechno zařizuje, nakupuje, občas nadává, když toho má dost, pak hádky
- Práce: zůstává kvůli agorafobii v domácnosti, tam toho zvládne málo, netěší ji to
- Volný čas: tráví doma
- Sociální: výrazně omezila styky s lidmi mimo rodinu

7. Všeobecná úzkost: Potíže s koncentrací, potíže s usínáním, bolesti hlavy, časté průjmy

#### 8.2.3.4.2 Hodnocení a měření u agorafobie

Behaviorální analýza může být užitečně doplněna krátkými sebeposuzovacími dotazníky, které hodnotí závažnost příznaků. Praktický je zejména Beckův úzkostný inventář (BAI), který hodnotí celkovou míru úzkosti a orientačně nám může ukázat i změny v průběhu léčby, a Sheehanova stupnice úzkosti, která je podrobnější a obsahuje přímo položky týkající se panických záchvatů a vyhýbavého chování. Mezi základní sebeposuzovací dotazníky patří Dotazník mobility u agorafobie, který popisuje 26 běžných situací a míst, a postižený na stupnici 1–5 hodnotí míru svého vyhýbavého chování. Tento dotazník pomáhá hlavně k určení agorafobických situací, jeho celkové skóre nemá význam měření. Pro výzkumné účely se používá specifická škála pro posuzování závažnosti agorafobie i panické poruchy (Panic Disorder Severity Scale – PDSS, Shear et al., 1997), která má část položek určenou pro hodnocení vyhýbavého chování.

Součástí základního vyšetření pacienta s agorafobií je vytvoření hierarchie strachů a vyhýbavého chování, založené na detailním popisu okolností, které strach spouštějí. Typicky terapeut s pacientem vytvoří stupnici (obvykle o 10 položkách), na které pacient hodnotí zvlášť míru strachu a míru vyhýbavého chování (většinou v % nebo na stupnici 1–10). Je také důležité získat podrobný popis katastrofických kognicí (myšlenek a představ) a tělesných reakcí, které jsou se strachem spojeny (Schneier et al., 1996). Dále je třeba zjistit okolnosti rozvoje fobie a důsledky vyhýbavého chování, které mohou působit jako udržovací faktor, stejně jako druhotné zisky.

Vyhýbavé chování může být hodnoceno v termínech omezení fungování od lehkého přes střední po těžké. Lehká agorafobie může znamenat, že daný člověk se obává cestovat sám na delší vzdálenost, ale je schopen dojet do práce, dává přednost sezení v kině na kraji řady, ale do kina chodí ap. Střední agorafobie může znamenat, že daný pacient je schopen se pohybovat v okruhu cca 10 km kolem svého bydliště, avšak pouze v doprovodu, nakupuje mimo špičku v menších obchodech,

ale vyhýbá se supermarketům, vyhýbá se použití autobusu nebo cestování vlakem. Těžká agorafobie znamená, že daný člověk téměř neopouští domov a jeho nejbližší okolí. U některých postižených zůstává stupeň strachu a vyhýbání se v průběhu času relativně stejný. U jiných se intenzita potíží v průběhu času mění, dochází k samovolnému zlepšování i zhoršování. Stupeň vyhýbání u agorafobie je velmi rozdílný. Větší stupeň vyhýbání bývá u žen.

#### 8.2.3.4.3 Problémy a cíle, léčebný plán u agorafobie

Všeobecným cílem léčby agorafobie je odstranit vyhýbavé chování a snížit úzkost v situacích, kterých se pacient obává. Až v dalším sledu je pomoci změnit životní situaci pacienta, pokud je agorafobií postižena nebo s agorafobií souvisí. Z dlouhodobého hlediska je cílem terapie zabránit novému vzniku situační úzkosti a vyhýbavého chování, ale i sekundárních důsledků, jako je abúzus alkoholu, benzodiazepinů nebo jiných návykových látek a prevence deprese. K dosažení těchto cílů je nejdříve potřebné vytvořit dobrý terapeutický vztah, který umožní kvalitní spolupráci pacienta, ať je léčen psychoterapií či farmakoterapií. Schematicky jsou všeobecné cíle léčby uvedeny v následující tabulce.

**Tabulka 8.2.3.8:** Všeobecné léčebné cíle

- vytvořit terapeutický vztah
- edukace pacienta (a blízkých osob)
- stanovit přiměřené cíle, dohoda o cílech a způsobech jejich dosahování
- zmírnit příznaky úzkosti
- postupně odstranit vyhýbavé chování
- v případě problémů v životě jejich systematické řešení
- udržování dosaženého pokroku a prevence relapsu

Cíle je však nutné pro pacienta konkretizovat na základě definovaných problémů tak, aby léčebné kroky směřovaly k něčemu, k čemu je motivovaný.

**Tabulka 8.2.3.9:** Příklad stanovení konkrétních problémů a cílů

| PROBLÉMY                                                                                                                                            | CÍLE                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mám strach jít sám mimo domov, vyhýbám se hlavním ulicím, obchodům, metru, autobusům a tramvajím. Do práce a z práce mě přivádí manželka nebo děti. | Chci se naučit samostatně cestovat do práce a používat všechny dopravní prostředky ve městě.                                    |
| Bojím se manželce říci, když s ní nesouhlasím v zacházení s penězi či ve výchově dětí, protože se bojím, že mě přestane vodit.                      | Chci umět manželce říci, když s ní nesouhlasím, konkrétně, když utrácí na svoje věci moc peněz a když nadměrně kritizuje dceru. |
| Nechodím do kina, divadla ani na koncerty, protože se bojím, že v sále mi bude špatně.                                                              | Na konci léčby bych chtěl dokázat chodit do kina, divadla nebo na koncert.                                                      |

#### 8.2.3.4.4 Léčebné intervence u agorafobie

Adekvátní léčba přináší většině postižených dramatické zlepšení. Na úrovni zmírnění příznaků jsou v současné době nejúčinnější farmakoterapie a kognitivně behaviorální terapie (viz přehledy: APA, 1998, Barlow a Brown, 1996, Ballanger et al., 1996, Kaplan a Sadock, 1998, Shear, 1997, Asmundson a Taylor, 2003). Rodinná a skupinová psychoterapie však mohou velmi pomoci, protože celková sociální situace pacientů bývá složitá a rodina je poruchou často významně zasažena. Dynamické psychoterapie jsou indikovány hlavně při komorbidní poruše osobnosti.

KB terapeut s pacienty trpícími agorafobií pracuje zpravidla jednou týdně, a pokud nejde o komorbiditu s další poruchou, obvykle stačí ke zvládnutí poruchy 10–20 hodinových sezení. Hlavním cílem první fáze léčby je zmírnit příznaky úzkosti a snížit rozsah vyhýbavého chování. Základní kroky KBT agorafobie by se daly stručně popsat následujícím způsobem (podrobně viz Praško a Kosová, 1998):

1. Terapie začíná *edukační částí*. Pacient obdrží adekvátní informace o agorafobii s panickou poruchou, současně dostane psaný text, který mu vše stručně opakuje (viz např.: Praško a Prašková, 1998). Model poruchy je popsán s využitím příznaků, které pacient ve vyšetření uvedl. Edukace se provádí zejména v prvních dvou sezeních, kdy probíhá společně s vyšetřením a hodnocením pacienta, dále se však doplňuje v průběhu celé léčby.
2. Následuje *kognitivní restrukturalizace* – tj. systematický proces modifikace myšlenek pomocí specifických metod. Když se pacient naučí rozpoznávat, hodnotit, ovládat a měnit své automatické myšlenky, vztahující se k úzkosti v agorafobických situacích či panických záchvatech, dojde u něj sekundárně k poklesu úzkosti.
3. V dalším kroku se terapie zaměří na *expozice vnějším nebo vnitřním podnětům*. Pacient se krok za krokem vystavuje situacím, kterých se obává. Má k tomu vytvořenu hierarchii situací podle subjektivní obtížnosti. Když úspěšně zvládne určitou situaci, přejde ke zvládnutí situace obtížnější. S expozicemi úzce souvisí *nácvik zklidňujícího dýchání* a *aplikované relaxace*, pomocí kterých se pacient učí snižovat svoje napětí a nepříjemné tělesné pocity i v situacích, kdy se dostává do stavu paniky.
4. Ve druhé fázi terapie se zaměříme na řešení životních problémů pacienta, které s poruchou souvisejí: bývají to nejčastěji problémy partnerské, sexuální, pracovní nebo jiné sociální.
5. V závěru terapie připravujeme pacienta na samostatný život a snažíme se mu pomoci, aby se naučil, jak předcházet relapsům.

Pacient může být léčen v *ambulanci*: můžeme tímto způsobem provádět edukaci, kognitivní restrukturalizaci, poskytovat zpětnou vazbu o domácích cvičeních a nacvičovat pomocí hraní rolí. Navíc i některé reálné nácviky lze provádět přímo v ambulanci – nejdůležitější z nich je interoceptivní expozice, o které budeme mluvit později. Ovšem budování signálů bezpečí v ambulanci se může jen v omezené míře přenášet do reálného prostředí. Bezpečnými signály je přinejmenším

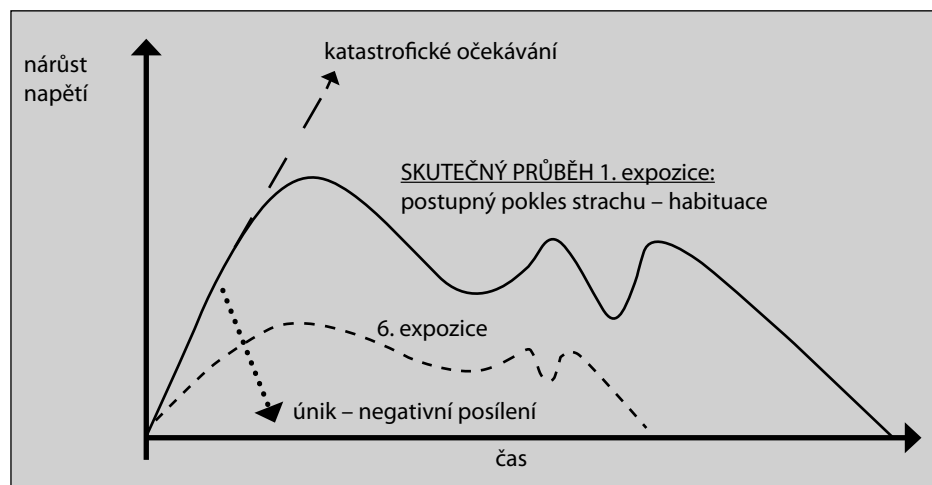
přítomnost terapeuta a struktura sezení a sám fakt, že pacient se nachází ve zdravotnickém zařízení. Pacient se také může léčit procvičováním expozice *in vivo*, tj. v reálných situacích, a to buď v doprovodu terapeuta nebo sám. Expozice v doprovodu terapeuta může být prospěšná pro pacienty, kterým chybí sociální síť k podpoře nácviku expozice *in vivo*. Zdá se však, že expozice v doprovodu terapeuta není účinnější než expozice, kterou provádí pacient samostatně. Ghost a Marks (1987) zjistili, že strukturovaný program, prováděný na základě manuálu při minimálním kontaktu pacienta s terapeutem, je v léčbě agorafobie stejně účinný jako program s intenzivním kontaktem s terapeutem. Na druhé straně Holden a spol. (1983), zjistil, že sebeřídící program není účinný u těžkých agorafobiků, kteří jsou už uzavření doma. Navíc svépomocný terapeutický program řada pacientů neukončí a na léčbu předčasně rezignuje. Proto se doporučuje v terapii střídat expozice s doprovodem terapeuta a samostatné expozice. Většinou léčba začíná expozicemi s terapeutem a pokračuje expozicemi řízenými samotným pacientem.

Výhodou kognitivně behaviorální terapie je vysoká účinnost a chybění vedlejších účinků. Snad největší předností je relativní trvalost dosaženého zlepšení bez nutnosti dále v terapii pokračovat. Kolem 15 % pacientů tuto léčbu odmítá pro její náročnost. KBT je náročná na čas a dovednosti terapeuta. Vyžaduje několikaletý výcvik. Ukázalo se však, že i krátký KBT zázcvik farmakologicky orientovaných psychiatrů výrazně zvýšil efektivitu léčby (Ballanger et al., 1996).

### Postup při expoziční léčbě

Smysl a nezbytnost provádění nácviků expozice musíme pacientovi vysvětlit natolik jasně, aby to pochopil. Je třeba mu nakreslit křivku průběhu úzkosti v průběhu expozice (tzv. habituační křivka) a upozornit ho, že expozici je vhodné ukončit až ve chvíli, kdy úzkost v dané situaci poleví alespoň o 50 %.

**Obrázek 8.2.3.3:** Habituační křivka – nárůst a pokles strachu při expozici obávané situaci



Před zahájením expoziční léčby je potřebné vypracovat s pacientem hierarchii obávaných situací podle jejich obtížnosti pro pacienta. Poté postupujeme krok za krokem v náviku expozice od snadnějších situací k obtížnějším. Návik zvládnutí určité situace provádíme tak dlouho, dokud úzkost při expozici nepoklesne alespoň o 50 % maxima. Až pak přecházíme k další obtížnější situaci. Zpočátku je možné pacienta při expozicích doprovázet. Může to udělat terapeut sám nebo požádat zaškolenou zdravotní sestru. Po edukaci mohou později dělat koterapeuty i rodinní příslušníci a v případě skupinového vedení i spolupacienti.

**Tabulka 8.2.3.10:** Plánování postupné expozice

|                                                                                                                                          |                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| <b>PROBLÉM:</b> Nakupování v obchodech                                                                                                   |                       |
| Vyhýbám se nakupování v obchodech všeho druhu, jsem schopna nakupovat pouze u stánku. Nejsem schopna ani vejít do vestibulu samoobsluhy. |                       |
| <b>CÍL:</b> Naučit se sama nakupovat ve všech obchodech v době nakupovací špičky                                                         |                       |
| <b>KROKY:</b>                                                                                                                            | <b>STUPEŇ ÚZKOSTI</b> |
| 1) Nákup v malém krámku s manželem nebo se sestrou                                                                                       | 5                     |
| 2) Nákup v krámku sama                                                                                                                   | 5,5                   |
| 3) Nákup v drogerii (s košíkem) s manželem dopoledne                                                                                     | 6                     |
| 4) Nákup v drogerii s manželem odpoledne v době špičky                                                                                   | 6,5                   |
| 5) Nákup v drogerii sama dopoledne                                                                                                       | 6,5                   |
| 6) Nákup v drogerii sama v době špičky                                                                                                   | 7                     |
| 7) Samoobsluha s manželem v dopoledne – málo lidí                                                                                        | 7,5                   |
| 8) Samoobsluha u nás sama dopoledne – málo lidí                                                                                          | 8                     |
| 9) Samoobsluha u nás sama v době nákupní špičky                                                                                          | 8,5                   |
| 10) Obchodní dům v přízemí s manželem                                                                                                    | 8,5                   |
| 11) Obchodní dům v patře s eskalátory, s manželem                                                                                        | 9                     |
| 12) Obchodní dům sama                                                                                                                    | 9,5                   |
| 13) Obchodní dům sama v patře                                                                                                            | 10                    |

#### 8.2.3.4.5 Problémy v léčbě agorafobie

Hlavním problémem při léčbě agorafobie je obava z expoziční léčby. Při nadměrném strachu z expozic může pomoci, když se terapeut s pacientem vypraví na první expozice společně. Sice je časová investice na počátku větší, léčba však nepřeslápje zbytečně na prvních krocích. I v dalším postupu se někdy stane, že pacient uvízne na určité situaci, na kterou si netroufne. Opět je možným mezikrokem expozice s terapeutem nebo rodinným příslušníkem či spolupacientem. Vždy, když léčba vážne, je nutno hledat méně náročné mezikroky, které pacienta posílí.

Někdy se stane, že pacient v průběhu expoziční léčby začne propadat do dysforických nálad. Častěji to zažíváme u pacientů, kteří společně s KBT užívají medikaci. V tomto období pacient potřebuje více chápavého přijetí a povzbuzování. Protiprenosové vyjádření nespokojenosti naopak pacienta ještě více demoralizuje.



### 8.2.3.5 KBT a psychofarmakoterapie u agorafobie

Několik krátkodobých studií naznačilo, že kombinace medikace a KBT je účinnější než monoterapie (Zitrin et al., 1983, Mavissakalian a Michelson, 1986, Oehrberg et al., 1995). Řada autorů však tyto výsledky zpochybňuje (Barlow, 1988, Craske et al., 1991). Newman a spol. (1990) porovnával v kontrolované studii kognitivní terapii kombinovanou s medikací (imipramin) proti kognitivní terapii bez medikace. Po 12 týdnech bylo zlepšení v obou skupinách stejné – u 87 % pacientů. Côté a spol. (1992) porovnával v kontrolované studii KBT + placebo s KBT + alprazolam. Po 8 týdnech byla signifikantně účinnější kombinace KBT a medikace, ovšem již po 12 týdnech rozdíl nedosahoval signifikantní úrovně. Po 12 měsících léčby bylo při kombinaci KBT + placebo 92 % pacientů bez potíží, při kombinaci s medikací bylo bez potíží 100 % nemocných. Oehrberg a spol. (1995) porovnával paroxetin s placebem (přitom obě skupiny měly zároveň kognitivně behaviorální terapii). Kombinace byla statisticky významná pouze ve 12. týdnu měření v počtu záchvatů paniky a množství vegetativních příznaků, nikoliv v rozsahu vyhýbavého chování.

Gould a spol. (1995) porovnal efektivitu farmakoterapie, kognitivně behaviorální terapie a kombinované léčby v metaanalýze 43 kontrolovaných studií, které zahrnovaly 76 různých terapeutických intervencí. V této analýze měla kognitivně behaviorální terapie největší průměrné skóre účinnosti ( $ES = 0,68$ ). Tento efekt byl vyšší než u farmakoterapie ( $ES = 0,47$ ), ale nižší než u kombinace farmakoterapie a KBT ( $ES = 0,56$ ). KBT nedokončilo v průměru 5,6 % pacientů, což je podstatně nižší číslo než u farmakoterapie. Obzvláště zajímavé je, že mezi KBT přístupy je nejúčinnější kombinace kognitivní restrukturalizace a expoziční léčby ( $ES = 0,88$ ).

Rovněž byla publikována jedna kontrolovaná studie kombinující psychodynamickou psychoterapii s farmaky, ukazující na vyšší účinnost kombinace než monoterapie (Wiborg a Dahl, 1996).

### 8.2.3.6 Kazuistika agorafobie – I

První rozhovor s Jiřinou byl složitý. Aniž lékaře znala, měla na něj vztek. Je to přece psychiatr a určitě si na ní něco najde... Dotčeně mu vysvětlila, jak ji lékaři, když nebyli schopni jí pomoci, nakonec poslali k němu (dávala tím najevo, že psychiatr snad ani lékař není). Ale ona je přece normální, žádnéj blázen... Blbě se jí dělá od srdce, a ne od nervů... Nakonec byla ochotna o sobě něco říci.

Jiřina se narodila jako třetí dítě svých rodičů. Nejstarší sestře Katce už bylo 8. Druhá sestríčka zemřela 3 měsíce předtím, než se Jiřina narodila. Byly jí 4 roky. Umírala dlouho na leukémii. V posledním roce života byla více v nemocnici než doma. Těhotná matka se zmítala střídavě v naději a bezmoci. Byl to nejstrašnější rok jejího života. Těhotná vlastně být nechtěla, ale katolická výchova nedovolovala, aby si dítě nechala vzít. Porod byl normální, po porodu se matka zhroutila a léčila se na psychiatrii pro depresi. Jiřina nebyla kojena a byla hned po porodu od matky na několik týdnů oddělena. To všechno si však nepamatuje, dozvěděla se to od starší sestry. Matka o tom nikdy nemluvila.

O Jiřinu se hodně starala starší sestra Katka, jezdila s ní s kočárkem, mazlila se s ní. Matka zajišťovala provozní věci, ale citově se cítila prázdná. Otec byl doma velmi málo. Mezi rodiči stále častěji docházelo k výčitkám a sporům. Když byly Jiřině 2 roky, narodil se bratr Honza. Otec se cítil podveden, už žádné dítě nechtěl. Matka se však k synovi silně upnula. Jakoby našla a soustředila všechny ztracené city k dcerám a manželovi, zamilovala se do svého syna. Nejstarší Katce, která vyrůstala ve velmi samostatné děvče (silně podporované otcem), to nevadilo. Naopak chovala o 10 let mladšího bratříčka se stejnou láskou jako dvoutletou Jiřinu. Jiřina však začala silně žárlit. Podle příbuzných často Honzíka strkala, brala mu hračky či dobroty, prostě ho trápila. Honzík se choval rozmazleně, vše mu bylo dovoleno, a tak toho využíval a když byl větší, celkem samozřejmě používal její věci a posmíval se jí, žaloval na ni. Za to vše ho Jiřina v předškolním věku občas zbila. Byla za to matkou tvrdě trestána. Postupně se učila kontrolovat svůj vztek. Naopak se naučila tvářit, že bratra taky obdivuje, jak je roztomilý, chytrý ap. Za to ji matka chválila. Učila se potlačovat v sobě pocity křivdy a vzteku a tvářit se mile a přátelsky. Zjistila, že pak dostane přece jen nějakou pozornost. Potlačování vlastních pocitů nelibosti, vzteku a křivdy se záhy stalo její druhou přirozeností.

Když nastoupila do školy, byla z ní velmi poslušná, snaživá holčička. Učila se dobře, byla upovídaná, a tak měla dost kamarádek. Učitelé ji obdivovali pro její mírnost a nekonfliktnost. V té době začalo období hádek mezi rodiči, které se několik let zhoršovaly, až došlo k rozvodu. Otec nikdy nebyval moc doma. Pracoval jako číšník a vracel se domů pozdě večer. Rád se napil. Když doma byl, byl zjevně „pod pantoflem“. O všem v rodině rozhodovala matka. Z dětství si Jiřina vzpomínala na příjemné chvíle s otcem, když ji houpal na klíně nebo vyhazoval v bazénu do vzduchu a házel do vody. Z doby, kdy chodila do školy si však už žádné příjemné chvíle nepamatuje. Otec si našel milenkou, matka mu to prakticky neustále vyčítala. Tvrdil, že se s ní už rozešel, aby pak další den přišel domů až nad ránem a vymlouval se. Tak to pokračovalo několik let. Matka budila děti, kdykoliv přišel otec pozdě, nadávala mu a plakala. Jiřina nechápala, proč u toho musí vždy být. Matka to zdůvodňovala tím, aby děti věděly, jaký je otec „hajzl“. Opakovaně sbalila otcovy věci do kufru a postavila je před dveře a vykřikovala na celý dům: „Ať si táhne za tou svou děvku!“ Několikrát, když byl otec opilý, se porvali. Starší Katka z této atmosféry záhy vypadla na internát. Jiřina nevěděla, jak se bránit. Nerozuměla všemu, co se děje. Byla však plně na matčině straně a sama ji přesvědčovala, ať se rozvede. Rozvod rodičů byl pro ni vysvobozením z nočních buzení a neustálých konfliktů mezi rodiči.

Otec se odstěhoval a začal žít s novou paní. Jiřině bylo 10 let. Doma však začalo peklo nového druhu. Matka nadávala na otce, vylévala si vztek na Jiřině nebo na Katce, pokud ta přijela domů. Vyčítala jim každou maličkost, obviňovala je, že zdědily svoji nezodpovědnost a sobectví po otcovi. Sestra téměř přestala jezdit na víkendy. Matce trvalo téměř 3 roky, než se zklidnila. Nového partnera si nenašla a pro muže jako takové měla jen slova opovržení. V té době měla Jiřina problémy s prospěchem, nedokázala se na učení soustředit. Začala jí puberta. Přibrala a zakulatila se, na obličejích jí udělaly uhry a zhoršil se jí zrak, takže musela začít nosit brýle. Navíc se oblékala skromně, na dražší jeansy a boty, které nosily spolužačky, prostě matka neměla. Jiřina se cítila nemožná. Ze školy chodila přímo domů. Ztratila kamarádky, které začaly chodit na diskotéky a s kluky. O ni nikdo

nestál. Bála se i představy, že by s nějakým klukem mohla mluvit. Nevěděla o čem. Přestala si však rozumět i s holkami. Neměla si s nimi o čem povídat. Veškerý volný čas pročetla. Knih přečetla hory. Také se najednou na konci základní školy výrazně zlepšila v prospěchu.

Starší sestra Katka se dostala na vysokou školu. Vyrostla z ní hezká, štíhlá a sebevědomá mladá žena. Byla pro Jiřinu nejbližším člověkem, ale její rady, že má cvičit, něco dělat s pletí a chodit mezi lidi, jí moc nepomáhaly. Pak začala Katka chodit s Ludvíkem a přestala se objevovat doma vůbec. I víkendy trávila na koleji. Po dvou letech se vdala, čekala dítě a odstěhovala se z domu. Jiřina toužila být jako ona. Když se s ní však porovnávala, zjišťovala, že je tlustá, uhrovitá, nemá v životě žádný cíl a vlastně ji nic moc nebaví. Pouze se dobře učí. Hlavně ji rozčilovalo to, že jí narostla velká ňadra, za která se strašně styděla. Všimla si, že jí na ně muži často koukají, začala si je proto stahovat elastickým obinadlem. Přesto ji jednou v přečpaném autobuse nějaký „pankáč“ začal osahávat. Bylo jí z toho nanic, ale bála se křičet, aby se jí lidé nezačali smát, a tak se k jeho pobavení jen tiše bránila. V tělocviku jednou slyšela „Ta má ale kozy!“ Měla pocit, že se propadne studem a z tělocviku utekla. Od té doby se mu snažila vyhnout. Plně se stotožnila s matčíným míněním o druhém pohlaví.

Dostala se na zdravotní školu. Bylo to jediné, co ji lákalo. Zkusit pomáhat jiným – to by snad mohla dokázat. Škola ji bavila, praxe však méně. Byla sice ve všem pečlivá, k lidem se chovala velmi pěkně, problém však nastával, když měla umývat na lůžko upoutané muže. Strašně se styděla, když je viděla nahé, nevěděla kam koukat. Když jim měla dělat celkovou očistu, zmrtvěla hrůzou. Snažila se nabídnout, že je umyje celé, až na ona místa... většinou nakonec uspěla. Až jeden starý pan po mrtvici sdělil, že to nedokáže. Ostatní muži v pokoji zpozorněli a začali vtipkovat. Roztřásla se, chtělo se jí brečet, ale chtěla zvládnout svoji povinnost. Když mu umývala přirození, kterého se dotýkala v hrůze, dostal erektci a pokoj vypukl smíchem. Utekla. Cítila se zostuzená. Nejraději by se propadla do země. Chtěla ukončit školu. Nakonec však zůstala a zvykla si. Pohled na mužské tělo ji však naplňoval pocity odcizenosti.

Během zdravotní školy zhubla, akné zmizelo a aniž si toho všimla, vyrostlo z ní pohledné vysoké děvče s jemnými rysy a hlubokýma očima. Snad až moc vážné. Končila střední školu a zatím neměla žádnou zkušenost s muži. S nikým dosud nechodila. Některé její spolužačky už měly rodinu. Na místa, kde se chodily seznamovat její kolegyně, Jiřina nechodila. Nikdy nebyla na diskotéce a tanečním se vyhnula. Na praxi se o ni ucházel občas nějaký student nebo mladý doktor, ale moc z nich koukala touha vyspat se s ní. Nevěřila, že by o ni mohli mít zájem jako o člověka. Bála se jejich doteků a toho, že by se ona musela dotýkat jich. Po ukončení školy nastoupila na chirurgii v okresním městě. Mladí lékaři kolem ní kroužili jako supi, vtipkovali o železné panně, byla však neústupná. Po dvou letech praxe se seznámila s mladým studentem, který tam ležel delší dobu po autohavárii. Pavel jí připadal jemný, přitom sebejistý a silný, velký. Studoval vysokou školu ekonomickou a byl v posledním ročníku. Po vyléčení ji pozval do kina. Začali spolu chodit. Dlouho nenaléhal na intimnosti, což ji uklidňovalo. Jak se později ukázalo, byl stejně nezkušený jako ona. Po půl roce jí to začalo být divné a jemně začala naléhat ona. Měla z toho sice strach, ale říkala si, že už je načas, aby spolu něco měli. Cítila se s ním bezpeč-

ně a byl to první muž, kterého se nebála. Mohla ho vášnivě líbat, dávat jeho ruku na svá ňadra a bylo jí to příjemné. První milování plně zinscenovala ona. Na ubytovně to moc nešlo. Byl strašně nervózní a neměl pořádnou erekci. Nevěděla, jak mu má více pomoci. Pak se to podařilo, vzápětí vyvrcholil a tím to skončilo. Postupně v dalších pokusech o milování se mu již erekce dařila, samotné milování však vždy trvalo krátce. Vzrušovalo ji, když se jí dotýkal nebo když ji hladil, samotný styk, i když nevalil, jí nic neříkal. Myslela si však, že je všechno v pořádku.

Po dalším půl roce otěhotněla a vzali se. Nastěhovali se k Pavlovým rodičům do bytu 3 + 1. Pavlova matka však chtěla mít syna pro sebe a začaly každodenní tahanice. Postupně se Jiřina začala chovat jako neposlušné dítě a tchyně jako přísná matka. Dávala Jiřině najevo, že „Pavlíka uhnala, protože je inženýr“ a že by měla být ráda, že ji tam nechají bydlet. Začaly mezi nimi drobné naschvály. Pavel byl bezradný, snažil se být „spravedlivý“, ale v podstatě se bál svojí matky. S Jiřinou souhlasil, ale před matkou se jí nikdy nezastal, ať byla situace jakkoliv nespravedlivá. Maximálně se snažil matku uchladit. Milování téměř ustalo, ani ne tak kvůli těhotenství, i když to oba používali jako výmluvu, ale hlavně proto, že v bytě bylo všechno slyšet. Mezitím Pavel ukončil školu a nastoupil k zahraniční bance. Začal chodit domů pozdě večer. Zpočátku dojížděl 70 km do Prahy. Naštěstí sehnali bydlení přímo v Praze, sice se starou pratetou, bylo to ale lepší než nic. Byl to byt 3 + 1, který prateta po smrti prastrýce obývala sama. Nastěhovali se k ní. Prateta byla trochu vztahovačná a mírně dementní, občas zlostná a paličatá, ale dalo se s ní vyjít daleko lépe než s Pavlovou matkou. Naštěstí si Jiřinu oblíbila a ráda si s ní povídala.

Na konci těhotenství se Jiřina příjemně zklidnila, uvolnila, spokojeně čekala na porod. Nakoupila si dětskou výbavu. Měsíc před porodem dostal Pavel jedinečnou nabídku odjet na 3 měsíce pracovní do Německa. Váhal, zda to má vzít. Aby mu to ulehčila, ubezpečila ho Jiřina, že porodí v klidu a jako sestra se o sebe bude umět postarat. Sanitku si může zavolat a pomůže i prateta. Pavel odjel a Jiřina za 14 dnů porodila. V porodnici jí pak bylo líto, když viděla ostatní šťastné otce, jak se nadšeně chodí dívat na své děti. Za ní přišla matka a sestra. Tchyně se neobtěžovala. Pavel přijel na víkend, když už byla doma. Mluvil pořád o práci a o dítě se zajímal jen zběžně.

Malý Matěj byl dítě k neutahání. Celé noci nespál, chtěl kojit, být stále u mámy. Jiřina byla vyčerpaná. Pavel se vrátil z Německa, ale ani tak nebyl moc platný. Z práce se vracel v noci, unavený, nevrle ji káral, že s dítětem nic neudělá, když on musí být do práce odpočatý. Chápala, že to má v práci složité, chce se ukázat jako dobrý pracovník, přitom za tak krátkou dobu si je málo sebou jistý. Zůstával v práci dlouho po pracovní době, kontroloval své úkony, aby neudělal chybu. Potrpěl si na čisté bílé košile, které žehlila denně jako plínky, na nové pestré kravaty. Z mála peněz, které zatím měli, si koupil drahý značkový oblek a luxusní polobotky, „aby reprezentoval“. Naštěstí brzy povýšil a měli přece jen více peněz. O sex ztratil úplně zájem. Zpočátku to Jiřině vyhovovalo, později jí to začalo vrtat v hlavě. V těhotenství trochu přibrala a něco z toho jí zůstalo. Nelíbí se mu? Má jinou? Tyhle myšlenky však vytrvale zaháněla. Milovali se jednou za dva měsíce. Jako v minulosti to bylo velmi krátké, už ji však ani nehladil, ani se k ní nestulil, jak to dělával dříve. Ihned usínal. Asi je opravdu unavený, omlouvala ho. Každý den pracuje více než 10 hodin. Na nic si přitom

nestěžuje. Vlastně se stará hodně o rodinu, když se pokouší více vydělávat, snažila přesvědčit samu sebe. Matějovi byl rok, bylo další jaro a všude bylo krásně. Chodila z kočárem po Praze, toulala se Stromovkou a hodně si četla. Jedno odpoledne potkala ve Stromovce Vaška, spolužáka ze základní školy. Vašek se jí vždycky líbil. V pubertě se však vyhýbala společnosti, neměla si s ním co říci a pak začal chodit s jinou holkou. Během střední školy se potkali snad dvakrát a nyní se už léta neviděli. Měl s sebou své dvě čtyřleté dcery, dvojčata. Šel s ní procházkou přes most do Troje a pozval ji na kávu do restaurace u zoologické zahrady. Zajímal se o ni, o její život i syna. Byl překvapen, že nemá vysokou školu. Vždy ji pokládal za nejchytřejší holku ze třídy... Mluvili spolu 2 hodiny a stále si měli co říci. Vašek byl rozvedený, jeho žena údajně hodně pila a léčila se protialkoholně. Dvojčata získal do své péče. Zvládal to, i když si trochu postěžoval, jak je to pro muže těžké starat se zároveň o dvě malé holky a vést vlastní firmu. Platí si však starší paní, která doma uklidí, vypere, navaří a dvojčata vyzvedne ze školky. Postará se o ně, než on přijde z práce. Dvakrát v týdnu si však dělá volno a je s holkami sám. Matka dětí je nyní už podruhé na odvykací léčbě a moc se o děti nezajímá.

Za dva týdny Vašek znovu zavolal a pozval ji i s Matějem na odpolední výlet. Holčičky vezly Matěje v kočárku, oba dospělí v rozhovoru prošli Draháňskou roklí, přešli přes Vltavu a dojeli zpět vlakem do centra. Den byl nádherný, strávili hodně času v cukrárně a na záměčku. Stihli výstavu dřevěných hraček. Tak hezké odpoledne Jiřina už léta neprožila. Pavel chodil denně pozdě, vycházky nesnášel, víkendy proležel u televize. Vlastně spolu nikam nechodili. Jiřina se nemohla ubránit, aby Pavla s Vaškem nesrovnávala. Pak si takové myšlenky zakázala.

V následujícím měsíci pak podnikli s Vaškem další dva výlety, tentokrát autem mimo Prahu. Pavlovi to neřekla. Tušila, že by se mu to moc nelíbilo. Ona však byla velmi spokojená. Najednou prožívala něco příjemného. Všimla si, že Vašek se jí jemně dvoří, dívá se na ni s obdivem, bere její názory vážně, často se jí dívá přímo do očí a občas sklouzne pohledem na její řadra. Dříve by poslední druh pohledu pokládala za drzost, nyní ji to příjemně napínalo, až musela zadržovat dech. Poprvé si uvědomila, že má přitažlivé tělo.

Doma bylo všechno při starém. Pokusila se opakovaně přimět Pavla k milování, většinou se vymluvil na únavu. Začala v sobě cítit zvýšené sexuální napětí a touhu. Koupila si knížku o sexu a zjistila, že podle ní Pavel trpí předčasným vyvrcholením a ona anorgasmii. O tom všem však nemohla s Pavlem mluvit. Uvědomila si, že si více všímá mužů, zejména tělesně, a mnozí ji vzrušují. Nejvíce Vašek. Začala být napjatá, roztržitá, nápadně podrážděná a nervózní. Zakázala si tyto myšlenky. Ale ony se znovu vracely. V noci se jí zdálo, že se jí Vašek dotýkal, hladil ji po vlasech, pak po řadrech... probudila se s bušením srdce a úzkostí. Co s tím? Nevěru vždy odsuzovala.

Řekla si, že s Vaškem přeruší styky. Během dalšího týdne dvakrát volal, vymluvila se na neodkladné záležitosti. V dalším týdnu znovu volal. Řekla mu, ať už nevolá. Nechápal proč. Nechtěla mu to vysvětlit, ale znovu ho poprosila, ať už nevolá. Ještě jednou to zkusil, chtěl vědět důvod, ale když o tom s ním odmítla mluvit, přestal volat vůbec. Tvářila se před sebou, že je to tak v pořádku. Taky se jí ulevilo. V té době zemřela prateta. Zůstali s Pavlem v bytě sami.

Asi za měsíc Pavel odjel na služební cestu. Znovu do Německa. Na 14 dnů. Zůstala sama doma s Matějem. Cítila se trochu rozmrzele, nicméně nevnímala žádný větší stres. Třetí den se náhle v noci probudila se silným bušením srdce. Vyděsila se. Nemohla popadnout dech. Běžela k oknu a snažila se nadýchat se čerstvého vzduchu. Cítila, jak jí mravenčí levá ruka. Srdce jí bilo jako zvon. Naměřila si tep 120 za minutu. „Proboha, co když mám infarkt? Kdo se postará o dítě? Musím rychle zavolat pohotovost! A mámě!“ Zavolala si sanitku. Matce zavolala a oblékla dítě a připravila korbou od kočárku. Byly dvě hodiny ráno. Sanitka ji dovezla na internu, vzápětí tam dorazila taxíkem i matka. Natočili jí EKG, lékař ji prohlédl. Pak jí řekl, že to má od nervů. „Proboha, jak to může říct, vždyť mě bylo špatně od srdce a nemohla jsem dýchat, brněla mě levá ruka,“ spolkla v sobě rozhořčeně. Nic však neřekla. Sestra jí píchla injekci. Poslali ji domů. Bez sanitky. Matka se na ni vyčítavě dívala, nic však neřekla. Jeli domů taxíkem. Matka zůstala do rána, pak šla do práce. Jiřina však dostala strach. Co když to přijde znovu? Oblékla Matěje, zavolala taxík a vyrazila na internu, kde pracovala před mateřskou. Tam ji znají a neodbudou. V následujícím týdnu absolvovala celou řadu vyšetření, jak laboratorních odběrů, tak EKG, sonografii ap. Nikde se neobjevila sebemenší známka nemoci. Celý týden žila v úzkosti, aby některý z výsledků nenašel nějakou nemoc, nicméně, když žádná nemoc nebyla objevena, byla zklamána. Začala o lékařích pochybovat. Objednala se k neurologovi, opět absolvovala řadu vyšetření, ale kromě drobných potíží s krční a hrudní páteří opět nebylo nic objeveno. „To přece není možné“ říkala si a studovala lékařské příručky. Když člověk hledá ve strachu, najde leccos. Jak pochopila, některými z příznaků, které měla, mohou trpět lidé s nemocným srdcem, plícemi, štítnou žlázou, nádorovými, krevními a neurologickými chorobami ap. Také to mohly být následky po prodělané borelióze, avitaminózy... Proto se nechala objednat na endokrinologii, k dalšímu internistovi, tentokrát přímo odborníkovi na kardiologii. Pak pro jistotu zašla ještě na imunologii. Mezitím prožila další záchvat paniky, který ji vzbudil ze spaní a opět si v hrůze zavolala sanitku. Opět ji odvezli na pohotovost, změřili EKG, píchli injekci a poslali ji domů. Odborná vyšetření na ní nenalezla nic nemocného. Pavel se vrátil ze služební cesty, to ji zklidnilo, měla ho doma, kdyby se něco stalo. Další měsíc byla bez záchvatů, začala věřit, že se už nevrátí. Když však měl Pavel odjet jen na 3 dny pryč, dostala strach. Co když se to vrátí, když tu nebude. Týden před jeho plánovaným odjezdem dostala záchvat v metru. Ihned vystoupila a vyjela s kočárkem na vzduch. Lapala po vzduchu. Studený vzduch jí udělal dobře. Do metra se však už nevrátila. Po celé další dva roky.

Pavel na služební cestu odjel, v noci dostala záchvat a opět jela na pohotovost. Lékař – stejný, který tam byl poprvé, jí vynadal. EKG jí ale natočil, injekci dal a jí se ulevilo. V následujícím roce byla na pohotovosti ještě čtyřikrát. Bylo jí to nepříjemné, nicméně tolik se bála o život, že si ji nedokázala nezavolat. Po metru přestala cestovat tramvají a autobusem. Nevolno se jí udělalo i v samoobsluze, když stála ve frontě. Začala chodit nakupovat velmi časně ráno, kdy bylo v obchodě málo lidí. Pak se jí začalo dělat nevolno i v této době. Přestala chodit nakupovat do samoobsluhy. Dokázala však chodit nakupovat do krámků, kde je pultový prodej. Ovšem jen, když byl prázdný. Krámek, vzdálený od bytu asi 300 metrů, se postupně stal nejvzdálenějším místem, kam se z domu sama odvážila. V doprovodu Pavla však mohla cestovat autem po celé Praze. Do dopravních

prostředků a do samoobsluhy se však neodvážila ani s ním. Aby se nebála doma, když byl Pavel na služební cestě, přesvědčila matku a sestru, aby u ní v té době spávaly. S Pavlem navštívila několik léčitelů, držela diety, užívala homeopatika, nechala si napíchat akupunkturu (kupodivu od psychiatra, který ji však jinak neléčil), nic jí však nepomohlo. Manželský vztah se proměnil. Pavel začal chodit z práce dříve domů, aby se Jiřina cítila jistější. Dělal velké nákupy v samoobsluze a všude Jiřinu vozil. Zpočátku mu to docela vyhovovalo, cítil, že ho potřebuje a to mu dělalo dobře. Byla na něm úplně závislá. Časem ho to začalo otravovat, měl pocit, že ustrnul kvůli jejím problémům v kariéře. Její strachy pokládal za nesmysl, ale aby šla k psychiatrovi, proti tomu se stavěl. Pobyt tchyně u nich doma, když musel na služební cestu, mu nešly pod nos. Sexuální život úplně zanikl. Jiřina měla strach, že se jí při milování rozbuší srdce a může umřít. I když se Pavel dříve sexu spíše vyhýbal, naprosté odumření mu vadilo.

Po dvou letech velmi omezeného života po přečtení článku o agorafobii v Mladé frontě se konečně odhodlala jít k psychiatrovi. Předem tomu však nevěřila...

Již na počátku léčby Jiřině velmi pomohlo, že psychiatr zjevně rozuměl tomu, co se s ní dělo. Byl to první lékař, který o tom byl schopen mluvit zaslíbeně. Také ji ubezpečil, že se těchto problémů může zbavit. Společně pak zmapovali, jak vypadá její úzkostný záchvat, jaké myšlenky ji při něm napadají, jak se v něm chová, jaké emoce a tělesné příznaky typicky prožívá. Vysvětlil jí, jakým způsobem může přerušit bludný kruh úzkosti, ve kterém se pohybuje. Připadalo jí to velmi logické a jednoduché, i když poněkud technické. Pak ji požádal o malý experiment, který souvisel se zrychleným dýcháním. Předpokládal, že řada příznaků, které Jiřina prožívá, může souviset s tím, že zrychleně dýchá. Tomu Jiřina nevěřila, protože si byla jistá, že zrychleně dýchá až potom, co dostane strach, že se udusí. Aby ověřili, zda tomu nemůže být i naopak, požádal ji psychiatr, aby tři minuty zrychleně dýchala. Pokud by se objevily nepříjemné pocity, měla zvednout ruku. Protože se styděla, dýchal s ní. Již během druhé minuty se objevilo silné mravenčení v rukou, začala se silně potit, měla pocit, že se jí rozskočí hlava. Dostala strach, že omdlí. Vzápětí se jí rozbušilo srdce. Zvedla ruku. Psychiatr jí přikázal na chvíli zatajit dech, pak pomalu vydechnout. Pak se zhluboka nadechnout a zadržet dech. Pak opět velmi pomalu vydechnout. Během 6 dechů tělesné příznaky téměř zmizely. Byly velmi podobné tomu, co prožívala při záchvatech, ale přece jen měla o hodně menší strach, když byla v místnosti s lékařem. Probrali pak možnost užívat léky. Jiřina byla zásadně proti. Nechce žádnou chemii. Lékař jí vysvětlil výhody a nevýhody užívání léků a výhody a nevýhody léčby bez léků. S léky probíhá léčba zpravidla kratší dobu, což umožní dříve se vrátit do plného života. Závislosti na nich se nemusí bát, na antidepresiva, která odstraňují panické záchvaty, závislost nevzniká. Nevýhodou jsou drobné vedlejší účinky, zejména nevolnost od žaludku v prvních dvou týdnech. Výhodou psychoterapeutické léčby je, že si bude věřit, že příznaky dokáže odstranit pouze vlastními silami, což posílí její sebevědomí. Nevýhodou je poměrně velká námaha, kterou při tom musí podstoupit. Výsledky jsou však poměrně trvalé. Léčba kombinací léky a psychoterapie spojuje výhody obou přístupů, ale přináší i jejich nevýhody. Jiřina si nechala čas na rozmyšlenou do příštího setkání. Za domácí úkol dostala prostudovat krátkou příručku o panické poruše a agorafobii, vyplnit dotazníky a vytvořit seznam situací, kterým se kvůli svému strachu vyhýbá.

Tabulka 8.2.3.11: Formulace případu

**Predisponující faktory:**

Nechtěné dítě, v době matčina těhotenství umírala starší sestra na leukémii, po narození oddělení od matky (matka měla poporodní depresi), „provozní, citově prázdná“ výchova matkou, žárlení na mladšího bratříčka, kterému matka dávala přednost, tresty matkou – nácvik potlačování vlastních agresivních emocí, aby byla přijatelná pro matku. Hádky mezi rodiči – Jiřina jako arbitř – rozvod rodičů – nedostatek peněz a izolace od kamarádek – tloušťka, osahávání, výsměch a rozvoj negativního mínění o druhém pohlaví.

**Kontextuální antecedenty zvyšující citlivost ke stresu:**

Konflikty s tchyní a nedostatek zastání od manžela, vyčerpání v poporodním období, vnitřní konflikt – touha po jiném muži a jeho odmítnutí.

**Precipitující – spouštěcí faktory:**

První záchvat paniky se objevil po rozhodnutí odmítnout muže, po kterém toužila v době neuspokojivého vztahu s manželem, který zároveň odjel do ciziny, takže zůstala sama.

**Bludný kruh panických atak:**

Spouštěče: být sama doma, dopravní prostředky, samoobsluha

Kognice: obavy z infarktu, strach o dítě

Emoce: panický strach, anticipační úzkost, bezmoc, zlost na sebe

Tělesné reakce: palpitace, hyperventilace, brnění levé ruky

Chování: vyhýbání se dopravním prostředkům a supermarketům, sexu, samotě, zabezpečování a ujišťování – být s druhou osobou, kontroly tlaku a pulsů, vyšetření na interně a neurologii, studování lékařských příruček, ujišťování u lékařů

**Důsledky:**

Vyhnutí, zabezpečení nebo ujištění vede k bezprostřední úlevě

Dlouhodobé – omezení fungování, pokles sebevědomí, rezignace na změnu v manželství pro závislost na manželovi, vymizení sexuálního života, omezení příjemných aktivit

**Udržovací faktory:** katastrofické kognice, vyhýbavé a zabezpečovací chování

Po přečtení příručky se Jiřina rozhodla, že zkusí nejdříve léčbu psychoterapií, a pokud by to nešlo, tak ráda přistoupí na léčbu léky. Ve druhém sezení, které následovalo za dva dny, se s terapeutem vrátili k bludnému kruhu úzkosti a k úzkostným myšlenkám, které jsou jeho součástí. Společně probrali jednu z nich.

Jiřina: Nejspíš mám něco s tím srdcem. Ta úzkost vzniká z toho.

Terapeut: Na kolik procent jste o tom přesvědčena? O tom, že máte nemocné srdce.

Jiřina: To hodně, teď tak na 80 %, při záchvatu jsem si tím jistá.

Terapeut: Dobře, nyní tedy jste na 80 % přesvědčena, že máte nemocné srdce. Je to tak?

Jiřina: Ano, tak nějak to bude.



- Terapeut:** Máte pravdu v tom, že by to mohlo být jedno vysvětlení pro vaše záchvaty. Vy však jste zdravotní sestra a víte o tom více. Argumenty, které podle vás svědčí pro onemocnění srdce, jste mi uvedla. Z ničeho nic vám začne bušit srdce při situacích, ze kterých máte strach. Zkuste se nyní zamyslet a hledat argumenty, které svědčí proti tomu, že jde o onemocnění srdce.
- Jiřina:** No, ...všichni mi to říkají, tedy všichni doktoři, že s tím srdcem nic nemám. Ale co když se pletou?
- Terapeut:** Vidím, že bude snadnější hledat argumenty pro onemocnění srdce, jeden z nich už slyším: Co když se doktoři pletou...
- Jiřina:** Máte pravdu, zkusím se soustředit na argumenty proti onemocnění srdce. Ale ty jsem vždy chtěla po vás, po doktorech, vy to nejlépe musíte vědět...
- Terapeut:** V tom vám neposloužím. Když vám budu dávat argumenty proti onemocnění srdce, kterých mám mimo jiné hodně, vy budete hledat argumenty pro. Budeme hrát takovou nekonečnou hru o tom, kdo koho přesvědčí. A pak, i když vás přesvědčím v tuto chvíli, doma se vám to rozleží a najdete další argumenty pro nemoc. Proto chci, abyste přesvědčila sama sebe.
- Jiřina:** Dobře, já to tedy zkusím. Ale nejsem lékař. Záchvat s bušením srdce a tísní na hrudi jsem už měla mnohokrát. Mnohokrát mi bylo natočeno EKG a nikdy se nenašly žádné známky poškození srdce. To je první argument proti onemocnění srdce. Dokonce mě po vyšetření poslali lékaři pěšky domů. Kdyby byli přesvědčení, že mám infarkt, asi by to neudělali.
- Terapeut:** Výborně, máme první argument proti. Zkuste pokračovat.
- Jiřina:** Je divné, že by mě nemocné srdce zlobilo vždy jen v určitých situacích. Nikdy jsem neslyšela, že by lidé dostávali infarkt hlavně v metru anebo v samoobsluze. To by mohlo také svědčit proti onemocnění srdce.
- Terapeut:** Jde vám to velmi dobře. Zkuste pokračovat...
- Jiřina:** Taky je divné, že se to zlepší poté, co z těch míst uteču. Kdyby to bylo onemocnění srdce, měly by se potíže při útěku, to je při námaze, zhoršit. Taky jsem běžela jednou na pohotovost velmi rychle, a když jsem tam doběhla, jen to, že jsem uviděla bílé pláště, mi ulevilo. To by asi při infarktu nebylo. Taky je divné, že na to má vliv přítomnost jiných lidí. Třeba manžela. S ním ty příznaky cítím slabší nebo vůbec ne.
- Terapeut:** Velmi dobře, moc se mi líbí, jak logicky dovedete sama uvažovat. Ještě něco proti vás napadá?
- Jiřina:** Už ani ne... Nebo počkejte... I představa, že bych měla jít nakupovat do samoobsluhy, stát tam ve frontě, nebo myšlenka, že bych měla být přes noc sama doma, mi navodí bušení srdce. To taky nebude pro infarkt typické.
- Terapeut:** Jsem spokojený. Sama jste si našla dost vlastních argumentů proti tomu, že jde o onemocnění srdce. Na začátku rozhovoru jsem si napsal, že myšlenka, že máte onemocnění srdce, jste věřila na 80 %. Nakolik jí věříte nyní? Poté, co jste si sama našla argumenty proti?
- Jiřina:** No tak... počkejte... úplně jsem tu nejistotu neztratila. Teď tomu věřím tak na 30–40 %. Ale méně než předtím.

Tabulka 8.2.3.12: Seznam fobických situací – Jiřina

Vytvořte seznam situací, ve kterých pravidelně podléháte panice, strachu nebo silné úzkosti a/nebo kterým se pravidelně vyhýbáte:

**Měřítka intenzity úzkosti:**

|                |                 |        |                |        |                 |    |    |    |    |       |
|----------------|-----------------|--------|----------------|--------|-----------------|----|----|----|----|-------|
| úplná relaxace | provozní napětí | napětí | výrazné napětí | panika | extrémní panika |    |    |    |    |       |
| 0              | 10              | 20     | 30             | 40     | 50              | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 % |

**Měřítka pro míru vyhýbavého chování:**

|                    |                |                                   |                    |                 |
|--------------------|----------------|-----------------------------------|--------------------|-----------------|
| vůbec se nevyhýbám | občas se vyhnu | vyhýbám se asi v polovině případů | častěji se vyhýbám | vždy se vyhýbám |
| 0                  | 1              | 2                                 | 3                  | 4               |

| SITUACE:                                            | Intenzita úzkosti při expozici | Míra vyhýbavého chování |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------|
| 1) Být sama mimo domov                              | 70–100 %                       | 4                       |
| 2) Nakupovat v samoobsluhách nebo obchodních domech | 80–100 %                       | 4                       |
| 3) Cestovat dopravními prostředky                   | 100 %                          | 4                       |
| 4) Vykonávat tělesnou námahu                        | 40–100 %                       | 3                       |
| 5) Být v horku (vana, sauna, auto...)               | 70–90 %                        | 3                       |
| 6) Být v uzavřeném prostoru                         | 100 %                          | 4                       |
| 7) Být sama doma                                    | 30–100 %                       | 3                       |

Během sezení pak následoval nácvik kontroly dechu a Ůstovy progresivní relaxace. Kontrola dechu je dovednost, která pomáhá zastavit úzkostný záchvat. Ůstova progresivní relaxace pak umožňuje uvolnit se pomocí napínání a uvolňování jednotlivých svalových skupin. Poté terapeut s Jiřinou provedl jeden „řízený záchvat“ se zrychleným dýcháním. Zažila podobné příznaky jako minule, strach byl ale o poznání menší. Pomocí kontroly dechu pak příznaky odstranila. Za úkol pak Jiřina dostala:

- 1) vyplňovat „Záznam automatických myšlenek“, tj. zaznamenávat situace, kdy cítí větší napětí a vypsát myšlenky, emoce a tělesné reakce, které s tím souvisejí a najít myšlenky, které by ji zklidnily,
- 2) dvakrát denně nacvičovat kontrolu dechu (ovšem bez řízeného záchvatu) a Ůstovu progresivní relaxaci,
- 3) na zvláštní papír sepsat seznam úzkostných myšlenek, které ji v záchvatech nebo v agorafobických situacích provázejí.

Terapeut s Jiřinou se dohodli na celkem 16 sezeních, zpočátku 2krát týdně, v druhé polovině 1krát za týden.

Třetí setkání mělo podobný program jako druhé. Na počátku Jiřina s terapeutem probrala, co se s ní dělo v předešlých 4 dnech, které uplynuly od posledního sezení. Jiřina zažila jeden záchvat úzkosti večer, když manžel nepřišel podle očekávání včas domů. Dokázala ho však pomocí kontroly dechu postupně zastavit, i když jí to nešlo ani zdaleka tak snadno jako při nácviku v sezení. Pak se však pomocí relaxace dokázala docela dobře uvolnit. Byla se sebou velmi spokojená. Úkoly udělala všechny.

**Tabulka 8.2.3.13:** Záznam automatických myšlenek

| Datum a čas | Situace                                                                                            | Úzkostné myšlenky                                                                                                                        | Emoce                                                                                     | Tělesné reakce                                                                                   | Rozumná odpověď                                                                                                                                                                                           | Výsledek                                                                                                                                                                                       |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|             | Co jsem právě dělala?<br>Co se právě dělo?<br>Co jsem zažívala nejdříve?                           | Co mi přesně běželo hlavou?<br>Co jsem si přesně řekla?<br>Čeho se nejvíce bojím?                                                        | Co jsem cítila?<br>Jaké emoce se dostavily?<br>Jak silně? (0–100 %)                       | Jak jsem tělesně reagovala?                                                                      | Jaká je rozumná odpověď na úzkostnou myšlenku?<br>Jaká myšlenka mě může uklidnit?                                                                                                                         | 1. Nakolik nyní věřím úzkostné myšlence?<br>2. Jak se nyní cítím?<br>3. Co teď mohu udělat?<br>4. Co mohu udělat příště?                                                                       |
| Středa 9:30 | Byla jsem sama doma, čekala jsem manžela. Náhle se mi rozbušilo srdce, cítila jsem sevření v krku. | Zase je to tady!<br><br>Jsem sama a nikdo mi nepomůže!<br><br>Co když tady zemřu?!<br><br>Kde je?!<br><br>Rychle k oknu, nebo se udusím! | Úzkost 90 %<br><br>Strach 90 %<br><br>Panika 100 %<br><br>Zlost 100 %<br><br>Panika 100 % | Pocení, zrychlené dýchání, tep až v hlavě, třes celého těla, mravenčení v prstech, křeče v rukou | Ano, mám záchvat úzkosti, to už znám.<br><br>Odezní sám, nezávisí na cizí pomoci.<br><br>Měla jsem jich už řadu a přežila jsem to.<br><br>Asi v práci.<br><br>Nepanikařit, zpomalit dech, kontrolovat ho. | 1. Méně, na 50 %<br>2. Zklidnění na 50 %<br>3. Kontrolovat dech<br>4. Hned při prvních projevech začít kontrolovat dech, aby se to tolik nerozjelo. Když záchvat zastavím, pak můžu relaxovat. |

Na počátku sezení spolu s terapeutem probrali další úzkostnou myšlenku, pak provedli řízený záchvat a relaxaci. Poté společně připravili plán expozičních pro první problémovou situaci.

**Tabulka 8.2.3.14:** Jiřinino plánování expozic – být sama mimo domov

|                                                                                                                                                                                                                        |                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>PROBLÉM:</b> Dokážu dojít sama nejvýše 300 metrů od domova do malého krámku. Dál se bojím. Nemůžu s dítětem do parku, bojím se jít dál do města, chodit na výlety. Velmi mě to omezuje, protože mě to hodně bavilo. |                                     |
| <b>CÍL:</b> Chci se naučit chodit do města na libovolnou vzdálenost, chodit do parku i do Stromovky sama nebo s dítětem.                                                                                               |                                     |
| <b>KROKY:</b>                                                                                                                                                                                                          | <b>PŘEDPOKLÁDANÝ STUPEŇ ÚZKOSTI</b> |
| 1) Dojít sama ke zdravotnímu středisku – 500 m                                                                                                                                                                         | 70 %                                |
| 2) Dojít sama na kraj Stromovky – 800 m                                                                                                                                                                                | 80 %                                |
| 3) Dojít sama na Letnou – 1000 m                                                                                                                                                                                       | 90 %                                |
| 4) Dojít s dítětem k hvězdárně – 1000 m                                                                                                                                                                                | 95 %                                |
| 5) Projít sama Stromovkou k Vltavě – 1,5 km                                                                                                                                                                            | 100 %                               |
| 6) Projít s dítětem k zoologické zahradě – 2 km                                                                                                                                                                        | 100 %                               |
| 7) Projít sama až k botanické zahradě – 2,3 km                                                                                                                                                                         | 100 %                               |
| 8) Vydat se na procházku podél Vltavy – 6 km                                                                                                                                                                           | 100 %                               |
| 9) Projít kolem Vltavy se synem až k přivozu a přejet přívodem do Roztok a navštívit zámek                                                                                                                             | 100 %                               |

Za domácí úkol na sezení za dva dny Jiřina dostala:

- 1) zpracovat si tabulku vlastních úzkostných myšlenek a racionálních odpovědí na ně,
- 2) udělat první čtyři kroky z naplánovaných expozic a odměnit se za ně,
- 3) promyslet a navrhnout kroky expozice pro problém: nakupování v samoobsluhách a obchodních domech.

Dále měla doma pokračovat v nácviku kontroly dechu a Ůstovy relaxace.

Na čtvrté sezení přišla Jiřina spokojená, nezvládla pouze čtvrtý krok z plánovaných expozic – dojít s dítětem k hvězdárně, protože Matěj byl nemocen, ale udělala krok pět a prošla sama Stromovkou až k Vltavě. I když při této procházce zažila úzkost, dokázala se sama uklidnit. Tabulku úzkostných myšlenek a racionálních odpovědí zvládla ke své i terapeutově spokojenosti. Podobně plán expozic nakupování.

**Tabulka 8.2.3.15:** Úzkostné myšlenky a racionální odpověď na ně – Jiřina

| MYŠLENKA:                                 | ROZUMNÁ ODPOVĚĎ:                                                                    |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Nemůžu dýchat, udusím se!                 | Stalo se mi to tolikrát a neudusila jsem se. Je to jen strach. Musím zpomalit dech! |
| Je to infarkt!                            | Ale není. Je to jen strach. Všechna vyšetření jsem měla v pořádku.                  |
| Omdlím!                                   | Když mám strach, mám vyšší tlak, omdlít nemůžu! Jsou to jen nepříjemné pocity.      |
| Nikdo mi nepomůže!                        | Žádnou pomoc nepotřebuji. Až budu potřebovat, řeknu si.                             |
| Musím rychle pryč!                        | Nemusím, zůstanu tady a zklidním dech. Zvládnou to!                                 |
| Raději tam nepůjdu, dopadlo by to špatně! | I když se bojím, troufnu si. Zklidním se. Už to umím!                               |
| Ztratím vědomí a někdo mě zneužije!       | Neztratím, ještě se mi to nestalo.                                                  |
| Je to mrtvička!                           | Na veřejnost mě nikdo zneužít nemůže.                                               |
| Jsem úplně nemožná!                       | To mi jen mravenčí prsty ze zrychleného dechu. Zpomalit!                            |
| Už nikdy nebudu samostatný člověk!        | To nejsem. Jen mám trochu strach. Zvládnou to!                                      |
| Nikdo si mě nemůže vážit!                 | Houbelec. Dělam vše proto, abych samostatná byla.                                   |
|                                           | To nevím. Soudím jen podle sebe. Řada lidí se ke mně chová s úctou a respektem.     |

**Tabulka 8.2.3.16:** Jiřinino plánování expozic – nakupování

|                                                                                                                                                                                                                                 |                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>PROBLÉM:</b> Dokážu sama nakoupit pouze v malém krámku kousek od domova.<br>S manželem jsem schopna vejít do samoobsluhy, ale čekám ho před pokladnami, za pokladny se už bojím. Když je plno lidí, nejdu ani před pokladny. |                                         |
| <b>CÍL:</b> Chci se naučit nakupovat v samoobsluze sama i v době nákupní špičky a chci se naučit také sama nakupovat v obchodních domech ve městě.                                                                              |                                         |
| <b>KROKY:</b>                                                                                                                                                                                                                   | <b>PŘEDPOKLÁDANÝ<br/>STUPEŇ ÚZKOSTI</b> |
| 1) Jít s manželem v samoobsluze za pokladny v době, kdy tam není moc lidí                                                                                                                                                       | 75 %                                    |
| 2) Jít sama za pokladnu a koupit jednu věc v době, kdy tam není moc lidí                                                                                                                                                        | 80 %                                    |
| 3) Jít sama za pokladnu a udělat nákup v době, kdy tam není moc lidí                                                                                                                                                            | 85 %                                    |
| 4) Jít nakoupit v době, kdy už jsou krátké fronty za pokladnami                                                                                                                                                                 | 90 %                                    |
| 5) Nakoupit v nákupní špičce s manželem                                                                                                                                                                                         | 90 %                                    |
| 6) Nakoupit v nákupní špičce sama                                                                                                                                                                                               | 95 %                                    |
| 7) Nakupovat v Kotvě s manželem                                                                                                                                                                                                 | 95 %                                    |
| 8) Nakupovat v Kotvě sama – když není plno                                                                                                                                                                                      | 95 %                                    |
| 9) Nakupovat v Kotvě sama – když je plno                                                                                                                                                                                        | 100 %                                   |
| 10) Jít do neznámého obchodního domu (IKEA) sama                                                                                                                                                                                | 100 %                                   |

V průběhu 8 týdnů se Jiřina zbavila plně jak panických záchvatů, tak agorafobického vyhýbavého chování. Absolvovala celkem 14 řízených záchvatů paniky a desítky expozičních agorafobických situací. Denně dělala v průměru 3 expozice. Byla to dřina, ale byla se sebou stále spokojenější a její sebevědomí rostlo. Léky užívat nezačala. Během tohoto období zažila několik záchvatů paniky, nicméně je dokázala sama odstranit.

Její narůstající svoboda, nezávislost a sebevědomí však začalo ohrožovat manžela. Najednou ho nepotřebovala k ochraně a jednoduchým úkolům, ale chtěla, aby s ní vyjel přes víkend mimo Prahu nebo ji nechal odjet s dítětem na víkend na hory, pokud se mu samotnému nechtělo. Navíc začala naléhat na pravidelné milování, chození do kina a do divadla, na koncerty, do společnosti. Pokud se mu nechtělo, požadovala, aby občas hlídal syna, aby mohla jít sama.

Nakonec přišel k terapeutovi i manžel, který předtím odmítal jakékoliv setkání. Nejdříve se tvářil odmítavě, ale nakonec se svěřil s nejistotami v manželské a milenecké roli, ze kterých unikl do práce. Následovalo 15 společných sezení s oběma partnery, s nácvikem partnerské komunikace a léčbou sexuální dysfunkce. Vztah se výrazně zlepšil ke spokojenosti obou. Rodina se otevřela přátelským vztahům a oba partneři začali společně zažívat více příjemných aktivit. Přitom se vzájemně nesvazovali. Zároveň v jednotlivých sexuálních cvičeních byla odstraněna Pavlova předčasná ejakulace a v dalším roce Jiřina začala prožívat orgasmus.

## Kazuistika agorafobie – II

Paní Ivaně je 36 let. Pracuje jako kadeřnice v salónu. Je rozvedená, má dospívajícího syna a dlouholetého přítele, který žije blízko ní ve vlastním bytě. Paní Ivana se šest let trápí agorafobií; nedokáže sama cestovat žádným dopravním prostředkem, nakupovat v supermarketech, cestovat může jen s přítelem autem, ale pokud není dopravní zácpa.

**Anamnéza:** Pokud ví, v rodině se léčila na psychiatrii pouze matka. Po rozvodu s otcem se hodně trápila, velmi se na Ivanu upnula a měla ji za svou důvěrnici. Léčila se na psychiatrii pro depresivní stavy a užívala valium. Ovšem „dostala se z toho“ a je už léta bez potíží. Ivana je starší ze dvou sester. Rodiče se po častých hádkách rozvedli, když jí bylo 6 let. Otec si našel novou partnerku a o děti se zajímal jen málo. V pubertě mu to Ivana vyčetla a od té doby se nestýkají vůbec. Ivana se vyučila kadeřnicí. Vdávala se ve 23 letech. V manželství se jí narodil syn. Zpočátku bylo manželství dobré, pak začali stavět dům. Během stavby se s mužem rozhádali a rozvedli se v době kolaudace před 7 lety. Ivana se synem zůstala v bytě a manžel se odstěhoval do domu. Rozvod probíhal velmi dramaticky, s četnými výhrůžkami ze strany manžela, včetně toho, že ji nechá zabít. Situace se však nakonec uklidnila. V následujícím roce po rozvodu však zažila další nepříjemnou situaci. Při léčbě penicilinem měla těžkou alergickou reakci – zažila anafylaktický šok. Od té doby se začala o sebe bát. Našla si přítele, který ji často navštěvuje a mají se rádi. Vdávat se však nechce, protože si připadá nemocná a nechce být „někomu na krku“. Krátce poté, co zažila anafylaktický šok, začala mít Ivana o sebe strach. Nejdříve se jí udělalo nevolno v přeplněném autobuse. Musela vystoupit a nadýchat se vzduchem. Do práce došla pěšky. Další dny pak autobusem ještě cestovala, ale začala mít strach jezdit metrem. Obávala se, aby se jí neudělalo špatně. Představila si, že se metro zastaví mezi stani-

cemi. Kdyby jí bylo špatně, nikdo jí nepomůže. Žádná pomoc se tam nedostane. Strach se však přenesl i do autobusu. Nejříve přestala cestovat v dopravní špičce, kdy jsou návaly, pak vůbec. Nyní ji do práce musí vozit přítel. Situace se však nadále zhoršuje. Nyní má už strach i jet s přítelem, pokud je silný provoz a silnice jsou ucpané. Na pražskou magistrálu během dne vůbec nemůže. Tam by se k ní v případě nevolnosti sanitka nedostala. Pokud chce Ivana přes víkend mimo město, může jen tam, kde je v blízkosti nemocnice. Na odlehlejší místa se bojí. Podobně nemůže jezdit výtahem. Kdyby se zasekl, má dojem, že by tam hrůzou snad umřela. Nejvíce jí však vadí, že nedokáže jít nakupovat do velkých supermarketů ani do obchodních domů. Tam nevejde ani s doprovodem. Nakupovat pro ni musí syn nebo přítel. Sama je ochotná vejít jen do malého krámků, ale musí s ní být někdo blízky.

**Předchozí léčba:** Paní Ivana před více než rokem začala docházet do psychiatrické ambulance a byl jí předepsán diazepam. Nyní ho užívá již déle než rok. Cítí se celkově sice klidnější, ale na místa, kterých se bojí, se přesto neodvážá. Při opakovaných pokusech ho vysadit prožívala silnou úzkost a neklid, takže jí ho nakonec lékař ponechal. Užívá 30–40 mg denně.

Při úvodním vyšetření je paní Ivana trochu nervózní, stále přeseďává, myšlení je katalymně zaměřeno na sebesledování, obavné myšlenky typické pro agorafobii – „když tam půjdu, nevydržím to tam“, „můžu tam omdlít a nikdo mi nepomůže“, „začnu se tam chovat tak, že se ztrapním“, „kdyby mě někdo přinutil tam jít, já bych snad umřela hrůzou“. Popisuje také typické vyhýbavé chování – cestování, nakupování, výtahy, vzdálit se od bezpečných míst. Paní Ivana není depresivní ani její osobnost se nezdá být výrazněji postižena. Patrná je závislost na diazepamu.

Na konci prvního pohovoru lékař paní Ivaně vysvětlil, co se podílelo na vzniku její agorafobie a co ji nyní může udržovat.

**Faktory zvyšující citlivost ke stresu:** Od dětství byla Ivana citlivější vůči interpersonálním situacím – rodiče se hádali a nakonec rozvedli, když jí bylo 6 let. Otec pak o ni ztratil zájem – jako dítě to cítila velmi bolestně, chyběl jí. Po rozvodu matka trpěla depresí a jako nejstarší dceři se jí světovala. Od dětství Ivana špatně snášela jakékoliv spory a měla strach z opuštění. Toto nastavení jí zůstalo dosud.

**Provokující faktory:** V době dokončování stavby domu došlo k opakovaným konfliktům s manželem. Předtím dobrý vztah byl rozbit a ji to velmi trápilo. Hádky nakonec vedly k rozvodu, což evokovalo staré nastavení o opuštění (jako dítě opuštěná otcem). Dramatická rozvodová situace s výhrůzkami fyzickou likvidací vedly k nadměrnému stresu. V této době pak paní Ivana prožila anafylaktickou reakci po požití penicilinu. Tělesné příznaky stresové reakce byly obzvláště nepříjemné v dopravních prostředcích, kde od nich nedokázala odvést pozornost a kde měla strach, že nemůže okamžitě odejít, aby se uklidnila. Tělesné příznaky stresové reakce a úzkost byly tak nepříjemné, že paní Ivana raději postupně přestala cestovat. Strach se postupně rozšířil na další situace, kde by byla sama a neměla pomoc nebo nemohla utéci v případě, že by se jí udělalo špatně.

**Udržovací faktory:** Na udržování agorafobie se podílí několik faktorů. V první řadě je to vyhýbavé a zabezpečovací chování. Tím, že se Ivana vyhýbá určitým situacím, udržuje svoje přesvědčení, že by je v žádném případě nezvládla. Navíc její úzkost v dané situaci

nemůže habituovat. Podobně pomáhá udržovat agorafobii zabezpečovací chování – doprovod přítelem nebo jinou bezpečnou osobou jí sice krátkodobě ulevuje a ona může jet nebo nakupovat, ovšem sebedůvěra, že by to zvládla sama, klesá. Dále se na udržování agorafobie podílejí kognitivní faktory. Zaměření pozornosti na tělesné a psychické příznaky strachu a jejich katastrofická interpretace „umřu, nikdo mi nepomůže“ nebo „zblázním se“ silně podporují vlastní strach, ale také vyhýbavé a zabezpečovací chování. Na udržování se také podílejí interpersonální faktory. To, že přítel ji všude vozí autem a oba se synem pro ni nakupují, je pro ni v zásadě příjemné – oba dokazují, že o ni stojí (a neopustí ji), ale zároveň jí tím ukazují, že to sama nedokáže.

**Léčba:** Léčba začala podrobným vysvětlením, jak potíže fungují v bludném kruhu katastrofických myšlenek, úzkostných emocí, tělesných příznaků stresové reakce, vyhýbavého chování a zabezpečovacího chování. Důraz byl dán na vyhýbavé chování a zabezpečovací chování jako faktory, které vedou k udržování a rozšiřování agorafobie. Pak terapeut s Ivanou vypracovali plán léčby. V tomto plánu byla zapracována jak medikace, tak postupný nácvik zvládání agorafobických situací. Vzhledem k dlouhému abúzu diazepamů vytvořili plán postupného pravidelného snižování dávky o 5 mg za týden. Zároveň byl Ivaně předepsán paroxetin, na který se nevytváří návyk a přitom velmi dobře kontroluje úzkost. Nejdůležitějším krokem léčby ale byla plánovaná expozice (vystavení se) obávaným situacím. S terapeutem vytvořili hierarchii kroků od nejlehčího postupně k těžším a těžším. První krok, jet autobusem mimo špičku, s ní absolvoval lékař. Jeli spolu 12 zastávek. Zpočátku měla Ivana úzkost, pak napětí opadalo. Zpočátku musel stát lékař vedle ní. V druhé polovině jízdy už stál na opačném konci autobusu. Cestu nazpět jela Ivana sama. Sice na pokračování, nejdříve 2 zastávky a tam na lékaře počkala. Pak 5 zastávek a nakonec posledních 5 zastávek. Úzkost při samostatné jízdě byla zpočátku velká, když se však nakonec vrátili na původní místo, byla Ivana velmi spokojená se svým výkonem. V dalších dnech už jezdila autobusem sama a začala sama s expozicemi v metru. Prvním krokem bylo vejít jen do vestibulu, dalším odjet 1 zastávku a vrátit se, pak 5 zastávek...

Během následujících 4 týdnů každodenních expozic se Ivana zbavila agorafobie. Diazepam se zbavovala 8 týdnů. Nyní užívá pouze 1 tabletu 20 mg paroxetinu denně (večer, protože po něm byla ospalá) a je bez potíží. Aby se utvrdila ve svojí odvaze, sama odjela do Krkonoš, vyjela lanovkou na Sněžku a absolvovala celodenní výlet. Dokázala to sama bez doprovodu, aniž by měla diazepam pro každý případ v kapse. V roční katamněze je Ivana zcela bez obtíží, paroxetin je snižován na 20 mg ob den. Po 15 měsících byl lék vysazen úplně. Nyní, po dvou letech od léčby, je paní Ivana bez potíží, cestuje a nakupuje bez problémů.

### 8.2.3.7 Závěr

Agorafobie se projevuje strachem z veřejných prostranství, z přeplněných míst, shluků lidí, z opuštění domova, z obchodů, cestování dopravními prostředky, z jízdy výtahem, z uzavřených prostor ap. Úzkost je vyvolána jak přítomností fobického podnětu, tak vzdálením se z místa bezpečí.

Základem léčby agorafobie je expoziční léčba, nejlépe v rámci širší kognitivně behaviorální terapie. K terapii bez farmak se rozhodujeme v případě, že je to pacien-



tova preference, závažnost agorafobie je mírná nebo střední a není přítomná další komorbidní psychická porucha (vyjma panické poruchy). U velmi těžké agorafobie, která trvá 5 let a více, při komorbiditě s depresivní poruchou, dysthymii, jinou úzkostnou poruchou nebo poruchou osobnosti, zvažujeme kombinaci KBT a léčby antidepressivy. Podobně přidáváme antidepressivní léčbu v případě, že 12týdenní KBT terapie (kolem 16 sezení) nepřinesla výrazné zlepšení pacienta.

### 8.2.3.8 Literatura

1. AGRAS, S., LEITENBERG, H., BARLOW, D. H.: *Social reinforcement in the modification of agoraphobia*. Arch. Gen. Psychiatry, 1968, č. 19, s. 423–427.
2. American Psychiatric Association: *Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder*. Am. J. Psychiatry, 1998, č. 155, (suppl. 5), 34 s.
3. American Psychiatric Association: *Practice Guidelines for the treatment of Psychiatric Disorders*. Compendium, 2002.
4. ASMUNDSON, G. J. G., TAILOR, S.: *Anxiety disorders: Panic disorder with and without agoraphobia*. In: Tasman, A., Kay, J., Lieberman, J. A. (eds.): *Psychiatry*, 2nd edition. Chichester: Wiley, 2003, s. 1281–1297.
5. BANDURA, A.: *Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change*. Psychological Rev., 1977, č. 84, s. 191–215.
6. BALLANGER, J. C., LYDIARD, R. B., TURNER, S. M.: *Panic disorder and agoraphobia*. In: Gabbard, G.O, Atkinson, S. D. (eds.): *Synopsis of treatments of psychiatric disorder*. Second edition. Washington: American Psychiatric Press, 1996, s. 605–616.
7. BARLOW, D. H.: *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. New York (NY): Guilford Press, 1988.
8. BARLOW, D. H.: *Cognitive-behavioral therapy for panic disorder: current status*. J. Clin. Psychiatry, 1997, č. 58 (suppl. 2), s. 32–36.
9. BARRLOW, D. H., BROWN, T. A.: *Psychological treatments for panic disorder and panic disorder with agoraphobia*. In: Mavissakalian, M. R., Prien, R. F.: *Long-term treatments of anxiety disorders*. Washington: American Psychiatric Press, 1996, s. 221–240.
10. BARLOW, D. H., CRASKE, M. G., CERNY, J. A. et al.: *Behavioral treatment of panic disorder*. Behavioral Therapy, 1989, č. 20, s. 261–282.
11. BECK, A. T., EMERY, G.: *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books, 1985.
12. BECK, A. T., SOKOL, L., CLARK, D. A. et al.: *A crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder*. Am. J. Psychiatry, 1992, č. 149, s. 778–783.
13. BLACK, D. W., WESNER, R., BOWERS, W. et al.: *A comparison of fluvoxamine, cognitive therapy and placebo in the treatment of panic disorder*. Archives of General Psychiatry, 1993, č. 50, s. 44–50, Boyer 1995.
14. BOWLBY, J.: *Attachment and Loss, vol 2: Separation Anxiety and Anger*. London: Hogart Press and the Institute of Psychoanalysis, 1973, 444 s..

15. CHAMBLESS, D. L.: *Spacing of exposure session in treatment of agoraphobia and simple phobia*. Behavior Therapy, 1990, č. 21, s. 217–229.
16. CLARK, D. M., SALKOVSKIS, P. M., HACKMANN, A. et al.: *A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder*. Br. J. Psychiatry, 1994, č. 164, s. 759–769.
17. CLARK, D. M.: *Panic disorder: From theory to therapy*. In: Salkovskis, P. M. (ed.): *Frontiers of cognitive therapy*. New York: Guilford Press, 1996, s. 318–344.
18. CÔTÉ, G., GAUTHIER, J., LABERGE, B.: *The impact of medication use on the efficacy of cognitive-behavioral therapy for panic disorder*. Presented at the 26<sup>th</sup> annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy. Boston: November 1992.
19. CRASKE, M. G., BARLOW, D. H.: *Manuál k agorafobii*. Liptovský Mikuláš: Centrum duševného zdravia, 1997, překlad M. Šlepecký, E. Poloncová.
20. CRASKE, M. G., RAPEE, R. M., JACKEL, L. et al.: *Qualitative dimensions of worry in DSM-III-R generalized anxiety disorder subjects and nonanxious controls*. Behav. Res. Ther., 1989, č. 27, s. 397–402.
21. CRASKE, M. G., BROWN, T. A., BARLOW, D. H.: *Behavioral treatment of panic: a two-year follow up*. Behavioral Therapy, 1991, č. 22, s. 289–304.
22. CRASKE, M. G., MAIDENBERG, E., BYSTRICKY, A.: *Brief cognitive-behavioral versus non-directive therapy for panic disorder*. J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry, 1995 č. 26, s. 113–120.
23. EATON, W. W., DRYMAN, A., WEISSMAN, M.: *Panic and phobia*. In: Robins, L. N., Regier, D. A. (eds.): *Psychiatric disorders in America*. New York: Free Press, 1991, s. 155–179.
24. EMMELKAMP, P. M. G., MERCH, P. P.: *Cognition and exposure in vivo in the treatment of agoraphobia: short-term and delayed effects*. Cog. Ther. Res., 1982, č. 6, s. 77–90.
25. FARAVELLI, C., PATERNITI, S., SCARPATO, M. A.: *Five-year prospective, naturalistic follow up study of panic disorder*. J. Comprehensive Psychiatry, 1995, č. 36, s. 271–277.
26. FIEGENBAUM, W.: *Long-term efficacy of ungraded versus graded massed exposure in agoraphobics*. In: Hand, I., Wittchen, H. (eds.): *Panic and Phobias: Treatment and Variables Affecting Course and Outcome*. Berlin: Springer, 1988, s. 83–88.
27. FOA, E. B., JAMESON, J. S., TURNER, R. M. et al.: *Massed vs. spaced exposure session in the treatment of agoraphobia*. Behavior Research and Therapy, 1980, č. 18, s. 333–338.
28. FOA, E. B., KOZAK, M. J.: *Emotional processing of fear: Exposure to corrective information*. Psychological Bull., 1986, č. 99, s. 20–35.
29. FUX, M., TAUB, M., ZOHAR, J.: *Emergence of depressive symptoms during treatment for panic disorder with specific 5-hydroxytryptophan reuptake inhibitors*. Acta Psychiatr. Scand., 1993, č. 88, s. 235–237.
30. GHOST, A., MARKS, I. M.: *Self-treatment of agoraphobia by exposure*. Behav. Ther., 1987, č. 18, s. 3–16.

31. GOULD, R. A., OTTO, M. W., POLLACK, M. H.: *A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder*. Clinical Psychology Review, 1995, č. 15, s. 819–844.
32. GUIDANO, V.: *The agoraphobic cognitive organization*. In: Complexity of the Self. New York: Guilford Press, 1987, s. 139–155.
33. HAFNER, J., MARKS, I. M.: *Exposure in vivo of agoraphobics: contributions of diazepam, group exposure, and anxiety evocation*. Psychol. Med., 1976, č. 6, s. 71–78.
34. HOLDEN, A. E., O'BRIAN, G. T., BARLOW, D. H. et al.: *Self-help manual for agoraphobia: a preliminary report on effectiveness*. Behav. Res. Ther., 1983, č. 14, s. 545–556.
35. JACOBSON, N. S., WILSON, L., TUPPER, C.: *The significance of treatments gains resulting from exposure-based intervention for agoraphobia: a re-analysis of outcome data*. Behav. Ther., 1988, č. 19, s. 539–554.
36. JANÍČAK, P. G.: *Handbook of Psychopharmacotherapy*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1999, 391 s.
37. JANSSON, L., ÖST, L. G.: *Behavioral treatments for agoraphobia: an evaluative review*. Clin. Psychol. Rev., 1992, č. 2, s. 311–336.
38. JEFFERSON, J. W.: *Antidepressants in Panic Disorder*. J. Clin. Psychiatry, 1997, č. 58 (suppl. 2), s. 20–24.
39. KAPLAN, H. I., SADOCK, B. J.: *Synopsis of psychiatry*. 8<sup>th</sup> edition. Baltimore: Williams and Wilkins, 1998, 823 s.
40. KATSCHNIG, H., AMERING, M. A., STOLK, J. M. et al.: *Long-term follow-up after a drug trial for panic disorder*. Br. J. Psychiatry, 1991, č. 176, s. 487–494.
41. KESSLER, R. C., MCGONAGLE, K. A., ZHAO, S. et al.: *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States*. Arch. Gen. Psychiatry, 1994, č. 51, s. 8–19.
42. KLOSKO, J. S., BARLOW, D. H., TASSINARI, R.: *A comparison of alprazolam and behavior therapy in treatment of panic disorder*. J. Consult. Clin. Psychol., 1990, č. 58, s. 77–84.
43. LESSER, I. M., RUBIN, R. T., PECKNOLD, J. C. et al.: *Secondary depression in panic disorder and agoraphobia*. Arch. Gen. Psychiatry, 1988, č. 45, s. 437–443.
44. MANASSIS, K., BRADLEY, S., GOLDBERG, S. et al.: *Attachment in mothers with anxiety disorders and their children*. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry, 1994, č. 33, s. 1106–1113.
45. MARGRAF, J., SCHNEIDER, S.: *Outcome and active ingredients of cognitive-behavioral treatments for panic disorder*. Presented at the 25<sup>th</sup> annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy. New York: November, 1991.
46. MARKOVITZ, J. S., WEISSMANN, M. M., OUELLETTE, R. et al.: *Quality of life in panic disorder*. Arch. Gen. Psychiatry, 1989, č. 46, s. 984–992.
47. MARKS, I. M.: *Living With Fear: Understanding and Coping With Anxiety*. New York: McGraw-Hill, 1978.
48. MARKS, I. M., MATHEWS, A. M.: *Brief standard self-rating for phobic patients*. Behaviour Research and Therapy, 1979, č. 17, s. 263–267.

49. MARSHALL, W. L.: *The effects of variable exposure in flooding therapy*. Behav. Ther., 1985, č. 16, s. 117–135.
50. MAVISSAKALIAN, M., BARLOW, D. H.: *Phobia: psychological and pharmacological treatment*. New York: Guilford Press, 1981.
51. MAVISSAKALIAN, M., MICHELSON, L.: *Two-year follow-up of exposure and imipramine treatment of agoraphobia*. Am. J. Psychiatry, 1986, č. 143, s. 1106–1112.
52. MAVISSAKALIAN, M., PEREL, J. M.: *Protective effects of imipramine maintenance treatment in panic disorder with agoraphobia*. Am. J. Psychiatry, 1992, č. 149, s. 1053–1057.
53. McNALLY, R. J.: *Panic disorder: A critical analysis*. New York: Guilford Press, 1994.
54. Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování: Diagnostická kritéria pro výzkum (přeloženo z anglického originálu). Praha: Psychiatrické centrum, 1996, Zprávy č. 134, 179 s.
55. MILROD, B., BUSH, F., COOPER, A., et al.: *Manual of panic-focused psychodynamic psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press, 1997.
56. MOŽNÝ, P., PRAŠKO, J.: *Kognitivně-behaviorální terapie: úvod do teorie a praxe*. Praha: Triton, 1999, 304 s.
57. NEMIAH, J. C.: *The psychodynamic view of anxiety: an historical perspective*. In: Roth, M., Noyes, R., Burrows, G. D. (eds.): *Handbook of Anxiety*, vol 1. New York: Elsevier Science, 1988, s. 277–305.
58. OEHRBERG, S., CHRISTIANSEN, P. E., BEHNKE, K. et al.: *Paroxetine in the treatment of panic disorder: a randomised, double-blind, placebo-controlled study*. British Journal of Psychiatry, 1995, č. 167, s. 374–379.
59. O'SULLIVAN, G., NOSHIRVANI, H., MARKS, I. et al.: *Six-year follow-up after exposure and clomipramine therapy for obsessive compulsive disorder*. J. Clin. Psychiatry, 1991, č. 52, s. 150–155.
60. ÖST, L. G., WESTLING, B. E., HELLESTROM, K.: *Applied relaxation, exposure in vivo and cognitive methods in the treatment of panic disorder with agoraphobia*. Behav. Res. Ther., 1993, č. 31, s. 383.
61. POLLOCK, C., ANDREWS, G.: *Defense styles associated with specific anxiety disorders*. Am. J. Psychiatry, 1989, č. 146, s. 1500–1502.
62. PRAŠKO, J., KOSOVÁ, J.: *Kognitivně behaviorální terapie úzkostných stavů a deprese*. Praha: Triton, 1998, 234 s.
63. PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H.: *Jak zvládat paniku a strach cestovat*. Praha: Grada, 1998, 216 s.
64. PRAŠKOVÁ, H., PRAŠKO, J.: *Úzkostné a fobické poruchy*. Praha: Galén, 2000, 102 s.
65. RACHMAN, S. J.: *Agoraphobia: A safety-signal perspective*. Behaviour Research and Therapy, 1984, č. 22, s. 59–70.
66. RACHMAN, S. J., CRASKE, M. G., TALLMAN, K. et al.: *Does escape behavior strengthen agoraphobic avoidance? A replication*. Behav. Ther., 1986, č. 17, s. 366–384.
67. SARTORY, G., MASTER, D., RACHMAN, S. J.: *Safety-signal therapy in agoraphobics: A preliminary test*. Behaviour Res. Ther., 1989, č. 27, s. 205–209.

68. SCHNEIER, F. R., MARSHALL, R. D., STREET, L. et al.: *Social phobia and specific phobias*. In: Gabbard, G. O., Atkinson, S. D. (eds.): *Synopsis of Treatments of Psychiatric Disorder*, 2nd edition. Washington: American Psychiatric Press, 1996, s. 617–625.
69. SHEAR, M. K., WEINER, K.: *Psychotherapy for panic disorder*. J. Clin. Psychiatry, 1997, č. 58 (suppl. 2), s. 38–43.
70. SHEAR, M. .: *Panic disorder with and without agoraphobia*. In: Tasman, A., Kay, J., Lieberman, J. A. (eds.): *Psychiatry*. W. B. Saunders Company, 1997, s. 1020–1036.
71. SHEHL, M., PATTERSON, W. M.: *Treatment of panic attacks with alprazolam and propranolol*. Am. J. Psychiatry, 1984, č. 141, s. 900–901.
72. TELCH, M. J., LUCAS, J. A., SCHMIDT, N. B. et al.: *Group cognitive-behavioral treatment of panic disorder*. Beh. Res. Ther., 1993, č. 31, s. 279–287.
73. TIFFON, L., COPLAN, J. D., PAPP, L. A. et al.: *Augmentation strategies with tricyclic or fluoxetine treatment in seven partially responsive panic disorder patients*. J. Clin. Psychiatry, 1994, č. 55, s. 66–69.
74. WEISSMAN, M. M., BLAND, R. C., CANINO, G. J. et al.: *The cross-national epidemiology of panic disorder*. Arch. Gen. Psychiatry, 1997, č. 54, s. 305–309.
75. WILBORG, I. M., DAHL, A. A.: *Does brief dynamic psychotherapy reduce the relapse rate of panic disorder?* Arch. Gen. Psychiatry, 1996, č. 53, s. 689–694.
76. ZEITLIN, S. B., McNALLY, R. J.: *Alexithymia and anxiety sensitivity in panic disorder and obsessive-compulsive disorder*. Am. J. Psychiatry, 1993 č. 150, s. 658–660.
77. ZITRIN, C. M., KLEIN, D. F., WOERNER, M. G. et al.: *Treatment of phobias, I: comparison of imipramine hydrochloride and placebo*. Arch. Gen. Psychiatry, 1983, č. 40, s. 125–138.

## 8.2.4 KBT sociální fobie

Ján Praško, Hana Prašková, Jana Vyskočilová

### 8.2.4.1 Základní údaje o sociální fobii

Sociální fobie se projevuje silným a trvalým strachem z jedné nebo více sociálních situací a výrazným vyhýbáním se těmito situacím. Toto vyhýbání vede ke snížení úzkosti za cenu velkého ochuzení života. Pacienti si obvykle uvědomují, že jejich strach je nadměrný, neodůvodněný a nedůstojný, ale toto vědomí jim nepomáhá. Dostavuje se strach z očekávání strachu, strach ze strachu. V menší míře se podobné potíže objevují i u zdravých osob, ale nebrání jim v normálním životě. Sociální fobie je poměrně málo diagnostikována. Pacienti se stydí při těchto problémech vyhledat odborníka. Domnívají se, že jejich úzkost v sociálních situacích je povahový rys, nebo se obávají nálepky psychické poruchy. Také nevěří, že na jejich „stud“ může existovat léčba. Sociální fobie může být specifická (týkající se pouze specifických situací, jako je jíst nebo ptát se před lidmi) nebo generalizovaná (týkající se celé řady sociálních situací). V menší míře se však podobné strachy objevují i u zdravých osob.

#### 8.2.4.1.1 Klinické projevy sociální fobie

Sociální fobie je velmi rozšířená a potenciálně invalidizující psychická porucha. Pokud není adekvátně léčena, často postiženého jedince vyřazuje z normálního života. Omezuje jeho schopnost vzdělávat se, být úspěšným ve své pracovní kariéře, postihuje schopnost navázat hodnotný partnerský vztah. Sociální fobie je komplexnější než jednoduché fobie. Zaměřuje se na strach z negativních důsledků sociální interakce, jako je kritika, negativní hodnocení, výsměch, odmítnutí od jiných lidí. Strach může být dále specifikován jen na určité aspekty sociální interakce (např. oslovení, odpověď na nečekanou otázku, projev), nebo na určité situace (telefonování, jídlo, psaní před druhými, práci ve skupině), na určité lidi (např. autority, úředníky, osoby opačného pohlaví). Důležitou součástí jsou stresující myšlenky, představy a fantazie, které obsahují taktéž očekávání negativního hodnocení. Obvykle je postižený přesvědčen, že si druzí všimnou příznaků jeho úzkosti. Např. osoba se strachem psát v přítomnosti ostatních je soustředěna na to, že všichni vidí třes rukou, k němuž – kvůli velkému napětí – opravdu může dojít. Vytváří se začarovaný kruh, kdy nereálný strach plodí úzkost, ta poškodí výkonovou složku, a tak poskytne jasnou záminku pro vyhýbání se fobickým situacím.

**Tabulka 8.2.4.1:** Nejběžnější příznaky sociální fobie

- strach z toho, že se druzí na vás dívají
- strach z toho, že se znemožníte
- strach z toho, abyste nebyli středem pozornosti
- strach z toho, že se budete chovat nepřírozně
- strach z večírku
- strach jíst před lidmi
- strach ze schůzí, setkání
- strach z použití veřejných toalet
- strach mluvit před skupinou
- strach psát na veřejnosti (vyplňovat formuláře)
- strach mluvit před autoritou
- strach navázat konverzaci, udržovat ji
- strach říci si o to, co člověk potřebuje a má na to právo
- strach říci ne
- vyhýbání se sociálním situacím
- vegetativní příznaky při expozici sociálním situacím

Sociální fobie se tedy projevuje strachem ze sociálních situací, zejména strachem ze zvědavých pohledů jiných lidí. Obavy mohou být *specifické* (tj. omezující se na jídlo před druhými, telefonování, mluvení na veřejnosti nebo setkávání se s lidmi opačného pohlaví), nebo *difúzní* (tj. zahrnující téměř všechny sociální situace mimo kruh rodiny). Sociální fobie je obvykle spojena s nízkým sebehodnocením a strachem z kritiky. Řada lidí si stěžuje na červenání, na potíže při pohledu z očí do očí, na třes rukou, na pocity na zvracení nebo naléhavou potřebu močit, což jsou druhotné příznaky úzkosti. Někdy je nositel přesvědčen, že je to primární problém. Nápadné je *vyhýbání* se sociálním situacím, které v extrémních případech může vést k téměř úplné sociální izolaci.

#### 8.2.4.1.2 Diagnóza sociální fobie

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, 1996) vyžaduje pro diagnózu sociální fobie jak strach pacienta ze sociálních situací, tak vyhýbavé chování a alespoň dva příznaky úzkosti v obávané situaci.

**Tabulka 8.2.4.2:** Diagnostická kritéria MKN-10 pro sociální fobii (1996)

- A. Musí být přítomen jeden z následujících znaků:
- 1) pacient má výrazný strach, aby nebyl středem pozornosti nebo aby se nechoval trapným nebo ponižujícím způsobem,
  - 2) nápadně se vyhýbá situacím, kde by byl středem pozornosti nebo kde by měl strach z trapného nebo ponižujícího chování.

Tyto strachy se projevují v sociálních situacích, jako je např. jídlo nebo mluvení na veřejnosti, potkávání známých jedinců na veřejnosti nebo účast v malých skupinách (např. večírky, schůze, třída).

- B. Od začátku poruchy se musí někdy projevit alespoň dva příznaky úzkosti v obávané situaci, jak jsou definovány pod F 40.0, kritérium B, a to společně s alespoň jedním z následujících příznaků:
- 1) červenání se nebo třes,
  - 2) strach ze zvracení,
  - 3) potřeba nebo strach z močení nebo defekace.
- C. Závažná emoční úzkost je vyvolána příznaky nebo vyhýbáním se těmto příznakům a jedinec si je vědom, že tyto jsou přehnané a nesmyslné.
- D. Příznaky se omezují na obávané situace nebo na jejich očekávání, nebo v těchto situacích převažují.
- E. Nejčastěji užívaná vylučovací doložka: Příznaky uvedené pod kritérii A a B nevyplývají z bludů, halucinací ani jiných poruch, jako jsou např. organické duševní poruchy, schizofrenie nebo příbuzné poruchy, poruchy nálady nebo obsedantně kompulzivní porucha, a nejsou sekundárním projevem kulturních pověr.

#### 8.2.4.1.3 Epidemiologie sociální fobie

Podle nálezů epidemiologické studie ECA (Epidemiological Catchman Area Study) byla celoživotní prevalence sociální fobie 2,8 % (Schneier et al., 1992), z toho 70 % byly ženy. Ovšem metodika šetření byla nekompletní, a proto se poměr ukázal být hodně podceněný. Následná velká studie NCS (National Comorbidity Survey) zjistila životní prevalenci 13,3 % a roční prevalenci 7,9 % (Magee et al., 1996, Kessler et al., 1998). Kolem 80–90 % lidí má někdy ve svém životě období, kdy se nadměrně stydí. Průměrný věk počátku sociální fobie je 15 let. V klinické praxi tvoří sociální fobie asi 30 % všech fobií a 18 % všech pacientů léčených pro úzkostné poruchy. Je to druhá nejčastější fobie po agorafobii. Sociální fobie se objevuje stejně často u mužů jako u žen. Nezáleží na inteligenci, vzdělání, ekonomickém zázemí, zaměstnání. Sociální fobie je relativně málo diagnostikována. Jednak proto, že pacienti se stydí pro tyto problémy vyhledat odborníka. Domnívají se, že jejich úzkost v sociálních situacích je jejich povahový rys, a navíc se obávají nálepky psychické poruchy. Dalším důvodem je to, že i odborníci často na tuto diagnostickou kategorii nemyslí. Handicapy způsobené vyhýbavým chováním a úzkostí v sociálních situacích mají dopad na ekonomickou situaci postižených. Většina z nich patří mezi skupinu lidí s nižšími příjmy a více než 20 % je finančně závislých na invalidním důchodu nebo jiném typu sociálních dávek. Postižení jedinci dosahují nižší úrovně vzdělání, než na jaké mají inteligenci. Bývá to vysvětlováno vlivem této poruchy na schopnost vzdělávat se. Vliv sociální fobie na schopnost soužití s druhými je velmi patrný na faktu, že tito postižení žijí daleko častěji bez partnera než zdraví jedinci. Sociální fobie u rodičů znamená velmi silné riziko pro rozvoj sociální fobie, deprese, závislosti na alkoholu a pro jinou úzkostnou poruchu u adolescentů (Lieb et al., 2000). Mezi další rizikové faktory patří chybění blízkého vztahu u dospělých, u hochů nebýt prvorozeným, partner-



ský konflikt mezi rodiči, psychická porucha u rodiče, časté stěhování v dětství, dětský abúzus, útěky z domova, špatné známky ve škole (Chartier et al., 2001).

#### 8.2.4.1.4 Etiopatogenetické faktory sociální fobie

Etiologie není dosud plně známa. Podobně jako u jiných úzkostných poruch se předpokládá dysfunkce serotonergního a noradrenergního systému a geneticky podmíněná zranitelnost. Všeobecně je však sociální fobie považována za naučený strach, a to jak přímým podmiňováním, tak modelováním a získem informací z okolí. U sociálních fobií je méně obvyklé, že by pacient popisoval jednoduchou traumatickou událost jako počátek poruchy. Strach se spíše rozvíjí postupně a fobie je výsledkem opakovaných, často drobných zraňujících zkušeností, anebo vzniká sociálním učením – např. nápodobou rodičů. Někdy však výrazná stresující událost vede k rychlejšímu vzniku (např. výsměch učitele před třídou).

#### Biologické nálezy

Silnou *rodinnou* komponentu s desetinásobným rizikem pro rozvoj sociální fobie nebo vyhyčivé poruchy osobnosti u příbuzných prvního stupně zjistil Stein et al. (1998). Předpokládá se geneticky podmíněná zranitelnost. Kendler et al. (1992) ve studii dvojčat s fobiemi prokázal, že rodinná agregace fobií se dá přičíst zejména genetickým faktorům, se střední heritabilitou kolem 30–40 %.

Podobně jako u dalších úzkostných poruch se u sociální fobie předpokládá dysfunkce serotonergního, noradrenergního, GABAergního a dopaminergního systému. Pacienti se sociální fobií mají oploštělou reakci růstového hormonu na provokaci klonidinem, což může svědčit pro noradrenergní dysfunkci podobně jako u panické poruchy (Tancer et al., 1993). Nejasná je funkce *GABAergního receptoru*. Studie Johnsona et al. (1998) ukázala hluboký pokles denzity periferních benzodiazepinových receptorů. Další studie však nezjistila, že by benzodiazepinový antagonist flumazenil vyvolal větší napětí u pacientů se sociální fobií než u kontrol (Coupland et al., 2000). Přesto, že byla zjištěna dobrá účinnost SSRI u sociální fobie, důkazů pro dysregulaci *serotonergního* systému je málo. Tancer et al. (1994) našel zvýšenou reakci kortisolu na podání fenfluraminu, což svědčí pro narušenou serotonergní senzitivitu. Ovšem pacienti se sociální fobií v dalších studiích nevykazovali alteraci míst pro zpětné vychytávání 5-HT na krevních destičkách (Stein et al., 1995) ani abnormity v reakci prolaktinu na podání m-CPP (Hollander et al., 1998). Zdá se také, že sociální fobie může být spojena s poklesem centrálního *dopaminergního* tonu, jak ukazuje její rozvoj po podání léků blokujících centrální dopamin (Mikkelsen et al., 1981) a účinná léčba inhibitory reuptake dopaminu bupropionem (Emmanuel et al., 1991). Sociální fobie byla také spojena s 20% poklesem denzity dopaminového transportéru ve striatu na SPECT (Tiihonen et al., 1997) a podobně se snížením potenciálů dopaminových D<sub>2</sub>-receptorových míst (Schneier et al., 2000).

Studie používající *zobrazovací metodu* jsou u sociální fobie zatím v začátcích. Strukturální zobrazovací studie neukázala volumetrické rozdíly u pacientů se

sociální fobií ve srovnání se zdravými kontrolami (Potts et al., 1994) a další nenašla rozdíly v regionálním průtoku krve v bazálním klidovém stavu (Stein a Leslie, 1996). Avšak v malé studii osoby se sociální fobií ve srovnání se zdravými kontrolami měly selektivně vyšší aktivaci v amygdale jako reakci na emocionálně neutrální obličej během funkční magnetické rezonance (fMRI) (Birbaumer et al., 1998). V PET studii, která použila jako podnět zvyšující sociální úzkost provokující scénář, měli lidé se sociální fobií vyšší krevní průtok v předním cingulu, dorzolaterálním prefrontálním kortexu, orbitofrontálním kortexu a v insule – oblastech, kde běží zpracování emocí; avšak amygdala byla relativně deaktivována (Bell et al., 1999). SPECT studie pacientů se sociální fobií, kteří prodělali měření před a po léčbě SSRI ukázala vyšší bazální aktivitu v levém temporální kortexu a levých mediofrontálních oblastech u non-respondérů ve srovnání s respondéry (Linden et al., 2000).

### Psychodynamické teorie

V tradiční psychodynamické formulaci jsou fobie nazírány jako kompromisní formace, která umožňuje řešit zakázané a úzkost provokující sexuální a agresivní přání, vesměs oidipského původu, která vedou k mobilizaci tří obranných kroků: projekce, popření a vyhýbání – a ty vedou k vytvoření fobie. V tomto rámci pak lze konceptualizovat strach z veřejného vystoupení jako ohroženou obavu stojící za skrytým přáním excelovat, mít úspěch, být obdivován.

Podle teorie objektních vztahů (více pre-oidipální perspektiva), je sociální důsledek časně internalizovaného zraňujícího objektního vztahu. Blízcí byli nadměrně kritičtí, zraňující, posmívali se dítěti nebo ho ztrapňovali. Tyto zraňující introjekty z dětství jsou pak v dospělosti projikovány do dalších lidí, což vede k sociální úzkosti (Gabbard, 1992). Gabbard předložil 3 modely, jak porozumět sociální fobii:

1. zážitek studu reflektuje nevědomé přání být v centru pozornosti,
2. konflikt pocitů viny z přání odstranit soupeře s obavami z toho, zda je toho jedinec schopen,
3. separační úzkost související s pokusy o autonomii soupeřící se strachem ze ztráty lásky pečovateli.

Hypotézy o etiopatogenezi sociální fobie z hlediska teorie učení viz KBT modely sociální fobie.

#### 8.2.4.1.5 Diferenciální diagnóza a komorbidita sociální fobie

Vyhýbání se určitým společenským situacím, které jsou normálně zdrojem nepohody, je obecně rozšířené – zejména jde o strach z projevu na veřejnosti, přednášení, vystupování. Mluvíme o sociální úzkosti. Trpí jí kolem 40 % populace. Rovněž u schizofrenie, depresivní poruchy, obsedantně kompulzivní poruchy a paranoidní či schizoidní poruchy osobnosti může být přítomna značná úzkost a vyhýbání se určitým sociálním situacím. Dominující skladba příznaků je však odlišná. Pacienti se *schizofrenií* se sociálním situacím zpravidla vyhýbají pro bludné obavy, často

mají nedostatečně rozvinuté sociální dovednosti a sociálně se izolují. Osoby trpící *depresí* se často izolují pro celkový strach ze selhání či pro nechuť s lidmi komunikovat vůbec, nemají z kontaktu s druhými radost a také se stydí za svůj stav. Na rozdíl od pacientů se sociální fobií si mezi lidmi být nepřejí. Osoby trpící *OCD* se mohou vyhýbat sociálním situacím ze strachu z kontaminace či podlehnutí agresivním obsesím. *Paranoidní poruchy osobnosti* se obávají zneužití nebo toho, že jim někdo udělá něco velmi nepříjemného, protože očekávají, že druzí to mají v úmyslu. Lidé se *schizoidní poruchou osobnosti* často o kontakt s druhými nemají zájem, protože jsou přesvědčeni, že druzí lidé jim nemají moc co nabídnout. Podobně pacienti s *agorafobií a panickou poruchou* se někdy vyhýbají některým sociálním situacím, jejich hlavní obava je však z toho, že jim bude nevolno. Primární je však pro ně strach z paniky. Obtížné je rozlišení od vyhýbavé poruchy osobnosti. U *vyhýbavé poruchy osobnosti* je charakteristický dlouhodobý vzorec vyhýbání se interpersonálním kontaktům ze strachu z odmítnutí. Úzkost zde nemusí být tak výrazná, protože pacient se všem obávaným situacím vyhne, nicméně na bázi vyhýbavé poruchy osobnosti se sociální fobie může často objevit. Je otázkou, zda jde vůbec o odlišné poruchy, spíše se jeví jako různé varianty téže klinické jednotky.

Epidemiologické studie zjistily významnou komorbiditu mezi celoživotní sociální fobií a různými poruchami nálady (Kessler et al., 1999). Kolem 60 % pacientů se sociální fobií splňuje kritéria pro přinejmenším jednu další poruchu. Ve většině případů sociální fobie předchází rozvoji přidružené poruchy.

**Tabulka 8.2.4.3:** Převažující komorbidita u sociální fobie

|                                 |      |
|---------------------------------|------|
| Specifická fobie                | 59 % |
| Agorafobie                      | 45 % |
| Generalizovaná úzkostná porucha | 43 % |
| Dysthymie                       | 21 % |
| Zneužívání alkoholu             | 19 % |
| Panická porucha                 | 17 % |
| Velká deprese                   | 17 % |
| Zneužívání drog                 | 17 % |

Sociální fobie může být také spojena s některou z poruch osobnosti, zejména s vyhýbavou poruchou osobnosti (Dyck et al., 2001). U epidemiologicky identifikovaných probandů se sociální fobií samotnou, vyhýbavou poruchou osobnosti samotnou nebo trpících oběma bylo zjištěno stejně zvýšené rodinné riziko sociální fobie; zdá se, že obě poruchy spíše reprezentují dimenzi sociální fobie než odlišené klinické jednotky (Tillfors et al., 2001). Jednou z nejproblémovějších komorbidních poruch u sociální fobie je závislost na alkoholu.

#### 8.2.4.1.6 Průběh sociální fobie

Více než polovina pacientů udává výrazné postižení v mnoha oblastech života, nezávisle na tom, kolik sociální podpory mají od okolí (Schneier et al., 1994, Stein a Kean, 2000). I když porucha je obvykle chronická, její závažnost může kolísat s exacerbacemi, při níž úzkost zhorší výkon při obávané aktivitě. To vede dále ke zvýšení úzkosti, která opět posiluje fobické vyhýbání se aktivitě. Z potřeby vyhýbat se fobickým situacím vznikají značné těžkosti. Strach z projevu na veřejnosti může poškodit profesionální kariéru. Nedávná rozsáhlá dlouhodobá retrospektivní studie osob se životním výskytem sociální fobie ve věku 15–64 let ukázala, že přibližně u poloviny došlo v průběhu života k remisi a průměrné trvání poruchy bylo 25 let (DeWit et al., 1999). Prediktory špatné prognózy byly: počátek před 8. rokem života, komorbidní psychiatrická porucha, nižší vzdělání, více příznaků při počátečním hodnocení a komorbidní somatické problémy.

Se sociální fobií bývá často spojené sebevražedné jednání, zejména v případech, které jsou spojeny s komorbiditou. Nemocní se sociální fobií a dalšími přidruženými poruchami se asi 6krát častěji než ostatní pokusí o suicidium. Jednou z nejproblémovějších komplikací sociální fobie je rozvoj závislosti na alkoholu. Sociální fobie velmi často předchází rozvoji závislosti a pak léčba závislosti může být limitována přítomností sociální fobie.

**Tabulka 8.2.4.4:** Sociální důsledky sociální fobie

Lidé trpící sociální fobií ve srovnání s celkovou populací častěji:

- jsou svobodní
- mají nižší vzdělání
- jsou závislí na státních podporách
- trpí další psychiatrickou poruchou
- zneužívají alkohol
- zneužívají drogy
- páchají sebevraždu
- nemají stabilní zaměstnání
- jsou sociálně izolovaní

#### 8.2.4.2 KBT pohled – sociální fobie

K vysvětlení vzniku a udržování sociální fobie bylo vytvořeno několik behaviorálních a kognitivních modelů. Jednotlivé modely jsou v mnohém podobné, stejně tak se překrývají terapeutické strategie, které z nich vyplývají. V klinické práci většina terapeutů používá kombinaci těchto pohledů.

##### 8.2.4.2.1 Behaviorální model sociální fobie

Podobně jako u jiných úzkostných poruch, Mowrerova (1960) dvoufaktorová teorie poskytuje model, jak porozumět roli podmiňování v získání a udržování sociální fobie. Sociální fobie může být považována za naučený strach. Učení probíhá jak přímým podmiňováním, tak modelováním a/nebo vlivem informací

z okolí. Strach se rozvíjí postupně a sociální fobie je pak výsledkem opakovaných, více nebo méně zraňujících zkušeností nebo vzniká sociálním učením. Někdy však výrazná stresující událost způsobí, že se fobie naučí rychleji (např. výsměch učitelem před třídou). Strach se může postupně rozšiřovat pomocí generalizace na další podobné situace. Kromě přímé expozice sociálně traumatickým událostem může být základem pro sociální fobii učení se od sociálně úzkostných rodičů nebo informační přenos – negativní popis následků sociální interakce důležitými osobami (Öst, 1987, Stemberger et al., 1995). Rodiče osob se sociální fobií vychovávají často sociálně úzkostné děti tak, že různými způsoby (modelováním, nadměrnou ochrannou, kritičností, porovnáváním s druhými, strašením sociálními důsledky) brání jejich expozici sociálním situacím, rozvoji sociálních dovedností (Hudson a Rapee, 2000). Další behaviorální model říká, že tato skupina pacientů má často narušené komunikační dovednosti (např. špatný oční kontakt, potíže udržovat konverzaci a další), což může vést k negativním reakcím druhých, a tak se stává sociální interakce zraňující a navozující úzkost (Luccock a Salkovskis, 1988).

U Josefa se objevila úzkost před lidmi, když mu bylo třináct. V té době byl po operaci jazyka a měl dojem, že mluví huhňavě. Proto začal mluvit tichým hlasem v domnění, že to tím zakryje. Spolužáci se mu několikrát vysmáli, a tak s nimi přestal mluvit úplně. Jen s obtížemi zvládl zkoušení ve škole, koktal přitom a červenal se. Jeho prospěch se výrazně zhoršil. V době, kdy ostatní hoši začínali chodit s dívkami, cítil Josef značný handicap – měl dojem, že pořád zadržává v řeči, při rozhovoru se červená, často ho vůbec nenapadá, co říci. Proto nikdy s žádnou dívkou nechodil. V důležitém věkovém období se nenaučil důležité sociální dovednosti – samozřejmě mluvit s člověkem opačného pohlaví, navazovat a vést rozhovor. Když po letech přichází na kliniku, jeho sociální úzkost poměrně rychle ustupuje po léčbě moklobemidem a expozicemi. Nicméně s poklesem sociální úzkosti se odkrývá nový problém – je potřeba Josefa naučit novým sociálním dovednostem.

Většinou pro léčbu není až tak důležité přesně vědět, čím fobie vznikla nebo jak začala. Důležitější je ujasnění si mechanismů, které sociální fobii udržují. Z behaviorálního hlediska k udržování sociální fobie slouží zejména:

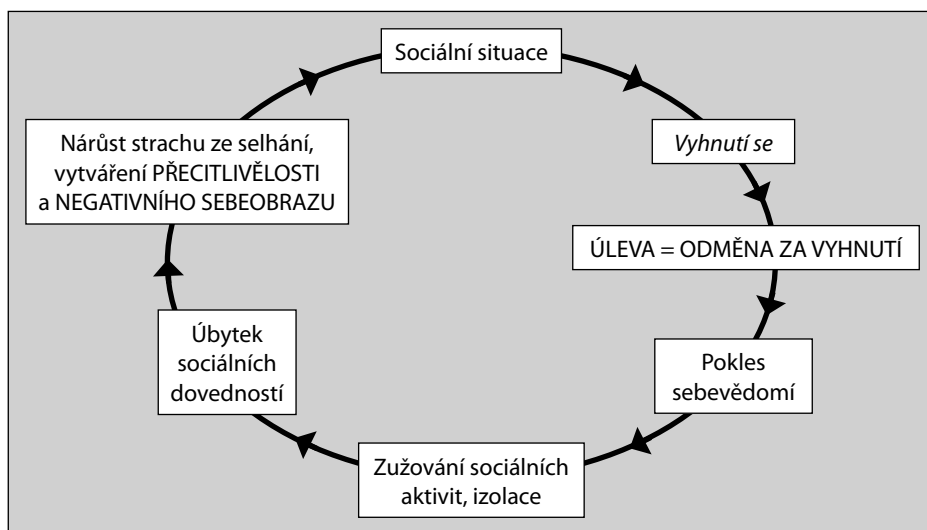
- vyhýbavé a zabezpečovací chování,
- přecitlivělost,
- chování okolí, které sociální úzkost „odměňuje“,
- nedostatek sociálních dovedností,
- anticipační úzkost.

### ***Vyhýbavé a zabezpečovací chování***

Lidé se sociální fobií mají tendenci se vyhýbat situacím, kterých se bojí, tedy situacím, kde by se mohli vystavit pohledům druhých lidí. Cílem vyhýbavého chování je vyhnout se nepříjemným prožitkům. To však vede k postupnému zužování společenských aktivit a někdy až k úplné izolaci. Pokud se sociálním aktivitám pacient

vyhýbá, pak se nemůže „otužit“ natolik, aby se jich přestál bát. Navíc, jak vyhýbání postupně přibývá, zpravidla zároveň zapomíná sociální dovednosti, které dříve ovládal.

**Obrázek 8.2.4.1:** Bludný kruh vyhýbavého chování a jeho důsledků



Někteří lidé se sociální fobii se vyhýbají situacím, ze kterých mají strach, zaka-muflovaným – skrytým – způsobem. Aby se vyhnuli hodnocení druhými, odvádě-jí od sebe pozornost někam jinam. Snaží se tím minimalizovat riziko, že druzí budou hodnotit jejich chování. Mluvíme o *zabezpečovacím chování*. Je podobné vyhýbavému chování a působí také jako udržovací faktor sociální fobie. Jiní to dělají tím, že se velmi nenápadně oblékají, nikdy nezačnou rozhovor, vyhýbají se očnímu kontaktu, odpovídají na otázky jen velmi krátce, nebo se vystaví sociální situaci jen pod vlivem alkoholu ap.

Václav pracuje jako vedoucí úředník v bance. Má strach, že při podávání kávy se mu budou silně třást ruce, a když to ostatní uvidí, ztrapní se. Proto se běžně vyhýbá pití kávy s ostat-ními. Ovšem to nejde při oficiálních setkáních. Někdy poděkuje s tím, že nyní nemá na kávu ani nic jiného chuť, ovšem má dojem, že to nemůže dělat pořád, protože by byl nápadný. Proto si někdy nechá kávu přinést a pak se snaží odvést pozornost ostatních od svých rukou – např. ukáže na obraz na zdi a začne o něm mluvit. Když ostatní pohlédnou tímto směrem, oběma rukama uchopí šálek a napije se.

Blanka má potíže se zahájením rozhovoru. Když promluví někdo jako první, většinou je již schopna mluvit sama. Proto raději nakupuje v supermarketech, kde si o zboží nemusí říkat. Našla si však i fintu, když chce nakupovat u pultu. Vejde do obchodu a prostě na nějaké zboží ukáže prstem. Prodavačka se zeptá např. „Tatranku?“ a Blanka už může pokračovat a říci si i o další zboží.

**Přecitlivělost**

Lidé postižení sociální fobií postupně rozvinou velmi specifickou přecitlivělost na vnímání ohrožení v mezilidských situacích. Jsou zaměřeni na sebemenší signály od druhých lidí, které by mohly znamenat odmítnutí. Všimnou si, když někdo na chvíli odvrátí zrak, ušklíbne se, nepatrně zavrtí hlavou, udělá odmítavé gesto. Samozřejmě řada těchto signálů vůbec nepatří jim, nebo jim patří jen velmi málo. Mají však tendenci si vše vysvětlovat jako úplné odmítnutí toho, co dělají nebo říkají.

**Chování okolí, které sociální úzkost „odměňuje“**

Viz podkapitolu o interpresonálních faktorech sociální fobie.

**Nedostatek sociálních dovedností**

Vzhledem k tomu, že sociální fobie začíná většinou v době, kdy ještě zdaleka nejsou některé důležité sociální dovednosti naučeny, řada lidí se sociální fobií se přirozeným způsobem nenaučí např. seznamovat s lidmi opačného pohlaví, mluvit před kolektivem ap. Někteří lidé již měli tyto dovednosti dobře rozvinuté, nicméně dlouhým nepoužíváním je zapomněli (např. u žen na mateřské dovolené). Nedostatečné sociální dovednosti zvyšují pravděpodobnost selhání v sociální situaci, což vede k udržování sociální fobie.

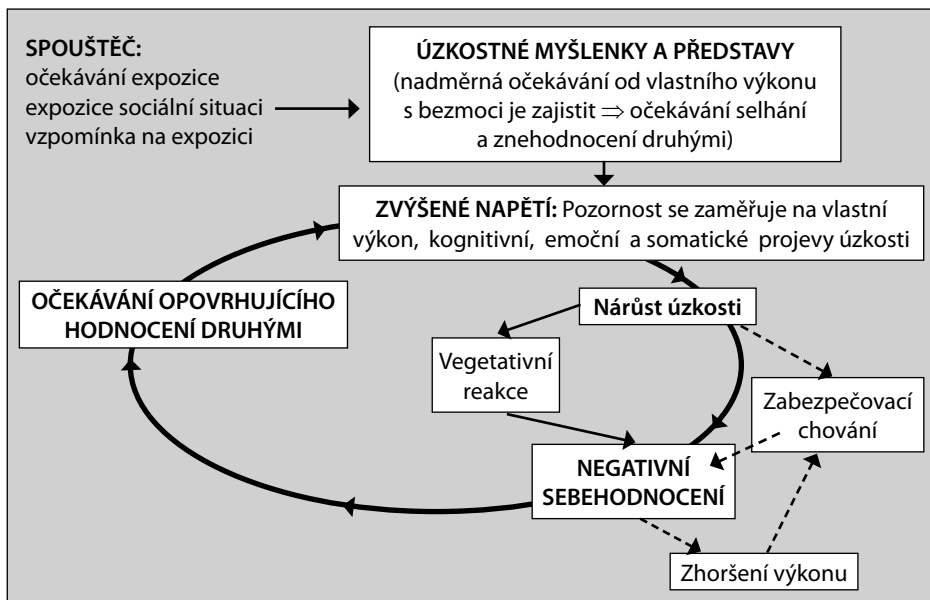
**Anticipační úzkost**

Strach předem je často horší než strach v samotné situaci. Proto se tak často objevuje vyhýbavé chování. Pokud se pacient již předem na situaci připravuje tím, že si představuje to nejhorší, co se v ní může stát, velmi pravděpodobně do té situace nepůjde. Strašení předem často působí jako „autohypnóza“.

**8.2.4.2.2 Kognitivní model sociální fobie**

U sociální fobie byla nalezena řada kognitivních narušení. Jsou manifestací negativního jádrového schématu o sobě jako neschopném a nepřijatelném a druhých jako znehodnocujících ty, kteří nejsou dokonalí. Ukazuje se, že osoby se sociální fobií nehabituuji tak snadno na negativní sociální informace, jsou hypervigilní pro zraňující sociální informace a paradoxně se jim více vyhýbají než kontroly (Amir et al., 1998). Vykazují také posun v implicitní paměti pro sociálně zraňující informace a více sami sebe neustále posuzují (Amir et al., 2001), i neutrální sociální informace si vysvětlují negativně (Roth et al., 2001) a katastroficky si interpretují i malé negativní sociální události (Stopa a Clark, 2000). Děti se sociální fobií ve srovnání s kontrolami mají výrazný deficit sociálních dovedností, více negativní samomluvy a vrstevníci na ně méně příznivě reagují (Spence et al., 1999).

**Obrázek 8.2.4.2: Kognitivní model sociální úzkosti**



Z hľadiska kognitívneho modelu jsou nejdůležitější udržovací faktory sociální fobie:

- pozornost zaměřená na sebe,
- automatické negativní myšlenky,
- kognitivní schémata,
- negativní sebeobraz,
- kognitivní omyly.

### *Pozornost zaměřená na sebe*

Když se cítí napjatí, pacienti trpící sociální fobií automaticky zaměřují pozornost na sebe a všímají si vlastních tělesných pocitů, emocí, myšlenek a představ a málo vnímají zevní informace. Bez ohledu na to, jak se sociální situace vyvíjí, podléhají vlastnímu hodnocení („Nezvládám to!"). Místo soustředění se na druhého člověka nebo skupinu, soustředí se na to, co se děje uvnitř. Často se objevují také představy vlastního selhávání, založené na zkreslených vzpomínkách na minulé selhání (Hackmann et al., 2000). Při rozhovoru si stále předem připravují, co řeknou a jak to řeknou, protože nejsou schopni navázat na to, co říkal druhý.

## Automatické negativní myšlenky

Automatických negativních myšlenek je u sociální fobie celá řada. Mohou to být otázky, na které si pacient neodpovídá, přesto však navozují úzkostné očekávání, myšlenky předvídající úzkost, obavná katastrofická tvrzení a další (viz tabulku).



**Tabulka 8.2.4.4:** Příklady automatických myšlenek u sociální fobie

|                              |                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ÚZKOSTNÉ OTÁZKY              | Co když to na mně poznají?!<br>A co když zase zčervenám?!<br>Co když se mi budou posmívat?!                                                                                                                                                 |
| MYŠLENKY PŘEDVÍDAJÍCÍ ÚZKOST | Určitě si toho všimnou!<br>Tam nemůžu jít, to bych určitě nevydržela!                                                                                                                                                                       |
| OBAVNÁ KATASTROFICKÁ TVRZENÍ | Úplně se znemožním!<br>Když to bude pokračovat, zešílím!<br>Všichni to vidí – jsem strašný!<br>Všichni mě budou pomlouvat, bude to hrozné!<br>To nejde vydržet!                                                                             |
| MYŠLENKY NA ÚNIK             | Vyhnu se tomu, abych se neztrapnila.<br>Musím rychle vypadnout, jinak to nevydržím!                                                                                                                                                         |
| SEBEZNEHODNOCENÍ             | Jsem chudák, troška, zbabělec!<br>Chovám se jako debil!<br>To já nikdy nezvládnou!<br>Jsem úplně trapná!                                                                                                                                    |
| VZTAHOVACNÉ MYŠLENKY         | Stále si mě všímají, aby mě mohli kritizovat!<br>Dělá si ze mě srandu!<br>To mi dělají schválně!                                                                                                                                            |
| OBAVNÉ PŘEDSTAVY A VZPOMÍNKY | Všichni se na mě dívají, jak se třesu, jak mi padá<br>příbor...<br>Pohrdavě se usmívají a vyměňují si významné<br>pohledy...<br>Koktám, nemůžu říci ani větu, mám totální okno...<br>Říká si, že jsem úplně trapnej, řekne to i ostatním... |

Mezi nejtypičtější manévry sloužící k udržování úzkosti patří chybná logika (kognitivní omyly), nálepkování, srovnávání se s druhými a zaujímání role oběti.

### **Kognitivní schémata**

U většiny pacientů je možné postupně dojít ke škodlivým hlubším postojům a přesvědčením o sobě, druhých lidech i životě jako takovém, na jejichž základě jsou pak jednotlivé události negativně interpretovány. Odborně mluvíme o dysfunkčních kognitivních schématech o sobě, druhých lidech a životě vůbec. Tato schémata ovlivňují, co pacient pokládá za sociálně nebezpečné. Vesměs vznikla v dětství v interakci s nejbližšími a s vrtevníky (Hackmann et al., 2000). Jde jednak o jádrová schémata (např. k sobě: „Jsem chudinka“, k druhým: „Druzí odmítají slabé“), jednak o odvozená (podmíněná přesvědčení), která určují pravidla, podle kterých se pacient v životě řídí (např. výkon: „Pokud budu všechno dělat perfektně, nikdo mě neodmítne!“, přijetí: „Pokud mě všichni nepřijmou, je to nesnesitelné!“ a kontrola: „Pokud budu mít vše pod kontrolou, budu spokojený a šťastný!“), kam zaměřuje pozornost: „Všichni si mě všímají a posuzují mě!“ nebo podle kterých predikuje budoucí děje (např.: „Pokud promluví, ukáží svoji neschopnost!“, „Lidé si budou myslet, že jsem

neschopný a nebudou si mě vážit!“). Hlavní maladaptivní přesvědčení se týkají zejména přijatelnosti pro druhé lidi a jejího opaku, odmítání, vysmívání a pohrdání (Butler a Hackmann, 2004).

### **Negativní sebeobraz**

Postupně dochází k rozvoji negativního sebeobrazu, který může být jak v představách, tak v komplexech pocitů a tělesných reakcí. Jak ukazují výzkumy, negativní sebeobraz u lidí trpících sociální fobií je nesmírně zkreslené negativní sebepojetí, které vůbec neodpovídá skutečnosti. Postižený člověk si sám sebe představuje, jak „hrozně“ bude vypadat nebo vypadal v sociální situaci. Tento sebeobraz blokuje jeho přemýšlení o tom, jak situaci řešit, protože spíše uvažuje o tom, jak to bude „strašné“. Někdy je součástí negativního sebeobrazu vzpomínka na nějakou nepříjemnou událost z dětství (např. výsměch učitele před třídou, výsměch spolužáků ap.). I když je člověk již dávno dospělý a má řadu možností, jak situaci řešit, hlavou mu jde představa, že selže, jako by byl stále bezbranné dítě. Negativní sebeobraz straší předem, ale také znehodnocuje člověka po proběhlé události. Výzkumy s natáčením na video (úkolem byl přednést 15minutovou přednášku před skupinou lidí bez přípravy) ukázaly, že lidé trpící sociální fobií ihned po expozici sociální situaci hodnotili svůj výkon daleko hůře než odborníci. Když se pak však viděli na videu, byli překvapeni, o kolik je jejich výkon lepší, než si sami představovali. Nezávislé porovnání z videozáznamu ukázalo další překvapivou skutečnost – ani nezávislí odborníci nedokázali rozlišit mezi lidmi trpícími sociální fobií a kontrolními osobami, které sociální fobií netrpěly. Všichni na videu totiž měli známky trémy.

Negativní sebeobraz je zrakový, myšlenkový a pocitový stereotyp, který si řada lidí trpících sociální fobií o sobě vytvoří. Je to vlastně určitý soubor negativních kognitivních schémat, ve kterém jsou zapojeny zautomatizované tělesné i duševní pocity, vzpomínky a fantazie, rysy chování, hodnocení. Často pochází z puberty nebo dokonce z dětských let. Člověk jako by se viděl, jak selhává, je neschopen reagovat nebo naopak reaguje nepřiměřeně. Někdy jde o jasné vybavení si situace, kdy zažil výsměch ve škole nebo zesměšnění před partou, či odmítnutí od děvčete (kluka). Jindy si nevzpomíná na žádnou takovou událost, ale představuje si sebe sama jako selhávajícího a trapného. Lidé trpící sociální fobií si to obvykle automaticky vybaví těsně před sociální situací, které se obávají. Negativní sebeobraz přichází, aniž by si ho člověk přál.

Jana je 27letá vedoucí skautského oddílu. Na základní škole se jí děti smály, když měla zpívat. Paní učitelka s nimi tenkrát nacvičovala na rodičovskou vánoční besídku. A protože se děti smály, řekla paní učitelka Janě, ať raději nezpívá, že to třídě kazí svým bručením. Jana od té doby nikdy nezpívala, ačkoliv má zpěv velmi ráda. Sama si zpívá doma v pokoji, ale když se slyší, říká si, „je to pravda, že bručím, jsem falešná, neumím základní věc, kterou umí každý, nikdy nebudu moci naučit své děti zpívat“. Jana má kvůli svému pocitu rozepře se svým přítelem, který rád hraje na kytaru a zpívá u ohňů jako správný tramp. Janu vždy přemlouvá a říká jí, že je divná, že řeší nesmysly. Jana se pak cítí velmi nepochopena.

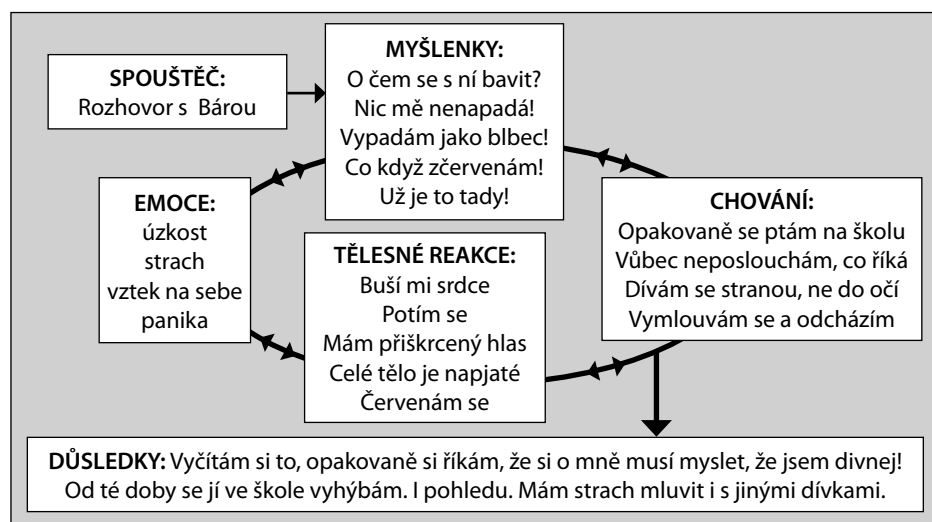
Pavčina je 27letá krásná dívka s dlouhými havraními vlasy. Pracuje jako asistentka ředitele ve firmě se zahraniční účastí. Často jezdí na pracovní cesty do zahraničí se svým šéfem, kde firmu reprezentuje. Sama si však nedovede vysvětlit, proč si ji její šéf vybral. Říká „moc tomu nerozumím, chtěl vždy chytrou, inteligentní a vzhledem reprezentativní dívku, což já tedy nejsem“. Sama o sobě tvrdí, že má hnusné neforemné vlasy, tlustý zadek, velký nos a malá prsa. Říká, že je hnusná a hloupá, nic neumí a ničemu nerozumí. Porovnává se se sestrou, o které tvrdí, že je krásnější a chytřejší, i když je silnější než ona a má na rozdíl od Pavčiny jen střední školu. Když si povídáme o tom, kde tedy k tomuto závěru došla, říká „kluci se o sestru jen perou a o mě nemá nikdo zájem. Nevím ani, co bych si s klukama povídala, nemůžu je přeci ničím zaujmout, jsem trapná a chybí mi nějaký větší rozhled“.

### Kognitivní omyly

Kognitivní omyly jsou logické chyby v myšlení, které vedou k tomu, že pochopení událostí, které se staly, dějí nebo budou dít, je změněno a negativně překrouceno. To vede k tomu, že i celkem přiměřené chování v sociální situaci člověk chápe jako selhání. Pokud je tomu tak, pak ani úspěch nedokáže změnit jeho pohled na sebe, protože si ho ihned zpochybní. Jedněmi z nejběžnějších kognitivních omylů u sociální fobie je diskvalifikace pozitivního (např.: Pochválili mě, aby mi dodali odvahy, protože viděli, jak jsem nemožný! To, že se to povedlo, byla náhoda, příště se mi to určitě nepodaří! Šlo to, ale kdyby mi všichni nepomáhali, pohořela bych! Chválí mě – ale jen proto, aby mohl mít pocit, že je dobrý!) a čtení myšlenek (např.: Zčervenál jsem => myslí si, že jsem idiot! Mlčím => vidí, jak jsem stupidní!). Jednotlivé kognitivní omyly viz obecnou část monografie.

Jednotlivé udržovací faktory se různou měrou podílejí na udržování sociální fobie. Vytvářejí bludný kruh, který se zjednodušeně pacientovi na jeho příznacích snažíme zprostředkovat.

**Obrázek 8.2.4.3:** Bludný kruh fungování příznaků



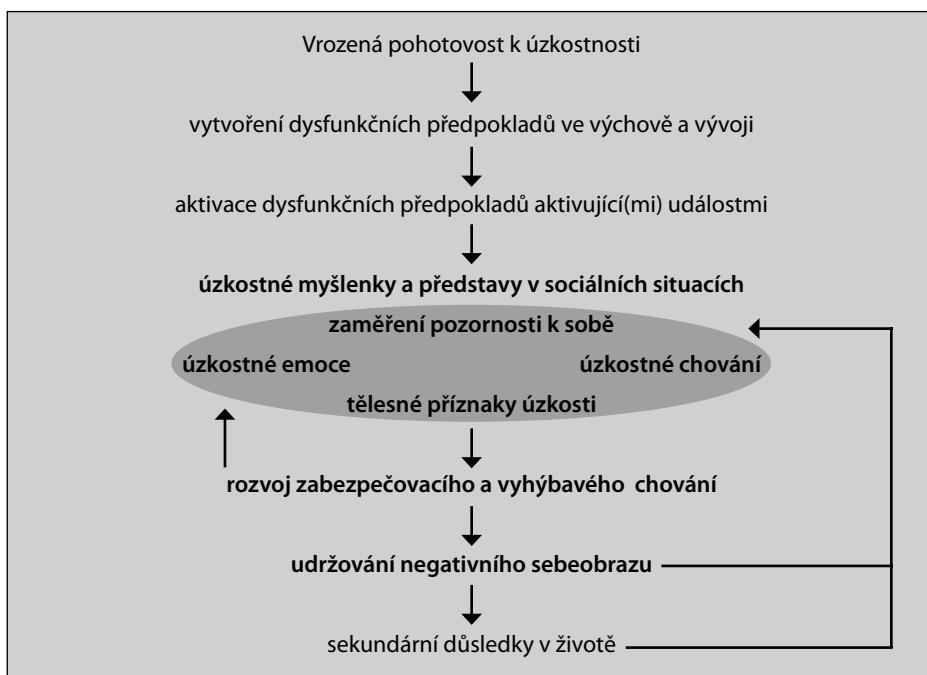
### 8.2.4.2.3 Interpersonální faktory sociální fobie

Okolí si sociální fobie všimne většinou záhy a klasifikuje ji jako „nesmělost“, někdy při vytrvalém vyhýbavém chování jako „tvrdohlavost“. Tato „nesmělost“ nebo „tvrdohlavost“ bývá pak terčem nejrůznějšího „povzbuzování“ nebo posmívání, či kárání, které dále postiženého utvrzuje, že v sociálních situacích selhává, „všichni to vidí“. Někdy blízcí lidé začnou jedince se sociální fobií „šetřit“ tím, že mu umožňují, aby se obávaným situacím vyhnul. Telefonují za něj, chodí za něj vyřizovat záležitosti na úřady ap. To ovšem také výrazně posiluje jeho pohyb v bludném kruhu sociální úzkosti.

### 8.2.4.2.4 Kognitivně behaviorální model sociální fobie

Spojením kognitivního a behaviorálního modelu vznikl KBT model sociální fobie. Pod vlivem životních zážitků dochází k vytvoření charakteristických očekávání a postojů vůči sobě i okolí, které vedou k tomu, že se jedinec ve společnosti druhých lidí cítí zvýšeně napjatý a nervózní, má tendenci se pozorovat a negativně hodnotit a přitom předpokládá, že je středem pozornosti a negativního hodnocení ze strany druhých lidí. To ho vede k tomu, že se společnosti druhých lidí vyhýbá, takže nemá příležitost rozvíjet své sociální dovednosti. Kombinace nedostatečných sociálních dovedností a zvýšené nervozity vede k tomu, že postižený jedinec v sociálních situacích skutečně selhává, a tím se jeho negativní přesvědčení a sebehodnocení dále posiluje (Praško et al., 1996).

**Obrázek 8.2.4.3:** Kognitivně behaviorální model sociální fobie



#### 8.2.4.2.5 Výzkum efektivity KBT u sociální fobie

##### **Expoziční léčba**

Rozsáhlý počet studií ukázal, že expozice účinně redukuje sociální úzkost (přehled např. Fava et al., 1989), i když z nich není jasné, jak dlouho přetrvává účinnost samotných expozic (Heimberg a Juster, 1995). Ve srovnávacích studiích byly expozice účinnější než progresivní relaxace (Al-Kubaisy et al., 1992, Alström et al., 1984), lékové placebo (Turner et al., 1994), čekající kontroly (Butler et al., 1984, Newman et al., 1994) a kontrolní terapie sestávající z edukace, sebe-expozičních instrukcí a nespecifikované anxiolytické medikace (Alström et al., 1984). Nácvik sociální efektivity, který kombinuje expozice s nácvikem sociálních dovedností a edukací ve skupinovém a individuálním formátu (Turner et al., 1994) vedl k výraznému zlepšení u 84 % pacientů, které se udrželo ve dvouleté katamněze (Turner et al., 1995).

##### **Kombinovaná kognitivní terapie s expozicemi**

U řady pacientů se sociální fobií, kteří se podrobili čistě expoziční léčbě, dochází k tomu, že se sice naučí sociálním situacím nevyhýbat, ale jejich úzkost se podstatně nesníží nebo se sníží přechodně a časem relabuje (Butler, 1985). Přidání kognitivní terapie pomohlo tyto problémy odstranit. Ve srovnávacích studiích byla kombinovaná kognitivně behaviorální terapie účinnější než čekající kontroly (Kanter a Goldfried, 1979, Butler et al., 1984, DiGiuseppe et al., 1990, Hope et al., 1995) a suportivní terapie s edukací (Heimberg et al., 1990, 1993, 1998, Lucas a Telch, 1993) a lékové placebo (Heimberg et al., 1998). Butler et al. (1984) náhodně rozdělil 45 pacientů se sociální fobií do 3 skupin: expozice plus nácvik zvládání úzkosti (obsahující kognitivní terapii), expozice plus terapie kontrolující pozornost (čistě behaviorální přístup doplněný o volné vyprávění pacienta o jeho potížích a empatické naslouchání terapeutem bez jakékoliv práce s kognicemi) a na čekající kontroly. Obě aktivní skupiny byly za 12 týdnů významně lepší než čekající kontroly. Srovnání obou aktivních skupin mezi sebou ukázalo o něco lepší výsledky terapie expozicemi plus nácvikem zvládání úzkosti. Tento rozdíl se výrazně prohloubil ve 12měsíční katamněze, kdy žádný pacient z první skupiny nerelaboval, zatímco ze druhé 40 %. Zdá se tedy, že přidání kognitivní terapie k behaviorální expoziční léčbě vede k dlouhodobějším efektům než samotná behaviorální léčba. Podobně Mattick a Peters (1988) náhodně rozdělili 51 pacientů trpících sociální fobií do dvou skupin. Všichni pacienti byli léčeni skupinovým formátem s expozicemi, ale jen polovina k tomu dostala i kognitivní terapii. Po 12 týdnech se obě srovnávané skupiny velmi významně zlepšily a rozdíl mezi nimi nebyl patrný, nicméně ve 3měsíční katamněze se ukázal větší efekt kombinované kognitivně behaviorální léčby. V další studii téže skupiny Mattick et al. (1989) náhodně rozdělil 43 pacientů se sociální fobií do čtyř skupin: expozice samotné, kognitivní restrukturalizace samotná, kombinace expozic s kognitivní restrukturalizací a čekající kontroly. Po 12 týdnech byly tři aktivní léčby významně účinnější než čekající kontroly. Skupiny s expozicemi samotnými a kombinovanou léčbou byly více zlepšeny než skupina se samotnou kognitivní restrukturalizací.

Ovšem po 3 měsících katamnézy se výsledky poněkud změnily. Nejlépe na tom byli pacienti s kombinovanou léčbou a kognitivní restrukturalizací samotnou, oproti samotné expoziční léčbě, kde došlo u části pacientů k relapsu. V podobné studii Hope et al. (1995) porovnával standardní skupinovou KBT (s expoziční léčbou a kognitivní restrukturalizací) s léčbou samotnými expozicemi a čekajícími kontrolami u 43 pacientů trpících sociální fobií. V této studii se ukázala po 12 týdnech jako nejefektivnější samotná expoziční léčba (70 % zlepšených podle nezávislého posuzovatele) oproti kombinované léčbě (36 % zlepšených). Taylor et al. (1997) náhodně rozdělil 65 pacientů se sociální fobií do léčebných skupin: v první fázi buď k 8 sezením individuální kognitivní restrukturalizace nebo 8 sezením kontrolní léčby, obojí bez expozic. Kontrolní terapie sestávala z volného vyprávění pacienta o jeho potížích a empatického chování terapeuta. Při hodnocení kredibility nebyl rozdíl mezi těmito přístupy. Po těchto 8 sezeních byla kognitivní restrukturalizace významně účinnější než kontrolní terapie. Pak obě skupiny dostaly dalších 8 sezení věnovaných expoziční léčbě. Obě skupiny se výrazně zlepšily. Na konci nebyl rozdíl mezi oběma přístupy – expozice s kognitivní restrukturalizací a bez ní měly stejný efekt.

Scholing a Emmelkamp (1993a,b) provedli 2 studie, ve kterých zjišťovali, zda kognitivní terapie je účinnější v kombinaci s expozicemi nebo bez expozic. V první studii bylo 30 pacientů randomizováno k expozicím, které byly následovány kognitivní terapií, kognitivní terapií, která byla následována expozicemi a k integrované kognitivně behaviorální terapii. V každém z bloků pacient absolvoval nejdříve 4 týdny aktivní léčby, pak 4 týdny volna a nakonec 4 týdny léčby. Všechny 3 podmínky měly stejnou efektivitu po léčbě a cíle byly udrženy v 18měsíční katamněze (Scholing a Emmelkamp, 1996). 19 % pacientů potřebovalo v průběhu katamnézy další léčbu, ale jednotlivé podmínky se v tom nelišily. Ve druhé studii rozdělili 73 pacientů k expoziční léčbě samotné, kognitivní terapii následované expozicemi, nebo integrované KBT. Léčby byly prováděny ve stejných blocích jako u první studie, ale rozděleny do individuální nebo skupinové psychoterapie. Všechny tři přístupy měly podobnou efektivitu jak na konci léčby, tak po 3 měsících katamnézy a po 18 měsících katamnézy (Scholing a Emmelkamp, 1996b). Ovšem pacienti, kteří měli pouze expoziční léčbu, až ve 46 % potřebovali v průběhu katamnézy další léčbu, zatímco pacienti s expoziční léčbou následovanou kognitivní terapií ve 28 % a u pacientů s kombinovanou KBT jen u 6 %.

Tři studie, které použily meta-analytických přístupů, zjišťovaly, zda kognitivní restrukturalizace posiluje účinek expozic u sociální fobie nebo nikoliv. Feske a Chambless (1995) zahrnuli 12 prací s kognitivní restrukturalizací plus expozicemi a 9 s expozicemi samotnými. Oba přístupy měly podobný počet vyrazených pacientů a stejný účinek jak na konci léčby, tak v katamnézách. Gould et al. (1997) zahrnul pouze studie s kontrolními skupinami a zjistil totéž, že kognitivní restrukturalizace plus expozice je stejně účinná jako expoziční léčba samotná. V poslední metaanalýze Taylor (1996) porovnával 6 podmínek: čekající kontroly, placebo, expozice, kognitivní restrukturalizaci bez expozic, kognitivní restrukturalizaci s expozicemi a nácvik sociálních dovedností. Jednotlivé podmínky se nelišily v počtu

vypadávajících pacientů. Čtyři aktivní terapie a placebo měly větší účinek než čekající kontroly; avšak pouze kognitivní restrukturalizace kombinovaná s expozičními měla významně větší efekt než placebo.

Diskuse, zda kombinace kognitivní restrukturalizace s expozičními je nebo není účinnější než expoziční léčba samotná, zůstává tedy dále otevřená.

### Nácvik sociálních dovedností

Použití nácviku sociálních dovedností v léčbě sociální fobie předpokládá, že tato skupina pacientů má často behaviorální deficity (např. špatný oční kontakt, potíže udržovat konverzaci a další). Tyto behaviorální deficity mohou vést k negativním reakcím druhých, a tak se stává sociální interakce zraňující a navozující úzkost (Lucock a Salkovskis, 1988). V jediné 15týdenní kontrolované studii byl použit nácvik sociálních dovedností. Ukázal se být významně účinnější než čekající kontroly (Marzillier et al., 1976). V dalších otevřených studiích nácvik sociálních dovedností vedl k významnému zlepšení v posuzovacích stupnicích a redukoval vyhýbavé chování, nicméně chyběly jakékoliv kontroly (Fallon et al., 1981, Lucock a Salkovskis, 1988, Stravynski et al., 1982, Trower et al., 1978, Wlazlo et al., 1990).

### Relaxační přístupy

Důvod, proč učit lidi trpící sociální fobií relaxaci, je v tom, že při expozici prožívají silné vegetativní příznaky. Samotný nácvik progresivní relaxace se však ukázal být málo účinným (Al-Kubaisy et al., 1992, Alström et al., 1984). Sebe-kontrolující desenzibilizace, při které pacienti používali progresivní svalovou relaxaci při vizualizaci úzkost provokujících scén, byla účinnější než čekající kontroly pouze ve 3 z 19 měření (Kanter a Goldfried, 1979). Systematická desenzibilizace, pracující s podobným přístupem, měla větší účinek než čekání na terapii pouze v jedné proměnné (Marzillier et al., 1976). Trower et al. (1978) popsal výraznější účinnost systematické desenzibilizace, nicméně zde chyběla kontrolní skupina. Ovšem když jsou pacienti trénováni v aplikované relaxaci (použití relaxace přímo v expozici *in vivo*), výsledky jsou nadějnější, lepší než čekající kontroly (Jerremalm et al. 1986) a stejné jako nácvik sociálních dovedností (Öst et al., 1981). Ovšem aplikovaná relaxace byla méně účinná než kognitivní restrukturalizace (Jerremalm et al., 1986).

Racionálně emotivní terapie (RET) vedla v řadě studií ke zlepšení u pacientů se sociální fobií (Emmelkamp et al., 1985, Mattick a Peters, 1988, Mattick et al., 1989, Mersch et al., 1989) a účinek se zdá stabilní a udržel se v 18měsíčních katamnézách (Scholing a Emmelkamp, 1996). Beckova kognitivně behaviorální terapie ve skupině se rovněž ukázala být účinnější než čekající kontroly (DiGiuseppe et al., 1990). Sebe-instrukční trénink, modifikovaná verze Meichenbaumova „protistresu očkovacího nácviku“ (Meichenbaum, 1985), vedl v významném zlepšení u pacientů se sociální fobií ve 3 kontrolovaných studiích (DiGiuseppe et al., 1990, Emmelkamp et al., 1985, Jerremalm et al., 1986).

V kontrolované studii ( $n = 49$ ) byli pacienti náhodně rozděleni do skupinové kognitivně behaviorální terapie a edukační podpůrné skupinové psychoterapie.

Skupinová KBT ukázala po 12 týdnech významně větší účinnost (75 % respondentů ve skupinové KBT a 44 % na edukační podpůrné psychoterapii) (Heimberg et al., 1990). V 6měsíční katamněze byly výsledky skupinové KBT udrženy, zatímco u edukační podpůrné psychoterapie nikoliv. Devatenáct pacientů z této studie pak bylo ochotno pokračovat v dlouhodobém sledování od 4,5 do 6,25 roku. V této katamněze si zlepšení udrželo 89 % pacientů léčených skupinovou KBT a 44 % edukační podpůrnou skupinovou psychoterapii (Heimberg et al., 1993).

Lucas a Telch (1993) porovnávali účinnost skupinové KBT, edukační podpůrné skupinové psychoterapie a individuální KBT u 66 pacientů se sociální fobií. Potvrdili nálezy Heimberga et al. (1990), že skupinová, ale i individuální KBT je účinnější než edukační podpůrná skupinová KBT. Nebyl rozdíl v účinnosti skupinové a individuální KBT.

Heimberg et al. (1998) dokončil studii dvou center u 133 pacientů, srovnávající skupinovou KBT, fenelzin, edukační podpůrnou psychoterapii a placebo. Po 6 týdnech (polovina plánované léčby) nezávislý hodnotitel ohodnotil pacienty léčené fenelzinem jako významně méně úzkostné, než byli pacienti tří dalších skupin. Na konci léčby po 12 týdnech se však již pacienti léčení fenelzinem významněji nelišili od pacientů léčených skupinovou KBT (77 % vs. 75 % respondérů), ovšem obě tyto skupiny byly významně lepší než skupina léčená skupinovou edukační psychoterapii (35 % respondérů) a placebem (41 % respondérů). Po 12 týdnech léčby pacientů, kteří měli pozitivní odpověď na skupinovou KBT nebo fenelzin, pokračovali v udržovací léčbě dalších 6 měsíců a pak byli sledováni bez léčby dalších 6 měsíců (Liebowitz et al., 1999). Pacienti na skupinové KBT měli po roce významně méně relapsů než pacienti původně úspěšně léčení fenelzinem.

Praško et al. (2000, 2003) porovnávali 6měsíční účinnost a dvouletou katamnězu u tří léčebných programů (léčba moklobemidem s klinickým vedením, kognitivně behaviorální terapie s placebem a kombinace moklobemidu s kognitivně behaviorální terapií) u nemocných s generalizovanou formou sociální fobie. Pro studii bylo vyšetřeno celkem 89 pacientů s diagnózou sociální fobie, z toho 81 vyhovovalo kritériím studie (38 mužů a 43 žen); byli rozděleni náhodně do 3 terapeutických programů. Nezávislý posuzovatel a pacienti sami hodnotili jedenkrát měsíčně efektivitu léčby. Studii dokončilo 66 pacientů. Všechny tři terapeutické přístupy, které trvaly 6 měsíců, se ukázaly jako vysoce účinné. Jako nejúčinnější se ukázala kombinace farmakoterapie a kognitivně behaviorální terapie. Moklobemid sám byl nejúčinnější v prvních měsících léčby v redukci všeobecné úzkosti a sociální úzkosti, jeho vliv na vyhýbavé chování je však menší. KBT naproti tomu byla nejúčinnější při redukci vyhýbavého chování, účinek proti samotné úzkosti se projeví až později, než je tomu u moklobemidu. Ve dvouletých katamnézách nejlépe profitovaly skupiny původně léčené pomocí KBT, ať samotné, nebo v kombinaci s moklobemidem. Nejnižší počet relapsů měla skupina léčená KBT samotnou, ale oproti skupině léčené kombinací nebyl rozdíl signifikantně lepší.

Clark a Wells (1995) vytvořili nový protokol, zdůrazňující zejména kognitivní složku léčby sociální fobie, sestávající ze 14 sezení s frekvencí 1krát týdně + další



3 podpůrná sezení 1krát měsíčně, zaměřený na cílenou práci s pozorností klientů v sociálních situacích a na zvýšení schopnosti hodnotit vlastní výkon a dojem, který klient vyvolává v druhých na základě informací z okolního prostředí, a ne na základě vnitřních pocitů. Přitom se využívalo videozáznamu, klienti pozorovali a hodnotili sami sebe v různých nácvikových sociálních situacích. I při plnění domácích úkolů v reálných situacích byli vedeni k tomu, aby pozorovali reakce druhých a referovali o nich v sezení. Při srovnání tohoto terapeutického programu (1. skupina) se stejně rozsáhlým programem, zaměřeným na expozici a nácvik relaxace (2. skupina) a klienty, čekajícími na zařazení do léčby (3. skupina) se ukázalo, že bezprostředně po léčbě dosáhly tři čtvrtiny klientů v 1. skupině (kognitivní terapie) normálních hodnot sociální úzkosti, oproti jedné třetině klientů ve 2. skupině (expozice a relaxace) a žádnému z klientů ve skupině čekatelů.

### 8.2.4.3 Léčba sociální fobie

Možnost léčby je jak psychoterapeutická, tak farmakoterapeutická. Efekt farmak bývá rychlejší, účinek psychoterapie je však trvalejší (Blanco et al., 2002). Léčbou volby u sociální fobie je *kognitivně behaviorální terapie*. Nicméně dobře vedená podpůrná psychoterapie v kombinaci s farmakoterapií může také významně pomoci.

**Tabulka 8.2.4.5:** Farmakologická léčba sociální fobie

|      |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SSRI | Celá skupina | Léčba první volby, potvrzena účinnost, jsou dobře tolerovány, použití v jedné denní dávce, účinné i pro komorbidní depresi, panickou poruchu, GAD či OCD                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|      | paroxetin    | Nejlépe studovaný lék ve velkých kontrolovaných studiích, průměrná dávka 40 mg/den                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      | sertralin    | Kontrolovaná dvojité slepé studie; dávky 50–200 mg/den                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|      | citalopram   | Otevřené studie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|      | fluoxetin    | Otevřené studie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|      | fluvoxamin   | Malé kontrolované studie, průměrná dávka 200 mg/den                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|      | escitalopram | Kontrolované dvojité slepé studie, dávky 5–20 mg/den                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| RIMA | moklobemid   | Účinný u sociální fobie ve většině (ne však všech) kontrolovaných studiích, je velmi dobře snášen, účinný i pro komorbidní depresi, panickou poruchu a GAD, průměrná dávka 450–600 mg/den                                                                                                                                                                                                                                                       |
| IMAO | Celá skupina | Vysoce efektivní léky pro léčbu sociální fobie, fenelzin byl rozsáhle studován v kontrolovaných studiích – vysoká efektivita u sociální fobie, někdy obtíže pro pacienta tolerovat nežádoucí účinky, nutné dietní restrikce, účinné i u většiny typických komorbidních poruch, včetně atypické deprese, panické poruchy, agorafobie, účinné i u refrakterních pacientů t.č. není žádný z preparátů (fenelzin, tranlycypromin) u nás k dispozici |

|                |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Benzodiazepiny | Celá skupina | Klinicky se často používají a jsou účinné u sociální fobie podle otevřených studií a dvou kontrolovaných studií; mají rychlý nástup účinku, všeobecně jsou dobře tolerovány, pacient musí být sledován pro rizika rozvoje tolerance, závislosti a abstinenčních příznaků, po vysazení je vyšší riziko relapsu než po jiných léčích |
|                | klonazepam   | Dlouhodobě působící BZD, účinný v kontrolované studii u sociální fobie, dávkování v rozmezí 0,5–3 mg/den                                                                                                                                                                                                                           |
|                | alprazolam   | Účinný v kontrolované studii u sociální fobie, dávkování v rozmezí 1–8 mg/den                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                | bromazepam   | Účinný v malé otevřené studii, dávkování v rozmezí 9–30 mg/den                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Antikonvulziva | gabapentin   | Ukázal se být účinný v kontrolované studii v průměrné dávce 2900 mg/den, je považován za dobrý lék pro augmentaci při léčbě SSRI nebo jako lék volby při nedostatečné odpovědi nebo intoleranci k SSRI                                                                                                                             |
| β-blokátory    | Celá skupina | Velmi účinné u úzkosti z vystupování, podávají se na základě situační potřeby asi 1 hodinu před vystoupením. Nebývají účinné u pacientů s generalizovanou formou sociální fobie<br>Patří sem propranolol a atenolol                                                                                                                |
| Jiné léky      | buspiron     | Dobře tolerovaný, účinný v otevřené studii, ale nikoliv v kontrolovaném pokusu, bývá spíše podáván k augmentaci SSRI než jako samostatný preparát, dávka 30–60 mg/den                                                                                                                                                              |
|                | nefazodon    | Účinný v otevřené studii                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                | venlafaxin   | Účinný v několika otevřených studiích (podává se u pacientů, kteří nereagují dostatečně na SSRI nebo je nejsou schopni tolerovat), dávka 75–300 mg/den                                                                                                                                                                             |
|                | bupropion    | Účinný v otevřené studii, dávka 300 mg/den                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

#### 8.2.4.4 KBT – Terapeutický přístup u sociální fobie

Kognitivně behaviorální terapie je forma léčby zaměřená na celkové uklidnění pomocí relaxace, odstranění úzkostného způsobu myšlení a úpravu vzorců úzkostného chování. Začíná strukturovaným vyšetřením pacienta.

##### 8.2.4.4.1 KBT vyšetření u sociální fobie

Ke stanovení diagnózy stačí zpravidla rutinní psychiatrické vyšetření, identifikace typických situací, které vzbuzují v pacientovi úzkost, kterým se vyhýbá, jeho emoční, kognitivní a vegetativní reakce na tyto situace, podrobný popis zabezpečovacího a vyhýbavého chování. Při vyšetření pacienta se kromě obvyklé anamnézy a explorační životního příběhu ptáme na:

- přesnou deskripci situací, které vyvolávají strach;
- jak strach probíhá, čeho se nejvíce obává (co si řeknou druzí, jaké bude mít projevy úzkosti ap.), jaké tělesné reakce se objevují, jak se při vystavení situaci chová, zda dochází k panickému záchvatu,
- čemu se pacient vyhýbá a jak se proti strachu zabezpečuje, zda se naučil nějaké strategie, jak si pomoci,
- jak probíhá anticipační úzkost,
- zda má reminiscence na sociální situace, které absolvoval a jak probíhají,
- co strach modifikuje (alkohol, léky, menstruace, světlo, blízká osoba ap.)
- v čem ho sociální fobie omezuje v životě (pracovně, v rodinném životě, ve volném čase).

Pokud váháme v tom, zda je u pacienta přítomna také porucha osobnosti, k hodnocení můžeme použít MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) nebo CPI (California Personality Inventory).

#### 8.2.4.4.2 Hodnocení a měření u sociální fobie

Pro upřesnění problému je vhodné použít dotazníky (dotazník strachu, SCL-90, dotazník vyhýbavého chování, Liebowitzova stupnice sociální úzkosti, Sheehanova, Hamiltonova nebo Beckova posuzovací stupnice úzkosti, Sheehanova stupnice postižení). Součástí základního vyšetření pacienta se sociální fobií je vytvoření hierarchie strachů a vyhýbavého chování, založené na detailním popisu okolností, které strach spouštějí. Typicky terapeut s pacientem vytvářejí stupnici (obvykle o 10 položkách), na které pacient hodnotí zvlášť strach a míru vyhýbavého chování (většinou v % nebo na stupnici 0–10). Další pomůckou může být Dotazník úzkostných automatických myšlenek u sociální fobie, který pomáhá ujasnit si základní automatické negativní myšlenky a míru, nakolik jim pacient věří.

**Tabulka 8.2.4.6:** Dotazník úzkostných automatických myšlenek u sociální fobie

| <p>Použijte následující stupnici, jak je uvedena níže, abyste ohodnotili, jak moc věříte každému z následujících tvrzení, že se stane, pokud budete někde na obávaném místě nebo v obávané situaci.</p> <p><b>Jak moc tomu věřím:</b></p> <p>0 ----- 10 ----- 20 ----- 30 ----- 40 ----- 50 ----- 60 ----- 70 ----- 80 ----- 90 ----- 100%</p> <p>vůbec                      trochu                      napůl                      dost                      úplně</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                             |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------|
| AUTOMATICKÉ MYŠLENKY:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Věřím tomu na tolik procent |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Při expozici                | V klidu s odstupem |
| <p>Zčervenám.<br/>         Budou se mi nemožně třást ruce.<br/>         Roztřese se mi hlas.<br/>         Budu mít knedlík v krku, nebudu schopen(a) mluvit.<br/>         Určitě mě nenapadne, co říci.<br/>         To nikdy nemohu zvládnout.<br/>         Omdlím.<br/>         Umřu hanbou.<br/>         Jsem trapný(á).<br/>         Jsem hrozný(á).<br/>         Budou mě pomlouvat.<br/>         Přestanu se ovládat a něco strašného provedu.<br/>         Každý na mně uvidí, jak jsem nervózní.<br/>         Znemožním se, ztrapním.<br/>         Musím rychle pryč!<br/>         Raději tam nepůjdu, dopadlo by to špatně!<br/>         Zblázním se.<br/>         Umřu z toho.<br/>         Ztratím kontrolu.<br/>         Někdo toho zneužije a vysměje se mi.<br/>         To mi dělají naschvál.<br/>         To zvládne každý, jenom já ne.<br/>         Jsem nejhorší ze všech.<br/>         Všichni se na mě dívají.<br/>         Všichni se mi smějí.<br/>         Je to strašné.<br/>         To nevydržím.<br/>         Budou mnou pohrdat.<br/>         Další myšlenky (specifikujte):</p> |                             |                    |

#### 8.2.4.4.3 Problémy a cíle, léčebný plán u sociální fobie

Podle teorie KBT je možno sociální fobii úspěšně léčit, pokud se léčba zaměří na to, aby si postižený jedinec zlepšil své sociální dovednosti a dokázal je uplatnit v praktických situacích, čímž si zlepší sebevědomí a zpochybní svá negativní přesvědčení, která tvoří jádro sociální fobie. Léčba se zpravidla „šije na míru“ pacientovým

potřebám. Faktory, které se při tom berou v úvahu, zahrnují závažnost sociální fobie, míru vyhýbavého chování, anamnézu, předchozí léčby, ochotu spolupracovat a komorbidní onemocnění. Zásadním cílem léčby by mělo být snížení úzkosti při zvládání sociálních situací natolik, aby pacienta porucha neomezovala. Dalším důležitým cílem je předcházení relapsu a recidivy poruchy při dlouhodobé léčbě.

**Tabulka 8.2.4.7:** Klářiň seznam fobických situací

Vytvořte seznam situací, ve kterých pravidelně podléháte panice, strachu nebo silné úzkosti a/nebo kterým se pravidelně vyhýbáte:

**Měřítka intenzity úzkosti:**

|                |                 |               |                |                 |        |    |    |    |    |       |
|----------------|-----------------|---------------|----------------|-----------------|--------|----|----|----|----|-------|
| úplná relaxace | provozní napětí | zjevné napětí | výrazná úzkost | extrémní úzkost | panika |    |    |    |    |       |
| 0              | 10              | 20            | 30             | 40              | 50     | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 % |

**Měřítka pro míru vyhýbavého chování:**

|                    |                  |                                   |                    |                 |
|--------------------|------------------|-----------------------------------|--------------------|-----------------|
| vůbec se nevyhýbám | občas se vyhýbám | vyhýbám se asi v polovině případů | častěji se vyhýbám | vždy se vyhýbám |
| 0                  | 1                | 2                                 | 3                  | 4               |

| SITUACE:                       | Intenzita úzkosti při expozici | Míra vyhýbavého chování |
|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------|
| 1) Jíst na veřejnosti          | 70–100 %                       | 3                       |
| 2) Telefonovat                 | 70–100 %                       | 3–4                     |
| 3) Mluvit s neznámým člověkem  | 80–100 %                       | 4                       |
| 4) Mluvit s autoritou          | 90–100 %                       | 3                       |
| 5) Účast ve spontánní zábavě   | 100 %                          | 4                       |
| 6) Mluvit s přitažlivým hochem | 100 %                          | 4                       |

Problémy a cíle by měly být pojmenovány explicitně tak, aby si pacient byl vědom pokroku, který se v léčbě objevuje.

**Tabulka 8.2.4.8:** Příklad stanovení konkrétních problémů a cílů

| PROBLÉMY                                                                                                                                                                            | CÍLE                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pro strach ze třesu rukou nejím v restauracích, jídelnách ani nikde, kde by se na mě mohli dívat cizí lidé (oslavy, obchodní jednání ap.)                                           | Chci se naučit jíst v jídelně, restauracích i na jiných veřejných místech.                                                       |
| Bojím se v práci ozvat ve skupině lidí na jednáních a schůzích, protože mám strach, že nebudu schopna klidně a plynule mluvit, naopak, že bude směšná, nebo že můj názor je hloupý. | Na konci terapie bych chtěla být schopna vystoupit před skupinou lidí v práci na jednáních nebo na schůzích vyslovit svůj názor. |
| V situacích, kde je volná zábava, vždy utíkám s výmlouvou pryč, protože mám strach, že se neumím bavit a působila bych jako balvan.                                                 | Chci se naučit normálně bavit na společenských akcích a chci se naučit být schopna na nich vydržet a neutíkat.                   |

K jednotlivým problémovým oblastem s pacientem plánujeme hierarchii expozic, kterou pak pacient postupně zvládá během domácích cvičení.

**Tabulka 8.2.4.9:** Plánování postupné expozice u 1. situace

|                                                                                                                                    |                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>PROBLÉM:</b> Jíst na veřejnosti                                                                                                 |                                  |
| Vyhýbám se pití a stolování na veřejnosti, protože se bojím, že ostatní uvidí, jak se mi přitom třesou ruce, a budou mnou pohrdat. |                                  |
| <b>CÍL:</b>                                                                                                                        | Naučit se stolovat na veřejnosti |
| <hr/>                                                                                                                              |                                  |
| <b>KROKY:</b>                                                                                                                      | <b>STUPEŇ ÚZKOSTI</b>            |
| 1) Sníst párek v rohlíku u stánku – kolem 1–2 lidé                                                                                 | 70 %                             |
| 2) Sníst párek na táčku u stánku – kolem je plno                                                                                   | 80 %                             |
| 3) Dát si zákusek a kávu v cukrárně – málo lidí                                                                                    | 90 %                             |
| 4) Dát si zákusek a kávu v cukrárně – plno lidí                                                                                    | 100 %                            |
| 5) Dát si oběd – hlavní jídlo – v restauraci – málo lidí                                                                           | 100 %                            |
| 6) Dát si oběd – hlavní jídlo v restauraci – plno                                                                                  | 100 %                            |
| 7) Dát si v restauraci celé jídlo i s polévkou                                                                                     | 100 %                            |
| 8) Poobědvat v restauraci s kamarádkou a jejím přítelem                                                                            | 100 %                            |
| 9) Najíst se v restauraci s přítelem                                                                                               | 100 %                            |
| 10) Najíst se v restauraci s přítelem a jeho známými                                                                               | 100 %                            |

#### 8.2.4.4.4 Léčebné intervence u sociální fobie

Tradiční KBT sociální fobie se zaměřuje na expozici sociálním situacím a zvyšování pocitu úspěšnosti při zvládání těchto situací. Léčba sociální fobie obvykle probíhá ve skupině, protože v ní mají jednotliví členové příležitost si vyzkoušet a procvičit základní sociální dovednosti, které pak procvičují samostatně v přiro-

zeném prostředí. V kognitivně behaviorální léčbě sociální fobie používáme těchto metod:

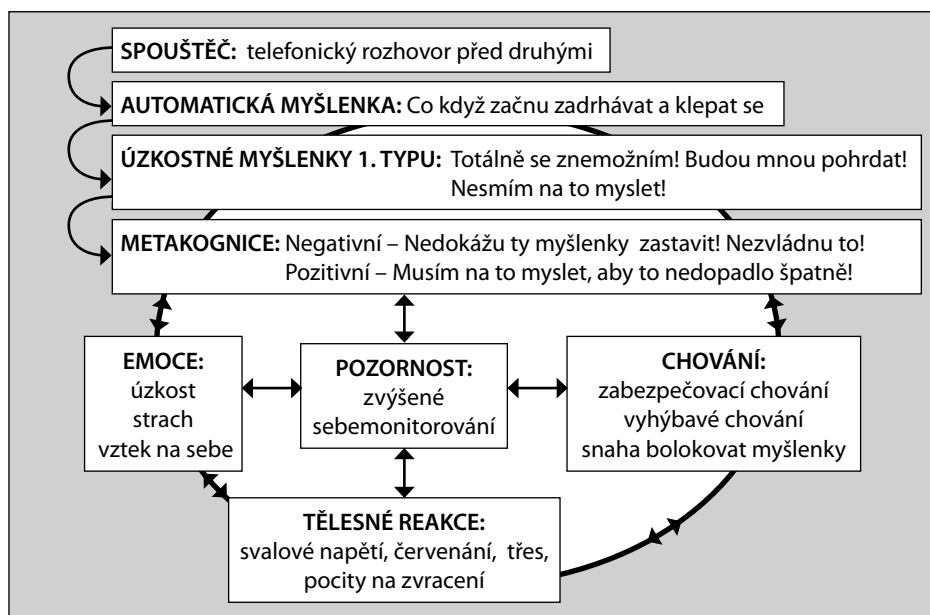
- poučení o sociální fobii a její léčbě,
- nácvik sociálních dovedností,
- zpochybňování úzkostných myšlenek,
- expozice vůči obávaným situacím v představě a in vivo.

Léčebný program může být doplněn i nácvikem svalové relaxace nebo autogenního tréninku.

#### a) Poučení o sociální fobii a její léčbě

Kromě seznámení pacienta s modelem vzniku a udržování sociální fobie je třeba mu zdůraznit, že tuto poruchu lze léčit, a vysvětlit mu smysl jednotlivých léčebných metod. Musíme přitom počítat s tím, že pacient je zvýšeně úzkostný, a proto není schopen se soustředit na složitý výklad. Využíváme příkladů z jeho vlastního života a také mu poskytneme písemný materiál, např. brožuru Praško et al. (1996) „Máte nepřiměřený strach ze sociálních situací?“, monografii Praško et al. (1998) „Postupný nácvik trapasů aneb jak překonat sociální fobii“ nebo Praško a Prašková (1999) „Trápí vás nadměrný stud aneb jak překonat sociální fobii“.

**Obrázek 8.2.4.4:** Bludný kruh úzkostných epizod u pacienta se sociální fobií



#### b) Nácvik sociálních dovedností

Obecně jsou sociální dovednosti jakékoliv chování, které nám umožňuje přiměřeně vyjádřit svoje emoce a potřeby a pomocí kterého můžeme dosáhnout svých cílů ve styku s jinými lidmi. U některých lidí se udržuje sociální úzkost proto, že

jim chybějí některé základní sociální dovednosti, jak se chovat v mezilidských situacích. V zásadě můžeme zvažovat čtyři důležité faktory, proč tomu tak je:

1. Někteří lidé se nenaučili vyjadřovat tyto emoce proto, že ve svém vývoji neměli vzory v rodině, učitelích nebo vrstevnících, kteří by to uměli.
2. Vzhledem k dlouhodobé nemoci, sociální izolaci (mateřská dovolená) nebo nepoužívání z jiného důvodu člověk svoje sociální dovednosti ztratil nebo zapomněl.
3. Stresory prostředí, zejména traumatické události, ztráta blízké osoby, zážitky výsměchu nebo znehodnocení v sociální situaci, náhlé změny v životě, které vedou k úzkosti nebo depresi, interferují s jedincovou spontaneitou v sociálních situacích. Takový člověk sice sociální dovednosti má, ale bojí se jich používat.
4. Sociální prostředí člověka se může natolik změnit, že sociální dovednosti, které předtím byly posilovány okolím, začnou být ignorovány, člověk je přestane používat, i když se vhodná situace objeví, a naopak sociální dovednosti pro nové prostředí nemá (např. přestěhování z venkova do města, nové zaměstnání, emigrace ap.)

Dobrá komunikace vyžaduje přiměřenou *sociální percepci* (vnímavost) a schopnost kognitivního plánování – *dovednost zpracování* – předtím, než dojde k efektivní odpovědi v chování – *dovednost exprese*. Problémy, které mají lidé se sociální fobií, mohou odrážet nedostatky v jednom nebo ve všech třech stupních, jak ukazují následující příklady.

Honza se bojí cizích lidí, protože jeho dovednost vnímat je nedostatečná. Nedokáže naslouchat, protože již po první větě, kterou slyší, se snaží si předem připravit odpověď (dovednost percepce). Nehodnotí tudíž celou situaci, ale pouze její část. Většinou volí první odpověď, která ho napadne, nezvažuje více možností. Rovněž zvažování dopadu toho, co řekne, je zkresleno. Nemyslí na cíl interakce, ale místo toho zvažuje, zda nebude vypadat hloupě, neschopně ap. Pokud slyší kritiku nebo jiné negativní emoce v řeči jiných, rozumí tomu jako nadměrnému ohrožení, což vede k úzkosti. V úzkosti má problémy promyslet si, co řekne (dovednosti zpracování). A i když ho napadne něco říci, tak se často dívá do země, mluví velmi tichým, sotva slyšitelným hlasem s dlouhými přestávkami mezi větami, jeho mimika ve tváři vyzařuje zážitek utrpení, i když mluví o technických věcech (dovednosti exprese).

Pavlina stydlivost odráží rovněž nedostatky ve všech třech stupních komunikace. Komunikaci jiných se sebou si chybně interpretuje jako jejich nechuť, odmítání nebo pohrdání. Již předem je nastavena to tam cítit a řadu neutrálních signálů si interpretuje negativně. Zejména v přítomnosti mužů se cítí jako „zmrazená“, téměř nevnímá, co říkají (dovednosti percepce). Nedokáže účinně naplánovat, co chce druhým říci, např. požádat spolupracovníky o pomoc, ani si uvědomit, jaký způsobem to udělat (dovednosti zpracování). Její styl komunikace se vyznačuje plachostí, tichým hláskem a umlkáním uprostřed věty (dovednosti exprese).

Nejdůležitější sociální dovednosti potřebné pro lidi trpící sociální fobií jsou uvedeny v tabulce:



**Tabulka 8.2.4.10:** Jednotlivé složky nácviku sociálních dovedností

- Neverbální chování: oční kontakt, mimika, gestika, postoj a posed
- Vedení rozhovoru: zahájení, vstupování do rozhovoru jiných osob, udržování rozhovoru, posilování partnera, volné informace, sebeotevření, ukončení rozhovoru
- Přiměřené vyjadřování pozitivních i negativních emocí
- Pozitivní aserce: povzbuzování, komplimenty, žádost o laskavost, empatické dovednosti
- Asertivní odolnost: asertivní „ne“, trvání na oprávněném požadavku
- Přijímání kritiky a schopnost konstruktivně kritizovat: asertivní souhlas, negativní aserce, asertivní obligace
- Uzavírání kompromisů
- Vystupování a přednášení
- Jednání s autoritou, přijímací pohovory

Systematický nácvik sociálních dovedností od jednodušších ke složitějším, prováděný ve skupině pacientů, je základní metodou léčby sociální fobie. Jednotlivé sociální dovednosti, které si pacienti ve skupině nacvičují, jsou uvedeny v tabulce. Základní metodou nácviku sociálních dovedností je hraní rolí. Přitom terapeut i spolupacienti působí jako model, ukazují, jak pacient v dané situaci působí na okolí a jak by se v této situaci mohl chovat. Je důležité, aby měl pacient při hraní rolí pocit úspěchu a pokroku, jinak je velké riziko, že přestane do skupiny docházet.

### c) Kognitivní restrukturalizace

Při nácviku sociálních dovedností pomáháme pacientovi určit negativní myšlenky, které zvyšují jeho napětí a úzkost. Tyto negativní myšlenky se pak pacient za pomoci terapeuta i dalších členů skupiny učí zpochybňovat a nacházet na ně rozumné odpovědi. V průběhu terapie se pacient učí určovat své negativní myšlenky a hledat na ně rozumné odpovědi samostatně. Platnost negativních myšlenek a předpovědí také systematicky ověřuje v reálných situacích – předem si zformuluje své očekávání, jak určitá situace dopadne, a pak zjišťuje, zda se jeho očekávání splnilo.

Při **kognitivní restrukturalizaci** se snažíme nejdříve s pacientem v sezení nahradit tyto katastroficky zaměřené automatické myšlenky myšlenkami konstruktivními. Mezi sezeními pracuje na kognitivní restrukturalizaci sám. Kognitivní restrukturalizace zahrnuje následující kroky:

- identifikace automatických myšlenek,
- spojení automatických myšlenek s emočními a fyziologickými reakcemi, vlivem na chování,
- testování automatických myšlenek – diskuse s nimi,
- přerámování – racionální odpověď na spouštěcí situaci,
- akce – co mohu udělat nyní a co příště.

**Tabulka 8.2.4.11:** Testování automatické myšlenky

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Situace:</b> Jel jsem se spolužačkou v autobuse a po několika větách jsme zmlkli.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Negativní automatická myšlenka:</b> <i>Vypadám jako blbec</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>a) Je tato myšlenka užitečná nebo praktická?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Tato myšlenka mi v ničem nepomáhá, naopak mi škodí, protože mi zvyšuje úzkost, vede k nepříjemným tělesným pocitům a snižuje moje sebevědomí. Nechci to tak.                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>b) Co svědčí pro a co proti této myšlence:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Pro:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>Proti:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Měl jsem trapné pocity                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Moje pocity nejsou objektivní hodnocení. Trapné pocity nesvědčí pro to, že někdo vypadá jako blbec. Naopak, blbec by neměl trapné pocity.                                                                                                                                                          |
| Ona také nemluvila. Asi si o mně myslela své (že jsem idiot).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | To, že nemluvila, také není důkaz pro to, že jsem vypadal jako blbec. Mohla mít podobné pocity sama. Nebo byla klidná a mlčení jí nevadilo. Po pravdě moc nevím, jak se cítila, protože jsem se příliš soustředil na sebe. Vůbec nevím, co si myslela, protože jsem se jí nezeptal.                |
| Měl jsem nepříjemné pocity úzkosti a ty musely být vidět.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Zda byly vidět, nebo nikoliv, to doopravdy nevím, protože jsem se na to nezeptal. Bušení srdce asi vidět není, sevření v hrdle ani napětí ve svalech rovněž. Pocení vidět je, ale nevím jestli si toho všimla. Ale i kdyby si všimla, že se potím, ještě to neznamená, že jsem vypadal jako blbec. |
| <b>c) Nakolik je tato myšlenka přehnaná a nakolik pravdivá?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Tato myšlenka je přehnaná. Mlčení neznamená, že někdo je blbec.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>d) Je možné tuto situaci hodnotit jiným (alternativním) způsobem?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Ani jednoho z nás nenapadlo, o čem mluvit. Mlčení není žádná tragédie. Možná vypadám nesměle, ale ne jako blbec. Mohla mít podobné pocity jako já. Mohla se cítit docela dobře a nehodnotit mě vůbec, ale mohla si myslet na svoje věci.                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>e) Mohu tuto nebo podobnou situaci zvládnout vlastními silami?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Myslím si, že kdybych si uvědomil v té chvíli to, co teď, asi bych neodešel, ale klidně mlčel dál celou cestu a pak jí řekl ahoj. Nebo jsem se mohl zeptat, na co myslí. Nebo jsem mohl mluvit o tom, co bylo ve škole. To mohu použít v podobné situaci příště.                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>f) Vím o něčem, co pomáhá udržovat takový způsob mého myšlení?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Nejvic takové myšlení udržuje to, že si stále vyčítám, jak jsem selhal, a opakovaně si připomínám, jaké to bylo. Pak mám strach z další podobné situace. Když se do ní dostanu, hned si vzpomenu na některou předešlou a pak cítím úzkost. Také to udržuje to, že se podobným situacím vyhýbám nebo z nich utíkám. Hodně se zaměřuji na hodnocení sebe, kdybych se více soustředil na ni, asi bych měl o čem mluvit. To ale nevím jistě. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

Tabulka 8.2.4.12: Denní záznam automatických myšlenek

| SITUACE                                                         | MYŠLENKY                                                                                                | OKAMŽITÉ DŮSLEDKY                                                            |                                                                       |                                                                                                                                             | PŘERÁMOVÁNÍ                                                                                                                                                      | AKCE                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                 |                                                                                                         | EMOCE                                                                        | TĚLESNÉ REAKCE                                                        | CHOVÁNÍ                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                  |
| Návštěva manželova spolužáka. Bavili se spolu a já jsem mlčela. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vidí, jak jsem nemožná.</li> <li>• Vláda mě opustí.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Úzkost</li> <li>• Strach</li> </ul> | Napětí svalů<br><br>Sevření hlasivek<br><br>Tlak v žaludku a na hrudi | Strnule jsem seděla.<br>Pak jsem odešla do kuchyně a vařila jim grog.<br>Pak jsem se vymluvila a odešla do ložnice. Tam jsem se rozbřečela. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Měli „svoje“ téma. To, že mlčím, neznamená, že jsem nemožná.</li> <li>• Vláda se pak ke mně choval příjemně.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Přestat se tolik kritizovat. Ocenit Vládkovo příjemné chování po návštěvě.</li> <li>• Příště se můžu Mirka na něco zeptat – třeba co rodina.</li> </ul> |

#### d) Expozice obávaným situacím

Vedle nácviku sociálních dovedností je to další základní metoda léčby sociální fobie. Pustit se do expozice předčasně, dokud ještě neznáte pacientovy sociální dovednosti a dokud si své sociální dovednosti ve skupině neupevnil a neprocvičil, přináší riziko, že pacient určitou sociální situaci skutečně nezvládne a jeho negativní očekávání a sebepojetí se tím ještě upevní. Stejně tak ovšem platí, že i kdyby se pacient v rámci skupiny naučil přiměřeně reagovat na sociální situace a porozuměl svému chování a myšlení v sociálních situacích, jeho život to nijak neovlivní, pokud si své nové dovednosti nevyzkouší „naostro“ v reálných životních situacích.

Tabulka 8.2.4.13: Příklady cvičných expozic

- zeptat se, kolik je hodin
- informovat se na cestu
- usmát se na někoho v metru
- telefonovat cvičným telefonem
- telefonovat na úřad
- rozdávat letáky
- interview na ulici
- oslovit neznámého v autobuse
- vypít čaj před spolupacientem
- najíst se mezi spolupacienty
- najíst se v restauraci se známým
- najíst se v restauraci před cizími
- přednést připravenou přednášku před spolupacienty
- mluvit 15 minut na neznámé téma před spolupacienty
- mluvit 15 minut na neznámé téma s vyrušováním spolupacienty

### • *Expozice ve fantazii*

Pomocí expozice ve fantazii se pacient může připravit na situace, které jej čekají, a přehrát si je v různých variantách. Ve fantazii lze také pacienta exponovat různým katastrofickým variantám, k nimž ve skutečnosti dochází jen velmi zřídka, ale kterých se pacient velice obává – např. jak na schůzce polije svou přítelkyni v restauraci polévkou; jak před skupinou posluchačů nebude schopen vydat ani hlásku ap. Pacientovi dáme za úkol, aby sepsal „katastrofický“ scénář toho, co nejhoršího by se mu mohlo stát, včetně jeho myšlenek a tělesných pocitů a nejhorší možné reakce okolí, a pak mu tento scénář opakovaně předčítáme tak dlouho, až jeho míra úzkosti poklesne, případně až mu tento scénář přestane připadat hrozný a uvědomí si, že může být vnímán např. jako směšný.

**Tabulka 8.2.4.14:** Příklad zaplavení v imaginaci – Martin

Chystám se na konferenci o chemické výrobě. Už předem mám strach, jak to dopadne. Já, student, mám být mezi odborníky. Bude to trapné. Ale škola mě vyslala. Kdybych tam nešel, byla by to také ostuda. Jedu tam vlakem a už je mi na nic. Určitě nenajdu cestu z nádraží, nikdy jsem tam nebyl. Budu se trapně ptát lidí, které neznám. Hlas mi zadrhne. Určitě přijdu pozdě. Strašně nerad chodím pozdě. Vejdu, buší mi srdce je mi na zvracení, nevolno. Všichni se na mě dívají. Říkají si, co je to za mladého člověka, co tady vůbec dělá. Vždyť ještě nic nemůže znát. Vypadá jako student. Všichni si mě přísně měří. Rudnu, srdce mi buší a strašně se potím. Chci pozdravit, ale z hrdla mi vyjde zaskřehotání. Hanbou bych se nejraději propadl. Nějaký přísný muž se mě ptá: „Odkud jste, mladý muži?“ Chci poslušně odpovědět, ale hlas mi úplně vypovídá. Koukám na něj vyděšeně. Hrdlo se sevřelo a nechce pustit ani hlásek. Snažím se vykoktat svoje jméno, nejsem schopen artikulovat. Muž si mě nedůvěřivě prohlíží. „Odkud jste, vy neumíte mluvit, když se vás ptám?“ ptá se podrážděným hlasem. „Podívej, jak civí“, říká další muž, který stojí vedle. „Raději ho nech být, ten není v pořádku.“ I ostatní si mě zvědavě prohlíží. Jsem rudý, pot se mi lije z čela, chce se mi zvracet. Proboha, jen to ne. Až se to dozví pan docent, řekne si, že jsem úplně neschopný. „Není to ten student od docenta Kabeleho?“ ptá se jiný muž. „Volal, že sem posílá nadaného kluka, kterého by chtěl nechat na fakultě!“ Chci to potvrdit, ale v tom se ozve ten první muž: „Ten na to teda nevypadá. Podívej se na něj. Ten neumí napočítat do pěti.“ Přestávají si mě všímat. Stojím tam jako solný sloup, nevím, co mám dělat. Chci odejít, ale uvědomuji si, že mám pro docenta Kabeleho vyzvednout nějakou knihu. U profesora Tervina. Musím se někoho zeptat, který to je. Znovu mě polévá studený pot. To jméno nedokážu vyslovit. Srdce mi bije jako zvon. Znovu přichází nutkání zvracet. Sotva to dokážu udržet. Pot mi stéká po spáncích. Začínají se mi třást ruce. Srdce mi buší v hrdle. Vidím rozmazaně a cítím se jako ve snu. Co to mám vlastně říci? Dávám ruku na rameno muže, který stojí ke mně zády. Nevnímá mě. Zesílím dotek a on se náhle vztekle obrací. „Co to děláš?“ Koktám, že chci mluvit s profesorem Tervinem. Ukazuje mi na muže, který ke mně mluvil jako první. Ten se zároveň ke mně obrací a ptá se: „Vy něco ode mě chcete?“ Vykoktám něco o docentu Kabelem. Jméno knihy jsem zapomněl. Tervin se na mě nedůvěřivě kouká a říká: „Vám žádnou knihu nesvěřím. Ať si pošle někoho jiného“. Mám pocit, že se propadám někam do země. Je mi na omdlení a zároveň cítím nutkání prudce zvracet. Taktak polknu. Tervin se otáčí ke mně zády. Uvažuji, zda mám odejít na záchod, ale nevím, kde je. Zeptat se někoho mám strach.

**Tabulka 8.2.4.15:** Příklad expozice v imaginaci u Kláry

Váš nový přítel Jirka vás pozval na nedělní oběd do rodiny. Jste napjatá – bude tam hodně lidí. Vcházíte do místnosti, všichni se na vás otočí. Představíte se jako Jirkova dívka. Chvilí je u stolu ticho, pak se Jirkův otec, obrátí k vám a řekne: „Řekni nám něco veselého, ať se pobavíme!“ Cítíte, jak vám stoupá adrenalin. Všichni se na vás dívají. Jsou zvědaví, co bude. Cítíte, jak vám chaoticky utíkají myšlenky. Chcete utéct od stolu, ale víte, že to nejde. V krku vám vyschlo a silně se červenáte. Jedno dítě na vás ukáže prstem a vykřikne: „Podívejte, jak je červená!“ Máte v hlavě zmatek. Nic vás nenapadá. Jediné, na co se soustředíte, je bušení srdce a horkost ve tvářích. Všichni se na vás dívají. Očekávají, co řeknete. Ve zmatku vás napadne, že byste mohla říci legrační dětskou říkanku před jídlem. Chcete promluvit, ale hlas z vás nevychází. Z hrdla vám vychází cizí chrčivý zvuk. Nakonec slyšíte, jak změněným hlasem říkáte začátek říkanky. Hlas se silně třese. V pěstě věty zmlknete úplně. Ostatní si vás překvapeně měří. Říkají si, že někoho tak nervózního ještě neviděli. Šeptají si: „Ubohé děvče, je mi jí líto!“ „Chudák Jirka, to si opravdu nemohl hůře vybrat!“ Jedno dítě vykřikne: „Co je jí, mami?“ A matka odpoví: „Hrozně se stydí, broučku!“ Jediné, co můžete dělat, je dívat se do země. Vyhnout se pohledům. Přitom cítíte, jak vás ostatní pozorují. Něco si šeptají. Po celou dobu oběda.

- **Expozice in vivo**

Hierarchie nacvičovaných situací musí být vždy individuální, protože sociální fobie se projevuje velmi různě – pro někoho je mnohem těžší hovořit před skupinou známých, pro jiného zase před skupinou cizích lidí ap. Pacient pak dohodnuté situace nacvičuje mezi sezeními, výsledky si zaznamenává a své zkušenosti pak přináší na další sezení. Před ukončením terapie je třeba zdůraznit, že pokud mají být výsledky dosažené během terapie trvalé, je třeba, aby pacient své sociální dovednosti v sociálních situacích i nadále pravidelně procvičoval a aby celkově změnil svůj způsob života ve smyslu větší společenské aktivity. Podrobný popis komplexního léčebného programu sociální fobie podává Praško et al. (1998).

**Tabulka 8.2.4.16:** Příklad plánování postupné expozice – Mluvit s neznámým člověkem

|                                                                                                                                                                                                                     |                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>PROBLÉM:</b> Mluvit s neznámým člověkem                                                                                                                                                                          |                                         |
| Vyhýbám se mluvení s cizími lidmi, nejsem schopna se zeptat ani kolik je hodin, říci si o cestovní lístek, zeptat se na cestu, sdělit v obchodě, co si chci koupit. Obávám se, že se začnu zadržávat a budu směšná. |                                         |
| <b>CÍL:</b> Naučit se mluvit s cizími lidmi                                                                                                                                                                         |                                         |
| <b>KROKY:</b>                                                                                                                                                                                                       | <b>PŘEDPOKLÁDANÝ<br/>STUPEŇ ÚZKOSTI</b> |
| 1) Vydržet krátký oční kontakt s neznámým člověkem na autobusové zastávce                                                                                                                                           | 60 %                                    |
| 2) Vydržet oční kontakt s úsměvem s neznámými v dopravních prostředcích                                                                                                                                             | 65 %                                    |
| 3) Zeptat se kolik je hodin – starší ženy                                                                                                                                                                           | 67 %                                    |
| 4) Zeptat se na cestu – starší ženy                                                                                                                                                                                 | 68 %                                    |
| 5) Zeptat se kolik je hodin – mladší ženy                                                                                                                                                                           | 70 %                                    |
| 6) Zeptat se na cestu – mladší ženy                                                                                                                                                                                 | 72 %                                    |
| 7) Zeptat se kolik je hodin – muže středního věku                                                                                                                                                                   | 75 %                                    |
| 8) Zeptat se na cestu – muže středního věku                                                                                                                                                                         | 77 %                                    |
| 9) Zeptat se kolik je hodin – mladého muže                                                                                                                                                                          | 80 %                                    |
| 10) Zeptat se na cestu – mladého muže                                                                                                                                                                               | 82 %                                    |
| 11) Začít rozhovor ve vlaku se starší ženou                                                                                                                                                                         | 84 %                                    |
| 12) Začít rozhovor ve vlaku s mužem středního věku                                                                                                                                                                  | 85 %                                    |
| 13) Začít rozhovor ve vlaku s mladíkem                                                                                                                                                                              | 90 %                                    |
| 14) Přisednout v kavárně ke stolu k ženě a krátce si s ní popovídat                                                                                                                                                 | 92 %                                    |
| 15) Přisednout v kavárně k muži a krátce si s ním popovídat                                                                                                                                                         | 95 %                                    |
| 16) Popovídat si s mužem na inzerát o seznámení                                                                                                                                                                     | 100 %                                   |

Řada studií prokázala, že KBT je účinnou léčebnou metodou sociální fobie (Chambless a Hope, 1996), avšak nepodařilo se prokázat, že by některá složka léčebného programu byla účinnější než jiná (např. expozice vs. kognitivní restrukturalizace).

#### e) Behaviorální experimenty

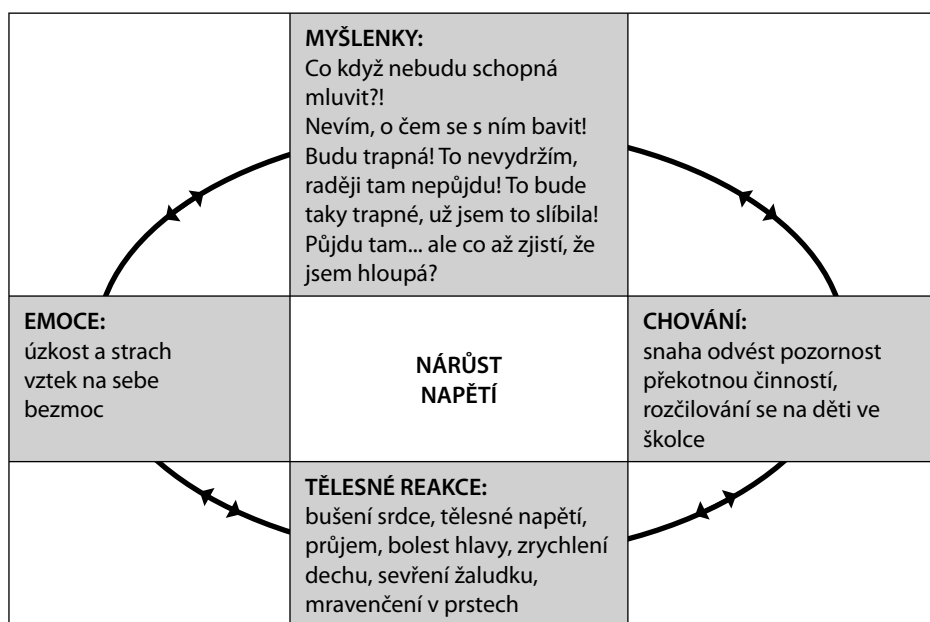
Behaviorální experiment je úkol, který v praxi testuje dysfunkční přesvědčení. Pacient s terapeutem společně plánují určitou sociální situaci, které se pacient vyhýbá nebo se jí obává. Pacient předem předpovídá, jak situace dopadne, jak se v ní bude cítit, jak se bude chovat ap. Experimenty mohou také přímo spočívat v úsilí o změnu neuspokojivé situace nebo v nalezení vhodnějších způsobů reakce v situaci, kterou změnit nelze.

Věrce je 28 let. Je svobodná, bez přítele, dosud se s nikým nedokázala seznámit. Pracuje jako učitelka v mateřské školce. Mezi dětmi se cítí výborně, špatně však snáší všechny situace, při kterých jsou přítomni rodiče dětí (např. vánoční besídky), a rovněž má problémy s hospitacemi ředitelky školky, protože má strach, že „to určitě nezvládne“. Věrka bydlí s rodiči a bratrem. Maminka je před lidmi rovněž nadměrně úzkostná, proto raději

do práce nechodila a byla v domácnosti. Bratr a otec mají z obou legraci, nicméně před sociálními situacemi je chrání.

Nyní je Věrka ve složité situaci. Dochází na večerní skupinu pro lidi se sociální fobií, trochu se už naučila „přerámovat“ svoje úzkostné myšlenky a nacvičila si ve skupině vedení rozhovoru. Nicméně se v tom necítí nijak jistá. Zároveň ji oslovil sympatický mladý muž, se kterým už několik měsíců ráno cestuje v tramvaji, a po rozhovoru ji pozval do kina. Věrka nikdy v kině s žádným mužem nebyla. Dnešní rozhovor byl nejdelší, který s cizím mužem kdy měla. Přesto nedokázala říci ne. Při představě, že bude s tímto „sympaťákem“ v kině, je jí špatně. Cítí pocity na zvracení, má pocit, že jí praskne hlava, chce se jí brečet a nejraději by neexistovala. Na druhé straně ji schůzka strašně láká. Co má dělat, když je tak nemožná a stupidní?

**Tabulka 8.2.4.16:** Věrčin bludný kruh úzkosti – setkání se „sympaťákem“



Věrka si popsala svůj bludný kruh úzkosti v situaci setkání. Nejdříve si zkusila své myšlenky „přerámovat“ v záznamu úzkostných myšlenek. Ovšem moc svým racionálním reakcím nevěřila, protože situace byla před ní a měla tendenci si svoje racionální reakce znovu zpochybnit. Vytrvala však v dalším přerámování a trochu se jí ulevilo.

**Tabulka 8.2.4.17:** Záznam úzkostných myšlenek – setkání se „sympaťákem“

| SITUACE:                                                                                       | MYŠLENKY:                                                                                                                                                                                                                                                                                                | EMOCE:                                      | RACIONÁLNÍ REAKCE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mám se večer setkat a jít do kina s přítažlivým Standou, kterého znám zatím jenom od „vidění“. | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Co když nebudu schopná mluvit?!</li> <li>2. Nevím, o čem se s ním bavít!</li> <li>3. Budu trapná!</li> <li>4. To nevydržím, raději tam nepůjdu! To bude taky trapné, už jsem to slíbila!</li> <li>5. Půjdu tam... ale co až zjistí, že jsem hloupá?</li> </ol> | úzkost a strach<br>vzteky na sebe<br>bezmoc | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A co když ano! Taky on bude něco říkat, není to jenom na mně!</li> <li>2. Zkusím se ho ptát na to, co dělá, co ho baví, a pak řeknu to samé o sobě.</li> <li>3. Možná jo, ale mohu mu říci, že mám trochu trému, on ji bude mít určitě taky.</li> <li>4. Zkusím tam jít, utěct mohu vždycky. Chci tam jít, je mi moc sympatický. Když tam nepůjdu, je to vždy horší, než když tam půjdu, i kdybych byla sebevíce trapná.</li> <li>5. Nejsem hloupá, jen se bojím ztrapnění. Můžu mu o tom říci, jak se bojím, může mi pomoci! Asi se mu líbím, když mě pozval do kina.</li> </ol> |

Z přerámování jí vyplynulo, že by se mohla svému „novému“ příteli svěřit se svojí sociální úzkostí. Pak však váhala, že tím odhalí svoji slabost a on o ni nebude stát, když je „tak neschopná“. Přesto však cítila, že bude „více fér“ a pro ni samotnou „více v pohodě“, když se Standovi se svým problémem svěří. Věrka se to rozhodla udělat jako plánovaný experiment.

**Tabulka 8.2.4.18:** Záznam experimentu – setkání se „sympaťákem“

| Experiment                                                                                                          | Předpoklad – co očekávám, že se stane                                                                     | Možné problémy                                                                                                                                                                       | Způsoby, jak tyto problémy překonat                                                                                                                                                                                         | Výsledek experimentu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Nakolik podpořil výsledek experimentu myšlenku, kterou ověřuji? (0–100 %)                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Svěřím se Standovi se svojí sociální fobií, řeknu, že se nadměrně stydím a nyní chodím kvůli tomu na psychoterapii. | Uleví se mi a on bude brát na moji stydlivost větší ohledy. Budeme si mít o čem povídat a bude to osobní. | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Řekne mi, že o žádného „blázna“ nestojí.</li> <li>2. Bude mě odrazovat od psychoterapie s tím, že to mám raději zvládnout sama.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Řeknu, že nejsem blázen, jenom se nadměrně stydím. Pokud to nepochopí, nestojí mi za to.</li> <li>2. Řeknu, že jsem to už zkoušela, ale s odborným vedením to jde líp.</li> </ol> | Vůbec ze mě blázna nedělal, naopak se velmi zajímal o to, jak to prožívám, i o psychoterapii. Řekl, že se taky trochu stydí a že se půl roku odhodlával, zda mě osloví, cítil se přitom trapně. Je teď rád, že to chápu. Celý večer byl moc hezký, příjemně jsme si popovídali o sobě, pozval mě na další rande. Já se zblázním doopravdy, vypadá to, že budu mít „chlapa“. | Opravdu se mi ulevilo a měli jsme si o čem popovídat a bylo to velmi osobní. Výsledek experimentu podpořil můj předpoklad na 100 %. |



Tento experiment, který Věrka podnikla, podpořil její alternativní myšlenku („Uleví se mi a on bude brát na moji stydlivost větší ohledy. Budeme si mít o čem povídat a bude to osobní!“). Věrka začala svému přerámování více věřit, a navíc se cítila o hodně klidnější.

#### f) Kognitivní restrukturalizace maladaptivních přesvědčení

Pod sebepochybnostmi, nejistotou, strachem ze sociálních interakcí a vyhýbavým chováním leží dysfunkční postoje z dětství, které se pacient naučil většinou ve své primární rodině. Práce se schématy je podrobně popsána v obecné části knihy. Schémata testujeme a pak hledáme akomodovaný postoj, který by byl více adaptivní. Často je přitom potřebné provést také propracování emocionálních stavů, které jsou se schématy spojeny (hraní rolí nebo psaní dopisů rodičům nebo jiným blízkým lidem).

**Tabulka 8.2.4.19:** Příklad práce s dysfunkčním schématem

| <b>Dysfunkční schéma:</b> Když lidé poznají, jaká jsem, budou mnou pohrdat.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>VÝHODY:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>NEVÝHODY:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vždy se snažím dělat věci co nejlépe, být perfektní, oblékat se bezchybně.</li> <li>• Nemám žádné konflikty s druhými lidmi, protože se lidem vyhýbám nebo jim raději přitakám.</li> <li>• Jsem skromná a nenápadná.</li> <li>• Jsem obětavá, pracovitá, dochvilná a přesná.</li> </ul>                                                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vyhýbám se mluvení před lidmi, abych neudělala chybu.</li> <li>• Jsem sama, s nikým se nestýkám.</li> <li>• Nemůžu si najít lepší práci, protože bych musela mluvit s cizími lidmi, kteří by mě mohli „prohlédnout“.</li> <li>• Sama se nudím, nevím co dělat večer, vyčítám si to.</li> <li>• Bojím se říci, co potřebuji.</li> <li>• Bojím se vyjádřit svůj názor, což mi dále snižuje sebevědomí.</li> <li>• Stále si v duchu promítám, jak jsem s kým mluvila nebo se chovala, zda jsem nebyla trapná a směšná, zabírá mi to hodně času a také mě to ponižuje.</li> <li>• Mám velmi nízkou sebedůvěru.</li> </ul> |
| <p><b>Konstruktivnější pohled</b> (modifikace schématu): Když lidé poznají, jaká jsem, někteří mě budou mít rádi a budou o mě stát, jiní možná ne, možná, že někteří mnou budou pohrdat.</p> <p><b>Co by to změnilo v mém životě:</b> Situace však bude lepší než teď, když jsem izolovaná. Mohla bych se stýkat s lidmi, možná si i najít partnera.</p> <p><b>Co se proto musím naučit:</b> Otevřeně sdělovat svoje pocity a názory, vystavovat se mezilidským situacím.</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

#### g) Příprava na budoucnost a prevence relapsu

Na konci terapie přesouváme zaměření terapeutické práce k předcházení relapsům. Prodlužujeme postupně intervaly mezi sezeními. Během nich pracujeme na budoucích potenciálně stresujících událostech. I když jsou problémy jen částečně pravděpodobné, je dobré s pacientem probrat, jak by je řešil. Vedeme ho k používání dovedností, které se během léčby naučil. Na konec se doporučuje tzv. booster (přídavné) sezení po několika měsících.

#### 8.2.4.4.5 Problémy v léčbě sociální fobie

Nejčastějším problémem od počátku je obava z expoziční léčby. Pacienti mohou žádat, abychom je nejdříve zbavili úzkosti a pak budou expozice provádět. Při nadměrném strachu z expozic je nutno hledat méně náročné kroky, které pacienta posílí. První expozice mohou být v doprovodu terapeuta s tím, že expozici udělá nejdříve terapeut ap. Důležité je, aby první cíle byly malé, ale přitom důležité. Pokud má pacient zpočátku neúspěch, může mít problém v terapii pokračovat. Je potřebné proto dát úkol, který má velkou šanci na to, že se podaří. Ideální je, když se úkol povede a ještě v sobě nese odměnu, např. podání komplimentu, kdy pacient vidí, že druhého potěšil nebo mu druhý za to poděkuje.

Pacienti se sociální fobií často negují to, co se jim povedlo. Mají tendenci bagatelizovat nebo diskvalifikovat zjevně zvládnuté expozice (kvůli negativnímu sebeobrazu). Je dobré je předem připravit na to, že tuto tendenci mají, a predikovat již před expozicí, že se může objevit bagatelizace. Pro hodnocení expozice je potřebné najít co nejobjektivnější měřítko, které nejde bagatelizovat (např. počet lidí, které pacient osloví).

Další, zpravidla iatrogenní komplikací, je závislost na benzodiazepinech. Užívání benzodiazepinů je při KBT léčbě kontraproduktivní, protože pacient se nenaucí snášet svoji úzkost při expozicích, úzkost nehabituuje, pacient nevěří, že by bez léků situace zvládl. Pokud chceme, aby psychoterapie byla dlouhodobě účinná, potřebujeme benzodiazepiny vysadit. Ale během vysazování trpí klient abstinenními příznaky, které imitují zhoršení úzkostné poruchy. Upozorníme ho na to, benzodiazepiny vysazujeme velmi pozvolna (o 1/8 dávky za týden), doporučujeme mu v době abstinenních příznaků více sportovat, mít zejména aerobní zátěž.

Zřídka se stane, že pacient na terapeuta reaguje ostražitě nebo agresivně. Většinou je to důsledkem přenosu – je přesvědčen, že terapeut jím pohrdá nebo se mu posmívá. Tato reakce se objeví, když pacient nemá pocit, že terapeut chápe, jak je pro něj sociální úzkost frustrující a bolestná, a nutí ho do expozic, na které se pacient necítí. Přenosovou situaci je potřeba laskavě otevřít, být s pacientem empatický, vysvětlit mu potřebu pokračovat v expozicích, zvážit, zda nejde udělat lehčí mezikrok, a pacienta pak pochválit za to, že byl o tom schopen mluvit.

#### 8.2.4.5 KBT a psychofarmakoterapie u sociální fobie

KBT sociální fobie lze kombinovat s farmakoterapií, zvláště zpočátku a u depresivních pacientů. Jako účinné léky se ukazují antidepresiva, např. moklobemid nebo paroxetin, sertralin. Užívání anxiolytik je riskantní, protože pacienti trpící sociální fobií mají větší sklon ke vzniku závislosti. Cílem terapie by však mělo být, aby byl pacient schopen zvládat běžné sociální situace bez pomoci léků.

#### 8.2.4.6 Kazuistika sociální fobie

Vendule je 22 let, je svobodná, bez partnera. Stěžuje si na strach z celé řady sociálních situací, kterým se proto vyhýbá. Bojí se, že by nevěděla, co říci, červenala se, zadržávala v hlase. Tyto problémy se poprvé objevily už na základní škole. V posledních 3 měsících se

potíže natolik vystupňovaly, že přestala cestovat metrem, protože měla strach, že by tam ostatním lidem byla nápadná, uzavřela se doma a izolovala se od lidí.

**Anamnéza:** V rodině se nikdo psychiatricky neléčil. Vendula netrpěla nikdy žádným závažným nebo handicapujícím onemocněním. Rodiče se rozvedli, když jí bylo 5 let, matka ji pak vychovávala sama, dalšího partnera si nenašla, naopak o mužích mluvila s despektem. Po dceři chtěla, aby se výborně učila, byla milá, hezká, upravená a poddajná. Byla k Vendule velmi kritická, aby ji „vycepovala“. Otce, kterého Vendula na řídkých setkáních obdivovala, matka systematicky pomlouvala a s despektem označovala za slabocha. Vendule často zdůrazňovala, že je po něm. Vzhledem k tomu, že otec měl vždy Vendulu rád a nic po ní za to nechtěl (ani učení, ani krásu, ani poddajnost), má ho i ona ráda, ale za slabocha ho považuje stejně jako matka. Vendula žije stále s matkou, prakticky s nikým jiným se nestýká, dosud nikdy s žádným klukem nechodila, sexuální zkušenosti nemá žádné. Matka jí od dětství opakovala, že „chlapi jsou v tom prasata“ a „nemyslí na nic jiného“. Vendula sice o tom nic neví, protože žádné další poučení nedostala, ale zdá se jí, že vztah mezi mužem a ženou je tak komplikovaná věc, že raději bude sama.

Problémy s komunikací začaly už na prvním stupni základní školy. Vendula se učila dobře, ale při zkoušení před třídou mívala nadměrnou trému. Často se zadrhla, zčervenala a rozbřečela. Učitelé ji tedy zkoušením před třídou raději netrápili, když to nebylo nutné. Písemky psala vždy dobře a pokud byla vyzkoušena v kabinetu, vždy vše uměla velmi dobře. Na druhém stupni to však někteří kantoři tolerovat nechtěli. Zkoušení pak Vendula prožívala jako trauma, červenala se, nebyla schopna ze sebe dostat to, co uměla. Byla pak terčem třídních vtipálků. Proto se snažila zkoušení vyhnout. Vše zachraňovala kvalitním písemným výkonem. Výrazné zhoršení příznaků úzkosti před lidmi se objevilo v pubertě. Neuvědomuje si nějaký náhlý začátek, zjistila, že už není schopna stát před tabulí vůbec, bavít se s více než jedním člověkem najednou, vůbec mluvit s hochy. Začala se vyhybat pohledu z očí do očí. Začala se za to nenávidět. Příznaky postupně narůstaly. Bála se přijímacího pohovoru na střední školu. Díky dobrým známkám však byla přijata bez pohovoru. Na gymnáziu trpěla. Nebyla s to snést zkoušení. Písemky však měla výborné. Matka zasáhla, zašla za ředitelem a profesori začali Vendulu šetřit. Problém však mezitím vzrostl do té míry, že Vendula měla potíže bavit se se spolužáky o přestávkách, postupně se izolovala od bývalých kamarádek, mimo školu a rodinu se s lidmi úplně přestala stýkat. Maturitu však zvládla dobře, i když ji prožívala jako utrpení. Matka sehnala nějaké léky, se kterými to nakonec přežít šlo. Pak se pokoušela o studium na přírodovědecké fakultě. Dostala se tam snadno (měla výborný prospěch). Strach před zkoušením však vedl k tomu, že studia zanechala. Pak krátce pracovala jako sekretářka, nedokázala však psát na diktát, byla přitom nervózní a dělala překlepy, bušilo jí srdce. Práci vzdala a zůstala doma. Myslela si, že si chvíli oddechne a pak najde místo. Už přes rok však místo nehledá. Není ani evidovaná na úřadu práce jako nezaměstnaná, protože tam nedokáže zajít a mluvit s neznámými lidmi, není schopna zatelefonovat na žádné místo ani se jít o práci ucházet, protože tréma se změnila v hrůzu z kontaktu s lidmi vůbec. V posledních 3 měsících už také přestala cestovat dopravními prostředky – má hrůzu, že lidé se na ni budou dívat, ona se bude červenat a naprosto se znemožní. V současnosti s nikým kromě matky nepromluví, je zavřená ve svém pokoji, na ulici nevychází, protože má strach, že bude vypadat trapně.

**Předchozí léčba:** Zkoušela krátce docházet do psychoterapeutické skupiny, nevydržela však sezení v kruhu, nebyla tam schopna sdělit ani slovo, musela utéct. Celkem se pokusila jít na skupinu 4krát, opakovaně to dopadlo stejně. Léčbě ve skupinovém formátu nedůvěřuje, obává se, že to nemůže vydržet. Z medikace užívala v psychiatrické ambulanci dosulepin, klonazepam a alprazolam, přičemž dosulepin neměl po půl roce žádný podstatný efekt, takže ho vysadila, po klonazepamu a alprazolamu se cítila klidnější, když se však dověděla, že na tyto léky vzniká závislost, raději si je vysadila.

**Při vyšetření:** Vendula není schopna podívat se do očí, úporně hledí do země, z nervozity grimasuje v obličeji, tělo má skloněné, ruce svírá mezi kolena, je plna úzkostí a strachu. Chce za 5 minut po začátku rozhovoru odejít, nemůže už vydržet napětí v situaci s cizím člověkem. Na konci prvního pohovoru lékař slečně Vendule vysvětlil, co se podílelo a podílí na vzniku její sociální fobie a co ji nyní může udržovat.

**Faktory zvyšující citlivost ke stresu:** Vendula jako dítě zažívala silnou úzkost v době hádek rodičů. Byla „cepovaná“ a matkou označovaná za „slabocha“. Vendula si zvnitřnila nadměrně vysoké požadavky na sebe stejně jako přesvědčení, že je nikdy nemůže zvládnout. Z toho vyvodila, že její běžné chování je pro ostatní nepřijatelné, slabošské, ubohé a k smíchu.

**Provokující faktory:** Sociální fobie se rozvinula už na základní škole. Opakované zážitky zkoušení před třídou, kdy zčervenala a nebyla schopna mluvit ji utvrdily v tom, že je „nemožná“.

**Udržovací faktory:** Nejdůležitějším udržovacím faktorem od základní školy je vyhýbavé chování. Vyhýbání se zkoušení před tabulí, pohledu z očí do očí, rozhovorům s hochy, autoritami, bavení se se spolužáky o přestávkách, odchod z práce – to vše vede na jedné straně k úlevě, na druhé straně se odvaha a dovednost komunikovat s lidmi nemůže vytvořit, Vendula se vůči svému strachu nemůže otužit (habituovat). Dalším faktorem, který souvisí s udržováním sociální fobie, jsou její kognitivní procesy. Vendula se stále odsuzuje, odmítá, říká sama sobě, jak je nemožná, k ničemu, jaký je slaboch. Dále si sama říká, že druzí ji určitě podceňují. Vlastní předpoklad o sobě projikuje na ostatní. Není schopna od ostatních (nyní jen od matky, protože s nikým jiným nemluví) přijmout žádné kladné hodnocení ani posílení, protože ho okamžitě bagatelizuje (říkají to, protože mě jako slabocha litují, není to pravda).

**Terapie:** Vendula byla přijata do denního sanatoria. Léčena byla kombinací kognitivně behaviorální terapie a farmakoterapie moklobemidem. Na počátku jí byl vysvětlen kognitivně behaviorální model sociální fobie na jejích příznacích. Nejtěžší je pro ni vydržet sedět ve skupině lidí. Od počátku má „zaječí úmysly“, každý den musí sama sebe přesvědčovat, aby neutekla. Pomáhá jí podpora terapeuta, se kterým už komunikovat může. Vní má ho podobně jako otce, který ji vždy posiloval a pomáhal jí. Zpočátku s ostatními komunikuje minimálně a komunikace je jen skrze terapeuta, který posiluje i nejmenší pokrok. Ze skupiny, ve které jsou lidé se stejnými problémy, musí často odcházet, aby vůbec vydržela napětí. Chce také léčbu přerušit, protože „se to nikdy nenaučí“. Postupně se však adaptuje. Již po dvou týdnech je schopna mluvit vždy zvlášť s jedním člověkem. Ve skupině však mlčí a trpí. Po 4. týdnu se pomocí plánovaných expozic (vystavení se postupně tomu, čeho se bojí podle seznamu od lehčího k těžšímu, nejdříve čte před skupinou krát-

ký text, pak čte a vypráví, pak jenom vypráví, následně mluví před skupinou na téma, které od skupiny dostává) se zlepšuje i komunikace ve skupině. Má však ještě tendence si radost z úspěchu ihned sama znehodnotit. Zpětně sděluje, že říkala „blbosti a trapnosti“. Důraz je pak kladen na plánování odměn, které si sama dá, pokud do situace půjde. Po dalších 14 dnech následuje průlom – Vendula začíná být aktivnější, zvládá i samostatné vstupy ve skupině, je schopna přehrát i scénky v komunikačním nácviku. Po 6 týdnech docházky je propuštěna. Cítí se výrazně zlepšená, Nicméně generalizace mimo známou skupinu lidí na oddělení není zatím dostatečná. Dokáže už sice oslovit neznámého člověka na ulici a říci si mu o vysvětlení cesty, dojít si na úřad, na poštu nebo na informace a promluvit tam s úředníkem, mluvit s prodavačkou v obchodě, protože to vše již během docházky nacvičila. Řadu situací z formální komunikace již zvládá beze strachu, ale neformální komunikaci s vrstevníky, jako je např. popovídat si v kavárně, na výletě, jít na diskotéku a bavit se tam, na to ještě odvahy nemá. Stejně zatím nemá odvahy na přijímací pohovor do práce – tam je přesvědčena, že je nemožná a oni to na ní poznají. Veronika dále pokračuje v plánovaných expozicích ambulantní formou. Velmi dobře spolupracuje, resp. dělá dohodnuté domácí úkoly. Kromě expoziční terapie pracuje na kognitivní restrukturalizaci pohledu na sebe. Stále více si ujasňuje, že není až tak nemožná, jak si sama říká, naopak, dost věcí umí a dokáže udělat. Pod terapeutickým vedením pak píše dopis matce (který se neodesílá), ve kterém vyjadřuje vše, co matce nedokázala nikdy říci. Při čtení dopisu zažívá nejdříve silný hněv na matku, s jeho vyjádřením pak silnou úlevu. Ujasňuje si, že věty „jsi slaboch a nikdy nic nedokážeš“, jsou fráze, které jí matka říkala a které už nemusí sama sobě opakovat. Pak píše dopis „malé mamince“, ve kterém se vcítuje do potřeb matky od dětství až do dospělosti. Začíná rozumět tomu, proč se k ní matka chovala natolik kriticky a přitom ji tolik svazovala a potřebovala. Tento dopis a jeho čtení jí pomáhá najít k matce rovnocenný a zároveň laskavý vztah. Stav se rychle zlepšuje i v mimoterapeutickém prostředí. Po 10 týdnech od počátku léčby je již schopna chodit na Úřad práce i na pohovory na místa, kde se uchází o práci. Po 14 týdnech od počátku léčby již našla práci a začala pracovat v administrativě. Nyní (za půl roku poté) je pracovně celkem dobře adaptovaná, dvoří se jí spolupracovníci, je schopna s nimi chodit na obědy a nemít z toho hrůzu. Zatím však s nikým nechodí.

#### 8.2.4.7 Závěr

Sociální fobie patří mezi nejčastější psychické poruchy. Většinou postiženého handicapuje od dětství nebo od puberty. Řada postižených se domnívá, že jde o jejich povahový rys. O léčbu se tedy vůbec neucházejí. Setkání s psychiatrem, psychologem či jiným psychoterapeutem je situace, ze které mají strach. Léčbou volby je skupinová kognitivně behaviorální terapie nebo léčba antidepressivy. KBT učí pacienta sociálním dovednostem a postupně krok ze krokem jej vede k vystavení se obávaným situacím. Zpravidla probíhá ve skupině a trvá 6 týdnů při každodenní docházce, nebo 4–6 měsíců při frekvenci skupin 1krát týdně. Řada studií prokázala, že KBT je účinnou léčebnou metodou sociální fobie, avšak nepodařilo se prokázat, že by některá složka léčebného programu byla účinnější než jiná (např. expozice vs. kognitivní restrukturalizace).

## 8.2.4.8 Literatura

1. AL-KUBAISY, T., MARKS, I. M., LOGSDAIL, S. et al.: *Role of exposure homework in phobia reduction: a controlled study*. Behavioral Therapy, 1992, č. 23, s. 599–621.
2. ALSTRÖM, J. E., NORDLUND, C. L., PERSSON, G. et al.: *Effects of four treatment methods on social phobic patients not suitable for insight-oriented psychotherapy*. Acta Psychiatr. Scand., 1984, č. 70, s. 97–110.
3. AMIR, N., FOA, E. B., COLES, M. E.: *Negative interpretation bias in social phobia*. Behav. Res. Ther., 1998, č. 36, s. 945–957.
4. AMIR, N., COLES, M. E., BRIGIDI, B. et al.: *The effect of practice on recall of emotional information in individuals with generalized social phobia*. J. Abnorm. Psychol., 2001, č. 110, s. 76–82.
5. BUTLER, G.: *Exposure as a treatment for social phobia: some instructive difficulties*. Behav. Res. Ther., 1985, č. 23, s. 651–657.
6. BUTLER, G., CULLINGTON, A., MUNBY, M. et al.: *Exposure and anxiety management in the treatment of social phobia*. J. Consult. Clin. Psychol., 1984, č. 52, s. 642–650.
7. BUTLER, G., HACKMANN, A.: *Social anxiety*. In: Bennett-Lewy et al. (eds.): *Oxford Guide to Behavioral Experiments in Cognitive Therapy*. Oxford: Oxford University Press, 2004, 141–159.
8. CHARTIER, M. J., WALKER, J. R., STEIN, M. B.: *Social phobia and potential childhood risk factors in a community sample*. Psychol. Med., 2001, č. 31, s. 307–315.
9. CLARK, D. M., WELLS, A.: *A cognitive model of social phobia*. In: Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., Schneier, I.: *Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment*. New York: Guilford Press, 1995, s. 69–93.
10. DIGIUSEPPE, R., MCGOWAN, L., SUTTON-SIMON, K. et al.: *A comparative outcome study of four cognitive therapies in the treatment of social anxiety*. J. Rat-Emot. Cog. Beh. Ther., 1990, č. 8, s. 129–146.
11. EMMELKAMP, P. M., MERCH, P. P., VISSIA, E. et al.: *Social phobia: a comparative evaluation of cognitive and behavioral intervention*. Behav. Res. Ther., 1985, č. 23, s. 365–369.
12. FALLON, I. R., LLOYD, G. G., HARPIN, R. E.: *The treatment of social phobia. Real-life rehearsal with nonprofessional therapists*. J. Nerv. Ment. Dis., 1981, č. 169, s. 180–184.
13. FAVA, G. A., GRANDI, S., CANESTRARI, R.: *Treatment of social phobia by homework exposure*. Psychother. Psychosom., 1989, č. 52, s. 209–213.
14. FESKE, U., CHAMBLESS, D. L.: *Cognitive-behavioral versus exposure treatment for social phobia: meta-analysis*. Behavior Ther., 1995, č. 26, s. 695–720.
15. GABBARD, G. O.: *Psychodynamic of panic disorder and social phobia*. Bull. Menninger. Clin., 1992, č. 52, s. A3–A13.
16. GOULD, R. A., BUCKMISTER, S., POLLACK, M. H. et al.: *Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: a meta-analysis*. Clinical Psychology: Science and Practice, 1997, č. 4, s. 291–306.
17. HACKMANN, A., CLARK, D. M., MCMANUS, F.: *Recurrent images and early memories in social phobia*. Behaviour Research and Therapy, 2000, č. 38, s. 601–610.

18. HAYES, S. N.: *Design of intervention programs*. In: Nelson, R. O., Hayes, S. N. (eds.): *Conceptual Foundations of Behavioral Assessment*. New York: Pergamon, 1984, s. 386–423.
19. HEIMBERG, R. G., JUSTER, H. R.: *Cognitive-behavioral treatments: literature review*. In: Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A. (eds.): *Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment*. New York: Guilford Press, 1995, s. 261–306.
20. HEIMBERG, R. G., DODGE, C. S., HOPE, D. A. et al.: *Cognitive-behavioral group treatment of social phobia: comparison to a credible placebo control*. *Cognitive Therapy and Research*, 1990, č. 14, s. 1–23.
21. HEIMBERG, R. G., SALZMAN, D. G., HOLT, C. S. et al.: *Cognitive-behavioral group treatment of social phobia: effectiveness at five-year follow up*. *Cognitive Therapy and Research*, 1993, č. 17, s. 325–339.
22. HEIMBERG, R. G., LIEBOWITZ, M. R., HOPE, D. A. et al.: *Cognitive-behavioral group therapy versus phenelzine in social phobia: 12-week outcome*. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1998, č. 55, s. 1133–1141.
23. HOPE, D. A., HEIMBERG, R. G., BRUCH, M. A.: *Dismantling cognitive-behavioral group therapy for social phobia*. *Behav. Res. Ther.*, 1995, č. 33, s. 637–650.
24. HUDSON, J., RAPEE, R.: *The origins of social phobia*. *Behav. Modif.*, 2000, č. 24, s. 102–129.
25. JERREMALM, A., JANSSON, L., ÖST, L. G.: *Cognitive and physiological reactivity and the effects of different behavioral methods in the treatment of social phobia*. *Behav. Res. Ther.*, 1986, č. 24, s. 171–180.
26. KANTER, N. J., GOLDFRIED, M. R.: *Relative effectiveness of rational restructuring and self-control desensitization in the reduction of interpersonal anxiety*. *Behav. Res.*, 1979, č. 10, s. 472–490.
27. KENDLER, K. S., NEALE, M. C., KESSLER, R. C. et al.: *The genetic epidemiology of phobias in women: the interrelationship of agoraphobia, social phobia, situational phobia, and simple phobia*. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1992, č. 49, s. 273–281.
28. KESSLER, R. C., STANG, P., WITTCHEN, H. U. et al.: *Lifetime co-morbidities between social phobia and mood disorders in the US National Comorbidity Survey*. *Psychol. Med.*, 1999, č. 29, s. 555–567.
29. LIEB, R., WITTCHEN, H. U., HOFER, M. et al.: *Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring: a prospective-longitudinal community study*. *Arch. Gen. Psychiatry*, 2000, č. 57, s. 859–866.
30. LIEBOWITZ, M. R., HEIMBERG, R. G., SCHNEIER, R. F. et al.: *Cognitive-behavioral group therapy versus phenelzine in social phobia: long-term outcome*. *Depress. Anxiety*, 1999, č. 10, s. 89–98.
31. LUCAS, R. A., TELCH, M. J.: *Group versus individual treatment of social phobia*. Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavioral Therapy. Atlanta: November 1993.
32. LUCOCK, M. P., SALKOVSKIS, P. M.: *Cognitive factors in social anxiety and its treatment*. *Behav. Res. Ther.*, 1988, č. 26, s. 297–302.

33. MAGEE, W. J., EATON, W. W., WITTCHEN, H. U. et al.: *Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey*. Arch. Gen. Psychiatry, 1996, č. 53, s. 159–168.
34. MEICHENBAUM, D.: *Stress Inoculation Training*. New York: Pergamon, 1985.
35. MARZILLIER, J. S., LAMBERT, C., KELLET, J.: *A controlled evaluation of systematic desensitization and social skills training for socially inadequate psychiatric patients*. Behav. Res. Ther., 1976, č. 14, s. 225–238.
36. MATTICK, R. P., PETERS, L.: *Treatment of severe social phobia: effects of guided exposure with and without cognitive restructuring*. J. Consult. Clin. Psychol., 1988, č. 56, s. 251–260.
37. MATTICK, R. P., PETERS, L., CLARKE, J. C.: *Exposure and cognitive restructuring for social phobia: a controlled study*. Behavior Ther., 1989, č. 20, s. 3–23.
38. MERSCH, P. P. A., EMMELKAMP, P. M. G., BÖGELS, S. M. et al.: *Social phobia: individual response patterns and the effects of behavioral and cognitive intervention*. Behav. Res. Ther., 1989, č. 27, s. 421–434.
39. ÖST, L. G.: *Age of onset of different phobias*. J. Abnormal. Psychol., 1987, č. 96, s. 223–229.
40. ÖST, L. G., JERREMALM, A., JOHANSSON, J.: *Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of social phobia*. Behav. Res. Ther., 1981, č. 19, s. 1–16.
41. PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H., KOSOVÁ, J. et al.: *Máte nepřiměřený strach ze sociálních situací?* Praha: Psychiatrické centrum 1996, Zprávy č. 141, 40 s.
42. PRAŠKO, J., KOSOVÁ, J., PAŠKOVÁ, B. et al.: *Sociální fobie a její léčba*. Příručka pro vedení terapie. Praha, Psychiatrické centrum 1998, Zprávy č. 147.
43. PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H.: *Trápí vás nadměrný stud aneb jak překonat sociální fobii*. Praha: Grada, 1999.
44. PRAŠKO, J., KOSOVÁ, J., PAŠKOVÁ, B. et al.: *Farmakoterapie a psychoterapie v léčbě sociální fobie z pohledu dvouletého katamnestického sledování*. Závěrečná zpráva grantu IGA MZ ČR 3703–4, 2000, 18 s.
45. PRAŠKO, J., KOSOVÁ, J., PAŠKOVÁ, B. et al.: *Farmakoterapie versus KBT v léčbě sociální fobie – kontrolovaná studie s dvouletou katamnézou*. Česká a slovenská psychiatrie, 2003, č. 99 (Suppl. 2), s. 106–108.
46. ROTH, D., ANTONY, M. M., SWINSON, R. P.: *Interpretation for anxiety symptoms in social phobia*. Behav. Res. Ther., 2001, č. 39, s. 129–138.
47. SCHNEIER, F. R., MARSHALL, R. D., STREET, L. et al.: *Social phobia and specific phobias*. In: Gabbard, G. O., Atkinson, S. D. (eds.): *Synopsis of Treatments of Psychiatric Disorder*, 2nd edition. Washington: American Psychiatric Press, 1996, s. 617–625.
48. SCHOLING, A., EMMELKAMP, P. M. G.: *Cognitive and behavioural treatments of fear of blushing, sweating, or trembling*. Behav. Res. Ther., 1993, č. 31, s. 155–170.
49. SCHOLING, A., EMMELKAMP, P. M. G.: *Exposure with and without cognitive therapy for generalized social phobia: effects of individual and group treatment*. Behav. Res. Ther., 1993, č. 31, s. 667–681.



50. SCHOLING, A., EMMELKAMP, P. M. G.: *Treatment of fear of blushing, sweating, or trembling: results at long-term follow up*. Behav. Modif., 1996, č. 20, s. 338–356.
51. SCHOLING, A., EMMELKAMP, P. M. G.: *Treatments of generalized social phobia: results at long-term follow up*. Behav. Res. Ther., 1996, č. 34, s. 447–452.
52. STRAVYNSKI, A., MARKS, I., YULE, W.: *Social skills problems in neurotic outpatients: social skills training with and without cognitive modification*. Arch. Gen. Psychiatry, 1982, č. 39, s. 1378–1385.
53. STEMBERGER, R. T., TURNER, S. M., BEIDEL, D. C. et al.: *Social phobia: an analysis of possible developmental factors*. J. Abnormal Psychol., 1995, č. 104, s. 526–531.
54. STEIN, M. B., LESLIE, W. D.: *A brain single proton emission computed tomography (SPECT) study of generalized social phobia*. Biol. Psychiatry, 1996, č. 39, s. 825–828.
55. STOPA, L., CLARK, D. M.: *Social phobia and interpretation of social events*. Behav. Res. Ther., 2000, č. 38, s. 273–283.
56. TAYLOR, S., WOODY, S., KOCH, W. et al.: *Cognitive restructuring in the treatment of social phobia: efficacy and mode of action*. Behav. Modif., 1997, č. 21, s. 487–511.
57. TAYLOR, S.: *Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia*. J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry, 1996, č. 27, s. 1–9.
58. TROWER, P., YARDLEY, K., BRYANT, B. et al.: *The treatment of social failure: a comparison of anxiety reduction and skills acquisition procedures on two social problems*. Behav. Modif., 1978, č. 2, s. 41–60.
59. TURNER, S. M., BEIDEL, D. C., COOLEY, M. R. et al.: *A multi-component behavioral treatment for social phobia: social effectiveness therapy*. Behav. Res. Ther., 1994, č. 32, s. 381–390.
60. TURNER, S. M., BEIDEL, D. C., JACOB, R. G.: *Social phobia: a comparison of behavioral therapy and atenolol*. J. Consult. Clin. Psychol., 1994, č. 62, s. 350–358.
61. TURNER, S. M., BEIDEL, D. C., COOLEY-QUILLE, M. R.: *Two-year follow-up of social phobics treated with social effectiveness therapy*. Behav. Res. Ther., 1995, č. 33, s. 553–555.
62. WLAZLO, Z., SCHROEDER-HARTWIG, K., HAND, I. et al.: *Exposure in vivo vs. social skills training for social phobia: long-term outcome and differential effects*. Behav. Res. Ther., 1990, č. 28, s. 181–193.

## 8.2.5 Specifické fobie

Hana Prašková, Ján Praško

### 8.2.5.1 Základní údaje o specifických fobiích

Jako *specifickou fobii* označujeme iracionální strach z určitého konkrétního objektu nebo situace. Strach je obvykle omezen na tuto situaci nebo objekt a postižený netrpí příznaky úzkosti, pokud se nesetká nebo se neobává setkání s předmětem fobie. Specifické (izolované) fobie jsou tedy omezeny na vysoce specifické situace, např. blízkost určitých zvířat, výšku, bouřku, tmu, letadlo, uzavřené prostory, močení nebo defekaci na veřejných záchodcích, požívání určitých jídel, návštěvu zubního lékaře, pohled na krev nebo zranění, strach z určitých nemocí. Obvyklými modernějšími objekty fobií z nemoci jsou nemoc ze záření a pohlavní nemoci, v poslední době AIDS. I když je spouštěcí situace nenápadná, může její přítomnost vyvolat paniku jako u agorafobie nebo sociální fobie. Můžeme rozeznat tři důležité komponenty:

- anticipační úzkost, která znemožňuje nebo omezuje možnost konfrontace s fobickým podnětem,
- jádrový strach samotný,
- vyhýbavé chování, kterým se snaží postižení úzkost minimalizovat.

#### 8.2.5.1.1 Klinické projevy specifických fobií

Fobickou úzkost nelze subjektivně, fyziologicky ani v chování rozlišit do jiných typů úzkosti a může se co do závažnosti pohybovat od mírného pocitu nepohody až k děsu. Pacientův zájem se může soustředit na jednotlivé symptomy, např. palpitace nebo pocity na omdlení, a často se přidružuje sekundární strach ze smrti, ze ztráty sebekontroly nebo ze „zbláznění se“. Úzkost se nezmírňuje, i když si osoba uvědomuje, že ostatní nepokládají danou situaci za nebezpečnou nebo hroživou. Pouhé pomyšlení subjektu, že se dostane do kontaktu s předmětem fobie, vyvolá obvykle anticipační úzkost.

Historicky byly fobie klasifikovány podle označení objektu fobie, takže vznikla velmi exotická nomenklatura: např. zoofobie (strach ze zvířat), entomofobie (strach z hmyzu), nyktofobie (strach ze tmy), arachnofobie (strach z pavouků), anthrofobie (strach z květin), ailurofobie (strach z koček), ornitofobie (strach z ptáků), klaustrofobie (strach z uzavřených prostorů), gefyrofobie (strach z mostů), aichmofobie (strach z ostrých předmětů), brontofobie (strach z hromu) a ophidofobie (strach z hadů). Ať už je zdroj strachu jakýkoliv, tento stav se skládá ze tří složek: typických tělesných příznaků úzkosti, anticipačních obavných myšlenek a vyhýbání se podnětu, který vyvolává strach. Moderní pojetí rozděluje (APA 2000) specifické fobie do subtypů na:

- přírodní (např. bouřka, voda, výšky),
- ze zvířat (např. bodavý hmyz, psi),
- z injekcí, krve a zranění,

- z určitých míst (např. být v letadle, autě, výtahu, na mostě, uzavřeném prostoru),
- jiné (např. ze zvracení, zakuckání se, z nemoci, hlasitých zvuků).

Validita tohoto rozdělení byla potvrzena daty ze studií, ukazujících, že se tyto subtypy liší věkem počátku, rodinným výskytem a fyziologickými reakcemi na fobické podněty (Curtis a Thyer, 1983, Fyer et al., 1990, Himle et al., 1991, Öst, 1987). Ovšem nedávná studie zjistila, že specifická fobie není příliš specifická, až u 68 % postižených lze zjistit nejméně dva subtypy (Hofmann et al., 1997).

#### 8.2.5.1.2 Diagnóza specifických fobií

Specifická fobie se projevuje strachem z ohraničených objektů, situací nebo aktivit. Obvykle nejde o přímý strach z objektů, situací nebo aktivit, ale strach z přímých důsledků, které se podle pacientova přesvědčení objeví po kontaktu s takovým objektem, situací nebo aktivitou. Tyto strachy jsou přehnané, nerealistické a natolik pevné, že ubezpečení, že se není čeho bát, strach není schopno zmírnit, přestože postižený uznává, že jeho obava je přehnaná.

**Tabulka 8.2.5.1:** Diagnostická kritéria MKN-10 pro specifické (izolované) fobie (1996)

- A. Musí být přítomen jeden z následujících znaků:
- 1) výrazný strach ze specifických věcí nebo situací, které nejsou zahrnuty v agorafobii nebo v sociální fobii,
  - 2) zřetelné vyhýbání se specifickým věcem nebo situacím, které nejsou zahrnuty v agorafobii nebo v sociální fobii
- Mezi nejčastější věci a situace patří zvířata, ptáci, hmyz, výšky, hrom, létání, malé uzavřené prostory, pohled na krev nebo zranění, injekce, návštěva u zubního lékaře a nemocnice.
- B. Příznaky úzkosti v obávaných situacích, jak jsou definovány pod F40.0, kritérium B, se musí od začátku poruchy občas projevit.
- C. Závažná emoční úzkost je vyvolána příznaky nebo vyhýbáním se těmto příznakům a jedinec si je vědom, že tyto jsou přehnané a nesmyslné.
- D. Příznaky se omezují na obávanou situaci nebo na její očekávání.

Pokud je to žádoucí, mohou být specifické fobie dále rozděleny na:

- fobie ze zvířat (např. hmyzu, psů),
- fobie z přírodních živlů (např. bouřek, vody),
- fobie z krve, injekce a zranění,
- fobie z určitých míst (např. výtahů, tunelů),
- jiné typy fobií.

#### 8.2.5.1.3 Epidemiologie specifických fobií

Jedná se o nejčastější úzkostnou poruchu vůbec. Během života postihuje kolem 11,3 % populace (Regier et al., 1988, Eaton et al., 1991, Kessler et al., 1994, Magee et al., 1996). Je častější u žen než u mužů (15,5 % vs. 7,8 %). Většina postižených však nevyhledá léčbu, protože intenzita jejich potíží neovlivňuje významněji jejich život. Specifická fobie vzniká obvykle v dětství nebo rané dospělosti, a pokud se

neléčí, může přetrvávat desítky let. Průměrný věk počátku je 15 let (Regier et al., 1988). Věk počátku však může být velmi odlišný u jednotlivých subtypů specifické fobie. Marks (1969) zjistil, že průměrný věk počátku fobie ze zvířat je 4,4 roku, zatímco u situačních fobií 22,7 roku. Závažnost následného omezení záleží na tom, jak úspěšně je pacient schopen vyhýbat se fobickým situacím. Relativně málo lidí trpících specifickou fobií vyhledává léčbu (Magee et al., 1996). To proto, že řada postižených vnímá svoji fobii jako samozřejmou, „normální“ součást své osobnosti. Navíc, řadě fobických situací se lze v každodenním životě snadno vyhnout (např. vyhledáním cest, kde nepotká psa). Bez konfrontace s fobickým podnětem jsou lidé trpící specifickou fobií zpravidla bez jakýchkoliv příznaků (Butler, 1989). Ovšem při vážnějším průběhu může specifická fobie výrazně omezit život (Pegeron a Thyer, 1986).

#### 8.2.5.1.4 Etiopatogenetické faktory u specifických fobií

Hypotézy o původu fobií jsou výsledkem integrace etologických a biologických přístupů a teorie učení. Fyer et al. (1990) našel vysokou *rodinnou zátěž* pro specifické fobie, s přibližně trojnásobným rizikem pro příbuzné prvního stupně postižených osob. Jedna studie dvojčat Skre et al. (1993) však nepodpořila genetickou komponentu u specifické fobie. Ovšem v jiné studii fobií u dvojčat Kendler a jeho skupina zjistili familiární agregaci fobií přičítanou genetickým faktorům s mírnou heritabilitou 30–40 % v závislosti na konkrétní fobii (Kendler et al., 1992).

*Evaluční perspektiva* je podpořena všeobecnou rozšířeností fobií u různých druhů živočichů a v různých lidských kulturách. To ukazuje na evoluční význam. Např. fobie z výšek, z hadů, krys, hmyzu, tmy, cizinců, uzavřených prostor i velkých otevřených prostranství může mít velký význam pro přežití (Lorenz, 1966). Podle tohoto pohledu jsou jedinci vrozeně predisponováni ke strachu z určitých podnětů, které znamenaly ohrožení v primitivním prostředí (Seligman, 1971).

*Neurobiologie* specifických fobií nebyla zatím dostatečně studována. Dvě studie zkoušely reakci na inhalaci CO<sub>2</sub>; nebyly zjištěny rozdíly mezi jedinci s fobií a kontrolami (Antony et al., 1997, Verburg et al., 1994). Zobrazovací metody byly u specifické fobie užity velmi málo a jejich výsledky jsou nejednotné. Jedna studie ukázala negativní nálezy během expozice fobickým podnětům (Mountz et al., 1989), zatímco další dvě ukázaly aktivaci vizuálního asociativního kortexu (Fredrikson et al., 1993) a somatosenzorického kortexu (Rauch et al., 1995), což by mohlo znamenat, že vizuální a taktilní představa je jednou z komponent fobické reakce.

*Mozkové okruhy* zprostředkující podmíněný strach jsou nyní často připomínány jako ústřední v patogenezi úzkostných poruch, včetně specifické fobie, i když výzkumných dat je zatím málo. Takový model je přitažlivý zejména tím, že bere v úvahu velmi rychlé strachové reakce na podmíněný podnět bez hippokampální nebo kortikálně založené zkušenosti nebo paměti, proč tento strach vzniká. Studie vystavující osoby se sociální fobií maskovaným podnětům (např. velmi rychlým podnětům, které jsou vnímány pouze implicitně), přinesly částečnou podporu tvrzení, že fobické podněty, dokonce i když nejsou vědomě registrovány, mohou

spustit subjektivní nebo objektivně měřitelné projevy strachové reakce (Ohman a Soares, 1994, Van Den Hout et al., 1997).

*Klasická psychodynamická formulace fobií* předpokládá, že jde o kompromisní formaci vyplývající z projekce, přesunutí a vyhnutí se zakázaným a úzkost provokujícím sexuálním nebo agresivním přáním. V genetickém modelu psychoanalýzy se spojuje vznik fobie s oidipovskou fází, protože přání a zákazy v této fázi přímo vybízejí k ambivalentním konfliktům. Podle Freuda incestní sexuální přání vedou k úzkosti z odvety druhého rodiče a kastrace. Rodičovské chování může tyto ambivalence podporovat. Svoji představu Freud demonstroval na případě malého Hanse, který se bál koní (Freud, 1955). Kůň v tomto případě byl symbolem trestajícího (kastrujícího otce). Obranný mechanismus potlačení typicky člověka chrání v této situaci před zážitkem úzkosti. Pokud je potlačení nedostatečné, ego musí použít další obranný mechanismus. U fobií Freud předpokládal přenesení afektu na méně významné objekty nebo situace (jako je např. pes či jiné zvíře), které postižený použije k symbolizaci původního zdroje strachu. Z nejistoty dochází k těsné vazbě na rodiče (většinou matku) a pozdějším potížím při autonomním vývoji. Silná vazba na jednoho rodiče pak vede ke strachu konfrontovat se s určitými situacemi, které zvládají zralí dospělí.

*Teorie učení a KBT modely* viz níže v podkapitole 8.2.5.2 KBT pohled.

**8.2.5.1.5 Diferenciální diagnóza a komorbidita u specifických fobií**  
Přehnané strachy a vyhýbavé chování se objevují u celé řady psychických poruch. Diagnóza specifické fobie je na místě pouze tehdy, když jedna nebo více fobií jsou dominantní v obraze poruchy a vedou k významnému stresu pro postiženého, ale nejsou výsledkem jiné psychické poruchy.

- V první řadě potřebujeme odlišit specifickou fobii od *agorafobie* a *sociální fobie*. Úzkost u specifické fobie je vázaná na určitý konkrétní objekt a v jiných situacích se neobjevuje. Jak agorafobie, tak sociální fobie jsou zpravidla generalizovány přes celou řadu situací. Někdy je obtížnější odlišit specifickou fobii z létání od agorafobie. Ve výzkumu Ehlersové et al. (1994) se ukázalo, že lidé trpící specifickou fobií z létání se bojí pádu letadla, zatímco lidé s agorafobií toho, že v letadle dostanou panický záchvat a pomoc nebude k dispozici.
- *Posttraumatická stresová porucha* s vyhýbáním se situacím a předmětům připomínajícím trauma; kromě zjevné souvislosti s traumatickou událostí se objevují další typické příznaky PTSD, jako jsou flashbacky, noční můry (Harvey a Rapee, 2002).
- *Obsedantně kompulzivní porucha* s vyhýbáním se situacím nebo místům s možností nákazy. Ovšem kromě vyhýbavého chování a obavy z některých míst a situací se objevují typické obsese a kompulze, které u specifické fobie chybějí.
- *Poruchy příjmu potravy* s vyhýbáním se jídlu mohou někdy zpočátku imponovat jako specifická fobie. Ovšem důvod vyhýbání je u poruch příjmu potravy v přání snížit hmotnost, a navíc jsou zde zpravidla další příznaky, jako je zvracení, bulimické záchvaty, užívání projímadel ap.

- U *schizofrenie a psychotických poruch* se někdy objeví strach ze specifických situací, který připomíná specifickou fobii. Důvod strachu je však bludný. Další příznaky, jako je bludné myšlení, poruchy vnímání, kognitivní změny a rozvolnění asociací, ukazují na závažnější poruchu. Při specifické fobii má postižený náhled a vždy si uvědomuje, že jeho strachy jsou přehnané nebo nesmyslné.

### Komorbidita

I když jsou specifické fobie velmi rozšířené, většina pacientů, kteří jimi trpí, přichází do léčby pro jiný problém, zpravidla úzkostnou poruchu (Leahy a Holland, 2000). Většina pacientů se specifickou fobií (83,4 %) trpí někdy v životě další úzkostnou nebo depresivní poruchou (Kendler et al., 1992), nejčastěji agorafobií, unipolární depresí, dysthymií, sociální fobií, obsedantně kompulzivní poruchou a panickou poruchou. Ovšem roční prevalence komorbidity u specifické fobie je nižší než u jiných úzkostných poruch (Magee et al., 1996). Rovněž častěji než běžná populace trpí závislostí na alkoholu.

#### 8.2.5.1.6 Průběh specifických fobií

Nejčastěji začínají specifické fobie v dětství. Méně často v dospělosti po traumatickém zážitku (pokousání psem, pád z výšky). Některé začínající v dětství spontánně v dospělosti vymizí, velká část jich v dospělosti oslabí, část však zůstává beze změny a někdy progreduje – většinou v souvislosti se zevním stresem. Na rozdíl od agorafobie nemá specifická fobie v dospělosti tendenci k výraznějším změnám intenzity potíží a neléčena může trvat celý život a i po dosažení remise se přibližně polovina pacientů opět zhorší (Lipsitz et al., 1999).

#### 8.2.5.2 KBT pohled – specifické fobie

Pro lepší porozumění KBT přístupu nejdříve zvlášť zmíníme starší behaviorální model a novější kognitivní model specifické fobie.

##### 8.2.5.2.1 Behaviorální model u specifických fobií

Podle teorie učení je specifická fobie podmíněnou reakcí získanou asociací fobického objektu (podmíněný podnět) s negativní zkušeností (nepodmíněný podnět). V prvním kroku dojde k *získání* strachu klasickým podmiňováním. Ve druhém kroku vyhnutí se fobickému podnětu zabrání podmíněné úzkosti, a proto se vyhýbání opakuje – fobie se *udrží* operantním podmiňováním – strach se „konzervuje“ (Mowrer, 1947, 1960). Tím však nemůže dojít k habituaci na daný podnět. Naopak expozice fobickému podnětu vede k postupné habituaci. Podle Bandury (1969) a Rachmana (1978) se však strach učí hlavně nápodobou, buď imitací rodičů nebo vrstevníků. Rovněž existuje alternativní pohled na funkci vyhýbavého chování, který říká, že kvůli vyhýbání si postižený nemůže změnit svůj pohled na to, co hrozného by se stalo při setkání s fobickým podnětem (Arntz et al., 1995).

Modernější model etiologie specifické fobie popsala Fyerová (1998). Aby uspokojivě vysvětlila rozvoj specifické fobie, vytvořila *model modifikovaného podmiňování*.

1. Mnoho pacientů trpících specifickou fobií si nepamatuje iniciální averzivní událost, tzn. že pokud se taková událost skutečně objevila, musí být zakódována v emoční v amygdale založené paměti, nikoliv v epizodické paměti založené na funkci hippokampu. Může tomu tak být proto, že událost se objevila před 3. rokem života, kdy část vláken hippokampu ještě není myelinizovaná, nebo proto, že byla doprovázena zvláště stresujícími podmínkami, které jsou disociovány.
2. Vzhledem k tomu, že celkové množství objektů, které se stávají spouštěčem fobie, je u lidí omezené, zdá se, že zde může fungovat evolučně vytvořená predispozice ke specifickým podnětům. Disponované podněty se pak snadno napodmiňují a špatně vyhasínají.
3. Pouze menšina lidí, kteří jsou vystaveni určitému podnětu, rozvine fobickou reakci – to by mohlo svědčit pro důležitou roli dalších faktorů, jako je genetická vulnerabilita nebo předchozí zkušenosti.
4. Většina specifických fobií je rezistentních na vyhasínání, pokud nejsou léčeny specifickými technikami, a to i navzdory tomu, že postižení vědí o tom, že strach je přehnaný.

#### 8.2.5.2 Kognitivní model u specifických fobií

Kognitivní model specifické fobie uznává roli zabezpečovacího a vyhýbavého chování v udržování strachu, ale za primární problém pokládá maladaptivní kognitivní procesy: úzkost a strach jsou racionální reakcí na situaci, které jedinec rozumí jako nebezpečné (Kirk a Rouf, 2004). Toto porozumění je však chybné vlivem změn ve vnímání, hodnocení a vybavování z paměti. Pokud dojde k úpravě kognitivních procesů, zabezpečovací a vyhýbavé chování, strach a úzkost přestanou mít smysl. Roli kognitivních proměnných u specifických fobií zkoumalo několik studií. Ukazuje se, že postižení vykazují posun v pozornosti a přisuzování, který se týká fobických objektů a situací – věnují více pozornosti vyhledávání ohrožujících situací než kontroly (Kindt a Brosschot, 1999) a přisuzují jim nadměrně ohrožující význam (Jones a Menzies, 2000). Např. pacienti s fobií z hadů nebo pavouků mají před léčbou tendenci přeceňovat stupeň aktivity obávaného zvířete; po úspěšné léčbě je jejich hodnocení stejné jako u kontrol (Rachman a Cuk, 1992). Nadhodnocování nebezpečí a jeho důsledků je založeno na posunu ve vnímání a paměti. Např. pacient s fobií z myši a krysa při zahlednutí myši vnímá, že myš běží k němu. Pamatuje si, že se mu to v minulosti stalo, někdy má i živou vzpomínku na takovou situaci nebo má letmou vzpomínku (vesměs falešnou) na to, že myš někoho kousla. Podceňování vlastní schopnosti situaci zvládnout a malá důvěra v pomoc okolí souvisí s maladaptivními kognitivními schémata typu: „Jsem slaboch, nikdo jiný se takových věcí nebojí!“ „Druzí podceňují lidi, kteří mají takový strach“.

Podle kognitivního modelu se na udržování specifické fobie podílejí následující procesy (Kirk a Rouf, 2004):

- **Úzkostné očekávání**, založené na odhadu nadměrného nebezpečí či poškození („Jehla se často láme a pak může cestovat po těle! Probodne mi srdce!“).

- *Fyziologický arousal* – potenciální zdroj dalších úzkostných očekávání. Tělesné příznaky mohou děsit podobně jako samotný objekt.
- *Hypervigilance* na podněty spojené s fobickým objektem či situací. Monitorování okolí, zda objekt není přítomen. Ujišťování se u druhých, že „vzduch je čistý“.
- *Zabezpečovací chování*, které neumožňuje zjistit, že objekt či situace doopravdy nebezpečné nejsou.
- *Přesvědčení o objektu fobie*, často velmi idiosynkratické („Blesk vždy udeří do nějakého domu! Pavouk bolestně kouše!“).
- *Druhotné kognice* – význam, který pacient dává tomu, že trpí fobií („Jsem slaboch! Fobie mi zničila život! Ostatní mnou proto pohrdají! Nikdy se toho nezbavím!“).

**Tabulka 8.2.5.2:** Typické predikce a zabezpečovací chování u specifických fobií (*volně podle Kirk a Rouf, 2004*)

| Fobický podnět    | Příklady predikce (vztažené k poškození, zvládnutí a záchraně)                                             | Příklady zabezpečovacího chování                                                                       |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Zvířata           | Když uvidím psa, rozběhne se a skočí na mě, pokouše mě!                                                    | Vyhýbání se, nechození do parků, vyhýbání se vyslovení slova „pes“, monitorování okolí                 |
| Výšky             | Když budu stát příliš na kraji, ztratím kontrolu a spadnu!                                                 | Vyhýbání se výškám, vyšším patřům, žebříkům, mostům, držení se dále od okna                            |
| Voda              | Budu lapat po vzduchu, zpanikařím a utopím se! Nikdo mi nepomůže!                                          | Vyhýbání se hloubce, cestování po vodě, plavání, toboganu atd.                                         |
| Blesky            | Zasáhne mě to a umřu! Nemůžu se nijak bránit!                                                              | Zůstávání uvnitř při bouři, schovávání se pod peřinu, nošení speciálních bot a oděvů                   |
| Zubní             | Bolest bude nesnesitelná! Zubař nepřestane, i když ho požádám! Jsem proti tomu bezmocný!                   | Vyhýbání se, užívání antibiotik a analgetik v případě bolesti                                          |
| Injekce           | Bude to strašně bolet! Jehla se mi zlomí v těle a bude cestovat!                                           | Vyhýbání se, odvrácení zraku i při aplikaci někomu jinému, monitorování, zda není někde pohozená jehla |
| Uzavřené prostory | Nedostanu se odsud! Ztratím nad sebou kontrolu! Zblázním se!                                               | Vyhýbání se, sezení blízko východu, nezamykání se na toaletě, otevírání oken, prohloubení dechu        |
| Být sám           | Budu přepadena a zabita! Neumím být sama, nedokážu to!                                                     | Vyžadování stálého doprovodu, spaní s nožem pod polštářem, signální zařízení                           |
| Hluk              | Nevydržím to! Zešílím z toho!                                                                              | Vyhýbání se, uklidňující léky, ucpávky uší                                                             |
| Zvracení          | Nedokážu snést zápach/zvuk/chuť zvracení! Nebudu schopen dýchat! Když bude někdo jiný zvracet – onemocním! | Omezování množství jídla, vyhýbání se místům mezi lidmi, monitorování, zda někdo nevypadá nemocně      |



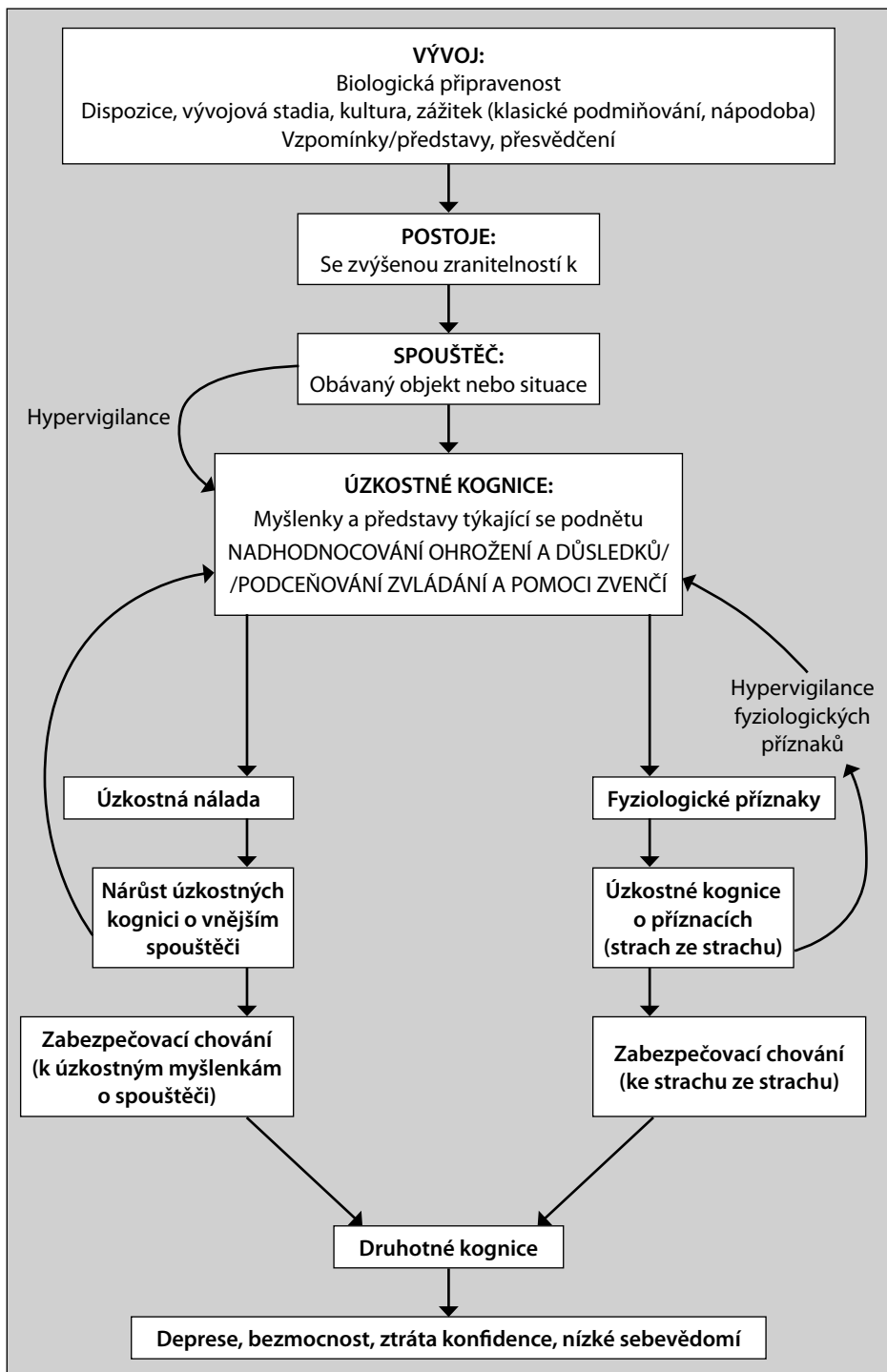
### 8.2.5.2.3 Interpersonální faktory u specifických fobií

Mnoho lidí v neklinické populaci trpí nějakou specifickou fobií. Pro relativně vysokou frekvenci se zdá, že specifická fobie je málo stigmatizující poruchou, postižení se za ni stydí méně než za jiné úzkostné poruchy (např. agorafobii či sociální fobii) nebo depresi (Leahy a Hollander, 2000). Řada postižených je také přesvědčena, že jejich strach není iracionální, ale odpovídá opravdovému ohrožení. V některých případech může specifická fobie výrazně zasáhnout do života s partnerem a rodinou, zejména, když fobie omezuje trávení volného času nebo partner musí postiženého doprovázet, dělat za něj určité činnosti, nebo když fobie omezuje výchovu dětí. Zdraví partneři mohou na potíže postiženého reagovat jak overprotektivou a mít z fobie sami zisky (závislost partnera, menší obavy z nevěry), tak mohou být velmi kritičtí a útoční, protože musí plnit činnosti, které dělají neradi.

### 8.2.5.2.4 Kognitivně behaviorální model specifických fobií

Kognitivně behaviorální model specifických fobií přikládá význam jak kognitivním, tak behaviorálním faktorům. Předpokládá, že časné vývojové zkušenosti mohou vést ke vzniku specifických postojových schémat – přesvědčení o zranitelnosti určitým objektem nebo situací (Leahy a Holland, 2000). Z těchto postojů pak vyplývá selektivní zaměření pozornosti na určité situace, jejich přehnané hodnocení, zkreslení vzpomínek a pocit bezmoci si s podobou situací poradit. Proto osobní význam určitých specifických situací je pro postiženého posunut – znamená vždy ohrožení (Beck et al., 1985). Většina postižených specifickou fobií má řadu negativních automatických myšlenek týkajících se jejich obávané situace nebo podnětu. Typické je nadhodnocování pravděpodobnosti ohrožení: „Všude mohou být pavouci!“ „Každý pes je schopen se na mě vrhnout!“, přeceňování nebezpečí: „Ten pavouk na mě skočí a kousne mě!“ „Blesk může snadno zasáhnout každého, kdo je na ulici!“ a jeho důsledků: „Zblázním se z toho! Dostanu z toho infarkt! Všichni mnou budou pohrdat, když uvidí můj strach!“, podceňování vlastní možnosti situaci zvládnout: „Nebudu se schopna bránit!“ i pomoci zvenčí: „Manžel mi nepomůže, ještě se mi bude smát! Ránu nikdo nedokáže ošetřit!“.

**Obrázek 8.2.5.1:** Kognitivně behaviorální model specifické fobie (podle Kirk a Rouf, 2004)



#### 8.2.5.2.5 Výzkum efektivity KBT u specifických fobií

Výsledky studií kognitivně behaviorální terapie ukazují, že tato léčba vede k rychlému klinickému zlepšení u 74–94 % pacientů v závislosti na typu fobie (Öst, 1997). Nejefektivnějším přístupem ze strategií je expoziční léčba (Schneier et al., 1996, Harvey a Rapee, 2002, Antony a McCabe, 2003), která představuje protrahovaný a opakovaný kontakt s obávanými situacemi a podněty.

#### Systematická desenzibilizace

První účinnou metodou popsanou v léčbě specifické fobie byla systematická desenzibilizace (Wolpe, 1958, 1973). Systematická desenzibilizace byla významně účinnější než individuální nebo skupinová psychoterapie orientovaná na získání vhledu (Gelder et al., 1967).

#### Expoziční léčba

Úspěšnost léčby specifických fobií pomocí expozice je vysoká – uvádí se, že 80–90 % klientů se své fobie zbaví během 5–10 sezení (Mavissakalian a Barlow, 1981). Úspěšnost léčby je ovšem podmíněna tím, že fobie není vázána na jiné problémy, fobický podnět je správně určen a klient je dostatečně motivován se fobie zbavit a je ochoten snést krátkodobě i silnou úzkost.

#### EMDR

Nedávná studie Murise et al. (1997) testovala EMDR (eye movement desensitization and reprocessing) v léčbě fobie z pavouků u dětí ve srovnání s in vivo expozicí. Oba přístupy zlepšily příznaky, nicméně in vivo expozice byla významně účinnější v odstranění vyhubavého chování.

#### Proměnné, které ovlivňují terapeutický účinek

Celá řada proměnných byla opakovaně studována za účelem zjistit, jak ovlivňují terapeutickou účinnost. Většina studií však neukázala významnější rozdíl mezi různými přístupy expoziční léčby (např. s modelováním, systematická desenzibilizace, expozice in vivo) (Bourque a Ladouceur, 1980, Marks et al., 1971, Öst, 1978), i když podle několika studií byly expozice in vivo účinnější než expozice ve fantazii (Crowe et al., 1972). Delší expoziční terapeutická sezení jsou účinnější (Marshall, 1985). Obzvláště je zřejmé, že jedno intenzivní sezení s expozicí trvající 2–3 hodiny má větší účinek než řada kratších sezení (Arntz a Lavy, 1993, Öst, 1996). Přidání kognitivní složky nemusí zvyšovat účinnost samotné behaviorální terapie (Ledwidge, 1978), i když důkazy jsou rozporuplné.

Dalším faktorem, který může ovlivnit léčbu, je pacientovo subjektivní očekávání vlastního strachu z podnětu. Nedávné studie ukazují, že lidé, kteří se zaměřují na obávané důsledky určité situace (např. na havárii v letadle), se liší od těch, kteří jsou více znepokojeni tělesnými příznaky, které jsou spojeny se strachem (např. bušení srdce, závratě). Druhá skupina připomíná pacienty s panickou poruchou. Několik kazuistických studií ukázalo, že expozice vnitřním podnětům (interoceptivní

expoziční) tím, že vyvolává bušení srdce, pocení atd. může sama o sobě snižovat strach z fobických externích okolností (Zarate et al., 1990).

### Jiné psychoterapie

Přestože behaviorální terapie je uznávána jako léčba volby u specifických fobií (Judd a Burrows, 1988, Antony a Barlow, 1998), u části pacientů dochází pouze ke zlepšení, než úplné uzdravě (Prochazka, 1991), a kromě toho 25–50 % pacientů vypadává z terapie na jejím počátku. Rovněž pacienti s komorbidními problémy mohou mít užitek z alternativních přístupů. Z těchto důvodů má smysl uvažovat, zda jiné psychoterapie mohou být také u specifických fobií účinné.

Klein et al. (1983) zjistil, že dynamická nedirektivní podpůrná psychoterapie je stejně účinná jako systematická hierarchická desenzibilizace u specifických fobií při 26 sezeních jednou týdně. Okolo 80 % pacientů v každé skupině se zlepšilo buď středně, nebo výrazně. Zlepšení hodnotili jak pacienti a terapeuti, tak nezávislí hodnotitelé. Autoři studie tedy uzavírají, že přestože expoziční nebyly přímo doporučovány, dynamická psychoterapie sloužila jako spouštěč pro vlastní expoziční, což vedlo k ústupu fobických příznaků.

Expoziční fobickým situacím je uznávána jako účinná terapeutická technika (Marks, 1987). Freud, když psal o psychoanalytické léčbě fobií, zmiňoval, že: „...,terapeut může uspět, pouze pokud se mu podaří vyprovokovat je (pacienty)... jít a zkusit se sami vypořádat se svou úzkostí, když se vystaví obávaným situacím“ (Freud 1919/1959, str. 400). Dále předpokládal, že to podnítl explorační význam tohoto strachu pro daného člověka.

Další techniky jako psychoedukace, dynamické interpretace (založené na různých psychologických modelech úzkosti a inhibice), podpůrné přesvědčování, hypnóza, relaxační cvičení mohou snížit úzkost, vzbudit naději a pocit zvládnutí, a tak napomoci expozičním.

Několik kazuistických případů publikovalo úspěch hypnózy při léčbě specifické fobie (Bird, 1997, Ginsberg, 1993). Skupinové studie byly provedeny na malém počtu pacientů a měly hodně pacientů, kteří ze studie vypadli, což významně snižuje jejich vypovídající hodnotu (Hammarstrand et al., 1995). Randomizované kontrolované studie zkoumající účinnost hypnózy u specifické fobie zatím čekají na své provedení.

### Léčba fobie z injekcí, krve a zranění

Öst et al. (1991) testoval v kontrolované studii aplikované napětí proti expoziční in vivo a proti kombinaci obou. Obě skupiny používající aplikované napětí měly lepší výsledky než skupina léčená pouze expoziční. Z této studie se zdá, že technika aplikovaného napětí je u této fobie důležitější než expoziční léčba.

#### 8.2.5.3 Léčba specifických fobií

Základem léčby specifické fobie je expoziční léčba, nejlépe v širším rámci KBT přístupu. Expoziční je však možno plánovat i v rámci krátkodobé dynamické psychoterapie nebo podpůrné psychoterapie. Obecně platí, že je nejlepší použít antidepresivní

medikaci až po vyzkoušení psychoterapie a zjištění její nedostatečné účinnosti. Podpůrnou farmakologickou léčbu musíme zvážit při další komorbidní úzkostné nebo depresivní poruše nebo při nemožnosti pokročit v expoziční léčbě. Za první volbu z psychofarmak při léčbě specifické fobie jsou pokládány SSRI (Gorman et al., 2002). Ukazují však jen na mírnou účinnost (Benjamin et al., 2000). Lze je podávat v jedné denní dávce a kromě dobré účinnosti mají málo nežádoucích účinků, jsou bezpečné, nemají potenciál k rozvoji závislosti. Na počátku je vhodnější podávat nízké dávky (viz kapitolu Panická porucha). Po týdnu je možno velmi pomalu stoupat na plnou dávku léku. Terapeutický efekt lze očekávat po 4–6 týdnech. Pokud pacient zareaguje jen částečně na základní dávku během 4–6 týdnů, je vhodné postoupit na maximální dávku a s ní vytrvat alespoň 2 týdny. Pokud po 6 týdnech není žádný efekt, zvažujeme výměnu preparátu. Studie ukázaly, že tricyklická antidepresiva nejsou účinná buď vůbec, nebo jenom málo (Zitrin et al., 1983).  $\beta$ -blokátory mohou snížit některé příznaky sympatikotonu během expozice obávaným situacím, ale nejsou schopny snížit subjektivní prožitek strachu. Benzodiazepiny sice zmírní strach, ale brání habituaci na strachové podněty, a tak znehodnocují behaviorální léčbu.

**Tabulka 8.2.5.3:** Léčba specifické fobie (adaptováno podle Antony a McCabe, 2003)

| LÉČBA               | VÝHODY                                                                                                                                                | NEVÝHODY                                                                                                                                                                                                                 | HODNOCENÍ |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Expozice „in vivo“  | Vysoce účinná.<br>Časná odpověď.<br>Výsledky léčby se udržují dlouhodobě.                                                                             | Může vést k dočasnému zvýšení dyskomfortu nebo strachu.                                                                                                                                                                  | ++++      |
| Aplikované napětí   | Vysoce účinné u pacientů s fobií z intravenózních injekcí.<br>Časná odpověď.<br>Zlepšení po léčbě se udržuje dlouhodobě.                              | Léčba se týká jen malého procenta pacientů se specifickou fobií.                                                                                                                                                         | +++       |
| Aplikovaná relaxace | Může být účinná u některých pacientů.                                                                                                                 | Nebyla zkoumána u většího počtu pacientů se specifickými fobiemi.                                                                                                                                                        | ++        |
| Kognitivní terapie  | Může snížit úzkost z provádění expozičních úkolů.                                                                                                     | Léčba nebyla dostatečně zkoumána u specifických fobií<br>Samotná pravděpodobně není účinná.                                                                                                                              | ++        |
| Benzodiazepiny      | Mohou snižovat anticipační úzkost předtím, než se pacient setká s fobickou situací.<br>Mohou snižovat strach zvláště u situačních specifických fobií. | Léčba nebyla dostatečně zkoumána.<br>Samotná léčba benzodiazepiny pravděpodobně není účinná.<br>Objevují se vedlejší účinky (např. sedace).<br>Snížení úzkosti po benzodiazepinech může narušit zisky z expoziční léčby. | ++        |
| SSRI                | Mohou snižovat příznaky paniky u pacientů se situačními fobiemi, které jsou podobné panické poruše (např. klaustrofobie).                             | Léčba nebyla dostatečně zkoumána u specifických fobií.<br>Existuje několik studií, především kazuistik, se slibnými výsledky.<br>Vysazení medikace může vést k návratu fobie.                                            | ++        |

++++ léčba volby, účinná u většiny pacientů

+++ velmi účinná u podskupiny pacientů

++ může být účinná u některých pacientů, je třeba dalšího výzkumu

### 8.2.5.4 Kognitivně behaviorální přístup u specifických fobií

Léčba specifických fobií přímo navazuje na behaviorální analýzu. Během vyšetření klinik hodnotí obsah specifického strachu, spolu s pacientem vytváří hierarchii strachových podnětů podle obtížnosti, vyhodnocuje vyhýbavé a zabezpečovací chování a zjišťuje vliv fobie na celkové fungování v práci, v rodině, ve volném čase. Základem vlastní léčby jsou expozice obávaným podnětům, které následují krok po kroku podle hierarchie strachových podnětů. Kognitivní restrukturalizace a relaxace či aplikovaná tenze patří mezi pomocné strategie.

#### 8.2.5.4.1 Kognitivně behaviorální vyšetření u specifických fobií

V léčbě se zaměřujeme na konkrétní potíže, a ne na obecné problémy. Při vyšetření pacienta se kromě obvykle anamnézy ptáme na:

- situace nebo objekty, které u něj vyvolávají strach nebo kterým se vyhýbá,
- jak strachová reakce u něj probíhá, čeho se nejvíce obává, jaké tělesné reakce se objevují, jaké emoce, jak se při vystavení situaci chová,
- čemu se pacient vyhýbá a jak se proti strachu zabezpečuje, zda se naučil nějaké strategie, jak si pomoci,
- zda se objevuje anticipační úzkost a jak se projevuje,
- co strach modifikuje (lék, jiná osoba ap.),
- v čem ho fobie omezuje v životě (pracovně, v rodinném životě, ve volném čase) a jak zasahuje do interpersonálních vztahů a jak do jeho sebevědomí.
- je také důležité získat detailní popis katastrofických myšlenek a představ, které jsou se strachem spojeny (Schneier et al., 1996). Pak je potřebné zjistit okolnosti rozvoje fobie a důsledky vyhýbavého chování, které mohou působit jako udržovací faktor, stejně jako druhotné zisky (Hayes, 1984).

**Tabulka 8.2.5.4:** Příklad hodnocení pacientky se specifickou fobií ze psů

30letá vdaná matka 2,5letého syna. Počátky strachu ve třech letech, kdy byla povalena jezevčíkem. Od té doby počátek vyhýbavého chování, brečela, když uviděla psa, rodiče ji brali na ruce. Ve školním věku se psům vyhýbala, ale nepamatuje si žádné dramatické zážitky. V posledních 3 letech výrazné zhoršení stavu – bojí se vyjít se synem na procházku, protože by tam mohl být pes, nakupovat musí jezdit autem, i když to nemá daleko, protože by mohla potkat psa. Zhoršení se objevilo ve třetím trimestru těhotenství, kdy se obávala, že vyděšením se by mohla předčasně porodit. Tehdy se vyhýbavé chování výrazně zesílilo.

#### 1. Topografie úzkosti

Při expozici psovi v reálné nebo imaginární situaci silný strach s vegetativními příznaky

- Zaměření pozornosti: automaticky i vědomě zaměřená na psy a jejich produkty – sleduje napjatě okolí zrakem, poslouchá, vnímá úzkostně i psí výkaly, intenzivně vnímá i psy v televizi, obrázky psů v časopisech, vnímání vlastních úzkostných pocitů jak emocionálních, tak tělesných
- Frekvence: pokud se vyhne a je doma, spíše náhodně, když např. vidí psa v televizi nebo na obrázku, pokud jede autem do obchodu, objevuje se vyšší úzkost, zesílí, když přechází z auta do budovy. Přímo „šelmě“ exponovaná nebyla léta.
- Trvání: různé, zpravidla do vyhnutí se potenciálnímu ohrožení, zpravidla minuty

## 2. Antecedenty

- Situace: vyjít z domu, vystoupení z auta, pobyt na ulici či jiném nechráněném prostoru, vidění psa v médiích,
- Vnitřní kognitivní: úzkost v situacích potenciální možnosti expozice, představy psů kdekoli

## 3. Kognitivní zpracování:

- vizualizace: představa psa vrhajícího se na ni nebo na dítě, představa jeho zubů, trhání, krve
- myšlenky: „to nezvládnou“, „umřu, když se ke mně přiblíží“, „nevydržím svoje pocity“
- amplifikace: vnímá všechny psy větší, s většími zuby
- tendence ke kognitivnímu vyhýbání – v určité chvíli, kdy úzkost naroste, snaží se své myšlenky nebo představy potlačit
- sebezpodceňování – nevěří, že by sama expozici byla schopna zvládnout – „umřela bych“

Emocionální reakce: při přímé expozici extrémní strach až panika, při expozici představě – úzkost, zlost na sebe i druhé

## 4. Tělesné reakce: tuhnutí těla, třes, sevření v hrdle, bušení krve ve spáncích, sevření žaludku až nauzea

## 5. Behaviorální reakce:

- vyhýbá se jakékoliv možnosti setkání se psem, i v médiích
- zabezpečuje se autem, doprovodem manžela, nošením vysokých kožených bot a kožených kalhot, nosí u sebe sprej

## 6. Důsledky

- intrapersonální: vyčítá si, jak je neschopná, stydí se za to, vyčítá si, že nechodí s dítětem na pískoviště, výlety ap.
- interpersonální: občasná spory s manželem, kterému vadí, že nemohou s dítětem nikam ven, na výlety, dítě je stále uzavřené doma. Je izolovaná doma a nemůže navštívit přítelkyně, které mají taky děti a jsou na mateřské dovolené, pokud jí občas manžel nenechá auto
- volný čas: sedí doma u televize nebo si hraje se synem, kvůli fobii vše ostatní velmi omezeno

## 7. Modifikující faktory: horší se synem, lehčí s manželem

## 8. Dosavadní léčba: chodila na psychoterapii 1x týdně k psychologce, bez efektu na fobii, méně se však podceňuje a má méně konfliktů s manželem, protože ho více chápe. Léky nikdy neužívala.

Přesné určení diagnózy však nestačí. Vytvoření plánu léčby nezávisí jen na diagnóze, ale také na zjištění, jakým způsobem fobie prakticky ovlivňuje pacientův život, co kvůli ní musí a co naopak nemůže dělat, nakolik zasahuje do rodinného života, práce i volného času a do jaké míry je pacient schopen dosáhnout změny.

Vzhledem k tomu, že specifické fobie bývají často v komorbiditě s jinými úzkostnými poruchami či depresí, je důležité ptát se každého pacienta trpícího psychickou poruchou na to, zda má strach, úzkost nebo velmi nepříjemné pocity v některé typické situaci nebo při kontaktu s určitou věcí, či zda se některým situacím

systematicky vyhýbá. Protože řada lidí si už svůj život uspořádala tak, že se naučili nějakým způsobem s fobií žít, spontánně o ní nemusí referovat. Pokud klinik zjistil, že takové situace nebo věci se v prožívání a chování pacienta vyskytují, dalším krokem je detailní zmapování, o které situace či věci konkrétně jde, co pacient při vystavení se dané situaci prožívá a jak se chová, nakolik se jí vyhýbá nebo se před ní zabezpečuje, co jeho strach nebo nepohodu modifikuje.

#### 8.2.5.4.2 Hodnocení a měření u specifických fobií

Behaviorální analýza může být užitečně doplněna krátkými sebeposuzovacími dotazníky, které hodnotí závažnost příznaků. Sebeposuzovací stupnici, která může pomoci při screeningu, je Dotazník strachů (Marks a Mathews, 1979), který zachycuje různé fobické situace. SCL-90 má subškálu týkající se fobií všeobecně, neumožňuje však určit specifický obsah fobie. Podobně Sheehanova stupnice úzkosti je zaměřena na celkovou míru úzkosti a má položky týkající se tělesných příznaků a vyhýbavého chování, nikoliv fobií jako takových. Všeobecnou míru úzkosti nám může pomoci určit i Beckův inventář úzkosti.

#### 8.2.5.4.3 Problémy a cíle, léčebný plán u specifických fobií

Základním cílem léčby je zmírnění nebo odstranění vyhýbavého chování natolik, aby pacientovi přestalo omezovat život. Dalším důležitým cílem je udržet dosažené zlepšení a předejít relapsu, či recidivě poruchy při dlouhodobém vedení pacienta. Pokud vyhýbavé chování vedlo k problémům v partnerském, rodinném nebo pracovním životě, je v terapii na místě zabývat se i těmito oblastmi. Po behaviorální, kognitivní a funkční analýze je dalším krokem stanovení problémů. Ty se týkají jednak fobie jako takové, jednak se mohou týkat problémů v životě. Např.:

- Pro strach ze psů mám strach jít do parku, do lesa, nemohu chodit s manželem na výlety do přírody. Když jdu do práce a vidím psa, musím jít jinou ulicí nebo se vrátit domů.
- Bojím se požádat manžela o to, aby méně utrácel za své sportovní potřeby, abych neztratila jeho podporu (ujišťování, blahosklonnost k omezením vynuceným fobií).

Až po definování problémů je na místě stanovit společně s pacientem cíle, ke kterým by chtěl dojít. Každý cíl musí být velmi přesně definován tak, aby bylo zcela jasné, zda ho pacient dosáhl. Cíl: „Abych byl schopen sám řídit“ je příliš obecný; „Abych dokázal řídit sám ve všední den do okresního města“ je lepší. Když se podíváme na výše stanovené problémy, cíle k nim by mohly vypadat např. takto:

- Chci se naučit ovládat svůj strach ze psů natolik, abych mohla chodit do parku, do lesa i na výlety do přírody s manželem. Chci dokázat projít kolem psa na ulici.
- Chci se naučit asertivně požádat manžela, aby méně utrácel za své sportovní potřeby, a domluvit se s ním na určitém horním limitu.

K základnímu vyšetření pacienta patří vytvoření hierarchie strachů a vyhýbavého chování. Terapeut s pacientem vytvářejí stupnici, na které pacient hodnotí zvlášť



strach a míru vyhýbavého chování (většinou v % nebo na stupnici 0–10). Důležité je probrat i faktory, které strach modifikují, např. blízkost druhého člověka, intenzita světla, zatínání svalů, odvádění pozornosti a jiné zabezpečovací manévry. Plánují společně řadu malých konkrétních kroků o vzrůstající obtížnosti, které vyvrcholí dosažením zvoleného cíle. První úkol v této hierarchii musí být pacient schopen splnit, proto je vhodné se zeptat: „Jste si jistý, že když se budete trochu snažit, dokážete tento úkol zvládnout?“ Zejména na počátku je důležité neriskovat: smyslem postupné expozice je dosáhnout série úspěchů, takže musí být plánována tak, aby pacient těchto úspěchů skutečně dosáhl. Každý úkol musí být jasně popsán (kdo, kde, co a kdy), aby pacient jasně věděl, co má dělat a zda svůj úkol splnil. Nejistota zvyšuje pocit úzkosti a pokud není zcela jasné, že byl úkol splněn, pacient má často sklon to hodnotit spíše jako neúspěch.

#### 8.2.5.4.4 Léčebné intervence u specifických fobií

Systematická desenzibilizace a expozice in vivo jsou zatím nejúčinnější metody léčby specifických fobií. Studie ukázaly, že tricyklická antidepresiva nejsou účinná buď vůbec, nebo jenom málo (Zitrin et al., 1983). Léčbou první volby u specifických fobií je expozice in vivo (Lindsay, 1994, Možný a Praško, 1999). V některých zvláště těžkých a chronických případech může být prvním krokem expozice v imaginaci nebo u silně úzkostných klientů systematická desenzibilizace.

**Tabulka 8.2.5.5:** Typické kroky při KBT specifické fobie

- Vyslechnutí pacienta, empatie
- Informace o tom, co je to specifická fobie
- Povzbuzení a posílení naděje na vyléčení, vysvětlení možností léčby
- Edukace o vyhýbavém chování a expozicích
- Odstupňovaná expozice/zaplavení/expozice v imaginaci
- Kognitivní restrukturalizace
- Relaxace
- Podpora adaptivních způsobů řešení problémů v životě

#### Vyslechnutí pacienta, empatie

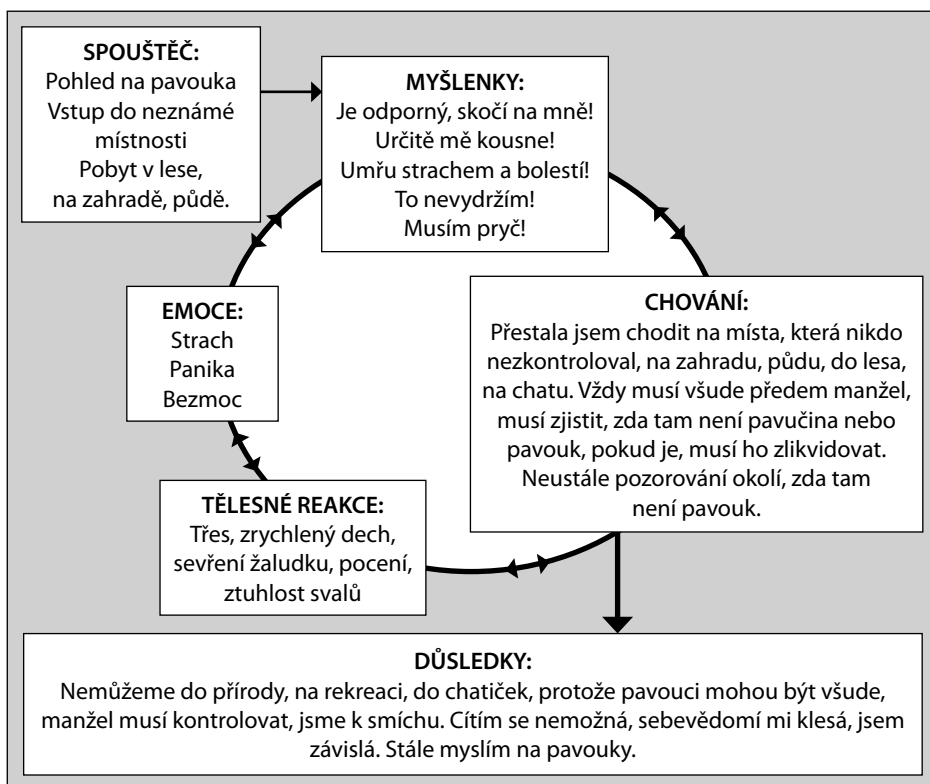
Vyslechnutí s pochopením, bez znevažování, se zhodnocením pacientovy situace a jeho omezení, je základním krokem léčby. Pacient se často za svoji fobii stydí, protože se obává, že to znamená jeho slabošství nebo přecitlivělost. Někdy je přesvědčen, že svůj strach nikdy nepřekoná, když ho nedokázal překonat tolik let. Ptáme se, zda má zájem to zkusit, a povzbuzujeme v tom, že zlepšení je možné.

#### Informace o tom, co je to specifická fobie

Během edukační fáze léčby se pacient potřebuje seznámit s tím, co specifická fobie je, jakým způsobem u něj funguje a jak se dá léčit. Vhodným doplňkem edukace je příručka, kterou si pacient může doma přečíst. V rozhovoru pacienta informujeme o následujících tématech:

- tyto strachy měly původně adaptivní funkci a sloužily přežití, proto jsou časté, v zásadě je to „správná reakce na nesprávném místě“;
- podobnými potížemi někdy během života trpí 16 % žen a 11 % mužů a říká se jim specifická fobie,
- objevují se nejčastěji poprvé v dětství, někdy navazují na traumatický zážitek (povalení nebo pokousání psem, pád z výšky), někdy jsou naučeny napodobováním strachu někoho dospělého, často se však jednoznačně příčina nedá určit,
- k udržování však spolehlivě slouží vyhýbavé chování, které může vést nakonec k výraznému omezení života tím, že generalizuje na další situace,
- vyhýbání nebo únik se udržuje, protože působí podobně jako alkohol okamžitou úlevu v úzkosti,
- vyhýbání nebo únik však vede k potvrzení přesvědčení, že člověk není schopen situaci zvládnout – postupně je k situaci stále více přecitlivělý (opak otužování vůči situaci),
- léčba vede k postupnému otužování vůči situaci tím, že se jí člověk postupně opakovaně vystavuje,
- terapeut společně s pacientem vytvoří bludný kruh příznaků, na kterém mu vysvětlí na jeho příkladu vzájemnou souvislost jednotlivých příznaků.

Obrázek 8.2.5.2: Bludný kruh fungování příznaků arachnofobie



Někdy je potřebné detailně vysvětlit, proč který příznak vzniká. Např. u strachu z odběru krve může terapeut říci:

„Důvod, proč je vám na omdlení, když vidíte stříkačku, je, že váš krevní tlak klesne. Je to původně velmi adaptivní reakce – když lidem po zranění klesl tlak, byli méně ohroženi vykrvácením. Vám však tato reakce brání při potřebném lékařském vyšetření nebo zákroku, proto bude důležité se naučit ji dobře zvládat. Abyste mohl zvýšit svůj tlak, potřebujete opakovaně napnout a uvolnit svoje svaly, nejlépe 50krát krátce za sebou. Když tímto způsobem zvednete tlak, vaše tendence omdlít vymizí.“

### **Povzbuzení a posílení naděje na vyléčení, vysvětlení možností léčby**

Vysvětlíme, že fobie je léčitelná porucha. K léčbě bude potřeba vytvořit žebříček strachů od nejjednoduššího k nejtěžšímu a pak se postupně krok za krokem obávaným situacím vystavit.

### **Edukace o vyhýbavém chování a expozicích**

Při expoziční léčbě jde o vystavení se strachovému podnětu bez relaxace. Základním principem je, že zabránění útěku nebo vyhnutí se situaci vede k učení, že strachová reakce je zvládnutelná. V jednotlivých situacích je potřebné vydržet dostatečně dlouho, aby úzkost mohla citelně polevit, zpravidla pod 50 % maxima. Až po opakovaných expozicích můžeme počítat s tím, že úzkost se přestane zřetelněji objevovat.

### **Expoziční léčba**

Základním principem je, že zabránění útěku nebo vyhnutí se situaci vede k učení, že strachová reakce je zvládnutelná. Po řadě expozic přestává podnět strachovou reakci spouštět (Butler, 1989). Může být prováděna přímo (in vivo), nebo v imaginaci a může být buď intenzivní (zaplavení), nebo postupná (odstupňovaná). I když je „zaplavení“ metoda u většiny klientů během krátké doby vysoce účinná, míra úzkosti, které je klient při této metodě vystaven, je tak vysoká, že je vhodná jen pro vysoce motivované klienty. Kromě toho při této metodě hrozí nebezpečí, že klient ze situace unikne dříve, než u něj dojde k poklesu úzkosti, a jeho úzkost spojená s fobickou situací se tím ještě upevní. Mnohem častějším přístupem je postupná expozice in vivo.

### **Odstupňovaná expozice**

Po edukaci o specifické fobii a funkci vyhýbavého chování pacientovi nabízíme expoziční léčbu. Při expoziční léčbě jde o vystavení se strachovému podnětu bez relaxace.

Pacientovi je v prvním kroku vysvětlen princip expoziční léčby. Smysl expoziční léčby musí pacient chápat natolik, aby měl zájem ji provádět. Účelné je nakreslit habituační křivku a upozornit ho, že expozice je provedena dobře až ve chvíli, kdy úzkost v dané situaci poleví alespoň o 50 %. Pak terapeut s pacientem vytvoří hierarchii situací, kterým se pacient bude postupně vystavovat, od nejjednodušší až po nejtěžší. Poté pokračujeme krok po kroku v jednotlivých expozicích. Na každém kroku setrváváme tak dlouho, dokud úzkost při expozici nepoklesne alespoň

o 50 % maxima. Až pak přecházíme na další, obtížnější krok. Část expozic dělá terapeut společně s pacientem a je pro pacienta modelem zvládání situace (např. dotýkání se pavouka, hlazení psa, výstup na štafle ap.). Pro některé kroky jsou po edukaci vhodnými koterapeuty i rodinní příslušníci, při skupinovém vedení spolupacienti. V rámci sezení můžeme v některých případech provádět expozici in vivo jak přímo v ordinaci (např. u fobie z hmyzu), tak v přirozeném prostředí, např. v parku s pacientkou, která má fobii ze psů (Možný a Praško, 1999). Je důležité, aby se pacient exponoval fobické situaci tak dlouho, dokud jeho míra úzkosti nezačne spontánně klesat. Přitom je potřebné zabránit tomu, aby se neuchýlil k nějaké formě zabezpečovacího chování, buď zjevného (např. nedívá se na předmět fobie), nebo skrytého (např. aby si nezačal představovat, že je někde jinde). Za domácí úkol pak pacient provádí expozici pravidelně, nejméně jednou denně. Vždy, když už dobře zvládá lehčí položku v hierarchii, je vystavován další, subjektivně více obávané situaci. Při praktickém nácviku si před uskutečněním každého dílčího kroku pacient zaznamená, jak silnou úzkost předem očekává (v procentech maximální představitelné úzkosti), a po expozici запиše, jak velký strach skutečně byl. Výhodné je zaznamenat si křivku úzkosti v průběhu času. Pokroku je možno dosáhnout rychleji, když je interval mezi expozicemi krátký. Terapeut má připravit pacienta na občasná nezdary, protože je jisté, že k nim čas od času dojde a patří to k normálnímu průběhu nácviku. Také má s pacientem pravidelně probírat, jakého dosáhl pokroku, a nechat jej, aby se k průběhu nácviku vždy sám vyjádřil. Za dosažené úspěchy je potřebné pacienta vždy ocenit.

Při praktickém provádění postupné expozice je třeba dodržovat dvě hlavní zásady. Za prvé je nezbytné začít se snadnými úkoly, a za druhé je nezbytné, aby pacient postupně sám převzal odpovědnost za dosahování pokroku při zvládání svých problémů. Při provádění postupné expozice rozlišujeme tři hlavní fáze: 1) určení cíle, 2) určení postupných úkolů a 3) praktický nácvik zvládání jednotlivých úkolů.

**Tabulka 8.2.5.6:** Plán postupné expozice v imaginaci (podle Kenderleyová, 1998)

|                 |                                                                                                                                            |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cíl:</b>     | „Představit si, že držím v ruce džbán, v němž je vos, která vyleze a přelege mi po ruce.“                                                  |
| <b>Krok 1:</b>  | Představit si, že ve vedlejší místnosti je vos a pomocí relaxace a slůvka „klid“ se zklidnit natolik, až míra mé úzkosti dosáhne stupně 1. |
| <b>Krok 2:</b>  | Představit si džbán s vosou ve vzdálenosti 4 metry.                                                                                        |
| <b>Krok 3:</b>  | Totéž ve vzdálenosti 3 metry.                                                                                                              |
| <b>Krok 4:</b>  | Totéž ve vzdálenosti 1 metr.                                                                                                               |
| <b>Krok 5:</b>  | Totéž ve vzdálenosti půl metru.                                                                                                            |
| <b>Krok 6:</b>  | Totéž, džbán je těsně vedle mě.                                                                                                            |
| <b>Krok 7:</b>  | Představit si, že držím v ruce džbán, v němž je mrtvá vos.                                                                                 |
| <b>Krok 8:</b>  | Totéž, ale ve džbánu je živá vos.                                                                                                          |
| <b>Krok 9:</b>  | Totéž, ale představit si, že vos ze džbánu vyleze a přelege mi po ruce, chráněné rukavicí.                                                 |
| <b>Krok 10:</b> | Totéž, ale vos přelege po holé ruce.                                                                                                       |

**Tabulka 8.2.5.7:** Program postupné expozice in vivo (podle Kenderleyová, 1998)

|             |                                                               |
|-------------|---------------------------------------------------------------|
| <b>Cíl:</b> | „Nakoupit v místní zelenině za horkého letního dne.“          |
| Krok 1      | Ve džbánu hned vedle mě je mrtvá vosa.                        |
| Krok 2      | Budu držet v ruce džbán s mrtvou vosou.                       |
| Krok 3      | Džbán s živou vosou bude stát hned vedle mě.                  |
| Krok 4      | Budu držet v ruce džbán s živou vosou.                        |
| Krok 5      | Otevřu okna v kuchyni a v pokoji na 30 minut.                 |
| Krok 6      | Budu mít otevřená okna od poledne až do pěti hodin odpoledne. |
| Krok 7      | Budu sedět půl hodiny v zahradě.                              |
| Krok 8      | Budu sedět v zahradě od poledne až do pěti hodin odpoledne.   |
| Krok 9      | Půjdu nakoupit do zeleniny v den, kdy je zataženo.            |
| Krok 10     | Půjdu nakoupit do zeleniny za slunného dne.                   |

Aby odvaha vystavit se obávanému podnětu generalizovala, je důležité, aby za domácí cvičení pacient exponoval v nejrůznějších podmínkách.

Velmi pomůže, když si pacient bude vést o plnění jednotlivých úkolů písemné záznamy, aby s terapeutem mohli sledovat pokrok, jehož dosáhl. Záznam může obsahovat třeba jen úkol, který plnil, a míru úzkosti, kterou přitom pociťoval.

#### *Eliminace zabezpečovacího chování*

Řada pacientů se specifickou fobií používá během expozic zabezpečovací chování (skryté vyhýbavé chování). Protože zabezpečovací chování výrazně snižuje účinnost expozice (interferuje s habituací), je nutné ho postupně odbourat. Příklady zabezpečovacího chování jsou pevné držení se nábytku, nošení baterky, mobilu, zatinání svalů, zadržování dechu, monitorování okolí, zda tam nejsou ohrožující podněty, přítomnost druhých osob, odvádění pozornosti četbou, ubezpečování se u druhých, navozování si představ, které odvádějí pozornost, pití alkoholu či užívání anxiolytik ke snížení strachu ap.

Zabezpečovací chování však nejdříve musíme zjistit. Pacient je může tajit, ale také si je nemusí uvědomovat nebo pokládat je za neškodné. Nejlepší je se na zabezpečovací chování přímo zeptat, např.: „Když nastoupíte do letadla, co děláte? Používáte nějaké manévry ke zklidnění? Dáte si předem alkohol? Nebo užijete nějakou medikaci? Čtete si při vzletu noviny? Jaké by to bylo si je nečíst? Zapíráte nohy proti sedadlu? Musíte si povídat se spolucestujícím k odvedení pozornosti? Používáte nějaké uklidňující představy, motlitby?“

Aby mohlo dojít k plné expozici, je pacient požádán, aby zabezpečovací chování nepoužíval. Ovšem je možné použít expozici s určitým zabezpečením jako mezikrok v hierarchii strachů.

#### *Zaplavení*

Jinou variantou expoziční léčby je *zaplavení*. Zaplavení je technika, která vyžaduje kontakt s nejtěžším podnětem po tak dlouhou dobu, až strach vymizí. Je velmi účinná, ovšem hodně pacientů není ochotno se jí podrobit. Pacient je konfronto-

ván rovnou s nejtěžší situací, aby se vyprovokoval maximální strach, přičemž v ní pacient zůstává tak dlouho, až strach poleví. Zaplavení je velmi účinné a vede k rychlému odstranění fobie. Ovšem jen málo pacientů se k této metodě odhodlá. Odstupňovaná expozice je naproti tomu velmi šetrná a je schopen ji absolvovat každý pacient. Léčba však trvá nepoměrně déle.

#### *Expozice v imaginaci*

Expozici v imaginaci používáme buď jako přípravu na expozici in vivo u silně úzkostných pacientů, nebo jako samostatnou metodu léčby u fobií, kde nelze expozici in vivo systematicky procvičovat (fobie z bouřky, létání ap.) Postupujeme podobně jako u odstupňované expozice in vivo. Terapeut s pacientem sestaví hierarchii obávaných situací od nejsnadnější po nejobtížnější. Pacient si ovšem jednotlivé situace pouze představuje a svou představu nahlas popisuje včetně míry prožívané úzkosti (Možný a Praško, 1999). Terapeut mu může pomáhat vhodnými sugescemi. Za domácí úkol provádí pacient expozici v imaginaci v domácím prostředí samostatně.

#### *Nápodoba*

Terapeut může pacientovi pomoci také tím, že je mu vzorem určitého chování, kterého se pacient obává. Terapeut se sám vystaví podnětu, kterého se pacient bojí, a pak jej povzbuzuje k tomu, aby opakoval jeho chování (Bandura, 1971). Např. sám bere pavouka do ruky, hladí psa ap.

#### *Systematická desenzibilizace*

Před zahájením systematické desenzibilizace se pacient postupně učí relaxační techniku. Když zvládá relaxaci, je veden k tomu, aby si v uvolnění jasně představoval detaily obávané situace. V imaginaci postupuje postupně krok po kroku podle předem vypracované hierarchie, od lehčího podnětu k těžšímu (Kenderleyová, 1998). Každý krok hierarchie je opakován tak dlouho, dokud se objevuje strachová reakce. Až po vymizení strachové reakce při daném podnětu je možné pokračovat v dalším těžším kroku. Tato jemnější varianta odstupňované expozice se používá hlavně u dětí. Na počátku se dítě naučí relaxovat. Se strachovým podnětem je pak konfrontováno v době, kdy je uvolněné.

#### **Léčba fobie z injekcí, krve a zranění**

Zvláštním případem specifické fobie je fobie z krve, při níž dochází k poklesu krevního tlaku a k ortostatickému kolapsu. Podobně jako u jiných fobií je hlavní strategií expozice in vivo (Curtis a Thyer, 1983). Proto před vlastním programem expoziční léčby pacient nacvičuje udržet dostatečný krevní tlak pomocí cíleného napínání svalů. Ovšem zdá se, že kognitivní komponenta u této fobie může zrychlit léčbu a prohloubit výsledky (Wardle a Jarvis, 1981). Léčba této fobie může být komplikována omdléváním. Počáteční expozice je vhodné provádět vsedě nebo vleže (Hellström et al., 1996). Proti omdlévání byly vyvinuty 2 strategie (Page, 1994):

1. *Aplikované napětí*, které učí pacienta opakovaně napínat různé svalové skupiny během expozice, což vede ke zvýšení tlaku.
2. Druhou strategií je během expozice vyvolat hněv, emoci, která je inkompatibilní s omdláváním (Cohn et al., 1976). Pacient je instruován, aby si během expozice rozpomněl na 4 osobní situace, které ho velmi štvou.

### Kognitivní intervence

Jsou u specifické fobie pokládány spíše za podpůrnou strategii. Patří sem kognitivní restrukturalizace, behaviorální experimenty a korekce maladaptivních přesvědčení (viz obecnou část publikace). Terapeut s pacientem zkoumají důkazy pro a proti negativním automatickým myšlenkám, v experimentech je pak přímo testují.

### Relaxace

Relaxace může pomoci pacientům, kteří během expozice zažívají extrémní úzkost, takže mají potíže ze situace neuniknout. Progresivní relaxace sice funguje jako druh zabezpečovacího chování, nicméně může pacientovi pomoci překonat jeden krok v hierarchii obávaných situací. Vždy je však potřebné v následném kroku provádět expozici situaci i bez relaxace.

### Podpora adaptivních způsobů řešení problémů v životě

Pokud u pacienta se specifickou fobií identifikujeme životní problémy, je důležité je začít léčit co nejdříve po snížení příznaků fobie. Specifická fobie může vést k řadě partnerských a pracovních problémů, také mohla vést k omezení životního stylu a příjemných aktivit. Řešení problémů probíhá podle přístupu uvedeného v obecné části publikace.

### Ukončení léčby

Léčba specifické fobie může být ukončena ve chvíli, když pacient nezažívá žádnou nebo jen minimální úzkost při expozici fobické situaci a přestal se jí vyhýbat. Před ukončením je vhodné rekapitulovat, co se v léčbě naučil a jakým způsobem by mohl zvládnout eventuální návrat příznaků fobie.

#### 8.2.5.4.5 Problémy v léčbě specifických fobií

I když léčba specifických fobií bývá poměrně jednoduchá a přímočará, občas se objeví problémy, zejména s expoziční léčbou.

Pro některé pacienty bývá *problémem vytvořit hierarchii* strachu. Uvědomují si pouze extrémní situaci, nemají představu o mezistupních. Terapeut jim může pomoci pomocí otázek nebo pomocí indukce situace v imaginaci.

Nejčastější je *obava, že expozice ještě situaci zhorší* a strach bude pak ještě větší. Pacienti se zpravidla odvolávají na svoji zkušenost – opakovaně se pokusili vystavit obávanému podnětu a výsledkem je ještě větší strach. Mohou mít pravdu, pokud při expozici člověk unikne ze situace v době, kdy je strach největší, dochází

k senzibilizaci. Příště je pak strach ještě větší. Pro habituaci je nutné, aby expozice trvala tak dlouho, než strach poklesne.

Další častá obava je, že během expozice strach naroste tak výrazně, že se exponovaný z toho *zblázní hrůzou*. Další variantou je, že během úzkosti dostane infarkt nebo mrtvičku. Tyto obavy jsou založeny na představě, že strach a úzkost rostou stále přímou úměrou k délce expozice. Vysvětlení habituační křivky může pomoci tyto obavy překonat. Ještě účinnější je však udělat první expozici jako behaviorální experiment, který ukáže, že úzkost během času expozice klesá.

U některých pacientů se objeví *problém s plněním domácích cvičení*. S terapeutem, příbuznými nebo spolupacienty jsou schopni se expozicím podrobit, sami však na to nemají odvalu. Pokud to otevřeně přiznají, bývá řešení jednoduché – zkusit se exponovat nejdříve jednodušší situaci. Někdy mají tendenci svoje vyhýbání racionalizovat, vymlouvat se, tvrdit, že toto není léčba pro ně ap. V tomto případě je vhodná nová edukace o fobii a možnostech léčby a probrání motivace pacienta k dalším krokům.

Nedůvěřiví lidé mívají strach, že je terapeut *náhle překvapí* – uvede do extrémně těžké expozice ve chvíli, kdy to budou nejméně čekat. Zdůrazňování spolupráce a korektní plánování každé expozice vytvoří dostatečnou důvěru pro zánik těchto obav.

Jiné problémy se objevují s *nadměrně sebekritickými* pacienty. Většinou svoji fobii pokládají za známku osobní slabosti a kvůli ní se podceňují a stydí před druhými lidmi. Při úspěchu jednotlivých expozic mají tendenci vlastní úspěch shazovat („Pro většinu lidí je to samozřejmé!“), což otupuje vlastní motivaci. Tito pacienti potřebují od začátku více povzbuzování a velmi často i kognitivní práci na vlastním sebevědomí a sebezpětí.

Někteří *terapeuti sami mají obavy* vystavit pacienta expozicím, protože se bojí, že pro pacienta bude strach příliš velký, bude se pak na ně zlobit, odejde k jinému terapeutovi, bude je pomlouvat ap. Někteří mají dojem, že by byli „příliš sadističtí“, pacienty váhavě a opatrně přesvědčují. Svoji váhavost a nejistotu racionalizují svobodou pacienta a nedirektivním přístupem. Většinou svoje obavy na pacienta přenesou a ten expozice odmítá. V tomto případě je vhodná supervize. Dlouholeté zkušenosti však ukazují, že úspěšní bývají spíše aktivní a direktivní terapeuti, kteří přímo pacienty v expoziční léčbě podporují.

#### 8.2.5.5 KBT a psychofarmakoterapie u specifických fobií

Jen několik málo studií se zaměřilo na to, zda medikace může zvýšit účinnost expoziční terapie.  $\beta$ -blokátory u pacientů se specifickými fobiemi snižují reakci sympatiku při očekávání a během expozice, ale zdá se, že nesnižují subjektivní strach ani nenapomáhají urychlit léčbu (Bernadt et al., 1980, Campos et al., 1984, review Antony a Barlow, 2002). Jejich role je spíše podpůrná. Byla provedena velká kontrolovaná studie, srovnávající kombinaci behaviorální terapie s imipraminem, behaviorální terapii s placebem a podpůrnou dynamickou psychoterapii s imipraminem (Zitrin et al., 1983). Autoři zjistili, že imipramin po dobu 26 týdnů význam-



ně nezvyšuje účinnost žádné z těchto psychoterapií. Několik studií ukázalo, že diazepam usnadňuje vystavení se fobickým situacím a může podpořit terapeutickou účinnost expozice (Whitehead et al., 1978). Obecně ale benzodiazepiny nepředstavují významnou výhodu ve srovnání s expoziční terapií samotnou (Bernadt et al., 1980, Hafner a Marks, 1976).

### 8.2.5.6 Kazuistika – specifické fobie

Paní Alena je 30letá matka 2,5letého syna. Je spokojeně provdaná, manžel pracuje jako úředník v bance. Paní Alena trpí fobií ze psů od dětství, v posledních 3 letech se to však výrazně zhoršilo, takže nedokáže chodit sama po ulici, jít na výlet, je mobilní pouze autem, ale i v čase, kdy jde z domu do auta, nebo z auta přechází do nějakého uzavřeného místa, trpí silným strachem, že by se mohl objevit pes. Navíc se cítí velmi nepříjemně i doma, když slyší štěkání psa venku, vidí psa v televizi, narazí na obrázek psa v tisku. Proto se snaží riziko setkání se psem minimalizovat, což však výrazně omezuje její život: nemůže chodit se synem na pískoviště, na výlety, odmítá jezdit tábořit s manželem. Občas jsou kvůli tomu doma konflikty, protože to manželovi vadí. Nyní je paní Alena v situaci, kdy chce něco se svojí fobií dělat, jednak pro spory s manželem, jednak pro pocity viny, že synovi omezuje život a dětské radosti. Taký začala uvažovat o nástupu do práce, ale neumí si představit, že by došla z domu k autobusu, protože mezi domovem a zastávkou je parčík, kam lidé chodí venčit psy.

Při vyšetření se ukázalo, že paní Alena trpí fobií ze psů od dětství. Sama si počátek nepamatuje, ale ví od své matky, že v necelých 3 letech ji porazil jezevčík. Od té doby se kontaktu se psy bála, když je viděla, ječela a chtěla k rodičům do náruče. Proto se snažili ji kontaktům se psy nevystavovat. Během školní docházky měla ze psů respekt a vyhýbala se jim. V uctivé vzdálenosti od nich nepocítovala větší hrůzu. Nikdy však žádného psa nepohladila ani nebyla na dosah „jeho zubům“.

K pronikavému zhoršení fobie došlo ve třetím trimestru těhotenství. Dostala strach, že kdyby se k ní pes přiblížil, mohla by se tak vyděsit, že by mohla předčasně porodit. Postupně obcházela psy na ulici stále větším obloukem, pořídila si sprej proti lupičům, aby ho mohla použít proti psovi. Po porodu pak úplně přestala chodit na místa, kde se vyskytovali nebo mohli vyskytnout psi.

Její strach je posilován jejími živými představami. Představuje si, jak se pes na ni vrhá, jak má hrozné zuby, jak ji trhá, jak teče krev, jak ona padá, ztrácí vědomí. Poté, co syn začal chodit, se objevily i představy, že se pes vrhá na syna a trhá jeho. Proto nemohla ani sama, natož se synem vycházet na ulici nebo na pískoviště.

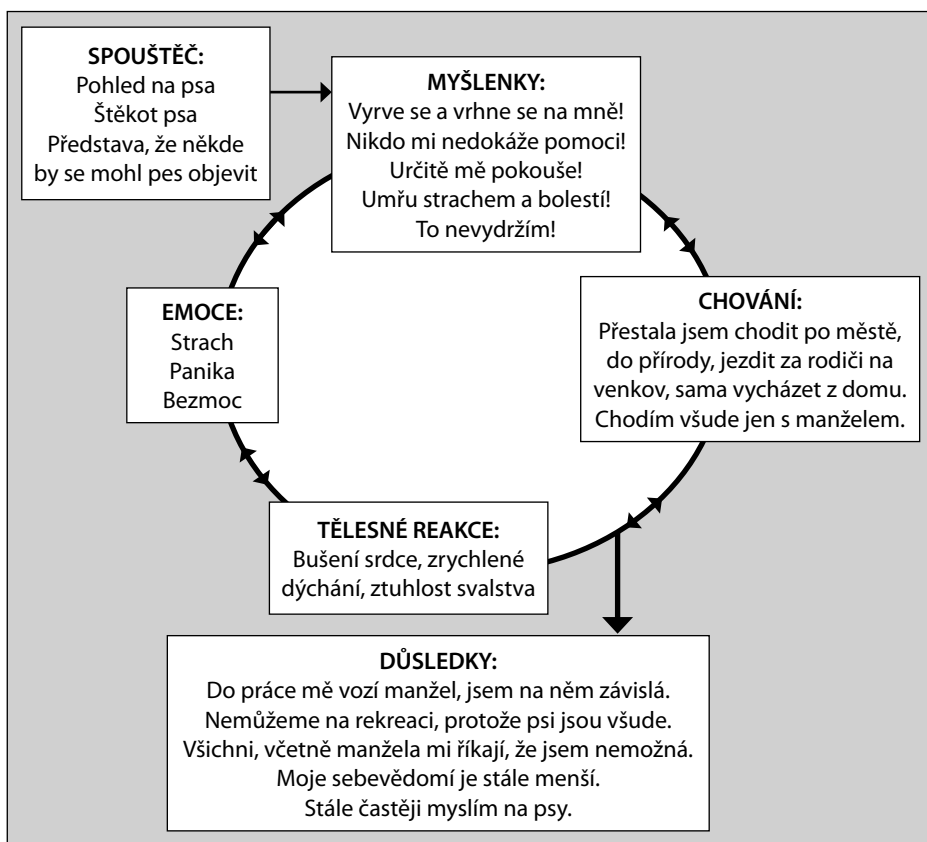
Nyní má stavy úzkosti jen v době, než má vystoupit z auta a když přechází mezi domem a autem nebo autem a obchodem. Je napjatá, protože se bojí, že pes může přiběhnout náhle, nemusela ho z auta vidět. Než z auta vystoupí, pečlivě si celé okolí prohlédne, když je s manželem, žádá ho, aby vystoupil první a celé okolí prohlédl.

Sama na psy vůbec myslet nechce. I svoje barvitě představy se snaží přerušit, odvést od nich pozornost, ale nedaří se to. Před situacemi možného ohrožení se jí představy objevují a zneklidňují ji. V ohrožující situaci (přechod prostorem, kde by se mohl objevit pes) cítí napětí, úzkost a pečlivě monitoruje okolí.

Paní Alena byla od dětství více úzkostná a neklidná. Kromě fobie ze psů měla potíže se adaptovat na kolektiv v jeslích, kde probrečela údajně několik týdnů, než si zvykla, pak měla také problémy ve školce, kdy se bála divokých chlapečků. Doma byla přísně trestána matkou, když neměla pořádek ve věcech, nepamatuje si, že by ji maminka někdy chválila. Matka se k ní chovala stroze, přísně, nepamatuje si, že by se s ní nebo se starší sestrou někdy mazlila. Otec od rodiny odešel, když jí byly 4 roky. S ním se cítila dobře, nicméně když si našel novou ženu, velmi se v chování k ní změnil. Jeho nová žena neměla ji ani sestru ráda. Často byly ona i sestra dávány na hlídání k babičce, která se však chovala podobně chladně jako matka. Paní Alena sama také nikdy neuměla dobře vyjadřovat svoji blízkost k těm, které měla ráda. Dělal jí problém mazlit se se synem, ani doteky s manželem jí nepřipadaly nijak přirozené. Se synem se však mazlit snažila, protože věděla, jak jí samotné vadilo, když to jako dítě neměla. Vadilo jí, že manžel se jí chtěl často dotýkat, vyčítala mu, že to přehání. Na veřejnosti jeho dotek nesnesla. Manžel jí často vyčítal, že je málo něžná. Mrzelo ji to, protože ho měla ráda.

Typické situace, kdy se úzkostné projevy objevovaly, byly ty, kde potenciálně hrozilo, že se setká s nějakým psem, jakýkoliv pobyt na ulici či jiném nechráněném prostředí. Vadi-

Obrázek 8.2.5.3: Bludný kruh specifické fobie paní Aleny



la jí i představa psa nebo vidět psa v televizi nebo na obrázku, méně, ale také trochu, když někde četla slovo pes. Úzkost a napětí přetrvávají vždy po celou dobu, když je v dané situaci – většinou je tam však nanejvýše několik minut. Paní Alena je přesvědčena, že setkání se psem by nezvládla, myslí si, že by hrůzou omdlela, kdyby se k ní nějaký pes přiblížil, že by pocity, které by měla, byly k nevydržení, že by se začala panicky chovat a pes by ji určitě pokousal. Sama se aktivně snaží si nic nepředstavovat ani na psy nemyslet, odvádí od toho aktivně pozornost, přesto se jí myšlenky a představy vracejí.

Na konci prvního pohovoru se lékař paní Aleně pokusil vysvětlit, jakým způsobem mohla její fobie vzniknout a co ji může udržovat. Zdůraznil, že bude potřebné její projevy dále monitorovat, aby porozumění mohlo být ještě přesnější.

Faktory zvyšující citlivost ke stresu: Paní Alena byla úzkostné dítě – což pravděpodobně souviselo s nedostatkem pocitu bezpečí se svojí matkou – byla kritizována, matka se s ní nemazlila, chovala se chladně, byla pak dána do jeslí, které špatně snášela, podobně měla strach z chlapečků. Protože ji porazil jezevčík, pro svoji nejistotu našla zevní ohrožení – psy. Když ječela, brávala ji matka do náruče a poskytovala jí ochranu. Vyhnutí bylo odměněno, ale její sebedůvěra v to, že kontakt se psem zvládne, klesala. To posilovalo strach ze psů, i z těch, kteří reálně nebezpeční nebyli. Ostatní děti, které si troufly se psy hrát, hladit je a nevyhýbaly se jim, se naučily být ke psům odvážné. Naučily se rozlišovat mezi nebezpečnými a „bezpečnými“ psy, pro ni kvůli vyhýbání zůstali všichni psi nebezpeční.

Provokující faktory: Ve třetím trimestru těhotenství, kdy byla doma na rizikovém těhotenství, se zvýšila její obava z toho, aby předčasně neporodila – byla podporována lékaři, kteří jí nařídili vyhýbat se stresu. V té době se přestali milovat s manželem, který jí začal vyčítat, že k němu není dost něžná (na kritiku byla od dětství precitlivělá kvůli nadměrné kritice matky). Navíc sama měla obavy z toho, jak zvládne porod, zda to nebude hodně bolet a zda nebude zmatkovat a neztrapní se před zdravotnickým personálem (jakoby očekávala podobnou kritiku jako od matky). Tyto stresující momenty vedly ke zvýšení úzkosti, které zesílily původní lehkou fobii ze psů.

Udržující faktory: Strach ze psů byl udržován pravděpodobně více faktory. Za prvé jsou to katastrofické živé představy, které paní Alena má, pak myšlenky na to, jak by danou situaci nezvládla. Nejdůležitější však bude její snaha se psům vyhýbat, protože vyhýbavé chování jí neumožňuje naučit se, jak se má ovládnout i v přítomnosti psa.

Následující léčba měla tři stadia. V prvním se paní Alena učila kontrolovat svoje tělesné příznaky pomocí klidného dechu a relaxace. Ve druhém stadiu pak s lékařem začali s postupnou expozicí vůči psům. Ve třetím stadiu léčby už nešlo o léčbu fobie, ale pomoc v partnerské situaci. Léčba vyžadovala celkem 8 sezení pro léčbu fobie a následně 4 zaměřené na zlepšení komunikace v manželství.

Lékař s paní Alenou naplánoval program systematické desenzibilizace. Nejdříve se naučila krátce relaxovat a pak si postupně představovala psy ve své stále větší blízkosti, až po to, že je hladí, drbe, krmí podáváním jídla přímo do tlamy.

Zpočátku neměla paní Alena ani nejmenší tušení, jak bude vytvářet svůj seznam expozic, zejména se obávala expozice in vivo, kdy byla přesvědčena, že ji nikdy nezvládne ani v nelehčím iniciálním kroku. Začali však nácvikem Ůstovy progresivní relaxace, kdy se

paní Alena naučila relaxovat na slovo „klid“. Relaxaci pak nacvičovala doma 2krát denně, přičemž míru relaxace hodnotila na jednoduché analogové stupnici v procentech před nácvikem a po nácviku.

Dalším krokem bylo naučit se unést představu psa tak, aby pak bylo možné pokračovat v expozicích in vivo přímo s živými psy. Pro expozici v představě vytvořil terapeut s paní Alenou celkem 10 kroků:

|             |                                                                                                           |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cíl:</b> | „JÍT SE SYNEM PŘES PARK, KDE LIDÉ VENČÍ PSY“                                                              |
| Krok 1:     | Jít se synem na pískoviště, hrát si s ním a riskovat, že tam vběhne pes                                   |
| Krok 2:     | Jít se synem na procházku po ulici, zatím se zdaleka vyhnout všem psům                                    |
| Krok 3:     | Vyjít s manželem z domu pěšky do obchodu, ale park obejít velkým obloukem, stejně tak všechny lidi se psy |
| Krok 4:     | Vyjít sama z domu pěšky do obchodu, ale park obejít velkým obloukem, stejně tak všechny lidi se psy       |
| Krok 5:     | Jít do obchodu a projít kolem lidí, kteří mají psa na vodítku, ve vzdálenosti 3 metrů                     |
| Krok 6:     | Jít do obchodu a projít kolem lidí, kteří mají psa na vodítku, ve vzdálenosti 1,5 metru                   |
| Krok 7:     | Jít do obchodu sama, projít kolem parku, psům se zatím vyhnout                                            |
| Krok 8:     | Jít sama přes park, kde lidé venčí psy, ale psům se obloukem vyhnout                                      |
| Krok 9:     | Jít sama přes park, kde lidé venčí psy, a projít těsně kolem psa                                          |
| Krok 10:    | Jít se synem přes park, kde lidé venčí psy                                                                |

Během systematické desenzibilizace došlo poměrně rychle ke zklidnění, paní Alena si během prvních dvou sezení prošla všemi situacemi. Od třetího sezení měla pokračovat s expozicemi in vivo. Pro tuto „terapii naostro“ si vytvořila následující postupné kroky:

|             |                                                                                                                             |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cíl:</b> | „PŘEDSTAVIT SI, ŽE JEDNOU RUKOU HLAĐÍM PSA PO HLAVĚ A DRUHOU MU DÁVÁM DO TLAMY KUS MASA“                                    |
| Krok 1:     | Představit si, že za plotem pobíhá malý pes a já jdu kolem plotu                                                            |
| Krok 2:     | Představit si, že jdu kolem plotu, za kterým štěká velký pes a trhá řetězem                                                 |
| Krok 3:     | Představit si, že za plotem pobíhá velký pes, štěká a vrhá se na plot                                                       |
| Krok 4:     | Jdu kolem muže s malým psem na vodítku a pes na mě štěká, vrhá se ke mně a trhá vodítkem                                    |
| Krok 5:     | Jdu kolem muže s velkým psem na vodítku, pes na mě štěká, vrhá se ke mně a trhá vodítkem, pán ho zvládá                     |
| Krok 6:     | Jdu kolem muže s velkým psem na vodítku, pes na mě štěká, vrhá se ke mně a trhá vodítkem, pán ho zvládá jen s velkým úsilím |
| Krok 7:     | Malý pes jde ke mně a očuchává mi nohy                                                                                      |
| Krok 8:     | Velký pes jde ke mně a očuchává mi nohy                                                                                     |
| Krok 9:     | Hladím po hlavě velkého psa, pán ho však drží                                                                               |
| Krok 10:    | Představit si, že jednou rukou hladím psa po hlavě a druhou mu dávám do tlamy kus masa, nikdo ho nedrží                     |

Po zvládnutí expozice v představě byla paní Alenka schopna udělat jednotlivé kroky během necelého měsíce. Zpravidla každý krok 3–5krát opakovala, až si jím byla jistá. Některé dny prováděla několik expozic, protože na to na mateřské dovolené měla čas. Po

měsíci už byla schopna zvládat nakupování spolu se synem, aniž by se musela parku vyhýbat. Je pravda, že když k nim přiběhne velký pes, který není na vodítku, vždy ztuhne úzkostí, ale nepanikaří přitom. Ví však, že toto je normální reakce, kterou prožívá většina lidí. Paní Alena začala nakonec chodit se synem na procházky i do blízkého Prokopského údolí, kde zpravidla pobíhá řada psů, které majitelé pustili z vodítek. Psů se téměř přestala bát. Přesto, že u paní Aleny fobie přetrvávala od dětství, nebyly v léčbě fobie nutné složitější korky, jako je kognitivní rekonstrukce. Po zvládnutí fobie se terapeut s paní Alenou v následujících 4 sezeních věnovali zlepšení komunikace v partnerském vztahu, což znamenalo zvýšení pozitivní výměny a otevření komunikace o sexuálních otázkách.

### 8.2.5.7 Závěr

Specifické fobie patří mezi nejčastější psychické poruchy vůbec. Zpravidla však důsledky pro život nejsou tak závažné, že by postiženého přivedly k léčbě. V situacích, kdy specifická fobie přináší závažný stres nebo významně omezuje fungování v práci, rodině, či trávení volného času, je na místě léčba. Léčbou volby je léčba odstupňovanou expozicí „in vivo“ nebo systematická desenzibilizace v rámci kognitivně behaviorální terapie. Současné znalosti dostatečně nepodporují užití léků při léčbě specifických fobií. Díky prokázané účinnosti behaviorální terapie u specifických fobií by však jakýkoliv jiný psychoterapeutický přístup v léčbě těchto fobií měl zahrnovat specifické behaviorální techniky.

### 8.2.5.8 Literatura

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> Edition, Text Revision. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
2. ANTONY, M. M., BARLOW, D. H.: *Specific phobia*. In: Caballo, V. E. (ed.): Handbook of Cognitive and Behavioral Treatments for Psychological Disorders. Oxford: Pergamon, 1998, s. 1–22.
3. ANTONY, M. M., BARLOW, D. H.: *Specific phobias*. In: Barlow, D. H. (ed.): Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic, 2nd ed. New York: Guilford Press, 2002.
4. ANTONY, M. M., McCABE, R. E.: *Anxiety disorders: social and specific phobias*. In: Tasman, A., Kay, J., Lieberman, J. A. (eds.): Psychiatry, 2nd ed. London: Wiley, 2003, s. 1298–1330.
5. ANTONY, M. M., BROWN, T. A., BARLOW, D. H.: *Response to hyperventilation and 5,5% CO<sub>2</sub> inhalation of subjects with types of specific phobia, panic disorder, or no mental disorder*. Am. J. Psychiatry, 1997, č. 154, s. 1089–1095.
6. ARNTZ, A., LAVY, E.: *Does stimulus elaboration potentiate exposure in-vivo treatment? Two forms of one-session treatment of spider phobia*. Behavioral Psychotherapy, 1993, č. 21, s. 1–12.
7. BANDURA, A.: *Psychotherapy based on modelling principles*. In: Bergin, A. E., Garfield, S. L. (eds.): Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. New York: Wiley, 1971, s. 653–708.

8. BERNADT, M. W., SILVERSTONE, T., SINGLETON, W.: *Behavioral and subjective effects of beta-adrenergic blockade of phobic subjects*. Br. J. Psychiatry, 1980, č. 137, s. 452–457.
9. BOURQUE, P., LADOUCEUR, R.: *An investigation of various performance-based treatments with acrophobics*. Behav. Res. Ther., 1980, č. 18, s. 161–170.
10. BUTLER, G.: *Phobic Disorder in Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems*. In: Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J. (eds.): *A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press, 1989, s. 95–128.
11. BIRD, N.: *Treatment of children dental phobia using a modified television visualization technique*. Contemporary Hypnosis, 1997, č. 14, s. 80–83.
12. CAMPOS, P. E., SOLYOM, L., KOELINK, A.: *The effects of timolol maleate on subjective and physiological components of air travel phobia*. Can. J. Psychiatry, 1984, č. 29, s. 570–574.
13. COHN, C. K., KRON, R. E., BRADY, J. P.: *A case of blood-illness-injury phobia treated behaviorally*. J. Nerv. Ment. Dis., 1976, č. 162, s. 65–68.
14. CROWE, M. J., MARKS, I. M., AGRAS, W. S. et al.: *Time-limited desensitization implosion and shaping for phobic patients: a cross-over study*. Behav. Res. Ther., 1972, č. 10, s. 319–328.
15. CURTIS, G. C., THYER, B.: *Fainting on exposure to phobic stimuli*. Am. J. Psychiatry, 1983, č. 140, s. 771–774.
16. EATON, W. W., DRYMAN, A., WEISSMANN, M. M.: *Panic and Phobia*. In: Robins, L. N., Regier, D. A. (eds.): *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: Free Press, 1991, s. 155–179.
17. EHLERS, A., HOFMANN, S. G., HERDA, C. A. et al.: *Clinical characteristics of driving phobia*. J. Anxiety Disord., 1994, č. 8, s. 323–339.
18. FREDRISKON, M., WIK, G., GREITZ, T. et al.: *Regional cerebral blood flow during experimental phobic fear*. Psychophysiology, 1993, č. 30, s. 126–130.
19. FREUD, S.: *Analysis of a Phobia in a Five-year-old Boy* (1909). In: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Hogarth Press, 1955, Vol. 10, s. 1–149.
20. FREUD, S.: *Turning in the ways of psychoanalytic therapy* (1919). In: *Collected Papers*. Vol. 2. New York: Basic Books, 1959, s. 392–402.
21. FYER, A. J.: *Current approaches to etiology and pathophysiology of specific phobia*. Biol. Psychiatry, 1998, č. 44, s. 1295–1304.
22. FYER, A. J., MANNUZZA, S., GALLOPS, M. S. et al.: *Familial transmission of simple phobias and fears: a preliminary report*. Arch. Gen. Psychiatry, 1990, č. 47, s. 252–256.
23. GELDER, M. G., MARKS, I. M., WOLFE, H. E. et al.: *Desensitization and psychotherapy in the treatment of phobic states: a controlled inquiry*. Br. J. Psychiatry, 1967, č. 113, s. 53–73.
24. GINSBERG, S. H.: *Hypnosis as an adjunct to broad spectrum psychotherapy in the treatment of simple phobia*. Australian J. Clin. Experiment Hypnosis, 1993, č. 21, s. 39–59.

25. HAFNER, R. J., MARKS, I. M.: *Exposure in vivo of agoraphobics: contributions of diazepam, group exposure and anxiety evocation*. Psychol. Med., 1976, č. 6, s. 71–88.
26. HAMMARSTRAND, G., BERGGREN, U., HAKEBERG, M.: *Psychophysiological therapy vs. hypnotherapy in the treatment of patients with dental phobia*. Eur. J. Oral. Sci., 1995, č. 103, s. 399–404.
27. HARVEY, A. G., RAPEE, R. M.: *Specific phobia*. In: Stein, D. J., Hollander, E. (eds.): *Textbook of Anxiety Disorders*. Washington: American Psychiatric Publishing, 2002, s. 343–355.
28. HAYES, S. N.: *Design of intervention programs*. In: Nelson, R. O., Hayes, S. N. (eds.): *Conceptual Foundations of Behavioral Assessment*. New York: Pergamon, 1984, s. 386–423.
29. HIMLE, J. A., CRYSTAL, D., CURTIS, G. C. et al.: *Mode of onset of simple phobia subtypes: further evidence of heterogeneity*. Psychiatry Res., 1991, č. 36, s. 37–43.
30. HOFMANN, S. G., LEHMAN, C. L., BARLOW, D. H.: *How specific are specific phobias?* J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry, 1997, č. 28, s. 233–240.
31. HELLSTRÖM, K., FELLENIUS, J., ÖST, L. G.: *One versus five sessions of applied pension in the treatment of blood phobia*. Behav. Res. Ther., 1996, č. 34, s. 101–112.
32. JUDD, F. K., BURROWS, G. D.: *Specific or simple phobias*. In: Noyes, R. Jr., Roth, M., Burrows, G. D. (eds.): *Handbook of Anxiety, Vol. 2: Classification, Etiological Factors and Associated Disturbances*. Amsterdam: Elsevier, 1988, s. 321–339.
33. KENNERLEYOVÁ, H.: *Jak zvládat úzkostné stavy*. Praha: Portál, 1998, 190 s.
34. KENDLER, K. S., NEALE, M. C., KESSLER, R. C. et al.: *The genetic epidemiology of phobias in women: the interrelationship of agoraphobia, social phobia, situational phobia, and simple phobia*. Arch. Gen. Psychiatry, 1992, č. 49, s. 273–281.
35. KESSLER, R. C., MCGONAGLE, K. A., ZHAO, S. et al.: *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-IV-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey*. Arch. Gen. Psychiatry, 1994, č. 51, s. 8–19.
36. KIRK, J., ROUF, K.: *Specific phobias*. In: Bennett-Levy, J., Butler, G., Fennell, M. (eds.): *Oxford Guide to Behavioral Experiments in Cognitive Therapy*. Oxford: Oxford University Press, 2004, s. 161–182.
37. KLEIN, D. F., ZITRAN, C. M., WOERNER, M. G.: *Treatment of phobias, 2: behavior therapy and supportive psychotherapy: are there any specific ingredients?* Arch. Gen. Psychiatry, 1983, č. 40, s. 139–145.
38. LEDWIDGE, B.: *Cognitive behavioral modification: a step in the wrong direction?* Psychol. Bull., 1978, č. 85, s. 353–375.
39. LINDSAY, S. J. E.: *Disorders of sleep*. In: Lindsay, S. J. E., Powell, G. E. (eds.): *The handbook of clinical adult psychology*, 2nd ed. London: Routledge, 1994.
40. LIPSITZ, J. D., MARKOWITZ, J. C., CHERRY, S. et al.: *Open trial of interpersonal psychotherapy for the treatment of social phobia*. Am. J. Psychiatry, 1999, č. 156, s. 1814–1816.
41. LORENZ, K.: *On aggression*. New York: Harcourt, Brace, 1966.

42. MAGEE, W. J., EATON, W. W., WITTCHEN, H. U. et al.: *Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey*. Arch. Gen. Psychiatry, 1996, č. 53, s. 159–168.
43. MARKS, I. M.: *Fears and phobias*. New York: Academic Press, 1969.
44. MARKS, I. M.: *Fears, Phobias, and Rituals*. Oxford: Oxford University Press, 1987.
45. MARKS, I. M., BOULOGOURIS, J. C., MARCET, P.: *Flooding versus desensitization in the treatment of phobic patients: a cross-over study*. Br. J. Psychiatry, 1971, č. 119, s. 353–375.
46. MARSHALL, W. L.: *The effects of variable exposure in flooding therapy*. Behavior Therapy, 1985, č. 16, s. 117–135.
47. MAVISSAKALIAN, M., BARLOW, D. H.: *Phobia: psychological and pharmacological treatment*. New York: Guilford Press, 1981.
48. Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování: Diagnostická kritéria pro výzkum (přeloženo z anglického originálu). Praha, Psychiatrické centrum, 1996, Zprávy č. 134, 179 s.
49. MOUNTZ, J. M., MODLL, J. G., WILSON, M. W. et al.: *Positron emission tomographic evaluation of cerebral blood flow during state anxiety in simple phobia*. Arch. Gen. Psychiatry, 1989, č. 46, s. 501–504.
50. MOŽNÝ, P., PRAŠKO, J.: *Kognitivně behaviorální terapie: úvod do teorie a praxe*. Praha: Triton, 1999, 304 s.
51. MOWRER, O. H.: *On the dual nature of learning – a reinterpretation of „conditioning“ and „problem solving“*. Harvard Educational Review, 1947, č. 17, s. 102–148.
52. MOWRER, O. H.: *Learning theory and behavior*. New York: Wiley, 1960.
53. MURIS, P., MERCKELBACH, H., VAN HAAFTEN, H. et al.: *Eye movement desensitization and reprocessing versus exposure in vivo*. Br. J. Psychiatry, 1997, č. 17, s. 82–86.
54. OHMAN, A., SOARES, J. F.: *Unconscious anxiety: phobic responses to masked stimuli*. J. Abnorm. Psychol., 1994, č. 103, s. 232–240.
55. ÖST, L. G.: *Behavioral treatment of thunder and lightning phobias*. Behav. Res. Ther., 1978, č. 16, s. 197–207.
56. ÖST, L. G.: *One session group treatment of spider phobia*. Behav. Res. Ther., 1996, č. 34, s. 707–715.
57. ÖST, L. G., BRANBERG, M., ALM, T.: *One versus five sessions of exposure in the treatment of flying phobia*. Behav. Res. Ther., 1997, č. 35, s. 987–996.
58. ÖST, L. G., FELLENIUS, J., STERNER, U.: *Applied tension, exposure in vivo, and tension only in the treatment of blood injury phobia*. Behav. Res. Ther., 1991, č. 29, s. 561–574.
59. PAGE, A. C.: *Blood-injury phobia*. Clin. Psychol. Rev., 1994, č. 14, s. 443–461.
60. PEGERON, J. P., THYER, B. A.: *Simple phobia leading to suicide: a case report*. Behavior. Therapy, 1986, č. 9, s. 134–135.
61. PROCHAZKA, J. O.: *Prescribing to the stage and level of phobic patients*. Psychotherapy, 1991, č. 28, s. 463–468.



62. RAUCH, S. L., SAVAGE, C. R., ALPERT, N. M. et al.: *A positron emission tomographic study of simple phobic symptom provocation*. Arch. Gen. Psychiatry, 1995, č. 52, s. 20–28.
63. REGIER, D. A., BOYD, J. H., BURKE, J. D. Jr. et al.: *One-month prevalence of mental disorders in the United States, based on five Epidemiologic Catchment Area sites*. Arch. Gen. Psychiatry, 1988, ř. 45, s. 977–986.
64. SCHNEIER, F. R., MARSHALL, R. D., STREET, L. et al.: *Social phobia and specific phobias*. In: Gabbard, G. O., Atkinson, S. D. (eds.): *Synopsis of Treatments of Psychiatric Disorder*, 2nd edition. Washington: American Psychiatric Press, 1996, s. 617–625.
65. SELIGMAN, M.: *Fobias and preparedness*. Behavior Therapy, 1971, č. 2, s. 307–320.
66. SKRE, I., ONSTAD, S., TORGENSEN, S. et al.: *A twin study of DSM-III-R Anxiety disorders*. Acta Psychiatr. Scand., 1993, č. 88, s. 85–92.
67. VAN DEN HOUT, M., TENNEY, N., HUYGENS, K. et al.: *Preconscious processing bias in specific phobia*. Behav. Res. Ther., 1997, č. 35, s. 155–161.
68. VERBURG, C., GRIEZ, C., MEIJER, J.: *A 35% karbon dioxide challenge in simple phobias*. Acta Psychiatr. Scand., 1994, č. 90, s. 420–438.
69. WARDLE, J., JARVIS, M.: *The paradoxical fear response to blood, injury and illness – a treatment report*. Behavioural Psychotherapy, 1981, č. 9, s. 13–24.
70. WHITEHEAD, W., BLACKWELL, B., ROBINSON, A.: *Effects of diazepam on phobic avoidance behavior and phobic anxiety*. Biol. Psychiatry, 1978, č. 13, s. 59–64.
71. WOLPE, J.: *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford (CA): Stanford University Press, 1958.
72. WOLPE, J.: *The Practice of Behavior Therapy*, 2<sup>nd</sup> Edition. New York: Pergamon, 1973.
73. ZARATE, R., CRASKE, M.G., RAPEE, R. M. et al.: *The effectiveness of interoceptive exposure in the treatment of simple phobia*. Paper presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy. New York: 1990.
74. ZITRIN, C. M., KLEIN, D. F., WOERNER, M. G.: *Treatments of phobias, I: comparison of imipramine hydrochloride and placebo*. Arch. Gen. Psychiatry, 1983, č. 40, s. 125–138.

## 8.3 KBT obsedantně kompulzivní poruchy

Ján Praško, Hana Prašková

### 8.3.1 Základní údaje o obsedantně kompulzivní poruše

Obsedantně kompulzivní porucha (Obsessive Compulsive Disorder – OCD) je charakterizována nutkavými myšlenkami (obsesemi), které se proti vůli vtírají na mysl a způsobují svému nositeli výraznou nepohodu a tíseň, kterou se pak snaží zmírnit různými způsoby nutkavého chování (kompulzemi či rituály).

#### 8.3.1.1 Klinické projevy obsedantně kompulzivní poruchy

Mezi příznaky OCD patří vtíravé myšlenky (obsese) o ušpinění, o agresi k druhým lidem, vtíravou váhavost, excesivní počítání, kontrolování, umývání se, ujišťování se, nutkavé sledování tělesných funkcí a psychického fungování. Většina postižených lidí má řadu z těchto příznaků. Napětí či úzkost z obsesí se snaží neutralizovat opakovanými úkony nebo stereotypními myšlenkami. Vznikají kompulze, které však sníží úzkost jen na přechodnou dobu. Záhy vzniká nová úzkost, nová potřeba ji snížit a rozvíjí se další kompulze. V průběhu času typicky potřeba další kontroly roste.

**Obsese** je nechtěná, vtíravá, opakující se a neodbytná myšlenka, představa nebo impulz, která se znovu a znovu ve stereotypní formě vtírá do mysli člověka. Obsese jsou prožívány jako mimovolní události, které se vnucují automaticky do vědomí. Objevují se proti vlastní vůli. Mohou se objevit po celé řadě **spouštěcích podnětů**, např. po podání ruky s cizí osobou, uzamčení bytu, pohledu na ostrý předmět, po přečtení nepříjemného slova, pohledu jiného člověka nebo po určitém jednání – např. použití veřejné toalety – kde je riziko nákazy. Mohou se objevit v podobě obavných, odpudivých, rouhavých, nemravných, absurdních myšlenek nebo všech dohromady. Postižený se jim obvykle brání a snaží se je neutralizovat nebo se vyhnout situacím, které obsese spouštějí. Obsese je pasivní automatický zážitek. Člověk může být zabrán do nějaké aktivity, jako je čtení knihy nebo řízení auta, když se obsedantní myšlenka vetře do jeho vědomí. Tím přeruší jeho normální myšlení a jednání.

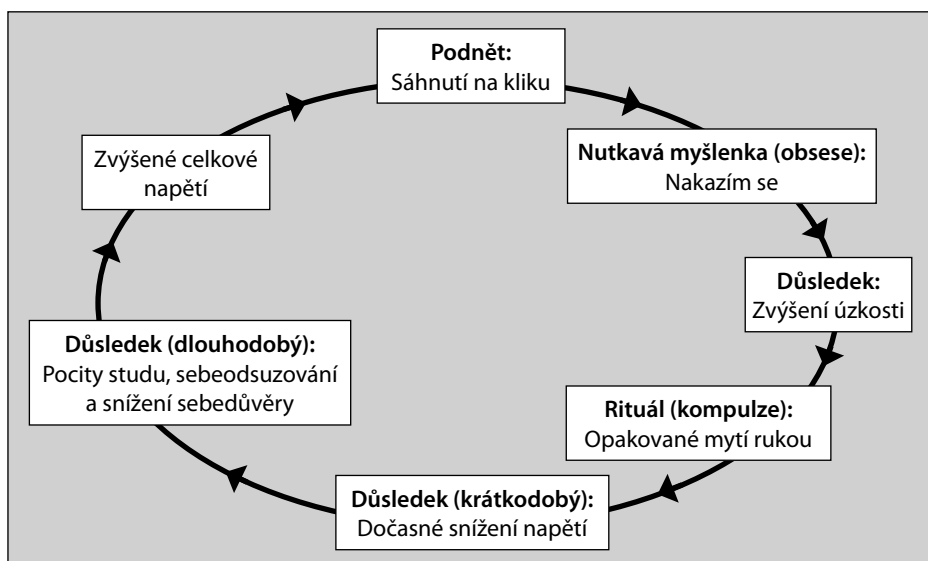
Obsese téměř vždy vyvolávají tíseň, napětí, úzkost nebo jiný druh nepohody, protože jsou vnímány jako nesmyslné, protivolní, ale nejdou potlačit. Někdy vyvolávají pocit ohrožení samotného nositele, jindy mohou být i obsesivního nebo násilného rázu. Na rozdíl od úmyslného zabývání se určitými myšlenkami jsou obsese velmi nepříjemné. Protože jsou doprovázeny velkou tísní, úzkostí, strachem nebo napětím, nutí k jednání, které tyto emoce **neutralizuje**. Tomuto jednání říkáme kompulze. Neutralizace vede k dočasnému snížení úzkosti a obvykle probíhá jako stereotypní **kompulzivní chování**.

Např. pacient trpící myšlenkou (obsese), že spolkne vlas, proto dostane zánět slepého střeva a zemře, musí vždy před usnutím hodinu kontrolovat pečlivě svoje lůžko (kompulzivní chování), zda tam nezůstal nějaký vlas, který by ve spánku mohl spolknout.

Nebo pacientka trpí strachem, že se venku nakazí bacily a že jimi nakazí i rodinu (obsese). Proto když jde ven, má na sobě vždy čisté šaty (vyhýbavé chování) a rukavice, při návratu je dává do speciálního koše. Ostatní členové rodiny musí dělat totéž. Aby měla ruce čisté, myje si je v dezinfekčním prostředku až 300krát denně (kompulzivní rituál).

Kompulzivní chování může být nápravné (jako např. umývání) a ujišťující (jako kontrolování, ujišťování u okolí ap.).

**Obrázek 8.3.1:** Sled událostí při obsesi z kontaminace a mycím rituálu



Neutralizace však může probíhat i pouze v myšlenkách – jako úmyslné vyvolání si určité myšlenky, která neutralizuje původní obsesi. Pro odlišení od obsedantních myšlenek, které úzkost vyvolávají, můžeme mluvit o **kompulzivních myšlenkách**. Jde tedy o **volní** (úmyslné) jednání, které slouží snížení úzkosti nebo rizika ohrožení.

Např. pacient trpící obavou, že by mohl ublížit malému dítěti:

| SPOUŠTĚČ:                  | OBSESE:                        | KOMPULZIVNÍ MYŠLENKA (RITUÁL):                              |
|----------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Spatření dítěte<br>v metru | Co když je strčím<br>pod vlak? | Bože na nebesích, nikdy nedovol<br>takové chování (100krát) |

Kompulzivní myšlenky mívají někdy stejný obsah jako myšlenky obsedantní, rozhoduje pouze jejich pořadí. Např. první myšlenka je mimovolní obsese a další tři jsou neutralizující podle vzorce: obsedantní myšlenka – neutralizující myšlenka (3krát) – obsedantní myšlenka – neutralizující myšlenka (3krát) – atd. Např.:

**OBESE:**

*Neublížil jsem nikomu?*

**KOMPULZIVNÍ MYŠLENKA:**

*Nikomu jsem neublížil!(3krát) – atd.*

Nejčastějším mentálním kompulzivním myšlením je tzv. napravování. Matka může zmírňovat svůj strach o děti tím, že si v duchu přeríkává jejich jména v přesně určeném pořadí, aby získala pocit bezpečí; muž, trpící strachem z rakoviny, se může uklidňovat tím, že si myslí určitá „zdravá“ slova, aby neutralizoval spouštějící slovo. Úzkost se rituálním jednáním dočasně sníží, ale dlouhodobě tímto kompulzivním myšlením úzkost narůstá. Nejčastějším pořadím je, že **obsese vede ke kompulzi**.

**Tabulka 8.3.1:** Příklady obsesí a následujícího kompulzivního chování nebo myšlení

| OBESEDANTNÍ MYŠLENKA:                                                       | KOMPULZIVNÍ CHOVÁNÍ NEBO MYŠLENKY:                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Do bytu vejdou zloději, zabijí mě a byt vykradou.                           | Kontrola uzavření dveří 70krát.                                                                                        |
| Na klíče je infekce od jiných, teď je i na mojí ruce.                       | Mytí si rukou dokud nevymydlí celé mýdlo, dezinfekce ajetinem, dezinfekce všech předmětů, kterých se dotkl někdo jiný. |
| Bůh není, když dovolí všechno to svinstvo na Zemi.                          | Na kolenou prosí o odpuštění, 12krát modlitba.                                                                         |
| Musím se obléknout tak, abych měl „správný pocit“, jinak se stane neštěstí. | Obléká se velmi pomalu ve stejném pořadí a svléká, dokud nezíská „správný pocit“.                                      |
| Zapálil jsem dům.                                                           | Píše 150krát, že dům nezapálil, nebo se ujišťuje u rodičů, že nic takového nebylo v novinách.                          |
| Zahodím papírek, na kterém mám důležitý vzkaz.                              | Kontroluje všechny papírky, nic nevyhodí, zaplňuje papíry byt i garáž.                                                 |
| Zabiji své dítě.                                                            | Nechodí s dítětem k oknu, schovává před sebou všechny ostré a špičaté předměty                                         |

**Ruminace** je neproduktivní a zdlouhavý sled myšlenek na určité téma. Jak se liší ruminace od obsesí? Na rozdíl od obsesí se nevnučuje ruminace do klientova vědomí v předem vymezené formě nebo s jasně určeným obsahem. Jde o mentální neutralizační myšlenky, obvykle předcházené obsesemi. Např. obsese „Zblázním se?“ může vést ke kompulzivnímu nutkání o tom přemýšlet; to je ruminace. Ruminace se liší od jiných mentálních kompulzí. Mentální kompulze se skládají ze specifických mentálních aktů, jako je přeríkávání si něčeho nebo představování si něčeho **stereotypně stejným způsobem**. Naproti tomu ruminace není tak přesně

vymezený jev; téma ruminace je specifické, ale co vchází do přemýšlení o tomto tématu je otevřené a různorodé. Mnohé přemítání obsedantně kompulzivních klientů se týká náboženských, filosofických nebo metafyzických námětů, jako je počátek světa, život po smrti, podstata morálky ap.

Jinou možností neutralizace obsesí bývá **ujišťování**. Obsedantní myšlenky se velmi často týkají strachu ze zodpovědnosti za škodu, která by mohla vzniknout nějakou činností nebo opomenutím. Opakovaným ujišťováním si můžete ulevovat tím, že převádíte odpovědnost na někoho jiného. Obsedantní myšlenky jako „Zblázním se?“, „Dělám to správně?“ a „Mám opět zkontrolovat kohoutky?“ často vedou klienta k požádání o ujištění. Když se mu ujištění dostane, pocítí úlevu. Vyžadování ujištění se často opakuje, až k zlosti přátel nebo rodiny. Někteří lidé trpící OCD chodí za lékaři se seznamy otázek, které je zneklidňují, a jsou schopni vyžadovat ujištění po celé hodiny. Vzhledem k tomu, že ujišťování slouží k neutralizaci obsesí, vede také k jejich upevňování.

Aby pacienti omezili obsese, a zejména následné úzkosti a důsledky vyplývající z kompulzí, snaží se nedostat do situací, ve kterých typicky obsese vznikají. Mluvíme o **vyhýbavém chování**.

*Např. pacientka trpící myšlenkou (obsese), že dostane infekci ze záchodového prkénka, odkládá potřebu (vyhýbavé chování) na nejzažší mez, a i když už na potřebu musí, močí bez usednutí na prkénko (vyhýbavé chování), které už předtím obložila vrstvou toaletního papíru.*

Existuje také skryté vyhýbavé chování, jako je snaha nemyslet na určité věci.

Obsedantní myšlenky, představy nebo popudy mívají často obsah, týkající se oblastí pro pacienta **osobně nepříjemných**. Proto hluboce věřící člověk mívá jako obsese rouhavé myšlenky, milující matka myšlenku, že bodne nožem své dítě, úzkostně čistotný člověk myšlenky o zašpinění ap. Jednotlivým tématem bývá obava z možného ohrožení a potřeba mu zabránit.

### 8.3.1.2 Diagnóza obsedantně kompulzivní poruchy

Základními příznaky poruchy jsou obsese, kompulze, úzkost a vyhýbavé chování. Všechny se mohou vyskytovat v různých formách. Obsese mohou přicházet jako vtírající se myšlenky, slova, hesla, domněnky, pochybnosti, obavy, přesvědčení, ale i představy, obrazy a impulzy. Jsou egodystonní, rušivé, nevídané, jejich nositel je rozeznává jako své vlastní, jako produkt své mysli. Většinou způsobují velkou tíseň, leckdy jejich vlastníka přímo děsí – pokud jsou třeba obscénního nebo násilného a protispoločenského charakteru. Postižený může chybně chápat význam takových myšlenek a obává se možnosti jejich uskutečnění. Snaží se je neutralizovat nebo vykompenzovat, což většinou probíhá formou nutkavého aktu – kompulze, popř. rituálu, čili opakovanými stereotypními úkony, které slouží jako prevence před možnou katastrofou (zaviněnou pacientem), a tudíž přinášejí dočasnou úlevu (Kosová, 2002).

Nejčastější typy obsesí a kompulzí jsou uvedeny v tabulce 3, diagnostická kritéria podle Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize (MKN-10; 1992) v tabulce 4.

**Tabulka 8.3.2:** Nejčastější druhy obsesí a kompulzí

| OBESE:                            | KOMPULZE:                 |
|-----------------------------------|---------------------------|
| Kontaminace                       | Umývání, čištění          |
| Katastrofy, zavinění              | Kontrolování              |
| Exaktnost, preciznost, symetrie   | Opakování činností        |
| Religiózní                        | Počítání                  |
| S agresivním či sexuálním obsahem | Uspořádávání/organizování |
| Somatické                         | Dotýkání                  |
| Zabývání se dobrem a zlem         | Hromadění/sbírání         |
| Plané filozofování                | Mluvení                   |
| Smišené                           | Smišené                   |

**Tabulka 8.3.3:** Diagnostická kritéria MKN – 10 pro Obsedantně kompulzivní poruchu (1996)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>A.</b> Po dobu alespoň 2 týdnů jsou po většinu dnů přítomny buď obsese, nebo nutkavé jednání (nebo obojí).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>B.</b> Obsese (myšlenky, nápady nebo představy) a nutkavé jednání mají společné následující rysy, které všechny musí být přítomny:<br>1) Pacient musí uznávat, že vznikají v jeho vlastní mysli a nejsou vyvolávány jinými osobami nebo vnějšími vlivy.<br>2) Jsou nepříjemné a opakují se a musí být přítomna alespoň jedna obsese nebo kompulze, která je považována za přehnanou nebo nesmyslnou.<br>3) Pacient se snaží jim odolávat (avšak rezistence na dlouhotrvající obsese nebo kompulze může být minimální). Musí být alespoň jedna obsese nebo kompulze, které se pacient neúspěšně brání.<br>4) Prožívání obsedantní myšlenky nebo provedení kompulzivního činu není samo o sobě příjemné. (Toto by se mělo odlišit od dočasné úlevy od napětí a úzkosti.) |
| <b>C.</b> Obsese nebo kompulze vyvolávají tíseň nebo narušují sociální nebo individuální činnosti pacienta, obvykle ztrátou času.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>D.</b> Nejčastěji používaná vylučovací doložka. Obsese nebo kompulze nejsou výsledkem jiných duševních poruch, jako jsou např. schizofrenie nebo příbuzné poruchy (F20-F29), nebo poruchy nálady (afektivní poruchy) (F30-F39).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Diagnóza se může dále specifikovat následujícím čtvrtým znakem:</b><br><b>F42.0</b> Převážně obsedantní myšlenky a ruminace<br><b>F42.1</b> Převážně nutkavé jednání (obsedantní rituály)<br><b>F42.2</b> Smíšené obsedantní myšlenky a jednání<br><b>F42.8</b> Jiné obsedantně-kompulzivní poruchy<br><b>F42.9</b> Obsedantně-kompulzivní porucha nespecifikovaná                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

Podle diagnostických kritérií by měly obsedantní či kompulzivní symptomy splňovat následující charakteristiky:

- pacient je musí uznávat jako své vlastní myšlenky a nutkání,
- musí být přítomna alespoň jedna myšlenka nebo čin, kterým se pacient bezúspěšně brání, i když mohou být přítomné i jiné, kterým již neodolává,

- c) myšlenka či provedení činu nesmí být samo o sobě příjemné (pouhá úleva od napětí a úzkosti není v tomto smyslu považována za potěšení),
- d) myšlenky, představy nebo nutkání se musí opakovat.

Pro stanovení definitivní diagnózy je nutné, aby symptomy byly přítomny po většinu dnů nepřetržitě po dobu alespoň dvou po sobě následujících týdnů a aby vyvolávaly tíseň a narušovaly normální činnost (tabulka 4). Podle případné převahy základních symptomových skupin můžeme diagnózu ještě specifikovat: F 42,0 – převážně obsedantní myšlenky nebo ruminace; F 42,1 – převážně nutkavé akty (kompulzivní rituály); F 42,2 – smíšené obsedantní myšlenky a chování (nejčastější forma, tvoří asi 75 % všech OCD).

Pacienti, kteří se nutkavě umývají se mohou lišit od těch, kteří především nutkavě kontrolují (Rachman a Hogson, 1980). „*Umývací*“ obsese se podobají fobiím a je pro ně typické velké množství „kontaminovaných objektů“ a vyhýbavé chování, které má zabránit předpokládanému ohrožení; když se vyhýbavé chování nezdaří, pacient pak situaci „napravuje“ mytím a čištěním. Při obsesích *kontrolovacích* se pacient snaží dosáhnout jistoty, že nezavinil žádné poškození druhých nebo sebe. Vyhýbavého chování je podstatně méně. V příznacích je mezi nutkavými umývací a kontrolory značný přesah a funkční význam kompulzivního jednání (mytí a kontrolování) je týž. Podobně je možno rozlišovat i u obsesí bez zjevných kompulzí; mentální (skryté) kompulze je možno rozdělit na nápravné (uvedení do správného stavu, jako umývání) a ujišťující (jako kontrolování).

### 8.3.1.3 Epidemiologie obsedantně kompulzivní poruchy

S prevalencí 1,9–3,2 % patří OCD mezi nejčastější psychické poruchy – hned za fobie, abúzus a depresi, u dětí a dospívajících se uvažuje o výskytu ještě vyšším (Karno et al., 1988, Weissman et al., 1994). Objevuje se ve všech sociálních vrstvách. Nositele porucha výrazně omezuje v životě; bývají častěji rozvedení, bez sexuálních zkušeností a sociálně izolovaní. U 60 % se porucha objevuje před 25. rokem života, u 30 % dokonce mezi 5 a 15 lety věku (Perse, 1988). Vyskytuje se o něco častěji u žen v poměru k mužům 1,5:1. Průměrný věk vzniku prvních příznaků je 21,4 u žen a 19,6 roku u mužů. Nejvyšší prevalence je u žen mezi 25. a 34. rokem, u mužů mezi 35. a 54. rokem. Celoživotní riziko pro rozvoj OCD se odhaduje na 5,4 % (Bland et al., 1988).

Kolem 80 % lidí někdy zažívá vnucující se myšlenky, které jsou neodlišitelné od obsesí. Na rozdíl od lidí, kteří trpí OCD, jim však nepřikládají žádný velký význam a nepokoušejí se je nijak neutralizovat. Nepokládají je za něco, co by je vážně ohrožovalo, proto je nemusí kontrolovat, potlačovat ani jinak složitě zvládat. Od obsesí klientů, kteří vyhledali odbornou pomoc, se neliší ani formou, ani obsahem. Rozdíl je v kvantitě: tito lidé mívají obsese méně často a způsobuje jim to menší obtíže. Zde jsou některé z běžných obsesí:

- myšlenka na neštěstí někoho milovaného,
- myšlenka, že se dětem přihodí něco zlého, nejčastěji nějaké zranění,
- myšlenky na „nepřirozené“ sexuální akty,

- nutkání skočit z nástupiště před přijíždějící vlak či metro,
- nutkání skočit z výšky,
- myšlenka na sebevraždu,
- nutkání napadnout a zabít nějaké zvíře,
- nutkání udělat něco (např. smát se, zakřičet nebo hodit něčím), aby se přerušil klid na shromáždění.

U nás v průměru trvá 7–15 let od počátku příznaků OCD do doby, kdy se trpící rozhodl léčit. To většinou znamená, že přichází, až když příznaky již značně blokují jeho normální život, svazují ho jak v zaměstnání, tak v rodině.

### 8.3.1.4 Etiopatogenetické faktory obsedantně kompulzivní poruchy

V průběhu 19. století přestaly být obsese pokládány za posedlost nebo působení ďábla a začaly být považovány za součást deprese. Na přelomu století pak byly označeny za samostatnou jednotku. Podle Freuda jde o regresi do pregenitálního análně-sadistického stadia vývoje. Obsedantní symptomy podle Freuda vznikají z neuvědomovaných impulzů agresivní a sexuální povahy. Tyto impulzy způsobují extrémní úzkost, které se snaží nemocný předcházet různými obrannými mechanismy (Freud, překlad Rieff, 1973). Pozdější psychoanalytické koncepty mluví o „slabě ohraničeném egu“ a pokládají tyto nemocné za „prepsychotické“. Tento rámec, bohužel, ovlivňoval a dosud ovlivňuje mnohé psychoterapeuty, kteří se již předem stavějí k možnostem psychologické intervence u těchto nemocných jako k velmi omezeným.

Podle rodinných studií až 35 % příbuzných prvního stupně trpí rovněž OCD. To by ještě nemuselo svědčit pro vliv genetických faktorů, protože chování může být naučené. Co však svědčí pro významný genetický přenos, je významně vyšší konkordance u monozygotních dvojčat než u dizygotních.

Výsledky farmakologických studií zdůrazňují význam serotoninového neurotransmiterového systému. Nálezy zvýšených metabolitů serotoninu v mozkomíšním moku a zvýšená senzitivita vazebných serotoninergních míst na trombocytech signalizují poruchu v tomto systému. Nicméně pro průkaznost jsou potřebné další studie. U 1/3 nemocných s OCD nedochází k supresi kortizolu v dexametazonovém supresivním testu a podobná proporce pacientů vykazuje snížení sekrece růstového hormonu po infúzi klonidinu. Tyto nálezy jsou podobné jako u depresivních nemocných.

Zobrazovací studie s použitím PET (pozitronová emisní tomografie) ukazují zvýšenou metabolickou aktivitu a zvýšený průtok ve frontálních oblastech kůry, gyrus cinguli a bazálních gangliích, zejména v nucleus caudatus. Magnetická rezonance a CT popisují menší velikost nucleus caudatus a asymetrie ve frontálních oblastech mozku. Nicméně nálezy jsou zatím rozporuplné, velmi podobné nálezům u jiných úzkostných poruch, a proto málo typické pro OCD.

*Psychoanalytický výklad* je historicky nejstarší a nejznámější. Existuje mnoho verzí psychoanalytického výkladu obsedantně-kompulzivní poruchy. Všeobecně



lze tyto názory shrnout takto: Obsese a kompulze jsou příznakem nějakého hlubšího problému v lidském nevědomí. Určité vzpomínky, přání a konflikty jsou potlačovány a drženy mimo vědomí, protože by mohly vyvolat úzkost. Tyto potlačené psychické elementy se mohou později projevit jako neurotické příznaky. Fixace (nebo ulpívání) v určitém stadiu vývoje, která je způsobená různými faktory během raného dětství, určuje podstatu neurotických příznaků, které se projevují v pozdějším životě. Obsedantně kompulzivní porucha má počátek ve vývojovém stadiu, které tato teorie nazývá „análně-sadistické stadium“, jehož hlavním rysem je nácvik kontroly moči a stolice. S touto fází vývoje dítěte se pojí zlost a agrese. Určité prožitky během tohoto období, včetně přání, impulzů, konfliktů a frustrací, mohou člověka predisponovat pro vznik OCD a obsedantně kompulzivních osobnostních rysů v pozdějších letech. Kompulzivní akty, obsedantní myšlenky ap. jsou považovány za obranné reakce, které potlačují opravdové skryté úzkosti. Jakkoliv je psychoanalytická teorie zajímavá, existuje jen málo důkazů, které její tvrzení podporují. Je to také jedna z těch teorií, které lze jen obtížně ověřit.

Další důležitou psychologickou teorií, která se pokouší vysvětlit OCD, je *teorie učení*. Předpokládá, že neurotické poruchy a mnohé jiné problémy v chování jsou získané nebo naučené. Jedinec se může prostřednictvím asociací s nepříjemnými prožitky naučit reagovat úzkostí na určité podněty, které jsou ve skutečnosti neškodné. Může se také naučit, že určité chování úzkost odstraňuje, a toto chování se pak zpevňuje. V tomto případě se zpevňuje a prosazuje kompulzivní chování, protože snižuje napětí; člověk tedy provádí toto chování jako navyklý způsob snížení nebo předcházení úzkosti. Další důkazy, podporující teorii učení, pocházejí z výzkumů na zvířatech. Experimentálně bylo pozorováno, že zvířata vystavená bolestným a nepříjemným situacím prováděla stereotypně a opakovaně předtím naučené chování snižující úzkost, a to i tehdy, když toto chování nevedlo k úlevě ani k úniku z dané situace. To naznačuje, že původně užitečné chování snižující úzkost může být ve stresové situaci rigidně prováděno, dokonce i když nemá logický vztah k přítomnému stresu. Zdánlivě nesmyslné rituální chování některých obsedantně kompulzivních klientů lze považovat za podobný jev.

Žádná plně uspokojivá teorie, která by dokázala obsedantně kompulzivní poruchu objasnit, zatím neexistuje. Ze současně dostupných teorií jsou nejlépe podpořeny důkazy biologické teorie a teorie učení, ze které vychází kognitivně behaviorální terapie. Z dosavadních údajů se zdá, že na vzniku a trvání OCD se podílí mnoho faktorů. Jak již bylo řečeno, genetické a rodinné faktory mohou zvyšovat pravděpodobnost, že se u někoho tento problém rozvine. Je také jasné, že nepochybně důležitou roli hraje prožívání stresu. Je zjevné, že prožívání stresu může vést k opakovaným a vtíravým myšlenkám nebo představám. Když traumatické nebo stresové prožitky nejsou plně emocionálně zpracovány – tj. vyřešeny a vstřebány – mohou zanechat zbytkové efekty, které se projevují jako různé příznaky. Tímto způsobem se opakující vtíravé myšlenky, které obvykle trvají jen krátce,

mohou stát u některých lidí chronickými a trvalými. Toto může být způsob, jímž obsese vznikají. Udržovány jsou pak tím, že se je člověk snaží neutralizovat kompulzemi, že se vyhýbá spouštěčům a zabezpečuje či ujišťuje. O udržovacích faktorech viz dále.

### 8.3.1.5 Diferenciální diagnóza a komorbidita obsedantně kompulzivní poruchy

OCD je někdy potřebné odlišit od bipolární poruchy, kdy zejména v depresivní fázi se častěji objeví obsese i kompulze. Podobně tomu bývá u unipolární depresivní poruchy. Někdy působí diagnostické rozpaky také některé úzkostné poruchy, zejména panická porucha a hypochondrie. Obsese a kompulze se také mohou objevit u akutních schizofrenních poruch, zde je však nápadná přítomnost psychotických příznaků, a téměř k nerozeznání od klinické OCD jsou některé reziduální stavy po proběhlé psychotické epizodě.

Výjimečně se objevují obsese a kompulze u organických psychických poruch.

Problémem může být odlišení od **Tourettova syndromu**, při kterém se obsedantně kompulzivní symptomy vyskytují až v 90 % a 2/3 pacientů naplňují diagnostická kritéria pro OCD. Hlavním rozlišovacím znakem jsou motorické a vokální tiky, které mohou být považovány spíše za ego-syntonní impulzy, na rozdíl od obsesí a kompulzí, které jsou pravidelně příznakem ego-dystonním.

Hlavně na počátku onemocnění bývá OCD zaměňována se **schizofrenií**, u které ale chybí pacientův vhled a jsou přítomny i další bizarní příznaky, navíc obsese, na rozdíl od bludů, jsou vždy ego-dystonní.

Při diferenciální diagnostice ostatních **úzkostných poruch a poruch nálady**, které se vyskytují velmi často i v kombinaci s OCD, se opíráme hlavně o obsahovou stránku vnucujících se myšlenek a kompulzí.

Mezi duševní poruchy, které mohou působit největší diagnostické rozpaky svými společnými znaky s OCD, patří:

- Tourettův syndrom,
- generalizovaná úzkostná porucha,
- fobie,
- hypochondrická porucha,
- poruchy příjmu potravy,
- schizofrenní poruchy,
- poruchy osobnosti.

Společný výskyt OCD a jiných psychických poruch je velmi častý. Nejčastější komorbidní poruchou je **deprese**, která se vyskytuje až u 55 % OCD (Eisen et al., 1999), její celoživotní prevalence u těchto pacientů je popisována kolem 67 % (Pigottová et al., 1994). Podle jiných prací má až 80 % pacientů s OCD současně příznaky dysforické, 2/3 zmiňují depresivní epizodu ve své anamnéze a 1/3 jí trpí aktuálně (Karno et al., 1988). Řada autorů již považuje depresi za integrální součást OCD, protože se v některých charakteristikách od samotné depresivní poruchy významně liší. Např. nereaguje na léčbu tricyklickými antidepressivy (kromě

klomipraminu), ale jen na inhibitory reuptake serotoninu, avšak se shodným zpožděním v nástupu účinku a stejně vysokým množstvím relapsů po přerušení léčby jako OCD.

Současný výskyt obsedantně kompulzivních příznaků u **bipolární afektivní poruchy** je asi 30 % (Kruger et al., 1995, Cosoff et al., 1998).

Komorbidita s tikovými poruchami a se schizofrenií vzbuzuje stále více zájmu z hlediska patofyziologie a léčby obou onemocnění. 40 % dětí a dospívajících pacientů s OCD trpí současně **tikovou poruchou** a byl prokázán i zvýšený výskyt **Tourettova syndromu** mezi příbuznými pacientů s OCD prvního stupně (Nordstrom et al., 2002; Johannes et al., 2003).

Naopak asi 25 % chronických **schizofrenií** má také OC symptomy (v literatuře popisované rozpětí je velmi široké – 7,8 až 46,6 %), 15 % by splňovalo kompletně diagnostická kritéria pro obě poruchy. Řada pacientů je dokonce schopná jasně odlišovat své egodystonní obsese od egosyntonních bludů. Dlouhodobá sledování demonstrují relativní diagnostickou stabilitu a horší prognózu schizofrenií s OC příznaky (Ohta et al., 2003; Gangdev, 2002). Taková komorbidita může znamenat větší funkční postižení, zhoršení klinického průběhu a odpovědi na léčbu.

Velmi častá je i komorbidita s **úzkostnými poruchami**. Z dvouleté prospektivní studie (Eisen et al., 1999) vyplývá, že se nejčastěji jedná o sociální fobii (ve 23 %), specifickou fobii (21 %) či generalizovanou úzkostnou poruchu (20 %). Podobná čísla vycházejí i ze sledování celoživotní prevalence úzkostných poruch u OCD, kde k výše jmenovaným přibývá i panická porucha, jejíž celoživotní výskyt se u OCD pohybuje kolem 12 % (Nestadt et al., 2001). Panické ataky samotné se vyskytují až u 60 % pacientů s OCD, ale nevznikají spontánně, spíše se jedná o sekundární příznak související s obsesí (Rasmussen a Eisen, 1988).

Dalšími velmi častými komorbidními poruchami jsou **abúzus alkoholu** či **poruchy příjmu potravy** (Yaryura-Obias et al., 2001).

### 8.3.1.6 Průběh obsedantně kompulzivní poruchy

Porucha může začít postupně i náhle, asi u 50 % pacientů předchází stresující životní zkušenost. OCD je chronické, omezující a často invalidizující onemocnění. Příznaky se v průběhu času mohou měnit jak svým obsahem, tak svou intenzitou. V počátečních stádiích nemoci jsou trpící často schopni udržet svoje obsese a kompulze pod částečnou kontrolou. Dlouhodobý průběh, často celoživotní, bývá u některých lidí zhoršen atakami výraznějších příznaků, které se střídají s obdobími, kdy nemoc z velké části ustoupí. Méně než 1/3 nemocných zažije pouze jednu několikaměsíční epizodu OCD, která plně odezní a již se nikdy nevrátí.

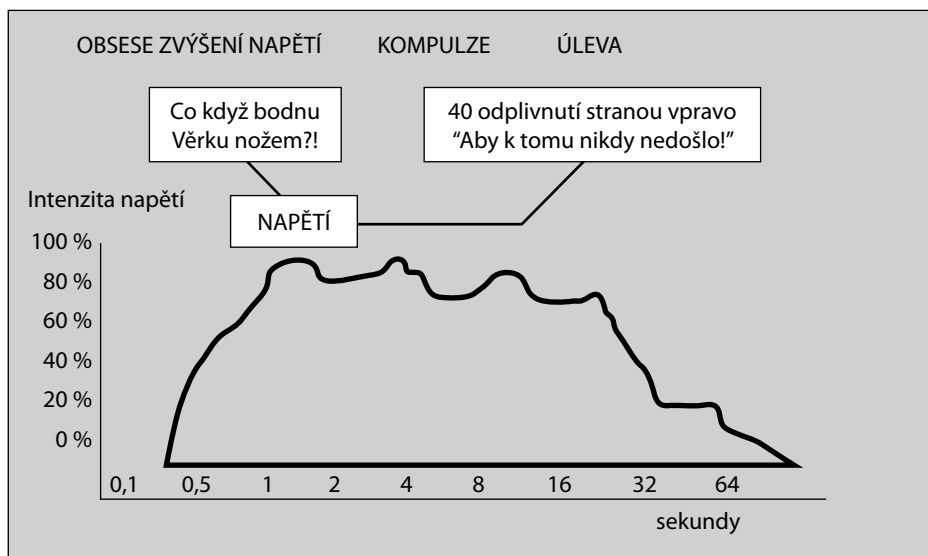
Zvýšené riziko sebevražedných pokusů je popisováno hlavně v souvislosti s přidruženou depresivní symptomatikou. Lepší prognóza bývá spojována s vyšším socioekonomickým statutem, epizodickým charakterem onemocnění a s přítomností precipitujících událostí (Karno et al., 1991).

## 8.3.2 KBT pohled – obsedantně kompulzivní porucha

### 8.3.2.1 Behaviorální faktory obsedantně kompulzivní poruchy

Podle teorie učení jsou obsese vlastně podmíněnými reflexy. Pokud je relativně nevinný podnět spojen s podnětem vyvolávajícím úzkost, dochází následně k rozvoji úzkosti i po podnětu původně neutrálním. Kompulze redukují úzkost, pacient je proto opakuje a naučí se je využívat v předcházení nepříjemných pocitů.

**Obrázek 8.3.2:** Průběh neutralizace napětí pomocí kompulze (příklad plivání stranou)



Behaviorální model obsesí (Rachman a Hogson, 1980) zdůrazňuje funkční význam zjevných a skrytých kompulzí (označovaných jako neutralizující jednání). Vyplývá z něj, že obsese jsou vtíravé myšlenky, představy a popudy, které jsou *mimovolně* a jsou doprovázeny zvýšením úzkosti, zatímco neutralizace (zjevné a skryté kompulzivní jednání) je *volní (úmyslné)* jednání, které pacient provádí, aby snížil úzkost (nebo riziko ohrožení). Skryté neutralizující chování se může v mnoha ohledech shodovat s obsedantními myšlenkami. Jeden pacient měl např. obsedantní myšlenku, že jej nějaký cizí člověk napadne; když se tato myšlenka objevila, musel si tuto myšlenku pomyslet ještě jednou (tj. aby se objevila v sudém počtu), aby se začal cítit lépe (Salkovskis, 1989). To může vést k dlouhým řetězcům vtíravá myšlenka – neutralizující myšlenka – vtíravá myšlenka – neutralizující myšlenka atd., přičemž každá myšlenka v tomto řetězci má odlišnou funkci, i když jejich obsah je totožný. Jak obsese přetrvává a rituály jsou stále rozsáhlejší, pacienti někdy vykazují rituální chování zdánlivě *nezávislé* na obsesích: jakmile se setká s podnětem spouštějícím obsesi, pacient provede neutralizující chování ještě předtím, než se obsese objeví, a tím jejímu výskytu zabrání.

### 8.3.2.2 Kognitivní faktory obsedantně kompulzivní poruchy

Kognitivní model OCD (Salkovskis, 1989) vychází z předpokladu, že automatické intruzivní myšlenky nejsou samy o sobě nic patologického. Mívají pozitivní, neutrální i negativní emoční doprovod. Pokud nesouvisejí s dalšími volnými myšlenkami nebo jednáním, mizí. Takový způsob fungování kognitivních procesů zajišťuje výběr jen těch nejdůležitějších informací. Protože se ale některé z intruzivních myšlenek mohou týkat hrozícího nebezpečí, vyvolávají často úzkost a tenzi. Úzkost a tenze mohou díky dysfunkčním postojům a přesvědčením (tzv. dysfunkčním kognitivním schémátům) enormně stoupat, člověk je nedokáže snést a snaží se jich zbavit pomocí určitého volního neutralizačního jednání. Takové chování přinese krátkodobou úlevu a spojení mezi obsesí (mimovolní – automatickou myšlenkou) a kompulzí (volním jednáním nebo myšlenkou určenou ke snížení úzkosti) se posílí a objevuje stále častěji. Lze tedy říci, že patologickou kvalitu může automatická intruzivní negativní myšlenka získat v případě, že je spojena se silnou úzkostí, kterou se člověk snaží za každou cenu neutralizovat. Vyhýbavé chování chrání před vystavením se obávaným myšlenkám a kompulzivní jednání (zjevné či skryté) ukončuje vystavení se těmto myšlenkám; oba typy chování brání pacientovi, aby se střetl (vystavil) s obávanými myšlenkami a situacemi. Kompulze a vyhýbavé chování tak zabraňují možnosti přehodnotit obsese: když pacient toto chování přestane provádět, zjistí, že to, čeho se bojí, se ve skutečnosti nestane (Salkovskis a Warwick, 1989).

*Dysfunkční kognitivní schémata*, k jejichž aktivaci dochází u OCD, se týkají především *kontroly, odpovědnosti, potřeby jistoty a pevných pravidel*. Tato dysfunkční schémata byla pravděpodobně formulována již v dětství, dávno před rozvojem OCD, pod vlivem rodinné výchovy a pravidel u zranitelné osobnosti.

Důležité tedy *není, zda má člověk mimovolné myšlenky (ty má každý), ale jak je hodnotí*. Terapie se tedy nemá zaměřit na vyvrácení nebo odstranění obsedantních myšlenek, ale na změnu jejich hodnocení a na modifikaci dysfunkčních přesvědčení. Když člověk změní hodnocení těchto myšlenek (tedy přestane je vnímat jako něco nepatřičného, čemu je nutno se bránit), přestane proti nim bojovat a provádět kompulzivní rituály, pak obsedantní myšlenky ztratí svůj emoční náboj a postupně vymizí.

### 8.3.2.3 Interpersonální faktory obsedantně kompulzivní poruchy

Kompulzi si okolí zpravidla všimne. Samotné toto všimnutí může být velkou odměnou (např. ve vztahu, který byl nudný nebo odcizený). Velmi často se pak objevuje snaha pomoci. Často ujišťováním, že se nic zlého nestane, když kompulzi nemocný neudělá. Postižený se pak začíná chodit ujišťovat. Rozvíjí se *ujišťovací kompulze*. Někdy rodiče nebo partneři začnou vykonávat činnosti, kterým se díky obsesím postižený vyhýbá. Mají dojem, že mu tím pomohou, ale opak je pravdou. Uleví mu krátkodobě, ale tím, že pomáhají udržovat vyhýbavé chování, mu v konečném důsledku škodí.

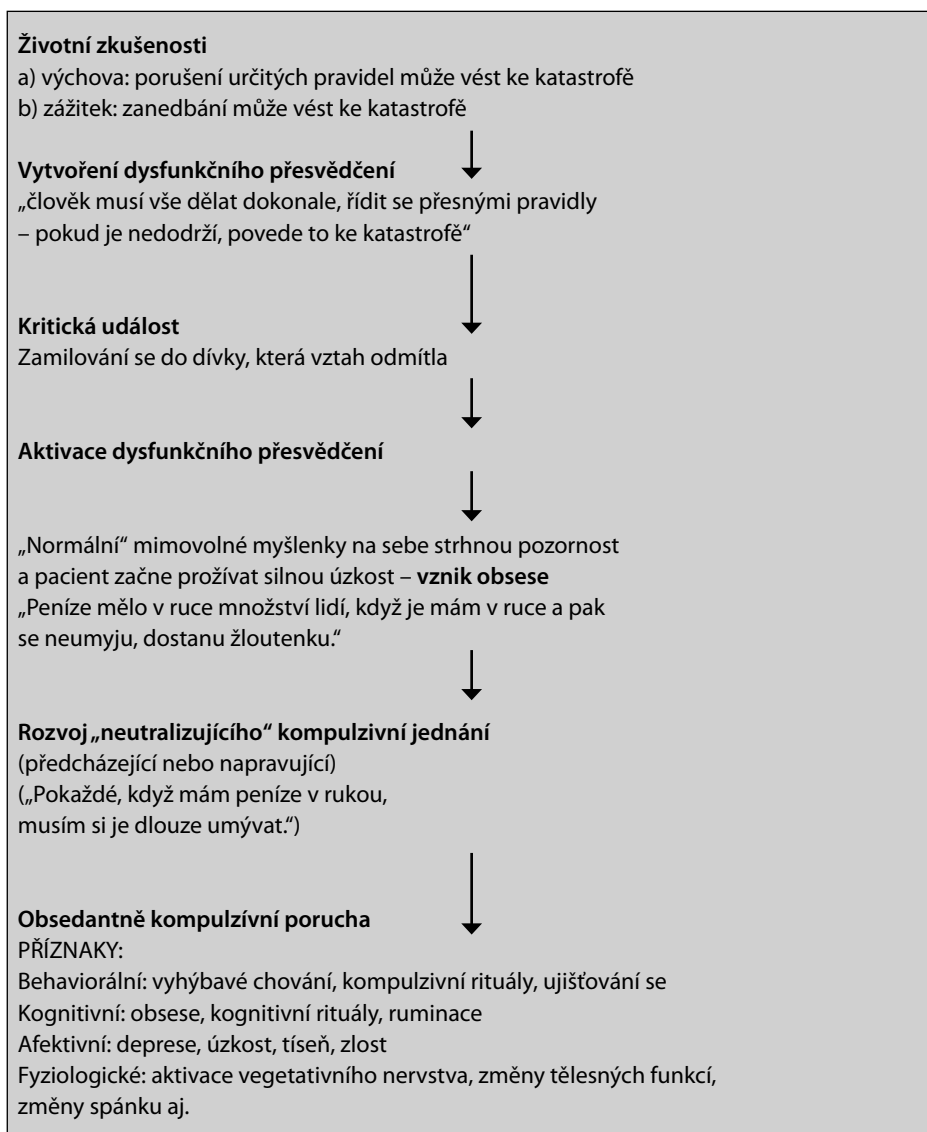
Podobně jako snaha pomoci vede k udržování nebo posilování obsesí a kompulzí i *negativní chování okolí*. Nadávání a kritika bývá lepší než lhostejnost a nezá-

jem. Stává se, že se blízcí lidé rozhořčí a snaží zamezit provádění rituálu. To někdy vede k odložení rituálů, které si postižený pak nahradí v čase, kdy nemůže být spatřen ostatními. Protože mezitím nahromadil značné napětí zejména z toho, že je odmítán, provádí většinou rituály déle a intenzivněji.

### 8.3.2.4 KBT model obsedantně kompulzivní poruchy

KBT model vzniká spojením behaviorálního a kognitivního modelu a je dnes v klinické praxi pro svou pragmaticčnost používán nejčastěji.

**Tabulka 8.3.4:** KBT model obsedantně kompulzivní poruchy



Jakmile se u někoho rozvinou obsedantní myšlenky a tendence neutralizovat napětí kompulzemi, k udržování OCD začnou sloužit následující procesy:

- a) vyhýbavé chování,
- b) kompulzivní chování a myšlenky,
- c) samotné obsese,
- d) přecitlivělost
- e) chování okolí, které obsese a kompulze „odměňuje“.

### 8.3.2.5 Výzkum efektivity KBT u obsedantně kompulzivní poruchy

Výzkum výsledků léčení u obsedantně kompulzivní poruchy prováděly tři hlavní skupiny vedené Rachmanem v Londýně, Emmelkampem v Groningen a Foa ve Filadelfii. Londýnská skupina provedla důležitou řadu studií, v nichž prokázala, že expozice v kombinaci se zabráněním rituálů je účinná léčba (Rachman a Hogson, 1980, Marks, 1987). Jako nejúčinnější způsob léčení doporučili léčbu v domácím prostředí. Dvě studie porovnávaly účinnost expozice s antidepresivem klomipraminem a bez něj (Marks et al., 1980, Marks, 1997). Výsledky ukázaly, že účinnost expozice byla vyšší než účinnost relaxace a že vliv léku na rituály byl zprostředkovan vlivem na náladu. Marks (1987) také uvádí, že četnost relapsů je po vysazení medikace o něco vyšší a že je při medikaci též vyšší výskyt nepříjemných vedlejších účinků.

Výsledky Foa jsou ve shodě s dřívějšími závěry Rachmanovy skupiny. Zkoumala relativní podíl expozice a zabránění rituálům a zjistila, že nejúčinnější je kombinace obou postupů. Foa také zkoumala účinnost expozice s 24 hodin trvajícím zabráněním rituálům a zjistila, že to vede k nebývale vysoké úspěšnosti, dosahující 85 % (Foa a Goldstein, 1978). Emmelkampova skupina zopakovala dobré výsledky dosažené Londýnskou skupinou a zkoumala vliv různých způsobů provádění expozice. Emmelkampovy výsledky naznačují, že názorné předvádění žádoucího chování terapeutem nemění výrazně výsledek léčby, ale zapojení rodiny do léčby může pomoci. I když dřívější studie naznačila, že nácvik sebeinstruktáže nezvyší účinnost expozice, pozdější práce ukázala, že určitá forma kognitivní terapie byla stejně účinná jako expozice (Emmelkamp, 1982).

Studie, zkoumající účinnost kognitivně behaviorální terapie u OCD ukazují, že její úspěšnost je asi 75% u těch, kteří terapii ukončí, a že dosažené zlepšení přetrvává několik let po ukončení terapie. Účinnost KBT u OCD je srovnatelná s farmakoterapií, i někteří autoři zdůrazňují dlouhodobější efekt a menší počet relapsů po ukončení KBT (Marks, 1997). Výsledky léčby u obsesí *bez* zjevných kompulzí jsou výrazně horší a ukazují jen malý rozdíl mezi specifickými a nespecifickými léčebnými postupy. To může být způsobeno několika příčinami; je třeba si všimnout i toho, že zkoumané soubory byly vždy jen velmi malé. Zdá se však, že existují další možnosti uplatnění KBT u obsesí bez zjevných kompulzí a že výsledky léčby lze výrazně zlepšit. Zůstává stále celá řada dalších problémů, s nimiž se musíme potýkat. Je to zvláště vysoký počet pacientů, kteří léčbu odmítnou nebo nedokončí – vede to k tomu, že méně než 50 % pacientů, kteří jsou pro léčbu vhodní

a žádají ji, se skutečně zlepší (Salkovskis, 1989). Během katamnestického sledování jistě dochází k relapsům, i když jejich četnost není dostatečně prozkoumána. Uplatnění vysoké míry expozice s 24hodinovým zabráněním rituálům ukazuje, že je již jen malá možnost zlepšit výsledky léčby u obsedantně kompulzivní poruchy zvýšením míry expozice. Zjevnou alternativou je začlenění kognitivních technik do existujících programů behaviorální terapie (např. Salkovskis a Westbrook, 1987; Salkovskis a Warwick, 1988).

Kvantitativní metaanalýza Abrahamowitze (1997) ukázala, že individuální i rodinné KBT intervence u lehké a středně těžké OCD jsou srovnatelně účinné s farmakoterapií, a navíc, na rozdíl od farmakoterapie, i po ukončení léčby jsou dlouhodobě efektivní. Tato účinnost je vyšší než u všech jiných zkoumaných psychoterapií. Na druhé straně, vzhledem ke značné náročnosti této terapie, 30–50 % pacientů tuto terapii buď odmítne, nebo nedokončí. KBT lze u OCD kombinovat s farmakoterapií (viz dále), přičemž se ukazuje, že při tomto postupu více pacientů léčbu dokončí. Nevýhodou však je to, že při vysazování psychofarmak se zvyšuje četnost relapsů, a to i po několika letech trvalého užívání léků.

### 8.3.3 Léčba obsedantně kompulzivní poruchy

Obsedantně kompulzivní porucha byla až do 70. let léčbou téměř neovlivnitelná. Možnosti terapie této poruchy byly relativně malé. V posledních 20 letech byla objevena nová farmaka a propracovány nové přístupy v kognitivně behaviorální terapii, které výrazně zlepšily možnosti léčby. V 70. letech Meyer poprvé popsal úspěšnou behaviorální léčbu dvou nemocných s chronickou obsedantně kompulzivní poruchou. Ve svém behaviorálním přístupu vyšel ze zvířecích modelů kompulzí, které ukázaly, že rituály jsou formou naučeného vyhýbavého chování. Použil zábranu rituálu během léčebného sezení. V téže době Rachman et al. vytvořil léčebnou metodu pro OCD, jejíž jádro tvořila odstupňovaná expozice vůči situacím, vyvolávajícím obsese. Oba tyto směry byly později spojeny do moderního přístupu používajícího jak expozic, tak zabránění rituálům. V nedávné době se jeho účinnost ještě zvýšila přidáním kognitivních technik – přímého zpracovávání obsedantních myšlenek a dysfunkčních kognitivních schémat. Podobný průlom byl dosažen ve farmakoterapii OCD. Již koncem 70. let byla popsána vysoká účinnost klomipraminu. Nyní jsou vyhlídky farmakoterapie ještě mnohem optimističtější. Výběr léků se zvýšil. Především díky selektivním inhibitorům zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) – sertralinu, paroxetinu, fluoxetinu, fluvoxaminu, citalopramu a escitalopramu a SNRI – venlafaxinu. Antidepresiva jsou účinná asi u 60–70 % nemocných. Samotná KBT má účinnost podobnou – kolem 70 %.

#### Farmakoterapie

V léčbě příznaků jsou efektivní psychofarmaka působící hlavně na serotoninergní systém. Většina studií uvádí, že na takovou léčbu odpovídá alespoň středním poklesem symptomatiky 65–70 % pacientů.



**Tabulka 8.3.5:** Základní doporučené dávky antidepresiv při léčbě OCD (*volně podle Hollander, Simeon, Gorman, 1999*)

| Medikace    | Akutní léčba              |                         |                          | Udržovací léčba         |
|-------------|---------------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------------|
|             | Startovací dávka (mg/den) | Průměrná dávka (mg/den) | Maximální Dávka (mg/den) | Průměrná dávka (mg/den) |
| Klomipramin | 25                        | 150–200                 | 250                      | 150                     |
| Sertralin   | 50                        | 50–200                  | 200                      | 50–200                  |
| Fluvoxamin  | 50                        | 150–200                 | 300                      | 150                     |
| Paroxetin   | 10–20                     | 40–60                   | 60                       | 40                      |
| Fluoxetin   | 10–20                     | 20–60                   | 80                       | 20–40                   |
| Citalopram  | 10–20                     | 20–60                   | 60                       | 20–40                   |
| Venlafaxin  | 75                        | 150–225                 | 225                      | 150–225                 |

Na druhou stranu u 40–60 % pacientů nedochází k dostatečné redukci příznaků či úplnému vymizení příznaků (Goodman et al., 1993). Proto jsou hledány jiné cesty, např. použití psychofarmak, která kromě serotoninu ovlivňují i další neurotransmiterové systémy nebo sekundární posly. Současných možností, jak ovlivnit rezistentní symptomatiku, ale není mnoho, v podstatě můžeme zkusit změnit anti-depresivum, augmentovat jej nebo použít nějakou jinou léčebnou strategii.

Dalším častým problémem u OCD jsou frekventované zbytkové příznaky (i u pacientů, kteří na běžnou léčbu odpovídají dobře) a v neposlední řadě i komorbidní symptomy, se kterými je také nutno při léčbě počítat.

Léčba OCD se liší od léčby depresí dvěma základními aspekty. Jsou zapotřebí vyšší dávky antidepresiv a delší doba podávání (jak do objevení se prvních výsledků, tak co do trvání celé léčby). Protože při vysazení medikace po roce léčby dochází až u 90 % pacientů k relapsu (Pato et al., 1988), je dlouhodobá a někdy i celoživotní léčba nutností (Kaplanová a Hollander, 2003).

Více než 35 % pacientů přes veškeré snahy nereaguje na léčbu dostatečně. Mezi nejčastější prediktory, popisované v souvislosti se zhoršenou terapeutickou odpovědí, patří vyšší frekvence a intenzita příznaků, přítomnost očistných a „hromadících“ rituálů, pozitivní rodinná anamnéza, výskyt psychické poruchy na ose II (hlavně poruchy osobnosti), vznik v mladším věku, delší trvání a chronicita, vyšší počet hospitalizací a přítomnost tikové poruchy (Pigottová a Seay, 1997).

O refrakterní (rezistentní) OCD hovoříme tehdy, pokud nedojde k významnému zlepšení symptomatiky po adekvátní léčbě farmaky a kognitivně behaviorální terapií. Adekvátní léčba by měla představovat minimálně období 10–12 týdnů podávání maximální tolerované dávky klomipraminu nebo SSRI, popřípadě minimálně 20–30 hodin expozic + zábrany odpovědi v KBT. Takto dlouhé intervaly jsou pro ověření účinnosti léku nutné, protože přibližně 20 % pacientů reaguje na antidepresivum až po 8 týdnech podávání a stejný počet dokonce až na druhý

zkoušený SSRI (Albert et al., 2002). Někteří autoři se přiklánějí ještě k delšímu čekání a tvrdí, že v prvních 10–12 týdnech se dostavuje iniciální odezva a maximální odpovědi se dočkáme třeba i po půl roce a déle. Základní doporučené dávkování psychofarmak u OCD je uvedeno v tabulce 5.

U rezistentních forem využíváme při léčbě kombinace, popřípadě augmentace jinými farmaky. Nejslibnější výsledky jsou zatím popisovány u augmentace antipsychotiky. Pimozid (McDougle et al., 1990), haloperidol (McDougle et al., 1994), risperidon (McDougle et al., 2000), olanzapin (Bogetto et al., 2000) a quetiapin (Mohr et al., 2002; Atmaca et al., 2002) jsou po přidání ke stávající medikaci SSRI efektivním augmentačním prostředkem.

### Psychoterapie

*Psychoanalýza nebo jiné formy dynamické terapie:* Tyto směry vycházejí z předpokladu, že obsese a kompulze jsou pouze příznaky skrytých, nevědomých problémů. Cílem terapie, v jejichž sezeních je klient veden k tomu, aby o svých problémech mluvil, je odhalit tyto skryté faktory a vyřešit je. Za důležitý se také považuje vztah, který se rozvíjí mezi klientem a terapeutem, a uvádí se, že hraje úlohu jak při vypořádání konfliktů a vzpomínek, tak při jejich vyřešení. Klient může docházet na terapii dvakrát týdně, nebo dokonce častěji, po dobu dvou až tří let. Výsledky tohoto typu terapie nejsou však u OCD dostatečné. Někdy pravidelná psychotherapeutická sezení umožní lépe porozumět problémům nebo získat lepší náhled na život, ale obsese a kompulze zpravidla ovlivněny nejsou.

*Skupinová terapie:* Dosud neexistují přesvědčivé důkazy, že by skupinová dynamická terapie mohla hrát v terapii obsedantně kompulzivních klientů nějakou speciální roli kromě všeobecné podpory. Podpůrné skupiny pro klienty jsou však prospěšné, pokud slouží jako doplněk individuální kognitivně behaviorální terapie. Do podpůrných skupin mohou být začleněni také členové rodiny.

## 8.3.4 KBT – terapeutický přístup u obsedantně kompulzivní poruchy

Systematická aplikace KBT terapie obsedantně kompulzivní poruchy se začala vyvíjet v polovině 60. let v Anglii. Londýnský psycholog Victor Meyer začal léčit klienty s kompulzivními rituály tím způsobem, že klienta vystavil situaci, která u něho vyvolává úzkost a spouští jeho kompulzivní nutkání, a pak zabránil, aby své kompulzivní chování provedl. Dnes se tato léčba u OCD považuje za léčbu první volby. Hlavní důraz je kladen na expozice a zábrany rituálům. Při expozicích se pacienti postupně vystavují všem úzkostňujícím situacím a obsedantním myšlenkám a při zábranách rituálům se pokoušejí za přesně definovaných podmínek zvládat své kompulze, pracovat s úzkostí jinak než naučeným nutkavým chováním. V ideálním případě trvá terapie 2–3 měsíce, na počátku je potřeba opakovat sezení (každé v délce 1–2 hodiny) i 5krát v jednom týdnu.

### 8.3.4.1 KBT vyšetření u obsedantně kompulzivní poruchy

Mnoho nemocných se nikdy se svou poruchou k lékaři nedostane, a pokud ano, tak se léčí např. pro deprese, které OCD často provázejí, nebo pro kožní exantémy na rukou, způsobené častým nutkavým mytím. Ani pak většinou kvůli studu své problémy spontánně nepřiznají. Přitom by možná stačilo několik screeningových otázek, které v rozhovoru nezaberou více než pár minut, aby zachytily až 80 % nemocných s OCD. Tyto otázky mohou být např.:

1. Štítíte se špíny, nákazy nebo kontaminace?
2. Musíte opakovaně dbát na to, abyste se očistil (a) nebo se před nimi zabezpečil(a)?
3. Musíte si mýt ruce vždy několikrát za sebou?
4. Musíte nadměrně počítat předměty nebo svoje činnosti?
5. Musíte opakovaně kontrolovat např. zda jste vypnuli plyn, elektrický sporák, vodovodní kohoutky nebo zamkli dveře, či podobně?
6. Máte vtíravé myšlenky, které se vám automaticky vnucují a nemůžete se jich zbavit?
7. Musíte se soustředit na symetrii nebo správné pořadí?
8. Napadají vás agresivní myšlenky nebo myšlenky se sexuálním či rouhavým obsahem, které nechcete (odmítáte?), a přesto se opakovaně vnucují?

Vstupní KBT rozhovor se řídí obecným schématem uvedeným v obecné části monografie. Úvod začíná otevřenými otázkami jako „Můžete mi říci, jaké problémy v poslední době máte?“ Vyšetřující se potom blíže zaměří na to, jak problém ovlivňoval život pacienta během posledního týdne; jakmile získá obecnou představu o současném stavu problému, zaměří se na poslední konkrétní projevy problému. Terapeut by se měl snažit najít možné funkční vztahy mezi událostmi, které mají tendenci vyvolávat určité myšlenky anebo chování. Pokud je obsedantní problém rozsáhlý a pacient má tendenci obsáhle popisovat všechny okolnosti, je vhodné usměrňovat rozhovor výroky typu „Zvláště by mě zajímalo, jaké nepříjemné myšlenky vám běží hlavou a co všechno musíte kvůli těmto myšlenkám dělat.“ Obsese mohou mít také podobu vtíravých představ („mentálních obrazů“) a puzení („pocit nucení k něčemu, co ve skutečnosti udělat nechcete“), a proto se na to musíme pacienta zeptat.

**Tabulka 8.3.6:** Shrnutí postupu vyšetření (podle Salkovskis, 1989)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><i>Obecný popis problému</i></p> <p>Otevřené otázky</p> <p>Nedávné konkrétní příklady, popsané chronologicky</p> <p>Popis situací, v nichž jsou obsese nejobvyklejší nebo nejméně obvyklé, hledání funkčních vztahů („spouštěčů“ a udržujících faktorů)</p> <p><i>Podrobný konkrétní popis a behaviorální analýza</i></p> <p>1) <i>Kognitivní a subjektivní</i></p> <p>Forma obsesí: myšlenky, představy nebo popudy (nucení)</p> <p>Obsah obsesí</p> <p>Kognitivní faktory spouštějící obsese (např. jiné myšlenky)</p> <p>Kognitivní neutralizování (mentální kontrolování či „náprava“)</p> <p>Kognitivní vyhýbání</p> <p>Prožívaná cizota a subjektivní odpor vůči obsesím</p> <p>Nesmyslnost</p> <p>2) <i>Emocionální</i></p> <p>Povaha změn nálady spojená s obsesemi (deprese, úzkost, nepohoda); povaha vztahu, tj. zda změna nálady předchází nebo následuje obsesi nebo obojí</p> <p>3) <i>Behaviorální</i></p> <p>Spouštěče obsedantních myšlenek</p> <p>Zjevné vyhýbání se (nevstupování do) situacím, v nichž by se mohly objevit obsedantní myšlenky</p> <p>Zjevné aktivní vyhýbání; chování, které má zabránit, aby se obsese objevily</p> <p>Zjevné rituální chování</p> <p>Žádost o ujištění, žádost, aby druzí plnili úkoly, které by jinak mohly vést k obsesím</p> <p>4) <i>Fyziologické</i></p> <p>Spouštěče</p> <p>Fyziologické změny vyvolané obsesí</p> <p><i>Pozadí problému</i></p> <p>Historie</p> <p>Rozvoj problému a jeho složek (obsesí, neutralizování a vyhýbání)</p> <p>Stupeň omezení v oblasti zaměstnání, sexuálního, společenského a rodinného života</p> <p>Významné vztahy</p> <p>Zisky a ztráty změny</p> <p><i>Behaviorální testy</i></p> <p>V klinickém prostředí</p> <p>V klíčových situacích</p> <p><i>Přímé pozorování</i></p> <p>Příbuznými</p> <p>Během návštěv doma u pacienta</p> <p><i>Dotazníky</i></p> <p>Seznam obsedantně kompulzivních aktivit (Maudsley)</p> <p>Soupis kompulzivních činností</p> <p>Beckův dotazník depresivity,</p> <p>Beckův dotazník úzkosti</p> <p><i>Sebesledování</i></p> <p>Denní záznam nálady, myšlenek, rituálů, vedlejších produktů</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Vyšetření se skládá z podrobného klinického rozhovoru, sebesledování, domácích úkolů a přímého pozorování. Hlavní cíle vyšetření jsou tyto:

- dohodnout se na seznamu problémů,
- vytvořit psychologickou formulaci každého problému, zahrnující predisponující faktory, vyvolávající faktory a současné udržující faktory,
- zhodnotit vhodnost psychoterapeutické léčby,
- vytvořit měřítko na hodnocení dosaženého pokroku.

V KBT je obvyklé, že vyšetření a terapie se vzájemně prolínají. Rozhodující složkou vyšetření je reakce klienta na expozici (bez neutralizování), jak během sezení, tak mezi sezeními, a plnění domácích úkolů. Detailní vyšetření je pro léčbu OCD klíčové. Jakmile se podaří objasnit vztahy mezi spouštějícími podněty, myšlenkami, neutralizujícím jednáním a vyhýbavým chováním, terapeut může spolu s pacientem rychle vypracovat a realizovat kroky léčby.

### ***Faktory určující vhodnost k léčbě***

Důležitým faktorem je ochota terapii podstoupit. Léčba závisí na vzájemné spolupráci mezi terapeutem a pacientem a od pacienta se očekává aktivní zapojení. Nespolupráci se můžeme pokusit zvládnout pomocí kognitivních technik; pokud však pacient odmítá aktivně se zapojit do léčby navzdory tomu, že s ním terapeut probral jeho obavy a námitky, pak není pravděpodobné, že by léčba měla účinek, a nemá smysl se o ni pokoušet (Salkovskis a Warwick, 1988).

Při rozhodování o vhodnosti k léčbě vycházíme také z toho, zda je obsedantní problém primární, nebo je sekundárním doprovodem jiné psychiatrické nebo organické nemoci, a z toho, zda je pacient ochoten léčbu podstoupit. Pokud existují údaje o tom, že se obsedantní problém rozvinul bezprostředně po začátku nebo během rozvoje jiné duševní nemoci, která stále trvá, pak je indikována především léčba této primární nemoci (zvláště pokud jde o depresi, bipolární poruchu nebo schizofrenní poruchu). U pacientů, u nichž byla dříve diagnostikována schizofrenie, je důležité tuto diagnózu ověřit. Někdy bývají těžce obsedantní pacienti označováni za „psychotiky“, i když to není zdůvodněno ničím jiným než závažností choroby. Ve vzácných případech primární obsedantní pomalosti a jsou-li kompulze mechanické, „primitivní“ a pacient není schopen vysvětlit jejich smysl, je třeba vyloučit organické postižení.

### ***Rozhovor s příbuznými***

Pokud je rodina součástí pacientových nutkavých myšlenek či rituálů, pak je třeba ji zapojit do léčby. Obvykle provádíme rozhovor s příbuznými v přítomnosti pacienta. Přitom je třeba být velmi citlivý vzhledem k neobvyklosti chování, o němž je řeč.

### **8.3.4.2 Hodnocení a měření u obsedantně kompulzivní poruchy**

Při vyšetření získává terapeut od klienta podrobné informace o všech jeho potížích. V tomto stadiu také prozkoumává a probírá klientovy postoje vztahující se k jeho problému. Podrobně mu také vysvětlí smysl léčby. Terapeut a klient pak spolu

proberou naléhavost jednotlivých problémů a rozhodnou se, na které kompulze se v léčbě zaměří nejdříve. Terapeut požádá klienta, aby mu u každého problému vyjmenoval všechny situace a objekty, které spouští obsese nebo vedou k jeho kompulzivním rituálům. Tento seznam seřadí podle toho, jak obtížné je pro klienta těmito situacím či podnětům čelit. Obvykle to děláme tak, že klient na škále 0–100 ohodnotí, jak silný pocit nepohody v něm daná situace vyvolává (0 znamená žádná úzkost, 100 znamená extrémní úzkost či pocit nepohody). Podobnou škálu můžeme také požit pro hodnocení síly kompulzivního nutkání, kde 0 znamená žádné nutkání a 100 znamená extrémně vysoké, neodolatelné nutkání. Zde je příklad hierarchie problémových situací.

| POLOŽKA                                                    | POCIT NEPOHODY: (0-100 %) | SÍLA KOMPULZIVNÍHO NUTKÁNÍ (0-100 %) |
|------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------|
| 1. Použít veřejné toalety                                  | 100                       | 100                                  |
| 2. Dotek prkénka na toaletě na ambulanci                   | 95                        | 100                                  |
| 3. Doteč vnitřku kontejneru                                | 95                        | 95                                   |
| 4. Doteč vnitřku odpadkového koše na ulici                 | 95                        | 90                                   |
| 5. Sednout si na ambulanci na toaletu bez obložení papírem | 95                        | 85                                   |
| 6. Doteč vnitřku odpadkového koše v bytě                   | 90                        | 85                                   |
| 7. Sebrat něco z podlahy doma na toaletě                   | 80                        | 85                                   |
| 8. Dotknout se doma na toaletě sedátka                     | 75                        | 70                                   |
| 9. Dotknout se kuchyňského odpadkového koše zvenku         | 70                        | 70                                   |
| 10. Sebrat něco z podlahy v kuchyni                        | 70                        | 65                                   |
| 11. Podat ruku cizímu člověku                              | 65                        | 65                                   |
| 12. Použít veřejný telefon                                 | 60                        | 50                                   |
| 13. Dotknout se madla v tramvaji                           | 55                        | 50                                   |
| 14. Doteč kliky u dveří na veřejném místě                  | 55                        | 45                                   |
| 15. Dotknout se peněz vracených pokladním v obchodě        | 50                        | 35                                   |

### Dotazníky

Dotazníky obsedantního chování používáme obvykle k rychlému získání opakovatelných srovnatelných údajů během léčby. Nejužitečnější je Maudsley(ský) soupis obsesí a kompulzí (Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory; Rachman a Hogson, 1980). Mezi nejdůležitější používané hodnotící stupnice patří Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale; Clomipramine Collaborative Study Group, 1991).

**Sebesledování**

Se sebesledováním začínáme co nejdříve po zahájení vyšetření a léčby. Je součástí domácích úkolů, poskytuje podrobné informace o problému a je užitečným ukazatelem dosaženého pokroku. Pacienta můžeme požádat, aby sledoval celou řadu údajů podle toho, čeho se jeho problém týká. Nejčastěji sledujeme tyto proměnné:

*Denní záznam nutkavých myšlenek*

V nejjednodušší formě sledujeme jejich četnost.

*Denní záznam kompulzivního chování*

(Např. čas strávený prováděním rituálů). Tento záznam často kombinujeme se záznamem myšlenek; stopky mohou pomoci, pokud problém spočívá v obsedantní pomalosti. Pacienta požádáme, aby si do deníku zapsal, jak dlouhou dobu stráví při každém rituálu. Tyto údaje jsou zvláště užitečné tam, kde se rituály týkají každodenních aktivit, jako je jezení či používání WC. V některých případech může být vhodnější zaznamenávat frekvenci určitého rituálu.

*Hodnocení míry nepříjemných pocitů, puzení k neutralizování, deprese a úzkosti*

Tyto údaje jsou často velmi důležité. Poskytují nám informaci o tom, jak se v průběhu expozice mění subjektivní reakce, a to jak v rámci sezení, tak mezi jednotlivými sezeními.

*Vedlejší produkty činnosti*

Jde o údaje, které nám nepřímo ukazují míru obsedantního chování pomocí sledování jeho důsledků. Můžeme např. sledovat spotřebu toaletního papíru, množství spotřebovaného mýdla či množství spotřebovaných čisticích prostředků za týden.

**8.3.4.3 Problémy a cíle, léčebný plán u obsedantně kompulzivní poruchy**

S pacientem sjednáme plán léčby a dohodneme se s ním na krátko-, středně- a dlouhodobých cílech. Všechny expozice je třeba předem probrat a pacientovi zdůrazníme, že se nemusí obávat žádných „překvapení“. Pro muže s nutkavou obavou z pesticidů spočíval dlouhodobý cíl v tom, aby byl schopen sám postříkat pesticidem svůj trávník a neumyl si potom ruce (Salkovskis, 1989). Cíl pro prvních deset týdnů spočíval v tom, že bude schopen manipulovat se sáčky s pesticidem a poté se dotýkat věcí v bytě, aniž by si musel umývat ruce či předměty, kterých se dotkl. Krátkodobý cíl pro první týden spočíval v tom, aby odstranil z podlah v bytě všechny noviny, aniž by se zvýšilo jeho vyhybavé chování a aniž by si hodinu poté umyl ruce. Krátkodobý cíl byl každý týden znovu upřesňován.

Volba úvodních úkolů a pořadí, v němž se jednotlivými problémy zabýváme, závisí do značné míry na pacientově odhodlání, na stupni omezení, který daný problém pacientovi způsobuje, na rozsahu, v němž se problém vyskytuje v běžném životě pacienta, a samozřejmě na pacientově ochotě zadaný úkol provést. Jako obecný princip platí, že expozice by měla začít úkolem, který lze snadno převést na expozici *in vivo*; protože u žádného pacienta není předem jisté, za jak dlouho

se jeho nepříjemný pocit začne zmírňovat, měl by úvodní úkol vést jen ke střednímu stupni nepohody. Zvolený úkol by měl mít nějaký pozitivní význam pro pacientův běžný život tak, aby dosažený úspěch vedl ke zpevnění nového chování.

#### 8.3.4.4 Léčebné intervence u obsedantně kompulzivní poruchy

KBT obsedantně kompulzivní poruchy je většinou šitá na míru individuálnímu pacientovi. Nicméně obecně lze vymezit několik základních kroků, kterými prochází většina pacientů.

**Tabulka 8.3.7:** Kroky KBT u obsedantně kompulzivní poruchy

- 1) Orientace a edukace:
  - KBT model OCD na příznacích pacienta
  - edukace o léčbě
  - příručka o OCD
- 2) Hodnocení:
  - seznam obsesí, kompulzí, vyhýbavého a zabezpečovacího chování, vegetativních reakcí
  - denní záznamy obsesí a kompulzí
  - seznam spouštěčů
- 3) Kognitivní restrukturační:
  - spojit emoční reakce a následné kompulze s obsesemi
  - rozpoznat obsese a jejich návaznost na spouštěče
  - rozpoznat metakognice a kognitivní schémata
  - testovat platnost obsesí a metakognicí
  - vytvořit racionální odpověď
  - testovat platnost metakognicí
  - testovat kognitivní schémata
- 4) Expozice se zábranou odpovědi:
  - vytvoření hierarchie
  - expozice v představách/modelování
  - expozice in vivo se zábranou rituálu
  - odměny
- 5) Plánování času
- 6) Řešení problémů
- 7) Prevence relapsu

#### Edukace

Většině pacientů důkladnější seznámení s vlastní poruchou a její léčbou přináší obrovskou úlevu (viz příručku pro pacienty: Prašková et al., 1996, monografie pro pacienty: Praško et al., 2003). Na konci úvodního rozhovoru (který obvykle trvá 1–2 hodiny) by měl terapeut dospět k předběžné formulaci o povaze a rozsahu problému. Tuto formulaci by měl s pacientem prodiskutovat, aby mu pak mohl vysvětlit smysl dalšího léčebného postupu. Např. (podle Salkovskis, 1989):

„Z toho, co jste mi řekl, se mi zdá, že trpíte psychickým problémem, kterému se říká obsedantně kompulzivní porucha. Pro tento problém je typické, že člověk si více než je obvyk-



lé všimá nepříjemných myšlenek a dělá si kvůli nim velké starosti. Ve vašem případě se tyto myšlenky týkají bacilů a obav, že byste mohl tyto bacily přenést na jiné členy rodiny. Víte sice, že je to nepravděpodobné, ale nechcete to riskovat, pokud existuje způsob, jak tomu zabránit. Proto jste začal věci hodně umývat. Také jste se přestal dotýkat svých dětí a začal jste si umývat ruce celou hodinu a začal jste se vyhýbat všemu, co by podle vás mohlo být nějak spojeno s rakovinou. Bohužel, každé z těchto opatření vás uspokojilo vždy jen na chvíli, takže během doby se vaše problémy zhoršily a vaše myšlenky a s nimi spojené chování pro vás bylo stále větším a větším problémem. To se u tohoto typu problému obvykle stává – čím více se snažíte tento problém zvládnout pomocí nějakého vyhýbavého chování, tím skutečnější se vám tento problém zdá a tím více se vám tyto nepříjemné myšlenky usadí v hlavě. Máte pocit, že to, co jsem řekl, odpovídá vašim zkušenostem?”

Po případných opravách ze strany pacienta vysvětlí terapeut smysl dalšího léčebného postupu. Takže ve výše zmíněném případě pokračuje:

„Nejlepší způsob, jak se postavit vůči takovým nepříjemným myšlenkám, je zvyknout si na ně, aniž byste dělal takové věci, jako je umývání rukou, a bez vyhýbání se určitým věcem. Je to prospěšné ve více směrech: postupně si zvyknete na věci, které vás děsí, začnete žít zase normálním způsobem a také zjistíte, že to, čeho se nejvíc bojíte, se ve skutečnosti vůbec nestane. Hlavní část léčení je zaměřena na to, jak vám pomoci, abyste to dokázal, abyste se dostal do těsnějšího kontaktu s tím, co vás trápí, dokud si na to nezvyknete. Důležité je, abychom našli způsob, jak zabránit takovému jednání, jako je umývání a vyhýbání se, abyste zjistil, že to, čeho se tak bojíte, se vůbec nestane. Když to budete nacvičovat, vyvolá to ve vás nejdřív úzkost, ale pak zjistíte, že úzkost klesá, a to obvykle rychleji, než byste čekal. Co si o tomto způsobu léčení myslíte?”

V diskusi s pacientem je třeba zdůraznit význam jak sebeovládání, tak spolupráce během terapie. Terapeut upozorní, že nejdůležitější terapeutickou prací bude dělat pacient sám doma, především v situacích, v nichž se tento problém obvykle objevuje. Pacienta vyzve, aby sdělil své případné obavy nebo strach týkající se léčení, a tyto společně prodiskutují. Ve většině případů nabídneme pacientovi časově limitovanou terapii (např. 20 sezení), podle závažnosti a délky trvání problému. Tento limit je možno změnit podle rychlosti pokroku během léčby.

### **Záznam příznaků**

Pacient se učí adekvátním způsobem zaznamenávat a měřit své příznaky a pokroky. Vesměs po něm požadujeme, aby si denně zaznamenával obsese a kompulze, jejich spouštěče, intenzitu a frekvenci. Snažíme se však, aby zaznamenávání bylo jednoduché a nestalo se další kompulzí.

### **Kognitivní restrukturalizace**

V kognitivní restrukturalizaci se pacient snaží o pochopení souvislostí mezi příznaky, usměrnění náhledu na obsese a nutnosti vykonávání rituálů. Některým

lidem nedělá potíže identifikovat své obsese již na samém počátku terapie. Jiní však potřebují určitý nácvik, než dokáží s určitostí nalézt takové myšlenky, které se pojí s pocity úzkosti. Problémy s rozpoznáním myšlenek mohou mít několik důvodů. Za prvé, negativní automatické myšlenky jsou tak obvyklé a tak zjevně platné, že vůbec neupoutávají vaši pozornost. Za druhé, v úzkosti často hrají hlavní úlohu vizuální představy. Tyto představy mohou být velice krátké (trvají méně než jednu vteřinu), a proto je obtížné si jich všimnout a zapamatovat si je. Když se v mysli objeví představa nebo myšlenka, předvídající určitou katastrofu, většina lidí trpících OCD se okamžitě snaží ji potlačit kompulzí, ať v chování nebo v myšlenkách. Tím zabrání podrobnému logickému zpracování dané obsese, takže je pro ně pak obtížné uvědomit si přesný obsah myšlenek, které se pojí s jejich úzkostí.

Při identifikaci nám pomůže záznam obsesí a kompulzí, zobrazený na obrázku níže. Hlavička záznamu vám bude sloužit jako návod. Pomocí záznamu se budete učit:

- identifikovat obsese,
- identifikovat situace, v nichž se objevují;
- identifikovat nepříjemné emoce,
- identifikovat obsese, které předcházely nepříjemným emocím,
- identifikovat kompulze nebo jiné neutralizační chování.

**Tabulka 8.3.8:** Denní záznam obsesí a kompulzí

| DATUM         | SITUACE                                                 | OBSESE                                                                               | EMOCE                                                 | KOMPULZE                                                                                |
|---------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Úterý<br>7.3. |                                                         | Co mi přesně běželo hlavou? (Nakolik tomu věřím)                                     | Co jsem cítila? Jak silně? (0-100 %)                  | Co jsem udělala ke snížení napětí? Počet? Trvání?                                       |
| 7:30          | Byla jsem na toaletě. Dotkla jsem se rukou prkénka.     | Jsem nakažená! Nakazím celou rodinu! Musím se umýt! (všemu na 100%)                  | Strach 80 %<br>Napětí 90 %<br>Nutkání k rituálu 100 % | Mytí rukou do výšky ramen 25x<br>Desinfekce<br>Aťajinem 45 minut.                       |
| 9:00          | Expozice: V autobuse jsem se dotkla bez rukavice madla. | Jsem nakažená! Co když se toho dotýkal někdo s AIDS? Musím se umýt a vydezinfikovat! | Strach 90 %<br>Bezmoc 80 %<br>Nutkání 90 %            | Kompulze se nekonala: Neumyla jsem se. Další 2 hodiny jsem cítila napětí, pak pokleslo! |

Dalším krokem je testování platnosti obsesí. Většina lidí trpících OCD má zpočátku pocit, že obsese vyjadřují naprostou pravdu – jsou pro ně 100% přesvědčivé. Podobně většina lidí trpících OCD věří, že jejich chování má rozumný základ, i když je v současné době trochu přehnané. K testování jsou používány běžné otázky, uvedené v obecné části učebnice.

**Tabulka 8.3.9:** Testování obsese otázkou: Co svědčí pro a co proti mému závěru?

| <b>Obsese: „STRČÍM TO DÍTĚ POD METRO!“</b>                                                                                                                                                   |                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Co svědčí pro?</b>                                                                                                                                                                        | <b>Co svědčí proti?</b>                                                                                                        |
| Tato myšlenka mě napadá často!                                                                                                                                                               | I když mě opakovaně napadla, nikdy jsem žádnému dítěti neublížil.                                                              |
| Mám silný pocit napětí, bojím se, že se neovládnu!                                                                                                                                           | Napětí sice mám, ale z té myšlenky, protože se jí bojím. Ještě se mi nikdy nestalo, že bych se neovládl.                       |
| Takhle se přeci normální lidé nechovají, takové nápady nemívají. Jsem asi blázen, že mám takové nápady.                                                                                      | Nevím, zda jiní lidé mají takové nápady. Ale lékař mi říkal, že jsou normální i u jiných lidí. Říká se jim kontrární myšlenky. |
| Jsem zlý, když mám takové nápady.                                                                                                                                                            | Jsou to pouze vtíravé myšlenky, doopravdy nic zlého nechci udělat, naopak mám z toho strach.                                   |
| <b>Racionální odpověď:</b> „Mám strach, abych to dítě nestrčil pod metro, ale jsou to jen moje obsese. Důkazy, proč bych to měl udělat, nemám. Naopak nic takového doopravdy udělat nechci.“ |                                                                                                                                |

Ke kvalitnímu zvládnutí kognitivní restrukturalizace je potřebné pracovat s racionální odpovědí denně, v různých situacích, které navozují obsese. Ke každodennímu cvičení může jako pomůcka sloužit „Denní záznam obsesí a kompulzí“.

**Tabulka 8.3.10:** Denní záznam obsesí a kompulzí

| ČAS        | SITUACE                                                | OBSSESE                                                                            | EMOCE                                               | KOMPULZE                                                                                 | RACIONÁLNÍ REAKCE NA OBSESI                                                                                                                                                                                    | VÝSLEDEK                                                                                                                                                                                                                         |
|------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Úterý 7.3. | Co jsem dělala? Na co jsem myslela?                    | Co mi přesně běželo hlavou? (Nakolik tomu věřím?)                                  | Co jsem cítila? Jak silně? (0-100%)                 | Co jsem udělala ke snížení napětí? Počet? Trvání?                                        | Jaká je rozumná odpověď na automatickou myšlenku?                                                                                                                                                              | 1. Nakolik nyní věřím obsesi?<br>2. Jak se nyní cítím?<br>3. Co udělám příště?                                                                                                                                                   |
| 7:30       | Byla jsem na toaletě. Dotkla jsem se rukou prkénka.    | Jsem nakažená! Nakazím celou rodinu! Musím se umýt! (všemu na 100 %)               | Strach 80%<br>Napětí 90%<br>Nutkání k rituálu 100 % | Mytí rukou do výšky ramen 25krát<br>Desinfekce Ajatinem 45 minut.                        | Pravděpodobnost, že bych se nakazila od prkénka, je velmi malá. Ještě menší je, že bych nakazila rodinu. Umýt se po záchoď je na místě, ale jen ruce za 2 minuty.                                              | 1. 1) 60 %<br>2) 20 %<br>3) 70 %<br>2. Provinile, že jsem dělala kompulze.<br>3. Zkusím neudělat kompulzi.                                                                                                                       |
| 9:00       | Expozice: V autobuse jsem se dotkla bez rukavice madla | Jsem nakažená! Co když se toho dotkl někdo s AIDS? Musím se umýt a vydezinfikovat! | Strach 90%<br>Bezmoc 80%<br>Nutkání 90%             | Kompulze se neko-nala: Neumyla jsem se. Další 2 hodiny jsem cítila napětí, pak pokleslo! | Všichni se dotýkají madel a nemají strach z nakažení. AIDS se podle lékařů dotekem přes cizí předmět nešíří. Tato představa je velmi protivná, ale je nerealná. Nemusím nic, ale asi budu mít pořádnou úzkost. | 1. 1) 40 %<br>2) 10 %<br>3) 10 %<br>2. Jen mírně napjatě, ale velmi spokojeně, že jsem to dokázala.<br>3. Znovu si to zopakuji v jiných situacích. Prací s myšlenkami se učíte znovu promyslet a zhodnotit své vlastní myšlenky. |

Kognitivní restrukturalizace na úrovni práce s automatickými myšlenkami sama o sobě ještě nestačí na zvládání obsesí a kompulzí, ale je významným doplňkem expoziční léčby a zábrany rituálu. Někdy může být kontraproduktivní – stává se novou kompulzí. V tom případě je dobré přestat s pacientem kognitivní restrukturalizaci provádět a věnovat se jen expoziční léčbě a zábraně rituálu. Jinak je kognitivní restrukturalizace ještě více než na práci s obsesemi vhodná na zpracování tzv. metakognicí – tj. myšlenek – hodnocení, které si o obsesích říkáme.

**Tabulka 8.3.11:** Denní záznam obsesí a kompulzí – hodnocení metakognice

| ČAS        | SITUACE                                                               | OBESE                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | EMOCE                                                       | KOMPULZE                                                                                                                                                                                                                            | RACIONÁLNÍ REAKCE NA METAKOGNICI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | VÝSLEDEK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Úterý 7.3. | Co jsem dělala? Na co jsem myslela?                                   | Co mi přesně běželo hlavou? (Nakolik tomu věřím)<br>Jak to hodnotím, co mi v hlavě proběhlo?                                                                                                                                                                                                          | Co jsem cítila? Jak silně? (0-100 %)                        | Co jsem udělala ke snížení napětí? Počet? Trvání?                                                                                                                                                                                   | Jaká je rozumná odpověď na automatickou myšlenku?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1. Nakolik nyní věřím meta-kognici?<br>2. Jak se nyní cítím?<br>3. Co udělám příště?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 8:15       | Procházel jsem s Julinkou kolem okna. Co když ji vyhodím, napadlo mě. | <b>Obsese:</b><br>Co když Julinku vyhodím z okna?<br><b>Metakognice:</b><br>Jsem hrozná matka, zrůda, když mě něco takového může napadnout.<br><b>Metakognice:</b><br>Ještě že mě to napadá, alespoň nebudu chodit k oknu, kdyby mě to nenapadlo, mohla bych to udělat ve zkratu. Takto si dám pozor. | Strach 90 %<br><br>Vztek na sebe 90 %<br><br>Zklidnění 40 % | Odešla od okna, uložila Julinku do postele a pomodlila se.<br><br>Přemýšlela o tom, jaká jsem zrůda, co všechno pro to svědčí.<br><br>Přemýšlela o tom, kde ještě hrozí, že bych Julince mohla ublížit a čemu se ještě mám vyhnout. | Napadlo mě to mockrát a neublížila jsem jí, je to jen obsese.<br><br>Nechci, aby mě něco takového napadlo, děje se to proti mojí vůli. Naopak, se bojím, aby se Julince něco nestalo. Mám ji ráda.<br><br>Pokud se budu obviňovat a vyhýbat, bude mě to napadat častěji. Nechci se už strašit tím, co ještě bych mohla provést, když nic provést nechci. Budu si asi muset nejdříve na tyto myšlenky zvyknout, pokud je budu od sebe odhánět, budou se zase vracet. | Tomu, že bych Julinku vyhodila z okna už tolik nevěřím. Strach z toho mám asi jen na 20%.<br>To, že jsem pro tyto myšlenky zrůda, si myslím už jen na 30%.<br>Tomu, že by mi obsese pomáhaly vyhnout se agresivnímu chování, moc nevěřím.<br>Rovněž nevěřím samotným obsesím a nevěřím, že bych chtěla Julince ublížit.<br>1. Cítím se nyní podstatně líp.<br>2. Hned teď vezmu Julinku do náručí a půjdu se podívat z okna. |

Posledním krokem kognitivní restrukturalizace je práce s kognitivními schématy a jejich akomodace (viz obecnou část učebnice).

## Expozice in vivo

Před zahájením provádění expozice je třeba sestavit seznam všech situací a činností, kterým se pacient vyhýbá a které spouštějí obsese, a seřadit je podle míry emocionální nepohody (úzkosti, napětí), které vyvolávají, od nejhorších po jen mírně nepříjemné. Expozici začínáme položkami, které jsou v dolní polovině seznamu a postupně přecházíme k položkám vyšším. Příslušné situaci či podnětu musí být pacient vystaven tak dlouho, dokud jeho úzkost spontánně nepoklesne (což může zpočátku trvat i 3 hodiny). Proto opakovaně zjišťujeme míru pacientova napětí na škále „subjektivních jednotek“, např. 0–100 a zaznamenáváme průběh nepohody do grafu. Expozici je třeba zpočátku opakovat několikrát týdně, dokud není zjevné, že daná situace již v pacientovi budí méně nepohody a že tato nepohoda klesá rychleji. Terapeut v rámci sezení slouží jako model, to znamená, že se exponuje stejné situaci či podnětu jako pacient – např. sáhne oběma rukama na podlahu, pak si těmto „znečištěnými“ rukama přejede po těle a po obličeji.

Jakmile je pacient schopen zvládnout bez rituálu a jen s mírnou nepohodou expozici vůči určité položce v seznamu, přecházíme k další, vyšší položce seznamu. Cílem expozice je, aby byl pacient schopen se vystavit nejvyšší položce seznamu a dosáhl zmírnění nepohody bez provedení rituálu.

## Expozice se zábranou rituálů

Expozice se zábranou rituálu je klíčovou složkou terapie. Podle podrobného, společně sestaveného plánu postupujeme od lehčích expozic k těžším, omezujeme kompulze, posilujeme udržení dosavadních pokroků a postupně pacientovi předáváme zpět zodpovědnost za plánování dalších kroků a léčení. Expozice je vystavení se podnětům, které vyvolávají úzkost, zatímco zábrana obranným rituálům je chování, při kterém úzkost navozenou obsedantní myšlenkou nebo přímo spouštěčem se pacient pokusí vydržet, aniž by rituál vykonal. Cílem není úzkost odstranit, ale naučit se ji tolerovat a zvládat bez pomoci rituálů.

### *Uvedení do expozice*

Obsedantní pacienti jsou však často ochotni tolerovat i vysokou míru nepohody, pokud věří, že léčba bude úspěšná. Pevný postoj, doplněný pochopením pro nepříjemné pocity, které pacient prožívá, pomůže navodit důvěryhodný a na zvládání úkolů zaměřený terapeutický vztah. Když se v této fázi nepodaří vytvořit optimistický a strukturovaný přístup k léčbě, je později velmi těžké to napravit. Pacientovi je třeba znovu zopakovat smysl expozice:

„Na počátku tohoto typu programu se obvykle objeví určitá úzkost. Je to ve skutečnosti důležitá součást léčby, protože lidé si mnohdy myslí, že jejich úzkost bude trvat stále a bude nesnesitelná. Jednou z cenných věcí, které se během léčby naučíte, je, že úzkost nevzroste do nesnesitelné výše a často se zmírní rychleji, než byste očekával. Někdy se úzkost začne zmírňovat již po 20 minutách, častěji ale po půl hodině až po hodině. Další důležitou věcí, kterou zjistíte, je, že při druhém nebo třetím nácviku expozice se stupeň

vaší nepohody bude stále zmenšovat. To je nejlepším ukazatelem toho, že léčba je účinná; během doby budete schopni provádět expozici tímto způsobem a přitom nebudete pocítovat vůbec žádný nepříjemný pocit.“

Projevy úzkosti a její průběh je třeba s pacientem empaticky probrat, ale přitom se nesnažíme pacienta ujišťovat, že zadaný úkol je zcela bezpečný; nebudeme např. pacienta ujišťovat, že pesticidy nejsou vůbec nebezpečné. Expozici vůči podnětům vzbuzujícím strach je třeba odstupňovat podle obtížnosti tak, aby terapie nebyla pro pacienta natolik nepříjemná, že by v ní nemohl pokračovat. Nejlépe je uvést ji tím, že pacientovi sami předvedeme chování, které po něm vyžadujeme (názorné předvedení).

Při postupném nácviku expozice rozeznáváme tři fáze:

1. určování cílů,
2. určování postupných úkolů,
3. praktické zvládnání úkolů.

Terapeut s pacientem sepiší seznam situací, které vyvolávají v pacientovi obse- se nebo kterým se vyhýbá, ale které by chtěl být schopen zvládnout bez násled- ných rituálů v myšlenkách nebo chování. Tyto situace seřadí společně podle obtíž- nosti.

**Tabulka 8.3.12:** Seznam cílů

**Nejtěžší:**

- Sednout si na záchodové prkénko ve škole bez toho, že bych je obkládala vrstvou toaletního papíru.
- Sáhnout na kliky dveří v nemocnici a nejít se umýt. Těmto rukama pak sáhnout na svoje oblečení a chodit v něm další den, a na své vlasy a tvář a nejít se osprchovat.
- Sednout si v tramvaji (autobuse, metru) na sedadlo, kde seděl předtím člověk, kterého se silně štítím, a sáhnout si na to sedadlo oběma rukama. Nejít se pak umýt ani neprat šatstvo.
- Snést hlazení po vlasech a po těle od přítele, i když si neumyl pořádně ruce.

**Nejlehčí:**

- Sednout si na záchodové prkénko doma a neobkládat je toaletním papírem.
- Sáhat na kliky dveří ve škole bez rukavic a nejít se potom umýt.
- Nejít se umýt poté, co se mě dotkne přítel, který přišel zvenku.

Když jsou cíle seřazeny podle obtížnosti, úkolem je zabývat se tím, který je pro pacienta nejlehčí. Terapeut a klient se dohodnou, kterou položkou zahájí expozici. Začíná se zpravidla situací, která je nejvyšší z těch, kterou je klient ochoten zkusit navzdory pocitu nepohody, kterou v něm vyvolává. Pokud je některý z cílů zvláště naléhavý, můžeme se rozhodnout, že začneme rovnou s ním. V této fázi se terapie zaměřuje na dosažení vždy jen jednoho cíle současně. Smyslem postupného nácviku je dosažení série úspěchů, takže je potřebné úkoly plánovat tak, aby pacient měl šanci při jejich plnění uspět. Každý úkol je třeba podrobně popsat:

**Tabulka 8.3.13:** Sepsání jednotlivého úkolu

**CÍL:** Nejít se umýt poté, co se mě dotkne přítel, který přišel zvenku.

**ÚKOLY:**

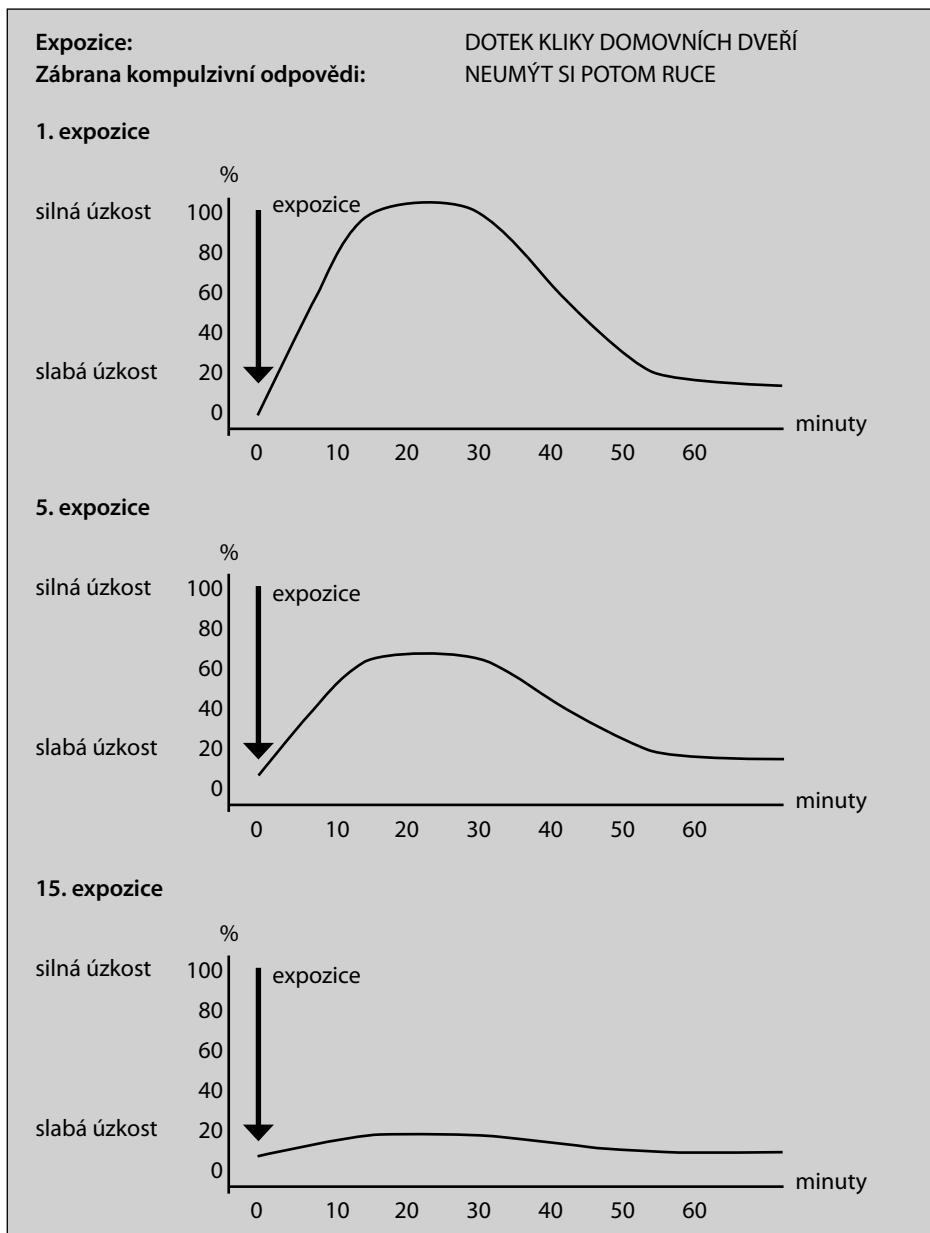
1. Když můj přítel přijde dnes večer k nám, nebudu ho nutit, aby si šel umýt ruce do koupelny.
2. Vezmu si obě jeho ruce do svých dlaní a podržím je tam.
3. Nepůjdu si celý večer umýt ruce.

Tak vypadá začátek postupného zvládání úkolů, přičemž jednotlivé úkoly se mohou různě měnit, dokud pacient nedosáhne svého cíle. Ve stručnosti by kroky postupného nácviku při obsesích se strachem ze znečištění a umývacími rituály mohly vypadat takto:

**Tabulka 8.3.14:** Kroky postupného nácviku při obsesích se strachem z kontaminace

1. Sahat na klídy dveří ve škole bez rukavic a nejít se potom umýt.
2. Troufnout si cestovat v dopravních prostředcích bez rukavic.
3. Nejít si umýt ruce poté, co se mě dotkne přítel, který přišel zvenku.
4. Nejít si umýt ruce poté, co se mě dotkne některý z rodičů nebo sestra, když přišli zvenku.
5. Sednout si na záchodové prkénko doma a neobkládat je toaletním papírem.
6. Sáhout si na záchodové prkénko doma a pak na svoje oblečení a nejít se umýt ani převléknout.
7. Jít na malou na záchod ve škole, dotknout se obou klik, umýt se krátce jen po záchodě, ale nikoliv znovu ve třídě poté, co jsem se znovu dotkla zevní kliky.
8. Sáhout na kliky dveří v nemocnici a nejít se umýt. Těmto rukama pak sáhout na svoje oblečení a chodit v něm další den a na své vlasy a tvář a nejít se osprchovat.
9. Sednout si v tramvaji (autobuse, metru) na sedadlo, kde seděl předtím člověk, kterého se silně štítím, a sáhout si na to sedadlo oběma rukama. Nejít se pak umýt ani neprát šatstvo.
10. Snést hlazení po vlasech a po těle od přítele, i když si neumyl pořádně ruce. Milovat se s ním a nechat se hladit i intimně, aniž by se předtím musel umýt.

**Obrázek 8.3.3:**Typická křivka úzkosti v průběhu expozice a zábrany kompulzivní odpovědi



### Úloha názorného předvedení

V průběhu terapie často jako třetí složku léčebného postupu požíváme názorné předvádění. To znamená, že terapeut v přítomnosti klienta provede jednání, které má uskutečnit klient – např. dotknout se kliky u dveří. Terapeut to udělá klidně a kontrolovaně, bez známek rozrušení. Pokud se např. obsese týkají špíny na pod-



laze, klice u dveří, poté, co mu nejdříve terapeut několikrát předvede, jak se důkladně dotkl několika klik, podlahy, okraje odpadkového koše, požádá klienta, aby provedl totéž. „Nákazu“ pak můžeme přenést i na paže a oblečení tím, že na ně položíme „ušpiněné“ dlaně. Po této expozici na určitou dobu zabráníme v rituálu. Neumyjeme se ani neprovedeme jiný očistný rituál. Terapeut s klientem obvykle v tuto dobu zůstává. Předvede tedy, jak lze zvládnout tuto expozici, aniž by se člověk musel umýt a očistit. Náznorné předvedení usnadňuje terapii a často je potřebné při podpoře klientů, kteří se bojí provést určité chování důležité pro léčbu. Není to však nezbytná součást léčby. Nezbytné jsou expozice a zabránění v rituálu.

Principy terapie expozicemi a zabráněním v rituálu lze uplatnit u všech kompulzivních rituálů. Při *kompulzivním ověřování* se pacient vystavuje situaci, která provokuje ověřování (např. odchod z domu, vložení dopisu do obálky a její zalepení, vypínání elektrických spotřebičů ap.) a pak to neověří. Cílem je nekontrolovat, ale také nedostat žádné ujištění.

Cílem léčebného programu u *kompulzivního sběratele* bude postupné odstranění nashromážděných věcí. Pacient to má uskutečňovat systematicky, zpočátku pod dohledem terapeuta nebo blízké osoby. Např. prvním cílem může být vyhodit všechny zásoby stvrzenek, které jsou starší než rok, aniž by je kontroloval. Pak následují další dohodnuté cíle – např. vyhodit dopisy starší pěti let, staré účty za telefon a místní noviny ap.

Lidé trpící nutkáním dělat určité věci rigidním nezvyklým způsobem se učí jinému, normálnějšímu chování. Např. člověk, který neodejde z místnosti, dokud se nedotkne všech zdí, se vystavuje situaci, kdy odejde z místnosti, aniž by se zdi dotkl. Člověk, který si rovná šatník nebo stůl velmi rigidním způsobem, se vystavuje situaci, kdy mu věci v šatníku a na stole pomocník rozháze a pak mu zabrání, aby je srovnal svým kompulzivním způsobem.

Terapeut může vyjadřovat pochopení pro klientův pocit nepohody a pomáhat mu, aby jej snáze vydržel – třeba odvedením pozornosti, rozhovorem ap. Doba, po kterou klientovi zabránuje v rituálu, může trvat až dvě hodiny; za tuto dobu klientovo napětí, vyvolané expozicí, a s ním související kompulzivní nutkání, normálně výrazně klesne. Pokud je stále vysoké, sezení pokračuje až do významného snížení především pocitu nepohody. Je důležité, aby klient ani po tomto sezení neprovedl žádný rituál.

#### *Nepřetržitá vysoce intenzivní expozice a zabránění rituálům*

Během prvních dvou týdnů ambulantního léčení může být vhodné setkávat se s pacientem dvakrát až třikrát týdně. Postup od jednoho úkolu k druhému je zpočátku často rychlý. Expozice *in vivo* v rámci sezení trvá obvykle jednu až jednu a půl hodiny, ale terapeut by měl počítat v této fázi až se třemi hodinami, aby mohl sezení podle potřeby prodloužit. Obecně platí, že není žádoucí ukončit sezení v okamžiku, kdy pacientova úzkost dosahuje vrcholu; sezení je třeba prodloužit do doby, kdy míra úzkosti a napětí již klesá. Po dvou týdnech je možno sezení konat jednou týdně nebo jednou za dva týdny.

### *Expozice v představě*

Expozici v imaginaci provádíme tehdy, když nelze pacienta přímo vystavit obávané situaci nebo když hlavní složku pacientových obsesí tvoří představa určité katastrofy. Podle nutkavých představ je třeba vytvořit popis katastrofy, které se pacient obává, a tuto představu s ním opakovaně imaginovat tak dlouho, až jeho nepohoda spontánně poklesne. Tento postup je náročný i pro terapeuta, protože ten musí být schopen dlouhou dobu opakovat líčení často velmi nepříjemných scén – např. jak pacientka vráží svému malému dítěti nůž do oka a všude kolem je plno krve. Výhodou tohoto postupu je, že si terapeut sám ověří desenzibilizující účinek opakovaného prožívání těchto vysoce zúzkostňujících představ. Jinak postupujeme stejně jako u expozice in vivo od méně nepříjemných představ k představám nepříjemnějším.

Zvláštním případem expozice v imaginaci je opakovaná expozice vůči obsesím u pacientů bez zjevného kompulzivního jednání. Protože u těchto pacientů nelze využít metody zábrany zjevných rituálů (viz dále), je třeba, aby se tito pacienti opakovaně a dlouhodobě vystavovali svým obsedantním myšlenkám a představám bez provádění skrytých (mentálních) rituálů. Jednou z nejčastěji používaných metod je nahrání si nutkavé myšlenky na audiokazetu („Zabiju svého syna!“) opakovaně, tak aby nahrávka trvala 30–45 minut. Po každém opakování obsedantní myšlenky je pauza cca 30 sekund. Tuto nahrávku pak pacient za domácí úkol několikrát denně soustředěně poslouchá, přičemž neprovádí mentální „neutralizující“ rituály a zaznamenává si opakovaně (např. každých 10 minut) míru své nepohody. Později pacient poslouchá tuto nahrávku v obtížných situacích, např. v přítomnosti syna. Až se pacientovi daří poslouchat tuto nahrávku bez neutralizací a jen s mírným stupněm nepohody, dostane za úkol vyvolávat si tyto obsese úmyslně bez provádění neutralizace, nejdříve v neutrálních situacích, později v situacích, kde se tyto obsese původně objevovaly.

### *Neposkytovat ujištění*

Dalším důležitým požadavkem v terapii je neposkytovat ujištění. Řada lidí ho vyžaduje. Jak od terapeuta, tak doma. Těmto žádostem nevyhovujeme. Na otázku: „Jsi si jistý, že se nic nestane?“ nebo „Jsi si jistý, že je vše v pořádku?“ má rodina odpovědět asi takto: „Dohodli jsme se přece, že se o tom nebudeme bavit, ne?“ nebo „Vzpomeň si, že mi tvůj terapeut zakázal na takové otázky odpovídat“.

### *Expozice vůči obsesím*

Další technikou je vystavit se svým obsedantním myšlenkám, což je v jistém smyslu opak stop-techniky. Označujeme to „nácvik otužování se“, jehož cílem je, aby si pacient na nechtěné myšlenky přivykl. Opakovaná a dlouhotrvající expozice bez jakékoliv neutralizace vede k tomu, že obsedantní myšlenky postupně stále méně vadí; nakonec přestanou vzbuzovat úzkost a napětí. Při uplatňování tohoto postupu si pacient úmyslně vybaví svoje obsedantní myšlenky a soustředí se na ně. Tím-

to způsobem se myšlenkám exponuje třicet minut až hodinu. Někdy je potřeba, aby mu někdo (např. terapeut nebo rodinný příslušník) tuto myšlenku připomínal, protože jinak má tendenci se vytrácet z pozornosti.

### *Odstranění kompulzivního vyhýbání*

Dokonce i po úspěšné terapii, zaměřené na vybrané obtížné situace, se pacient může stále mnoha dalším situacím vyhýbat. Částečně ze zvyku a částečně kvůli přetrvávajícím obavám. Proto je důležité, aby se vystavoval všem druhům situací, které u něj mohou vyvolat rituál a na které během terapie nedošlo.

V případech, kdy je hlavním problémem kompulzivní vyhýbání, spočívá základní terapeutická strategie v masivní expozici obávané situaci nebo objektu.

### *Léčba primární obsedantní pomalosti*

Pro lidi, jejichž problémem je primární obsedantní pomalost, se používá strategie využívající krokování, pobízení a formování. Chování je rozčleněno na jednotlivé kroky a pomocník (terapeut nebo blízká osoba) opakovaně pobízí pacienta ke zrychlení jejich zvládnání. Pro zvolené chování jsou vymezeny časové limity. Terapeut může také použít názorné předvedení: např. předvede, jak si učeše vlasy během dvou minut a vybídne pacienta, aby to provedl stejným způsobem. Čas určený pro vykonání určitého chování je postupně v každém sezení zkracován.

### **Plánování času**

Při ústupu obsesí a kompulzí začne být důležité plánování aktivit, protože bývá potřeba vyplnit prostor (ušetřený ze zvládnutých rituálů) smysluplnou činností, která zaměstná pozornost a poskytne uspokojení. Pacient měl často již léta většinu svého denního času vyplněnu obsesemi a kompulzemi. Hledat nový životní styl může být pro něj obtížné a většinou k tomu potřebuje terapeutické vedení.

### **Řešení problému**

Řešení problémů představuje strukturovaný proces, ve kterém se zabýváme aktuálními životními problémy a konflikty pacienta, snažíme se o jeho vlastní pátrání po dostupných aktivních strategiích, vedoucích k eliminaci dané složité situace (Praško a Kosová, 1998).

### **Prevence relapsu**

Před ukončením léčby je důležité probrat jednotlivé zvládnuté kroky, rekapitulovat dosažené úspěchy i způsob, jakým jich bylo dosaženo. Dále je potřeba se připravit na budoucí možné stresující situace a probrat možnosti jejich řešení. Pacient je povzbuzován, aby dále pokračoval v expozici všem situacím, souvisejícím se spouštěči obsesí, kterým by měl chuť se vyhnout, a zabránil v nich neutralizační reakci. Upozorňujeme ho na to, že obsese i kompulze se mohou vrátit, v jeho možnostech a tím, co se naučil, je se jim postavit a odstranit je.

### Další metody, užívané v léčbě OCD

Vzhledem k tomu, že léčba OCD pomocí expozice a zabránění rituálům je pro pacienta náročná a zpočátku vede obvykle k celkovému zvýšení tenze a nepohody, doporučují někteří autoři (např. Kennerleyová, 1998) naučit pacienta ještě před zahájením vlastní terapie některému *relaxačnímu cvičení*, které pak může pacient provádět několikrát denně, a tím zmírňovat své celkové tělesné i psychické napětí.

Další pomocnou metodou používanou u OCD je *zastavení myšlenek*. Tuto metodu však musí pacient používat jenom jako nouzové řešení v kritických situacích na počátku terapie. Během další terapie se pacient musí naučit své obsedantní myšlenky snášet, nikoliv zahánět.

#### 8.3.4.5 Problémy v léčbě obsedantně kompulzivní poruchy

Největší obtíží bývá vůbec začít. Řada lidí s OCD má dojem, že by raději obsese jednoduše zapomněla. Je jim proti srsti si je vlastní vůlí přivolávat. Jiní lidé mají strach, že když si při expozici obsese budou úmyslně přivolávat, povede to k tomu, že obsese budou ještě častější. Pro některé klienty jsou požadavky KBT léčebného programu nepřijatelné. Nabízenou terapii odmítají nebo nedostatečně spolupracují a léčbu mohou předčasně přerušit. Terapeuti se obvykle snaží neochotného klienta přesvědčit, aby léčbu vyzkoušel, odpoví na jeho dotazy a zdůrazní, že naděje na zlepšení jsou vysoké. Neochotnému nebo pochybujícímu klientovi často pomůže, když si může promluvit s úspěšně vyléčeným klientem. Nakonec se však musí rozhodnout sám klient, zda terapii přijme. Vysoká motivace klienta je velmi důležitá. Klientovi s nízkou motivací ke změně pravděpodobně léčba příliš nepomůže. U takového klienta nelze očekávat, že se bude plně řídit instrukcemi KBT programu. V případech, kdy je klient do terapie nucen rodinou, bývá výsledek neuspokojivý, pokud sám klient necítí potřebu se léčit.

Jedna z nejčastějších obav, s níž pacienti přicházejí, je ta, že úzkost bude během expozice nesnesitelná a že se nezmírní tak, jak to předpověděl terapeut. Pouhé ujišťování („Všechno bude v pořádku, nebojte se“) nemusí pomoci a nemá smysl se s pacientem přít. Místo toho může terapeut souhlasit, že *může* být pravda, že se úzkost nezmírní. Můžeme se pacienta zeptat, jak nejdéle dokázal odolávat puzení ke kompulzivnímu jednání a nakolik je přesvědčen o tom, že se úzkost nezmírní. Zeptáme se, jak by bylo možno zjistit, zda jsou pacientovy obavy oprávněné nebo ne, a tím můžeme přejít k plánování behaviorálního experimentu. Ten slouží k tomu, abychom zjistili, co se stane (jak pokud jde o prožívanou úzkost, tak pokud jde o obávané následky), pokud pacient dokáže odolávat puzení ke kompulzivnímu rituálu po předem dohodnutou dobu, obvykle dvou hodin. Výsledek pak slouží jako východisko k dalším sezením s expozicí a zabráněním rituálům.

Zřídka dojde k tomu, že habituace se během sezení neobjeví. Nejčastěji je sezení příliš krátké; nebo pacient trpí zároveň závažnou depresí, která nebyla zjištěna během vyšetření a která vyžaduje přímé léčení. Velmi vzácně je nedosažení změny během sezení způsobeno „přehnanými přesvědčeními“ (Foa, 1979). Tato přesvědčení lze někdy změnit pomocí kognitivních postupů (Salkovskis a Warwick, 1989).

Zvláště je možno pomocí vhodných otázek přivést pacienta k nesrovnalostem v jeho přesvědčení a pak jej vyzvat, aby si zformuloval a ověřil alternativní vysvětlení své situace.

Někteří pacienti jsou schopni akceptovat vysvětlení smyslu léčby, když jsou klidní, ale nejsou schopni vystavit se domnělým „rizikům“, když jsou úzkostní a trápí je nutkavé myšlenky. Pokud je tomu tak, terapeut může pacienta naučit postupům, které může využít ve chvílích úzkosti, aby se upamatoval na klíčové body terapie; pacient může např. používat upomínkové kartičky, na jejichž jedné straně je zapsána myšlenka vyvolávající strach a na druhé straně rozumná odpověď. Velmi také pomáhá předchozí nácvik na nečisto. Ten obvykle zahájíme vyvoláním představy situace vzbuzující úzkost a pak vyvoláme představy různých možných způsobů, jak tuto situaci zvládnout.

I když řada pacientů považuje obsah obsedantních myšlenek za nesmyslný, někteří pacienti si nejsou jisti, zda tyto myšlenky skutečně nejsou reálné, a proto se obávají jednat proti nim. Těmto pacientům může pomoci, když se naučí své nutkavé myšlenky kriticky zkoumat pomocí kognitivní restrukturalizace, která je popsána výše. Je však důležité, aby nezačali používat „obránné“ myšlenky rituálním způsobem, tj. aby si tímto způsobem nevytvořili skryté rituály, které pak OCD dále udržují.

Obsedantní pacienti svými problémy často velice trpí, což nezřídka působí problémy v terapii, zvláště pokud jde o plnění domácích úkolů. Může to vést k tomu, že o plnění domácích úkolů neříkají úplnou pravdu a někdy i přerušují léčení. Pacienta můžeme na tyto obtíže připravit tak, že mu předem vysvětlíme, že určité potíže při plnění domácích úkolů jsou běžné: „To je zcela v pořádku, protože kdykoliv máte se splněním domácího úkolu potíže, získáváme další důležité informace o vašem problému a o tom, jak na vás působí. Důležité proto je, abyste se o splnění všech domácích úkolů, na nichž jsme se dohodli, opravdu snažili, ale pokud nebudete schopni je zvládnout, pak si napište podrobné poznámky, co přesně se stalo, abychom mohli tento problém lépe zvládnout, když se v budoucnu objeví. Často se při plnění domácích úkolů objeví problémy, které jsou další formou obsese, které jsme se zatím nevěnovali.“

U mnoha pacientů (zvláště u nutkavých kontrolorů) je jejich základním rysem obava, že budou odpovědní za škodu, kterou způsobí sobě nebo jiným (Salkovskis, 1989). Aby snížil tento pocit zodpovědnosti za případné vlastní chyby, pacient se často opakovaně ujišťuje u terapeuta, že vše dělá správně, a snaží se domácí úkol splnit přesně tak, jak bylo dohodnuto. Jde o formu vyhýbavého chování a ukazuje to na nutnost zařadit do léčebného programu přímou expozici vůči odpovědnosti, po probrání významu obav ohledně přebírání odpovědnosti pro pacienta. Ta spočívá v tom, že pacient dostane za domácí úkol sám provést expozici podle vlastního plánu a bez jeho podrobného probrání s terapeutem. Terapeut řekne: „Chtěl bych, abyste si domácí úkol na tento týden naplánoval sám; mělo by jít o obvyklý typ úkolu, ale nechci abyste mi říkal podrobnosti, co budete přesně dělat. Chci, abyste si jako obvykle zapsal, jak moc nepříjemně jste se při tom cítil. Důležité je, abyste si úkol

naplánoval tak, abyste se sice vystavil nepříjemným pocitům, ale abyste nekontroloval, nevyhýbal se a neprováděl neutralizaci. Nikomu neříkejte ani nenaznačujte, co jste udělal. V příštím sezení si řekneme, jak jste se při tom cítil, ale odpovědnost za naplánování a provedení domácího úkolu bude jen a jen na vás. Takže, aniž byste mi říkal podrobnosti o tom, co necháte nezkontrolováno, můžete mi ve stručnosti načrtnout svůj domácí úkol na tento týden?”

Výrazným znakem obsesí je hledání ujištění od druhých. Obsedantní myšlenky se téměř vždy týkají strachu ze zodpovědnosti za škodu, která by mohla vzniknout buď nějakou činností nebo jejím opomenutím (Salkovskis, 1985). Obvyklý způsob, jímž se pacient snaží zabránit tomu, aby způsobil škodu sobě nebo někomu jinému, je opakované ujišťování. Tím také předává odpovědnost druhým. Pro terapeuta je svůdné zmírňovat pacientovu úzkost tím, že mu tato ujištění poskytuje, ale tento postup je předurčen k neúspěchu: není možné s naprostou jistotou říci, že se nic zlého vinou pacienta nepříhodi. Opakované, stálé a stereotypní ujišťování velmi připomíná jiné formy rituálního chování. Aby vypracoval plán léčby, zaměřený na tento problém, musí se terapeut pacienta zeptat, zda úleva, dosažená ujištěním, je trvalá nebo přechodná a srovnat ujišťování s jinými formami neutralizujícího chování. Snaha o ujišťování v rámci terapie je tím přeměněna z frustrující zkušenosti, která brání užitečné diskusi, na ideální příležitost zabývat se přímo obsedantním problémem (Salkovskis, 1989).

**Terapeut:** Zdá se, že vás stále dokola trápí vaše obavy ohledně rakoviny. Chtěla byste ode mne slyšet nějakou konkrétní odpověď?

**Pacientka:** Ano, myslím že ano. Prostě potřebuji vědět, že nedostanu rakovinu. Nevidím nic špatného na tom, že to chci zjistit.

**Terapeut:** V několika minulých sezeních jsme se bavili o tom, že stálé umývání rukou může ve skutečnosti vaše nutkavé obavy z onemocnění udržovat a že opakované otázky mohou mít stejný dopad na vaše pochyby a obavy. Mám pravdu, když se domnívám, že se vám zdá, že vaše žádost o ujišťování je něco jiného?

**Pacientka:** No, mám pocit, že o tom něco víte, tak proč byste mi to nemohl prostě říci, abych se cítila klidněji?

**Terapeut:** Máte pravdu, to bych jistě mohl, kdyby to váš problém vyřešilo. Dobrá, mohu s tím hned začít. Jak moc vás musím ujišťovat, že vám nic nehrozí, abyste se cítila klidná až do konce měsíce?

**Pacientka:** Až do konce měsíce?

**Terapeut:** Ano, mám teď asi dvě hodiny čas. Pokud to váš problém odstraní až do konce měsíce, můžu vás začít uklidňovat. Jak dlouhou dobu budete asi potřebovat?

**Pacientka:** Ale to tak neúčinkuje. Pomohlo by mi to jen na několik minut.

Terapeut pak může pokračovat tím, že s pacientkou prodiskutuje, jak jí ujišťování znemožňuje, aby se se svým strachem z odpovědnosti vypořádala sama, a že je proto třeba, aby si sama naplánovala a provedla zabránění tomuto chování (Salkovskis a Westbrook, 1987). Při předcházení ujišťování je vhodné zapojit i další členy rodiny,

kteří na něj pacientku upozorní, zvláště pokud jí to dělá potíže. Někdy je vhodné, aby terapeut příbuzným navrhl nějakou alternativu místo ujišťování. Příbuzný může např. odpovídat: „Podle pokynů z nemocnice nesmím na takovéto otázky odpovídat“ (Marks, 1981).

Dalším častým problémem je, že jakmile pacient jednu obsesi odstraní, může se objevit nová. Je na to třeba pacienta předem upozornit. Na počátku léčby je typické, že se podaří odstranit 2–3 obsese a jedna nová se objeví. Ovšem když pacient pokračuje v expozicích dál, poměr se rychle začne měnit.

Práce s myšlenkami sama o sobě ještě nestačí na zvládání obsesí a kompulzí a někdy může být kontraproduktivní – stává se novou kompulzí. V tom případě je dobré přestat s pacientem kognitivní restrukturalizaci provádět a věnovat se jen expoziční léčbě a zábraně rituálu.

Naděje na rychlou léčbu je menší, pokud pacient zároveň trpí depresivní náladou. V tomto případě je nejdůležitější nejdříve léčit depresivní epizodu, a to nejlépe léky. Samotná KBT v tomto případě zpravidla nestačí.

Osvobození od obsesí a kompulzí však může paradoxně přinést i problémy. Pokud pacient trpěl OCD příznaky již delší dobu, může být jeho společenský život velmi omezený. Také jeho rodina si mohla vytvořit životní styl, který se točí kolem jeho problémů a požadavků. Když se mu uleví, přinese to celé rodině poměrně hodně volného času a svobody. Je potřeba obnovit staré záliby a činnosti nebo začít s novými. Zkrátka pacient i rodina se potřebují naučit znovu žít normálním životem. Často potřebují terapeuta, aby jim v tom asistoval.

### 8.3.5 KBT a psychofarmakoterie u obsedantně kompulzivní poruchy

V klinické praxi se u pacientů, kde je OCD závažná a trvá mnoho let, zpravidla přistupuje ke kombinaci přístupů. Průkazné informace o tom, zda farmakoterapie v kombinaci s KBT je úspěšnější než samotné KBT, však zatím nemáme.

### 8.3.6 Kazuistika obsedantně kompulzivní poruchy

Panu Jiřímu je 56 let a pracuje jako úředník na městském úřadě. Při prvním vyšetření u psychiatra pan Jiří popsal, že se musí znovu a znovu vracet, zda vše správně zkontroloval. Děje se mu to jak v práci, tak doma. Kontroluje uzavření šuplíků, počítače, vodovodních kohoutků, oken, dveří, sporáku, karmy ap. Vše musí dělat opakovaně. Při odchodu z domu to může trvat více než hodinu, při odchodu z práce kolem hodiny. Důvodem není, že by si nepamatoval, že to již udělal, ale potřeba jistoty, že to udělal důkladně. Často si není jistý, zda při kontrole znovu nepustil vodu nebo nezapl sporák, zda nenastartoval znovu počítač ap. Pana Jiřího neustále napadá, k jaké katastrofě by mohlo dojít, kdyby kontrola nebyla provedena stoprocentně. Do bytu by se dostali zloději, mohlo by hořet nebo by do kanceláře vnikl někdo nepovolaný a dostal se k informacím, o kterých nemá vědět. Když se pokoušel kontroly vynechat, cítil se nadměrně napjatý, podrážděný a často

byl až rozčilený. Pokud mu nějaké zevní okolnosti zabránily kontrolu realizovat, obvykle se mu silně rozbušilo srdce a zpotil se strachy. Nutilo ho to kontrolovat věci alespoň pětkrát, ale často i vícekrát. Opakovaně také přerušil cestu tramvají do práce a vrátil se domů k dalším kontrolám. Psychiatr se jej zeptal, jestli toto nutkání kontrolovat něco zesiluje nebo zeslabuje. Nutkání zesiloval jiný stres, samota, popichování manželkou a dny, kdy byl méně vyspalý. Méně napjatý se cítil, když dělal něco zajímavého, například když sledoval v televizi utkání v hokeji nebo zajímavý dokument. Taky cítí menší nutkání kontrolovat tehdy, když odpovědnost za zabezpečení domu a kanceláře měl někdo jiný, tzn. někdo odcházel až po něm. Nutilo ho to však ujistit se telefonicky, zda je vše v pořádku.

**Anamnéza:** Jiří měl těžší, prodloužený porod kleštěmi a byl po porodu křísen. Jako dítě byl spokojený, i když podle rodičů nadměrně trucovitý a tvrdohlavý. Vztah k rodičům však byl dobrý. Měl dost kamarádů, ve škole se učil dobře, s učiteli vycházel bez konfliktů. Maminka byla a dosud je nadměrně starostlivá. Hůře snáší nepořádek, nadměrně často uklízí. Jako dítěti mu velmi často kontrolovala aktovku, zda si nezapomněl ořezat tužky, zda má všechny pomůcky ap. Nutila ho, aby jí vždy večer hlásil, zda má všechno připraveno, aby to zkontroloval; přesto to zkontrolovala ještě sama. Tehdy ho to otravovalo, ale nyní si uvědomuje, že se snažila zabránit tomu, aby z něho vyrostl lajdák. Po absolvování střední ekonomické školy v 19 letech nastoupil vojenskou základní službu k pěšímu útvaru, tzv. bigošům. Zde prožil několik traumatizujících zážitků, z nichž jeden jej stále pronásleduje. Těsně před koncem vojny před jeho očima nechtěně zastřelil jeden voják druhého. Jiří viděl, jak voják v bolestech umírá.

Po ukončení vojenské služby se Jiří oženil. Narodil se jim nejdříve syn a potom za dva roky dcera. V té době ho v noci pronásledovaly sny, které mu připomínaly zážitek z vojenské služby. I přes den byl často napjatý a podrážděný, snadno se rozčílil. Před 12 lety se rozvedl. Rozhodl se rozvést poté, co zjistil, že jeho žena si našla milence. Tehdy si začal dělat starosti kvůli různým maličkostem. Zejména cítil nejistotu ve všem, co se týkalo zabezpečení domu, práce a dětí. Nebyl si jistý, zda uzamkl dveře domu, zda vypnul sporák nebo nenechal téct vodu. Tato nejistota jej začala pronásledovat. Na tyto věci začal myslet častěji, takže měl méně času na přemýšlení o tom, že jej opustila žena.

Postupně se zdálo, že se na rozchod s manželkou adaptoval, a jeho nejistoty a kontroly se objevovaly méně často. O rok později, když poznal svoji nynější manželku, jeho nutkavé kontrolování bylo tak minimální, že je ani nevnímal a nevadilo mu. Před dvěma roky v práci postoupil na odpovědnější místo. I když jej povýšení potěšilo, nová funkce mu přinesla výrazný stres. Neuměl moc delegovat práci na podřízené, neuměl jim říci ne, protože měl obavy, aby ho nezačali kritizovat. Začal velmi pečlivě kontrolovat jejich práci, všechny listiny, zápisy v počítači, zámky a korespondenci. Řadu úkolů dělal raději sám, aby si byl jistý, že byly dobře splněny. V práci byl čím dál tím přetíženější. Brzy se kontroly přenesly i domů.

**Popis a vysvětlení problému:** Psychiatr s panem Jiřím probral faktory, které se na rozvoji jeho problému podílely:

**Faktory zvyšující citlivost na stres:** Jedním z faktorů, které zvyšují zranitelnost ke stresu, je těžký, protrahovaný porod. To zvýšilo citlivost pana Jiřího v dětství, která se projevovala tvrdohlavostí a neústupností v předškolním věku. Během vojenské služby prožil pan



Jiří traumatickou událost, která se mu nějakou dobu vracela v myšlenkách i ve snech. Od té doby začal mít větší sklon k obavám. Dále k jeho nejistotě v životě přispělo opuštění první ženou. Dlouho se s tím nedokázal smířit. Tehdy začal mít obavy z běžných každodenních záležitostí, obával se o domov a děti. Tyto obavy mu automaticky umožňovaly odvést pozornost od bolestné a zraňující emocionální reakce na vlastní rozchod a manželčinu nevěru.

**Vyvolávající faktory:** Povýšení v práci znamenalo pro pana Jiřího novou zodpovědnost a s tím spojenou větší emocionální náročnost. Měl obavy, zda situaci dokáže dobře zvládnout. Začal o sobě více pochybovat. Tyto pochybnosti se však přenesly z pracovního fungování na pochybnosti o tom, zda dost „zodpovědně“ zkontroloval sporák, okna, dveře, počítač ap. Čím více kontroloval, tím méně myslel na to, zda pracovní nároky zvládne.

**Udržovací faktory:** Když přijde impuls kontrolovat, objeví se silné napětí. Pokud pan Jiří provede kontrolu, napětí rychle poklesá a nedochází k nepříjemným tělesným příznakům. Nemusí dále myslet na možné katastrofy, které by mohly nastat. Proto dělá kompulze nebo se ujišťuje u sekretářky nebo manželky. Tento „neutralizační“ manévř však vede k tomu, že je si stále méně jistý a stále méně dokáže svým nutkáním odolat, takže se rozrůstají na stále více času. Dlouhodobým důsledkem je, že se jeho nutkavé chování upevnilo, jeho sebevědomí postupně kleslo. Tím, že si ho jeho žena dobírá, dále zvyšuje jeho úzkost (sám má pocit, že si ho už neváží a mohla by odejít jako první manželka).

Léčba začala expozicemi v rodinném domku. Do léčby byla zapojena i manželka. Při rozhovoru, kde byli přítomni oba manželé, psychiatr vysvětlil, jak funguje obsedantně kompulzivní porucha, a seznámil je s tím, co podmínilo Jiřího zranitelnost. Manželka vůbec netušila nic o traumatickém zážitku, který prodělal na vojně, a o tom, jaký stres prožíval, když jej opustila první žena. Nikdy o tom nemluvili. Teď ho však pochopila a vcítila se do něj. Řekla, že ho už nebude popichovat, ale jak pochopila, nemá ho ani ujišťovat, že je všechno v pořádku. Manželé se s terapeutem dohodli na plánu léčby. Léčba zahrnovala tyto kroky:

- Edukace o obsedantně-kompulzivní poruše
- Sebehodnocení
- Expozice se zábranou nutkavé neutralizace
- Řešení problémů v životě

Terapeut poskytl manželům brožurku s informacemi pro klienta, pojednávající o OCD a její léčbě. Základní informace, bludný kruh OCD, jednotlivé strategie léčby pak spolu probrali v prvním sezení. Zvážili možnost užívat antidepresiva, ale pan Jiří o užívání léků neměl nyní zájem, souhlasil však s tím, že pokud během dvou měsíců nedojde k dostatečnému zlepšení stavu, bude o nich uvažovat.

**Sebehodnocení:** Terapeut Jiřímu vysvětlil, že k přerušení bludného kruhu kontrolování a obavných myšlenek je třeba, aby dokázal překonat napětí v těle a obavné myšlenky, které jej nutily, aby věci opakovaně kontroloval. Nejdříve je však potřebné situace co nejpresněji popsat. Během prvního týdne měl pan Jiří za úkol zapisovat, jak často pocítil nutkání něco kontrolovat (jak doma, tak v zaměstnání), jak často tomuto nutkání odolal, kdy se to stalo a kvůli čemu si dělal starosti. Podobně měl zachytit, když měl nutkání se ujišťovat. Tento záznam posloužil jako popis výchozího stavu jeho chování před zahájením léčby.

### **Expozice se zábranou nutkavé neutralizace**

Ve druhém sezení nejdříve terapeut podobně probral záznamy pana Jiřího. Pak ho informoval o metodě zabránění nutkavé neutralizace. Vysvětlil její smysl. Vytvořili odstupňovací hierarchii situací, kterou měl pan Jiří za úkol projít si v představě. Za domácí úkol na tento týden si měl představovat jednotlivé zachycené situace, u kterých se objeví nutkání kontrolovat. Měl si zkusit představit, jak se nutkání zesiluje. Pak má tomuto nutkání odolávat. V terapeutickém sezení si to vyzkoušeli, aby pan Jiří metodě dobře porozuměl. Doma měl začít nejdříve tou nejlehčí situací a přejít k situaci obtížnější až poté, co získal dostatečnou sebedůvěru, že zvládne i tuto obtížnější představu. Dále dostal za úkol pokračovat v denních záznamech o nutkání kontrolovat a o svém kompulzivním chování.

Během týdne Jiří prošel v představách všechny situace svojí hierarchie. V dalším sezení se s terapeutem dohodli, že vypustí kontroly kohoutku, oken a uzamčení auta. Manželka ho v tom podporovala. Sice si chvílemi připadal jako malé dítě, ale v zásadě mu to dělalo dobře. Protože panu Jiřímu se dařilo tyto kontroly vypustit, přidali v dalším sezení vypuštění kontrol sporáku a dveří, což považoval za mnohem těžší. V dalších dvou týdnech pak pracovali na odstranění kontrolujících rituálů v práci. Zde to bylo pro pana Jiřího mnohem těžší, protože se bál „vzdát zodpovědnosti“ a nekontrolovat alespoň v duchu, co všechno v práci vypnul a zavřel, než odcházel. Převěd tak rituál v chování do myšlenkového rituálu. Aby mu zabránili, nacvičili s terapeutem „stop metodu“, která umožnila během chvilky rituál zablokovat. Během šesti týdnů byl pan Jiří schopen nekontrolovat ani doma, ani v práci.

V posledních sezeních terapie začali pracovat na problému, který souvisel se zhoršením psychických potíží po povýšení a o kterém na počátku pan Jiří mluvil málo, protože si ho moc nepřipouštěl. Pan Jiří měl problém delegovat práci na podřízené a vyžadovat od nich, aby své úkoly plnili. Báł se, že kdyby byl na ně přísný, neměli by ho rádi. Snažil se většinu práce udělat sám, eventuálně kontrolovat jejich úkoly v počítači. Ale i když zjistil, že si někdo povinnosti neplní dostatečně, měl problém mu to říci. Místo toho dodělával věci sám. Terapeut navrhl nácvik asertivního chování, vhodného pro tuto situaci. Pan Jiří doma vytvořil několik návrhů pro různé situace s podřízenými, které se častěji objevovaly. Pak ve hraní rolí zkoušeli jednotlivé přístupy a vyhodnocovali, jaký mohou mít dopad. Pan Jiří pak jednotlivé přístupy v práci použil a zjistil, že fungují. Necítil, že by ho podřízení odmítali, naopak cítil úlevu, že jim mohl předat část povinností.

V závěrečném sezení pomohl terapeut Jiřímu naplánovat, jak bude dále zvládat obtížné situace, a sepsal s ním seznam situací a období, o nichž se Jiří domníval, že v nich bude pociťovat silnější puzení ke kontrolování. Potom spolu vytvořili seznam řešení a postupů ke zvládnání těchto situací. Nejdůležitější stránkou této činnosti bylo, že se Jiří smířil s tím, že musí v budoucnu počítat se zhoršením svých potíží a s nezdary, ale že to patří k normálnímu průběhu a neznamená to, že ve svém úsilí selhal.

Terapeut se s Jiřím dohodl na dalším setkání za tři měsíce. Pan Jiří se cítil velmi dobře. Objevilo se sice jednou malé zhoršení, kdy pan Jiří něco vícekrát zkontroloval, ale byl na to připraven a snadno to překonal. V práci se situace pro něj zlepšila, řadu povinností, které mu nepříslušely, převěd na své podřízené. Výrazně snížil kontrolu toho, jak své úkoly zvládají, což mu dříve nešlo.

### 8.3.7 Závěr

Obsedantně kompulzivní porucha (OCD) je charakterizována nutkavými myšlenkami (obsesemi), které se proti vůli vtírají na mysl a způsobují svému nositeli výraznou nepohodu a tíseň, kterou se pak snaží zmírnit různými způsoby nutkavého chování (kompulzemi či rituály). Jde o časté a zneschopňující onemocnění, které vyžaduje odpovídající léčbu kognitivně behaviorální terapií či farmakoterapií (SSRI nebo klomipramin.), v těžších případech jejich kombinací. KBT obsedantně kompulzivní poruchy je většinou šitá na míru individuálnímu pacientovi. Nejdůležitější strategií je expozice se zábranou neutralizační reakce. Kognitivní restrukturalizace a plánování aktivity patří mezi pomocné strategie.

### 8.3.8 Literatura

1. ABRAHAMOWITZ, J. S.: *Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: a quantitative review*. J. Consult. Clin. Psychol., 1997, č. 65, s. 44–52.
2. ALBERT, U., BERGESIO, C., PESSINA, E.: *Management of treatment resistant obsessive-compulsive disorder*. Algorithms for pharmacotherapy. Panminerva Medica, 2002, č. 44, s. 83–91.
3. BAXTER, L. R. JR., SCHWARTZ, J. M., BERGMAN, K. S. et al.: *Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder*. Arch. Gen. Psychiatry, 1992, 49, s. 681–689.
4. BLAND, R. C., NEWMAN, S. C., ORN, H.: *Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1988, č. 77 (Suppl.), s. 338.
5. BOGETTO, F., BELLINO, S., VASCHETTO, P., ZIERO, S.: *Olanzapine augmentation of fluvoxamine-refractory obsessive-compulsive disorder (OCD): A 12-week open trial*. Psychiatry Research, 2000, č. 96/2, s. 91–98.
6. Clomipramine Collaborative Study Group. *Clomipramine in the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder*. Arch. Gen. Psychiatry, 1991, č. 48, s. 730–738.
7. COSOFF, S., HAFNER, R. J.: *The prevalence of comorbid anxiety in schizophrenia, schizoaffective disorder, and bipolar disorder*. Austral. N. Zealand J. Psychiatry, 1998, č. 32, s. 67–72.
8. EISEN, J. L., GOODMAN, W. K., KELLER, M. B.: *Patterns of remission and relapse in obsessive-compulsive disorder: a two-year prospective study*. J. Clin. Psychiatry, 1999, č. 60, s. 346–351.
9. EMMELKAMP, P. M. G.: *Phobic and obsessive-compulsive disorders*. New York: Plenum, 1982.
10. FOA, E. B., STEKETEE, G. S.: *Obsessive-compulsives: conceptual issues and treatment interventions*. In: Hersen, R. M. (ed.): Progress in behaviour modification. New York: Academic Press, 1979, s. 1–53.

11. FREUD, S.: *Three case histories*. Translated by Rieff. New York: Macmillan, 1973, s. 15–102.
12. GANGDEV, P. S.: *The relationship between obsessive-compulsive disorder and psychosis*. Australasian Psychiatry, 2002, č. 10/4, s. 405–410.
13. HEMBREE, E. A., RIGGS, D. S., KOZAK, M. J. et al.: *Long-term efficacy of exposure and ritual prevention therapy and serotonergic medications for obsessive-compulsive disorder*. CNS Spectrums, 2003, MAY 01, č. 8/5, s. 363–366+369–371+381.
14. HOHAGEN, F., WINKELMANN, G., RASCHE-RAUCHLE, H. et al.: *Combination of behaviour therapy with fluvoxamine in comparison with behaviour*. Results of a multi-centre study. British Journal of Psychiatry 1998, č. 173/Suppl. 35, s. 71–78.
15. HOLLANDER, E., WONG, C. M.: *Introduction: obsessive-compulsive spectrum disorder*. J. Clin. Psychiatry, 1995, č. 56 (Suppl 4), s. 3–6.
16. HOLLANDER, E., BIENSTOCK, C.A., KORAN, L.: *Refractory obsessive-compulsive disorder: state-of-the-art treatment*. J. Clin. Psychiatry, 2002, č. 63 (suppl. 6), s. 20–29.
17. KARNO, M., GOLDING, J. M., SORENSON, S. B.: *The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities*. Arch. Gen. Psychiatry, 1988, č. 45, s. 1094–9.
18. KARNO, M., GOLDING, J. M.: *Obsessive compulsive disorder*. In: Robins, J. M., Reiger, D. A. (eds.): *Psychiatric disorders in America. Epidemiologic catchment area study*. New York: Free Press, 1991.
19. KENNERLEYOVÁ, H.: *Jak zvládat úzkostné stavy*. Praha: Portál, 1998, 190 s.
20. KOSOVÁ, J.: *Obsedantně kompulzivní porucha*. In: Höschl, Libiger, Švestka (eds.): *Psychiatrie*. Praha: Tigris, 2002, s. 494–500.
21. KRUGER, S., COOKE, R. G., HASEY, G. M.: *Comorbidity of obsessive-compulsive disorder in bipolar disorder*. J. Affect. Disorders, 1995, č. 34, s. 117–120.
22. MARKS, I. M.: *Fears, phobias and rituals*. New York: Oxford University Press, 1987.
23. MARKS, I. M., STERN, R. S., MAWSON, D. et al.: *Clomipramine and exposure for obsessive-compulsive rituals*. Br. J. Psychiatry, 1980, č. 136, s. 1–25.
24. MARKS, I.: *Behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder: A decade of progress*. Can. J. Psychiatry, 1997, č. 42, s. 1021–1027.
25. MCDUGLE, C. J., GOODMAN, W. K., PRICE, L. H.: *Antipsychotic addition in fluvoxamine-refractory obsessive-compulsive disorder*. Am. J. Psychiatry, 1990, č. 147, s. 652–654.
26. MCDUGLE, C. J., GOODMAN, W. K., LEECMAN, J. F.: *Haloperidol addition in fluvoxamine-refractory obsessive-compulsive disorder*. Arch. Gen. Psychiatry, 1994, č. 51, s. 302–308.
27. MCDUGLE, C. J., EPPERSON, C. N., PELTON, G. H. et al.: *A double-blind, placebo-controlled study of risperidone addition in serotonin reuptake inhibitor-refractory obsessive-compulsive disorder*. Arch. Gen. Psychiatry, 2000, č. 57, s. 794–801.
28. Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. (Přeloženo z anglického originálu) Praha, Psychiatrické centrum, 1992. 282 s. Zprávy, č. 102, s. 129–131.

29. MOŽNÝ, P., PRAŠKO, J.: *Kognitivně behaviorální terapie: Úvod do teorie a praxe*. Praha: Triton, 1999, 304 s.
30. OHTA, M., KOKAI, M., MORITA, Y.: *Features of obsessive-compulsive disorder in patients primarily diagnosed with schizophrenia*. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 2003, č. 57/1, s. 67–74.
31. PERSE, T.: *Obsessive-compulsive disorder: A treatment review*. J. Clin. Psychiatry, 1988, č. 49, s. 48–55.
32. PIGOTT, T. A., L'HEUREUX, F., DUBBERT, B. et al.: *Obsessive compulsive disorder: comorbid conditions*. J. Clin. Psychiatry, 1994, č. 55 (Suppl.), 15–23.
33. PIGOTT, T. A., SEAY, S.: *Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder*. Int. Rev. Psychiatry, 1997, č. 9, s. 133–147.
34. PRAŠKO, J., KOSOVÁ, J.: *Kognitivně-behaviorální terapie úzkostných stavů a deprese*. Praha: Triton, 1998.
35. PRAŠKO, J., PAŠKOVÁ, B., PRAŠKOVÁ, H. et al.: *Obsedantně kompulzivní porucha a jak se ji bránit*. Praha: Portál, 2003, 128 s.
36. PRAŠKOVÁ, H., PRAŠKO, J., ONDRÁČKOVÁ, I. et al.: *Trpíte nutkavými impulzy, myšlenkami nebo chováním?* Praha: Lege Artis, 1996, 39 s.
37. RACHMAN, S. J., HOGSON, R.: *Obsessions and compulsions*. Englewood: Prentice Hall, 1980.
38. RASMUSSEN, S. A., EISEN, J. L.: *The epidemiology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder*. Williams & Wilkins, 1996, s. 827–870.
39. SALKOVSKIS, P. M.: *Obsessions and compulsions*. In: Scott, J., Williams, J., Beck, A. T. (eds.): *Cognitive therapy: a clinical casebook*. London: Routledge, 1989, s. 50–77.
40. SALKOVSKIS, P. M., WARWICK, H. M. C.: *Behavior therapy and obsessional ruminations: can failure be turned into success?* Behavior Research Therapy, 1989, č. 27, s. 149–160.
41. SALKOVSKIS, P. M., WESTBROOK, D.: *Behaviour therapy and obsessional ruminations: can failure be turned into success?* Behavior Research and Therapy, 1989, č. 27, s. 149–160.
42. SCHWARTZ, J. M., STOESEL, P. W., BAXTER, L. R. ET AL.: *Systematic changes in cerebral glucose metabolic rate after successful behavior modification*. Arch. Gen. Psychiatry, 1996, č. 53, s. 109–113.
43. STEIN, D. J., SPADACCNI, E., HOLLANDER, E.: *Metaanalysis of pharmacotherapy trials for obsessive-compulsive disorder*. Int. Clin. Psychopharmacol., 1995, č. 10, s. 11–18.
44. VAN-BALKOM, A. J. L. M., DE-HAAN, E., VAN-OPPEN, P. et al.: *Cognitive and behavioral therapies alone versus in combination with fluvoxamine in the treatment of obsessive compulsive disorder*. Journal of Nervous and Mental Disease, 1998, č. 186/8, s. 492–499.
45. WEISSMAN, M. M., BLAND, R. C., CANINO, G. J. et al.: *The cross national epidemiology of obsessive-compulsive disorder*. J. Clin. Psychiatry, 1994, č. 55 (3, suppl.), s. 5–10.
46. YARYURA-OBIAS, M. A., PINTO, A., NEZIROGLU, F.: *The integration of primary anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder*. Eating Weight Dis., 2001, č. 6, s. 174–180.

## 8.4 KBT posttraumatické stresové poruchy

Ján Praško, Tomáš Novák

### 8.4.1 Základní údaje o posttraumatické stresové poruše

I když se o psychických potížích, které vznikají v důsledku psychického traumatu, ví již dlouho, posttraumatická stresová porucha byla jako zvláštní úzkostná porucha uznána až v roce 1980, kdy byla popsána ve III. verzi Diagnostického a statistického manuálu (DSM-III). Posttraumatická stresová porucha (dále PTSD, z angl. posttraumatic stress disorder) se projevuje komplexem psychologických příznaků, které pramení ze zážitku mimořádné traumatické události. Traumatickou událostí je míněn mimořádně těžký zážitek, který by u většiny lidí vyvolal ochromení, šok, hrůzu nebo jinou formu extrémního stresu. Takovou traumatickou událostí je např. výbuch bomby, válečné události, přírodní katastrofy (zemětřesení, záplavy, výbuch sopky, vichřice), traumata způsobená lidmi (přepadení, znásilnění), ale i autohavárie, požár ap. Pro PTSD je typické:

- dlouhodobá reakce na traumatickou událost,
- rozpomínání na trauma ve formě myšlenek, imaginací a snů,
- ztráta pozitivních emocí a pocit emočního otupění,
- vyhýbání se podnětům, situacím a činnostem připomínajícím trauma,
- zvýšení „arousalu“ ve fyziologických reakcích i psychice.

#### 8.4.1.1 Klinické projevy posttraumatické stresové poruchy

Normálními reakcemi na neštěstí nebo katastrofu jsou náhlý útlum, apatie anebo deprese, které jsou později následovány agresivním podrážděním a event. smutkem ze ztrát spojených s touto událostí. Po traumatické události neobvykle hrozivého nebo traumatického rázu dochází u většiny lidí k periodě psychické instability, trvající v průměru 1–3 měsíce. Čím závažnější je traumatická událost, tím více lidí je postiženo protrahovanou psychickou odezvou. Čím je člověk méně odolný ke stresovým podnětům, tím hůře je schopen reagovat na takovou událost adaptivním způsobem. U posttraumatické stresové poruchy je tento obraz zesílený.

Tabulka 8.4.1: Typické traumatické události

- přírodní a člověkem způsobené katastrofy (záplavy, zemětřesení, výbuch sopky, vichřice, požáry, výbuchy ap.)
- boj
- týrání
- dlouhodobé věznění, mučení
- loupeže a přepadení
- znásilnění
- nehody
- ztráta násilnou smrtí (např. přítomnost při sebevraždě, zabití ap.)
- dramatické změny zdravotního stavu (např. mozková mrtvice, infarkt)
- ohrožující nezvyklé události (např. děsivý halucinatorní zážitek při otravě nebo po droze)
- přítomnost u takovýchto událostí

Příznaky posttraumatické stresové poruchy lze rozdělit do čtyř hlavních skupin:

- dotírající vzpomínky a sny,
- ztráta pozitivních emocí,
- vyhýbání se,
- zvýšená psychická a tělesná vzrušivost.

Nejtypičtějším příznakem PTSD je automatické rozpomínání na trauma ve formě vtíravých vzpomínek na událost, které se mohou objevovat jako zrakové, sluchové nebo tělesné představy či jejich útržky, noční můry (děsivé sny), vtíravé myšlenky nebo záblesky. Pocity „opět být tam“ (tzv. flashback) jsou často spouštěny neutrálními podněty, které mohou jen vzdáleně připomínat okolnosti traumatu. Vzpomínky bývají útržkovité, ale velmi živé, vtírají se, vyvolávají záchvaty úzkosti, vzteku, bezmoci, smutku či pocitu odcizení a marnosti. Někdy dochází k „znovuprožívání“ traumatu – prožitek je tak silný, že trpící má živý pocit, jako by se traumatická událost objevila znovu nebo ji viděl před svými očima. U dětí se znovuprožívání může projevit opakovanou hrou. Znovuprožívání je často spojeno s bolestnými a silnými emocemi. Proto se většina lidí snaží tyto vtíravé vzpomínky vytlačit, odvést od nich pozornost nebo se jich jinak zbavit.

Traumatická událost se také může objevit v *děsivých snech*. Tyto noční můry vyvolávají silnou úzkost až děs. Postižený se probouzí zpocený, se silným bušením srdcem, lapá po dechu. Obsahem snu bývá traumatická událost, někdy jako znovu-prožitek, jindy zakuklená do symbolů se zlověstným významem (např. útočící vlci). U dětí se objevují ve snech zrůdy, které je ohrožují.

Typické je také vyhýbání se stimulům, činnostem a situacím, které připomínají trauma (Van der Kolk, 1984). V první řadě jsou to aktivity, které nějakým způsobem asociují traumatickou událost. Dále to bývají rekreační a příjemné aktivity, protože aktuálně nedokáží potěšit. Postižení se také vyhýbají řadě činností, při kterých dochází ke kontaktu s lidmi, větším úkolům nebo činnostem, které vyžadují větší námahu. Vyhýbavé chování se někdy objeví i u některých běžných činností, jako je nakupování, cestování dopravními prostředky, používání výtahu ap. Toto vyhýbání většinou souvisí se záchvaty úzkosti, které se v některé z těchto situací

v minulosti objevily, nebo s představou, že by se objevit mohly. Tito lidé se mohou vyhýbat doteku druhé osoby, zejména pokud byl lidský dotek součástí traumatu. Pak často nesnášejí i dotek člověka, kterého mají rádi nebo si ho váží. Dalším typickým vyhýbáním se je tzv. *mentální vyhýbání*. Pokud se spontánně objeví vzpomínka na traumatickou událost, postižený se ji snaží co nejrychleji potlačit a odvést pozornost jinam. Protože vzpomínky mají tendenci se vracet, jde o velmi vysilující boj. Součástí neúmyslného mentálního vyhýbání může být i neschopnost vzpomenout si na některé důležité aspekty traumatické události – ztráta některých vzpomínek. Patří sem také *vyhýbání se blízkému vztahu*. Postižení se vyhýbají projevování vřelých emocí, mají strach se svěřit a otevřít druhému člověku. Ve vztazích často propadají nedůvěře a snadno podléhají pocitu, že je někdo zradil, i když k tomu není důvod. Tato nedůvěra a potíže s vřelostí ve vztahu vedou k pocitům odcizení od lidí („jako bych přišel z jiné planety“) a někdy následně k izolaci. Druhotně může vzniknout strach vůbec s lidmi mluvit. Jiní lidé, zejména oběti válečného násilí či přírodních katastrof, se *vyhýbají převzetí odpovědnosti* za druhé (např. za děti), protože se bojí, že jim nedokáží zajistit dostatek bezpečí.

Když si postižení událost připomenou, mohou mít pocit, že ji prožívají znovu. Jejich stav se často zhoršuje, když se blíží výročí události nebo když se dostanou na podobné místo. Vzácně může v takové situaci dojít k rychlým dramatickým výbuchům strachu, paniky nebo agrese. Na druhou stranu nedovedou postižení lidé dostatečně plně vyjádřit silné emoce, týkající se samotného traumatu. Mají tendenci se silným emocím vyhýbat či je plně *potlačit*. S pokusy potlačit v sobě tyto silné nepříjemné emoce však dochází k potlačení emocí vůbec. Trpí tím hlavně emoce pozitivní. Boj s úzkostí, potlačování vzpomínek, nadměrná potřeba kontrolovat okolí a snaha nepodléhat prudkým emocím spojeným se vzpomínkami vedou k pocitům vyčerpání, únavy a bezmoci. Dochází k *emocionálnímu stažení a tendenci se izolovat*. Postižení pak mohou mít pocit ztráty emocí, nemožnosti prožívat radost nebo jiné příjemné pocity. Dále mohou trpět stálými pocity znechucení, nudy, otupělosti nebo naštvání, připadají si vyhaslí a chladní. Jen monotónně vykonávají rutinní činnosti a vyhýbají se příjemným aktivitám. Znovuprožívání se tedy zpravidla objevuje na pozadí trvalého pocitu „necitlivosti“ a emočního otupění, stranění se lidí, nereagování na okolí a ztráty radosti. Od toho je jen krok k depresi. S depresí a bezmocí často souvisejí *pocity viny*. Velmi často jde o nereálné sebeobviňování, že člověk měl udělat něco jiného, než udělal, nebo si vyčítá, že sám situaci přežil a jiný zemřel. Jindy si může vyčítat, že někomu nepomohl nebo pomohl nedostatečně.

K dalším typickým příznakům PTSD patří zvýšená psychická a tělesná vzrušivost. Souvisí s automatickým očekáváním organismu, že se opět může něco zlého stát. Jako by byl postižený člověk stále připraven, že se hrůzná událost může opakovat. „Stále číhám jako ostříž“, popisovala tento stav jedna naše klientka. Zvýšená ostražitost se projevuje zvýšeným celkovým napětím, automatickým zaměřením pozornosti na možná ohrožení (jako radar v pohotovosti), potížemi usnout, povrchním spánkem a častým probouzením se (jako by číhali i v noci), lekavostí (např. při nenadálých zvucích), neschopností odpočívat a pohotovostí k emočním



výbuchům. Může být přítomna nadměrná *podrážděnost*, která souvisí se stálou úzkostí a napětím. „Čekání na ohrožení“ vede k tomu, že všechno nečekané či nové ruší, rozcíljuje, vyvádí z míry. Někdy k tomu stačí drobné podněty, které v době před traumatickou událostí zůstávaly bez povšimnutí. Postižené lidi to často nutí stavět se do opozice, hádat se nebo se tvářit znechuceně a otráveně. Snadno se pak dostávají do konfliktu s jinými lidmi, doma i v práci, a ztrácejí přátele. Před cizími lidmi se nicméně, alespoň zpočátku, snaží nadměrně ovládat, protože se bojí přehnané reakce a odmítnutí.

Obvykle je stav doprovázen *vegetativní hyperaktivací* a silnou tělesnou vzrušivostí, které jsou projevem vysoké pohotovosti k *biologické poplašné reakci*. Typicky se objevuje řada vegetativních reakcí, jako je bušení srdce, tlak na hrudi, pocení, třes, lapání po dechu a zrychlené dýchání, brnění v končetinách, závratě, pocity na zvracení, bolesti břicha, hlavy a řada dalších. Tyto příznaky jsou sice neškodné a odpovídají přípravě organismu na „*boj nebo útěk*“, nicméně mohou vyděsit, vyvolat strach o tělesné zdraví a někdy vedou k opakovaným návštěvám u lékařů.

Distres se obvykle manifestuje ihned po traumatu a může se zesilovat v průběhu let – čas v tomto případě neléčí. Jindy se příznaky objeví až po **období latence**, které může trvat od několika týdnů až do několika měsíců, někdy i léta. Čím je trauma intenzivnější a čím déle působí, tím jsou projevy PTSD výraznější. Zejména zážitky z koncentračních táborů nebo války vedou k akutní i chronické formě reakce a mohou přetrvávat od války až do současné doby. Výrazně více jsou ohroženi lidé, kteří v době traumatické události trpěli již nějakou ztrátou a u kterých chyběla podpora. Např. vážnější následky znásilnění prožívají ženy, které předtím ztratily partnera (Kilpatrick et al., 1984). Příznaky PTSD se často pojí s úzkostí a depresí, závažnou komplikací je zneužívání alkoholu nebo drog.

**Tabulka 8.4.2:** Nejběžnější příznaky posttraumatické stresové poruchy

- opakující se neodbytné vzpomínky na událost a její okolnosti
- děsivé sny připomínající událost
- znovuprožívání události v podobě útržků, „záblesků“
- vzpomínky na minulost
- vyhýbání se myšlenkám nebo pocitům spojeným s traumatem
- vyhýbání se činnostem připomínajícím trauma
- neschopnost rozpomenout se na některé důležité aspekty traumatu
- ztráta zájmu o důležité činnosti
- pocit odcizení
- omezení a oploštění pozitivních emocí
- pocity, že budoucnost nemá smysl
- problémy s usínáním a spánkem vůbec
- podrážděnost, výbuchy hněvu
- potíže se soustředěním
- nadměrná ostražitost
- ustrašené chování, nadměrná lekavost
- tělesné a psychické příznaky úzkosti při expozici něčemu, co trauma připomíná
- zvýšené pití alkoholu

### 8.4.1.2 Diagnóza posttraumatické stresové poruchy

Typickými příznaky jsou epizody opakovaného znovuprožívání traumatu v *dotírajících vzpomínkách* (flashbacky) nebo ve snech, které se objevují na pozadí stálého pocitu „necitlivosti“ a emočního otupění, stranění se lidí, nereagování na okolí, ztráty radosti. Typické je *vyhýbání se* stimulům, činnostem a situacím, které připomínají trauma (Van der Kolk, 1984). Dále je tato porucha charakterizována *podrážděností*, napětím, ustrašeností, depresivními náladami a nespavostí. Obvykle se také objevuje *vegetativní hyperaktivace*. Stav často komplikuje nadužívání alkoholu nebo drog.

PTSD (podle DSM-IV, nikoliv podle MKN-10) může být akutní, pokud její příznaky trvají 1–až 3 měsíce, nebo chronická, pokud trvá déle. Pokud se příznaky neobjeví do 6 měsíců po traumatické události, ale později, mluvíme o odloženém začátku (podle MKN-10 na rozdíl od DSM-IV však už nesplňuje kritéria PTSD).

**Tabulka 8.4.3:** Diagnostická kritéria Mezinárodní klasifikace nemocí pro posttraumatickou stresovou poruchu (MKN-10, 1996)

- A. Postižený musel být vystaven stresové události nebo situaci, krátkého nebo dlouhého trvání, výjimečně nebezpečného nebo katastrofického charakteru, která by pravděpodobně způsobila hluboké rozrušení téměř u kohokoliv.
- B. Je přítomno neodbytné „znovuvybavování“ nebo „znovuprožívání“ stresu v podobě rušivých „flashbacků“, živých vzpomínek či opakujících se snů, nebo prožívání úzkosti při expozici okolnostem připomínajícím nebo spojeným se stresorem.
- C. Postižený se musí vyhýbat nebo dává přednost vyhýbání se okolnostem, které připomínají nebo jsou spojeny se stresorem, přičemž toto vyhýbání nebylo přítomno před expozicí stresoru.
- D. Musí být přítomno některé z následujících kritérií:
  - 1) neschopnost vybavit si buď částečně, nebo kompletně některé důležité momenty z období traumatu,
  - 2) jsou přítomny kterékoliv dva z následujících příznaků zvýšené psychické citlivosti a vzrušivosti, které nebyly přítomny před expozicí stresoru:
    - a) obtíže s usínáním nebo udržením spánku,
    - b) podrážděnost nebo návaly hněvu,
    - c) obtíže s koncentrací,
    - d) hypervigilita,
    - e) přehnané úlekové reakce.
- E. Kritéria B, C a D musí být splněna v průběhu 6 měsíců od stresové události nebo od konce období stresu. Někdy může být účelné diagnostikovat i po delším období než 6 měsíců, ale důvody musí být zřetelně specifikovány.

### 8.4.1.3 Epidemiologie posttraumatické stresové poruchy

Prevalence PTSD závisí na populačních vzorcích epidemiologických studií a použitých kritériích pro hodnocení. Starší studie byly prováděny podle DSM-III a DSM-III-R kritérií a ukazovaly relativně nízkou celoživotní prevalenci. Podle ECA (Epidemiological Catchment Area) studie byla celoživotní prevalence PTSD

přibližně okolo 1 % (0,5 % pro muže a 1,3 % pro ženy) (Helzer et al., 1987), podle studie Davidsona et al. (1993) do 2,6 % populace. Ovšem dalších 5–15 % osob prožije subklinickou formu. U rizikových skupin je prevalence vyšší. Např. kolem 30 % veteránů z války ve Vietnamu rozvinulo PTSP a dalších 25 % její subklinickou formu. U obětí přírodních katastrof a obětí kriminálních činů bývá uváděna celoživotní prevalence mezi 3–58 % (McFarlane, 1989, Ramsay et al., 1993). Poměr mužů k ženám je přibližně 1:2. Ovšem jiná studie ze stejného období, provedená u mladých dospělých (Breslau et al., 1991), zjistila celoživotní prevalenci až 9,2 %. Andrews et al. (1999) zjistil při použití MKN-10 kritérií 12měsíční prevalenci PTSD 7 % v celé populaci, pokud však použil na tuto populaci kritéria DSM-IV, byla prevalence pouze 3 %.

PTSD může vzniknout v kterémkoliv věku. Častěji se však objevuje v mladším věku, kdy je člověk více vystaven traumatickým událostem. PTSD častěji postihuje svobodné, rozvedené, ovdovělé, ekonomicky handicapované anebo izolované lidi.

#### 8.4.1.4 Etiopatogenetické faktory u posttraumatické stresové poruchy

Trauma je nezbytný faktor, ale sám o sobě nestačí. Na rozvoji se zřejmě podílí také environmentální faktory v době kolem traumatické události a predisponující faktory, které mohou být v premorbidní osobnosti a její biologické výbavě.

#### Stresor

Podle definice je stresor hlavní příčinou rozvoje PTSD. Základním kritériem pro stanovení diagnózy PTSD je, že „postižený musel být vystaven stresové události nebo situaci krátkého nebo dlouhého trvání, výjimečně nebezpečného nebo katastrofického charakteru, která by pravděpodobně způsobila hluboké rozrušení téměř u kohokoliv“ (MKN-10, 1992). Přehledy o vlivu povahy traumatu na rozvoj PTSD podal March. Zjistil zjevný vztah mezi závažností stresové expozice a rizikem pro rozvoj PTSD (March, 1990, 1993). PTSD se třikrát častěji rozvinula u zraněných veteránů než u těch, kteří v boji zranění nebyli (Heltzer et al., 1987). Podobně se PTSD mnohem častěji objevuje u žen, které byly během znásilnění poraněny než u těch, které poraněny nebyly (Winfield et al., 1990). Na druhé straně však není nezbytné, aby se stal jedinec přímo obětí události. Často dostačuje, že je jejím svědkem, např. při jízdě vlakem, pod který skočil sebevrah nebo přítomnost při vraždě či autonehodě (Farmer et al., 1992).

Na druhou stranu ne u každého, kdo zažije těžkou traumatickou událost, se rozvine PTSD. Většina lidí se naopak po přechodném období psychické nestability dokáže velmi dobře kompenzovat. Klinicky je nutné vzít v úvahu individuální biologické faktory, preexistující psychosociální faktory a události, které se staly po traumatické události. Např. společný skupinový zážitek traumatické události (např. požár nebo povodeň) pomáhá jedinci lépe se s traumatem vypořádat, protože událost může sdílet s ostatními.

### Genetické faktory

Zranitelnost k PTSD může být do určité míry podložena dědičnými faktory. Existují lidé, kteří prožijí těžké dětství a řadu frustrujících událostí během života a přesto stresu nepodlehnou. Je to však spíše výjimečné. Naopak někteří z nás jsou ke stresu méně odolní. V některých rodinách se zvýšená citlivost ke stresu a emočním podnětům dědí z generace na generaci. True et al. (1993) studoval 2224 monozygotních a 1818 dizygotních mužských dvojčecích párů, které sloužily ve válce ve Vietnamu. Konstatoval, že genetickou dispozicí bylo možné vysvětlit asi 1/3 rozptylu pro rozvoj PTSD.

### Biologické faktory

Zdá se, že na rozvoji a udržování PTSD se podílí celá řada neurobiologických mechanismů. Zatím není jasné, zda je jejich narušení výsledkem zážitku traumatu samotného, nebo zda jde o odkrytí biologických abnormit u disponovaných osob. Biologické teorie týkající se PTSD byly vyvozeny jak ze zvířecích modelů stresu, tak z měření biologických proměnných u pacientů trpících PTSD. Animální modely naučené bezmocnosti, kindlingu a senzitivace u zvířat vedly k teoriím o změnách noradrenalinových, dopaminových, opiátových a benzodiazepinových receptorů a odchylkách hypotalamo-hypofyzárně-nadledvinové osy. Pokusná zvířata vystavená nekontrolovatelnému stresu vykazují zvýšený obrát noradrenalinu v limbických a kortikálních oblastech a zvýšený výdej dopaminu v nucleus accumbens a ve frontální kůře. Nálezy u jedinců postižených PTSD podporují hypotézu o hyperaktivitě noradrenergního a opiátového systému a osy hypotalamus-hypofýza-nadledvin (Charney et al., 1993). Nejvíce byla zkoumána HPA osa. Yehuda et al. (1991) ve svém přehledu shrnul nejdůležitější nálezy takto: po akutním stresu došlo k redukci 24hodinového výdeje kortisolu, nadměrné supresi kortisolu po nízkých dávkách dexametazonu, oploštělé reakci kortikotropinu na CRH, zvýšenému počtu glukokortikoidních receptorů. Tyto nálezy interpretuje jako nadměrné potlačení (supersupresi) pohotovostní HPA reakce na akutní stres. Spekuluje, že jedním z důvodů této reakce je ochrana organismu před toxickým účinkem vysokých hladin kortikosteroidů při opakovaném vystavení se stresu. Navíc ukázal, že změny glukokortikoidních receptorů korelují se závažností PTSD příznaků. Další důkazy pro abnormality v regulaci neurotransmiterů pocházejí z provokačních studií u vietnamských veteránů. Podání yohimbinu,  $\alpha_2$ -adrenergního antagonisty, provokuje příznaky PTSD, stejně jako administrace serotonergní látky m-chlorofenylpiperazinu (Southwick et al., 1993, Krystal et al., 1989). Další biologické nálezy ukazují na zvýšenou aktivitu a reaktivitu autonomního nervového systému, což je zjevné ze zrychlené srdeční akce a kolísavého krevního tlaku či abnormální spánkové architektury (např. fragmentace spánku a prodloužení spánkové latence, celkově zkrácená doba spánku) (Pittman, 1993, Kaminer a Lavie, 1988). Zájem badatelů vzbuzuje rovněž role opioidního systému u PTSD, v této oblasti však zatím nebylo dosaženo konsenzu. Pittman et al. (1990) zjistil u válečných veteránů s PTSD, kteří byli exponováni vzpomínkám na trauma, analgezii, kterou lze odstranit podáním naloxonu.

### Psychoanalytický model

Podle hypotéz psychoanalytického modelu reaktivuje traumatická událost dosud skryté, ale stále nevyřešené vnitřní konflikty (Horowitz, 1976). Aktivace dětského traumatu vede k regresi a použití obranných mechanismů popření (jedinec se chová, jako by o traumatu nevěděl, odmítá o něm mluvit) a potlačení (vede k vytlačení stresujících emocí, impulzů a vzpomínek mimo vědomí – parciální amnézie) a přenesení afektu (negativní emoce se přesouvají na situace a objekty, kde si to postižený může dovolit). To vše slouží vyhnutí se stresové reakci. Obvykle to krátkodobě zmírňuje nepříjemné emoce. Ego se tím uleví, a proto zkouší zvládnout a redukovat úzkost jednoduchou formou vyhýbavého chování. Pacientovi se tak dostává sekundárních zisků z okolí, peněžitých náhrad, zvýšené pozornosti nebo sympatie a dochází k uspokojení potřeby závislosti. Tyto zisky posilují poruchu a její přetrvávání. Další analytický pohled zdůrazňuje kognitivní aspekty traumatu. Protože závažná traumatická událost je kognitivně disonantní (v rozporu s vnitřními postoji) a velmi neobvyklá, je vnitřně obtížné integrovat ji do preexistujících koncepčních schémat. Neintegrovaná traumatická událost je proto disociována mimo vědomí. Pozdější znovuzpomínání je pak interpretováno buď jako pokus organismu o integraci traumatu, nebo jako selhání obranných mechanismů (Brett a Ostroff, 1977).

Pohled z hlediska **teorie učení** je popsán v dalších podkapitolách (behaviorální, kognitivní a KBT model PTSD).

#### 8.4.1.5 Diferenciální diagnóza a komorbidita u posttraumatické stresové poruchy

Některé příznaky PTSD (např. anhedonie, hyperarousal, panické záchvaty, interpersonální konflikty) se mohou překrývat s příznaky jiných psychických poruch, např. deprese, panické poruchy, organické psychické poruchy či poruchy osobnosti. U jiných poruch však typicky chybí nechtěné rozpomínání na trauma. Naopak pacienti s PTSD jsou často nesprávně vedeni pod hlavičkou jiné psychické poruchy. To vede k nesprávné léčbě a chronifikaci problému. Klinik by měl o možnosti PTSD uvažovat vždy, když vyšetřuje pacienta s jinou úzkostnou poruchou, závislostí na návykových látkách, chronickou bolestí a depresivní poruchou.

Pozornost při diferenciální diagnóze PTSD věnujeme případnému *úrazu*, zejména hlavy. Uvažujeme i další organické příčiny, jako je *epilepsie*. Zásadní je zaměřit se na přítomnost *závislosti na alkoholu* či jiných *návykových látkách*. Akutní intoxikace i abstinenční příznaky mívají obraz podobný PTSD. Syndrom závislosti je ale současně velmi častou komorbiditou, jeho přítomnost nevylučuje diagnózu PTSD.

Někdy se PTSD zaměňuje za *akutní reakci na stres*, při této poruše je však počátek potíží zpravidla bezprostředně po stresu a porucha dříve odeznívá. V obraze není zpravidla dostatek příznaků, které by opravňovaly stanovit diagnózu PTSD.

Někdy po traumatické události dochází k rozvoji *specifické fobie*. Např. po autohavárii může dojít k rozvoji strachu řídit nebo jezdit dopravou. Chybí však intruzivní rozpomínání na událost a zvýšený arousal.

*Generalizovaná úzkostná porucha (GAD)* má některé příznaky, které připomínají PTSD, a někdy je jejím spouštěčem traumatická událost. Mezi tyto příznaky patří pocity „na hranici svých sil“, špatné soustředění, podrážděnost, poruchy spánku. U PTSD se však objevují ještě jiné odlišné příznaky zmíněné výše. Typické obavy a starosti u GAD mají jiné zdroje a týkají se zpravidla každodenních povinností, zdraví, finanční situace. Obě poruchy se však mohou vyskytnout i současně.

U lidí trpících OCD se objevují intruzivní myšlenky, ale pacient si uvědomuje, že většina z nich nesouvisí s žádnou traumatickou událostí. OCD však může s PTSD koexistovat, byť výjimečně, u jednoho člověka (např. generalizace kompulzivního umývání se po znásilnění k zamezení kontaminace).

*Panická porucha* je charakterizována panickými záchvaty a často zvýšeným arousalem v době záchvatů i během anticipační úzkosti. Rozdíl je v kognicích, u PTSD jsou kognitivní aspekty úzkosti spjaté s traumatickou událostí a vzpomínkami na ni, zatímco u panické poruchy s náhlým pocitem ohrožení zdraví. Komorbidita mezi těmito dvěma poruchami je však častá.

Rovněž některé příznaky *depresivní poruchy* mohou připomínat PTSD a naopak. Jde zejména o ztrátu zájmů, zhoršenou koncentraci, pocit ztráty citů k jiným, anhedonii, hypobulii, zhoršený spánek, ztrátu perspektiv. Depresivní porucha se někdy rovněž rozvíjí s určitou latencí po traumatické události. U depresivní poruchy však chybí intruzivní rozpomínání na traumatickou událost. Ovšem u některých lidí může PTSD postupně přerůst v hlubokou depresi, která se někdy stává rekurentní. Komorbidita je velmi častá.

*Dissociativní poruchy* mohou rovněž připomínat PTSD. Dissociativní stav se snadno a často rozvíjí záhy po traumatické události, netrvá však déle než 4 týdny a chybějí jiné příznaky PTSD.

Někdy je těžké odlišit pacienta trpícího PTSD od pacienta s *hraniční poruchou osobnosti*. Obě poruchy navíc často koexistují. Přítomnost reminiscence vzpomínek a vyhýbavé chování však hovoří pro PTSD. Podobně tomu může být u *histriónské poruchy osobnosti*. Pokud nejde o komorbiditu obou poruch, u histriónské poruchy osobnosti chybí typické vyhýbavé chování a kognitivní vyhýbání (naopak, pacient s touto poruchou si ve vyprávění všech možných traumat zpravidla libuje). Chybí zvýšený arousal s vegetativní hyperaktivitou. Vzhledem k popularizaci PTSD v médiích musíme také uvažovat o *simulaci a pseudologii*. Prožitek traumatické události může také exacerbovat jinou již preexistující psychickou poruchu (Smith et al., 1990).

Komorbidita u PTSD je vysoká. Podle National Comorbidity Survey (Kessler et al., 1995) 79–88 % osob trpících PTSD splňuje kritéria pro nejméně jednu další poruchu. V průběhu času se často objevují jiné úzkostné poruchy, depresivní porucha, závislost na návykových látkách, poměrně časté jsou suicidální pokusy. Shore al. (1989) zjistil, že 28 % pacientů trpí současně generalizovanou úzkostnou poruchou, 12 % fobiemi, 10 % abúzem alkoholu a méně než 4 % abúzem drog, panickou poruchou, obsedantně kompulzivní poruchou nebo antisociální poruchou osobnosti. Časté jsou partnerské, manželské a rodinné problémy.

### 8.4.1.6 Průběh posttraumatické stresové poruchy

Porucha se vyvíjí někdy hned po traumatické události, obvyklejší je ale rozvoj příznaků až *po období latence*, které může trvat týdny až měsíce (McFarlane, 1989). Průběh poruchy bývá proměnlivý. Davidson et al. (1991) a Heltzer et al. (1987) udávají, že u 47 % respektive 33 % pacientů přetrvávají PTSD déle než rok. Nověji Black udává, že kolem 30 % pacientu se spontánně v průběhu času uzdraví, u 40 % přetrvávají mírné příznaky, asi u 20 % dojde sice ke zlepšení, ale přetrvávají středně závažné příznaky a asi u 10 % vůbec ke zlepšení nedojde (Black, 1993). Lepší prognózu mají pacienti bez latence nebo s krátkou latencí objevení se příznaků, pacienti s dobrým premorbidním fungováním a s kvalitní a dostupnou sociální podporou. Velmi mladí a velmi staří lidé mívají všeobecně horší prognózu než lidé středního věku. Např. kolem 80 % dětí po jednom roce od traumatické popáleniny stále trpí PTSP, zatímco u dospělých je to pouze 30 % (Kaplan a Sadock, 1996). Důvodem je nedostatečné rozvinutí psychologických mechanismů ke zvládání traumatických událostí u dětí. U starých lidí souvisí vyšší vulnerabilita k PTSD s rigidnějšími a pomalejšími způsoby adaptace, obtížnější životní situací a častou přítomností somatických onemocnění. Negativně prognosticky dále působí premorbidní psychická porucha, ať jde o poruchu osobnosti, organickou psychickou poruchu, afektivní poruchu nebo jinou úzkostnou poruchu, abúzus alkoholu nebo užívání drog.

## 8.4.2 KBT pohled – posttraumatická stresová porucha

KBT model vznikl spojením behaviorálního a kognitivního modelu posttraumatické stresové poruchy.

### 8.4.2.1 Behaviorální faktory posttraumatické stresové poruchy

Behaviorální model popisuje dvě fáze rozvoje poruchy. V první fázi jsou trauma (nepodmíněný podnět) a jeho okolnosti (podmíněný podnět) podle principů *klasického podmiňování* asociovány s úzkostnou reakcí. Silné emoce spojené s traumatickou událostí vedou k rychlému vytváření podmíněného spojení mezi stimuly, situacemi či činnostmi, které původně byly emočně neutrální, ale náhodně se objevily v době traumatu. Vzhledem k vysokému arousalu probíhá podmiňování velmi rychle a pevně. Tyto stimuly, situace či činnosti pak spouštějí opakované úzkostné reakce. Ale i samotné zvýšené napětí vede ke znovuvybavování si asociací spojených s traumatem. Druhotně se rozvíjí selektivní pozornost – vysoký arousal vede ke zvýšené psychické ostražitosti a výběru těch informací z prostředí, které by mohly signalizovat ohrožení. Ve druhé fázi rozvoje poruchy se uplatňuje *operantní podmiňování* (Solomon et al., 1992). Pacient rozvíjí vyhýbavé chování (které je následováno krátkodobou úlevou) na podmíněný i nepodmíněný podnět. Postižený se začne vyhýbat setkáním s klíčovými stimuly a situacemi nebo přestane vykonávat činnosti, které vedly ke znovuvybavení traumatu a úzkosti. Tím si však nemůže ověřit, že tyto stimuly jej již neohrožují. Uzavírá se bludný

kruh. Podle teorie učení pak expozice a prevence vyhybbavého chování povede k postupnému vyhasnutí podmíněného spojení.

#### 8.4.2.2 Kognitivní faktory posttraumatické stresové poruchy

Kognitivní model postuluje, že postižené osoby nejsou schopny kognitivně akceptovat a emočně zpracovat trauma, které předcházelo rozvoji poruchy (Foa et al., 1991). Prožívání stresu tak nemůže být ukončeno, ale pokračuje v automatických vzpomínkách, kterým se postižení snaží různými způsoby vyhnout. Snaží se proto vyvarovat všeho, co traumatickou událost připomíná. Současně na tyto podněty stále více automaticky zaměřují svou pozornost a stále menší podněty v nich mohou vyvolávat vzpomínku. Postupně se tak pomocí selektivního zaměření pozornosti na zúzkostňující podněty rozšiřuje počet spouštěčů úzkostné reakce. Postižení lidé se rovněž snaží zablokovat jakékoliv vzpomínky na trauma. Mluvíme o kognitivním vyhýbání. Když si ale něco zakazujeme, vlastně na to myslíme. Úzkostná snaha se vzpomínkám vyhnout vede naopak k jejich častějšímu výskytu. Paradoxně tak stále častěji dochází k situacím, kterým se pacienti snažili vyhnout.

Z pohledu *kognitivní psychologie* je mozek během traumatické události zahlcen masivním množstvím informací, které není v krátké době schopen zpracovat (Litz a Keane, 1989). Zpracování pak probíhá postupně v procesu uvolňování těchto informací z paměti a jejich blokování. Tento pohled však nevysvětluje, proč u některých lidí probíhá toto zpracování po dobu mnoha let i desetiletí, zatímco u jiných v krátkém období.

**Tabulka 8.4.4:** Příklady typických automatických myšlenek při posttraumatické stresové poruše

- Kdybych se otočil vpravo, a nikoliv vlevo, nestalo by se to.
- Kdybych poslechla matku a nešla večer sama, byla bych v pořádku.
- Zavínala jsem si to sama. Už navždy budu ocejšovaná, méněcenná.
- Nikdy to nesmyji. Nikdy nebudu šťastná.
- Nikdy už nechci žádného muže ani vidět.
- Kdybych nebyla sobecká a nechtěla po něm, aby přijel ještě večer, nezabil by se. Je to hrozné, jaká jsem. Mám na něj vztek.
- Kdykoliv se mi to může stát znovu. Může se to stát i mým dětem, ženě, matce.
- Neměl jsem jezdit, žena mi říkala, že mám zůstat doma.
- Matka mi říkala, že si mám vzít kalhoty, že už je zima, kdybych měla kalhoty, tak se to nestalo.
- Je to strašné, ale když se to vrátí, někdy mě to vzruší.
- Kdybych držel dietu, nedostal bych mrtvičku.
- To přeci není možné... nikdy jsem nikomu nic zlého neudělala. Jak se mi něco takového mohlo stát?

Další automatické myšlenky se týkají buď obav z toho, co přijde v budoucnosti, nebo rezignace na budoucnost. Obavy se mohou týkat konkrétních situací („Zítra nezvládnou jít do práce“, „Už s ním nevydržím!“ ap.), tak obecnějších témat („V ži-



votě už pro sebe nenajdu místo!“). Nadměrné obavy bývají spojeny se třemi základními postoji, které jsou v pozadí:

- *Perfekcionismus* souvisí s obavou, že postižený udělá chybu. Nebo že věci nebudou takové, jaké „mají být“.
- *Nadměrná zodpovědnost* souvisí s obavou, že když se nebude obávat, mohou se špatné věci doopravdy přihodit. A pak by to bylo na něm! Tím, že má obavy, se vlastně chrání před negativními událostmi!
- *Pocit nekontrolovatelnosti* souvisí s obavou, že věci moc kontrolovat nejdou. Tak je „kontroluje pro jistotu“, alespoň vlastními obavami.

Traumatická událost vede ke změně postojů k sobě, k druhým, ke své budoucnosti. Dochází k typickým chybám při zpracování události, k tzv. kognitivním omylům.

**Tabulka 8.4.5:** Typické kognitivní omyly u PTSD

- 1) SVÉVOLNÁ DEDUKCE** – jde o vyvozování závěrů „skokem“:  
*Všichni muži jsou zvířata a touží jen po tom, aby zneuctili ženy.  
Kdybych po něm nechtěla, aby přijel ještě večer, nezabil by se, je to všechno moje vina.  
Kdybych poslouchala matku, nikdy by se to nebylo stalo.*
- 2) SELEKTIVNÍ VÝBĚR FAKTŮ** – vede k soustředění se na vytržené aspekty situace nebo detaily a opomíjení jiných charakteristik:  
*Na školu jsem se nedostal kvůli komunistům, nadřizení po mně vždycky šli, a teď, když jsem konečně ušetřil a koupil auto, tak do mě vrazí protijedoucí.*
- 3) NEPŘÍMĚŘENÉ ZEVŠEOBECŇOVÁNÍ** – znamená zobecnění pravidla nebo závěru z jednoho zážitku na celou situaci, nebo přenesení závěru na jinou situaci, která s tím nesouvisí:  
*Kdybych šla po ulici sama, určitě mě znovu někdo přepadne.  
Jsem teď nervózní – už nikdy nebudu klidný!*
- 4) PŘEHÁNĚNÍ ČI BAGATELIZACE** – znamenají tendenci některá fakta zveličovat, jiná zase bagatelizovat. Časté je použití slov jako nikdo, nikdy, vždycky ap.:  
*Jsem navždy zneuctěna! Už nikdy o mně nikdo nebude stát.  
Nevydržím to!*
- 5) PERSONALIZACE** – vztahovačnost. Je to tendence přikládat osobní význam i událostem, které s danou osobou nesouvisí nebo souvisí jen velmi málo. Může vést k těžkým trýznivým sebeobviněním na jedné straně, na druhé straně až ke vztahovačnosti.  
*Je to moje vina, kdybych mu řekla, aby jel další den, nic by se nestalo.*
- 6) ČERNOBÍLÉ MYŠLENÍ** – (myšlení „všechno nebo nic“) je myšlení v absolutních kategoriích. Vše je posuzováno buď jako pouze negativní, nebo pouze dokonalé:  
*Nedokázal jsem pomoci v této situaci – nikomu nedokážu pomoci.*
- 7) ZNAČKOVÁNÍ** – je vlastně extrémní formou zevšeobecnění:  
*Zajel jsem ho – jsem navždycky sprostý vrah.  
Musela jsem dělat, co po mně chtěl – už ze mě může být jen děvka!*

### 8.4.2.3 Interpersonální faktory posttraumatické stresové poruchy

PTSD nepostihuje jen toho, kdo touto poruchou trpí, ale často i celou rodinu. Minimálně tím, že se výrazně změní chování postiženého. To může hluboce zasáhnout vztahy mezi nejbližšími.

Pro mnohé blízké je velmi obtížné se vyrovnat se změnami, ke kterým u traumatizovaného dochází. Nevědí, co mají dělat, jak reagovat. Někdy by chtěli mluvit o tom, co se stalo, ale postižený reaguje hněvivě a prudce. Pak jim zase vyčítá, že o něj nestojí.

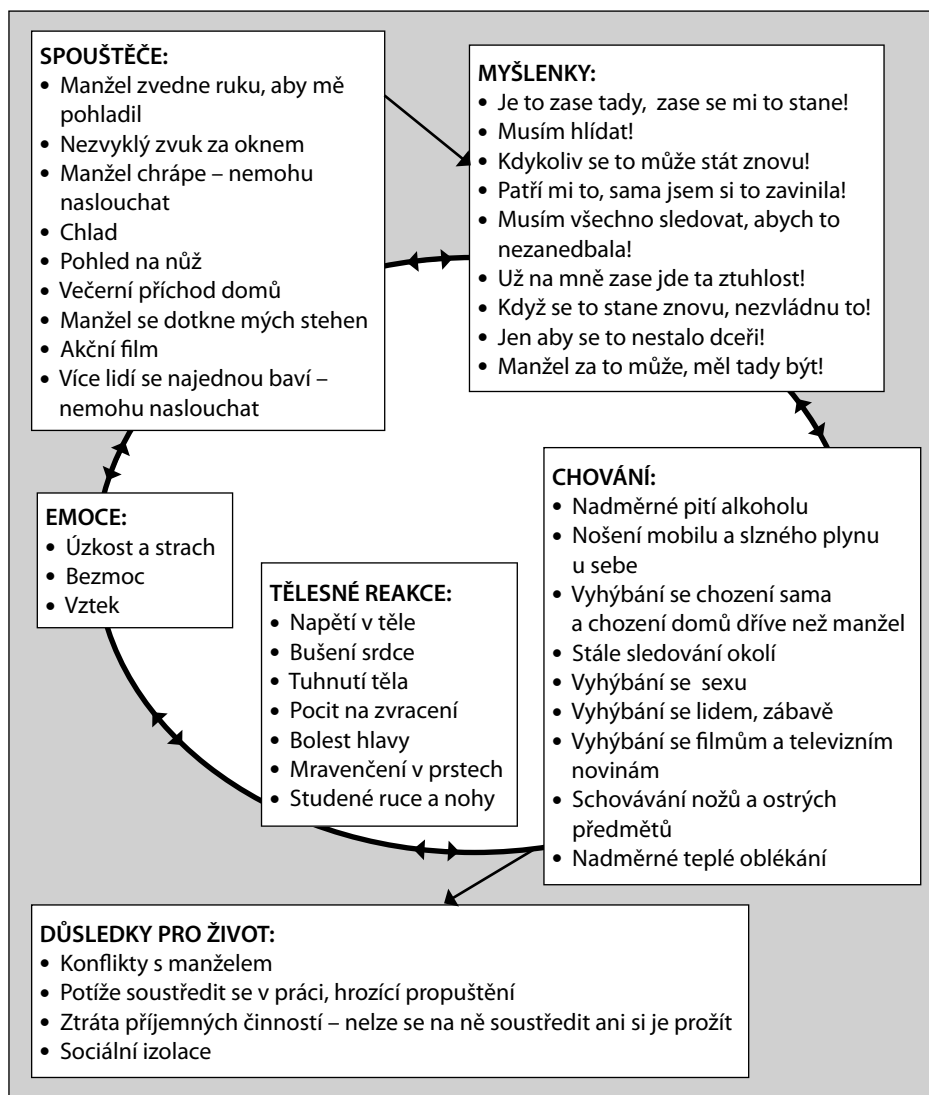
Krátce po traumatické události mohou být blízcí také velmi hluboce zasaženi tím, co se stalo. Mohou být zmatení, bezmocní, nevědí, jak s postiženým vlastně mluvit, zda mluvit, nebo spíše mlčet, zda se k události vracet, nebo se tvářit, jako by se nestala. Tváří v tvář emočním změnám, které vidí na svém blízkém, se o něj mohou začít strachovat nebo se přestanou chovat přirozeně.

Trauma může mít na vztahy devastující vliv. Dokonce i v dobře fungujících partnerských vztazích může vést k hluboké krizi, někdy rozchodu. Tyto problémy ve vztazích mohou vést k *druhotné traumatizaci* postiženého.

### 8.4.2.4 KBT model posttraumatické stresové poruchy

Podle KBT modelu PTSD vede traumatická událost svým silným emocionálním vlivem k rychlému vytvoření podmíněných spojů mezi podněty, situacemi či činnostmi, které byly původně emočně neutrální, ale náhodně se vyskytly v době traumatu. Takto vytvořené podmíněné spojení je velice pevné a odolné vůči vyhasnutí. Příslušné podněty pak vedou k opakovaným podmíněným úzkostným reakcím, při nichž si postižený vybavuje původní situaci se všemi jejími složkami – tělesnou reakcí, smyslovými vjemy, hodnotícími procesy – myšlenkami a představami, a příslušným chováním, strnutím nebo útekem. Zvýšené napětí vede ke zvýšené ostražitosti a pozornosti vůči podnětům, které nějak připomínají traumatizující událost. Dochází k aktivizaci nefunkčních myšlenkových procesů, především sebeobviňování („můžu si za to, protože...“), „honěním bychů“ („kdybych dělal to a ne ono, nestalo by se...“), zpětnému hledání dalších, často bizarních příčin („mám to v povaze, přitahuji nebezpečí“ ap). Tyto automatické negativní myšlenky dále zvyšují celkovou nepohodu a napětí a zvyšují zranitelnost vůči jinému stresu. Postižený se proto začne vyhýbat situacím, v nichž by se mohl setkat s podněty znovuvybavujícími jeho traumatický prožitek, přestane se zabývat činnostmi, při nichž by mohl být s těmito podněty konfrontován. Často se postupně sociálně stahuje a mění se jeho postoje vůči sobě (snížení sebevědomí, negativní sebehodnocení), vůči druhým („lidem se nedá věřit“, „všichni muži jsou stejná zvířata“) i vůči budoucnosti („nikdy se toho nezbavím“, „jsem špatná matka a to se nedá změnit“). V důsledku vyhýbavého chování nemá postižený příležitost získat nové, pozitivnější zkušenosti, které by jeho postoje a očekávání mohly změnit. Jeho chování má často charakter „sebenaplňujícího proroctví“ – chová se vůči lidem odmítavě, ti na jeho chování reagují stažením, což mu potvrzuje, že již nemůže s nikým navázat blízký vztah.

Tabulka 8.4.6: Příklad bludného kruhu PTSD



### 8.4.2.5 Výzkum efektivity KBT u posttraumatické stresové poruchy

#### Behaviorální terapie

Behaviorální terapie užívá v léčbě různých forem expozic traumatickým podnětům. Rozlišuje mezi graduální expozicí (od lehčího k těžšímu podnětu) a masivní expozicí (zaplavení ihned nejtěžším podnětem). Expozice u PTSD se provádí obvykle v imaginaci, méně často in vivo. Dvě otevřené (Fairbank a Keane, 1982, McCaffrey a Fairbank, 1985) a 4 kontrolované studie ukazují, že *masivní expozice*

redukuje příznaky PTSD (Keane et al., 1989, Boudewyns a Hyer, 1990, Cooper a Clum, 1989, Foa et al., 1991). V kontrastu s tím však Pitman et al. (1991) a Hyer et al. (1989) publikovali, že během této techniky došlo ke zhoršení některých příznaků. Léčba *masivními expozicemi in vivo* v izraelské armádě vedla u většiny vojáků trpících PTSP k masivnímu zhoršení (Solomon et al., 1992). Při této expozici šlo o vystavení podmínkám připomínajícím bojové situace. *Desenzibilizace v imaginaci* byla zkoumána ve 3 otevřených (Richards a Rose, 1991, Shalev et al., 1992, Vaugham a Tarrier, 1992) a 3 kontrolovaných studiích (Richards et al., 1994, Peniston, 1985, Brom et al., 1989). Ve všech těchto studiích došlo k podstatné redukci (zlepšení o 60–85 %) příznaků PTSD. Roční katamnézy ve studii Richardse et al. (1994), kde byla desenzibilizace v imaginaci kombinována s expozicí *in vivo*, ukázaly, že další zlepšování pokračovalo ještě po ukončení terapie.

### Kognitivní terapie

Tři starší kontrolované studie ukázaly vysokou efektivitu kognitivní terapie u PTSD (Foa et al., 1991, Resick a Schnicke, 1992, Resick et al., 1988). Ve všech těchto studiích se efekt léčby udržel v 6měsíčních katamnézách.

### Kognitivně behaviorální terapie

Nedávná randomizovaná studie srovnávala expozici v imaginaci s kognitivní terapií u 72 válečných veteránů s chronickou PTSD (Tarrier et al., 1999). Oba přístupy vedly k významnému zlepšení stavu nemocných. Další kontrolovaná studie 87 pacientů s chronickou PTSD porovnávala expoziční léčbu, kognitivní restrukturuaci a jejich kombinaci proti relaxaci (Marks et al., 1998). Jak behaviorální terapie (expozice), tak kognitivní terapie vedly v výrazném zlepšení a výsledky se udržely v 6měsíční katamněze. Kombinace nepřinesla žádnou další výhodu proti předěšlým, relaxace měla minimální efekt. Ve studii Foa et al. (1999) byly porovnávány 3 skupiny žen s aktivní léčbou (expoziční léčba, „očkování“ proti stresu (stress inoculation training), a kombinace obou postupů) se skupinou čekatelek na léčbu u obětí znásilnění. Všechny tři aktivní léčby vedly v výrazném zlepšení stavu a výsledek byl udržen v ročních katamnézách.

V otevřené studii 17 dětí s PTSD došlo po krátkodobé KBT zaměřené na zvládání afektu k plnému odeznění příznaků u více než poloviny dětí a v 6měsíční katamněze se výsledek udržel (March et al., 1998).

### EMDR

Desenzitizace očními pohyby a reprocessing (EMDR) je relativně nový přístup, ke kterému jsou dosud kontroverzní postoje (Hollander a Simeon, 2003). V 5leté katamnestické studii malé skupiny veteránů, kteří byli léčeni původně EMRD s dostatečným efektem, se toto zlepšení během sledování vytratilo (Macklin et al., 2000). I když EMRD bylo účinnější než relaxace (Carlson et al., 1998), poslední randomizovaná studie, porovnávající KBT s EMRD vyšla jednoznačně ve prospěch KBT programu jak po léčbě, tak ve 3měsíční katamněze (Devilley a Spence, 1999).

### 8.4.3 Léčba posttraumatické stresové poruchy

Léčbou volby u PTSD je psychoterapie (zejména kognitivně behaviorální terapie), terapie antidepresivy (SSRI, nefazodon, TCA) nebo antikonvulziv, v případě psychotických příznaků antipsychotiky. Léčba anxiolytiky u PTSD se doporučuje jen na přechodnou dobu, než začnou působit antidepresiva, vzhledem k riziku rozvoje návyku je lépe se jim raději vyhnout. Řada antidepresiv prokázala v kontrolovaných studiích svoji účinnost na všechny jádrové i akcesorní příznaky PTSD. Výsledky farmakologických studií však mají některá omezení. Většinou se prováděly na užší skupině traumatizovaných, např. na válečných veteránech, lidech po auto-nehodě nebo znásilněných ženách. Zobecnění na jiné populace je někdy zavádějící. Často se ukazuje, že během farmakoterapie odeznívají jen některé příznaky. Snad ještě více než u jiných poruch je zde tedy akcentovaná potřeba pacienta kromě farmak léčit také psychoterapeuticky.

Farmakologické možnosti léčby PTSD jsou stručně zmíněny v následující tabulce.

**Tabulka 8.4.7:** Farmakologická léčba PTSD (podle Praško, 2004)

| Léky první volby                                                                   |              |                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SSRI                                                                               | celá skupina | Léčba první volby, účinnost prokázána, dobře tolerovány, dávkování jednou denně.                                                     |
|                                                                                    | sertralín    | Účinnost dobře dokumentována, prokázána ve velké kontrolované studii, doporučená dávka vhodná pro většinu pacientů je 50–200 mg/den. |
|                                                                                    | fluoxetin    | Účinnost prokázána ve dvojité slepé studii, nicméně u části pacientů zvyšuje hyperarousal.                                           |
|                                                                                    | paroxetin    | Účinnost prokázána ve velké otevřené studii.                                                                                         |
|                                                                                    | citalopram   | Účinnost prokázána v otevřené i dvojité slepé studii.                                                                                |
|                                                                                    | fluvoxamin   | Účinnost prokázána v několika otevřených studiích.                                                                                   |
| SARI                                                                               | nefazodon    | Několik otevřených studií, jedna u rezistentních pacientů.                                                                           |
| Jiná antidepresiva                                                                 | tricyklická  | Účinná podle dvojité slepých studií, řada nežádoucích účinků, účinnější u mnohočetných traumat (veteráni).                           |
|                                                                                    | IMAO         | Fenelzin se zdá neúčinnějším lékem pro PTSD, u nás není k dispozici.                                                                 |
| Léky vhodné k augmentaci nebo k podávání, když léky první volby nejsou dost účinné |              |                                                                                                                                      |
| Stabilizátory nálady                                                               | lithium      | Zlepšení v iritabilitě a intruzivních příznacích v otevřených studiích.                                                              |
|                                                                                    | karbamazepin | Pokles intruzivních příznaků, hněvu, impulzivity v otevřené studii.                                                                  |
|                                                                                    | valproát     | Pokles hyperarousalu a intruzí v otevřených studiích.                                                                                |
|                                                                                    | lamotrigin   | Malá kontrolovaná studie, vliv na rozpomínání, emoční nezájatost a hyperarousal.                                                     |
| Agonisté serotoninu                                                                | Buspiron     | Účinnost v otevřené studii.                                                                                                          |
| Antipsychotika                                                                     | risperidon   | Vliv na flashbacky, intruzivní vzpomínky, hyperarousal a přidružené psychotické příznaky                                             |
|                                                                                    | olanzapin    |                                                                                                                                      |
|                                                                                    | quetiapin    |                                                                                                                                      |
| Benzodiazepiny                                                                     | alprazolam   | Podávat krátkodobě, při augmentaci, vliv zejména na tělesné příznaky úzkosti.                                                        |
|                                                                                    | klonazepam   |                                                                                                                                      |
| Inhibitory adrenergní aktivity                                                     | klonidin     | Jako přídatná medikace snižuje noční můry a flashbacky.                                                                              |
|                                                                                    | propranolol  | Jako přídatná medikace snižuje tělesné projevy úzkosti, hyperarousal a intruzivní příznaky.                                          |

Doporučená udržovací léčba by měla trvat alespoň rok až rok a půl, než se lék začne pozvolna vysazovat. Lithium, karbamazepin a valproát jsou vhodné přídatné léky na kontrolu impulzivity.  $\beta$ -blokátory (klonidin a propranolol) mohou urychlit nástup léčebného efektu a pomáhají kontrolovat vegetativní příznaky.

Vzhledem k vysokému riziku rozvoje závislosti u PTSD je podávání benzodiazepinů přijímáno ambivalentně (Gelder et al., 1996, Hollander a Simeon, 2003). Při akutní exacerbaci příznaků bývají nicméně účinné. Používají se jak klasické benzodiazepiny (diazepam, chlórdiazepoxid, medazepam, oxazepam), tak zejména vysoce potentní benzodiazepiny, jako je klonazepam. Jejich podávání by mělo být omezeno na 4–8 týdnů. Pak by měly být postupně vysazeny.

Užití antipsychotik je zatím jen málo ověřené, nicméně klinicky mohou pomoci pro krátkodobou kontrolu agrese, neklidu nebo přechodných psychotických fenoménů. Z klasických antipsychotik je zkušenost s haloperidolem, v současnosti se však více doporučují antipsychotika druhé generace, jako je risperidon, olanzapin a quetiapin.

Mezi základní principy při léčbě PTSD patří vytvoření terapeutického vztahu, vysvětlení a edukace o tom, co se s pacientem děje, a zmírnění či odstranění stigmatizace. Edukaci a destigmatizaci je zpravidla potřebné provádět také s rodinnými příslušníky, pokud k tomu pacient svolí. Edukace se zpravidla týká popisu příznaků PTSD, jejich vlivu na chování a vztahy a základních principů léčby. Je potřebné stanovit realistické cíle (spíše zdůrazňující lepší fungování v práci a v rodině, lepší kontrolu impulzů a afektů, nikoliv úplné odstranění příznaků) a informovat o možném kolísání příznaků v průběhu léčby. Lze doporučit vhodnou četbu, která se zabývá příběhy lidí s PTSD, a odborné brožury, popisující příznaky a léčebné přístupy. V případě, že PTSD souvisí s trestným činem, který nebyl trestně stíhán či soudně řešen, je potřebné tuto možnost s pacientem probrat. Velmi důležitá je mobilizace podpůrného sociálního systému – příbuzných, přátel, event. podpůrných skupin.

#### 8.4.4 KBT – Terapeutický přístup u posttraumatické stresové poruchy

Úkolem terapeuta v léčbě PTSP je pomoci oběti znovu si projít vzpomínky na traumatickou událost a zároveň vyjádřit příslušný afektivní prožitek. Dále je třeba pacienta desenzitizovat vůči traumatickým vzpomínkám a umožnit mu znovu získat pocit kontroly nad svými prožitky. KBT pracuje strukturovaně krok za krokem. Pacient se nejdříve učí zvládat své příznaky, diskutovat se svými negativními myšlenkami, které ho obviňují nebo značují, exponovat se jak vzpomínkám na trauma, tak situacím, kterým se vyhýbá, a relaxovat (podrobněji viz Praško et al., 1997, Praško a Kosová, 1998). Ve většině případů je dostačující ambulantní léčba, pouze při rozvoji sekundárního postižení, zejména hlubší deprese, je někdy vhodné zahájit léčbu za hospitalizace. Léčba obvykle probíhá v 8–16 sezeních, zpočátku jednou týdně, později stačí 1krát za 14 dnů. Vhodná jsou i katamnestická sezení po 3, 6 a 12 měsících, která mají zároveň profylaktický efekt. Terapeutické kroky při léčbě jsou

obdobné jako při jiných úzkostných poruchách, větší důraz je však již od počátku léčby kladen na expozici traumatickým vzpomínkám a abreakci traumatu.

Od prvního setkání vytváříme pracovní společenství, kde největším expertem na své příznaky i na jejich změnu je sám pacient, terapeut mu pouze jako odborník pomáhá nalézat cestu, jak se s příznaky vypořádat co nejefektivněji. Spolupráci se snažíme navázat od prvního malého úkolu, který společně provedeme ihned v prvním sezení, a pak dále pacienta podporujeme, aby pracoval i mimo sezení na domácích úkolech.

#### 8.4.4.1 KBT vyšetření u posttraumatické stresové poruchy

K diagnostickému postupu, vyšetření a hodnocení pacienta s PTSD patří komplexní psychiatrické vyšetření, informace od blízkých osob, případně svědků traumatické události. Cílem hodnocení je zachytit povahu, intenzitu a trvání jednotlivých příznaků, premorbidní osobnost a předchorobí. Pokud bylo součástí traumatu zranění, je nutné podrobné neurologické a somatické vyšetření. Jinak se odebírání anamnestických dat nijak podstatně neliší od běžného vyšetření.

**Tabulka 8.4.8:** Diagnostický postup a vyšetření

- Ke stanovení diagnózy stačí zpravidla rutinní psychiatrické vyšetření, identifikace traumatické události a typického obrazu
- Pro upřesnění problému je vhodné použít dotazníky (dotazník strachu, SCL-90, dotazník vyhýbavého chování, Sheehanova, Hamiltonova nebo Beckova posuzovací stupnice úzkosti, Sheehanova stupnice postižení, event. Dotazník životních událostí)
- K hodnocení osobnosti je vhodné MMPI nebo CPI
- K vyloučení somatických příčin je potřebné interní vyšetření a rutinní laboratorní vyšetření včetně EKG a EEG
- Při složitější diferenciální diagnostice je vhodné neurologické vyšetření, event. CT vyšetření při podezření na organické postižení mozku

MMPI = Minnesota Multiphasic Personality Inventory

CPI = California Personality Inventory

**Tabulka 8.4.9:** Důležité oblasti hodnocení u klientů s PTSP

- Popis vlastní traumatické události – detaily, pocity, myšlenky, chování, fyziologické reakce, následná traumata
- Příznaky PTSD
- Kognitivní události – zjistit specifický význam traumatické události (automatické myšlenky) v postojích k sobě, okolí, světu a k budoucnosti
- Kognitivní schémata – specifický význam události v kontextu životní zkušenosti a dysfunkčních schémat
- Spouštěče, myšlenky, chování, emoce, fyziologické reakce, důsledky a modifikující faktory u PTSD
- Chronické důsledky a následné problémy: deprese, panické ataky, abúzus, manželské problémy, sexuální dysfunkce ap.
- Druhotné kognitivní distorze: např. zjištění „zodpovědnosti“ a „viny“ za příznaky a důsledky
- Úroveň adaptace před traumatem a nyní

#### **8.4.4.2 Hodnocení a měření u posttraumatické stresové poruchy**

Behaviorální, kognitivní a funkční analýzu provádíme na základě celkového vyšetření pacienta. To nám většinou přináší dostatek údajů pro léčbu, nicméně užitečné může být jeho doplnění sebesposuzovacími dotazníky a objektivními posuzovacími stupnicemi. SCL-90 je vhodným doplňkem pro zjištění širšího profilu příznaků pacienta, jeho event. paranoidity a depresivních rozlad, které se u PTSD často objevují. Sheehanova stupnice úzkosti kvantitativně měří celkovou míru úzkosti, obsahuje položky týkající se tělesných příznaků a vyhýbavého chování. Kvantifikovat celkovou míru úzkosti může pomoci i Beckův inventář úzkosti. Pro sebehodnocení specifických projevů PTSD jsou určeny Dotazník traumatických vzpomínek, Záznam flashbacků, Dotazník projevů předrážděnosti, Dotazník vyhýbání a zabezpečování.



**Dotazník traumatických vzpomínek**

U každé z následujících pěti položek zaznamenejte frekvenci a intenzitu v posledním týdnu. Použijte hodnocení podle níže uvedené stupnice.

**Frekvence** (častost): Jak často se událost objevila v posledním týdnu?

| 0        | 1                                         | 2                                            | 3                                                     |
|----------|-------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Vůbec ne | Jednou za týden/<br>velmi málo/<br>zřídka | 2–4krát za týden/<br>někdy/<br>polovinu času | 5 a vícekrát za týden/<br>velmi často/<br>skoro pořád |

**Intenzita** (stres): Jak intenzivní nebo zahlcující byly tyto události v posledním týdnu?

| 0              | 1                                | 2                                | 3                                   |
|----------------|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| Vůbec nevadily | Mírně nepříjemné<br>a stresující | Velmi nepříjemné<br>a stresující | Extrémně nepříjemné<br>a stresující |

Prosím, odpovězte na následující otázky a zakroužkujte číslo na každé stupnici, které nejvíce odpovídá vaší situaci:

|   | UDÁLOST                                                                                                                                                                                                               | Frekvence<br>(častost) | Intenzita<br>(stres) |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------|
| 1 | Měli jste v posledním týdnu vzpomínky, myšlenky nebo představy (včetně vůní nebo zvuků) týkající se traumatické události, které se objevily automaticky, aniž byste si je přáli?                                      | 0 1 2 3                | 0 1 2 3              |
| 2 | Objevily se v posledním týdnu sny nebo noční děsy týkající se traumatické události?                                                                                                                                   | 0 1 2 3                | 0 1 2 3              |
| 3 | Objevily se v posledním týdnu vnitřní pocity, že znovu zažíváte traumatickou událost nebo že se chováte, jakoby probíhala (flashbacky)?                                                                               | 0 1 2 3                | 0 1 2 3              |
| 4 | Stalo se vám v posledním týdnu, že jste při připomenutí traumatické události prožívali silné emoce připomínající trauma (velký smutek, bezmoc, hněv, strach, úzkost ap.)                                              | 0 1 2 3                | 0 1 2 3              |
| 5 | Objevily se v posledním týdnu tělesné pocity, které připomínaly traumatickou událost, jako je bušení srdce, napětí svalstva, tlak v žaludku, bolest hlavy, obtížné dýchání, nadměrné pocení, mražení, třes rukou ap.? | 0 1 2 3                | 0 1 2 3              |

**Skór omezení:** Nyní si ve druhé stupnici udělejte odhad, nakolik vás v posledním týdnu fenomény znovuprožívání obtěžovaly a bránily vám v běžném fungování v životě (práce, rodina, volný čas).

| 0                 | 1               | 2 | 3                | 4 | 5 | 6                  | 7 | 8                  |
|-------------------|-----------------|---|------------------|---|---|--------------------|---|--------------------|
| Vůbec neomezovalo | Mírně omezovalo |   | Zjevně omezovalo |   |   | Významně omezovalo |   | Extrémně omezovalo |

Nyní sečtěte dohromady všechny body, kterých jste v obou stupnicích tomto týdnu dosáhli:

|                                                          |            |
|----------------------------------------------------------|------------|
| Celkový skór frekvence znovuprožívání                    | ..... bodů |
| Celkový skór intenzity znovuprožívání                    | ..... bodů |
| Celkový skór znovuprožívání v týdnu od ..... do ..... je | ..... bodů |
| Skór omezení v tomto týdnu                               | ..... bodů |

Hodnocení:

| Položka:  | Málo závažné | Středně závažné | Velmi závažné |
|-----------|--------------|-----------------|---------------|
| Frekvence | 0–5          | 5–10            | 10 a více     |
| Intenzita | 0–5          | 5–10            | 10 a více     |
| Omezení   | 0–2          | 3–5             | 5–8           |

Tabulka 8.4.10: Záznam flashbacků

| A. ROZPOZNÁNÍ SPOUŠTĚČŮ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | POPIŠTE, CO VŠECHNO JSTE ZJISTILI |                           |   |                         |   |               |   |                     |   |   |                           |  |                           |  |                         |  |               |  |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------|---|-------------------------|---|---------------|---|---------------------|---|---|---------------------------|--|---------------------------|--|-------------------------|--|---------------|--|---------------------|
| 1. Kdy se to stalo?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                   |                           |   |                         |   |               |   |                     |   |   |                           |  |                           |  |                         |  |               |  |                     |
| 2. Co jste dělal (a) v tomto čase?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                           |   |                         |   |               |   |                     |   |   |                           |  |                           |  |                         |  |               |  |                     |
| 3. Co ještě se dělo, když se flashback objevil?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                   |                           |   |                         |   |               |   |                     |   |   |                           |  |                           |  |                         |  |               |  |                     |
| 4. Byl s vámi někdo?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                   |                           |   |                         |   |               |   |                     |   |   |                           |  |                           |  |                         |  |               |  |                     |
| 5. Můžete najít nějaké podobnosti mezi traumatickou událostí a situací, kde se objevil flashback? Jaké?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                   |                           |   |                         |   |               |   |                     |   |   |                           |  |                           |  |                         |  |               |  |                     |
| 6. Můžete si vzpomenout, kdy ještě jste se cítil(a) podobně v minulosti?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                   |                           |   |                         |   |               |   |                     |   |   |                           |  |                           |  |                         |  |               |  |                     |
| 7. Co je podobné a co odlišné v předešlé a současné situaci?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                   |                           |   |                         |   |               |   |                     |   |   |                           |  |                           |  |                         |  |               |  |                     |
| 8. Co si myslíte, že bylo nejdůležitější pro spuštění flashbacku (např. myšlenka, vůně, zvuky, obrazy, chutě, výročí, chování druhých lidí ap.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                   |                           |   |                         |   |               |   |                     |   |   |                           |  |                           |  |                         |  |               |  |                     |
| <b>B. IDENTIFIKACE TRAUMATICKÝCH VZPOMÍNEK</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                   |                           |   |                         |   |               |   |                     |   |   |                           |  |                           |  |                         |  |               |  |                     |
| 1. Co si z flashbacku pamatujete?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                   |                           |   |                         |   |               |   |                     |   |   |                           |  |                           |  |                         |  |               |  |                     |
| 2. Popište, i když to může být nepříjemné, co nejvíce detailů, které si vybavíte.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                   |                           |   |                         |   |               |   |                     |   |   |                           |  |                           |  |                         |  |               |  |                     |
| 3. Můžete popsat nebo namalovat obrazy, které se objevily, vydat zvuky, které jste slyšeli?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                   |                           |   |                         |   |               |   |                     |   |   |                           |  |                           |  |                         |  |               |  |                     |
| 4. Víte, jak dlouho to trvalo?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                   |                           |   |                         |   |               |   |                     |   |   |                           |  |                           |  |                         |  |               |  |                     |
| 5. Můžete si vzpomenout na to, co se dělo kolem vás v době flashbacku? Popište z okolností co nejvíce.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                   |                           |   |                         |   |               |   |                     |   |   |                           |  |                           |  |                         |  |               |  |                     |
| <b>Ohodnoťte sílu nepříjemných pocitů na následující stupnici:</b><br><table border="1"> <thead> <tr> <th>0</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> <th>7</th> <th>8</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Žádná nepohoda nebo stres</td> <td></td> <td>Mírná nepohoda nebo stres</td> <td></td> <td>Zjevná nepohoda a stres</td> <td></td> <td>Výrazný stres</td> <td></td> <td>Velmi výrazný stres</td> </tr> </tbody> </table> |                                   | 0                         | 1 | 2                       | 3 | 4             | 5 | 6                   | 7 | 8 | Žádná nepohoda nebo stres |  | Mírná nepohoda nebo stres |  | Zjevná nepohoda a stres |  | Výrazný stres |  | Velmi výrazný stres |
| 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 1                                 | 2                         | 3 | 4                       | 5 | 6             | 7 | 8                   |   |   |                           |  |                           |  |                         |  |               |  |                     |
| Žádná nepohoda nebo stres                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                   | Mírná nepohoda nebo stres |   | Zjevná nepohoda a stres |   | Výrazný stres |   | Velmi výrazný stres |   |   |                           |  |                           |  |                         |  |               |  |                     |
| <b>C. TĚLESNÉ REAKCE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                   |                           |   |                         |   |               |   |                     |   |   |                           |  |                           |  |                         |  |               |  |                     |
| 1. Co se dělo v těle během flashbacku?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                   |                           |   |                         |   |               |   |                     |   |   |                           |  |                           |  |                         |  |               |  |                     |
| 2. Popište co nejvíce tělesných reakcí až do detailů.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                   |                           |   |                         |   |               |   |                     |   |   |                           |  |                           |  |                         |  |               |  |                     |
| 3. Jak silné byly tyto pocity? Můžete ke každému z nich dopsat hodnocení na stupnici 0-8?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                   |                           |   |                         |   |               |   |                     |   |   |                           |  |                           |  |                         |  |               |  |                     |
| 4. Co jste si říkal(a) o těchto pocitech? Jak jste je hodnotil(a)?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                           |   |                         |   |               |   |                     |   |   |                           |  |                           |  |                         |  |               |  |                     |
| 5. Co jste udělal(a), když se tyto pocity objevily?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                   |                           |   |                         |   |               |   |                     |   |   |                           |  |                           |  |                         |  |               |  |                     |
| 6. Co jste udělal(a), abyste se cítil(a) lépe?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                   |                           |   |                         |   |               |   |                     |   |   |                           |  |                           |  |                         |  |               |  |                     |
| 7. Jaké ještě znáte možnosti nebo cesty, jak kontrolovat flashbacky?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                   |                           |   |                         |   |               |   |                     |   |   |                           |  |                           |  |                         |  |               |  |                     |

## Dotazník projevů předrážděnosti

Následující položky popisují základní projevy předrážděnosti typické pro osoby trpící PTSD. U každé z nich zaznamenejte frekvenci a intenzitu v posledním týdnu. Použijte hodnocení podle níže uvedené stupnice.

**Frekvence (častost):** Jak často se projev předrážděnosti objevil v posledním týdnu?

| 0        | 1                                         | 2                                            | 3                                                     |
|----------|-------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Vůbec ne | Jednou za týden/<br>velmi málo/<br>zřídka | 2–4krát za týden/<br>někdy/<br>polovinu času | 5 a vícekrát za týden/<br>velmi často/<br>skoro pořád |

**Intenzita (stres):** Jak intenzivní nebo zahlcující byly tyto události v posledním týdnu?

| 0              | 1                                | 2                                | 3                                   |
|----------------|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| Vůbec nevadily | Mírně nepříjemné<br>a stresující | Velmi nepříjemné<br>a stresující | Extrémně nepříjemné<br>a stresující |

Prosím odpovězte na následující otázky a zakroužkujte číslo na každé stupnici, které nejvíce odpovídá vaší situaci:

|   | UDÁLOST                                                                                                                                                          | Frekvence<br>(častost) | Intenzita<br>(stres) |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------|
| 1 | Objevily se v posledním týdnu poruchy spánku, nedostatečná kvalita spánku, potíže usnout, opakované nebo předčasné probouzení se?                                | 0 1 2 3                | 0 1 2 3              |
| 2 | Objevily se u vás v posledním týdnu stavy podrážděnosti, hněvu nebo vzteku nebo tendence se hádat či hádky?                                                      | 0 1 2 3                | 0 1 2 3              |
| 3 | Objevily se u vás v posledním týdnu problémy se soustředěním, roztržitost, zapomínání, problémy se sledováním rozhovoru, televize nebo se soustředěním na čtení? | 0 1 2 3                | 0 1 2 3              |
| 4 | Stalo se vám v posledním týdnu, že jste byli nadměrně ustaraní o sebe nebo o druhé, báli se nebo byli nuceni se ujišťovat?                                       | 0 1 2 3                | 0 1 2 3              |
| 5 | Stalo se vám v posledním týdnu, že jste se cítili „na zhroucení“, nervózní, lekaví nebo naopak nadměrně unavení až letargičtí?                                   | 0 1 2 3                | 0 1 2 3              |

**Skór omezení:** Nyní ve druhé stupnici odhadněte, nakolik vás v posledním týdnu fenomény předrážděnosti obtěžovaly a bránily vám v běžném fungování v životě (práce, rodina, volný čas).

| 0                    | 1                  | 2                   | 3                     | 4                     | 5 | 6 | 7 | 8 |
|----------------------|--------------------|---------------------|-----------------------|-----------------------|---|---|---|---|
| Vůbec<br>neomezovalo | Mírně<br>omezovalo | Zjevně<br>omezovalo | Významně<br>omezovalo | Extrémně<br>omezovalo |   |   |   |   |

Nyní sečtěte všechny body, kterých jste v obou stupnicích v tomto týdnu dosáhli:

|                                                                   |            |
|-------------------------------------------------------------------|------------|
| Celkový skóre frekvence projevů předrážděnosti                    | ..... bodů |
| Celkový skóre intenzity projevů předrážděnosti                    | ..... bodů |
| Celkový skóre projevů předrážděnosti v týdnu od ..... do ..... je | ..... bodů |
| Skóre omezení v tomto týdnu                                       | ..... bodů |

#### Hodnocení:

| Položka:  | Málo závažné | Středně závažné | Velmi závažné |
|-----------|--------------|-----------------|---------------|
| Frekvence | 0–5          | 5–10            | 10 a více     |
| Intenzita | 0–5          | 5–10            | 10 a více     |
| Omezení   | 0–2          | 3–5             | 5–8           |

## Dotazník vyhýbání a zabezpečování

U každé z následujících sedmi položek zaznamenejte frekvenci a intenzitu v posledním týdnu. Použijte hodnocení podle níže uvedené stupnice.

**Frekvence (častost):** Jak často se událost objevila v posledním týdnu?

| 0        | 1                                         | 2                                            | 3                                                     |
|----------|-------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Vůbec ne | Jednou za týden/<br>velmi málo/<br>zřídka | 2–4krát za týden/<br>někdy/<br>polovinu času | 5 a vícekrát za týden/<br>velmi často/<br>skoro pořád |

**Intenzita (stres):** Jak intenzivní nebo zahlcující byly tyto události v posledním týdnu?

| 0              | 1                                | 2                                | 3                                   |
|----------------|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| Vůbec nevadily | Mírně nepříjemné<br>a stresující | Velmi nepříjemné<br>a stresující | Extrémně nepříjemné<br>a stresující |

Prosím odpovězte na následující otázky a zakroužkujte číslo na každé stupnici, které nejvíce odpovídá vaši situaci:

|   | UDÁLOST                                                                                                                                                                                                                                                                       | Frekvence<br>(častost) | Intenzita<br>(stres) |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------|
| 1 | Snažili jste se v posledním týdnu vytlačit mimo svoji pozornost nějaké myšlenky, vzpomínky nebo pocity, které připomínaly traumatickou událost?                                                                                                                               | 0 1 2 3                | 0 1 2 3              |
| 2 | Vyhnušli nebo snažili jste se v posledním týdnu vyhnout aktivitám nebo situacím či místům, které připomínají traumatickou událost (včetně konverzace s druhými lidmi)?                                                                                                        | 0 1 2 3                | 0 1 2 3              |
| 3 | Stalo se v posledním týdnu, že jste si chtěli vybavit nějaký důležitý aspekt nebo detail traumatické události a nešlo si na to vzpomenout?                                                                                                                                    | 0 1 2 3                | 0 1 2 3              |
| 4 | Stalo se v posledních 7 dnech, že byste se méně zajímali nebo se cítili méně motivovaní, nebo vás jednoduše více nudily činnosti, které vás dříve těšily?                                                                                                                     | 0 1 2 3                | 0 1 2 3              |
| 5 | Objevily se v posledním týdnu pocity odcizení od ostatních lidí?                                                                                                                                                                                                              | 0 1 2 3                | 0 1 2 3              |
| 6 | Zažili jste v posledních 7 dnech to, že jste prožívali odcizeně vlastní emoční prožitky – jakoby k vám nepatřily, byly za tlustým sklem – nebo jste nebyli schopni citově odpovědět druhým na jejich emoční projevy, nebo nebyli schopni vnímat humor, který vás dříve těšil? | 0 1 2 3                | 0 1 2 3              |
| 7 | Stálo se vám v posledním týdnu, že jste nebyli schopni myslet na svoji budoucnost, dělat si plány nebo rozhodnutí, které by se týkaly vašeho budoucího života?                                                                                                                | 0 1 2 3                | 0 1 2 3              |

**Skór omezení:** Nyní ve druhé stupnici odshadněte, nakolik vás v posledním týdnu fenomény vyhýbání a zabezpečování obtěžovaly a bránily vám v běžném fungování v životě (práce, rodina, volný čas).

| 0                    | 1                  | 2                   | 3 | 4 | 5                     | 6 | 7 | 8                     |
|----------------------|--------------------|---------------------|---|---|-----------------------|---|---|-----------------------|
| Vůbec<br>neomezovalo | Mírně<br>omezovalo | Zjevně<br>omezovalo |   |   | Významně<br>omezovalo |   |   | Extrémně<br>omezovalo |

Nyní sečtěte dohromady všechny body, kterých jste v obou stupnicích v tomto týdnu dosáhli:

|                                                                     |            |
|---------------------------------------------------------------------|------------|
| Celkový skóre frekvence vyhýbání a zabezpečování                    | ..... bodů |
| Celkový skóre intenzity vyhýbání a zabezpečování                    | ..... bodů |
| Celkový skóre vyhýbání a zabezpečování v týdnu od ..... do ..... je | ..... bodů |
| Skóre omezení v tomto týdnu                                         | ..... bodů |

#### Hodnocení:

| Položka:  | Málo závažné | Středně závažné | Velmi závažné |
|-----------|--------------|-----------------|---------------|
| Frekvence | 0–7          | 7–14            | 14 a více     |
| Intenzita | 0–7          | 7–14            | 14 a více     |
| Omezení   | 0–2          | 3–5             | 5–8           |

### 8.4.4.3 Problémy a cíle, léčebný plán u posttraumatické stresové poruchy

Léčba je cílena na dvě hlavní kategorie příznaků (Davidson et al., 1997, Crockett a Davidson, 2002):

1) **Jádrové příznaky PTSD**, kam patří:

- intruzivní znovuzpomínání na trauma (noční můry, flashbacky),
- vyhýbání se stimulům připomínajícím trauma,
- anhedonie, ztráta pozitivních emocí, depersonalizace,
- hyperarousal.

2) **Druhotné problémy v životě**, kam patří narušené fungování v práci, rodině, volném čase, zhoršená tolerance stresu, vztahové problémy a komorbidní poruchy (deprese, závislost, jiné úzkostné poruchy).

Po behaviorální, kognitivní a funkční analýze je dalším krokem stanovení problémů. Ty se týkají jednak vlastních příznaků, jednak druhotných problémů v životě. Např.:

- Když slyším zvuky aut na silnici, mám flasback a pro ujištění musím volat Radce, zda je v pořádku. Je to zhruba 30krát denně. Vyčítá mi to.
- Pokaždé, když se mě Pavel dotkne, připomene mi znásilnění a musím ho odstrčit. Milovat se mohu, jen když se opiju.
- Pro strach z další havárie nemohu cestovat autem mimo město bez omezování rychlosti pod 90 km za hodinu.

Až po definování problémů je na místě stanovit společně s pacientem cíle léčby. Dobrá definice cílů je konkrétní, aby bylo jasné, zda jich pacient dosáhl, či nikoliv. Cíl: „Abych už neměla flashacky“ je příliš obecný. Když se podíváme na výše stanovené problémy, konkrétní cíle k nim by mohly vypadat takto:

- Chci se naučit kontrolovat flashbacky při zvucích aut na ulici a nevolat Radce, abych se ubezpečil, zda je v pořádku.
- Chci se dívat na milostné filmy a snášet manželovy milostné doteky, když se pro to rozhodnu, aniž bych se musela napít alkoholu.
- Na konci terapie chci cestovat autem i mimo město a bez omezování rychlosti pod 90 km za hodinu.

### 8.4.4.4 Léčebné intervence u posttraumatické stresové poruchy

Kognitivně behaviorální intervence u PTSD jsou založeny na pečlivé analýze problémů pacienta, celkové konceptualizaci problému, která je s pacientem sdílena a individuálně přizpůsoben jeho potřebám. V obecné rovině lze celý proces rozdělit na dílčí kroky, jak je uvedeno v následující tabulce.



**Tabulka 8.4.11:** Jednotlivé kroky KBT terapie PTSP

- 1) Orientace a emoční podpora
- 2) Abreakce
- 3) Edukace o PTSD a o léčbě
- 4) Expozice
- 5) Kognitivní restrukturalizace
- 6) Relaxace
- 7) Řešení problémů
- 8) Ukončení léčby a prevence relapsu

### 1. Orientace a emoční podpora

Orientace – pacient někdy nerozumí vztahu mezi traumatizující událostí a současnou (někdy značně různorodou) symptomatikou. Zejména pokud existuje dlouhá latence mezi traumatickou událostí a flashbacky ji nepřipomínají. Uvedení příznaků do vztahu s událostí a propojení symptomů ve stresovém modelu pomáhá pacientovi zorientovat se v polymorfních příznacích a redukovat je na několik základních. Tato redukce příznaků je důležitá pro posílení naděje na vyléčení a změnu. Jednotlivé příznaky, podobně jako u jiných poruch, rámuje do KBT modelu.

Akceptace a respekt je potřebný zejména v situacích, kdy traumatická událost vedla k sebeznehodnocení člověka nebo při přítomnosti pocitů, že se dotyčný v situaci nezachoval podle svého nejlepšího morálního postoje (dívka se nebránila znásilnění, řidič nešel pomoci lidem v rozbitém autě ap.). Pocity viny a zahanbení jsou při PTSD velmi běžné, proto se klient s traumatem i jeho zpracováním svěří často postupně, bolestně, může prožívat silné vegetativní reakce.

Musíme si rovněž uvědomit, že v průběhu sezení dochází často ke změně verze příběhu – konečná verze traumatické události bývá jiná než původní. Podílí se na tom řada faktorů, hlavně stud klienta, proto může zpočátku prezentovat méně znehodnocující verzi. Dalšími důvody mohou být reálná slepá místa ve vzpomínkách, která se teprve v průběhu terapie doplňují. Emoční podporu vyjadřujeme především empatií. Empatie – vcítění – umožňuje pacientovi zažít pocit, že je mu posloucháno se zájmem a účastí, v bezpečném prostředí. Terapeut empatii vyjadřuje pomocí řady verbálních i nonverbálních technik.

**Tabulka 8.4.12:** Empatické projevy a jejich příklady

EMPATICKÉ NEVERBÁLNÍ NASLOUCHÁNÍ: oční kontakt, výraz účasti ve tváři, přijímající postoj nebo posez, kývání hlavou

EMPATICKÉ VERBÁLNÍ PARALINGVISTICKÉ PRVKY:

Hm. Aha. Rozumím. Chápu.

EMPATICKÉ PARAFRÁZOVÁNÍ:

- Chápu, v této situaci jste cítil, že musíte utéci.

EMPATICKÁ SHRNUÍ:

- Zkusím vám říci, jak jsem rozuměl tomu, co se stalo. Z auta jste uslyšel křik a cítil jste, jak vám tuhne celé tělo. Nemohl jste se hýbat, měl jste pocit, že kdybyste k autu přišel, tak snad zemřete. Nyní si to však vyčítáte, říkáte si, že jste se choval zbaběle a že to nikdy nebudete moci napravit.

## 2. Abreakce

Abreakce – katarze (literárně – vyčištění nebo vyprázdnění) – původně označovala intenzivní emoce, které doprovázely vynoření se traumatických vzpomínek během hypnózy. Později se tento pojem začal používat pro intenzivní emoční zážitky během terapie. Řada terapeutů je přesvědčena, že abreakce je nejdůležitější strategií PTSD. Areakce jistě velmi pomáhá, protože dochází k dramatickému uvolnění emocí, které souvisejí s traumatem a jeho důsledky. Její účinnost však bývá krátkodobá. K plnému odstranění příznaků samotná abreakce nestačí, protože příznaky PTSD jsou udržovány vyhýbavým chováním, selektivně zaměřenou pozorností a hlavně změněným kognitivním zpracováním událostí.

Abreakce může být indukována řadou terapeutických metod: nejčastěji vlastním rozhovorem, ale také psychodramatem, filmem s podobným tématem, hypnózou, imaginací, sugescí nebo pomocí hyperventilace.

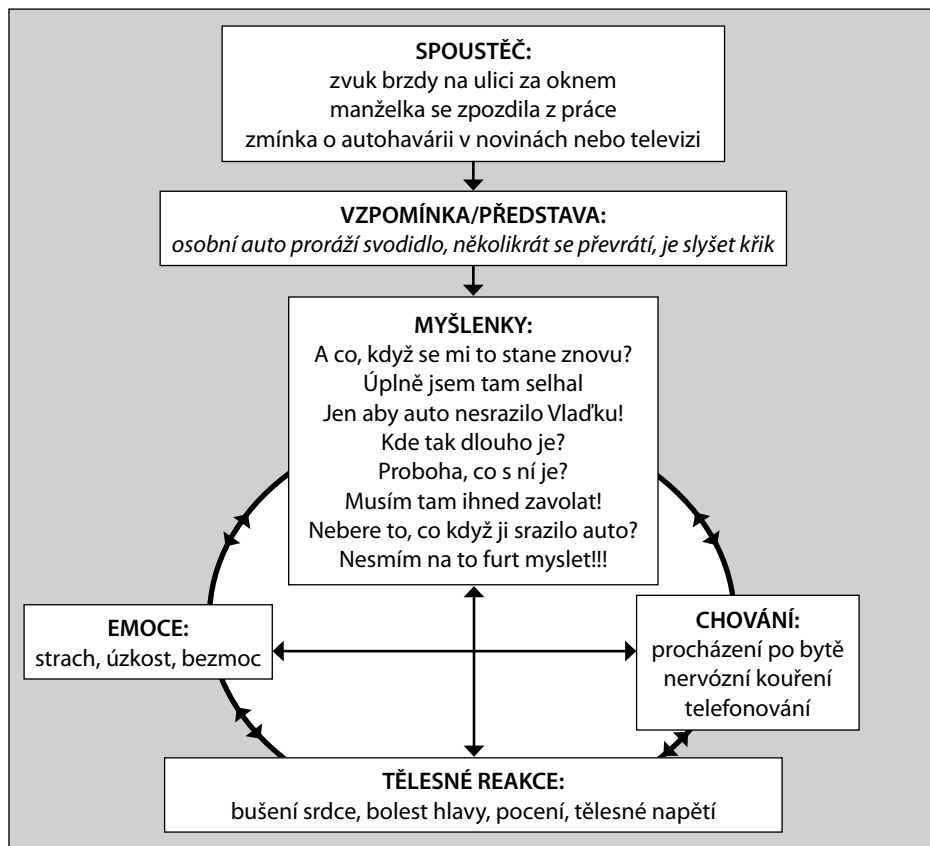
**Tabulka 8.4.13:** Použití abreakce při léčbě PTSD

- sdělení emočně nabitého obsahu (popis traumatické události), který vede k emoční úlevě
- možnost projevení emocí jako hněv, bezmoc, vina, smutek atd.
- intenzivní abreakce může být doprovázena somatizací (tzv. orgánové vzpomínky – zčervenání, bolest, spazmy, pohyby atd.)
- vede k momentální úlevě, bez kognitivní rekonstrukce však dochází ke znovuobjevení se příznaků
- sama není schopna způsobit reálnou změnu
- je prvním krokem, za kterým musí následovat další
- užítí jak v přímém rozhovoru, tak v kontextu jiných postupů
- chování terapeuta je během abreakce, ale i během celé terapie:
  - podporující
  - plné akceptace a respektu
  - empatie
  - orientace
  - edukace
  - spolupráce

## 3. Edukace o PTSD a její léčbě

Edukace – na úvodní orientaci v problému navazuje edukace o PTSD. Klient by měl být záhy informován o souvislostech mezi jednotlivými příznaky v rámci KBT modelu. Edukace zpravidla probíhá na jeho vlastních příznacích. Po vysvětlení funkčních vazeb ukazujeme, jakým způsobem bude léčba působit (Praško a kol., 1998, 2002, 2003).

Tabulka 8.4.14: Příklad úzkostného stavu po „flashbacku“



#### 4. Expozice

Podobně jako u jiných úzkostných poruch je klient opakovaně dlouhodobě vystaven spouštěčům vyvolávajícím stresovou reakci. Je znovu a znovu exponován stresovým momentům v prostředí bezpečného terapeutického vztahu. Většinou současně dochází k expozici i k hluboké abreakci. Úkolem terapeuta je proces facilitovat pomocí empatie. Expozice traumatické události však může probíhat i řadou jiných způsobů (viz tabulku).

Tabulka 8.4.15: Různé formy expozice spouštěčům u PTSP

- přímá terapeutická expozice v rozhovoru
- písemná expozice
- expozice ve fantazii (imaginace)
- expozice filmu s podobným tématem
- expozice zvukům, pohybům, dotekům
- sebeexpozice (návštěva místa znásilnění, chodit sama ap.)
- systematická desenzibilizace ve fantazii

- **Přímá terapeutická expozice v rozhovoru:** Nejtypičtější expozicí u klientů s PTSD je opakované protrahované vystavení se vzpomínkám na trauma, kterých se velmi obávají. Nejjednodušším způsobem je nechat klienta popisovat traumatickou událost a žádat ho, aby postupně, a co možná nejpodrobněji popsal ty okolnosti traumatu, které u něj budí největší tíseň nebo vegetativní příznaky.
- **Písemná expozice:** Písemná expozice je typickým domácím úkolem. Klientovi je zadáno, aby co nejpodrobněji popsal traumatické události, svoje myšlenky a emoce během ní. První popis je zpravidla velmi stručný, další jdou do stále větších detailů. Důležité je úkol strukturovat – nejdříve chceme, aby klient popisoval zejména zevní události, teprve poté přecházíme k popisu vnitřního dění. Během sezení klienta žádáme, aby nám celý popis četl. Finální verze má obvykle rozsah 3–6 stránek psaného textu. K abreakci dochází jak doma během úkolu, tak ještě více při čtení před námi. Při opakovaném popisu události a opakovaném předčítání postupně dochází k habituaci a desenzibilizaci. V průměru je k tomu zapotřebí 8–10 popisů.

**Tabulka 8.4.16:** Příklad písemné expozice ve vzpomínkách 23leté Zdeňky

Seznámili jsme se na diskotéce. Byl vysoký, hezký, černý. Pěkně tančil. Doprovodil mě pak domů. Ve středu mi zavolal a domluvili jsme si rande. Přinesl kytku a byl milý. Neobtěžoval mě. Byli jsme na večeři. Doprovodil mě domů. Líbali jsme se. Vůbec na mě nespěchal. Protože jsem se těsně předtím rozešla se svým klukem, byla jsem šťastná. Celý týden mi pak telefonoval a v pátek zavolal, abych večer za ním přijela k nim.

Vystoupila jsem z tramvaje, zašla za roh a tam jsem ho uviděla s partou kamarádů. Stáli kolem auta. Představil mě jako svoji holku. Šli jsme si sednout do altánku v parku. Měl divný hlas, jakoby podrážděný. Každou chvíli někam odbíhal. Začali jsme si povídat. Chtěl, abych si mu sedla na kolena. Začal mě líbat. Pak najednou odešel a nechal mě tam s nimi. Jeden z nich mi řekl, že se mám svlíknout. Myslela jsem, že si dělá legraci. Řekla jsem, že to řeknu Pavlovi. Pak mi ten druhý začal osahávat prsa. Nevěděla jsem co dělat. Naštvala jsem se, vytrhla. Utekla jsem. Celá zmatená jsem hledala zastávku tramvaje. Brečela jsem. Nechácala jsem, co to bylo. Cítila jsem tíseň na hrudi, zmatek a smutek. Pořád jsem se v duchu ptala, proč to udělali. Pavel mě doběhl, když jsem šla kolem parku před zastávkou tramvaje.

Začal se mi za ně omlouvat. Řekla jsem, že jdu domů. Brečela jsem. Najednou mě popadl za ruku a zatáhl do parku. Zařval na mě, že jsem svině a povalil mě na zem. Pěstí mě praštil do břicha. Bolest mě ochromila. Řekl, ať se ihned svléknu. Brečela jsem, ale jednala jsem jako robot. Nic jsem necítila. Vůbec mě nenapadlo křičet. Bylo to jako ve zlém snu. Stáhl mi kalhoty a zařval, ať roztáhnu nohy. Hrozně to bolelo. Pak mi to strčil do zadku. Chtělo se mi zvracet. Zařval: Ted' mi ho vykuř, ty děvko. Nechtěla jsem. Kopl mě do břicha. Poslechla jsem. Bylo to hnusné. Nikdy jsem nic takového nedělala. Pak si natáhl kalhoty a odešel. Nechal mě tam ležet. Ležela jsem jako mrtvá. Nemohla jsem vstát ani křičet. Kolem parku chodili chodci. Nikdo si mě v přítomí nevšiml.

Po chvíli jsem si bezmyšlenkovitě natáhla kalhoty. Cítila jsem v sobě prázdno, mrtvo. Jako v transu jsem šla na tramvaj. Přišla jsem domů, vlezla do vany a začala se strašně umývat.

Několik dnů jsem nevěděla, co s tím dělat. Matka si všimla, že jsem divná a začala se vyptávat, co se mnou je. Řekla jsem jí to. Křičela na mě, že jsem děvka. Proč jsem tam lezla. Že si za to můžu sama. Pak šla se mnou na policii. Tam se mě opět vyptávali na všechny nechutné podrobnosti. Cítila jsem, jak mnou pohrdají.

Další půlrok jsem žila jako v jiném světě. Jakoby všechno bylo ve filmu. Chodila jsem do školy, ale lidem jsem se vyhýbala. Přestala jsem s nimi mluvit. Na to, co se stalo, jsem jakoby zapomněla. Asi za půl roku jsem měla děsivý sen. Probudila jsem se se silnou bolestí břicha, jakoby mě do něj někdo praštil. Od té doby se mi děsivé sny opakují. Dvakrát se mi objevil ve snu Pavel a mlátil mě. Od té doby často propadám pocitům bezmoci. Život pro mě ztratil smysl. Spolykala jsem léky. Zachránili mě. Cítím se však oceňovaná. Jako prašivá ovce. Jako kurva. Mám hrůzu ze všech mužů. Od té doby jsem si nikoho nenašla. Už jsou to 4 roky.

- **Expozice ve fantazii (imaginaci):** Účinek expozice lze zvýšit tím, že necháme klienta zavřít oči, celou situaci si vizuálně vybavit a popisovat v přítomném čase. Zde se můžeme s klientem opakovaně vracet k emočně nabitým momentům, až dojde k habituaci a desenzibilizaci – tj. pacient situaci popisuje, ale nedochází již k objevení se emoční bouře.
- **Expozice filmu s podobným zápletkou:** Řada klientů prožívá velmi silnou abreakci při pohledu na film s tematikou podobnou jejich zážitku. Běžně mají klienti tendenci se takovým filmům vyhýbat nebo od scény utéci. Opakované promítání scény vede k habituaci a desenzitizaci.
- **Expozice zvukům, pohybům, dotekům:** Někdy se stává, že vizuální podněty nevedou k dostatečné abreakci, klient o traumatu mluví jakoby s odstupem a samozřejmě, nedostaví se vegetativní doprovod. Když uděláme důkladnou behaviorální analýzu, zjistíme, že typickým spouštěčem úzkosti je zvuk, určitý pohyb, dotyk druhého člověka nebo klienta samotného. To je důvod k uspořádání expozice tak, aby se dostavil spouštěcí podnět.

Např. mladý muž celkem bez emočního doprovodu sděluje, jak byl přítomen u těžké autohavárie. Věcně říká, že nemá pocity viny z toho, že nešel pomoci, protože by to neuměl, ještě by obětem mohl ublížit. Vizualizace události byla taktéž bez emocí. Nicméně klient měl dále flashbacky a strach o svou ženu. Důležitým klíčem pro plnou abreakci byl v tomto případě zvuk. Když při vizuální imaginaci situace začal zároveň terapeut vydávat vysoký zvuk zoufalého úpění, došlo k rozvoji silné úzkosti a vynoření četných sebeobviňujících a sebeznevažujících myšlenek. Po opakované expozici a zpracování těchto automatických myšlenek došlo k odeznění symptomatiky.

Podobná situace někdy vzniká u žen, které byly obětí znásilnění. Nejdůležitějším podnětem zde bývá dotek, hlavně na vnitřní straně kolen nebo stehen. Po doteku

dochází k plné expozici traumatu. Vzhledem k choulostivosti takto navozované expozice doporučujeme ji provádět jen v případě, že imaginace nedostačuje, pokud možno v přítomnosti nejméně dvou terapeutů, přičemž alespoň jeden terapeut by měla být žena. Jinou možností je přítomnost partnera jako koterapeuta. To může velmi pomoci při desenzibilizaci na doteky, které kvůli navození vzpomínek na trauma brání oběti v plnohodnotném sexuálním životě.

- **Sebeexpozice (návštěva místa znásilnění, chodit sama ap.):** U řady klientů s PTSD dochází k vyhýbání se určitým místům nebo situacím, které souvisely s traumatem. Např. oběť znásilnění se obává chodit večer ven nebo oběť autohavárie nemůže řídit. Vzhledem k tomu, že vyhýbavé chování interferuje s plnohodnotným životem a pomáhá k udržování PTSD, je potřeba, aby se klient těmto situacím vystavil a vyhýbavé chování překonal.

**Tabulka 8.4.17:** Příklad seznamu obávaných situací

|                                                                                                                                                                                                |                                            |                               |                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| Vytvořte seznam situací, ve kterých pravidelně podléháte nepříjemným pocitům, panice, strachu, vzteku nebo silné úzkosti a/nebo kterým se pravidelně vyhýbáte nebo ve kterých se zabezpečujete |                                            |                               |                                  |
| Měřítko intenzity úzkosti: Jak intenzivní nebo zahlcující je pro mě tato situace?                                                                                                              |                                            |                               |                                  |
| <b>0</b>                                                                                                                                                                                       | <b>1</b>                                   | <b>2</b>                      | <b>3</b>                         |
| Vůbec nevadí                                                                                                                                                                                   | Mírně nepříjemná a stresující              | Velmi nepříjemná a stresující | Extrémně nepříjemná a stresující |
| Měřítko pro míru vyhýbavého chování: Jak často se této situaci vyhýbám?                                                                                                                        |                                            |                               |                                  |
| <b>0</b>                                                                                                                                                                                       | <b>1</b>                                   | <b>2</b>                      | <b>3</b>                         |
| Vůbec ne                                                                                                                                                                                       | Zřídka                                     | Většinou                      | Vždy                             |
| SITUACE:                                                                                                                                                                                       | Odhadovaná intenzita úzkosti při expozici: |                               | Míra vyhýbavého chování:         |
| Sledování automobilových závodů v TV                                                                                                                                                           | 1                                          |                               | 2                                |
| Sednout si do auta a jen tam sedět bez jízdy                                                                                                                                                   | 1                                          |                               | 2                                |
| Cestovat autem v neděli dopoledne po čtvrti – je tam jen málo aut                                                                                                                              | 2                                          |                               | 1                                |
| Rozhovor o traumatické události                                                                                                                                                                | 2                                          |                               | 2                                |
| Cestování se spolujezdcem po městě                                                                                                                                                             | 2                                          |                               | 2                                |
| Cestování sám po městě                                                                                                                                                                         | 2                                          |                               | 2                                |
| Cestování se spolujezdcem po dálnici                                                                                                                                                           | 3                                          |                               | 2                                |
| Cestování sám po dálnici                                                                                                                                                                       | 3                                          |                               | 3                                |
| Cestování se spolujezdcem po dálnici v noci                                                                                                                                                    | 3                                          |                               | 3                                |
| Cestování sám v noci po dálnici                                                                                                                                                                | 3                                          |                               | 3                                |
| Cestování sám po dálnici v noci v zimě                                                                                                                                                         | 3                                          |                               | 3                                |

- **Systematická desenzibilizace ve fantazii:** Expozice v relaxaci se dnes používá již velmi zřídka, nicméně své místo v léčbě PTSD jistě stále má, zejména při léčbě dětí nebo velmi nezralých osobností. Umožňuje totiž hierarchické vystavení se obávané situaci ve fantazii i u osob, které běžně navozenou relaxaci nejsou schopny tolerovat.

## 5. Kognitivní restrukturalizace

Automatické negativní myšlenky udržují posttraumatickou stresovou poruchu. Pokud je pacient dokáže odmítnout, vede to ke zmírnění symptomatiky. V kognitivní restrukturalizaci společně s klientem zjišťujeme pro něj specifický význam událostí a pomáháme mu jej přepracovat na reálnější pohled:

- Zjišťujeme myšlenky, představy a emoční stavy vztažené k sobě samotnému, okolnostem a budoucnosti a testujeme jejich platnost (zejména pocity iracionální zodpovědnosti a viny, agresivní myšlenky k zemřelému, dětem, nebo sexuální touhy po znásilnění ap.).
- Snažíme se porozumět současné krizi v pojmech pacientovy životní situace a testujeme jeho pohled na ni.
- Snažíme se porozumět současné krizi v pojmech pacientových postojů (schémata) vytvořených během jeho života a testujeme jejich adaptivnost (pocit ohrožení sebekontroly, strach ze zmrzačení a odmítnutí okolí, označování, problém separace, pocity odmítnutí).

Postupy kognitivní rekonstrukce jsou podrobně uvedeny v obecné kapitole o strategiích. V dalším textu pro názornost rozvedeme práci s denním záznamem automatických myšlenek, neboť jde o typický domácí úkol pro pacienty s PTSD. Ke zpochybňování negativních myšlenek nám bude sloužit několik následujících kroků:

### A) Uvědomění si vztahu mezi negativními emocemi a negativními myšlenkami

Prvním krokem ke zvládnutí negativních myšlenek je pomoci pacientovi uvědomit si, jakým způsobem jeho automatické myšlenky ovlivňují jeho náladu. Jeho úkolem je všimnout si, kdy se jeho nálada mění. Zapiše si, co se právě děje a co mu v tu chvíli běží hlavou. Postup si nejdříve vyzkoušíme na zhodnocení nějaké situace, kdy došlo ke zhoršení nálady. Poté již sám každodenně vyplňuje záznam dysfunkčních myšlenek, který se následně probere při kontrole domácího úkolu. Instrukce pro domácí úkoly jsou následující:

- Kdykoliv prožívá zhoršení nálady, zapiše je do „záznamu automatických myšlenek“ (viz příklad). Na stupnici 0–100 má odhadnout, nakolik špatně se cítí. Hodnota 0 znamená nanejvýš příjemné pocity, hodnota 100 znamená nejhorší možný pocit.
- Pak zaznamená situaci (co právě dělal, kde byl).
- Poté zapisuje negativní myšlenky, které ho napadly těsně předtím nebo přímo v tu chvíli, kdy se nálada změnila k horšímu. Pokud se mu nepodaří zachytit

přímo myšlenky, má se pokusit ohodnotit, co se v situaci dělo. Do téže kolonky pak uvede, nakolik těmto myšlenkám věří. 0 % znamená, že jim nevěří vůbec, 100 %, že jim věří úplně.

**Tabulka 8.4.18:** Příklad vyplněného záznamu negativních automatických myšlenek

| Datum a hodina | SITUACE                                                       | AUTOMATICKÉ MYŠLENKY                                                                                       | EMOCE                                       |
|----------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
|                | <i>Co jsem dělala a na co jsem myslela?</i>                   | <i>Co mi přesně běželo hlavou? Nakolik jsem tomu věřila? (0-100 %)</i>                                     | <i>Co jsem cítila Jak silně?? (0-100 %)</i> |
| Úterý 13:30    | Potkala jsem černovlasého muže podobného tomu, co mě přepadl. | Divně se na mě kouká. Co když půjde za mnou? Určitě půjde a bude sledovat, kde bydlím. 90 %                | Strach 80 %                                 |
| úterý 18:00    | Manžel večer nebyl doma.                                      | Ten chlap šel za mnou a teď ví, kde bydlíme. Vleze sem a přepadne mě. 70 %<br>Nedokážu se mu ubránit. 80 % | Napětí 80 %<br>Strach 90 %                  |

## B) Zkoumání pravdivosti automatických myšlenek

Když se již pacient naučí lépe si svoje automatické myšlenky uvědomovat a zachytit, je dalším krokem jejich logické zkoumání. Jsou skutečně „úplně pravdivé“?. Odpovídají doopravdy nejlépe tomu, co se stalo? Typické otázky ke zjišťování pravdivosti automatických myšlenek jsou uvedeny v obecné části.

**Tabulka 8.4.19:** Testování automatické myšlenky – příklad

| Myšlenka: Byla to moje vina, že jsem byla znásilněna. (Věřím jí na 60 %.)                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CO SVĚDČÍ PRO?                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | CO SVĚDČÍ PROTI?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <p><i>Šla jsem večer kolem parku.</i></p> <p><i>Měla jsem krátkou sukni a vysoké boty, bylo to provokující.</i></p> <p><i>Matka mi to taky řekla, že je to moje vina.</i></p> <p><i>Policajti mi dávali najevo, že si za to můžu sama.</i></p> <p><i>Nejsem si jistá, zda mě to přece jen trochu nevzrušovalo.</i></p> | <p><i>Bylo teprve 8 večer a dříve jsem tam chodila běžně.</i></p> <p><i>To je pravda. Ale vůbec jsem nikoho nechtěla provokovat. Šla jsem od Karla, kterému jsem se chtěla líbit.</i></p> <p><i>Matka mě naštvala, nemá pravdu. Já jsem to přeci nechtěla, aby mě ti opilci znásilnili.</i></p> <p><i>Chovali se teda dost nechutně. Jakoby z toho měli radost. Prý se podobně chovají často. Byli to nevycvátaní hejsci.</i></p> <p><i>To opravdu jistě nevím, protože si celou situaci nepamatuji, ale dobře si pamatuji, že jsem se bála o život a byla celá ztuhlá. A to určitě převažovalo.</i></p> |



### C) Racionální odpověď – myšlenka, která více odpovídá skutečnosti

Po fázi testování automatických myšlenek pomáháme pacientovi pomocí otázek přerátovat automatické negativní myšlenky a nahradit je pravdivější variantou. Je důležité, aby si odpověď našel sám a my mu pomáhali jen jako „diskutéři“. Racionální odpověď, kterou mu sdělíme sami, nemá pro klienta valnou cenu, protože jí nemusí nevěřit.

#### Tabulka: Racionální odpověď – příklad

**RACIONÁLNÍ ODPOVĚĎ:** Není to moje vina, že jsem byla znásilněna, nikdy bych si něco tak hrozného nepřála a nešla jsem kolem parku schválně. Možná jsem si mohla dát větší pozor, ale nemá cenu se zpětně obviňovat. V ničem mi to nepomáhá.

Případně můžeme pacientovi pomoci tím, že si s ním ujasníme druh kognitivního omylu, kterého se při dané myšlence dopustil:

**Tabulka 8.4.20:** Racionální odpovědi po zjištění kognitivních omylů

| AUTOMATICKÉ MYŠLENKY                      | OMYLY V MYŠLENÍ                                                | RACIONÁLNÍ ODPOVĚĎ                                                                      |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Když zůstanu sama doma, někdo mě přepadne | Svévolná dedukce                                               | Když jsem byla jednou přepadená, neznamená to, že budu znovu.                           |
| Jsem navždy pošpiněná, bezcenná.          | Nepřiměřené zevšeobecňování                                    | To není pravda. Moje cena záleží na tom, co dělám, ne na tom, že jsem byla přepadená.   |
| Všichni se na mě budou dívat svrchu.      | Přehánění, značkování, čtení myšlenek,                         | Možná, že někdo ano, ale takový člověk mi nestojí za to. Většina se mnou cítí.          |
| Nikdy nikomu nedokážu pomoci              | negativní věštba, katastrofizace, „všechno nebo nic“ přehánění | Jednou jsem se vyděsila, příště, kdyby se stalo něco podobného, zkusím zareagovat lépe. |

Pak na stupnici 0–100 % pacient vyhodnocuje, nakolik jsou pro něj tyto racionální odpovědi přesvědčivé.

### D) Výsledek – nakolik nyní pacient věří své negativní myšlence a co nyní může udělat

- 1) Nyní se klient znovu podívá na původní myšlenku. Je stále stejně přesvědčivá, nebo se hodnocení změnilo? Odpověď zapíše do posledního sloupce s nápisem „Výsledek“ pod bod 1.
- 2) Nyní si projde znovu své emoce. Jsou stejné, jako byly předtím, nebo se po práci s negativními myšlenkami změnily? Pod druhý bod „Výsledku“ zapíše opět jejich hodnocení.

- 3) Na závěr si položí otázku – co konstruktivního může nyní udělat? Odpověď na ni si zaznamená pod třetí bod „Výsledek“. Zde je možné také zmínit, co jiného by mohl v podobné situaci udělat příště, aby se necítil tak špatně.

**Tabulka 8.4.21:** Příklad záznamu negativních automatických myšlenek

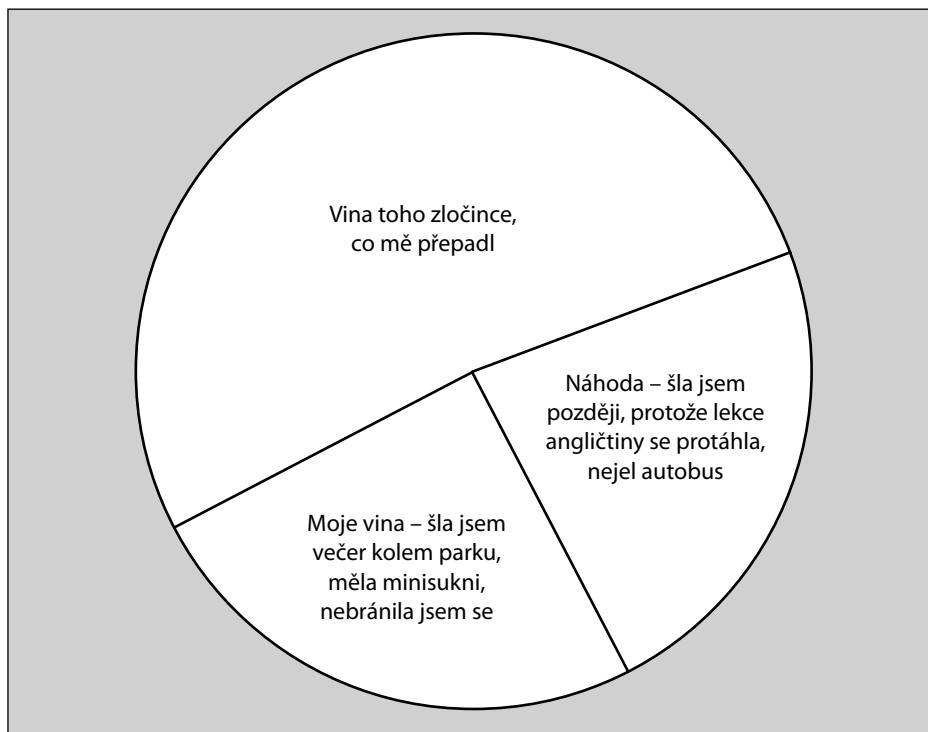
| Datum a hodina | SITUACE                                                      | AUTOMATICKÉ MYŠLENKY                                                                                      | EMOCE                                | RACIONÁLNÍ ODPOVĚĎ                                                                                     | VÝSLEDEK                                                                                                         |
|----------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                | Co jsem dělala a na co jsem myslela?                         | Co mi přesně běželo hlavou? Nakolik jsem tomu věřila? (0–100 %)                                           | Co jsem cítila? Jak silně? (0–100 %) | Jaká je racionální odpověď na automatickou myšlenku? Nakolik jí věřím? (0–100%)                        | 1. Nakolik nyní věřím automatické myšlence? (0–100%)<br>2. Jak se nyní cítím? (0–100%)<br>3. Co teď mohu udělat? |
| úterý 13:30    | Potkala jsem černovlasého muže podobného tomu, co mě přepadl | Divně se na mně kouká. Co když půjde za mnou? Určitě půjde a bude sledovat, kde bydlím. 90%               | strach 80%                           | I kdyby za mnou šel, je kolem spousta lidí. Pokud by došel k našemu domu, beztak nezjistí patro. 70%   | 1. 10%<br>2. strach 10%<br>3. věnovat se žehlení                                                                 |
| úterý 18:00    | Manžel večer nebyl doma.                                     | Ten chlap šel za mnou a teď ví, kde bydlíme. Vleze sem a přepadne mě. 70%<br>Nedokážu se mu ubránit. 80 % | napětí 80 %<br>strach 90 %           | Neviděla jsem ho, že by za mnou šel. Do bytu by se tak snadno nedostal. 80%<br>Mohla bych křičet. 50 % | 1. 10% a 50 %<br>2. napětí 10%<br>strach 20%<br>3. naložit pračku a podívat se na zprávy                         |

Cílem kognitivní rekonstrukce u pacientů trpících PTSD není ani tak změnit jednotlivé myšlenky, ale spíše změnit chápání toho, co se stalo, uchopit „příběh“ tak, aby vnímali traumatickou událost jako těžkou životní zkušenost, která však již patří minulosti, a sebe nikoliv jako oběť, ale jako „toho, kdo to přežil, vydržel“ a kdo dokáže své nynější problémy – navzdory či dokonce díky této události – aktivně zvládat.

### Koláč viny

U pacientů, kteří trpí silnými pocity viny, může pomoci, když s nimi terapeut po probrání traumatické události, kvůli které se obviňují, sepiše seznam všech faktorů, které se na vzniku události podílely. Tyto faktory pacient sepiše pod sebe a až

Tabulka 8.4.22: Příklad Janina „koláče viny“ za znásilnění



na poslední řádek napíše „já sám“. Poté terapeut pacienta požádá, aby ke každému z uvedených faktorů přiřadil číslo, odpovídající tomu, z kolika procent se tento faktor podílel na výsledné události. Může (ale nemusí) přiřadit i své vlastní hodnocení, na kolik procent se daný faktor na výsledné události podílel. Vzhledem k tomu, že vlastní vina pacienta se hodnotí až nakonec, získá se příslušný podíl jednoduchým dopočítáním do sta procent. Získané hodnocení podílu viny je vhodné i graficky znázornit na tzv. „koláči viny“, který je uveden v tabulce 8.4.22.

Například pacientka Jana si velmi vyčítala, že si za své znásilnění může sama, protože šla večer sama kolem parku, měla na sobě minisukni a po napadení se pachateli nijak nebránila, protože byla zcela ochromena hrůzou. Po debatě s terapeutem byla ochotna připustit, že svůj podíl viny na jejím znásilnění měl i pachatel, který si ji vyhlédl a sledoval ji až na osamělé místo. Také uznala, že část viny má i nešťastná shoda okolností, protože se její hodina angličtiny protáhla a jí ujel autobus, takže šla domů pěšky.

Po tomto rozboru a vytvoření grafického znázornění si uvědomila, že její vina je daleko menší, než se zpočátku domnívala.

## 6. Relaxace

**Nácvik relaxace:** Pacient zpočátku nacvičuje relaxaci za vedení terapeuta, potom sám v klidové situaci a nakonec i v situaci, která jej zúzkostňuje. Relaxace se používá

jednak při nácviku systematické desenzibilizace, jednak má velký význam pro snižování hyperarousalu a jeho vegetativních příznaků. Vhodná je jak progresivní relaxace, tak autogenní trénink. Pro potřeby KBT se nejčastěji používá progresivní relaxace vytvořená Östem (1987).

## 7. Řešení problémů

Problémy, které PTSD přinesla pacientovi v rodinném životě i v práci, je potřebné řešit. Řada z nich se totiž může podílet na udržování PTSD (např. ztráta majetku, práce, manželské problémy, sexuální dysfunkce). Řešení problémů je komplexní strategie, kterou uplatňujeme v předem definovaných oblastech klientova života.

## 8. Ukončení terapie a prevence relapsu

Před ukončením terapie „zředíme“ klientovy návštěvy a připravujeme ho na budoucnost. Předvídáme, že i v budoucnosti se občas dostaví zvýšená úzkost při vystavení se typickému spouštěči, to by však nemělo klienta odradit od pokračování v expozicích těmito situacím. Důležité je aktivně explarovat, jak by mohl sám použít dovednosti, které se v terapii naučil (kognitivní rekonstrukce, písemné expozice, relaxace).

Snažíme se také předvídat, jaké životní situace mohou v nejbližší budoucnosti nastat (např. ztráta zaměstnání, odchod od rodičů, rozchod s přítelem či přítelkyní). Požádáme pacienta, aby si vypracoval plán, jak jim čelit.

Řada klientů se chce ujistit, že se jich v případě nepohody v budoucnosti znovu ujmete. Jsme samozřejmě rádi, když takové ujištění nepotřebují. V případě, že jej vyžadují, můžeme říci něco v následujícím smyslu:

Pokud mě budete doopravdy potřebovat, tak jsem vám k dispozici, ale bude pro vás lepší překonat něco sám, než být závislý. Když se vám podaří snést okamžitou nepohodu, posílí to výsledek léčby.

### 8.4.4.5 Problémy v léčbě posttraumatické stresové poruchy

*Výhýbání se vzpomínkám na trauma* patří sice do běžného obrazu PTSD, někdy ale představuje překážku v léčbě. Postižený rovnou prohlašuje, že na traumatickou událost chce zapomenou, a nikdy o ní nechce mluvit. Pacient se pochopitelně bojí, že expozice traumatické události destabilizuje jeho křehkou emotivitu. Proto je nutná detailní a opakovaná edukace o charakteru traumatických vzpomínek i o významu expoziční léčby. Důležité je, aby pacient terapeutovi důvěřoval. Významné je to zejména u pacientů, kteří mají s traumatem spojeny silné pocity viny a studu. Tato témata je potřebné diskutovat před vlastní expozicí a dát pacientovi najevo, že ho přijímáme se vším, co se mu stalo a co udělal. Rozsah vzpomínání si řídí sám pacient, terapeut ho k rozpomínání nenutí, ale citlivě podporuje k dalším krokům. Problém se zvyšuje zejména u žen, které byly znásilněny a mají o tom mluvit před mužským terapeutem. Většinou to je možné, ale přípravná fáze, budující pocity bezpečí, trvá déle. Pokud je to dostupné, je možné navrhnout pokračování léčby u ženy-terapeutky.

*Komorbidní poruchy.* Komorbidita s depresivní poruchou a komorbidita s poruchou osobnosti (zejména hraniční) léčbu zpravidla ztěžuje. V případě depresivní poruchy je vhodné ji léčit přednostně, protože anhedonie, abulie a sebevýčitky brání náročným expozicím, navíc emocionálně vypjaté situace při vzpomínkách na trauma mohou zhoršit depresivní prožívání a zvýšit riziko suicidálního chování. Vždy zvažujeme antidepresivní medikaci i při mírné depresivní epizodě. U středně těžké deprese v případě komorbidity s PTSD s tímto krokem neotálíme, protože riziko suicidia stoupá na dvojnásobek. Při komorbiditě s poruchami osobnosti (nejčastěji s hraniční poruchou osobnosti) je často nutné se současně věnovat kontrole agresivních a sebepoškozovacích impulsů. Léčba je pak více vedena jako léčba poruchy osobnosti (velký důraz na terapeutický vztah, zvýšení motivace pacienta a kontejnování jeho emocí) a k expozicím traumatické události přistupujeme později a opatrněji.

*Zlehčování úspěchu.* Je to častá reakce pacienta na úspěch, která mu snižuje sebevědomí a demoralizuje jej. Smyslem postupné expozice je vzbudit v pacientovi pocit sebedůvěry a víry ve vlastní schopnost zvládat obtížné situace. Proto je třeba, aby terapeut opakovaně zdůrazňoval, jak je důležité ocenit každý dosažený pokrok, ať je jakkoliv malý. Může pomoci i tím, že si všimne a ocení všechny úspěchy, kterých pacient dosáhl, a také tím, že úkoly, které má klient plnit, jsou zcela jasné, konkrétní a pozorovatelné. Lze se tak vyhnout nejednoznačností, které mohou být zdrojem zlehčování dosaženého výsledku.

„Selhal jsem, nezvládl jsem to“: Je potřebné pacientovi vysvětlit že to, že určitý úkol nesplnil, neznamená, že selhal, ale že je to mnohdy způsobeno příliš optimistickým očekáváním a plánováním. Pozitivní stránkou nezdaru je to, že se pacient i terapeut dozvědí více o současných možnostech pacienta a mohou lépe plánovat další úkoly. Může pomoci, když předem pacienta upozorníme, že každý má své „dobré“ a „špatné“ dny a že je nutné se s tím smířit. Nezmary a potíže při plnění úkolů se proto zcela určitě objeví a je třeba zdůraznit, že nejde o definitivní selhání či návrat do původního stavu. Dokonce i zážitky, které člověk prožívá jako selhání, lze využít k tomu, aby se z nich klient poučil. Příznaky a výkon se mohou zhoršit také při nemoci, únavě či ve stresu.

*Problém zkreslených vzpomínek:* Traumatické vzpomínky mohou být nepřesné, zčásti disociované, kdy si pacient důležité části zážitku nepamatuje (zpravidla to bývají nejvíce traumatické situace), zčásti pak asociované s dalšími vlastními, ale i cizími zážitky (filmy) nebo sny. Neznamená to ale, že si je pacient vymýšlí. Bohužel to může u rigidnějších terapeutů vést k protipřenosu s podezřívavostí a odmítáním pacienta. Paměť je však nepřesná u většiny lidí a vzpomínky se míchají s různými postoji, hodnoceními i emocionálně nabitými zkušenostmi. Zčásti však může klient svoje výpovědi „upravovat“, zvláště ty, za které se nejvíce stydí. Někdy může být při konfrontaci s výpovědí druhých lidí zmaten z toho, že si situaci pamatuje jinak. Bývá to pro něj zahanbující zážitek, který potřebuje od terapeuta vysvětlit. Problém zkreslených vzpomínek se častěji vyskytuje u lidí, kteří zažili mnohočetná traumata a u lidí, kteří byli týráni v dětství.

## 8.4.5 KBT a psychofarmakoterapie u posttraumatické stresové poruchy

Všeobecný souhlas panuje v tom, že pacienti s PTSD potřebují nějakou formu psychoterapie (Hollander a Simon, 2003). Krizová intervence má své místo krátce po traumatické události a je účinná ve snížení aktuálního stresu. Zda je dostatečná pro prevenci chronické nebo odložené reakce, není dosud dostatečně jasné. Přidání farmakoterapie k psychoterapii má výrazně pozitivní efekt na výsledek léčby až u 70 % pacientů. Čím závažnější je symptomatika, tím více se uplatňuje podpůrný účinek farmak na schopnost pacienta traumatickou událost zpracovat a řešit aktuální problémy v životě (Bleich et al., 1986).

## 8.4.6 Kazuistika

Panu Jaroslavovi bylo třicet pět let, když byl svědkem dopravní nehody na dálnici v Němecu. V zatáčce viděl auto prorazit svodidla a zřít se ze stráně. Zastavil, přeběhl dálnici, uviděl rozbité auto a slyšel křik lidí. Chtěl jít pomoci, ale zůstal ztuhle stát na kraji dálnice. Nebyl schopen pohybu. Posádka dalšího auta, které zastavilo, vyběhla k havarovanému autu, vyprostila z něj lidi a zavolala sanitku. Jaroslav se odpotácel do svého auta. Nemohl dále řídit, musel jet spolenožník. Další dny na událost zapomněl. Asi po dvou měsících, když uslyšel brzdy auta na ulici, se mu mimovolně vrátila vzpomínka na nehodu a pocity viny. Ty ho často pronásledují celý rok od té doby, co se to stalo. Říká si, že totálně selhal, nebyl schopen pomoci, nebyť toho druhého auta, nikdo zraněné nevytáhl a nezavolal sanitku, určitě by tam zemřeli a mohl by za to on. Obraz auta naražejícího do svodidel a obraz rozbitého auta pod strání jej pronásleduje, i když se ho snaží vždy odpudit a odvést od něj pozornost. Vzpomínky se vrací mnohokrát každý den. Stačí jen uslyšet venku za oknem brzdění auta, vyjít na ulici a vidět auta, jak se předjíždějí, uvidět svodidlo u silnice, číst, slyšet o dopravní nehodě, zahlédnout automobilové závody v televizi. Strach se přenesl i na manželku a matku. Jaroslav jim opakovaně každodenně volá, zda jsou v pořádku, má strach, aby je nesrazilo auto, protože se obává, že by jim nikdo nepomohl. Sám přestal úplně řídit auto mimo město, ale i ve městě jede se strachem a jen, když doopravdy musí. Mimo město může jet, jen když řídí manželka, ale na dálnici nemůže ani s ní. Prožívá silný strach, když manželka jede autem sama se synem. Proto se jí v tom snaží zabránit. Ona se mu však odmítá podřídit. Také se změnil povahově, dříve si připadal klidný, nyní je buď silně napjatý, podrážděný, se sklonem ke zlostným výbuchům, nebo si připadá vyhaslý, bez energie, apatický, věci mu připadají jako vzdálené, „za sklem“, nedokáže je prožívat, zejména ty příjemné. Změnil se vztah se ženou. Stále více se hádají. Manželka mu vyčítá, že nemohou jet pořádně na dovolenou, protože se obává cesty po dálnicích, že jí neustále volá, takže je už v práci k smíchu, že jí stále něco zakazuje a přikazuje opatrnost. Také mu vyčítá, že moc pije alkohol. Jaroslav nemá pocit nadměrného pití, nicméně ví, že když si dá na večer 2–3 štamprata destilátu, lépe se mu usíná, jinak se převaluje 2–3 hodiny. Dále se výrazně zhoršil erotický život. Jaroslav je od havárie velmi napjatý a má problémy s dosažením erekce, stydí se za to, a tak se milování vyhýbá. Celkově se odcizil jak ženě, tak synovi. Neumí se s nimi potěšit, plně prožít

čas. Často uvažuje o své hodnotě jako člověka a přesvědčuje se, že jeho hodnota je nízká, když nebyl schopen pomáhat v tragické situaci. Taky si vyčítá, že selhává jako manžel, milenec i otec. V práci se rovněž objevují problémy, je výbušnější, hůře se dohodne se společníkem, odmítá jezdit na jednání. Společník to chápe, nicméně začíná být netrpělivý.

Asi po roce trápení se na popud manželky, která v jiném případě vyhrožovala rozvodem, rozhodl navštívit psychiatra.

**Anamnestické údaje:** Pan Jaroslav je podnikatel. Vyrůstal v disidentské rodině, která byla pronásledovaná. Od malička se od otce učil nedůvěřovat druhým a nespolehat se příliš na ostatní. Měl z „kádrových důvodů“ problémy dostat se na střední školu. Proto se nejdříve vyučil elektrikářem a pak si dodělal maturitu. Věděl, že na vysokou školu by ho za totality nevzali, proto se o to ani nepokoušel. V rodině byl vychováván přísně, s důrazem na morálku, i za drobné prohřešky byl trestán podle otcova hesla: „Musíme komoušům ukázat, že jsme morálnější než oni!“. Matka byla submisivní, ve všem se otci podřizovala, musel ji uklidňovat, když byla úzkostná. Už jako dítě ji občas Jaroslav uklidňoval sám. Pan Jaroslav si otce velmi vážil, pokládal ho rovného, nezávislého a vždy chtěl být jako on. Ve 27 letech se oženil, vzal si Vladku, děvče, se kterým chodil 5 let. Pokládal to za povinnost, když spolu tak dlouho chodili, i když měl pochybnosti o tom, že se k sobě hodí. Oba byli dominantní povahy a neradi si ustupovali, často docházelo k hádkám. Rok po svatbě měli krizi, když si Vladka našla přítele a chtěla se rozvést. Tehdy to Jaroslav ustál, byl trpělivý a nic jí nevyčítal. Po ročním vztahu, kdy už dva měsíce bydlela u přítele, se Vladka vrátila domů. Za rok potom se jim narodil syn Petr. Bylo to krátce po revoluci, Jaroslav začal podnikat a dařilo se mu. Byl velmi spokojený – vztah s Vladkou byl dobrý, měli syna, podnikání vynášelo, postavil dům. V následujících 6 letech se rodině dařilo velmi dobře, syn prospíval, neměli větší problémy ve vztahu, příjmy z podnikání byly slušné, Vladka se vrátila po mateřské do práce a byla tam spokojená, jezdili pravidelně na dovolené po celé Evropě a začali uvažovat o dalším dítěti.

Asi půl roku před nehodou náhle zemřel otec pana Jaroslava. Těžko se s tím vyrovnával, nemohl si pořádně ulevit, ani se vyplakat. Otce si velmi vážil, zároveň se ho bál, nikdy si s ním nedokázal otevřeně promluvit. Po smrti otce byl více tělesně nemocný, prodělal těžkou angínu a bolestivý zánět čelních dutin.

V den nehody se pan Jaroslav a společník ve firmě vraceli ze služební cesty v Německu. Ucházeli se o zakázku u velkého německého koncernu a neuspěli. Jaroslav řídil. Neměli zpočátku moc dobrou náladu, trochu se přeli, pak si však začali ze všeho dělat legraci. Pak náhle v ostřejší zatáčce uviděli na druhé straně silnice, jak stříbný mercedes vrazil do svodidel, prorazil je a zřítíl se ze stráně. Jaroslav v šoku zastavil, oba vyběhli z auta, přeběhli dálnici na druhou stranu. Pod strání viděli zdemolované auto a slyšeli z něho křik. Oba zůstali jako přimrazení stát na kraji silnice. V tu chvíli zastavilo německé auto, vyběhli z něj lidé a běželi k havarovanému. Vyprostili zraněné z auta a volali záchranku. Jaroslav byl stále strnulý, spolujezdec se ještě zeptal, zda nemohou nějak pomoci. Nepotřebovali. Jaroslav nemohl hned řídit, a tak jel společník.

Vzpomínat na detaily situace nebylo pro pana Jaroslava jednoduché. Opakovaně musel vyprávění přerušovat, zpotil se, zatajoval dech, draly se mu do očí slzy. Zejména, když líčil, jak „totálně lidsky selhal“.

Po komplexním vyšetření se psychiatr pokusil panu Jaroslavovi vysvětlit, jakým způsobem může traumatická událost dále fungovat a co ji může udržovat. Zdůraznil, že bude potřebné jednotlivé projevy dále monitorovat, aby porozumění mohlo být ještě přesnější.

**Faktory zvyšující citlivost vůči stresu:** Otec, kterého pacient obdivoval a zároveň se bál, kladl rozhodující důraz na morálku, kritizoval a nadměrně trestal ze selhání. V rodině bylo málo protektivních faktorů proti stresu, chybělo mazlení, laskavost a tolerance k chybám. Celá rodina žila ve vnějším stresu spojeným s pronásledováním. Pan Jaroslav se jako dítě snažil vždy získat hodnotu v očích otce, proto se velmi dobře učil a neustále hlídal, jak je morální.

Dalším pozdějším faktorem zvyšujícím citlivost pana Jaroslava byla krize v manželství, kterou sice ustál, ale ztratil pocit důvěry k manželce, kterou dále už nikdy nepovažoval za svoji oporu. Naopak krize zdůraznila jeho postoj, němž byl vychovaný v dětství: „Musím se chovat morálně!“, protože tem mu dle jeho mínění pomohl získat manželku zpět, i postoj „Všechno musí zvládnout sám, protože druzí tě mohou zradit“.

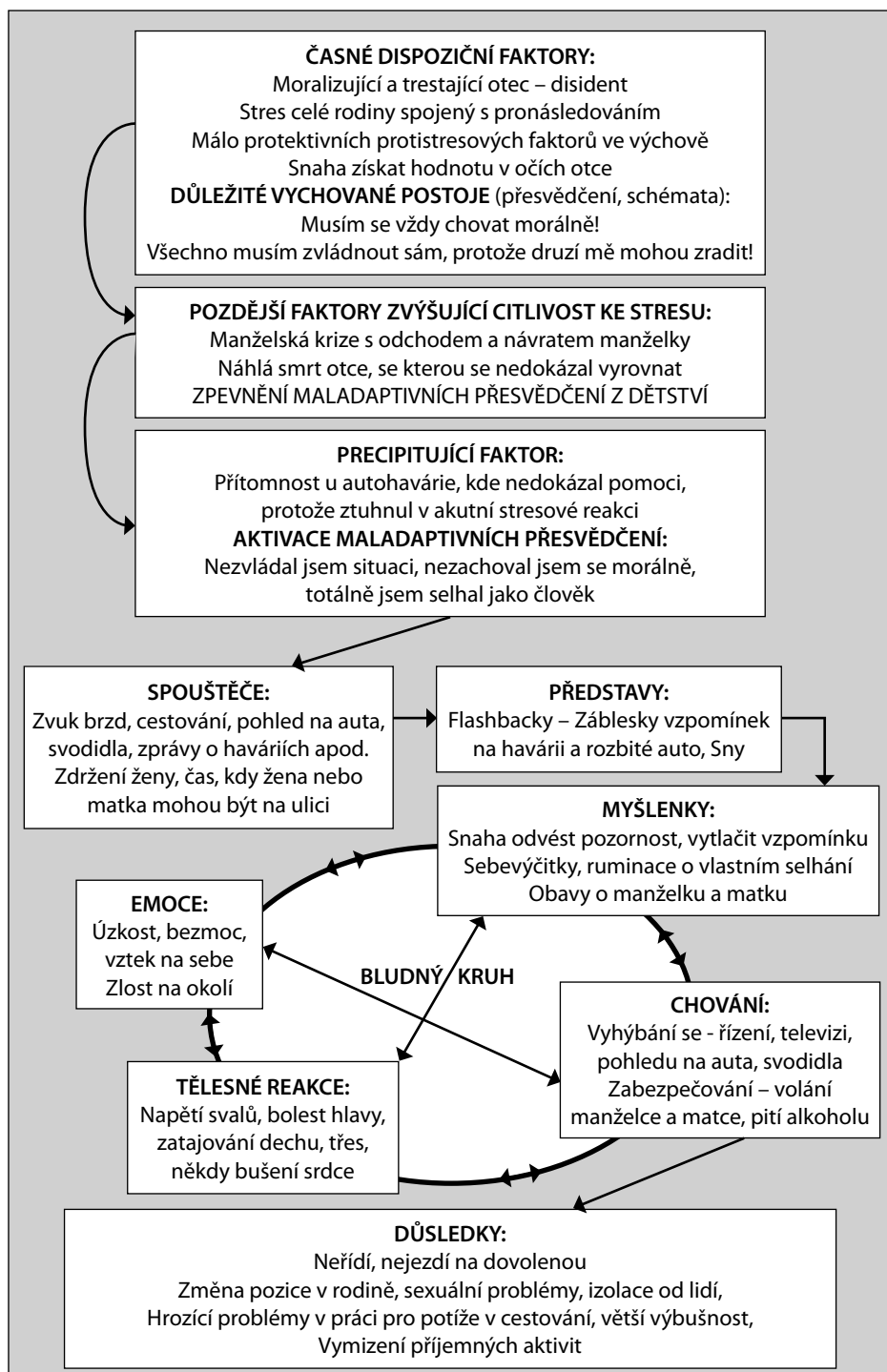
Krátkce před traumatickou událostí zemřel otec, ke kterému měl pan Jaroslav ambivalentní vztah. Se smrtí otce se do traumatické události nedokázal vyrovnat. Navíc v tomto období prodělal několikrát za sebou infekční onemocnění.

**Precipitující faktory:** K traumatické události došlo na pozadí předešlých faktorů, které disponovaly pana Jaroslava k horšímu zpracování jakéhokoli stresu. Navíc v den traumatu měl za sebou neúspěch v jednání, který ho mrzel. Zážitek havárie by byl pro něj silně stresující kdykoliv, protože neměl s ničím podobným žádnou zkušenost v minulosti. Tento zážitek by byl nadměrně stresující pro naprostou většinu lidí. V dané chvíli nevěděl, jak reagovat. Hlavou mu proběhlo, že neví, co dělat. Báł se, že nebude umět pomoci, přitom měl podle nejhlubšího přesvědčení povinnost pomoci. Akutní reakce na stres se ztuhnutím (kterou při nadměrném stresu prožívá většina lidí) tento vnitřní konflikt vyřešila, nicméně následovaly silné výčitky. Pan Jaroslav porušil to, co mu diktoval otec a čemu celý život chtěl věřit, že musí být vždy morální a všechny situace musí sám zvládnout. To otevřelo s plnou silou pochybnosti o sobě samém, svém charakteru a nedostacích, které měl v dětství při konfrontaci s otcem i v době, kdy ho opustila manželka.

**Udržovací faktory:** Pan Jaroslav se od počátku snažil na traumatickou událost zapomenout. Tím pádem ji nemohl emocionálně zpracovat. Událost se podobně, jako u jiných lidí s PTSD, začala vracet ve flashbacích a ve snech. Začalo ji připomínat všechno, co nějak i vzdáleně souviselo s traumatem. Snaha potlačit vzpomínky pokaždé, když se vrátily, neumožnila se na traumatickou událost adaptovat. Pocity viny a sebevýčitky navíc podporovaly úzkost, bezmoc a pocity méněcennosti. Vyhybavé chování znovu potvrzovalo jeho „slabost“ a upevňovalo jeho bídné mínění o sobě. Stálé volání manželce i matce vedlo k tomu, že mu to obě vyčítaly. Ujistění ho sice na chvíli zklidnilo, úzkost o ně ho v zápětí znovu přepadla. Podobně ho částečně zklidňoval alkohol, ale opět, podobně jako předešlé chování, bránil v otevřeném zpracování traumatu. Jeho role v rodině se podstatně změnila, stal se na ženě závislý, přitom jí úplně nevěřil. Následně došlo ke zhoršení ereckce a dalšímu bludnému kruhu vyhybání a sexuálních selhání.



Obrázek 8.4.1: Schéma konceptualizace problémů pana Jaroslava



Momentální situace pana Jaroslava byla o to svízelnější, že trauma už přineslo sekundární problémy – snížené sebevědomí, mírnou depresi, sexuální dysfunkci a počínající krizi v rodině. Aktuálně neměl o co opřít své sebevědomí a chyběly mu příjemné zážitky. Sám to formuloval: „Jsem na dně!“

Terapeut v prvním rozhovoru sdělil panu Jaroslavovi, jak rozumí jeho situaci, vysvětlil, jak funguje trauma v procedurální paměti u lidí, kteří rozvinou PTSD, a nakreslil mu výše uvedené schéma, které dále společně propracovali. Opakovaně ho emocionálně podpořil, protože si uvědomoval, že pan Jaroslav nyní častější podporu nutně potřebuje. Pak vysvětlil, které terapeutické kroky spolu mohou podniknout. Zdůraznil, že expozice potřebují určitou odvahu, protože jsou nepříjemné, nicméně v životě byl pan Jaroslav častokrát statečný, když snášel příkoří totalitního režimu i když dokázal šlechtetně zvládnout manželskou krizi. Edukace vedla k úlevě – pan Jaroslav pochopil, že to, čím trpí, je známý problém a že je možno s ním něco dělat. Probrali ještě suicidální tendence, ale ty pan Jaroslav popřel. I když byl na dně, chtěl bojovat, „pro moje děti i pro moji matku a manželku“. Na konci sezení předběžně formulovali problémy a cíle terapie a dohodli se na dalším, delším rozhovoru za 3 dny:

**Tabulka 8.4.23:** Předběžná formulace problémů a cílů

| PROBLÉMY                                                                                                                   | CÍLE                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Vrácející se reminiscence mě děsí a brání mi v řízení auta a vedou ke kontrolování ženy a matky.                           | Chci se naučit cestovat autem i mimo město a přestat kontrolovat ženu a manželku telefonem.      |
| Denně v průměru 2-4krát nadměrně vybuchnu v zaměstnání nebo doma, pak si to vyčítám.                                       | Na konci terapie chci umět konfliktní situace řešit v klidu a i pokud vybuchnu, umět se omluvit. |
| Mám problémy s erekci, a proto se vyhýbám sexu.                                                                            | Chci s manželkou otevřeně probrat, jak se cítím, a přestat se vyhýbat sexu.                      |
| Vyhýbám se příjemným aktivitám.                                                                                            | Chci postupně začít zařazovat více příjemných aktivit jak sám, tak s rodinou.                    |
| Moje vyhýbání se cestování a výbušnost vedly k tomu, že společník za mě vyřizuje většinu jednání a začíná být nespokojený. | Chci opět začít cestovat na obchodní jednání a vyřizovat si svoje záležitosti sám.               |

Po podrobném vyšetření, po kterém zvažovali podávání antidepressiv a pan Jaroslav se rozhodl raději léčit bez nich, se začali 2krát týdně scházet k individuální psychoterapii. Předem se dohodli na celkem 16 setkáních s tím, že v případě potřeby mohou program prodloužit.

#### Expozice traumatickým vzpomínkám:

Ve čtyřech prvních sezeních se věnovali rozpomínání na traumatickou příhodu. Pod terapeutovým vedením pan Jaroslav nejdříve chvíli relaxoval, pak se měl vrátit k traumatickému zážitku tak, že si ho postupně vybavoval před vnitřním zrakem a popisoval, co vidí

a co prožívá. Začínal vzpomínkou na jízdu autem po dálnici, pak popisem, jak vidí auto narážet do svodidel a zřítit se ze stráně. Pak popisoval, jak zastavili, běželi přes silnici, zastavili se, popisoval pohled na rozbité auto, vlastní ztuhnutí, chaotické myšlenky, které běžely hlavou, neschopnost se hnout. Pohled na to, jak k autu přiběhli lidé a vytahovali oběti havárie, pak jak jeho reakce povolila a jak jeli autem dál. První popis byl velmi krátký, přesto panu Jaroslavovi natolik stoupla úzkost, že musel otevřít oči a na chvíli odvést pozornost, aby mohl pokračovat. Už v prvním sezení pak popsal zážitek znovu a mnohem detailněji. V průběhu expozice se rozplakal a uvolnil. Po expozici se věnovali přerámování sebeobviňujících myšlenek o vlastním selhání. Je opravdu špatný člověk? Nechtěl pomoci? Nepomohl schválně? Je lékař nebo záchranář, aby věděl, co přesně dělat? Je možné, aby člověk, když ztuhne hrůzou, dokázal zároveň racionálně jednat? Sokratovské dotazování mu zatím od pocitů viny plně neulevilo, ale uvědomil si, že také jeho společník nedokázal nic udělat. Také si řekl, že kdyby cizí zachránci nepřijeli tak záhy, asi by k havarovanému autu běžel a zkusil pomoci. Nebyl si tím však jistý.

Za domácí úkol měl popsat celou situaci do detailů znovu s pokynem, že když úzkost příliš naroste, přestane psát, bude dělat něco jiného a vrátí se k psaní až poté, co se uklidní. Měl taky napsat, co svědčí pro to, že je špatný člověk a co svědčí proti tomu. Důkazy měl vybírat z celého svého života. Třetím úkolem bylo přestat telefonicky kontrolovat ženu a matku.

V dalších sezeních pak terapeut četl jeho popis události a znovu se v imaginaci detailněji vracel ke klíčovému okamžiku, kdy ztuhle stojí a dívá se na havarované auto. Popisoval také své tělesné pocity a chaotické myšlenky, které ho v dané chvíli napadaly. Uvědomil si také úlevu, kterou prožil, když druhé auto zastavilo a lidé z něho vyběhli pomáhat. Ve čtvrtém sezení měl silnou abreakci, když spolu s terapeutem napodobili úpění a křik, které slyšel z auta. Během těchto dvou týdnů, zaměřených zejména na expozice traumatickým vzpomínkám, vymizely flashbacky.

### **Zábrana ubepečování telefonováním ženě a matce:**

Úkol netelefonovat se mu zpočátku úplně nedařil. V telefonování matce se dokázal překonat a nutkavost ji volat pominula už v prvním týdnu. Těžší to bylo u manželky. Přestal jí volat přes den, ale nutkání zavolat v době, kdy odcházela z práce, a pak ji pomocí mobilu kontrolovat v průběhu hodinové cesty domů bylo tak silné, že mu prvních čtrnáct dnů každodenně podlehl. Nakonec se s ní dohodl, že ona si vypne mobil, takže ji na cestě nedostihne. Dva dny to prožíval se silným strachem, myslel si, že se jejího návratu domů nedočká, zvažoval, zda si nevzít léky na uklidnění nebo se neopít, ale dokázal to zvládnout. Pak postupně nutkání zavolat klesalo a během dalšího týdne zjistil, že úzkost je již tak malá, že se může věnovat jiným věcem, jen občas si vzpomene, že Vladka je na cestě.

### **Expozice in vivo:**

Poté, co výrazně ustoupily flashbacky, tj. po dvou týdnech léčby, začali s nácvikem postupné expozice cestování autem. Bylo to ve třetím týdnu léčby. Cílem bylo cestovat autem mimo město a být schopen řídit na dálnici. Vytvořili hierarchii postupných cílů, které chtěl Jaroslav zvládnout:

1. Jezdit sám autem po městě, dokázat dojet do práce a zpět.
2. Odvézt rodinu na chatu 50 km od města a dojet zpět sám v sobotu odpoledne, kdy byl minimální provoz.
3. Odvézt spolence na jednání do vzdálenosti 100 km od města, zatím mimo dálnici.
4. Jet sám po dálničním okruhu kolem města, celkem 30 km.
5. Jet sám po dálnici do Jihlavy, celkem 120 km.
6. Odvézt manželku a syna na návštěvu k rodičům manželky na Moravu, celkem 270 km, a po dvou dnech je odvézt zpět do Prahy.
7. Jet se společníkem na jednání po dálnici do Norimberku, řídit tam i zpět.
8. Sám si projet dálnici v místě traumatické události a vrátit se zpět, celkem 560 km.

Tyto kroky expozice in vivo zvládl pan Jaroslav s drobnými úzkostmi, nicméně celkem snadno. Nejtěžší byl pro něj krok 4), kdy poprvé jel po dálnici. Zpočátku jel velmi opatrně a bylo mu nepříjemné, že jej auta předjíždějí, připadal si „méněcenný“, proto se k dálničním okruhu vrátil celkem 3krát ve třech po sobě následujících dnech, kdy byl schopen už jet přiměřenou rychlostí. Cestu do Jihlavy zvládl naopak napoprvé bez úzkostí. Zjistil, že když někoho veze, má větší strach, než když jede sám. Během cesty s rodinou na Moravu však postupně habitoval a zkusil si i rychlost vyšší než 130 km za hodinu. Zpáteční cesta již byla bez problémů. Z cest do Německa měl větší obavy předem, nepolevil však a oba kroky zvládl bez větších problémů. Místo havárie však už nenašel.

#### **Kognitivní restrukturalizace:**

Kognitivní restrukturalizace začala od prvního sezení testováním automatických negativních myšlenek. První myšlenka, které se pan Jaroslav věnoval, byla „Jsem špatný a nemorální člověk!“. V sokratovsky vedeném dialogu se tento koncept podařilo částečně zpochybnit už v sezení, za domácí úkol dostal sepsat důkazy pro a proti hypotéze, že je „špatný a nemorální člověk.“

**Tabulka 8.4.24:** Důkazy pro a proti automatické negativní myšlence

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Myšlenka                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Jsem špatný a nemorální člověk                                                                                                                                                                                                           |
| Pro automatickou negativní myšlenku svědčí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Diskuse s důkazem pro ANM                                                                                                                                                                                                                |
| Nešel jsem pomoci při autonehodě.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Prožíval jsem tak silný stres, že jsem se nedokázal pohnout. To neznamená, že jsem špatný a nemorální.                                                                                                                                   |
| Otec mi to říkal v dětství.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Řekl mi to jen výjimečně, když jsem klukovsky zlobil, nic nemorálního ani špatného jsem nedělal.                                                                                                                                         |
| Mívám sexuální fantazie a touhy po jiných ženách než po vlastní.                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | To je normální, to mají i jiní muži. Nebyl jsem jí nevěrný.                                                                                                                                                                              |
| V dětství jsem 2krát ukradl nanuk v obchodě.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Byl jsem malý a nedokázal jsem odolat, dosud se za to stydím. Teď bych nic neukradl.                                                                                                                                                     |
| Přestal jsem se bavit s Františkem a vyhýbal jsem se mu, když jsem si našel jiného kamaráda.                                                                                                                                                                                                                                                                         | S Františkem jsem se v pubertě začal nudit, stále se jen chlubil. Protože byl vzteklý, bál jsem se mu říci, že na něj nebudu mít čas, že už s ním nechci kamarádit, tak jsem se mu vyhnul. Bylo to o mém strachu, ne nedostatku morálky. |
| Velmi závidím, když někdo má úspěch tam, kde bych ho chtěl mít sám.                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | To je pravda, je to však spíše o chtění to dokázat také. Asi je to normální. Nikdy nikomu nic špatného nepřeju.                                                                                                                          |
| Nedokážu se postavit společníkovi, když někomu křivdí, a nechám tu křivdu být.                                                                                                                                                                                                                                                                                       | To je taky pravda. Obávám se hádky s ním, a tak raději souhlasím i s tím, s čím vnitřně nechci. To je spíše nedostatek odvahy než nedostatek morálky, i když morálnější by bylo říci, co si myslím. To se chci naučit.                   |
| Proti automatické negativní myšlence svědčí:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                          |
| Vždy jsem se snažil mluvit pravdu.<br>V dospělosti jsem nikdy nic neukradl.<br>Nejsem nevěrný.<br>Nepodvádím.<br>Pokud vidím někde nespravedlnost, snažím se proti tomu postavit (pokud k tomu mám odvahu).                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                          |
| Pravdivější zhodnocení, než byla původní ANM:<br>Jsem člověk, který se snaží být čestný a spravedlivý. Tuto snahu může někdy limitovat dostatek odvahy nebo dovednosti, neznamená to však, že jsem horší nebo méně morální, než je většina lidí. To, že jsem nedokázal jít pomoci lidem v havarovaném autě automaticky neznamená, že jsem špatný a nemorální člověk. |                                                                                                                                                                                                                                          |

Podobným způsobem proběhlo úspěšně testování dalších automatických negativních myšlenek, které se panu Jaroslavovi objevovaly. Byly to zejména dvě myšlenky: „Vladku srazí auto a nikdo jí nepomůže!“ a „Jako manžel, milenec i otec nestojím vůbec za nic!“ U první rozumně zjistil, že i když se může stát, že auto srazí manželku, dokonce i to, že jí nikdo nepomůže, tato kombinace je velmi málo pravděpodobná. Navíc to, že ji bude kontrolovat telefonem, tomu nemůže nijak zabránit. Na stoprocentní jistotu, že se to nikdy nestane, bude muset rezignovat, protože osud řídit nedokáže. Jako nikdo na světě. Celkem

snadno si vyvrátil, že selhává jako manžel a otec. O rodinu se dobře stará, materiálně i citově. I když byl teď výbušnější, souviselo to se stresem po traumatické události. Když reagoval přehnaně, dokázal se omluvit. To, že selhává jako milenec, je nyní pravda, nicméně to také souvisí se zvýšeným napětím. Ztratil v této oblasti sebedůvěru. Nicméně, zkusí to s manželkou otevřeně probrat a požádat ji o pomoc. Bude to sice pro něj těžké, ale odhodlal se to zkusit. Terapeut se zeptal, proč to pro něj bude tak těžké? Čeho se nejvíce obává? Jaroslav se obával, že mu manželka vyjádří pohrdání, bude ironická nebo naštvaná, že se vymlouvá. Terapeut navrhl, že tyto předpovědi by mohli testovat v experimentu.

**Tabulka 8.4.25:** Záznam behaviorálního experimentu

| Experiment                                                                        | Předpoklad – co očekávám, že se stane                                       | Možné problémy                                                                                                                                                                   | Způsoby, jak tyto problémy překonat                                                                                              | Výsledek experimentu                                                                                                                                                                                                                                         | Nakolik podpořil výsledek experimentu myšlenku, kterou ověřuji? (0-100 %) |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Řeknu manželce, že se vyhýbám milování, protože mám strach, že nebudu mít erekci. | Řekne, že to ví a že jsem se jí měl svěřit už dříve, že zkusí být trpělivá. | Řekne, že si to mohla myslet, že jako chlap jsem k ničemu. Místo abych ji uspokojil, ji oběžuju stálým telefonováním. Nebo mi řekne, že mám milenku a vymlouvám se na selhávání. | Řeknu jí, že chápu, že už je naštvaná, ale pokud by mi pomohla, snad by to šlo obnovit. Milenku nemám a mrzí mě, že mě podezírá. | Manželka byla ke mně pozorná a citlivá. Řekla, že to ví a chce mi pomoci, ale když se vyhýbám, tak to nejde. Že po mně touží, a pokud nebudu mít erekci, tak to nevádí, můžeme se mazlit. Pak jsme se večer mazlili a nakonec i milovali. Bylo to moc hezké. | 100 %                                                                     |

Experiment pomohl vrátit se k milování. Pan Jaroslav měl, jak sám hodnotil „střídavý výkon“. Někdy neměl zpočátku mazlení erekci, ale ve většině případu se nakonec zdařila. Jednou se to nepovedlo vůbec, nicméně mazlil se s manželkou ústy a přivedl ji k vyvrcholení. Při dalším milování, za dva dny, se vše povedlo dobře. V průběhu jednoho měsíce se milostný život vrátil do původních kolejí, což přispělo ke zlepšení rodinné atmosféry. Když to pan Jaroslav se ženou probírali, sama mu řekla, že nejvíce jí pomohlo to, že k ní byl otevřený, protože najednou cítila, že ho má ráda a chce mu pomoci. Předtím, když si „hrál na hrdinu“ a přitom „utíkal“, byla na něj naštvaná.

**Propracování vztahu s otcem:**

Po 7 týdnech ambulantní léčby se pan Jaroslav cítil velmi dobře a zažíval návrat do plnohodnotného života. Dosáhl všech cílů, které si na počátku léčby vytýčil. Cestoval bez omezení, nekontroloval telefonicky ani matku, ani svoji ženu, vzpomínky na traumatickou událost se přestaly vracet, přestal být výbušný, rodinná situace i milostný život se upravily, začali společně cestovat sportovat, přestal na společníka přehazovat jednání s jinými firmami, měl dobrou náladu a byl celkově spokojený. V průběhu terapie si však uvědomil, že má tendenci si dělat nadměrné výčitky a morálně se kárat. Uvědomil si, že za tímto postojem k sobě stojí přísná otcova výchova. K otci má, i po jeho smrti, stále neujasněný vztah. Mísí se v něm úcta se vztekem. Při představě, že by měl jít na hřbitov na jeho hrob, se v něm zvedá odpor. Nedomůže se taky o něm bavit s matkou. V zásadě mu to v životě nevadí, ale kdyby to šlo, rád by tomu více porozuměl. Protože z plánovaných 16 sezení měli vyčerpaných 13, terapeut souhlasil s tím, že se společně pokusí tento problém propracovat. Nabídl panu Jaroslavovi, aby otci napsal „dopis na rozloučenou“. Dopis, ve kterém mu sdělí vše, co mu nestihl během života říci. Dopis, ve kterém bude maximálně otevřený a sdělí všechno dobré i zlé, co k otci cítil. Na další sezení přinesl pan Jaroslav dopis, který měl 6 stran. Řekl, že to bylo hodně těžké, protože nad psaním zažíval hodně vzteku, ale i smutku, bezmoci, lítosti a lásky. Zpočátku se za negativní emoci odsuzoval, ale nakonec si to dovolil. Uvědomil si, kolik různých emocí k otci cítil. Terapeut ho požádal, aby mu dopis přečetl. Přesto, že se pan Jaroslav snažil dopis přečíst co nejrychleji, uprostřed se znovu rozplakal. Přesto, že to nepatří k běžným KBT přístupům, terapeut ho objal a nechal vyplakat. Jaroslav odcházel se značnou úlevou. V předposledním setkání pak terapeut přečetl tento dopis Jaroslavovi. Četl dopis pomalu a s odmlkami. Pak se dohodli, že Jaroslav zajde na hřbitov a přečte dopis nad otcovým hrobem.

**Ukončení terapie:**

V posledním sezení pan Jaroslav sdělil, že byl na hřbitově a otci přečetl dopis na rozloučenou. Má dojem, že se s otcem smířil, protože při čtení cítil velkou lásku, vděčnost a zároveň mír v sobě. Zlost na otce už nemá.

Pak probrali krok po kroku celý průběh terapie a rekapitulovali, co se pan Jaroslav během terapie naučil. Nejvíce sám oceňoval, že se naučil nevyhýbat se nepříjemným věcem a přestal se odsuzovat za to, když mu něco nejde nebo se mu něco nepovede. Uvědomil si, že nemusí být dokonalý, a přitom to neznamená, že je špatný nebo totálně selhal.

V dalším roce ho čeká stres ve firmě, protože se ji rozhodli zásadně rozšířit, aby se připravili na vstup do EU. Určitě to nebude lehké a bude zažívat řadu konfliktních situací. Nechce však převádět jejich řešení na spolumajitele. Také bude muset zvýšit nároky na některé zaměstnance, což se jim nebude moc líbit. Toho se bojí nejvíc, nicméně nemůže nic jiného dělat. Bude se snažit udržet dobrý rodinný život, protože v něm cítí zázemí.

**8.4.7 Závěr**

Termín posttraumatická stresová porucha (PTSD – posttraumatic stress disorder) je používán pro úzkostnou poruchu, která se typicky rozvíjí po emočně těžké, stresující události, která svojí závažností přesahuje obvyklou lidskou zkušenost

a bývá traumatickou pro většinu lidí. Léčbou volby u PTSD je psychoterapie (zejména kognitivně behaviorální terapie), terapie antidepressivy (SSRI, nefazodon, TCA) nebo antikonvulzivy, v případě psychotických rysů antipsychotiky. Mezi základní principy při léčbě PTSD patří vytvoření terapeutického vztahu, vysvětlení a edukace o tom, co se s pacientem děje, a zmírnění či odstranění stigmatizace. Edukace a destigmatizace je zpravidla potřebná také s rodinnými příslušníky, pokud k tomu pacient svolí. KBT pracuje s pacientem strukturovaně krok za krokem. Pacient se nejdříve učí zvládat své příznaky, diskutovat se svými negativními myšlenkami, které ho obviňují nebo značkují a souvisí s nedůvěrou ke světu, exponovat se jak vzpomínkám na trauma, tak situacím, kterým se vyhýbá, relaxovat a řešit svoje problémy v životě.

## 8.4.8 Literatura – Posttraumatická stresová porucha

1. ANDREWS, G, SLADE, T., PETERS, L.: *Classification in psychiatry*. ICD 10 versus DSM-IV. Br. J. Psychiatry, 1999, č. 174, s. 3–5.
2. BLANK, A. S.: *The longitudinal course of posttraumatic stress disorder*. In: Davidson, J. R. T., Foa, E. B. (eds.): *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and Beyond*. Washington (DC): American Psychiatric Press, 1993.
3. BLEICH, A., SIEGEL, B., CARO, R. et al.: *Post-traumatic stress disorder following combat exposure: Clinical features and psychopharmacological treatment*. Br. J. Psychiatry, 1986, č. 149, s. 354–369.
4. BOUDEWYNS, P. A., HYER, I.: *Physiological response to combat memories and preliminary treatment outcome in Vietnam veterans PTSD patients treated with direct therapeutic exposure*. Behav. Ther., 1990, č. 21, s. 63–87.
5. BRESLAU, N., DAVIS, G. C., ANDRESKI, P. et al.: *Traumatic stress disorder in an urban population of young adults*. Arch. Gen. Psychiatry, 1991, č. 48, s. 216–222.
6. BRETT, E., OSTROFF, R.: *Imagery in posttraumatic stress disorder: An overview*. Am. J. Psychiatry, 1977, č. 142, s. 417–424.
7. BROM, D., KLEBER, R. J.: *Prevention of post-traumatic stress disorders*. J. Trauma Stress, 1989, č. 2, s. 335–351.
8. CARLSON, J. G., CHEMTOB, C. M., RUSNÁK, K. et al.: *Eye movement desensitization and reprocessing (EMRD) treatment for combat-related posttraumatic stress disorder*. J. Trauma Stress, 1998, č. 11, s. 3–24.
9. CHARNEY, D. S., DUTCH, A. Y., KRYSTAL, J. J. et al.: *Psychobiologic mechanisms of posttraumatic stress disorder*. Arch. Gen. Psychiatry, 1993, č. 80, s. 294–306.
10. COOPER, N. A., CLUM, G. A.: *Imaginal flooding as a supplementary treatment for PTSD in combat veterans: A controlled study*. Behav. Ther., 1989, č. 20, s. 381–391.
11. CROCKETT, B. A., DAVIDSON, J. R. T.: *Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder*. In: Stein, D. J., Hollander, E. (eds.): *Textbook of Anxiety Disorders*. Washington: American Psychiatric Publishing, 2002, s. 387–402.
12. DAVIDSON, J. R. T., HUGHES, D., BLAZER, D. G. et al.: *Posttraumatic stress disorder in the community: An epidemiological study*. Psychol. Med., 1991, č. 21, s. 1–9.



13. DAVIDSON, J. R. T., KUDLER, H., SANDERS, W. B. et al.: *Predicting response to amitriptyline in posttraumatic stress disorder*. Am. J. Psychiatry, 1993, č. 150, s. 1024–1029.
14. DAVIDSON, J. R. T., MARCH, J. S.: *Traumatic stress disorders*. In: Tasman, A., Kay, J., Lieberman, J. A. (eds.): Psychiatry. Philadelphia: Saunders, 1997, s. 1085–1099.
15. DEVILLY, G. J., SPENCE, S. H.: *The relative efficacy and treatment distress of EMDR and cognitive-behavioral trauma treatment protocol in the amelioration of post-traumatic stress disorder*. J. Anxiety Disord., 1999, č. 13, s. 131–157.
16. FAIRBANK, J. A., KEANE, T. M.: *Flooding for combat-related stress disorders: Assessment of anxiety reduction across traumatic memories*. Behav. Ther., 1982, č. 13, s. 499–510.
17. FOA, E. B., ROTHBAUM, B. O., RIGGS, D. S. et al.: *Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling*. J. Consult. Clin. Psychol., 1991, č. 59, s. 719–723.
18. FOA, E. B., ROTHBAUM, B. O., STEKETEE, G. S.: *Treatment of rape victims*. Special Section: Rape. J. Interpers. Violence, 1993, č. 8, s. 256–276.
19. FOA, E. B., DANCU, C. V., HEMBREE, E. A. et al.: *A comparison of exposure therapy, stress inoculation therapy, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims*. J. Consult. Clin. Psychol., 1999, č. 67, s. 194–200.
20. HELTZER, J. E., ROBINS, L. N., McEVOY, L.: *Posttraumatic stress disorder in the general population: Findings of the Epidemiological Catchment Area Survey*. N. Engl. J. Med., 1987, č. 317, s. 1630–1634.
21. HOLLANDER, E., SIMEON, D.: *Concise guide to anxiety disorders*. Washington: American Psychiatric Publishing, 2003, 252 s.
22. HOROWITZ, M. J.: *Stress-Response Syndromes*. New York: Aronson, 1976.
23. HYER, I. WOODS, M. G., BRUNO, R. et al.: *Treatment outcomes of Vietnam veterans with PTSD and the consistency of the MGMI*. J. Clin. Psychol., 1989, č. 45, s. 547–552.
24. KAMINER, H., LAVIE, P.: *Dreaming and long term adjustment to severe trauma*. Sleep. Res., 1988, č. 18, s. 148.
25. KAPLAN, H. I., SADOCK, B. J.: *Concise textbook of clinical psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1996, 669 s.
26. KEANE, T. M., FAIRBANK, J. A., CADDAL, J. M. et al.: *Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans*. Behav. Ther., 1989, č. 20, s. 245–260.
27. KESSLER, R., SONNEGA, A., BROMET, E. et al.: *Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey*. Arch. Gen. Psychiatry, 1995, č. 52, s. 1048–1060.
28. KRYSTAL, J. H., KOSTEN, T. R., PERRY, B. D. et al.: *Neurobiological aspects of PTSD: Review of clinical and preclinical studies*. Behav. Ther., 1989, č. 20, s. 177–198.
29. MACKLIN, M. L., METZGER, L. J., LASKO, N. B. et al.: *Five-year follow-up of eye movement desensitization and reprocessing therapy for combat-related posttraumatic stress disorder*. Compr. Psychiatry, 2000, č. 41, s. 24–27.

30. MARCH, J. S.: *The nosology of posttraumatic stress disorder*. J. Am. Dis., 1990, č. 4, s. 61–82.
31. MARCH, J. S.: *What constitutes a stressor? The „criterion A“ issue*. In: Davidson, J. R. T., Foa, E. B. (eds.): *Posttraumatic stress disorder: DSM–IV and beyond*. Washington: American Psychiatric Press, 1993, s. 37–54.
32. MARKS, J. S., AMAYA–JACKSON, L., MURRAY, M. C. et al.: *Cognitive-behavioral psychotherapy for children and adolescents with posttraumatic stress disorder after a single-incident stressor*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1998, č. 37, s. 585–593.
33. MCCAFFREY, R. J., FAIRBANK, J. A.: *Behavioral assessment and treatment of accident-related posttraumatic stress disorder: Two case studies*. Behav. Ther., 1985, č. 16, s. 406–416.
34. Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování: Diagnostická kritéria pro výzkum (přeloženo z anglického originálu). Praha, Psychiatrické centrum, 1996, Zprávy č. 134, 179 s.
35. MOŽNÝ, P., PRAŠKO, J.: *Kognitivně behaviorální terapie: Úvod do teorie a praxe*. Praha: Triton, 1999, 304 s.
36. PENISTON, E. C.: *EMG biofeedback assisted desensitization treatment for Vietnam combat veterans post traumatic stress disorder*. Clin. Biofeedback Health, 1985, č. 9, s. 35–41.
37. PITTMAN, R. K.: *Biological findings in posttraumatic stress disorder: Implications for DSM–IV classification*. In: Davidson, J. R. T., Foa, E. B. (eds.): *Posttraumatic stress disorder: DSM–IV and beyond*. Washington: American Psychiatric Press. 1993, s. 173–190.
38. PITTMAN, R. K., VAN DER KOLK, B. A., ORR, S. P. et al.: *Naloxone-reversible analgesic response to combat-related stimuli in post-traumatic stress disorder: A pilot study*. Arch. Gen. Psychiatry 1990, č. 47, s. 541–544.
39. PITTMAN, R. K., ALTMAN, B., GREENWALD, E. et al.: *Psychiatric complications during flooding therapy for posttraumatic stress disorder*. J. Clin. Psychiatry, 1991, č. 52, s. 17–20.
40. PRAŠKO, J.: *Posttraumatická stresová porucha*. In: Seifertová, D., Praško, J., Höschl, C. (eds.): *Postupy v léčbě psychických poruch*. Praha: Academia Medica Pragensis, 2004, s. 253–270.
41. PRAŠKO, J.: *Léčba posttraumatické stresové poruchy*. ČS Psychiat., 1997, č. 93 (suppl. 4), s. 53–58.
42. PRAŠKO, J., BAREŠ, M., PAŠKOVÁ, B. ET AL.: *Posttraumatická stresová porucha a její léčba. Příručka pro klinickou praxi*. Praha: PCP, 1997, 44 s.
43. PRAŠKO, J., BAREŠ, M., PAŠKOVÁ, B. et al.: *Vnucují se vám úzkostné vzpomínky na děsivou událost? Příručka pro nemocné trpící posttraumatickou stresovou poruchou*. 2. vydání. Praha: PCP, 1998, 40 s.
44. PRAŠKO, J., KOSOVÁ, J.: *Kognitivně behaviorální terapie úzkostných stavů a deprese*. Praha: Triton, 1998, s. 234 s.
45. PRAŠKO, J., HÁJEK, T., PREISS, M.: *Posttraumatická stresová porucha a jak se jí bránit*. Praha: Maxdorf, 2002, 93 s.

46. PRAŠKO, J., HÁJEK, T., PAŠKOVÁ, B. et al.: *Stop traumatickým vzpomínkám: Jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Praha: Portál, 2003, 178 s.
47. RESICK, P. A., SCHNICKE, M. K.: *Cognitive processing therapy for sexual assault victims*. J. Consult. Clin. Psychol., 1992, č. 60, s. 748–756.
48. RESICK, P. A., JORDAN, C. G., CIRELLI, S. A. et al.: *A comparative outcome study of behavioral group therapy for sexual assault victims*. Behav. Ter., 1988, č. 19, s. 383–401.
49. RICHARDS, D. A., ROSSE, J. S.: *Exposure therapy for post-traumatic stress disorder: Four case studies*. Br. J. Psychiatry, 1991, č. 158, s. 836–840.
50. RICHARDS, D. A., LOVELL, K., MARKS, I. M.: *Post-traumatic stress disorder: Evaluation of a behavioral treatment program*. J. Traumatic. Stress, 1994, č. 7, s. 669–680.
51. SHALEV, A. Y., ORR, S. P., PITMAN, R. K.: *Psychophysiologic response during script driven imagery as an outcome measure in post-traumatic stress disorder*. J. Clin. Psychiatry, 1992, č. 53, s. 324–326.
52. SHORE, J. H., VOLLMER, W. M., TATURN, E. L.: *Community patterns of posttraumatic stress disorders*. J. Nerv. Ment. Dis., 1989, č. 177, s. 681–685.
53. SMITH, E. M., NORTH C. S., MCCOOL, R. E. et al.: *Acute post-disaster psychiatric disorder: identification of persons at risk*. Am. J. Psychiatry, 1990, č. 147, s. 202–206.
54. SOLOMON, S. D., GERRITY, E. T., MUFF, A. M.: *Efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: An empirical review*. JAMA, 1992, č. 268, s. 633–638.
55. SOUTHWICK, S. M., KRYSTAL, J. H., MORGAN, C. et al.: *Abnormal noradrenergic function in posttraumatic stress disorder*. Arch. Gen. Psychiatry 1993, č. 50, s. 266–274.
56. TARRIER, N., PILGRIM, H., SOMMERFIELD, C. et al.: *A randomized trial of cognitive therapy and imaginable exposure in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder*. J. Consult. Clin. Psychol., 1999, č. 67, s. 13–18.
57. TRUE, W. R., RICE, J., EISEN, S. A. et al.: *A twin study of genetic and environmental contributions to liability of posttraumatic stress symptoms*. Arch. Gen. Psychiatry. 1993, č. 50, s. 257.
58. YEHUDA, R., GILLER, E. L., SOUTHWICK, S. M. et al.: *Hypothalamic-pituitary-adrenal dysfunction in posttraumatic stress disorder*. Biol. Psychiatry, 1991, č. 30, s. 1031–1048.
59. VAN DER KOLK, B. A.: *The role of the group in the origin and resolution of the trauma response*. In: van der Kolk, B. A. (ed.): *Psychological Trauma*. Washington: American Psychiatric Press, 1987, s. 153–171.
60. VAUGHAM, K., TARRIER, N.: *The use of image habituation training with post-traumatic stress disorder*. Br. J. Psychiatry, 1992, č. 161, s. 658–664.
61. WINFIELD, I., GEORGE, L. K., SCHWARTZ, M. et al.: *Sexual assault and psychiatric disorders among a community sample of women*. Am. J. Psychiatry, 1990, č. 147, s. 335–341.

## 8.5 KBT hypochondrická poruchy

Ján Praško, Richard Záleský, Beata Pašková

Každodenní zkušenost – radost, úzkost, vztek, smutek i vyčerpání – má tělesné dimenze. Vnímání tělesných pochodů může ovlivňovat psychické rozpoložení, a to může naopak ovlivňovat tělesné funkce. Vnímání tělesných symptomů má podstatnou signální funkci zvláště při zátěži, přepínání či vyčerpání. Když si člověk stěžuje na přítomnost tělesných potíží, má to výrazný interakční aspekt – pomoc, náklonnost a pozornost, úleva, ochrana a podpora od ostatních se zpravidla zvyšují. Diagnóza „hypochondrie“ je termín špatně snášený pacienty a nadužívaný profesionály. Pacient se tomuto označení pochopitelně brání: „Nejsem hypochondr!“, „Nevymýšlím si svoje potíže, já je mám!“. Salkovskis doporučuje používat termín „health anxiety“ (strach o vlastní zdraví) místo termínu „hypochondrie“, aby zdůraznil, že postižení si příznaky nevymýšlejí a že se diagnóza „strachu o vlastní zdraví“ nevylučuje s přítomností skutečné tělesné nemoci (Salkovskis, 2003). Snaha postiženého vyhnout se značkování vede k popírání poruchy, odkládání nebo vyhnutí se léčbě. Odborníci jsou podobně jako pacient a jeho rodina částečně závislí na stereotypu duševně nemocného v populaci. Z velké části je nálepkování také součástí protipřenosové reakce. Značkování pacienta může vést buď k nadhodnocení, nebo podhodnocení jeho potíží, a tím k nepřiměřené léčbě.

Pacient vchází poprvé do ordinace a křičí:

Co si vůbec myslíte? Já nejsem žádný blázen! Já mám nemocnou prostatu! Na urologii už mě nechtějí vyšetřit. Jsem z toho nešťastný! Ale jinak jsem úplně normální! Napište jim, že nejsem blázen, ať mě pořádně vyšetří! Léčit se tady nechci. U nás nikdy žádný blázen nebyl!

Tento začátek rozhovoru s novým pacientem, trpícím hypochondrickou poruchou, mluví za vše. Pacient nechce přijmout psychiatrickou diagnózu ani léčbu. Čím víc on a jeho rodina cítí psychiatrickou diagnózu jako stigma, čím častěji se setká se stigmatizací u zdravotního personálu („Jste hypochondr, nic vám není!“) a čím více očekává odmítnutí z okolí, tím je zahájení léčby svízelnější. Psychiatrická léčba samotná také může být „označkována“ negativní nálepkou. Zejména, když pacient slyší od somatického lékaře, že „Psychiatrii vás už srovnají“, nebo si jeho rodina, přátelé i on sám myslí, že psychofarmaka „jsou drogy, co ničí mozek a játra – člověk z nich zblbne“ a psychoterapie je „vymývání mozku“ a „psychiatr je sám blázen.“

Pozornost pacienta s hypochondrickou poruchou je plně soustředěna na somatické projevy poruchy. Emoční projevy buď plně popírá, nebo je vnímá jako reakci na „vážnou nemoc“. Negativní nálezy laboratorních vyšetření bývají pokládány buď za chybu měření, nebo nedostatek erudovanosti lékaře. Proto je pochopitelné, že se pacienti domáhají dalších specializovanějších vyšetření. Pacient si nevěří, vnímá hlavně tělesné potíže a bojí se, že pokud budou jeho potíže pokládány za

„nervové“, nikdo se jím nebude zabývat a další laboratorní vyšetření budou odmítnuta. Jeho postoj k psychickým problémům u druhých bývá pohrdavý, dívá se na ně buď jako na slabost, nebo jako na „šilenství“. Tento postoj většinou dávno předchází rozvoji prvních potíží. Typické v léčbě je, že opakovaná vysvětlení, která velmi dobře chápe, odmítne. Nedokáže se smířit s tím, že by opravdu patřil „mezi blázný“.

## 8.5.1 Základní údaje o hypochondrické poruše

Hippokrates jako první popsal pacienty, kteří se nadměrně zabývali tělesnými funkcemi. Od jeho dob bývají pacienti, jejichž hlavním příznakem je strach z toho, že trpí závažnou chorobou, aniž by byla objektivně potvrzena, nazýváni hypochondry. Postižení typicky chybně interpretují neškodné signály z různých orgánových systémů jako příznaky těžkého tělesného onemocnění.

Hypochondrická porucha je tedy charakterizována úzkostným sebezpozorováním a strachem z nemoci. Zdůraznění obav jako ústředního příznaku se zdá být blízké generalizované úzkostné poruše, intenzitou strachu panické poruše a kontrolováním a ujišťováním obsedantně kompulzivní poruše. Postižený se obává, že má jednu nebo více závažných a progredujících tělesných nemocí (MKN-10). Projevuje časté stesky na tělesné potíže nebo se zabývá vlastním fyzickým vzhledem. Pacient běžné pocity a tělesné příznaky interpretuje jako abnormální či patologické. Vyvolávají v něm strach a napětí. Obavy a starosti způsobují postiženému výrazný stres a narušují jeho schopnost fungovat v osobních, sociálních a pracovních rolích. Výsledky vyšetření ani vysvětlování ho nedokáží přesvědčit. Chodí od lékaře k lékaři a neúnavně znovu a znovu mluví o svých obavách. Jeho pozornost je odpoutaná od konfliktů životní situace a investovaná do sebezpozorování. Na rozdíl od somatizační poruchy tedy pacienti s hypochondrickou poruchou nevyžadují tak často léčbu, ale chtějí potvrdit diagnózu a dožadují se dalších odborných vyšetření.

### 8.5.1.1 Klinické projevy hypochondrické poruchy

Postižení obvykle zaměřují svou pozornost pouze na jeden nebo dva orgány či orgánové systémy. Predilekčním objektem úzkostných obav je břicho (regio hypochondrica), trávení, srdce, játra, močový aparát, pohlavní orgány a mozek. Jde tedy o skryté orgány, nepřístupné přímému vnímání, na které se váží úzkostné představy, mezi kterými dominují představy o destrukci nebo nesprávné funkci orgánu. Mnohé úzkosti se váží na nemoci, o kterých se aktuálně na veřejnosti mluví: rakovina, infarkt myokardu, AIDS. Volba orgánu může někdy navazovat na reálné onemocnění, nehodu nebo operaci. Pacient s hypochondrickou poruchou může udávat tělesnou nemoc nebo zohyzdění a stupeň přesvědčení o její přítomnosti a zdůrazňování jedné poruchy více než druhé se obvykle mezi jednotlivými návštěvami lékaře mění. Často uvažuje o možnosti, že může mít i další choroby. Vyhledává lékaře, aby mu mohl sdělit své představy.

### 8.5.1.2 Diagnóza hypochondrické poruchy

Typické pro hypochondrickou poruchu jsou tedy dlouhodobý (nejméně 6měsíční) strach (přesvědčení) z rozvoje vážné nemoci a interpretace tělesných pocitů jako známk tohoto onemocnění. Přesvědčení o vážné nemoci (či nemocích) a zabývání se příznaky vyvolává trvalé pocity tísně nebo narušuje fungování v běžném životě a vede k vyhledávání vyšetření nebo léčby (MKN-10). Toto přesvědčení trvá přes ujišťování lékařů a negativní výsledky objektivních vyšetření. Příznaky nejsou pod vědomou kontrolou pacienta a nemají bludnou intenzitu, ani nejsou součástí jiné poruchy.

**Tabulka 8.5.1:** Diagnostická kritéria MKN-10 pro hypochondrickou poruchu (1996)

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>A. Musí být přítomen některý z těchto znaků:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pacient je přesvědčen, a to po dobu alespoň 6 měsíců, že má maximálně dvě vážné somatické choroby (z nichž alespoň jednu musí přesně pojmenovat);</li> <li>2) pacient se neustále zabývá myšlenkou, že je deformován nebo zohyzděn (dysmorfofobická porucha).</li> </ol> <p>B. Přesvědčení pacienta o nemoci a zabývání se příznaky vyvolává trvalý pocit tísně nebo narušuje jeho fungování v běžném životě a vede ho k vyhledávání léčby nebo vyšetření (či ekvivalentní pomoci léčitelů).</p> <p>C. Pacient stále odmítá ujišťování lékařů, že neexistuje žádná somatická příčina pro příznaky nebo tělesné abnormality. (Krátkodobé přijetí takového ujištění, tj. několik málo týdnů během vyšetřování nebo bezprostředně po vyšetřeních, tuto diagnózu nevylučuje.)</p> <p>D. <i>Nejčastější užívaná vylučovací doložka.</i> Symptomy se nevyskytují během poruch schizofrenního okruhu nebo poruch nálady.</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### 8.5.1.3 Epidemiologie hypochondrické poruchy

Exaktní studie prevalence v populaci zatím chybějí. Starší odhady prevalence jsou 3–13 % u různých kultur (Kenyon, 1965), ale není jasné, zda tato čísla mluví o plně vyjádřené hypochondrické poruše nebo pouze o hypochondrických symptomech. Určitý stupeň obav o zdraví je v populaci častý. Podle Kellera (1987) 10–20 % „normálních“ a 45 % „neurotických“ osob má občasné obavy z nemoci. Jiná práce (Keller, 1985) odhaduje, že 50 % všech pacientů navštěvujících lékaře trpí buď nadměrnými obavami o zdraví nebo hypochondrickou nadstavbou při nezávažné somatické nemoci. Porucha postihuje stejně často muže i ženy. Mnozí pacienti, obzvláště s mírnějšími variantami poruchy, zůstávají v primární péči nebo v péči somatických specialistů.

### 8.5.1.4 Etiopatogenetické faktory hypochondrické poruchy

#### Amplifikační hypotéza

Podle této hypotézy je hypochondrická porucha naučené chování, pacient ale může být vrozeně disponován sníženým prahem bolesti a zvýšenou vnímavostí těles-

ných příznaků (Barsky a Klerman, 1983). Podle autorů pacienti amplifikují normální senzorické vjemy a přisuzují jim patologický význam (Barsky et al., 1993).

### Obsedantně kompulzivní spektrum

Podobnost s některými jinými poruchami vede k úvahám, zda **biologická** příčina není podobná neurobiologii obsedantně kompulzivní poruchy, Tourettova syndromu, trichotillomanie či impulzivního hráčství, kde se předpokládá narušená serotoninergní neurotransmise v bazálních gangliích a prefrontální kůře (Hollander, 1993). Jedná se o tzv. **obsedantně kompulzivní spektrum**, kam byla zařazena i hypochondrická porucha (Hollander et al., 1992) na základě fenomenologické podoby obsesí a hypochondrických myšlenek, které postižený není schopen neutralizovat bez zabezpečování a ujišťování (Martin a Yutzy, 1997).

### Psychodynamický model

Freud ve své práci „Zur Einführung des Narzissmus“ postuloval hypotézu, že funkce a orgány, kterými se pacient zaobírá, mají zvýšené libidinózní obsazení. Domníval se, že pacient odpoutává zájem a libido od objektů vnějšího světa a obojí koncentruje na orgán. Pozdější práce, pojednávající o psychických orgánových reprezentacích (Fenichel, 1946) se ukázaly být neplodné. Hafner (1959) zdůraznil, že v neurotickém zpracování je také touha „po alespoň malém zbytku bezpečí“, které poskytuje péče o domněle nemocné tělo. Moderní psychodynamické vysvětlení mluví o tom, že kumulovaná agresivní a hostilní přání patřící jiným osobám nebo sexuální fantazie jsou transformovány (pomocí potlačení a přenosu) do tělesných stížností (Stoudemire, 1988). Hněv těchto pacientů pochází z minulých zklamání, odmítnutí nebo ztrát. Pacient jej vyjadřuje vybízením druhých k pozornosti a pomoci, jež pak může odmítnout jako neúčinné. Na hypochondrické příznaky lze také pohlížet jako na obranu vůči pocitům viny (za minulé reálné nebo domnělé prohršky, sexuální fantazie), vyjádření nízkého sebevědomí nebo pocit, že postižený je v jádru špatný. Hypochondrie bývá také dávaná do souvislosti s kastrační úzkostí.

### Teorie sociální komunikace

Podle teorie sociální komunikace postižení nevědomě využívají tělesných příznaků k manipulaci a kontrole ve vztazích. Stížnostmi vybízejí k pomoci, kterou pak odmítají jako neúčinnou. Vesměs jde o důsledek intrapsychického konfliktu, který souvisí s neschopností adaptace na požadavky okolí a vývoje (podle Gabbard, 1994).

### Teorie učení a KBT modely

Podle teorie učení se postižený naučí roli nemocného, a ta je posilována komunikací (potřeba přijetí a gratifikace), zabezpečováním a ujišťováním, vyhýbavých chování, zaměřenou pozorností a katastrofickým kognitivním stylem. Podkladem je v dětství naučené kognitivní schéma: být zdrav znamená nemít

žádné příznaky  $\Rightarrow$  mít jakýkoliv nezvyklý tělesný pocit znamená nemoc. Kognitivní zkresení se objevuje ve více oblastech. Tělesné příznaky pacient považuje za nebezpečnější, než ve skutečnosti jsou, důsledky nemoci za hroživější, svoji schopnost bránit se nemoci za nižší, a podceňuje léčbu a schopnosti lékařů (podrobněji viz dále).

### 8.5.1.5 Diferenciální diagnóza a komorbidita hypochondrické poruchy

Prvním krokem diferenciální diagnostiky je vyloučení *tělesného onemocnění*. I v případě komorbidní tělesné nemoci musíme určit míru, s níž obavy o zdraví přispívají přímo nebo nepřímo ke stresu pacienta, a tím mohou udržovat nemoc. Potřebujeme vyloučit zejména *systémová onemocnění*, jako je sclerosis multiplex, lupus erythematodes, sklerodermie, dále sarkoidózu, endokrinopatii, myasthenia gravis, nádorové onemocnění, ICHS, převodní poruchy a poruchy srdečního rytmu.

Z psychických poruch se zaměření na somatické potíže objevuje u *panické poruchy*, *depresivní poruchy* a *obsedantně kompulzivní poruchy*, schizofrenie s hypochondrickými bludy, poruchy s bludy a schizoafektivní poruchy, které ovšem mají velmi typickou skladbu příznaků. Obtížnější může být odlišení od *trvalé poruchy s bludy*. Přesvědčení nemocného o tom, že trpí vážnou nemocí, může být mimořádně úporné a dosahovat až hloubky bludu. V tomto případě musíme hodnotit intenzitu přesvědčení a přítomnost typických charakteristik bludu (nepravdivost, naprostá nevývratnost, vliv na chování člověka a psychotickou etiologii), v případě bludné hypochondrie je symptomatika stabilnější a dlouhodobější. Hypochondrický blud je vždy nevývratný, velmi intenzivní a má vliv na chování jedince. Hypochondrický blud, na rozdíl od hypochondrie, působí často cizí a nelze se do něj vcítit. Hypochondrický blud je vždy příznakem psychotického onemocnění a nepatří mezi somatoformní poruchy. Diferenciální diagnóza mezi hypochondrickou poruchou a poruchou s bludy může být mnohdy velice obtížná.

*Schizofrenie* je v typických případech od hypochondrické poruchy zřetelně odlišná, a to hlavními příznaky, jako jsou bludy, poruchy vnímání nebo myšlení a afektivity. Někdy se však bludy a halucinace psychotických pacientů týkají vlastních tělesných funkcí. Hypochondrický blud se může týkat běžné nemoci nebo je pacient přesvědčen o zcela bizarním onemocnění.

Hypochondrický blud s přesvědčením o neodvratnosti smrti v důsledku vážné nemoci se může vyskytnout u těžké *deprese s psychotickými příznaky*. Principiálně je mezi hypochondrickou poruchou a afektivní poruchou jasná hranice, protože rozhodující hlavní příznaky jsou u první tělesné těžkosti a u druhé změna nálady v podobě sklíčenosti, tísněnosti a smutku (Rief a Hiller, 1998). Někdy je obtížné odlišit hypochondrickou poruchu od tzv. *larvované deprese*, kdy nedomnuje smutek, ale tělesné příznaky. Zejména starší pacienti s depresivní poruchou se mohou prezentovat především četnými somatickými příznaky. U rekurentní depresivní poruchy s hypochondrickými příznaky se tyto obavy opakují a v období bez de-



prese zcela mizí. Někdy se může projevit hypochondrickými obavami i patologický smutek po ztrátě blízké osoby.

Depresivní a úzkostné poruchy se mohou vyskytovat společně s hypochondrickou poruchou. Komorbidita s depresí je relativně častá a někdy v průběhu nemoci se objevuje asi u 40 % pacientů. U pacientů, kde se panické záchvaty dlouho neléčí, dochází často k sekundární hypochondrizaci. Obě poruchy mohou existovat současně vedle sebe. Problematictější je ohraničení proti generalizované úzkostné poruše, kde podle definice musí úzkostné příznaky trvat delší období, a to ve smyslu nadměrných obav z každodenních starostí, mezi které mohou patřit obavy o vlastní zdraví. Hypochondrické obavy jsou více monotematické a doprovází je naléhání na další vyšetření. Ovšem podobně jako u panické poruchy může dojít ke druhotné hypochondrizaci pacienta s generalizovanou úzkostnou poruchou, často iatrogeně.

Obtížnější je diferenciatní diagnostika mezi jednotlivými *somatoformními poruchami*. U somatizační poruchy je typická proměnlivost a polymorfnost příznaků. U somatoformní vegetativní dysfunkce se postižený zabývá téměř výhradně vegetativními příznaky, týkajícími se jednoho orgánu nebo systému.

Se somatickými potížemi přicházejí někdy pacienti trpící *dissociativními (konverzními) poruchami*. Často pozorujeme „la belle indifference“ (indiferentní postoj s emočním odstupem či nepřiměřeností). Na rozdíl od tohoto jevu je pacient s hypochondrickou poruchou výrazně znepokojen svými somatickými těžkostmi.

Odlišit *předstírané poruchy a simulace* od hypochondrické poruchy nebývá někdy lehké. U hypochondrické poruchy příznaky nejsou volní, zatímco u předstírané poruchy ano. Pacienti s hypochondrickou poruchou obvykle nefalšují vyšetření; ovšem někdy se to v úzkostném naléhání na léčebný zákrok stát může.

Komorbidita mezi hypochondrickou poruchou a poruchami osobnosti je velmi častá. Jde zejména o narcistickou, paranoidní, závislou, hraniční a histriónskou poruchu osobnosti.

### 8.5.1.6 Průběh hypochondrické poruchy

Průběh je většinou stacionárně chronický, méně často fázický, bývají však fluktuace v intenzitě obav. V případě sekundární deprese roste ohrožení suicidiem. Počátek bývá většinou v pozdní adolescenci a na počátku dospělosti. Vrchol incidence bývá kolem třicítky u mužů a kolem čtyřicítky u žen. Příznaky se však nezřídka objeví po 50. roce věku. Zhoršení příznaků bývá obvykle spojeno se stresujícími změnami nebo životními událostmi. Chronická porucha může kvůli chování, které „má ochránit chatrné zdraví“, vést až k atrofii svalů, kontrakturám či osteoporóze z inaktivity. Asi u třetiny postižených dojde časem spontánně k remisi, u dvou třetin je průběh chronický a fluktuující, z toho u čtvrtiny velmi nepříznivý (Yutzky, 2003). Stupeň přidružené neschopnosti je různý, může vést k plné invaliditě. Dobrou prognózu mají pacienti z vyšším socioekonomickým statutem, s přidruženou depresí nebo úzkostnou poruchou, která reaguje na léčbu.

## 8.5.2 KBT Pohled – hypochondrická porucha

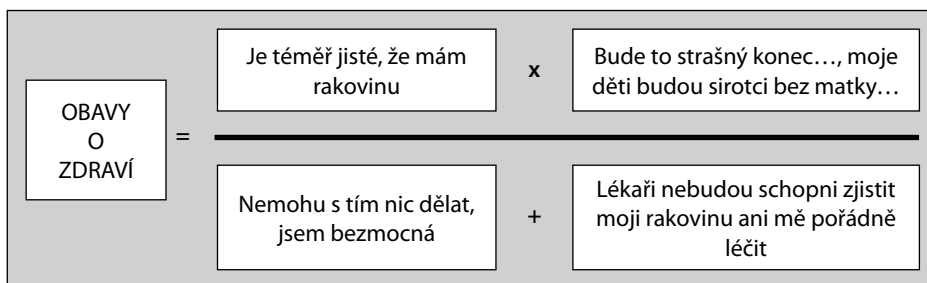
### 8.5.2.1 Behaviorální faktory hypochondrické poruchy

Z hlediska teorie učení se uvažuje o vzniku potíží klasickým podmiňováním (příznaky, které se objeví a vedou k úzkosti, jsou pak vyvolávány podněty vyvolávajícími úzkost) a o jejich udržování operantním podmiňováním (negativní posilování vyhýbavým chováním, sebezpozorováním, kontrolováním tělesných funkcí a ujišťováním).

### 8.5.2.2 Kognitivní faktory hypochondrické poruchy

Angličtí autoři jako první zdůraznili kognitivní aspekty nadměrných obav o zdraví (obavné myšlenky, zaměřená pozornost) (Salkovskis a Warwick, 1986, Stern a Fernandez, 1991). Pacienti na tělesné pocity zaměřují pozornost, selektivně je vyjímají z kontextu dalších prožitků, mylně je interpretují. Toto zpracování souvisí se základním kognitivním nastavením, které se týká čtyř důležitých oblastí: přesvědčení o zvýšené pravděpodobnosti vážné nemoci, přesvědčení o katastrofických důsledcích nemoci, nedůvěry ve vlastní schopnost zvládnout nemoc a nedůvěry v tzv. faktory záchrany, čímž je míněna pomoc zvenčí (Salkovskis, 2003).

**Tabulka 8.5.2:** Příklad důležitosti kognitivních faktorů u obav o zdraví



Dále jsou pro hypochondrickou poruchu typické následující procesy:

**Pocit ohrožení:** mylná interpretace neškodných tělesných pocitů, které se objevily v období zvýšeného stresu nebo tělesných příznaků reálného onemocnění, které pacient prodělal, vede k pocitu ohrožení. To vede ke stresové reakci.

**Zvýšené sledování tělesných příznaků:** pocit ohrožení vede ke zvýšenému vnímání pocitů vyvolaných vegetativním nervovým systémem. Pacient si např. všimne, že cítí sevření žaludku. Napadne jej, že to může být rakovina. Pocit sevření zesílí. To mu potvrdí původní interpretaci. Zaměření pozornosti vede také k tomu, že běžné pocity, kterých si dříve nevšiml, začne vnímat jako „podivné“. Např. si může povšimnout dechové arytmie, „mušek“ v zorném poli, bledých nehtových lůžek. Tato pozorování učiní poprvé a věří, že nic takového předtím neměl. To opět potvrdí jeho obavy. Zaměření pozornosti může však vést ke skutečným změnám ve funkci fyziologických systémů, které jsou pod reflexivní, ale i volní kontrolou

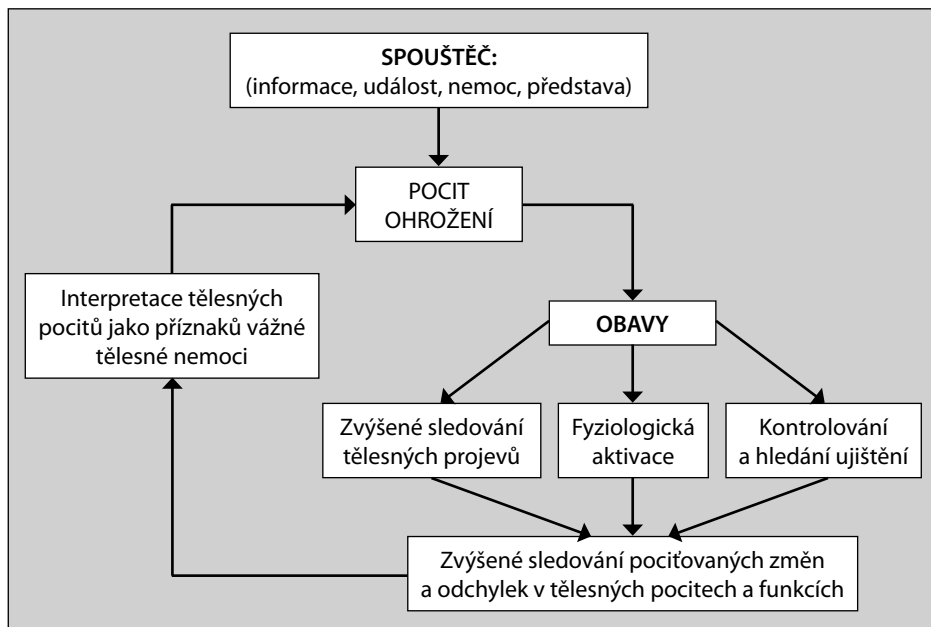
(např. dýchání). Pacientka si např. všimne, že má potíže při polykání suchých soust, a považuje to za příznak rakoviny hltanu. Zaměří se na polykání, což vede k tomu, že polyká se zvýšeným úsilím a její nepříjemný pocit se ještě zvyšuje.

*Zvýšená fyziologická aktivace:* pocit ohrožení vede ke zvýšené fyziologické aktivaci vegetativního nervového systému. Objevují se nejrůznější tělesné příznaky, které souvisejí s touto aktivací, jako např. nadměrné pocení, mravenčení v akrech, svědění kůže, bolesti hlavy, hyperventilace ap.

*Kontrolování a hledání ujištění:* Postižený začne systematicky monitorovat své fyziologické funkce. Často si měří tep, teplotu, tlak. Protože hledá patologii, kontrolování funkcí ho neuklidní, ale naopak vede ke stále většímu rozrušení. Začíná vyhledávat lékaře a naléhá na provedení dalších a dalších vyšetření. Protože má obavy o své zdraví, hledá ve vysvětlení lékaře zpravidla další potvrzení svých obav. Nejasná vysvětlení, která často pro nepřítomnost somatické patologie dostává, jsou živnou půdou pro vytváření katastrofických interpretací. Pozitivní ujištění si snadno znehodnotí tím, že si řekne, že lékaři „beztak pravdu neříkají, protože mě chtějí šetřit“. Pro jistotu vyhledá lékařů několik. Jejich závěry mohou být podobné, ale mohou se lišit v detailech, což vede k znejistění a dalším obavám. Způsoby, jakými pacient vyhledává ujištění, jsou neobyčejně různorodé a zahrnují i nenápadné způsoby, jako jsou „příležitostné“ rozhovory, při nichž se zmíní o svých příznacích (Salkovskis, 1989). Může navštěvovat několik lékařů současně a opakovane se ptá členů rodiny a přátel, přičemž se jeho otázky k obavám o zdraví zdánlivě nevztahují. Např. jedna pacientka se před odchodem z domu vždy oblékla, ale nenalíčila a zeptala se pak manžela, jak vypadá a zda není nápadně bledá a nevypadá nemocná.

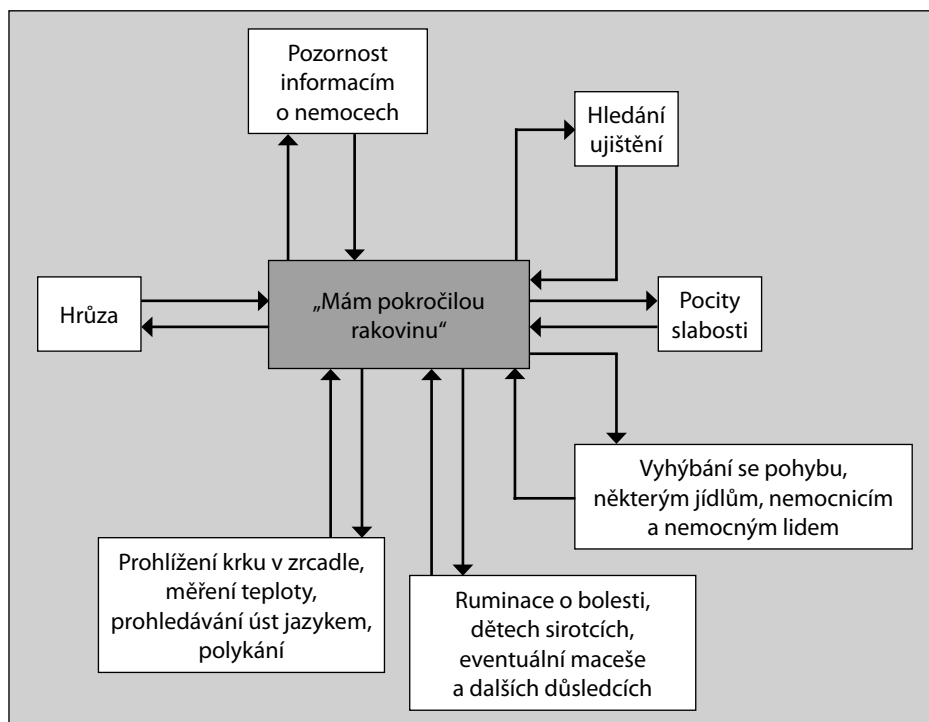
*Vyhýbavé chování:* vzhledem k tomu, že podněty, které zvyšují úzkost, mohou být všudypřítomné (články o nemocích v tisku, otázky na to, jak se pacient cítí, vyprávění o nemocích v čekárně ap.), se klasické vyhýbavé chování, jaké je typické pro fobie, objevuje relativně méně často (např. vyhýbání se pohybu, aby nedošlo ke zhoršení nemoci). Místo toho se pacienti uchylují k *chování, které má zabránit obávané katastrofě*. Typické je kontrolování tělesných funkcí, opakované sebeprohlížení, návštěvy různých léčitelů ap. Ve skutečnosti toto chování zaměřuje dále pacientovu pozornost na jeho obavy, které se tím udržují. Vyhýbání se námaze pro únavu může postupně vést až k ochabnutí svalstva a dalšímu snížení výkonnosti, nárůstu únavy i po sebemenší námaze.

**Tabulka 8.5.3:** Udržovací mechanismus u hypochondrické poruchy (podle Salkovskis a Warwick, 1986)



*Kognitivní nastavení:* hraje důležitou roli při vysvětlování tělesných podnětů, buď vysvětlení o neškodnosti, nebo interpretace o škodlivých následcích. Negativní interpretace vede k posílení obav nejen z hlediska pravděpodobnosti „Určitě mám infarkt“, ale i z hlediska méněcennosti nebo odpudivosti: „Bude ze mně mrzák, kripí!“ U hypochondrické poruchy jsou také rysy podobné jako u OCD, např. nadměrný pocit zodpovědnosti. Pacienti s hypochondrickou poruchou jsou přesvědčeni, že hlavně oni jsou odpovědní za správnou diagnózu a nálezy, ne jejich doktor. Proto mu musí sdělovat všechny, i nepatrné detaily, nosit s sebou všechny kopie výsledků, ukázat názorně, kde všude to bolí, aby to lékař mohl náležitě zhodnotit. Jinak by nestanovil správnou diagnózu jejich vinou.

**Obrázek 8.5.1:** Faktory podílející se na udržování hypochondrické poruchy – „bludná kytice“ (upraveno podle Salkovskis, 2003)



*Kognitivní vyhýbání:* Pacienti velmi často nejsou schopni uvést konkrétní důsledky své domnělé nemoci. Protože jejich myšlenky a představy vyvolávají silnou úzkost, snaží se je blokovat. Lidé s nadměrnými obavami o zdraví se snaží nemyslet na obávanou nemoc a kontrolují svoje myšlenky odvedením pozornosti. Mluvíme o kognitivním vyhýbání. Snaha „nemyslet na nemoc“ však vede k tomu, že na ni musí myslet stále. Obavy o zdraví a myšlenky na nemoc a smrt se jim znovu a znovu nutkavě vnucují. Hledají ubezpečení v sebe-monitorování, návštěvách lékařů a dalších vyšetřeních.

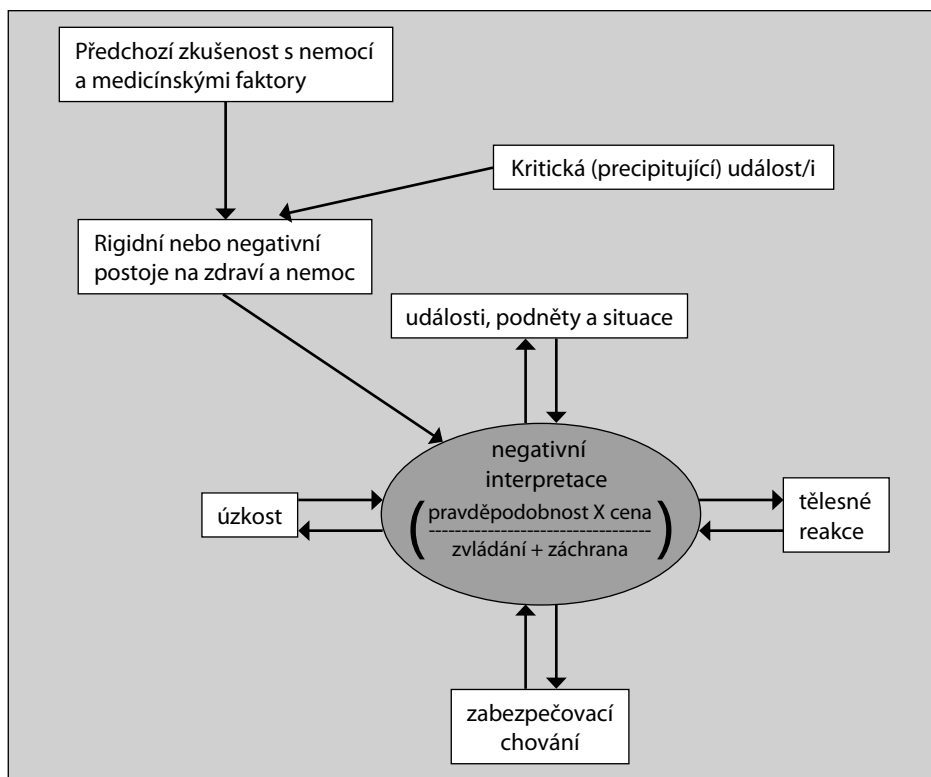
### 8.5.2.3 Interpersonální faktory hypochondrické poruchy

Pacient přijímá roli nemocného, která mu umožňuje vyhnout se nepříjemným nebo pro něj neřešitelným problémům v životě. Role nemocného je posilována v rodinách či vztazích, kde se klade velký důraz na zdraví, kde panují mylné či přehnané představy o nemocích. Pacient často vyrůstal v rodině, kde úzkostliví rodiče nadměrně dbali o prevenci tělesných nemocí nebo přikládali nemoci přehnaný, často zlověstný význam. V rodinách se často diskutuje o nemocech, nemocných příbuzných a tyto debaty jsou doprovázeny negativními věštby.

### 8.5.2.4 KBT model hypochondrické poruchy

KBT model integruje behaviorální a kognitivní pohled na hypochondrickou poruchu.

**Obrázek 8.5.2:** Zjednodušený KBT model hypochondrické poruchy



### 8.5.2.5 Výzkum efektivity KBT u hypochondrické poruchy

Několik kontrolovaných studií KBT a několik kazuistických sérií poukazuje na její účinnost (Ford 1983, Barsky et al., 1988, Fallon et al., 1993, Warwick, 1989, Warwick et al., 1996, Salkovskis a Warwick, 1986, Starcevic, 1991).

**Tabulka 8.5.4:** Psychoterapeutická léčba hypochondrické poruchy

| CITACE                  | TERAPIE                                                  | POČET PACIENTŮ | Typ studie                              | VÝSLEDKY                                                                                                                           |
|-------------------------|----------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kellner, 1983           | psychoterapie                                            | 45             | prospektivní                            | 64 % zlepšení nebo remise, zejména u těch, kteří byli postiženi kratší dobu a neměli komorbiditu na ose II                         |
| Miller et al., 1988     | KBT                                                      | 7              | prospektivní                            | 100 % ze zlepšilo po 10 sezeních, 86 % udrželo zlepšení po 3 měsících katamnézy                                                    |
| Warwick a Marks, 1988   | behaviorální: expozice a prevence odpovědi               | 17             | retrospektivní                          | 88 % významně zlepšeno, 46 % udrželo zlepšení 5 let                                                                                |
| Logsdail et al., 1991   | behaviorální                                             | 7              | retrospektivní                          | 86 % významné zlepšení                                                                                                             |
| Stern a Fernandez, 1991 | skupinová KBT                                            | 6              | prospektivní                            | významný pokles v počtu návštěv lékařů, beze změny v množství obav z nemoci                                                        |
| Visser a Boumam, 1992   | kognitivní versus behaviorální                           | 6              | prospektivní crossover                  | 66 % významně zlepšeno, behaviorální terapie více účinná než kognitivní                                                            |
| Warwick et al., 1996    | KBT                                                      | 32             | prospektivní                            | 76 % zlepšených po 16 sezeních, zisky udrženy po 3 měsících katamnézy                                                              |
| Bouman a Visser, 1998   | „čistá“ kognitivní versus „čistá“ behaviorální terapie   | 17             | prospektivní kontrolovaná               | obě skupiny se zlepšily proti čekajícím kontrolám, mezi aktivními skupinami nebyl rozdíl                                           |
| Clark et al., 1998      | kognitivní terapie versus stres management nebo čekatelé | 48             | prospektivní kontrolovaná s randomizací | oba přístupy lepší než čekatelé, kognitivní terapie rychlejší (efekt již v 8. a 16. týdnu); významné výsledky se udržely 12 měsíců |
| Fava et al., 2000       | „explanatorní“ terapie proti čekatelům                   | 20             | prospektivní s náhodným rozdělením      | explanatorní terapie účinnější, lepší výsledky i po 6 měsících katamnézy, nicméně zlepšení velmi malé                              |

### 8.5.3 Léčba hypochondrické poruchy

Léčba hypochondrické poruchy je často svízelná. Pacienti zpočátku odmítají psychiatrickou léčbu a trvají na přítomnosti tělesné poruchy. Psychiatrickou léčbu akceptují snadněji, pokud je prezentována jako pomoc při zvládání stresu, který jim škodí. U hypochondrické poruchy byla zkoušena řada psychoterapeutických přístupů, avšak důkazy o tom, že by některý byl účinnější než jiný, nemáme. Kellner (1987) shrnuje, že to, co může pomoci, je přístup, který je podporující, racionální, umožňuje ventilaci a je edukativní. Hospitalizace, laboratorní vyšetření a léky s potenciálem pro rozvoj závislosti nejsou vhodné.

## Farmakoterapie

Cílená farmakoterapie neexistuje, řada léků může pacientům pomoci úlevit od napětí, úzkosti či při odstraňování depresivních rozlad. Zajímavé je, že antidepresiva účinná v léčbě hypochondrické poruchy jsou rovněž účinná u OCD. Dokonce byl prokázán pozitivní vliv SSRI i v případě hypochondrie v rámci poruchy s bludy. Výhodou SSRI je, že mají minimum nežádoucích účinků, které by u těchto nemocných mohly jinak zhoršovat symptomatiku. Terapii antidepresivy však musíme považovat za spíše podpůrnou k psychoterapeutickým intervencím, které jsou stěžejní. Antidepresiva mohou stabilizovat některé osobnostní rysy. Antidepresiva rovněž zvyšují práh bolesti, což se může podílet na zlepšení symptomatiky. *Anxiolytika* podáváme jen zcela vzácně a krátkodobě, vždy myslíme na možný návyk. Analgetika jsou zcela neúčinná. *Antipsychotika* jsou indikována především u psychotických forem hypochondrie, ale nejsou vždy účinná. Při čisté hypochondrické poruše mohou malé dávky antipsychotik výrazně snížit intenzitu příznaků. Musíme však myslet na častý výskyt nežádoucích účinků, které jsou hypochondrickými pacienty výrazně negativně vnímány. Proto je nutné na ně upozornit a velmi opatrným dávkováním se jim snažit vyhnout.

## 8.5.4 KBT – terapeutický přístup u hypochondrické poruchy

KBT může probíhat individuálně nebo skupinově (Ford, 1983, Barsky et al., 1988). Většina autorů dává přednost označení „strach o zdraví“, protože je pro klienta přijatelnější a není zatížen negativním významem. Přístup je veden v duchu pochopení pro člověka, který prožívá silnou úzkost, neboť je přesvědčen, že trpí vážnou nerozpoznanou nemocí. Terapeut musí proto věnovat na počátku terapie dostatek času tomu, aby klienta vyslechl a vzbudil v něm důvěru v to, že mu rozumí. Musí uznat reálnost klientových příznaků a neuchylovat se k znevažování jeho utrpení či vysvětlování jeho příznaků na základě nepodložených spekulací. Takovou může být tzv. somatizace, tj. teorie, že tělesné příznaky jsou projevem potlačovaných emocí, či sekundárních zisků, tj. že klient příznaky nevědomě vytváří, protože mu v životě přinášejí prospěch. KBT terapeut nejdříve musí získat podrobný popis potíží klienta, poté zjistit, jak si klient své příznaky vykládá, a pak mu nabídnout alternativní, méně ohrožující vysvětlení jeho potíží. Toto alternativní vysvětlení vychází z kognitivního modelu „strachu o zdraví“, jehož jádrem je systematická zkreslená interpretace řady běžných tělesných pocitů jako známek vážné choroby. Tato interpretace je udržována bludným kruhem. Je důležité, aby toto alternativní vysvětlení odpovídalo klientovým minulým zkušenostem a pomohlo mu pochopit i jeho budoucí prožitky. Alternativní vysvětlení nejsou předkládána jako jediná „pravda“, ale jako možnost, nad kterou se může zamyslet a ověřit si její platnost v rámci experimentů. Společně se plánují behaviorální experimenty, pomocí nichž si klient ověřuje, zda určité vyhýbavé či zabezpečující chování intenzitu jeho příznaků zmírňuje, nebo spíše zhoršuje.



### 8.5.4.1 KBT vyšetření u hypochondrické poruchy

Správné zahájení vyšetření a objasnění jeho smyslu je důležité u pacientů, kteří se domnívají, že byli k psychotherapeutické léčbě odesláni omylem, protože jejich problém je somatický (a tudíž vyžaduje somatickou léčbu). Tento postoj může průběh úvodního rozhovoru značně ztížit, zvláště pokud pacient souhlasil s rozhovorem pouze proto, že je rozhodnut terapeuta přesvědčit, že není v pořádku tělesně a že potřebuje vyšetření somatické, nikoliv psychoterapii. Na úvod se můžeme např. pacienta zeptat: „Když vám váš lékař řekl, že vás pošle na psychoterapii, jak jste na to reagoval?“ a pak „A co si o tom myslíte teď?“ Dosti často uslyšíme odpověď jako „Lékař si myslí, že si ty problémy jen namlouvám“, nebo „Asi si myslí, že jsem blázen“. Vhodný způsob, jak získat pacienta ke spolupráci, je např. (podle Salkovskis, 1989):

Při své práci léčím i řadu problémů, které nejsou zjevně psychické povahy, ale při nichž psychické faktory mohou hrát určitou roli. Například se na mě často obracejí s žádostí o pomoc lidé, kteří trpí silnými migrénami, žaludečními vředy, vysokým tlakem, prostě lidé, kteří mají stálé obavy o své zdraví. U těchto problémů často existuje skutečná tělesná nemoc, ale psychologická léčba může pomoci zmírnit stres, který k rozvoji těchto nemocí přispívá, pomoci se stresem, který je vyvolán touto nemocí. Také může lidem pomoci, aby se se svou nemocí dokázali lépe vyrovnat. Ve skutečnosti je velmi neobvyklé setkat se s někým, kdo si kvůli svým zdravotním problémům nedělá vůbec žádné starosti.

Dále je vhodné pacientovi říci (podle Salkovskis, 1989):

Zatím toho o vašich problémech vím jen velice málo. Smyslem tohoto rozhovoru je, abych se více dozvěděl o vašem problému a o tom, jak ovlivňuje váš život. Je možné, že pro vás psychotherapeutická léčba není vhodná, to zatím nemusíme rozhodovat. Byl bych rád, kdybychom si teď o vašem problému promluvili, abych viděl, zda se nenajde něco, na čem bychom spolu mohli dále pracovat. Pak se můžeme domluvit, zda by vám má léčba mohla pomoci.

Někdy je nezbytné věnovat diskusi tohoto typu 15–20 minut. Cílem je získat pacienta natolik, aby bylo možné ve vzájemné spolupráci probrat jeho problém; získat pacienta pro léčbu je cíl na pozdější dobu (viz dále), v této fázi to není ani nezbytné, ani žádoucí. Terapeut nemůže nabízet žádnou léčbu, dokud nedojde k pozitivní psychologické formulaci pacientova problému. Jen malá část pacientů se odmítá bavit o čemkoliv jiném kromě svých tělesných příznaků. Terapeut může např. říci:

„Chápu vaše pochybnosti, zda je namístě probírat psychologické stránky vašeho problému, protože jste přesvědčen, že jde o čistě tělesné onemocnění. Ale řekněte, ani na chvíli jste o tom během uplynulých šesti měsíců nezapochoyboval?“ nebo „Zkusme jen pro tuto chvíli brát tuto pochybnost vážně, abychom se ujistili, že jste nevynechal žádnou z možností, jak vaše problémy zvládnout. Takže i když budeme mluvit jen o maličké pochybnosti...“

Rozhovor při vyšetření probíhá způsobem popsáním v kapitole o vyšetření, přičemž klademe důraz na somatické projevy problému a na pacientovy názory ohledně jeho tělesného stavu. Pacienta s bolestmi hlavy se např. zeptáme, zda si

všiml něčeho, co jeho problém zmírňuje nebo zhoršuje. Všiml si nějaké pravidelnosti, pokud jde o den v týdnu, dobu v měsíci nebo roční dobu? Když se objeví bolest hlavy, na co v tom okamžiku myslí? Když je příznak nejhorší, co si myslí, že *by se mu mohlo stát nejhoršího*? Velmi úzkostní pacienti se často zabývají myšlenkami na to, co by se jim případně mohlo stát, i když může být obtížné se tyto myšlenky od nich dozvědět. Tato potíž se projeví zvláště tehdy, když se pacient aktivně snaží svými obavami nezabývat.

První rozhovor by tedy měl zahrňovat tyto aspekty:

- Pacientův postoj vůči odeslání k léčbě a ke svému problému.
- Analýzu problému: kognitivní, behaviorální, fyziologické a emocionální faktory.
- Exploraci zabezpečovacího chování, které může mít mnoho forem.
- Historii předchozích léčení, operací, alternativních přístupů a jejich důsledky.
- Míru postižení: společenské aktivity/pracovní aktivity/volný čas.
- Názory pacienta na původ, příčinu a průběh nemoci (vhodné otázky: „Čím si myslíte, že jsou vaše problémy způsobeny?“, „Jakým způsobem myslíte, že to vyvolává příznaky, které pociťujete?“).
- Všeobecná přesvědčení ohledně povahy a významu příznaků a přesvědčení o tom, co je to zdraví, nemoc, jak fungují lékaři ap.
- Velmi může posloužit popis poslední události, kdy obavy o zdraví byly výrazně zhoršené.

**Tabulka 8.5.5:** Důležité komponenty analýzy problému u hypochondrické poruchy

|                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Spouštěče obav o zdraví                                                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tělesné příznaky, slovo nemoc, zdraví v médiích, pokus o učení, sport, spory rodičů, nespavost</li> </ul>                                                                                                                                                                       |
| Tělesné příznaky                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bolest hlavy, bolest páteře, únava, nespavost, rozmazané vidění</li> </ul>                                                                                                                                                                                                      |
| Kognice <ul style="list-style-type: none"> <li>• automatické myšlenky</li> <li>• postoje ke zdraví a nemoci</li> </ul>                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• „Mám nádor na mozk.“</li> <li>• „Budu strašně trpět, umřu.“</li> <li>• „Lepší by bylo nežít.“</li> <li>• „Mít tělesný příznak znamená nemoc.“</li> <li>• „Když si nebudu stále všimát, jak se cítím, mohu náhle onemocnět a zemřít.“</li> </ul>                                 |
| Emoce                                                                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Strach, úzkost, bezmoc, vztek na sebe i lékaře, depersonalizace a derealizace</li> </ul>                                                                                                                                                                                        |
| Chování: <ul style="list-style-type: none"> <li>• performační</li> <li>• zabezpečovací, kontrolující, ujišťovací</li> <li>• vyhýbavé nebo únikové</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nařiká si, leží v posteli.</li> <li>• Hledá ulevnou polohu hlavy, měří si teplotu, ujišťuje se u lékařů, žádá další vyšetření, užívá analgetika, hypnotika.</li> <li>• Přestal se pohybovat, stýkat s vrstevníky, uniká do spánku, vymlouvá se, racionalizuje úniky.</li> </ul> |
| Modulátory                                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• krátkodobé zlepšení po ujištění autoritou, při odvedení pozornosti (na chvíli „zapomenu“)</li> <li>• zhoršení při konfliktu v rodině, při pokusu o výkon tělesný i psychický</li> </ul>                                                                                         |

|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Interpersonální faktory                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rodiče mu věnují pozornost, shánějí vyšetření, cestují za lékaři, platí alternativní léčbu, šetří ho, bratr si ho „nedobírá“. Občas otec „vybouchne“ a vyčte mu, že se „zašívá“.</li> </ul>                                                                                              |
| Životní důsledky <ul style="list-style-type: none"> <li>• škola</li> <li>• rodina a vztahy</li> <li>• volný čas</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Přerušil ročník, bojí se do školy vrátit – obavy ze selhání, je celé dny sám doma, kde nic nedělá.</li> <li>• Rodiče se přestali hádat, je v centru pozornosti.</li> <li>• Zanechal koníčky (fotbal, stolní tenis) z obav ze zhoršení příznaků.</li> <li>• Izolace od přátel.</li> </ul> |
| Kontext rozvoje poruchy                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hádky mezi rodiči</li> <li>• Výrazné zhoršení prospěchu a strach z reakce otce</li> <li>• Rozchod s dívkou po ročním platonickém vztahu</li> </ul>                                                                                                                                       |
| Formativní vlivy                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nadměrná úzkost o zdraví u matky</li> <li>• Protrahovaný porod – dále větší starost matky</li> <li>• Nadměrná péče v dětství, zejména v době nemoci</li> <li>• Spolužák v 7. třídě náhle zemřel po krátké nemoci</li> </ul>                                                              |

Mezi typické zabezpečovací chování u lidí trpících nadměrnými obavami o zdraví patří:

- vlastní zabezpečování před nemocí nebo jejími důsledky, jako je chození v teplém oděvu, preventivní užívání léků, vitamínů, „zdravé vaření“,
- vyhýbavé chování (snaha vyhnout se situacím, kde se mohou objevit silné emoce, katastrofické myšlenky nebo obávané tělesné příznaky),
- kontrolování – sem patří měření teploty, kontroly barvy kůže, prohmatávání částí těla, sledování moči, stolice, hlenu, žádosti o opakovaná vyšetření, prohlídky, hospitalizace,
- ujišťování se u blízkých, u lékařů, léčitelů, spolupacientů ap., studium zdravotnické literatury.

**Tabulka 8.5.6:** Příklady typických automatických myšlenek u hypochondrické poruchy

| Přesvědčení o nemoci                                                                                                                                                                                         | Přesvědčení o katastrofických důsledcích                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mám rakovinu!</li> <li>• Mám nádor na mozku!</li> <li>• Budu muset zemřít!</li> <li>• Mám těžce nemocné srdce!</li> <li>• Mám těžkou neléčitelnou nemoc!</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bude to nesnesitelné!</li> <li>• Všichni mě odsoudí, když se při bolesti nebudu ovládat!</li> <li>• Děti budou sirotci!</li> <li>• V mojí posteli bude s manželem spávat nová žena!</li> </ul> |
| Přesvědčení o vlastní neschopnosti čelit                                                                                                                                                                     | Přesvědčení o nedostatečné pomoci zvenčí                                                                                                                                                                                                |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nic s tím nebudu schopen dělat.</li> <li>• Nevydržím to.</li> <li>• Zblázním se bolestí.</li> </ul>                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lékaři mě nebudou schopni ani diagnostikovat, ani léčit!</li> <li>• Rodina se na mě vykašle!</li> </ul>                                                                                        |

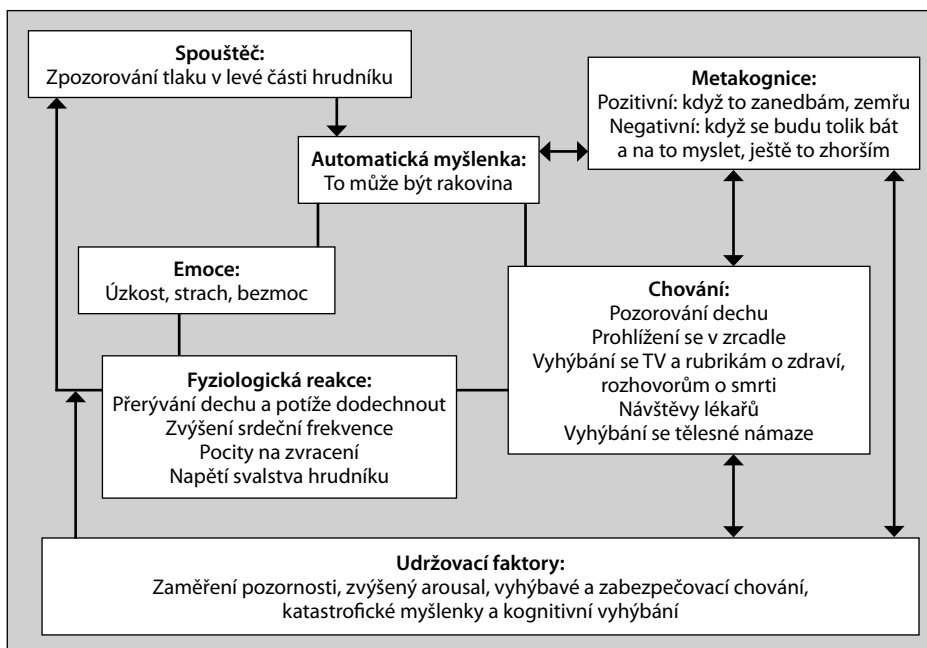
S dalším častým problémem se setkáváme u pacientů, kteří jsou přesvědčeni, že lékaři se často v diagnóze zmýlí a vede to k velmi vážným následkům. Toto přesvědčení může vzniknout buď na základě vlastní zkušenosti nebo kvůli případům publikovaným ve sdělovacích prostředcích.

**Tabulka 8.5.7:** Příklady typických všeobecných postojů k nemoci a zdraví

- Změny v těle vždy znamenají, že něco je špatně.
- Pokud nebudu mít obavy o své zdraví, stane se něco špatného.
- Detailní testy jsou jediným způsobem, jak opravdu vyloučit nemoc.
- Pokud mě lékař posílá na vyšetření, má také strach, že se děje něco vážného.

Jakmile získáme obecný popis problému, zaměříme se na podrobný popis posledních případů, kdy se vyskytl. Nejlépe, když si pacient co nejživěji připomene poslední případ a popíše jej. Upřesňujeme situaci a čas: kde a kdy se to stalo? Co pacient právě před tím dělal? Jaké byly první známky nepohody? Postupně se snažíme projít celou situaci a jeho osobní reakci na ni. Ptáme se po pocitech silné nepohody. Co mu v dané chvíli běželo hlavou? Co udělal? Co následovalo pak? Co si v tom okamžiku myslel, že se mu může stát nejhoršího? Udělal něco, aby tomu zabránil? Pokud je to příliš rychlé, můžeme pacientovi pomoci tím, že se k situaci vrátíme se zavřenýma očima v imaginaci.

**Obrázek 8.5.3:** Bludný kruh hypochondrických obav



Hlavní metodou vyšetření je „řízené objevování“. Cílem je co nejlépe pochopit bludný kruh obav o zdraví. Používejte sekvence otázek, např:

- „Když zjistíte, že vám mravenčí prsty, co nejhoršího to pro vás znamená?“ (+ na kolik tomu věříte)
- „Když si řeknete, že je to roztroušená skleróza, jak to na vás působí?“ (jak to změní vaše emoce a náladu... co pak uděláte... čemu věnujete pozornost... jak to zkoušíte zvládnout?)
- „Co si teď o tom říkáte?“; „O tom, co se s vámi děje tehdy, když si říkáte, že máte roztroušenou sklerózu?“

#### 8.5.4.2 Hodnocení a měření u hypochondrické poruchy

Jen zřídka je možné vytvořit hned po prvním vyšetření úplnou formulaci problému; další vyšetření by mělo zahrnout údaje o sebemonitorování (které slouží také k získání výchozích hodnot, vůči nimž budeme měřit účinek léčby) a vyplnění sebesopuzovacích dotazníků. Na počátku požádáme pacienta, aby si vedl záznamy o důležitých proměnných (např. o sledovaném problému, o myšlenkách, které se objeví při výskytu problému, o celkové náladě a chování). Terapeut by měl zdůraznit, že v této fázi by měl pacient popsat myšlenky a chování spojené s problémem, ale nesnažit se určit, čím jsou způsobeny.

**Tabulka 8.5.8:** Sebesledování – příklad záznamu automatických myšlenek

| ČAS   | SITUACE<br>Co jsem dělal nebo o čem jsem přemýšlel?     | AUTOMATICKÁ MYŠLENKA<br>Jaké myšlenky mi šly hlavou?<br>Jak moc jim věřím?                                                                                          |
|-------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 9:20  | Televizní pořad o HIV.                                  | Taky brzy umřu, jako oni. (70 %)<br>Je to nespravedlivé, já jsem žil slušně a poctivě!                                                                              |
| 10:14 | Přemýšlení o problémech v práci – zažívám tlak na hrudi | Už je to tady zase. Něco mám s tím srdcem, nejspíš výduť na aortě (60 %). Zemřu jako můj otec (80 %).                                                               |
| 12:07 | Ležení v posteli – sleduji si tep                       | Zase mi to srdce jde rychle! Co když umřu...<br>Umřu ještě mladý... (90 %)<br>Praskne mi aorta... bude to strašná bolest (95 %).<br>Musím zavolat doktorovi (100 %) |

Sebesledování má obvykle formu denních záznamů. Zahrnuje proměnné, které se na základě úvodního vyšetření zdají být důležité. I když základní měření (např. intenzita bolestí hlavy) by mělo být konstantní, jiné podrobnosti zaznamenávané během dne (např. myšlenky na nádor v mozku) se mohou s postupem léčby a zpřesňováním formulace problému měnit. Později v průběhu léčby je možné zaznamenávat i použití a účinek metod, určených ke zvládnutí problému, které se pacient během terapie naučil.

Používáme dotazníky měřící úzkost a depresi (např. HAMA, Beckův dotazník deprese a Beckův dotazník úzkosti) a jiné speciální dotazníky (Whitley index,

Illness Behaviour Questionnaire, Illness Attitude scale, jejich použití je v současné době valorizováno a zatím nebyly přeloženy do češtiny).

#### 8.5.4.3 Problémy a cíle, léčebný plán u hypochondrické poruchy

Obecným cílem terapie je, aby si klient přestal dělat starosti o své zdraví a byl schopen zvládat své běžné denní povinnosti a věnovat se svým zálibám. Realistickým cílem je zmírnění příznaků na pro pacienta únosnou míru, která by mu umožnila pracovat a hodnotněji prožívat život. Plné odstranění příznaků je maximalistický cíl a podaří se jen u části nemocných. Vhodnější je proto mluvit spíše o zmírnění než o odstranění příznaků. Pro terapii vyvstávají 3 důležité úkoly:

- pomoci pacientovi pochopit, že jeho potíže jsou psychického (stresového) původu,
- pomoci mu zmírnit nebo odstranit jednotlivé příznaky,
- podpořit ho při adaptivním řešení životních problémů, které s poruchou souvisejí.

Než léčba pokročí dále, je třeba, aby se terapeut s pacientem na těchto cílech léčby dohodli. Řada pacientů je ochotna se podrobit psychoterapii, ale má jiné cíle než terapeut, který se snaží o psychologickou formulaci problému. Pacienti mohou na druhé straně vnímat terapeuta jako potenciálního spojence ve svém úsilí vyloučit tělesnou nemoc nebo potvrdit své přesvědčení, že podstatu jejich problému tvoří somatická porucha. Mohou se např. snažit terapeuta přesvědčit, že nejsou „blázní“, nebo berou terapeuta jako další zdroj odborného ujišťování. Pokud se nepodaří smířit odlišná očekávání ohledně léčby a jejího průběhu, není pravděpodobné, že by mohla být terapie účinná. Na druhou stranu by terapeut neměl očekávat, že pacient „uzná“, že jeho problémem je „pouhá úzkost“, když hledá léčbu pro svou domnělou nerozpoznanou tělesnou nemoc. Tuto slepou uličku lze překonat pomocí citlivé diskuse, při které neodmítáme pacientova přesvědčení, ani je neupevňujeme. Terapeut nejdříve plně uzná, že pacient *pocituje* tělesné příznaky a že je přesvědčen, že jsou způsobeny nějakou vážnou tělesnou nemocí. Terapeut může vysvětlit, že k těmto přesvědčením lidé obecně dospívají na základě určitých pozorování, která jim poskytnou přesvědčivý důkaz toho, že jsou nemocní. Mohou ovšem existovat i jiná vysvětlení příznaků (Salkovskis, 1989). Než se pacient rozhodne, zda je pro něj tento nový přístup přijatelný, měl by zvážit užitečnost dvou možných přístupů ke zvládnutí svého problému – starého a nového (Salkovskis, 1989). Jak dlouho se již pacient snaží zvládnout svůj problém a zbavit se svých potíží výlučně medicínskými prostředky? Jak účinný byl tento způsob? Vyzkoušel někdy skutečně alternativní psychologický přístup, který mu terapeut navrhuje? Terapeut pak navrhone, aby se pacient zavázal pracovat s terapeutem novým způsobem po dobu čtyř měsíců. Pokud by plnil všechny úkoly, na nichž se s terapeutem dohodne, a na konci určeného období by se jeho problém ani trochu nezlepšil, bude rozumné vrátit se ke starému způsobu zvládání problému. Terapeut rád znovu zváží problém více ze somatického hlediska. Tímto způsobem nenutíme

pacienta, aby se vzdal svých přesvědčení, ale aby zvážil a po určitou dobu vyzkoušel něco jiného. Tento přístup ilustrujeme na následujícím přepisu druhého sezení s 57letou ženou (Salkovkis, 1989):

- Terapeut:** Tak vy jste přesvědčena, že máte nějakou vážnou tělesnou chorobu, kterou lékaři nezjistili. Je to tak?
- Pacientka:** Ano, je to tak.
- Terapeut:** A tato myšlenka vás velice rozrušuje a cítíte se kvůli ní nešťastná. Ovlivňuje váš život v tom, že nejste schopna být sama, brání vám dělat věci, které vás těší, například hrát tenis. Také jste kvůli tomu přestala jíst tolik jako dřív, což může vést k tomu, že je pro vás jídlo čím dál těžší. Je to tak?
- Pacientka:** Ano. Někdy dokážu být sama, ale někdy to nejde a pak si nemůžu pomoci.
- Terapeut:** Správně. Obvykle když se lidé něčeho bojí, mají pro to nějaký důvod. Ve vašem případě je strach o vaše zdraví vyvolán tím, že cítíte bolesti, ztrácíte na váze, máte potíže jíst a polykat a potíže se zažíváním. To všechno vám ukazuje, že jste nemocná, zvláště když máte tyto problémy každý den. Jsou ještě nějaké další věci, které vás přesvědčují o tom, že jste nemocná?
- Pacientka:** Ano, není to knedlík, ale takový hrozný pocit v krku, sevření, když se to objeví, tak to bolí. Můj lékař mě prohlédl, ale zhoršilo se to až po rentgenovém vyšetření, ne předtím; proto jsem přestala jíst. Mám také problémy s močením. Děsí mě to, neumím se s tím vypořádat. To jsou ty věci, kvůli kterým jsem přesvědčena, že jsem na tom stejně jako moje matka.
- Terapeut:** Ano; takže tohle vede k tomu, že myslíte na nejhorší; že máte rakovinu jako vaše matka.
- Pacientka:** Ano.
- Terapeut:** Existují ale také věci, kvůli kterým si myslíte, že trpíte také úzkostí; například na konci našeho minulého setkání jste řekla, že vaše problémy se spánkem jsou způsobeny úzkostí, že byste mohla ve spánku zemřít, a proto se snažíte neusnout. Takže to, že máte problémy se spánkem, se dá vysvětlit vašimi obavami?
- Pacientka:** Myslím, že ano.
- Terapeut:** No, a máte také problémy s bolestí, jídlem, močením a zažíváním. Proto si myslíte, že jste nemocná. Přitom vám dělá starosti, že lékaři nebudou tyto vaše problémy brát vážně, protože už jste je měla dříve.
- Pacientka:** A jak by poznali, kdybych trpěla nějakou vážnou organickou nemocí? Tentokrát je to jiné než dříve. Tentokrát se toho nemůžu zbavit.
- Terapeut:** Lékař si vaše příznaky vyslechl, ale vy máte obavy, že věnuje příliš mnoho pozornosti tomu, co bylo dříve. (Krátce probere, jakým způsobem se stanovují diagnózy.) Myslí si, že trpíte strachem o své zdraví a že vaše příznaky jsou způsobeny vaší úzkostí. (Probere příznaky úzkosti, popíše vliv úzkosti na bolest a chuť k jídlu) Co si o tom myslíte?
- Pacientka:** Můžu vám jen říct, že když se mé potíže začnou zhoršovat, jsem přesvědčena, že pravdu mám já.

**Terapeut:** Dobrá. Mám pro vás návrh. Vy se obáváte, že je s vámi něco tělesně v nepořádku a já rozumím tomu, proč si to na základě těch příznaků, o kterých jsme se bavili, myslíte. Také jsme si probrali, na základě čeho si já myslím, že trpíte určitým typem strachu z nemoci. Takže máme dvě možnosti a musíme obě dvě zvážit. Jedna možnost, které vy věříte a já o ní pochybuji, je, že jste skutečně vážně tělesně nemocná. Druhá možnost, které věřím já a vy o ní pochybujete, je, že jste velice úzkostná a máte myšlenky, které vás rozrušují. Tyto myšlenky způsobují, že se stále zaměřujete na své obavy, které vyvolávají různé příznaky ve vašem těle, například zhoršují vaši chuť k jídlu. Shrnul jsem to správně?

**Pacientka:** Ano, tak to je.

**Terapeut:** Jak moc jste se v poslední době snažila zvládnout své problémy tak, že jste se chovala, jako byste byla skutečně nemocná?

**Pacientka:** Jako že jsem chodila k mému obvodnímu lékaři? Ano, prohlížel mě mnohokrát.

**Terapeut:** Vedlo to ke zmírnění vašich příznaků?

**Pacientka:** Ne, protože... dal mi léky, ale nic nezjistil. Ale co jiného můžu dělat?

**Terapeut:** Zdá se, že jste se snažila zvládnout své problémy tak, jako by se jednalo o tělesnou nemoc. Navrhl jsem vám možnost, že hlavní součástí vašich problémů může být úzkost. Jak moc jste zkusila své problémy zvládnout tak, jako by se jednalo o úzkost? Zkusila jste to vůbec?

**Pacientka:** Ehm... (dlouhá pauza) nemůžu říct, že bych to zkusila.

**Terapeut:** Nezkusila jste to zvládnout, jako kdyby šlo o úzkost?

**Pacientka:** Ne.

**Terapeut:** Snažila jste se to zvládnout jako tělesný problém. Co tak uzavřít dohodu jenom na tři měsíce a během těchto tří měsíců se pokusit to zvládnout, jako by šlo o úzkost. Budete jednat, jako by šlo o úzkost; když budete tři měsíce dělat všechno, na čem se dohodneme, ke zvládnutí úzkosti, a po třech měsících se vaše problémy vůbec nezlepší, pak se na to znovu podíváme z té tělesné stránky.

**Pacientka:** Rozumím.

**Terapeut:** Myslím, že je to rozumné; pokud to budete dělat a pomůže to, vaše problémy se zmírní. Pokud to nepomůže, je to taky dobře, protože pak budete moci říci: „Aha, moje úzkost se zmírnila a moje tělesné problémy stále trvají; musíte se na ně znovu podívat.“ Zdá se vám to správné?

**Pacientka:** Rozumím. Jak začneme?

#### 8.5.4.4 Léčebné intervence u hypochondrické poruchy

Mezi základní léčebné intervence u hypochondrické poruchy patří:

- Analýza problému
- Psychoedukace
- Kognitivní restrukturační s hledáním alternativních vysvětlení
- Expoziční léčba



- zábrana vyhýbavému chování,
- odstranění zabezpečovacího chování,
- expozice v imaginaci (expozice tělesným prožitkům nemoci, představám vlastní smrti ap.).
- Nácvik relaxace (Östova progresivní relaxace, Schulzův autogenní trénink)
- Postupné a pravidelné zatěžování fyzickou aktivitou
- Dechová cvičení (zklidnění dechu, řízená hyperventilace)
- Nácvik plného prožívání (mindfulness)
- Řešení problémů v životě
- Prevence relapsu

### **Analýza problémů**

Základním krokem je probuzení motivace pro léčbu. Pro získání motivace je ústřední pacientův pocit, že terapeut mu rozumí. Je potřebné si uvědomit, že pacient většinou nepřichází do psychoterapie z vlastního popudu. Důvody je důležité zjišťovat a vyjádřit pochopení pro jeho prožívání, např. že přišel nerad, pro potvrzení, že je psychicky zdravý, že má z vyšetření obavy nebo že nám nedůvěřuje. Zejména v prvním rozhovoru je nutná opatrnost, citlivost, pochopení, vstřícnost, trpělivost (s detailním popisem všech příznaků, výsledků vyšetření). Velmi vhodné je udělat si dost času na to, abychom mohli poslouchat celý příběh (i se stížnostmi a hněvem na lékaře, se kterými se setkal), pozorně prohlédnout nálezy, které přinesl a být empatičtí k jeho pocitům utrpení, hněvu, nedůvěry či bezmoci. Snažíme se vyhnout polemikám o příčinách příznaků. Pacient se zpravidla obává se, že bude podezříván ze simulace příznaků. Snažíme se vyhnout konfrontaci, jinak nám hrozí, že pacient už nepřijde. Důležitá je podpora vyjádření emocí. Jeho přesvědčení o vážné nemoci nepotvrzujeme, potvrzujeme však opakovaně pacienta (přesně nám to popsal, je velmi pečlivý v popisu detailu, je zodpovědný) a jeho emoce (musí to být pro něj obtížné, je pochopitelné, že má obavy ap.). Zprvu musíme být opatrní při exploraci jeho sociální situace, zejména blízkých vztahů, protože pacient ve svém utrpení chce věřit, že alespoň jeho sociální situace je intaktní. Na sociální situaci se však samozřejmě ptáme, protože potřebujeme rozumět kontextu, ve kterém se porucha rozvinula a ve kterém se udržuje. Vyhneme se však všem kauzálním interpretacím. V průběhu terapie pak opakovaně v analýze problémů pokračujeme: s pacientem explorujeme a popisujeme chování (zabezpečování, kontrolování, měření, ujišťování), které slouží neutralizaci úzkosti, hledáme jeho kognitivní a emocionální komponenty. Až po analýze pomocí behaviorálních experimentů a expozic se zábranou neutralizační reakce postupně abnormální chování snižujeme.

### **Psychoedukace**

V průběhu léčby terapeut nabízí alternativní, méně ohrožující vysvětlení potíží. Proto se celým průběhem léčby vine postupná edukace o původu tělesných potíží. Toto alternativní vysvětlení vychází z kognitivního modelu „strachu o zdraví“,

jehož jádrem je, že postižený systematicky zkresleně interpretuje řadu běžných tělesných pocitů jako známky vážné choroby. Je důležité, aby toto alternativní vysvětlení odpovídalo klientovým minulým zkušenostem a pomohlo mu pochopit i jeho budoucí prožitky. Alternativní vysvětlení nejsou předkládána klientovi jako jediná „pravda“, ale jako možnost, nad kterou se může zamyslet a ověřit si její platnost v rámci experimentů.

### Kognitivní restrukturační hledání alternativních vysvětlení

Kromě kognitivní restrukturační automatických myšlenek, které se týkají výše zmíněných čtyř oblastí (přesvědčení o zvýšené pravděpodobnosti nemoci, jejích katastrofických dopadech, snížená důvěra ve vlastní zvládací schopnosti a v pomoc zvenčí), je dalším důležitým krokem kognitivní restrukturalizace, přepracování maladaptivních přesvědčení, týkajících se pojetí nemoci a zdraví. Jde o postoje typu „zdraví znamená nepřítomnost tělesných příznaků“, „příznak = nemoc“, „pokud lékař ordinuje vyšetření, znamená to, že je přesvědčen o přítomnosti choroby“ ap.

**Tabulka 8.5.9:** Příklad kognitivní rekonstrukce

| SITUACE                        | MYŠLENKA                            | EMOCE               | CHOVÁNÍ                           | RESTRUKTURALIZACE                                                                                                              | AKCE                                          |
|--------------------------------|-------------------------------------|---------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Slabší proud moče při toaletě. | Budu mít retenci.<br>Zase mám zánět | Napětí<br><br>Zlost | Měření teploty.<br>Volání lékaři. | Proud moče se mění i z jiných důvodů – kolik jsem pil a kolik vypotil. Často se obávám zánětu i když vyšetření jsou negativní. | Nebudu si měřit teplotu, nebudu volat lékaři. |

Posledním krokem kognitivní restrukturační je akomodace jádrových schémat a odvozených přesvědčení, která souvisejí s maladaptací na stresory v životě. Tato práce pacienta pomáhá stabilizovat do budoucna a často probíhá v době, kdy jsou příznaky pod kontrolou.

### Behaviorální experimenty

Cílem behaviorálních experimentů je ukázat pacientovi, že jeho příznaky jsou ovlivňovány i jinými faktory než těmi, o nichž se domnívá, že jsou za ně odpovědné (Salkovskis, 1989):

Např. pacientku, která byla přesvědčena, že její potíže při polykání jsou známkou rakoviny hltanu, terapeut požádal, by opakovaně polkla a pak popsala, jaký to má účinek. S překvapením zjistila, že polyká stále obtížněji a že stejné potíže měl i terapeut, když opakovaně polykal. Význam tohoto pozorování spočíval v tom, že předtím často zjišťovala, jak se jí polyká tím, že opakovaně několikrát za sebou polkla.

Jiná pacientka vnímala pálení v hlavě a byla přesvědčena, že to znamená, že má mozkový nádor. Když se na pocit pálení a na myšlenky, že má mozkový nádor, soustředila, pálení se zhoršilo; když nahlas popisovala obrázek v terapeutově pracovně, pálení si přestala všimnout. Když tento experiment probírala, uvědomila si, že myšlenky na mozkový nádor obvykle vedly k vyvolání jejích příznaků; terapeut se jí zeptal, co z těchto pozorování vyvodila. Odpověděla, že se jí zdá nepravděpodobné, že by přemýšlení o mozkovém nádoru zhoršovalo jeho příznaky a že se jí zdá pravděpodobnější, že tyto příznaky byly vyvolány její úzkostí, která se zhoršovala, když na nádor myslela.

Většina forem chování, které se objevují u hypochondrické poruchy, slouží podle pacientů preventivnímu účelu, a je proto poměrně obtížné je změnit, aniž bychom změnili přesvědčení, z nichž vycházejí.

Terapeutický postup se zaměřuje na objasnění role tohoto chování v udržování úzkosti, zaměřené pozornosti a narušení fyziologických funkcí. Zvláště účinná je praktická demonstrace, když se podaří předvést, že změna chování má přímý vliv na změnu příznaků. Terapeut a pacient proto plánují experimenty, aby ověřili platnost pacientova přesvědčení, že dané chování „mu zaručuje bezpečí“ a chrání jej před poškozením zdraví; a zjistili, zda chování, o němž je pacient přesvědčen, že zmírňuje příznaky, k tomuto zmírnění skutečně vede.

Např. pacient měl obavy, že má rakovinu jater, která mu prorůstá do kůže v pravém podžebří. Proto si často intenzivně prohmatával inkriminovanou oblast. To vedlo ke zhoršení pocitu tlaku, otoku kůže a zarudnutí. Poté, co terapeut zjistil, jakým způsobem pacient „kontroluje svůj nádor“, provedli společně experiment, ve kterém si silně prohmatávali kůži v levém podžebří pod dobu 5 minut na počátku a před koncem sezení. Nepříjemné tlakové pocity, otok a zarudnutí pacienta přesvědčily, že velmi pravděpodobně si kožní změny, kterých se obával, způsobuje sám svým chováním.

V mnoha případech je pacientovo zabývání se nemocí udržováno určitým vyhubým chováním, které pacientovi brání získat informace, které protirečí jeho negativní interpretaci příznaků.

Jedna pacientka s bolestí byla například přesvědčena, že důvodem, že není upoutána na kolečkové křeslo, je to, že omezila svou fyzickou aktivitu a zůstávala v posteli, kdykoliv se bolest zhoršila, a tak dále. Když zahájila program tělesného cvičení, byla velmi udivena, že to nevedlo ke zhoršení jejího stavu (Salkovskis, 1989).

### Expoziční léčba

Expozice in vivo znamená vystavení se obávaným situacím, jako jsou hřbitovy, nemocnice ap. Další metodou je expozice obávaným tělesným pocitům (hyperventilace, cvičení), katastrofickým myšlenkám a představám se zábranou zabezpečovacího a vyhýbavého chování. Součástí KBT je tělesné cvičení a nácvik relaxace. Obojí velmi často představuje silnou expozici in vivo – pacient se zpravidla tělesnému pohybu dlouhodobě vyhýbal a při relaxaci si zpočátku silněji uvědomuje svoje tělesné pocity, protože od nich neodvádí pozornost k jiným aktivitám.

**Tabulka 8.5.10:** Příklady problémových situací a cíle u 30letého Pavla

|                      | PROBLÉMY:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | CÍLE:                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NEJLEHČÍ</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nechodím pěšky ani nepoužívám městskou dopravu, všude jezdím autem.</li> <li>• Stále s sebou nosím Trimepranol a Diazepam, k „zabezpečení“.</li> <li>• Přestal jsem se milovat s přítelkyní, ze strachu, abych si nepoškodil zdraví.</li> </ul>                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Začít chodit pěšky a jezdit veřejnou dopravou místo všude autem.</li> <li>• Přestat nosit s sebou léky „k zabezpečení“.</li> <li>• Obnovit sexuální život s Karlou.</li> </ul>                   |
| <b>STŘEDNĚ TĚŽKÉ</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• I teď, když je docela teplo, chodím stále v šále a čepici.</li> <li>• Držím dietu, vyhýbám se tučnému, masu, všemu umělému.</li> <li>• Pravidelně volám lékaři, aby mě ubezpečil, že když mi bude špatně, pomůže mi.</li> </ul>                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chodit venku bez čepice a šály.</li> <li>• Začít jíst všechna jídla jako ostatní.</li> <li>• Přestat pravidelně volat lékaři.</li> </ul>                                                         |
| <b>NEJTĚŽŠÍ</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Úplně jsem přestal ze strachu sportovat.</li> <li>• Prohmatávám si každých pár minut podžebří, zda mám játra v pořádku.</li> <li>• Měřím si teplotu nejméně 8krát denně.</li> <li>• Každý měsíc naléhám na svého obvodního lékaře i na internisty, aby mi udělali další vyšetření.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Začít sportovat.</li> <li>• Přestat si prohmatávat podžebří.</li> <li>• Přestat si měřit mnohokrát denně tělesnou teplotu.</li> <li>• Přestat naléhat na další laboratorní vyšetření.</li> </ul> |

### Zábrana ujišťování

Při analýze ujišťování zjišťujeme, jak fungovalo ujišťování na počátku, na jak dlouho dochází po ujištění k úlevě nyní, co si pacient o ujišťování myslí, jaké má ujišťování důsledky. Poté vedeme sokratovský dialog o smyslu ujišťování. Po zpochybnění smysluplnosti ujišťování z dlouhodobého hlediska (vede k udržování obav o zdraví) nabízíme experiment – postupně prodlužovaný čas bez ujišťování.

Např. pacient, který měl tendenci opakovaně diskutovat o svých příznacích a ujišťovat se, že nemá rakovinu, se zeptal terapeuta, proč se s ním nechce o jeho příznacích bavit. Terapeut si uvědomoval, že rozhovor by mohl sklouznout k neproduktivnímu dohadování (Salkovskis, 1989):

Terapeut: Myslíte si, že to opravdu potřebujete?

Pacient: No, cítil bych se pak líp.

Terapeut: Dobrá. Pokud vám to opravdu pomůže, pak si s vámi vaše příznaky projdu. A chtěl bych to udělat opravdu pořádně. Mám teď dost času, který s vámi rád strávím, hlavně když vám to s vaším problémem opravdu pomůže. Kolikrát

- vás tedy mám ujistit, že vaše příznaky neznamenaají rakovinu, abyste se cítil klidný až do konce roku?
- Pacient: Až do konce roku?
- Terapeut: Ano; zdá se mi, že nemá smysl znovu dělat něco, co už jste dělal tolikrát, pokud to tentokrát opravdu nezabere. Budou vám tři hodiny ujišťování stačit až do konce roku?
- Pacient: Ale... to nebude stačit až do konce roku.
- Terapeut: Chápu. Na jak dlouho to bude stačit?
- Pacient: Snad na zbytek dneška. Pak začnu mít obavy znovu.
- Terapeut: Takže ať budete ujišťován o neškodnosti vašich příznaků jakkoliv dlouho, nikdy to nevydrží?
- Pacient: Ne. Někdy čím více mě někdo ujišťuje, tím více to potřebuji.
- Terapeut: Říkáte, že ať vás budu ujišťovat jakkoliv dlouho, po krátké době se vám vaše obavy o zdraví opět vrátí a dokonce mohou být ještě horší. Protože jsem právě určil jako jeden z vašich hlavních problémů to, že jste úzkostný a máte obavy o své zdraví, myslíte si, že další ujišťování je účinný způsob, jak tento problém zvládnout, nebo bychom se měli podívat po něčem účinnějším?

Pokud je vyhledávání ujištění hlavním rysem pacientových potíží, je vhodné naplánovat behaviorální experiment, prokazující vliv ujišťování na psychiku (Salkovskis a Warwick, 1986). Tento experiment může také fungovat jako způsob, jak zapojit pacienty, kteří se zdráhají začít léčbu. Např. před zahájením psychoterapeutické léčby dohodneme poslední somatické vyšetření s jasným vyjádřením, že jej považujeme z hlediska pacientova tělesného zdraví za zbytečné, ale že může pomoci při psychologickém vyšetření. Před testem i po něm provádí pacient sebesledování, kdy hodnotí své obavy o zdraví na škále 0–100, přesvědčení o pravdivosti myšlenek, vztahujících se k nemoci, a potřebu ujišťovat se, že je vše v pořádku. Pokud po tělesném vyšetření dojde k trvalejšímu snížení úzkosti, je to v každém případě dobře. Mnohem častější však je, že úzkost poklesne jen na krátkou dobu, čehož využijeme jako základu pro diskusi o ujišťování. Tato demonstrace neúčinnosti tělesných vyšetření umožňuje lepší zapojení pacienta do psychoterapeutické léčby a zlepšuje spolupráci mezi ním a terapeutem.

### **Postupná expozice tělesnému pohybu a cvičení**

Po edukaci o vyhýbání se tělesnému pohybu a jeho následkům nabídneme behaviorální experiment s tělesnou zátěží. Důležité je zátěž zvyšovat jen velmi postupně. Je lepší činnosti nezaměňovat, ale přidávat, pokud je to možné. Pacienta varujeme před nárazovým přetažením. Důraz je kladen na malé, dosažitelné cíle. Pacienta vedeme k sebeodměňování.

### **Expozice imaginativním zážitkům smrti**

Metoda „imaginace nemoci a smrti“ je založena na terapeutickém dialogu s použitím induktivních a sokratovských otázek, které umožňují překonat kognitivní

vyhýbání (Praško et al., 2001, Praško et al., 2002). Smrt a umírání jako přirozený proces konce života nejsou moderní společností reflektovány. Lidé tato témata zpravidla vytěšňují. Paradoxně to ještě více platí pro pacienty trpící hypochondrickou poruchou. Pacienta sice každou chvíli napadají myšlenky na vážnou nemoc nebo má obavy, že by mohl umřít, ale reaguje na ně zabezpečovacím chováním, odváděním pozornosti či kontrolováním. Rozvinout představu o průběhu nemoci a smrti se bojí, proto se jí snaží v myšlenkách a představách vyhnout. Jedná se o kognitivní vyhýbání. Tím, že neumožní představit si katastrofický scénář celý, znemožňuje vytvoření strategií pro zvládání obávané situace, habituaci na katastrofické představy, a tím udržuje obavy o zdraví. Léčba hypochondrické poruchy se výrazně zkrátí a zintenzivní, když se nám podaří zabránit kognitivnímu vyhýbání. Hlavní ideou techniky imaginace vlastní nemoci a smrti je expozice katastrofickým představám a zabránění kognitivnímu a emocionálnímu vyhýbání. Důležité je použít tento přístup v době, kdy je vytvořen stabilní terapeutický vztah, pacient pracuje s kognitivní rekonstrukcí a spolupracuje. Expozice má následující kroky:

- Edukace o bludném kruhu strachu z nemoci či smrti
- Vysvětlení smyslu expozice
- Popis průběhu expozice
- Induktivní otázky směřující k podrobnému zmapování katastrofických představ
- Podání instrukcí k napsání vlastního scénáře

Po vysvětlení smyslu expozice a získání souhlasu pacienta je pomocí induktivních otázek konfrontován s vlastními nejděsivějšími fantaziemi (většinou se ukáže, že jde o dětské fantazie). Pacienti jsou povzbuzováni, aby přemýšleli o nejhorších variantách své domnělé nemoci a budoucnosti s ní. Postupně si představují ty nejhorší důsledky pro sebe i pro blízké. Rozhovor je veden od závažného stavu nemoci, s jejími tělesnými, psychologickými a sociálními důsledky, přes zážitek umírání k smrti se všemi představitelnými emocemi a detaily. Pak je pacient dotazován na fantazie týkající se posmrtného života. Během práce s katastrofickými představami probíráme:

- nejhorší průběh nemoci, vlastních pocitů, chování, *chování zdravotníků, rodiny*,
- nejhorší interpersonální důsledky,
- umírání,
- moment smrti,
- po smrti.

**Tabulka 8.5.11:** Příklady induktivních otázek, které pomáhají propracovat „katastrofický scénář“

- Říkal jste, že se obáváte rakoviny. Můžete mi o tom říci více?
- Co je na tom nejhorší? Čeho se obáváte nejvíce? Jaké jsou nejhorší důsledky, které si umíte představit?
- Co budou dělat vaši blízcí, okolí, lékaři?
- Co myslíte, jak dlouho to potrvá? A co se stane pak?
- Čeho se nejvíce bojíte na umírání? Čeho v momentu smrti? Co si představujete, že bude po smrti? Napadá vás více možností?
- Když si představíte, že máte před sebou jen půl roku života, jaké jsou možnosti toho, jak s tím půlrokem naložíte?
- Co byste musel přijmout a co byste mohl aktivně udělat?
- Pokud by k tomu všemu došlo, co byste mohl dělat?
- Co by mohli dělat vaši blízcí?
- Jaké jsou možnosti řešení situace – které jsou horší a které lepší?

Zpravidla během několika (3–8) expozic katastrofickému scénáři pacient habituje. Příklad prvního rozhovoru:

- Terapeut:** Petře, můžeme si zkusit promluvit o vašich představách o tom, co by se dělo, kdyby vám lékař sdělil, že opravdu máte rakovinu? Jak byste to prožíval?
- Pacient:** Dobře... ale já si to neumím ani představit. To by bylo hrozné, to by byl konec... raději na to ani nechci myslet.
- Terapeut:** Chápu... přesto bych rád věděl, co si myslíte, že by mohla být vaše první reakce?
- Pacient:** Asi bych začal brečet... utíkal bych domů... nevím.
- Terapeut:** Hmm... co by bylo na té situaci nejhorší?
- Pacient:** Asi, že bych měl pocity viny, že jsem si tu nemoc zavinil tím, jak jsem na ni pořád myslel.
- Terapeut:** Rozumím, v případě, že bychom přijali to, že si člověk může zavinít nemoc tím, že na ni myslí... co by na tom bylo nejhorší... jak si to představujete?
- Pacient:** Viděl jsem v televizi film o dětech na hematologii. Ty děti na obrazovce jen tak ležely... bez kontaktu s ostatními...
- Terapeut:** Ano... představa ležet a být bez kontaktu s druhými, to je to nejhorší, co vás napadá?
- Pacient:** Ne, nejhorší by bylo... to čekání na operaci, to by bylo nejhorší.
- Terapeut:** Co by se mohlo během toho čekání přihodit?
- Pacient:** Asi... asi bych dostal léky, proti bolesti... nebo na uklidnění...
- Terapeut:** Ano, pravděpodobně byste dostal něco na uklidnění. Co by na té operaci bylo nejtěžší?
- Pacient:** No, že bych umřel...
- Terapeut:** Hmm... jak si to představujete... čeho se na tom nejvíce bojíte?
- Pacient:** No přece každý se bojí smrti... že bych tam byl sám, bez lidí... že bych neměl tělo... jenom duši... mohl bych vidět všechny, otce, matku, bratra... a nemohl bych jim říct, že jsem tam...

- Terapeut: Proč je to pro vás tak špatné?
- Pacient: No že jsem sám, bez lidí...
- Terapeut: Jaký je to pocit?
- Pacient: Smutek, bezmoc... a strach.
- Terapeut: Ano, rozumím... a strach z čeho?
- Pacient: Nevím... z někoho... z někoho zlého...
- Terapeut: Z koho? Myslíte si, že tam bude někdo cizí?
- Pacient: Možná, ale asi ne... spíše z té samoty, ta osamělost, to je nejhorší představa.
- Terapeut: Nejhorší je tedy ta samota...
- Pacient: Doufám, že něco je, něco po smrti... možná bych tam potkal dědečka... a další z rodiny, co už umřeli.
- Terapeut: Jaké by to bylo?
- Pacient: Možná hezké... ani jsem se s ním nestihl rozloučit (dlouze pláče).
- Terapeut: A co by bylo dále? Potkal byste tam dědečka, a další blízké... a potom?
- Pacient: No, po letech by zemřeli i ti živí... tam bychom se potkali všichni... ale nevím, tomu už nerozumím... to nemůžu nijak kontrolovat.
- Terapeut: Myslíte, že to musíte kontrolovat?
- Pacient: Ne, vlastně nemusím... (uvolněně).
- Terapeut: Z toho, co jsme si řekli, mám dojem, že máte větší strach z osamělosti než ze smrti.
- Pacient: Na tom něco je...
- Rozhovor pokračuje o tom, jak se pacient cítí závislý na otci a jak zároveň touží být už nezávislý a má obavu, aby tím rodiče neztratil.

Jakmile jsou silné negativní emoce spojené s představami propracovány, dochází k výrazné úlevě a uvolňuje se pole pro pozitivní emoční zážitky. Na dalším sezení pacient vždy přináší psaný koncept toho, co jsme s ním v sezení prodiskutovali. Na počátku každého sezení pak čteme text, který přinesl a pacient jej imaginuje.

#### Tabulka 8.5.12: Písemný domácí úkol u 35leté zdravotní sestry

Co bude po smrti? Myslím, že nic. Neuvidím už nikdy své děti, nebudu je moci obejmout, už nikdy nebudu součástí tohoto světa. Lidé budou dál chodit po ulicích a já tam nebudu. Zmizím... To mě děsí. Taky představa, co se stane s mým tělem... na patologii... moje chladné tělo leží v lednici z cedulkou s mým jménem přivázanou na palci u nohy. Zřízenec nešetně hodí moje tělo na pitevní stůl a začne pitva. Nejdříve dlouhý řez břichem. Patolog vyndá moje vnitřnosti a zkontroluje je, pak vloží zpátky a zašije mi břicho. To je nechutná představa. Budou nakládat s mým tělem jako s kusem masa. Pak moje hlava: rozříznou kůži a pak lebku pilkou, rozřežou můj mozek na pláty, pak ho vloží zpátky, přilepnou lebku a zašijí kůži. A pak vezmou další tělo. Co bude dále? Moje tělo bude hnit v hrobě, červi ho budou požívat a bude hnusně páchnout. Ale pravděpodobně už o tom nebudu vědět. Po smrti asi není nic, ani moje pocity.



Poté, co jsme společně probrali nejhorší představy a pacient snesl nepříjemné pocity s tím spojené, klademe mu otázky na možné způsoby zvládání situace. Co může v různých aspektech situace dělat on, co blízcí a co lékaři. Co nezbude, než přijmout, a co lze aktivně řešit. Postupná habituace a hledání strategií, které se objeví po několika expozicích, vedou k významnému ústupu úzkostných příznaků, zabezpečovacího i vyhýbavého chování.

### **Nácvik relaxace (Östova progresivní relaxace, Schulzův autogenní trénink)**

Viz kapitolu v obecné části publikace.

### **Řešení problémů v životě**

V průběhu léčby se posouváme krok za krokem od příznaků k interpersonálnímu kontextu a životním problémům. K tomu nám od počátku pomáhá citlivá anamnéza, ozřejmení životopisných, zvláště sociálně zatěžujících souvislostí, souvislost mezi životními událostmi a počátkem symptomů. Důležité je však zejména zpočátku neinterpretovat, ale na časové souvislosti jemně upozorňovat. Viz kapitolu v obecné části publikace.

### **Prevence relapsu**

Hypochondrická porucha často postiženého demoralizuje, bere mu pocit perspektivy a naděje. V prevenci relapsu je proto důležitým krokem vypracování pozitivní životní perspektivy, která umožňuje pacientovi vidět v životě smysl. Postupně se s pacientem vracíme k příjemným aktivitám a koníčkům, uvažujeme o smysluplném zaměstnání a naplnění v partnerství či rodičovství. Pomáháme mu nalézat si přátelství a postupně vytvořit sociální síť. Probíráme harmonický životní styl, který zvyšuje adaptaci k případnému stresu.

Dalším krokem je identifikace stresujících situací v budoucnosti, na které by pacient mohl reagovat rozvojem dalších obav o zdraví. Důležité je probrat strategie, které se pacient během terapie naučil, aby je mohl použít v případě většího stresu v budoucnosti. Pacient musí být připraven i na to, že zažije neúspěchy a zhoršení stavu, které ale může využít k tomu, aby se z nich poučil. Pokud pacient není na zhoršení potíží připraven, může propadnout malomyslnosti. Proto je v závěrečných sezeních potřeba připravit pacienta, aby se dokázal vyrovnat s neúspěchy sám, bez přímé podpory terapeuta. Měl by si promyslet, za jakých okolností by se nejspíše mohly jeho potíže znovu objevit, a připravit si plán, jak bude případné problémy řešit. Tento „krizový plán“ je vhodné mít připravený v písemné podobě.

### **8.5.4.5 Problémy v léčbě hypochondrické poruchy**

Léčba hypochondrické poruchy je jedním z nejtěžších oříšků v psychiatrii vůbec. Hlavním problémem je, že pacienti nejsou pro psychoterapeutickou léčbu dostatečně motivováni a velmi často ji odmítají. Probuzení motivace a její posilování je de facto prvním krokem léčby. Je však na dovednosti terapeuta, jak tento úkol zvládne. Nutno uznat, že to není jednoduché a v mnohých případech se to podařit

nemusí. Mnozí terapeuti mívají v těchto situacích problém se vypořádat s rozčarováním, což často v kombinaci s pacientovou nejistotou vede k narušení terapeutického vztahu (Rief a Hiller, 1998). Někdy musí akceptovat pacientovo rozhodnutí terapii nyní nepodstoupit a ukázat, že možnost léčby zůstala otevřená i do budoucna. Obzvláště obtížná bývá léčba hypochondrického pacienta, kterému v dohledné době vyprší podpůrčí lhůta. Čekání invalidního důchodu je příliš významným pozitivním důsledkem, takže i sebepoctivější pacient spolupracuje v psychoterapii jen minimálně. Je zbytečné a neetické vyčítat sekundární zisky. Pro tuto situaci neexistuje úspěšná strategie řešení. Zkoušíme s pacientem propracovat pozitivní důsledky aktivního životního stylu, ale většinou nejsme úspěšní.

Jedním z nejčastějších problémů je netrpělivost terapeutů při léčbě těchto pacientů. Zejména pokud terapeut předčasně vnáší svůj psychologizující výkladový model, který protirečí pacientovým představám. Úspěšnějším postupem bývá, když společně v průběhu terapie shromažďujeme důkazy pro a proti pojetí nemoci pacienta.

Obtížné bývá také domluvit se s pacientem, aby zanechal „zdravotnické turistiky“ a přestal chodit na vyšetření ke specialistům různého druhu. Někdy bývá schůdné postupně prodlužovat frekvenci tohoto zabezpečovacího chování, opakovaně testovat jeho důsledky pro pacienta a přesvědčovat ho k delšímu experimentu bez dalších vyšetření.

Podobně jako u jiných chronicky probíhajících poruch, bývá častým problémem pokus o intervenci bez předem vytvořené motivace pacienta, např. snaha separovat pacienta od rodičů, nebo jej nutit pracovat při invalidním důchodu. Frustraci jak ze strany pacienta, tak ze strany terapeuta se lze vyhnout, klademe-li si od začátku spíše dílčí, krátkodobější cíle a zaměříme se spíše na zmírnění příznaků než na úplné odstranění potíží.

## 8.5.5 Závěr

Hypochondrická porucha je důsledkem nerealistických a nepřiměřených interpretací somatických příznaků a senzací jako projevů vážné nemoci. Toto zpracování souvisí se základním kognitivním nastavením, které se týká čtyř důležitých oblastí: přesvědčení o zvýšené pravděpodobnosti vážné nemoci, přesvědčení o katastrofických důsledcích nemoci pro vlastní prožívání i ceny pro okolí, nedůvěře ve vlastní schopnost zvládnout nemoc a nedůvěře v tzv. faktory záchrany. Důležitým automaticky působícím udržovacím faktorem je zaměřená pozornost. Behaviorální udržovací faktory souvisejí se zabezpečováním, vyhýbavým chováním a ujišťováním. Nejdůležitějším interpersonálním udržovacím faktorem je zaujetí role nemocného s jejími důsledky. Terapie hypochondrické poruchy bývá obtížná, obzvláště na začátku. Pacienti odmítají psychiatrickou léčbu a trvají na přítomnosti tělesné poruchy. KBT se snaží identifikovat automatické dysfunkční postoje ke zdraví a hledá alternativní vysvětlení příznaků. Pracuje s abnormálním chováním (zabezpečování, kontrolování, měření, ujišťování), které se snaží pomoci zábrany

neutralizační reakce postupně odstranit. Průběhem KBT léčby se vine postupná edukace o původu tělesných potíží. Najít alternativní vysvětlení příznaků pomáhá kognitivní rekonstrukce a expozice v imaginaci, tzv. katastrofický scénář vlastní nemoci a smrti, s nejhoršími představami. Expozice in vivo znamená vystavení se obávaným situacím, jako jsou hřbitovy, nemocnice ap. Další metodou je expozice obávaným tělesným příznakům (hyperventilace, cvičení). Součástí KBT je tělesné cvičení a nácvik relaxace. Terapie pacientů s hypochondrickou poruchou představuje pro psychoterapeuty velkou výzvu. Ještě nedávno byli tito pacienti považováni prakticky za neléčitelné a byli „postrachem“ terapeutů. Nové, detailně rozpracované kognitivně behaviorální modely vedly k nalezení účinnějších strategií léčby, které byly ověřeny v empirickém výzkumu.

## 8.5.8 Literatura

1. BARSKY, A. J., KLERMAN, G. L.: *Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles*. Am. J. Psychiatry, 1983, č. 140, s. 273–283.
2. BARSKY, A. J., GERINGER, E., WOLF, C. A.: *A cognitive-educational treatment for hypochondriasis*. Gen. Hosp. Psychiatry, 1988, č. 10, s. 322–327.
3. BARSKY, A. J., COEYTAUX, R. R., SARNIE, M. K., CLEARY, P. D.: *Hypochondriacal patients' beliefs about good health*. Am. J. Psychiatry, 1993, č. 150, s. 1085–1089.
4. BOUMAN, T. K., VISSLER, S.: *Cognitive and behavioural treatment of hypochondriasis*. Psychother. Psychosom., 1998, č. 67, s. 214–221.
5. CLARK, D. M., SALKOVSKIS, P. M., HACKMAN, A. et al.: *Two psychological treatments for hypochondriasis*. A randomized controlled trial. Br. J. Psychiatry, 1998, č. 173, s. 218–225.
6. FALLON, B. A., KLEIN, B. W., LIEBOWITZ, M. R.: *Hypochondriasis: Treatment strategies*. Psychiatr. Ann., 1993, 23, s. 374–381.
7. FAVA, G. A. M., GRANDI, S., RAFANELLI, C. A. ET AL.: *Explanatory therapy in hypochondriasis*. J. Clin. Psychiatry, 2000, č. 61, s. 317–322.
8. FENICHEL, O.: *The psychoanalytic theory of neurosis*. London: Routledge & Kegan, 1946.
9. FISHBAIN, D. A., BARSKY, S., GOLDBERG, M.: *Monosymptomatic hypochondriacal psychosis: belief of contracting rabies*. Int. J. Psychiatry Med., 1992, č. 22, s. 3–9.
10. FORD, C. V.: *Somatizing Disorders: Illness as a Way of life*. New York: Elsevier, 1983.
11. GABBARD, G.: *Psychodynamic psychiatry in clinical practice: the DSM-IV ed*. Washington: American Psychiatric Press, 1994.
12. HAFNER, H.: *Hypochondrische Entwicklungen*. Nervenarzt, 1959, č. 30, s. 529–539.
13. HOLLANDER, E.: *Obsessive-compulsive spectrum disorders: An overview*. Psychiatr. Ann., 1993, č. 23, s. 355–358.
14. HOLLANDER, E., NEVILLE, D., FRENKEL, M. et al.: *Body dysmorphic disorder: diagnostic issues and related disorders*. Psychosomatic, 1992, č. 33, s. 156–165.

15. KAMLANA, S. H., GRAY, P.: *Fear of AIDS (letter)*. Br. J. Psychiatry, 1988, č. 15, s. 1291.
16. KELLNER, R.: *The prognosis of treated hypochondriasis: a clinical study*. Acta Psychiatr. Scand., 1983, č. 67, s. 69–79.
17. KELLNER, R.: *Functional somatic symptoms and hypochondriasis: a survey of empirical studies*. Arch. Gen. Psychiatry, 1985, č. 42, s. 821–833.
18. KELLNER, R., FAVA, G. A., LISANSKY, J. et al.: *Hypochondriacal fears and beliefs in DSM-III melancholia*. Changes with amitriptylin. J. Affect. Disord., 1986, č. 10, s. 21–26.
19. KELLNER, R.: *Hypochondriasis and somatization*. JAMA, 1987, č. 258, s. 2718–2722.
20. KENYON, F. E.: *Hypochondriasis: a survey of some historical, clinical, and social aspects*. Br. J. Psychiatry, 1965, č. 138, s. 117–133.
21. LOGSDAIL, S., LOVELL, K., WARWICK, H. et al.: *Behavioural treatment of AIDS-focused illness fobia*. Br. J. Psychiatry, 1991, č. 159, s. 422–425.
22. MARTIN, R. L., YUTZY, S. H.: *Somatoform disorders*. In: Tasman, A., Kay, J., Lieberman, J. A. (eds.): *Psychiatry*. Philadelphia: Saunders, 1997, s. 1119–1155.
23. Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování: Diagnostická kritéria pro výzkum. Praha: Psychiatrické centrum, 1996, Zprávy č. 134, 179 s.
24. MILLER, D., ACTON, T. M. G., HEDGE, B.: *The worried well: their identification and management*. J. R. Coll. Physicians, 1988, č. 22, s. 158–165.
25. PRAŠKO, J., PAŠKOVÁ, B., HORÁČEK, J.: *Hypochondrická porucha a její léčba*. Psychiatrie pro praxi, 2001, č. 2, s. 102–108.
26. PRAŠKO, J., PAŠKOVÁ, B., HORÁČEK, J., FREMUND, F.: *Somatoformní poruchy*. Praha: Galén, 2002, 160 s.
27. RIEF, W., HILLER, W.: *Somatizační porucha a hypochondria*. Překlad z originálu Somatisierungsstörung und Hypochondrie. Gottingen: Hogrefe Verlag, 1998. Přeložil MUDr. Dušan Mojžiš. Trenčín: Vydavatelstvo F, 2002.
28. SALKOVSKIS, P. M.: *Somatic problems*. In: Hawton, K. et al. (eds.): *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems*. Oxford: Oxford Medical Publications, 1989.
29. SALKOVSKIS, P. M.: *Cognitive-behavioural understanding and treatment of severe and persistent health anxiety ("hypochondriasis")*. Psychiatrie, 2003, č. 7, s. 16.
30. SALKOVSKIS, P. M., WARWICK, H. M. C.: *Morbid preoccupation, health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioral approach to hypochondriasis*. Behav. Res. Ther., 1986, č. 24, s. 597–602.
31. STARCEVIC, V.: *Reassurance and treatment of hypochondriasis*. Gen. Hosp. Psychiatry, 1991, č. 13, s. 122–127.
32. STERN, R., FERNANDEZ, M.: *Group cognitive and behavioral treatment for hypochondriasis*. BMJ, 1991, č. 303, s. 1229–1231.
33. STOUDEMIRE, G. A.: *Somatoform disorders, factitious disorders, and malingering*. In: Talbott, J. A., Hales, R. E., Yudofsky, S. C. (eds.): *Textbook of Psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press, 1988, s. 533–556.

34. YUTZY, S. H.: *Somatoform disorders*. In: Hales, R. E., Yudovsky, S. C. (eds.): Textbook of clinical psychiatry. Fourth edition. Washington: American Psychiatric Publishing, 2003, s. 659–590.
35. VISSER, S., BOUMAM, T. K.: *Cognitive-behavioral approaches in the treatment of hypochondriasis: six single case cross-over studies*. Behavior. Res. Ther., 1992, č. 30, s. 301–306.
36. WARWICK, H. M. C.: *A cognitive-behavioral approach to hypochondriasis and health anxiety*. J. Psychosom. Res., 1989, č. 33, s. 705–711.
37. WARWICK, H. M., MARKS, I. M.: *Behavioural treatment of illness phobia and hypochondriasis*. A pilot study of 17 cases. Br. J. Psychiatry, 1988, č. 152, s. 239–241.
38. WARWICK, H. M., CLARK, D. M., COBB, A. M. et al.: *A controlled trial of cognitive-behavioral treatment of hypochondriasis*. Br. J. Psychiatry, 1996, č. 169, s. 189–195.

## 8.6 KBT insomnie

Kateřina Espa-Červená, Lucie Závěšická, Ján Praško

### 8.6.1 Popis poruchy

Pokud položíme otázku, co je to vlastně porucha spánku, většina laiků (ale i část odborné veřejnosti) bez váhání odpoví, že je to nespavost neboli insomnie. Odborníci zabývající se spánkovou medicínou však rozeznávají celou řadu spánkových poruch, *mezi nimiž* figurují i insomnie. Plurál je zde použit záměrně – insomnie není jednou konzistentní patologií, jedná se spíše o celou skupinu poruch s různým charakterem, délkou trvání a etiologií. Neexistuje dokonce ani exaktní, obecně platná definice insomnie. Nejčastěji používanou charakteristikou je, že se jedná o spánek, který je nemocným subjektivně vnímán jako obtížně dosažitelný, přerušovaný, krátký, nedostatečný anebo neosvěžující.

Následující kapitola bude tedy věnována pouze jedné z poruch spánku, která je dobře ovlivnitelná metodami KBT – insomnií.

#### 8.6.1.1 Klinické projevy

Je třicet minut po půlnoci. Lucie se převaluje už od půl desáté v posteli a ne a ne zabrat. Hlavou jí letí nekonečný řetěz myšlenek: dnes nestihla dokončit vyúčtování v práci, zase budou řeči... Malá Anička pokašlává, jen aby zas nebyla nemocná... Ale nejhorší je to, že už zas nemůže usnout. Zítra bude úplně zničená, bude vypadat hrozně, co tomu řeknou lidi? Musí se pokusit usnout, tak teď už na nic nebude myslet. Zase to nejde. Zkouší počítat ovečky, ale má pocit, že je čím dál tím čilejší. Tohle už není možné – začíná být opravdu rozzlobená, má strach, že se z toho nakonec zblázní, zoufale se dívá na budíka a počítá, kolik času jí zbývá do rána. Usíná vyčerpáním okolo druhé ráno.

Jiří nemá s usínáním žádné problémy. Je vždycky tak unavený, že usne už v deset, jen co se hlavou dotkne polštáře. Ale okolo půlnoci se pravidelně probouzí. Děsí se toho, ale je to každý den stejné. Nic ho nebolí, na toaletu se mu nechce, nemá to žádnou logiku, jen se prostě probudí a nemůže znovu zabrat. Zlobí se na sebe – to už je opravdu neschopný spát jako každý normální člověk? Opakovaně se dívá na hodinky, převaluje se, čeká... Konečně se mu po hodině podaří usnout, ale celá situace se během noci ještě několikrát opakuje. Ráno vstává nazlobený a unavený.

Alena (na rozdíl od jejích dvou předchůdců) usíná bez problémů a během noci se opakovaně nebudí. Budí se pravidelně okolo čtvrté ráno (po 5-6 hodinách spánku) a přes veškerou snahu už není schopna až do zvonění budíku znovu usnout. I ona si stěžuje na insomnií.

Tyto tři příběhy popisují základní klinické typy insomnie:

- iniciální insomnie (porucha usínání),
- porucha kontinuity spánku,
- terminální insomnie (časné ranní buzení).

V praxi je velmi důležité rozdělení insomnií z hlediska délky trvání. I zde rozlišujeme tři skupiny, které se velmi liší zejména terapeutickým přístupem:

- tranziентní (přechodná insomnie) – několik nocí,
- krátkodobá insomnie – 1 až 4 týdny,
- chronická insomnie – déle než měsíc.

### 8.6.1.2 Diagnóza

Jak již bylo zmíněno v úvodu, pohled na poruchy spánku se velmi liší u odborníků, kteří se spánkem profesionálně nezabývají, a somnology samotnými. V důsledku to vede k paralelní existenci dvou diagnostických manuálů.

Insomnie (a hypersomnie) jsou klasifikovány v MNK-10, jako tzv. neorganické poruchy spánku (F 51), kde je jejich popis velmi stručný a z mnoha hledisek i nedostatečný. Ostatní spánkové poruchy MNK řadí k neurologickým poruchám (G 47).

Druhým diagnostickým manuálem je Mezinárodní klasifikace poruch spánku (ICSD, 1990), která vyčerpávajícím způsobem zpracovává celé spektrum spánkových poruch. Pro stanovení správné diagnózy a rozhodnutí o případném použití KBT jako vhodné terapeutické metody je nutné na tomto místě uvést stručný přehled tohoto diagnostického manuálu.

ICSD dělí poruchy spánku do dvou základních skupin – na **primární** a **sekundární**.

**Primární poruchy spánku** zahrnují:

- a) **Dyssomnie** – poruchy charakterizované jak insomnií, tak zvýšenou spavostí během dne.
  - *Dyssomnie z vnitřních příčin:*
    - *psychofyziologická insomnie* – kompletní KBT je suverénní terapeutickou metodou,
    - *pseudinsomnie* (nesprávné vnímání spánku) – KBT může (teoreticky) zlepšit subjektivní vnímání spánku a snížit úzkost, ale velmi často u těchto pacientů selhává,
    - *idiopatická insomnie* (vzácná insomnie vznikající již v dětství) – kauzální terapií jsou hypnotika,
    - *narkolepsie* (zejména starší pacienti), *obstrukční a centrální syndrom spánkové apnoe*, *periodické pohyby končetin*, *syndrom neklidných nohou*. U těchto poruch se noční insomnie velmi často vyskytuje jako druhotný příznak, ale KBT není indikována, nutná je kauzální léčba,
    - *rekurentní, idiopatická a posttraumatická hypersomnie* – chybí stížnost na nespavost, nemocný spí naopak nadměrně.
  - *Dyssomnie z vnějších příčin:*
    - *nepřiměřená spánková hygiena* – KBT zahrnující edukaci a pravidla spánkové hygieny je suverénní terapeutickou metodou,
    - *porucha spánku ze závislosti na podávání hypnotik* – KBT je zřejmě jedinou komplexní terapií takto vzniklé insomnie.

- *porucha spánku ze závislosti na podávání stimulancií a závislosti na alkoholu, tranzitorní insomnie* – indikována je spíše farmakoterapie,
- *výšková insomnie, porucha spánku z nedostatku režimu (u dětí), porucha spánku z naučených asociací při usínání (u dětí), alergie na potraviny (zejména na kravské mléko u dětí), syndrom insuficientního spánku, syndrom nočního ujídání či upíjení a poruchy spánku vlivem toxických látek* – KBT není indikována.
- *Poruchy cirkadiální rytmicity:*
  - „jet lag“ *syndrom (vzniká při letech s výrazným časovým posunem), porucha spánku při směnném provozu, nepravidelný cyklus spánku a bdění, syndrom opožděné a předsunuté fáze, rytmus odlišný od cirkadiálního (jiný než 24 h.)* – přestože insomnie je velmi často základní stížností, KBT není indikována, na místě je ve většině případů chronoterapie.

**b) Parasomnie** – insomnie není jejich součástí, jejich taxonomií se na tomto místě nebudeme zabývat, zájemce odkazujeme na přehlednou publikaci „Poruchy spánku a bdění“, Nevšimalová, Šonka, 1997.

Druhou velkou skupinou jsou **poruchy spánku sekundární** – spojené s další somatickou nebo duševní poruchou. Je třeba si uvědomit, že insomnie se velmi často vyskytuje u nemocných např. s psychotickým onemocněním, afektivními poruchami, úzkostnými poruchami, panickými atakami, ale také u řady neurologických, revmatologických a kardiovaskulárních onemocnění či gastroezofageálního refluxu. Pro úplnost zmiňme i insomnie vyvolané vedlejšími účinky medikace, kterou nemocný užívá pro jiné základní onemocnění.

Je zřejmé, že ve skupině sekundárních insomnií je na místě kauzální léčba základního problému a KBT insomnie zde není indikována.

### 8.6.1.3 Epidemiologie

Brixler (1979) uvádí, že 32 % dospělých v losangeleském regionu trpělo insomnií v době ankety, dalších 11 % dotázaných mělo spánkové obtíže v anamnéze.

Velmi podobné výsledky uvádí i Mellingerova studie (Mellinger, 1984). V reprezentativním vzorku populace Spojených států (3161 respondentů ve věku 18–79 let) si na insomnii stěžovalo 35 % dotázaných, 17 % z nich uvedlo, že insomnie je pro ně závažný problém.

Také další rozsáhlé epidemiologické studie (Gallup Organization 1991, Ohayon et al., 1997) došly k obdobnému závěru: zhruba *jedna třetina* populace v naší „západní civilizaci“ trpí nebo v minulosti trpěla poruchou spánku.

Je důležité si uvědomit, že se jedná o natolik časté onemocnění, že ve svých důsledcích vede k výrazným ekonomickým ztrátám: často je příčinou snížené pracovní výkonnosti, absencí, významně zvyšuje riziko rozvoje depresivního onemocnění, vede k chronickému abúzu hypnotik (nebo i k syndromu závislosti), ale zejména velmi podstatně snižuje kvalitu pacientova života.



#### 8.6.1.4 Etiopatogenetické faktory

Jak vyplývá z kapitoly 8.8.2.2, insomnie mají celou řadu příčin. V dalším textu této kapitoly se zaměříme výhradně na ty, u nichž KBT přichází jako léčebná metoda v úvahu.

Nejvýznamnější z nich je **psychofyzilogická insomnie**. Tvoří asi 10–20 % ze všech insomnií. Jak sám název napovídá, v etiopatogenezi této poruchy hrají roli jak faktory biologické, tak psychické.

Je zatím jen málo informací o predisponujících faktorech psychofyzilogické insomnie. Velmi pravděpodobně mezi ně patří nadměrné aktivace mechanismů zodpovědných za udržení bdělosti – tzv. hyperarousal (Bonnet, 1995, 1996), uvažuje se také o defektní homeostatické regulaci spánku (Besset, A. et al.). Vliv genetických faktorů je u této poruchy nejasný.

U predisponovaného jedince se v období zvýšené psychické (např. stres, ztráta blízké osoby, velké životní změny) nebo somatické zátěže (např. operace, bolestivé onemocnění) rozvine tranzientní insomnie. Pacient se následně začne nespavosti obávat, objeví se anticipační úzkost, specificky vázaná na usínání, spánek a denní důsledky nevyspalosti. Úzkost dále zvyšuje psychické nabuzení, oddaluje usnutí, porucha má tendenci se prohlubovat a chronifikovat. Mezi udržující faktory patří špatná spánková hygiena, která se v průběhu času u drtivé většiny pacientů postupně objeví, a v neposlední řadě též sekundární zisky z poruchy plynoucí (nespavost se stává omluvou pro drobná životní selhání a neúspěchy, „opravňuje“ pacienta k dennímu odpočinku a k pasivitě).

Etiologie dalších poruch, v jejichž terapii se může uplatnit KBT, vyplývá již z jejich názvu: insomnie z **nepřiměřené spánkové hygieny** a porucha spánku ze **závislosti na podávání hypnotik**.

#### 8.6.1.5 Diferenciální diagnóza a komorbidita

Pokud se rozhodneme použít KBT jako terapeutické metody, musíme si být jisti, že se jedná o „čistou“ *psychofyzilogickou insomnii*, *insomnii z nepřiměřené spánkové hygieny* či *insomnii ze závislosti na podávání hypnotik* bez další komorbidity.

Diferenciálně diagnosticky je od nich třeba odlišit *sekundární insomnie při psychiatrických onemocněních* (30–40 % všech insomnií!) (Coleman R.M. et al., 1982), *somatických onemocněních* (zejména neurologické poruchy a bolestivé stavy) a insomnie jako *vedlejší účinek léků*. Tato část diferenciální diagnostiky není obtížná, většinou stačí kvalitně odebraná anamnéza a běžné klinické vyšetření.

O něco obtížnější je odlišit *poruchy cirkadiality* – zejména syndrom opožděné a předsunuté spánkové fáze. Ve zkratce lze uvést, že lidé trpící syndromem opožděné fáze jsou lidově tzv. sovy – chodí pozdě spát a pozdě ráno vstávají. Potíže se spánkem nastávají jen v důsledku odlišnosti jejich vlastního rytmu od zvyklostí společnosti, trpí nedostatkem spánku kvůli časnému vstávání do zaměstnání či do školy. Od skutečných insomniaků je spolehlivě odliší otázka na spánek během dnů volna (pozdní vstávání, spánek není narušen). Syndrom předsunuté fáze je v pod-

statě opačným problémem. Je extrémně vzácný, jeho mírná forma (lidé typu „skřivana“) si na insomnii většinou nestěžují.

Poměrně obtížné je odlišení insomnie vyskytující se druhotně při *syndromu spánkové apnoe*, *syndromu neklidných nohou* a *periodických pohybech dolních končetin*. Podezření na syndrom *spánkové apnoe* je třeba mít, pokud se jedná o pacienta s nadváhou, muže středního věku (nebo ženu po přechodu), specifického morfotypu (krátký silný krk), který v noci chrápe, má v noci nucení na močení, udává suchost úst a bolest hlavy po probuzení a zejména: stěžuje si na výraznou denní ospalost. Nemocní trpící *syndromem neklidných nohou* mají typicky iniciální insomnii a na přímé dotazy sdělují, že před usnutím mají tendenci třít si nohy o prostěradlo, různě jimi pohybovat, střídavě krčit a natahovat prsty na nohou či celý nárt, že mají pocity brnění, mravenčení, chladu nebo naopak tepla v nohou, jež se zmíněnými pohyby zmírňují. Pacienti trpící *periodickými pohyby končetin* o své poruše většinou vůbec netuší (projevuje se pouze ve spánku), občas si stěžují na bolesti v dolních končetinách, často pak na denní ospalost. Cenné informace může poskytnout partner – pacient trpící touto poruchou v noci „kope“, má neklidný spánek s častými pohyby. Anamnéza je i zde klíčová, ale definitivní diferenciální diagnostika je úkolem polysomnografického vyšetření. V případě i minimálního podezření na některou z těchto poruch bychom neměli s indikací tohoto vyšetření váhat.

Obecně platí, že předpokladem úspěšné terapie je správná diagnostika, a to platí i u tak na první pohled „jednoduché“ poruchy, jako je insomnie. KBT je jistě velmi efektivní metoda, ale její výsledky na poli zlepšení saturace kyslíku u pacientů trpících syndromem spánkové apnoe nelze považovat za zcela prokázané.

### 8.6.1.6 Průběh

Insomnie začíná velice často jako reakce na vnější zátěž. Vzniká tak tranzientní insomnie, která má u predisponovaných jedinců tendenci chronifikovat, a tak přejít v psychofyziologickou insomnii. Pravidelně se připojuje porucha spánkové hygieny, jež insomnii udržuje. Velmi často pak dochází k abúzu hypnotik, v mnoha případech také k rozvoji syndromu závislosti na hypnoticích. Insomnie může trvat celý život, nejčastěji v kolísavé intenzitě – zhoršuje se při jakémkoliv vnějším stresu, změně prostředí ap., spontánní úprava spánku k normě je výjimečná. I u úspěšně odléčených pacientů zůstává celoživotní „náchylnost“ k poruchám spánku v zátěžových situacích.

Závažným rizikem chronické insomnie je rozvoj sekundární deprese, u insomniaků výrazně vyšší než u zbytku populace.

## 8.6.2 KBT pohled

### 8.6.2.1 Behaviorální faktory

Behaviorální faktory hrají někdy důležitou roli již na samém počátku onemocnění insomnií, mohou být spouštěčem: např. perioda tranzientní insomnie následuje

po období nepravidelností v režimu spánek-bdění (např. časté ponocování – večírky, práce či studium v noci). Ve většině případů je však rozvoj maladaptivního chování spolehlivým udržujícím faktorem psychofyziologické insomnie.

Mezi nejčastější „zlozvyky“ týkající se spánkové hygieny patří zejména nepravdělný nebo nevhodný režim spánku a bdění. Pacient často uléhá velmi brzy – např. již okolo 21. hodiny, „aby měl dost času si odpočinout“, „aby stihl usnout“ atd. Je snadno pochopitelné, že pokud si jde pacient lehnout ve 21 hodin a vstává v 7.00, stráví tak 10 hodin v posteli. Pouze kojenci a malé děti mají potřebu spánku vyšší než 8 hodin, tato doba je tedy i pro „normálního spáče“ přemrštěná. Vyplyvá z toho, že pokud náš pacient spí průměrně jen 6 hodin za noc, tak 4 z výše zmíněných deseti hodin stráví převrácením se na lůžku, přemítáním a „pokusy usnout“, což vede k aktivaci fyziologických mechanismů stresu, které pak spolehlivě zvyšují nabuzení a brání tak usnutí.

V uvedeném pacientově postupu se však skrývá další velmi nebezpečný mechanismus udržující dlouhodobě insomnii: klasické operantní podmiňování. Pacient si noc co noc opakuje schéma, v němž jsou postel, ložnice, někdy i všechny večerní činnosti nevyhnutelně následovány insomnií, vzniká tedy patologická vazba: postel, ložnice – insomnie.

Do kategorie klasického podmiňování patří i veškeré jiné činnosti než spánek či sex, vykonávané v lůžku (sledování TV, čtení, telefonování, práce na PC, jídlo, pití atd.). Opět se tak fixuje nevhodné spojení postel – „ne spánek“, které oslabuje „usínací reflexy“.

Dalším behaviorálním faktorem udržujícím insomnii je polehávání během dne, které výrazně destabilizuje tzv. homeostatickou složku regulace spánku (viz dále).

### 8.6.3.2 Kognitivní faktory

Ze samotného názvu psychofyziologické insomnie vyplývá, že psychické, potažmo kognitivní mechanismy hrají při jejím vzniku a udržování zásadní úlohu. Již v úvodu zmíněných krátkých charakteristikách insomnie (viz kapitolu „Klinické projevy“) jsou naznačeny některé z negativních automatických myšlenek, typicky se vyskytujících u této poruchy. Velmi častá je obava, že insomnie je vedlejším příznakem jiné, závažnější choroby, nebo že v některou ze závažných nemocí postupem času vyústí. Obavy se tedy týkají nejčastěji oblasti zdraví, výkonu a fyzického vzhledu (překvapivě nejen u žen), typický je strach ze ztráty kontroly nad situací. Časté jsou negativní automatické myšlenky typu: „Co se mnou bude, pokud to takhle bude pokračovat dále? Jak budu moci zítra fungovat v zaměstnání, v rodině? Jak budu zítra vypadat, co si o mě lidé pomyslí, budu jako po flámu... Už nedokážu ani normálně spát.“ atd.

Zejména u starších pacientů se navíc často objevuje motiv strachu ze smrti, hlavně ze smrti ve spánku, který však velmi často popírají.

Tyto obavné myšlenky spouštějí stresovou reakci organismu, která oddaluje nástup spánku a způsobuje tak sama o sobě insomnii.

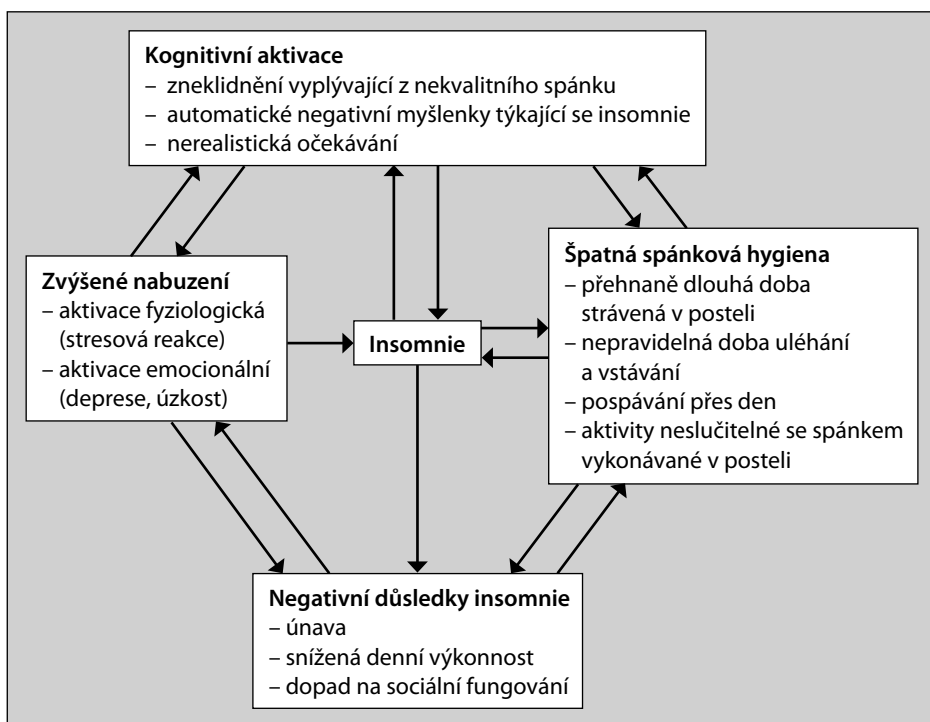
### 8.6.2.3 Interpersonální faktory

Interpersonální faktory hrají nesmírně důležitou roli zejména v udržovacích mechanismech insomnie. Pacient má přirozenou tendenci svalovat vinu za veškeré životní strasti a neúspěchy na insomnii. Pokud se necítí dobře, nepodává kvalitní výkon nebo je jen nepříjemný, je vždy na vině noc bez spánku. Okolí je k takovému vysvětlení tolerantní, často dokonce pacientovi věnuje více pozornosti, než když žádný problém nemá. Postupně se tak buduje systém sekundárních zisků z nemoci, který si však pacient neuvědomuje. Často se stává, že omezuje své pracovní i zájmové aktivity, středem jeho zájmu i hlavním tématem hovoru se stává jeho nespavost.

### 8.6.2.4 KBT model

Bludný kruh insomnie velmi názorně vysvětluje modifikované Morinovo schéma (Morin, C. M., 1993).

**Tabulka 8.6.1:** Bludný kruh insomnie



### 8.6.2.5 Výzkum účinnosti KBT

Zřejmě nejrozsáhlejší publikovaná metaanalýza (Morin, C. M., 1994) nefarmakologických intervencí u insomnie srovnává 59 studií (více než 2000 pacientů) z let 1974–1993. Ve srovnání s neléčenými kontrolami se u 74 % pacientů zkrátila spán-

ková latence, u 84 % pacientů došlo k signifikantnímu zkrácení doby bez spánku v průběhu noci, zlepšení přetrvávalo i 5 měsíců po ukončení terapie. Z výsledků dále vyplývá, že spánková restrikce, kontrola podnětů (behaviorální složka KBT) a relaxace jsou účinnější, než izolovaně použitá spánková edukace a paradoxní intence, a že odborně vedená terapie je významně účinnější, než aplikace terapeutických doporučení pacienty samotnými (např. za použití příruček).

Vyčerpávající, dvojitě slepá kontrolovaná studie Edingerova (Edinger, J. D., 2001) srovnává účinnost komplexní KBT (v trvání 6 týdnů), kombinace kontroly podnětů a relaxace s placebem. Bylo zjištěno, že u pacientů léčených kompletní KBT došlo k 54% redukci času stráveného bez spánku (WASO – wake after sleep onset) oproti 16% redukci za použití kontroly podnětů a relaxace a 12% redukci při léčbě placebem.

Naše zkušenosti s kompletní 8týdenní KBT u insomnie tyto výsledky potvrzují. Na malém souboru pacientů bylo polysomnograficky potvrzeno prodloužení doby spánku po terapii v průměru o více než 100 minut, významné zkrácení spánkové latence a vysoce signifikantní zvýšení spánkové efektivity (prozatím nepublikovaná data).

## 8.6.3 KBT – terapeutický přístup

### 8.6.3.1 KBT vyšetření

KBT vyšetření u poruch spánku se příliš neliší od běžného KBT vyšetření, má však i svá specifika, která vyplývají z nutnosti provést dobrou diferenciální diagnostiku. Vyžaduje navíc alespoň základní znalosti o příznacích sekundárních poruch spánku. V praxi většinou postačí důkladně odebraná anamnéza, výhodné je doplnit ji použitím specifických dotazníků – např. Morinova škála závažnosti insomnie (Morin, C. M., 1993), Morinův dotazník dysfunkčních myšlenek vázaných na spánek (Morin, C. M., 1993) atd., viz přílohu.

Pro přehlednost rozdělíme KBT vyšetření do několika okruhů:

#### 1. Zjištění typu a závažnosti spánkové poruchy. Tážeme se na to, zda má pacient:

- potíže s usínáním: Jak dlouho usnutí asi trvá? Půl hodiny, hodinu, více?
- zda se budí opakovaně během noci: Kolikrát? Jak dlouho trvá, než znovu usne?
- zda se ráno probouzí předčasně: V kolik hodin?
- potíže s udržením bdělosti během dne: Usíná při monotónní činnosti, při řízení automobilu?

Zaznamenáme také obvyklou dobu, kdy pacient uléhá, kdy vstává (jak během týdne, tak o víkendech) a zda odpočívá (či spí) během dne. U každého dotazu připojujeme též otázku na frekvenci výskytu daných příznaků – např. dvakrát týdně, jednou měsíčně atd.

#### 2. Vznik problému. Požádáme pacienta o podrobný popis období, kdy porucha nastala: Kolik mu bylo tehdy let? Nastaly v tomto období v jeho životě nějaké

změny? Přestěhoval se, změnil zaměstnání, oženil se? Byl v té době hospitalizován, operován, léčil se s něčím?

3. **Abúzus hypnotik, alkoholu.** Bere pacient nějaké léky na spaní? Jak dlouho? Kolikrát za poslední týden, měsíc? O jaký preparát se jednalo a v jaké dávce? (Nutné položit i specifickou otázku na fytopreparáty – řada pacientů je za léky nepovažuje.) Je pacient zvyklý požívat před usnutím alkohol? Jestliže ano – jaký druh (víno, destiláty), kolik, jak často?
4. **Vnější podmínky pro spánek.** Má pacient vícepokojový byt se zvláštní ložnicí nebo spí ve společném obývacím pokoji, bydlí v garsoniére ap.? Spí pacient sám, či sdílí lůžko s partnerem? Ruší jej partner (např. chrápáním)? Ruší jej hluk z okolí – provoz na ulici, sousedé atd.? Není v jeho pokoji příliš teplo nebo zima? Neruší jej osvětlení z ulice? Je v pokoji, kde spí, telefon, je jím občas rušen? Je v pokoji, kde spí, televize? Má kvalitní postel, matraci, příjemné prostředí pro spánek obecně? Má domácí zvíře, které spí v ložnici?
5. **Činnosti prováděné v ložnici (posteli).** Sleduje pacient z postele televizi, poslouchá hudbu, čte, jí, pije, pracuje, telefonuje?
6. **Činnosti bezprostředně předcházející spánek.** Pracuje večer před usnutím, sleduje TV, hraje počítačové hry, cvičí? Diskutuje s partnerem o problémech? Hádá se s ním občas večer? Jak dlouho před ulehnutím se připravuje do postele – kdy se sprchuje, kdy obléká pyžamo, čistí si zuby? Má nějaké rituály, které mu pomáhají usnout? Co dělá, když nemůže usnout – zůstane v posteli atd.?
7. **Alimentární návyky, fyzická aktivita.** Kolik šálků kávy nebo čaje vypije za den? Pije kávu, čaj, kolu, kakao, či jí čokoládu pozdě odpoledne a večer před spaním? Kdy a co obvykle večeří? Kouří – kolik za den? Kouří i večer či v noci? Je zvyklý pravidelně cvičit, pokud ano, cvičí někdy pozdě odpoledne či večer?
8. **Modifikující faktory.** Ví pacient o něčem, co mu zaručeně zlepší spánek? Spí např. lépe o víkendu, o dovolené, u známých, nebo je spánek v těchto situacích naopak horší? Je spánek horší v neděli – před návratem do práce? Usíná hůře, když má starosti, konflikty?
9. **Psychická onemocnění jiná než insomnie.** Ptáme se na ambulantní léčbu či hospitalizaci v minulosti, medikamentózní léčbu. Pátráme zejména po příznacích afektivních a úzkostných poruch, po abúzu benzodiazepinů, návykových látek ap. Zhodnotíme i současný psychický stav.
10. **Somatická onemocnění.** Obdoba bodu 9. Zejména nás zajímají bolestivé afekce, neurologická onemocnění, typ medikace.

### Diferenciální diagnostika nejčastějších spánkových poruch

- a) **Iniciální insomnie způsobená syndromem neklidných nohou:** Má pacient po ulehnutí pocit mravenčení, bolesti, tepla, chladu v nohách? Nutí jej tyto nepříjemné pocity třít nohy o pokrývku, prostěradlo, vystřčit nohu ven z postele? Všiml si někdy, že by si před usnutím třel nártu nohou jeden o druhý?
- b) **Porucha kontinuity spánku způsobená periodickými pohyby končetin:** Sdělil někdy partner pacientovi, že má záškuby nohou během noci, že „kope“, střídavě

krčí a natahuje dolní končetiny? Je ráno pravidelně skopané prostěradlo? Bolí pacienta po probuzení nohy, má v nich občas ráno křeče?

**c) *Porucha kontinuity spánku při syndromu spánkové apnoe:*** Chrápe pacient hlučně a nepravidelně, dělá respirační pauzy? Budí se v noci opakovaně na toaletu? Potí se v noci? Má ráno sucho v ústech, bolesti hlavy? Stěžuje si pacient na výraznou denní ospalost, spí pravidelně po obědě, má poruchy paměti, sexuální potíže (poruchy erekce u mužů a snížené libido)?

**d) *Porucha spánku způsobená poruchou cirkadiality:*** Pracuje pacient na směny? Přelétává často časová pásma? Usíná večer pozdě, ale ráno a dopoledne spí bez problémů?

### 8.6.3.2 Hodnocení a měření

Základem měřících metod při KBT insomnie je **spánkový deník** (viz Příloha 3). Je nezbytnou pomůckou k objektivnějšímu pohledu na závažnost poruchy samotné, ale také nám (i pacientovi) umožňuje vidět dosažené terapeutické pokroky. Existuje několik různých typů spánkových deníků. Nejjednodušší z nich (distribované např. farmaceutickými firmami) jsou vhodnější pro monitorování poruch cirkadiality spíše než pro KBT práci s nemocnými insomnií. Zaznamenává se v nich pouze doba spánku den po dni do příslušných sloupků. Sledují sice přehledně hrubé údaje o spánku po dobu několika týdnů, ale není v nich dostatek místa pro další velmi důležité informace. Za výhodnější považujeme proto spánkový deník uvedený v příloze, který podrobně mapuje spánek během jednoho týdne.

Správné použití spánkového deníku je třeba pacientovi důkladně vysvětlit. Zejména je důležité upozornit jej, že veškeré otázky týkající časových údajů jsou jen orientační. Má pouze odhadnout, jak dlouho si myslí, že mu trvalo usnout, nesmí se zúzkostňovat přesným počítáním na minuty. Také doba strávená v lůžku bez spánku má být jen odhadnuta, a nikoliv přesně stopována. Pacient má většinou někde poblíž budík (viz dále), na který se může občas podívat, ale je třeba opakovaně zdůrazňovat, že pouhý odhad časových úseků je naprosto dostačující.

Pravdivost údajů, týkajících se užívání hypnotik a alkoholu velmi závisí na kvalitě terapeutického vztahu. Je třeba vytvořit vlídnou, neodsuzující atmosféru, neboť nezkreslené uvedení obou údajů je pro správně vedenou terapii velmi důležité.

Údaj o ranním probuzení znamená poslední probuzení, po kterém pacient již znovu neusnul ani na malou chvíli. Vzbudil-li se tedy např. v 5.30 a okolo 6. hodiny znovu usnul (i jen na malou chvíli – např. do 6.20 hodin), počítá se tento druhý údaj jako definitivní probuzení. Čas vstávání je skutečná doba, kdy pacient opustil lůžko.

Pocity po probuzení zaznamená do příslušných kolonek co možná nejobjektivněji.

Skutečná doba spánku během noci se počítá jako doba od usnutí do definitivního probuzení, od které odečteme sumu všech nočních probuzení.

**Spánková efektivita** je podíl celkové doby spánku (spočítané v minutách) a celkové doby strávené na lůžku (od ulehnutí do jeho definitivního opuštění ráno).

$$\text{Spánková efektivita (\%)} = \frac{\text{Celková doba spánku (min.)}}{\text{Celková doba strávená v lůžku (min.)}}$$

Záznamy pacient provádí pravidelně každý den ráno, po probuzení. Je velmi důležité, aby pacient sám pochopil, že spánkový deník je jeho pomocníkem, nesmí se z něj stát nudný rutinní úkol. Pacient musí být motivovaný a svým způsobem i zvědavý „jak to bude vypadat za týden ve srovnání s dneškem, zda budou nějaké změny, jaká bude spánková efektivita?“

Stejně tak důležité je, aby se vyplněnému spánkovému deníku věnovala během terapeutických sezení náležitá pozornost, aby terapeut naslouchal všem pacientovým poznámkám a postřehům, ale i sám aktivně kladl dotazy – např. na nadprůměrné hodnoty doby spánku nebo naopak na noci strávené téměř beze spánku: co si pacient myslí, že je způsobilo, čím se lišily dané dny jeden od druhého, nerozrušilo pacienta něco mimořádného před spaním, nedošlo k výkyvu ve spánkové hygieně?

### 8.6.3.3 Problémy a cíle, léčebný plán

Obě zúčastněné strany – pacient, ale i terapeut musí mít reálná očekávání. Neslibujeme vyléčení, ale nabízíme možnost výrazného zlepšení problémů se spánkem pod podmínkou, že pacient bude intenzivně spolupracovat a plnit zadané úkoly. Pokud tato podmínka není splněna, je to jasná kontraindikace kognitivně behaviorální terapie. Pacienta do ničeho nenutíme, od počátku mu sdělíme, že se jedná o velmi náročnou terapeutickou metodu, která zasáhne hluboko do jeho soukromí, návyků, v mnoha případech i do sociálních vazeb (občas je např. nutné praktikovat dočasně „oddělené ložnice“), že se výsledky s největší pravděpodobností dostaví až s odstupem několika týdnů, že bude třeba vytrvat a překonat těžké období počáteční spánkové restriktce. Dáme mu čas na rozmyšlenou, pro zvýšení motivace můžeme citovat procento úspěšnosti při této formě terapie a zmínit rizika chronické konzumace hypnotik.

Pokud pacient souhlasí s terapií pomocí KBT, zapíšeme na volný list papíru současný stav a pacientovy požadavky – cíle terapie. Cíle musí být realistické – spí-li pacient průměrně např. 5 hodin za noc, nestanovíme si plán spát 9 hodin, přestože pacient tvrdí, že je to minimální doba, kterou potřebuje k odpočinku. Je výhodné určovat cíle terapie až ve druhém sezení, na které již pacient přichází s vyplněným spánkovým deníkem, můžeme tak spolu s pacientem realisticky uvažovat o možném zlepšení. Obecně platí, že většina pacientů nakonec souhlasí s 6–7hodinovým spánkem za noc jako s cílem terapie.

Příklad:

#### 1. Současná situace

- většinou mi trvá usnout asi tak ..... 2,5 hodiny
- většinou se v noci vzbudím ..... 4–5x
- tato probuzení většinou trvají ..... 30–40minut
- většinou spím za celou noc asi tak ..... 4 hodiny



## 1. Po ukončení terapie bych chtěl:

- usnout do 45 minut
- v noci se vzbudit 2–3x
- zůstat probuzený maximálně 15–20 minut
- spát 6,5 hodiny za noc

Dohodneme se s pacientem na pravidelných sezeních nejlépe jedenkrát týdně, počet sezení stanovíme na 7–10. Můžeme s pacientem také uzavřít klasický terapeutický kontrakt, který by měl obsahovat vyjádření, že se pacient zavazuje vyplňovat pravidelně spánkový deník, že bude akceptovat pravidla spánkové hygieny a spánkové restrikce, že se seznámí s fyziologií spánku, že bude užívat hypnotika jen po vzájemné dohodě atd.

## 8.6.3.4 Léčebné intervence

## 1. Poučení pacienta ohledně spánku

Pacienti trpící insomnií mívají zcela mylná přesvědčení týkající se obecně spánku. Často se domnívají, že pokud nebudou spát nejméně osm hodin denně bez jediného nočního probuzení, znamená to automaticky, že jsou nemocní, že dříve či později zcela přestanou fungovat v zaměstnání, skončí rozvodem, „zblázní se“ ap. Prvním krokem v terapii je poučení ohledně spánku. Jednou ze základních myšlenek KBT je, že terapeut vystupuje jako odborník na danou problematiku, je schopný odpovědět na většinu pacientových otázek týkajících se onemocnění, a tak zmírnit úzkost vyplývající z onemocnění. Každý problém, který je přesně pojmenovaný, je pro pacienta lépe uchopitelný a částečně ztrácí svůj původní úzkostný náboj. U poruch spánku to platí dvojnásob, neboť pacienta nutíme zcela zásadním způsobem měnit jeho zaběhnuté návyky a požadujeme např. spánkovou restrikci, což je pro pacienta s insomnií, který nebyl řádně poučen, zcela absurdní. Abychom si zajistili dobrou spolupráci, je nutné vysvětlit (pro pacienta srozumitelnou formou) alespoň základy fyziologické regulace spánku – „*jak*“ spíme, „*kdy*“ spíme a jaká je „*normální doba spánku*“.

**Jak:** Začneme s výkladem fyziologie spánku na opačné straně – u bdělosti. Když jsme bdělí, náš mozek je velmi metabolicky aktivní, a pokud v tomto stavu snímáme EEG, konstatujeme přítomnost rychlých frekvencí (zejména tzv.  $\alpha$  a  $\beta$ ). V okamžiku, kdy začínáme klímat, se aktivita snižuje, EEG frekvence se zpomalují (objevuje se tzv. frekvence  $\theta$ ). Pokud tato frekvence v EEG záznamu převáží, hovoříme o prvním stadiu non-REM spánku. Pokud nejsme ničím rušeni, mozek dále mění typ své aktivity: ve zpomalené aktivitě typické pro stadium 1 se objevují izolované pomalé vlny následované spánkovými vřetenky (zvláštní útvar nazývaný v EEG terminologii K-komplex), nastává stadium 2 non-REM spánku. Další prohloubení spánku je opět ve znamení ještě většího zpomalení frekvence – objeví se tzv.  $\delta$ -vlny (velmi pomalé, vysoké vlny). V tento moment spíme hlubokým spánkem non-REM – stadium 3 a 4, práh naší probuditelnosti je velmi vysoký, mozek v tomto stavu

skutečně odpočívá (snižuje svou metabolickou aktivitu). Po určité době se však najednou zcela mění jak charakteristika EEG záznamu (je velmi podobný jako při bdělosti), tak i metabolická aktivita mozku (výrazně se zvyšuje). Přesto pacient paradoxně stále tvrdě spí. Kromě toho můžeme i pouhým okem pozorovat rychlé pohyby očních bulbů pod víčky. Nastává tzv. paradoxní neboli REM spánek („rapid eye movements“), ve kterém je mozek velmi aktivní, zdá se nám většina snů a jsme kompletně svalově relaxovaní (nastává svalová atonie). Usnutí a postupný přechod stadií non-REM 1, 2, 3, 4 a REM je velmi pravidelné, nenastává náhodně – tvoří tzv. spánkový cyklus. Takovýto cyklus trvá 90–120 minut a opakuje se 4–5krát během noci. Pro praktické využití těchto informací v práci s pacientem je důležité vědět, že přechod ze stadií non-REM do REM spánku je spojen s aktivací určitých mozkových struktur a naopak s útlumem jiných a často se stává, že se při tomto přechodu probudíme. Pro pacienta má tedy zásadní význam informace, že je zcela normální probudit se po 1,5–2 hodinách spánku (což je velmi častá stížnost insomniaků). Pokud zpopularizujeme řečené až na samou mez odborné únosnosti, lze použít přirovnání k automobilu: také ve spánku „přerazujeme“ z 1. stupně na 2., 3., 4., ale pokud chceme zařadit „zpátečku“ (REM), musíme auto zastavit. (Přehled spánkových stadií uvádí tab. 1.)

**Tabulka 8.6.2** Stadia spánku

| Non-REM          |                                                                                                                               |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Stadium 0</b> | Bdělost                                                                                                                       |
| <b>Stadium 1</b> | Velmi lehký spánek, přechod mezi bdělostí a spánkem. Ospalost.                                                                |
| <b>Stadium 2</b> | Středně hluboký spánek, pokrývá asi polovinu noci u dospělých. Slouží jako přechodné stadium mezi REM a delta spánkem.        |
| <b>Delta</b>     | Pomalovlný spánek, složený ze stadií 3 a 4.                                                                                   |
| <b>Stadium 3</b> | Sestává ze středního množství deltavlné aktivity, hlubší spánek než stadium 2.                                                |
| <b>Stadium 4</b> | Zvýšení deltavlné aktivity oproti stadiu 3. Velmi hluboké stadium spánku.                                                     |
| REM              |                                                                                                                               |
| <b>REM</b>       | Spánek se sny. EEG je aktivní, blíží se bdělosti. Hloubka spánku je vyšší než ve stadiu 2, ale pravděpodobně menší než delta. |

**Kdy:** Spánek je stav, ve kterém trávíme téměř třetinu našeho života, o jeho regulaci se však až do nedávné doby vědělo poměrně málo. Je to stav, který nenastává náhodně, k tomu, abychom usnuli, musí být splněny určité podmínky. Můžeme si představit, že spánek je regulován dvěma různými typy hodin (dvěma nezávislými fyziologickými mechanismy). První hodiny jsou klasické, s ručičkami, které měří přesný čas během dne. Tyto hodiny (cirkadiální pacemaker) sídlí v hypothalamu, v suprachiasmatickém jádře, mají „ciferník“ (periodu) většinou o trochu delší či kratší než 24 hodin a musejí být tedy pravidelně „dorovnávány“ k délce astrono-

mického dne. Hlavními faktory, které „posunují jejich ručičkami“ a synchronizují jejich chod s vnějším prostředím, je osvětlení (zejména světlo zrána), sociální interakce, jídlo, tělesné cvičení a některé další. Tyto hodiny řídí např. vnitřní teplotu organismu, sekreci některých hormonů – perioda těchto rytmů je přibližně 24 hodin, jsou to tzv. cirkadiální rytmy. Pro porozumění regulaci spánku je důležitý fakt, že usínáme přednostně v určitém období tohoto cirkadiálního rytmu, a v tomto období je i spánek kvalitnější a většinou i delší (viz rozdíl mezi nočním a např. dopoledním spánkem po službě). U pacienta s insomnií tyto rytmy existují také, ale je třeba je posílit – zejména důslednou pravidelností ve spánkovém režimu a používáním budíku jako signálu (synchronizátoru) denně ve stejnou hodinu ráno (včetně víkendu). Pomůže i ranní cvičení, procházka ap.

Druhý mechanismus řídící spánek funguje na principu hodin přesýpacích. Když se „nastrádá“ v organismu dostatečné množství určité látky, mozek není schopen dále „spánku odolat“ a usne nezávisle na prvních „ručičkových“ hodinách. Naopak, pokud nebylo vyrobeno dostatečné množství této substance – neusneme ani v pro spánek ideálním období. Tento mechanismus se nazývá homeostatická regulace spánku a vyplývá z teorie o existenci spánkové substance, která se během bdění vytvoří a ve spánku spotřebovává. Čím déle jsme tedy vzhůru, tím více této substance máme, tím snadnější je usnout, tím hlouběji a déle budeme spát. Byly provedeny četné studie se spánkovou deprivací, jak u zvířat, tak u lidí. Bylo zjištěno, že potřeba spánku je vitální, stejně jako příjem potravy či tekutin. Zvířata v režimu nucené totální spánkové deprivace hynou do několika týdnů. Doposud nepřekonaná nejdelší pokusná spánková deprivace u člověka trvala 11 dní. Šestnáctiletý Američan Randy Gardner vydržel nespát za vydatné podpory celého týmu 264 hodin. Poté už mu ani finanční, ani jiná motivace nemohly zabránit ve spánku. Ke stejným výsledkům došlo v průběhu posledních let mnoho autorů – není možné dlouhodobě vůbec nespát, v určitý moment je množství hypnogenní substance natolik významné, že usneme, ať je naše motivace jakákoliv. V současné době je seznam endogenních látek, které mají hypnotický účinek, poměrně rozsáhlý, ale co do významu se zdá, že mezi nejdůležitější patří adenosin a serotonin. Jen pro úplnost zmiňme na tomto místě jedinou diagnózu, při které pacient skutečně nespí. Jedná se o geneticky vázanou fatální familiární insomnií, při níž jsou však přítomné i další neurologické příznaky a mimo to je extrémně vzácná (celosvětově zdokumentováno asi 30 postižených rodin).

Jen pro úplnost zde zmiňme ještě existenci třetího typu regulace spánku – tzv. ultradiální regulaci, která řídí střídání non-REM a REM spánku během noci, ale také tzv. kolísání vigility (bdělosti) během dne.

Tyto informace mají v terapii insomnie dalekosáhlé využití. Jednak může být terapeut (ne-somnolog) klidný, že skutečně není možné např. dva roky kompletně nespát, a díky této jistotě se stává méně manipulovatelným. Stejně tak většina pacientů se výrazně zklidní, když se dozvědí, že zcela jistě alespoň někdy a alespoň trochu spí, jen mají možná spánek nekvalitní a povrchní, a tak si jej hůře uvědomují.

Zodpovědět otázku **jak dlouho** bychom měli spát, není zdaleka tak jednoduché, jak se může na první pohled zdát. V obecném povědomí figuruje osm hodin jako normální doba spánku. Skutečně, průměrný mladý, zdravý člověk spí zhruba 7–8 hodin za noc, ale existují výjimky oběma směry. Velmi zjednodušeně můžeme rozdělit populaci na dva typy spáčů: „dlouhé“ a „krátké“. Někteří z nás potřebují k úplnému pocitu svěžesti i více než 9 hodin spánku, jiní jsou zcela odpočatí již po 4–5 hodinách, aniž by si stěžovali na insomnii. Je dobré pacienta uklidnit, že neexistuje žádná „předepsaná doba spánku“, že osm hodin spánku je spíše „mýtus“ tradovaný povrchními sděleními v médiích a lidovou tradicí než vědecky ověřeným faktem. Vcelku normálně lze fungovat i s pouhými 5 hodinami spánku za noc a četné výzkumy potvrdily, že i tato na první pohled krátká doba je naprosto dostatečná ke kvalitnímu dennímu výkonu. Jako argumentu můžeme použít tradičně citované světové osobnosti – např. W. Churchilla a Napoleona, kterým údajně stačily jen 4 hodiny za noc.

## 2. Spánková restrikce

Jednou z nejdůležitějších složek správně vedené terapie je přiměřená spánková restrikce nebo přesněji: restrikce času stráveného v lůžku. Měli bychom s ní začít co nejdříve, nejlépe hned po druhém sezení, kdy pacient přichází již s prvním vyplněným spánkovým deníkem. Spánková restrikce nesmí být větší než 5 hodin za noc, pod tuto hodnotu neklesáme ani u pacientů, kteří spí ve skutečnosti méně než uvedených 5 hodin. Dalším velmi důležitým pravidlem je, že doba vstávání se po celou dobu terapie nemění.

Postup při spánkové restrikci je tedy následovný: zhodnotíme průměrnou dobu spánku za jednu noc a určíme tak výchozí povolenou dobu v lůžku. Dohodneme se s pacientem na čase ranního vstávání (v závislosti na jeho zvyklostech a povinnostech) a zdůrazníme, že tato doba je fixní – bude platit po celou dobu terapie, včetně dnů volna. Pacient si např. přeje vstávat v 6.30, tato doba bude tedy neměnná, ať již bude doba spánkové restrikce jakákoliv. Pokud podle spánkového deníku spal první týden průměrně 5,5 hodiny za noc, bude si tedy chodit celý následující týden lehnout v 1.00 hodinu po půlnoci a budík si nařídí na 6.30. Tento režim bude dodržovat až do příští návštěvy, kdy spočítáme průměrnou dobu spánku za noc v daném týdnu, ale také průměrnou spánkovou efektivitu v témže období (podle rovnice uvedené v podkapitole měření). Pokud spánková efektivita překročí 90 %, prodloužíme povolenou dobu v lůžku o 15–20 minut za noc. Pacient bude tedy moci ulehnout již v 0.40 hodin, vstávat bude stále v 6.30. Takto pokračujeme týden po týdnu až do dosažení kýžené délky spánku. Pokud spánková efektivita v daném týdnu nedosáhne 90 %, zůstává čas spánkové restrikce beze změny i pro následující týden. Je zcela zásadní zvyšovat povolenou dobu v lůžku velmi pozvolna a vždy v závislosti na údajích uvedených pacientem ve spánkovém deníku, nikoliv jen prostým odhadem.

### 3. Změna spánkových návyků (behaviorální složka terapie, někdy též nazývaná kontrola podnětů (Bootzin, R. R., 1991)

Většina z nás má určité *stereotypy předcházející ulehnutí* a usnutí. Často už pouhá příprava (koupel, převléknutí do pyžama, lůžko samotné) jsou naučenými spouštěči ospalosti. Uplatňuje se zde prvek prostého podmiňování. U pacientů trpících insomnií však často dochází jednak k časové disociaci těchto signálů a ulehnutí samotného (např. přehnaně časná příprava, pacient je často v pyžamu již okolo 20.00 hodiny a „čeká na spánek“), jednak k patologické asociaci mezi prostředím (ložnice, lůžko) a insomnií. Naším úkolem v této části terapie je pacienta „znovu naučit“ spojení mezi činnostmi bezprostředně předcházejícími spánku, prostředím a spánkem samotným. Pomáhá nám v tom již zmíněná spánková restrikce, jež omezí pobyt v lůžku beze spánku na minimum a posiluje tak podmíněné spojení postel-spánek (a nikoliv insomnie). Dalším důležitým postupem je pomoci pacientovi vytvořit přiměřený režim činností předcházejících spánku: nejméně jednu hodinu před usnutím se uvolnit, popřípadě zrelaxovat pomocí standardních technik, věnovat se klidné činnosti a naopak zcela se vyhnout řešení problémů, ať již pracovních či rodinných. Příprava (koupel, převlékání do pyžama) by měla být obsažena v této „zklidňovací hodině“.

Další pravidlo bývá pro pacienty velmi často obtížně přijatelné: *pokud nemohu usnout do 15–20 minut, vstanu, opustím ložnici a jdu se věnovat klidné činnosti do vedlejší místnosti. Do postele se vrátím pouze, když se cítím znovu ospalý, pokud ani pak nemohu usnout do 15–20 minut, znovu vstanu, opustím ložnici a tento postup opakuji tak dlouho, dokud se mi nepodaří skutečně usnout.* Stejně postupuje během nočních probuzení – pokud se mu nedaří znovu usnout do 15–20 minut, pacient opustí ložnici a do postele se smí znovu vrátit pouze, když cítí, že je znovu ospalý. Toto pravidlo umožňuje oslabit naučené spojení postel-insomnie, ale také zvýšit spánkovou efektivitu hodnocenou ve spánkovém deníku. V době, kdy pacient opustí ložnici, doporučujeme se věnovat klidné činnosti, jako je např. luštění křížovek, čtení časopisů a zejména poslech hudby (nejlépe do sluchátek, vyhneme se stížnostem na rušení okolí). Není vhodné věnovat se hraní počítačových her, sledování televize či čtení knih jako takových a výslovně zakazujeme dodělávat např. resty ze zaměstnání – při těchto činnostech je pacient často natolik zaujat, že nepostřehne lehké kolísání vigility ve smyslu ospalosti (které bývá na počátku terapie jen velmi slabé) a „propásne“ příhodnou dobu k návratu na lůžko a usnutí. Je velmi důležité s pacientem probrat, co v době beze spánku dělal, ve které místnosti čas trávil ap. Vyhneme se tak nemilým překvapením, kdy např. pacientka až po několika týdnech do té doby neúspěšné terapie se studem přiznala, že doma kromě koupelny nemá jinou místnost, kde by tento čas mohla trávit. Sedávala tedy noc co noc ve studené koupelně na nepohodlné židli a proklínala terapeuta i KBT. V takových případech doporučujeme použít např. paraván nebo alespoň závěs k „psychologickému“ oddělení prostoru pro spánek. Dbáme také na to, aby se pacient v této době cítil pohodlně, nebylo mu chladno, abychom minimalizoval stresující vlivy.

Je důležité, aby pacient používal každé ráno budík, a to i v případech, že se budí obyčejně spontánně. Posilujeme tak synchronizaci „ručičkových“ hodin (cirkadiálního pacemakeru).

Dalším zásadním pravidlem behaviorální části terapie je: *postel slouží pouze ke spánku*, popřípadě sexu, veškeré další činnosti jsou striktně zakázány. Není tedy povoleno v posteli číst, sledovat televizi, poslouchat hudbu, telefonovat, jíst, pít či provádět jakékoliv jiné činnosti se spánkem neslučitelné, a to i v případě, že pacient je na to zvyklý. Jedná se o velmi důležitou složku posilování spojení postel-spánek.

Pacient má *striktně zakázáno spát během dne*, a to i pokud si stěžuje na neúnosnou ospalost po „špatné noci“. Ve stati o poučení jsme zmínili homeostatickou komponentu spánkové regulace – během bdění vytváříme substanci, která navozuje spánek a ve spaní ji opět spotřebováváme. Pokud se vrátíme ke srovnání s autem – tato substance je jako „benzín“ pro spánek, pokud vypotřebujeme nádrž během dne, nic nezbude na noc a usnutí je obtížné, spánek kratší a nekvalitnější.

#### 4. Spánková hygiena

Spánek velmi závisí na zevních podmínkách. Probereme tedy s pacientem vybavení jeho ložnice, doporučíme pohodlnou postel, matrace, přiměřenou teplotu, zatemnění (závěsy, rolety), ochranu proti zevnímu hluku (utěsnění oken, „špunty do uší“). Vysvětlíme také, že některé nápoje a pochutiny mohou obsahovat substance, které působí budivě a ztěžují tak usnutí (káva, čaj, coca-cola, kakao, čokoláda). Požívání těchto látek omezíme na max. 4–5 hodin před usnutím a také doporučíme lehkou večeři namísto tučných a těžko stravitelných jídel. Vysvětlíme pacientovi, že nikotin může bránit usnutí a kouření během noci může posílit syndrom závislosti a vyústit v buzení v důsledku příznaků z odnětí. Nezapomeneme na vysvětlení vlivu alkoholu na spánek – sice může pomoci usnout (anxiolytická složka působení), ale později, během odbourávání, zvyšuje riziko nočních probuzení a snižuje kvalitu spánku. Doporučíme omezit fyzickou aktivitu v hodinách před usnutím – např. jogging, posilování ap. nejdéle 4 hodiny před usnutím, je výhodnější přesunout tyto činnosti na ráno, a tak je využít jako cirkadiální synchronizátory.

#### 5. Relaxace

Doporučuje se pacienty naučit Schultzovu autogennímu tréninku či Östově progresivní relaxaci. Obě metody by si měl pacient osvojit postupně, nikdy bychom je neměli použít jako první léčebné intervence, neboť zpočátku vedou ke zvýšení kognitivní stimulace, a mohou tak pacienta paradoxně budit místo toho, aby jej uspávaly. Nácvik by měl probíhat spíše v průběhu večera než těsně před usnutím, až po jejich úplném zvládnutí je může pacient využívat k navození spánku.

#### 6. Kognitivní část terapie

Tato část terapie logicky navazuje na poučení. Pouze pacient, který pochopil základy regulace a fyziologie spánku, je přístupný kognitivní restrukturalizaci negativ-

ních automatických myšlenek, je schopen přestat dramatizovat svou situaci a má tak velmi dobrou naději na zlepšení stavu či na úplnou úzdruhu.

K určení konkrétních negativních automatických myšlenek nebo mylných přesvědčení o spánku samotném nám může pomoci užití Morinova dotazníku (viz přílohu).

Ke kognitivní restrukturalizaci používáme klasické formuláře pro záznam situací, v nichž se automatické negativní myšlenky objevily (tab. 2).

**Tabulka 8.6.3:** Příklad vyplněného formuláře záznamu negativních automatických myšlenek (převzato Praško et al., 2001)

| Situace                                 | Automatické myšlenky                                           | Důsledek                                                                   | Racionální odpověď                                                                                                                                                     | Akce – co mohu udělat                                                   |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Ležím hodinu v posteli a nemůžu usnout. | Zase nespím! Zítra budu úplně nemožná! Nikdy se toho nezbavím! | Vztek, lítost, depresivní nálada. Převalování v posteli, nemožnost usnout. | Nic strašného se neděje – jenom nemůžu usnout. Budu zítra utahaná – nic víc. Že se toho nezbavím je málo pravděpodobné. Až bude moje tělo skutečně unavené, usne samo. | Místo strašení půjdu na chvíli žehlit. Pak si lehnu a zkusím, zda usnu. |

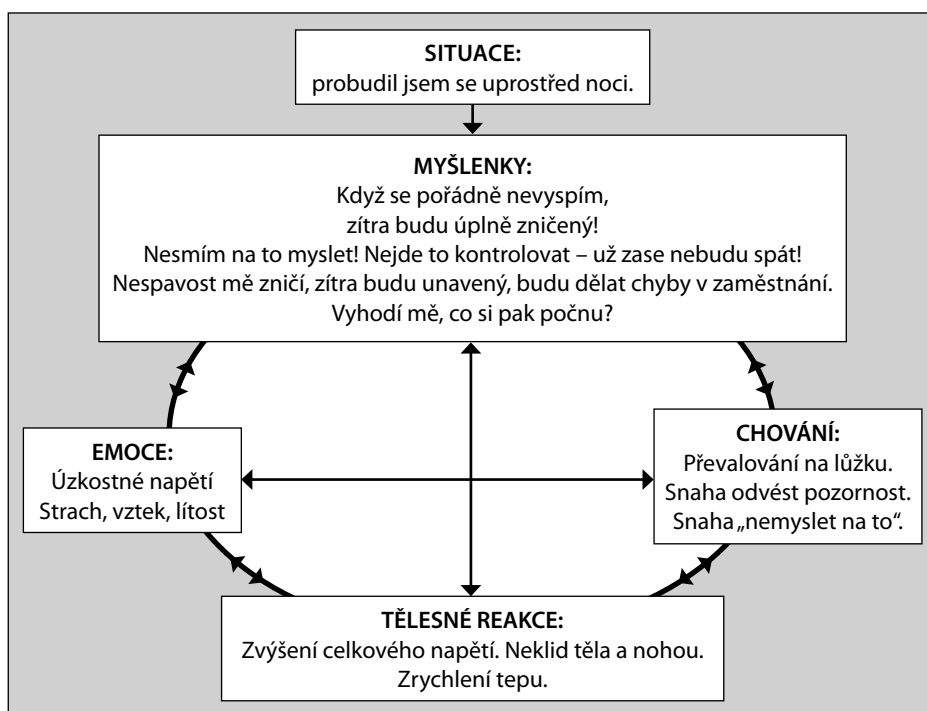
Při ověřování platnosti automatických myšlenek pak můžeme použít např. následující otázky:

- Skutečně po každé noci, kdy jste v životě spal méně než 5 hodin, jste se cítil následující den zcela vyčerpaný a neschopen fungovat?
- Je každý den po špatné noci skutečně úplně zkažený, není to někdy lepší, někdy horší?
- Dalo by se eventuálně najít jiné vysvětlení, proč se vám v práci (doma) nedařilo, než to, že jste předcházející noc špatně spal?
- Co nejhoršího by se vám mohlo stát, pokud dnes v noci nebudete spát? Je to skutečně taková katastrofa?
- K čemu si myslíte, že může vést, když se budete kvůli nespavosti takto zneklidňovat? Pomůže vám to večer lépe usnout, nebo by to mohlo spánek i eventuálně zhoršovat?
- Spánek tvoří sice asi třetinu našeho života, ale nepřikládáte mu větší důležitost, než skutečně má? Neopomínáte kvůli přemýšlení o spánku jiné, možná důležitější věci, zájmy ap.?
- Jak by to vypadalo, kdybyste se pokusil strávit den, jako kdybyste normálně spal? Bylo by možné to alespoň zkusit?
- Stává se vám někdy, že usnete, když si to nepřejete, a naopak nemůžete usnout, když se o to snažíte? Dalo by se toho nějak využít?

Kromě klasického zkoumání platnosti automatických myšlenek a následného hledání racionální odpovědi je možno použít jako doplněk i speciální techniku

tzv. paradoxní intence, kdy se pacient snaží neusnout, ale možnosti využití této techniky jsou spíše omezené. Pacienti trpící insomnií jsou totiž velmi často důslední a zároveň zvýšeně citliví na jakoukoliv kognitivní zátěž a soustředěně přemýšlení o tom, že nesmějí usnout, je často spolehlivě udrží vzhůru celou noc.

**Tabulka 8.6.4:** Příklad bludného kruhu (převzato Praško et al., 2001)



### 8.6.3.5 Problémy v léčbě

Nejčastějším problémem je špatná spolupráce pacienta zejména v behaviorální části terapie. Podle našich zkušeností lze toto riziko minimalizovat pečlivým a trpělivým vysvětlováním smyslu jednotlivých pravidel a postupů. Pacienti mnohem lépe spolupracují, pokud cítí, že jsou považováni za rovnocenné partnery, a pokud sami porozumí nutnosti změnit některé své návyky. Je výhodou již od počátku terapie zdůraznit, že jsou to jen oni sami, kdo může nad insomnií zvítězit, role terapeuta je jen pomocná.

Opakovaně jsme v textu zdůrazňovali také důležitost správné diferenciální diagnózy. Pokud pacient dobře spolupracuje, a přesto se po několika týdnech nedostaví ani minimální výsledky, měli bychom přehodnotit svou diferenciálně diagnostickou rozvahu. Je důležité znovu zvážit možnost sekundární insomnie – nejčastěji při jiném psychiatrickém onemocnění.



## 8.6.4 KBT a psychofarmakoterapie u primární insomnie

Farmakoterapie je zcela na místě u onemocnění tranzientní či krátkodobou insomnií, kde může účinně zabránit chronifikaci onemocnění. Většina pacientů, se kterými přicházíme do styku, však trpí často několikaletou insomnií, u níž je užívání hypnotik a anxiolytik se sedativním účinkem spíše komplikací. Značné procento z nich je na těchto preparátech závislých a naším úkolem by mělo být postupné snížení dávek až k úplnému vysazení této terapie.

Je bohužel velmi časté, že pacient má již po několik let předepisovány medikamenty benzodiazepinového typu, které se s postupem času stávají zcela neúčinné (efekt tolerance) a pacient je nucen stále zvyšovat dávky k dosažení alespoň minimální doby spánku, čímž se stává na preparátu závislým. Občas se sám pokusí preparát vysadit, ale vzápětí se dostavuje tzv. „rebound insomnie“, která jej vyděsí (jedná se často o několik nocí trvající úplnou insomnií), a on se znovu vrací k medikaci s pocitem, že už mu není pomoci. To samozřejmě znamená další kognitivní stimulaci, která petrifikuje bludný kruh insomnie.

Jedinou cestou ke zdravému, kvalitnímu spánku je velmi pozvolné snižování dávek hypnotik. Po každém (i malém) snížení dávky však musíme počítat s efektem „rebound insomnie“, na který je nutno pacienta předem upozornit. Tento nepříjemný fenomén lze postupně překonat striktním dodržováním behaviorální složky terapie a systematickou prací s negativními myšlenkami. Naši zkušenosti je, že snižování dávek by mělo být velmi citlivé a po každé redukci by mělo následovat období „stabilizace“ spánku, které by nemělo být kratší než 1–2 týdny, v závislosti na reakci pacienta. Je třeba neustále posilovat jeho odhodlání v terapii pokračovat i přes pravidelně se opakující periody velmi zhoršeného spánku, neboť cíl (spánek bez hypnotik) je skutečně dosažitelný a „rozhodně stojí za to“.

## 8.6.5 Kazuistika

Soně je 33 let, dříve pracovala jako učitelka na prvním stupni, nyní je již pátým rokem na mateřské dovolené. Insomnií trpí 3 roky, od té doby, co se s rodinou přestěhovala do jiné části republiky, kde manžel dostal lepší práci. Koupili dům, na kterém bylo zpočátku hodně práce, narodil se druhý syn, cítila se často unavená, přesto se jí večer špatně usínalo. Často večer ležela dlouhé minuty a hodiny a přemýšlela o tom, jak to všechno zvládne. Dělal si starosti o to, jak vyjdou s penězi, jestli se opravy v domě stihnou v naplánovaných termínech, přemýšlela o svých přátelích a o původní práci ve škole, ke které se možná už nebude moci vrátit. Postupně si začala uvědomovat, že jí usínání trvá každý den i déle než 2 hodiny. Začala se obávat, že je s ní něco v nepořádku, protože nikdy před tím problémy se spánkem neměla, usínala, jakmile se hlavou dotkla polštáře. Ke všemu se začala stále častěji budit i uprostřed noci. Zůstávala pak bez hnutí v posteli, protože nechtěla rušit manžela, který musel být ráno odpočatý do práce a přitom jí běžel hlavou řetěz myšlenek. Co bude dělat zítra? Jak to všechno zvládne? Vždyť se nebude ani schop-

ná postarat o děti a uvařit manželovi... Bude úplně nemožná... Jestli to tak půjde dál, zhroutí se, manžel ji opustí, zůstane sama s dětmi, ale co bude dělat? Z čeho splatí dům? Jak bude moci v tomto stavu nastoupit do práce a uživit je? Asi před rokem navštívila praktického lékaře, který jí předepsal benzodiazepinová hypnotika. Zkusila je a ulevilo se jí. Ale po několika týdnech s překvapením zjistila, že se spánek znovu zhoršuje. Léky vysadila, protože slyšela, že mohou být nebezpečné a stejně jí nepomáhaly tak, jak si představovala. Od té doby propadala postupně stále hlubší skepsi, byla přesvědčena, že jí se spánkem nikdo nemůže pomoci, že je ztracený případ, je nemocná. Manžel je hodný, každý den se jí citlivě ptá, jaká byla noc, pomáhá jí, nakupuje, chápe, že je vyčerpaná. Postupně se přestali stýkat s přáteli, chodit do kina a do divadla, protože se cítila unavená, nevládla by to. Jejich témata hovoru se postupně omezila na její nespavost, manžel ji lituje a přijímá změny v jejich životě jako nutnost vyplývající z jejího zdravotního stavu.

Soňa se dostavila k první konzultaci nenalícená, s unaveným výrazem. O terapii se dozvěděla od známé, ale moc nevěří tomu, že někdo může porozumět jejím obtížím, natož jí s nimi pomoci. V prvním setkání Soňa vyprávěla celý svůj příběh, dostala spoustu otázek a byla konstatována psychofyziologická insomnie. Byl jí velmi stručně vysvětlen KBT přístup, byla upozorněna na délku a náročnost terapie. Ze setkání odchází se smíšenými pocity, čekala recept na nějaká nová, lepší hypnotika, a namísto toho odchází se spánkovým deníkem.

Znovu se setkáváme za týden, Soňa má vyplněný deník a začíná samotná terapeutická práce. Nejprve analyzujeme veškeré údaje ve spánkovém deníku, počítáme průměrnou dobu spánku v uplynulém týdnu a spánkovou efektivitu. Určujeme realistický cíl terapie (6,5–7 hodin spánku, usnutí do 30 minut) a uzavíráme terapeutický kontrakt. Poté si povídáme o spánku, o jeho regulaci, spánkových stádiích, fyziologické regulaci spánku. Opravujeme její nerealistická očekávání (spát 9 hodin denně), což velmi dobře přijímá. Ze sezení vyplývá, že bude naopak nutné zkrátit dobu na lůžku – přistupujeme k první spánkové restrikci, která bude v jejím případě 5,5 hodiny za noc.

Následující týden opět začínáme s hodnocením spánkového deníku. Soňa dodržovala pravidla spánkové restrikce, ale spánek je ještě horší než před zahájením terapie. Není tím ale nikterak zneklidněna, ví, že výsledky terapie se dostaví nejdříve za několik týdnů. Vysvětlujeme si behaviorální složku terapie a její jednotlivá pravidla. Soňa se obává, že nebude moci v noci vstávat, bude možná rušit manžela. Domlouváme se alespoň na pokusu.

Třetí týden je vidět první malý posun. Soňa radostně sděluje, že spala průměrně 5,5 hodiny za noc, zvýšila se tedy efektivita spánku, budeme moci prodloužit povolenou dobu spánku. Stejně tak je potěšena faktem, že manželovi její noční vstávání nevadí, spí velmi tvrdě. Procházíme znovu pravidla vyplývající z behaviorální části terapie, snažíme se vymyslet, jaké činnosti se bude věnovat v noci, když nemůže spát. Sama navrhuje poslechnout hudbu do sluchátek v obývacím pokoji a venku už se oteplilo, bude tedy moci například i brnkat na kytaru na verandě (dřív hrála v dívčí rockové kapele). Těší se, že se znovu vrátí k muzice, už skoro zapomněla, jaké to je. Taky bude moci občas do kina, stejně si má chodit lehnout až v 1 hodinu ráno... Druhou polovinu sezení se zabýváme pravidly spánkové hygieny. Je toho nemálo, co je potřeba změnit. Soňa kouří a občas si v noci zapálí. Také musí omezit kávu a čaj ve večerních hodinách.

Následující týden Soňa přichází zklamaná. Spánek se opět trochu zhoršil, ale sama uznává, že i přes přechodný výkyv se cítí lépe, je schopná přes den fungovat. Začínáme kognitivní práci. Hledáme důvody ke zhoršení spánku v tomto týdnu a nacházíme stresující momenty ve dnech se „špatným spánkem“. Soňa je sama překvapená, jak spánek závisí na denních aktivitách a pohodě v hodinách předcházejících spánku. Povolenou dobu v lůžku necháváme pro příští týden beze změny, efektivita nedosáhla 90 %.

Vidíme se popáté a spánkový deník vykazuje zajímavý rys. Pravidelně ve středu jí trvá déle usnout a spánek je přerušovaný. Zaměřujeme se na tento fakt a po chvíli si Soňa uvědomuje, že ve středu chodí manžel později domů, má pravidelná setkání s přáteli. Nikdy si nemyslela, že jí to vadí, ale nyní sama uznává, že je jí nepříjemné být doma sama. Učíme se rozlišovat příčiny a následky. Soňa sama uznává, že spánkový deník dokazuje, že jí nespavost nebrání v denním fungování až tak, jak se na počátku domnívala. Vidí to zejména proto, že jeden den beze spánku (středa) není žádná katastrofa, neznamena to, že je terapie neúčinná. Celkově spánková efektivita dosahuje více než 95 %, prodlužujeme dobu spánku.

Šesté sezení je kompletně věnováno bludnému kruhu insomnie. Soňa dobře rozumí tomu, co se s ní děje, když nemůže spát, chápe, že nemá cenu se stresovat, pokud spánek nepřichází, že to jen bude bránit usnutí. Přestává katastrofizovat, její přístup je výrazně racionálnější, je klidná, vidí, že je schopná svůj spánek zlepšit sama. Spánkový deník ukazuje téměř 100% spánkovou efektivitu, už si zvykla na režimová opatření, nevadí jí, vidí, že terapie má efekt. Spí nyní 6 hodin za noc, zkusíme tedy dobu prodloužit o celých 20 minut.

Sedmé sezení je opět věnováno přerámovávání, spánek se drží, prodlužujeme povolenou dobu v lůžku o 20 minut. Soňa je spokojená, začíná znovu cítit pocity, že je večer ospalá a těší se do postele.

Osmé sezení je věnováno rekapitulaci. Soňa je upozorněna, že její spánek bude ještě nějakou dobu velmi křehký a měla by proto dodržovat pravidla terapie i v následujících aspoň třech měsících. Spí nyní 6 hodin 40 minut, usíná do 10 minut, je tedy spokojená, společně stanovený cíl byl dosažen. Hovoříme o prevenci relapsu, pokud se spánek někdy v budoucnu výrazně zhorší, ví, že by měla využívat stejná doporučení a pravidla a obtíže zvládne.

## 8.6.6 Literatura – Primární insomnie

1. BESSET, A., VILLEMEN, E., TAFTI, M. et al.: *Homeostatic process and sleep spindles in patients with sleep-maintenance insomnia: effect of partial (21 h) sleep deprivation*. *Electroencephalography and Clin. Neurophysiology*, 1998, č. 107, s. 122–132.
2. BONNET, M. H., ARAND, D. L.: *24-hour metabolic rate in insomniacs and matched normal sleepers*. *Sleep*, 1995, č. 18 (7), s. 581–588.
3. BONNET, M. H., ARAND, D. L.: *The consequences of a week insomnia*. *Sleep*, 1996, č. 19 (6), s. 453–461.
4. BOOTZIN, R. R., EPSTEIN, D., WOOD, J. M.: *Stimulus control instructions, in case studies in insomnia*. Edited by Hauri, P. New York: Plenum, 1991.

5. BRIXLER, E. O., KALES, A., SOLDATOS, C. R.: *Sleep disorders encountered in medical practice: a national survey of physicians*. Behav. Med., 1979, č. 6, s. 1–6.
6. COLEMAN, R. M., ROFFWARG, H. P., KENNEDY, S. J. et al.: *Sleep-Wake Disorders Based on a Polysomnographic Diagnosis*. JAMA, 1982, č. 247 (7), s. 997–1003.
7. EDINGER, J. D., WOHLGEMUTH, W. K., RADTKE, R. A. et al.: *Cognitive Behavioral Therapy for Treatment of Chronic Primary Insomnia: A Randomized Trial*. JAMA, 2001, č. 285, s. 1856–1864.
8. Gallup Organization Sleep in America. Princeton: Gallup Organization, 1991.
9. ICSD. International classification of sleep disorders : diagnostic and coding manual. Rochester: Thorpy and American Sleep Disorder Association, 1997.
10. MELLINGER, G. D., BALTER, M. B., UHLENHUTH, E. H.: *Insomnia and its treatment: Prevalence and correlates*. Arch. Gen. Psychiat., 1985, č. 42, s. 225–232.
11. MORIN, C. M., CULBERT, J. P., SCHWARTZ, M. S.: *Nonpharmacological Interventions for Insomnia: A Meta-Analysis of Treatment Efficacy*. Am. J. Psychiatry, 1994, č. 151, s. 1172–1180.
12. MORIN, C. M.: *Beliefs and attitudes about sleep scale*. In: *Insomnia: Psychological Assessment and Management*. New York: Guilford Press, 1993, s. 201–204.
13. MORIN, C. M.: *Insomnia: Psychological Assessment and Management*. New York: Guilford Press, 1993.
14. MORIN, C. M.: *Sleep impairment index*. In: *Insomnia: Psychological Assessment and Management*. New York: Guilford Press, 1993, s. 199–200.
15. NEVŠÍMALOVÁ, S., ŠONKA, K.: *Poruchy spánku a bdění*. Maxdorf Jessenius, 1997.
16. OHAYON, M. M.: *Prevalence of DSM-IV diagnostic criteria of insomnia: Distinguishing insomnia related to mental disorders from sleep disorders*. J. Psychiat. Res., 1997, č. 31 (3), s. 333–346.

## Příloha 1 (podle Morin, C. M.)

### Škála závažnosti insomnie (Ch. Morin)

Zhodnoťte typ a závažnost vašich obtíží se spánkem v průběhu posledních několika měsíců:

#### 1. Potíže s usínáním:

| Vůbec | Lehce | Středně | Významně | Extrémně |
|-------|-------|---------|----------|----------|
| 0     | 1     | 2       | 3        | 4        |

#### 2. Časté a/nebo dlouhotrvající noční buzení:

| Vůbec | Lehce | Středně | Významně | Extrémně |
|-------|-------|---------|----------|----------|
| 0     | 1     | 2       | 3        | 4        |

#### 3. Příliš časně ranní buzení:

| Vůbec | Lehce | Středně | Významně | Extrémně |
|-------|-------|---------|----------|----------|
| 0     | 1     | 2       | 3        | 4        |

#### 4. Do jaké míry jste spokojený/nespokojený se svým spánkem v poslední době?

| Velmi spokojený | Spokojený | Spíše nespokojený | Nespokojený | Velmi |
|-----------------|-----------|-------------------|-------------|-------|
| 0               | 1         | 2                 | 3           | 4     |

#### 5. Do jaké míry, podle vás, obtíže se spánkem narušují vaši běžnou výkonnost (např. unavitelnost, soustředění, paměť, náladu)?

| Vůbec | Lehce | Středně | Významně | Extrémně |
|-------|-------|---------|----------|----------|
| 0     | 1     | 2       | 3        | 4        |

**6. Do jaké míry, podle vás, jsou vaše obtíže se spánkem zaznamenány okolím – ve smyslu snížení kvality vašeho života?**

| Vůbec | Lehce | Středně | Významně | Extrémně |
|-------|-------|---------|----------|----------|
| 0     | 1     | 2       | 3        | 4        |

**7. Do jaké míry jste zneklidněn/zabýváte se svými obtížemi se spánkem?**

| Vůbec | Lehce | Středně | Významně | Extrémně |
|-------|-------|---------|----------|----------|
| 0     | 1     | 2       | 3        | 4        |

## Příloha 2 (podle Morin, C. M., 1993)

### Domněnky a postoje týkající se spánku (Ch. Morin)

Následující výroky se týkají různých názorů, domněnek a postojů ke spánku. Zaškrtněte prosím, do jaké míry vy **osobně** souhlasíte či nesouhlasíte s každým z následujících výroků. Neexistuje žádná správná či špatná odpověď. Pro každé tvrzení umístěte značku (/) na takové místo úsečky, které odpovídá vašemu osobnímu přesvědčení. Snažte se využít celou délku úsečky, než jednoduše umístit svoji značku na některý z krajních konců. Odpovězte prosím na všechny otázky, nevynechávejte.

#### 1. Potřebuji osm hodin spánku k tomu, abych se cítil odpočatý a dobře fungoval následující den.

Vůbec nesouhlasím Zcela souhlasím

-----

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

#### 2. Jestliže jsem se v noci dostatečně nevyspal, potřebuji si to vynahradit tak, že si lehnu během následujícího dne, nebo tím, že příští noc budu spát déle.

Vůbec nesouhlasím Zcela souhlasím

-----

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

#### 3. Protože jsem zestárnul, potřebuji méně spánku než dřív.

Vůbec nesouhlasím Zcela souhlasím

-----

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

#### 4. Zneklidňuje mě, když jednu či dvě noci nespím. Mohl bych z toho dostat nervový záchvat.

Vůbec nesouhlasím Zcela souhlasím

-----

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

#### 5. Obávám se, že chronická nespavost může mít závažné následky na mém tělesném zdraví.

Vůbec nesouhlasím Zcela souhlasím

-----

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**6. Když strávím více času v posteli, spím pak obvykle déle a cítím se lépe následující den.**

Vůbec nesouhlasím

Zcela souhlasím

-----  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**7. Když se mi večer nedaří usnout nebo se v noci probudím a nemohu znovu zabrat, měl bych zůstat v posteli a zkoušet to dál.**

Vůbec nesouhlasím

Zcela souhlasím

-----  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**8. Zneklidňuje mě, že ztrácím kontrolu nad svou schopností spát.**

Vůbec nesouhlasím

Zcela souhlasím

-----  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**9. Protože jsem zestárnul, měl bych si chodit večer lehnout dřív.**

Vůbec nesouhlasím

Zcela souhlasím

-----  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**10. Když v noci špatně spím, vím už dopředu, že to uškodí mému výkonu následující den.**

Vůbec nesouhlasím

Zcela souhlasím

-----  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**11. Věřím, že proto, abych byl čilý a dobře fungoval následující den, je lepší vzít si prášek na spaní, než mít špatnou noc (špatně spát).**

Vůbec nesouhlasím

Zcela souhlasím

-----  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**12. Když se cítím během dne podrážděný, skleslý nebo mám úzkost, je to hlavně proto, že jsem předcházející noc špatně spal.**

Vůbec nesouhlasím

Zcela souhlasím

-----  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



**13. Protože můj partner usne, jen co si lehne, a spí celou noc, měl bych být i já schopný udělat totéž.**

Vůbec nesouhlasím

Zcela souhlasím

-----  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**14. Domnívám se, že nespavost je nejvíc ze všeho důsledkem stárnutí a skoro nic se s tím nedá dělat.**

Vůbec nesouhlasím

Zcela souhlasím

-----  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**15. Někdy mám strach, že bych mohl ve spánku zemřít.**

Vůbec nesouhlasím

Zcela souhlasím

-----  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**16. Když se jednou dobře vyspím, vím že za to draze zaplatím následující noc (že budu špatně spát).**

Vůbec nesouhlasím

Zcela souhlasím

-----  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**17. Když spím špatně jednu noc, vím, že mi to naruší režim spánku po celý následující týden.**

Vůbec nesouhlasím

Zcela souhlasím

-----  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**18. Jestliže se v noci dostatečně nevyspím, mohu jen sotva fungovat následující den.**

Vůbec nesouhlasím

Zcela souhlasím

-----  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**19. Nikdy nevím dopředu, jestli budu spát dobře nebo špatně.**

Vůbec nesouhlasím

Zcela souhlasím

-----  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**20. Mám jen málo možností, co udělat, abych zmírnil následky špatného spánku.**

Vůbec nesouhlasím

Zcela souhlasím

-----  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**21. Když se cítím unavený, bez energie nebo jednoduše neschopný normálně fungovat, je to převážně proto, že jsem předcházející noc špatně spal.**

Vůbec nesouhlasím

Zcela souhlasím

-----  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**22. V noci mě napadají různé myšlenky a cítím, že často nad nimi nemám žádnou kontrolu.**

Vůbec nesouhlasím

Zcela souhlasím

-----  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**23. Myslím si, že přes mé obtíže se spánkem, jsem stále ještě schopný vést uspokojující život.**

Vůbec nesouhlasím

Zcela souhlasím

-----  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**24. Myslím si, že nespavost je především způsobena nějakou hormonální poruchou.**

Vůbec nesouhlasím

Zcela souhlasím

-----  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**25. Myslím si, že nespavost ničí mou schopnost radovat se ze života a brání mi dělat to, co chci.**

Vůbec nesouhlasím

Zcela souhlasím

-----  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**26. Sklenka alkoholu před ulehnutím je dobré řešení potíží se spánkem.**

Vůbec nesouhlasím

Zcela souhlasím

-----  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**27. Léky jsou pravděpodobně jediné řešení problémů se spánkem.**

Vůbec nesouhlasím

Zcela souhlasím

-----

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**28. Můj spánek se neustále zhoršuje a nevěřím tomu, že by mi někdo mohl pomoci.**

Vůbec nesouhlasím

Zcela souhlasím

-----

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**29. Většinou, když špatně spím, tak to viditelně zhoršuje můj vzhled.**

Vůbec nesouhlasím

Zcela souhlasím

-----

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**30. Vyhýbám se povinnostem nebo ruším své závazky (společenské, rodinné), pokud jsem předcházející noci špatně spal.**

Vůbec nesouhlasím

Zcela souhlasím

-----

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**Příloha 3 – Spánkový deník**

|                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| Jméno:                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |
| Datum                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |
| Vzal jsem si léky (jaké, kolik)                                                     |  |  |  |  |  |  |  |
| Do postele jsem ulehl v (h)                                                         |  |  |  |  |  |  |  |
| Světlo jsem zhasl v (h)                                                             |  |  |  |  |  |  |  |
| Myslím, že jsem usnul za (min, hod)                                                 |  |  |  |  |  |  |  |
| V noci jsem se vzbudil (kolikrát)                                                   |  |  |  |  |  |  |  |
| Zůstal jsem vzhůru (kolik min)                                                      |  |  |  |  |  |  |  |
| Naposledy jsem se vzbudil v (h)                                                     |  |  |  |  |  |  |  |
| Z postele jsem vstal v (h)                                                          |  |  |  |  |  |  |  |
| Po probuzení jsem se cítil 1 – vyčerpaný až 5 – zcela odpočatý                      |  |  |  |  |  |  |  |
| Svůj spánek hodnotím celkově jako 1 – nekvalitní, povrchní až 5 – hluboký, kvalitní |  |  |  |  |  |  |  |
| Celková doba spánku v (h a min)                                                     |  |  |  |  |  |  |  |
| Spánková efektivita                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |

## 8.7. KBT schizofrenie

Petr Možný, Filip Španiel, Mabel Rodriques,  
Jiří Horáček, Ján Praško

### 8.7.1 Popis schizofrenie

Schizofrenie je závažné psychotické onemocnění charakterizované významnými poruchami v oblasti myšlení (jak formálními, tak obsahovými), vnímání, emocí, chování a kognitivních funkcí.

Příčinu schizofrenie neznáme. V současné době neexistuje shoda ani v tom, zda se jedná o jedno onemocnění, v jehož rámci se pod různými příznaky skrývá společný, dosud neobjevený psychopatologický proces, nebo zda toto pojmenování zahrnuje více nozologických jednotek, které se liší jak svou etiopatogenezí, tak svými klinickými příznaky, průběhem, reakcí na léčbu i prognózou. Zjednodušeně řečeno, nevíme dosud s jistotou, zda existuje „ta“ schizofrenie nebo „ty“ schizofrenie. Proto se v terapii zaměřujeme v současné době především na snahu o zmírnění či odstranění jednotlivých příznaků a syndromů, kterými se schizofrenie projevuje, nikoliv na kauzální vyléčení této nemoci.

V teorii mnozí autoři uznávají, že by se o schizofreniích mělo psát v plurálu, ale většina odborných textů stejně používá singulár. Tak tomu bude i v následujícím textu.

Schizofrenie je psychické onemocnění, které nejčastěji probíhá chronicky a obvykle přináší jedinci výrazné postižení nejen v oblasti psychického zdraví, ale i v oblasti sociální a profesní.

#### 8.7.1.1 Klinické projevy schizofrenie

Klinické projevy schizofrenního onemocnění sestávají celkem ze tří příznakových dimenzí: **a) pozitivních příznaků** (bludy, halucinace, rozvolněné asociace, poruchy chování), **b) negativních příznaků** (oploštění emotivity a afektu, citové a sociální stažení, ochuzení řeči, abulie, anhedonie, poruchy abstraktního myšlení) a nakonec **c) kognitivních příznaků** (postižení pracovní paměti, pozornosti, exekutivních funkcí, řeči a motoriky). Výsledný obraz je společným průmětem příznaků v jednotlivých dimenzích, který se navíc může u jednotlivce v průběhu onemocnění různým způsobem měnit.

#### 8.7.1.2 Diagnóza schizofrenie

Základní diagnostická vodítka ke stanovení diagnózy schizofrenie jsou shrnuta v Mezinárodní klasifikaci nemocí, 10. revizi, MKN-10:

Po většinu období epizody psychotického onemocnění, které trvá alespoň jeden měsíc,

1) musí být přítomna alespoň jedna z následujících charakteristik:

- a) slyšení vlastních myšlenek, pocity vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek;
  - b) bludy kontrolování, ovlivňování nebo ovládání, zřetelně se projevující pohyby těla nebo končetin, nebo zvláštními myšlenkami, činnostmi nebo pocity; bludné vnímání;
  - c) halucinace hlasů, které komentují pacientovo chování nebo o něm mezi sebou hovoří nebo jiné typy hlasů, které přicházejí z některých částí těla;
  - d) trvalé bludy jiných typů, které nemohou být podmíněny příslušnou kulturou a jsou zcela nepatřičné, jako náboženská nebo politická identita, nadlidská moc nebo schopnost (např. schopnost kontrolovat počasí nebo být ve spojení s cizinci z jiného světa);
- 2) nebo alespoň dvě z následujících charakteristik: a) přetrvávající halucinace jakéhokoli typu, pokud se vyskytují denně po dobu nejméně 1 měsíce a jsou spojeny s bludy (buď s občasnými, nebo jen částečně formovanými) bez jasného emotivního obsahu, nebo jsou doprovázeny trvale zvýšeným sebehodnocením;
- b) neologismy, přerušování nebo zákazy myšlení, jejichž důsledkem jsou inkoherece nebo zmatený slovní projev;
  - c) katatonní chování, jako např. vzrušenost, nástavy nebo vosková ohebnost, negativismus, mutismus a stupor;
  - d) „negativní“ symptomy, jako jsou zřetelná apatie, ochuzení řeči a ploché nebo nepřiměřené emoční odpovědi (musí být jisté, že se nejedná o následek deprese nebo neuroleptické léčby);
  - e) výrazné a nápadné kvalitativní změny v osobním chování, jako je ztráta zájmů, bezcíllost, nečinnost, ztráta vztahů k okolí a sociální stažení.

### 8.7.1.3 Epidemiologie schizofrenie

Výsledky rozsáhlých epidemiologických studií udávají celoživotní prevalenci onemocnění mezi 1–1,5 %, a to bez ohledu na rasu, pohlaví a kulturu. Ačkoliv je výskyt onemocnění u mužů a žen stejný, určité rozdíly se objevují v průměrném věku typického výskytu schizofrenie: u mužů je to mezi 15.–25. rokem života, u žen mezi 25–35 lety.

### 8.7.1.4 Etiopatogenetické faktory schizofrenie

Protože, jak už jsme uvedli výše, příčinu schizofrenie (či schizofrenií) neznáme, neexistuje obecný model, který by vysvětloval příčiny a vzájemné souvislosti příznaků u všech typů schizofrenie. V rámci KBT nejčastěji vycházíme z modelu Zubina a Springa (1977) (viz obr. 8.7.1), který předpokládá, že „zranitelnost“ (orig. vulnerability) vůči onemocnění schizofrenií je vrozená a má genetický základ. V důsledku negativního působení vlivů z okolního prostředí, shrnutých pod pojmem „stres“ (přesněji „distres“), není vrozeně zranitelný jedinec schopen zvládat nároky běžného života a samostatně fungovat, objevují se u něj příznaky narušení psychických procesů – smyslové halucinace, poruchy asociací, bludná přesvědčení, nepřiléhavé emoce a bizarní chování. Další vlivy – jak ochranné, tak

škodlivé – rozhodují o tom, do jaké míry bude průběh schizofrenie příznivý, či nepříznivý.

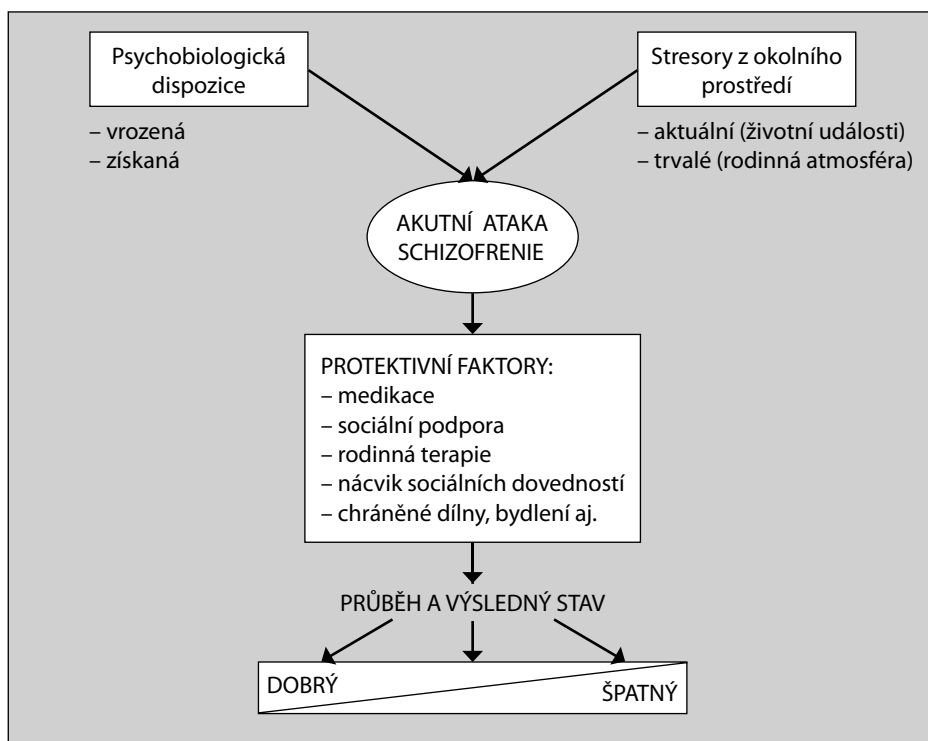
### 8.7.1.5 Diferenciální diagnóza a komorbidita schizofrenie

Před definitivním stanovením diagnózy schizofrenie je zapotřebí vyloučit psychotické stavy toxické a organické etiologie, tedy následky užívání psychoaktivních látek či primárního mozkového onemocnění nebo somatického onemocnění.

Klinické vyšetření a anamnéza nám pomohou odlišit schizofrenii od jiných funkčních psychóz, jako jsou akutní polymorfni psychotická porucha (délka trvání symptomů, jejich proměnlivost), poruchy nálady s psychotickými příznaky, schizoafektivní porucha, porucha s bludy či schizotypní porucha.

Významná je i komorbidita u schizofrenních pacientů, zejména jde o zneužívání návykových látek (především alkoholu a cigaret), problémem je ale i současné užívání drog. U nemocných se schizofrenií je popisována nižší porodnost a reprodukce. Je zde vyšší úmrtnost v důsledku nehod i přirozených příčin, která je snad vysvětlitelná obtížnější diagnostikou a léčbou u této populace.

Obrázek 8.7.1: Model schizofrenie „vulnerabilita – stres“ (Zubin a Spring, 1977)



### 8.7.1.6 Průběh schizofrenie

Onemocnění obvykle ohlašuje různě dlouhé prodromální období (povahové změny, změny zájmu, sociální stažení, pokles výkonnosti, vztahovačnost). Po akutní epizodě bývá další průběh poměrně variabilní: Většina případů (84 %) je charakterizována opakovaným výskytem opětovného vzplanutí onemocnění, u části v mezidobí bez defektu (32 %), případně se stabilním či prohlubujícím se defektem zejména v oblasti kognitivních funkcí (43 %). Jen u malé části případů (16 %) dojde k plné úzdavě po jediné epizodě schizofrenního onemocnění (Watt et al., 1983).

### 8.7.2 Historie uplatnění psychoterapie u schizofrenie

Pokusy o uplatnění **dynamické psychoterapie** u schizofreniků byly činěny již od počátku 20. století, ačkoliv tvůrce psychanalýzy S. Freud byl přesvědčen, že psychoanalýza u těchto pacientů není možná. V průběhu první poloviny 20. století byly činěny pokusy o ovlivnění schizofrenie nejrůznějšími dynamickými psychoterapeutickými přístupy – např. kromě klasické psychoanalýzy i pomocí jungovské analýzy, daseinsanalýzy – ale i když tyto směry přišly často se zajímavým teoretickým *vysvětlením* psychotických projevů a příznaků, v oblasti *terapeutické účinnosti* obecně úspěšné nebyly.

**Behaviorální terapie** se rozvíjela v klinické praxi od 60. let 20. století a zpočátku se její úspěchy projevíly především v oblasti fobií, sociálních úzkostí, poruch chování u dětí a mentálně retardovaných, obsedantních poruch aj. Prvními, kdo úspěšně uplatnil principy operantního podmiňování u schizofreniků, byli Ayllon a Azrin (1968), kteří pomocí metody tzv. žetonového hospodaření (orig. token economy) dokázali ovlivnit chování schizofrenních pacientů na chronických uzavřených psychiatrických odděleních. O tomto terapeutickém programu více uvedeme v dalším textu.

V 70. letech 20. století došlo k vytvoření dalších **behaviorálních nácvikových programů**, které se zaměřily především na uplatnění naučených dovedností v běžném životě. Byly to jak individuální, tak skupinové programy, zaměřené jak na rozvoj a upevňování individuálních dovedností, např. zlepšení péče o sebe (umývání, oblékání, jídelní návyky), tak šířeji zaměřené programy nácviku sociálních dovedností (schopnost navázat rozhovor, požádat o něco, najít si přátele, zaměstnání, jednat na úřadech ap.). Velmi propracovaný program **nácviku sociálních dovedností** vypracoval v druhé polovině 70. let tým pod vedením R. P. Libermana (Liberman, DeRisi, Mueser, 1989). Také tento terapeutický program si dále popíšeme podrobněji.

Další oblastí úspěšného uplatnění kognitivně behaviorálních metod v léčbě schizofrenie se stala v 80. letech 20. století **rodinná terapie schizofrenie**. Programy rodinné terapie schizofrenie vznikly na základě výzkumů o tzv. vyjadřovaných emocích (orig. expressed emotions) (Leff a Vaughn, 1985), které prokázaly, jak významný vliv mají vztahy v rodině na průběh schizofrenie. Proto se tyto programy rodinné terapie schizofrenie zaměřily na to, jak pomoci rodině vytvořit atmosféru klidného soužití a jak zvládat stresující události tak, aby to mělo na pacienta

co nejmenší dopad. Účinnost těchto programů rodinné terapie prokázali např. Falloon a kol. (1994) a Tarrier a Barrowclough (1992).

V 90. letech 20. století došlo v oblasti psychoterapie schizofrenie k uplatnění metod **kognitivní terapie**, zaměřených na **ovlivnění floridních příznaků schizofrenie** – především sluchových halucinací a bludů. Program „zlepšeného zvládání příznaků“ (org. coping strategy enhancement, CSE) Birchwooda a Tarriera (1992), kognitivně behaviorální terapie schizofrenie Kingdona a Turkingtona (1994), kognitivní terapie bludů a halucinací Chadwicka, Birchwooda a Trowera (1996) nebo komplexní kognitivně behaviorální terapie schizofrenie Fowlera, Garetyové a Kuipersové (1995) prokázaly, že lze pomocí strukturovaných kognitivně behaviorálních metod úspěšně zmírnit intenzitu floridních psychotických příznaků a jejich dopad na psychický stav pacientů. I tyto terapeutické programy si dále popíšeme.

Další terapeutické programy se zaměřily na ovlivnění kognitivních deficitů u pacientů trpících akutní schizofrenií, tzv. programy kognitivní rehabilitace, usilující o zlepšení pozornosti a diferenciaci podnětů. Výsledkem snahy o aplikaci tohoto vývoje v oblasti psychoterapie psychóz je švýcarský program „Integrovaný psychoterapeutický program pro schizofreniky“ (IPTS) autorů Roderera, Brennera, Kienzleho a Hodelové (1993).

V současné době je tedy situace taková, že existuje řada prokazatelně účinných behaviorálně a kognitivně behaviorálně orientovaných programů pro schizofreniky, které probíhají formou individuální, skupinové či rodinné terapie, programy pro chronické dlouhodobě hospitalizované pacienty i pro ambulantní pacienty, žijící s rodinou nebo samostatně. Žádný jiný psychoterapeutický přístup se v oblasti schizofrenie nemůže srovnat, pokud jde o propracovanost programů a jejich prokázané účinnosti.

### 8.7.3 Účinnost psychoterapie u schizofrenie

Při hodnocení účinnosti psychoterapeutických a psychosociálních přístupů v léčbě a rehabilitaci psychóz (zejména schizofrenie) bylo provedeno několik desítek studií. Uvedeme zde závěry několika meta-analýz jejich výsledků.

Pět randomizovaných kontrolovaných studií neprokázalo žádné nebo minimální účinky dlouhodobé individuální dynamické psychoterapie (přehled Fenton a Cole, 1996). Nelze ji proto pro léčbu schizofrenie všeobecně doporučovat, někteří autoři ji dokonce pokládají za kontraindikovanou (Mueser a Berenbaum, 1990). Na druhé straně byla popsána řada kazuistik, podle kterých v jednotlivých případech může dynamická psychoterapie znamenat pro pacienta významnou pomoc (May et al., 1981, Gunderson et al., 1984).

Meta-analýza Mueserové a Berenbauma z roku 1990 shrnuje výsledky 4 kontrolovaných studií. Závěry jsou následující:

- psychodynamická terapie neprokázala žádný pozitivní efekt samotná, ani v kombinaci s farmaky (otázkou zůstává možná „toxická“ dynamická psychoterapie u některých jedinců),



- na realitu orientovaná psychoterapie je účinnější nežli dynamická psychoterapie, pokud sledujeme četnost rehospitalizací a zlepšení sociální a pracovní adaptace. Oba přístupy se však navzájem neliší ve zmírnění psychotických příznaků. Ve studiích však chybí kontrolní skupiny neléčených osob.

V rozsáhlé meta-analýze 31 kontrolovaných studií (celkem zahrnovala 2161 pacientů) od Wunderlicha et al. (1996), byla poměřována účinnost různých psychosociálních intervencí v terapii pacientů, kteří zároveň užívali antipsychotika. Šlo o skupinovou kognitivní psychoterapii, behaviorální nácvik sociálních dovedností, psychoedukaci rodin, sociální terapii a psychoanalytickou léčbu. Nejlepších výsledků dosáhla skupinová kognitivní terapie a rodinná psychoedukace, nejhorších psychoanalytická terapie (viz tabulku 1).

**Tabulka 8.7.1:** Metaanalýza účinnosti psychoterapeutických přístupů kombinovaných s medikamentózní léčbou – porovnání s medikamentózní léčbou samotnou (Wunderlich et al., 1996)

| Terapeutický přístup             | Efektivita |                                                                                   |                                                               |
|----------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
|                                  | R          | % zlepšení k experimentální skupině (léky a specifická psychosociální intervence) | % zlepšení v kontrolní skupině (pouze léky a klinické vedení) |
| Skupinová kognitivní terapie     | 0,28       | 64                                                                                | 36                                                            |
| Nácvik sociálních dovedností     | 0,20       | 60                                                                                | 20                                                            |
| Psychoedukativní rodinná terapie | 0,28       | 64                                                                                | 36                                                            |
| Sociální terapie                 | 0,12       | 56                                                                                | 44                                                            |
| Psychoanalytická léčba           | 0,08       | 54                                                                                | 46                                                            |

R = síla efektivity transformovaná do korelace

Carpenter (1996) shrnul výsledky 14 kontrolovaných studií zkoumajících vliv rodinné terapie a zjistil, že četnost relapsů u intervenovaných pacientů je mezi 6–23 %, zatímco u pacientů, kteří pouze užívali medikaci, mezi 40–53 %.

Pitschel-Walz et al. (2001) shrnul výsledky 25 studií zaměřených na psychoedukaci rodin schizofrenních pacientů. Efekt rodinné psychoedukace vedl ke snížení četnosti relapsů o 20 % proti kontrolním skupinám, pokud psychoedukace trvala déle než 3 měsíce.

Rector a Beck (2001) shrnuli výsledky 7 randomizovaných kontrolovaných studií zaměřených na kognitivní terapii bludů a halucinací. Podle jejich závěrů kognitivní terapie významně ovlivnila nejen pozitivní, ale také negativní symptomatologii chronických schizofrenních pacientů.

Výsledky dalších studií, zkoumajících účinnost kognitivních a behaviorálních terapeutických programů u schizofrenie, uvedeme u popisu těchto jednotlivých programů.

## 8.7.4 KBT vyšetření u schizofrenie

### 8.7.4.1 Způsoby a obsah vyšetření

Vyšetření se liší podle toho, který typ terapeutického programu chceme pacientovi nabídnout. Vyšetření provádíme pomocí:

- **rozhovoru s pacientem** – zaměříme se jednak na posouzení jeho schopnost spolupracovat a chápat, jednak na jeho současné potřeby a potíže,
- **hodnotících škál** např. PAS (Psychiatric Assessment Scale), PSE (Present State Examination),
- **pozorování chování** pacienta v určitém časovém úseku (např. během sezení),
- **rozhovoru s příbuznými** – jednak popis současného chování pacienta, jednak jejich postoje vůči pacientovi.

U některých pacientů můžeme využít i **sebehodnotících záznamů** – např. Rathusova škála asertivity, případně vyplňování záznamů negativních myšlenek.

Protože onemocnění schizofrenií zahrnuje celý komplex problémů, musíme se při vyšetření zaměřit na celou řadu potenciálně problematických oblastí, a ne pouze na zjištění psychotických příznaků. Při zjišťování a hodnocení závažnosti psychopatologických příznaků – psychotických i neppsychotických – můžeme využít i dotazníkových škál, jako jsou například BPRS a PANSS.

Kromě samotného zjištění přítomnosti nebo nepřítomnosti psychotických příznaků je třeba zhodnotit i jejich jednotlivé dimenze – u sluchových halucinací hodnotíme dimenze, jako je jejich četnost, doba trvání, umístění (v hlavě nebo vně), formu (zvuky, slova), hlasitost, srozumitelnost, kontrolovatelnost ze strany pacienta, počet hlasů (jeden nebo více), přesvědčení ohledně jejich původu, moci nad pacientem, obsah (negativní nebo pozitivní, zda hovoří k pacientovi nebo o něm), emoce s nimi spojené, jak narušují běžný život pacienta a jeho zjevné chování. U bludů hodnotíme, jak často a jak dlouho se pacient bludem během dne zabývá, emoce s ním spojené a jejich intenzitu, míru přesvědčivosti bludu, jak blud narušuje běžný život pacienta a jeho chování. Na základě rozlišování těchto dimenzí můžeme lépe sledovat změny v jednotlivých dimenzích příznaků v průběhu terapie.

Dále se zabýváme zjišťováním proměnných, které vedou k výskytu a udržování příznaků – tj. v jakých situacích se psychotické příznaky objevují a jakými podněty jsou vyvolávány (spouštěče) a k jakým bezprostředním a dlouhodobým důsledkům vedou. Přitom hodnotíme nejen negativní, ale i případné pozitivní důsledky, kvůli kterým může být pro pacienta obtížné se bez svých příznaků obejít.

Kromě vyšetření pozitivních i negativních psychotických příznaků je před zahájením terapeutické intervence třeba vyšetřit i další důležité oblasti pacientova života.

V tabulce 2 jsou uvedeny oblasti, na které je třeba se při vyšetření zaměřit (podle Haddock, Tarrier, 1998).

**Tabulka 8.7.2:** Oblasti, které je třeba vyšetřit a případně brát v úvahu při plánování KBT u schizofrenie

#### **PSYCHOLOGICKÉ PROBLÉMY**

Narušené, zpomalené či paralogické myšlení  
 Problém s odlišováním podnětu a pozadí  
 Omezená pozornost  
 Přecitlivělost na sociální stresory a sociální interakce  
 Potíže při zpracovávání sociálních podnětů a vhodném reagování  
 Oploštělá afektivita  
 Zvýšená vzrušivost a narušená kontrola vzrušivosti  
 Přecitlivělost na životní události a na stres  
 Vysoké riziko sebevraždy  
 Stigmatizace  
 Riziko deprese a beznaděje  
 Vysoké riziko abúsu drog a alkoholu  
 Vznik v dospívání či rané dospělosti narušuje normální vývojové procesy

#### **PSYCHOSOCIÁLNÍ PROBLÉMY**

Přecitlivělost pacienta na rodinnou atmosféru a sociální vztahy  
 Riziko, že by se pacient mohl stát obětí či původcem násilí  
 Vhodnost integrace individuální a rodinné KBT

#### **SOCIÁLNÍ PROBLÉMY**

Podmínky sociální deprivace  
 Špatné bydlení  
 Sestup na společenském žebříčku  
 Nezaměstnanost a potíže při hledání zaměstnání  
 Chudá síť sociálních vztahů  
 Psychiatrická diagnóza brání využití společenských zdrojů

Na základě úvodního vyšetření shromáždíme o pacientovi tyto informace:

1. Základní demografické informace – věk, pohlaví, vzdělání, zaměstnání, stav, počet dětí.
2. Rodinné poměry – vztahy s nejbližšími osobami, vztahy v širším příbuzenstvu.
3. Sociální problémy, např. podpora, ubytování, právní problémy.
4. Přehled příznaků a duševního stavu, např. úzkost, deprese.
5. Podrobné multidimenzionální vyšetření příznaků (viz výše).
6. Kognitivně behaviorální analýza jednotlivých příznaků: vyvolávající podněty a kontext každého příznaku s jeho afektivními, behaviorálními, fyziologickými a kognitivními důsledky; jak se pacient s těmito prožitky vyrovnává.
7. Další důležité informace, získané během vyšetření a během terapie: pacientovy zájmy, přednosti, schopnosti, zdroje.
8. Pacientovy názory na jeho problémy: zda pro něj mají nějaký pozitivní význam; vytvořit sdílené porozumění pacientovým prožitkům, které je základem vzájemného vztahu mezi pacientem a terapeutem.

#### 8.7.4.2 Seznam problémů

Na základě výše uvedených informací je třeba společně s pacientem sestavit obecný seznam pacientových současných problémů, které by měly být formulovány jeho vlastními slovy. Tyto problémy poté seřadíme podle naléhavosti, přičemž bereme v úvahu:

- a) nebezpečnost, naléhavost a riziko; b) ochotu pacienta na problému pracovat;
- c) míru stresu, kterou problém pro pacienta představuje; d) motivaci pacienta;
- e) základní témata.

Je rozumné začínat s problémem, který lze vyřešit a u kterého předpokládáme, že dosáhneme úspěšného výsledku.

#### 8.7.4.3 Formulace problémů

Přesná a úsporná formulace pacientových příznaků a hlavních problémů musí zahrnovat příznaky, klíčové kognice, afekt, chování a přesvědčení. Je třeba ji tvořit ve spolupráci s pacientem a využívat jeho vlastních slov a předkládat ji jako shrnutí a uspořádání získaných informací a spíše jako možné předběžné vysvětlení než jako definitivní popis.

Je třeba, aby pacient formulaci porozuměl, a proto mu ji předkládáme nejen slovně, ale i písemně, případně ve formě diagramu.

#### Upřesňování formulací

Formulace je třeba upřesňovat a měnit ve spolupráci s pacientem v průběhu vyšetření a terapie. Slouží jako pracovní vysvětlení pacientových problémů a jako základ dosažení pozitivních změn. Terapeutické intervence by měly přinést nové informace podporující formulaci. Terapeut by měl s pacientem vytvářet domácí úkoly zaměřené na ověření formulace ve světle toho, co se stalo mezi sezeními. Tím se formulace dále upřesňuje a zároveň zvyšuje motivaci pacienta k dosažení změny.

### 8.7.5 Uplatnění KBT u schizofrenie

Popíšeme podrobněji několik příkladů ověřené účinných behaviorálních, kognitivních a kognitivně behaviorálních terapeutických programů pro schizofrenii.

#### 8.7.5.1 Terapeutické programy „žetonového hospodaření“, zaměřené na ovlivnění chování chronických schizofreniků

První účinné terapeutické programy, které vznikly v 60. letech 20. století, se zaměřily na ovlivnění zjevného chování u chronických schizofrenních pacientů, hospitalizovaných často dlouhou dobu v psychiatrických léčebnách. Tyto programy nebyly zaměřeny na jedince, ani na vybranou skupinu pacientů, ale na všechny pacienty příslušného oddělení. Cílem bylo vytvoření jasných terapeutických pravidel, které by vedly pacienty na těchto odděleních k tomu, aby se méně často dopouštěli nežádoucího chování – např. vzájemného napadání, sebepoškozování

či poškozování věcí na oddělení, a aby se u nich rozvíjelo žádoucí chování, např. zvýšená péče o sebe a o pořádek na oddělení a také vzájemná ohleduplnost a spolupráce.

Tyto behaviorální terapeutické programy vycházely z teorie operantního podmiňování (Skinner, 1953). Nejvíce se rozšířil terapeutický program tzv. žetonového hospodaření (orig. token economy), který popsali ve své práci Ayllon a Azrin (1968). Tento program vycházel z pečlivého sledování chování pacientů na oddělení, analýzy, v jakých situacích se objevuje nežádoucí chování – např. inkoherentní samomluva, verbální či fyzická agresivita vůči okolí, sebepoškozování – nebo nedostatky v žádoucím chování – např. v péči o vlastní oděv, čistotu a pořádek – a k jakým bezprostředním důsledkům toto nežádoucí chování vede, např. ke zvýšené pozornosti či péči ze strany personálu, ústupkům ze strany spolupacientů. Pacienti byli poté systematicky odměňováni, pokud projevovali žádoucí chování nebo zmírnili výskyt nežádoucího chování, zatímco jejich nežádoucími chování byla věnována mnohem menší pozornost. Odměny měly formu žetonů, za které pak měli pacienti nárok na vycházky, mohli za ně získávat cigarety či potraviny v místním bufetu.

Ukázalo se, že na toto systematické odměňování vhodného chování reagují i pacienti s hluboce narušenou psychikou, s trvalými halucinacemi a bludy, zdánlivě zcela neteční vůči okolnímu prostředí. Na odděleních, kde se tento terapeutický program uplatňoval, došlo ke zmírnění vzájemné agresivity jak mezi pacienty navzájem, tak vůči ošetřujícímu personálu, zmírnily se otevřené projevy psychotického chování, například hlasité vykřikování, dohadování se s hlasy, a zlepšila se úroveň péče o sebe v oblasti oblékání, čistoty a pořádku.

Další výzkumy prokázaly, že hlavní příčinou změn v chování chronických schizofreniků nejsou samotné žetony, ale především zvýšená míra interakce mezi ošetřujícím personálem a pacienty, kteří se chovali žádoucím způsobem, a pochvala, udělovaná spolu s přidělením žetonů.

Slabinou těchto účinných programů však bylo, že změny dosažené v rámci psychiatrického oddělení se nepřenesly do odlišného prostředí, takže po přeložení na jiné oddělení nebo po propuštění do domácího prostředí se pacienti rychle vraceli k původním způsobům chování. I v rámci téhož oddělení dosažené pozitivní změny nepřetrvávaly, pokud byl program systematického uplatňování žetonového hospodaření ukončen.

V praxi se také ukázalo, že kvalitní uplatňování programu žetonového hospodaření je velmi náročné na přístup ošetřujícího personálu a vyžaduje, aby jednotliví členové terapeutického týmu uplatňovali shodná pravidla po celou dobu trvání terapeutického programu. To vedlo často k tomu, že když došlo k obměně personálu na oddělení a původní nadšená atmosféra z oddělení vyvanula, stala se z udělování žetonů mechanická záležitost a účinnost této metody tím výrazně poklesla. Ze všech těchto důvodů se tato dříve velmi populární a prokazatelně účinná metoda postupně přestala v širším měřítku uplatňovat (Hall a Barker, 1973).

### 8.7.5.2 Nácvik sociálních dovedností

Tento komplexní terapeutický program vypracoval v 70. letech minulého století americký psychiatr R. P. Liberman a jeho spolupracovníci (Liberman, DeRisi a Mueser, 1989). Vycházeli z výše uvedeného modelu Zubina a Springa (1977), podle něhož je průběh schizofrenie ovlivňován jednak vrozenou „zranitelností“ vůči této psychické poruše, jednak vlivy z okolního prostředí – tzv. model „zranitelnost – stres“. Podle této hypotézy jsou lidé trpící schizofrenií výrazně citliví na stres a vlivem stresu se jejich psychický stav zhoršuje a dochází k akutnímu relapsu psychotických příznaků, jak pozitivních, tak negativních. Sociální dovednosti, tedy dovednosti uplatňované v mezilidských vztazích, mohou výrazně ovlivňovat míru stresu, které je pacient v každodenním životě vystaven. Liberman předpokládal, že pokud se sociální dovednosti pacienta pomocí systematického nácviku zlepší, ten bude ve svém dalším životě méně často ve stresu, a tím dojde ke zlepšení jak v oblasti psychotických příznaků, tak v oblasti celkové kvality života pacienta.

Nácvik sociálních dovedností u pacientů trpících schizofrenií se zaměřuje především na zlepšení jejich schopnosti jednat s druhými lidmi, řešit problémy v mezilidských vztazích, prosazovat svá přání a uspokojovat své emocionální potřeby. Není tedy primárně zaměřen na vyléčení schizofrenie ani na ovlivnění akutních psychotických příznaků – bludů a halucinací. K tomu sloužila současně probíhající farmakoterapie.

Lidé trpící schizofrenií mají sociální dovednosti často nedostatečné. Je tomu tak proto, že se buď vzhledem k ranému počátku nemoci přiměřenému chování nikdy nenaučili, nebo se jejich sociální dovednosti v důsledku akutních psychotických příznaků zhoršily, případně je jejich chronicky probíhající psychotická porucha vedla k sociální izolaci, takže tyto dovednosti přestali používat a zapomněli je.

Nácvik sociálních dovedností se provádí obvykle ambulantní formou v otevřené skupině, která má 4–8 pacientů, a vede jej jeden nebo dva terapeuti. Jedno nácvikové sezení trvá 45–90 minut, provádí se jedno až dvě sezení týdně. Celý nácvikový program trvá 3–6 měsíců, ale v případě potřeby mohou pacienti docházet do skupiny i celý rok. Účastní se jej pacienti, kteří již nejsou v akutním stadiu schizofrenní psychózy a dokáží se dostatečně soustředit a spolupracovat s terapeutem i mezi sebou navzájem.

Při nácviku sociálních dovedností se vychází z poznatků teorie učení a počítá se s tím, že pacienti mají následkem psychotických příznaků zhoršenou schopnost soustředit se, udržet zaměřenou pozornost, pamatovat si a porozumět. Proto má jak celá terapie, tak každé sezení přehlednou strukturu, aby pacienti věděli, co mohou očekávat. V době mezi sezeními si pacienti za domácí úkol procvičují úkoly, které zvládli v rámci sezení „na nečisto“, ve svém přirozeném prostředí a o svých zkušenostech referují v dalším sezení.

Základní dovednosti, které se v rámci NSD nacvičují, jsou:

- Dovednosti správně vnímat a porozumět
- Sdělování pozitivních informací (pochvala, ocenění)
- Zahájení, udržování a ukončení krátkého rozhovoru

- Projevení negativní emoci přiměřeným způsobem
- Sebeprosazení (obhájení vlastních práv, odmítnutí neoprávněných požadavků)
- Dovednost najít kompromisní řešení
- Nácvik řešení konkrétních problémů jednotlivých pacientů v jejich současném životě

Základní metody, užívané při nácviku sociálních dovedností, jsou: nácvik jednání formou scénky, formování a modelování žádoucího chování pomocí nápodoby, nápovědy a systematického zpevňování dosaženého zlepšení. Terapeut či jiný člen skupiny slouží často jako vzor vhodného chování, terapeut i celá skupina poskytují zpětnou vazbu, ocenění a podporu pacientům v jejich úsilí.

V rámci komplexního programu nácviku sociálních dovedností vytvořili Liberman a kol. (1987) řadu „modulů“, zaměřených na jednotlivé oblasti sociálních dovedností. Např. v modulu komunikačních dovedností se pacienti zaměřují na správné verbální i neverbální jednání při rozhovoru s druhými lidmi, nacvičují vhodné zahájení rozhovoru, ukončení rozhovoru, jak požádat druhé o informaci, o pomoc, jak je pochválit, jak vhodně vyjádřit kritiku, jak přijmout pochvalu a jak vhodně reagovat na kritiku. Další moduly se zaměřují na nácvik řešení problémů, rozpoznávání varovných příznaků relapsu, zvládání vedlejších účinků léků, navazování přátelství a hledání vhodné náplně volného času, včetně hledání zaměstnání.

Účinnost nácviku sociálních dovedností byla sledována v několika studiích. V některých studiích (Marder et al., 1996) se ukázalo, že NSD velmi výrazně zlepšuje sociální dovednosti, má však jen malý dopad na prevenci relapsu. Podle jiné studie (Schooler a Keith, 1993) vede NSD ke zlepšení sociální adaptace v sebehodnocení i v objektivním hodnocení. Benton a Schroeder (1990) ve své meta-analýze 4 srovnávaných studií popsali nesignifikantní léčebný efekt nácviku sociálních dovedností na redukci psychopatologie. Ve studii Hogartyho et al. (1991) se prokázalo, že nácvik psychosociálních dovedností významně snižuje četnost rehospitalizací ve sledovaném období jednoho roku. Corrigan (1991) ve svém přehledu 9 studií dospěl k závěru, že je efekt NSD je zjevný, ale že nacvičené sociální dovednosti nenahrazují plně maladaptivní chování psychotických nemocných. Tarrier et al. (1993) prokázal, že nacvičené psychosociální dovednosti vedou ke snížení úzkostnosti, zejména v sociálních situacích, a zlepšují celkový skóre psychiatrických příznaků výrazněji nežli podpůrná psychoterapie. Podle Hogartyho et al. (1991) problémem NSD zůstává to, že zlepšení lze prokázat v době asi jednoho roku po ukončení terapie, zatímco po 2 letech se její účinek postupně vytrácí (Hogarty et al., 1991). Meta-analytické studie uzavírají, že efekt generalizace nacvičených způsobů chování do praktického života je mírný (Benton a Schroeder, 1990) nebo střední (Corrigan, 1991) s tím, že metodologická a klinická úroveň jejich zdrojových studií je různá (Halford a Hayes, 1991). Další studie ukázaly, že pacienti jsou schopni v praxi užívat nacvičených sociálních dovedností převážně v situacích, které jsou podobné situacím nácvikovým (Donahoe a Driesenga, 1988) a že do praktického života se lépe přenášejí jednoduché dovednosti (např. motorické chování)

nežli komplexní typy chování (Wallace et al., 1980). V nedávné studii srovnávali Liberman a kol. (1998) účinnost nácviku sociálních dovedností s účinností systematické činnostní terapie u pacientů s přerávajícími psychotickými příznaky a prokázali, že pacienti, kteří prodělali 6měsíční systematický intenzivní nácvik sociálních dovedností, dokázali v průběhu následujících 18 měsíců po ukončení terapeutického programu tyto sociální dovednosti uplatňovat v běžném životě, byli lépe sociálně adaptováni a dokázali žít více nezávisle než pacienti z kontrolní skupiny, kteří se podrobili stejně intenzivnímu programu, zahrnujícímu činnostní terapii, arteterapeutické skupiny a rekreační aktivity.

### 8.7.5.3 Kognitivně behaviorální terapie akutních psychotických příznaků – bludů a halucinací

Na konci 80. let 20. století se objevily první snahy ovlivnit psychoterapeuticky i floridní příznaky schizofrenie, tj. bludy a halucinace, o nichž se do té doby předpokládalo, že je lze léčit pouze pomocí psychofarmak. Vedlo k tomu několik důvodů: a) u části schizofreniků přetrvávaly halucinace i bludy navzdory tomu, že byli dlouhodobě léčeni psychofarmaky; b) řada schizofreniků měla vůči psychofarmakům odmítavý postoj a jejich ochota je dlouhodobě užívat byla malá; c) u pacientů, kteří byli ochotni léky užívat, vyvolávaly účinné léky mnohé vedlejší příznaky, z nichž nejzávažnější byly maligní neuroleptický syndrom a tardivní dyskinezy; d) i při pravidelném užívání léků a dobré spolupráci pacientů se u mnoha pacientů opakovaně objevovaly relapsy akutních psychotických příznaků.

Několik skupin kognitivně behaviorálně zaměřených psychologů, především z Velké Británie – Bentall, Slade, Kingdon, Turkington, Tarrier, Fowler aj. – vyjádřilo nespokojenost s jednostranně farmakologickým přístupem k léčbě akutních psychotických příznaků a na konferenci v Liverpoolu v červnu 1991 zformulovali základní principy nového přístupu k psychoterapii akutních psychóz.

1. Je třeba uznat, že z hlediska pacientů mají psychotické příznaky smysl a hrají v jejich životě důležitou roli.
2. Je důležité pacientům naslouchat a snažit se pochopit tento smysl pacientových psychotických příznaků a problémů.
3. Je důležité vytvořit a zdokonalit psychologické léčebné postupy pro pacienty, kteří trpí stálými a nepříjemnými psychotickými příznaky.
4. Účinnost těchto postupů je třeba vědecky ověřit, aby se mohly stát běžnou součástí léčby schizofrenie.

Tito odborníci se ve své práci zaměřili na zvládání, zmírňování a odstraňování jednotlivých psychotických **příznaků**, nikoliv na léčbu „schizofrenie“. Cílem tohoto terapeutického přístupu není „vyléčit“ pacienta ze schizofrenie, ale v prvé řadě **zmírnit jeho utrpení, zlepšit jeho sebeobraz a zlepšit kvalitu jeho života**. Zmírnění vlivu psychotických příznaků na pacientův život je pouze prostředkem k dosažení těchto cílů. Na tomto základě lze lépe budovat terapeutický vztah, neboť tyto cíle jsou žádoucí pro pacienta, aniž by musel nejdříve uznat, že je „nemocný“ – což je pro mnoho psychotických pacientů nepřijatelné.



**Fowler, Garetyová a Kuipersová** (1995) uvádějí, že proces kognitivně behaviorální terapie schizofrenie lze rozčlenit do 6 fází.

### **První fáze: Vyšetření a vytvoření terapeutického vztahu**

Terapii začínáme tím, že se zaměříme na vytváření a upevňování terapeutického vztahu, založeného na vzájemné důvěře a spolupráci. V této fázi probíhá také zjišťování potřebných údajů, týkajících se klientových současných příznaků, potíží a problémů, jejich vzniku a průběhu.

### **Druhá fáze: Nácvik metod, umožňujících lepší zvládání psychotických příznaků**

Terapeut klientovi radí, jakými vhodnými způsoby může zmírnit bezprostřední negativní dopad aktuálních psychotických příznaků na jeho prožívání, a učí jej metodám zmírňování stresu. Jde o metody jako je: sebe-instruktaž, odvedení pozornosti, zapojení se do činnosti, stažení se, relaxace atd. Cílem je nalezení takových reakcí na floridní psychotické příznaky, které zmírňují jejich dopad na psychiku klienta, a jejich systematické uplatňování.

### **Třetí fáze: Vytvoření sdíleného modelu vzniku a udržování psychických potíží („nemoci“)**

Terapeut ve spolupráci s pacientem hledá nejvhodnější model, vysvětlující jeho potíže. Obvykle přitom vychází z modelu „vrozená psychická zranitelnost na stres“ a snaží se „normalizovat“ pacientovy potíže ve světle jeho životní historie. Cílem je zmírnit pocity selhání, sebeobviňování, zmatku a zlosti u pacienta a podporovat jeho adaptivní chování – např. brání léků, vyhýbání se stresujícím událostem, stanovování si reálných cílů.

### **Čtvrtá fáze: Zpochybňování bludných přesvědčení a přesvědčení, týkající se hlasů a dalších příznaků**

V této fázi se terapeut zaměřuje na konkrétní psychotické příznaky a nabízí klientovi jiná, pro něj méně stresující vysvětlení, případně se jej snaží přivést k náhledu na chorobný původ těchto příznaků. O těchto metodách se později zmíníme podrobněji.

### **Pátá fáze: Zpochybňování jádrových dysfunkčních přesvědčení („schémat“) o sobě a druhých**

V této fázi se terapeut zaměřuje na odkrývání jádrových negativních sebehodnocení u pacienta, na porozumění jejich vzniku, jejich zpochybňování a nahrazování méně negativními schématy.

### **Šestá fáze: Upevnění nových způsobů zvládání problémů, osamostatnění klienta**

V této fázi se terapeut zaměřuje na upevnění pozitivních změn, dosažených během terapie, podporuje klienta v tom, aby byl schopen své problémy a příznaky zvládat

samostatně i po ukončení terapie, plánuje s klientem jeho střednědobé a dlouhodobé cíle a vytváří též plány, jak má klient reagovat na případné zhoršení příznaků a hrozící relaps.

Kognitivně behaviorální terapie u schizofrenie trvá obvykle 20–30 sezení po dobu 12 i více měsíců. Prvních 6 měsíců je frekvence sezení jednou až dvakrát týdně, přičemž sezení trvají kratší dobu. Další 3 měsíce jsou sezení jednou za 2 týdny a dalších 6 měsíců se sezení konají jednou měsíčně.

#### 8.7.5.3.1 Kognitivně behaviorální terapie bludů

Jedni z prvních, kdo se věnovali psychoterapii bludů, byli **Kingdon a Turkington** (1994). Tito autoři předpokládají, že klasické pojetí bludu, podle něhož bludné přesvědčení nelze pomocí psychologických prostředků změnit, tj. že diskutovat s pacientem o jeho bludném přesvědčení je v lepším případě marné, v horším případě škodlivé – že toto pojetí je mylné.

Tvrdí naopak, že diskuse s pacientem o jeho bludném přesvědčení a o okolnostech, za nichž vzniklo, a nabídnutí alternativního vysvětlení rozvoje psychotických příznaků je klíčovým krokem v terapii bludů. Přitom jmenují tyto **základní předpoklady pro úspěšnou psychoterapii bludů**:

1. *Empatický, vřelý, opravdový a nepodmíněně akceptující postoj terapeuta.*
2. *Zkušenost s jednáním s psychotiky a znalost psychotických příznaků.*
3. *Přesné slovní vyjadřování a konzistence projevu.*

Je klíčové nekonfrontovat a nezpochybňovat pacientovy prožitky ani verbálně, ani nonverbálně. Ke všem tvrzením pacienta musí terapeut přistupovat nepředpojatě jako k možnosti, kterou je třeba společně zkoumat. Pokud např. pacient tvrdí, že má v bytě odposlouchávací zařízení, terapeut nesmí říci, že se mylí, ale zeptat se, na základě čeho si to myslí

4. *Shodnout se, že se terapeut a pacient mohou v názorech lišit.*

Když pacient na určitém svém tvrzení trvá, terapeut to musí přijmout jako jeho názor, na který má právo. Na druhé straně je třeba pacienta vést k uznání, že i terapeut má právo mít svůj názor, odlišný od názoru pacienta.

5. *Umět se takticky stáhnout.*

Když určité téma pacienta příliš rozrušuje, je lépe když terapeut téma opustí a pacienta zklidní s tím, že se k tomuto tématu mohou vrátit později.

6. *Dokázat přijmout záplavu psychotického materiálu.*

Zvláště zpočátku je terapeut často zavalen množstvím nesrozumitelných psychotických projevů, kterým nerozumí. Musí se zaměřit na postupnou analýzu a pochopení těchto projevů a nepropadat beznaději.

7. *Vycházet z kognitivního modelu psychiky.*

Pomocí písemných materiálů a na konkrétních příkladech terapeut pacientovi postupně vysvětluje, jak jsou jeho emoce a chování v určité situaci vyvolávány jeho myšlenkami a jeho interpretací této situace. Protože myšlenky a interpretace lze měnit, lze změnit i pocity a jednání v dané situaci. V průběhu terapie by si měl pacient uvědomil, že své dosavadní názory může kriticky zkoumat jako

„hypotézy“, které v konkrétním případě mohou, ale nemusejí být pravdivé. Protože každý se může někdy mýlit, je třeba společně zkoumat, zda jsou možná i jiná hodnocení a zda jiné hodnocení situace nebo sebe sama nepovede k tomu, že se pacient bude cítit lépe.

Pro porozumění obsahu bludu je třeba zaměřit se na **období jeho formování**. Otázky je třeba klást velmi citlivě, protože se často dotýkají velmi bolestivých témat.

Kromě informací ohledně událostí v době vzniku bludu je třeba zkoumat též **postoje, hodnoty a aspirace pacienta** v tomto období – jeho tzv. kognitivní schémata – neboť vznik bludu mnohdy souvisí právě s ohrožením významných hodnot pacientova života – jak vyplývá z uvedené kazuistiky pacienta, přesvědčeného, že je ovládán přes satelit.

V průběhu terapie by měl klient postupně dospět ke **čtyřem typům náhledu**: 1) Měl by být schopen připustit, že bludné přesvědčení je jeho názor, nikoliv nezpochybnitelný fakt; 2) že toto přesvědčení představuje reakci na určité události v jeho životě a je výrazem snahy dát jim smysl; 3) že mu bludné přesvědčení způsobuje emoční a jiné životní nesnáze; a 4) že existují i jiná možná vysvětlení, která dávají smysl jeho životním prožitkům a která mu přitom nezpůsobují takové emoční a životní problémy.

## Postup při kognitivně behaviorální terapii bludných přesvědčení

### Vyšetření

Při vyšetřování bludu postupujeme tak, že nejdříve zjišťujeme problémové situace a negativní emoční a behaviorální reakce, které v nich klient prožívá. Až po shromáždění dostatečného množství informací o vyvolávajících podnětech a reakcích klienta začneme zkoumat i jeho myšlenky, interpretace a hodnocení situace.

Při zkoumání bludného myšlení se nejdříve zaměřujeme na zkoumání konkrétních interpretací v konkrétních situacích a až později se věnujeme i obecným hodnocením a tématům, která tvoří podklad příslušného bludu. Přitom obvykle nepoužíváme pojmů „schizofrenie“ a „blud“, ale bludné přesvědčení klienta označujeme jako jeho názor a tyto názory neoznačujeme jako projev duševní nemoci. To by mohlo vést k narušení terapeutického vztahu a přerušení terapie ze strany klienta.

### Vyšetření spouštějících událostí

Typ událostí, které vyvolávají bludné myšlení, často ukazují na psychologickou zranitelnost klienta v oblasti autonomie, vazby na druhé, sebepojetí. Při vyšetřování těchto spouštějících podnětů a situací je třeba dodržovat dvě důležitá pravidla:

1. Je třeba klienta přimět, aby se zaměřil na vylíčení **konkrétní události**, která v něm vyvolala emoční nepohodu a bludné myšlení. Tato událost může být jak vnější, tak vnitřní (hlas, pocity ovládání, tělesné příznaky).

2. Je třeba zjistit, které situace v klientovi *nevyvolávají* bludné myšlení, neboť tato znalost umožňuje zmírnit bludné myšlení v rámci terapie.

Při zjišťování spouštějících podnětů je třeba mít na paměti, že bludy jsou často snahou o nalezení smyslu velmi stresujících událostí a prožitků, např. hlasů, pocitů ovládnutí na dálku ap. Tyto psychické prožitky chápe klient jako *důkazy* o platnosti bludných vysvětlení. Součástí KB terapie bludů je hledání jiných možných vysvětlení těchto prožitků.

### Vyšetření emocí a chování pacienta

**Emoce.** Zaměříme se na zjišťování, jaké emoce klient v konkrétní situaci prožívá (úzkost, depresi, vztek), a žádáme klienta, aby si tyto emoce zaznamenával a na jednoduché škále určoval jejich intenzitu (např. 0–4).

**Chování.** Měření chování spojeného s bludem je obtížnější než měření emocí a zjevné chování vyvolané bludem se vyskytovat nepravidelně a může být různé. Je třeba se také klienta zeptat, co kvůli svému bludnému přesvědčení *nedělá* – a co by dělal, kdyby přestal svému bludu věřit.

### Vyšetření samotných bludných přesvědčení

Bludy jsou komplexní přesvědčení, která mají řadu dimenzí. Hlavní jsou tyto čtyři dimenze:

1. **Přesvědčivost:** jak jistý si je klient pravdivostí svého bludu (0–100 %). Při zkoumání *přesvědčivosti* se terapeut musí vyhnout dvěma chybám: aby klientovi řekl, že jeho bludu nevěří a aby mu řekl, že mu věří. Je třeba zaujmout postoj otevřenosti a snahy dopátrat se skutečnosti: „Vy tomu věříte zcela jistě. Já zatím nevím – můžete mít pravdu, ale také se můžete mýlit, protože každý člověk je omylný. Společně se budeme snažit zjistit, jak to je.“
2. **Zabývání se bludem:** kolik času denně klient na své bludné přesvědčení myslí. Rozsah *zabývání se bludem* zjišťujeme jen na jednoduché škále, např. „V minulém týdnu jsem myslel na své přesvědčení, že...“ 0 vůbec, 1 dvakrát až čtyřikrát, 2 každý den, 3 mnohokrát každý den.
3. **Formování bludu.** Nepředpokládáme, že si je klient vědom všech vlivů, které přispěly ke zformování jeho bludného přesvědčení. Jde o to zjistit, v které době se bludné přesvědčení objevilo, zda se objevilo okamžitě nebo v různých etapách a jaké důležité události toto vytvoření ovlivnily. Často zjistíme, že formování bludu předcházela nějaká traumatická událost a že tato vyvolala pocit osobní zranitelnosti, nedostatečnosti, provinění ap.
4. **Důkazy.** Zjišťujeme, které události z minulosti podporují platnost bludu, a ptáme se také, zda se stalo něco, co hovoří proti platnosti bludu. Klienti však téměř nikdy spontánně neuvádějí žádné události, které by jejich blud zpochybňovaly, naopak jako důkaz pro platnost bludu často uvádějí události, které blud nijak nepotvrzují.

## Metody kognitivně behaviorální terapie bludných přesvědčení

### 1. Otázky na méně důležité součásti bludu

Terapeut nezpochybňuje přímo jádro bludu, ale otázkami vede pacienta, aby si sám uvědomil rozpory ve svém bludném přesvědčení a aby začal pochybovat o méně důležitých součástech bludu – např. nezpochybňuje hned jeho přesvědčení, že je sledován, ale zpochybňuje např. počet, úmysly a moc těch, kdo jej sledují.

### 2. Hledání alternativních vysvětlení

Terapeut spolu s pacientem zkoumají, zda nelze fakta, která pacient uvádí na podporu svého bludného přesvědčení, vyložit i jinak. Přitom musí terapeut postupovat velmi opatrně a nevnučovat pacientovi svá vysvětlení, jen mu nabízet jiné možnosti.

### 3. Testování reality

Terapeut požádá pacienta, aby si ve svém každodenním životě konkrétně zaznamenával všechna fakta, která podporují jeho bludné přesvědčení. Pak s ním tato fakta probírá a společně zvažují, nakolik skutečně pacientovo bludné přesvědčení potvrzují a zda existují jiné možnosti jejich vysvětlení.

### 4. Probírání emočního významu bludu

Bludné přesvědčení je často spojeno se silnými emocemi: strachem, zlostí, depresí a bezmocí. Když se terapeut zaměří na prozkoumání a zmírnění těchto emocí pomocí metod kognitivní restrukturalizace, postupné expozice, systematického řešení problémů ap., mnohdy se zmírní dopad bludného přesvědčení na život pacienta.

### 5. Zkoumání a změna kognitivních schémat, spojených s bludem

V průběhu terapie se postupně často odhalí kognitivní schémata (jádrová přesvědčení o sobě, druhých lidech a světě okolo), která vytvořila podklad pro vznik bludu – často souvisí se sebevědomím pacienta a s ohrožením pro něj důležitých osobních hodnot. Těmto tématům se pak terapeut spolu s pacientem věnuje a snaží se je měnit pomocí sokratického dotazování, kognitivní restrukturalizace a behaviorálních experimentů, zaměřených na zvýšení pacientova sebevědomí.

Individuální terapii bludných přesvědčení lze vhodně kombinovat s dalšími kognitivně behaviorálními programy – nácvikem sociálních dovedností, nácvikem řešení problémů, rodinnou terapií atd.

#### 8.7.5.3.2 Kognitivně behaviorální terapie sluchových halucinací

Zatímco bludy jsou v rámci kognitivně behaviorální analýzy považovány za kognitivní procesy, sluchové halucinace – „hlasy“ – považujeme za spouštěče. Tyto

spouštěče pak v pacientovi vyvolávají následné kognitivní procesy – pacient hlasy nějak hodnotí, uvažuje o nich, zaujímá vůči nim nějaký postoj – a to teprve vede k určité emoční reakci a zjevnému chování pacienta.

Cílem kognitivně behaviorální terapie je zmírnit negativní dopad „hlasů“ na život pacienta tím, že změní svůj postoj vůči nim – přestane jim věřit, ověří si, že mu nemohou nijak ublížit a ovládnout jej – a tím se změní i jeho následné emoce a chování, těmito „hlasý“ vyvolané.

### Vyšetření hlasů

Provádíme podobně jako vyšetření bludů – zjišťujeme, v jakých situacích se hlasy objevují, jaký je jejich obsah, jak často se vyskytují, jaké v pacientovi vyvolávají emoce a jak na ně reaguje v chování. Pacient si výskyt hlasů zaznamenává, případně je může namlouvat na magnetofonový pásek.

### Metody kognitivní terapie sluchových halucinací

Byly zkoumány dva přístupy usilující o zmírnění dopadu sluchových halucinací na psychiku pacienta. Při prvním se pacient učil odvádět svoji pozornost od hlasů, při druhém se učil věnovat hlasům pozornost a aktivně zvládat jejich účinek na svou psychiku.

#### 1) Odvádění pozornosti od halucinací

- *pomocí walkmana*: Klient může poslouchat hudbu a pak mluvené pořady pokaždé, když slyšel hlasy, nebo, u pacientů s trvalými hlasy, několikrát za den po určité době. Poté pacient hodnotil, nakolik tento poslech ovlivnil hlasy – od zcela zmizely po vůbec neovlivnil.
- *pomocí čtení, rozhovoru, počítání v duchu, luštění křížovek aj.*: Pacient dostal za úkol si číst nahlas a později v duchu, začít si v duchu počítat jednoduché příklady (odčítání sedmi), jmenovat předměty v místnosti a jejich vlastnosti, začít luštit křížovky, začít mluvit s někým jiným ap. Poté pacient opět hodnotil ovlivnění hlasů.
- *pomocí plánování vhodných činností*: Po zjištění, které aktivity pacientovi nejvíce pomáhají zmírnit vliv hlasů, terapeut s pacientem plánoval, jak zvýšit rozsah těchto aktivit v jeho životě.

#### 2) Zaměření pozornosti na halucinace

Při tomto přístupu jsou pacienti vedeni k tomu, aby si pozorně všímali svých hlasů a postupně zkoumali jejich jednotlivé dimenze. Zpočátku se pacient zaměřuje na jejich *vlastnosti*: množství hlasů, hlasitost, tón, přízvuk, lokalizaci. Až poté si začne zapisovat přesný *obsah hlasů*. V další fázi terapie si pacient zaznamenává *vlastní myšlenky spojené s hlasy* – ty, které hlasům předcházely, a ty, které na ně reagovaly – a také *emoce*, které v něm hlasy vyvolávají – depresi, vztek, strach. Nakonec se pacient za pomoci terapeuta snaží určit *význam hlasů* v jeho životě pacienta – tj. jaký jim pacient dává smysl.

### 3) Zkoumání a hodnocení smyslu halucinací

Při zkoumání významu hlasů se zjistilo, že to, co pacienty nejvíce stresuje, nejsou hlasy samotné, ale emoce a myšlenky s nimi spojené a smysl jim připisovaný.

Proto se terapeut s pacientem v konečné fázi terapie zaměří na zkoumání, zda pacient hlasy hodnotí správně, zda neexistuje jiné možné vysvětlení, zda existují důkazy zpochybňující dosavadní hodnocení hlasů. V této fázi terapie se pacient učí hlasům bezvýhradně nepodléhat, ale reagovat na ně klidněji, neřít se jimi, nevšímat si jich. Verbální zpochybňování obvykle doplňujeme i „behaviorálními experimenty“, kdy pacient jedná proti hlasům, aby si ověřil, že nejsou tak všemocné, jak se domníval.

Účinnost popsaných kognitivně behaviorálních metod byla zkoumána v několika studiích. Drury et al. (1996) srovnávali skupinu mladých nechronických pacientů s dg. schizofrenie s floridní symptomatikou, kteří během hospitalizace absolvovali program kognitivně behaviorální terapie, se skupinou kontrolní. Pacienti v skupině s KBT absolvovali 4 typy terapeutických aktivit: a) Individuální kognitivní terapii, zaměřenou na prozkoumání a zpochybnění platnosti jejich bludných přesvědčení. b) Skupinovou kognitivní terapii, zaměřenou na vzájemnou diskusi o bludných přesvědčeních mezi pacienty a hledání alternativních vysvětlení. Terapeut vedl pacienty k tomu, aby se naučili rozpoznávat příznaky psychózy a aby ji přijali jako součást své životní zkušenosti. c) Rodinné sezení – jedno až dvě sezení s blízkými osobami, zaměřené na vysvětlení terapeutického přístupu, poskytnutí informací o psychóze a rad, jak reagovat na bludná tvrzení pacienta a jeho případné nepřiléhavé chování. d) Činnostní terapii, zaměřenou na zlepšení schopností sebeobsluhy, sociálních dovedností a na rekreační činnosti. Terapii a) a b) byly věnovány průměrně 3 hodiny týdně, terapii d) bylo věnováno průměrně 5 hodin týdně. Kontrolní skupina pacientů podstoupila stejný počet hodin terapie zaměřené na aktivní činnost – od poslechu hudby po společné vycházky do města a společná posezení – a podpůrnou psychoterapii, zaměřenou na vyslechnutí jejich starostí a problémů. Terapeutický program trval 12 týdnů. Obě skupiny pacientů byly po celou dobu léčeny i psychofarmaky.

U všech sledovaných pacientů došlo k výraznému ústupu floridních příznaků. U pacientů z KBT skupiny byl tento ústup floridních příznaků výrazně rychlejší než u pacientů z kontrolní skupiny a tento rozdíl byl zjistitelný již po 7 týdnech a přetrvával i po 12 týdnech. To znamená, že u pacientů z KBT skupiny došlo k výraznějšímu zmírnění frekvence halucinací a zmírnění intenzity bludných přesvědčení než u pacientů v kontrolní skupině. Při přešetření po 9 měsících od ukončení terapie se prokázalo, že přetrvává významný rozdíl mezi oběma skupinami pacientů – mnohem více pacientů z léčené skupiny bylo zcela bez psychotických příznaků a jen u jednoho nedošlo k žádnému zlepšení. Autoři dospěli z závěru, že KBT zaměřená na zvládání akutních psychotických příznaků, tj. bludů a halucinací, je účinná i u nechronických psychotických pacientů, ústup floridních příznaků je rychlejší a dosažené zlepšení přetrvává řadu měsíců po ukončení terapie.

V další studii Garety et al. (1997) bylo 60 pacientů s floridními psychotickými příznaky, kteří nereagovali na neuroleptickou medikaci, náhodně rozděleno na skupinu léčenou po dobu 9 měsíců individuální KBT a kontrolní skupinu se standardní psychiatrickou péčí. Terapie byla poskytována ambulantně, většinou na klinice, ale někdy i u pacientů doma. KBT byla prováděna první 3 měsíce jednou týdně, poté jednou za 14 dnů, sezení trvalo hodinu. Zpočátku se terapeuti zaměřili na vytvoření vztahu důvěry a na prozkoumání problémů klienta. Poté s ním vytvořili individuální léčebný plán, zaměřený na jejich zvládnutí. Terapeuti vedli klienty k systematickému uplatňování různých behaviorálních a kognitivních postupů – např. relaxace ke snížení napětí, nácvik sociálních dovedností ke zvládnutí sociálních problémů, plánování denních činností, odvádění pozornosti od halucinací, zpochybňování bludných přesvědčení, zkoumání významu halucinací a bludů, zkoumání důsledků, když se klient bude chovat jinak, než k čemu jej halucinace vybízejí ap. Na základě podrobného probrání životopisu klienta se terapeut snažil zjistit klíčová dysfunkční kognitivní schémata klienta, např. negativní sebehodnocení, a zaměřil se na jejich zpochybnění.

Po 9 měsících dosáhli pacienti v KBT skupině významně většího zmírnění akutních psychotických příznaků než pacienti v kontrolní skupině. 6 pacientů z KBT skupiny se během terapie výrazně zlepšilo, dalších 8 se zjevně zlepšilo, tj. polovina pacientů dosáhla klinicky významného zlepšení stavu. U 1 pacienta došlo ke zhoršení stavu. V kontrolní skupině se výrazně zlepšil 1 pacient a zjevně zlepšilo 9 pacientů, tj. třetina pacientů se zlepšila. U 3 pacientů kontrolní skupiny došlo ke zhoršení stavu, 1 spáchal sebevraždu.

Při zkoumání účinku terapie po 9 měsících od jejího ukončení se ukázalo, že dosažené zlepšení se u pacientů z KBT skupiny nejen udrželo, ale došlo ještě k mírnému, statisticky nevýznamnému zlepšení stavu. Nejvíce se zmírnila nepohoda vyvolaná bludným přesvědčením a frekvence halucinací. Rozdíl v dosaženém zlepšení stavu mezi skupinou KBT pacientů a kontrolní skupinou pacientů během 9 měsíců po ukončení léčby narostl.

Ekonomická analýza nákladů na léčbu během 18 měsíců ukázala, že vyšší náklady, vynaložené v prvních 9 měsících na intenzivní léčbu u skupiny KBT pacientů vedly ke snížení nákladů na jejich léčbu v následujících 9 měsících, takže celkově byly ekonomické náklady na léčbu obou skupin pacientů během 9 měsíců srovnatelné.

Uplatnění kognitivně behaviorálního přístupu k terapii chronických psychotických příznaků ukážeme na následujícím příkladu.

**Kazuistika pana B.: „Muž, který byl ovládán přes satelit“** (Kingdon, Turkington, 1994)

Pan B. je 57letý muž, který byl hospitalizován poté, co jej zadržela policie. Ukázalo se, že poslední 3 roky žije ve zrezivělé boudě na okraji jednoho statku a že dalších 10 let předtím prožil jako bezdomovec. Tentokrát se pan. B. velmi rozčilil, když mu děti ze statku nechaly



přede dveřmi nějakou zeleninu. Rozbil na statku několik oken a poté byl zadržen policií. Při vyšetření se choval nepřátelsky (i když nebyl agresivní), byl podvyživený, špinavý, zanedbaný – měl dlouhé špinavé vlasy a šedé rozcuchané vousy. Mluvil normálním tempem a jeho myšlení bylo uspořádané. Bylo na něm vidět, že je úzkostný, napjatý a někdy i zlostný. Trpěl paranoidním bludem, že existuje satelit, který odebírá myšlenky lidem s vysokou inteligencí a působí jim různé nepříjemné pocity jako bolesti hlavy a břicha, ruší jim spánek, vnucuje jim určité myšlenky a dokonce je nutí k určitým činům. Za rozbitá okna na statku mohl satelit, protože kvůli němu byl tak podrážděný. Někdy pan B. slyšel lidi, kteří satelit ovládají – říkali věci jako „ten ubohý břídil“ nebo „můžeme si s ním dělat co chceme“. Také někdy slyšel hučení a pískání, které také připisoval satelitu.

Z anamnézy: porod i raný vývoj byly normální, měl šťastné dětství, netrpěl neurotickými potížemi. Byl spíše plachý, ale vždy měl několik dobrých přátel. Jeho školní prospěch byl nadprůměrný a v 17 letech odmaturoval s velmi dobrými známkami. Pak se přestěhoval do Austrálie, kde vystudoval farmacii a poté pracoval 3 roky u farmaceutické firmy. V té době se uvolnilo místo vedoucího a on se velmi snažil, aby toto místo v konkurzu získal (v té době velmi intenzivně pracoval a učil se i po nocích). V konkurzu však neuspěl a neúspěšné bylo i jeho odvolání k soudu. Poté začal trpět paranoidními bludy, že „se proti němu jeho kolegové spikli a dali mu do čaje nějakou drogu“. Pak se objevil blud o satelitu a také sluchové halucinace. Byl 4 měsíce hospitalizován a po propuštění se vrátil do Anglie, rozhodnut předat svůj případ mezinárodnímu soudu v Haagu. Zde žil 10 let jako bezdomovec, bez jakékoli léčby. Nebral drogy ani nepil alkohol. Nikdy neměl žádnou známost, ale popíral homosexuální orientaci.

Při přijetí byla stanovena diagnóza paranoidní schizofrenie, nasazen chlorpromazin 400 mg/den a nabídnuta psychoterapie.

Zpočátku se pan B. odmítal s terapeutem sejít a personál referoval, že o něm mluví jako o „mizerném čmuchalovi“. Nakonec se setkáním souhlasil a v prvním sezení si stěžoval na špatný spánek, sluchové halucinace a bolesti hlavy a žaludku (které připisoval působení satelitu). Během hovoru uznal, že byl v poslední době ve velkém stresu („kvůli tomu satelitu“), že jeho bolesti břicha a hlavy se podobaly bolestem z hladu a že proto nemusely být způsobeny nutně satelitem. Byl překvapen, když mu terapeut řekl, že když má někdo dlouho narušený spánek, může slyšet halucinace, a souhlasil s užíváním léků, které by jeho spánek zlepšily. V dalším sezení terapeut s panem B. probíral okolnosti, za kterých vzniklo jeho přesvědčení, že je ovládán satelitem. Ukázalo se, že v té době pan B. velmi málo spal a že byl přesvědčen, že je ze všech kandidátů na povýšení nejlepší. Při probírání kvalit ostatních kandidátů však připustil, že i oni byli dobří odborníci a že výběr mezi nimi musel být obtížný. Uznal, že v té době mohl být přepracovaný a že to mohlo vést k jeho nervovému zhroucení, při němž si začal myslet, že se proti němu ostatní spikli a dali mu do čaje drogy. Na konci se pan B. terapeuta přímo zeptal, zda věří v jeho satelit. Když terapeut naznačil, že i satelit mohl být důsledkem nervového zhroucení, pan B. ze sezení odešel. V dalších dnech byl podrážděnější, takže terapeut přestal zkoumat jeho blud a zaměřil se na snížení jeho napětí. Proto jej nejdříve naučil svalové relaxaci. Až po dalších 3 sezeních se k tématu satelitu vrátil a žádal pana B., aby spolu shromáždili fakta, svědčící pro jeho existenci. Pan B. si začal vést denní záznamy, v nichž popisoval své prožitky ovlivňo-

vání. Při dalším sezení pak terapeut zjišťoval další podrobnosti o tom, jakým způsobem satelit pracuje a co na něm pacientovi nejvíce vadí. Ukázalo se, že pan B. dokáže někdy působení satelitu odolat – např. tím, že se začne s někým bavit. Také se ukázalo, že řadu událostí, které připisuje satelitu, lze uspokojivě vysvětlit jinak – např. hučení větráku na oddělení. Terapeut postupně zjistil, že pan B. nejhůře nese, že nedokázal dosáhnout ve své profesi úspěchu, po kterém toužil. Byl přesvědčen, že jinak nemohl získat přátelství a respekt svých kolegů. Toužil být slavný, úspěšný a obdivovaný. Za své selhání obviňoval vliv satelitu. Terapeut jej požádal, aby se zaměřil na dosahování úspěchů v běžných, každodenních činnostech – pan B. si vedl záznamy o tom, co každý den dělal, a spolu s terapeutem pak hodnotil, nakolik byl úspěšný. Spolu s terapeutem začal plánovat náročnější činnosti – sebeobsahu, čtení, práci v chráněné dílně.

Po 6 měsících byl pan B. propuštěn a ubytoval se v ubytovně pro psychiatrické pacienty, kde navštěvoval chráněnou dílnu. Zde byl asi rok, neužíval žádné léky, ale nezmiňoval se o vlivu satelitu. Poté si za pomoci sociálního pracovníka našel samostatné ubytování v malé chatce na kraji města, kde žije samostatně další rok, aniž byly v jeho chování pozorovány nějaké nápadnosti.

#### 8.7.5.4 Kognitivní rehabilitace

Schizofrenie je často spojena s různou mírou neurokognitivního poškození, které významně ovlivňuje sociální výkonnost postiženého. Kognitivní deficit (především v oblasti pozornosti, paměti a exekutivních funkcí) je v současnosti považován jak odborníky, tak i nemocnými za důležitou patologickou dimenzi schizofrenního onemocnění. Pozornost kliniků i výzkumníků se v posledních letech přesouvá od pouhého konstatování deficitu směrem k snahám o jeho nápravu. Při pokusech o farmakologické ovlivnění byl opakovaně prokázán pozitivní efekt antipsychotik druhé generace (tzv. atypická neuroleptika) na kognitivní postižení u schizofrenie (Harvey a Keefe, 2001). Vliv farmak na samotný deficit je však pouze omezený. Ovlivnit a posílit neurokognitivní a neurofyzilogické procesy lze též do určité míry behaviorálními technikami, jako je monitorování, modelování, zpětná vazba ap.

Jiným nadějným způsobem, jak příznivě ovlivnit kognitivní postižení, je vlastní náprava (remediace) a rehabilitace kognitivních funkcí za pomoci programů inspirovaných neuropsychologickými programy používanými na neurologických odděleních. Kognitivní náprava (remediace) předpokládá trvalé zlepšení, ať už při rozvoji nových dovedností, terapii postižených funkcí nebo při usnadnění spontánního uzdravování. Rehabilitace se liší od nápravy v tom, že nemusí vždy mít za cíl vyléčit, ale má spíše podpůrnou funkci, cílem je dosáhnout maximální nezávislosti nemocných za použití minimálních podpůrných prostředků. Rehabilitace podporuje nápravu, společným cílem je dosáhnout trvalého zlepšení postižených oblastí a poskytovat podporu v oblastech, kde nemocní trvale selhávají (Wykes, 2000). V poslední dekádě byly vyvinuty jednak programy cílené na nápravu kognitivního deficitu v rámci celkové rehabilitace (klinické programy), a jednak samostatné programy zaměřené jen na kognitivní nápravu (především výzkumné

programy). Přestože výsledky studií sledujících efektivnost nápravy kognitivních funkcí jsou zatím nejednoznačné, byly s využitím zobrazovacích metod popsány po kognitivním tréninku u schizofrenie i konkrétní změny mozkové aktivity, např. zlepšený regionální průtok krve (Wykes. 1998, Peñades et al., 1999, Wexler et al., 2000). Kromě dobrých zkušeností z neurologie poskytují teoretické východisko i nové poznatky o neuroplasticitě mozku.

Podle cíle, který jsme si stanovili, se můžeme snažit kognitivní funkce buď restaurovat nebo kompenzovat. Pak je třeba zvážit, co chceme ovlivnit jedním nebo druhým způsobem. Některé programy se zaměřují konkrétně na nácvik jedné kognitivní funkce, např. pozornosti (Silverstein et al., 2001), jiné spatřují výhodu v kombinaci pracovní terapie a kognitivní nápravy (Bell et al., 2001). Pokud má pacient závažný deficit v jedné oblasti, např. v pozornosti, pak je nutné zaměřit intervenci především na tuto oblast. Pokud se deficit jeví jako generalizovaný, měli bychom uvažovat o komplexnější nápravě. Je nutno upozornit, že při kognitivním deficitu u schizofrenie bývá většinou narušena zejména pozornost a exekutivní funkce. Ať už zvolíme jakoukoliv techniku, měli bychom vždy do intervence zahrnout cvičení, která budou posilovat obě tyto funkce.

Ukazuje se, že prediktorem dobré reintegrace do komunity se může stát verbální paměť. Pro její nácvik je efektivní princip bezchybného učení („errorless learning“). Exekutivní funkce zase dobře korelují se zvládnutím každodenních činností. Při jejich nácviku lze uplatnit procedurální přístup, bezchybné učení a cílené posilování. Pozornost je důležitá i pro zlepšení sociálních kontaktů, řešení problémů a praktických dovedností. Zde je pravděpodobně vhodné modelování, posilování a klasické podmiňování. Wexler et al. (2000) zjistil, že tréninkem verbální paměti lze nejen zlepšit výkon v testech verbální paměti, ale ovlivnit i nálezy získané pomocí zobrazovacích metod mozku. Nácvik však neměl vliv na nonverbální paměť. Na základě těchto výsledků lze usuzovat, že pokud se prokáže deficit i v nonverbální složce paměti, je i ji nutné procvičit.

Náprava kognitivního postižení a metody využívané při jeho nápravě by se měly stát součástí komplexního rehabilitačního programu, kam mimo jiné patří farmakoterapie, psychoedukace a ostatní terapeutické intervence. Kognitivní náprava by měla také dodržovat stejné obecné principy, jako třeba farmakoterapie: větší intenzita na počátku, udržovací intervence ap. Remediační programy často používají ke zlepšení výkonů behaviorální techniky, např. princip upevňování učení, modelování, zpětnou vazbu a další. Kromě klasických postupů kognitivní remediací formou tužka a papír nebo formou skupinových her se v poslední době dostávají do popředí zájmu možnosti nápravy využívající počítačové programy (Burda et al., 1994, Olbrich 1996; Cooper, 1999). Uplatňují se buď jako samostatná metoda, anebo jako součást komplexního přístupu, který využívá počítačovou techniku v kombinaci s metodou tužka/papír a nácvikem sociálních dovedností. Posun v kognitivní remediaci je také ve způsobu tréninku, od mechanického tréninku a nekonkrétních instrukcí přes didaktický přístup se přistupuje k efektivnějším způsobům, jako jsou bezchybné učení („errorless learning“) a postupný

nácvik („scaffolding“). Právě postupné zatěžování se zdá být nejvhodnější pro kognitivní remediaci nemocných se schizofrenií (Wykes, 2000).

Komplexnější programy již zahrnují kombinovanou rehabilitaci základních kognitivních funkcí (paměť, pozornost, exekutivní funkce) a sociální kognice nebo kombinují techniku tužka/papír a počítačové programy spolu s individuálním a skupinovým přístupem. Nejpropracovanější program komplexní kognitivní rehabilitace pro schizofrenii vytvořili švýcarští autoři na psychiatrické klinice v Zurichu a nazvali jej Integrovaný psychologický program pro schizofreniky – IPT (Brenner, Roder, Kienzle, Hodel, 1988; česky 1993).

*Teoreticky vychází tento program z hypotézy, že vzhledem k tomu, že schizofrenie postihuje celou škálu psychických funkcí v různém rozsahu, terapeutický program zaměřený na zvládnutí floridních příznaků a prevenci relapsů musí mít multimodální charakter a zahrnovat též farmakoterapii, spolupráci s rodinou a socioterapii.*

*IPT sestává z pěti podprogramů se stoupající náročností. Jednotlivé podprogramy IPT se zaměřují na odstranění různých deficitů u schizofrenie. První dva podprogramy jsou určeny pro vážně narušené chronické schizofreniky a jejich cílem je zlepšit jejich kognitivní schopnosti, další tři podprogramy jsou určeny pro pacienty v lepším stavu a jejich cílem je zlepšit komunikační dovednosti pacientů, jejich sociální dovednosti a dovednost řešit problémy.*

### **Podprogram 1 Kognitivní diferencování**

*Tento podprogram slouží ke zjištění a úpravě bazálních kognitivních poruch, které se u schizofrenie vyskytují a které se projevují jako problémy s pozorností, rozlišováním podnětů podle významu a nepřiměřené sdružování podnětů. Cílem je naučit pacienty lépe vnímat, rozlišovat a kategorizovat jednoduché vnější podněty. Podprogram sestává ze 3 stupňů cvičení: a) cvičení s kartičkami, při kterých pacienti třídí kartičky podle určených znaků; b) verbální pojmy, při kterých pacienti hledají nadřazené pojmy, synonyma a antonyma, vytvářejí definice slov a určují slova podle shodných vlastností; c) hledání myšleného předmětu pomocí dotazů na členy skupiny, kteří smějí odpovídat pouze „ano“ nebo „ne“.*

### **Podprogram 2 Sociální vnímání**

*Tento podprogram slouží ke zjištění a odstranění poruch ve schopnosti správně vnímat a rozumět sociálním situacím. Pacientům se promítají diapozitivy, znázorňující různé sociální situace, jak emočně neutrální – lidé v restauraci, v obchodě, rodina u jídla, dvojice na lavičce ap., tak emočně nabitě – hádka dvou lidí, plačící žena, fotbalista po vstřelení gólu ap. Skupina o diapozitivech diskutuje a vytváří popis obrázku (kdo, kde, co dělá, s kým), hledá interpretaci, smysl scénky (co bylo předtím, potom, jak se účastníci cítí, proč to dělají) a nakonec dává scénce společně vytvořený titulěk.*

### **Podprogram 3 Verbální komunikace**

*Tento podprogram je určen ke zjištění a zlepšení schopnosti vnímat verbální sdělení a přiměřeně se verbálně vyjadřovat. Skládá se z 5 stupňů: a) doslovné opakování věty*

(různě dlouhé); b) opakování smyslu věty vlastními slovy; c) otázky a odpovědi na určité téma – skupina zvolí téma, shromáždí určitý počet slov k tématu, pak každý pacient položí druhému otázku obsahující některé slovo a ten na ni odpoví; d) jeden či dva členové skupiny si připraví sdělení na určité téma (např. obsah článku v novinách), ostatní jim pak kladou otázky; e) volná komunikace – skupina volně hovoří na určité téma, např. o článku v novinách, smysl krátkého příběhu, přísloví.

#### **Podprogram 4 Sociální dovednosti**

Tento program slouží k rozvinutí základních sociálních dovedností, jako je poděkovat, pochválit, informovat se, odmítnout požadavek, omluvit se ap. V tomto podprogramu jsou využívány standardní scénky, které nacvičuje celá skupina pacientů společně. Nácvik probíhá ve 2 stupních: a) kognitivní zpracování – terapeut popíše scénku, skupina určí cíl scénky a vytvoří možný dialog mezi účinkujícími; určí možné potíže a možnosti jejich zvládnutí; b) vlastní provedení – scénku nejdrívě předvede terapeut s některým pacientem, skupina poskytne zpětnou vazbu a poté pacienti přehrávají scénku jeden po druhém, přičemž ostatní členové skupiny hodnotí účastníky scénky a navrhnou možnosti zlepšení.

Scénky jsou různě náročné – od jednoduchého dotazu „Kolik je hodin?“ až po komplexní scénky typu „Pohovor při hledání práce“. Problémem může být jistá „umělost“ scének a to, že ji nacvičují všichni pacienti, i když přínos může mít její zvládnutí jen pro některé.

#### **Podprogram 5 Řešení mezilidských problémů**

V tomto podprogramu již řeší jednotliví pacienti za účasti skupiny své konkrétní životní problémy. Přitom postupují takto: Vybraný pacient vylíčí svůj problém, skupina mu položí doplňující dotazy a vyjádří podporu a poté probíhá strukturované řešení problémů podle Goldfrieda a D’Zurilly: problém je definován, členové skupiny formou „brainstormingu“ navrhnou různé možnosti řešení, poté u každého navrženého řešení probírají jeho výhody a nevýhody a nakonec se shodnou na nejvhodnějším řešení. Naplánují konkrétní kroky k uskutečnění zvoleného řešení, případně si pacient vyzkouší zvolené řešení formou scénky. Za domácí úkol si pacient vyzkouší uplatnění zvoleného řešení problému v reálné situaci a v dalším sezení referuje skupině o svém úspěchu či nezdaru.

V této fázi již terapeut působí jako poradce, ale značnou část iniciativy přenechává skupině. Proto je tento podprogram mnohem méně strukturován.

IPT podle Brennera a kol. vede ke zřetelnému zlepšení schopností pacientů v oblasti řešení kognitivních úloh, v pozornosti, schopnosti abstrakce a všeobecné slovní pohotovosti (Brenner et al., 1992). Dlouhodobé udržení výsledků IPT není dosud jasné prokázáno a sám Brenner udává toto zjištění založené pouze na jedné studii (Brenner et al., 1992).

Dalším dobře zpracovaným programem je CET, „Cognitive Enhancement Therapy“ (Hogarty a Flesher, 1999). CET využívá pro rehabilitaci kombinaci interaktivního

softwaru se skupinovými sociálními cvičeními. V České republice se používá především komplexní IPT program rehabilitace na psychoterapeutické klinice Eset Praha. V Denním sanatoriu Nad Ondřejovem (Praha) probíhají jak individuální, tak skupinové nácviky kognitivních funkcí. Nová varianta kognitivní remediac, kombinující počítačové programy a formu tužka/papír, se uplatňuje v Psychiatrickém Centru Praha (Rodriguez et al., 2002).

*V současné době probíhá na tomto pracovišti výzkumný projekt sledující možnosti nápravy kognitivního deficitu u nemocných schizofrenií pomocí kombinovaného přístupu (počítač a tužka-papír). Počítačový nácvik spočívá v administraci Bracyho programu PSS CogReHab. Pomocí toho programu lze trénovat kognitivní funkce od nácviku pozornosti a exekutivních dovedností přes vizuálně prostorové a paměťové úlohy až po komplexní řešení problémů. Bracy při rehabilitaci klade důraz na způsob zpracování informací. Proto všechny úlohy vyžadují zapojení pozornosti a exekutivních funkcí. Nácvik pozornosti začíná ovlivněním reakčního času na vizuální a auditivní podněty, postupně se přidávají nácviky střídání pozornosti, jako např. úkol reagovat pravým tlačítkem myši na objevení se modrého čtverce a na červený čtverec levým tlačítkem. Nechybí ani nácvik vizuální diferenciac. Při úlohách zaměřených na procvičování paměti se klade důraz na pracovní paměť, v těchto nácvicích jsou zahrnuty úlohy zaměřené na vizuální, neverbální a vizoprostorovou pracovní paměť. V sekci trénující schopnost řešení problémů můžeme najít úlohy podobné Wisconsinkému testu třídění karet a Londýnské (Hanojské) věži.*

Abychom mohli zhodnotit, zda je náprava (remediac) kognitivních funkcí skutečně účinná, je třeba si předem definovat její cíle. Tím se vyhneme pochybnostem o tom, co jsme vlastně ovlivňovali. Remediac má mít stejná pravidla jako ostatní terapeutické intervence, co se týče délky a frekvence sezení. Frekvence sezení je důležitá k maximalizaci procesu učení. Situaci komplikuje fakt, že deficit postihuje různé kognitivní funkce a některé formy deficitu mohou být jen důsledkem přetrvávající symptomatiky. Proto je vhodné začít s rehabilitací až po odeznění akutního stavu a současně brát do úvahy efekt vedlejších účinků medikace.

Základním cílem kognitivní remediac a celkové rehabilitace, stejně jako všech terapeutických intervencí, je zajištění její generalizace, tedy aby byl pacient schopen uplatnit to, co se učí, i v každodenních činnostech. Proces generalizace kognitivní nápravy sledujeme na třech úrovních: zda je pacient schopen přenést nabytou dovednost do úlohy podobného typu, zda ji přenesení i do úlohy poněkud odlišné a konečně, zda pacient dovede uplatnit zkušenosti z nácviku i v praktickém každodenním životě (Preiss et al., 1998). Zlepšení následující po remediaci kognitivních funkcí se obvykle projeví v lepší sociální výkonnosti a ve zmírnění některých příznaků.

Nezanedbatelným faktorem ovlivňujícím výsledný obraz deficitu je také motivace pacienta. Proto metody volíme nejen na základě zjištěných objektivních údajů, ale i podle subjektivních stížností nemocného (co chce zlepšit, kde pociťuje, že nevíc selhává, s jakou zakázkou přichází). Můžeme též různě kombinovat videohry, peněžní odměny, žetony, které pacient vyměňuje za zboží a jiné odměny pod-

le úsudku a možnosti terapeuta a potřeby pacienta. Ukázalo se však, že samotná peněžní odměna nevede ke zlepšení výkonu. Nejvýhodnější kombinací je zpevňování, podávání instrukcí a zpětná vazba. Ukazuje se, že velice důležitá je také skutečnost, zda remediální program probíhá po dobu hospitalizace nebo jako součást komplexního léčebného programu v ambulantní péči. Při ambulantní remediaci je nutno počítat i s dalšími zátěžovými faktory (dojíždění, jiné aktivity, sociální zázemí a podpora), proto sezení mají být kratší a méně náročná. Do programu kognitivní remediace je možné zařadit jen ty pacienty, kteří mají zachovanou schopnost učení a aktuálně nemají závažné příznaky schizofrenie.

Zdá se, že naším cílem by tedy neměla být snaha deficit modifikovat, ale kompenzovat jej novou strategií organizace a zpracováním informací, a to tím, že budeme klást důraz na zlepšení pozornosti a exekutivních funkcí od jejich základu až po vyšší funkce. Takto můžeme nacvičit kognitivní funkce, jako jsou např. paměť, řeč a vizoprostorové schopnosti. Nesnažíme se tedy vytvářet něco nového, pouze již existující, a nyní deficitní a dezorganizované funkce nácvikem obnovujeme a procesem učení upevňujeme. Při nápravě základních funkcí kognice se jako nejvýhodnější forma nápravy zdá být počítačový nácvik v kombinaci s individuálním přístupem formou tužka/papír. Pro rehabilitaci sociální kognice se ukazují být velmi efektivní skupinová cvičení.

#### 8.7.5.5 Kognitivně behaviorální rodinná terapie schizofrenie

V první polovině 20. století vznikla řada teorií, předpokládajících, že příčinou schizofrenie jsou vážné poruchy v mezilidských vztazích, přičemž rozhodující roli měly hrát vztahy v primární rodině pacientů. Tyto teorie vypracovali Fromm-Reichmannová („schizofrenogenní matka“), Bateson („dvojná vazba“), Lidz („manželský rozkol“ a „manželská nerovnováha“), Wynne („gumová ohrada“, „pseudovzájemnost“ a „komunikační deviace“), Laing („mystifikace“), Bowen („zapletenost“, nediferencovaná ego-masa“) a Selvini-Pallazoli („rodina ve schizofrenní transakci“, „psychotické rodinné hry“). Jak je vidět z ražených termínů, tyto teorie velmi vážně obviňovaly primární rodinu, že má svým chováním přímou vinu za rozvoj schizofrenie u pacienta. Tento negativní obraz rodiny jako prostředí, v němž schizofrenie vznikla a před kterým je třeba pacienta chránit, měl velmi negativní vliv na spolupráci mezi rodinami a zdravotníky.

Terapeutické postupy, vycházející z těchto teorií (Haley, Madaness, Selvini), byly manipulativní, používající paradoxní příkazy, skrývající skutečné záměry terapeuta. Vycházelo se z předpokladu „rodina nemusí vědět, co se děje, důležité je, aby to věděl terapeut“. Tyto terapeutické postupy prokazovaly svou platnost a účinnost na jednotlivých kazuistikách, ale nikoliv na základě rozsáhlejších skupin rodin a porovnání s kontrolní skupinou.

Jinak si otázku vlivu rodinného prostředí na vznik a průběh schizofrenie položil Angličan G. Brown v 50. letech. Nezaměřil se na faktory ovlivňující vznik schizofrenie, ale na faktory rodinných vztahů, ovlivňujících průběh této nemoci. Se svými spolupracovníky v Londýně zkoumal v 60. letech osud schizofreniků propuštěných z léčebny.

těných z hospitalizace po zavedení neuroleptik. Ve své úvodní studii z roku 1959 zjistil, že dříve a v horším psychickém stavu se vrací do psychiatrických zařízení ti pacienti, kteří po propuštění žili ve své původní rodině, zatímco pacienti žijící samostatně měli prognózu lepší. V dalších studiích z roku 1962 a 1972 Brown podrobně zkoumal vztahy mezi schizofreniky a jejich příbuznými, aby zjistil, které faktory se pojí s relapsem floridních příznaků. Zjistil, že nejsilnějším prediktorem relapsu schizofrenie jsou jednak kritické a nepřátelské postoje příbuzných, jednak jejich nadměrná emoční angažovanost (přehnané ochranné chování, pečovatelské, silná emoční vazba). Tyto faktory sloučil do jediného indexu „vyjadřovaných emocí“ (VE) (orig. expressed emotions, EE) a ukázal, že pacienti žijící v rodinách se silně vyjadřovanými emocemi mají během 9 měsíců po propuštění z hospitalizace relaps daleko častěji (50–60 %) než pacienti z rodin se slabě vyjadřovanými emocemi (12–20 %). Tyto nálezy byly potvrzeny v dalších studiích Leffa a Vaughnové a dalších v různých státech, i u nás. Tyto studie ovšem ukázaly nejen to, že v řadě rodin panuje emoční atmosféra, která zvyšuje riziko relapsu schizofrenie u postiženého člena rodiny, ale také to, že v řadě rodin jsou příbuzní schopni pacientovi poskytnout výraznou pomoc a oporu a riziko relapsu u něj snížit. Tento poznatek vedl ke změně původně spíše odmítavého a nepřátelského vztahu terapeutů k příbuzným schizofreniků. Jak uvádí Hatfieldová, původní otázka „Co v rodinných vztazích vede ke vzniku či zhoršení průběhu schizofrenie?“ byla v 70. a 80. letech přeformulována do otázek „Jak se rodina dokáže vyrovnat se schizofrenií a zabezpečit péči o psychicky labilního člena? Jakou formu pomoci ze strany profesionálů tyto rodiny potřebují?“

Na základě studií o VE vznikla řada terapeutických programů, které prokázaly, že lze ovlivňovat vztahy v rodině (snížovat VE) a naučit rodinu účinněji zvládat stres a že tyto změny v rodinných vztazích skutečně zlepšují jak průběh schizofrenie, tak všeobecnou pohodu u všech členů rodiny. Na druhé straně se ale ukázalo, že dosažení tohoto cíle není jednoduché a vyžaduje systematickou a dlouhodobou terapeutickou péči. Nejlepších výsledků dosáhli Falloon a kol. (1984), kteří po dobu dvou let pracovali s rodinami schizofreniků přímo u nich doma, a Tarrier a kol. (1992), kteří během 9 měsíců pracovali s celou rodinou v ambulantní péči.

Také se ukázalo, že programy zaměřené pouze na poskytování informací, všeobecné poskytování podpory a krizovou intervenci jsou mnohem méně účinné, stejně jako individuální terapie pouze s pacienty nebo poradenská práce pouze s příbuznými. Krátkodobé programy a méně intenzivní terapeutické programy totiž nedokáží změnit rodinné vztahy, a proto neovlivňují průběh schizofrenie. Popíšeme blíže dva programy rodinné intervence kognitivně behaviorálního typu – program Falloona a kol. (1984) a Tarriera a kol. (1992).

#### 8.7.5.5.1 Behaviorální rodinná terapie

**Falloon et al.** (1984) prováděl rodinnou terapii po dobu 24 měsíců v rodinách schizofreniků, které všechny byly hodnoceny jako rodiny se „silně vyjadřovanými emocemi“. Přitom sledoval i kontrolní skupinu schizofreniků, rovněž z rodin se



„silně vyjadřovanými emocemi“, kteří byli zařazeni do programu individuální podpůrné terapie. Během prvních 9 měsíců terapie proběhlo 24 sezení s rodinami u nich doma, dalších 15 sezení se konalo 1krát měsíčně. Terapeutický program sestával ze 3 částí: výukový program (2 sezení), nácvik komunikace (12 sezení) a nácvik řešení problémů (10 sezení).

**Nácvik komunikace** probíhal formou scének, v nichž členové rodiny předváděli skutečné vzájemné interakce, po nichž následovala zpětná vazba, názorné předvedení určité komunikační dovednosti, opětovná scénka členů rodiny se snahou o uplatnění doporučených zlepšení. Nácvik dostala rodina i za domácí úkol. Cílem bylo, aby se členové rodiny postupně naučili: a) vzájemně si sdělovat pozitivní pocity; b) vzájemně si sdělovat negativní pocity; c) požádat druhé o změnu určitého chování; d) naslouchat druhým, když se k nim obracejí.

Po zvládnutí těchto dovedností následoval **nácvik řešení problémů**. Členové rodiny byli vedeni k tomu, aby se pokaždé, když narazí na určitý problém, ať již v rámci rodiny nebo mimo ni, společně pokusili tento problém vyřešit tak, že budou postupovat podle následujících kroků: 1) dohodnout se na jasném vymezení problému (v čem spočívá, koho se týká, kde, kdy ap.); 2) společně navrhnout alespoň 5 různých možností řešení tohoto problému, aniž by hned hodnotili kvalitu návrhů; 3) u každého návrhu probrat jeho pozitivní a negativní důsledky, krátko- a dlouhodobé; 4) dohodnout se na určitém řešení, které může být i kombinací jednotlivých návrhů; 5) naplánovat a provést zvolené řešení; 6) zhodnotit výsledek řešení a ocenit úsilí vynaložené k jeho uskutečnění.

Rodina byla vedena k tomu, aby se jednotlivé návrhy řešení zapisovaly a aby každý člen rodiny podal alespoň jeden návrh. Zpočátku terapeut proces řešení problémů aktivně řídil, postupně však přenechával iniciativu členům rodiny. Cílem bylo, aby se rodina naučila tímto stylem samozřejmě řešit všechny závažnější otázky, týkající se celé rodiny i jednotlivých členů.

Po dvouleté terapii došlo během prvního roku k relapsu schizofrenie u 6 % pacientů ve skupině rodinné terapie, zatímco v kontrolní skupině u 44 %. Během druhého roku došlo k relapsu schizofrenie u 17 % pacientů ve skupině rodinné terapie, v kontrolní skupině u 83 % pacientů.

#### 8.7.5.5.2 Kognitivně behaviorální rodinná terapie

**Tarrier et al. (1992)** prováděl rodinnou terapii po dobu 9 měsíců, přičemž prvních 8–10 sezení prováděl 1krát týdně, další 3–4 měsíce 1krát za 2 týdny, dále 1krát měsíčně. Sezení probíhala na půdě psychiatrického zařízení, i když terapeuti každou rodinu aspoň 1krát navštívili doma. Terapie sestávala ze 3 složek: 1) výuka o schizofrenii, 2) zvládání stresu, 3) plánování a dosahování cílů.

**Výuka o schizofrenii** probíhala intenzivně v prvních dvou sezeních, přičemž terapeuti poskytli rodině i písemné materiály. Před vlastním poskytnutím informací však zjišťovali, **jak rodina chápe nemoc**, a tomu pak přizpůsobovali vlastní přístup (interakční model výuky). Další informace pak byly rodině podávány během celého procesu terapie.

**Zvládání stresu** se zaměřilo především na příbuzné a cílem bylo zlepšit jejich schopnost zvládat stres vyvolaný soužitím s psychicky nemocným člověkem.

V prvním sezení terapeuti vysvětlili rodině smysl a způsob podrobného klade-ní otázek a vysvětlili jim, co je to stres. Na základě předchozích rozhovorů a vyšet-ření určili soubor současných stresorů, které se v rodině vyskytují – může jít jak o situace týkající se pacienta, které příbuzní obtížně zvládají, tak o jiné problémy, které s pacientem nesouvisí – finanční potíže, problémy v zaměstnání, vztahy s jinými členy rodiny. Poté rodině vysvětlili, jak mají provádět soustavné zazname-návání stresorů.

V dalších sezeních terapeuti vždy prošli záznam stresorů a soupis současných stresorů, vybrali jednu nebo dvě konkrétní situace a podrobně je analyzovali – jaké události jim předcházely, jaké následovaly, chování, myšlenky, emoce všech zúčastněných, kontext této situace. Na základě této analýzy začali s konkrétní intervencí – pomáhali členům rodiny najít způsob, jak tuto situaci co nejlépe zvlád-nout. V dalším sezení vždy zhodnotili výsledky plánované intervence a podle potřeby ji modifikovali. Nacvičené postupy řešení situace pak členové rodiny vy-užívali i při zvládání jiných stresujících situací.

**Plánování a dosahování cílů** se zaměřuje především na pacienta a zlepšení celkové úrovně jeho fungování ve společnosti. Přitom terapeuti postupovali po těchto krocích: 1) Určit potíže, problémy a oblasti, v nichž je třeba dosáhnout změ-ny. 2) Převést problémy na potřeby (co je potřeba ke změně). 3) Určit přednosti pacienta (jeho schopnosti, zájmy, prostředky). 4) Zvolit potřebu, na které se bude pracovat. 5) Vymyslet možnosti, jak zvolenou potřebu uspokojit. 6) Stanovit reál-ný cíl a jednotlivé kroky k jeho dosažení. 7) Vypracovat plán pro každý z těchto kroků (kdo udělá co, kdy a jak). 8) Zhodnotit uskutečnění plánu. 9) Plánovat udr-žení dosažené změny, její rozšíření. 10) Zvolit další cíl.

Stejným způsobem plánovali terapeuti i cíle ke splnění potřeb ostatních členů rodiny.

Výsledky studie zkoumající účinnost tohoto léčebného programu (Tarrier et al., 1995) ukázaly, že v léčené skupině došlo během prvního roku k relapsu schizofrenie u 12 % pacientů, v kontrolní skupině u 43 % pacientů. Během druhého roku došlo k relapsu schizofrenie u 33 % pacientů ve skupině rodinné terapie, v kontrolní skupině u 57 % pacientů. Pokud byly brány v úvahu pouze rodiny, které celý program dokončily, pak došlo k relapsu za první rok u 5 % pacientů a za druhý rok u 24 % pacientů.

Další studie Muesera et al. (2001) ukázala, že kromě snížení počtu relapsů ve srovnání s kontrolní skupinou dochází také k výraznému zlepšení rodinné atmo-sféry, snížení stresu pro pacienta i ostatní rodinné příslušníky a zvýšení sociálního fungování pacienta (Mueser et al., 2001).

#### 8.7.5.6 Krátkodobé psychoedukační programy

V péči o pacienty trpící schizofrenií se v současné době stále více prosazují kratší terapeutické programy, které kombinují psychoedukaci, tedy zejména poskytování

informací o nemoci v širším kontextu s prvky rodinné terapie. Jde o vysoce strukturované programy, které vykazují velmi příznivý poměr mezi náklady a efektivností. Studie totiž dokazují jejich prokazatelný vliv na snížení frekvence relapsů a zkrácení rehospitalizací (Hogarty et al., 1991), a to i u poměrně krátkodobých programů (obvykle od 8 do 25 setkání).

Psychoedukace je intervence, jejímž cílem je především poskytnout pacientům a jejich blízkým dostatečně obsáhlé a potřebné informace o schizofrenii. Jejich nedílnou součástí je však i užití řady behaviorálních technik zaměřených na zvládání stresu, odstraňování komunikačních pastí v rodinách vedoucích k nadměrně vyjadřovaným emocím (viz výše) a v neposlední řadě nácvik včasného rozpoznávání příznaků hrozícího zhoršení psychického stavu pacienta. Programy se mezi sebou často liší svým uspořádáním (individuální rodinná psychoedukace, individuální rodinná psychoedukace doplněná skupinovou psychoedukací pouze pro příbuzné (Leff, 1996), skupinová rodinná psychoedukace (Mc Farlane, 1995). U nás se zejména v posledních letech prosazuje paralelní skupinový psychoedukační program pro pacienty a jejich příbuzné „PRELAPSE“, který vznikl na mnichovské psychiatrické klinice v týmu vedeném prof. Kisslingem (Kissling, 1994). Obsahová náplň těchto programů je však vesměs podobná:

1. V rámci těchto programů se pacientům i členům rodiny poskytují informace o biologické podstatě schizofrenie (cílem je mj. i zmírnění pocitů viny v rámci rodiny), o příznacích nemoci, srozumitelnou formou o současném stavu poznatků týkajících se příčin schizofrenie a rovněž o důsledcích tohoto onemocnění. Otevřená diskuse o projevech nemoci v rámci jednotlivých skupin pomáhá mnohdy jednotlivcům zbavit se pocitů, že nemoc je pouze břemenem jednotlivce, podobnost prožitků jednotlivých účastníků lze takto propojit do jednotícího rámce důsledků biologického onemocnění mozku. Jde o demytizaci a destigmatizaci schizofrenie, která připravuje půdu pro naučení se racionálním behaviorálním strategiím, pomáhajícím zmírnit dopad schizofrenie na členy rodiny a snížit četnost relapsů nemoci.
2. Terapeuti poskytují pacientům i členům rodiny také informace o léčbě, lécích a rehabilitačních postupech. Neochota spolupracovat při léčbě je u schizofrenie častým problémem a má řadu příčin. Pacienti často ukončují terapii z neznalosti, z bezradnosti, pod vlivem zkreslených laických informací, vlivem nežádoucích účinků léků, o kterých nebyli poučeni. Často přestanou pacienti užívat léky z důvodů prostých předsudků sdílených rovněž příbuznými, nebo z nedostatku informací o možných důsledcích přerušení léčby. Tyto překážky pomáhá edukace odstraňovat. Poskytnutí informací o účinnosti medikace a významu dlouhodobé udržovací léčby celé rodině výrazně zvyšuje míru ochoty pacienta spolupracovat s terapeutem.
3. Další složkou těchto programů je nácvik rozpoznávání časných varovných příznaků onemocnění. Pacienti i rodinní příslušníci jsou v případě výskytu těchto příznaků vedeni k jejich pečlivému zaznamenání, včetně délky trvání a intenzity. Je vytvořen krizový plán, který rodina v případě potřeby sama zahajuje, jsou

probírány jeho alternativy ve speciálních situacích (dovolená mimo republiku, nedostupnost svého ambulantního psychiatra ap.). Cílem je podchytit relaps onemocnění ještě předtím, než si pacient přestane uvědomovat, že se jedná o nemoc. Důvody jsou dvojí: jednak lze takto včasnou intervencí předejít hospitalizaci, a jednak je takto stvrzována kvalitativně nová podoba spoluúčasti pacienta: nikoliv jako trpného příjemce lékařské péče, ale jako aktivního partnera v rámci terapeutické aliance pacient – lékař – rodina.

4. V průběhu těchto psychoedukačních programů se terapeuti snaží identifikovat komunikační stereotypy v rodinách, které vedou ke zvýšené míře vyjadřovaných emocí (přehnaná nekonstruktivní kritika, nadměrné vměšování se do pacientova soukromí) a zaměřují se na jejich restrukturalizaci a náhradu méně rizikovou komunikací (konstruktivní kritika, pochvala). Nácvik komunikace často probíhá formou scének, s následnou zpětnou korektivní vazbou. Terapeuti také vedou členy rodiny, aby vzájemně respektovali své individuální potřeby, a snaží se o ustanovení vyššího prahu „nezúčastněnosti“ členů rodiny vůči neobvyklým, ale neohrožujícím symptomatickým projevům pacienta. Důraz se klade na poskytnutí většího psychického, ale i fyzického prostoru pro nemocného.
5. V těchto programech se využívá behaviorálních technik ke zvládnání stresu, dále rozčlenění cílů na jednotlivé zvládnutelné kroky, hledání rovnováhy mezi nadměrnou zátěží a vhodnou motivací k aktivitám. Zdůrazňují se základní pilíře v celkovém chodu domácnosti – strukturovanost, očekávatelnost, přímou komunikaci mezi členy rodiny, společná setkávání s možností probrat problémy ap. Cílem je vytvořit přehledné a strukturované „souřadnice“ v bezprostředním okolí pacienta, které pomáhají zejména v nejkřehčím období zajistit robustní rámec pro úspěšné zotavení.
6. V rámci terapie se posilují kontakty s ostatními rodinami, podporuje se spontánní tvorba svépomocných skupin.

Přínos těchto psychoedukativních léčebných programů je komplexní: zmírňují průběh onemocnění snížením četnosti relapsů či zkrácením doby případných rehospitalizací, zlepšují kvalitu života účastníků (Motlová, 2002). Navíc patří mezi intervence s příznivým poměrem mezi náklady a prospěchem (Dyck, 2002).

Rozsáhlá studie probíhající v USA, Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT), jejímž cílem bylo nalézt účinné psychosociální intervence u schizofrenie, doporučila zařazování rodinných psychoedukačních programů do terapeutického plánu pacientů se schizofrenií (Lehman, 1998).

## Literatura

1. American Psychiatric Association: Practice guidelines for the treatment of patients with schizophrenia. Am. J. Psychiatry, 1997, (suppl), s. 1–63.
2. AYLLON, T., AZRIN, N.: *The token economy: a motivational system for therapy and rehabilitation*. New York: Appleton Century Crofts, 1968

3. BAIER, J., TAKATS, I., WESTERMEIER, C.: *Efficacy of individualized cognitive-behavioral therapy for schizophrenic patients with negative symptoms and social disabilities*. A controlled trial. Zeitschrift Klinische Psychologie Psychotherapie, 2001, č. 30, s. 268–278.
4. BELL, M., BRYSON, G., GREIG, T. et al.: *Neurocognitive enhancement therapy with work therapy. Effects on neuropsychological test performance*. Arch. Gen. Psychiatry, 2001, č. 58, s. 763–768.
5. BELLACK, A. S., GOLD, J. M., BUCHANAN, R. W.: *Cognitive rehabilitation for schizophrenia: problems, prospects, and strategies*. Schizophrenia Bull., 1999, č. 25, s. 257–274.
6. BELLACK, A. S., MUESER, K. M.: *Psychosocial treatment of schizophrenia*. Schizophrenia Bull., 1993, č. 19, s. 317–336.
7. BELLACK, A. S.: *Rehabilitative treatment of schizophrenia*. In: Lieberman, J. A., Murray, R. M. (eds.): *Comprehensive Care of Schizophrenia: A Textbook of Clinical Management*. London: Dunitz, 2001.
8. BENTON, M. K., SCHROEDER, H. E.: *Social skills training with schizophrenics: A meta-analytical evaluation*. J. Cons. Clin. Psychol., 1990, č. 58, s. 741–747.
9. BIRCHWOOD, M. J., TARRIER, N.: *Innovations in the Psychological Management of Schizophrenia*. Chichester: Wiley, 1992.
10. BRENNER, H. D., HODEL, B., GENNER, R. et al.: *Biological and cognitive vulnerability factors in schizophrenia: Implications for treatment*. Br. J. Psychiatry, 1992, č. 161 (suppl. 18), s. 154–163.
11. BRENNER, H. D., KRAEMER, S., HERMANUTZ, M. et al.: *Cognitive treatment in schizophrenia*. In: Straube, E., Hahlweg, K. (eds.): *Schizophrenia: Models and Interventions*. New York: Springer Verlag, 1990, s. 161–191.
12. BURDA, P. C., STARKEY, T. W., DOMINGUEZ, F. et al.: *Computer-assisted cognitive rehabilitation of chronic psychiatric inpatients*. Computers in Human Behavior, 1994, č. 10, s. 359–368.
13. CARPENTER, W. T.: *Maintenance therapy of persons with schizophrenia*. J. Clin. Psychiatry, 1996, č. 57 (suppl. 19), s. 10–18.
14. CHADWICK, P., BIRCHWOOD, M., TROWER, P.: *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. Chichester: Wiley, 1996.
15. CHADWICK, P., BRICHWOOD, M.: *The omnipotence of voices: A cognitive approach to auditory hallucinations*. Br. J. Psychiatr., 1994, č. 164, s. 190–201.
16. COOPER, R. S.: *Treatments for schizophrenia: implications for cognitive rehabilitation therapy*. J. Cognitive Rehabilitation, 1999, č. 17, s. 8–11.
17. CORRIGAN, P. W.: *Social skills training in adult psychiatric populations: A meta-analysis*. J. Nebav. Ther. Exp. Psychiatry, 1991, č. 22, s. 203–210.
18. COURSEY, R. D.: *Psychotherapy with persons suffering from schizophrenia: the need for a new agenda*. Schizophrenia Bull., 1989, č. 15, s. 349–353.
19. DIXON, L. B., LEHMAN, A. F.: *Family intervention for schizophrenia*. Schizophrenia Bull., 1995, č. 21, s. 631–643.
20. DONAHOE, C. P., DRISENGA, S. A.: *A review of social skills training with chronic mental patients*. In: Hersen, M., Eisler, R. M., Miller, P. M. (eds.): *Progress in*

- Behavior Modification. Vol 23. Newbury Park (CA): Sage Publications, 1988, s. 131–164.
21. DRURY, V., BIRCHWOOD, M., COCHRANE, R. et al.: *Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial 1: impact on psychotic symptoms*. Br. J. Psychiatry, 1996, č. 169, s. 593–601.
  22. DYCK, D. G., HENDRYX, M. S., SHORT, R. A.: *Service use among patients with schizophrenia in psychoeducational multiple-family group treatment*. Psychiatric Services, 2002, č. 53, s. 749–754.
  23. FALLOON, I. R. H., BOYD, J. L., MCGILL, C. W.: *Family care of schizophrenia*. New York: Guilford Press, 1984.
  24. FENTON, W. S., COLE, S. A.: *Psychosocial therapies of schizophrenia: individual, group and family*. In: Fowler, D., Garety P. A., Kuipers, L.: *Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis. Theory and Practice*. Chichester: Wiley, 1995.
  25. Gabbard, G.O., Atkinson, S.D. (eds.): *Synopsis of treatments of psychiatric disorders*. Second edition. Washington: American Psychiatry Press, 1996, s. 425–445.
  26. GAMBLE, C., MIDENCE, K.: *Schizophrenia Family Work: Mental Health Nurses Deliver Innovative Service*. J. Psychosocial Nursing, 1994, č. 32, s. 13–16.
  27. GARETY P., FOWLER D., KUIPERS E. et al.: *London – East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis*. II: Predictors of outcome. Br. J. Psychiatry, 1997, č. 171, s. 420–426.
  28. GOMES-SCHWARTZ, B.: *Individual psychotherapy of schizophrenia*. In: Bellack, A. (ed.): *Schizophrenia: Treatment, Management and Rehabilitation*. New York: Grune & Stratton, 1984, s. 307–335.
  29. GUNDERSON, J. G., FRANK, A. F., KATZ, H. M. et al.: *Effects of psychotherapy in schizophrenia: II: Komparative outcome of two forms of treatment*. Schizophrenia Bull., 1984, č. 10, s. 564–598.
  30. HADDOCK, G., BENTALL, R. P., SLADE, P. D.: *Psychological treatment of auditory hallucinations: focusing or distraction?* In: Haddock, G., Slade, P.D.: *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders*. London: Routledge, 1996.
  31. HADDOCK, G., SLADE, P. oD. (eds.): *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders*. London: Routledge, 1996.
  32. HALFORD, W. K., HAYES, R.: *Psychological rehabilitation of chronic schizophrenic patients: Recent findings on social skills training and family psychoeducation*. Clin.Psychol. Rev., 1991, č. 11, s. 23–24.
  33. HALL, J., BARKER, R.: *Token economy systems: breakdown and control*. Beh. Res. Ther., 1973, č. 11, s. 253–263.
  34. HARVEY, P. D., KEEFE, R. S.: *Studies of cognitive change in patients with schizophrenia following novel antipsychotic treatment*. Am. J. Psychiatry, 2001, č. 158, s. 176–184.
  35. HEINRICHS, D. W., CARPENTER, W. T., JR.: *The efficacy of individual psychotherapy: A perspective and review emphasizing controled outcome studies*. In: Arieti, S., Brodie, H. K.: *The American Handbook of Psychiatry*. New York: Basic Books, 1981, s. 586–613.
  36. HOGARTY, G. E., ANDERSON, C. M., REISS, D. J. et al.: *Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of*

- schizophrenia: II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment.* Arch. Gen. Psychiatry, 1991, č. 48, s. 340–347.
37. HOGARTY, G. E., FLESHER, S.: *Practice principles of cognitive enhancement therapy for schizophrenia.* Schizophrenia Bulletin, 1999, č. 25 (4), s. 693–708.
  38. KAHRAMAN, B., KRAEMER, S.: *Cognitive behavioral psychotherap of a schizophrenic patient with persistent auditory hallucinations.* Verhaltenstherapie, 2002, č. 12, s. 54–62.
  39. KANAS, N.: *Inpatient and outpatient group therapy for schizophrenic patients.* Am. J. Psychother., 1985, č. 39, s. 431–439.
  40. KANAS, N.: *Group therapy with schizophrenics: A review of controlled studies.* Int. J. Group Psychotherapy, 1986, č. 36, s. 339–351.
  41. KANE, J. M., MCGLASHAN, T. H.: *Treatment of schizophrenia.* Lancet, 1995, č. 346, s. 820–825.
  42. KATZ, H. M.: *A new agenda for psychotherap of schizophrenia: response to Coursey.* Schizophrenia Bull., 1989, č. 15, s. 355–359.
  43. KAVANAGH, D.J.: *Recent developments in expressed emotion and schizophrenia.* Br. J. Psychiatry, 1992, č. 160, s. 601–620.
  44. KINGDON, D., TURKINGTON, D., CAROLYN, J.: *Cognitive behaviour therapy of schizophrenia: the amenability of delusions and halutinations to reasoning.* Br. J. Psychiatry, 1994, č. 164, s. 581–587.
  45. KINGDON, D. G., TURKINGTON, D.: *Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia.* New York: Guilford Press, 1994.
  46. KISSLING, W.: *Compliance, quality assurance and standards for relapse prevention in schizophrenia.* Acta Psychiatr. Scand., 1994, Suppl., č. 382, s. 16–24.
  47. KUIPERS, E., GARETY, P., FOWLER, D. et al.: *London – East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. I: effects of the treatment phase.* Br. J. Psychiatry, 1997, č. 171, s. 319–327.
  48. KUIPERS, E., FOWLER, D., GARETY P. et al.: *London – East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. III: Follow-up and economic evaluation at 18 months.* Br. J. Psychiatry, 1998, č. 173, s. 61–68.
  49. LEFF, J.: *First perceptions of treatment: The physician–family–patient network.* J. Prac. Psych. Behav. Health, 1996, č. 2 (suppl. 1), s. 10–15.
  50. LEFF, J., VAUGHN, C.: *Expressed emotions in families.* New York: Guilford Press, 1985.
  51. LEHMAN, A. F.: Steinwachs DM and PORT coinvestigators. *Patterns of usual care for schizophrenia: Initial results from the schizophrenia PORT Client Survey.* Schizophrenia Bulletin, 1998, č. 24 (1), s. 11–19.
  52. LEHMAN, A. F., STEINWACHS, D. M.: *Translating research into practice: The schizophrenia patient outcomes research team (PORT) treatment recommendations.* Schizophrenia Bulletin, 1998, č. 24, s. 1–10.
  53. LIBERMAN, R. P. et al.: *Skills Training versus Psychosocial Occupational Therapy for Persons with persistent Schizophrenia.* Am. J. Psychiatry, 1998, č. 155, s. 1087–1091.
  54. LIBERMAN, R. P., DERISI, W. J., MUESER, K. T.: *Social skills training for psychiatric patients.* New York: Pergamon Press, 1989.

55. LIEBERMAN, R. P.: *Social skills training*. In: Liberman, R. P. (ed.): *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients*. Washington: American Psychiatric Press, 1987, s. 147–198.
56. LINSZEN, D. H., DINGEMANS, P. M., LENIOR, M. E. et al.: *Early family and individual interventions and relapse in recent onset schizophrenia and related disorders*. Italian J. Psychiatry Behav. Sci., 1998, č. 8, s. 77–84.
57. MARDER, S. R., WIRSHING, W. C., MINTZ, J. et al.: *Two-year outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia*. Am. J. Psychiatry, 1996, č. 153, s. 1585–1592.
58. MAY, P. R. A., THUMA, A. K., DIXON, W. J.: *Schizophrenia – a follow up study of the results of five forms of treatment*. Arch. Gen. Psychiatry, 1981, č. 38, s. 776–784.
59. McEVOY, J. P., SCHEIFLER, P. L., FRANCES, A. (eds.): *The Expert Consensus Guidelines Series: Treatment of schizophrenia*, 1999, č. 60 (suppl. 11).
60. McFARLANE, W. R., LUKENS, E., LINK, B. et al.: *Multiple family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia*. Arch. Gen. Psychiatry, 1995, č. 52, s. 679–687.
61. MCGLASHAN, T. H.: *The Chestnut Lodge follow-up study. II: Long term outcome of schizophrenia and affective disorders*. Arch. Gen. Psychiatry, 1984, č. 41, s. 564–598.
62. MOSHER, L. R., KEITH, S. J.: *Psychosocial treatment: Individual, group, family and community support approaches*. Schizophrenia Bulletin, 1980, č. 6, s. 10–41.
63. MOTLOVÁ, L., ŠPANIEL, F., VAŇUROVÁ, I.: *Psychoeducation and relapse of schizophrenia*. European Psychiatry, 2000, č. 15 (Suppl. 2), 349 s.
64. MUESER, K. T., BERENBAUM, H.: *Psychodynamic treatment of schizophrenia: is there a future?* Psychol. Med., 1990, č. 20, s. 253–262.
65. MUESER, K. T., SENGUPTA, A., SCHOOLER, N. R. et al.: *Family treatment and medication dosage reduction in schizophrenia: Effects on patient social functioning, family attitudes, and burden*. J. Consult. Clin. Psychol., 2001, č. 69, s. 3–12.
66. OLBRICH, R.: *Computer based psychiatric rehabilitation: current activities in Germany*. Eur. Psychiatry, 1996, č. 11 (Suppl. 2), s. 60–65.
67. PARLOFF, M. B., DIES, R. R.: *Group psychotherapy outcome research: 1966–1975*. Int. J. Group Psychoth., 1977, č. 27, s. 281–319.
68. PEÑADES, R., BOGET, T., SALAMERO, M.: *Alteraciones neuropsicológicas en la esquizofrenia y su modificación*. Actas Españolas de Psiquiatría, 1999, č. 27 (3).
69. PENN, D. L., MUESER, K. T.: *Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia*. Am. J. Psychiatry, 1996, č. 153, s. 607–617.
70. PITSCHER-WALZ, G., LEUCHT, S., BAUMNL, J. et al.: *The effect of family interventions on relaps and rehospitalization in schizophrenia: A meta-analysis*. Schizophrenia Bulletin, 2001, č. 27, s. 73–92.
71. PREISS, M. et al.: *Klinická neuropsychologie*. Praha: Grada, 1998.
72. RECTOR, N. A., BECK, A. T.: *Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: An empirical review*. J. Nerv. Ment. Dis., 2001, č. 189, s. 278–287.
73. RODRIGUEZ, M., MOHR, P., PREISS, M.: *Program počítačové rehabilitace kognitivních funkcí u schizofrenie*. Psychiatrie, 2002, ročník 6, supplementum 4, s. 42–44.



73. SCHOOLER, N. R., KEITH, S. J.: *Health Care Reform for Americans With Severe Mental Illnesses: Report of the National Advisory Mental Health Council*. Washington: U.S.Government Printing Office, 1993, s. 2–30.
74. SELZER, M. A., GRIMALDI, J. A. R., KULCHYNCKY, S.: *The pre-alliance group: a new strategy for working with treatment – resistant schizophrenic*. New Dir. Ment. Health Serv., 1992, č. 55, s. 35–45.
75. SILVERSTEIN, S., MENDITTO, A., STUVE, P.: *Shaping attention sapn: an operand conditioning procedure to improve neurocognition and functioning in schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin, 2001, č. 2, s. 247–257.
76. STANTON, A. H., GUNDERSON, J. G., FRANK, A. et al.: *Effect of psychotherapy in schizophrenia: I. Design and implemantation of a controled trial*. Schizophrenia Bulletin, 1984, č. 10, s. 520–563.
77. TARRIER, N., BECKETT, R., HARWOOD, S. et al.: *A trial of two cognitive-behavioral methods of treating drug-resistant psychotic symptoms in schizophrenic patients, I: outcome*. Br. J. Psychiatry, 1993, č. 162, s. 524–532.
78. TARRIER, N., BARROWCLOUGH, C.: *Families of schizophrenic patients. Cognitive behavioural interventions*. London: Chapman & Hall, 1992.
79. WALLACE, C. J., NELSON, C. J., LIBERMAN, R. P. et al.: *A review and critique of social skills training with schizophrenic patients*. Schizophrenia Bulletin, 1980, č. 6, s. 42–63.
80. WATT, D., KATZ, K., SHEPHERD, M.: *The natural history of schizophrenia: a 5-year prospective follow-up of a representative sample of schizophrenics by means of a standardized clinical and social assessment*. Psychol. Med., 1983, č. 13, s. 3663–70
81. WEXLER, B., ANDERSON, M., FULBRIGHT, R. et al.: *Preliminary evidence of improved Verbal Working Memory performance and normalization of task-related frontal lobe activation in schizophrenia following cognitive exercises*. Am. J. Psychiatry, 2000, č. 157 (10), s. 1694–1697.
82. WYKES, T., REEDER, C., CORNER, J. et al.: *The effects of neurocognitive remediation on executive processing in patients with schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin, 1999, č. 25, s. 291–307.
83. WYKES, T., TARRIER, N., LEWIS, S. (eds.): *Outcome and innovation in Psychological Treatment of Schizophrenia*. New York: Wiley, 1998.
84. WYKES, T.: *Cognitive rehabilitation and remediation in schizophrenia*. In: Sharma, T., Harvey, P. (eds.): *Cognition in Schizophrenia*. New York: Oxford University Press, 2000, s. 332–351.
85. WYKES, T.: *What are we changing with neurocognitive rehabilitation? Illustrations from two single cases of changes in neuropsychological performance and brain systems as measured by SPECT*. Schizophrenia Research, 1998, č. 34, s. 77–86.
86. YALOM, I. D.: *Inpatient group psychotherapy*. New York: Basic Book, 1983.
87. ZUBIN, J., SPRING, B.: *Vulnerability – a new view of schizophrenia*. J. Abnorm. Psychol., 1997, č. 86, s. 103–126.

## 8.8 KBT poruch příjmu potravy

František David Krch

### 8.8.1 Základní informace o poruchách příjmu potravy

Mentální anorexie a bulimie představují ve svých projevech mezní polohy jídelního chování od život ohrožujícího omezování příjmu potravy až po přejídání spojené se zvracením nebo jinou nevhodnou kompenzací energetického příjmu. Obě poruchy mají mnoho společného. Je pro ně příznačný především nadměrný strach z tloušťky, nespokojenost s tělem a intenzivní snaha o dosažení štíhlosti. Další psychické a zdravotní problémy většinou souvisí s mírou podvýživy a s intenzitou užívaných „metod“ na zhubnutí. Ať už jsou nemocní ve svém úsilí kontrolovat tělesnou hmotnost a příjem potravy „úspěšní“ (mentální anorexie) nebo ne, soustřeďuje na sebe neuspokojený obživný pud stále větší pozornost, mění perspektivu pohledu na sebe i na svět a způsob prožívání. Vzhledem k tomu, že jde o poruchy příznačné pro období dospívání, zasahují tyto problémy do formování osobnosti nemocného a ovlivňují jeho pracovní a sociální dovednosti. Poruchy příjmu potravy (dále PPP) se často rozvíjejí pomalu a nenápadně, ztracené v nevhodných jídelních návycích vrstevníků a rodiny. Mentální anorexie začíná nejčastěji ve věku třinácti až osmnácti let, mentální bulimie obvykle mezi patnáctým až pětadvacátým rokem věku. Je ale možné se setkat i s časnějším a pozdějším počátkem poruchy.

#### 8.8.1.1 Klinické projevy a diagnóza u poruch příjmu potravy

**Mentální anorexie** je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Nemocní s anorexií neodmítají jídlo proto, že by neměli chuť, ale proto, že nechťejí jíst, i když to někdy popírají a uvádějí různé důvody, proč jíst „nemohou“. Omezování se v jídle je naopak často doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo (myslí na něj, sbírají recepty, rádi vaří a vykrmují ostatní) a někdy i zvýšenou nebo změněnou chutí, např. na sladké. Jde o projev přízpůsobení se sníženému příjmu energie a některých živin. Nemocní si postupně zvykají na snížený příjem energie, prázdný talíř i žaludek, nadměrnou sebekontrolu v jídle, zapadlé břicho a vystouplé kosti. Jako by byli zakleti do dietní rovnice „energetický příjem = energetický výdej“ a často si jídlo nepovolí, pokud si ho „neodpracují“ usilovným cvičením. Děsí se každého většího nebo energeticky hodnotnějšího jídla a snadno se cítí přejedeni. Podobně nekritičtí jako k velikosti porcí jsou i ke svému tělu.

**Tabulka 8.8.1:** Diagnostická kritéria mentální anorexie podle MKN-10 (F 50.0)

- A. Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15% pod předpokládanou úroveň (ať už byla snížena nebo nebyla nikdy dosažena), nebo je BMI 17,5 a nižší. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.
- B. Snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, nebo že nadměrně cvičí, navozeně zvrací, užívá laxativa, anorektika a diuretika.
- C. Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu.
- D. Rozsáhlá endokrinní porucha se projevuje u žen jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Zřejmou výjimkou je přetrvávání děložního krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu, nejčastěji ve formě antikoncepčních tabletek.
- E. Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny. Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarché je opožděna.

DSM-IV dále rozlišuje nebulimický (restriktivní) a bulimický (purgativní) typ mentální anorexie, kdy v jejím průběhu dochází k opakovaným epizodám přejídání nebo zvracení, užívání laxativ nebo diuretik. Při stanovení diagnózy anorexie je třeba vyloučit přítomnost somatické a duševní poruchy, která by mohla vyvolávat nechutenství, poruchu v jedení a nízkou tělesnou hmotnost. Ztráta tělesné hmotnosti se vyskytuje zejména u některých nádorových onemocnění, tuberkulózy, hypotalamické poruchy nebo endokrinopatie, a u depresivních poruch. S anorektickými rysy se lze setkat také u některých toxikomanů.

### Mentální bulimie

Mentální bulimie je porucha charakterizovaná zejména opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Pocit přejedení je ale velmi relativní. Přes dramatický prožitek ztráty kontroly nad jídlem a přejedení je ze záznamů pacientů někdy zřejmé, že snědli jen o něco víc než chtěli, nebo než byli zvyklí jíst. Subjektivní pocit ztráty kontroly nad jídlem je proto významnějším znakem přejedení než zkonsumované množství jídla. Přehnaná nebo extrémní kontrola tělesné hmotnosti zahrnuje i střídavé období hladovění, ale i extrémní cvičení.

**Tabulka 8.8.2:** Diagnostická kritéria mentální bulimie podle MKN-10 (F 50.2)

- A. Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.
- B. Neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle.
- C. Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním nebo některým z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání léků typu anorektik, thyreoidních preparátů nebo diuretik; diabetici se mohou snažit vynechávat léčbu inzulinem.
- D. Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí. Často (ne vždy) je v anamnéze epizoda anorexie nebo intenzivnějšího omezování se v jídle.

S ohledem na další vývoj poruchy a terapeutický přístup je podle naší zkušenosti vhodné přihlížet k tomu, jestli pacient má v anamnéze mentální anorexii nebo obezitu. Výlučnou skupinou jsou velmi obézní pacienti a diabetici. Na rozdíl od MA se u bulimie nevyskytuje závažnější úbytek tělesné hmotnosti a trvalá amenorea. Pokud ano (BMI starších pacientů je nižší než 17,5), hovoříme o bulimické formě mentální anorexie. Pro stanovení diagnózy bulimie je třeba vyloučit primární poruchu horního gastrointestinálního traktu vedoucí ke zvracení a neurologickou poruchu. Nutkání se přejíst, přejídání a pocity ztráty kontroly nad jídlem se mohou objevovat u některých obsedantních pacientů a depresivních poruch. Přejídání se může vyskytovat i u mánie a oligofrenie. Častá je koincidence bulimie a závislosti na alkoholu.

### 8.8.1.2 Epidemiologie

Mentální anorexie i bulimie jsou 10–20krát častější u dívek než u chlapců. Mentální bulimii trpí přibližně každá dvacátá dospívající dívka v České republice (4–5 % mladých žen), mentální anorexie postihuje necelé 1 % děvčat. Koncem puberty se však anorektické příznaky mohou projevit až u 6 % děvčat. V posledních několika desetiletích přibýlo informací o rostoucí incidenci PPP, zejména mentální bulimie. Se vzrůstajícím tlakem na dodržování diet se rozšiřuje výskyt PPP i mimo městskou populaci a zasahuje populační skupiny s nižším příjmem a vzděláním. Už mezi žáky osmých a devátých tříd uvádí 60 % děvčat, že nejsou spokojeny se svým tělem, a více než 50 % děvčat si přeje zhubnout. Podle naší studie z roku 2002 každý týden pravidelně zvrací ve strachu z tloušťky 2 % českých děvčat, další téměř 2 % zvrací s nižší frekvencí a 6 % jejich vrstevnic se o to už alespoň jednou pokusilo. Většina mladých žen zaměňuje redukční dietu za normální jídelní režim a neví, kolik by měly vážit. Lidé, kteří nenaplní všechna kritéria PPP, ale „jen“ vykazují problematické postoje ke svému tělu a jídlu často trpí podobně závažnými psychickými obtížemi jako nemocní s poruchami příjmu potravy a u některých z nich dojde během let k rozvoji kompletních příznaků poruchy.

### 8.8.1.3 Průběh a komorbidita

Skupina nemocných s poruchami příjmu potravy je velmi různorodá a podobně různorodý je i průběh poruchy. Poměrně častý je přechod z jednoho extrému do druhého. Asi 40 % děvčat s mentální anorexií se začne časem přejídat. Zprvu relativní pocit přejedení se v kombinaci s nevhodným jídelním režimem a vyhladověním snadno změní ve skutečné přejídání. Nemocní se ale přestávají kontrolovat zejména tehdy, když začnou zvracet. Také většina bulimiček má v anamnéze diety nebo krátké anorektické období. Relativně méně časté jsou případy, kdy se pacientka přestane přejídat a přejde do anorexie.

I když úspěšnost léčby poruch příjmu potravy je relativně vysoká, mohou mít tyto poruchy velmi závažné důsledky pro život nemocného. Zdravotní obtíže nebo pracovní problémy jsou také často prvním důvodem k léčbě. Podle různých studií je u mentální anorexie udávána úmrtnost v rozmezí 2–8 %; u mentální bulimie je

udávána úmrtnost mezi 0–2 %. V průměru 50 % děvčat s anorexií a téměř 2/3 s bulimií se zcela vyléčí. M. Fisher zhodnotil více než 100 studií zabývajících se dlouhodobým průběhem PPP se závěrem, že v průběhu 5–10 let se přibližně 50 % všech nemocných uzdraví, 30 % se zlepší, avšak některé příznaky přetrvávají, a u 20 % je možné pozorovat plné přetrvání příznaků nebo jejich prohloubení.

Chronický průběh mentální anorexie je často spojen se sociální izolací a pracovní invalidizací nemocného. Poruchy příjmu potravy mění kvalitu života nemocného a při dlouhodobějším průběhu získávají určitou adaptační funkci, což otevírá prostor dalším negativním prožitkům. Velké nebezpečí, především pro bulimicky, představují drogy a alkohol. V průběhu bulimie také přibývá depresivních příznaků a někdy může dojít i k vyhození obsedantních rysů.

PPP mohou způsobovat řadu zdravotních komplikací, které souvisí především s váhovým úbytkem a nedostatečnou výživou nebo jsou důsledky zvracení, nadužívání projímadel nebo diuretik. Velká část nemocných má různé kardiální obtíže, které jsou způsobeny snížením metabolismu nebo souvisí s narušením elektrolytové rovnováhy u pacientek, které zvrací. Častým důsledkem váhového úbytku je citlivost na chlad, únavnost, zácpa, oslabený krevní oběh a osteoporóza. Nebezpečí podvýživy a dehydratace výrazně vzrůstá s klesajícím věkem a tělesnou hmotností nemocného.

#### 8.8.1.4 Etiologie

O možné etiologii poruch příjmu potravy bylo vysloveno mnoho různých hypotéz, které vzhledem k diferencovanosti dané problematiky, jejímu vývoji a různorodosti nemocných bylo relativně snadné podpořit zkušeností s vybraným vzorkem pacientek. Už samotné vymezení poruchy, zdůrazňující narušené vnímání vlastního těla nebo vyhublost vedoucí až k potlačení přirozených tvarů ženského těla a ztrátě reprodukční schopnosti, nabízí určité implikace. Stejně tak nelze přehlédnout ani kognitivní důsledky malnutrice nebo snahu rodiny vyhnout se konfliktu s nespolupracujícím, avšak do té doby často bezproblémovým dítětem. V posledních dvaceti letech se postupně ustálil konsenzus o multifaktoriální podmíněnosti PPP a hovoří se o koexistenci různých biologických, psychologických, rodinných a sociokulturních rizikových faktorů.

K rozvoji mentální anorexie nebo bulimie dochází v případě, že více či méně disponovaný jedinec je vystaven vlivu faktorů, které mohou vést k držení diet, a současně některým dalším vlivům, které jsou nebezpečné z hlediska rozvoje jiných duševních poruch. Disponovanost pro diety je spojena především s ženským pohlavím, předčasnou nebo opožděnou fyzickou zralostí, nevhodnou distribucí tělesného tuku, dietním a jídelním chováním referenčního prostředí, realností nebezpečí nadváhy a některými zájmovými nebo profesními aktivitami. Rizikové jsou i další osobní, rodinné a sociální charakteristiky posilující nebo naopak nevhodně oslabující zájem o tělo, příjem potravy a sebekontrolu. Intenzita, s jakou jsou dietní tendence prosazovány, souvisí s individuálními možnostmi nemocného, které definuje především jeho věk, osobnost a rodinné prostředí, a s jeho „potře-

bou“, kterou posilují jeho zájmy, sociální a osobní pozice a zkušenost. Je to zejména negativní sebehodnocení, které stupňuje nadměrné zaměření na cíl a zvyšuje ochotu riskovat. Další rizikové faktory posouvají hranice, kam až je nemocný ochoten jít, nejen v sebekontrolě a nevhodných jídelních návycích, ale i v emočních reakcích, postojích a chování včetně např. krádeží nebo sebepoškozování. Na této rovině se začínají uplatňovat obecně rizikové faktory, jako je např. alkoholismus nebo duševní choroba v rodině. Tyto faktory nabízejí jednoduchý a srozumitelný důvod obtíží, možnost náhradního řešení a současně představují dysfunkční vzor řešení problémů. Další vlivy se dostávají do hry až v průběhu rozvoje poruchy jako její vedlejší produkt (důsledky malnutrice, změněna kvality života a adaptace na problém) a posilují základní symptomatiku PPP.

## 8.8.2 Léčba poruch příjmu potravy

Diferencovanost problematiky PPP se přirozeně odráží i v různém přístupu k jejich léčbě. Vedle rostoucího množství různých specializovaných forem psychotherapie, přizpůsobených základním příznakům těchto poruch (terapeutické techniky orientované na tělo nebo dietní poradenství), byly s ohledem na specifika mentální anorexie a bulimie upraveny i hlavní psychoterapeutické přístupy. Práce s nemotivovaným nebo ambivalentním pacientem, přirozená adaptace nemocného na problém, nejčastější komorbidita PPP a rostoucí počet nemocných hrály v tomto procesu často významnější roli než teoretické východisko určitého směru. K pragmatické integraci různých terapeutických metod přispěl i vznik specializovaných center pro léčbu těchto poruch.

Bulimické pacientky si často stěžují na depresivní stavy. Mnoho lékařů se proto při jejich léčbě soustředí na léčbu antidepresivy, která však nemění chuť k jídlu, neovlivňují jídelní zvyklosti pacientů ani jejich sklon k držení diet. Při léčbě anorexie jsou proto jen velmi málo účinná, respektive nebyl prokázán významný pozitivní vliv, a při léčbě bulimie mají jenom omezený a krátkodobý efekt. Pacientce pomohou zejména překonat strach z tloušťky a další nepříjemné pocity spojené s nezbytnou změnou jídelních zvyklostí. Některé pacientky si stěžují na nepříjemné prožitky úzkosti, jejíž symptomy se mohou projevovat i v kontaktu s lidmi a v situacích, které nejsou spojeny s jídlem. V této situaci mohou jako podpůrná léčba pomoci anxiolytika.

### 8.8.2.1 Efektivita KBT u poruch příjmu potravy

KBT poruch příjmu potravy se stala běžně uznávanou léčbou poruch příjmu potravy a některé její metody a postupy jsou zařazovány i do jinak teoreticky orientovaných forem psychotherapie. Velkou roli v tom sehrál i klinický výzkum a jeho povzbudivé výsledky. Craighead a Agras (1991), kteří sumarizovali výsledky 10 studií efektivit KBT u mentální bulimie, uvádějí redukci příznaků u 79 % a remisi u 57 % takto léčených pacientů. V dlouhodobější perspektivě sledoval výsledky KBT Fairburn et al., který uvádí nepřítomnost příznaků bulimie u 48 % pacientů

lčených KBT téměř 6 let po skončení terapie. Několik studií, které srovnávaly efektivitu KBT a medikoterapie v léčbě bulimie, potvrdily, že KBT, zejména v dlouhodobější perspektivě, je zásadně účinnější než léčba samotnými antidepresivy a že kombinace KBT s antidepresivy je v průměru úspěšnější než samotná KBT. Ve srovnání s behaviorální terapií a podpůrnou psychologickou léčbou se jevila KBT jako efektivnější, podobných výsledků však bylo dosaženo také za pomoci interpersonální psychoterapie. Výsledky studií efektivit KBT potvrdily, že tato léčba má příznivý vliv na všechny psychopatologické aspekty bulimie a že toto zlepšení je dlouhodobě udržitelné. Efektivita KBT v léčbě anorexie nebyla tak systematicky sledována jako v případě bulimie, i když výsledky několika studií z posledních let jsou povzbudivé. V kontrolovaných studiích sledujících efektivitu KBT, behaviorální terapie a pragmaticky orientované terapie však často nebyl zjištěn signifikantní rozdíl.

### 8.8.2.2 Behaviorální přístup

Potřeba změnit život ohrožující jídelní stereotypy nemotivovaného pacienta i za cenu konfrontace s bolestivými pocity vytvořila přirozený prostor pro behaviorální intervenci. Už v roce 1959 J. G. White formuloval behaviorální program modifikace jídelního chování. Od poloviny 60. let pak začalo přibývat prací referujících o užití principů operantního podmiňování a systematické desenzibilizace v léčbě mentální anorexie. Zatímco desenzibilizace byla specificky užívána v rámci různých etiologických konceptů interpretujících anorexii nejen jako strach z tloušťky, ale i jako strach ze sexuální role nebo dospělosti, bylo a je systematické podmiňování užíváno bez ohledu na teoretická východiska autorů. Na systému terapeutických smluv a odstupňovaných výhod a zákazů je založena velká část institucionalizovaných terapeutických programů. Často jde překvapivě o dynamicky orientovaná pracoviště, kde je anorektická pacientka důsledně odměňována (případně trestána) za každý kilogram tělesné hmotnosti nebo navýšení kalorické hodnoty jídla. Z logických důvodů je operantní podmiňování užíváno především v rámci nemocniční léčby, která umožňuje větší manipulaci s pacientem. U hyperaktivních anorektiček bývá jako forma odměny uplatňována účast na pohybových aktivitách v rámci programu.

### 8.8.2.2 KBT pohled

Počátky kognitivně behaviorálního přístupu k PPP jsou spojeny s pozorováním H. Bruchové (1973), která poukazovala na charakteristické poruchy v uvědomování si vnitřních pocitů a ve vnímání vlastního těla a na vystupňované pocity vnitřní neefektivity vyskytující se u mentální anorexie. Její pozorování byla dále rozpracována Garnerem a Bemisem (1982), kteří na mentální anorexii aplikovali Beckovu kognitivní teorii. Na ně pak navázali další autoři, především K. B. Vitousková a Ch. Fairburn. Podle Vitouskové jsou anorektické a bulimické příznaky udržovány charakteristickým extrémním zaujetím tělesným tvarem a hmotností. Tyto chorobné postoje jsou výsledkem interakce některých osobnostních charakteristik

(jako jsou např. perfekcionismus nebo asketismus a problémy s emoční kontrolou) a sociokulturních představ o ženské kráse.

Klíčová kognitivní porucha u PPP spočívá v určitém souboru postojů a hodnot týkajících se tělesného vzhledu a hmotnosti. Nemocní s mentální anorexií a bulimií mají neustále strach z tloušťky a snaží se zhubnout nebo alespoň zabránit vzrůstu váhy bez ohledu na svoji skutečnou hmotnost. Tělesný vzhled a hmotnost jsou jejich dominujícím zájmem, který vzrůstá s vynaloženou energií a může být koncentrován zvláště na některé tělesné partie. Ch. Fairburn připomíná, že zejména bulimičky často trpí ještě další kognitivní poruchou, kterou představuje dlouhodobě negativní sebehodnocení. Nejistota ohledně vlastních schopností vede nemocné v určitém sociálně-kulturním kontextu, věku a osobní situaci k tomu, že vzhled a váha se stávají základními kritérii jejich sebehodnocení. Vzhled a často i sebekontrola jsou oceňovanými, srozumitelnými, viditelnými a zdánlivě snadno měřitelnými hodnotami. Pro pocit sebeuspokojení „stačí“ vážit méně než včera, sníst méně než ostatní, vynechat moučník nebo cvičit o 15 minut déle. O co více se snaží, o to více je pro ně důležité, jak se jim to daří, o to více se obávají nedokonalosti a chyby, kterou vnímají jako selhání. Neschopnost naplnit příliš vysoká očekávání týkající se kontroly váhy a příjmu potravy zpětně oslabuje jejich sebevědomí a posiluje nekritičnost v očekáváních a sebehodnocení. Nejistota také posiluje potřebu kontrolovat své jídlo a sebe, což je centrálním problémem anorexie.

Dalším mechanismem, který posiluje a udržuje dietní nastavení anorektiček, ale i některých dlouhodoběji hladovějících bulimiček, jsou fyziologické a psychologické důsledky hladovění. Hladovějící mají často paradoxně strach ze svého hladu, že by je mohl „dovést“ až k přejídání. Vzhledem k relativnosti pocitů se hladovějící snadno cítí přejedeni (člověk se může cítit přejeden, i když sní víc, než by chtěl nebo než je zvyklý), což mohou vnímat jako ztrátu sebekontroly. Stejně tak mohou dezinterpretovat i rozptýlenou pozornost, která se vztahuje k jídlu. Přerušování nadměrné sebekontroly v jídle pak vnímají jako ztrátu kontroly nad jídlom. Proto je strach z přejídání a bulimie tak častým a autentickým argumentem anorektiček.

Vědomí problému a často dlouhodobý pocit neuspokojení dichotomizují vnímání a hodnocení nemocného a vyhrocují jeho prožitky. S pocity selhání a s vyhýbavým chováním, které má bránit konfrontaci s jídlom a snížit riziko přejedení, přibývá zvláště u bulimie depresivní symptomatika. Neuspokojení obživného pudu a nevhodné jídelní návyky posilují zájem o jídlo a tělesné pocity s ním spojené. Anorektičky obvykle rády vaří a manipulují s jídlom, což jim mimo jiné umožňuje mít jídlo pod kontrolou. Anorektičky i bulimičky se stávají přecitlivělé na pocity spojené se zažíváním a snadno se cítí přejedené. Současně ale často trpí závažnými zdravotními obtížemi v důsledku nedostatečného nebo jinak nevhodného jídelního režimu a pročišťování. Pocit hladu, chutě a sytosti ztrácí v takto složitém a rozporuplném kontextu přirozenou regulativní funkci. Podobně jako u jiných lidí držících diety, je nedodržení dietních pravidel spojeno s pocity viny



a s panikou, a působí jako spouštěcí mechanismus přejedení („Už je to stejně jedno“, „Nedokážu se kontrolovat“). Úmyslné zvracení a užívání projímadel přejídání jen usnadňují, protože snižují strach z tloušťky („Mohu se přejít, když stejně půjdu zvracet“) a s přeplněným žaludkem je snazší zvracet. Kontrola zvracení u bulimiček je zpravidla podmiňována nevhodnou dietní kontrolou („Musela jsem zvracet, když jsem se přejedla“). Epizody přejídání a často i zvracení jsou zdrojem dalších negativních prožitků a sebeobviňování. Bludný kruh, na jehož počátku je nízké sebehodnocení a dietní tendence, se tak uzavírá.

### 8.8.2.3 Implikace pro léčbu

Nízké sebevědomí a negativní prožitky, které se transformovaly do chorobného strachu z tloušťky spojeného s nadměrným zaujetím vzhledem, tělesnou hmotností a sebekontrolou v jídle jsou spojeny jak s rozvojem mentální anorexie, tak i bulimie. Zmíněný strach a s ním související kognitivní poruchy dále působí jako udržující mechanismus. I když počáteční dietní zkušenost anorektiček i bulimiček je podobná (uspokojení z prvotního zhubnutí, sebekontroly a často i ocenění okolí), jejich další zkušenost se liší. Liší se i terapeutické cíle a situace nemocných v průběhu léčby. Zatímco většinu bulimiček lze ujistit, že v průběhu terapie nepřiberou nebo možná i zhubnou, je podstatný nárůst váhy základním cílem léčby anorexie. Protože i jejich hlavním problémem je strach z přibývání na váze, jsou v průběhu terapie vystaveny různým podobám toho, čeho se velmi bojí. Nejvíce zúzkostňující je zpravidla rychlý nárůst hmotnosti váhy, když začnou jíst (na váze se většinou projeví už jen zaplnění zažívacího traktu a někdy i otoky) a potom hmotnost odpovídající BMI 17–18.

### Mentální anorexie

Restriktivní anorektičky jsou ve svém úsilí úspěšné a postupně se adaptují sníženému energetickému příjmu. S důsledky svého problému jsou konfrontovány až pod tlakem závažných obtíží nebo sociálního okolí. Svůj stav, situaci a možné ohrožení však stále interpretují výběrově, v souladu s uspokojením ze sebekontroly v jídle a z hubnutí, v souladu s už vynaloženou energií a s předmětem svého strachu (hlavní je příliš neztloustnout). Některé aspekty svého problému zdůrazňují, jiné potlačují nebo dezinterpretují („Chci přibrat, ale nesmí mi být špatně, musím přibírat pomalu a rovnoměrně, nemohu jíst, když jsem ve stresu“ ap.). Tato v zásadě srozumitelná logika jejich postojů se zdá být nepochopitelná pro okolí, které k nim přistupuje v krátkodobé perspektivě aktuální vyhublosti a jejích důsledků („Musí být šílená, když je takhle vychrtlá a bojí se tloušťky“), což jenom posiluje dojem chorobnosti a nesvéprávnosti nemocného. Častým důsledkem je snaha vyhnout se konfliktu s nemocným, respektive s jeho nevhodnými postoji a návyky. Vytváří se tak prostor pro manipulaci, náhradní řešení a iatrogenizaci pacienta. Někteří terapeuti raději přijmou hypotézu závažnější duševní poruchy nebo její složitější psychologické podmíněnosti, než aby opakovaně přesvědčovali nemocného o skutečnostech, které se zdají být evidentní a triviální.

Z uvedených důvodů je práce s anorektickým pacientem zpravidla obtížnější a dlouhodobější. Oproti bulimii je delší období věnováno motivaci k nezbytným změnám, podpoře a vymezení společného terapeutického cíle. Terapeut zprostředkuje nemocnému přiměřenou zpětnou vazbu, a proto ho nemůže chránit před důsledky jeho chování. Současně ale nelze nemocného zbytečně zastrašovat, zdůrazňovat jeho nespolupráci nebo ho jinak „nálepkovat“. Vzhledem k nízké nebo jen deklarované počáteční motivaci nemocného a častým únikovým tendencím bývá práce s anorektickým pacientem konfrontativnější a direktivnější.

Adaptovat se na snížený energetický příjem zpravidla vyžaduje určité dispozice nebo podporu okolí. Proto se u mentální anorexie častěji setkáváme se složitější osobnostní komorbiditou (zejména se silnou úzkostností a pedanterií) a se sociálním prostředím, kde diety a zaměření na výkon a sebekontrolu hrají významnou roli. Do dlouhodobé KBT mentální anorexie je proto s postupem času vhodné zařadit systematickou desensibilizaci, nácvik relaxace a některé prvky interpersonální a rodinné terapie. Práce s rodinou anorektických pacientek má v terapii velmi významnou roli už s ohledem na jejich zpravidla nižší věk a problematickou spolupráci (k léčbě jsou často donuceny právě svojí rodinou). Rodinu je vhodné zbavit pocitů viny, přesvědčit ji o možnosti změny a vést ji k aktivní spolupráci na řešení dílčích problémů nemocného i za cenu konfrontace s jeho strachem. Rodina nemocného musí vědět, že její pocity jsou autentické (strach, netrpělivost, nedůvěra, pocity viny ap.), ale že léčba anorexie není otázkou argumentu, ani odhalení klíčového problému nebo nalezení nějaké snazší cesty.

### **Mentální bulimie**

Oproti anorektickým pacientkám přicházejí bulimičky do léčby většinou dobrovolně a chtějí se léčit. Problém je ale často v tom, že jejich motivace je jednostranná a jejich postoj k léčbě je zatížen opakovanou a dramaticky prožívanou negativní zkušeností („Nikdy jsem to nezvládla!“). Chtějí se přestat přejídat, myslet na jídlo nebo, jak někdy říkají, „žít a jíst jako ostatní lidé“, ale nechťejí se vzdát svých dietních tendencí. Jejich primárním zájmem je často zhubnout, což při normální nebo nízké tělesné hmotnosti může vylučovat řešení. Při nadváze však může snížení tělesné hmotnosti doprovázet úpravu jídelního režimu a významně motivovat pacientku k dalším krokům. V každém případě však léčba bulimie znamená i změnu dietních očekávání a odstranění dietních omezení. Pocit přejedení je u bulimiček často doprovázen depresivní symptomatikou. Svoje negativní pocity a zkušenost mají často tendenci zdůrazňovat jako primární problém a podmiňovat jimi změnu jídelních postojů a zvyklostí. Většina jejich depresivních příznaků je nějak spojena s příjmem potravy a vztahem k vlastnímu tělu a ustoupí, když pacientka získá kontrolu nad jídelním chováním. Nicméně zejména z počátku terapie může být prospěšná podpurná léčba antidepressivy. Pacientovi je ale třeba vysvětlit, že antidepressiva jeho problém neřeší a že jde o časově omezenou podporu.

Přejídání je velmi relativní pojem (člověk se cítí přejedený, i když sní víc než je zvyklý, nebo než by chtěl), a proto očekávání, že psychoterapie bude směřovat k tomu, aby se nemocný už nikdy nepřejedl, je kontraproduktivní. Pocit ztráty kontroly nad jídlem se často generalizuje i na jiné oblasti chování nemocného a terapie by mu měla postupně nabízet přiměřenou zpětnou vazbu a adekvátní alternativy i v tomto směru. Terapeut by současně neměl zapomínat, že zpětná vazba je dvoustranný proces. U některých pacientek se nevyhneme ani problematice alkoholu, případně jiných drog, krádeží a promiskuitního chování. Diagnóza bulimie, terapeut ani rodina nemohou nemocného chránit před následky jeho chování, současně je ale třeba se vyhnout dramatizaci, nálepkování a zastrašování. Během léčby je třeba stále udržovat věcný, pracovní a kooperativní vztah s pacientem. Do obtížné situace se mohou dostávat obézní terapeutky, jejichž nadváhu mohou pacientky interpretovat jako důkaz neúspěšnosti nabízených řešení.

### 8.8.3 KBT přístup v léčbě PPP

Některé zásady KBT hrají v léčbě PPP mimořádný význam a stojí za to je zdůraznit. Souvisí především s charakterem problému prorůstajícího každodenní život nemocného, který ho chce i nechce řešit (resp. jen některé jeho aspekty a často pod tlakem) a přirozeně se snaží vyhnout některým nepříjemným krokům. K tomu přirozeně využívá svých předností (vzdělání, šarm, intelekt) a četných sociálních pověr. Běžně užívaná klišé jako např. „Jíst do polosa, jíst s chutí“ nebo „řešit problémy pomalu, ale jistě“ mohou nabývat při léčbě mentální anorexie extrémních poloh, vytvářet prostor pro úhybné manévry, manipulaci a náhradní řešení. Proto je důležité od počátku jasně strukturovat terapii a časově ji vymezit (kolik sezení, jak dlouho a s jakým cílem). Terapeut musí zaujímat aktivní, a v některých případech direktivní roli a současně být co nejvíce otevřený a kooperativní. Pacienta průběžně motivuje a vede k aktivní spoluúčasti na řešení problémů. Při léčbě PPP se terapeut nemůže spoléhat na podvědomou motivaci pacienta a musí vycházet z jeho vědomé zkušenosti. Teorie a závěry se utvářejí až na základě empirických zjištění. Významnou roli v terapii zaujímá aktivní nácvik, konfrontace se zúskostňujícími podněty a situacemi a domácí cvičení.

Ambulantní KBT mentální bulimie zahrnuje 15–20 sezení v trvání 45–60 minut. Ambulantní KBT anorektické zpravidla vyžaduje větší počet sezení v delším časovém horizontu. Doporučovaná frekvence sezení je jednou týdně, ve druhé polovině terapie může být interval prodloužen na 14 dní. Kromě terapeutických sezení může nemocný pracovat i s terapeutickým manuálem, který obsahuje základní zásady léčby i konkrétní rady a úkoly. Pro některé bulimičky je vhodná skupinová práce s manuálem pod supervizí (řízená svépomoc). V českém jazyce je dostupný manuál Mentální bulimie a záchvatovitě přejídání (Cooper, Votobia, 1995) nebo

Bulimie – Jak bojovat s přejídáním (Krch, Grada, 2003). Existují i manuály pro anorexii (Krch: Mentální anorexie, Portál, 2002), které mohou být využívány v průběhu léčby.

Ch. Fairburn a jeho spolupracovníci zdůrazňují následující hlavní body KBT u poruch příjmu potravy: 1) vedení záznamů o jídle a o myšlenkách a pocitech, které jídlo, případně nejedení, nadměrný pohyb a přejídání doprovázejí; 2) pravidelné vážení; 3) změna schématu jídelního chování (především překonání redukční diety, rozšíření jídelníčku, plánování jídel s cílem normalizace jídelního chování, případně vzrůstu tělesné hmotnosti); 4) kognitivní restrukturační s cílem identifikovat a změnit navyklé chyby v myšlení (černobílé myšlení, přehnané generalizace ap.) a s nimi spojené předpoklady, které pomáhají udržovat PPP a 5) zavedení prevence relapsu. P. Cooper zdůrazňuje šest kroků k překonání bulimie: 1) vedení písemných záznamů; 2) vypracování jídelního plánu; 3) identifikace okolností, které vedou přejídání, a hledání strategií, jak jim předcházet; 4) řešení problémů; 5) překonání diet; 6) identifikace postojů a názorů, které stojí za problémy s jídlem, a hledání způsobů, jak je měnit.

### 8.8.3.1 KBT vyšetření

Prvních několik sezení je věnováno vzájemnému seznámení se s pacientem. Terapeut se musí seznámit s vývojem problému, s jeho reálným kontextem, ale i s očekáváními pacientky. Ta se naopak musí seznámit s tím, co jí terapeut a léčba mohou nabídnout a jaká jsou očekávání terapeuta. Především se tak nedorozuměním v průběhu léčby a je posilována partnerská, aktivní role pacientky. Terapeut se nemůže vyhnout otázkám, které nemocného nejvíc zajímají. Klíčovými tématy jsou změny jídelního režimu a otázka tělesné hmotnosti. Vždy je nezbytné být otevřený a partnerský. Pacientka také musí vědět, jaké jsou podmínky spolupráce. Reflektujeme její přístup, připomínáme, že změny mohou být nepříjemné, ale že nejsou možné zásadní ústupky. O tělesné hmotnosti a porcích jídla se vždy hovoří v reálných intervalech, vhodnou pomůckou jsou váhové tabulky. Příliš protektivní přístup („musíme postupovat pomalu, nezastrašit“), ale i zastrašující a příliš kategorický jsou nevhodné. U bulimiček se ale vyplatí zdůrazňovat limitovaný počet plánovaných sezení, aby zbytečně neodkládaly řešení. Vyhublým anorektikám, ale i často zvracejícím bulimičkám je vhodné doporučit komplexní somatické vyšetření.

Na prvním sezení, někdy už při předcházejícím telefonickém kontaktu, jsou pacientky vyzvány, aby si vedly jídelní záznamy. Respektujeme, že přirozeně hledají „snadná“, resp. nejméně bolestivá řešení a že se chtějí nejprve zbavit toho, co je nepříjemné. Je to srozumitelné, ale nejprve je třeba, aby se pokoušely měnit svůj přístup a chování, což může být spojeno s vystupňováním nepříjemných pocitů. Připomínáme jim vztah mezi jejich pocity a myšlenkami. Podpora pacientky je samozřejmostí, ale ne hlavním cílem. Pacientka by se měla cítit bezpečně, i když vidíte problém jinak než ona. Na otevřenosti a spolupráci nic nemění odlišná perspektiva pohledu terapeuta a pacientky.

Anorektičkám je vhodné vysvětlit, že se nyní musí relativně začít přejídat, aby dosáhly dostatečné hmotnosti (musí jíst víc než chtějí, než byly zvyklé, víc než ostatní), ale že jim stejně tak pomůžete zastavit nárůst tělesné hmotnosti nad určitou hodnotu a přiměřeně kontrolovat příjem potravy. Respektujte jejich strach z bulimie, i když jsou vyhublé. Na sezení s mladšími nebo zjevně nemotivovanými pacientkami je vhodné zvát rodinu. Co chcete říci rodičům nebo partnerovi, může slyšet i pacientka.

Terapeut by se neměl nechat zaplést do složitých hovorů typu „ano, ale...“, což přirozeně souvisí s ambivalecí nemocného, který je často nedůvěřivý, předem se obává některých kroků, je pod tlakem a má celou řadu nezodpovězených otázek. Nejprve je třeba získat informace, které se týkají poruchy a situace, ve které se pacientka nachází, resp. jak ji vnímá. Terapeut by měl vědět, co si nemocný a jeho rodina myslí o vzniku problému a udržujících mechanismech. Pacientka zpravidla začíná tam, kde ona vidí počátek problému. V případě bulimie to znamená období, kdy se začala přejídat nebo zvracet, v případě anorexie pak hmotnost, kdy „začaly“ problémy nebo se dostala pod tlak okolí. Vyšetření je třeba centrovat ještě dál a detailně probrat jídelní a „váhovou“ anamnézu nemocného a jeho nejbližších. Rozvoj příznaků PPP souvisí se strachem z tloušťky, proto je nezbytné vědět, z čeho tento strach vyrůstá a s čím souvisí. Důležité jsou informace o předcházející léčbě a informacích, které pacientka o PPP má (jaké četla knihy, jestli sleduje problematiku PPP na internetu nebo jestli navštěvuje svépomocné skupiny), protože i v tomto kontextu bude vnímat naše intervence a hledat cesty, jak uniknout některým nepříjemným krokům.

Cílem vyšetření je společně s pacientem formulovat problém a probrat plán léčby. Spíše než o bulimii a anorexii je vhodné mluvit o přejídání, nedostatečném energetickém příjmu, zvracení a vůbec používat srozumitelnou terminologii vztaženou ke konkrétním situacím. V průběhu vstupního vyšetření se nemocný musí dozvědět, jaké budou podmínky terapie. Kolik plánujeme sezení a s jakou frekvencí, jaký je smysl jídelních záznamů a dalších domácích úkolů. U hubených anorektiček není jiná možnost, než stanovit pravidlo, že po sobě opakované snížení tělesné hmotnosti, resp. setrvání na stejné hmotnosti je známkou neúspěšné ambulantní léčby a důvodem k hospitalizaci. Je vhodné otevřeně připomenout, že jde o určitou formu manipulace, která je ale z vitálních důvodů nezbytná. Jinak terapeut nerozhoduje o přesné cílové hmotnosti, jen nemocnému zprostředkuje informaci. Při formulaci problému a analýze možných proměnných připomínáme, že jde o komplexní problém, kde hrají významnou roli dietní faktory. Pacienti často přicházejí s teorií, že jejich problém začal tehdy, kdy jim někdo připomněl jejich vzhled, když se pod tlakem rodiny přejedli nebo připomínají jinou jasně časově vymezenou událost. PPP jsou však problém, který se vyvíjí postupně, a větší roli než cílená narážka mají měnící se zvyklosti a postoje. Vyšetření má v tomto směru také edukativní charakter. KBT vyšetření bývá součástí většího sezení, kdy se soustřeďujete na nový problém (rozšíření jídelníčku, jídelní režim, pohybové návyky, mechanismy pouštějící přejedení ap.) a probíráte záznamy.

### **Jídelní záznamy**

Významné postavení v léčbě PPP mají jídelní záznamy. Umožňují věcné a pracovní posouzení jídelních návyků a okolností, za kterých se objevují problémy s jídlem. Jsou potvrzením pacientovy aktivní spoluúčasti a připomenutím, že pacient svůj problém neřeší jen na sezeních s terapeutem. Každé další sezení začínáme analýzou jídelních záznamů od posledního setkání. Zápisy umožňují průběžné posouzení změny a souvislostí, podobně jako zhodnocení významných okolností. Jsou také dokladem o plnění zadávaných úkolů (změna jídelníčku, omezení rizikových potravin, jídlo v restauraci ap.). Na prvním sezení je pacientka instruována, jak vést jídelní záznamy. Zdůrazňujeme, že je vhodné si vše zapisovat každý den, nejlépe průběžně do předem připravených formulářů nebo do sešitu, ve kterém je odlišeno šest sloupců. Do prvního sloupce si pacientka zapisuje čas, do druhého druh a množství snědených potravin v kusech a vypitých nápojů. Neměla by uvádět energetickou hodnotu jídla. Do třetího sloupce zapisuje místo, kde jí, ve čtvrtém sloupci jen poznámku, jestli se cítí přejedená nebo jestli snědla víc, než chtěla, v pátém sloupci uvádí, jestli zvracela (Z), cvičila nebo brala projímadla. Do posledního sloupce stručně zapisuje významné okolnosti týkající se posuzovaného problému.

**Obrázek 8.8.1:** Příklad jídelního záznamu pacientky s mentální bulimií

| Datum: 7. října (pátek) |                                                             |                               |             |     |                                                                                                                                             |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Čas                     | Druh jídla, nápoje                                          | Místo                         | Pocit       | Z/P | Okolnosti a poznámky                                                                                                                        |
| 6:45                    | černá káva                                                  | kuchyně                       |             |     | Bolí mě hlava, cítím se nafouklá, beztvářá                                                                                                  |
| 10:20                   | 1 švestka,<br>100 g hroznového vína                         | práce                         | *           |     | Už nesmím víc jíst                                                                                                                          |
| 12:00                   | minerálka                                                   | práce                         |             |     |                                                                                                                                             |
| 12:30                   | tyčinka musli<br>minerálka                                  | práce                         |             |     | Dnes se nesmím přejíst                                                                                                                      |
| 13:30                   | 4 piškoty<br>dietní kola                                    | práce                         |             |     | Mám chuť na sladké                                                                                                                          |
| 14:15                   | 6 piškotů<br>tyčinka musli,<br>dietní kola                  | práce                         | *           |     | Jsem unavená, myslím na<br>na to, že se doma přejím                                                                                         |
| 14:45                   | 2 dražé žvýkačky<br>minerálka                               | práce                         |             |     |                                                                                                                                             |
| 17:15                   | 2 jablka                                                    | po cestě                      |             |     | Mám hrozný hlad                                                                                                                             |
| 17:45                   | 350 ml jogurtu, rajče,<br>trochu salátu                     | kuchyně                       |             |     | Nesmím víc jíst                                                                                                                             |
| 18:00                   | minerálka (0,75 l)                                          | kuchyně                       |             |     | Zaplním si žaludek vodou                                                                                                                    |
| 18:30                   | 250 g tvarohu                                               | kuchyně                       | *           |     | Selhala jsem                                                                                                                                |
| 18:45                   | piškoty, 2 koblihy<br>5 chlebů se sýrem<br>2 rohlíky, salám | kuchyně<br>kuchyně<br>kuchyně | *<br>*<br>* | Z   | Cítila jsem se provinile, pak<br>jsem si řekla, že už je to<br>stejně jedno a cpala jsem se<br>vším, co jsem našla<br>Jsem sebou znechucená |
|                         | 1 pol. dort                                                 | kuchyně                       | *           |     |                                                                                                                                             |
| 21:00                   | 3 jablka                                                    | v posteli                     | *           |     | Už je to jedno                                                                                                                              |

Problematiku jídelních záznamů je vhodné probrat s rodiči, případně partnerem pacientky. Musíte jim připomenout, že jde o důvěrný materiál, který nemohou za pacientku vyplňovat oni a který ani nemohou kontrolovat. Nepřistupujeme na prověřování záznamů a alternativu, že si pacientka vymýšlí nebo vědomě zkresluje. Když máme podezření, tak ho s ní probereme, uvedeme svoje důvody a zdůrazníme, že nejde o „vysvědčení“, ale o pracovní materiál, který má význam především pro ni. Respektujeme, když pacientka některé dny nestihne napsat, je to lepší než si vymýšlet. Pokud ale opakovaně odmítá vyplňovat záznamy nebo pod různými záminkami je vyplňuje, můžeme terapii přerušit. Není to trest, jen konstatujeme, že to jinak neumíme a znovu připomeneme jejich význam. Ke konci terapie je vhodné, aby si pacientka zvykla dodržovat nové jídelní návyky i bez záznamů, což bývá problém pro některé úzkostné pacientky. Vyzveme je, aby si psaly záznamy vždy ob jeden týden a v týdnu, kdy si nic nepíší jedly stejným způsobem.

sobem. Záznamy jsou pracovní materiál, vpisujeme do nich, opravujeme je my i pacientka, která si do nich dělá poznámky.

### 8.8.3.2 Kognitivně behaviorální terapie poruch příjmu potravy

#### Edukace a cíle léčby

Cílem léčby PPP je redukce jejich základních příznaků, resp. restaurace přiměřené tělesné hmotnosti a jídelních návyků a překonání nevhodných nebo nadměrných způsobů kontroly tělesné hmotnosti. Poučení o vhodné stravě a tělesné hmotnosti je už součástí stanovení si přiměřených cílů. Terapeut musí tato témata s pacientkou podrobně projít a připomenout jí důsledky, které z toho pro ni vyplývají. V různých souvislostech se k nim vrací i v průběhu léčby. Zejména nutriční poradenství je vedle kognitivní terapie základem KBT mentální anorexie i bulimie.

#### Tělesná hmotnost

V kontextu osobní a rodinné anamnézy je s pacientkou opakovaně probírán vliv léčby na tělesnou hmotnost. Vhodné, zejména u dívek do 16 let, je používat tabulky s průměrnými nebo doporučenými hodnotami. Pacientce vysvětlíme výpočet BMI a jeho hodnocení. Ty pacientky, které byly obézní, se pravděpodobně budou pohybovat při horní hranici intervalu. Seznámíme je s přirozeným rozptylem hodnoty, připomeneme, že hmotnost vzrůstá s věkem, že krátkodobé udržení určité tělesné hmotnosti v rámci diety zpravidla neznamená trvale udržitelnou cílovou hmotnost, ani že přiměřená tělesná hmotnost není ta, při které se nejlépe cítí. Anorektičkám je třeba připomínat, že cílem jejich snažení je přibrat. Na určitý váhový limit při dolní hranici normy jsou vázána některá dietní (výživná dieta, doplňková výživa) a pohybová doporučení. Základní váhové tabulky a doporučená tělesná hmotnost u dětí jsou např. ve svépomocném manuálu „Mentální anorexie“, který vyšel v nakladatelství Portál.

#### Diety a přejídání

Jak mentální anorektičky, tak většina bulimiček má hluboce zažitě a zracionalizované dietní tendence, které často spojují se zdravou nebo přiměřenou výživou nebo vysvětlují různými zdravotními obtížemi. Odchylku od svých zvyklostí a představ pak snadno vnímají jako přejedení. V této souvislosti je vhodné jim ozřejmit vztah mezi představami a myšlenkami a pocity a relativnost jejich prožívání. Musí vědět, že dieta je i když vynechávají některé hlavní jídlo nebo kategorii potravin. Vyléčit se z PPP znamená, že si pacientka znovu vymezí přiměřené hranice jídelních zvyklostí a v míře sebekontroly. Má si vyzkoušet, že se může přiměřeně kontrolovat, aniž by to byla anorekticky nadměrná sebekontrola, že se může cítit přejedená nebo udělat dietní chybu, aniž by se dramaticky přejedla.

Když bulimičky přestanou zvracet, může jim strach z tloušťky pomáhat v kontrole jídelního chování, nesmí ale přejít do nadměrné sebekontroly. Nemohou se přitom spoléhat na svoje tělesné pocity regulující příjem jídla. V této souvislosti



velmi pomáhá pravidlo mechanického jedení. Anorektičky by měly vědět, že se dlouho budou cítit přejedené. To nejde nijak obejít, člověk se přirozeně cítí přejedený, když jí víc, než je zvyklý a víc než by chtěl.

Pokud jde o bulimické přejídání, vedeme pacientku zejména k aktivnímu vytváření bezpečných podmínek (nákupy, příprava jídla, stolování, vyhazování zbytků ap.) a hledání alternativ, ke kterým se může uchýlit, když se chce přejíst. Společně s pacientkou je třeba identifikovat mechanismy, které spouštějí přejídání. Jde o vnitřní (deprese, pocit přejedení, nespokojenost se svým tělem ap.) i vnější faktory, které je v různé míře možné kontrolovat. S tím jistě souhlasí i pacientka, zejména pokud jde o pro ni subjektivně nepříjemné spouštěcí mechanismy, jako je stres, deprese nebo nespokojenost se svým tělem. Omezit vliv právě těchto faktorů však bývá nejobtížnější, nelze je často zcela odstranit a je nutné se učit s nimi žít. Naopak poměrně snadno lze vytvořit bezpečnější podmínky jídla a zajistit, aby byla zabezpečena nejdůležitější podmínka přejedení – aby pacientka byla sytá.

### Jídelníček a jídelní zvyklosti

To, co někdy vnímáme jako známku chorobnosti, není ničím jiným než důsledkem přizpůsobení se. Anorektičky i bulimičky si z různých pohnutek a pod tlakem různých vlivů postupně vytvořily určité jídelní návyky, které jsou součástí jejich aktuálního problému, ale také součástí jejich osobní historie. Nezačaly se omezovat v jídle jenom proto, aby hubly, ale i proto, aby např. rychleji běhaly, zvládly určitý zdravotní problém nebo protože měly příliš mnoho práce. Jejich zvyklosti a postoje jsou často vyhrocenou karikaturou zvyklosti a postoje okolního světa. V nastolení nezbytných dietních změn jim často brání snaha jíst s chutí a řešit svůj problém postupně. To, co je třeba jim od počátku zdůrazňovat, je pravidlo pravidelného jídelního režimu. Po pacientce vyžadujeme 3 hlavní jídla denně a svačinu mezi jídly s nejdelším intervalem; většinou jde o odpolední svačinu. Večeře by měla být až po 18.00 hodině, jinak je večer příliš dlouhý a nebezpečný. Anorektičky by měly mít dvě vydatné svačiny, a když nepřibírají, tak i druhou večeři. Je třeba jim vysvětlit, že v této fázi nemohou jíst stejně jako ostatní, ale víc, že nemohou jíst s chutí a jenom když mají hlad. Jak bulimičky, tak anorektičky učíme jíst mechanicky a bezpečně. To znamená jíst u stolu a to, co ostatní.

Velká část děvčat s PPP tvrdí, že jsou vegetariánky. Tím se nebezpečně zužuje jejich jídelníček a zvyšuje se nebezpečí přejedení sladkostmi nebo pečivem. Jejich strava by už vzhledem k nebezpečí hypoglykémie měla být bohatá na bílkoviny. Proto doporučujeme co nejrychleji rozšířit jídelníček alespoň o ryby a drůbeží maso. Důležité je dodržovat proporci jídel. Hlavní jídlo je nejen vydatnější, zpravidla má i jinou skladbu než svačina. Nedoporučujeme polévku, uzeniny, mýslí nebo saláty ke svačině. Pro bulimičky bývají naopak nebezpečné sladké večeře. Připomínáme nebezpečí nízkoeenergetických a drobných (sušenky nebo sušené ovoce) potravin, kterých se nebojí, a proto se jimi snadno přejí. Nebezpečné je i větší množství ovoce. Sladké je vhodné v přiměřeném množství po hlavním jídle nebo ke snídani nebo svačině. Po sladkém by už neměly jíst nic slanejšího. Jídelníček

pacientek by měl být natolik pestrý, aby se dokázaly vhodně najíst kdekoliv. Jedním ze základních cílů léčby PPP je naučit pacientky normálně jíst. Bližší informace týkající se jídelního režimu, jídelníčku, velikosti porcí nebo výživného režimu u anorektiček je možné najít v některém ze svépomocných manuálů.

Významnou součástí léčby PPP je zavedení přiměřeného jídelní plánu, který má být natolik konkrétní, aby pacientku přiměl k dodržování jídelních předsevzetí a její jídelní režim získal strukturu. Současně ale musí být dostatečně volný, aby jeho neplánované nedodržení nebylo zneužito k vynechání hlavního jídla nebo naopak k přejedení. Konkrétní doba jídla se stanovuje v určitém intervalu, není třeba lpět na konkrétních potravinách, pokud to není součástí širšího plánu (např. zajít si do restaurace, vzít si moučník, vydatnější svačinu nebo zařadit do jídelníčku maso i přílohu).

### **Rady týkající se nadměrného pohybu, zvracení a zneužívání projímadel**

Zejména anorektičky mají sklon zvýšený energetický příjem kompenzovat nadměrným energetickým výdejem. Postupně si tak vytvářejí nevhodné stereotypy, které je nezbytné narušit. U anorektiček limitujeme nadměrný pohyb (potřeba společně s pacientkou jasně definovat) dosažením určité minimální hmotnosti. Do té doby je vhodný jen nenáročný rekreační pohyb spojený s relaxací. Důležité je přerušit spojení mezi plánovaným jídlem a pohybem. Pacientky si „mohou dovolit“ vydatnější večeři nebo moučník, i když nebudou cvičit. Vyhublé dívky by se neměly vystavovat nebezpečí prochladnutí nebo zvýšené námahy. Ani pro bulimičky nejsou vhodné „cvičební stroje“ udávající spotřebovanou energii.

Mnoho dívek by nezačalo zvracet, kdyby věděly že zvracení je nejen nebezpečným, ale i neúčinným „prostředkem na zhubnutí“. Začínají zvracet a brát projímadla proto, aby získaly kontrolu nad svým přejídáním. Tento zvyk je ale naopak spojen s oslabením sebekontroly, protože snižuje strach z tloušťky a opravňuje přejedení. S přeplněným žaludkem se také snadněji zvrací. Proto je bulimičkám i některým anorektičkám třeba vysvětlit, že zvracení vede k přejídání. Většina bulimiček také neví, že zvracení neodstraní z těla všechny kalorie. Cukry se začínají štěpit v ústech a jsou zpracovávány poměrně rychle. Zvracením se mohou zbavit jen 40–60 % energie požitého jídla. Nebezpečná, a pokud jde o regulaci tělesné hmotnosti, zcela neúčinná jsou projímadla. Způsobují především vyprázdnění tlustého střeva, které nastane tehdy, kdy už byla energie využita v tenkém střevě.

### **Změna postojů k sobě, svojí postavě a tělesné hmotnosti**

Porucha příjmu potravy, to je nadměrný strach z tloušťky, nedůvěra ve svoje tělesné pocity a narušený, chorobou zkreslený vztah ke svému tělu. Ne nadarmo se říká, že strach má velké oči. Změnit nevhodné postoje také znamená měnit některé obecnější postoje nemocného a způsob jeho myšlení. Život s problémem, který prostupuje jeho zkušenost, se navíc projevuje i v jiných oblastech jeho osobního a společenského života a neúspěšné pokusy o řešení problému oslabují sebevědo-

mí nemocného. Je obtížné rozhodnout, co souviselo s rozvojem problému a co je důsledkem. V každém případě však tyto postoje a způsoby myšlení působí jako udržující faktor.

Všechna tato nevhodná, nepřiměřená nebo demoralizující očekávání, soudy, představy a postoje lze shrnout pod pojem negativní myšlenky. Negativní proto, že brání přiměřenému řešení problému, ale i proto, že v sobě obsahují popření možného řešení problému i vlastní hodnoty. Je pro ně příznačné, že člověka napadají automaticky a nechtěně. Jsou součástí zdánlivě neřešitelných bludných kruhů. Čím víc se pacientka trápí domnělou nadváhou a bojí se přejídání, tím častěji se jí myšlenky na to vrací. Ani vyhublost ji potom nepřesvědčí, že jí nehrozí tloušťka, ani varování přátel nebo lékaře jí nestačí k tomu, aby přestala s dietou. V extrémních polohách černobílého pohledu se dokáže nepřejít, když nejí a jediné řešení vidí v absolutní sebekontrolě („Jsem nemožná, když nedokážu jíst, jak bych chtěla – držet dietu“). Potlačuje pozitivní zkušenost, dramatizuje a přehání vlastní nedokonalost („Přejedla jsem se, celý víkend už bude špatný“). Černobílé postoje, emoční uvažování, vztahovačnost, egocentrismus nebo sklon k nepřiměřeným závěrům, to jsou chyby v myšlení, se kterými je možné se setkat i u lidí s jinými problémy.

Na většinu z těchto nevhodných kognitivních strategií spontánně narazíme v průběhu jednotlivých sezení. Cíleně se jim věnujeme v pozdějších fázích léčby. Pacientku vedeme k tomu, aby si uvědomila základní vzorce chybných postojů, které neustále opakuje a které jí brání zvládnout problém. V rámci běžné agendy zpravidla identifikuje konkrétní myšlenku (např. „Nejsem schopná kontrolovat příjem potravy. Jsem úplně nemožná“), kterou by měla jasně formulovat. Potom s ní probereme argumenty, které ji podporují, i ty, které jí odporují. Pacientka si v této polemice připomíná nepřiměřenost svého postoje, seznamuje se s jiným pohledem na problém, relativizuje svoje závěry a vymezuje si novou míru v pohledu na svět i problémové chování. Postupně se tak učí nezaměňovat fakta a pocity a nedělat nepřiměřené závěry. Tím, že tyto myšlenky s pacientkou opakovaně probíráme (vracíme se k nim na příštím sezení), se oslabuje jejich vliv a „automatický“ charakter.

S myšlenkami typu „Nemohu se mít ráda, když nebudu vážit méně než..., nebo když příberu“ pracujeme podobně jako s jinými negativními myšlenkami. Děvčata s PPP často přicházejí do terapie s očekáváním, že se v jejím průběhu naučí mít rády svoje tělo. Dramaticky popisují, jak se nemají rády („Musím zvracet, protože nesnáším sebe, protože nenávidím svoje tělo“). Dotazováním poměrně snadno zjistíme, že změnu postoje mají spojenou s kategorickým očekáváním vázaným na snížení tělesné hmotnosti nebo se změnou tělesných proporcí. Někdy je možné využívat specifické techniky poskytující pacientce přiměřenou zpětnou vazbu a dialog s dysfunkčním pohledem na svoje tělo, jako je práce s videozáznamem, fotografiemi nebo komentovaná kresba postavy. Využívány jsou i relaxační techniky nebo psychogymnastika. Důležité je neučinit z negativního postoje ke svému tělu ústřední problém léčby PPP. Tím bychom jen posílili nevhodné očekávání, že

přiměřené jídelní návyky jsou podmíněny spokojeností se svým tělem. Cílem terapie není dokonalé tělo ani stoprocentní spokojenost s tělesným vzhledem. Člověk může být nespokojený se svým tělem a jíst bezpečně. Může mít výhrady ke svému tělu a být úspěšný, atraktivní a šťastný.

Terapeut by měl vždy akceptovat strach, který doprovází tělesné změny u tloustnoucích anorektiček. Jejich pocity jsou pochopitelné a autentické. Mohou chtít přibrat a současně je může děsit zaplněný vystupující žaludek, nahmátnutí povoleného svalu nebo oteklé tváře. Pacientky by měly být seznámeny s tělesnými disproporcemi, které doprovázejí změny tělesné hmotnosti (zejména zaplnění zažívacího traktu, zvracení a otoky), a s tím, jak mohou jejich pocity měnit vnímání těla. Je vhodné detailně probrat premorbidní vztah k jednotlivým tělesným částem, jejich současná očekávání a reálné možnosti, včetně možného nadhodnocení. Pacientka by se měla učit znát svoje tělo a pečovat o něj neohrožujícím způsobem. Je vedena k tomu, aby získala realistickou představu o svém tělesném vzhledu.

Kromě zpochybňování nevhodných očekávání týkajících se vlastního těla, jeho proporcí a váhy (otázky přiměřené tělesné hmotnosti, „rodinných“ tělesných proporcí, vztah úzkosti a vnímání, vztah těchto postojů a jídelního chování ap.), připomínáme pacientce relativnost a sociální kontext postojů k tělu a tělesné kráse. Většina jejich vrstevnic není spokojena se svým tělem a s energií, kterou pacientka věnuje sebekontrolě, úměrně vzrůstá i její zájem a kritičnost. Významná je také otázka zájmů a zájmových aktivit nemocného. Některé aktivity pomáhají vylepšit představu o těle, jiné mohou být kontraproduktivní (např. návštěva posilovny). Podle potřeby je pacientka vedena k tomu, aby přestala skrývat svoje tělo a nebála se konfrontace s ostatními (návštěva bazény, slunění, změna oblečení ap.).

### **Prevence relapsu**

V závěru léčby je třeba připravit pacientku na nebezpečí a rizika, která mohou nastat v budoucnu. Anorektičkám je třeba nabídnout podporu i v období, kdy jedí víc a kdy jim hrozí, že by se mohly začít přejídat. Nebezpečné jsou zejména postoje, které zná většina dietářů „Nemám postavu, jakou bych si přála, tak už je jedno, co a jak sním“ nebo „Když se nemohu kontrolovat, jak bych si přála, tak se nebudu kontrolovat vůbec“. Jak anorektičky, tak bulimičky musí být varovány před nebezpečím diet, které představují nebezpečí příliš přísných životních mantinelů. Stejně tak si mají vyzkoušet, že se mohou „rozumně“ kontrolovat v jídle a nemusí to být dieta, že mohou mít strach z tloušťky a nemusí se nadměrně kontrolovat. Zrekapitulujeme problematiku bezpečného nakupování, přípravy a výběru jídla, jídelního režimu a zásob. V závěru léčby si pacientky rovněž zvykají, že mohou udělat dietní chybu a nic se neděje (představa selhání je v kategorii negativních myšlenek). Chyby si ale nemají plánovat a je rozdíl mezi chybou a nebezpečným vývojem. Vracíme se k některým nebezpečným situacím, jako jsou Vánoce, rodinné oslavy a výjimečné události spojené s jídlem a nezvyklou fyzickou zátěží. V té době by si už pacientky měly vyzkoušet, že mohou jíst víc, než byly často zvyklé, jíst pravidelně a žádné jídlo si nezakazovat a že se jejich tělesná hmotnost bude pohybovat

v určitém rozmezí. Adaptace na přirozené kolísání tělesné hmotnosti (menstruační cyklus, roční období) znamená nejen, že nepropadnou panice, když se nečekaně zvýší, ale že odolají i pokušení, když se sníží. Neopomeneme problematiku nadměrného pohybu a aktivit. S bulimičkami je vhodné někdy probrat problematiku výkyvu nálad, alkoholu a drog.

Součástí prevence relapsu je rekapitulace dosavadního vývoje, vyzdvižení pozitivních momentů a přeformulování problému. Nejistota z dalšího vývoje je přirozená, ale nemocný už ví jak problém identifikovat a zvládnou. V případě problému je vhodné se na nějakou dobu vrátit k záznamům a souhrnu vhodných strategií, které pomáhají zvládnou nutkání přejíst se, zvracet nebo nejíst. S každou pacientkou probereme její slabá místa a jak identifikovat nebezpečný vývoj, který se někdy může jevit jako odůvodněný („Nemám čas na jídlo“ nebo „Když jsem ve stresu, tak nemohu tolik jíst“). Jsou to situace spojené s nadměrnou zátěží, emočními a rodinnými problémy, s prací nebo změnou prostředí. V budoucnu mohou být také nebezpečné všechny situace, které doprovází změna jídelních návyků a tělesné hmotnosti. Proto probereme zejména možnosti diety ze zdravotních důvodů, změny životních podmínek (např. odjezd do zahraničí, nástup do práce nebo na koleji) a těhotenství. Před ukončením terapie si pacientka zvyká bezpečně jíst i bez jídelních záznamů, ke kterým je však vhodné se vrátit v případě problému. Jako záchranný bod může pacientce posloužit také manuál.

## 8.8.4 Literatura

1. BRUCH, H.: *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*. New York: Basic Books, 1973.
2. COOPER, P.J.: *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání*. Olomouc: Votobia, 1995.
3. CRAIGHEAD, L. W., AGRAS, W. S.: *Mechanisms of action in cognitive-behavioral and pharmacological interventions for obesity and bulimia nervosa*. J. Consult. and Clin. Psychology, 1991, č. 59, s. 115–25.
4. FAIRBURN, CH. G., WELSCH, S. L. et al.: *Risk factors for bulimia nervosa*. Arch. Gen. Psychiatry, 1997, č. 54, s. 509–517.
5. FAIRBURN, CH. G., JONES R., PEVELER R., HOPE R.A., O'CONNOR, M.: *Psychotherapy and bulimia nervosa: The longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behaviour therapy and cognitive behaviour therapy*. Arch. Gen. Psychiatry, 1993, č. 50, s. 419–428.
6. FAIRBURN, CH. G.: *Kognitivně behaviorální přístup k léčbě mentální bulimie*. In: Krch, F. D. (ed.): *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 1999, s. 138–149.
7. FISHER, M.: *The course and outcome of eating disorders in adults and adolescents*. A Review of Adol. Med., 2003, č. 14, s. 149–158.
8. GARNER, D. M., BEMIS, K. M.: *A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa*. Cognitive Therapy and Research, 1982, č. 19, s. 349–353.
9. GARNER, D. M.: *Přehled léčby poruch příjmu potravy*. In: Krch, F. D. (ed.): *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 1999, s. 127–138.

10. KRCH, F.D.: *Mentální anorexie*. Praha, Portál, 2002.
11. KRCH, F. D.: *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada, 2003.
12. VITOUSEK, K. B.: *Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa*. In: Brownell, K. D., Fairburn, Ch. G. (eds.): *Eating Disorders and Obesity*. New York: Guilford Press, 1995, s. 324–329.
13. VITOUSEK, K. B., ORIMOTO, L.: *Cognitive-behavioral models of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and obesity*. In: Dobson, K. S., Kendall (eds.): *Psychopathology and Cognition*. San Diego: Academic Press, 1993, s. 191–194.
14. WHITE, J.G.: *The use of learning theory in psychological treatment of children*. J. Clin. Psychol., 1959, č. 15, s. 227–229.
15. WILSON, G. T., FAIRBURN, CH. G., AGRAS, W. S.: *Cognitive-Behavioral Therapy for Bulimia Nervosa*. In: Garner, D. M., Garfinkel, P. E. (eds.): *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. New York: Guilford Press, 1997, s. 67–93.

## 8.9 KBT obezity

Iva Málková

### 8.9.1 Popis poruchy

Obezita je **definována** jako **zvýšené množství tukové tkáně**. Je to multifaktoriálně podmíněná metabolická porucha a je nutné brát v úvahu individuální genetiky podmíněnou náchylnost k hromadění tukových zásob při pozitivní energetické bilanci (Hainer, 1997). Pokud by tato definice přesně vystihovala problematiku obezity, měla by být terapie doménou somatické medicíny a somaticky orientovaných lékařů, a bohužel zatím tomu tak často je. Obezitu je však třeba pojímat komplexněji, není to jen porucha týkající se nevhodného složení těla, ale je to též odlišnost kognicí a emocí obézních, kteří často v důsledku černobílého myšlení prožijí život „ve jménu hubnutí“. Život obézních se skládá z období, kdy nasadí radikální nevhodnou dietu, a z období absolutní nekontroly a nadměrného příjmu potravy, kdy sbírají síly na zahájení další diety. Proto je třeba i terapii pojímat komplexněji a neléčit jen somatickou poruchu, nevhodné stravovací a pohybové návyky, ale zaměřit se též na **kognice a emoce**, které k nevhodnému **chování** vedou. To platí zejména o lehčím stupni obezity (BMI do 35), který je procentuálně nejvíce zastoupen a kde je KBT velmi efektivní. Proto se této kategorii obezity (a nadváze) budeme věnovat především. U obézních s těžkým stupněm obezity (zejména BMI nad 40) je potřeba KBT kombinovat s dalšími přístupy (farmakoterapie, chirurgický přístup, nízkenergetické bílkovinné diety) a rozhodně je nutná odborná spolupráce s lékařem-obezitologem.

#### 8.9.1.1 Klinické projevy

Blíží se Vánoce. Po přísné dietě, kdy Marie úspěšně zhubla za 4 týdny 5 kg, poprvé po měsíci vzala do úst na Mikuláše čokoládu a najednou na ni dostala neodolatelnou chuť. Začala péct cukroví a dlouho odpírané sladké, které miluje, se jí téměř stalo drogou. Přestala se vážit a zvýšila příjem potravy s myšlenkou, že ještě Štědrý den, Silvestr a od Nového roku začne opět s hubnutím. Když vstoupila na váhu, byla překvapená, kolik z pracně zhubnutých kilogramů je zase nahoře. Těchto pokusů o hubnutí s následným přejídáním se má Marie za sebou již nesčíslný počet. Váha bohužel roste. Marie většinou přibere o něco více, než předtím zhubla. Mnoho času svého života stráví přemítáním o hubnutí a nezbyvá jí již dostatek energie na jiné aktivity, které dělávala dříve. Přestala sportovat, protože má problémy s pohybovým aparátem.

Iva má krásné miminko. V těhotenství přibrala předpisově podle tabulek. Mateřská je pro ni velkým životním zvratem i ve vztahu k jídlu. Dříve vůbec o jídle nepřemýšlela, nebylo pro ni důležité. V práci jedla, když šla s ostatními na oběd, a kromě toho, když někdo něco slavil, tam žádná lákadla nebyla. Doma na ni číhá tolik situací a podnětů, které ji provokují k jídlu, i když hlad vůbec nemá a dříve

by ji nenapadalo jíst. Míchání kašiček, dojíždání zbytků, konečně klid po usnutí dítěte a stále dostupná lednička. Nosí sukně na gumu a špatný pocit ze sebe sama ji ještě více připoutává k domovu. Nedovede si představit, že by šla cvičit nebo do společnosti jako dříve. I v hezkém počasí se stydí svléknout se do plavek.

Helena byla vždy aktivní a činorodá. Pak se vdala a postupně zjistila, že se dá trávit víkend po boku manžela i u televize a pohodu umocňovat jídlem. Přijala jeho životní styl. Jak roky přibývají, jedí asi stále stejně, ale pohybu je méně a méně. Poté, co zjistila, že váží 2krát více než při svatbě, přestala na váhu vstupovat. Jen obměňuje šatník. Zatím ji ani vysoký tlak a cukrovka nepřiměly k tomu, aby začali spolu s manželem (který je s tímto životem spokojen a nemá rád změny) žít trochu jinak.

S obezitou jsou spojena jak **zdravotní** rizika (kardiovaskulární onemocnění, diabetes 2. typu, ortopedické, kožní komplikace a další), tak **psychická**. Společenské posuzování obezity je poplatné kulturním tradicím společnosti, kde ještě stále vítězí ideál ženského těla, jehož míry se blíží mentální anorexii. Nadváha je spojována s nedostatkem sebekontroly, která je v současném výkonově orientovaném světě významnou hodnotou. Obézní jsou někdy považováni za méněcenné jak z hlediska fyzické atraktivity, tak bývají nadbytečné kilogramy spojovány s negativními osobnostními vlastnostmi (jsou „líní, bez vůle, hloupí, oškliví“) a s horšími profesionálními kvalitami. I v populárních médiích jsou prezentováni s negativní konotací. I přes tuto diskriminaci a případně ztížené společenské uplatnění se neukazují v psychologických testech významné osobnostní rozdíly mezi lidmi s normální hmotností a obézními. Společenský ideál štíhlosti se však podílí na tom, že obézní mívají zkreslené vnímání **vlastního těla**, ke kterému mají negativní postoj. Neuvedomují si, že hodnota jejich osobnosti nespočívá v jejich hmotnosti, ale že se mohou mít rádi pro svoji laskavost, humor, inteligenci ap. **Behaviorálním** následkem obezity bývá odkládání některých aktivit „až po redukci váhy“ (navázání partnerských vztahů, nalezení lepšího pracovního místa, zahájení pohybové aktivity, koupání se ve veřejných prostorách, zapojení se do společenského života ap.). **Kognitivní** následky se projeví v nadměrném zabírání se problematikou redukce hmotnosti a v negativním postoji k svému tělu. **Emočním** důsledkem bývá rozladěnost. U obézních, kteří již vyhledají odbornou pomoc, kteří trpí záchvatovitým přejídáním či bulimií (Brownell et al., 1995), nebo zvolí pro redukci hmotnosti přístup blízký se hladovkám, se může vyskytovat deprese a úzkost. Obezita vede někdy ke zhoršení kvality života.

### 8.9.1.2 Diagnóza

**Obezita je definována zmnožením tukové tkáně v organismu.** Podíl tuku v organismu je určován pohlavím, věkem a etnickým charakterem populace. Fyziologicky je vyšší podíl tuku u žen (norma do 28–30 %) než u mužů (norma do 23–25 %). S věkem podíl tuku v těle stoupá. Vzhledem k tomu, že ne vždy je možné tuk změřit, používají se k hodnocení obezity různé indexy. Nejběžněji používaný je **index tělesné hmotnosti BMI** (z angl. Body Mass Index), který definoval v mi-

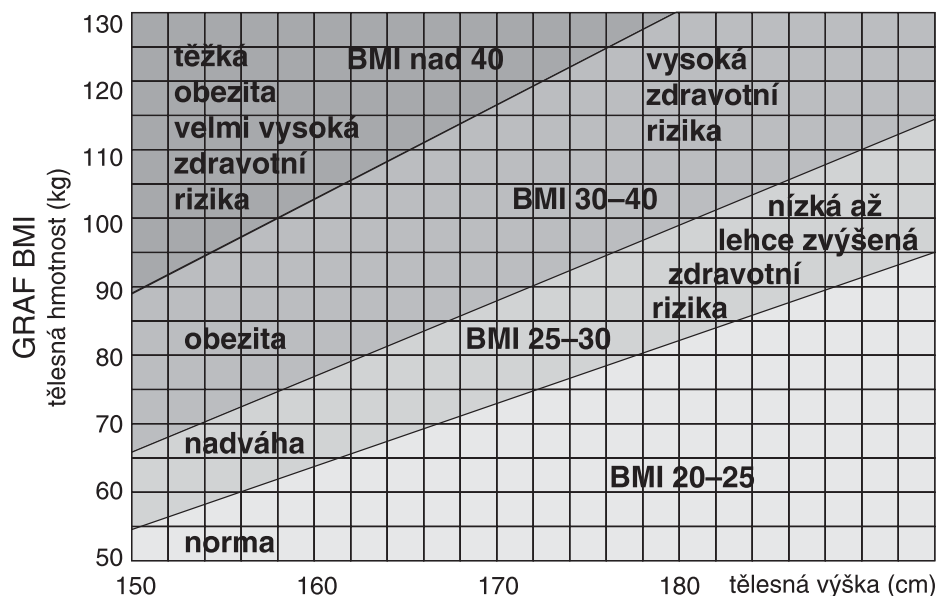


nulém století A. Quetelet. BMI se vypočte tak, že se hmotnost vyjádřená v kilogramech dělí druhou mocninou výšky, která je vyjádřena v metrech.

$$\text{BMI} = \text{tělesná váha (kg)} / [\text{výška (m)}]^2$$

BMI si můžete najít též podle tabulky.

**Obrázek 8.9.1:** Graf BMI



BMI představuje orientační hodnocení obezity, nezachycuje podíl tuku a beztukové hmoty. Při stejném BMI mají ženy větší podíl tuku než muži a starší jedinci větší podíl tuku než jedinci mladší. U sportovců provozujících silové sporty (vzpěrači, kulturisté) vyšší BMI může odrážet zmnožení svalové hmoty, a ne zmnožení tuku. Též některé etnické rasy mohou mít různý podíl tuku při stejném BMI. I přes výše uvedení výhrady je BMI nejjednodušším měřítkem obezity a můžeme dle něho určit zdravotní rizika spojená s obezitou (Hainer, 1997).

### Zdravotní rizika podle kategorií BMI

| BMI         | Kategorie podle WHO IOTF | Zdravotní rizika       |
|-------------|--------------------------|------------------------|
| 18,5 – 24,9 | normální rozmezí         | minimální              |
| 25 – 29,9   | NADVÁHA                  | nízká až lehce zvýšená |
| 30 – 34,9   | OBEZITA I. stupně        | vysoká                 |
| 35 – 39,9   | OBEZITA II. stupně       | vysoká                 |
| > 40        | OBEZITA III. stupně      | velmi vysoká           |

## Definice obezity podle rozložení tuku

Z hlediska zdravotních rizik je významné rozložení tuku.

### Obezita viscerální, útrobní, androidní, mužského typu, jablku podobná:

Je charakterizována hromaděním tuku uvnitř břicha a v oblasti hrudníku. Je spojena s vyšším výskytem metabolických a kardiovaskulárních komplikací obezity.

### Obezita gynoidní, ženského typu, hrušce podobná:

Je charakterizována množstvím podkožního tuku zejména na hýždích a stehnech. Z hlediska zdravotního je méně riziková než mužský typ obezity. Dříve se klasifikoval androidní a gynoidní typ obezity podle poměru mezi obvodem pasu a boků. Dnes se považuje za postačující ukazatel metabolických a kardiovaskulárních rizik pouze obvod pasu (měří se v horizontální rovině uprostřed vzdálenosti mezi hřebenem kosti kyčelní a spodním okrajem posledního žebra).

### Obvod pasu určující zvýšené a vysoké riziko metabolických a kardiovaskulárních komplikací obezity u mužů a žen

|      | Zvýšené riziko | Vysoké riziko |
|------|----------------|---------------|
| Muži | > 94 cm        | > 102 cm      |
| Ženy | > 80 cm        | > 88 cm       |

KBT je většinou postačující u lidí s nadváhou či mírným stupněm obezity (BMI do 35) bez zdravotních komplikací. U obezity těžšího stupně či při zdravotních komplikacích je vhodná spolupráce s obezitologem, případně je užitečné kombinovat KBT s jinými postupy aplikovanými v terapii obezity.

## 8.9.1.3 Epidemiologie

Výskyt obezity stoupá nejen v rozvinutých zemích, ale v poslední době i v rozvojových zemích, které s ekonomickým rozvojem přebírají „toxické prostředí“ typické pro západní civilizace (stravovací návyky, nedostatek pohybu). **Prevalence obezity** v Evropě dosahuje 10–20 % u mužů a 10–25 % u žen. Nejvyšší výskyt obezity zaznamenáváme ve střední a východní Evropě, kde nadváha (BMI větší než 25) postihuje více než 50 % dospělé populace. V České republice dosahuje prevalence obezity **20 % u žen a 16 % u mužů a 50 % má vyšší než normální hmotnost** (Hainer, 1997). Vidíme, že obezita dosáhla takových rozměrů, že není v moci odborníků věnovat se každému jednotlivci. Z různých přehledů se ukazuje, že se pokouší hubnout mezi 40–80 % dospělé populace, alespoň 1krát za život drží dietu 95 % žen (Málková, 1994). V České republice na jednoho obvodního lékaře připadá 220 obézních pacientů (BMI 30–35), na jednoho odborníka specializovaného na obezitu připadá 2825 středně až těžce obézních (BMI > 35). V České republice existuje pět center pro diagnostiku a léčbu obezity (v Praze, Plzni, Hradci Králové, Brně a Ostravě), která jsou určena pro pacienty s těžkou obezitou nebo pro pacienty se zdravotními problémy souvisejícími s kily navíc. Když si uvědomíme, že

v České republice má každý druhý člověk nadváhu, je jasné, že se mnoha milionům hubnoucích nemůže dostat odborné pomoci. Proto mají stále větší význam **programy**, jež mohou při nižších nákladech poskytnout pomoc dalšímu počtu obézních.

#### 8.9.1.4 Etiopatogenetické faktory

Jak vyplývá z kapitoly 8.9.1.1, obezita má celou řadu příčin. V dalším textu této kapitoly se zaměříme výhradně na ty, u nichž KBT přichází jako léčebná metoda v úvahu. Přesně definované endokrinní a geneticky podmíněné či medikamentózně navozené obezity (např. Cushingův syndrom, hypotyreóza ap.) tvoří nepatrné procento všech obezit a zde je základem léčba jiná než KBT.

Na vzniku a udržení obezity se podílí mnoho faktorů, mezi nejdůležitější patří **biologické, psychologické a sociální**. Tyto faktory spolu navzájem interagují a navíc vliv těchto jednotlivých faktorů se může měnit v různém prostředí, za různých podmínek. U každého individua se faktory mohou uplatňovat odlišně (Málková, 1995).

##### Biologické faktory

Biologické faktory bývají podrobně rozebírány v různých publikacích zabývajících se obezitou z lékařského hlediska, a proto je probereme pouze stručně. Základní a nejčastější příčinou podílející se na vzniku a uchování obezity je **dlouho-trvající nepoměr mezi přívodem energie a energetickým výdejem**. K tomuto nepoměru může dojít buď dlouhodobě zvýšeným příjmem energie, nebo sníženou tělesnou aktivitou, pokud není provázena přiměřeným snížením příjmu stravy. Regulace hmotnosti není schopna kompenzovat nevhodné stravovací návyky a nedostatek tělesného pohybu. Teprve později dochází k poruchám látkové přeměny (metabolismu), především cukrů a tuků. Příčinu vzniku obezity nelze však redukovat na nekázeň v jídle, nedostatek vůle a nedostatek pohybu. Obezita je multifaktoriálně podmíněná metabolická porucha a je nutné brát v úvahu individuální **geneticky** podmíněnou náchylnost k hromadění tukových zásob při pozitivní energetické bilanci (Hainer, 1997). Důležitým faktorem je tzv. úsporný („thrifty“) gen – dědičné vybavení, zajišťující ukládání energie již při jejím mírném přebytku. Bylo prokázáno, že jsou **genetické vloh** i k **pohyblivosti**, tedy k energetickému výdeji.

##### Psychologické faktory

Psychologické faktory se podílejí nejen na vzniku, ale zejména na udržení obezity v tom smyslu, že většinou po redukci hmotnosti dojde k nabrání ztracených kilogramů. Pro vznik obezity je typický fakt, že obézní nejedí z hladu, ale v důsledku „toxického prostředí“, kdy jsou povzbuzováni ke konzumaci nevhodných potravin v nadměrných dávkách (viz interpersonální faktory). Častá je **souvislost mezi stravovacími návyky a emocemi, ať už kladnými nebo zápornými**. Slast z jídla je spojována s pocitem pohody, dobra, emoční jistoty již v novorozeneckém věku.

V pozdějším věku je příjemné posezení s přáteli spojováno s posezením v kavárně při sladkostech. Jídlo se stává prostředkem k navazování společenských vztahů a získávání náklonnosti. **Umocnění pohody jídlem** přetrvává i v dospělosti (jídlo při televizi, knížce, nadměrná konzumace jídla při oslavách ap.). **Častým důvodem k přejídání jsou však i negativní emoce.** Pokud matka reaguje nevhodně na nespokojenost dítěte, např. když je pomočené, nabídne mu potravu, nenaučí se dítě odlišovat hlad od ostatních tělesných pocitů a potřeb, nenaučí se rozlišovat mezi fyziologickými a psychologickými aspekty hladu, což přetrvává i do dospělosti. Jídlo slouží jako náhrada nejrůznějších hodnot. Stává se náhražkou uklidňujících prášků, vyvolává dojem duševní pohody. Pokud si lidé navynou uchýlovat se k jídlu ve stresových situacích pravidelně, stane se pro ně jídlo „drogou“. Toto funguje i fyziologicky, neboť po jídle se vyplavují látky endorfiny, které přispívají k vytváření dobré nálady. Vidíme tedy, že stravovací návyky jsou často v úzké souvislosti s emočními potřebami. Návyk řešit zátěžové situace jídlem se prohlubuje, a přestože jsou už problémy vyřešeny, často zůstává příjem potravy nadměrný. Nadměrný příjem potravy u obézních není tedy většinou spouštěn hladem, ale právě reakcí na jiné podněty. Lze tedy shrnout, že příjem potravy není často dán fyziologickou potřebou, ale je *napodmiňován na kladné či záporné emoční prožitky*. Hlavním problémem při **udržení váhových úbytků** – zejména vlivem společenského tlaku – je stanovení si nereálných cílů. Obézní si v důsledku dysfunkčních myšlenek kladou velké cíle, jak vzhledem k množství zhubnutých kilogramů, tak k očekáváním, která by měla tyto váhové úbytky doprovázet (navázání partnerského vztahu, lepší pracovní místo). Při nedosažení maximálního cíle neberou v úvahu v důsledku dysfunkčních myšlenek dílčí důležité úspěchy, které terapii dosáhli. *Podhodnocují váhový úbytek*, kterého dosáhli a *minimalizují další zisky* pramenící z tohoto úbytku. Pokud se jim nepodaří stoprocentně dosáhnout cíle, podceňují částečné váhové úbytky a nedokáží se z nich radovat. V důsledku toho se obviňují se z neschopnosti sebekontroly. To je vede zpět k původním návykům a k opětovnému zvýšení hmotnosti. Na vzniku dysfunkčních myšlenek se podílí též negativní postoj k vlastnímu tělu, který je vytvářen jak společenským tlakem obecným, tak tlakem blízkého prostředí („úspěch závisí na štíhlosti“, „jen štíhlí lidé se dovedou kontrolovat“, „mohu si věřit, jen pokud budu štíhlý“ ap.)

### Sociální faktory

Mezi tyto faktory patří tlak společnosti k nadměrnému energetickému příjmu a ke snižování energetického výdeje. Dále hrají roli sociografické determinanty, jako je např. vzdělání, společenské postavení, zaměstnání, příjem, velikost domácnosti, pohlaví, národnost, rasa. Co se týká **společenského postavení**, ženy v nižších sociálních vrstvách jsou tělesně silnější než ve vyšších. U mužů toto donedávna neplatilo: mocnější muži byli silnější. Nyní však začíná trend, aby i muži ve vyšších společenských vrstvách dbali na svou hmotnost. Tělesná hmotnost bývá v rozvinutých zemích vyšší u lidí s **nižším vzděláním** a u lidí žijících na **venkově**. Pojímání obezity má vztah i ke **klimatu**. Tukové vrstvy pod pokožkou v chladných

krajích poskytují ochranu před drsným podnebím, zatímco v tropických krajích by byly utrpením. Klimatické podmínky potom ovlivňují skladbu potravy. Tukové zásoby jsou někdy umístěny jen na **určitých částech lidského těla** (např. velké hýždě Hotentotů v Jižní Africe, ukládání tuku na břicho a hrudníku příslušníků kavkazských národů ap.).

Výskyt obezity je v nepřímém vztahu k **velikosti rodiny**. Dítě-jedináček má mnohem větší šanci stát se obézním, než kdyby žilo v rodině s více dětmi. Důležité jsou **historické epochy a vlivy kultury**. Obecně jsou postoje k jídlu a jeho úroveň dány hospodářsko-materiálním stavem společnosti, stupněm civilizace a celkovou kulturní vyspělostí. Stravovací návyky jsou v kultuře hluboce zakořeněny a mohou být měněny jen pozvolna silami, které utvářejí celkové kulturní změny. Výskyt obezity v různých kulturách je tedy dán jednak dostupností jídla a dále ideálem tvaru těla, zejména ženy. Nesmíme zapomenout ani na vliv kultury, co se týká **tělesné aktivity** (módní vlivy aerobiku, spinningu, bojových sportů, kalanetiky, joggingu, walkingu – naproti tomu rozvoj automobilového průmyslu). Mezi další **vlivy zevního prostředí**, ve kterých se jednotlivé kultury liší, bychom mohli zařadit prostředí při jídle, formu stolování, způsob úpravy a konzumace jídla, chování spolustolovníků, mezilidské vztahy, které ovlivňují postoj k jídlu a výběr pokrmů, vliv společenských názorů na jídlo, módní vlivy, vliv reklamy a řadu dalších vnějších faktorů. Mezi důležité vlivy zevního prostředí patří též **kolektivní zařízení** – školky, školní a závodní jídelny. S potěšením lze konstatovat, že nabídky na zdravé stravování v restauracích jsou stále širší. Na druhé straně roste množství nabídek nevhodného stravování „fast food“. Je tedy důležitá jak racionální terapie ve vztahu k základům racionální výživy, tak kognitivně behaviorální terapie ve smyslu vhodného výběru stravování samotnými strávnickými.

### 8.9.1.5 Diferenciální diagnóza a komorbidita

#### Obezita a poruchy příjmu potravy

Obezita a poruchy příjmu potravy mají některé **společné charakteristiky**. Obezita hraje významnou roli v etiologii poruch příjmu potravy a přísné diety následované přejídáním hrají roli při rozvoji obezity. Pro poruchy příjmu potravy i obezitu je příznačná **přehnaná kontrola, nevhodné stravovací návyky a dysfunkční kognice**. Lidé s bulimií, záchvatovitým přejídáním či obezitou mají často pocit, že nejsou schopni ovlivňovat jiné životní oblasti než oblasti týkající se jídla, váhy, tvaru těla ap. Pocit kontroly se snaží navodit dodržováním striktních pravidel příjmu potravin – tedy dodržování diety, bulimici přidávají navíc kompenzační chování k přejedení, jako je zvracení, užívání laxativ a diuretik. Striktní dodržování pravidel pro ně znamená sílu a úspěšnost, sebemenší porušení je pro ně výrazem slabosti. Ve vztahu ke stravovacím návykům je pro bulimiky i obézní typické: zákaz příjmu jídla v určitém časovém úseku, odmítání určitých potravin nebo konzumace velmi malého množství potravin. To se střídá s obdobím přejídání se. V jejich problematických automatických myšlenkách, které se týkají především

jídla, váhy, tělesných tvarů ap. se vyskytují typické logické chyby v myšlení popsané Beckem. U bulimiků se vyskytují všechny příznaky ve větší míře, a navíc oproti záchvatovitému přejídání a obezitě se vyskytuje kompenzační chování. Pro bulimiky je efektivní též KBT, ale je třeba využít odlišných postupů než při terapii obezity.

### Nevhodná redukce hmotnosti

Pokud obézní redukují hmotnost nevhodným způsobem, kdy se striktní omezení příjmu potravy blíží hladovění, může to mít negativní vliv na prožívání. Hubnoucí bývají emočně labilní, trpí úzkostí, depresí, klesá sebevědomí, dochází k sociální izolaci, vzrůstá jejich zájem o jídlo a ubývá zájem o jiné oblasti života, dochází k sociální izolaci (Wadden et al., 1986). Některé studie (Brownell et al., 1994) poukazují na spojitost mezi kolísáním hmotnosti, morbiditou a mortalitou. Opakovaná nebo chronická odtučňovací dieta může podle těchto autorů predisponovat jedince k poruchám v příjmu potravy včetně bulimie. Obézní se sklonem k záchvatům přejídání mívají horší výsledky v programech snižování nadváhy než nepřejídající se obézní.

### Zdravotní rizika spojená s obezitou

S obezitou jsou spojena značná **zdravotní** rizika, a to v závislosti na stupni a typu obezity (viz výše). Nejzávažnější z nich (kardiovaskulární komplikace, hypertenze, diabetes 2. typu) se sdružují jako tzv. syndrom inzulínové rezistence u osob s androidní obezitou. Takoví jedinci mají značně zkrácenou dobu dožití a od středního věku trpí závažnou nemocností. Na stupni obezity závisí respirační poruchy, gastrointestinální, ortopedické a kožní komplikace a další.

#### 8.9.1.6 Průběh

Obezita vzniká v důsledku kombinace dědičných faktorů s faktory biologickými, psychologickými a sociálními. **Rizikovým obdobím** pro vznik obezity je věk kojenecký (prevencí vzniku obezity je kojení), nástup do školy, puberta, těhotenství, mateřská dovolená, klimakterium. Obezita rodičů zvyšuje riziko vzniku obezity u dítěte jak genetickými faktory, tak „společným talířem – tradičními stravovacími návyky.“ Pro průběh obezity je typické, že se **střídají období snižování a zvyšování hmotnosti**. Špatné výsledky v udržení váhových úbytků mohou být přičítány faktu, že redukce hmotnosti (weight loss) je jeden proces, kdy musí dojít k energetické nerovnováze, a udržení nové, nižší hmotnosti (weight lost) je proces odlišný, na který se již většinou terapie nesoustředí. Kontrola hmotnosti je celoživotní proces. I u úspěšně zhublých klientů zůstává celoživotní dispozice a v závažných situacích může dojít k recidivě.

## 8.9.2 KBT pohled

### 8.9.2.1 Behaviorální faktory

Nevhodné stravovací a pohybové návyky jsou behaviorálními faktory, které hrají důležitou roli při vzniku a přetrvávání obezity.

Mezi nejčastější „zlovyky“ týkající se **stravovacích návyků** patří:

Příjem **nepřiměřeného množství jídla** (příjem v průměru nad 10 000 kJ)

Výběr **nevhodného jídla** (nadměrný příjem tučných mléčných a masných produktů, sladkostí, potravin z bílé mouky, nedostatek zeleniny ap.)

Příjem potravy v nesprávné **skladbě** (nadměrný příjem živočišných tuků a jednoduchých cukrů)

**Nevhodný režim** jídla (jedení 1–2krát denně, přesouvání jídla do druhé poloviny dne)

**Nevhodný pitný režim** (příjem menší než 2l tekutin, převaha nápojů s kofeinem, příjem energetických nápojů)

Mezi nejčastější „zlovyky“ týkající se **pohybových návyků** patří:

**žádná pohybová aktivita**

**nevhodná pohybová aktivita** (nevhodný druh pohybu, nadměrná nebo nedostatečná intenzita a nedostatečná frekvence)

### 8.9.2.2 Kognitivní faktory

**Při vzniku a přetrvávání obezity hrají zásadní roli kognitivní mechanismy.**

První chybou je už **vytyčení si nereálných cílů**. Při jejich stanovování je typické **černobílé myšlení** – pokud klient nedosáhne maximálního cíle, necítí potřebu udržovat dosažený dílčí cíl a vrací se k původním nevhodným návykům. To se týká jak cílů vztahujících se k váhovým úbytkům (váhový cíl, se kterým klient přichází, je velmi často nereálný), tak tzv. primárních cílů (zmenšení konfekční velikosti, zvýšení sebedůvěry, lepší profesní zařazení, vykonávání pohybové aktivity ap.). Dalším problémem je **volba nevhodných způsobů redukce nadváhy**. Po „nasazení“ přísné diety či nevhodné fyzické aktivitě dojde po určité době přirozeně k porušení nepříjemného způsobu redukce nadváhy. Důsledkem jsou opět tzv. automatické negativní **myšlenky**, které navodí zhoršení **nálady**, což má dopad na **chování** – obézní se zcela přestane kontrolovat a hledá útěchu v jídle.

Dalším problémem je **zkreslené vnímání těla**, kdy nespokojenost se svým tělem je často spouštěčem zvýšeného příjmu potravy a důvodem opomíjení pohybové aktivity. Pod pojmem vnímání vlastního těla rozumíme představu nezávislou na reálné hmotnosti a tvaru. Obézní si vytváří tento obraz na základě mnoha faktorů již od dětství, kdy jsou důležité postoje rodičů, vrstevníků, lékařů a později partnerů. Rovněž je důležité společenské klima. Pouze v několika málo zemích je obezita znakem prosperity a zdraví, většinou je na obezitu pohlíženo jako na

„estetický kriminální čin“. V naší zemi se společenský ideál štíhlosti a diskriminace obézních podílí na tom, že obézní mají pocit, že jejich těla jsou ošklivá, směšná, odporná, líná. Čím déle trvá jejich obezita, tím více je negativní postoj k tělu posilován. Negativní postoj se udržuje díky chybám v myšlení, jako jsou např. negativní predikce („lidé mě nebudou brát vážně, protože jsem tlustá“), kritické myšlenky vztahující se k váze a tvaru těla („vždycky budu mít velký zadek“), které mohou být odrazem obecnějších dysfunkčních myšlenek („úspěch závisí na štíhlosti“).

### **Příklady chyb v myšlení, které vedou k nevhodnému chování**

**Selektivní výběr** – člověk dělá závěry na základě izolovaných detailů, zatímco podstatné znaky zanedbává. (Např.: „Včera jsem po dlouhé době, kdy jsem se úspěšně kontroloval, neodolal a snědl plný talíř knedlíků. Je zřejmé, že se neumím vůbec ovládat a nemá cenu, abych se nadále pokoušel hubnout.“)

**Nadměrná generalizace** – subjekt si na základě jedné události stanoví pravidla, která používá i na jiné odlišné situace, kde je jejich aplikace nevhodná. (Např.: „Jedl jsem celý den jen jablka a přibral jsem, již nikdy nebudu jíst ovoce.“)

**Zveličování** – subjekt přehodnocuje význam nežádoucích důsledků události. (Např.: „Zhubl jsem už ze 120 kg na 110 kg a přesto si v tramvaji na mě dítě ukazovalo, jak jsem tlustý, nemá tedy vůbec cenu hubnout.“)

**Černobílé myšlení** – člověk zdůvodňuje své chování v kategoriích vše nebo nic, myslí v extrémech a absolutních pojmech. (Např.: „Jestliže nezhubnu do týdne o 5 kg, vykašlu se úplně na hubnutí.“)

### **8.9.2.3 Interpersonální faktory**

Interpersonální faktory hrají velmi důležitou roli pro vznik i udržení obezity, protože je to každodenní konverzační téma zejména žen. Velký negativní vliv má tzv. **toxické prostředí**. Obézní jsou povzbuzováni ke konzumaci nevhodných potravin v nadměrných dávkách, kdy je konzumace jídla spojována s určitým životním stylem (např. reklama v televizi, nadprůměrné porce v restauracích, pravidelné stravování ve „fast food“ ap.). Na druhé straně současná civilizovaná společnost vytváří klima negativního postoje k obézním, zesměšňuje je v masových médiích, mechanicky spojuje kila s hodnotou osobnosti, kdy vyzdvihuje vyhublost. Ve velké míře se nabízejí nesmyslné způsoby redukce hmotnosti, které vedou často paradoxně k obezitě a ovlivňují klamavou reklamou převážnou část hubnoucích. Pozitivní vliv hrají různé, především edukativní výživové programy, jejichž rozsah však zdaleka nedosahuje množství škodlivých nabídek na hubnutí.

V **rodině** se často dědí z generace na generaci „**společná kuchyně**“. Při příjmu potravy hraje důležitou roli též blízké **okolí**. Může působit negativně, kdy podněcuje obézního k jídlu (od umocnění pohody při společenských setkáních až po řešení stresu v důsledku negativních interpersonálních vztahů), tak pozitivně, kdy je hubnoucím při změně jeho životního stylu oporou. Obézní často mylně podmiňuje navazování interpersonálních vztahů redukcí hmotnosti.



### 8.9.2.4 KBT model

Obezita je částečně získaná porucha. Její vznik lze vysvětlit principy učení (procesy klasického a operantního podmiňování) a kognitivní teorií.

**Existují tři základní modely učení, z nichž vycházejí metody KBT** (Možný a Praško, 1999, Málková, 1987, Málková 2002).

#### 1. Klasické podmiňování

Z tohoto modelu vycházejí metody, které jsou založeny na učení a odnaučování se vztahů mezi podnětem a reakcí.

##### **Klasické podmiňování: podnět (hlad) → reakce (najím se)**

Pokud by fungovaly jako spouštěče k jídlu přirozené signály hladu a žízně a za jiných okolností bychom nejedli, nenastal by problém obezity. Tyto signály bohužel v průběhu života u obézních vymizely. Nelze se už spolehnout na pocity hladu, obézní nedokážou odhadnout, co je normální, přirozená porce. Nejí na základě fyziologické potřeby, ale jídlo je spouštěno jinými podněty. Tak, jako se Pavlovovi psi naučili slinit nejen na jídlo, ale i na světlo, obézní v důsledku klasického podmiňování přijímají potravu jako naučenou reakci vyvolanou pouhou přítomností určitých vnějších či vnitřních podnětů.

##### **Příklady vnějších podnětů spouštějících jídlo**

*Enviromentální* – přítomnost jídla, vůně pokrmu, míjení obchodu s oblíbeným jídlem, televize, kniha, káva ap.

*Společenské* – svátky, recepcce, oslavy, pozorování druhých, jak jedí ap.

##### **Příklad vnitřních podnětů spouštějících jídlo**

*Fyziologické* – hlad, vyčerpání, tělesné nepohodlí, hormonální změny.

*Kognitivní* – nevhodné myšlenky (po porušení diety – jsem k ničemu, nemá to smysl, začnu od zítřka, vliv reklamy ap.)

*Emoce* – deprese, anxiety, sociální izolace, stresové situace, konflikty, umocnění pohody, klidu ap.

#### 2. Operantní podmiňování

Z tohoto modelu vycházejí metody, které jsou založeny na vztahu mezi reakcí a následkem.

##### **Operantní podmiňování: podnět → reakce → následek** (odměna nebo trest)

Cílem je plánovitá modifikace chování pomocí manipulace s následky – odměnami či tresty, které chování vyvolává. Pouze ta změna, která je nějak pozitivně posílena (odměněna) se udrží, a ta, co je trestána, vymizí. V důsledku podmiňování se obézní naučí např. volit příjem potravy jako řešení stresových situací, kdy při řešení stresu jídlem poklesne napětí, čímž je nevhodné chování posíleno. A naopak při držení přísné diety, nevhodné pohybové aktivitě, nereálném předsevzetí, následují

nelibé pocity, tresty, tedy averzivní důsledky, operantně se zpevní vyhýbavé chování a nově budované chování vyhasne. Cílem terapie tedy je, aby změna stravovacích a pohybových návyků byla pro obézního příjemná, aby se důsledky této změny odrazily ve zvýšené kvalitě života. Jen tak se nové návyky mohou udržet dlouhodobě a váhové úbytky mohou být trvalé.

### 3) Kognitivní teorie

**Třetí model bere v úvahu kognitivní faktory, jako jsou např. procesy vnímání a myšlení hubnouceho.**

**Kognitivní teorie: podnět → kognitivní zpracování podnětu → emoční reakce → chování**

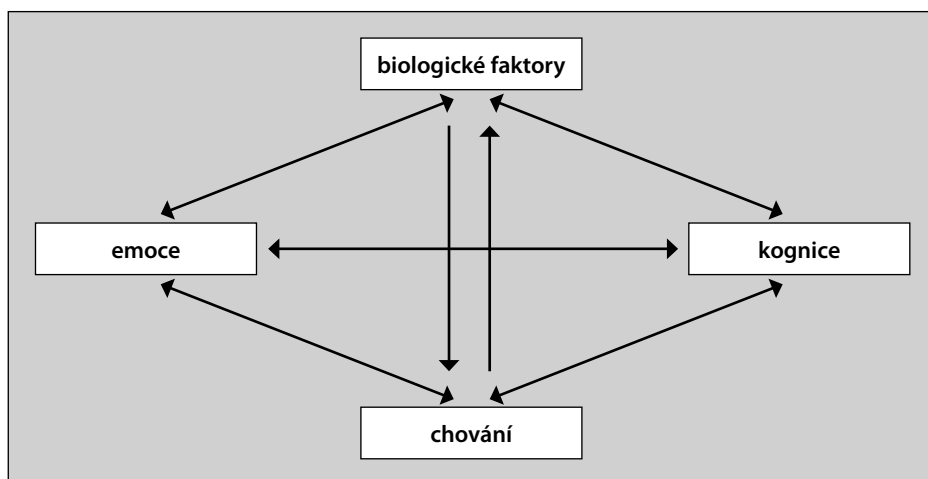
Kognitivní procesy jsou dalším faktorem, který může spouštět nevhodné chování (např. černobílé myšlení ovlivňuje fakt, že buď držím nevhodnou dietu, nebo se přejídám, různá interpretace téhož čísla na váze může ovlivnit chování v pozitivním, či negativním směru ap.).

Kognitivní teorie předpokládají, že kognitivní procesy mají zprostředkující funkci mezi podnětem a reakcí. Není to tedy podnět sám, který vyvolává určité chování, ale význam, který osoba tomuto podnětu přisoudí. Učení může probíhat i bez přímého zpevnění, může probíhat pouze prostřednictvím kognitivních procesů.

#### Systémové pojetí obézního

Většina terapií redukce nadváhy se týká pouze změny v jídelníčku, což je častým důvodem neúspěchu v udržení váhových úbytků. Při hubnutí se však nestačí zaměřit na změnu jídelníčku – chování, ale je nutné ovlivňovat i myšlení a emoce, které k nežádoucímu chování vedou.

**Terapie obezity by měla být komplexnější a dotýkat se tedy nejen chování, ale i dalších složek podle modelu:**



Komplexní přístup předpokládá, že každá z uvedených složek ovlivňuje oblasti ostatní a zároveň je změnami těchto oblastí sama ovlivňována. U obézních hrají v úspěšné terapii velkou roli právě **kognice**. Jak už bylo výše uvedeno, první chybou vedoucí k obvyklému neúspěchu je vytyčení si nereálných cílů a volba nevhodných způsobů redukce nadváhy. Po přirozeném a zákonitým porušení nepřijemného způsobu redukce nadváhy, jako jsou např. přísné diety či nevhodná fyzická aktivita, naskočí tzv. automatické negativní myšlenky: „Zase jsem nedodržel svá předsevzetí, jsem člověk bez vůle, k ničemu...“. Negativní myšlenky ovlivní **emoce**, obézní má pocity beznaděje, smutku, což vede k ovlivnění **chování** – obézní se přestane zcela kontrolovat, hledá útěchu v jídle a dává si nereálné předsevzetí pro další redukci váhy. Tento bludný kruh se v různě dlouhých cyklech opakuje a odčerpává obézním zbytečně mnoho energie, kterou by mohli investovat daleko smysluplněji. Pokud tedy hrají podstatnou roli při vzniku a udržení obezity nevhodné **kognice**, pak je nutné se soustředit na kognitivní terapii. Pokud hrají roli zejména **emoce** – jedení jako reakce na stres apod., využijeme relaxačních a dalších technik. Behaviorálních technik využíváme ke změně stravovacích a pohybových **návyků**. Ať začneme se změnou na jakékoliv úrovni, ovlivníme tím i ostatní složky osobnosti. Nejlépe je ovlivňovat všechny složky osobnosti komplexně.

**Celkově lze shrnout, že chování, myšlení a emoce je možné předvídat, usměrňovat a kontrolovat systematickým ovlivňováním podnětů spouštějících nevhodné chování. Je třeba též systematicky pracovat s důsledky chování.** Díky dosaženým úspěchům, což nejsou pouhé váhové úbytky, ale lepší pocit ze sebe sama, zvýšení sebevědomí, zlepšení tělesné i psychické kondice, a vůbec zlepšení kvality života, se jeho nové chování posiluje a udrží se dlouhodobě. Na konci terapie by obézní měl vědět o svém problému a způsobech, jak ho zvládat. Klient se stává svým vlastním terapeutem a v případě recidivy ví, jak se postavit ke zvládnutí svého problémového chování.

#### 8.9.2.5 Výzkum efektivity KBT

KBT se ukazuje pro návykové chování (drogy, alkohol, obezita) jako jeden z **nejefektivnějších terapeutických směrů**. Objektivní srovnání výsledků týkajících se udržení váhových úbytků je velmi obtížné, protože dosavadní studie (McGuire et al., 1999, Perri et al., 1992, Klem et al., 1992) jsou s ohledem na nejednotnost proměnných těžko srovnatelné. Už samotné terapeutické programy se liší svojí komplexností, v cíli ovlivňování stravovacích a pohybových návyků (např. různá doporučení ve vztahu k charakteru, intenzitě a frekvenci pohybové aktivity, v kombinaci KBT s jinými metodami (např. přidání farmakoterapie či kombinace KBT a nízkoenenergetických bílkovinných diet), heterogenitou vzorku, délkou terapie, apod. Liší se též odlišným kontaktem po terapii (žádný kontakt, plánovaná podpora partnerem, svépomocné skupiny, osobním setkáváním se s terapeutem či kontakt písemnou formou, e-mailem, telefonicky) a délkou a intenzitou kontaktu

trvajících po skončení terapie. Dalším problémem je **definice úspěšnosti terapie** – jak ve vztahu k redukci hmotnosti (množství zhubnutých kilogramů či procent původní hmotnosti, pokles BMI), tak k různému hodnocení udržení váhových úbytků. Většina studií naznačuje, že nejlepších výsledků dosahuje KBT obsahující **komplexní program**, kdy terapie není zaměřena na pouhou redukci hmotnosti, ale zahrnuje i terapii s cílem udržení hmotnostních úbytků (Cooper et al., 2003) s následným pravidelným kontaktem klienta nejlépe s odborníkem (Perri et al., 1992, 1993). Výsledky KBT aplikované ve strukturovaném programu v Kurzech snižování nadváhy v České republice lze hodnotit v porovnání s ostatními studii i přes výše uvedené výhrady velmi pozitivně (Málková, 2004). Čtyřicet procent absolventů si udrželo minimálně 5% úbytek vstupní hmotnosti, což už má ze zdravotního hlediska významný pozitivní přínos.

V porovnání s předchozími výzkumy společnosti STOB se dále ukazuje, že KBT je ve srovnání s laickými metodami hubnutí v naší zemi ve vztahu k udržení váhových úbytků nejefektivnější (Málková, 1994).

## 8.9.3 Terapeutický přístup

### 8.9.3.1 KBT vyšetření

KBT vyšetření u obezity se příliš neliší od běžného KBT assesementu (Možný a Praško, 1999). Terapeut navíc musí mít alespoň základní znalosti z oblasti výživy a pohybových aktivit.

Vyšetření zaměříme na:

1. prozkoumání toho chování, které považujeme za podstatné pro vznik a přetrvávání obezity:
  - a) **stravovací návyky** – zjistíme, co klient jí, jaké množství, skladbu, režim jídla,
  - b) **pohybové návyky** – operacionalizujeme druh, frekvenci a intenzitu pohybové aktivity;
2. zkoumání proměnných, které zvyšují či snižují pravděpodobnost nástupu tohoto chování – antecedenty – podněty v prostředí:
  - a) **vnitřní podněty jako hlad, napětí, nálada,**
  - b) **automatické negativní myšlenky, iracionální očekávání, představy;**
3. odhalení proměnných, které svou přítomností zvyšují pravděpodobnost, že se toto chování opět objeví v přítomnosti antecedentu, protože právě ono vede k získání žádoucích následků:
  - a) **změny v prostředí, interpersonální změny,**
  - b) **změny emoční – zmírnění úzkosti, hněvu, zklidnění,**
  - c) **změny fyzické – nasycenost, úleva bolesti;**

4. pokus o odhalení dysfunkčních přesvědčení vázaných na problematiku obezity (o vlastním těle, o správném stravovacím a pohybovém chování, o cílech mylně podmínovaných úbytky hmotnosti ap.);
5. modifikující faktory (prostředí, rodina, spolupracovníci, přátelé, roční období, víkendy, zanechání kouření, těhotenství, mateřská, klimakterium, operace, farmakoterapie ap.);
6. anamnéza – zaměření se na genetické dispozice k obezitě, stravovací a pohybové návyky rodiny, somatická onemocnění, případně psychická onemocnění. Zjištění váhové křivky v průběhu života s antecedenty a konsekventy vztahujícími se k případným výkyvům hmotnosti. Dosavadní terapie jak laická, tak pod odborným vedením. Zjištění indikace k redukci hmotnosti – zvýšený BMI, zvýšené procento tuku, balance zisků a ztrát – zjištění motivace klienta;
7. pokus o nalezení a formulaci vztahů mezi konkrétními antecedenty, přesvědčením, chováním a následky a vytvoření modelu, který vysvětluje problém obezity u konkrétního klienta.

### 8.9.3.2 Hodnocení a měření

**Sebepozorování** je základní technikou KBT. Základem měřicích metod v KBT obezity jsou **záznamy stravovacích a pohybových návyků** včetně antecedentů (viz záznamový arch, příloha 1). Záznamy zahrnují dobu, množství, druh a okolnosti příjmu potravy a pití. **Doba jídla** je důležitá k poznání režimu příjmu potravy obězních, rychlosti jedení a ke kontrole průběhu naplánovaného příjmu potravy. **Druh, množství a způsob přípravy jídla** slouží ke zjištění přijaté energetické hodnoty, skladby jídla a ke zjištění návyků při jídle. Dále se identifikují **spouštěče**, které usnadňují přejídání, včetně chování, které interferuje s nadměrným příjmem potravy (klienti zaznamenávají, kde jedli, co při jídle dělali, své pocity, dysfunkční myšlenky ap). Zaznamenávají se též osoby, které mají vliv na stravovací návyky obězního. Tyto záznamy jsou důležité nejen pro zmapování problémového chování a pro následnou kontrolu, ale též proto, že samotný záznam již prospěje tím, že si **obězní uvědomí své návyky při jídle** a význam psychologické a zevní situace spojené s aktem jídla. Správné použití záznamových archů je třeba klientovi důkladně vysvětlit. Zejména je důležité upozornit jej, že záznamy je nutno provádět **bezprostředně po příjmu potravy**. Je třeba vytvořit atmosféru důvěry a spolupráce, aby klient nebral zvláště počáteční záznamy stravovacích návyků za selhání, ale jako podklad k přebudovávání nevhodných návyků za správnější. Nezkreslené uvedení stravovacích i pohybových návyků je pro správně vedenou terapii velmi důležité.

## Příloha 1: Záznamové archy – stravovací a pohybové návyky

| Jméno a příjmení | Datum | Tělesná aktivita | váha |
|------------------|-------|------------------|------|
|                  |       |                  |      |

| Doba jídla<br>od–do | Co jsem<br>snědl(a) –<br>vypil(a) | Množství | kJ | Kde<br>jsem<br>jedl(a) | S kým | Co jsem<br>při tom<br>dělal(a) | Hlad<br>+ 0 – | Nálada<br>+ 0 – |
|---------------------|-----------------------------------|----------|----|------------------------|-------|--------------------------------|---------------|-----------------|
|                     |                                   |          |    |                        |       |                                |               |                 |
|                     |                                   |          |    |                        |       |                                |               |                 |
|                     |                                   |          |    |                        |       |                                |               |                 |
|                     |                                   |          |    |                        |       |                                |               |                 |
|                     |                                   |          |    |                        |       |                                |               |                 |
|                     |                                   |          |    |                        |       |                                |               |                 |
|                     |                                   |          |    |                        |       |                                |               |                 |
|                     |                                   |          |    |                        |       |                                |               |                 |
|                     |                                   |          |    |                        |       |                                |               |                 |
|                     |                                   |          |    |                        |       |                                |               |                 |
|                     |                                   |          |    |                        |       |                                |               |                 |

| Jméno a příjmení | Datum | Tělesná aktivita | váha |
|------------------|-------|------------------|------|
|                  |       |                  |      |

| Doba jídla<br>od–do | Co jsem<br>snědl(a) –<br>vypil(a) | Množství | kJ | Doba jídla<br>od–do | Co jsem<br>snědl(a) –<br>vypil(a) | Množství | kJ |
|---------------------|-----------------------------------|----------|----|---------------------|-----------------------------------|----------|----|
|                     |                                   |          |    |                     |                                   |          |    |
|                     |                                   |          |    |                     |                                   |          |    |
|                     |                                   |          |    |                     |                                   |          |    |
|                     |                                   |          |    |                     |                                   |          |    |
|                     |                                   |          |    |                     |                                   |          |    |
|                     |                                   |          |    |                     |                                   |          |    |
|                     |                                   |          |    |                     |                                   |          |    |
|                     |                                   |          |    |                     |                                   |          |    |
|                     |                                   |          |    |                     |                                   |          |    |
|                     |                                   |          |    |                     |                                   |          |    |
|                     |                                   |          |    |                     |                                   |          |    |

Záznamy životního stylu by mohly být pro terapeuta postačující, protože by sekundárně vedly k úbytkům hmotnosti. Pro klienta, který přijde zcela jednoznačně s cílem zhubnout, je však důležitým kritériem počet ztracených kilogramů, případně procento sníženého množství tuku v těle. Při stanovování cílů toto respektujeme a zaznamenáváme kromě plnění úkolů, což jsou většinou záznamy stravovacích návyků, včetně spouštěčů vedoucích k nevhodnému či nadměrnému příjmu potravy, též hmotnost, případně množství tuku či obvod pasu.

**V průběhu terapie je vhodné použít dalších záznamových archů k mapování chování, které se zrovna nacvičuje** (viz jednotlivé lekce, např. záznamy pomalého jedení, jedení na jednom místě bez vykonávání další aktivity, záznam negativních myšlenek – viz záznamovou tabulku 8.9.1, tělesný inventář – příloha 2).

**Tabulka 8.9.1:** Záznam negativních automatických myšlenek a jejich restrukturalizace

| Situace                               | Emoce                                        | Automatická myšlenka                                           | Chování                      | Racionální odpověď                                                            | Výsledek                                                                                                        |
|---------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Co jsem dělal/a ?                     | Co jsem cítil/a?<br>Jak silně<br><br>0–100 % | Co mi běželo hlavou?<br>Na kolik jsem tomu věřil/a?<br>0–100 % | Co následovalo?              | Protiargument<br>Nakolik mu věřím?<br><br>0–100 %                             | 1. Nakolik věřím automatické myšlence?<br>(0–100 %)<br>2. Jak se nyní cítím?<br>(0–100 %)<br>3. Co mohu udělat? |
| Snědl/a jsem nad plán kousek čokolády | Smutek, beznaděj<br>90 %                     | Jsem k ničemu, nemám vůli<br>95 %                              | Dojehl/a jsem celou čokoládu | Nikdo není dokonalý<br>(90 %)<br>Kousek čokolády při hubnutí nevádí<br>(70 %) | 1. 40 %<br>2. Smutek 30 %<br>3. Vykompenzuji nadměrný příjem pohybem                                            |

## Příloha 2: Tělesný inventář

|                |   |   |   |   |   |
|----------------|---|---|---|---|---|
| ramena         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| břicho         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| boky           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|                |   |   |   |   |   |
| záda           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| pas            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| zadek          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| stehna         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| lýtka          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| chodidla       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|                |   |   |   |   |   |
| tělesná kostra | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| držení těla    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| váha           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| výška          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| Zhodnoťte, jak jste nespokojena s tělesnými nerovnoměrnostmi. |                  |                    |                  |          |
|---------------------------------------------------------------|------------------|--------------------|------------------|----------|
| výrazně nespokojen                                            | velmi nespokojen | středně nespokojen | mírně nespokojen | spokojen |
| 1                                                             | 2                | 3                  | 4                | 5        |



### 8.9.3.3 Problémy a cíle, léčebný plán

#### Definování problémů, na které je nutné se zaměřit v terapii obezity:

1. nevhodné stravovací návyky,
2. nevhodné pohybové návyky,
3. iracionální dysfunkční myšlenky a zkreslené vnímání týkající se problému nadváhy či obezity, tvaru těla a procesu hubnutí,
4. nevykonávání určitých aktivit, nedostatek sociálních dovedností,
5. nadváha, obezita.

#### Cíle

1. Zautomatizovat stravovací návyky tak, že se přijímá přiměřené množství jídla pro redukci (4–7000 kJ) či udržení úbytků hmotnosti (6–10 000 kJ) se správnou skladbou (poměr bílkovin, sacharidů a tuků je 20–30%, 40–50 %, 30 %, v pravidelném režimu (3–6krát denně), přijímat 2–3 litry nízkokalorických tekutin.
2. Vykonávat alespoň 3krát týdně pohybovou aktivitu v trvání nejméně 30 minut v intenzitě, kdy dojde ke zpocení, nebo exaktněji, kdy tepová frekvence dosáhne za minutu hodnoty 180 minus věk.
3. Nahradit iracionální myšlenky týkající se problému nadbytečných kilogramů, tvaru těla, redukce hmotnosti racionálnějšími funkčními myšlenkami, které zvýší pravděpodobnost zhubnutí a udržení hmotnostních úbytků a zlepší vztah k tělu hubnoucího.
4. Rozlišení cílů, které nemohou být dosaženy bez úbytku hmotnosti (zmenšení konfekční velikosti), a cílů, které nevyžadují nutně hmotnostní úbytek (zapojení se do sportovní aktivity, navázání partnerského vztahu ap). Určit pro klienta důležité cíle, které nevyžadují úbytek hmotnosti, a vypracovat hierarchii obtížnosti pro dosažení tohoto cíle. Nácvik sociálních dovedností. Nasměrovat energii věnovanou dříve problematice hubnutí na vykonávání jiných aktivit.
5. Zredukovat hmotnost o 5–15 % původní hmotnosti, snížit množství tělesného tuku a váhové úbytky a pokles tuku si v předem určeném rozmezí udržet.

#### 1. sezení

**Definice problému:** Nesnídám, v práci celý den něco „zobu“ a po příchodu domů jím při vybalování nákupu, při přípravě večere, večerím a při televizi sním pytlík buráků, chipsy a spoustu dalších potravin. Aktivní pohyb nevykonávám žádný.

**Cíl:** Budu zapisovat podle záznamového archu příjem potravy hned po její konzumaci a půjdu alespoň 2krát týdně na procházku nebo pojeďu na kole alespoň 30 minut tak, že se zpotím.

#### 2. sezení

**Definice problému:** Jím kontinuálně celý den často automaticky, aniž bych si to uvědomoval/a. Mám špatný pitný režim.

**Cíl:** Budu konzumovat tři „hlavní“ jídla – snídani, oběd, večeři za den, ke kterým si sednu, a dvě svačiny. Kromě kávy vypiji alespoň dva litry nekalorických tekutin. Budu 3krát do týdne vykonávat pohybovou aktivitu, alespoň půl hodiny, při které se zpotím.

### **Konečný cíl pro redukci hmotnosti**

Budu jíst 5krát za den potraviny s energetickou hodnotou okolo 6000 kJ s omezením cukrů a živočišných tuků. Budu jíst 3krát denně zeleninu a pít 2 litry nekalorických tekutin. Budu 1krát týdně chodit na cvičení, 2krát týdně budu šlapat alespoň 30 minut na rotopedu a o víkendu ujdou pěšky alespoň 20 km. Příjem potravy budu upravovat tak, abych hubl/a 1/2 kg týdně a dosáhl/a 5–15% úbytku hmotnosti. Přihlásím se do konkurzu na pracovní místo, které mě zajímá.

### **Konečný cíl pro udržení úbytků hmotnosti**

Budu dodržovat správné stravovací návyky s takovým energetickým příjmem, abych si zachovával/a váhu v určeném rozmezí, hmotnost budu 1krát týdně kontrolovat. Pokud se hmotnost dostane mimo dané rozmezí, identifikuji příčinu, vrátím se k záznamům a budu řešit problém. Třikrát týdně se budu aktivně hýbat alespoň 30 minut. Dovolenu, na které vždy přiberu, budu řešit jiným způsobem než dosud.

### **Léčebný plán**

S klientem se dohodneme na pravidelných sezeních – nejlépe jedenkrát týdně, počet sezení stanovíme okolo 12–30, „udržovací sezení“ mohou být v časově delších intervalech (1krát za 14 dní, 1krát za tři týdny). Po definování problému stanovujeme jak ve vztahu ke změně životního stylu, tak ve vztahu k hmotnostním úbytkům dílčí cíle a po zhodnocení reálných možností vzhledem k anamnéze a možnostem úpravy stravovacích a pohybových návyků stanovíme cíl do konce terapie a případně cíl celkový. Naplánujeme též etapu udržení úbytků hmotnosti.

S klientem uzavřeme kontrakt, který by měl obsahovat vyjádření, že klient bude spolupracovat při plnění úkolů zadaných po vzájemné dohodě a nebude užívat v době terapie žádné diety či dietní přípravky.

## **8.9.3.4 Léčebné intervence**

### **1. Edukace**

Velmi náročným úkolem je přivést klienta k faktu, že v médiích propagované **diety při hubnutí většinou nefungují**, ale že je nutná **trvalá změna životního stylu**, která ho ve svém konečném důsledku dovede nejen k úbytkům hmotnosti, ale i ke zvýšení kvality života. Nejčastěji se lidé pokoušejí hubnout pomocí přísných diet. **I když základní požadavek pro hubnutí – snížení energie dodané tělu – je splněn, má tento způsob řadu úskalí:**

Při nadměrném omezení příjmu potravy si organismus zvykne na snížený příjem energie, sníží se bazální metabolismus, tedy množství energie potřebné k základnímu fungování. Při rychlém hubnutí odchází z těla nejen tuk, ale ztrácí se i svalová hmota. Po přerušení diety si tělo z přijímané potravy zvýšeně ukládá tukové zásoby na případnou další hladovku. Při kolísání hmotnosti se tedy zvyšuje i při stejné váze procento tuku v těle, a tím se dále snižuje bazální metabolismus a vydává se trvale méně energie. Kolísáním hmotnosti se mohou zvětšovat nerovnoměrnosti v rozložení tuku v těle.

Jak z vědeckých studií, tak ze zkušeností hubnoucích vyplývá, že dodržování přísných diet doprovázejí **záporné emoční reakce**. Pokud se obězní extrémně omezuje v něčem, co mu doposud přinášelo libý pocit, pocit uspokojení, musí zákonitě dojít ke zvratu. Vyhladovělé tělo i duše touží po vysokoenergetických potravinách a dochází k přejídání se. Po následných pocitech viny se znovu začíná s novými zaručenými a drastickými dietami a bludný kruh pokračuje.

Klienta je třeba seznámit s **nezbytností reálných cílů**. Již 5–10% hmotnostní úbytek má příznivý zdravotní dopad. Některé cíle, které klienti chybně spojují s úbytky hmotnosti, mohou být dosaženy i bez těchto hmotnostních změn. Dále je nutné zdůraznit, že období redukce hmotnosti a udržení hmotnostních úbytků jsou dva odlišné procesy. Za úspěch v terapii je pokládán nejen hmotnostní úbytek, ale i jeho udržení.

## 2. Techniky používané při KBT obezity

### Techniky sebekontroly

Techniky sebekontroly jsou vhodné zejména tam, kde je rozpor mezi bezprostředními a dlouhodobými důsledky. Vložení jídla do úst je bezprostředně posilováno kladnými důsledky, zatímco negativní důsledky (přibírání na hmotnosti) jsou odloženy do blíže neurčené budoucnosti. Dodržování diety se většinou nese nelibě (bezprostřední negativní dopad), zatímco zhubnutí (pozitivní efekt) je opět odloženo do budoucnosti. K překonání tohoto časového úseku tedy slouží sebekontrola, pomocí které je obězní schopen získat kontrolu nad podněty ovlivňujícími významně jeho chování při jídle i v období, kdy úbytek hmotnosti nemůže působit ještě jako zpevňující činitel.

Techniky sebekontroly

- **techniky sebepozorování,**
- **techniky aktivní kontroly podnětů,**
- **techniky sebesilování,**
- **techniky kontrolující samotný akt jedení.**

### Techniky sebepozorování

Sebepozorování je základní technikou KBT. Klient si vede záznamy stravovacích a pohybových návyků, dysfunkčních myšlenek a problematického chování, jehož zvládání v daném týdnu nacvičuje (podrobněji v kapitole Hodnocení a měření).

### ***Techniky aktivní kontroly podnětů***

Hlad je dnes mnohem více regulován jinými podněty než fyziologickou potřebou v pravém slova smyslu. Podněty, jako je chuť, vzhled a vůně jídla, společenská úloha jídla, doba jídla, ale také kognitivní informace o jídle, rychlost jedení, emoce ap. mají vliv na způsob příjmu potravy ve větší míře u obézních jedinců než u neobézních.

Klient se učí identifikovat podněty, které spouštějí chování, a poté aktivně přetváří prostředí a modifikuje podmínky, které vedou k nevhodným návykům a postojům k jídlu vůbec. Učí se na tyto podněty reagovat vhodnějším způsobem než jídlem.

### ***Techniky sebezposilování***

Pro mnoho obézních je v jejich hodnotové hierarchii jídlo na předním místě. Do doby, než začnou získávat z hubnutí a dalších pozitivních životních změn fungovat jako posilující faktor nových návyků, je potřeba zpevňovat žádoucí chování jinak. Jako odměny mohou sloužit materiální hodnoty – konkrétní věci či aktivity, symbolické odměny – body, pochvala, ocenění lektorem, spoluhubnouchy, rodinnými příslušníky, kamarády ap. nebo odměny v představách. Vhodný druh, intenzitu, frekvenci a dávkování odměn je nutné určit individuálně podle hodnotové hierarchie klienta a dalších faktorů. V případě, že až do současné doby zastávalo funkci zpevňujícího činitele pouze jídlo, je nutné již na počátku terapie vyvinout u klienta nové zájmy, které potom tuto funkci převzou.

### ***Techniky kontrolující samotný akt jedení***

Různé studie ukazují, že obézní se chovají již při samotném jídle odlišně od lidí s normální hmotností. Jedí celkově rychleji, dávají si do úst najednou větší sousta, která žvýkají rychleji, ale kratší dobu, rychleji polykají, méně váhají mezi uchopením sousta pomocí příboru a vložením do úst, méně si pohrávají s příborem, pijí častěji, a to i s potravou v ústech, méně často odsouvají po posledním soustu talíř od sebe, tráví po jídle u stolu více času. Ke kontrolování aktu jedení se používají techniky, které pomáhají obézním uvědomit si jednotlivé části procesu jídla, získat nad nimi kontrolu a přiblížit jejich způsob příjmu potravy chování neobézních. Např. nácvik pomalého jedení a uvědomění si aktu jídla vede ke snížení nadměrného množství přijímané potravy.

**Shrnutí,** že pomocí technik sebekontroly klient zmapuje nevhodné stravovací a pohybové návyky, dále identifikuje příčinu ovlivňující tyto návyky a určuje důsledky chování. Důležitým momentem je postupné zvládání dílčích problémů. Obézní si při zvládání jednotlivých kroků uvědomí, že je schopen sebeovládání, což je motivací pro dodržování dalšího programu.

### ***Kognitivní techniky***

Kognitivní terapie je při léčbě obezity velmi důležitá a její zanedbávání je častou příčinou neúspěchu udržení hmotnostních úbytků. V kognitivních technikách se

počítá i s vnitřními obsahy člověka (s jeho myšlenkami, názory, postoji ap.). Pokud pomocí kognitivních technik ovlivníme nevhodné myšlenky, ovlivníme jejich prostřednictvím i chování a emoce.

### Během kognitivní terapie se klient naučí:

- *identifikovat nevhodné automatické, emočně nabitě myšlenky, které souvisejí s jeho potížemi* (např. jestliže neodolám a vezmu si čtvereček čokolády, je to důkazem toho, že jsem zase selhal, nemá smysl se pokoušet o hubnutí),
- *pochopit souvislost mezi myšlením, emocemi a chováním* (např. **chování** sněžení čokolády vyvolá negativní **myšlenku** pocitu neschopnosti, což má za následek **emoční stav** rozladěnosti. Výsledek: dojedení celé čokolády, aby se mohlo začít hubnout znovu od nějakého vybraného data),
- *nahradit dysfunkční myšlenky reálnějšími myšlenkami* (klienti se učí nahradit negativní myšlenky konstruktivními – např. jedna čokoláda mě neučiní tlustou, nikdo není dokonalý, když sním neplánovaně čokoládu, vykompenzuji to pohybem a vrátím se ke správným návykům ap.). Změna nevhodných myšlenek se děje pomocí různých psychoterapeutických technik, jako např. *identifikací nevhodných chyb v myšlení podle A. Becka, sokratovským dotazováním, škálováním ap.*

Klient se tedy naučí za pomoci terapeuta identifikovat nevhodné myšlenky, snížit intenzitu těchto myšlenek a najít k nim protiargumenty. Vhodnější myšlenky navodí pocit, že klient situaci zvládne, je emočně vyrovnaný a snáze se vrátí ke správnému stravování.

### Relaxační techniky

Zatímco se obézní učí pomocí kognitivních technik ovládat svoje kognice, pomocí relaxačních technik se učí ovládat především svoje emoce. Podstatou relaxačních technik je naučit se uvolnit napětí, které často vzniká v nejrůznějších zátěžových situacích. Úkolem je zvládnout napětí tak, aby se nemuselo odreagovávat jiným způsobem, např. jídlem. Relaxace lze také využít k nácviku správného chování, pokud není možné ho cvičit v reálu. Mezi relaxační techniky řadíme např. autogenní trénink, Jacobsonovu progresivní relaxaci (je založena na napínání a uvolňování jednotlivých svalových skupin), biofeedback (zprostředkovává klientovi informace o jeho fyziologických pochodech formou zvukového nebo vizuálního signálu).

### Modelování

Modelování je efektivní při vytváření nového žádoucího chování či při zvyšování frekvence chování již existujícího. Funguje zde princip nápodoby. Klient je konfrontován s modelem, který předvádí to chování, které má být zvládnuto. Technika modelování se využívá zejména u nácviku sociálních dovedností ve spojení s nácvikem asertivního chování – např. odmítání nadměrného pohoštění u tchyně ap.

### Závěr kognitivně behaviorálních technik

Závěrem lze říci, že v terapii obezity je v první řadě nutné jasně a konkrétně diagnostikovat problém. Po indikaci KBT vhodně zvolíme techniku „šitou na míru“ klienta.

### 3. Aplikace kognitivně behaviorálního přístupu ve skupině

KBT obezity lze aplikovat jak jednotlivě, tak skupinově. Vzhledem k tomu, že v naší zemi je několik milionů obézních, je výhodné řešit problematiku obezity skupinově, kdy se při menší časové zátěži poskytne terapie většímu počtu obézních. Problémy obézních jsou si velmi podobné. Výhody skupinové terapie jsou nejen ekonomické – informace mohou být sděleny více osobám najednou. Soustředění pacientů se stejnou problematikou posiluje **motivaci** jednotlivých členů skupiny. Obecně podobné překážky se překonávají společně. Problémy tedy neřeší klient pouze s terapeutem, ale i s ostatními členy skupiny. Při terapii obezity jsou účinné všechny faktory skupinové terapie – členství ve skupině, zkoušení a nácvik nového chování a získání nových informací a sociálních dovedností, emoční podpora, pomoc jiným, zpětná vazba. Velkou motivací pro redukci hmotnosti nových účastníků je setkání s již zhublými absolventy kurzu. Metodiku KBT již více než 20 let aplikuje PhDr. Iva Málková v **kurzech snižování nadváhy** (Málková 1992, 2002-2003). K postupnému rozšiřování těchto kurzů i mimo Prahu začalo docházet v r. 1991, kdy byla založena společnost **STOB (STop OBEzitě)**. V současnosti sdružuje 300 psychologů, lékařů, dietních sester, cvičitelek a dalších odborníků, jejichž cílem je aplikovat KBT obezity individuálně či ve skupině. Skupinové kurzy jsou organizovány zhruba v 80 městech a cílem společnosti STOB je rozšířit tyto kurzy po celé republice. V Praze se pořádají i kurzy specializované pro muže a kurzy rodinné. Kognitivně behaviorální terapie obezity aplikovaná v **kurzech snižování nadváhy společnosti STOB** je součástí komplexního přístupu k terapii obezity v České republice (kontakty na lektory kurzů v jednotlivých městech jsou na [www.stob.cz/lektori](http://www.stob.cz/lektori)). Pokud se u některých členů skupiny objeví specifická problematika, je vhodné doplnit skupinovou psychoterapii ještě psychoterapií individuální.

### 4. Praktická aplikace KBT ve 12 lekcích v kurzech snižování nadváhy

V průběhu 12 lekcí si klienti postupně osvojují nové správné stravovací a pohybové návyky a mění nevhodné kognice. Nové chování a myšlení, které klient v dané lekci vědomě trénuje, by se mělo v průběhu dalších lekcí posilovat a zafixovat. Změny se uskutečňují pomalu, postupně, s tím cílem, že se zautomatizují a v konečném efektu zvýší kvalitu života klienta. Ke každé lekci dostávají klienti názorné brožury, se kterými pracují.

Obrázek 8.9.2: Pomůcky k lekcím kurzu snižování nadváhy



Důležitými pomocníky při hubnutí jsou materiály společnosti STOB

### 1. lekce

První lekce je zaměřena na dílčí část techniky sebekontroly – na **sebeopozorování**.

Klienti zaznamenávají podle záznamových archů své dosavadní stravovací a pohybové návyky. Zmapují se potraviny a nápoje, které klienti konzumují, dále množství, rychlost jedení, režim, okolnosti, které spouštějí jedení, ať pohodové, či stresové, způsob, zda jedí z hladu, nebo z chuti. Zjistí se též pohybové návyky. V první lekci se také podrobně probere **motivace** klienta k hubnutí, která je velmi důležitá. Učiní se bilance zisků a ztrát, které hubnutí klientovi přinese. Usměrní se též představa o rychlosti redukce nadváhy.

### 2. lekce

Druhá lekce je zaměřena na **analýzu stravovacích návyků** a zahájení práce na postupných změnách v těchto návycích. Chyby, kterých se obězní dopouštějí, jsou velmi podobné, proto je lze odstraňovat podle předem dané metodiky a skupinově. Ve 2. lekci je věnována pozornost dílčí technice sebekontroly – technice ovlivňující samotný akt jedení, kde se procvičuje **pomalé jedení**.

**Techniky sloužící ke zpomalení jídla učí klienty:**

- vkládat do úst jen malé kousky jídla, pečlivě je kousat, nebrat do úst další sousta, dokud nespolknou první,
- nenabírat příborem další sousto, mají-li plná ústa,

- po několika soustech jídlo přerušit, odložit příbor,
- jíst pouze u stolu, ne ve stoje, při chůzi, vyhýbat se restauracím rychlého stravování,
- stanovit si občas, kolikrát budou kousat každé sousto,
- snažit se dojíst jako poslední,
- vnímat kvalitu, chuť a vůni jídla, prožívat potěšení z jídla.

Cílem této lekce je uvědomit si proces jídla, naučit se jíst pomaleji, kdy zpomalení jídla vede většinou k tělesnému i psychickému nasycení i při menším množství. Klienti se učí se, že hlavní potěšení je z prvních soust, další jsou již jenom setrvačnost.

Dále je v této lekci probíráno ovlivňování chování pomocí **důsledků**, odměn. Pro klienty bylo často jídlo mezi životními hodnotami na prvním místě (díky změnám stravovacích návyků dochází i ke změně životních hodnot a do popředí se dostávají nové aktivity, které se mohou realizovat již v rámci svépomocných skupinek – turistika ap.). Terapeut a členové skupiny poskytují zejména v počátku terapie klientovi za nově budované žádoucí změny v chování, myšlenkách a emocích pozitivní posílení. Poskytování bezprostředních rozmanitých posilujících podnětů je při terapii obezity důležité.

### 3. až 4. lekce

Tyto lekce jsou zaměřeny na **ovlivňování chování klientů** – na přebudovávání nevhodných stravovacích návyků, zejména se trénuje správná skladba jídla. Množství přijímané energie se sníží menším množstvím přijímaného jídla a dále změnou kvality a skladby jídla. **Nikdy se nepředepisují konkrétní diety.** V rámci redukčního režimu se klienti učí sestavit si jídelníček tak, aby se co nejvíce přiblížil běžným jídelním zvyklostem, aby uspokojil chuťové buňky, splňoval zásady správné výživy a aby klienti hubli pomalu, zhruba půl kilogramu týdně. Získávají se rady, jak konkrétně snižovat příjem zjevných a skrytých tuků, cukrů, alkoholu, jak nahrazovat kaloricky vydatné potraviny nízkokalorickými. Ty potraviny, které nelze nahradit méněkalorickými ekvivalenty a bez kterých se klienti nechtějí obejít (např. čokoláda, pivo ap.), se učí zařadit si do svého jídelníčku plánovaně (ve vhodné době a vhodném množství) a bez pocitů viny. Postupně se zvyšuje příjem nízkokalorických tekutin. Je nutné pochopit, že **hubnutí neznamená hladovění, ale naopak pravidelné jedení.** Odstraňuje se častá chyba, kdy jídlo obědních se většinou kumuluje do druhé půlky dne až noci. Klienti se učí snídat a jíst 5krát denně.

### 5. lekce

Většina klientů nevykonávala mnoho let žádný aktivní **pohyb**. V průběhu 12 lekcí by si měl klient najít takový druh pohybu, který ho těší a je pro něho vhodný jak druhem, tak intenzitou a frekvencí. Měřítkem správné intenzity je počet tepů za minutu, který by se měl ihned po skončení cvičení pohybovat těsně pod hodnotou



180 minus věk klienta. Klienti v průběhu pravidelné aktivity pochopí, že pohyb nejen zvyšuje energetický výdej, ale má řadu dalších kladů. Pokud při hubnutí cvičí, zbavují se především tkáně tukové, a nikoliv svalové. Pohyb je také významným preventivním činitelem mnoha nemocí. **Má navíc příznivé účinky na duševní rovnováhu člověka.** Postupně hubnoucí zvyšují i pohyb rutinní. Při výzkumu faktorů, které přispívají k udržení úbytků hmotnosti po zhubnutí, se ukázalo, že právě pravidelný pohyb patří k neúčinnějším. Mnozí pochopí, že špatný pocit ze sebe sama, který přičítali pouze nadbytečným kilogramům, často pramení z absolutní fyzické nezdatnosti, a pohyb přispěje k lepšímu vztahu k tělu.

## 6. až 9. lekce

V těchto lekcích se **používají techniky ke kontrole podnětů spouštějících jídlo.** Klienti mapují situace, kdy jídlo není reakcí na přirozené signály potřeby jíst, ale na jiné podněty. Pro většinu lidí majících problémy s nadváhou není signálem k tomu, aby začali jíst, fyziologická potřeba, ale jídlo je podmiňováno řadou jiných **podnětů** – např. chuť, vzhled a vůně jídla, společenská úloha jídla, určité místo či činnost. Pokud chceme omezit počet podnětů, které jídlo spouštějí, musíme omezit počet míst a situací spojených s jídlem. Klienti se učí jíst vždy na jednom, předem určeném místě, u stejného stolu. Velmi důležitým úkolem je **soustředit se na jídlo a nespojovat ho s jinou činností.** Snahou je, aby vyhasly napodmiňované reakce, kdy spouštěčem jsou **vnější podněty** jako televize, kniha, oslavy a jiné vlivy.

Spouštěčem mohou být také **vnitřní podněty**, emoce či myšlenky. Silné **emoce** vyvolávají často nepříjemné tělesné i duševní pocity, které klient zmírňuje jídlem. Hubnoucí se učí na tyto podněty reagovat jinak. Chování ve vztahu k jídlu mohou ovlivňovat i **myšlenky.** Úvahy o jídle a hubnutí mysl klientů zaměstnávají často nadmíru. Cílem je identifikovat dysfunkční myšlenky a nahradit je pomocí technik kognitivní terapie myšlenkami funkčními. Při těchto sezeních se pracuje též na **dosažení cílů vztahujících se k jiným oblastem než k váhovému úbytku.** Trénuje se řešení problémů, **nácvik asertivního chování.** Monitoruje se **vztah ke světu těla.** Identifikuje se vývoj tohoto většinou negativního postoje, udržující faktory a pracuje se na pozitivnějším přijetí svého těla.

## 10. lekce

Od desáté lekce se probírá problematika **udržení hmotnostních úbytků.** Navazuje se na druhou lekci, v níž bylo poukázáno na to, že pro redukci hmotnosti, a zejména pro udržení hmotnostních úbytků, nestačí techniky sebekontroly, ale je nutné **též vnější posilování terapeutem či členy skupiny.**

Určitá forma posilování by však měla fungovat i po skončení kursu, když už klienti případně nebudou v žádném kontaktu s terapeutem či ostatními účastníky. V průběhu kursu by již účastníci měli pracovat na tom, aby i po skončení terapie měli někoho, kdo pro ně bude i nadále oporou, nejlépe členové rodiny, přátelé, spolupracovníci ap. **Udržovací fáze** přináší klientovi méně pozitivního zpevňování než fáze **redukce hmotnosti.** Nedochozí k váhovým úbytkům, tudíž se nedo-

stává ani zpevnění od ostatních (pokud nejsou poučeni). Nejde o ohraničený úsek, ale o neurčitě dlouhé období, kdy je třeba přijmout fakt, že i dosažení přehodnoceného (původního často nereálného) cíle, je úspěchem, a nikoliv selháním ap. Pokračuje se v nácviku asertivního chování (nácvik požádání o laskavost – např. manžela, aby nejedl chipsy u televize, taktní odmítnutí jídla připraveného s láskou maminkou, tchyní ap.).

## 11. lekce

V jedenácté lekci je uveden **přehled pomůcek**, vycházejících z kognitivně behaviorálních technik, které pomáhají vytvářet a udržovat správné stravovací a pohybové návyky a funkční kognice. Je dobré, aby hubnoucí na konci kurzu zhodnotili, která z technik jim nejvíce pomohla, a tu potom v případech recidivy sami používali. Nejčastěji se hubnoucí v krizových případech v udržovací fázi vracejí k záznamům stravovacích návyků.

## 12. lekce

V poslední lekci je zopakováno, že **hubnutí a udržení hmotnostního úbytku jsou dva zcela odlišné procesy**. Tato lekce je zaměřena na zdůraznění nadcházející etapy udržení úbytků hmotnosti. Vytvářejí se dovednosti pro udržení hmotnostních úbytků. Učí se, jak po skončení redukce hmotnosti postupně zvyšovat energetický příjem. Anticipují se rizikové a zátěžové situace ve vztahu k nabírání kilogramů a cvičí se jejich zvládnutí. Optimálním řešením se ukazuje navázat na základní kurzy pokračovacími, případně prodlužovat časové intervaly v tzv. udržovacích sezeních. Některým účastníkům vyhovuje již pouze docházka na cvičení s vážením. Rovněž lze udržovat kontakt s absolventy kurzu e-mailem či telefonicky. Lze také podněcovat činnost svépomocných skupin.

### 8.9.3.5 Problémy v léčbě

Odborná terapie obezity v České republice je na dobré úrovni. Klienti s těžším stupněm obezity mají možnost navštívit Centra pro diagnostiku a léčbu obezity a s lehčím stupněm kurzy snižování nadváhy organizované společností STOB a obezitologické poradny.

Základním předpokladem je **spolupráce a motivace** klienta. Pokud je klient odeslán lékařem nebo rodič přivede dítě, a nepodaří se, aby při rozboru zisky z terapie převážily nad ztrátami, je lépe terapii odložit na dobu, kdy již bude klient k terapii motivován. Obě zúčastněné strany – klient i terapeut – musí mít **obdobný cíl a reálná očekávání**. Pro terapii obezity je typický fakt, že klient přichází s nereálnými cíli a očekáváním. Pod vlivem reklam, které slibují rychlé bezpracné hmotnostní úbytky, je pro něho cílem zhubnout většinou co nejrychleji, bez aktivního přístupu. Je výhodou zdůraznit již od počátku terapie, že sami klienti jsou hlavními činiteli úspěchu, role odborníka je jen pomocná. Přehodnocení cílů je součástí terapeutického sezení, kdy je potřeba klienta přivést k tomu, aby pochopil, že je třeba změnit bludný kruh, kdy se v jeho životě střídají období držení diet

a absolutní nekontroly. Je třeba trvale změnit postoj k redukci hmotnosti, stravovací a pohybové návyky, protože jen tak mohou být úbytky hmotnosti stálé. Je třeba i usměrnit cíle ve vztahu k hmotnostním úbytkům. Zdůrazňuje se, že úbytek 5–10 % původní hmotnosti má již příznivý zdravotní dopad. Dalším problémem je přimět klienta k **pohybové aktivitě**, zvláště pokud mu terapeut nemůže nějakou možnost skupinového pohybu nabídnout. Je těžší přimět obézního k pohybové aktivitě než ke změně stravovacích návyků. Problémem je též horší spolupráce klienta zejména v období udržení úbytků hmotnosti. Pokud klient dobře spolupracuje, a přesto se po několika týdnech nedostaví žádné úbytky hmotnosti, měl by být odeslán za obezitologem.

#### 8.9.2.3.6 KBT a psychofarmakoterapie

Farmakoterapie je indikována pro obézní s BMI > 30 nebo pro klienty s nadváhou (BMI 27–30), u nichž jsou přítomny zdravotní komplikace obezity. Farmakoterapii doporučujeme většinou tehdy, nebyla-li úspěšná dosavadní komplexní redukční, pohybová a kognitivně behaviorální léčba.

V současné době se nejvíce používají:

##### **Léky ovlivňující příjem potravy v centrálním nervovém systému – sibutramin – Meridia® Abbott**

Působí bloádou zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu do nervových zakončení v hypotalamu, zesiluje tak účinek těchto látek na nervových synapsích, a tím posiluje sytost, tlumí hlad a mírně zvyšuje energetický výdej. Snižuje chuť na sladké a podle nejnovějších studií také příznivě ovlivňuje záchvatovité poruchy příjmu potravy (binge-eating).

##### **Léky ovlivňující vstřebávání tuků ve střevě – orlistat – Xenical® Roche**

Tetrahydrolipstatin jako inhibitor lipáz snižuje vstřebávání tuků ve střevě o 30 %, a tím snižuje dostupnost tuků v organismu. Uplatní se zejména u těch obézních, u nichž hraje roli nepřiměřený přívod tuků, ale i u osob se zvýšenými hladinami krevních lipidů, včetně diabetiků 2. typu.

#### 8.9.2.3.7 Kazuistika

Alena byla obézní dítě a tento problém ji provázel od základní školy. Měla ráda společnost a vzhledem k tomu, že byla šikovná na míčové hry (vynikala ve vybíjené), v kolektivu známých dětí byla oblíbená. Těžce však nesla nevhodné poznámky týkající se její nadváhy v novém prostředí, kdy přicházela do styku s neznámými dětmi. Na střední škole zkusila poprvé sama hubnout. V podstatě držela hladovku a tímto pokusem zahájila dlouholeté neustálé kolísání hmotnosti od 65 kg do 99 kg. Problematice hubnutí a tvaru těla věnovala většinu životní energie. Na vysoké škole postupně omezila společenské aktivity, protože se styděla chodit do společnosti, a uzavřela se do sebe. Ani v nejpárnějším letě se nesvlékla do plavek. Střídala období absolutní nekontroly, kdy trávila čas před televizí s jídlem, a tvrdé diety. K té ji většinou přinutil až okamžik, kdy váha ukázala 99 kg. Představa, že váží metrák, byla pro ni totiž děsivá. V době, kdy se obrátila na odborníky společnosti

Stop obezitě, jí bylo 25 let, pracovala jako učitelka na základní škole a byla se svými životem velmi nespokojená. Neměla žádnou blízkou přítelkyni ani partnerský vztah.

### Definice problému

1. Špatné stravovací návyky
  - nevhodná skladba jídla (sladkosti),
  - nepravidelné stravování, střídání nadměrné konzumace jídla (10–15 000 kJ za den) s přísnými dietami (2000 kJ za den).
2. Absence společenských aktivit, uzavírání se do samoty
3. Iracionální přesvědčení týkající se tvaru těla – neustálé se zabíráni se hmotností, tvarem těla, dietami

**Analýza A-B-C** – jako příklad je uveden problém nadměrné konzumace potravin.

Antecedenty:

- vnější – konkrétní obchody (po cestě ze školy domů),
- konkrétní potraviny (čokoláda, sušenky, vlašský salát),
- vnitřní – kognitivní – zítra začnu hubnout, proto musím sníst vše, co mám doma
- emoční – špatná nálada,
- fyzilogické – hlad, chuť

### Modifikující faktory

pozitivní – zapojení se do jiné aktivity, např. nácvik s dětmi na besídku, škola v přírodě,  
negativní – společenská izolace – prázdniny, soboty, neděle

### Udržující faktory

kognitivní – dysfunkční přesvědčení („pouze diety – přísné omezování v jídle jsou efektivní pro dosažení žádoucí váhy“, „stravovací návyky a následně hmotnost lze ovlivnit pouze, když má člověk opravdu silnou vůli“, „porušení předsevzetí, že určité potraviny nebudu jíst, znamená, že jsem totálně selhala a je už potom úplně jedno, jak budu jíst dál“, „protože stejně nedosáhnu žádoucí hmotnost, nemá cenu snažit se o změnu jídelních návyků“, „jsem tlustá a nepřítažlivá, jen štíhlý člověk může být ve společnosti úspěšný“),  
emoční – redukce úzkosti, zlepšení špatné nálady po najezení se  
fyzilogické – redukce hladu

### Cíl

1. Naučit se jíst pravidelně 5krát denně a vybírat jídla se správnou skladbou (omezení tuků a jednoduchých cukrů) a snížit množství zhruba na polovinu dosavadního příjmu.
2. Nejméně 4krát do týdne vykonávat nějakou společenskou aktivitu (1krát návštěva kurzu snižování nadváhy, 1krát cvičení, 1krát návštěva, 1krát kurz výuky počítačů).
3. Nahradit iracionální přesvědčení týkající se problému nadbytečných kilogramů, tvaru těla, redukce hmotnosti racionálnějšími funkčními postoji.

## Plán terapie

Návštěva kurzů snižování nadváhy, zaměřená na postupnou změnu stravovacích a pohybových návyků a na nahrazení dysfunkčních přesvědčení adaptivnějšími pomocí kognitivně behaviorální psychoterapie.

## Průběh terapie

V průběhu dvanáctidenního kurzu zhubla Alena z počátečních 92 kg na 83 kg. Vzhledem k předchozímu velkému příjmu energie nemusela příjem nikterak radikálně snížit. Naučila se jíst rovnoměrně okolo 8000 kJ za den. Zpočátku nakupovala vždy jen množství potravin na jeden den, potom už mohla mít v lednici více zásob. Začala chodit na obědy do školní jídelny. Když snědla „pro ni dříve hříšnou potravinu“, nebrala to jako selhání, ale jako občasné plánované zařazení do jídelníčku. Postupně nahrazovala energii věnovanou problematice jídla a hmotnosti jiným aktivitám. Začala po letech cvičit, což jí s přibývajícím zdatností činí velké potěšení. Začala vést ve škole kroužek odbíjené pro děti, chodila s nimi o víkendech na výlety. Klientka navštěvovala ještě pokračovací kurzy a po dvou letech váží 75 kg. Postupně dosáhla změny životního stylu a splnění svých cílů. Dnes její sebevědomí vzrostlo natolik, že má v plánu dát si inzerát a najít kamaráda či přítele.

## 8.9.3 Literatura

1. BROWNEL, K. D., FAIRBURN, CH. G.: *Eating Disorders and Obesity*. New York, London: Guilford Press, 1995, s. 443.
2. BROWNELL, K. D., RODIN J.: *The dieting mealstrom: Is it possible or advisable to lose weight?* American Psychologist, 1994, č. 49, s. 781-791.
3. COOPER, Z. et al.: *Cognitive-Behavioral Treatment of Obesity*. New York, London: Guildford Press, 2003.
4. HAINER, V., KUNEŠOVÁ, M.: *Obezita*. Praha: Galén, 1997.
5. KLEM, M. L. et al.: *A descriptive study of individuals successful at long-term maintenance of substantial weight loss*. American Journal of Clinical Nutrition, 1997, č. 66, s. 239-246.
6. MÁLKOVÁ, I.: *Brožury Začínáme hubnout, Zdravě jíst, zdravě žít, Tahák na hubnutí, Energetické hodnoty potravin, Vaříme s rozumem, Cvičení je lék, Vánoce a kila*. Praha: Kavka, 2002-2003.
7. MÁLKOVÁ, I.: *Jak hubnout pomalu, ale jistě*. Praha: Avicenum, 1992.
8. MÁLKOVÁ, I.: *Kognitivně-behaviorální terapie obezity*. Postgraduální medicína, 2002, č. 4, s. 437 - 441.
9. MÁLKOVÁ, I.: *Kognitivně-behaviorální terapie obezity*. Praktický lékař, 2004 v tisku
10. MÁLKOVÁ, I.: *Manuál pro lektory Kurzů snižování nadváhy*. STOB, 1995.
11. MÁLKOVÁ, I.: *Srovnání efektivity behaviorální terapie obezity s dalšími přístupy k redukci nadváhy*. Bulletin NCPZ, 1994, č. 2, s. 23-32.
12. MÁLKOVÁ, I.: *Srovnání efektivity behaviorální terapie obezity s dalšími přístupy k redukci nadváhy I*. Bulletin NCPZ, 1994, č. 2, s.23-32.

13. MÁLKOVÁ, I.: *Teoretický nástin behaviorálního přístupu k terapii obezity*. Česko-slovenská psychiatrie, 1987, č. 3, s. 159–165.
14. MCGUIRE, M. T., WING, R. Z., KLEM, M. L.: *Behavioral Strategies of Individuals Who Have Maintained Long-Term Weight Losses*. Obesity Research, 1999, Vol.7 č. 4, s. 334–341.
15. MOŽNÝ, P., PRAŠKO, J.: *Kognitivně-behaviorální terapie*. Praha: Triton, 1999.
16. PERRI, M. C., NEZU, A. M., VIEGENER, B. J.: *Improving the Long-Term Management of Obesity*. New York: Wiley, 1992.
17. PERRI, M. G., NEZU, A. M.: *Preventing relapse following treatment for obesity*. In: Obesity – Theory and Therapy. New York: 1993, s. 287–299.
18. WADDEN, T. A., STUNKARD, A. J., SMOLLER, J. W.: *Dieting and depression: A methodological study*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1986, č. 54, s. 869–871.

## 8.10 KBT závislostí

Richard Záleský

### 8.10.1 Co znamená závislost na návykových látkách?

Poruchy vyvolané užíváním psychoaktivních látek dnes postihují značnou část populace prakticky většiny zemí světa. Není to jen problém vyspělých zemí západního světa a Spojených států. V těchto zemích je problematika intenzivně studována, jsou prováděny rozsáhlé epidemiologické studie a ekonomické analýzy a hledány nové způsoby intervencí a léčby. V kapitole najdete výběr toho nejlepšího, co je v současné době k dispozici v léčbě drogových závislostí. Většina údajů a informací pochází především z USA a západní Evropy.

V úvodu je třeba objasnit několik základních termínů. Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN, 10. revize) definuje poruchu způsobenou užíváním psychoaktivní látky jako duševní nebo behaviorální poruchu, která vznikla jako důsledek užívání jedné nebo více psychoaktivních látek. MKN-10 specifikuje 9 psychoaktivních látek (nedefinuje samotný pojem): alkohol, opioidy (např. heroin), kanabinoidy (marihuana), sedativa a hypnotika (psychofarmaka), kokain, psychostimulancia (sem patří kofein, amfetaminy, extáze aj.), halucinogeny (např. LSD, psilocybin obsažený v lysohlávkách aj.), tabák (nikotin) a organická rozpouštědla. Každá z těchto substancí vyvolává specifický druh závislosti, která je něčím charakteristická, odlišná od jiných, a proto má její léčba svoje specifika (i když při léčbě návykových nemocí se často používají podobné postupy). Klinické stavy, které se mohou vyskytnout, zahrnují akutní intoxikaci, škodlivé (nebezpečné) užívání, syndrom závislosti, odvykací stav (s deliriem, jiné), psychotickou poruchu a amnestický syndrom (porucha paměti). *Škodlivé užívání* představuje takový vzorec užívání, při kterém dochází k poškození zdraví, ať látkou samotnou, nebo způsobem její aplikace. Musí být přítomno jasné poškození zdraví duševního nebo tělesného. Nediagnostikuje se v případě syndromu závislosti. U nás rozšířený termín *abúzus* byl z MKN-10 pro nejasnost významu a definice vypuštěn, používá se v americké klasifikaci DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) jako „substance abuse“ (pojem substance je širší než pojem psychoaktivní látka). Znamená společensky neakceptovatelné nadměrné užívání látek legálních nebo jakékoliv užití látek ilegálních a společensky nebezpečných. *Syndrom závislosti* znamená seskupení behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, které se vyvinou po opakovaném užívání psychoaktivní látky. V typickém případě se jedná o silnou touhu získat látku, potíže se sebeovládáním a kontrolou jejího užívání, které má u postiženého jedince větší přednost než jiné jednání, kterého si cenil dříve. To vše vede ke škodlivým následkům: společenským, psychickým a tělesným. Patří sem tělesný odvykací stav a průkaz tolerance projevující se vyžadováním vyšších dávek návykové látky. Jedinec si svoje puzení látkou užívat uvědomuje, což se projevuje pokusy získat kontrolu nad užíváním nebo jej zcela zastavit.

V kapitole se nebudeme zabývat jednotlivými závislostmi zvlášť, poskytneme přehled nejúspěšnějších postupů, které jsou ověřeny praxí a výzkumem. Jedná se o metody, které mají své zakotvení v kognitivní a behaviorální teorii a psychoterapii.

V naší zemi jsou nejrozšířenější návykové látky alkohol, tabák, heroin a amfetaminy a modernější např. marihuana a extáze (tzv. taneční drogy).

Kapitola nebude pojednávat o patologickém hráčství (gamblingu), které je v klasifikaci řazeno mezi návykové a impulzivní poruchy (F 63). V praxi se lze setkat i s jinými formami návykového jednání, jako je „závislost“ na sexu, nakupování, práci (workholismus) nebo počítačích (v anglosaské literatuře patologické používání internetu aj.). Jedná se o impulzivní a návykové poruchy, ne závislost ve smyslu klasifikace MKN-10.

### 8.10.1.1 Klinické projevy

Klinický obraz se liší podle toho, o jaký vzorec užívání a typ návykové látky se jedná. Vzhledem k zaměření kapitoly je nejdůležitější syndrom závislosti a škodlivé užívání návykové látky. Kromě toho existují diagnostické jednotky akutní intoxikace, odvykací stav, psychotická porucha (toxická psychóza) a jiné, jejichž léčbou se zabývá psychiatrie. V těchto případech se neobejdeme bez farmakologických intervencí a psychoterapie (např. odvykací stavy způsobené odnětím návykové látky).

**Závislost na alkoholu.** Vzniká obvykle po několikaletém užívání. Rizikovou skupinu představují jedinci s hyperkinetickou poruchou v dětství, muži s antisociální poruchou osobnosti a ženy s hraniční poruchou osobnosti. Rozvoj závislosti je rychlejší u žen a mladších lidí. Často zjistíme různé mechanismy osobnosti: racionalizaci, bagatelizaci, popírání pití, zkreslené údaje o pití (např. množství alkoholu). Existuje epizodický vzorec pití, pití v tazích. K typickým abstinenčním příznakům patří porucha spánku, nechutenství, nevolnost, třes končetin, depresivní nebo úzkostná nálada, nadměrné pocení, porucha pozornosti a zvýšené psychické napětí.

V MKN-10 nejsou specifikována diagnostická kritéria. Pacient bývá obvykle postižen v jedné z oblastí – práce nebo škola, zdraví, rodina, sociální fungování, problémy se zákonem. Postupně dochází ke zvyšování tolerance, která je spolehlivým indikátorem závislosti. Tolerance a závislost se vyvíjejí individuálně. Někdy je těžké rozpoznat závislost v raných stádiích vývoje. Chronický alkoholismus je snadno rozpoznatelný: nastala změna osobnosti, je přítomna porucha nálady, tělesné potíže (mnohdy život ohrožující), pacient je sociálně stigmatizován. Popis somatických následků přesahuje rámec kapitoly.

**Závislost na opiátech.** Intravenózní intoxikaci provází „rush“ (nával), který má výrazný pozitivně zpevňující efekt a vede k další intoxikaci. Ta je charakterizována euforií, miózou (zmenšení zorniček), sníženou pohyblivostí zažívacího ústrojí,



značnou sedací (útlumem aktivity), zpomalením dýchání a porušenou pamětí a pozorností. Poměrně rychle se vyvíjí závislost. Příznaky opakovaného užívání jsou nechutenství, preference sladkých jídel, hubnutí, zácpa, redukce konzumace alkoholu, snížení libida a celkové ochuzení života, aktivity a zájmů. K abstinčním příznakům patří narůstající touha po droze, úzkost, neklid, intenzivní pocení, zimnice, třes, rýma, slzení, „husí kůže“, bolesti svalů, nevolnost, zvracení, průjem. Deprese a úzkost mohou přetrvávat různě dlouho i po odeznění abstinčního syndromu.

**Závislost na kokainu.** Účinek intoxikace je závislý na množství a způsobu užití látky. Dostavuje se euforie, nadměrná ostražitost, změny ve vnímání, sexuální vzrušení, nadměrné sebevědomí, je rychlé rozhodování, zrychleny myšlenkové pochody, mizí pocit únavy a snižuje se potřeba spánku. K tomu patří zrychlený puls, zvýšení krevního tlaku, pocení, rozšíření zorniček, nevolnost až zvracení. Změny v chování zahrnují násilné chování, pocity velkoleposti, psychomotorický neklid, nadměrnou bdělost, narušený úsudek a nekritičnost, přeceňování vlastních schopností a konečně výrazné zhoršení v sociálním a pracovním fungování. Abstinční příznaky jsou opakem popsaných příznaků intoxikace a dlouhodobého užívání. Při předávkování a v některých případech chronického užívání může dojít k rozvoji paranoidní psychózy s halucinacemi a bludy.

**Závislost na kanabinoidech.** Jsou obsaženy v marihuaně, účinnou látkou je THC (tetrahydrokanabinol). Psychotropní efekt zahrnuje euforii, pocit uvolnění, změněné vnímání času (zpomalení), zrychlení a zvýšenou nabídku asociací, pocit kvalitní introspekce, časté jsou depersonalizace a derealizace, je zostřené vnímání (barvy a hudba), větší sebedůvěra. Z tělesných příznaků můžeme jmenovat zvýšenou chuť k jídlu a zejména touhu po sladkostech, nastříknuté spojivky („červené“ oči), tachykardii, poruchu svalového tonu, porušenou koordinaci pohybů. Na konci intoxikace dochází k útlumu, objevuje se ospalost a únava. Jako vedlejší účinky se mohou objevit deprese, úzkost, někdy vztahovačnost. Existence abstinčního syndromu a jeho definování zůstává stále kontroverzní. Při dlouhodobém užívání se může rozvinout amotivační syndrom. Jedná se o poruchu kognitivních funkcí, narušenou pozornost, je přítomen apaticko-hypobulický syndrom.

**Závislost na nikotinu.** V případě nikotinu neexistuje kategorie škodlivého užívání, pouze syndrom závislosti a akutní intoxikace. V malých dávkách nikotin zkracuje reakční čas, zlepšuje pozornost, psychickou výkonnost, schopnost řešení problémů, usnadňuje učení. U pravidelného konzumenta zlepšuje náladu, zmírňuje napětí a úzkost. Nadměrné dávky mohou vyvolat úzkost, nespavost, nechutenství. K abstinčním příznakům patří výrazná touha po nikotinu, slabost, úzkost, dysforická nálada (rozladěnost), podrážděnost, nespavost, neklid, kašel, špatná koncentrace pozornosti. Odvykací stav může trvat několik týdnů.

### 8.10.1.2 Diagnóza

Jak jsme již uvedli, **škodlivé užívání** je způsob užívání, který poškozuje zdraví. Je to maladaptivní vzorec chování, který vede ke klinicky významnému poškození nebo k nepohodě. V tomto období se objevuje opakované užívání návykové látky, které má za následek neschopnost plnit hlavní povinnosti v práci, ve škole nebo v domácnosti. Objevuje se v situacích, které jsou fyzicky nebezpečné (řízení auta), vyvolává konflikt se zákonem, vše navzdory opakujícím se sociálním nebo interpersonálním následkům (podle DSM-IV). Diagnostická kritéria MKN-10 jsou následující:

1. Musí být jasný důkaz, že požití látky je odpovědné za fyzické nebo psychické poškození, včetně zhoršení úsudku nebo dysfunkčního chování (narušené fungování), které může mít nepříznivé důsledky na interpersonální vztahy.
2. Musí být jasně specifikován typ poškození.
3. Projevy poškození by měly trvat nejméně 1 měsíc, nebo by se měly vyskytovat opakovaně v průběhu 12 měsíců.
4. Vylučovací kritérium: porucha nesplňuje kritéria pro jinou duševní poruchu, ve stejném období, spojenou s tou samou návykovou látkou.

Škodlivé užívání se vyskytuje ve všech vrstvách a sociálních skupinách společnosti. Při vyšetření klienta je zapotřebí zachytit nejen požívání psychoaktivních látek, ale i jiné příznaky či potíže, které by ukazovaly na přítomnost další duševní poruchy. Je třeba určit charakteristiky abúzu a vyloučit somatické onemocnění. Akutní intoxikace neznamená, že se jedná o škodlivé užívání. Lidé, kteří škodlivě užívají návykové látky a nejedná se u nich o závislost, zpravidla nemají zájem o léčbu, nevyhledávají pomoc a komplikují tak léčbu řady somatických a psychických onemocnění. Představují závažný problém, při jehož řešení je potřebná a důležitá jakákoliv intervence, kterou provedou lékaři různých specializací.

**Tabulka 8.10.1:** Diagnostická kritéria syndromu závislosti podle MKN-10

Po dobu alespoň jednoho měsíce, nebo opakovaně v kratších obdobích v průběhu 12 měsíců, by se měly vyskytovat společně 3 nebo více z následujících projevů:

1. silná touha nebo pocit nutkání získat látku,
2. zhoršená schopnost sebeovládání ve vztahu k užívané látce, týkající se začátku užívání, jeho trvání nebo velikosti dávek a projevující se častým užíváním látky ve velkých množstvích nebo po období delší než bylo původně zamýšleno, nebo neustálou touhou nebo neúspěšnými pokusy redukovat nebo regulovat užívání,
3. patofyziologické projevy odvykacího stavu, jestliže je užívání látky redukováno nebo je látka vysazena,
4. průkaz tolerance k účinku látky, kdy k dosažení intoxikace nebo žádoucího účinku je zapotřebí prokazatelně většího množství, nebo snížený účinek při užívání stejného množství látky,
5. zaujetí užíváním látky, projevující se opuštěním nebo zredukováním jiných důležitých zájmů v důsledku užívání látky, nebo je většina času věnována činnostem nezbytným k obstarávání, užívání nebo zotavování se z účinků,
6. trvalé užívání látky navzdory jasnému důkazu škodlivých následků.

Pole DSM-IV se syndrom závislosti projevuje tolerancí (potřeba zvyšování dávky za účelem dosažení intoxikace nebo žádoucího účinku a zároveň znatelně snížený účinek při užívání stejného množství návykové látky), odvykacím stavem, návyková látka je často užívána ve větším množství a delší dobu, než bylo původně zamýšleno, a existuje trvalé přání nebo snaha užívání kontrolovat nebo přerušit. Postižený tráví mnoho času činnostmi, která je nezbytná k získání dané látky, samotným užíváním, případně zotavením se z následků užívání. V důsledku toho jsou zcela opouštěny nebo redukovány sociální, rekreační a pracovní aktivity. Diagnóza je dále upřesňována průběhovou variantou poruchy. V případě, že se jedná o momentální abstinenci, tato je charakterizována (typ remise), uvádí se přítomnost somatického onemocnění. Syndrom závislosti může být přítomen pro specifickou látku, třídu látek (např. opioidy) nebo širší řadu různých látek.

Kromě diagnostiky na ose I (kde se zaznamenávají klinické diagnózy všech poruch, kterými pacient trpí), existují osy II a III v rámci víceosého systému MKN-10. Na ose II jsou hodnoceny různé typy postižení, které omezují úkoly a role v sociokulturním prostředí očekávané od postiženého. Specifické oblasti fungování jsou péče o vlastní osobu, práce, rodina a domácnost a fungování v širším sociálním kontextu (volný čas, způsob jednání mimo rodinu, adaptace na okolí, styk s lidmi obecně). Na ose III hodnotíme průvodní faktory společně s osobními problémy týkajícími se životního stylu a uspořádání života. Toto hodnocení se provádí pouze v případě, že tyto faktory jsou natolik závažné, nebo trvají tak dlouho, že významně přispívají k současnému stavu pacienta, nebo ho výrazně ovlivňují (kategorie Z podle MKN-10).

### 8.10.1.3 Epidemiologie

Zhoubný dopad návykových látek můžeme měřit v populaci odhadem jejich konzumace, celoživotní prevalencí poruch spojených s užíváním, morbiditou, mortalitou, výdaji na zdravotní péči a mnoha jinými parametry. Jednotlivá čísla se budou lišit v případě jednotlivých zemí a druhů návykových látek, jsou závislá na použité metodě sběru a vyhodnocování dat. V případě každé návykové látky jsou pozorovatelné jisté tendence v užívání, které se v čase a v populaci mění vzhledem k aktuálnímu kulturně společenskému kontextu. Prevalence kouření u dospělých mužů v roce 2002 byla 31 %, u dospělých žen 18 % (denní kuřáci). Celkově byla v roce 2002 prevalence osob kouřících nejméně 1 cigaretu denně 21,2 %. Spotřeba alkoholu v ČR pořád roste, v roce 2000 dosahovala 14,9 litru čistého alkoholu na jednoho obyvatele (pochopitelně včetně dětí) (Sovinová, Csémy, 2004). Podle studie WHO a Světové banky je na prvním místě v počtu ztracených let produktivního věku v důsledku nemoci nebo smrti mezi všemi návykovými látkami alkohol. Nejoblíbenější ilegální látkou se v poslední době stává marihuana. Celoživotní prevalence marihuany podle studie ESPAD v roce 2003 byla 43,6 % mezi dospívajícími ve věku 15–19 let. Počet problémových uživatelů věkového rozmezí 15–64 let v témže roce byl 3,6 na 1000 obyvatel (Csémy, Brožová, 2005).

#### 8.10.1.4 Etiopatogenetické faktory a modely

Závislost na návykové látce vzniká za podmínek, které jsme již objasnili. Nestačí to však pro pochopení toho, proč jenom někteří lidé užívají návykové látky a vznikne u nich závislost či škodlivé užívání. Existuje několik teorií, které se pokoušejí objasnit, jakým mechanismem k tomu dochází. Původní teorie hledající příčiny vzešly z psychodynamického modelu nemoci, ke kterému později vznikaly jiné modely. Klasifikace MKN a DSM vzešly z modelu, který považuje v procesu vzniku závislosti za nejdůležitější interakci mnoha faktorů, které ovlivňují užívání drogy: např. její konkrétní působení a efekt, dostupnost drogy a její společenské postavení a přijatelnost, tlak ze strany vrstevníků. Každý z faktorů pravděpodobně působí na jiné úrovni procesu vzniku a udržování závislosti. Faktory můžeme rozdělit do skupin: sociální a environmentální faktory (prostředí), pozitivní (zpevňující) efekt drogy (biologický substrát jejího účinku na centrální nervový systém), vliv učení a podmiňování (viz dále), odvykací stav jako negativní zpevňování, zranitelnost (vulnerabilita), která vypovídá o roli genetických faktorů, a nakonec psychodynamické faktory, jako např. role a funkce rodiny a struktura osobnosti uživatele.

**Genetické faktory.** Důkazy pocházející ze studií dvojčat, adoptivních dětí a sourozenců vychovaných odděleně vypovídají, že závislost na alkoholu má svoji genetickou komponentu (čtyřnásobně vyšší riziko v jiných rodinách adoptovaných potomků alkoholiků). Děti z rodin alkoholiků mají vyšší riziko vzniku závislosti na alkoholu či jiných drogách než děti rodičů-nealkoholiků (čtyřnásobně vyšší riziko závislosti na alkoholu u nejbližších rodinných příbuzných). Ukazuje se, že na rozvoji jiných závislostí se také podílejí genetické faktory. V obecném modelu zranitelnosti lze 31 % proměnných přičítat genetickým faktorům, 25 % tvoří vliv rodiny a 44 % jsou faktory prostředí jiné než rodina (Kaplan and Sadock, 7<sup>th</sup> edition, 2000).

**Neurochemické faktory.** Pro většinu návykových látek byli nalezeny mechanismy působení v centrálním nervovém systému (CNS). Jsou to přenašeče (neurotransmitery), jejich receptory a systémy, které fungují v různých oblastech a jsou uspořádané do okruhů nebo drah. Z nich nejvýznamnější jsou endogenní opioidy, katecholaminy, dopamin a GABA (kyselina gamaaminomáselná). Je známo, že v mozku se nachází centrum odměny. Okruh s ním spojený je nejdůležitější v rozvoji závislosti na psychoaktivní látce (angl. pleasure/reward/reinforcement circuitry: okruh slasti, odměny a zpevnění). Je tvořen oblastmi CNS jako ventrální tegmentum, nucleus accumbens, pallidum, amygdala, subiculum, locus coeruleus a další. Návyková látka působí na více úrovních buněčného metabolismu mozku: na vyplavování přenašečů, které nasedají na receptor jako klíč do zámku, modifikuje tyto receptory, působí na zpětné vychytávání přenašečů do buněk, ovlivňuje genovou expresi a další molekulární mechanismy. Podle toho, kde a jak droga působí, dochází ke vzniku a udržování závislosti, vzniku abstinčního syndromu, nepří-

jemných tělesných symptomů, udržuje neustálou **touhu po droze** (bažení, angl. *craving*). Na základě vědomostí, které o neurobiologických mechanismech působení návykových látek máme, se snažíme závislost ovlivňovat farmakologicky. Také bylo prokázáno, že psychoterapie (jako nebiologická metoda léčby) má na CNS podobný efekt jako léky.

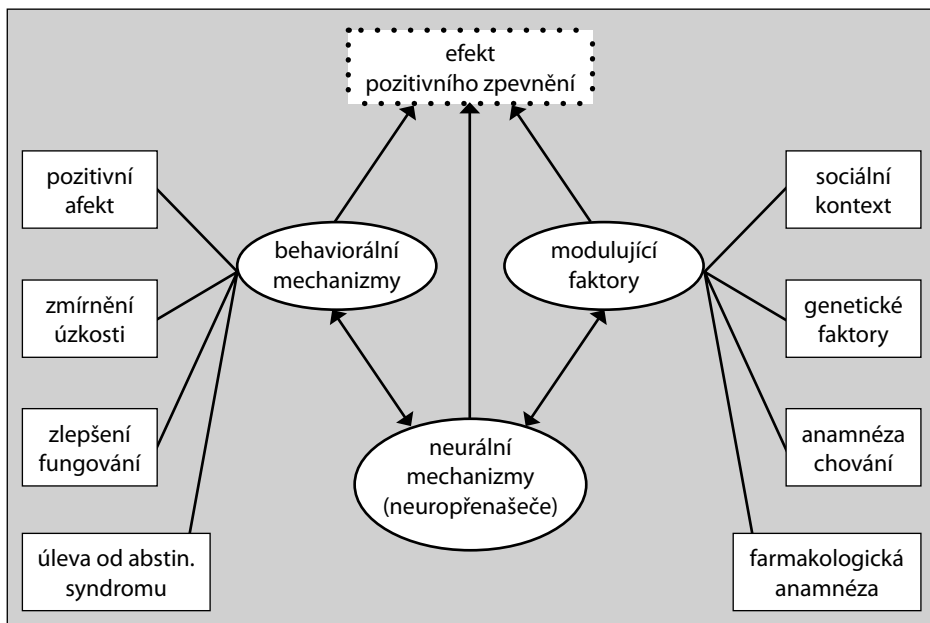
Jednotlivé drogy se liší potenciálem vyvolat závislost, důležitý je také způsob aplikace (např. závislost na heroinu vznikne rychleji intravenózní aplikací než šňupáním). Změna tolerance a abstinenční syndrom projevy působení biologických mechanismů

**Další faktory.** Na závislosti se podílí osobnostní charakteristiky jedince (také mají svůj neurochemický korelát v podobě abnormit systému odměny, přenašečů atd.), společenský kontext, postoje k drogám, k jejich užívání, dostupnost drog, pravidla užívání, legalizace alkoholu a tabáku, nátlak ze strany vrstevníků, spolupracovníků a jiných zájmových skupin. Dále je možné uvažovat o vlivu stresu, frustrace, psychotraumatu a konfliktů obecně, tělesných onemocnění a jiných psychických poruch.

**Biopsychosociální model onemocnění.** Představuje klasický medicínský model nemoci. Závislý nemocný je chycen v bludném kruhu: na počátku je pozitivně posíleno iniciální užití drogy, které vede ke změnám biochemie CNS, jež při chronickém užívání způsobuje negativní kognitivní a afektivní stav (emoce, nálady, myšlenky atd.). Tyto negativní psychologické stavy motivují chování, které směřuje k dalšímu užití drogy, neboť závislý si pamatuje vysoce posilující pozitivní pocity spojené s uvolněním a zvýšeným využitím neurotransmiterů na začátku užívání. Změny v CNS vyvolané užíváním drog nejsou jen akutní, dochází také ke chronickým změnám (adaptace), ze kterých tak vzniká *bažení* a abstinenční syndrom, případně i relaps onemocnění. Dochází k rozvoji úzkostných a depresivních stavů, které např. alkohol jednak způsobuje, jednak zmírňuje. Další negativní psychologické důsledky jsou výsledkem životního stylu závislých osob. Jsou problémy v sebehodnocení, s identitou a sebedopřímáním, je nízká sebedůvěra, může se vyskytnout zlost, hostilita, sebelítost, nízká frustrační tolerance, obavy či strach. Některé mohou pochopitelně předcházet rozvoji závislosti nebo ji usnadňovat, většinou se však jedná o důsledky. Tyto psychické stavy dále provokují chování, které vede k vyhledání a konzumaci návykové látky, čímž se bludný kruh uzavírá a osobní problémy se zhoršují. Sociální dimenze představuje další část modelu. U závislých osob dochází k narušení mezilidských vztahů, trpí jejich rozvoj a udržování. Dochází ke ztrátě dovedností potřebných k řešení problémů, konfliktů (v manželství), k udržení intimních vztahů. U partnerů či blízkých dochází také k rozvoji maladaptivních strategií. V rodinách trpí děti, což se projeví ve škole i doma, dochází k problémům s učením a konečně také ke vzniku vlastních problémů s návykovými látkami. V širším kontextu se objevují konflikty se zákonem, v zaměstnání, finanční problémy, pokles sociálního statutu či sociální stigmatizace

až nakonec ztráta rolí a společenského postavení vůbec. V neposlední řadě užívání návykových látek narušuje duchovní život člověka. Mnohdy vrcholí pocitem odcizení, izolace, prázdnoty a ztráty smyslu života (zvýšené riziko sebevraždy).

**Obrázek 8.10.1:** Biopsychosociální model nemoci (podle Kaplan a Sadock, 1994)



**Psychoanalytické teorie.** Zabývají se motivací, snaží se vysvětlit, proč někdo začne návykové látky užívat a proč si závislost udržuje. Považují užívání drog za příznak skryté poruchy, předpokládají, že stávající problémy závislých existovaly již dříve a tuto závislost způsobily, neuznávají heterogenitu (různorodost) závislých osob a konečně považují výskyt závislosti za vážnou patologii a jsou skeptické co se týká účinnosti léčebných intervencí.

**Kognitivně behaviorální model** viz dále.

### 8.10.1.5 Diferenciální diagnóza a komorbidita

Diferenciálně diagnostická rozvaha je důležitá v případech akutní intoxikace návykovou látkou nebo jejich kombinací, kdy je nutné rozlišit jednotlivé psychopatologické a tělesné symptomy za účelem rychlého rozhodování a správné léčby akutního stavu. Důležité je zjistit, zda přítomné příznaky vyplývají pouze z poruchy vyvolané užíváním návykových látek, nebo se jedná o další psychické onemocnění či poruchu, která mění způsob a charakter intervence u postiženého. Určení, o jaký typ návykové látky se jedná, většinou nedělá problémy. Ty mohou nastat v případě užívání více návykových látek, v MKN-10 je to kategorie užívání několika látek a užívání jiných psychoaktivních látek. Tato kategorie se použije

v případě, že dojde k psychické poruše vyvolané několika látkami, přičemž není jasné, které účinky převládají.

Údaje z USA (Kaplan and Sadock, 2000) hovoří o tom, že až 76 % mužů a 65 % žen s diagnózou užívání návykových látek trpí dalším psychickým onemocněním. Různé teorie vzniku závislosti uvažují, jestli jsou psychické poruchy příčinou, nebo následkem užívání návykových látek. Výzkumy a praxe potvrzují obojí: jednak jsou to predispoziční faktory, na které působí multifaktoriální vliv prostředí, a společně vytvářejí předpoklady pro rozvoj poruchy, jednak jsou to devastující následky užívání, které způsobí vznik dalšího psychického onemocnění. Nejběžnější komorbiditou v pravém slova smyslu je užívání dvou návykových látek, nejčastěji je jednou z nich alkohol (kouření). Z ostatních psychických poruch často nacházíme poruchy osobnosti (antisociální, hraniční), úzkostné poruchy a fobie, depresivní poruchu a dystymii (pro objasnění viz kteroukoliv učebnici psychiatrie). Častější je např. komorbidita jiné psychické poruchy u uživatelů opioidů a kokainu než u uživatelů marihuany. Užívání návykových látek je precipitujícím faktorem sebevraždy (20krát vyšší pravděpodobnost než v normální populaci). Užívání návykových látek je bohužel časté u pacientů trpících schizofrenií, může být jedním z precipitujících faktorů časněho vzniku tohoto onemocnění (není příčinou). U uživatelů kokainu nacházíme často hyperkinetickou poruchu (porucha aktivity a pozornosti).

### 8.10.1.6 Průběh

Podle MKN-10 může být dále diagnóza syndromu závislosti specifikována následujícími variantami průběhu onemocnění: současná abstinence, ve smyslu remise onemocnění (podle DSM to znamená, že po dobu 1 měsíce není přítomné žádné kritérium pro závislost na návykové látce), tato remise je buď částečná nebo úplná, dále to jsou varianty abstinence: v chráněném prostředí, léčen avertivními látkami (disulfiram, naltrexon) nebo v udržovacím či náhražkovém režimu (nikotinové žvýkačky, metadon). Průběh závislosti může být dále specifikován jako chronický (kontinuální) nebo epizodické užívání. Relapsem nazýváme návrat onemocnění po období jeho remise.

### 8.10.2 KBT pohled

V současnosti nachází kognitivně behaviorální psychoterapie v léčbě závislosti na návykových látkách stále širší uplatnění. Většina komplexních léčebných programů pro klienty závislé na alkoholu a drogách využívá některé prvky či přístupy přímo pocházející nebo odvozené z kognitivně behaviorálního přístupu. Množí se důkazy o její účinnosti, v některých případech je významně úspěšnější ve srovnání s jinými metodami, v repertoáru psychoterapeutických přístupů v léčbě závislosti je nejstudovanější metodou. KBT vnímá užívání návykových látek jako naučenou strategii, která dominuje v životě uživatele v procesu vyrovnávání se s problémy. Předpokládá, že užívání je v těsném vztahu s problémy každodenního života.

Vznik a udržování užívání návykových látek vysvětluje jak teoriemi učení (podmiňování, sociální učení), tak vlivem kognitivních proměnných, za spoluúčasti faktorů prostředí. KBT minimalizuje vliv příčinných genetických faktorů, větší důraz klade na interakci biologických komponent určujících konstituci osobnosti, faktorů prostředí a jednotlivých procesů učení. Výsledkem je závislost jako maladaptivní forma chování a způsobu života vůbec.

### 8.10.2.1 Behaviorální teorie

Z behaviorálního hlediska je lidské chování výsledkem procesu učení, tudíž stejné procesy učení, které vytvářejí problémové chování, jej mohou změnit. Chování je z velké části determinováno působením faktorů prostředí a situačních. Aplikací principů učení lze ovlivňovat nejen chování, ale také myšlení a emoce.

Důraz je tedy kladen na procesy učení: klasická teorie rozlišovala původně dvě formy učení, klasické a operantní podmiňování. Později přibyla třetí forma učení, sociální učení čili učení nápodobou. Při vzniku a rozvoji závislosti hrají důležitou roli sociální učení a operantní podmiňování. Dnes je nepochybný vliv kognitivních procesů na vznik a udržování chování (dalším typem učení je tzv. kognitivní učení).

#### Teorie učení:

**Klasické podmiňování** je proces, jehož prostřednictvím podmíněné i nepodmíněné vnější podněty začínají vyvolávat naléhavou potřebu či touhu užít drogu. Na základě poznatků z výzkumu se předpokládá, že uživatelé drog podněty prostředí podmiňují, např. užitím drogy v tomto prostředí, v přítomnosti určitých lidí, dodržením pravidel a rituálů. Z teorie klasického podmiňování vychází např. averzivní techniky, nácvik relaxace či techniky kontroly podnětů.

**Operantní podmiňování** se vyskytuje v souvislosti se záměrným chováním, které se přizpůsobuje okolí. Dochází ke zpevnění či oslabení konkrétních vzorců chování, pozitivnímu anebo negativnímu, v závislosti na následcích tohoto chování (nezapomínejme, že při učení formou operantního podmiňování se pohybujeme v oblasti pravděpodobnosti). V případě závislosti to znamená, že jedním z nejdůležitějších faktorů je zpevňující efekt drogy. Vysvětlením skutečnosti, že závislý ignoruje negativní následky svého chování, je, že podněty ve vzdálenějším časovém období (negativní důsledky) mají na chování menší dopad než podněty (pozitivně zpevňující) následující bezprostředně po výskytu určitého chování (užití drogy). Zpevňující podněty nemají vliv pouze na chování, ale i na emoce a myšlenky (očekávání). Z hlediska léčby je důležité, že uživatel může sám zpevňovat (posilovat) to chování, které je v rozporu s užíváním drog.

**Sociální učení** se zdá být nejrychlejší formou vytváření nového chování. Je to učení nápodobou a pozorováním, z čehož vyplývá nezastupitelná role kognitivních procesů během této formy učení. Výsledek závisí na vzoru učení, na motivaci a očekávání pozorovatele. Učení nápodobou se výrazně projevuje u adolescentů. Z této teorie pocházejí techniky učení se sociálním dovednostem, asertivitě,



práce se sebevědomím, zvládání hněvu a frustrace. Pro klienta může být potřebným vzorem třeba terapeut.

### Behaviorální analýza

Po důkladném vyšetření klienta využijeme výše popsané teoretické poznatky k formulaci klientova problému, přičemž provedeme behaviorální, kognitivní a funkční analýzu. Behaviorální analýzu představuje tzv. „A-B-C schéma“ (viz obecnou část).

**A** představuje spouštěče (antecedenty), což jsou všechny faktory prostředí, situace a okolnosti, které vyvolají v konečném důsledku užití drogy, spustí bažení pod droze či vedou k relapsu. Mohou to být také vnitřní spouštěče: tělesné signály či psychický stav nepohody, které byly či aktuálně jsou spojeny s drogou.

Dále podrobně zmapujeme **B**, čili chování klienta ve všech modalitách: fyziologické reakce, emoce, myšlení a vlastní chování. Zaměříme se na bažení po droze, které podrobně analyzujeme ve všech zmíněných kategoriích. Popíšeme rituál užití drogy, snažíme se s klientem do detailů popsat účinky drogy.

Následuje poslední část schématu, **C** jako konsekvence čili následky. Je třeba rozlišovat následky bezprostřední, které jsou většinou po užití drogy pozitivní: příjemné účinky, úleva, únik od problému, uspokojení touhy, krátkodobý zisk z užití drogy. Kromě pozitivních jsou následky negativní: bezprostřední a dlouhodobé, které převažují. Klient si jich ale nemusí být vědom na začátku terapie, dopracujeme se k nim později a budou předmětem dalších terapeutických sezení. Snažíme se s klientem zjistit, co jsou modifikující faktory, které ovlivňují okolnosti užívání a jeho následky.

Stručně řečeno, behaviorální analýza tedy představuje popis problému užívání drogy, který zahrnuje, co se s klientem děje, co užití spustí a jaké má následky.

### 8.10.2.2 Kognitivní teorie

Kognitivní procesy mají zprostředkovací funkci mezi podnětem a chováním. Jsou to všechny mentální procesy, které zpracovávají informace z vnějšího i vnitřního prostředí. Patří sem procesy vnímání, pozornosti, paměti, myšlení, hodnocení, přisuzování (atribuce), očekávání atd. Teorie sociálního učení (behaviorální teorie) také zdůrazňovala význam myšlení, emocí a afektů, jejich vzájemnou propojenost a ovlivňování, čímž se podstatnou měrou zasloužila o integraci kognitivních a behaviorálních přístupů. Neexistuje jediná ucelená kognitivní teorie. Jednu z nevlivnějších kognitivních teorií, která se od té doby neustále vyvíjí (v rámci KBT i separátně), formuloval A. T. Beck. Podle této teorie jsou kognitivní procesy hierarchicky strukturovány.

Jako **kognitivní události** označujeme myšlenky, představy a automatické negativní myšlenky, které souvisejí s problémem klienta a jsou předmětem terapie. Mohou mít rozdílný emoční náboj a vliv na jednání.

**Kognitivní operace** jsou komplexnější děje, při kterých se kognitivní události zpracovávají, hodnotí, posuzují. Na této úrovni někdy dochází k aktivaci tzv.

**kognitivních omylů**, kdy dochází ke zkreslení kognitivních událostí, jejich přecenění, nesprávnému zpracování atd. Beck popsal původně 7 typů základních kognitivních omylů, ke kterým se postupně přidávaly další. Pouze v případě, že k jejich aktivaci dochází nadměrně často a opakovaně, se rozvíjí psychická porucha či nemoc.

**Kognitivní schémata** jsou struktury, které představují souhrn základních a často nevědomých předpokladů o tom, jaký jsem, jaký je svět kolem mě a co mohu od něj očekávat. Týkají se oblastí výkonu, přijetí (sebepřijetí) a moci, která představuje nadměrnou potřebu mít sebe a události kolem sebe pod kontrolou (kompetence a autonomie). Vytvářejí se pod vlivem zkušeností v raném dětství a mohou zůstat různě dlouho skrytá. Aktivace kognitivních schémat vede ke vzniku automatických negativních myšlenek, které tak představují špičku ledovce složitého uspořádání kognitivních procesů.

**Kognitivní model závislosti.** Podle kognitivní teorie jsou závislosti extrémní komplexní procesy, které jsou charakterizované hluboko uloženými a přetrvávajícími maladaptivními přesvědčeními (jádrová přesvědčení). Ta se vytvářejí, jak jsme již zmínili, v raném dětství vlivem působení kritických zážitků a zkušeností a se začátkem nejsou nijak spojena s užíváním alkoholu či drog. Na formování schémat má vliv rodinné, sociální a kulturní prostředí. Negativní zážitky v raných stádiích vývoje vytvářejí schémata, která vedou ke zranitelnosti jejich nositele, zůstávají latentní (neprojeví se) až do doby jejich aktivace nějakou událostí (kontakt s drogou). Na začátku vzniku závislosti je užití návykové látky jako kompenzační strategie, která pokračuje vytvořením nového přesvědčení o droze, které se pak spojí s již existujícími maladaptivními přesvědčeními. Kromě toho vznikají tzv. dysfunkční předpoklady, spojení když-tak, která člověka ještě více oslabují vůči pokušení drog („Když se napiju, tak se mi uleví.“ „Když si nezakouřím, tak dostanu záchvat.“). Rozhodnutí začít s užíváním (nebo experimentováním) je pod společným vlivem všech těchto přesvědčení. Na nich možná závisí, po jaké droze člověk sáhne. První zážitek je většinou příjemný, a proto opakovaně vyhledávaný. Zároveň posiluje očekávání a některá přesvědčení, časem se rozvinou přesvědčení orientovaná na úlevu a povolení dopřát si drogu. Pokračující užívání nadále zpevňuje přesvědčení, která se stávají automatickými a bludný kruh se uzavírá. Příklady maladaptivních schémat viz obecnou část.

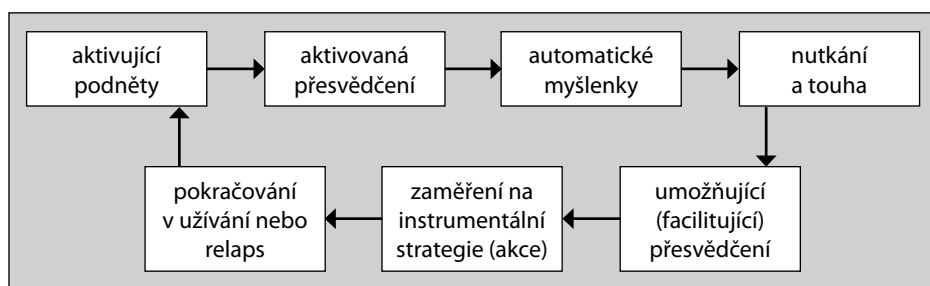
Když se na užívání drog podíváme zblízka, v kratším časovém intervalu, můžeme identifikovat jednotlivé spouštěče, které se objevují v jistých, vysoce rizikových situacích. Ohrožují sebekontrolu uživatele a zvyšují riziko relapsu či dalšího užití. Vyvolávají automatické myšlenky, které jsou odvozeny z jádrových přesvědčení uživatele a vyvolávají nutkání a bažení po droze. Společně s emocemi, náladou, faktory prostředí (sociální tlak) to vede ke vzniku facilitujících (umožňujících) přesvědčení. Obvykle jsou kognitivně zkresleny a snižují schopnost tolerovat bažení. Znamenají v podstatě oprávnění, potvrzení nějaké skutečnosti, bagatelizují („Život nestojí za nic, tak je jedno, jestli kouřím.“). Čím jsou silnější, tím snadněji uživatel podlehne nutkání. Následuje strategie, která je zaměřena na získání

drogy (instrumentální), po její úspěšné realizaci může dojít k selhání: užití drogy anebo relapsu.

**Kognitivní terapie versus KBT.** Z hlediska terapie závislosti se kognitivní terapie odlišuje od KBT minimálně. Společné jsou pojmy, obě kladou důraz na funkční analýzu problému, na identifikaci procesů, které jsou v pozadí vzniku a udržování závislosti. KBT se věnuje učení a nácviku různých dovedností, z kterých jsou jen některé čistě kognitivního rázu. KBT zdůrazňuje behaviorální aspekty technik zvládání problémů, hlavně na začátku léčby. V porovnání s kognitivní terapií je KBT více didaktická, pracuje nejen s tím, jak klient myslí, ale také jak se chová.

Z kognitivní teorie vycházejí postupy jako nácvik komunikačních dovedností, zvládání stresu, sebekontroly a prevence relapsu.

**Obrázek 8.10.2:** Kognitivní model závislosti (podle Salkovskis, 1996)



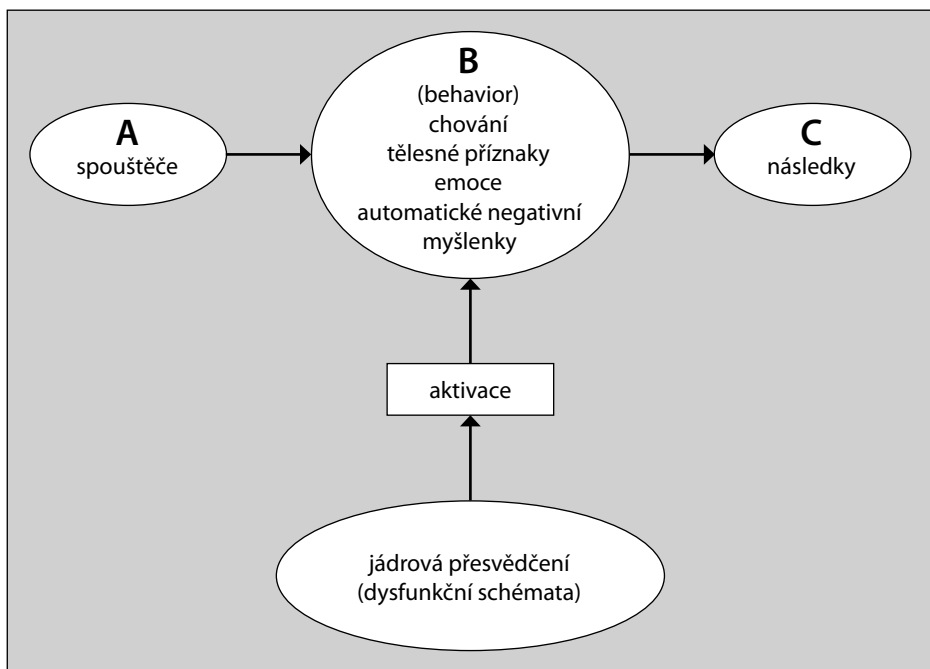
### 8.10.2.3 Kognitivně behaviorální model

Integrací prvků behaviorálních a kognitivních teorií vznikne KB model, jinými slovy kognitivně behaviorální formulace problému klienta se závislostí (viz obr. 8.10.3).

**KB model závislosti** předpokládá, že začátek užívání drog je ovlivněn kombinací stávajících *faktorů vnějšího prostředí* (např. dostupnost drogy, normy a pravidla v komunitě), *fyzilogických reakcí jedince* na první setkání s drogou (z něhož vyplyne pozdější zpevňující charakter) a konstituce a struktury jeho osobnosti (predispozice k užívání, tj. osobnostní rysy a předpoklady, zvláštnosti neurochemických systémů mozku, vliv výchovy a prostředí na formování *jádrových přesvědčení*, postoju, schopnosti tolerovat a zvládat stres a frustraci, sociální a interpersonální dovednosti a spousta dalších). Jestli jedinec s užíváním drogy začne a bude v něm pokračovat, závisí na *prostředí* ve kterém žije, normách společnosti a skupiny, zda bylo užití drogy příjemné či nikoliv. Přístup a chování rodičů rovněž hrají svou roli, dítě bude spíše jejich (nebo jiných vzorů) chování *napodobovat*. Záleží na tom, do jaké míry bude droga regulátorem nálady, jak moc začne jedinec používat drogu jako hlavní *způsob zvládání* emocí. Pokud dovednosti zvládat emoce chyběly před začátkem užívání, droga může sloužit jako *kompensatorní mechanismus*. Některé osobnostní rysy (impulzivita, touha po vzrušení a vyhledávání nového) také zvyšují riziko konzumace návykových látek. V počátečních stádiích

rozvoje závislosti převládají *operantní podmiňování, sociální učení a kognitivní faktory*, v pokročilém stadiu se o slovo hlásí *klasické podmiňování* prostřednictvím abstinenčního syndromu (existují dokonce názory, že tolerance je také naučený fenomén). V těžších stádiích závislosti je droga užívána za účelem vyhnutí se abstinenčním příznakům (negativní zpevnění). Význam a pozice drogy v životě závislého jedince jsou stále významnější. Přestává zvládat problémy spojené s jejím užíváním, přestává zvládat své negativní emoce, nevšímá si následků, protože v porovnání s dříve uvedeným jsou vzdálenější. Jeho schopnosti řešení problémů se stále zhoršují, užívání drogy se stává stereotypním. K tomu může existovat sociální tlak, který je dalším zpevňujícím faktorem. To vše se odráží v *kognitivních procesech*, které jsou omezovány narůstajícími dysfunkčními přesvědčeními a *negativními myšlenkami*, ovládaný nutkáním a *touhou po droze*. Se změnou myšlení a klesající schopností řešit jakýkoliv problém dochází ke ztrátě sebevědomí, narušení sociálního fungování až devastaci osobnosti, které v začarovaném kruhu závislost udržují.

Obrázek 8.10.3: KBT model



### 8.10.3 KBT – terapeutický přístup

**KBT** představuje krátkodobý psychoterapeutický přístup, který je vysoce strukturovaný, zaměřený na dosažení konkrétních cílů, orientovaný zejména na aktuální problémy, na individuálního klienta, je flexibilní a vhodný pro většinu klinických programů a uspořádání léčby. Je kompatibilní s mnoha dalšími psychoterapeutickými

kými přístupy, s farmakoterapií, je vědecky a prakticky dobře ověřen, jeho aplikace zlepšuje výsledky léčby mnoha psychických poruch, včetně užívání návykových látek.

**KBT závislostí** zahrnuje několik základních úkolů: vybudování fungujícího terapeutického vztahu, založeného na spolupráci, povzbuzení motivace ke změně chování, funkční analýzu současných problémů klienta, použití kognitivních a behaviorálních technik ve strukturovaném časovém uspořádání, stanovení a vyhodnocování cílů a nakonec vyhodnocení terapie a její ukončení. Nevyhnutelnými a jedinečnými intervencemi jsou práce s bažením po droze, rozpoznání tzv. zdánlivě nepodstatných rozhodnutí, která vedou v konečném důsledku k užití drogy (v angl. *seemingly irrelevant decisions*), plánování pro případy nebezpečí a relapsu, nácvik odmítnutí drogy, identifikace a zvládání pro klienta rizikových situací, nácviky dovedností a kognitivní restrukturalizaci.

**Terapeutický vztah** je základem pro další léčbu (platí univerzálně). Vřelý, empatický, respektující klienta, aktivní a otevřený vztah zvyšuje pravděpodobnost setrvání klienta v terapii. Ten se mnohdy cítí rozpačitě, je nedůvěřivý, cítí se za svou závislost trestán, zahanben, stigmatizován. To se může projevit v poněkud hostilním chování vůči terapeutovi na začátku léčby. Terapeut musí být proto upřímný, autentický, někdy opatrný, každopádně by měl zůstat pozorný a vnímavý vůči verbálním i neverbálním projevům klienta. Empatický postoj je možné u terapeuta trénovat třeba pokusem o změnu vlastního závislého chování nebo zvyklostí, účastí na setkání svépomocných skupin a trpělivým nasloucháním. Klient by měl v terapeutické alianci získat zázemí a naději na změnu. Proto je potřebné jej opakovaně povzbuzovat, pochválit i za drobné úspěchy a posilovat tak jeho sebedůvěru. Kromě toho záleží na načasování a způsobu použití různých intervencí, zejména na začátku budování vztahu. Klient by měl být obeznámen se všemi aspekty nastávající léčby: co od ní může očekávat, jak dlouho bude trvat, jaká jsou pravidla spolupráce s důrazem na docházku, střízlivost, plnění zadání a domácích úkolů. Pro terapeuta z toho vyplývá dodržování termínů a času sezení, poctivost a využití všech schopností ve prospěch klienta. Mezi překážky spolupráce ze strany terapeuta patří vlastní negativní myšlenky, soudy a přesvědčení o závislých klientech. Je proto důležité identifikovat, co z klientova chování tyto pocity a myšlenky vyvolává, podrobit je diskusi a analýze. Osvědčuje se reflektovat je před klientem formou zpětné vazby, co neobjektivněji a otevřeně. Terapeutický vztah je v KBT na jedné straně do jisté míry direktivní (a edukativní), na druhé straně poskytuje klientovi samostatnost a prostor, aby na problému sám pracoval, aby ho studoval. Klient je veden k tomu, aby hledal vlastní řešení, vytvářel své vlastní hypotézy, stanovoval si cíle a podílel se na jejich průběžném vyhodnocování, případně je ve spolupráci s terapeutem měnil.

### 8.10.3.1 KBT vyšetření

KBT vyšetření klienta se skládá z rozhovoru, behaviorální, kognitivní a funkční analýzy, můžeme také použít sebesposuzovací dotazníky a škály (zmapování frekvence, intenzity a trvání chování, emočních stavů, nálady, úzkosti). Klienta kom-

plexně psychiatricky vyšetřujeme, odebíráme anamnézu, zjišťujeme historii a vývoj užívání návykových látek, ptáme se na další psychické potíže kromě užívání návykových látek. U některých klientů mohou komorbidní psychické poruchy zůstat skryté po různě dlouhé období léčby. Symptomy těchto poruch způsobují zranitelnost vůči užívání návykových látek. Proto je nutné zaměřit pozornost na tuto oblast už při vstupním vyšetření a dále pak přizpůsobit průběh léčby. Zjišťujeme motivaci klienta, snažíme se ji povzbudit, pátráme po vnitřních zdrojích klienta. Shromáždíme dostupné informace z klientova okolí, snažíme se zjistit postoje rodiny a nejbližších, případně je zainteresovat do léčby. K tomu je potřebné získat souhlas klienta, dopředu s ním vše konzultovat. Obecně platí, že pohled klienta na všechny uvedené oblasti našeho zájmu je pro nás důležitý.

**Behaviorální analýza.** Na základě modelu A-B-C hledáme faktory, které vedly ke vzniku závislého chování, identifikujeme spouštěče užívání. Důkladně analyzujeme okolnosti užívání, mapujeme faktory prostředí. Snažíme se identifikovat rizikové situace. Zvláštní pozornost věnujeme bažení: doporučuje se zabývat se bažením po droze (craving) co nejdetailněji, důkladně popsat spouštěče touhy, jaké tělesné pocity, myšlenky a emoce vyvolává. Popíšeme chování klienta v souvislosti s užíváním drogy: mapujeme jeho fyziologické reakce, emoce (nálada, úzkost, vztek, osamocení, nuda, vzrušení) a chování při aplikaci, případně při abstinenčních příznacích, snažíme se identifikovat jeho automatické negativní myšlenky. Chování klienta popisujeme v dimenzích frekvence výskytu, jeho trvání a intenzity. Ptáme se na periody abstinence, probíráme dosavadní pokusy klienta o abstinenci. Zjišťujeme důsledky problémového chování. Pozitivní bezprostřední následky vedou obvykle k udržování i dlouhodobě problematického chování i se všemi negativními důsledky.

**Kognitivní analýza.** Koncept navrhne klientovi na základě informací o jeho raném vývoji, dětství a původní rodině, současných problémech, automatických myšlenkách, schématech a přesvědčeních, emocích, spouštěčech a maladaptivním chování. Na získané údaje, zejména o rodinném zázemí, se doporučuje během terapeutického procesu nezapomínat a opakovaně se k nim vracet. Častým jevem je, že klient na začátku léčby mnohé potíže nepřipustí. Objeví se později, jak roste jeho důvěra v léčbu a/nebo v terapeuta. Snažíme se odkrývat přesvědčení, které klient přechovává o návykových látkách, o užívání a jeho významu pro život, o sobě a jiných, o pohledu na svět. Po odkrytí těchto myšlenkových procesů dochází obvykle u klienta k přehodnocování názorů na užívání drog. Kognitivní profil se tedy skládá z informací o spouštěcích, přesvědčeních (schématech, povolujících a facilitujících užívání) a automatických myšlenkách. Získané informace použijeme k vysvětlení modelu nemoci, vytvoření bludného kruhu užívání návykové látky.

**Funkční analýza.** Na základě funkční analýzy se snažíme porozumět, jakou funkci má problém v životě klienta a jaké faktory jej udržují či modifikují. Podle KBT teorie je problémové chování naučené a přetrvává vlivem zpevňujících faktorů (pozitivní a negativní, bezprostřední a vzdálenější důsledky). Další podstatnou otázkou je, jak problémové chování zasahuje do života klienta. Pátráme po vlivu problémového chování na mezilidské vztahy klienta, zjišťujeme „sekundární

zisky“ klienta z nemoci. Podrobně probereme všechny oblasti, do kterých užívání zasahuje: vztahy v rodině, v zaměstnání a ostatní sociální interakce, konflikty se zákonem, finanční problémy a fyzické zdravotní potíže. Součástí funkční analýzy je zjištění předností a nedostatků klienta. Hledáme přednosti, dovednosti a schopnosti, o které se budeme moci v terapii opřít, zároveň stanovujeme cíle v získání dovedností, které klientovi chybějí nebo je neefektivně využívá.

Na závěr vyšetření a po provedení behaviorální, kognitivní a funkční analýzy vytvoříme **předběžnou formulaci problému**: klientovi představíme kognitivně behaviorální model jeho problému a požádáme ho, aby jej doplnil či opravil. Tuto formulaci považujeme za vstupní hypotézu, na základě které stanovíme cíle terapie. Během terapie shromažďujeme další údaje a původní formulaci doplňujeme a upřesňujeme.

### 8.10.3.2 Cíle, struktura sezení a léčebný plán

Stanovení individuálního terapeutického plánu je základem kognitivně behaviorální léčby. V KBT poskytujeme různé varianty **terapeutického cíle** a je nesmírně důležité, aby cíle vznikaly ve spolupráci s klientem. Klient má mít možnost volby, bez ohledu na volbu terapeuta, protože to výrazně podporuje jeho motivaci a účast v terapii. KBT na rozdíl od tradiční léčby závislostí umožňuje např. volbu kontrolovaného pití. Za základní cíle v terapii závislostí z hlediska KBT považujeme kontrolované pití anebo úplnou abstinenci.

**Struktura sezení.** V každém sezení se vykoná poměrně velký objem práce. Ta zahrnuje přehled minulého sezení, vyslechnutí problémů klienta, které se vyskytly od posledního sezení, nácvik dovedností, jejich opakování a rekapitulaci již naučených, plánování času do dalšího sezení, program příštího sezení a zpětnou vazbu. Technická stránka léčby by měla být vyvážená aktivním budováním a zlepšováním terapeutického vztahu. Někteří klienti mohou mít tolik problémů, že je pro ně těžké si vybrat a zaměřit se jen na jeden. V tomto okamžiku je vhodné klienta vyslechnout, povzbudit, navrhnout ve spolupráci s ním plán, jak se bude v jeho léčbě postupovat tak, že neopomeneme žádný z jeho vážných problémů, nicméně budeme trvat na zásadách a pravidlech léčby, kterou lze i přes uvedené potíže realizovat. Vytvoříme si tak prostor pro práci, získáme klienta pro léčbu a postupem času s pokroky v terapii dojde ke změně klientova postoje a náhledu.

**Sezení začíná** stanovením programu a zjištěním aktuální nálady (vyhodnocení emocí a jejich měření za poslední dobu). Pokračujeme přemostěním z minulého sezení, zrekapitulujeme, co považujeme za podstatné, a zeptáme se, co považoval klient za důležité. Dále klienta vyslechneme, případně řešíme jeho obavy, znepokojení, zabýváme se bažením a rizikovými situacemi od posledního sezení.

**Střední část sezení** je věnována diskusi o stanoveném tématu, které se pokoušíme dát do vztahu s aktuálními problémy klienta. Poté zjišťujeme porozumění tématu, pracujeme s reakcemi klienta.

**Sezení ukončujeme** zadáním domácího úkolu, shrnutím obsahu sezení. Připomeneme potřebu práce s bažením a předvídání rizikových situací. Probereme plán

na týden (podle frekvence sezení) a zeptáme se na zpětnou vazbu. Průběžně během léčby se snažíme podpořit klienta např. v užívání medikace, nezapomínáme na kvalitu terapeutického vztahu, vracíme se k modelu nemoci (bludný kruh), pracujeme s rodinou, vyhodnocujeme dosavadní úspěchy, reflektujeme neúspěchy, budujeme u klienta pocit produktivity, kontroly a nezávislosti.

### Léčebný plán

Obecně platí, že léčba drogových závislostí by měla mít tři fáze. V **první fázi** klient získává pocit závazku a motivaci ke změně chování. **Druhou fázi** charakterizuje zavádění změn chování do praxe, jejich nácvik a upevňování. Důraz je na technikách, které usnadňují abstinenci (což může být medikace, vnější opora). Terapeut se zaměřuje na práci s bažením, na mapování rizikových situací, porozumění zdánlivě irelevantním rozhodnutím, věnuje se nácviku odmítnutí drogy, kognitivně rekonstruuje myšlenky týkající se užívání drog. Tato fáze je nejzranitelnější, vyskytuje se v ní až 60 % relapsů. Terapeut podporuje rozvoj uvědomění a reflexe problému. **Poslední fáze** léčby je udržení změn chování (na delší čas to může představovat velký problém). Proto můžeme klientům pomoci udržet dosaženou změnu v chování vytvořením podpůrné sociální skupiny, nabídkou docházky do skupin jako jsou AA nebo do svépomocných skupin orientovaných na léčbu (v USA a anglosaských zemích RR –Rational Recovery). Klient postupem času snižuje míru vnější kontroly, méně se spoléhá na druhé. Vystavuje se komplikovanějším a náročnějším situacím, které se týkají drog. Vysazuje se nebo snižuje případná medikace.

V **terapeutickém plánu** dominuje několik důležitých témat: bažení (*craving*), motivace ke změně, závazek redukce a kontroly užívání nebo abstinence, učení se dovednostem: odmítání drogy, asertivita a komunikace, nácvik relaxace a tělesný pohyb, kognitivní vyhýbání (zdánlivě nepodstatná rozhodnutí), plánování, řešení problémů, prevence relapsu: „první pomoc“, zvládnutí selhání a relapsu.

**A. Bažení.** Problém bažení patří do úvodních sezení s klientem. Důkladně probereme všechny aspekty, společně je popíšeme, hledáme spouštěče a podněty, které myšlenky na drogu vyvolávají a které následně startují intenzivní nutkání drogu užít. Snažíme se klienta naučit, že bažení je naprosto normální, časté a patří do procesu změny. Není to signál selhání, ani důvod ukončit terapii. Na příkladu klasického podmiňování můžeme klientovi vysvětlit mechanismus vzniku bažení, poukážeme tak na jeho dočasný charakter. Klient má za úkol bažení mapovat na záznamové archy, ke kterým se posléze opakovaně v terapii vracíme. Vštěpujeme práci s bažením podle zásad: rozpoznat, zvládnout a vyhnout se droze. Společně nacházíme řešení, jak se zachovat v situacích se spouštěči, jak lépe rozeznávat vzdálené signály, které k bažení povedou, jak je předvídat. Princip zvládnutí je založen na zásadách odvádění pozornosti, mluvení o nutkání (třeba s blízkými), připomenutí si negativních následků užívání, použití samomluvy (promlouvat k sobě). Důležité je být s bažením jakoby v souladu, nebránit se mu, nechat je proběhnout, nebojovat proti němu. Je jako mořská vlna, přichází, zvedá se a po dosažení vrcholu zase postupně mizí.



**B. Stanovení cílů.** V další fázi léčby se pokusíme stanovit cíle, určit závazek ohledně kontrolovaného užívání nebo úplné abstinence (s ohledem na dosavadní průběh terapie). Pracujeme s ambivalencí klienta, učíme klienta identifikovat a zvládat myšlenky spojené s drogou. Zhodnotíme připravenost klienta ke změně, současný stav užívání a podle toho postupujeme s intervencemi v léčbě dál. Zjišťujeme výhody a nevýhody užívání. Tato fáze léčby může být pro obě strany nejtěžší. Proto je léčba zaměřena více na kognitivní stránku problému užívání. Na záznamový arch cílů léčby klient zapíše změny, kterých chce dosáhnout ve stanoveném období, důvody, proč se pro tyto změny rozhodl, které kroky k tomu musí udělat, jak mu mohou pomoci lidé z okolí a nakonec, co všechno může být překážkou na cestě realizace tohoto plánu.

**C. Sociální dovednosti.** Součástí léčby je posouzení dostupnosti návykových látek v okolí (identifikace zdrojů) klienta a osob, s kterými se stýká. Snažíme se docílit přestavby sociální sítě klienta (pokud je k tomu důvod). Je nutné mnoho kontaktů přerušit, od základů změnit svoje návyky a zvyklosti, někdy je vhodné změnit zaměstnání anebo bydliště. Učíme klienta asertivitě, strategiím odmítnutí drogy, reagovat rychle, pevně, udržet si svůj postoj a obhájit názor před potenciálními poskytovateli drog. Když to situace vyžaduje, trénujeme přehráváním rolí. Výsledkem by měla být schopnost klienta zvládnout náročnou situaci, kdy jsou mu nabízeny drogy: jasně říci ne, udržovat oční kontakt, požádat danou osobu, aby drogy přestala nabízet, trvat na tom, stanovit hranice, nebát se zavřít za sebou všechny dveře pro eliminaci rizika do budoucnosti.

**D. Zdánlivě nepodstatná rozhodnutí.** Koncept je dalším kognitivním aspektem léčby. Jedná se o rozhodnutí, která podléhají racionalizaci a bagatelizaci rizik, která z nich vyplývají a která postupně přivedou klienta do vysoce rizikové situace, kdy užívání drog hrozí a je velmi pravděpodobné, přičemž se klientovi zdá, že se v situaci ocitl náhodou či nechtěně. Klient se naučí řetěz těchto na první pohled nesouvisejících událostí protnout a snížit tak riziko vystavení se rizikové situaci. Čím dříve k tomu dojde, tím jsou riziko, bažení a dostupnost drogy méně pravděpodobné. K tomu patří zvládání negativních, bolestivých a nepříjemných afektů a práce s kognitivními schématy. Probereme s klientem poslední epizodu relapsu a na ní modelujeme koncept zdánlivě nepodstatných rozhodnutí. Z příkladů zdánlivě nepodstatných rozhodnutí: požití alkoholu, marihuany či jiných drog (které nejsou předmětem návyku), držení návykových látek anebo alkoholu v domácnosti, navštěvování večírků či výlety do společnosti, styk se s známými, kteří užívají, neplánování volného času a programu vůbec, příliš mnoho stresu, volné víkendy a čas, který vede k nudě.

**E. Další témata** jsou pro KBT společná, odkazují proto čtenáře na všeobecnou část. Důležité je řešení klientova problému, učení se relaxaci, tělesnému pohybu, plánování času, aktivit a plánování do budoucna. Je potřebné se zabývat zaměstnáním, vyhlídkami v partnerských vztazích a rodině. V případě klientů s problémem závislosti je prospěšné tzv. vedení případu (case management), spolupráce s jinými formami péče o klienta, pomoc při resocializaci.

**F. Ke konci terapie** myslíme na krizový plán, s klientem vypracujeme detailní postup zvládnutí relapsu. Probereme nepředvídané události, poskytneme potřebné informace a kontakty pro případ nouze. Na závěrečném sezení zrekapitulujeme průběh léčby, posoudíme pokroky a úspěchy vzhledem ke stanoveným cílům. Podle toho navrhujeme další léčbu. Poskytneme prostor pro vyjádření klienta k léčbě i k osobě terapeuta. Připomeneme klientovi, které strategie a dovednosti považujeme pro něj za nejdůležitější.

### 8.10.3.3 Léčebné intervence

Do arzenálu terapeutických intervencí v KBT patří metody zaměřené na ovlivnění tělesných příznaků (např. relaxační techniky), chování, kognitivních procesů a komplexní KBT techniky (návčky dovedností ap.).

**A. Relaxační techniky** jsou neoddělitelnou součástí léčby závislostí. Používá se Jacobsonova progresivní relaxace, autogenní trénink, jóga a svalová relaxace s využitím biofeedbacku. Novějším prvkem je meditační technika zvaná *uvědomování (plné prožívání, angl. mindfulness, v sanskrtu vipassana)*. Znamená zaměřit pozornost jedním směrem, neposuzovat a nezaujímat hodnotící postoje. Meditace je složena ze tří komponent: pozorování, popisu a účasti. Je zaměřena na kultivaci klidu a stability. Myšlenky volně přicházející a plynoucí se nemají potlačovat ani ignorovat, analyzovat ani hodnotit jejich obsah, mají se pouze bedlivě pozorovat. To vede k získání hlubšího náhledu na každodenní problémy a stres, odstupu od emocí a myšlenek, k vidění věcí bez intelektualizace, zkreslení a cenzury myslí.

**B. Behaviorální metody.** Mezi nejdůležitější intervence patří práce s bažením: jeho důkladný popis, vytvoření bludného kruhu, kontrola záchvatu bažení. Návčik zvládání bažení je nutné s klientem nesčetněkrát opakovat. Dopodrobna rozpracujeme alternativní kroky, klienta opakovaně vystavíme expozici bažení v imaginační. Součástí je nepřetržité mapování situací, ve kterých dochází k záchvatům, mapování a kontrola spouštěčů. Plánujeme alternativní činnosti a volný čas klienta, nezapomínáme na neustálé sebeodměňování a sebeoceňování. Posilujeme a zpevňujeme žádoucí chování v souvislosti s expozicí droze.

Behaviorální návčik sebekontroly a sebeovládání je metodou, jak dosáhnout bezproblémového pití. Je vhodný pro klienty, kteří odmítají jako cíl abstinenci. Skládá se ze specifických kroků: maximální koncentrace alkoholu v krvi, stanovení limitu pro počet nápojů za den, sledování chování souvisejícího s pitím, návčik asertivity v odmítání pití, určení odměn za dosažené cíle, hledání příčin nadměrného pití. Metoda klade důraz na samostatnou práci doma, hraní rolí, klient si ponechává odpovědnost za rozhodnutí učiněné v terapii.

**C. Kognitivní terapie.** Z kognitivních metod používáme odvedení pozornosti, kognitivní rekonstrukci automatických negativních myšlenek, práci s dysfunkčními schématy. Sestavíme bludný kruh užívání, společně s klientem identifikujeme a mapujeme negativní myšlenky, analyzujeme výhody a nevýhody užívání, následků a škod. Klient pracuje s matricí, kde zaznamenává výhody a nevýhody pití a abstinence. Sokratovským dialogem zkoumáme přesvědčení klienta, polemizu-

jeme, dotazujeme se, co svědčí pro, co proti, hledáme s klientem alternativy k jeho myšlenkovým pochodům. Klient denně vyplňuje záznam automatických myšlenek spojených s drogou. Záznam se učí vyplňovat nejdříve na sezeních, později je to standardní součást domácího úkolu.

**D. Komplexní KBT programy.** Do klasického arzenálu KBT patří *nácvik zvládání stresu, relaxace, nácvik asertivity a komunikačních dovedností* (v rodině, v partnerských vztazích, při odmítnutí drogy). S klientem pracujeme na *řešení jeho životních problémů, trénujeme sociální dovednosti*, které aplikujeme na konkrétní situace v životě klienta. Pracujeme s případným *relapsem*, společně s klientem vytvoříme krizový plán.

### 8.10.3.4 Problémy v léčbě a jiné

KBT klade na **terapeuta** poměrně vysoké požadavky. Je doporučeno, aby se terapeut pokud možno co nejvíc obeznámil s problematikou, sociokulturním kontextem užívání návykových látek a naučil se pozorně naslouchat. Důležitá je spolupráce a komunikace s kolegy v oboru a s dalšími, kteří se na léčbě drogových závislostí podílejí (laický terapeut, střední personál atd.).

Co se samotné **terapie** týká, existuje několik důležitých faktorů, které ovlivňují výsledky léčby: je to léčba koexistující psychopatologie (komorbidita), pozornost, kterou věnujeme terapeutickému vztahu, a umění konfrontace. Je třeba pracovat strukturovaně a soustředěně, být vzorem a používat kognitivní techniky přiměřeně. Je nutné se vyvarovat „technokracií“, nadvlády technických postupů v KBT. Pamatujte na to, že i když se zdá být léčba neúspěšná, klient může do budoucna profitovat z toho, co se naučil. **Zásadou při práci se závislým klientem je nevzdávat se!**

Do KBT přístupu v léčbě závislostí **nepatří** nadměrná zaangažovanost terapeuta, konfrontační a psychologizující styl (konfrontace klienta s jeho popřením), navštěvování svépomocných skupin během léčby, příliš detailní explorační interpersonálních aspektů závislosti, používání nálepek a medicínského slangu, analýza nevědomých nebo skrytých konfliktů a motivů.

**Úskalím** terapie jsou uživatelé drog, kteří mají mnoho problémů. Terapeut ví, že bez vyřešení problému závislosti se ostatní problémy uspokojivě vyřešit nepodaří. Někdy ale může být obtížné se na tento jeden hlavní problém zaměřit. Najít rovnováhu mezi nutností věnovat se závislosti a potřebou řešit okamžité aktuální potřeby klienta je těžké. Doporučuje se ujasnit si s klientem, co bude hlavní náplní jeho léčby, jaké budou priority, a zdůraznit souvislost mezi aktuálními problémy a závislostí na droze. Pomáhá také strukturace terapeutického sezení do třetin, terapeut si vyhradí čas věnovat se starostem a obavám klienta. Nevýhodou rozčlenění je přechod mezi jednotlivými částmi, který může být rušivý a od terapeuta vyžaduje asertivní dovednosti.

Velkým problémem může být **nedostatek motivace a popření** problému klienta. V KBT to nejsou rysy klienta, jedná se o odlišné definice problému ze strany klienta a terapeuta. Proto je lepší definovat problém jako „nedostatek v terapii

nebo nedostatek pokroku“ než ho připsat klientovi. Také označování klienta jakoukoliv nálepkou se v KBT nepovažuje za přínosné. Při práci s klientem je třeba pamatovat na několik věcí: terapeutickou dohodu, pravidelné hodnocení, přehodnocení cílů terapie (je nutné se aktivně klienta dotazovat). Je vhodné otevřeně a objektivně s klientem diskutovat o jeho terapeutickém cíli.

**Selhání a relapsy** jsou spíše pravidlem než výjimkou v léčbě drogových závislostí. Bohužel je relaps negativně vnímán jak klientem, který může prožívat pocit studu, selhání, depresi, tak i terapeutem, který jej považuje za selhání léčby nebo svoje selhání a vinu. Zde je důležité rozlišit selhání (lapsus) a relaps. Selhání je událost nebo situace, ve které je klient schopen korigovat své chování a kontrolovat se. Relaps představuje návrat k předchozímu stavu s pocitem ztráty kontroly. Terapeut by měl zdůraznit rozdíly, s důrazem na skutečnost, že objevení se lapsu neznamena nevyhnutně relaps (recidivu) onemocnění. V KBT je klient povzbuzován, aby využil selhání ve svůj prospěch k posílení abstinence. Myšlenka, že lze zvládnout jednu epizodu, je pro klienta velmi povzbuzující. Vědomí, že se může vrátit do terapie a přitom není vše ztraceno, klientovi hodně pomáhá. Součástí práce s lapsem/relapsem je vypracování krizového plánu.

## 8.10.4 KBT a psychofarmakoterapie

Léčba závislostí je jednou z nejproblematictějších. Neexistuje jeden účinný způsob terapie pro konkrétní závislost na návykové látce. Potřebné je použití nejvhodnějšího způsobu léčby, který máme k dispozici, pro konkrétního pacienta s konkrétním problémem, v závislosti na typu návykové látky, stupni postižení a závažnosti návyku, vzhledem k jeho výsostným individuálním charakteristikám. Realistická očekávání po aplikaci jakéhokoliv typu léčby by měla být: redukované užívání návykových látek, delší období abstinence (třeba mezi jednotlivými relapsy), mírnější příznaky psychických poruch, zlepšení zdraví, udržení či získání zaměstnání, zlepšení v rodinných a mezilidských vztazích a pokles kriminální činnosti. Neposkytnutí dostupné léčby by bylo trestáním postižených závislostí.

Lék proti závislosti neexistuje, jako neexistuje jediná zaručeně efektivní psychoterapie. **Farmakologická léčba** bez psychoterapie je považována za nedostačnou v dosažení a udržení abstinence u závislých. Je specifická a má poměrně úzký okruh aplikace. Může léčit abstinenci syndrom či předávkování, pomáhat v boji s nutkáním a touhou po droze, a tak přispívat k udržení pacienta v léčbě, či poskytovat naději na vyléčení. Vytváří pro závislé prostor, dává šanci poskytnout jim první pomoc formou krizové intervence. Snižuje rizika užívání jako taková (*harm reduction*). Je účinná při léčbě jiných psychických onemocnění (viz komorbiditu). Někteří pacienti z ní mohou výrazně profitovat, jiným v boji se závislostí nepomůže.

V případě **závislosti na opiátech** se používá hlavně metadon, buprenorfin, klonidin, naloxon a naltrexon. První dvě látky v substituční a udržovací léčbě, další v různých režimech detoxifikace nemocného. Potlačují abstinenci příznaky a tou-

hu po droze. Kromě těchto preparátů často používáme benzodiazepiny (sedativa a anxiolytika) či analgetika.

V léčbě **závislosti na kokainu** není k dispozici žádný preparát, který by měl prokázanou účinnost cíleně v potlačení bažení či v léčbě abstinenčního syndromu. Stojí za zmínku, že nejstudovanějším lékem je v této indikaci antidepresivum desipramin a za nevhodnější se považuje psychoterapie. Zejména KBT se zdá být prokazatelně účinná. Problémem je ale velká heterogenita (různorodost) populace závislých na kokainu.

Pro léčbu **závislosti na nikotinu** existují doporučené postupy (USA) s léky, jejichž účinnost byla prokázána ve studiích: jsou to antidepresiva bupropion a nortriptylin, preparát klonidin a nahrazování nikotinu formou náplastí, sprejů, žvýkaček v různých režimech užívání nebo v kombinaci s antidepresivem. Prokázána byla účinnost behaviorální terapie, v praxi se používá kombinace farmak a psychoterapie nebo farmakoterapie a poradenství, některým vyhovuje forma svépomocných příruček.

Léčba **závislosti na alkoholu** je pravděpodobně nejkomplexnější. V léčbě abstinenčního syndromu podáváme benzodiazepiny, pro udržení abstinence disulfiram jako averzivní látku. Používají se antikonvulziva (karbamazepin, valproát), proti bažení naltrexon a akamprosát. V dalších stádiích léčby je farmakoterapie pouze doplňující, podpůrná (např. častá kombinace averziv a psychoterapie) a preventivní (relaps). Nesmíme zapomenout na léčbu komorbidních psychických poruch, kde se uplatňují antidepresiva a neuroleptika.

Medikamentózní léčba má svoje specifika, rizika, nežádoucí účinky, prokázanou efektivitu, či nikoliv. Dobře se uplatňuje v součinnosti s určitou psychoterapeutickou intervencí.

## 8.10.5 Návrh doporučení k léčbě

Do dnešní doby byly vytvořeny desítky programů a terapií, které se snažily podle svých teoretických východisek o ovlivnění užívání návykových látek s různou dávkou entuziasmu a ambicí. Nicméně lze konstatovat, že některé z nich se praxí a výzkumem ukázaly být vhodnější než jiné v léčbě konkrétní poruchy u specifické populace pacientů. Na základě toho vznikla myšlenka najít pro klienta s konkrétní závislostí co nejvhodnější typ terapie (v anglosaské literatuře tzv. matching).

Matching byl ověřován řadou studií za účelem pátrání po možnostech zlepšení výsledků léčby drogových závislostí. Mezi nejdůležitější patří projekt MATCH (1998), multicentrická studie provedená v USA pod záštitou NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism), která se týkala vyhodnocení interakce klienta závislého na alkoholu a poskytované péče. Cílem studie bylo zjistit, zda je možné zlepšit léčebné výsledky (a spolupráci klienta) tak, že se zvolí pro konkrétního klienta vhodný typ léčby. Byly srovnávány KBT, terapie pro posílení motivace a program 12 kroků. Studie byla úspěšná, výsledkem bylo vysoké procento klientů, kteří dobře spolupracovali s terapeutem. Poukázala na důležitost zaangažovanosti

vanosti a připravenosti terapeuta, prvního kontaktu s klientem a navození důvěrné atmosféry ve vztahu. Ověřila, že je vhodné zapojit do terapeutického procesu osoby z klientova okolí, věnovat se případné komorbiditě, neustále pracovat s motivací, poskytovat zpětnou vazbu, řešit absence, věnovat pozornost kolísání „napojení“ (orig. *adherence*) klienta na léčbu. Z hlediska technik se ukázaly být důležité opakování a nácvik, strukturace programu a přehodnocování cílů během léčebného procesu. Sami můžete posoudit, nakolik jsou uvedené proměnné důležité v KBT. V této studii se KBT ukázala jako nejvhodnější v léčbě problémového pití (nedosahujícího stupně závislosti), kouření a závislosti na kokainu. V rodinné terapii závislosti je také nesmírně důležité určit, jakým způsobem a koho z rodiny závislého klienta zapojit do léčby a jakou zvolit adekvátní intervenci.

Za důležité **charakteristiky léčby** se považují uspořádání (hospitalizace, komunita a skupinová léčba, ambulantní forma atd.), délka, charakter poskytovaných intervencí a míra propojení s farmakologickými přístupy. Přístupy podobné KBT jsou léčba skupinovým zpevněním (v orig. *community reinforcement approach*, Azrin, 1976), terapie posilování motivace (*motivational enhancement therapy*, Miller a Rollnick, 1992), prevence relapsu (Marlatt a Gordon, 1985). Behaviorální metodou je i tzv. *contingency management* (zvládání podmíněných a krizových situací technikami pozitivního a negativního zpevnění vzhledem k chování). Kromě toho najdeme prvky KBT i v dalších přístupech, jsou součástí eklektického pojetí psychoterapie, u nás např. přístup k léčbě drogových závislostí prim. Nešpora.

Dalšími rozšířenými přístupy v léčbě závislostí jsou klasický program 12 kroků (resp. facilitovaný program 12 kroků), přístup svépomocných skupin: AA (Anonymní alkoholici, *Alcoholics Anonymous*), NA (Anonymní narkomani, *Narcotics Anonymous*) a další, původem z USA, rodinná a manželská terapie (také využívající prvky KBT), biofeedback, různé meditační techniky, zejména tzv. *mindfulness* (angl. *mindfulness* znamená s plným vědomím), *harm reduction* (redukce poškození, mírnění následků, snižování rizik).

**Přístup 12 kroků** (12stupňové teorie) ke vzniku a udržování závislého chování se na poměrně dlouhou dobu stal převládajícím neformálním modelem závislosti na alkoholu. Vychází z principů Anonymních alkoholiků, hnutí nebo společenstva, které fungují jako pomoc pro lidi, kteří selhali v kontrole užívání alkoholu a drog (pro přehled společných znaků 12stupňových programů odkazujeme čtenáře na publikaci *Léčba drogových závislostí* od F. Rotgerse z vydavatelství Grada). Cílem je dosažení abstinence. Praxe ukázala, že programy 12 kroků nebo hnutí AA/NA jsou účinné v případech těžké závislosti na návykové látce. Bylo zjištěno, že problém užívání návykových látek představuje kontinuum: od mírného užívání, které je více méně pod kontrolou, přes koncept problémového pití až po těžkou závislost. Navíc je lidí, kteří disponují různou mírou kontroly nad svým užíváním alkoholu a nesplňují kritéria pro závislost, mnohem více než alkoholiků s plně rozvinutým syndromem závislosti. Na rozdíl mezi AA a KBT přístupem poukážeme na příkladu závislosti na alkoholu. KBT vidí pití jako naučené chování, vnímá uživatele jako jedince, kteří mohou toto chování změnit nebo kontrolovat (absti-

nence je chápána jako ukázka sebekontroly). Naproti tomu AA pohled na kontrolu pití předpokládá, že jedinec nedisponuje vůlí svoje pití kontrolovat, je v tom zcela bezmocný. Jako první krok k úspěchu vyžaduje přiznat si tuto neschopnost, vzdát se a přijmout roli poraženého. Proto je nevyhnutelnou podmínkou v tomto pojetí celoživotní abstinence. Původní idea (první AA myšlenky se datují do 30. let minulého století) vysvětlovala pití jako jistý druh alergie, opakované návraty k pití jako posedlost mysli (obsese). Závislý je obětí biologických abnormalit, a tudíž nemůže nést za své pití žádnou odpovědnost. V pojetí AA hraje důležitou roli i filozoficko-náboženský kontext. KBT pojetí kontroly užívání alkoholu vzešlo z teorií učení, které byly na závislých výzkumně ověřeny. KBT prosazuje flexibilitu cílů (kdežto AA vyžadují závazek abstinence), na druhé straně oba přístupy hledají alternativy k pití a motivují k léčbě. Hlavní rozdíl mezi nimi je však v tom, jakým způsobem se to děje. Programy 12 kroků jsou dodnes velmi rozšířené a oblíbené, nicméně lze konstatovat rostoucí úspěchy KBT v léčbě závislosti na alkoholu.

„Zmírnění škod“ také představuje alternativu k tradičnímu, na abstinenci založenému přístupu. Někdy se řadí společně s terapií prevence relapsu ke kognitivně behaviorálním terapiím. Vychází z transteoretického modelu nemoci Prochasky a DiClementeho (1982, 1992), podle něhož je nutné brát v úvahu, ve kterém stadiu nemoci se snažíme terapeuticky působit (fáze před zvažováním, zvažování, rozhodování, změny chování, udržování změny, případně relaps původního chování). Tento přístup je poměrně rozšířený a známý. Zaměřuje se na pomoc klientovi „ihned, tady a teď“, na zlepšení jeho celkového fungování, je pragmatický a flexibilní. Maladaptivní chování vidí jako kontinuum škodlivých následků a snaží se klienty posouvat směrem k redukci těchto následků a rizika. Používá trénink dovedností, snaží se spolupracovat s klientem na rovnocenné úrovni, podpořit motivaci. Pracuje s technikami prevence relapsu, používá metody terapie posilováním motivace.

Typickými složkami **terapie skupinového zpevnění** (angl. *community reinforcement approach*) jsou funkční analýza užívání návykové látky, sociální a pracovní poradenství, trénink odmítnutí drogy, nácvik relaxace a behaviorálních zručností. Součástí terapie může být poskytování poukázek za setrvání v léčbě nebo vzorky moči bez obsahu návykových látek. Poukázky jsou směnitelné za věci, jež souvisejí s životním stylem bez drog. Důležitou součástí je tzv. *contingency management*, který používá techniku pozitivního a negativního zpevnění, a tak ovlivňuje výskyt konkrétního chování (užívání alkoholu či drog). Tento program je rozpracován také pro příbuzné klienta a osoby z jeho okolí, které se učí, jak dosáhnout změny v chování závislého rodinného příslušníka nebo blízkého. Je velmi dobře účinný v případě problematického pití alkoholu. Program obsahuje úvodní část, vytvoření fungujícího terapeutického vztahu, motivační trénink, nácvik vyrovnání se s nebezpečnými situacemi, hledání alternativ k užívání návykové látky, propagaci a podporu střízlivého stavu, věnuje se negativním následkům, pomáhá v otázkách zaměstnání a rekreačních aktivit. V případě varianty programu pro rodinné příslušníky, příbuzné a osoby z okolí uživatele si terapie klade za cíl naučit je, jak „propagovat“ a prezentovat závislému střízlivost, jak minimalizovat riziko násilí

(zejména v rodinách), jak redukovat míru stresu, který závislý rodinný příslušník vytváří. Od KBT se odlišuje komunitním uspořádáním.

**Léčba posílením motivace** (motivační trénink) je orientovaná na klienta, má poradenský charakter a pomáhá řešit ambivalenci ohledně rozhodnutí se léčit nebo změnit chování. Snaží se o změnu klientova chování probuzením jeho vlastní motivace. Vychází z principů motivační psychologie, snaží se o rychlou mobilizaci vnitřních zdrojů klienta. Neprovádí krok za krokem, netrénuje a nenacvičuje. Snaží se u každého klienta hledat vlastní zdroje a všemi způsoby jej motivovat ke změně. Z tohoto hlediska by KBT a terapie posílením motivace mohly být complementární, využitelné v různých fázích práce s klientem.

**Prevence relapsu** (Marlatt a Gordon) je svépomocný program s prvky KBT, který byl původně vytvořen pro léčbu problémových pijáků a uživatelů kokainu. Je zaměřen na udržení a přetrvání změn a pokroků, kterých bylo dosaženo v předchozí léčbě užívání návykových látek. Pozůstává ze dvou zásadních komponent: prevence relapsu, aby se klient vyhýbal a předvídal selhání, a zvládnutí relapsu, když nastane, aby klient dokázal minimalizovat škodlivé následky. Terapie povzbuzuje klienty, aby se drželi dosavadních úspěchů, aby se adaptovali na nově vzniklou situaci a znovu se ji pokusili zvládnout (relaps). K tomu jim pomáhá pochopením relapsu jako další etapy v procesu léčby, strategiemi zvládnání bažení. Podporuje klienty v pokračování v léčbě, společně s nimi se snaží hledat vyrovnanější životní styl. Rozvíjí schopnost sebekontroly a sebezpozorování vzhledem k potenciálnímu selhání, učí vyhýbat se vysoko rizikovým situacím, které jsou pro klienta ohrožující, a předem připravuje na možnost selhání.

## 8.10.6 Kazuistika

Na tomto místě uvedeme výtah z kapitoly významné americké terapeutky Barbary McGrady, která se zabývá zejména léčbou klientů s potížemi s alkoholem různého stupně. Na příkladu léčby manželského páru, ve kterém je jeden z partnerů závislý, jsou ilustrovány terapeutický přístup a postupy, popsány četné faktory, které musí terapeut vzít v potaz, aby výsledná terapie byla ušita klientovi na míru, brány v úvahu změny a vývoj, ke kterému během léčby dochází. Tudíž jsou nepřímo předvedeny dovednosti terapeuta se zdůrazněním nároků na něj kladených.

Karel a Marie byli atraktivní manželský pár, oba stejně staří, bylo jim 32 let. Přišli na terapii kvůli Karlovu pití. Jejich manželství trvalo 5 let. Měli dva syny, ve věku 2 a 3 roky. Marie byla původem Italka, v její rodinné anamnéze nebyly žádné pozoruhodnosti. Pracovala jako kadeřnice, Karel jako tesař a již delší dobu žili odděleně. Oba měli středoškolské vzdělání a v současné době problémy s prací. Marie byla na podpoře a přivydělávala si, Karel si půjčoval peníze. Na terapii přišli na naléhání Marie, která Karlovo pití uvedla jako hlavní příčinu jejich manželského odcizení.

Terapeutka začala klinickým vyšetřením, zhodnocením a popisem Karlových obtíží, spojených s pitím, a prozkoumáním manželského vztahu. Provedla klinický rozhovor,



strukturovaný rozhovor pomocí dotazníků, nechala Karlovi změřit hladinu alkoholu v krvi. Vyšlo najevo, že Karel pil během posledních 6 měsíců alkohol téměř každý den. Preferovaným alkoholem bylo pivo a vodka. Karlovo pití splňovalo DSM kritéria pro alkoholovou závislost. Karel popíjel už od doby studia na střední škole, kvůli pití měl v minulosti i konflikt se zákonem. Popíjel již od rána a pokračoval během celého dne. Při představě, že nebude mít k dispozici alkohol, dostával panický záchvat. Vykazoval známky tělesného abstinenciho syndromu. Oba manželé vyplnili sebesposuzovací dotazníky. Pokusili se odhadnout spouštěče Karlova pití. Shodli se na tom, že jsou to faktory prostředí, které nejvíce ovlivnily rozvoj závislosti, dále to byly pocity únavy a vyčerpání a kvalita jejich manželského svazku. Karel měl za úkol denně sledovat svoje nutkání se napít a počet drinků si zaznamenávat. Zjistili, že Karel pocítoval touhu se napít, když na něj Marie tlačila, něco mu připomenula, chtěla po něm, aby byl zodpovědný nebo aby trávil čas s ní a dětmi. Tehdy pocítil touhu odejít a napít se. Marie dostala za úkol zaznamenávat svoje reakce na Karlovo pití a také své pocity denní spokojenosti s manželstvím. Marie vykazovala mnoho vzorců chování, které měly vztah k pití. Často se Karla vyptávala, kde byl a co dělal, úpěnlivě jej prosila, aby přestal pít, vyhrožovala mu, odmítala s ním spát, volala policii. Zároveň se však angažovala ve spoustě dobrých věcí, snažila se podporovat Karlovy pokusy o abstinenci a povzbuzovala ho.

Kromě uvedeného vyšetření Karlova pití věnovala terapeutka pozornost manželskému vztahu. Marie měla mnoho obav o společný vztah, poukazovala na Karlovu nechuť k práci, nezodpovědnost, cítila, že není spolehlivý a necítila v něm citovou oporu. Jako další problém uvedla Karlovu matku, protože Karel byl na ní závislý. Na druhé straně Karel nesnášel Mariinu tvrdohlavost, ale celkově měl méně manželských obav. Terapeutka zjistila, že manželé mají problémy v komunikaci. Navzájem se neposlušovali, vyměňovali si sarkastické poznámky a narážky. Přesto měli společné záliby, cítili se spolu dobře a měli kvalitní sexuální život. Marie to shrnula slovy: vycházíme spolu dobře, jenom když já nic nechci.

Zdalo se, že Karlovo pití se rozvinulo v sociálním kontextu. Alkohol mu přinášel pozitivní důsledky: měl rád pocit relaxace po napití, měl rád chuť alkoholu a sociální kontext pití (kamarádi). Z jeho perspektivy negativní důsledky neexistovaly, byly pouze zapříčiněny druhými, policií, manželkou. Když měl problém, uchýlil se k matce, půjčil si peníze, odmítl převzít zodpovědnost za svoje jednání a život vůbec. Chtěl setrvat v dosavadním způsobu života, kterým žil od svých 20 let, a proto se vyhýbal jakékoliv změně. Zároveň však miloval svoji rodinu, ženu i děti, a proto se rozhodl zkusit léčbu. Vztah Marie a Karla byl charakterizován nedostatkem empatie v komunikaci, vyhýbáním se zodpovědnosti, manželé postrádali dostatečné verbální schopnosti k otevřené diskusi o problémech.

V další fázi terapeutka navrhla manželům terapeutický plán. Její pohled na problém byl ten, že pití těsně souvisí s jejich vztahem, oba vykazují jisté vzorce chování, které potřebují pozitivní změnu. Léčba se proto zaměří na tři hlavní oblasti: Karlovo pití, zdokonalení se v komunikačních dovednostech a na zlepšení vztahu celkově. Karel upřednostňoval mírné pití jako léčebný cíl. Možnost nemocniční detoxifikace za účelem abstinence razantně odmítl. Terapeutka si byla vědoma, že pokud postaví jako první podmínku léčby nemocniční pobyt, Karel v terapii pokračovat nebude. Navrhla proto postup a základní podmínky

léčení. Od Karla vyžadovala, aby na sezení chodil střízlivý, což se bude ověřovat dechovým analyzátozem, budou stanoveny cíle postupné redukce pití s datem abstinence za 6 týdnů od zahájení léčby. Pokud Karel tyto podmínky nesplní, přehodnotí všichni společně možnost krátkodobé hospitalizace. Manželé s dohodou souhlasili.

Léčebný proces zahrnoval několik postupů: techniky pro postupné omezení Karlova pití, techniky posilující jeho vnímání pití jako problematického chování, techniky pro získání konstruktivnějších strategií u Marie, postupy, jak manželský pár zapojit do pozitivních interakcí, a nakonec řešení manželských problémů. Léčba se uskutečnila v přibližně 18 sezeních.

Při vstupním klinickém vyšetření, stejně jako i v úvodním sezení u terapeutky, měl Karel v krvi zvýšenou hladinu alkoholu. Terapeutka navrhla stanovit terapeutický limit alkoholémie v krvi, s čímž Karel souhlasil. Oba manželé dostali záznamové listy. Karel měl denně zaznamenávat míru nutkání, každé požití alkoholu a situace, ve kterých k tomu dochází. Marie měla na stupnici hodnotit Karlovo pití a také své hodnocení jeho nutkání se napít. Jak již bylo uvedeno, zaznamenávala také svou manželskou spokojenost na stupnici 0-7. V dalším sezení Karel znovu porušil dohodu o hladině alkoholu, načež přislíbil, že bude přemýšlet o nemocniční léčbě. Karel nevyplňoval záznamové listy a znovu odmítl podstoupit ústavní detoxifikaci. Na třetí sezení se Karel dostavil s nulovou hladinou. Byla obnovena původní dohoda o abstinenci, terapeutka prezentovala manželům behaviorálně analytickou interpretaci pití. S Karlem probrala současný stav jeho pití, situace a spouštěče vedoucí k pití. Společně pracovali na identifikaci vysoce rizikových situací, ve kterých je velká pravděpodobnost, že se napije. Karel byl stále přesvědčen, že se dokáže alkoholu vyhnout, kdykoliv se mu zachce. Na 4. sezení přišel opět střízlivý, nicméně referoval o náročném víkend, kdy hodně pil. Reagoval odmítavě, když terapeutka poukázala na skutečnost, že se vůbec nesnaží pití mezi sezeními omezit. Všichni společně pak probrali návrhy, jak jeho omezování pití usnadnit (návrat do práce, spánek, alternativní nápoje v domácnosti). Karel reagoval neochotně a vyjádřil se, že kdyby měl jinou manželku, patrně by nemusel přestat pít. Vzhledem k této ambivalenci se terapeutka rozhodla určit i jiné negativní následky jeho pití kromě nespokojené manželky. Vypracovala seznam všech negativních následků pití, které byly během dosavadní terapie zmíněny, a požádala manžele, aby se na seznam denně podívali a popřemýšleli o něm. V tomto stadiu léčby již terapeutka měla o Karlově motivaci pochybnosti a zvažovala, jak pokračovat dál. Předpokládala, že když se Karlovi povede určit skryté spouštěče svého pití a vyhnout se napití alespoň v některé z těchto situací, jeho motivace poroste. Záznamový arch obsahoval položky spouštěče, myšlenky a emoce, které vyvolaly, jaká byla odpověď a pozitivní i negativní důsledky rozhodnutí (mapování automatických negativních myšlenek a jejich propojování se spouštěči v konkrétní situaci). Na dalším sezení Karel informoval terapeutku o tom, že pil, že život bez alkoholu si představuje jako nešťastný, a souhlasil s detoxifikací.

Karel se do detoxifikačního centra nedostavil, nadále však vyjadřoval ochotu se léčit. Během 6. sezení dokončili behaviorální analýzu a určili ty aspekty Mariina chování, které vytvářejí předpoklady k pití. Vyšlo najevo, že se Marie v Karlovi pro jeho pití moc zklamala a často se ho pokusila udeřit nebo poškrábat (Karel ukazuje škrábance na ruce). Uvědo-

mila si také, že občas použila fyzické tresty vůči dětem. Hněv a frustrace jsou běžnými jevy u partnerů lidí závislých na alkoholu. Nedochozelo však k překročení mezí únosnosti v tomto směru, nicméně Marie začala svoje chování k dětem pečlivě zaznamenávat. Další sezení proběhla úspěšně za účasti střizlivého Karla, kterému se podařilo pití omezit. Manželé spolu začali trávit víc času. S Marií pracovala terapeutka na alternativních přístupech k dětem, když situaci nebude zvládat, s Karlem na minimalizaci důležitosti alkoholu v konkrétních situacích. Byla vybrána konkrétní situace (rybaření), ve které často docházelo k požití alkoholu, jako příklad plánu naučit se sebeovládání. Karel sám vypracoval další plán, jak si vyjít ven s přítelem a vyhnout se alkoholu. V této etapě léčby bylo nevyhnutelné, aby Karel nějak pocítil pozitivní důsledky omezení pití. Manželé se domluvili na tom, že se Marie zdrží jakýchkoliv negativních komentářů vůči Karlovi, jak budou trávit společný čas a co Marie Karlovi řekne v těchto příjemných chvílích. V čase 9. sezení Karel ještě pořád neabstinoval, ale jeho zprávy o nutkání se napít ubývaly. Marie udávala poměrně vysokou úroveň manželské spokojenosti. Avšak na terapeutických sezeních se začali čím dál tím víc hádat. Jejich konflikty se týkaly Mariina přání odstěhovat se jinam a jejich pocitů, že nemůže dál Karla citově podporovat. Terapie se proto zaměřila na nácvik komunikace mezi manželi. Přes nepochybný pokrok bylo jasné, že Karel v pití pokračuje, i když mírněji. Souhlasil, že se pokusí nepít dva dny v týdnu a pokusí se s Marií pokaždé probrat nutkání k pití i přesto, že mu to dosud jenom vyčítala. Karel však bude v jiné pozici: již se svého pití obává, chce pomoci a Mariina pomoc je vyžádaná a předem domluvená. Marie souhlasila s tím, že se pokusí zdržet jakýchkoliv výčitek. Během sezení si nacvičili konkrétní podobu zvládání situace Karlova nutkání.

Mezitím Karel dostal nabídku na nové zaměstnání právě tam, kam se Marie chtěla přestěhovat. Domluvili se, že se nikam společně stěhovat nebudou, pokud bude Karel pít. Domluvili se a uskutečnili výlet na nové místo. Karel s Marií ale nemluvil o svých nutkáních a nedodržel dny abstinence. Z výletu se však vrátili oba stejně nadšení. Po dobu jejich nepřítomnosti zhodnotila terapeutka dosavadní průběh léčby, který ukazoval na nesrovnalosti a rozpory v Karlově chování: dosáhl málo pokroků ve změně svého chování, častější byly jeho sliby a verbální proklamace. Proto se terapeutka rozhodla Karla se svým zjištěním konfrontovat. Poukázala na pozitiva a úspěchy dosavadní léčby, pak přečetla své poznámky, zdůraznila nedodržené sliby, připomněla domluvené termíny a závazky. Navrhla dvě alternativní vysvětlení: Karel nechce s pitím přestat, ale cítí závazek k abstinenci, aby Marie mohla být šťastná, anebo skutečně nemůže přestat pít a potřebuje pomoc. Poukázala také na to, že i přesto, že Karel dál pokračoval v pití, vykazovala Marie vysokou míru manželské spokojenosti, a tudíž omezení pití bylo pro ni pravděpodobně přijatelné. Oba zareagovali poměrně intenzivně, přičemž Karel tvrdil, že jeho cílem je skutečně přestat pít úplně a nastálo. Léčba pokračovala nácvikem dovedností alkohol odmítnout, použít alternativní chování v situacích, které vedou k pití, postupy ke zvládání nutkání a touhy, jejichž význam se Karel snažil podceňovat. Spíše se zaměřoval na kognitivní aspekt problému: co si říci, když se nutkání dostaví, připomínat si důležitost jiných věcí, používal taktiku odkládání momentální chuti se napít. Pár začal diskutovat o svých společných dlouhodobých cílech, sepsali scénář, jak by měl vypadat jejich život za pět let. Pak je terapeutka vyzvala, aby jej přečetli nahlas. Byli příjemně překvapeni, že se jejich plány

a představy shodují, což je oba velmi povzbudilo. Terapeutka začala s párem pracovat na asertivitě a řešení problémů a jak tyto dovednosti uplatnit ve vlastním vztahu a interpersonálních situacích. Od této chvíle Karel až do konce léčby abstinovat, minimální nutkání se napít postupně vymizelo úplně. Pití mu ale chybělo, cítil se smutný, frustrovaný a jako by ztratil ve svém životě něco důležitého. Terapeutka se pokusila přerámovat jeho myšlenky a pocity. Poukázala na jejich pozitivní významy, které znamenají velký pokrok směrem ke schopnosti uvědomit si svůj život bez alkoholu. Navzdory abstinenci u něj klesala manželská spokojenost, vzájemně o tom hodně na sezeních s Marií diskutovali.

Terapie byla ukončena po 18 sezeních pro vnější příčiny (jednalo se o studii). Výsledkem bylo, že Karel měsíc abstinovat, Marie se naučila lépe zvládat výchovu svých dětí, manželský vztah se výrazně zlepšil. Manželé byli s výsledkem léčby spokojeni, ale terapeutka si byla vědoma, že nepracovali na Karlově pocitu zodpovědnosti, že nezískal více potřebných dovedností, jak se vyrovnat s nutkáním. Manželům bylo doporučeno pokračovat v léčbě formou svépomocných skupin (AA, RR).

Za kritický považovala terapeutka moment, kdy Karel ztratil pocit, že jediným důvodem léčby je Mariino trestání dětí a moment konfrontace manželů s pokračujícím pitím. Pomohla také Mariina důslednost v tom, že se s Karlem smíří a přestěhuje jenom pod podmínkou, že přestane pít, její vysoká motivace a dodržování termínů. Konečně, jak sama říká, si manželský pár oblíbila, a jak zjistila, bylo tomu i naopak. U Marie se zároveň snažila posilovat schopnost postarat se sama o sebe.

Problémy, které jste měli možnost na kazuistice sledovat, jsou běžné a typické: např. příchod na sezení v opilosti, pití během léčby, ambivalence ke změně, neochota k úkolům, objevení se nových skutečností a problémů během léčby. Záleží na zkušenostech a schopnostech terapeuta, jak tyto problémy zvládne a udrží tak klienta v terapii.

## 8.10.7 Literatura

1. BUDNEY, A., HIGGINS, S.: *A Community Reinforcement Plus Vouchers Approach: Treating Cocaine Addiction*. Rockville: National Institute on Drug Abuse, 1998.
2. CAROLL, K.M.: *A Cognitive-Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction*. Rockville: National Institute on Drug Abuse, 1998.
3. CAROLL, K. M.: *Improving compliance with alcohol treatment*. Bethesda: NIAAA, 1997.
4. CSÉMY, L., BROŽOVÁ, J.: *Zdravotní důsledky užívání drog*. In.: Kříž et al. (eds.): *Jak jsme na tom se zdravím*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2005.
5. FULLER, R.: *Alcoholism treatment in the United States: An Overview*. Alcohol Research and Health, 1999, č. 23, s. 69–77.
6. HALES, R. E., YUDOFKY, S. C., TALBOTT, J. A.: *Textbook of psychiatry*. 3<sup>rd</sup> edition. Washington: American Psychiatric Press, 1999.
7. HOSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J.: *Psychiatrie*. Praha: Tigis, 2002.

8. KAPLAN, H., SADOCK, V.: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 7<sup>th</sup> edition. Baltimore: Lippincott, Williams&Wilkins, 2000.
9. KRASNEGOR, N.: *Behavioral Analysis and Treatment of Substance Abuse*. Rockville: National Institute on Drug Abuse, 1979.
10. LIESE, B. S., FRANZ, R. A.: *Cognitive therapy of substance abuse*. In: Salkovskis, P. M. (ed.): *Frontiers of Cognitive Therapy*. New York: Guilford Press, 1996: Marlatt G.A.: *Harm reduction in the treatment of addictive behaviors*. Seattle: University of Washington, 2001.
11. MCGRADY, B.: Alcoholism. In: *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. New York: Guilford Press, 1993: 362–395.
12. MEYERS, R.J.: *Community reinforcement training with concerned others*. In: Van Hasselt, V., Hersen, M. (eds.): *Sourcebook of Psychological Treatment Manuals for Adult Disorders*. New York: Plenum Press, 1996: 257–293.
13. MOŽNÝ, P., PRAŠKO, J.: *Kognitivně-behaviorální terapie*. Praha: Triton, 1999.
14. NEŠPOR, K., CSÉMY, L.: *Bažení*. Praha, 1999.
15. NEŠPOR, K.: *Jak překonat problémy s alkoholem*. Praha, 1999.
16. PRAŠKO, J., KOSOVÁ, J.: *Kognitivně-behaviorální terapie úzkostných stavů a depresí*. Praha: Triton, 1998.
17. ROTGERS, F. et al.: *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada, 1999.
18. SMOLÍK, P.: *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf, 1996.
19. SOBELL, M., SOBELL, L.: *Control as a pathway to recovery from alcohol problems*. In: Salkovskis, P. (ed.): *Trends in Cognitive and Behavioural Therapies*. New York: Wiley, 1996, s. 77–120.
20. SOVINOVÁ, H., CSÉMY, L.: *Kouření cigaret a pití alkoholu v České Republice*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004.
21. STAHL, S.M.: *Psychopharmacology of reward and drugs of abuse*. In: *Essential Psychopharmacology*. Cambridge University Press, 2002.

## 8.11 KBT sexuálních dysfunkcí

Jan Zbytovský

### 8.11.1 Základní informace o sexuálních dysfunkcích

Definice sexuálních dysfunkce se mohou v detailech lišit, v podstatě však jde o dysfunkce nevyvolané organickou poruchou či nemocí (F 52). Při této poruše chybí pocit sexuální touhy nebo chybí schopnost uskutečňovat soulož, respektive dosáhnout uspokojení přesto, že k tomu jsou základní fyzické a fyziologické předpoklady a je obvyklá sexuální orientace.

Od těchto dysfunkcí je třeba oddělit jednak organicky podmíněné sexuální dysfunkce, které mohou být způsobeny závadami v somatickém vybavení nebo drobnými změnami (chorobami, úrazem), jednak sexuální deviace (parafilie), spočívající v odlišné sexuální orientaci nebo preferenci.

V literatuře nalézáme přístupy kladoucí důraz jak na funkční nebo psychogenní faktory vzniku sexuálních dysfunkcí, tak na biologické etiologické faktory.

Nejčastěji se však prosazuje koncepce multifaktoriální etiologie těchto poruch.

Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10, 1992) jsou sexuální dysfunkce nevyvolané organickou poruchou nebo nemocí (F52): 1. Poruchy apetence, 2. Poruchy uskutečnění soulože – porucha erekce, 3. Poruchy orgasmu.

Podle americké DSM-IV (1994) můžeme rozlišovat sedm kategorií sexuálních dysfunkcí:

1. Poruchy sexuální apetence, 2. Poruchy sexuální vzrušivosti, 3. Poruchy dosahování orgasmu, 4. Sexuální dysfunkce způsobená bolestivými sexuálními prožitky, 5. Sexuální dysfunkce způsobená zdravotním stavem (nemocí), 6. Sexuální dysfunkce navozená vlivem medikace, 7. Sexuální dysfunkce blíže nespecifikovaná.

Tyto klasifikace vycházejí především z poznatků o základních fyziologických zákonitostech lidské sexuality, a proto pro správné pochopení mechanismů vedoucích ke vzniku a udržování různých sexuálních dysfunkcí je třeba mít základní informace o fyziologii normálních lidských sexuálních reakcí a chování (Kaplan, Sadock, Grebb, 1994).

Z etologického hlediska lze rozlišovat u mužů: sexuální atraktivitu, aktivitu, koitální frekvenci (a latenci ejakulace). U žen: sexuální atraktivitu, proceptivitu (aktivní vyhledávání sexuálních kontaktů) a receptivitu (ochotu ke kopulaci při zájmu muže) (Zvěřina, 1994).

#### 8.11.1.1 Normální sexualita

Přesná a neměnná komplexní definice normální sexuality je obtížná a klinicky neužitečná.

Sexualita je propojená s ostatními osobnostními vlastnostmi, včetně biologické výbavy jedince. Je závislá na identifikaci se sexuální rolí a na sexuálních zkušenostech získaných v průběhu života.

Lidská sexualita má čtyři základní komponenty: sexuální identitu, identifikaci se sexuální rolí, sexuální orientaci a sexuální chování. Tyto faktory ovlivňují rozvoj a vývoj osobnosti jedince. Sexualita je více než jen fyzický sex (koitální nebo nekoitální), ale méně než jakékoliv chování zacílené na dosažení slasti.

Názor Sigmunda Freuda, že slastné impulzy a aktivity jsou výhradně sexuální a mohou tak být určeny od počátku života jedince, je určitou generalizací, která může vést k častému nepochopení Freudova konceptu sexuality a k zaměňování různých druhů motivace. Zmatek a problém v pochopení může vznikat ze skutečnosti, že jeden orgán (např. ústa) slouží jak k dosahování slasti sexuální, tak nese sexuální. Další komplikace v chápání sexuálního chování mohou vznikat tím, že člověk může užívat sexuální aktivity k uspokojení nese sexuálních potřeb a naopak. Analýza chování tak závisí na správném pochopení skutečných individuálních motivací a jejich interakcí.

Nejen Freud (1953) popsal účinky rané dětské zkušenosti na formování osobnosti, a zejména vliv sexuální aktivity a sexuálního učení v dětství. Bez nadsázky lze říci, že lidské sexuální chování je naučené. Většina dětských zkušeností s učením v oblasti sexuality probíhá bez vědomí rodičů, ale proces uvědomování si dětské sexuality je ovlivňován rodičovským chováním.

Přímé pozorování dětí v různých situacích prokazuje, že dětské hry s genitálem jsou běžnou součástí vývoje. Podle Harlowa (1958) je vzájemná interakce matky s potomky nezbytná pro vývoj správného sexuálního chování u opic v dospělosti. Podobný mechanismus hraje roli v procesu normální socializace u dětí.

### 8.11.1.2 Normální sexuální chování

**Fyziologické reakce.** Masters a Johnsonová (1970) poprvé popsali lidské sexuální reakce a pozorovali, že tento fyziologický proces zahrnuje vzrůstající vazokonstrikci a myotonii (tumescenci) a následně po orgasmu uvolnění vaskulární aktivity a svalového napětí a detumescenci.

DSM-IV definuje čtyřfázový cyklus sexuálních reakcí: 1. fáze: apetence, 2. fáze: vzrušení, 3. fáze: orgasmus, 4. fáze: uvolnění.

**1. fáze: Apetence** je charakterizována sexuálními fantaziemi a touhou po sexuální aktivitě.

**2. fáze: Vzrušení** může být navozeno jak psychickou stimulací (fantazie, přítomnost milované osoby), tak fyzickou stimulací nebo kombinací obojího a vede k subjektivnímu prožitku pocitu rozkoše. Sexuální vzrušení se projevuje u muže penilní tumescencí až erekcí a u ženy vaginální lubrikací, dále dochází u obou pohlaví ke kontrakci prsních bradavek. Venózní městnání způsobí u žen zduření klitoris a malých stydkých pysků. Zvětšené prokrvení se projeví i zvětšením objemu prsou o 25 % a u muže zvětšením objemu varlat až o 50 %.

**3. fáze: Orgasmus** je charakterizován vyvrcholením pocitů rozkoše, uvolněním svalového napětí, rytmickými kontrakcemi perineálního svalstva a pánevních reprodukčních orgánů. Následuje u muže ejakulace semenné tekutiny doprovázená několika spazmy prostaty. U ženy orgasmus počíná 3–15 mimovolními stahy zevní třetiny pochvy a mocnými kontrakcemi dělohy. U mužů i žen jsou mimovolní kontrakce vnitřních i vnějších sfinkterů, doprovázené křečovitými stahy a pohyby kosterního svalstva a karpopedálními spazmy. Vyrůstá krevní tlak o 20–40 (systolický i diastolický) a tep se zrychlí až na 160 za minutu. Orgasmus trvá 3–25 sekund a bývá doprovázen lehkým zamlžením vědomí.

**4. fáze: Uvolnění** se projevuje odlivem krve z pohlavních orgánů (detumescence), a tím se organismus vrací do klidového stadia. Pokud proběhne orgasmus, probíhá i uvolnění rychle. Pokud nedojde k orgasmu, může uvolňování trvat 2–6 hodin a může být doprovázeno podrážděností a pocity nepohody. Uvolnění po orgasmu je provázeno pocitem celkové pohody a relaxace. U mužů následuje po orgasmu refrakterní fáze, která může trvat několik minut až hodin. V této fázi není možné dosažení dalšího orgasmu. Tato refrakterní fáze neexistuje u žen, takže ženy jsou schopny mnohočetného a opakovaného orgasmu.

**Rozdílnosti v erotických podnětech.** Sexuální fantazie jsou společné mužům i ženám. Vnější podněty vedoucí k sexuálním fantasiím se liší podle pohlaví. Muži reagují více vizuálně, např. na nahé ženy, které jsou vyzývavé a bažící pouze po fyzickém uspokojení. Ženy reagují více na něžné romantické příběhy o hrdinech, jejichž vášně vede k trvalému zájmu o jejich vyvolené. (Kaplan et al., 1994).

**Masturbace.** Masturbace je obvykle normálním projevem sexuálního chování v období před nebo mezi navázáním partnerského sexuálního vztahu. Lze bez nadsázky říci, že žádná jiná sexuální aktivita nebyla dosud tak široce a často diskutována, ale i praktikována, jako právě masturbace.

Alfred Kinsey (1948, 1953) prokázal, že téměř všichni muži a tři čtvrtiny žen alespoň někdy v životě masturbují.

První zájem o stimulaci pohlavních orgánů projevují děti již ve věku 15–19 měsíců, vrcholí pak v období puberty. Masturbace je pak normální způsob ke snížení sexuálního napětí. Postupně se při masturbaci objevují koitální představy, což je velmi důležitý předpoklad rozvoje sexuální identifikace, a tak se dospívající postupně učí dospělé sexuální roli.

Ani dospělé páry se nezříkají masturbace při sexuálních aktivitách, jejichž je autoerotika přirozenou součástí.

## 8.11.2 Jednotlivé sexuální dysfunkce

### 8.11.2.1 Poruchy sexuální apetence

**Snížená sexuální apetence** se projevuje nedostatečnými nebo žádnými sexuálními fantasiemi a touhou po sexuální aktivitě.

**Nechuť (averze) k sexuální aktivitě** se projevuje averzí a vyhýbáním se genitální sexualitě s partnerem.



První varianta je častější než druhá, odhaduje se, že až 20 % populace trpí sníženou sexuální apetencí, častěji ženy.

Etiologicky se nachází řada různých příčin, nutno mít především na paměti, že příčinou může být více či méně latentní sexuální deviace, jejíž odhalení bývá velmi obtížné a vyžaduje podrobné vyšetření zkušeným odborníkem, včetně vyšetření psychologického.

Inhibice sexuální apetence může být též projevem obranných mechanismů osobnosti před neuvědomělými obavami ze sexu, dále chronického stresu, úzkosti či deprese.

Dlouhodobá sexuální abstinence někdy vede k potlačení sexuálních projevů. Ztráta sexuální apetence rovněž bývá průvodním jevem postupně se rozpadajícího vztahu.

Existence sexuální apetence závisí na několika faktorech: úrovni biologického pudu, přiměřeném sebevědomí, předchozích sexuálních zkušenostech, dostupnosti vhodného partnera a dobrém vztahu s partnerem i v nesexuálních oblastech. Narušení v kterékoliv z těchto oblastí může vést k ovlivnění apetence.

Při stanovení diagnózy je třeba brát v úvahu věk pacienta, celkový zdravotní stav a životní stresy. Rovněž je potřeba zhodnotit úroveň sexuální apetence před vznikem poruchy.

Potřeba sexuálních kontaktů a satisfakce je u různých osob různá a v průběhu života se u téže osoby mění. Ve skupině 100 párů se stabilním manželstvím 8 % uvedlo, že mívají styk méně než jednou měsíčně (Frank, 1978). V jiné skupině párů jedna třetina uvedla občasný výpadek sexuální aktivity v období přesahujícím osm týdnů. Problém nastává teprve když nedostatečná apetence je pacientem vnímána jako nepohoda (Hawton et al., 1992, Leiblumová a Rosen, 1988, Kaplanová, 1995, Weiss, Zvěřina, 2001).

### 8.11.2.2 Poruchy sexuálního vzrušení

Podle DSM-IV se rozlišuje porucha sexuálního vzrušení 1. u žen – jako trvalé nebo občasné, částečné nebo úplné selhávání schopnosti dosahovat nebo udržet v rámci sexuálního vzrušení lubrikační reakci až do dokončení pohlavního styku a 2. u mužů – jako občasné nebo trvalé, částečné nebo úplné selhávání schopnosti dosáhnout nebo udržet erekci až do dokončení pohlavního styku.

**1. Selhávání ženského sexuálního vzrušení.** Prevalence této poruchy je všeobecně podhodnocována. Ženy, který mají problém se vzrušením, obvykle také mají obtíže s dosahováním orgasmu. Ve studii manželských dvojic, relativně spokojených, 33 % žen popisovalo těžkosti v udržení sexuálního vzrušení.

S poruchou ženské sexuální vzrušivosti bývá spojena řada psychologických faktorů, jako jsou např. úzkost, pocity viny, strach. Někdy bývá tato porucha spojena s dyspareunií nebo nedostatkem sexuální apetence.

Fyziologické studie prokazují, že hormonální vlivy mohou ovlivňovat reaktivitu žen trpících poruchou sexuální vzrušivosti. Masters a Johnsonová zjistili, že ženy mívají částečně zvýšenou sexuální apetenci před nástupem menstruace, jiné ihned

po skončení menses nebo v období ovulace. Existují nálezy prokazující, že ženy s poruchou sexuální vzrušivosti si neuvědomují během sexuálního vzrušení tak dobře některé tělesné fyziologické reakce, např. vazokongesci, jako ostatní ženy. (Kratochvíl, 1993, 1994, Weiss a Zvěřina, 2001)

**2. Mužská erektilní porucha.** Muži s celoživotní erektilní poruchou nejsou nikdy schopni dosáhnout erekce umožňující vaginální inserci. Muži se získanou poruchou erektility bývali schopni dosahovat vaginální penetrace, ale později tuto schopnost ztrácejí. Muži se situační erektilní poruchou jsou schopni usku- tečňovat styk za určitých okolností, zatímco za jiných okolností toho schopni ne- jsou.

Získaná erektilní porucha byla shledána u 10–20 % všech mužů. Ještě Freud uváděl, že to byla běžná stížnost u jeho pacientů. Dnes se uvádí, že ze všech mužů trpících sexuálními dysfunkcemi více než 50 % uvádí impotenci jako hlavní potíž. Celoživotní erektilní porucha je řídká porucha, objevující se u asi 1 % mužů pod 35 let věku. Výskyt impotence zvyšuje s přibývajícím věkem. U mladých dospělých mužů se vyskytuje kolem 8 % populace.

Alfred Kinsey(1948) našel 75 % impotentních mužů ve věku 80 let. Nemusi však být běžná u stárnoucích mužů, mají-li sexuální partnerky a mají-li pravidel- nou sexuální aktivitu.

Příčiny mužské erektilní poruchy mohou být organické, psychické nebo kom- binované. Většinou však jde o převahu příčin psychických.

Příčiny mužské impotence lze mnohdy zjistit dobře odebranou anamnézou. Po- kud muž uvádí, že mívá spontánní erekce v době, kdy neplánuje styk, mívá ranní erekce, má dobrou erekci při masturbaci nebo s jinými partnerkami než se svou obvyklou partnerkou, organická příčina je nepravděpodobná. Z psychologických příčin může jít o strach, úzkost, zlost nebo morální zábrany. Erektilní impotence se může objevit jako následek neřešených vztahových problémů. Po náhodném se- lhání se může erektilní porucha posilovat obavou ze selhání před každým příštím pokusem o styk (Feldman, 1997, Simons a Carey, 2001, Jonler et al., 1994, Štefánek, 2002, Vrabec, 2001).

### 8.11.2.3 Poruchy orgasmu

**Porucha orgasmu u žen.** Anorgasmie je občasná nebo trvalá neschopnost dosá- hout orgasmu, přičemž schopnost dosáhnout sexuálního vzrušení bývá zachová- na. Tato neschopnost je jak při masturbaci, tak při koitu. Pokud je zachována ales- poň při jednom z těchto způsobů, nebývá diagnostikována anorgasmie, i když může jít o určitý stupeň inhibice.

Původní Freudův předpoklad, že klitoridální orgasmus je méněcennější a nedo- spělý v porovnání s vaginálním, není dnes uznáván. Někteří autoři uvádějí, že va- ginální orgasmus je některými ženami vnímán jako fyziologicky odlišný prožitek. Často ženy dosahují orgasmu kombinací stimulace vaginální i klitoridální během koitu (Sadock et al., 1976, Masters a Johnsonová, 1970).

Pokud žena není schopna dosáhnout orgasmu nikdy, jedná se o celoživotní poruchu orgasmu.

O získanou poruchu jde tehdy, když byla dříve schopna orgasmu dosáhnout. Kinsey shledal, že u vdáných žen mladších 35 let je 5 % žen, které nikdy nedosáhly orgasmu. Nalezl rovněž, že orgastická schopnost u žen starších 35 let stoupá, což vysvětloval menšími psychologickými zábranami nebo většími sexuální zkušenostmi. Obecně se uvádí prevalence výskytu poruchy orgasmu u žen kolem 30 %.

S výskytem poruchy ženského orgasmu je spojena řada psychologických faktorů. Např. obava z otěhotnění, odmítnutí partnerem nebo nenávisť k mužům, pocity viny v souvislosti se sexuálními prožitky. Pro některé ženy je orgasmus spojen s prožitkem ztráty kontroly nebo s agresivním, destruktivním či divokým chováním. Jejich obava z těchto projevů může vést k potlačení vzrušení a orgasmu (Kaplanová, 1995, Schmidt, 2001, Hawton et al., 1992, Weiss a Zvěřina, 2001).

**Porucha mužského orgasmu.** Jedná se o poruchu dosahování ejakulace během styku. Někteří autoři rozlišují mezi poruchou orgasmu a ejakulace. Někteří muži si stěžují, že jsou schopni ejakulovat, ale nemají prožitek orgasmu.

Incidence poruchy mužského orgasmu je mnohem nižší než výskyt předčasného výronu nebo erektivní impotence. Masters a Johnsonová shledali výskyt mužské poruchy orgasmu u 3,8 % mužů, které vyšetřili. Celkově se prevalence odhaduje kolem 5 % populace (Masters a Johnsonová, 1970).

Celoživotní poruchy dosahování orgasmu u mužů bývají projevem závažné psychopatologie. Může být u mužů pocházejících z puritánského prostředí, vnímajících sex jako hřích a pohlavní orgány jako nečisté. Mohou mít nevědomé nebo vědomé incestuózní přání nebo pocity viny.

Získaná porucha orgasmu u muže může být výrazem vztahových těžkostí. Porucha v dosahování orgasmu může být důsledkem neschopnosti muže vyrovnat se skutečnými či domnělými změnami ve vztahu.

U mužů s obsedantně kompulzivní poruchou se může vyskytovat neschopnost ejakulovat jako výraz nevyjádřeného nepřátelství k ženám.

**Předčasná ejakulace.** Pokud ejakulace proběhne dříve, než si muž přeje, jedná se o předčasnou ejakulaci. Neexistuje žádná norma týkající času, za který by měla proběhnout ejakulace. Většinou se diagnostikuje, pokud k ejakulaci dochází před nebo ihned po vniknutí do pochvy. Masters s Johnsonovou hodnotili tuto poruchu z pohledu partnerské dvojice. Za předčasnou ejakulaci považují stav, kdy muž není schopen kontrolovat ejakulaci během imise do uspokojení partnerky, alespoň v polovině koitu.

Předčasný výron je častějším příznakem u vysokoškolsky vzdělaných mužů než u mužů s nižším vzděláním. Tato porucha pak může být projevem jejich zvýšené snahy se věnovat uspokojení partnerky. Mezi muži, kteří přicházejí pro sexuální dysfunkce, bývá jako hlavní stížnost předčasná ejakulace u 35–40 %.

Potíže s předčasným výronem rovněž mohou souviset s úzkostnými sexuálními prožitky (Kaplanová, 1974, Rowland et al., 1998).

#### 8.11.2.4 Sexuální poruchy související s bolestí

**Dyspareunie** je sexuální porucha charakterizována bolestivými pocity před, během nebo po styku u mužů nebo u žen. Nejčastěji bývá u žen a bývá pak často spojena s vaginismem. Opakované případy vaginismu mohou vést k dyspareunii a naopak.

Prožitek bolesti vede k nepříjemným pocitům při styku, který je nežádoucí. Očekávání další bolesti vede k vyhýbání se situacím, které by mohly směřovat k možnosti pohlavního styku (Fordney, 1978, Zvěřina, 1994).

**Vaginismus** je způsoben samovolnými křečovitými stahy svalů zevní třetiny pochvy, což brání penetraci penisu a vlastnímu styku. Reakce se může objevit i během gynekologického vyšetření. Vaginismus je méně častý než porucha orgasmu u žen. Je častější u vysoce vzdělaných žen z vyšších socioekonomických vrstev (Fordney, 1978, Eicher, 1979, Kratochvíl, 2003).

#### 8.11.2.5 Sexuální dysfunkce způsobené somatickým postižením

**Anomálie pohlavních orgánů** – jako např. nedostatečně vyvinutý genitál, hypospadie a fimózy. Z druhotných změn např. induratio penis plastica, event. změny způsobené úrazem nebo operací.

**Zánětlivá onemocnění genitálu** – příčinou selhávání bývají bolestivé pocity provázející záněty nebo u chronických onemocnění nepříjemné pocity jako pálení při močení, parestézie, tlak ap. Tyto potíže pak posilují obavy, napětí, nespokojenost, podrážděnost – neurotické obtíže, které udržují sexuální dysfunkci. Kauzální léčba by měla být doplněna psychoterapií.

**Neurologické poruchy** – různé mozkové a míšní léze, zejména v oblasti torakolumbální a sakrální míchy a příslušných nervových drah. Nejčastější příčinou jsou úrazy, dále nádory, arachnoiditidy, sclerosis multiplex, syringomyelie a tabes dorsalis.

Sexuální problematice paraplegiků se věnovali v monografii Mooney, Cole a Chilgren (1975) a Sha'ked (1981).

Sexuální selhávání u mužů může nastat po operacích v prostoru malé pánve, např. při operaci prostaty.

**Endokrinní poruchy** – u muže nedostatek varletního androgenu nebo zvýšená hladina prolaktinu může způsobit poruchy potence.

K výrazném poklesu dochází po 65. až 70. roce věku, andrologové hovoří o partiální androgenní deficienci u stárnoucího muže (PADAM) – Pohanka (1998).

Bancroft (1989), Davidson a Rosen (1992) však neuvádějí průkazný kladný léčebný účinek androgenů na poruchy erekce. Zřejmě mají androgeny podstatný vliv při vývoji a utváření mozkových struktur, které zprostředkují sexuální chování, ale mají jen menší vliv u dospělého jedince. Za subnormní hladinu plazmatického testosteronu se považuje méně než 3 ng v 1 ml plazmy (Raboch, 1986).

Negativní vliv zvýšené hladiny prolaktinu na potenci u muže prokázali mj. Wagner a Green (1981) nebo Kaplanová (1983).

**Vaskulární poruchy** – těmto poruchám se nyní přičítá největší význam v etiologii poruch erekce. Jedná se buď o anomálii tepen a omezení přítoku krve do kavernózních těles nebo nedojde k zablokování žilního odtoku a krev zase rychle odtéká.

Četná světová prvenství ve vypracování diagnostických metod a terapeutických zákroků na cévách patří cévnímu chirurgovi V. Michalovi a jeho týmu v IKEM v Praze (Michal, 1987, Breza, 1994).

**Toxické látky a lékové vlivy** – alkohol ve vyšších dávkách zhoršuje potenci, chronický abúzus vede k trvalým poruchám erekce. Heroin působí impotenci asi u 50 % závislých. Nikotin v dlouhodobém účinku ovlivňuje oba cévní mechanismy – arteriální i žilní.

Z léků byly popsány nežádoucí účinky na erekci u anticholinergik, parasymptolytik a estrogenů, dále u vyšších dávek antihypertenziv a psychofarmak (Segravsovi, 1992, Sigusch, 2001).

Z psychofarmak většina neuroleptik může ovlivňovat některou ze sexuálních funkcí. Erekce může ztížit zejména chlorpromazin, thioridazin, haloperidol, pimozid a sulpirid.

Zvláštní pozornost se v poslední době věnuje antidepresivům a jejich nežádoucím účinkům na sexualitu. Z antidepresiv I. generace má tyto účinky imipramin, ale zejména klomipramin.

Z antidepresiv III. generace (SSRI) pak fluoxetin, ale i citalopram, sertralin, paroxetin a u IV. generace venlafaxin. Inhibitory MAO mají tyto účinky výrazné.

Antidepresiva však často tím, že odstraňují depresi, pomáhají též odstraňovat sexuální dysfunkci. Jejich tlumivého účinku se terapeuticky využívá při léčbě předčasné ejakulace (Segravsovi, 1992, Sigusch, 2001, Kolomazník, 2002).

**Diabetes mellitus** – organicky způsobená impotence bývá až u 50 % diabetiků a jako bezprostřední příčina se uvádí diabetická neuropatie autonomního nervstva v lumbální oblasti, dále angiopatické změny v corpora cavernosa. V některých případech se po zahájení léčby diabetu erektilita upravuje nebo vývoj obtíží probíhá s remisemi (Raboch a Raboch, 1975, Ertekin, 1998, Lachman, 1976).

### 8.11.3 Terapie sexuálních dysfunkcí – psychoterapeutické metody

#### 8.11.3.1 Terapie poruch erekce

Mezi psychogenní příčiny funkčních erektivních poruch lze zařadit (Kratochvíl, 2003) jednak **situační faktory**, jako jsou např. nedostatek soukromí, obavy z prozrazení či vyrušení, strach z otěhotnění či pohlavní nákazy, jednak **traumatizující zážitky**: se sexuální aktivitou se velmi těsně a úporně spojují různé negativní zážitky z minulosti, které vyvolávají strach, pocity viny, méněcennosti, trapnosti, resp. selhání. Tyto pocity se mohou v nových sexuálních situacích opakovaně posilovat a tlumit rozvoj sexuálního vzrušení. Dále **partnerské problémy**, jako jsou problémy ve vztahu, rozpory, konflikty, hádky, agresivní a zlostné chování, výčitky, podceňování ze strany partnerky, výsměch, chladné a odmítavé chování, nezáměr, boj o moc mezi partnery, podezírání z nevěry, žárlivost, zevšednění, chybění vzájemného porozumění. Wabrek s Wagnere (1994) se zabývali otázkou těsnosti

poševního vchodu, která podmiňuje velikost penetračního tlaku mužova penisu, nutného k proniknutí do pochvy. Rozdíly v těsnosti poševního vchodu bývají u žen velké a mohou být důvodem ke skutečnosti, že ačkoliv úroveň tuhosti erekce penisu je s jednou ženou dostatečná k uskutečnění pohlavního styku, s jinou ženou týž muž selhává při pokusu o proniknutí. Tyto skutečnosti pak souvisí do jisté míry s úrovní lubrikace a uvolnění poševního vchodu během milostné přede hry. Svou roli hrají však rovněž anatomické poměry. Tito autoři zavedli pojmy „penetrační tlak“ a „tuhost“ (stiffness) erekce. Dalším významným faktorem, hrajícím důležitou úlohu při schopnosti uskutečnit soulož, představuje osobnost muže. Někteří muži jsou schopni uskutečnit soulož i za velmi nepříznivých okolností a ani občasný neúspěch u nich nezpůsobí strach nebo očekávání dalších selhání. U jiných mužů v tomto existuje značná vulnerabilita. Jde většinou u muže, v jejichž osobnosti nalézáme častěji rysy určité bázlivosti, úzkostnosti, nejistoty nebo sklony k sebedpodceňování, hypochondrii, nutkavým myšlenkám, rysy psychastenické, s tendencemi ke zvýšenému sebezpozorování, s nedostatkem sebedůvěry. Jindy s rysy hypersenzitivity nebo nadměrného pocitu odpovědnosti za úspěšný průběh pohlavního styku či uspokojení ženy, aniž by byli schopni se dostatečně poddat prožitku vlastních pocitů. Poruchy erekce se rovněž mohou častěji objevovat u anomálních osobností s problémy v sociálním kontaktu a navazování emočního vztahu. Selhávání erekce rovněž bývá projevem odlišné sexuální orientace.

Rovněž stavy únavy, vyčerpanosti, přepracování a deprese mohou být doprovázeny selháváním schopnosti dosáhnout či udržet erekci penisu. Podobně bývají erektivní dysfunkce u neurotických stavů.

**Racionální psychoterapie** se zaměřuje na výklad, vysvětlování, korekci nesprávných postojů, podporu a nabídku pokynů a vedení. Persuazivní výklad vychází z anamnestických dat a somatického vyšetření. Poskytují se pokyny pacientům, kde součástí etiologie poruchy je obava ze selhávání. Zvláštní skupinou jsou pacienti s obavami ze selhání při prvním sexuálním kontaktu, kteří vyžadují zvláštní individuální vedení, event., pokud je to možné, spolupráci ve dvojici s partnerkou. Racionální psychoterapii je možné provádět rovněž se skupinou pacientů, v kolektivních kurzech, besedách a přednáškách. Účinně lze využít zdravotně výchovných publikací (Kratochvíl, 2003).

**Dynamická psychoterapie** – cílem je objasňování příčin vzniku dysfunkce, zvláště se zaměřením na vztahy, které se uplatňovaly ve vývoji osobnosti pacienta a které vedly později k vývoji nesprávného chování a poruchám. Tento terapeutický proces lze realizovat buďto v individuálních sezeních, nebo ve skupině pacientů, v zařízeních ambulantních, nebo lůžkových, v rámci terapeutické komunity (Kratochvíl, 2001).

**Hypnoterapie** – v hypnóze lze účinně ovlivnit pocity, představy, emoce a postoje, ale i fyziologické funkce běžně vůlí neovladatelné. V podstatě lze v hypnotickém stavu klientovi sugerovat to, co mu racionálně vysvětlujeme. Tj., že se bude zaměřovat především na prožívání příjemných pocitů v kontaktu se ženou, a nikoliv na „plnění úkolu“ uskutečnit soulož. Lze sugerovat rovněž sexuálně vzrušující

scény a prožívání plně úspěšné a uspokojivé sexuality. Lze posilovat erekce post-hypnotickou sugescí dostatečné tuhosti penisu.

### Tréninková psychoterapie

**1. Autogenní trénink** – nacvičuje se systematická relaxace s autosugestivními formulkami. Pacient se naučí navozovat si stav psychického klidu, odstraňovat napětí a ovládat své psychické stavy i regulovat některé vegetativní reakce. Nacvičení této relaxace může být užitečné ke snižování napětí, obav a strachů souvisejících se souloží.

Někdy se doporučuje používat speciální sugesci na prokrvení pohlavního údu.

**2. Systematická desenzibilizace** – jde o tréninkovou metodu k odstraňování strachu, při níž se využívá rovněž relaxace. Metoda se někdy používá u poruch erekce k odstraňování strachu ze selhání a z projevů zklamání partnerky. Klient se nejprve dokonale naučí uvolňovat svalstvo a sepiše si seznam situací, které u něj vyvolávají strach, a seřadí je podle závažnosti. Vlastní terapie pak pokračuje sérií sezení, při kterých terapeut relaxovanému pacientovi nabízí představy ze strachové hierarchie, přičemž začíná těmi nejméně závažnými. Klient si scénu chvíli představuje, a objeví-li se strach, signalizuje to terapeutovi. Představa se pak opustí a znovu se prohlubuje relaxace. Návčik se opakuje tak dlouho, až představy přestanou vyvolávat strach (Wolpe, 1969). Metodu lze použít nejen v představách, ale i in vivo, kdy si klient postupně zvyká na reálné situace, kterých se původně bál, ale za příznivé atmosféry, která je zajištěna kooperující a poučenou sexuální partnerkou. Tento postup je součástí moderní sexuální terapie, při níž se provádí sexuální návčik dvojice.

**3. Trénink sebeprosazení** – obava a strach ze sexuálního selhání bývá součástí strachu ze selhání obecně. Bývá spojen se sníženou schopností projevit svá přání, vyjádřit pocity a prosadit se. Pak může být účinné cvičení v sociálních dovednostech, jako např. odmítnout požadavek druhého, požádat o laskavost, vyjádřit vlastní přání, vlastní kladné i záporné pocity, začínat a ukončovat hovor ap. Nejvhodnější formou je hraní sebeprosazujících rolí ve skupinové psychoterapii v interakci s ostatními pacienty.

### 8.11.3.2 Terapie předčasné ejakulace

**Racionální psychoterapie** spočívá ve výkladu mechanismu vzniku a udržování poruchy a praktických návodech, jak soulož prodlužovat.

**Funkcionální návčik** – v r. 1956 Semans navrhl speciální postup k oddálení vyvrcholení u muže, kdy žena dráždí penis a přeruší stimulaci ve chvíli, kdy muž začne pociťovat nástup ejakulačního reflexu. Po jeho odeznění se postup několi-krát opakuje a nakonec se nechá proběhnout. Masters s Johnsonovou (1970) přidali k tomuto postupu ještě prudké stisknutí penisu těsně pod žaludem asi na 3–4 vteřiny. Oba postupy jsou podobně účinné (Kaplanová, 1974). Postupně se zjistilo, že stejný postup může muž aplikovat sám a účinek se přenáší do partnerské situace (Lo-Piccolo, 1978, Pondělíčková, 1978).

Kaplanová (1974) zdůrazňovala kognitivní složku uvědomování si pocitů předcházejících ejakulačnímu reflexu, a tímto tréninkem jej dostat pod volní kontrolu i na vysoké úrovni vzrušení.

Používá se i skupinové terapeutické práce s několika dvojicemi nebo skupinou mužů (Kaplanová, 1974, Golden, 1978).

### 8.11.3.3 Terapie ženských sexuálních dysfunkcí – anorgasmie, frigidity a averze

**Racionální terapie** – klade si za cíl jednak ovlivnit postoj k sexualitě obecně a vlastní sexuální aktivitě zvlášť, jednak pomoci odstranit rušivé faktory v sexuálním životě a nakonec pomoci zajistit účinnou stimulaci (Kratochvíl, 2003).

**Dynamická psychoterapie** – zaměřuje se na zjišťování mechanismu psychogenního vzniku poruchy. Nejčastěji se stává předmětem pozornosti zejména: příliš omezující výchova ve vztahu k sexu, utváření postojů k vlastnímu tělu, pohlavním orgánům a jejich funkcím, postoje k onanii, modely ženského a mužského chování v rodině, psychotraumaticky působící zážitky z dětství a z počátku vlastního sexuálního života, konflikty a problémy v současném vztahu.

**Hypnoterapie** – snaží se ovlivnit sexuální prožívání přímými sugescemi. Kratochvíl (2001) doporučuje v hypnotickém sezení sugerovat pacientce zvýšenou sexuální touhu a reaktivitu, včetně snadnější schopnosti dosahovat orgasmu.

#### Tréninková psychoterapie

**Autogenní trénink** – žena se učí koncentraci na cílovou myšlenku a představu, což pomáhá zlepšovat prožitek sexuálních pocitů. Nacvičují se speciální sexuální sugesce zaměřené na pohlavní orgány. Následují individuální formulky podle individuálních podmínek klientky.

**Systematická desenzibilizace** – je na místě v případech, kdy sexuální dysfunkce vznikla na podkladě psychotraumatu v sexuální oblasti. Pacient se „odnaučuje“ strachu tím, že si opakovaně a postupně představuje ohrožující situace v relaxovaném stavu, který je protikladný stavům strachu.

**Trénink svalstva dna pánevního** – cvičením svalstva dna pánevního lze zvýšit vzrušivost i orgastickou schopnost (LoPiccolo, 1978). Někteří autoři se domnívají, že stimulace tohoto svalstva penisem při koitálních pohybech je spouštěcím mechanismem vaginálně vyvolaného orgasmu a že kontrakce tohoto svalstva je podstatnou součástí orgastické reakce (Kline-Graberová a Graber, 1975).

**Autostimulační trénink** – žena může takto nejprve sama objevit vlastní sexuální vzrušivost, aby pak mohla tyto zkušenosti přenést do partnerského vztahu. Souvisí s technikami sexuální terapie – viz níže.

### 8.11.3.4 Sexuální terapie

Vzhledem k zásadnímu významu tohoto druhu terapie uvádíme tento přehled zvlášť, přesto, že zasahuje do všech výše uvedených diagnostických oblastí. Jde o komplexní psychoterapeutický přístup k léčení funkčních sexuálních poruch,



založený objevnými pracemi Masterse a Johnsonové (1970) a dále rozpracovaný Kaplanovou (1974) a dalšími autory. Tato terapie se zaměřuje na přímé a rychlé odstranění příslušného příznaku při společné terapeutické práci s partnerskou dvojicí, která dostává od terapeuta sérii na sebe navazujících domácích úkolů, o jejichž plnění později s terapeutem diskutuje. Metoda je hodně behaviorálně orientovaná a vede k otevřenější komunikaci o sexuálních problémech a postupně trénuje zlepšování narušené funkce.

Muž s poruchou erekce se dostává postupně od postoje pozorovatele k postoji aktivního účastníka sexuálního kontaktu, který se učí prožívat smyslovou radost z doteků partnerky a jejího vzrušení a přestává svou fyziologickou reakci blokovat.

U muže s předčasnou ejakulací se tréninkem ve spolupráci s partnerkou pomocí stiskací techniky dosáhne regulace ejakulačního reflexu.

Žena s poruchou vzrušivosti a orgasmu se učí být aktivnější, zjišťovat nové a účinnější sexuální stimuly a koncentrovat se na ně.

Nácvik probíhá v relaxované atmosféře, která není zaměřena na výkon a počítá s chybami a neúspěchy jako s nedílnou součástí nácviku. Úkolem terapeuta je pomáhat takovou atmosféru dvojici zajistit a udržovat zejména tím, že při sezení podporuje otevřenou a pozitivní komunikaci mezi partnery, pomáhá hodnotit výsledky a navrhuje zadávání úkolů pro další postup.

J. Annon (1974) začlenil terapeutický postup sexuální terapie do rámce behaviorální psychoterapie, jako součást tzv. čtyřúrovňového modelu, který přihlíží k bezprostředním příčinám, závažnosti a fixovanosti poruchy.

Helena Singer Kaplanová (1974) metodu zasazuje do širšího psychoterapeutického rámce a zdůrazňuje více kognitivní stránku procesu uvědomování si jednotlivých fází sexuálních reakcí. Využívá prostředků dynamické psychoterapie zejména formou zážitkově orientovaných cvičení partnerů.

LoPiccolo (1992) označuje svůj současný přístup k sexuální terapii jako „postmoderní“, zabývající se rozbory komplikovaných sexuálních poruch, zatímco na ty jednoduché poruchy stačí dnes samostatná práce klientů s pomocí manuálů.

I když jde v sexuální terapii o přístup z teoretického hlediska značně komplexní, což odpovídá etiologické multikauzalitě sexuálních dysfunkcí a orientuje se na praktické řešení a dosažení rychlé změny, což činí postup efektivním, současně je ponechána možnost doplnit terapii o více analytické postupy.

Současná podoba sexuální terapie opravňuje zařadit ji nejspíše pod obecnější pojem **kognitivně behaviorální terapie**, neboť původně převážně behaviorální zaměření nácvikové terapie Masterse a Johnsonové bylo obohaceno o přístupy racionální a kognitivní terapie, které se zabývaly vlivem negativních myšlenek a předsudků na vznik a udržování sexuální dysfunkce a v léčbě se snaží je nahradit myšlenkami realistickými a pozitivními.

**Terapeutický postup sexuální terapie** – v našich podmínkách lze použít Krautochvilovy modifikace původních postupů Masterse a Johnsonové (2003).

Po úvodním odděleném podrobném vyšetření sexuální anamnézy, současné sexuální poruchy, interpersonálních vztahů a psychického a somatického stavu se

provádějí konzultace s oběma partnery současně, aby se podporovala jejich vzájemná otevřená komunikace o sexuálních pocitech a potřebách. Při konzultaci partneři informují terapeuta o průběhu cvičení a o vlastním prožívání. Mimo to dostane každý samostatný deník, do něhož své pocity zapisuje.

Nácvik se provádí ve vhodném prostředí, asi hodinu denně. Partneři si mají vytvořit předem atmosféru vzájemného porozumění a příznivého naladění.

Při práci s dvojicí je třeba v úvodním pohovoru vyložit partnerům nejpodstatnější principy mechanismu, který vede k maladaptivnímu sexuálnímu chování, resp. selhávání funkcí na obou stranách. Základní rušivý moment v průběhu sexuální aktivity je chybné čekávání a zaměření na dosažení sexuálního uspokojení partnera nebo sebe sama. To narušuje schopnost se plně soustředit na společnou milostnou hru. Jsou zaměřeni na výkon, místo na kvalitu prožitku. Bojí se, že nebudou „úspěšní“, prožívají soulož jako úkol nebo zkoušku. Místo radosti a rozkoše prožívají nepříjemné napětí.

Při vedení léčebného nácviku jde především o změnu postoje k sexualitě obecně a během sexuální aktivity zvláště. Partneři se postupně přeorientovávají z maladaptivního zaměření na výkon a úspěch na adaptivní zaměření na vlastní pocity při tělesných dotecích, resp. na prohlubující se uvědomování si těchto pocitů během prodlužované milostné hry.

K provádění nácviku je třeba vytvořit vhodné prostředí (soulad, teplo, osvětlení, hudba ap.). Nácvik je prováděn pravidelně, alespoň hodinu denně. Před nácvikem je třeba, aby se partneři soustředili na vytvoření atmosféry vzájemného porozumění a příznivého naladění. Mají se snažit oprostit od všedních starostí a koncentrovat se na zajímavé společné zážitky, mají se snažit říkat si příjemné věci o sobě, nacházet na sobě hezké a pozitivní věci a sdílet je.

### **Cvičení 1. Pocity ze vzájemných doteků na těle**

Partneři nacvičují vzájemné doteky na nahém těle při tlumeném osvětlení, zpočátku mimo erotogenní zóny. Vždy jeden partner je relaxovaný a pasivní a druhý se jej jemně dotýká. Zkouší různé formy doteků, přičemž hlazený postupně mění polohu. Po pěti minutách se postup asi třikrát opakuje. Oba se snaží své pocity co nejintenzivněji prožít a plně se jim oddat. Důležité je vzájemné sdílení těchto prožitků. Postupně je možné se zaměřovat i na erotogenní oblasti. Během nácviku se nelze bavit o záležitostech, které s dotykovým prožíváním nesouvisí. Naopak je vhodné, aby partneři při nácviku slovně komunikovali a používali slova lásky nebo obdivu k partnerovi, aby vyjadřovali pocity vzrušení a radosti z těchto prožitků.

Cílem je dosažení schopnosti intenzivního prožitku pocitů a jejich uvědomění při dotecích a vzájemná komunikace o nich.

### **Cvičení 2a. Pocity z dráždění pohlavních orgánů ženy**

Na počátku cvičení partneři začnou postupem popsáním v předchozím cvičení a zopakují jej alespoň dvakrát. Pak se muž posadí za ženu a žena sedí před ním, zády k němu. Žena má nohy rozevřeny a překříženy přes nohy muže. Muž zprvu

hladí ženu na prsou a vnitřní straně stehen. Pak postupně žena vede ruku muži po svých pohlavních orgánech způsobem, který je jí příjemný. Nejvhodnější způsob pohybu ruky se může měnit v závislosti na stupni sexuálního vzrušení ženy. Dráždění v oblasti pohlavních orgánů nesmí probíhat na sucho. Je-li třeba, je vhodné použít lubrikační gel. Žena se plně oddává prožitkům a postupně prozkoumává spolu s mužem citlivost různých částí svého pohlavního ústrojí, zejména malých stydkých pysků a poštváčku. Žena neusiluje přímo o dosažení orgasmu, ale přiblíží-li se k orgasmu, napomůže jeho dosažení aktivně a netlumí při tom vnější projevy, aby tak muži dala najevo své vzrušení a dosažení orgasmu. Schopnost ženy reagovat na klitoridální dráždění se někdy vyvíjí postupně, zvláště pokud byl tento způsob dráždění spojen s předsudky. Žena si má vyzkoušet, zda je schopna tímto způsobem dosáhnout orgasmu. Pokud muž nebo žena trpěli sníženou vzrušivostí nebo obavami z dosažení orgasmu při souloži, může dosažení orgasmu pomocí partnerovy ruky znamenat značný pokrok.

### **Cvičení 2b. Pocity z dráždění uvnitř pochvy**

Jde o nácvik citlivosti přední stěny pochvy. Muž dráždí zavedeným prstem přední stěnu pochvy a jemně ji tlačí proti stydké kosti nebo proti své dlani položené na ženě břichu. Žena se poddává této stimulaci a vyjadřuje, zda je jí to příjemné a vzrušuje ji to.

Při dostatečném zvlhnutí poševního vchodu může muž zasunout do pochvy i dva prsty. Někdy muž nahmatá v přední stěně pochvy hodně citlivou oblast (tzv. G-bod), která drážděním zduří a její citlivost se tím zvýší. Pak se muž na tuto oblast zaměří a rytmickým silnějším tlakem ji přitlačuje proti stydké kosti (nebo břišní stěně). Nepřerušované dráždění může trvat až deset minut (jako u poštváčku) a stupňovaným tempem a rytmem dráždění, podle přání ženy, je možné vyvolat orgasmus.

Pokud se podaří vyvolat orgasmus, může být v těchto případech značně silný.

U některých žen může být nejcitlivější část v pochvě na jiném místě. Pokud se žádné tak citlivé místo v pochvě nenalezne, je třeba se opět zaměřit na poštváček. U mnohých žen je klitoris jediným místem na těle, jehož drážděním lze vyvolat orgasmus. Všechny popsané možnosti jsou normální a jsou součástí individuální variability anatomické i fyziologické.

### **Cvičení 3. Pocity z dráždění mužského pohlavního údu**

Cvičení vždy začínají opakováním střídavého vzájemného hlazení a vytvoření příjemného naladění a oboustranného vzrušení. Toto cvičení je vhodné u mužů s poruchami erektivity, ale u chladných nebo anorgastických žen pomůže, když se dobře s mužským údem seznámí a naučí se důvěrně si s ním hrát. Stejně tak i u páru, kde nejsou větší problémy se vzrušivostí, tento nácvik pomůže rozšířit rejstřík vzájemných erotických něžností.

Muž si lehne naznak a vede ruku ženě tak, aby se ho dotýkala na údu způsobem, který je mu nejpříjemnější. Zaměří se na prožívání příjemnosti z dotyků,

aniž by se snažil dosáhnout erekce nebo ejakulace. Je vhodné nechat erekci občas poklesnout a cvičení opakovat asi třikrát. Při delší hře je vhodné použít lubrikační gel. Střídavé poklesnutí erekce učí partnery si přivykat tomu, že erekce často během milování přichází přerušovaně ve vlnách a nemusí být stále během mazlení úplná.

#### **Cvičení 4. Prodlužované dráždění pohlavního údu**

Žena pokračuje ve hře s mužovým ztopořeným údem, muž se soustřeďuje na pocity, které to v něm vyvolává. Když začne pociťovat nástup ejakulace, dá ženě smluvené znamení.

Cílem tohoto cvičení je, aby se muž naučil vydržet doteky i systematické dráždění na svém údu (nejprve v ruce ženy a později i v pochvě ženy) bez sklonu k rychlé ejakulaci. Musí se nejprve co nejlépe seznámit se svými pocity při dráždění penisu a naučit se včas zasáhnout, aby nedošlo k předčasnému spuštění ejakulačního reflexu.

K zabránění ejakulace se nacvičují dva postupy:

- a) žena uchopí dvěma prsty úd těsně pod žaludem a prudce jej stiskne na 3–4 vteřiny. Pak jej pustí a nechá v klidu. Tendence k ejakulaci vymizí, následuje pokles erekce;
- b) neprovádí se stisk, pouze se přeruší dráždění, muž chvíli setrvá v klidu.

Po asi půlminutové přestávce je možné pokračovat v dráždění. Během jednoho cvičení se postup opakuje třikrát až čtyřikrát. Závěrem cvičení je vhodné nechat ejakulaci proběhnout.

#### **Cvičení 5. Pocity z kontaktu pohlavních orgánů a z přítomnosti údu v pochvě**

Po úvodním mazlení si žena sedne muži na kolena, chvíli si hraje s pohlavním údem a po navození erekce si pomalu nasedá na úd a postupně si sama zasune celý úd do pochvy. Zůstane chvíli nehnutě sedět a soustřeďuje se pouze na pocit, jak v sobě cítí pohlavní úd. Oba jsou v klidu a též muž se učí prožívat pocity z ženské pochvy. Po ochabnutí se postup může několikrát opakovat. Postupně se žena může zvolna pohybovat a snaží se vnímat pocity z posunování údu v různých částech pochvy. Muž zůstává uvolněn, sám se nepohybuje, neusiluje o ukojení ženy, soustřeďuje se pouze na vlastní příjemné pocity při pohybech ženy.

Během tohoto cvičení se má úd z pochvy několikrát vytáhnout a po chvíli znovu zasunout.

Pokud by měl muž tendenci k předčasnému výronu, dá ženě znamení, ta přeruší své pohyby, provede stisknutí pod žaludem a chvíli počká, až se vzrušení zmírní. Pak si úd znovu zavede do pochvy a postup se může takto několikrát opakovat. Později stačí ke kontrole ejakulace pouze přerušit nebo zmírnit pohyby a úd se již nemusí vytahovat. Takové zastavení je neúčinnější, když je úd zasunut hluboko v pochvě. Přerušení je dobré opakovat nejméně třikrát a nakonec nechat proběhnout ejakulaci.

### Cvičení 6. Klitoridální dráždění při zasunutém údu

Cvičení je zaměřeno na vyvolání orgasmu u ženy při zasunutém mužském údu v pochvě. Po obvyklém úvodním mazlení žena nasedne na penis a zůstane nehybná. Muž jí rukou systematicky dráždí poštváček. Je výhodné, když mu žena vede ruku. Chvillemi se může i dráždit sama. Teprve když u ženy dojde k orgasmu, začne muž provádět rychlejší pohyby, aby vyvrcholení dosáhl i on.

K dráždění poštváčku rukou při zavedeném údu lze využít i polohu na boku, a to v poloze tváří v tvář nebo i zezadu. Dosahování orgasmu kombinovaným drážděním poštváčku a pochvy je typické pro velké procento žen.

Při dalších fázích nácviku je možné se soustředit na časové sladění orgasmu muže a ženy. Když se žena pomocí dráždění rukou dostává k orgasmu, začne muž zrychlovat a zesilovat pohyby pánví, aby se vrcholící dráždění poštváčku spojilo s drážděním pochvy penisem a aby došlo k orgasmu u obou partnerů co nejdříve po sobě. Synchronní orgasmus však není podmínkou sexuální spokojenosti, spíše je účelnější užít si každý svůj orgasmus zvlášť.

### Cvičení 7. Pocit z kombinovaného dráždění při koitálních pohybech

Namísto dráždění rukou je možno někdy využít tření v oblasti poštváčku o mužovu pánev při pohybech během soulože. Dochází k tomu nejlépe ve dvou polohách:

- a) žena v poloze jízdo si lehne na muže, natáhne tělo a posunuje se svou pánví po pánvi muže,
- b) začne se polohou, kdy je žena dole a po zasunutí údu žena natáhne nohy a sevře je. Muž provádí pohyby tak, aby jemně narážel na oblast poštváčku, případně se po jejím těle vodorovně pohybuje.

Při úspěšném nácviku je možné zařazovat postupně různé individuální varianty pro zpestření sexuálních prožitků. Partneři se např. pokoušejí během soulože vystřídat několik poloh ap. Cílem nácviku je, aby partneři i po úspěšném dokončení celého cyklu cvičení zůstali více zaměřeni na společné prožitky při vzájemném poskytování hmatových podnětů než na pouhé výkonostní zaměření na dosahování orgasmů, aby dokázali vzájemně oceňovat spíše kvalitu celé prodloužené milostné hry než jen kvalitu orgastického závěru.

## 8.11.4 Literatura

1. ANNON, J.: *The behavioral treatment of sexual problems*. Vol. I., II. Honolulu: Enabling Systéme, 1974, 1975.
2. BANCROFT, J.: *Human sexuality and its problems*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1989.
3. BREZA, J.: *Erektlné poruchy*. Martin: Osveta, 1994.
4. DANEŠ, L.: *Léčba předčasné ejakulace Instillagelem*. Andrologie, 2000, č. 1, s. 28–29.
5. DAVIDSON, J. M., ROSEN, R. C.: *Hormonal determinants of erectile function*. In: Rosen, R. C., Leiblum, S.R. (eds.): *Erectile disorders*. New York: Guilford Press, 1992.

6. DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed. 4. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
7. EICHER, W.: *Der Vaginismus*. Sexualmedizin, 1979, č. 8, s. 105–109.
8. ERNST, E., PITTLER, M. H.: *Yohimbine for erectile dysfunction: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials*. J.Urol., 1998, č. 159, s. 433–436.
9. ERTEKIN, C.: *Diabetes mellitus and sexual dysfunction*. Scand. J. Sexol., 1998, č. 1, s. 3–21.
10. FARBER, M.: *Human Sexuality*. New York: Macmillan, 1985
11. FELDMAN, H. . et al.: *Impotence and its medical and psychological correlates: Results of the Massachusetts male aging study*. J. Urol., 1997, č. 151, s. 54–61.
12. FORDNEY, D. S.: *Dyspareunia and vaginismus*. Clin. Obstet. Gynecol., 1978, č. 21, s. 205.
13. FRANK, E.: *Frequency of sexual dysfunction in „normal“ couples*. N. Engl. J. Med., 1978, č. 299, s. 111.
14. FREUD, S.: *Three essays on the theory of sexuality*. In: Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, vol. 7., P. 125. London: Hogarth Press, 1953.
15. FURLOW, W. L.: *Male sexual dysfunction*. Urol. Clin. North. Am., 1981, č. 8, s.1.
16. GOLDEN, J. H. et al.: *Group vs. couple treatment of sexual dysfunctions*. Arch. Sex. Behav., 1978, č. 7, s. 593–602.
17. GRENIER, G., BYERS, E. S.: *Rapid ejaculation: A review of conceptual, etiological and treatment issues*. Arch. Sex. Behav., 1995, č. 24, s. 447–472.
18. HARLOW, H. F.: *The nature of love*. A. Psychol., 1958, č. 13, s. 673.
19. HAWTON, K., CATALAN, J., FAGG, J.: *Sex therapy for erectile dysfunction: Characteristics of couples, treatment outcome and prognostic factors*. Arch. Sex. Behav., 1992, č. 21, s. 161.
20. HERMAN, J., LOPICCOLO, J.: *Clinical outcome of sex therapy*. Arch. Gen. Psych., 1983, č. 40, s. 443.
21. JONLER, M. et al.: *The effect of age, ethnicity and geographical location on impotence and quality of life*. Brit. J. Urol., 1995, č. 75, s. 651–655.
22. KAPLAN, H. I., SADOCK, B. J., GREBB, J. A.: *Synopsis of Psychiatry*, 7. ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1994.
23. KAPLAN, H.S.: *The evaluation of sexual disorders*. New York: Brunner/Mazel, 1983.
24. KAPLAN, H.S.: *The new sex therapy*. New York: Brunner/Mazel, 1974.
25. KAPLAN, H.S.: *The sexual desire disorders*. New York: Brunner/Mazel, 1995.
26. KAWACIUK, I.: *Přínos a rizika androgenní substituce*. Andrologie, 2001, č. 2, s. 30–43.
27. KINSEY, A. C., POMEROY, W. B., MARTIN, C. E.: *Sexual Behavior in the Human Male*. Philadelphia: Saunders, 1948.
28. KINSEY, A. C., POMEROY, W. B., MARTIN C. E. et al.: *Sexual Behavior in the Human Female*. Philadelphia: Saunders, 1953.
29. KLINE-GRABER, G., GRABER, B.: *Woman's orgasm: A guide to sexual satisfaction*. New York: Bobbs-Merril, 1975.

30. KOČÍ, K.: *Podtlakové erektory: neinvazivní alternativa v léčbě erektilních dysfunkcí – dvouleté sledování*. Prakt. Lék., 1996, č. 76, s. 81–86.
31. KOČÍ, K.: *Léčba erektilní dysfunkce implantací endoprotéz: výsledky desetiletého sledování*. Prakt. Lék., 1995, č. 75, s. 563–566.
32. KOLOMAZNÍK, M. et al.: *Fluoxetin v léčbě ejaculatio praecox*. Psychiatrie, 2002, č. 6, s. 6–9.
33. KRATOCHVÍL, S.: *Manželská terapie*. Praha: Grada, 2002.
34. KRATOCHVÍL, S.: *Sexuální dysfunkce*. Praha: Grada, 2003.
35. KRATOCHVÍL, S.: *Terapie funkčních sexuálních poruch*. Praha: Avicenum, 1987.
36. KRATOCHVÍL, S.: *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 2002.
37. KUBÍČEK, V.: *Bezpečnost a účinnost terapie erektilní dysfunkce*. Andrologie, 2001, č. 2, s. 19–23.
38. KUBIŠ, I.: *Naše zkušenosti po roku léčby Viagrou*. Sexuológia, 2001, č. 1, s. 28–29.
39. LACHMAN, M. et al.: *Příspěvek k patogenezi poruch erektility u diabetiků*. Čas. Lék. Čes., 1976, č. 115, s. 1242.
40. LEIBLUM, S. R.: *Erectile disorders*. New York: Guilford Press, 1992.
41. LEIBLUM, S. K., ROSEN, R. C. (eds.): *Sexual desire disorders*. New York: Guildford Press, 1988.
42. LOPICCOLO, J.: *Direct treatment of sexual dysfunction*. In: LoPiccolo, J., LoPiccolo L. (eds.): *Handbook of sex therapy*. New York: Plenum Press, 1978.
43. LOPICCOLO, J., LOPICCOLO, L.: *Handbook of sex therapy*. New York: Plenum Press, 1978.
44. LOPICCOLO, J.: *Postmodern sex therapy for erectile failure*. In: Rosen, R. C., Leiblum, S. R.: *Erectile disorders*. New York: Guildford Press, 1992.
45. MASTERS, W. H., JOHNSON, V. E.: *Human Sexual Response*. Boston: Little, Brown, 1966.
46. MASTERS, W. H., JOHNSON, V. E.: *Human Sexual Inaequancy*. Boston: Little, Brown, 1970.
47. *Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize*. Praha: Ústav zdravotních informací a statistik, 1992.
48. MICHAL, V.: *Czechoslovak contribution to current concepts of impotence, its pathogenesis, diagnosis and treatment*. Czechoslovak Med., 1987, č. 10, (č.1), s. 29–38.
49. MOONEY, T. O., CHILGREN, R. A.: *Sexual option for paraplegics and quadruplegics*. Boston: Little, Brown, 1975.
50. O'CARROLL, R., BANCROFT, J.: *Testosteron therapy for low sexual interest and erectile dysfunction in men: a controlled study*. Brit. J. Psychiat., 1984, č. 145, s. 146–151.
51. PADMA-NATHAN, H. et al.: *On demand IC351 (Cialis) enhances erectile dunction in patients with erectile dysfunction*. Int. J. Impot. Res., 2001, č. 13, s. 2–9.
52. POHANKA, M.: *Parciální androgenní deficiencie u stárnoucích mužů (PADAM) a možnosti léčby*. Medica Revue 1998, č. 1, s. 32–33.
53. PONDĚLÍČKOVÁ-MAŠLOVÁ, J.: *Léčba ejaculatio praecox*. Čas. Lék. Čes., 1978, č. 116, s. 1022–1024.

54. RABOCH, J, RABOCH, J.: *Sexuální poruchy u diabetiků*. Prakt. Lékař, 1975, č. 55, s. 167–170.
55. RABOCH, J.: *Sexual development and life of psychiatric female patients*. Arch. Sex. Behav., 1986, č. 15, s. 341–353.
56. ROWLAND, D. L., COOPER, S. E., KOOS SLOB, A.: *The treatment of premature ejaculation: Psychological and biological strategies*. Drugs of Today, 1998, č. 34, s. 879–899.
57. SADOCK, B. J., KAPLAN, H. I., FREEDMAN, A. M.: *The Sexual Experience*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1976.
58. SEGRAVES, R.T., SEGRAVES, K.B.: *Aging and drug effects on male sexuality*. In Rosen R.C., Leiblum S.R.: *Erectile disorders*. Guilford. New York, 1992.
59. SEMANS, J.H.: *Premature ejaculation: A new approach*. South.Med.J. 49:353, 1956.
60. SHA'KED A. (ed.): *Human sexuality and rehabilitation medicine. Sexual functioning following spinal cord injury*. Williams and Wilkins, Baltimore, 1981.
61. SHERFEY, M. J.: *The Nature and Evolution of Female Sexuality*. New York: Random House, 1972.
62. SCHIAVI, R.C. et al.: *Effect of testosterone administration on sexual behavior and mood in men with erectile dysfunction*. Arch. Sex. Behav., 1997, č. 26, s. 231–241.
63. SCHMIDT, G.: *Paartherapie bei sexuellen Funktionsstörungen*. In: Sigusch, V.: *Sexuelle*
64. SIGUSCH, V.: *Therapie sexueller Störungen*. Stuttgart: Thieme, 1975.
65. SIGUSCH, V.: *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung*. 3.Aufl. Stuttgart: Thieme, 2001.
66. SIMONS, J. F., CAREY, M. P.: *Prevalence of sexual dysfunctions: Results from a decade of research*. Arch. Sex. Behav., 2001, č. 30, s. 178–219.
67. *Störungen und ihre Behandlung*. Stuttgart: Thieme, 2001.
68. ŠTEFANČÍK, J. et al.: *Sledovanie prevalencie a závažnosti erektilných porúch vo vybraných skupinách ambulantných pacientov*. Sexuológia, 2002, č. 2, príloha, s. 1–8.
69. VRABEC, J.: *Epidemiológia a patofyziológia erektilnej dysfunkcie*. Sexuológia, 2001, č. 1, s. 7–13.
70. VRABEC, J.: *Sildenafil – liek prvej voľby v liečbe erektilnej dysfunkcie*. Sexuológia, 2002, č. 2, s. 7–10.
71. WAGNER, G., GREEN, R.: *Impotence*. New York: Plenum Press, 1981.
72. WAGNER, G., KAPLAN, H. S.: *The new injection treatment for impotence*. New York: Brunner/Mazel, 1993.
73. WEISS, P., ZVĚŘINA, J.: *Sexuální chování v ČR – situace a trendy*. Praha: Portál, 2001.
74. WEISS, P.: *Sexuální deviace*. Praha: Portál, 2002.
75. ZEMKOVÁ, P.: *Nástin sexuologie*. Praha: Manus, 2001.
76. ZVĚŘINA, J.: *Sexuologie*. Brno: CERM, 2003.



## 8.12 KBT u dětí

Miloš Šlepecký

### 8.12.1 Základní údaje

#### 8.12.1.1 Popis a diagnóza

Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize, rozeznává poruchy psychického vývoje F 80–F 89 a poruchy chování a emocí F 90–F 98. Z poruch psychického vývoje se v léčbě uplatňují principy učení hlavně u diagnóz z okruhu F 81, což jsou specifické vývojové poruchy školních vědomostí, jako je specifická porucha čtení, psaní a počítání, a F 84 zahrnující dětský autismus.

Dalším okruhem jsou diagnózy zahrnuté pod poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci. Jsou to dg. F 90 hyperkinetické poruchy, F 91 poruchy chování, F 92 smíšené poruchy chování a emocí, F 93 emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství, F 94 poruchy sociálních vztahů se vznikem specifickým pro dětství a adolescenci, F 95 tikové poruchy, F 98 jiné poruchy chování a emocí s počátkem obvykle v dětství a adolescenci.

Kazdin (2004) hovoří o:

*Externalizovaných poruchách.* Problémy jsou zaměřené vůči prostředí anebo druhým lidem. Je to opoziční, hyperaktivní, agresivní a antisociální chování, která můžeme zahrnout do diagnostických kategorií jako hyperkinetický syndrom a poruchy chování.

*Internalizovaných poruchách.* Problémy se objevují ve vnitřním prožívání. Příklady jsou úzkost, stažení a deprese.

*Problémech se zneužíváním určitých látek.* Je to zneužívání alkoholu a jiných návykových látek.

*Poruchách učení a mentálních schopností.* Jde o řadu problémů spojených s intelektovým a školním výkonem.

*Závažné a přetrvávající psychopatologii.* Příkladem je schizofrenie a autismus.

#### 8.12.1.2 Prevalence a průběh

Prevalence: Výskyt psychiatrických poruch u dětí a adolescentů se odhaduje na 10–33 %. Údaje z epidemiologických studií (Costello, 1989b) poukazují, že ve věku 4–20 let se diagnostikovatelné úzkostné poruchy vyskytují přibližně ve 12 % případů, poruchy chování asi v 10 %, hyperaktivita s poruchami pozornosti asi v 5 %, deprese, specifické poruchy vývoje, enuréza a závislosti ve více než 6 %. Psychotické poruchy jako autismus se vyskytují v méně než 1 %. Odhaduje se, že přibližně pouze 10–15 % dětí se dostane do odborné péče.

Přirozený průběh: Předpoklad, že dítě ze svých problémů „vyroste“, se nezakládá na pravdě. Dlouhodobé sledování ukazuje, že efekt ovlivnění závažných psychiatrických poruch u dětí není uspokojivý. Mnoho pacientů má psychiatrickou diagnózu mnoho let po jejím stanovení. Sledování poruch chování poukazuje na

velké riziko disociálního chování v dospělosti. Pouze méně než 1/3 dětí netrpí po 4–5 letech psychiatrickou poruchou. Rovněž generalizovaná úzkostná porucha a obsedantně kompulzivní porucha ve 2/3 až 3/4 případů přetrvávají, přičemž se pojí s jinými poruchami a s velkými problémy v přizpůsobení. Dětská deprese má vysokou pravděpodobnost vyléčení, ale podobně jako u dospělých se opakuje. Nejlepší prognózu mají separační úzkostná porucha a dětské fobie, ale i ty mohou vyústit do jiných psychiatrických poruch.

### 8.12.1.3 Diferenciální diagnóza a komorbidita

Děti a adolescenti obvykle sami psychoterapeutickou pomoc nevyžadují a v rámci spolupráce ne vždy podávají relevantní informace. Zjistilo se, že rodiče a děti nemají na stejné dítě stejný pohled. Kolko a Kazdin (1993) našli u 6–13letých dětí korelaci 0,41 mezi rodičem a učitelem, 0,34 mezi dítětem a učitelem a 0,27 mezi rodičem a dítětem. Posuzovatelé se více shodují u „externalizovaných“ problémů s vyrušováním než u „internalizovaných“ emočních problémů, což komplikuje diferenciální diagnostiku.

Komorbidita je u dětských poruch častá. Anderson et al. (1987) udává, že 55 % dětí, které splnily kritéria pro některou poruchu diagnostikovanou podle DSM-III, rovněž splnilo kritéria pro nejméně jednu další poruchu. Léčba dětí s vícečetnými poruchami je potom obtížnější a stavy mají horší prognózu.

### 8.12.1.4 Etiopatogenetické faktory

U vývojových poruch nacházíme v anamnéze podobné nebo příbuzné poruchy a předpokládá se, že v jejich etiologii hrají důležitou roli genetické faktory. U specifických poruch učení se zjistilo, že poměr chlapců a dívek je 3:1, což poukazuje na význam X chromozomů. Selikowitz (2000) nepředpokládá, že by nepříznivé činitele v raném dětství a během dospívání byly u dětí se specifickými poruchami častější. Ani způsob, jakým jsou děti vychovávány, nevede ke vzniku specifických poruch učení.

## 8.12.2 KBT pohled

### 8.12.2.1 Behaviorální faktory

Behaviorální terapie předpokládá, že duševní poruchy můžeme vysvětlit jako následek chybného učení. Patologické vzorce chování vyvolávají také účinky, které poruchu dále rozvíjejí a upevňují.

Základní indikací behaviorálních postupů je, že porucha skutečně závisí na současných nebo minulých okolnostech učení, buď nedostatečného, nebo chybného. KBT postupy jsou poměrně jednoduše a objektivně kontrolovatelné a jsou to metody první volby i v mnohých patogeneticky nejasných případech. Základní druhy lidského učení, které využíváme v terapii dětského chování, jsou nápodoba, podmiňování a vhléd.

## Nápodoba

Lidé mají tendenci napodobovat druhé, zvláště když jejich chování subjektivně vnímají jako vedoucí k žádoucím následkům (odměnám) nebo umožňující vyhnout se trestu. Napodobování je závislé na identifikaci se vzorem a významně k němu přispívá citová vazba.

## Podmiňování

Lidé mají sklon chovat se tak, aby to v dané situaci bylo pro ně spojeno se subjektivně žádoucími důsledky, „odměnami“, a méně dělat to, co subjektivně následky nepřináší nebo dokonce nese následky subjektivně nežádoucí, „tresty“. Tato anticipace následků vzniká buď vlastní zkušeností, nebo pozorováním druhých. Podmiňování odměnou a trestem probíhá spontánně.

Behaviorální terapie u poruch se začátkem v dětství a adolescenci vychází převážně z principů **operantního** podmiňování. Operantní chování je podle Skinnera vědomé, vůlí ovládané chování. Je kontrolováno jeho následky. Chování, k němuž už jednou došlo, nelze změnit, takže jeho důsledky může změnit pouze chování budoucí. Skinner nazval proces zvyšování a snižování pravděpodobnosti chování pomocí systematického uspořádání následků operantním podmiňováním.

**Zpevnění** je potom každá událost, která posílí chování, po němž následuje. Jediným způsobem, jak určit, zda jde o zpevnění, je pozorovat, jaké účinky mají dané následky na chování, po němž následuje. U dětí se při zpevnění musíme držet následujících zásad.

1. Zpevnění musí následovat okamžitě po daném chování, aby mělo maximální účinek.
2. Zpevnění musí vždy následovat přesně po tom chování, které chceme posílit.
3. Zpevnění musí být podmíněno cílovým chováním. Podmíněnost (kontingenční) znamená, že požadujeme, aby došlo nejprve k chování a až potom ke zpevnění.

Následky, které uspokojují určité biologické potřeby a mají vliv na udržení nebo prodloužení života, jsou univerzálním zpevněním. Představují **primární čili** nepodmíněné zpevnění (potrava, nápoje, sexuální stimulace, teplo). Primární zpevnění má posilující účinek nezávislý na předchozím podmiňování.

Pochvala, pozornost, peníze a jiná posílení nemají přímý vztah k biologickým potřebám. Mají však též posilující schopnost a mluví se o nich jako o **sekundárních** nebo podmíněných zpevněních.

Události, které jsou pro dítě zpevněním jsou závislé na historii jeho zpevnění. Co je zpevněním pro jedno dítě, pro jiné být nemusí. Proto mluvíme o **individuální zpevnění**.

V případech, kde nejsou typická podmíněná zpevnění účinná, je užitečné vrátit se k primárním posílením nebo k těm podmíněným posílením, která nejsou v dané situaci běžná. Tato posílení mohou být spojena s běžnějšími posíleními, jako je pochvala, pozornost, výsady, úsměv, dobré známky, dokud nedojde k posílení. Proto je někdy třeba spojit slovní pochvalu a pozornost s objetím,

pomazlením nebo dokonce i s jídlem u dítěte, které nereaguje na slovní pozornost dospělého. Po čase se podmíněné posilování upevní a fyzický kontakt a jídlo se mohou redukovat.

Posílení, která posilují široké spektrum chování, jsou **generalizovaná** (obecná) posílení. Pochvala, náklonnost, oční kontakt a peníze lze použít u nejrůznějšího chování většiny lidí.

Jedním z důvodů, proč u lidí generalizovaná posílení dobře fungují, je, že nepodléhají stavům deprivace a nasycení.

**Deprivace** se vztahuje k času, který uplynul od posledního posílení. (Mléko a koláče budou větším posílením ve čtyři hodiny odpoledne než ihned po obědě.)

**Nasycení** se vyskytuje v případě, když současně poskytujeme příliš mnoho posílení. Učitel, který stále žáky chválí, může zjistit, že tato pochvala už není účinná. Některá posílení se dokonce mohou stát trestem, pokud je prezentujeme ve velkém množství v krátkém čase (včetně jídla).

Postup se rovněž uplatňuje u techniky **přesycení**, kde terapeuticky vnuceným opakováním nežádoucího chování nastane motivační „přesycení“ dosud odměňujícími důsledky, až se tato činnost stane zdrojem nepříjemných zážitků (únavy, nudy ap.) a dítě se jí začne vyhýbat a nahradí ji vhodnějšími alternativami. Podmínkou účinnosti přesycení je, aby nácvik byl dostatečně intenzivní a dlouhodobý a aby jeho následky byly omezeny skutečně jen na dosud odměňující události, tj. aby k nim nepřibýly odměny nové, např. zvýšená pozornost v souvislosti s nácvikem.

V behaviorální terapii existují dvě základní posilující operace, pozitivní a negativní. Obě posilují chování, po kterém následují. Žádná by se neměla zaměřovat s trestem, který má na chování opačný účinek.

**Pozitivní posilování** je proces přidávání něčeho žádoucího k prostředí. Příklady: učitelka chválící třídu, která potichu pracuje, nebo otec, který dá synovi vyšší kapesné za to, že doma pomáhal.

Výhoda této techniky spočívá v tom, že člověk i situace spojená s tímto posílením se stávají **sekundárním posílením**. Jinými slovy, zaměstnavatelé, rodiče, učitelé a děti, kteří se naučili přidávat dobré věci, se stanou oblíbenými a účinnými posilovači.

**Negativní posilování** je proces odebrání něčeho špatného, co je podmíněno požadovaným chováním. To znamená, že člověk je posilován za reakci, protože tak uniká averzivnímu podnětu. Např. dítě, které přestane plakat, když ho rodič vezme na ruku, učitelka, která napomíná žáky tak dlouho, dokud není ticho, či dítě, které zuří, dokud mu rodič nekoupí sladkosti.

V těchto případech byl rodič posílen za to, že vzal dítě na ruku, žáci za to, že tiše seděli, rodič za to, že koupil sladkosti. Všichni unikli averzivnímu chování tím, co udělali.

Ale i dítě bylo posíleno za to, že plakalo, učitelka za to, že napomínala, dítě za to, že se vztekalo. Je pravděpodobné, že všichni se budou takto chovat i v budoucnosti.

Nevýhodou postupu odejmutí něčeho špatného je, že následkem bývá únikové a vyhýbavé chování. Znamená to, že člověk a stav spojený s touto situací se stáva-

jí **trestem**. Jinými slovy, rodiče, učitelé a děti, kteří se naučili prezentovat špatné věci a trestat poté, co dosáhnou svého, se stanou neoblíbenými.

Základem teorie sociálního učení je, že k učení dochází jen tehdy, když má člověk možnost reagovat a přijímat zpětnou vazbu, je diferenciálně posilován a za některé reakce trestán. Při učení musí mít učící se možnost **reagovat**. V mnohých případech neposkytnou rodiče nebo učitelé dětem příležitost reagovat a diví se, že k učení nedojde.

Učení pomáháme, když **co nejdříve** poskytneme informace o správnosti nebo nesprávnosti reakce. Čím dříve dojde ke zpětné vazbě, tím rychleji lze diskriminovat, a tím rychleji dochází k učení.

### **Učení se novému chování pomocí tvarování**

Pokud chceme změnit chování, zajímá nás obvykle zeslabení nebo umocnění toho chování, které dotyčná osoba vykazuje. Zajímá nás to proto, že k tomuto chování dochází buď příliš často nebo velmi zřídka. Diferenciálním posílením zřídka se vyskytujícího chování obvykle dosáhneme jeho vhodné hladiny, anebo pomocí vyhasínání, trestu nebo diferenciálního posilování inkompatibilního chování můžeme snížit výskyt nežádoucího chování na vhodnou hladinu.

Někdy se však setkáme se situací, v níž nedochází k žádoucímu chování, nebo k němu dochází na tak nízké operantní úrovni, že i když jsme připraveni ho posílit, může se stát, že budeme čekat týdny, měsíce i roky, aniž bychom pozorovali žádoucí chování.

Tvarování je postup, při kterém se jednoduché prvky chování daného člověka formují do složitějších vzorců chování. Otcové často používají tvarování, když chtějí své děti naučit chytat míč. Nejdříve stojí otec velmi blízko dítěte a jen mu pouští míč do rukou. Chválí dítě za to, že ho dobře chytilo. Potom se od něho postupně vzdaluje, hází míč stále rychleji, dokud dítě (po dlouhém cvičení) neumí chytit míč i z velké dálky.

### **Tvarování je postup diferencovaného posilování postupných aproximací krok za krokem, dokud není dosaženo očekávaného chování.**

Tvarování se skládá z několika kroků:

1. Definujeme kýžené konečné chování a změříme jeho operantní hladinu.
2. Najdeme počáteční chování, kterého je dítě schopno a které se podobá očekávanému konečnému chování.
3. Rozdělíme cílové chování na jednotlivé kroky, přičemž začínáme od nejjednoduššího a končíme očekávaným chováním.
4. Za každý úspěšně zvládnutý krok dítě odměníme.
5. Pokud dítě krok nezvládne, vrátíme se k jednoduššímu kroku nebo ho rozdělíme na menší kroky.
6. Pokračujeme v tomto postupu, dokud se dítě nechová očekávaným způsobem, aniž bychom ho předem posílili.

## **Postupy určené k zeslabování chování**

### **Zeslabování chování pomocí vyhasínání**

Někdy se setkáme s chováním, které je nevhodné nebo dokonce destruktivní. Je proto velmi důležité znát postupy, které je oslabují nebo zcela eliminují. Jedním z účinných prostředků je **operantní vyhasínání**. Pokud nedojde k posilování, chování se zmírní. Chlapec, který provokuje své sourozence, rychle přestane, když ho rodiče budou ignorovat.

Proces odstranění nebo odebrání posílení, dokud se chování nevrátí na nižší hladinu, se nazývá **vyhasínání**.

Když lidé začnou vědomě používat postup vyhasínání, aby oslabili určité chování, měli by:

1. Definovat cílové chování a změřit jeho základní hladinu.
2. Pozorovat následky, které chování udržují.
3. Zabezpečit odstranění posilujících následků.
4. Nadále zaznamenávat chování, aby bylo patrné, zda oslabuje.

Operantní vyhasínání může být velmi účinné, protože se vyhýbá problému zavedení trestu a jeho účinky jsou obvykle dlouhodobé.

Mohou se však objevit následující problémy.

### **Mnohočetné posílení**

Chování, které chceme odstranit, může být vícečetně posilováno. Učitelka napominající chlapce, který ve třídě vyrušoval tím, že vydával různé zvuky, se rozhodla použít plánovitě ignorování jeho chování, protože zjistila, že její napominání vlastně působí jako posilování. Všimla si však, že když chlapec ve třídě vydává zvuky, ostatní žáci se smějí a strkají se. Proces vyhasínání se jí nepodařilo uskutečnit, dokud nezískala třídu ke spolupráci.

### **Nejdříve stupňování, potom oslabení**

Při vyhasínání se nejdříve vystupňuje intenzita a frekvence chování, až poté dojde k oslabení. To je nesmírně důležitá vlastnost vyhasínání, která zaskočila mnohé rodiče, kteří se pokoušeli o tento postup.

### **Agrese**

Při vyhasínání se lidé někdy chovají agresivně. Můžeme to pozorovat, když někdo hodí do automatu minci a nic nevypadne. Opakovaně mačká knoflík, který má vracet peníze, třese celým přístrojem, někdy do něj i kopne nebo nadává. Protože je známo, že spolu s vyhasínáním dochází k agresivnímu chování, je třeba se na něj připravit a vypracovat plán, co dělat, když k němu dojde.

### **Oslabování chování pomocí inkompatibilního chování**

Pokud se pokoušíme oslabit chování pomocí vyhasínání, je často žádoucí a účinné, když zároveň systematicky posilujeme jiné chování. Je to důležité, protože:

1. Je to pozitivní přístup. Osoba je posilována žádoucím, nikoliv nevhodným chováním.

2. Pomáhá rozlišit, které chování je vhodné a které ne.
3. Dává člověku možnost alternativního chování, které může být posíleno. Potom je pravděpodobnější, že se nevrátí nežádoucí chování. Tento postup používají rodiče, kteří věnují dětem větší pozornost, když si pěkně hrají nebo dělají domácí úkoly, než když se perou, pláčou nebo se chovají jinak nevhodně.

### **Oslabování chování pomocí trestu**

Trestání je postup stíhání chování nějakým následkem, který ho má aktuálně oslabit, event. zmenšit pravděpodobný výskyt v budoucnosti. Proto se každá událost, která oslabuje intenzitu chování, po kterém následuje, nazývá trestem.

Jedním ze způsobů, jak určit, zda je následek trestem (averzivní nebo trestající podnět), je pozorovat jeho účinek na chování, po kterém se vyskytne. Pokud administrujeme elektrický šok vždy, když zvíře stlačí páčku ve své kleci, dosáhneme obvykle snížení počtu stlačení. Žák, kterého učitel napomíná za vyrušování, možná přestane vyrušovat.

Ten, kdo se rozhodl oslabit chování pomocí trestu, se musí ubezpečit, že vybral skutečně účinný trest. Přitom je zapotřebí držet se podobných zásad jako při posilování:

1. Změřit operantní hladinu chování (získat základ).
2. Použít potenciální trest a sledovat jeho účinky na chování.
3. Použít vědecký verifikovaný postup ke zjištění, zda ke změně došlo na základě tohoto postupu.

Nejrychlejší způsob, jak oslabit chování, je přísně trestat.

Je třeba si uvědomit, že trestání dítěte za nevhodné chování ještě neznamená, že se dítě začne chovat vhodně. Dítě se může přestat chovat nevhodně, ale nemusí se začít chovat vhodně. Dítě, které je ve škole potrestáno za mluvení sice mluvit přestane, ale nezačne se věnovat učení. Navíc lidé, kteří jsou kontrolováni pomocí trestu, se mohou chovat žádoucím způsobem, pokud je trestající činitel přítomen, ale jakmile dojde k jeho odstranění, např. když dozorce, rodič nebo učitel opustí místnost, je pravděpodobné, že se opět začnou chovat nevhodně.

Trest bychom měli používat jen tam, kde chceme zastavit potenciálně nebezpečné chování nebo chování, které brání projevům vhodného chování. Při použití trestu je velmi důležité dbát na to, aby bylo vhodné chování ihned posíleno.

Jedním z významných problémů spojených s použitím trestu při modifikaci chování je, že trestající osoba se může stát podmíněným nebo sekundárním trestem. Tak se učitel ve škole nebo rodič doma může stát trestajícím podnětem, který inspiruje k úniku nebo k vyhýbavému chování.

### **Některé účinné trestající postupy**

#### **Odplata za reakci**

Tento postup využívá takových změn v chování, které jsou trestající a vedou ke snížení míry chování, kterým jsou podmíněny.

Odplata za reakci je, když má dítě 50krát pěstí udeřit do polštáře vždy, když začne bizarně mávat rukama, ale i pokuta za překročení rychlosti.

### **Vyloučení, Time out**

Je to postup, kdy se příležitost k posílení na určitou dobu odkládá. Typickými příklady jsou izolace dítěte od vrstevníků, když v jídelně rozhazuje jídlo, nebo hokejista, který jde na trestnou lavici pokaždé, když zfauluje protihráče.

### **Přehnaná náprava**

Přehnaná náprava je další postup k oslabení cílového chování. Vyžaduje, aby dítě udělalo víc, než je potřebné k nápravě situace, která vznikla po nevhodném chování. Např. chlapec, který plivá na podlahu, nejenže musí utřít místo, které poplival, ale musí umýt a vyleštit celou podlahu.

Pravidla dodržování tohoto postupu by měla zahrnovat:

1. Jasnou definici chování, které bude potrestáno.
2. Postup by měl být v přímé souvislosti s cílovým chováním.
3. Úkol při přehnané nápravě by měl být pro trestanou osobu časově náročný a namáhavý.

### **Pravidla pro používání trestu**

1. Definujte cílové chování tak, aby trestaný a trestající přesně věděli, o čem se jedná.
2. Použijte trest ihned po výskytu chování.
3. Používejte postup vždy, když se chování vyskytne.
4. Administrujte postup bez emocí, v klidu a přirozeně.
5. Trest používejte jen tehdy, kdy je třeba chování oslabit nebo eliminovat, nebo tehdy, když pozitivnější postupy selhaly.
6. Příliš časté používání trestu může mít za následek únik, vyhýbání se a agresivní chování. Trestající se tak vystavuje nebezpečí, že se sám stane podmíněným trestem.

I když jsou pozitivní postupy nejúčinnější, existují případy, kdy je trest morální a etičtější alternativou. Např. rodič si nemůže dovolit nepotrestat dítě za to, že běhá do silnice. Kdyby to neudělal, mohlo by dojít k jeho zranění nebo usmrcení.

## **8.12.2.2 Kognitivní faktory**

Kognitivní terapie vyžaduje schopnost systematicky identifikovat myšlenky, čelit jim a vytvářet alternativní způsoby uvažování. Tento proces předpokládá určitý stupeň zralosti a schopnost řešit abstraktní situace, tedy rozdílný úhel pohledu na jednotlivé události nebo vytváření alternativ. Dosud není přesně známo, v jakém věku jsou už děti dostatečně kognitivně vyspělé, nicméně použití kognitivních postupů se u malých dětí rozšiřuje. Přehled 101 KBT studií ukázal, že 79 % zahrnuje děti mladší 10 let, a zjistil, že efekt u dětí mladších 9 let věku byl nižší (Stallard, 2002).

Úroveň kognitivní zralosti ve věku 7–12 let je už pro některé kognitivní postupy dostatečná. Materiály však musí odpovídat věkové úrovni dítěte. U mladších



dětí se používají konkrétnější techniky s jasnými a jednoduchými instrukcemi, zatímco u adolescentů lze využít složitější procesy, jako je identifikace dysfunkčních předpokladů a kognitivní restrukturalizace.

Kognitivní terapie by měla být zábavná, zajímavá a poutavá, s materiály a představami přiměřenými danému věku. Mnohé kognitivní principy můžeme dětem podat hravou formou. Např. pojem automatických myšlenek a konání (děláním něčeho bez rozmyslu) a zprostředkovaných myšlenek (rozkaz nebo příkaz, které mozek vyše tělu) můžeme dětem vysvětlit pomocí hry na vojáky, kde velitel (mozek) vysílá rozkazy svým vojákům (tělo). Podobně automatické myšlenky můžeme vysvětlit pomocí kreslení řeky. Řeka může plynout kudy chce (automatické myšlenky) nebo tok řeky můžeme změnit tak, jak sami chceme (řízené myšlenky).

Při popisu abstraktních představ pomáhají metafory. Např. agresivnímu dítěti můžeme přirovnat jeho zlobu k sopce, která stále sílí, až vybuchne. Takové uvažování pomůže dítěti hledat, jak by mohlo tuto sopku zastavit. Podobně můžeme použít metaforu s páskou hrající v hlavě dítěte při popisu automatických myšlenek nebo příklad videokazety k pochopení vtíravých představ. Takové metafory pomohou vytvářet strategie sebekontroly. Dítěti můžeme pomoci kontrolovat automatické myšlenky a vtíravé představy tím, že si představí vypnutí pásku v hlavě.

Použití pozitivních představ pomáhá při překonávání strachu, kdy si dítě představuje, že je nějakou pohádkovou nebo komiksovou postavou, která má schopnosti potřebné k překonání strachu. Metoda emotivních obrazů (rozvinutá Lazarem a Abramovitzem) se používá k překonání fobie z tmy. Pozitivní kopírování představ musí být přizpůsobeno věku dítěte a postaveno na jeho existujících zájmech a představách.

## KOGNITIVNÍ TERAPIE U DĚTÍ DO 12 LET

Předpokladem je, aby děti dokázaly identifikovat a verbalizovat svoje myšlenky, dokázaly vytvářet alternativy, uvědomit si rozdíly ve svých emocích a pochopit v jednotlivých situacích vztah mezi myšlenkami a emocemi.

### Identifikace a sdělení myšlenek: Pověz mi, co si myslíš.

Rozhovor může poskytnout bohaté informace o myšlenkách dítěte a o tom, co si samo říká. Nejjednodušší způsob je zeptat se dítěte: „Co si myslíš?“ nebo „Jaké myšlenky ti běžely hlavou, když jsi mě poprvé uviděl?“ Některé děti jsou výřečné a dokáží identifikovat myšlenky týkající se kognitivních triád. Udávají myšlenky související s vnímáním jich **samých** („Cítím se hloupě, když s vámi mluvím“, „Musíte si myslet, že jsem idiot, když se toho bojím“), s tím, že **svět** není fér („Kvůli tomu, že jsem sem musel přijít, jsem zmeškal fotbalový trénink“, „Máma je ten, kdo má problém. Pověďte si s ní, ne se mnou“) nebo týkající se **budoucnosti** („Nemyslím si, že má smysl, abych tu byl. Nic se nezmění“).

Hodně dětí na přímé otázky odpoví větami typu „Já nevím“ nebo „Nemyslel jsem na nic“. Nemusí to však nutně znamenat, že dítě nechce mluvit o svých myšlenkách, spíše to naznačuje, že je potřeba zvolit nepřímý přístup.

### **Nepřímý přístup: Popiš mi nějakou nedávnou problematickou situaci**

To je pro malé děti pravděpodobně snazší. Pomozte jim situaci popsat nebo nakreslit, a když povídají nebo malují, všimněte si, zda jsou schopny popsat to, co se děje, a uvést některé ze svých myšlenek. Dítě povzbuzujeme, aby řeklo, jaké myšlenky mělo před událostí, během ní a po události, a takto zjišťujeme, co si samo pro sebe říká. Můžeme toho dosáhnout i vhodně zvolenými otázkami během rozhovoru.

Pro ilustraci uvádíme příklad osmiletého Miška, který se nedávno popral ve škole.

- Terapeut: Miško, pověz mi něco o té bitce ve škole.  
Miško: Janko začal. Strčil do mě, tak jsem ho praštil.  
Terapeut: Jak to začalo?  
Miško: Nadával mi.  
Terapeut: Nadává ti často?  
Miško: Ne.  
Terapeut: Co si myslíš, proč ti nadával?  
Miško: Nevím. Asi mě nenávidí.  
Terapeut: Nenávidí jen tebe, nebo i jiné děti ve škole?  
Miško: Ne, jenom mě. Všechny ostatní má rád.  
Terapeut: Pere se Janko i s jinými dětmi?  
Miško: Ano. On se pere pořád.  
Terapeut: Má rád děti, s kterými se pere?  
Miško: Já nevím. Myslím si, že nenávidí jenom mě.  
Terapeut: Co si myslíš, že se stane, až se příště potkáte?  
Miško: Praští mě. Proto ho já praším první.

Tento rozhovor ukazuje, jak Miško uvažuje. Myslí si, že ho Janko nenávidí a že ho znovu zbije.

### **Co by si mohl myslet někdo jiný?**

Mladší děti mohou mít problémy s popisem svých vlastních myšlenek, ale mohou povědět, co si myslí někdo jiný. Situaci, která je pro dítě problematická, můžeme vytvořit a přehrát s panenkami a během hry žádáme, aby dítě ukázalo nebo řeklo, co si panenky mohou myslet.

Můžeme též využít strukturovanější alternativu a poskytnout dítěti několik možností, z nichž si může vybrat. Dotazník atribučního stylu poskytuje dítěti 12 možností a dítě si má vybrat, které ze čtyř možných důsledků (jeho nedostatky, snaha, štěstí nebo složitost úloh), způsobily danou událost.

### **Myšlenkové bubliny**

Další možností jsou myšlenkové bubliny, které známe z kreslených komiksů. Dítě má říci, co si postavicky mohou myslet. Kendal (1992) je použil ve svém Coping Cat Programme při léčbě úzkosti. Výpovědi potom představují užitečný terapeutický materiál.

## **Vytváření alternativních možností**

### ***Hypotetické situace***

Doherr et al. (1999) vytvořil sérii jednoduchých hypotetických situací k posouzení, zda je dítě schopno identifikovat alternativní možnosti v určitých situacích. Např. dítě na hřišti zavolá na svého kamaráda „Ahoj“, ale ten běží pryč. Dítě potom požádáme, aby vymyslelo co nejvíc možných vysvětlení toho, co se stalo. Tohoto postupu se rovněž využívá ke zjištění schopnosti dítěte řešit problémy. *Preschool Interpersonal Problem – Solving inventory* obsahuje sérii obrázků s nějakým problémem a dítě je požádáno, aby vymyslelo co nejvíc možných řešení (Spivack a Shure, 1974).

### ***Tvořivé obrázky***

Dítěti podáme sérii obrázků nebo kreseb, kam má dokreslit nebo dopsat co nejvíc možností, co si mohou osoby myslet. Např. dítě vyplní myšlenkové bubliny tím, že nakreslí nebo napíše, co si může myslet člověk nesoucí těžký balík.

### ***Panenky a hry***

Obtížnou situaci můžeme zahrát a během hraní se dítěte ptáme, co si panenka nebo hračka může myslet o tom, co se stalo. U předškolních dětí se však může stát, že nedokážou pochopit, že panenka může být jak předmět (hračka), tak symbol (stělesnění jich samých).

### ***Uvědomění si emocí***

Rozhodující součástí mnohých programů je naučit děti rozlišovat emoce. Děti potřebují zachytit svoje pocity a popsat je. Malé děti, které nedokáží svoje pocity verbalizovat, je mohou nakreslit. Rovněž se podrobně ptáme, zda je to např. „zlost ze zloby“, „smutná zlost“ nebo „zlost ze strachu“. Ke zjištění toho, zda dítě umí identifikovat pocity jiných lidí, můžeme použít kvízy a hry. Dítěti ukážeme obrázky lidí v rozličných emočních rozpoležích a požádáme ho, aby identifikovalo, co prožívají. Podobně může terapeut zahrát různé druhy emocí a ptát se dítěte, jak by je pojmenovalo.

### ***Myšlenky, pocity a události***

Používání kvízů a hlavolamů nám umožní zjistit, zda je dítě schopno uvědomit si různé emoce v rozličných situacích. Dítěti můžeme např. ukázat sérii kartiček s různými pocity (např. strach, štěstí, zlost). Potom ho požádáme, aby si vybralo kartu, která nejlépe odpovídá jeho pocitům v různých situacích (první den ve škole, hra s kamarádem, vyhubování). Dítě též může přiřazovat pocity k různým myšlenkám („Myslím si, že to udělám špatně“, „Myslím si, že tuto hru hraju výborně“, „Myslím si, že si mě kamarádi budou dobírat“). Při této úloze můžeme použít panenky. Dítě má popsat, jak se jeho panenka cítí v různých situacích (např. když se jí posmívají nebo když ji kamarád pozve na oslavu svých narozenin).

## KOGNITIVNÍ TERAPIE U ADOLESCENTŮ

Při používání kognitivní terapie u adolescentů musíme vzít v úvahu vývojová specifika, která mohou mít vliv na průběh terapie. Belsher a Wilkes (1994) uvádějí následující.

### *Přijetí zaměření na sebe u dospívajícího*

Dospívající jsou často zaměřeni na sebe a neradi chápou a přijímají názory ostatních. Proto je důležité pomocí cílených otázek zjistit jejich pohled a nezpochybňovat jejich názory. Dáváme jim tak signál, že budou vyslechnuti a respektováni jako důležité osoby s vlastními zájmy a jedinečným vnímáním. Jinak se staví do opozice a mají sklon k hádkám. U adolescentů je třeba respektovat jejich samostatnost a zadávat jim podobné úlohy s možností volby postupu.

### *Podpora spolupráce*

KBT je proces spolupráce, i když děti a adolescenti jsou často vůči dospělému terapeutovi v podřízeném postavení. Moc a postavení mezi mladistvým a terapeutem musí být jasně dány a vědomé úsilí musí být zaměřeno na vytvoření rovnocenného vztahu.

Terapeut musí mít smysl pro práci s adolescenty, aby jim pomohl překonat problémy, které oni sami pokládají za důležité. Terapeut poskytuje konstrukci, v níž může mladý člověk zkoumat, pochopit a identifikovat nové způsoby myšlení a chování. Tento proces spolupráce povzbuzuje mladého člověka k přemýšlení o jeho problémech a těžkostech a hledání možného řešení. Mladý člověk má proto klíčovou úlohu při určování cíle a uskutečňování rozhodnutí. Terapeut může spolupráci zlepšit tím, že při porovnávání názorů adolescenta s názory jiných autorit bude vystupovat jako jeho advokát.

### *Zůstat objektivní*

I když se terapeut občas chová jako obhájce, je velmi důležité, aby zůstal objektivní. Adolescenti jsou sebevědomí, často mají velmi pevné názory a jen obtížně se na věci dívají z perspektivy druhých. Tak se může stát, že mladý člověk nutí terapeuta k tomu, aby souhlasil s jeho subjektivním názorem nebo ho schválil.

Terapeut musí zůstat objektivní a prosadit model spolupráce, pomocí kterého povzbuzuje mladého člověka, aby zkoumal vlastní názory a hledal důkazy, které by je podpořily nebo zpochybnil.

### *Použití sokratovských otázek*

Děti a adolescenti jsou často pasivní a nevyjadřují svoje názory a představy. Mohou mít pocit, že jejich názory jsou nepodstatné nebo dokonce „špatné“, a očekávat, jak se to v jejich životě často stává, že jim terapeut řekne, co mají dělat. Sokratovský rozhovor je běžný způsob, jak překonat tuto překážku pomocí série otázek. Mladému člověku pomůžeme prozkoumat, vysvětlit nebo zpochybnit jeho názory.

Otázky jsou velmi specifické a často se týkají konkrétních událostí. Tak místo všeobecných otázek jako „Co se včera stalo ve škole?“ můžeme položit konkrétní otázku „Co si myslíš, o co šlo Míšovi, když za tebou odpoledne přišel na hřiště?“

Adolescenta můžeme povzbuzovat, aby vyjádřil svoje názory pomocí otázek s několikerým výkladem. Zeptáme se např.: „Pravděpodobně existuje víc možností, kterými bychom se mohli zabývat... co bys dělal ty?“ Názoru, že na některé situace neexistuje odpověď, se můžeme vyhnout prohlášením typu „Nic mě nenapadá... nemáš nějaký nápad?“ Zpětné úvahy o tom, co mladý člověk řekl, utvrzují váš zájem o jeho osobu a rovněž umožňují zpochybnění nejasností a nesrovnalostí. „Mohu si ověřit, že jsem tě správně pochopil? Řekla jsi mi, že nemáš žádné kamarádky, ale Katka tě pozvala, abys u nich přespala. Katka není tvoje kamarádka?“

### **Čelení dichotomnímu myšlení**

Myšlení „všechno nebo nic“ je u adolescentů běžné a často je odrazem dramatických změn, na které můžeme narazit při každém sezení. Jednou se adolescent může prezentovat jako depresivní nebo úzkostný, příště může být šťastný nebo klidný. Tyto změny často terapeuta matou a zvažuje, zda je třeba pokračovat v KBT. I když můžeme dosáhnout dlouhotrvajícího zlepšení i po poměrně malém počtu sezení, jedná se spíše o zlepšení zdánlivé, v důsledku dichotomního myšlení.

Užitečným způsobem, jak zpochybnit dichotomní myšlení, jsou hodnotící škály. Pomáhají adolescentovi zjistit, že svět není černobílý a existuje množství poloh mezi dvěma krajními body. Škály můžeme použít k měření intenzity pocitů, víry v pravdivost myšlenek, stupně zodpovědnosti nebo viny.

Belsher a Wilkes (1994) též poukazují na důležitost vyjadřování terapeuta. Vyjadřování v termínech „dobrý“ nebo „špatný“ naznačuje dichotomní kategorizaci, používání termínů „lepší“ nebo „horší“ vytváří dojem postupného kontinua.

### **Zapojení dalších důležitých osob**

Adolescenti fungují uvnitř komplexního sociálního systému, zahrnujícího rodinu, přátele a školu. Je důležité tento systém poznat a terapeuticky využít. Např. u adolescentů zapojených do programu na zvládání agresivity je potřebné informovat třídní učitelku, aby jim dovolila opustit třídu, když se začnou chovat zlostně. Podobně začlenění dalších významných osob (rodičů, přátel) v sezení může poskytnout další perspektivu, která může pomoci mladému člověku testovat a znovu přehodnotit vlastní poznání.

## **8.12.2.3 Nejčastější problémy, vyskytující se v kognitivně behaviorální terapii dětí a adolescentů**

### **Nekomunikativní děti**

Proces KBT u dětí je méně didaktický než u dospělých a děti jsou v průběhu terapie pasivnější. Terapeut proto musí vyvinout větší úsilí a přizpůsobit materiály tak, aby byly pro děti srozumitelné. Více používá neverbální techniky a materiály, přičemž děti často lépe projeví svoje myšlenky a pocity při hře nebo kreslení. Přesto

někdy děti mlčí a na otázky odpovídají nejasně a neurčitě. V tom případě terapeut může zkusit hádat, jak by dítě mohlo na jeho otázky odpovídat. Pokud se o sobě mladý člověk zdráhá mluvit, můžeme probrat podobné problémy, týkající se něčeho jiného nebo problém prehrát s panenkami. Jindy pomůže změnit prostředí, jít na zmrzlinu nebo na procházku a pozorovat, zda bude dítě lépe komunikovat.

### **Odmítaví pacienti**

Ve většině případů o psychologickou pomoc nežádají samy děti, ale jsou poslány někým z nejbližšího okolí nebo je doporučí nějaký jiný specialista. KBT však vyžaduje spolupráci, a pokud dítě není schopno identifikovat problém a určit cíl, je použití KBT sporné. To je však třeba důkladně zvážit, protože neschopnost dítěte definovat pozitivní cíle může být důsledkem jeho předchozí negativní zkušenosti („vždycky to tak bylo a vždy bude“). Pomůžeme-li dítěti vytvořit si alternativní realistické možnosti, může začít věřit ve zlepšení. V motivačním pohovoru se používají běžné techniky (empatie, úcta, aktivní naslouchání) a kognitivně behaviorální postupy (pozitivní restrukturalizace), aby se zvýšil zájem dítěte o změnu. Dítě povzbuzujeme, aby vyjádřilo, jak samo vnímá situaci a své postoje. Terapeut pozorně naslouchá a posiluje pozitivní projevy motivace.

### **Chybní zodpovědnost za dosažení změny**

Děti a mladiství mohou identifikovat své problémy a určit cíle změny, ale nemusí pocítovat zodpovědnost za jejich dosažení. Někdy to souvisí s jejich atribučním stylem („Tohle jsem já, takový jsem se narodil.“ nebo „Kdyby si na mne učitelé nezasedli, neměl bych problémy.“). Je potřeba zhodnotit, zda je tomu skutečně tak, nebo se jedná o jejich zkreslený pohled. Aby mohli být do KBT zařazeni, potřebují mladí pacienti aspoň uvažovat o tom, že mohou i oni sami přispívat ke vzniku problému.

### **Zapojení rodičů**

Existuje stále více důkazů, které naznačují, že zapojení rodičů do KBT jejich dětí může zvýšit účinek terapie (Stallard, 2002). Rodiče se mohou stát facilitátory, koterapeuty a klienty. Jejich hlavní úlohou jako facilitátorů je pomoci přenést poznatky z terapeutických sezení do domácího prostředí. Mohou posoudit obtížné situace, povzbuzovat a pomáhat svým dětem při procvičování nových dovedností a úkolů. Jako koterapeuti mají aktivnější úlohu, směřují, monitorují a hodnotí, jak jejich dítě používá kognitivní znalosti. Povzbuzují a pomáhají dítěti při zvládání problémů. Rodiče se mohou stát i klienty a učit se nové strategie, které jim pomohou zvládat jejich vlastní problémy (např. behaviorální management, zvládání úzkosti).

### **Spolupráce terapeuta s dítětem a rodičem**

Úlohou terapeuta je naslouchat, projevit zájem a udržovat si nezaújatou, objektivní a nestrannou pozici. Dynamika uvnitř rodiny je však složitá a někdy může vzniknout dojem, že dítě je zodpovědné za všechno problémy. Za této situace není individuální KBT pravděpodobně ani vhodná, ani efektivní. Terapeut musí zhodnotit,

zda poznámky dítěte o tom, že ho rodiče stále znevažují, představují kognitivní deformaci, nebo přesný odraz dysfunkční rodiny. Na základě toho usoudí, zda je vhodná individuální KBT nebo systemický přístup.

### **Problémy při určování myšlenek**

Děti a mladiství mají často problémy identifikovat a verbalizovat svoje myšlenky, zvláště když se jich ptáme přímo. Pečlivé naslouchání terapeuta však jejich postoje, předpoklady a názory odhalí. Pokud se v průběhu rozhovoru objeví něco důležitého, terapeut může rozhovor přerušit a upozornit na to. Např. terapeut může vyslechnout popis nedávné emočně nabitě situace a potom shrnout klíčové emoce a s nimi spojené myšlenky.

Děti a mladiství si často pletou myšlenky a emoce. Belsher a Wilkes (1994) doporučují dávat během sezení pozor na změny emocí a identifikovat spolu s dítětem s nimi spojené myšlenky (např.: „zdá se, že myslíš na něco, co tě zlobí“). Terapeut může použít sokratovské otázky nebo navrhnout jednotlivé možnosti, s nimiž mladý člověk může buď souhlasit, nebo nesouhlasit. Pomocí pozorování a důkladného vyptávání můžeme zjistit a verbalizovat kognice, které jsou v pozadí emocí.

### **Neplnění domácích úloh**

KBT je aktivní proces, který vyžaduje shromažďování informací mimo terapeutická sezení. I když některé děti a mladiství mají domácí monitorování rádi, jiným se do úkolů nechce a opakovaně selhávají. V tom případě je úlohou terapeuta otevřeně si s dítětem o úlohách promluvit, vysvětlit mu důležitost jejich plnění a dohodnout se s ním na míře, kterou dokáže zvládnout. Je dokonce vhodnější nemluvit o domácích úkolech, některé děti raději používají počítač, posílají e-maily s myšlenkami nebo si dělají záznamy přímo do diktafonu. Vyplňování záznamů není nevyhnutelným předpokladem pro použití KBT. Zážitky, myšlenky a pocity dětí, které si nejsou schopny dělat záznamy, můžeme zjišťovat a probírat během terapeutických sezení. Požádáme je, aby nám popsaly nedávnou problematickou situaci, a můžeme zkoumat myšlenky a pocity, které se během ní objevily.

### **Limitované kognitivní schopnosti / verbální způsobilost**

Zařazení do KBT vyžaduje základní úroveň kognitivních, paměťových a verbálních schopností, a proto ji děti se závažnými vývojovými problémy nemusí zvládnout. Je však potřeba zjistit, zda je to způsobeno omezenými kognitivními schopnostmi dítěte, nebo zda kognitivní úlohy nejsou na takové úrovni, která by mu umožňovala v nich uspět. Poskytování informací vizuální formou, používání jednoduchého jazyka a prezentace abstraktních představ či pojmů konkrétními způsoby, může lidem s poruchami učení usnadnit začlenění do KBT. Problémy s pamětí můžeme překonat použitím vizuálních klíčů a nápoděb. Např. dítěti, které se učí používat semaforey jako způsob řešení problémů (červená – stůj a čekej, oranžová – buď připraven, zelená – běž) mohou připomínat používání tohoto postupu barevné proužky nalepené na tužce.

### Krátké intervence

Děti a adolescenti se spíše zajímají o okamžité řešení naléhavých problémů, místo aby se pouštěli do dlouhodobější práce. Proto spíše podporujeme a rozvíjíme kognitivní zvládací schopnosti a nezabýváme se příliš základními předpoklady či postoji. Díky soustředění na problémy v reálném čase děti absolvují mnohem méně sezení než dospělí. I když se doporučuje rozložit terapii u dětí do 12–16 programových sezení, terapeutické zkušenosti ukazují, že skutečný počet sezení je mnohem nižší. Významných změn lze dosáhnout už po šesti sezeních i dříve.

### 8.12.2.4 Léčebné intervence

U dětí lze uplatnit celou řadu postupů KB terapie. Mnohé z nich se zaměřují na ovlivnění zjevného chování – např. učení podle vzoru, postupné procvičování a nácvik dovedností. Jiné se snaží dosáhnout změny chování a emocí ovlivněním způsobu myšlení pacienta (Mahoney, 1977, Dobson, 1988).

#### Nácvik sebeinstruktáže

Nácvik sebeinstruktáže je jednou z nejpopulárnějších metod KBT a využívá se u mnohých poruch dětského věku. Dospělé učíme používat sebeinstruktáž tak, aby se při plnění určitého, pro ně obtížného úkolu povzbuzovali, a tak změnili pocity, které při jeho plnění prožívají. Dospělí však často vnímají sebeinstruktáž jako něco nepřirozeného a mají proti ní námitky. Děti ji pokládají za mnohem přirozenější, často si totiž při hře povídají samy se sebou, když se učí nějakým novým dovednostem nebo když se nudí. Existuje několik způsobů, jak u dětí uplatnit nácvik sebeinstruktáže. Při neinteraktivním způsobu terapeut dítěti pouze poví, co má dělat a co říkat, tj. dítě dostane pokyn, aby opakovaně vykonávalo určitou činnost a přitom si říkalo, co má dělat. Při interaktivním způsobu se dítě učí sebeinstruktáží jako dovednosti společně s dalšími metodami sebeovládání, jako je sebesledování, sebehodnocení a sebeocenění (Kanfer, 1977). Třetí způsob využívá metody nácviku podle vzoru, nápodoby a předvedení. Terapeut nejdříve sám předvede žádoucí chování a přitom nahlas vyslovuje příslušné sebeinstrukce, potom nahlas přednáší instrukce, zatímco dítě provádí požadovanou činnost, a nakonec samo dítě přednáší příslušné sebeinstrukce a plní zadaný úkol.

Nedílnou součástí výcviku samomluvy u dětí je upozornění, aby k sobě byly upřímné a samy sebe nepodváděly. Nemají si říkat „nemám strach“, když se ve skutečnosti bojí, ale využít samomluvu tak, aby jim ho pomohla překonat: „mám sice strach, ale dokážu ho překonat, není to tak strašné, dokážu to“. Děti berou tyto instrukce doslova a snadno si používání samomluvy nacvičí. Je však třeba dopředu upozornit rodiče a učitele na používání této metody.

#### Změna automatických myšlenek

Hlavní metoda kognitivní terapie A. T. Becka (Beck et al., 1979, Beck, Emery a Greenberg, 1985) spočívá v tom, že se klient učí měnit svoje navykklé, automatické myšlenky na myšlenky vhodnější, vědomé a úmyslné. I když to na první pohled



vypadá velmi složitě, děti se dokáží naučit měnit svoje automatické myšlenky, pokud terapeut použije vhodné příklady a přirovnání.

### Škálování

Škálování je metoda, která pomáhá dítěti realističtěji vnímat jeho problém a zlepšuje jeho sebehodnocení, protože se naučí ohodnotit samo sebe jak ve srovnání s jinými, tak s předcházejícím obdobím, se svými očekáváními či vzhledem k proměnlivosti problémů. Toto posouzení hodnocení pomáhá dítěti změnit jeho hodnocení typu „všechno nebo nic“ a pochopit, že závažnost problémů je někde mezi dvěma krajními extrémy a že v mnohých situacích je na tom lépe než jiní nebo lépe než dříve. Další způsob využití metody škálování spočívá v tom, že se určitý pojem rozčlení na jednotlivé složky a každá z nich se hodnotí zvlášť.

### Představivost

Mnoho metod zaměřených na zlepšení schopnosti sebeovládání využívá představivosti k překonání problémů, jako jsou strach a úzkost. Dospělí si většinou musí používání představivosti nacvičit a pochopit, že jde o první krok při zvládání problémů v reálných situacích. Naproti tomu děti dokáží používat představivost velmi konkrétním způsobem a přirozeně ji ve svém každodenním životě využívají. Když se nějaké dítě bojí, že by mu v noci mohlo do postele vlézt hrůzostrašné zvíře, nemá smysl mu vysvětlovat, že městem se přece žádné nebezpečné šelmy neplíží. Mnohem účinnější je naučit ho, aby si představovalo, že má na svou obranu pušku nebo meč. Velmi účinným způsobem, jak pomoci dětem překonat jejich problémy, je naučit je představovat si, že jsou hrdiny z nějakých filmů nebo že mají zvláštní schopnosti.

### Nácvik řešení problémů

Schopnost řešit problémy je potřebná ke zvládání sociálních a mezilidských situací a lze ji chápat jako schopnost rozumět mezilidským konfliktům. Spivack a Shure (1974) popsali vývoj jednotlivých kognitivních schopností, využívaných při řešení mezilidských problémů, jejichž narušení způsobuje problémy v přizpůsobení se běžným situacím. Jsou to: schopnost vnímat mezilidské problémy, kauzální myšlení, ochota zvážit následky vlastního chování, schopnost vymyslet několik možných řešení a schopnost postupovat při dosahování určitého cíle krok za krokem.

Řešení problému dětem vysvětlíme jako hru (zvláště ve skupině), časem mohou tuto metodu uplatňovat ve svém běžném životě. Nejjednodušší je učit děti této dovednosti podle Kendalla a Braswella (1985), metodou nácviku podle vzoru:

- a) Terapeut nejdříve dětem řekne, co mají dělat, zatímco ony jen poskytují příklady problematických situací.
- b) Děti dostanou kartičky s instrukcemi, které si čtou nahlas, aby věděly, co mají v dané situaci dělat.
- c) Děti si samy říkají, co mají dělat, terapeut je přitom kontroluje.
- d) Děti si samostatně procvičují celý proces řešení problémů, aniž by dostávaly písemné nebo ústní pokyny.

### **Kognitivní restrukturalizace**

Kognitivní restrukturalizace je metoda vycházející z předpokladu, že problémy klientů jsou často způsobeny jejich magickým myšlením nebo iracionálními představami. Některé z těchto představ vedou k tomu, že sami sebe odsuzují, jiné způsobují, že se zlobí na ostatní ap. Terapeut pomáhá klientovi tyto myšlenky přezkoumat a změnit je. Základní metoda spočívá ve slovním přesvědčování a v sokratovském dokazování.

Kognitivní restrukturalizace je metoda směřující k vytvoření nového posuzování skutečnosti a k odstranění starých předsudků. Díky ní se děti učí určitým všeobecným principům, jako je řešení problémů, kreativní uvažování a tolerance vůči frustraci. Zároveň se učí systematicky pracovat na různých složitějších úlohách. V rámci této metody se dítě učí určovat a nahrazovat jednotlivé iracionální závěry a kognitivní zkreslení, které jsou ně typické, a nahrazovat je závěry logičtějšími a přiměřenějšími.

### **Metody zaměřené na zlepšení sebeovládání**

Jednou ze základních metod uplatňovaných v kognitivně behaviorální terapii je nácvik sebeovládání, který spočívá v sebesledování, sebehodnocení a sebeoceňování (Ronenová, 2000).

#### ***Sebesledování***

Cílem kognitivně behaviorální terapie je naučit klienta, aby si uvědomoval, jak se chová a jak si přeje se změnit. Proto je prvním důležitým krokem terapie naučit ho uvědomovat si své emoce a chování. Většina terapeutických postupů proto začíná nějakou formou sebesledování, při níž se klient učí vést si záznamy nebo deník svého vlastního chování. Se sebesledováním může klient začít už ve fázi vyšetření, což nám umožní určit výchozí stav jeho problémů. V průběhu terapeutické intervence slouží záznamy k hodnocení dosaženého pokroku a po skončení terapie pomohou k udržení dosažených změn.

Nemotivovaným dětem může vlastní sledování určitého chování poskytnout konkrétní důkazy o tom, že skutečně mají problém. I když je sebepozorování obtížně zvládnutelná dovednost, děti se je dokáží naučit (Gross a Drabman, 1982). Metody sebepozorování je dětem potřeba vysvětlit pomocí přirovnání a jednoduchých příkladů.

Pokud je to jen trochu možné, používáme pozitivní otázky. Např. „mluvil jsi dnes slušně?“ místo negativních otázek „mluvil jsi dnes vulgárně?“ Podobně je vhodnější měřit míru úspěchu, zlepšení nebo pokroku než zaznamenávat neúspěchy. Dítě si např. zaznamenává, kolik mělo tento týden „suchých nocí“. Využívání záznamů často vede ke zmírnění závažnosti nevhodného chování dítěte, takže tato metoda je vhodná jako součást kognitivně behaviorálního vyšetření i jako metoda k dosažení změny chování (Ronenová, 2000).

#### ***Sebehodnocení***

Hodnocení sebe sama vyžaduje, aby si klient vytvořil určitá kritéria, s jejichž pomocí srovnává sám sebe s druhými nebo sám sebe v různých situacích. U dětí

to však může být problém, pokud jsou egocentrické a svoje okolí vnímají subjektivně. Chceme-li je naučit sebehodnocení, musíme použít konkrétní příklady. Využití škál je při sebehodnocení velmi vhodné, zvláště při srovnávání současného a minulého chování.

### ***Sebeodměňování***

Sebeodměňování tvoří neodmyslitelnou součást základních metod zaměřených na zlepšení sebeovládání. Je důležitým krokem k dosažení nezávislosti na druhých. U dětí tato metoda pomáhá přesunout jejich pozornost od konkrétního ocenění k ocenění symbolickému. Sebeovládání rovněž napomáhá rozvoji sebevědomí a zlepšuje sebeobraz zvláště u stydlivých nebo perfekcionistaických dětí, pro které je těžké se za něco pochválit. Ronenová (2000) zjistila, že je snazší naučit sebeoceňování děti než dospělé. Pro malé děti má v pracovní krabici s odměnami a děti se musí samy rozhodnout, zda si zaslouží odměnu a jakou. Po krátké době používání konkrétních odměn se snaží dítě naučit používat symbolické odměny. Žádá je, aby si samy napsaly nějakou pochvalu. Důležité je procvičit tuto dovednost během terapeutického sezení a požádat rodiče, aby jim při tom pomohli.

### ***Nácvik odolnosti vůči stresu***

Jedním z kognitivně behaviorálních postupů, který poskytuje téměř ideálně ucelený podklad pro práci s psychickými poruchami u dětí, je nácvik odolnosti vůči stresu (Stress inoculation training, SIT). Byl vytvořen jako léčba pro zvládání úzkosti, hněvu a bolesti Meichenbaumem (Ronenová, 2000). Cílem tohoto nácviku je pomoci dítěti, aby si vytvořilo a používalo repertoár dovedností, které mu umožní zvládat různé stresové situace.

Program začíná popisem problému a jeho jednotlivých složek. Meichenbaum zdůrazňuje, že v této fázi je třeba navázat terapeutický vztah, shromáždit potřebné údaje a důležité informace o jednotlivých přednostech a nedostacích klienta a předefinovat problém klienta tak, aby bylo zřejmé, že ho lze změnit. Je nevyhnutelné, aby klient svému problému porozuměl. Meichenbaum uvádí, že mnoho klientů zahajuje léčbu s nejasným chápáním svých problémů. Předpokládá, že když je problém popsán jako něco, co se skládá z různých částí a co podléhá určitému vývoji, klient začne svoje problémy chápat jako něco, co je možné změnit. Problém je přeformulován jako řada jednotlivých úloh, které je třeba zvládnout, nikoliv jako sled stresujících situací, v nichž se člověk necítí dobře.

V druhé fázi SIT je třeba zameřit pozornost dítěte na jeho vnitřní dialog, který vede, když čelí svému problému. Ve fázi nácviku povzbuzujících výroků se dítě učí používat povzbuzující věty, které mu pomáhají zvládat problematickou situaci – nejdříve se učí používat tyto sebepovzbuzující výroky v terapeutickém prostředí, potom je postupně používá v přirozeném prostředí ve stále obtížnějších situacích. Meichenbaum a Goodman (1971) rozlišují fázi sebepovzbuzujících výroků a fázi nácviku přiměřeného chování.

Ronenová (2000) uvádí, že existuje celá řada kognitivně behaviorálních metod. Problém spočívá ve výběru nejúčinnější terapeutické metody u konkrétního dítěte. Udává následující kritéria:

- Používá dítě během rozhovoru přirozeně samomluvu? Můžeme předpokládat, že by dítě souhlasilo s používáním sebeinstrukcí?
- Je pro dítě důležité, aby bylo samostatné a mohlo se samo rozhodovat? Pokud ano, můžeme ho naučit, jak dělat rozhodnutí, která mu pomohou ovládat jeho mysl a měnit jeho vlastní automatické myšlenky?
- Srovnává se dítě s ostatními a cítí se méněcenné a neschopné zvládat svoje problémy? Pokud ano, je vhodné použít metodu škálování.
- Dokáže se dítě soustředit, systematicky přemýšlet a má dost trpělivosti, aby se dokázalo naučit metodu systematického řešení problémů?
- Dokážeme určit mylná přesvědčení a názory dítěte, které brání dosažení pokroku v terapii? Pokud ano, je na místě využít metodu kognitivní restrukturalizace, abychom tyto názory a přesvědčení změnili?
- Chybí dítěti schopnost sebeovládání? Pokud ano, měli bychom se pokusit naučit ho metodám sebesledování, sebehodnocení a sebeodměňování.

## 8.12.3 Léčebné intervence u nejčastějších psychických poruch v dětství

V této kapitole probereme některé z nejčastějších poruch dětského věku a kognitivně behaviorální metody, které se při jejich léčbě používají. Budeme se zabývat úzkostnými poruchami, hyperaktivitou, impulzivitou, depresí a agresivitou.

### 8.12.3.1 Léčba úzkostných poruch v dětství

Kognitivně behaviorální terapie úzkosti u dětí se zaměřuje na dysfunkční kognice a jejich dopady na následné dětské uvažování a chování. Podle tohoto přístupu hrají klíčovou roli u dětí s úzkostí kognitivní dystorze. Narušují informační procesy a vedou k chybnému vnímání sebe či prostředí. Úlohou léčby je vytvořit nové schopnosti a poskytnout dítěti nové zkušenosti tak, aby si mohlo ověřit dysfunkční, stejně jako adaptivní postoje a zpracovat nové zkušenosti. Léčebné strategie jsou přímo zaměřeny na naučení nového chování pomocí modelování a přímého posilování. Ke zmírnění úzkosti se používají kognitivní postupy zaměřené na změnu informačních procesů, jako je způsob zpracování informací, atribuční styl a změnu toho, co si dítě samo sobě říká (Kazdin, 2004).

KBT program obvykle představuje 16–20 sezení individuální terapie. V léčbě se používá modelování, přehrávání, expozice in vivo, trénink relaxace a posilování. Dítě se doma a ve škole vystavuje situacím, které v něm vyvolávají úzkost. Přibližně polovina léčby je věnovaná naučení se mechanismům na zvládání úzkosti a zvládání stresu. Obsahuje rozpoznání fyziologických symptomů úzkosti, identifikaci a změnu úzkost vyvolávajících kognicí a vnitřního dialogu (např. očekávání, že se přihodí

„špatné“ věci a vytvoření jiných alternativ), řešení problémů (např. vytvoření plánu na zvládnutí úzkosti, nalezení jiných možností konání a výběr té nejvhodnější) a zhodnocení plánu s využitím důsledků (např. sebehodnocení a sebezpevnění).

Druhá část léčby spočívá v uplatnění nově naučených dovedností tak, že se dítě vystaví úzkost vyvolávajícím situacím nejprve v představách a potom ve skutečnosti, nejdříve mírnějším a potom více úzkost vyvolávajícím situacím. Expozice je též součástí domácích úloh, při nichž se dítě postupně vystavuje úzkost vyvolávajícím situacím doma a ve škole. Terapeut potom odměňuje úspěšné vyplnění úloh. V závěrečném sezení dítě shrne postupy a jejich použití, které se nahrají na video (Kazdin, 2004).

### 8.12.3.2 Léčba poruch chování

I když se všeobecně tvrdí, že poruchy chování jsou obtížně léčitelné, byly vypracovány dva programy, které prokázaly svoji účinnost (Ronenová, 2000). Jedním z nich je Parent management training čili trénink rodičů na zvládání problémů dětí. Při zvládání této poruchy terapeut pracuje spíše s rodiči než s dítětem. Učí rodiče systematicky sledovat a konkretizovat problémové chování a použít při jeho změně principy sociálního učení a změny. Zvláště se odměňuje žádoucí chování a nevěnuje se pozornost a neodměňuje se chování nežádoucí.

Druhou formou léčby je nácvik řešení problémů. Je založen na předpokladu, že disociální chování je alespoň z části projevem narušení kognitivních procesů. Děti s poruchami chování mají tendenci nepřiměřeně přisuzovat hostilitu jiným a nedokáží dostatečně pochopit sociální situace a řešit interpersonální problémy. Léčba je zaměřena na to, jak dítě posuzuje a zvládá sociální situace.

### 8.12.3.3 Léčba hyperaktivity a impulzivity

Jedním z nejčastějších problémů, který trápí učitele a vychovatele, je hyperaktivita a impulzivita dětí. Pro děti, které mají obecně problémy se zvládáním svého chování, je charakteristické, že „jednají bez rozmyslu“ (Kendall a Braswell, 1985).

Hyperaktivitou se zabývá řada behaviorálních i kognitivních studií. Jejich společným rysem je snaha naučit děti všeobecným kognitivním a behaviorálním postupům, umožňujícím řešit školní a kognitivní problémy a úspěšně jednat v interpersonálních situacích (Hughes, 1988). Některé terapeutické programy měly za cíl naučit děti samostatně rozpoznávat signály, že mají kognitivně „zabrzdit“ a nějakým způsobem prodloužit interval mezi podnětem a svou vlastní reakcí. V těchto programech terapeuti učili děti, aby si samy ve vhodné chvíli opakovaly určité pokyny – např.: „Počkej! Podívej se! Zamysli se!“ Tyto sebeinstrukce sloužily dítěti jako vodítko, aby se uchýlilo k naučené metodě řešení problému. U impulzivních dětí jsou vhodné různé typy sebeinstrukcí (Kendall a Braswell, 1985) zaměřené na určení problému, na určení vhodného postupu, na udržení soustředěné pozornosti, sebeoceňující výroky a výroky, které dítěti pomohou zvládnout chybu a neúspěch. V terapii hyperaktivních dětí se též používá nácvik podle vzoru, při němž terapeut předvádí určité chování a dítě ho po něm opakuje.

Nácvikový program Kendalla a Braswella (1985) obsahuje nácvik řešení problémů, nácvik podle instrukcí, udílení podmíněných odměn, nácvik podle vzoru, hraní rolí a v některých případech i nácvik rozlišování vlastních pocitů a pocitů ostatních lidí. Jiné programy učily děti složitějším způsobům řešení problémů; např. Urbain (podle Kendalla a Braswella, 1985) rozčlenil svůj nácvikový program pro děti s poruchami pozornosti a s hyperaktivitou do 4 fází:

1. určení problému – děti se učily lépe si uvědomit svoje pocity, místo aby se jim vyhýbaly nebo jednaly při zvládání problému impulzivně,
2. jiné možnosti řešení – děti se učily vymýšlet více možností řešení dané interpersonální situace,
3. domýšlení důsledků – děti se učily předvídat bezprostřední a dlouhodobější důsledky svého chování během rozhodování, kterou možnost zvolit,
4. přemýšlení nad prostředky a cíli – děti se učily vytvořit nebo naplánovat si sekvenci jednotlivých činů k dosažení daného cíle a mít reálný časový odhad při uplatňování jednotlivých kroků pro dosahování tohoto cíle.

Kendall, Padaewar, Zupan a Braswell (cit. podle Ronenová, 2000) vytvořili manuál popisující terapeutický program pro impulzivní děti, zaměřený na zlepšení sebeovládání. Obsahuje 12 sezení věnovaných nácviku účinných metod – děti se učí sebeinstruktáži metodou nápodoby podle vzoru a přitom se snaží vyřešit celou řadu interpersonálních a intrapersonálních problémů. První úlohy mají povahu psychoedukační a jsou uspořádány tak, aby připomínaly nestresující školní vyučování. Postupně se mění na interpersonální herní situace a na přiměřené používání sebeinstrukcí.

Zdá se, že u těchto dětí je kognitivně behaviorální terapie léčbou první volby. Pokud se dítě naučí kognitivním metodám a metodám sebeovládání, lze tím nejen u mnohých dětí předejít rozvoji poruchy, ale i u těch, u nichž už se hyperaktivita a impulzivita projevuje, se celkově zlepšit chování, jsou lépe schopny se přizpůsobit svému okolí a lze jim postupně snižovat dávky léků.

#### 8.12.3.4 Léčba deprese

Výskytu depresí v dětském věku byla věnována pozornost až v posledních desetiletích se závěrem, že se nejedná jen o přechodné výkyvy nálady, ale že jde o problém vyžadující systematickou léčbu. Byly zjištěny podobnosti mezi depresí v dětském věku a u dospělých (Hughes, 1988). Elliot a Place (2002) udávají, že základním principem behaviorálních postupů léčby depresí u dětí je soustředit se na chování, které problém udržuje, omezit ho a naučit dítě chovat se jinak. Důležitou součástí těchto programů je odměňování.

V kognitivní terapii je potřeba pochopit myšlenky, které depresi udržují. Tento proces má obvykle tři fáze. Mladý člověk se potřebuje naučit popsat pocity a emoce, všimnout si sám sebe, své nálady a pocitů, kde k nim dochází a s čím jsou spojeny. To mu umožní, aby spolu s terapeutem odhalil chování spojené s problémem. Takto zjistí, co je třeba změnit. Potom lze začít se zkoumáním myšlenkových procesů. Když myšlenka spouští náladu, která vyvolá určité chování, pak zkoumání „hor-

kých“ myšlenek může odhalit jejich význam ve vyvolávání depresivní nálady. Poté může dojít k přestavbě kognitivních procesů. Cílem je změnit skryté kognitivní procesy, které určují, jak budou události interpretovány. Postup je dobře popsán v práci Stallarda (2002).

Kognitivně behaviorální intervence u depresivních dětí se rovněž soustředila na zlepšení jejich sociálních dovedností a na rozvíjení jejich sociálních aktivit. Hughes (1988) popsal terapeutický program sestávající z 30 sezení trvajících 20–30 minut v průběhu 15 týdnů. Zdůraznil 5 základních kroků: vysvětlení důležitosti racionálního chování, předvedení potřebných dovedností, slovní nebo praktický nácvik příslušného chování, poskytování zpětné vazby a zadávání domácích úkolů zaměřených na procvičování.

V posledních letech se jako velmi efektivní ukázal kurs na zvládnutí deprese u adolescentů (Kazdin, 2004). Jedná se o skupinovou léčbu v podobě kursu, s důrazem na psychoedukaci zaměřenou na destigmatizaci. Základním záměrem je vytvořit dovednosti, které pomohou adolescentovi zvládnout problematické situace. Během terapeutických sezení je kladen důraz na skupinové aktivity a přehrávání. Mezi sezeními účastníci plní domácí úlohy. Léčba probíhá 8 týdnů v 16 dvouhodinových sezeních. Účelem sezení je naučit účastníky konkrétním dovednostem, jako je rozvoj sociální zdatnosti, navýšení příjemných aktivit a změna negativních kognicí. Program je podobný programu pro dospělé, jak o něm referovali Šlepecký (1992) nebo Kuhner a Weber (2003).

Léčbu doplňuje práce s rodiči, kdy se rodiče učí podporovat a pomáhat rozvoji způsobilosti adolescentů. I rodiče se učí komunikaci a řešení problémů.

### 8.12.3.5 Léčba poruch spojených s agresivitou

Agresivní a disociální jednání představuje jeden z nejčastějších problémů, kvůli kterým jsou děti odesílány do terapie. Předpokládá se, že agresivní děti trpí nedostatkem v oblasti sociálních zkušeností, dovedností a přizpůsobení (Spivack a Shure, 1974). Často se rovněž uvádí, že u agresivních dětí je potřebné zlepšit jejich schopnost empatie, vcítění se do role druhého. Při léčbě poruch spojených s agresivitou se používají nejen metody nácviku řešení problému, ale i nácvik sociálních dovedností, asertivního chování a přístup zaměřený na zlepšení pocitu vlastní zdatnosti a na zlepšení vlastních očekávání. Intervenční programy obvykle zahrnují nácvik sebeinstruktáže a metody zvládání hněvu.

Účinnou léčbu představuje trénink rodičů zaměřený na zvládání problémů jejich dětí (Parent management training, PMT). Tento postup učí rodiče změnit chování dětí v domácím prostředí. Je založen na obecném předpokladu, že opoziční a agresivní chování je nevědomě vytvářeno a udržováno maladaptivní interakcí dítěte a rodiče. Nejméně vhodnou interakcí je nucení. Agresivní děti jsou nevědomě odměňovány za své agresivní interakce, které se zhoršují v důsledku nucení k disciplíně, což udržuje agresivní chování.

Prvotním cílem PMT je změna vzorců vzájemné komunikace mezi rodičem a dítětem tak, aby se v rodině posilovalo a podporovalo spíše prosociální, nikoliv

donucovací chování. To od rodičů vyžaduje, aby dítěti stanovili jasná pravidla, posilovali vhodné chování, používali mírnější formy trestu k potlačení nežádoucího chování, byli ochotni ke kompromisu atd. Toto rodičovské chování je systematicky rozvíjeno během sezení, při nichž terapeut tvaruje rodičovské schopnosti. Tyto postupy potom rodiče uplatňují doma a na jejich základě dochází k jejich zhodnocení, modifikaci a zlepšení. Délka programu je závislá na závažnosti problému dítěte. U mladších, mírně opozičních dětí obvykle trvá 6–8 týdnů. U závažnějších poruch je to 15–25 týdnů (Kazdin, 2004).

Lochman, Nelson a Sims (1981) kombinovali ve své skupinové terapii v 12 sezeních několik metod. První sezení věnovali zlepšení sebeuvědomování (srovnávání podobnosti reakcí mezi sebou), v druhém terapeuti zjišťovali, jak děti reagují v situacích vyžadujících spolupráci s ostatními a v situacích, kdy mají druhé poslouchat, třetí sezení se soustředilo na zjištění jednotlivých problémů. Čtvrté bylo zaměřeno na vytváření různých možností řešení problémů. V pátém a šestém hodnotili členové skupiny jednotlivá řešení z hlediska možných důsledků, v sedmém se děti učily citlivěji vnímat známky svého rozrušení a hněvu. V osmém se věnovali samomluvě, v devátém nacvičovali vhodné způsoby chování podle vzoru terapeuta. Desáté až dvanácté sezení představovalo integraci a procvičování naučených metod.

V minulosti věnovali terapeuti pozornost především vnějším projevům agresivního chování, hněvivým a násilným myšlenkám a emocím věnovali menší pozornost. Dlouhodobého zmírnění agresivity však lze dosáhnout pouze změnou myšlenek, emocí a chování dítěte.

### 8.12.3.6 Uplatnění jednotlivých metod u různých poruch dětského věku

Podle Ronenovej (2000) je nutno vzít v úvahu následující otázky.

- Která z uvedeného seznamu metod nejlépe odpovídá problému konkrétního dítěte?
- Na základě toho, co o dítěti víme, musíme zvolit typ terapeutického přístupu, který pro ně bude nejvhodnější – diskuse, využití představivosti, hry, event. jiný přístup? Jak můžeme existující metody co nejlépe využít v léčbě právě tohoto dítěte?
- Jak můžeme dítě motivovat, aby plnilo konkrétní terapeutické zadání? Musíme zvolit, jak nejvhodněji dítěti příslušnou metodu představíme. Můžeme přitom využít přirovnání, hru?

### 8.12.3.7 Výzkum efektivity KBT u dětí

V psychoterapii dětí a dospívajících bylo za posledních 20 let dosaženo pozoruhodných úspěchů. Dosud je známo více než 1500 kontrolovaných studií. Na základě jejich metaanalýz uvádí Kazdin (2004) dva hlavní závěry. Psychoterapie se zdá být neúčinnější léčbou a její účinnost (effect size) se pohybuje okolo 0,70 – u dětí a adolescentů podobně jako u dospělých.



Ze závěrů studií vyplývá, že behaviorální techniky jsou účinnější než nebehaviorální a že účinek léčby obvykle přetrvává. Zdá se, že léčba je účinnější u adolescentů než u dětí, i když účinná je v obou případech. Individuální terapie je účinnější než skupinová a efekt léčby je u externalizovaných a internalizovaných problémů přibližně stejný (Kazdin, 2004).

Toto zjištění je v souladu s předcházejícími údaji Rotha a Fonagy (1996), kteří na základě metaanalýz studií u dětí zjistili, že psychoterapeutická léčba u dětí přináší významné zlepšení. Ve srovnání s kontrolovanými studiemi u dospělých je však počet studií u dětí nižší, s menším počtem respondentů. Průměrný efekt zjištěný v jednotlivých studiích je srovnatelný s metaanalytickými studiemi u dospělých. Ve srovnání s neléčenými kontrolními skupinami dochází po léčbě ke zlepšení u dvou třetin dětí. Nejlepší účinek léčby se projevuje v oblasti výskytu psychiatrické symptomatiky. Nižší je, hodnotíme-li pojmy přizpůsobení a výkonu. Osobnostní charakteristiky se v průběhu léčby mění jen málo. Výsledky jsou ovlivněny zkušeností terapeuta, tréninkem a typem léčby. Behaviorální terapeutické postupy prokázaly významně vyšší účinnost než ostatní postupy. Postupy vycházející z humanistických a existenciálních základů a z postupů rodinné terapie jsou o něco účinnější než psychodynamické postupy.

Pokud rozdělíme léčebné postupy na pětistupňové škále na: postupy založené na empirii, empiricky potvrzené, potvrzené vědeckými důkazy, potvrzené klinickými výzkumy v praxi, objektivně účinné, tak potvrzena vědeckými důkazy je u deprese kognitivně behaviorální léčba depresivních dětí a adolescentů, kurs na zvládání deprese a interpersonální terapie.

Co se týče úzkostných poruch, verifikované jsou systematická desenzibilizace, modelování a kognitivně behaviorální terapie. Zaplavení a rychlá expozice prokázaly velmi dobré výsledky u školní fobie.

U poruch chování se ukázaly být účinné dva kognitivně behaviorální léčebné postupy: trénink rodičů na zvládání problémů dětí a trénink řešení problémů. Nejefektivnější se ukazuje být jejich kombinace.

V léčbě syndromu ADHD se ukázal na základě výzkumu účinným trénink rodičů na zvládání problémů dětí a pokračující ovlivnění dětí ve třídě (Kazdin, 2004). Menší terapeutický efekt prokázal nácvik sebeinstrukcí. Zdá se, že je vhodnější a efektivnější u starších dětí, ale problematickým faktorem je jeho generalizace.

Rodinná terapie, založená na systemických a kognitivně behaviorálních principech, může významně ovlivnit chronické astma, opakované bolesti břicha a další tělesné symptomy.

U noční enurézy se jako nejefektivnější způsob léčby ukázala metoda budíku. V různých studiích se efekt projevil v průměru u 66 % případů po léčbě a 51 % v dalším sledování. V případě použití ostatních behaviorálních postupů se účinnost po léčbě zvýšila na 72 % a 56 % v dalším sledování. V 50 % případů se ukázal účinným také denní trénink močového měchýře. Účinnost behaviorálních procvičovacích postupů se ukázala rovněž u enkoprézy.

## 8.12.4 Farmakologická léčba

Smyslem této kapitoly není věnovat se farmakologické léčbě podrobně. Jak uvádí Elliot a Place (2002), protože tato léčba je důležitou součástí léčby psychiatrických obtíží u dospělých, podobné snahy řešit emoční obtíže a problémové chování medikamentózně se objevily i u dětí. Avšak jak udávají tito autoři, trvá obava z dlouhodobých účinků jednotlivých preparátů a je tu i etická dilema. Obtíže v dětství mohou být způsobeny nejrůznějšími faktory a nevíme, zda je správné potlačit příznak a neodstranit jeho příčinu. Má dítě, které se chová agresivně, protože napodobuje násilí pozorované mezi rodiči, dostávat silné léky? Ve Velké Británii je užívání léků za účelem modifikace poruch chování či agresivních projevů velmi vzácné, američtí lékaři předepisují léky mnohem častěji.

## 8.12.5 Kazuistika

Desetiletý chlapec trpící specifickou fobií byl odeslán do psychologické ambulance obvodním pediatrem. Během screeningu se zjistilo, že jeho základním problémem je strach z bolesti při injekční léčbě a odběru krve.

Strach vyvolávající situace byly dívat se na to, jak někomu dávají injekci nebo odebírají krev, sledování filmů a čtení o této problematice, návštěva u dětské lékařky kvůli odběru krve a aplikaci injekce.

Tělesnými příznaky úzkosti byl zrychlený dech, zvýšená srdeční činnost, stažené hrdlo, studený pot, třes. Doprovodné myšlenky: bude to bolet, jehla udělá do kůže díru, je to odporný pocit, když propíchnou kůži. V emoční oblasti prožívá úzkost, napětí, strach. V chování se vyhýbá návštěvě dětského lékaře, při zákroku ho musí držet, „vyvádí“, uhýbá. Vyhýbá se kontaktu s danou tematikou ve filmech, časopisech.

Problém se objevuje vždy při nutnosti aplikace injekce či odběru krve.

Důsledkem jeho strachu je pak vyhýbavé chování, problém kontrolovat onemocnění jater, kterým trpí, konflikty v rodině před návštěvou lékaře, nedodržování očkovacího kalendáře.

**Modifikující faktory:** horší je to při odběru krve, lepší při aplikaci injekcí, menší strach také vyvolává pohled na to, jak odebírají krev či píchají injekci někomu jinému, horší je to na rukou než na nohou.

**Anamnestické údaje:** bez pozoruhodností, v rodině dominantnější otec, chodí s chlapcem na sezení. Psychodiagnostické vyšetření dotazníkem J.E.P.I. poukazuje na dostatečnou sebekritičnost, spíše extravertní osobnost, emočně stabilní.

### Formulace problému

**Spouštěče:** dítě má zdravotní problémy s játry, proto musí chodit na odběry krve. Pohled na odběr krve, podávání injekcí, sledování filmů se zdravotnickou problematikou, představa, že mu odebírají krev či píchají injekce.

**Chování:** výrazná úzkost, strach, třes, pocení, bušení srdce, zrychlené dýchání, snaha uniknout ze situace, vyhnout se jí, myšlenka „bude to bolet, až mi propíchnou kůži“.

**Důsledky:** Krátkodobé pozitivní: úleva při vyhnutí se situaci, po odložení návštěvy lékaře, vyhnutí se filmům a časopisům s danou problematikou.

Krátkodobé negativní: pocit hanby, neuskutečnění vyšetření.

Dlouhodobé pozitivní: pozornost rodiny, lékaře, pocit výjimečnosti.

Dlouhodobé negativní: možnost zhoršení zdravotního stavu.

Na základě formulace problému byly určeny následující terapeutické cíle:

1. Dokázat sledovat bez výrazných známek úzkosti videonahrávku o injekcích a odběrech.
2. Dívat se bez výrazných známek úzkosti, jak jinému člověku odebírají krev.
3. Dát si píchnout injekci bez projevů obranného chování.
4. Nechat si odebrat krev.

Dítě během terapie v jednotlivých sezeních na škále 0–8 hodnotilo, jak tento problém narušuje jeho život a jak ho nepříjemně prožívá. Během terapie došlo k poklesu z hodnoty 6, tento problém značně narušuje můj život, velmi často na hodnotu 2, trochu narušuje můj život. Nepříjemné emoční prožívání problému kleslo ze 7 na 3.

Dosahování cílů hodnotilo na škále od 0 do 8, přičemž 0 byl dokonalý úspěch, 8 znamenalo, že dítě úlohu ani nezačalo. Z počáteční hodnoty 7 na konci terapie dítě hodnotilo dosažení cílové hodnoty 2, což byl 75% úspěch.

### **Záznamy ze sezení:**

#### **První sezení**

Screeningové vyšetření, získání anamnestických údajů od otce i dítěte, definování problému, určení terapeutických cílů. Edukace o specifické fobii, expoziční léčbě, nácvik uvolnění, administrace dotazníku J.E.P.I.

#### **Druhé sezení**

Nácvik řízeného dýchání, korekce myšlenky – jehla mi propíchne kůži, bolí to, je tam díra, expozice akupunkturám jehlám, sleduje, jak si jiný člověk píchá do své kůže jehly.

#### **Třetí sezení**

Na sezení přichází s otcem, sám si bere jehličky, píchá je otci do předloktí, bez známek úzkosti si je přikládá ke své kůži, chvilku vydrží s jehličkou zapíchnutou v kůži, pokračuje nácvik řízeného dýchání.

#### **Čtvrté sezení**

Na sezení přichází sám. Spolu s terapeutem sleduje videozáznam o podávání injekcí a odběrech, napětí se pohybuje na křivce 1–4–2. Pokračuje nácvik řízeného dýchání.

#### **Páté sezení**

Expozice videozáznamu, napětí při opakovaném sledování videa klesá na křivce 8–7–4–1. Procvičení řízeného dýchání a relaxace, kognitivní restrukturalizace „*vpich trvá velmi krátce, jehla je tenká, bolest trvá velmi krátce, nic se mi nestalo, i když jsem dostal injekci.*“

#### Šesté sezení

Expozice in vivo v ambulanci dětské lékařky, sleduje odběr krve jinému dítěti, projevy motorického neklidu, projevy napětí hodnotí na 8, ke konci expozice napětí klesá na 1.

#### Sedmé sezení

Expozice in vivo, sleduje odběr, napětí na 8, rychle odeznívá na 0.

#### Osmé sezení

Expozice v ambulanci. Dítě je injekčně naočkováno, napětí hodnotí na 5, několikrát odtáhne nastavenou ruku, dívá se na připravované místo vpichu, používá řízené dýchání, po slovním povzbuzení napětí klesá, opakujeme uvolňování, nechá se naočkovat, nedívá se, diví se, že už je po všem.

Výsledek expoziční terapie hodnotíme jako velmi dobrý, prvních cílů se podařilo dosáhnout, čtvrtého cíle nebylo dosaženo, dítě i terapeut odešli na dovolenou. Dítě poté i přes doporučení v terapii nepokračovalo. V 1,5leté katamněze pediatr uvádí, že dítě bylo třikrát na očkování, které proběhlo bez problémů, odběru krve se nepodrobilo, pediatr to ani nevyžadoval.

## 8.12.6 Literatura

1. BELSHER, G., WILKES, T. C. R.: *Ten key principles of adolescent cognitive therapy*. In: Wilkes, T. C. R., Belsher, G., Rush, A. J., Frank, E.: *Cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press, 1994.
2. BLAGG, N. R., YULE, W.: *The behavioral treatment of school refusal – A comparative study*. Behaviour Research and Therapy, 1984, č. 22, s. 119–127.
3. COSTELLO, E. J.: *Developments in child psychiatric epidemiology*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1989, č. 28, s. 836–841.
4. DOBSON, K. S.: *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. New York: Guilford Press, 1988, 426 s..
5. DOHERR, E. A., CORNER, J. M., EVANS, E.: *Pilot study of young childrens abilities to use the concepts central to cognitive behavioural therapy*. Unpublished manuscript. Norwich: University of East Anglia. Cit. podle Stallard, 2002.
6. ELLIOTT J., PLACE M.: *Dítě v nesnázích, prevence, příčiny, terapie*. Praha: Grada, 2002, 206 s.
7. GRAZIANO, A. M., MOONEY, K. C., HUBER, C. et al.: *Self-control instruction for childrens fear reduction*. J. Beh. Ther. And Experiment. Psychol., 1979, č. 10, s. 221–227.
8. HORT, V., HRDLÍČKA, M., KOCOURKOVÁ, J. et al.: *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2000, 492 s..
9. HUGHES, J. N.: *Cognitive behavior therapy with children in schools*. New York: Pergamon, 1988.
10. KANFER, F. H.: *The many faces of self-control, or behavior modification changes its focus*. 1977. Cit. podle Ronnerová T.: *Psychologická pomoc dětem v nesnázích*. Praha: Portál, 2000, s. 159.

11. GROSS, A. M., DRABMAN, R. S.: *Teaching self-recording, self-evaluation and self-reward to non-clinic children and adolescents*. In: Karoly, P.K., Kafner, K. H.: *Self-management and behavior change: From theory to practice*. New York: Pergamon, 1982, s. 285–314.
12. HUGHES, J. N.: *Cognitive behavioral therapy with children in schools*. New York: Pergamon, 1988.
13. KANFER, F. H., KAROLY, P., NEWMAN, P.: *Reduction of childrens fear of dark by competence-related and situational threat-related verbal cues*. J. Consult. Clin. Psychol., 1975, č. 43, s. 251–258.
14. KAZDIN, A. E.: *Psychotherapy for Children and Adolescents*. In: Lambert, M.J.: *Psychotherapy and Behavior Change, Fifth Edition*. New York: Willey, 2004, 854 s.
15. KENDAL, P. C., BRASWELL, L.: *Cognitive-behavioral therapy for impulsive children*. New York: Guilford Press, 1985.
16. KENDALL, P. C.: *Treating anxiety disorders in youth: Results of a randomized clinical trial*. J. Consult. Clin. Psychol., 1994, č. 62, s. 100–110.
17. KENDALL, P. C., KANE, M., HOWARD, B. et al.: *Cognitive-behavioural therapy for anxious children: treatment manual*. Ardmore (PA): Workbook Publishing. Citl. podle Stallard, P., *Think Good-Feel Good, A Cognitive Behaviour Therapy for Children and Young People*, Willey, 2002, 186 s.
18. KOLKO, D. J., KAZDIN A. E.: *Emotional/behavioral problems in clinic and nonclinic children: Correspondence among child, parent and teacher reports*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1993, č. 34, s. 991–1006.
19. KUHNER, CH., WEBER, I.: *Predchádzanie depresiám: Skupinový program podľa R. F. Munoz*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2003, 206 s.
20. LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J.: *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál, 2000, 431 s.
21. MAHONEY, M. J.: *Reflections on cognitive learning trend in psychotherapy*. American Psychologist, 1977, č. 32, s. 5–13.
22. MEICHENBAUM, D. M., GOODMAN, J.: *Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing self-control*. J. Abn. Psychol., 1971, č. 77, s. 115–126.
23. SELIKOWITZ, M.: *Dyslexie a jiné poruchy učení*. Praha: Grada, 2000.
24. SPIVACK, G., SHURE, M. B.: *The problem-solving approach to adjustment*. San Francisco: Jossey Bass, 1976.
25. STALLARD, P.: *Think Good – Feel Good: A Cognitive Behavioural Therapy for Children and Young People*. London: Willey, 2002, 186 s.
26. ŠLEPECKÝ, M.: *Psychologický přístup pri liečbe depresií*. Kandidátska dizertačná práca. Liptovský Mikuláš: 1992, 155 s..
27. RONNENOVÁ, T.: *Psychologická pomoc dětem v nesnázích*. Praha: Portál, 2000, 159 s.
28. ŘÍČAN, P., KREJČÍROVÁ, D. et al.: *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 1997, 450 s.
29. ROTH, A., FONAGY, P.: *What works for Whom?* New York, London: Guilford Press, 1996, 484 s.

## 8.13 Použití KBT v somatické medicíně

Beata Pašková

### 8.13.1 Úvod

Enright (1997) vyslovil myšlenku, že neexistuje psychologický či fyzický problém, který by nemohl být ovlivněn KBT. Vychází z předpokladu, že každý člověk si na základě svých osobnostních rysů, předchozích zkušeností či osvědčených zvládacích strategií vytváří vlastní postoj jak k samotné nemoci, tak i k následným událostem, které jsou s ní spojeny. Fyzické i psychické projevy jedné nemoci stejného rozsahu se u jednotlivých pacientů někdy dosti výrazně liší. Kromě tělesných příznaků plynoucích z podstaty onemocnění modifikuje projevy nemoci i emoční odpověď pacienta (Prohaska, 1987) a jeho chování (Petrie, 1996). Např. pacient s depresivním a pesimistickým pohledem na svou nemoc má sklony k pasivitě a zdůrazňování své bezmocnosti a nekompetentnosti. Naopak, pacient přesvědčený o schopnosti vlastní kontroly některých příznaků se uzdravuje rychleji a lépe (Johnson, 1999). Kognitivní procesy a struktury, jako jsou jádrová přesvědčení, kognitivní schémata a myšlenky, rozhodujícím způsobem ovlivňují postoje pacienta k nemoci a léčbě (Brewin a Power, 1999).

### 8.13.2 Přehled nemocí

Tato kapitola se zaměřuje na zpracování strategií a specifik kognitivně behaviorálního přístupu u těch somatických nemocí, kde:

- potřeba psychologické intervence vystupuje do popředí pro jejich významnou psychogenní etiopatogenetickou složku,
- chronicita a závažnost nemoci, a z nich vyplývající komplexnost obtíží v životě si žádá psychoterapeutickou pomoc.

Mezi zmíněnými dvěma skupinami nemocí je neostrá hranice, které se často prolíná. Cílem této kapitoly není přesné rozdělení nemocí na ty s výraznou psychogenní složkou a jiné, a vůbec ne stanovení definic či přispění ke koncepci psychosomatických poruch a jejich výčtu (tak často se mění v různých publikacích i v čase). Nemoci zařazené do této kapitoly jsme vybírali spíše podle jejich častého výskytu, kvůli kterému mají velký společenský dopad (diabetes mellitus, kardiovaskulární nemoci, zhoubné nádory). Dále jsem zařadili některé nemoci, u kterých jsou vypracovány a používány KBT přístupy již dlouho a s ověřenou účinností. Jedná se o následující somatické syndromy či diagnózy:

- syndrom dráždivého tračníku,
- diabetes mellitus,
- kardiovaskulární potíže,
- zhoubné novotvary,
- Tourettův syndrom.

### 8.13.3 Diagnóza

K zaznamenání psychických nebo behaviorálních faktorů, o kterých se soudí, že se podílejí na vzniku nebo na průběhu somatických poruch, se používá diagnóza:

**F 54 Psychické a behaviorální faktory spojené s poruchami nebo chorobami klasifikovanými jinde**

Můžeme tak diagnostikovat i „klasické“ psychosomatické nemoci, které se kódují vždy souběžně podle somatického postižení (např. astma F 54 + J 45, ulcerózní kolitida F54 + K 51 ap.). Někdy je vhodné použít diagnózy Z 80–99, zejména vznikly-li psychické potíže po delší době trvání somatické nemoci a event. i po vyléčení či po zdárném korigování somatického stavu pacienta.

**Z 80 – Z 99 Osoby s potenciálně ohroženým zdravím ve vztahu k rodinné a osobní anamnéze a některým podmínkám, ovlivňujícím zdravotní stav**

Tělesná nemoc může působit jako spouštěč nebo příčina psychiatrických příznaků, splňujících všechna kritéria pro psychiatrickou diagnózu. V tom případě se má určit psychiatrická diagnóza jako komorbidní k prodávávanému či prodělanému somatickému onemocnění. Nejčastější psychiatrické nemoci, vznikající jako následek závažného tělesného onemocnění, jsou:

**F 43 Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení**

**F 43.0 Akutní reakce na stres**

**F 43.1 Posttraumatická stresová porucha**

**F 43.2 Poruchy přizpůsobení**

Někdy nasedá na posttraumatickou stresovou poruchu nebo na poruchu přizpůsobení změna osobnosti a diagnostikujeme:

**F 62 Přetrvávající změna osobnosti, kterou nelze přisoudit hrubému poškození nebo nemoci mozku**

Zde lze jako příčinu určit předcházející hluboký existenciální zážitek, který s sebou přinesla těžká, život ohrožující nemoc.

## 8.13.4 KBT pohled na somatická onemocnění

### 8.13.3.1 Behaviorální faktory

Pohled na behaviorální faktory zúčastněné na vzniku, udržování a vývoji tělesných nemocí můžeme chápat velmi široce, zabývá se jimi vlastně celá **behaviorální medicína**. Typické behaviorální faktory u jednotlivých nemocí budou probírány zvlášť. Nyní vyjmenujeme jen ty **společné behaviorální faktory**, které vedou ke zhoršenému zvládání nemoci. Patří sem zejména chování **ujišťovací** (např. opakované měření tlaku), **zabezpečovací** (např. přenosná brašnička plná anxiolytik a analgetik), **odmítavé** (např. nechodí na „nic veselého“ do kina), **vyhýbavé** (např. nedělá raději žádný sport, vyhýbá se jakékoliv námaze), dále **pasivní** (necvičí, neměří se) a **sebedestruktivní** (např. záměrné vypínání inzulínové pumpy, excesy v jídle a pití při potřebě přísné diety). Všechny vyjmenované typy chování se spolupodílejí na vytvoření maladaptivní role **nekompetentního** nemocného, kterou pak udržují.

### 8.13.3.2 Kognitivní faktory

Kognitivní faktory, které vedou k maladaptivním projevům při zvládání nemoci, vycházejí z jádrových přesvědčení a schémat vzniklých již v předchorobí. Samotný fakt život ohrožující nemoci však může vytvořit nová schémata a postoje. Kognice významné z hlediska zvládání nemoci lze rozdělit na kognice vztažené k nemoci a kognice vztažené k okolí. Přehled nejčastějších kognitivních témat uvádí tabulka 8.13.1.

**Tabulka 8.13.1:** Přehled nejčastějších kognitivních témat při zvládání nemoci

|                                  |                                       |
|----------------------------------|---------------------------------------|
| <b>Kognice vztažené k nemoci</b> | akceptace nemoci                      |
|                                  | bolest                                |
|                                  | osamění                               |
|                                  | změna života                          |
|                                  | strach z budoucnosti                  |
| <b>Kognice vztažené k okolí</b>  | rodina, blízcí                        |
|                                  | ošetřující personál                   |
|                                  | práce a vztahy na pracovišti          |
|                                  | spolupacienti, lidé se stejnou nemocí |
|                                  | známí, sousedé ap.                    |

U jednotlivých onemocnění můžeme některé kognice zachytit častěji a jsou typické pro tu kterou nemoc, jelikož vycházejí z její podstaty. Pro ilustraci uvádíme tyto kognice společně s maladaptivním chováním, které vyvolávají (tabulka 8.13.2).



Tabulka 8.13.2: Kognice spojené s maladaptivním chováním

| Nemoc                     | Kognice                                                            | Chování                                                                | Typ maladaptivního chování        |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Dráždivý tračník          | Co když neovládnu nutkání na stoličce.                             | Vyhýbá se místům bez WC. Opakované vyprazdňování.                      | Vyhýbavé<br>Ujišťovací            |
| Chronická bolest          | Bolest je nebezpečná, značí zhoršení stavu.                        | Postupné omezování pohybu. Neustálé monitorování stupně bolesti        | Zabezpečovací<br>Ujišťovací       |
| Stav po srdečním infarktu | Dostanu další infarkt a umřu.                                      | Vyhýbá se všem aktivitám zvyšujícím srdeční tep.                       | Vyhýbavé                          |
| Diabetes mellitus         | Jsem jiný než ostatní, protože si píchám inzulin. Stydím se za to. | Vynechává inzulinovou terapii. Píchá si inzulin nepravidelně.          | Sebedestruktivní                  |
| Zhoubná nemoc             | Můj život končí. Nemí proč se snažit.                              | Přestává se snažit o spolupráci. Dělá jakoby nic. („Nezdravé“ popření) | Pasivní                           |
| Stav po operaci           | Když se hnu, poškodím si ránu.                                     | Zcela znehybní, „fláká“ rehabilitaci                                   | Zabezpečovací<br>Sebedestruktivní |

### 8.13.3.3 Interpersonální faktory

Ve chvíli, když člověk onemocní, zejména pokud jde o dlouhotrvající onemocnění, změní se v jeho životě celá řada věcí. Dochází ke změně pohledu na sebe sama, mění se postavení v rodině, práci i mezi přáteli. Role nemocného má ze sociologického hlediska 4 základní komponenty:

- úleva z některých povinností a snížení odpovědnosti,
- právo očekávat pomoc, ohledy a péči od druhých,
- povinnost léčit se a spolupracovat při léčbě,
- snaha se vyléčit a převzít zase roli zdravého.

Role nemocného mívá **adaptivní funkci** zejména v akutním stadiu nemoci. Přetrvávání v této roli i v době, kdy nemoc ustupuje, však může vést k udržování některých příznaků, oddalovat plné uzdravení a vést k **maladaptaci** v životě. Pacient se může vyhýbat zodpovědnosti a povinnostem. Může zůstat v závislosti na pomoci okolí nebo zdravotníků a očekávat i nadále nadměrnou pomoc.

S rolí nemocného souvisí **typické chování v nemoci**. Patří sem konzultace u lékařů, užívání léků, žádání o pomoc blízkých a přátel, vyhýbání se některým aktivitám (práci) a naopak upřednostňování jiných (polehávání). K roli nemocného patří

i očekávání určité pozitivní sociální odezvy – být litován, nemuset plnit některé povinnosti, dostávat více pozornosti a emoční náklonnosti, dostávat dárky ap. S rolí nemocného bývá spojen pohled, že postižený za svou nemoc nenese vinu, stejně jako nemůže za své projevy, které s onemocněním souvisejí. Také se od nemocného neočekává, že se sám uzdraví, ale že k tomu potřebuje lékaře. K roli nemocného patří jeho „podřízení“ se lékaři a léčebné kúře, k čemuž patří schopnost něco snášet, trpělivost, vytrvalost a trpná pasivita. Zpravidla čím více se nemocný cítí nemocen, tím ochotněji se podřizuje a plní lékařova doporučení. Toto chování je podobné jako role nemocného adaptivní v počátečních stádiích nemoci, ale stává se maladaptivním v době rekonvalescence, kdy je potřebná aktivita a rostoucí nezávislost. Chování v nemoci závisí více na **subjektivním pojetí nemoci** než na objektivním postižení. Proto může snadno pokračovat i v době, kdy pacient už nemocen není.

Mladá žena potřebovala po gynekologické operaci na určitou dobu pomoc své matky. Poté, kdy se stav výrazně zlepšil, se matka chtěla opět věnovat své práci – dcera si však začala stěžovat na svou nemohoucnost po operaci a vyžadovala další pomoc.

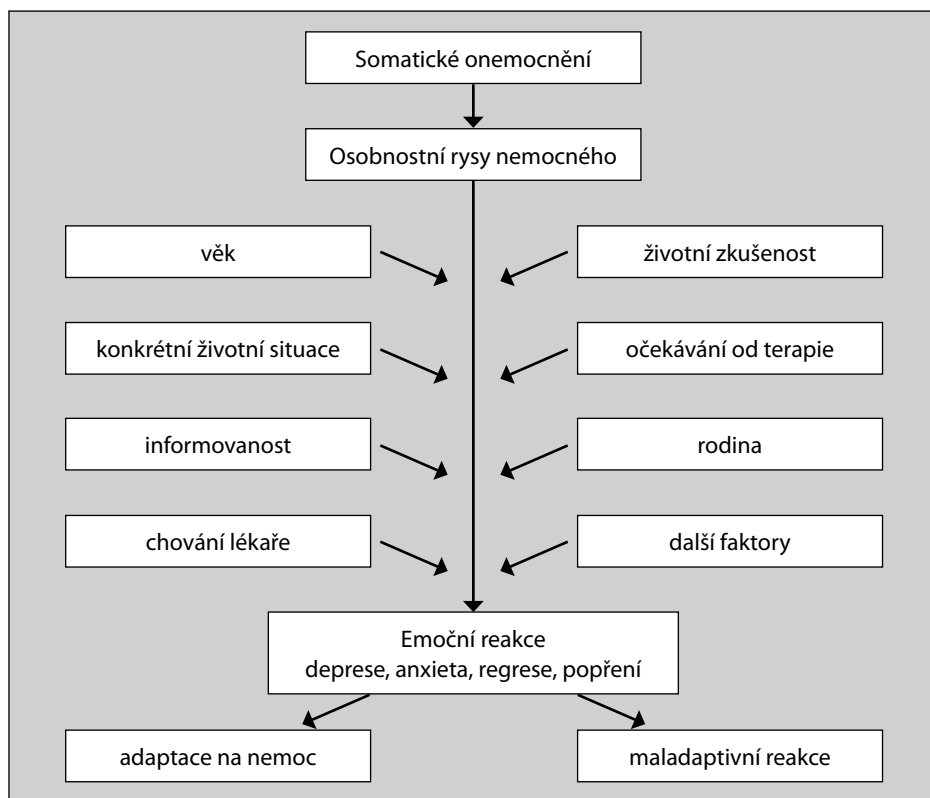
Interpersonální faktory již lze snadno odvodit z výše uvedeného. Závažná a chronická somatická onemocnění se stávají nemocí celé rodiny. Je známo, že přílišná péče ze strany úzkostlivých členů rodiny je pro pacienta psychicky náročná stejně jako lhostejnost a nedostatek podpory. Podle Senskeho (1990) je nemoc rodinou zpracovávána o to hůře, o co více problémů bylo v rodině před onemocněním. Chování zdravých členů pak kolísá mezi přepjatou péčí a zdánlivým nezájmem či lhostejností. Tyto postoje se nevypočitatelně mění, což znejistuje pacienta a přináší mu potíže při vypracovávání zvládacích strategií.

Další sociální změny nastávají u nemocných, kteří ztrácejí soběstačnost a stávají se závislými na pomoci ostatních. Mění se jejich role – z dominantních, aktivních osobností se stávají pasivními, někdy inferiorně nahlíženými členy domácnosti. Vyrovnat se s těmito změnami lze jen za velké účasti, pochopení, taktu a trpělivosti nejbližších. Nejsou-li tyto dovednosti k dispozici nebo není-li ochota je používat, zůstává nemocný často izolovaný ve spleti nových, často frustrujících omezení, obav a pocitů. Naštěstí je právě tato oblast velice vhodná pro psychoterapeutickou intervenci. Je však nutné tyto interpersonální faktory odhalit a přesně formulovat.

#### 8.13.3.4 KBT model zpracování somatické nemoci

Psychologický dopad nemoci a následného omezení je velmi široký. Nemocní se utkávají s přizpůsobením novým podmínkám, se zvýšenou nutností péče o vlastní osobu a s potřebou zachování soběstačnosti a nezávislosti. Obecný model psychické reakce na nemoc, zahrnující všechny důležité proměnné, přibližuje obrázek 8.13.1.

Význam připisovaný tělesným potížím se vytváří na základě kognitivních reprezentací nemoci (kognitivní přesvědčení a schémata), které pacient získal v prů-

**Obrázek 8.13.1:** Model reakce na vážné somatické onemocnění nebo úraz

běhu dosavadního života. Kognitivní reprezentace nemoci ovlivňuje jeho následné chování, spolupráci při léčbě, emoční dopad a v konečném důsledku i kvalitu života pacienta.

Pro psychické potíže, jako je úzkost či deprese, je možné použít kognitivní model pro depresivní či úzkostné poruchy. Ovšem i když se tyto emoční poruchy často u somatických problémů vyskytují, model, který by zohledňoval všechny specifické proměnné, je složitější.

Jedním z velmi prospěšných příspěvků při vytváření individuálních KBT modelů u somatických nemocí je práce Moss-Morrise (2002), který shrnul tzv. klíčová témata pro vytvoření individuálních modelů nemoci (tabulka 8.13.3). Později autor rozpracoval tato témata do dotazníku Illness Perception Questionnaire – Revised (IPQ-R) (Dotazník vnímání nemoci – revidovaná verze).

**Tabulka 8.13.3:** Klíčová témata pro vytvoření individuálních modelů nemoci (*volně podle Moss-Morris et al., 2002*)

| Téma                              | Obsah tématu                                                            | Příklady                                                                                           |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Průběh nemoci                     | Očekávaný průběh – akutní vs. chronický                                 | Tahle nemoc už se mnou bude navždy.<br>Možná se příznaky za pár dnů ztratí.                        |
| Výskyt příznaků                   | Mizící příznaky a jejich návrat či nevypočitatelnost intenzity příznaků | Nejsem moc schopn předpokládat, jak se budu zítra cítit.<br>Když začne pršet, bude mi hůře.        |
| Důsledky nemoci                   | Dopad nemoci na pacienta i ostatní                                      | Za čas budu nesoběstačný.<br>Přijdu o práci .<br>Budu rodině na obtíž.                             |
| Kontrola léčby                    | Které léčbě věřit, míra účinnosti léčebných přístupů                    | Někdy bolest neustupuje ani po morfiu.<br>Lékaři ještě nenašli vhodnou léčbu mé nemoci.            |
| Srozumitelnost a pochopení nemoci | Rozumím všemu ohledně nemoci? Dává mi to smysl? Chápu to správně?       | Doktoři někdy mluví dost nesrozumitelně.<br>Mám přesně ty příznaky, co jsem si přečetla.           |
| Emoční doprovod                   | Emoce vzniklé na základě nemoci                                         | Ta nemoc mě rozčiluje.<br>Štvou mě doktoři, že na to nepřišli dříve.<br>Moc se bojím, co bude dál. |

## 8.13.4 Účinnost léčby

Účinnost KBT v somatické medicíně se zkoumá od začátku 90. let 20. století, jednak při ovlivnění emočních poruch souvisejících s nemocí, zejména deprese a úzkosti (viz tabulku 8.13.4), ale i při ovlivnění jiných problémů, typických pro tu kterou nemoc – např. v četných studiích se sleduje ovlivnění vysokého krevního tlaku, glykémie, imunitní odpovědi ap. po systematické aplikaci KBT postupů. Přehled nejdůležitějších studií, kde sledovaný parametr byl jiný než úzkost či deprese, uvádí tab. 8.13.5.

## 8.13.5 KBT – terapeutický přístup

Terapeutické strategie uvádíme izolovaně jako samostatné kategorie, ve skutečnosti jsou ale včleněny v komplexním přístupu, založeném na kognitivně behaviorální formulaci případu. Tam, kde to bude důležité, naznačíme, kdy by měl terapeut upřednostnit jednu strategii před jinou.

**Tabulka 8.13.4:** Účinnost KBT úzkosti a deprese u somatických potíží (*upraveno podle Sensky, 2004*)

| Autor         | Rok  | Název studie                                                                                                                                                                    | Účinek |
|---------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Antoni et al. | 2000 | Cognitive-behavioral stress management intervention effects on anxiety, norepinephrine output and T-cytotoxic/suppressor cells over time among symptomatic HIV-infected gay men | +      |
| Greer et al.  | 1992 | Adjuvant psychological therapy for patients with cancer                                                                                                                         | +      |
| Kostis et al. | 1994 | Nonpharmacologic therapy improves functional and emotional status in congestive heart failure                                                                                   | +      |
| Sharpe et al. | 2001 | A blind randomized, controlled trial of cognitive-behavioural intervention for patients with rheumatoid arthritis                                                               | +      |
| Wilhelmsen    | 1994 | Effect of short termed CBT on recurrence of duodenal ulcer                                                                                                                      | +      |

**Tabulka 8.13.5:** Přehled studií účinnosti KBT při ovlivnění některých problémů spojených se somatickými nemocemi (*podle Sensky, 2004*)

| Cíl intervence            | Nemoc                       | KBT výstup                          | Autor              | Rok  |
|---------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|--------------------|------|
| <b>Dysfunkční postoje</b> | Dráždivý tračník            | Pocit větší kontroly                | Schwarz, Blanchard | 1991 |
|                           | Infarkt srdeční             | Změny vnímání nemoci                | Petrie et al.      | 2002 |
|                           | Revmatoidní artritida       | Zlepšení zvládání bolesti           | Kraaimaat et al.   | 1995 |
| <b>Výdrž a motivace</b>   | Obezita                     | Snížení hmotnosti                   | Wadden, Foster     | 2000 |
|                           | Astma                       | Modifikace přesvědčení o léčích     | Schmaling et al.   | 2001 |
|                           | Cukrovka                    | Zlepšení kontroly glykémie          | Snoek et al.       | 2001 |
|                           | Dialýza ledvin              | Zlepšení spolupráce                 | Hegel et al.       | 1992 |
| <b>Fyziologické změny</b> | Hypertenze                  | Pokles krevního tlaku               | Gidron et al.      | 1999 |
|                           | HIV+                        | Zlepšení imunitní odpovědi          | Antoni et al.      | 2000 |
|                           | Maligní melanom             | Zlepšení imunitní odpovědi          | Fawzy et al.       | 1993 |
|                           | Premenstruační syndrom      | Redukce symptomů                    | Hunter et al.      | 2002 |
| <b>Vývoj nemoci</b>       | Maligní melanom             | Prodloužení délky života            | Fawzy et al.       | 1993 |
|                           | Nemoc věnčitých tepen srdce | Prodloužení délky života            | Friedman et al.    | 1986 |
|                           | Revmatoidní artritida       | Snížení zneschopnění                | Sharpe et al.      | 2001 |
|                           | Bolesti zad                 | Snížení bolestivosti a zneschopnění | Turner, Jensen     | 1993 |
|                           | Dráždivý tračník            | Redukce symptomů                    | Van Dulmen et al.  | 1996 |
|                           | Peptický vřed               | Symptomatické zlepšení              | Wilhelmsen et al.  | 1994 |

### 8.13.5.1 KBT vyšetření

#### První kontakt

Je důležité si uvědomit, že pacient potýkající se s tělesným onemocněním může být návrhem k podstoupení psychoterapie zaskočen, zneklidněn i zahanben. Někdy si vykládá návrh na psychotherapeutickou léčbu jako projev bezradnosti somatické léčby a z těchto důvodů může být při prvním kontaktu nedůvěřivý a rozpačitý. V následujících ukázkách uvedeme příklady vhodného vedení rozhovoru pacienta s ošetřujícím somatickým lékařem a při první návštěvě psychoterapeuta.

Lékař: Paní Hladká, myslím, že naše spolupráce přináší první úspěchy a základní léčbu zvládáte velmi dobře, ale taky mám pocit, že není dost času hovořit o všem, čemu bychom se měli věnovat.

Pacientka: Co myslíte, pane doktore?

Lékař: Myslím tím vaše prožívání, to, jak se cítíte a co si říkáte, třeba když máte jít na tak bolestivý zákrok, jako byla ta včerejší punkce.

Pacientka: No, já vás nechci zdržovat, ale je pravda, že bych se chtěla zeptat na různé věci.

Lékař: Nevím, nakolik se otázky týkají přímo tělesných potíží a nakolik vás trápí něco jiného, ale rád bych vám navrhl návštěvu u odborníka – psychoterapeuta.

Pacientka: Ale pane doktore, já přece nejsem žádný blázen. Já to umím zvládnout.

Lékař: Nemyslím si, že byste byla „blázen“ a že něco děláte špatně, mám však zkušenost s tím, že to může člověku v různých ohledech pomoci. Člověk si přitom dopřeje čas na to, aby si uspořádal své myšlenky, postoje a lépe jim porozuměl, má možnost prodiskutovat nejasné věci či obavy. Je to jen návrh, podle mě by to mohlo být prospěšné.

Pacientka: No, a co to obnáší?

Lékař: Nemoc je vždy zásah do lidské psychiky. Víím, že nebylo donedávna zvykem kvůli tomu navštěvovat psychologa či psychiatra, ale nejnovější výzkumy ukazují, že to je prospěšné. Myslím, že tam dostanete prostor na to, abyste mohla mluvit o svých pocitech spojených s nemocí, které vás zatěžují, na které často myslíte a nejde jen tak o nich mluvit.

Pacientka: Hm, nevím, jestli budu schopna o tom mluvit s někým, koho neznám.

Lékař: Myslím, že jedna návštěva, po které se uvidí, nemůže uškodit a vy si lépe utvoříte vlastní názor.

Pacientka: No, to máte pravdu.

Lékař: Dobře, spojím se s dr. Nováčkovou a pak vám dám kontakt, abyste se mohla objednat.

Pacientka: Děkuji.

První rozhovor se somaticky nemocným pacientem v ordinaci psychoterapeuta by měl obsahovat následující body:

- krátké objasnění důvodů, které vedly k rozhodnutí pro psychoterapii,
- probrání pacientových prvních pocitů a názorů,
- krátké poučení o principech KBT.

- Terapeutka: Dobrý den, jmenuji se Iva Nováčková. Prosím, posadte se.
- Pacientka: Děkuji.
- Terapeutka: Možná jste byla zaskočena tím, že vás ke mně poslali.
- Pacientka: To jsem byla...
- Terapeutka: Co jste si říkala?
- Pacientka: Hm, no... víte, že mě poslali k vám, protože si už se mnou nevědí rady, ale to mě jen tak napadlo, teď myslím, že mi spíše chce pan doktor pomoci... nevím, jsem trochu nesvá.
- Terapeutka: Věnuji se práci s lidmi, které trápí podobné nemoci jako máte vy.
- Pacientka: Uhm, ale já nevím, jak byste mi mohla pomoci...
- Terapeutka: To chápu, ale víte, když člověk onemocní, stane se v jeho životě spousta věcí, se kterými nepočítal. Začne uvažovat o věcech, o kterých zatím neuvažoval, a možná ho trápí otázky, se kterými si neví rady.
- Pacientka: No, to ano.
- Terapeutka: Léčba, kterou vám navrhl váš lékař, je to rozhodující. Já vám můžu pomoci lépe se v této nové situaci zorientovat, společně můžeme hledat postupy, jak nemoc co nejlépe zvládnout, a třeba i hledat řešení otázek a problémů, které vás trápí...
- Pacientka: No, nevím, můžeme to zkusit, já věřím svému panu doktorovi, on by mě k vám asi jen tak neposlal.
- Terapeutka: Pokud se rozhodnete pro terapii, naše sezení budou trvat přibližně hodinu, vždy jednou týdně. Vyhovuje vám to tak?
- Pacientka: Ano, to by asi šlo...
- Terapeutka: Dobře. Ráda bych vám nyní řekla něco o postupech, které budeme společně uplatňovat. Terapie, kterou se zabývám, se jmenuje kognitivně behaviorální. Budeme hledat a zkoumat vaše myšlenky a chování, týkající se vaší nemoci, budeme se věnovat dopadům nemoci na váš život a vytvářet takové postupy, které vám ulehčí situaci. Budeme pracovat jako tým, terapie bude vyžadovat aktivní účast nás obou.
- Pacientka: To by mi nevadilo. Ale moc tomu zatím nerozumím.
- Terapeutka: Možná bude lepší, když začneme s malou ukázkou. Ráda bych věděla, jak vaše potíže začaly.

První rozhovor by měl dále zahrnovat tyto aspekty:

- behaviorální, kognitivní a funkční analýzu,
- míru postižení:
  - fyzického stavu,
  - společenských aktivit,
  - pracovních aktivit,
  - důležitých vztahů,
- názory pacienta na průběh nemoci,
- názory pacienta na vlastní schopnost zvládnout příznaky nemoci a léčbu.

### Zhodnocení aktuálního fyzického zdravotního stavu

Terapeutická sezení jsou členěna podle programu, jak bylo popsáno v obecné části. Existují některé „stálé“ body programu, které se objevují pravidelně. Mrzí ně patří:

- shrnutí posledního sezení,
- stručná aktualizace stavu pacienta a důležitých událostí v jeho životě,
- probrání domácího úkolu,
- pacientova zpětná vazba.

Při adaptaci KBT na práci s pacienty, kteří mají zdravotní potíže a problémy, je užitečné přidat další položku:

- zhodnocení aktuálního fyzického zdravotního stavu.

Právě toto je tím momentem v rámci terapeutického sezení, kdy pacient a terapeut mají příležitost diskutovat o úloze fyzického stavu ve vztahu k ostatním bodům sezení.

### Potřeba zachování struktury KBT vedení

Existují klíčová témata, používaná výlučně v praxi KBT, která ji odlišují od jiných psychologických terapií. Je důležité, aby se tato témata neztratila nebo nezředita při uplatnění KBT u osob, trpících vážným onemocněním. Nemělo by se stát, že by byly kognitivní nebo behaviorální techniky uplatňovány bez struktury, spolupráce či bez návaznosti na domácí úkoly, protože právě tyto prvky jsou charakteristické pro KBT. Začínající terapeuti se mohou vymlouvat, proč se odklonili od strukturované KBT (např. „Bylo to celé moc tragické, zdálo se mi kruté v té chvíli mluvit o záznamech, měření a podobných věcech.“). Také pacient se závažným onemocněním může argumentovat svými zdravotními problémy jako překážkami ve spolupráci s KBT terapeutem a to může přesvědčit terapeuta, aby přistoupil ke kombinované, více podpůrné terapii. Uvedeme si příklad vhodného rozhovoru v takové situaci.

- Terapeut: Dohodli jsme se, že by pro vás bylo užitečné zapsat si, kdy jste se cítil nejhůř.
- Pacient: Nemohl jsem to udělat – byl jsem na kontrole a řekli mi, že musím znova začít užívat steroidy. Způsobují mi hodně vedlejších účinků. Navíc, manželka byla nemocná. Musel jsem se více starat o děti.
- Terapeut: To mi je líto, že pociťujete vedlejší účinky léků. To by ztížilo psaní záznamů v deníku každému. K tomu více povinností v rodině...
- Pacient: Byl to těžký, nepříjemný týden, necítil jsem se dobře.
- Terapeut: Zkusme prodiskutovat, jak by se daly stihnout některé z terapeutických úloh i v průběhu takových týdnů, jakým byl ten uplynulý...
- Pacient: Dobře, ...ale vyplnil jsem ten formulář, který jste mi dal.
- Terapeut: Děkuji, to je moc užitečné. Vyhodnotím ho a příště vám řeknu, jak se tyto informace týkají cílů, na kterých pracujeme.
- Pacient: A řeknete mi, jestli jsem testem prošel?
- Terapeut: Nejde o to, jestli jste prošel, výsledky testu nám ukáží, jaké postupy používáte při zvládání problémů. To je dobrý začátek ...i přes rušný týden a nové zdravotní problémy se vám podařilo vyplnit dotazník. Kdy jste to dělal?



- Pacient: Dnes ráno. Víte, věděl jsem, že ho stihnu celý vyplnit.
- Terapeut: Bylo pro vás důležité, že jste věděl, že ho stihnete celý?
- Pacient: Ano.
- Terapeut: Při zdravotních problémech, které máte, vždy existuje riziko, že něco zabráni udělat vše, co máte naplánováno. Myslíte, že byste mohl zkusit psát deník v ty dny, kdy vám je lépe, i s tím, že zpočátku budou některé stránky v deníku prázdné a že nestihnete vše?
- Pacient: Dobrá.

### 8.13.5.2 Hodnocení a měření

#### Sebesledování

Úplnou formulaci problému je jen zřídka možné vytvořit hned po prvním vyšetření; další vyšetření by mělo zahrnout údaje z období sebesledování (které slouží také k získání výchozích hodnot, s nimiž budeme porovnávat účinek léčby) a vyplnění sebesupozovacích dotazníků. Na počátku sebesledování požádáme pacienta, aby si vedl záznamy o důležitých proměnných (např. o sledovaném problému, o myšlenkách, které se při výskytu problému objeví, o své celkové náladě a chování). Terapeut by měl zdůraznit, že v této fázi by měl pacient své myšlenky a chování spojené s problémem popsat, ale nesnažit se určit, čím jsou způsobeny.

Vhodné bývá věnovat vyšetření přinejmenším ještě jedno sezení, obvykle poté, co si terapeut prošel lékařskou dokumentací, kterou má k dispozici. V mezidobí může pacient shromáždit pomocí sebezpozorování další údaje, které je pak možné prodiskutovat. Je třeba také uvážit ty aspekty pacientovy minulosti, které mohly zvýšit míru stresu, který pacient prožívá. Např. ambiciózní závodník – běžec začal trpět chronickou bolestí a obezitou poté, co upadl a poranil si nohu tak vážně, že už nikdy nemohl pořádně chodit. Kdykoliv pocítil bolest, napadlo ho: „Život nemá žádnou cenu, když nemůžu zase běhat. Nic jiného nemá cenu“.

Je vhodné navázat kontakt s lékařem a dalšími zdravotníky, kteří v současné době o pacienta pečují, zjistit jejich názor na jeho nemoc a uvědomit je o zahájení terapie. Je nezbytné dohodnout se na mezích, které je třeba při léčbě dodržovat. Léčba často zahrnuje omezení medikace, program tělesného cvičení atd.; přitom je třeba postupovat ve spolupráci s lékaři, kteří o pacienta pečují. Po získání údajů ze sebesledování zahájíme proces zapojení pacienta do léčby.

Sebesledování má obvykle formu **denních záznamů**. Zahrnuje proměnné, které se na základě úvodního vyšetření zdají být důležité. I když některá základní měření (např. intenzita bolesti) by měla být konstantní, jiné podrobnosti zaznamenávané během dne (např. myšlenky na nádor v mozku, stresující události, chování zaměřené na zvládnutí problému) se mohou s postupem léčby a zpřesňováním formulace problému měnit. Později v průběhu léčby je možné zaznamenávat i použití a účinek metod, určených ke zvládnutí problému, které se pacient během terapie naučil.

U jednoho pacienta trpícího chronickou bolestí např. vyšetření naznačilo, že omezoval své tělesné aktivity a většinu svých rán strávil v posteli. Záznam denních aktivit odhalil, že odpoledne a večer obvykle trávil tak, že v určité poloze ležel na pohovce. Rozšíření denních záznamů tak, aby zahrnovaly i jeho myšlenky a náladu každou celou hodinu (aby jasně věděl, kdy má udělat záznam) ukázalo chmurné myšlenky plné beznaděje ohledně budoucnosti. To vedlo k diskusi o roli mentální a tělesné inaktivity a o způsobech, jak by mohl svou situaci zlepšit bez ohledu na svůj zdravotní stav. Terapeut se zeptal: „Dobrá, předpokládejme, že se vaše bolest nikdy nezmírní. Jak byste se s tím chtěl vyrovnat?“

Sebesledování by mělo zahrnovat i medikaci, protože tu lze chápat jako nemocné chování, které podporuje zaměření pozornosti na potíže, někdy i v důsledku vedlejších účinků léků.

Pacientka s mírným astmatem např. každý den prožívala vážné záchvaty úzkosti a stále byla ve stavu určitého rozrušení. Terapeut ji požádal, aby sledovala své pocity dušnosti, obecnou úzkost, úzkostné záchvaty a užívání inhalačních preparátů. Z těchto záznamů vyšlo najevo, že záchvat úzkosti byl odpoledne pětkrát častější, pokud užíla inhalační preparát více než třikrát. Omezení užívání inhalačního preparátu vedlo k dramatickému zmírnění úzkosti, což byl úvod k dalšímu komplexnějšímu programu léčby (viz dále).

### **Dotazníky**

I když bylo pro somatické problémy vytvořeno mnoho dotazníků, jen málo z nich se ukázalo být vhodných pro klinickou praxi. U pacientů s bolestí může být užitečný McGillův dotazník bolesti, protože měří vnímanou, emoční a hodnotící složku bolesti, stejně jako její intenzitu (Melzack, 1975). Žádný z dotazníků měřících somatizaci a nemocné chování neprokázal klinickou užitečnost. Měření úzkosti a deprese u pacientů se somatickými stížnostmi představuje zvláštní problém, protože dotazníky zaměřené na tyto stavy vycházejí do značné míry z tělesných příznaků. K překonání tohoto problému byla vytvořena Nemocniční škála úzkosti a deprese (Zigmond a Snaith, 1983), která má tu výhodu, že je krátká, snadno hodnotitelná a relativně citlivá na změnu stavu.

### **Fyziologická měření**

U pacientů, kteří mají zjištělý fyziologický korelát své nemoci, je někdy vhodné přímé měření této fyziologické hodnoty k posouzení dosaženého pokroku a jako zpětná vazba pro terapeuta a pacienta o účinnosti léčby (např. opakované měření krevního tlaku, měření velikosti zánětu kůže u dermatologických pacientů). Měření je možno provádět i během sebesledování při vyšetření; takže pacient s vysokým tlakem krve se může naučit měřit si tlak krve v různou denní dobu, před a po určité aktivitě atd. U pacientů, u nichž mohou hrát roli dýchací potíže, jako je hyperventilace, může někdy pomoci měření  $p\text{CO}_2$  v krvi, i když někdy není lehké to zařídít, a jakýkoliv důkaz o hyperventilaci je třeba posuzovat v kontextu psychologického vyšetření, co prožívané příznaky pro pacienta znamenají (Salkovskis,

1989). Existují jednoduché přístroje, které měří rozsah aktivity a které mají velký význam u celé řady problémů, zvláště u chronické bolesti. Např. krokoměr umožňuje srovnání aktivity v různou denní dobu nebo v různých dnech; jako součást programu cvičení poskytují krokoměry rychlou a jednoduchou zpětnou vazbu a jsou užitečné při určování postupných cílů cvičení.

### 8.13.5.3 Problémy a cíle, léčebný plán

Tak jako u jiných aplikací KBT, účinná léčba vychází z přesné formulace problémů a cílů terapie, které jsou individuální a různé pro každého pacienta. Přesné zmapování základních problémů umožní cíleně vybírat vhodné KBT postupy.

Pro ovlivnění úzkosti a deprese u somatických onemocnění využíváme stejných metod jako při léčbě těchto stavů bez somatického onemocnění. Při jejich uplatnění je však důležité zohlednit vliv somatického onemocnění. Mezi možné vlivy patří zejména změna medikace, hospitalizace, zhoršení stavu ap. To vše se má odrazit i ve formulaci problémů a cílů terapie i při koncepci léčebného plánu, který by měl být flexibilní. Měli bychom předpokládat potřebu reformulace a změny plánů podle aktuálního fyzického stavu.

### 8.13.5.4 Léčebné intervence

I když se přístupy k léčbě jednotlivých nemocí liší, obecné principy uvedené v tabulce 8.13.7 jsou společné pro všechny diagnózy. Z těchto principů je třeba vycházet při uplatňování jednotlivých léčebných postupů.

**Tabulka 8.13.7:** Obecné principy kognitivně behaviorální léčby somatických problémů (*volně podle White, 2000*)

- Vytvoření terapeutického vztahu a atmosféry spolupráce, zdůraznění „svépomoci“ ze strany pacienta.
- Určení, v čem jeho problém spočívá, nikoliv v čem nespočívá.
- Identifikace vztahů mezi událostmi, automatickými myšlenkami, emočními, tělesnými a behaviorálními reakcemi.
- Vytváření realistických a adaptivních postojů a podpora jejich uplatňování v každodenním životě.
- Rozlišovat mezi poskytováním potřebných informací a poskytováním ujištění pomoci nepotřebných nebo opakujících se informací.
- Pomoc při učení se dovednostem, které zlepší pacientovo sebeovládání a zvládání jeho nemoci.
- Vytváření preventivních postupů.

### Kognitivní přístupy

Existuje celá řada technik, které se používají při identifikaci a modifikaci kognitivních procesů (automatických negativních myšlenek, kognitivních schémat a jádrových přesvědčení) ovlivňujících zdraví a zvládání chronických nemocí. Zařazujeme mezi ně:

1. poučení o nemoci – kontrola pacientových vědomostí o nemoci získaných v průběhu léčby od profesionálů, spolupacientů a samostudiem, případně jejich oprava a doplnění,
2. identifikace automatických myšlenek (AM),
3. testování AM,
4. kognitivní restrukturalizace AM,
5. imaginativní a vizuální techniky (v případě obtíží při identifikaci AM),
6. identifikace a modifikace kognitivních schémat,
7. sebesledování.

### **Behaviorální přístupy**

Prvním krokem je identifikace maladaptivního chování, které překáží při léčbě. Zjišťujeme nedostatky při provádění některých aktivit (např. monitorování hladiny krevního cukru u diabet), přehnané či neefektivní chování, potíže v komunikaci.

Mezi behaviorální postupy modifikující identifikované maladaptivní chování patří:

- behaviorální analýza (i v průběhu terapie),
- plánování aktivit,
- expozice,
- behaviorální experiment,
- nácvik dovedností,
- tvorba dlouhodobých plánů,
- nácvik asertivity a komunikace,
- nácvik řešení problémů.

### **Relaxační techniky**

Tyto dovednosti obvykle zařazujeme mezi behaviorální techniky, pro přehlednost a důležitost jejich aplikace u somatických onemocnění je uvádíme zvlášť. Patří mezi ně:

- nácvik klidného dýchání,
- nácvik zklidňujícího dýchání při zvládání záchvatů úzkosti,
- progresivní svalová relaxace (např. Östova progresivní relaxace),
- biofeedback,
- autogenní trénink.

#### **8.13.5.5 Problémy v léčbě**

Vzhledem k tomu, že KBT přístupy jsou založeny na spolupráci terapeuta a pacienta, málokdy dochází k výrazným komplikacím a poškození pacienta. Problém může nastat, pokud vlastní myšlenky a postoje terapeuta negativně narušují postup léčby. To se může stát v případech, kdy je terapeut konfrontován s terminálním stadiem nemoci či extrémní bolestí. Terapeut může propadnout beznaději a pocitu bezmoci. Tento postoj lze označit za kognitivní omyl typu „všechno nebo

nic“. V takovém případě je potřeba si uvědomit, že i minimální pokrok a úleva mohou mít pro pacienta obrovský význam, a to i v případě, že tento pokrok lze jen těžko ověřit. Někdy je nutné se spokojit s faktem, že pouhá možnost mluvit o potížích a nemoci pacientovi výrazně uleví.

Dalším problémem může být pacientovo mylné chápání své nemoci, kdy některé jeho představy jsou nepřesné, přehnané či nepravdivé, např. nutnost inaktivity a co největšího „šetření kloubů“ při revmatoidní artritidě, i když doporučení fyzioterapeuta znělo jinak a doporučovalo šetrné a krátkodobé cvičení. K tomuto zkreslení dochází často nevědomě a v takovém případě je vhodné se zeptat pacienta, jak zněla přímá instrukce odborníka, případně se svolením pacienta příslušného odborníka kontaktovat.

Terapeut se také může setkat s tím, že pacient obviňuje jiné lékaře z neschopnosti, neznalosti, nevhodného chování. Tato skutečnost se vyskytuje o to častěji, o co povrchnější vztah má lékař-specialista ke svému pacientovi. Vzhledem k charakteru pracovní náplně některých lékařů nelze ani při nejlepší vůli vybudovat hlubší vztah. S tím je nutno počítat. Samozřejmě, že naše podpora musí být vždy na straně pacienta, ale doporučuje se místo souhlasu s obviňováním spíše pracovat následujícím způsobem:

- vést diskusi o medicíně jako o relativně neexaktní vědě, kde sice již bylo mnoho objeveno a objasněno, ale zůstává v ní i dost nevyjasněných problémů, a tím víceznačných a nepřesných interpretací. V této souvislosti je vhodné končit optimisticky a reálně, konstatováním, že vývoj v této vědě však postupuje v posledních desetiletích velmi rychle, a to ve výzkumu nemoci, kterou pacient trpí,
- zjišťovat míru potřeby důvěřovat a spoléhat na lékaře,
- pátrat po způsobech, jakými pacient dospěl k přesvědčení o nekompetentnosti svého lékaře,
- zkoumat výhody a nevýhody změny lékaře.

Závěrem je dobré připomenout, že při léčbě somatických onemocnění musí být vedení terapie flexibilnější než obvykle a musí citlivě zohledňovat vývoj nemoci.

## 8.13.6 KBT Přístup u syndromu dráždivého tračníku

### 8.13.6.1 Popis poruchy

Jedná se o přetrvávající bolesti břicha a poruchu střevní funkce. U jedinců, kteří jsou přesvědčeni, že mají střevní potíže (bez ohledu na skutečné změny v gastrointestinálním traktu) může stres či úzkost zvýšit tyto pocity a vést ke skutečným změnám ve střevě.

#### 8.13.6.1.1 Klinické projevy

Nejtypičtějšími projevy jsou kromě bolesti břicha střídání průjmu a zácpy, dále se může vyskytnout nadýmání, nadměrná flatulence a pocit plnosti břicha.

Milada je 53letá pacientka, která již léta trpí různými potížemi se střevy. Nebyla schopna setrvat ve společnosti déle než půl hodiny, když odcházela z domova, vždy s sebou nosila vložky pro případ inkontinence. Často trpěla bolestmi břicha, nucením na stolicí a průjmem, zvláště když se ocitla v jakékoliv stresové situaci, včetně úzkosti z očekávání, vázané na pobyt ve společnosti. Její hlavní myšlenky, které se objevily, když pocítila nepříjemný pocit v břiše, byly „Nedokážu udržet stolicí“. Ty byly provázeny představou, jak utíká z místnosti, strašně páchne a přes šaty jí prosakuje stolice. Řekla, že jednou nedokázala stolicí udržet a bylo to pro ni velmi pokořující. (Během úvodních fází terapie se ukázalo, že popisovaná inkontinence ve skutečnosti představovala jen lehkou stopu stolice na kalhotkách). Do společnosti už skoro nechodila. Našla si domácí práci. Když byla nucena opustit byt, seděla předtím i několik hodin na záchodě, aby se dostatečně vyprázdnila. Užila tubu živočišného uhlí, a i přesto vycházela na ulici plná strachu.

### 8.13.6.2 KBT pohled

#### 8.13.6.2.1 Behaviorální faktory

U lidí trpících touto nemocí se často vyskytuje vyhýbavé chování, které může být rozsahem velmi podobné těžké agorafobii. Jako udržující faktor působí celá škála rozvinutého zabezpečujícího chování, např. užívání léků, hladovění před nutným odchodem z domova, zmapování všech záchytných bodů (toalet) ve městě. Řada z nich potíže nejen zhoršuje, ale i udržuje.

#### 8.13.6.2.2 Kognitivní faktory

Mezi typické kognitivní omyly patří katastrofizace, obavy ze ztrapnění a jejich přehánění, otázky bez odpovědi ap. Např. „Všichni si toho všimnou“, „Nepřežiji to“, „To bude hrozné“, „Nemůžu nikam mimo město“, „Co když to neovládnu a podělám se.“

### 8.13.6.3 KBT – terapeutický přístup

#### 8.13.6.3.1 KBT vyšetření

Při vyšetření se zaměříme na podrobné zmapování vyhýbavého a zabezpečujícího chování, poukazujeme na jeho nefunkčnost při dlouhodobém ovlivnění potíží. Velice se osvědčuje rozhovor pomocí techniky padajícího šípku (neboli „No a co by na tom bylo hrozného...“):

Terapeut: „Říkáte, že by pro vás bylo hrozné, kdyby se vám něco takového stalo. Dobrá, předpokládáme tedy, že se to stalo, co by na tom bylo tak hrozného?“

Pacientka: „Každý si toho všimne.“

Terapeut: „Předpokládáme, že si toho každý všimne, co by na tom bylo tak hrozného?“

Pacienta: „Byli by znechuceni.“

Terapeut: „I kdyby byli znechuceni, proč by to pro vás byl takový problém?“

Pacientka: „No, už by se mnou nepromluvili.“

Terapeut: „Co by na tom bylo tak hrozného?“

Pacientka: „Přišla bych o všechny přátele, zůstala bych sama.“

Takto bychom mohli pokračovat dál, ovšem u této pacientky to stačilo, protože si uvědomila, že kvůli „nehodě“ by ji přátelé neopustili, spíše by ji politovali a snažili by se jí pomoci.

#### 8.13.6.3.2 Hodnocení a měření

Používáme nejčastěji denní záznamy o příslušném problému, s ním spojených myšlenkách, náladě, chování, medikaci, následcích problému.

#### 8.13.6.3.3 Léčebné intervence

Nejčastěji používané intervence jsou:

- kognitivní restrukturalizace,
- behaviorální experimenty se zábranou zabezpečovacímu chování (např. při dosednutí na toaletu se pacient pokouší pozdržet stolicí o 10 sekund),
- relaxace,
- úprava denního plánu a stravovacích návyků,
- expozice in vivo – např. postupně se prodlužující procházky po normálním příjmu potravy.

### 8.13.7 KBT přístupy u kardiovaskulárních nemocí způsobených srdeční ischemií

#### 8.13.7.1 Popis poruchy

Srdce má za úkol zásobit celý organismus dostatkem krve. Ve stresu a při fyzické námaze je nezbytné, aby se množství krve, protékající srdcem, zvýšilo, a tak zajistilo zvýšenou potřebu kyslíku v tkáních. Nerovnováha mezi potřebou kyslíku a jeho dodávkou prostřednictvím věnitých tepen se nazývá „**srdeční insuficience**“. Všechny klinické, funkční a morfologické změny, k nimž dochází při trvalé nebo přechodné nedostatečné dodávce krve do srdce, se nazývají **ischemická choroba srdeční**. Tato choroba má několik různých klinických projevů, i když je třeba si uvědomovat, že se jedná o výsledný stav mnohaleté aterosklerózy, což je základní proces, zužující koronární artérie v důsledku hromadění ateromat ve stěně cév. Snížení zásobení srdce krví může způsobit řada faktorů, včetně ucpání nebo výrazného zúžení koronárních artérií, koronárního spazmu, koronární embolie, agregace trombocytů a trombózy. Při přechodné srdeční insuficienci nejsou koronární artérie schopny poskytnout potřebné množství krve, které by zabezpečilo energetickou potřebu srdečního svalu. To se zvláště často stává v podmínkách zvýšené fyzické zátěže. Výsledkem je ischemie myokardu, kterou pacient pociťuje jako akutní bolest na hrudi neboli anginu pectoris. Pokud koronární insuficience přetrvává, pak to vede buď k **srdečnímu infarktu**, nebo ke smrti v důsledku komorové fibrilace (náhlé selhání srdce). Při infarktu myokardu je poškozena část

srdeční svaloviny čili myokardu. Přesná lokalizace poškození myokardu závisí na místě ucpání věnčitých tepen. Existuje mnoho věnčitých tepen a některé nebo všechny z nich mohou být poškozeny. Poškození myokardu může zanechat v srdeční svalovině rozsáhlé jizvy a ty zase mohou vést k poruchám srdeční činnosti, jako jsou extrasystoly, komorová tachykardie nebo dokonce komorová fibrilace. Souhrnně řečeno, angina pectoris, infarkt myokardu, komorové arytmie a náhlé srdeční selhání jsou různými projevy poškození věnčitých tepen srdce.

Dlouhodobou prognózu po infarktu myokardu ovlivňuje řada faktorů. Patří sem rozsah a závažnost aterosklerózy věnčitých tepen, množství postižených tepen, lokalizace závažných zúžení, míra poškození funkce levé komory, závažnost abnormalit srdečních stěn a prevalence srdečních arytmií. Kromě toho standardní rizikové faktory, jako je kouření, hypertenze a hypercholesterolémie, zvláště vysoká koncentrace LDL (low density lipoprotein) frakce cholesterolu také přispívají k dalšímu zhoršení ischemické choroby srdeční.

## 8.13.7.2 KBT pohled

### 8.13.7.2.1 Behaviorální faktory

Behaviorální faktory spojené s ischemickou chorobou srdeční lze rozdělit na ty, které spolupůsobily při jejím vzniku, např. chování typu A, hostilita, workoholismus, a ty, které se uplatňují negativně při zvládání nemoci – vyhýbání se aktivitám, pasivita, či naopak nepřiměřená aktivita i přes poučení ze strany lékařů.

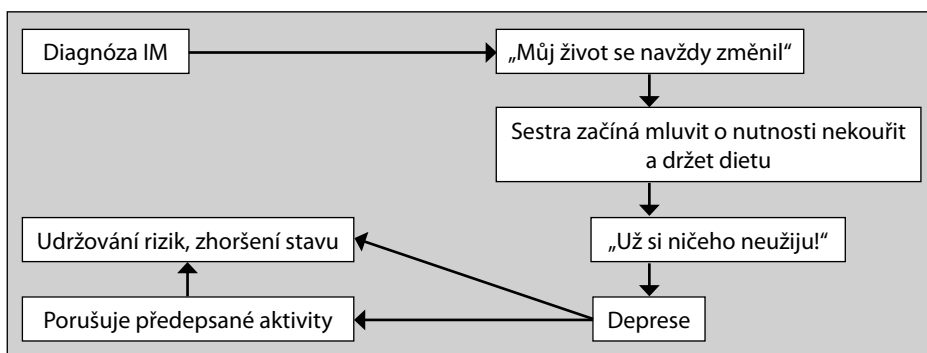
### 8.13.7.2.2 Kognitivní faktory

Mezi negativní kognitivní faktory patří zejména výkonově orientovaná schémata a s nimi související hektický styl života.

### 8.13.7.2.3 Interpersonální faktory

Mezi interpersonální faktory patří zejména malá podpora ze strany okolí.

### 8.13.7.2.4 KBT model





### 8.13.7.3 KBT – terapeutický přístup

#### 8.13.7.3.1 KBT vyšetření

Prvním z úkolů vyšetření je co nejdříve určit ty pacienty, kteří mohou mít z psychologického zásahu prospěch. To zahrnuje pacienty, kteří jsou emocionálně rozrušeni, udávají velké množství příznaků nebo si často stěžují na psychické potíže, používají nevhodné způsoby zvládání běžného každodenního stresu nebo u nichž se prokáže zvýšená reaktivita na stres v těch fyziologických a endokrinních veličinách, o nichž se předpokládá, že zvyšují riziko závažných srdečních komplikací.

#### 8.13.7.3.2 Hodnocení a měření

##### **Sebesledování**

Pacienti jsou zařazeni do KBT často na základě zvýšené míry úzkostnosti, hostility a deprese. Proto ke sledování těchto proměnných můžeme pacientovi zadat běžné grafy úzkosti, deprese a případně analogicky můžeme vytvořit záznamy situací, spojené s výbuchem hněvu či potlačením hněvu, konfliktem či jiným impulzivním chováním (např. zapálení cigarety ap.).

Můžeme použít řadu metod vyšetření úzkosti a deprese, včetně sebehodnotících škál, jako je Beckův depresivní inventář, Spielbergerův STAI (State-Trait Anxiety Inventory), či pozorovatelem hodnocené škály, jako je Hamiltonova škála úzkosti a deprese.

I když se v novějších výzkumech neprokázalo, že by chování typu A bylo spojeno s vyšší mortalitou na kardiovaskulární nemoci, stále se považuje za nevhodný způsob zvládání životních problémů a je důležité, aby si toho byl psychoterapeut vědom.

##### **Fyziologické měření**

K získání informací o pacientově reaktivitě na tělesnou a psychickou zátěž můžeme také využít psychofyziologických testů. Tyto informace jsou zvláště užitečné ke zjištění pacientů, kteří na zátěžové podněty reagují zvýšením srdeční nebo endokrinní reaktivity nebo arytmiemi, snížením ST úseku na EKG nebo anginou pectoris. Mohou být také užitečné při vyšetřování pacientů, kteří si stěžují na srdeční potíže, a přitom nevykazují známky ischemie myokardu, nebo při pracovním poradenství u pacientů, kteří se mají vrátit do náročných povolání. Kromě měření fyziologické aktivity nám psychologické vyšetření umožňuje pozorovat pacientovo chování ve standardních zátěžových situacích.

#### 8.13.7.3.3 Problémy a cíle, léčebný plán

Formulace problémů u kardiálních příznaků by měla obsahovat chybné úzkostné interpretace tělesných symptomů, např. „Když si hned nesednu, dostanu infarkt“ ap. Rovněž tak i popisovat chování, které si pacient vytvořil ke zvládání svých

symptomů, a změřit se na ty strategie, které jsou nefunkční, zúzkostňující či kontraproduktivní.

#### 8.13.7.3.4 Léčebné intervence

##### Kognitivní přístupy

- *edukace* by se měla zaměřit na popis stresové reakce a její dopad na kardiovaskulární systém,
- *kognitivní restrukturalizace* je bazální součást léčby, zejména při zvládání úzkosti.

##### Behaviorální přístupy

Prvním krokem je identifikace maladaptivního chování, které komplikuje léčbu, a toho, které předcházelo rozvoji nemoci. Na základě této analýzy je vhodné vytvářet s pacientem plány denních aktivit s postupným zvyšováním tělesné zátěže. Rovněž tak je třeba s pacientem vytvářet plány do budoucna s reálným obsahem.

**Relaxační techniky** jsou v případě rehabilitace kardiaků zásadní a je vypracována řada programů využívajících relaxačních technik. Musíme mít na zřeteli, abychom zvolili formu, kterou bude pacient akceptovat a zařadí ji do plánu svých každodenních aktivit.

## 8.13.8 KBT přístupy u nemocných s diabetes mellitus

### 8.13.8.1 Popis poruchy

Diabetes mellitus (úplavice cukrová) je chronická nemoc, při které je v krvi přítomna abnormálně vysoká hladina cukru (glukózy). Pro využití glukózy v buňkách je potřebný hormon inzulín. Při poruše jeho tvorby či distribuce dochází ke vzniku onemocnění. Nejběžnější jsou dva základní typy cukrovky:

- **typ 1 – diabetes závislý na inzulinu (IDDM – insulin-dependent diabetes mellitus)**, který vzniká neschopností pankreatu tvořit dostatečné množství inzulinu,
- **typ 2 – diabetes nezávislý na inzulinu (NIDDM – non-insulin-dependent diabetes mellitus)**, při kterém buňky nedokáží využít inzulín, který je k dispozici. IDDM vzniká v dětství a rané dospělosti, na rozdíl od diabetu 2. typu, který se projevuje v pozdějším věku.

#### 8.13.8.1.1 Klinické projevy

Pacienti s diabetem 1. typu musí dodržovat složitý režim diety, cvičení, měření hladiny cukru v krvi a injekcí inzulinu. Chyby v dodržování tohoto režimu vedou k různým komplikacím, mohou ohrozit život pacienta. Mezi nejnebezpečnější akutní komplikace patří stav zvaný hypoglykémie, při kterém může dojít vlivem nízké hladiny cukru v krvi ke kómatu i smrti. Její nástup se projevuje mimo jiné

i typickým chováním s podrážděností, excitací, někdy až agresivním chováním. U diabetu 2. typu (NIDDM) je nutno udržovat dietní režim, často měnit staré návyky či zlozvyky a užívat tablety nebo v některých případech rovněž injekční inzulin. Oba typy často vedou v průběhu onemocnění k cévním komplikacím v ledvinách, v dolních končetinách či na očním pozadí.

O diagnostice, epidemiologii, etiopatogenezi a průběhu se můžete dočíst v příslušné odborné literatuře. Pro účely této knihy je podstatné si uvědomit, že diabetes s sebou přináší radikální změny ve způsobu celého dalšího života pacientů a je často spojen s výskytem psychických problémů, které snižují pacientovu schopnost dodržovat komplexní režim léčby.

### 8.13.8.2 KBT pohled

#### 8.13.8.2.1 Behaviorální faktory

Mezi typické behaviorální faktory, které komplikují zvládání nemoci, patří nespokupráce při dodržování režimu. Jde např. o dietní chyby, při kterých dochází k rozkolísání hladin glukózy. Není neobvyklé i vyslovené sebepoškozovací chování, např. záměrné vypínání inzulinové pumpy ap. Mezi základní dovednosti, které si pacient musí obnovit, patří měření a udržování optimálních hladin krevního cukru (glykémie). Měří se hladiny aktuální a za pomoci např. glykosilovaného hemoglobinu i hladiny v krvi za poslední 3 měsíce. Cílem léčby je dobrá kompenzace těchto hladin. Právě zde mají pacienti hodně potíží. Toto chování je důsledkem řady psychologických mechanismů, které budou probrány níže. Lze říci, že je často důsledkem frustrace z neustálé nutnosti kontroly svého stavu:

- měření glykémie,
- aplikace inzulinu,
- kontrolovaného příjmu potravy (doba, složení i množství jídla jsou přesně stanoveny).

Dále se vyskytuje vyhýbavé chování (neúčast na společenských aktivitách, výletech do přírody, táborech ap.)

#### 8.13.8.2.2 Kognitivní faktory

Myšlenky pacientů s diabetem se často dotýkají:

- pocitů méněcennosti,
- nesnesitelnosti kontroly a důslednosti při dodržování léčebného režimu,
- obav z pozdních komplikací – katastrofizace,
- ujišťování a zabezpečování („Mám u sebe dost jídla, inzulinu...?“).

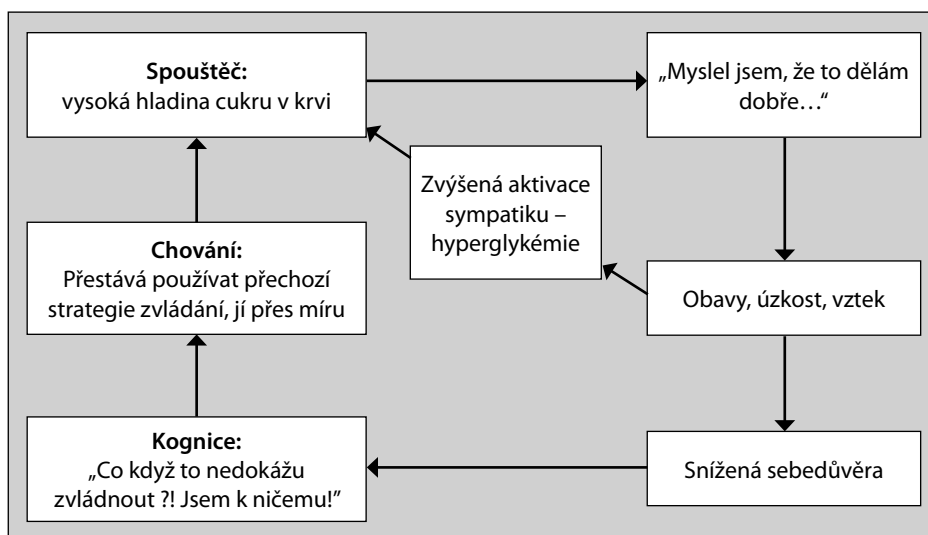
#### 8.13.8.2.3 Interpersonální faktory

Role nemocného je posilována neustálou kontrolou ze strany okolí – příbuzných, lékařů, diabetických sester, přátel atd., dále izolací od vrstevníků při IDDM. Trpí zejména dospívající, kteří svou potřebu patřit do nějaké party a ztotožnit se s ní

velmi často v důsledků své nemoci nenaplní. Ke společenské izolaci a změnám v zaběhnutých vztazích dochází i u starších diabetiků, u kterých je diabetická dieta vnímána jako drastická změna dosavadních návyků – např. pivaři, či vůbec lidé společenští, hedonističtí, kteří musí silně omezit požitky svého dosavadního života.

#### 8.13.8.2.4 KBT model

**Obrázek 8.13.2:** Kognitivně behaviorální model maladaptivního chování u diabetes mellitus



Jak jsme již řekli, nosné téma samostatného zvládnání („self-managementu“) diabetes mellitus je hladina cukru v krvi. Jako spouštěč maladaptivního chování často slouží její patologická hodnota. Vznikají negativní myšlenky a emoce, které jednak vedou k následnému maladaptivnímu chování, jednak zvyšují aktivaci sympatického nervového systému a spouštějí tzv. poplachovou reakci (útok nebo útek), jejímž důsledkem je kromě jiného i zvýšená hladina cukru v krvi (kterou by tělo v případě útoku či útěku samozřejmě potřebovalo).

### 8.13.8.3 KBT – terapeutický přístup

#### 8.13.8.3.1 KBT vyšetření

Je nutné provést podrobnou kognitivní, behaviorální a funkční analýzu, abychom zjistili problémové oblasti, na které se v dalším terapeutickém plánu zaměříme. Pacienti s diabetem mohou trpět depresemi i zvýšenou úzkostností, která vede k fyziologicky podmíněnému zvýšení hladiny krevního cukru, proto by součástí vyšetření měly být i škály pro měření deprese a úzkosti.

## 8.13.8.3.2 Hodnocení a měření

**Sebesledování**

Mezi nejdůležitější sebesledovací formuláře patří zejména dva níže uvedené formuláře, které by měl pacient nosit s sebou na každé sezení a které by měly být alespoň se začátku terapie probírány pravidelně. Jedná se o Formulář týdenních aktivit pro monitorování diabetu a Denní monitoring glykémie (tabulka 8.13.3 a 8.13.4).

**Tabulka 8.13.3:** Týdeník aktivit pro monitorování cukrovky

| Čas        | Pondělí | Úterý | Středa | Čtvrtek | Pátek | Sobota | Neděle |
|------------|---------|-------|--------|---------|-------|--------|--------|
| 7–8 hod.   |         |       |        |         |       |        |        |
| 8–9 hod.   |         |       |        |         |       |        |        |
| 9–10 hod.  |         |       |        |         |       |        |        |
| 10–11 hod. |         |       |        |         |       |        |        |
| 11–12 hod. |         |       |        |         |       |        |        |
| 12–13 hod. |         |       |        |         |       |        |        |
| 13–14 hod. |         |       |        |         |       |        |        |
| 14–15 hod. |         |       |        |         |       |        |        |
| 15–16 hod. |         |       |        |         |       |        |        |
| 16–17 hod. |         |       |        |         |       |        |        |
| 17–18 hod. |         |       |        |         |       |        |        |
| 18–19 hod. |         |       |        |         |       |        |        |
| 19–20 hod. |         |       |        |         |       |        |        |
| 20–21 hod. |         |       |        |         |       |        |        |
| 21–22 hod. |         |       |        |         |       |        |        |
| 22–23 hod. |         |       |        |         |       |        |        |

Instrukce: U políčka každé hodiny zaznačte svoji aktivitu a pro označení podání inzulínu, změření krevního cukru anebo výskytu problému, který budete chtít prodiskutovat, použijte následující zkratky:

I = podání inzulínu

B = kontrola krevního cukru

\* = problém, který chci prodiskutovat

**Tabulka 8.13.4:** Deník sledování hladin glykémie

| Datum | Čas | I | J | C | Signály | Odhad | Skutečnost | Nepovšimnuté signály | Co jsem se naučil?<br>Co mohu využít<br>příště? |
|-------|-----|---|---|---|---------|-------|------------|----------------------|-------------------------------------------------|
|       |     |   |   |   |         |       |            |                      |                                                 |
|       |     |   |   |   |         |       |            |                      |                                                 |
|       |     |   |   |   |         |       |            |                      |                                                 |
|       |     |   |   |   |         |       |            |                      |                                                 |
|       |     |   |   |   |         |       |            |                      |                                                 |
|       |     |   |   |   |         |       |            |                      |                                                 |
|       |     |   |   |   |         |       |            |                      |                                                 |

Instrukce: Vepište datum a čas. Písmena I, J, C se vztahují k poslednímu užitému inzulínu, jídlu a tělesnému cvičení. Napište V, M nebo N na označení většího (V), menšího (M) nebo obvyklého, normálního (N) množství inzulínu, jídla, cvičení. Dále запиšte tělesné a psychické signály hladiny cukru v krvi (např. pocení, neklid, třes, únava). Poté odhadněte hladinu svého cukru. Změřte hladinu glukometrem. Byla-li nízká a vy jste si toho nevšimli, opět se vraťte k pocitům v těle, a pokud je najdete, запиšte si tyto nové signály, které jste předtím nezaznamenali. Zkuste si rozmyslet, proč to tak bylo, a запиšte to.

## Dotazníky

### *Dotazník pocitu zdraví*

Dotazník pocitu zdraví (Bradley, 1994) je 22položkový dotazník, který analyzuje odpovědi pacienta pomocí čtyřstupňové stupnice. Je rozdělen na čtyři subškály: úzkost, deprese, energie a pozitivní pocit zdraví.

### *Stupnice vnímání kontroly cukrovky*

Bradley (1994) vyvinul tzv. Stupnici vnímání kontroly cukrovky k analýze názorů pacienta na míru kontroly cukrovky. Tento formulář umožňuje terapeutovi získávat skóre na subškálách „osobní kontrola“, „zdravotní kontrola“, „situační kontrola“. Existují verze pro diabetiky, kteří se léčí inzulínem, i pro pacienty, kteří se léčí perorálními antidiabetiky.

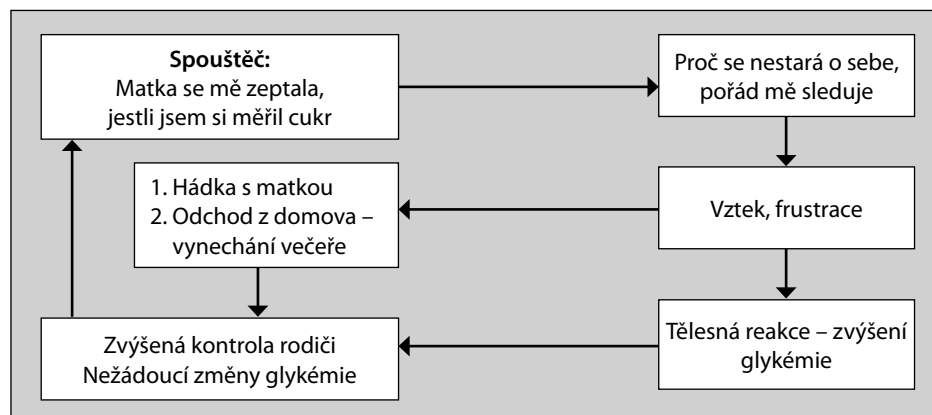
Tyto dotazníky nejsou zatím u nás dostupné, za účelem povolení je nutno kontaktovat prof. Bradleyho na adrese Health Psychology Research, Department of Psychology, Royal Holloway, University of London, Surrey, TW20 0EX.

### 8.13.8.3 Problémy a cíle, léčebný plán

Formulace na úrovni problému by se měla zaměřit na ty oblasti, ve kterých má pacient nejvíce potíží. Nejčastěji jde o oblasti dietetických pokynů, cvičení, monitorování krevního cukru a podání inzulínu. Z psychologických problémů se nejčastěji vyskytují deprese a úzkost, ale např. i fobie z jehel, strach z oslepnutí, amputace ap.

Formulace na úrovni případu by se měla zaměřit na propojení problémů spojených s nemocí a jiných, např. interpersonálních potíží. Např. jak souvisí zvýšená hladina glukózy s pracovním stresem ap. Uvádíme příklad takové formulace, typického bludného kruhu maladaptivního chování (obrázek 8.13.3).

**Obrázek 8.13.3:** Bludný kruh maladaptivního chování u pacienta s diabetes mellitus



#### 8.13.8.3.4 Léčebné intervence

Mezi nejdůležitější KBT léčebné intervence u pacientů s diabetem patří:

- edukace,
- podpora akceptace nemoci,
- kognitivní restrukturalizace,
- expozice obávaným situacím,
- nácvik dovedností při samostatném zvládnání nemoci („self-management“),
- nácvik komunikačních dovedností,
- plánování času a tělesných aktivit,
- řešení problémů v životě.

#### Edukace

Edukace o nemoci je běžnou součástí vedení pacientů v diabetologických poradnách. Jde o zvládnutí složitého souboru dovedností nezbytných pro každodenní péči. Patří mezi ně např. úloha inzulínu či antidiabetik v regulaci krevního cukru, schopnost načasování jídla a jednotlivých aplikací inzulínu, dovednost rotace míst aplikace, měření glukózy, znalost obsahu sacharidů v potravinách a mnoho dalších. Naším úkolem je prověřit úroveň těchto bazálních dovedností a při odhalení nedostatků doporučit kontakt s edukační sestrou příslušného centra.

#### Podpora akceptace nemoci

Pacienti by měli akceptovat, že jejich nemoc je něco, co mohou sami regulovat a ovlivňovat. Problémy s akceptací často souvisejí se zkreslenými nebo nepřesnými

výroky o diabetu (např. „Lidé s cukrovkou se nikdy nebaví“, „Dříve nebo později budu muset na amputaci“). Je důležité zjistit tyto názory a postoje a společně s pacientem zkoumat jejich platnost.

### **Kognitivní restrukturalizace**

Pod důkladným zmapování problému se věnujeme restrukturalizaci automatických negativních myšlenek pacienta a postupujeme k odhalování jeho kognitivních omylů, dysfunkčních postojů k nemoci a dysfunkčních schémat a jádrových přesvědčení, souvisejících s pacientovými problémy. Od práce s myšlenkami, které se týkají přímo nemoci, postupně přecházíme k myšlenkám, které ovlivňují fungování pacienta ve vztazích v rodině, v práci, mezi vrstevníky ap.

### **Expozice**

Řada pacientů s diabetem trpí přehnaným strachem z injekcí, krve ap. Zde lze využít behaviorálních technik postupné desenzibilizace. Dále využíváme expozičních technik při nácviku nových komunikačních dovedností.

### **Nácvik dovedností při „self-managementu“**

Vycházíme zejména z Deníku sledování hladin krevního cukru a zaměříme se na oblasti, ve kterých pacient opakovaně selhává.

### **Nácvik komunikačních dovedností**

V případě, že nemoc s sebou nese sociálně úzkostné příznaky, opakované konflikty v rodině, např. s nevhodně pečujícími členy, je vhodný nácvik asertivního chování.

## **8.13.8.4 Problémy v léčbě**

Při vyšetření, formulaci problémů i plánování terapie je nutno zohlednit dvousměrnost psychologických aspektů diabetu – na jedné straně kvalita poskytování diabetické péče a na druhé pacientův celkový dobrý psychický pocit. Musíme zvažovat přímé (tj. diabetu se týkající) a nepřímé faktory, tvořící psychické problémy. Akceptuje-li pacient důsledky toho, že trpí diabetem, KBT se může zaměřit na optimalizaci péče o vlastní osobu. Většina intervencí však bude úspěšná pouze tehdy, bude-li pacient schopen dlouhodobě udržovat přiměřenou hladinu krevního cukru. Tato dovednost silně souvisí s upevněním sebedůvěry a pocitu kompetence při zvládání diabetu.

## **8.13.8.5 Kazuistika**

Paní S., 55letá úřednice, přišla do ordinace terapeuta po smrti svého manžela. Celé roky se manžel o její diabetes vzorně staral. Při vyšetření u diabetologa byly opakovaně zjištěny zvýšené hladiny cukru v krvi natolik, že lékař navrhl léčbu inzulinem. Děti pacientky však s tímto nesouhlasily a rozhodly se vyhledat pomoc terapeuta. Při podrobné analýze se zjistilo, že pacientka po smrti manžela velice omezila své společenské aktivity – měli spo-



lečné známé. Také si stěžovala, že se jí ráno nechce vstávat z postele, přestala cvičit a je jí to vše tak nějak jedno. Terapie se zaměřila na její truchlení po manželovi a zároveň na poučení o diabetu a na nácvik dovedností, potřebných k samostatnému zvládnutí diabetu. Pacientka byla přijata na oddělení pro léčbu úzkostných a depresivních poruch, kde pracovala ve skupině. Postupně zde navázala nové kontakty, odezněly i depresivní příznaky a hladina cukru v krvi se snížila na akceptovatelnou úroveň i bez nutnosti inzulínové terapie.

## 8.13.9 KBT přístupy u onkologicky nemocných

### 8.13.9.1 Popis nemoci

Onkologická onemocnění patří mezi nejzávažnější komplexní postižení lidského organismu, psychiku nevyjímaje. Pokroky současné medicíny výrazně zvýšily šanci na úspěšnou léčbu a přispěly k prodloužení života pacientů. O to více prostoru vzniká pro psychologické intervence v rámci jejich komplexní léčby.

Zhoubné nemoci představují heterogenní skupinu poruch s různou etiologií, léčbou a prognózou. Téměř každý člověk, kterému je stanovena diagnóza zhoubné nemoci, reaguje silnou psychologickou odpovědí. Jen minimum pacientů je schopno od začátku akceptovat svou nemoc a prožívat dále svůj život bez větších emočních změn. Klinicky významné psychické problémy zahrnují zejména poruchy přizpůsobení, deprese a úzkostné poruchy, tedy problémy, které jsou častou indikací ke kognitivně behaviorální terapii. V posledních letech byly vypracovány KBT přístupy, které pomáhají pacientům se zhoubnou nemocí vyrovnat se s celou řadou specifických psychických problémů, provázejících průběh onemocnění.

### 8.13.9.2 KBT – pohled

Asi u 20 % pacientů se zhoubnými novotvarami se v průběhu onemocnění rozvinou klinicky významné psychologické příznaky. Z KBT pohledu je psychosociální adaptace na zhoubnou nemoc závislá na vyrovnání se se šesti základními psychologickými problémy (tabulka 8.13.8).

Z tohoto přehledu je patrné, které kognitivní, behaviorální a interpersonální faktory mohou sehrávat roli.

### 8.13.9.3 KBT – terapeutický přístup

#### 8.13.9.3.1 KBT vyšetření

Hodnocení a mapování psychosociálních aspektů problémů spojených se zhoubnou nemocí a její léčbou má být nanejvýš citlivé a zohledňující pacientovu mezní životní zkušenost. Má se dotýkat nemoci samotné, vztahů z předchoreb, léčebného režimu a jeho zvládnutí, prožívání po sdělení diagnózy a nakonec subjektivně nejhůře akceptovatelných aspektů nemoci. Vyhnete se zahlcování pacienta. První

**Tabulka 8.13.8:** Kognitivně behaviorální prvky základních psychologických problémů u nemocných se zhoubným procesem (Faulkner, Maguire, 1994)

- **Nejistota z budoucnosti**  
Nadměrné zabývání se špatnými perspektivami  
Obavy z relapsu nemoci a ze selhání ovládacích mechanismů
- **Hledání smyslu**  
Kognitivní vyhýbání se příznakům nemoci  
Myšlenky na to, jak zhoubná nemoc změnila pohled na sebe a na svět
- **Zabývání se ztrátou kontroly nad vlastním životem**  
Upínání se na alespoň částečnou kontrolu  
Obavy z absolutní ztráty kontroly nad nemocí  
Generalizace obavných myšlenek ze ztráty kontroly
- **Potřeba otevřenosti**  
Strach z neschopnosti mluvit otevřeně o své nemoci  
Vyhýbání se nepříjemným tématům při rozhovorech s personálem
- **Potřeba emoční podpory**  
Pocity opuštěnosti  
Vyhýbání se emočním reakcím  
Vyhýbání se možným podpůrným kontaktům
- **Potřeba lékařské péče**  
Zdravotníci nejsou zodpovědní za můj psychický stav

sezení se svojí strukturou velmi podobají vyšetření u posttraumatické stresové poruchy a u jiných poruch přizpůsobení.

Při KBT vyšetření zohledňujeme jednak aktuální postoje pacienta a jeho současné problémy, jednak jeho postoje a zkušenosti z minulosti. Je důležité zjistit, zda v minulosti neprožil pacient zkušenost s onkologickým onemocněním u někoho z blízkých, jak se dozvěděl o své diagnóze, jaké omezení v životě mu nemoc přinesla a jak zvládá léčebný režim. Na základě této analýzy můžeme vytvořit individuálně pojatý koncept nemoci, ve kterém mohou být za nejvíce ohrožující prvky považovány různé aspekty nemoci. Mějme na paměti, že již tato analýza může, zejména na méně zkušené terapeutů, silně emočně zapůsobit a aktivovat jejich vlastní obranné postoje týkající se utrpení a smrti. Jako pomoc v takové situaci se doporučuje dodržování struktury vedení rozhovoru, nejlépe chronologicky. Pacienti samotní často udávají, že takto od začátku zatím celý průběh nemoci před nikým, ani před svými nejbližšími neprobírali a jen málokdy nenaváží dobrou spolupráci. V průběhu rozhovoru nemáme zapomínat na neustálé zaměřování a vybírání podstatných faktů a podrobností, které nám pomohou vytvořit individuální model pacientových potíží.

### 8.13.9.3.2 Hodnocení a měření

Kromě obecných škál pro úzkost a depresi (Beckův inventář deprese a úzkosti, Hamiltonova škála úzkostných příznaků ap.) existuje několik specifických posuzovacích škál. Uvádíme několik příkladů:

**Mental Adjustment to Cancer Scale (MACS) (Škála mentálního přijetí rakoviny, Watson et al., 1988)**

Čtyřicetipoložková sebehodnotící stupnice se zaměřením na zvládací strategie u pacientů se zhoubným onemocněním.

**Cancer Behavior Inventory (Dotazník chování spojeného s rakovinou, Merluzzi, Martinez-Sanchez, 1997)**

Nejčastěji používaná verze má 12 položek a zaměřuje se na míru adaptivity pacienta na nemoc.

*(Jejich plná verze není u nás zatím k dispozici)*

### 8.13.9.3.3 Problémy a cíle, léčebný plán

Seznam problémů pacientů s onkologickým onemocněním obsahuje jednak ty, které vyvolávají a udržují úzkost a depresi, jednak problémy obecnější, dotýkající se sociálních, a často i filozofických otázek. Mezi prediktory depresivních poruch patří poráženecké postoje, vyhýbavé chování je zase často spojeno s vysokou hladinou úzkosti. Někdy mají vzpomínky na podobné prožitky z minulosti (např. na umírání blízké osoby) silně intruzivní ráz a obraz psychických potíží pak připomíná posttraumatickou stresovou poruchu.

### 8.13.9.3.4 Léčebné intervence

Léčebné intervence se zaměřují zejména na tyto oblasti:

- **zamezení vyhýbavému chování** – vyhýbání může být základní strategií při adaptaci na nemoc. Je nutné zdůraznit, že se liší od popření, další strategie při adaptaci na nemoc. Při kognitivním vyhýbání pacient ví, že trpí zhoubnou nemocí, ale rozhodl se o ní nepřemýšlet. Tyto dva stavy je nutno odlišit, protože vyžadují odlišný přístup. Při vyhýbání pacient odpoví na otázku o tom, zda ví, jakou má nemoc, kladně. Je potřebné si uvědomit, že toto kognitivní vyhýbání může být základním faktorem udržujícím úzkost a depresi pacienta, a proto se zaměřujeme na zjišťování postojů a přesvědčení, které k němu vedou,
- **zlepšení kontroly nemoci** – vedení deníků, záznamů stupně bolesti, únavy,
- **vyrovnávání se s nejistotou** – vycházíme z principu, že pacienta zneklidňuje nikoliv nejistota samotná, ale jeho mínění o ní,
- **zlepšení sociální podpory.**

## 8.13.10 KBT přístup u Tourettova syndromu

### 8.13.10.1 Popis poruchy a klinické poznámky

Syndrom de la Tourettův, kombinovaná vokální a mnohočetná motorická tiková porucha (F 95.2), je dlouhodobá nemoc s kolísavým průběhem, která vzniká v dětství. Typická jsou období s mnohočetnými opakujícími se vokálními tiky – pokašlávání, chrochtání, pochrchlávání, poštekávání, časté jsou i výkřiky obscénních slov nebo frází – koprolalie. Dále se vyskytuje echopraxie – napodobování chování, probíhajícího u pozorované osoby, a kopropraxie – manipulace s výkaly. Ataky střídají remise. Udává se, že výskyt této poruchy je 1 případ na 1000 obyvatel. Poměr muži-ženy je 9 : 1.

Komorbidita s obsedantně kompulzivní poruchou je 70%. U pacientů s Tourettovým syndromem dochází i k častějšímu výskytu psychotickým onemocnění (Malá, 2000).

Honza byl nadprůměrně nadaný školák. Vyrůstal v harmonické rodině, jako jedináček, jeho rodiče byli starostliví a laskaví a neměl do doby propuknutí problémů žádné starosti. Jednoho dne při cestě ze školy dostal neodklonitelné, silné nutkání vydávat podivné zvuky. Znělo to trochu jako chrochtání prasete a vrčení psa. Cestou domů takto pokřikoval, ale uvědomoval si, že to, co dělá, je směšné a nepřístojné. Nemohl si však pomoci. Před domem potkal kamarádku, strašně se styděl, ale přesto nemohl chrochtání zastavit. Ta se podivila tomu, co provádí a nazvala ho „cvokem“. Velmi ho to zamrzelo. Přestat však nemohl a nepřestal ani doma. Rodiče byli jeho chováním vyděšeni a brzy poznali, že se jedná o nějakou poruchu, a ne o rozmar jejich syna. Dětská lékařka odeslala Honzu na specializované pracoviště, a tak začal Honzův celoživotní boj s Tourettovým syndromem. Brzy přibývaly i jiné příznaky, smýkání ramenem, bušení do věcí, objevilo se velké nutkání vykřikovat v hodinách, někdy i sprostá slova, a co bylo ještě horší, jedno období si nutkavě mnul oko tak silně, že si poškodil rohovku a dodnes na oko špatně vidí. U lidí, kteří ho dobře znali, měl jisté pochopení, ale jeho cesty hromadnou dopravou, jednání na úřadech ap. se staly noční můrou. Přitom Honza studoval dobře a snažil se neomezovat v žádných aktivitách. Přesto však nikdy nebyl na žádném táboře a začal se velmi stydět před slečnami. Pubertu prožil jen mezi blízkými kamarády a začalo mu nové trápení, když před odchodem z domu musel vše i 10–20krát pečlivě zkontrolovat – sporák, okna, elektřinu, nikdy si nebyl zcela jist, zda je vše bezpečné a v pořádku. Opakovaně se vracel domů, aby to zkontroloval, zvláště když odcházel z domu poslední. Když nemohl zkontrolovat, co potřeboval, zhoršily se jeho tiky a bylo to k nevydržení. V dospělosti, když už byl zaměstnán, rozhodl se podstoupit psychoterapii, kterou mu doporučil jeho neurolog.

### 8.13.10.2 KBT pohled

#### 8.13.10.2.1 Behaviorální faktory

Chování lidí s Tourettovým syndromem zahrnuje jednak vlastní projevy nemoci, tj. verbální tiky – hlasité neartikulované projevy i artikulované jednoslovné výkři-

ky, často obscénních slov, i motorické tiky – např. škubání končetin, ale i komplexnější pohyby – např. úpravy šatů, brýlí, doteky, poklepávání i opakované uhození do věcí, někdy i do lidí. Tento výčet vysvětluje psychické potíže a nepohodu, které se u takto postižených pacientů vyskytují. Pacienti, plně si vědomi neadekvátnosti svého počínání, zažívají dlouhodobé pocity bezmoci, vzteku na sebe a studu, které ústí do pocitů méněcennosti, selhání, a mohou vést k depresivním a úzkostným poruchám. Další chování, které nemoc provází, je vyhýbavé, ochuzující životní aktivity a sebeuplatnění.

#### 8.13.10.2.1 Kognitivní faktory

Mezi kognitivní faktory typické pro pacienty s Tourettovým syndromem patří myšlenky spojené se ztrapněním se, pocity méněcennosti, někdy vztahovačnost, hraničící až s paranoidními myšlenkami.

#### 8.13.10.2.2 Interpersonální faktory

V sociálních kontaktech jsou tyto pacienti znevýhodněni zejména při styku s opačným pohlavím, neznámými lidmi, při veřejných vystoupeních ap.

### 8.13.10.3 KBT terapeutický přístup

#### 8.13.10.3.1 KBT vyšetření

Při KBT vyšetření se snažíme o co nejdetailnější a nejpřesnější zmapování pacientových potíží v životě, jeho postojů k problémům i k nemoci samotné. Mějme na paměti, že až 70 % pacientů s Tourettovým syndromem trpí rovněž obsesemi a rituály a někteří splňují všechna kritéria pro obsedantně kompulzivní poruchu. Proto je nutno cílenými otázkami zmapovat i tuto možnou psychopatologii.

#### 8.13.10.3.2 Hodnocení a měření

Pro KBT přístup je vhodné použití běžných škál pro úzkost a depresi, je-li přítomna, dále Liebowitzovy stupnice sociální fobie a Y-BOCS škály pro určování obsesí a kompulzí, je-li přítomno obsedantně kompulzivní chování (viz příslušné kapitoly).

K měření frekvence a intenzity tiků se používá specifická škála Yale Global Tic Severity Scale. (Tato škála je k dispozici u autorky s laskavým svolením prof. MUDr. E. Růžičky, DrSc.)

#### 8.13.10.3.3 Problémy a cíle, léčebný plán

Nejčastější problémové oblasti pacientů s Tourettovým syndromem jsou shrnuty v tabulce 8.13.9.

**Tabulka 8.13.9:** Nejčastější problémové oblasti u pacientů s Tourettovým syndromem

- Samotné projevy nemoci – tiky
- Při obsedantně kompulzivních příznacích – rituály: nadměrné kontrolování, mytí ap.
- Nedostatečná sociální síť, izolace
- Nízké sebevědomí
- Vztek a s ním spojené zvýšené napětí, vedoucí ke zhoršení příznaků

Cíle terapie stanovujeme jako konkrétní, měřitelné, zaměřujeme se na zmírnění příznaků, zlepšení sociální sítě ap.

#### 8.13.10.3.4 Léčebné intervence

Léčebný plán by měl postupovat od jednodušších, převážně behaviorálních, snadno zvládnutelných kroků, kdy je patrné zlepšení po kratší době, ke komplexnějším kognitivním metodám. Kroky léčby vycházejí zejména ze strategií používaných v léčbě OCD a sociální fobie. Kromě obecných KBT postupů lze při léčbě pacientů s tikovou poruchou použít následující postupy:

- zpomalování tiků
- členění tiků na dílčí kroky
- přesycení
- „strastiplný čas“
- verbalizace nutkání k tiků

Tourettův syndrom je nápadná porucha, která vede k řadě komplikací zejména v sociální oblasti – vztahy, práce, přátelé; proto je často vhodným pokračováním terapie řešení praktických problémů v životě.

### 8.13.11 Literatura

1. ANTONI, M. H., CRUESS, S., CRUESS, D. G.: *Cognitive-behavioral stress management intervention effects on anxiety, norepinephrine output and T-cytotoxic/suppressor cells over time among symptomatic HIV-infected gay men*. Ann. Nebav. Med., 2000, č. 22, s. 29–37.
2. BRADLEY, C.: *Handbook of Psychology and Diabetes: A guide to Psychological Measurement in Diabetes Research and Practise*. Harwood Academic Publisher, 1994.
3. BREWIN, C. R., POWER, M. J.: *Integrating psychological therapies: Process of meaning transformation*. British Journal of Medical Psychology, 1999, č. 72, s. 143–157.
4. British Medical Journal, 1996, č. 312, s. 1191–1194.
5. ENRIGHT, S. J.: *Cognitive behaviour therapy-clinical applications*. British Medical Journal, 1997, č. 314, s. 1811–1816.
6. FAULKNER, A., JAGUÁRE, P.: *Talking to Cancer Patients and Their Relatives*. Oxford: Oxford University Press, 1994.

7. GREER, S., MOOREY, S., BARUCH, J. D. R.: *Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomized trial*. British Medical Journal, 1992, č. 304, s. 675–680.
8. JOHNSTON, M., KORTISON, V., MACWALTER, R. et al.: *Perceived control, coping and recovery from disability following stroke*. Psychology and Health, 1999, č. 14, s. 181–192.
9. KOSTIS, J. B., ROSEN, R. C., COSGROVE, N. M.: *Nonpharmacologic therapy improves functional and emotional status in congestive heart failure*. Chest, 1994, č. 106, s. 996–1001.
10. MALÁ, E.: Tikové poruchy. In: *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2000.
11. MELZACK, R.: *The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods*. Pain, 1975, č. 1, s. 277–299.
12. MERLUZZI, T. V., MARTINEZ-SANCHEZ, M. A. M.: *Assessment of self efficacy and coping with cancer: Development and validation of the cancer behaviour inventory*. Health Psychology, 1997, č. 16 (2), s. 163–170.
13. MOSS-MORRIS, R., WEINMAN, J., PETRIE, K. J.: *The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)*. Psychology and Health, 2002, č. 17, s. 1–16.
14. PETRIE, K. J., WEINMAN, J., SHARPE, N. et al.: *Roles of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction*. Longitudinal study.
15. PROHASKA, T. R., KELLER, M. L., LEVENTHAL, E. A. et al.: *Impact of symptoms and aging attribution on emotions and coping*. Health Psychology, 1987, č. 6 (6), s. 495–514.
16. SALKOVSKIS, P. M.: *Somatic Problème*. In Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J., Clark D. M. (eds.): *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problème*. Oxford University Press, 1989.
17. SENSKY, T.: *Cognitive-Behavior Therapy for Patients With Physical Illnesses*. Cognitive-Behavior Therapy, 2004, č. 23, s. 83–121.
18. SENSKY, T.: *Patient's reactions to illness: cognitive factors determine responses and are amenable to treatment*. British Medical Journal, 1990, č. 300, s. 622–623.
19. SHARPE, L., SENSKY, T., TIMBERLAKE, N.: *A blind, randomized, controlled trial of cognitive-behavioural intervention for patients with recent onset rheumatoid arthritis: preventing psychological and physical morbidity*. Pain, 2001, č. 89, s. 275–283.
20. WATSON, M., GREER, S., YOUNG, J. et al.: *Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer. The MAC scale*. Psychological Medicine, 1988, č. 18, s. 203–209.
21. WHITE, C. A.: *Cognitive Behaviour Therapy for Chronic Medical Problème: The Willey Series in Clinical Psychology*. Willey, 2000.
22. WILHELMSEN, I., HAUG, T. T., URSIN, H.: *Effect of short termed CBT on recurrence of duodenal ulcer*. Psychosomatic Medicine, 1994, č. 54, s. 440–448.
23. ZIGMOND, A. S., SNAITH, R. P.: *The Hospital Anxiety and Depression Scale*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1983, č. 67, s. 361–370.

## 8.14 KBT u chronické bolesti

Jaroslava Raudenská

### 8.14.1 Chronická bolest – popis poruchy

#### 8.14.1.1 Klinické projevy

Bolest je Světovou zdravotnickou organizací (WHO) a Mezinárodní asociací pro studium bolesti (IASP, International Association for the Study of Pain) definována jako subjektivní nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potenciálním poškozením tkání nebo popisovaná v termínech takového poškození. Základní dělení je z hlediska časového faktoru na bolest akutní, chronickou a rekurentní.

*Akutní bolest* plní funkci varovného signálu a odpovídá průběhu a typu onemocnění. Dominuje nocicepce, jsou přítomny všechny tři kvalitativní aspekty bolesti: senzorické, afektivní, hodnotící, ale větší váhu mají senzorické. Intenzita bolesti prudce stoupá, ale na základě terapie klesá, úleva nastupuje relativně rychle, vzniká pozitivní očekávání, že bolest je zvládnutelná.

*Rekurentní bolest* tvoří přechod mezi akutní a chronickou. Mění se v čase, kulminuje, ustupuje, nastává fáze bez bolesti. Příkladem jsou rekurentní bolesti hlavy, břicha či na hrudi. Bolest se vrací, objevuje se nepravidelně, neplní funkci varovného signálu. Intenzita bolesti kolísá s bolestivými epizodami. Snižuje se podíl senzorických aspektů, větší váhy nabývají aspekty afektivní a hodnotící. Nemocný prožívá strach, úzkost a dlouhodobý emocionální stres, omezení aktivity, zájmů, učí se pasivitě, zvyšuje závislost na lécích, vzniká očekávání další ataky bolesti a bezmoci, že léčba je neúčinná.

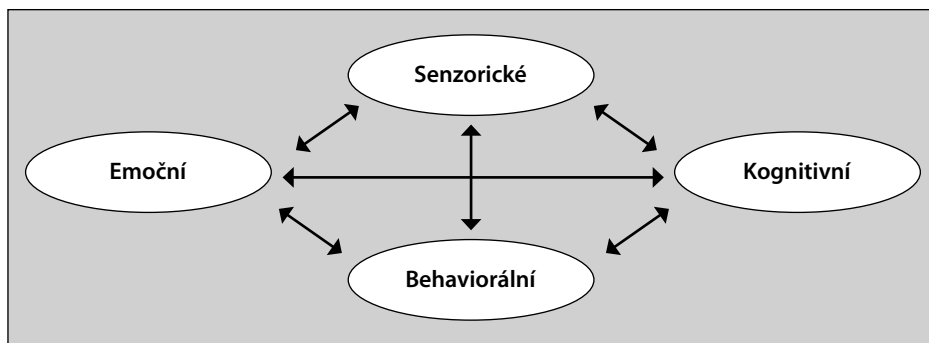
V celé kapitole se budeme zabývat *bolestí chronickou*, která bývá vymezena trváním delším než 3 měsíce, ale může trvat i kratší dobu. Přetrvává mimo běžný čas uzdravování, postrádá funkci varovného signálu, omezuje v aktivitě, sociálních a pracovních kontaktech a zájmech. Monoterapie nepřináší efekt (Mareš et al., 1997). Při chronické bolesti ustupuje nocicepce do pozadí, závažnosti nabývají aspekty afektivní a hodnotící. Projevuje se *ve složce somatické* intenzitou měnící se v čase, lokalizací, typem bolesti (píchavá, tupá, pálivá ap.), nespavostí, anhedonií, ztrátou chuti k jídlu, potížemi s hmotností, ztrátou libida, zájmů, energie, zvýšenou únavou, snížením výkonu, nesoustředěností. *Emoční složku bolesti* charakterizuje vztek, strach, úzkost nebo smutná, pesimistická nálada s pocity beznaděje a bezvýchodnosti, že léčba potrvá celý zbylý život. *Kognitivní složku* chronické bolesti prezentují představy o vzniku a udržování bolesti, očekávání léčby, pocity možné viny vlastní nebo druhých, subjektivní pocity vlastní výkonnosti, užití a efekt zvládacích strategií ap.

*Behaviorální složku* charakterizuje bolestivé chování: snížení nebo vyhýbání se aktivitě, zaujímání ochranných a úlevových postojů, svalová tenze, grimasování, vzdychání, hledání sociální opory, nadužívání léků, opakované vyhledávání lékařské péče, vynucování finančních a sociálních dávek.



Systémové pojetí chronické bolesti ukazuje obrázek 8.14.1. U pacientů s chronickou bolestí, alterovaným psychickým stavem, iracionálními kognitivními schématy a bolestivým chováním můžeme ovlivnit všechny modalitty chronické bolesti. Dojde-li ke změně v jedné modalitě chronické bolesti, tato změna příznivě ovlivní i ostatní.

**Obrázek 8.14.1:** Systémové propojení modalit u chronické bolesti



Typického pacienta s chronickou bolestí to bolí většinou na více místech, přichází např. s bolestí hlavy, zad, dolních končetin, s minimální úlevou přes veškerou lékařskou péči. Je omezen v aktivitě, emočně tento stav vede k iracionálnímu vyhodnocení nemoci a bolesti, k negativnímu sebepojetí i pohledu na budoucnost, k pocitům beznaděje, bezmoci a cestou bludného kruhu ke zhoršování příznaků samotné bolesti. I po několika letech léčby bolesti nemá odpovídající somatickou diagnózu, která by bolesti uspokojivě vysvětlila. To samozřejmě zvyšuje jeho úzkost, pacient logicky předpokládá, že somatická diagnóza vede ke správně vedené léčbě. Další vyšetření (CT, MR, RTG) neprokazují žádné nové somatické poškození, to vede pacienta k větší nejistotě a úzkosti. Stále to bolí. Raději tedy odpočívá, snižuje aktivitu ve snaze zvýšit léčebný efekt nebo snížit bolest, což vede ke snížení fyzické kondice a vlastní důvěry ve výkon. Užívání berlí, korzetů a jiných pomůcek ovlivní jen další snížení fyzické aktivity. Dlouhodobý odpočinek, polehávání, pasivita, ztráta sociálních kontaktů, izolace a osamělost, neschopnost se o sebe postarat, vyrovnat se se zlostí a vztekem vede k depresi a nízkému sebehodnocení. Pacient ztrácí jakoukoliv motivaci udělat cokoliv ke zlepšení bolesti, začíná být závislý na druhých, odměnu za bolest transformuje do zvýšené pozornosti, snižuje vlastní zodpovědnost. Je najednou znepokojen tím, že nemůže vyjít bez zadýchání a větších bolestí schody, které mu předtím nedělaly žádné obtíže, píchnutí v kříži nebo zvýšenou únavu interpretuje jako součást nevyřešené bolestivé poruchy. Zvýšené užívání léků může způsobit obtíže, které pacient interpretuje jako součást bolesti. Příliš intenzivní rehabilitace může u úzkostného pacienta zvýšit bolest, což často vede k odmítnutí další rehabilitace. Jsou tu i „dobré dny“ bez bolesti nebo s menší intenzitou bolesti, kdy pacient podniká nákupy, celodenní výlet s rodinou, těší se z práce na zahrádce. Zvýšená námaha však přináší zvýšenou intenzitu bolesti a s ní následně strach z jakékoliv další fyzické aktivity a z eventuálního poškození. To jen potvrzuje pacientovo přesvědčení, že nezvládne už vůbec nic, ani práci na zahradě, nákup nebo výlet s rodinou (Williams, 1997).

### 8.14.1.2 Diagnóza chronické bolesti

Chronická bolest je příznakem mnoha onemocnění, je také ale samostatnou nozologickou jednotkou. Bolestivé syndromy jsou často součástí více systémů a překračují pomyslné hranice jednotlivých specializací, které se bolestí zabývají (chirurgie, ortopedie, anesteziologie, neurologie, psychiatrie). Podle délky trvání se bolest dělí na akutní, rekurentní a chronickou, dále na nádorovou a nenádorovou, viscerální ap. Nejběžnější klinické dělení je na bolest nociceptivní a neuropatickou (centrální, periferní). Mezi nejvíce rozšířené chronické bolestivé stavy patří bolesti zad, artritidy a bolesti hlavy.

### 8.14.1.3 Epidemiologie chronické bolesti

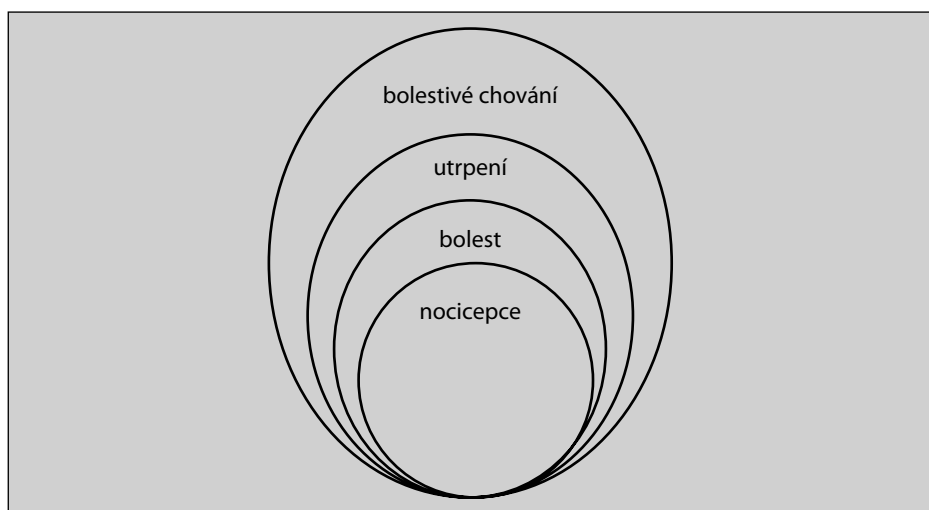
Bolest provází téměř všechna onemocnění. Až 50 % lidí trpí chronickou bolestí, počet stoupá úměrně s věkem (Papežová, 2002). Přesto, že v odborné literatuře můžeme číst, že léčba akutní bolesti je v současné době velmi účinná, počet pacientů s chronickou bolestí stále stoupá. Lékaři i pacienti jsou často zklamáni, že po odstranění příčiny akutní bolesti se bolest stává chronickou.

### 8.14.1.4 Etiopatogenetické faktory chronické bolesti

Podle filozofa Descarta je bolest odpověď na známý stimul, předpověditelná a pochopitelná. Ale při léčbě chronické bolesti hlavy, kde je příčina neznámá, nebo chronických bolestí zad, kdy příčina byla vyléčena, to neplatí. Vznik a udržování chronické bolesti objasní lépe Loeserův biopsychosociální (celostní) model (obrázek 8.14.2) (Loeser, 1980, in Loeser a Turk, 2001).

*Nocicepce* je známé nebo potenciální poškození termální nebo mechanické, u intaktních živočichů vede k bolesti. *Bolest* vede k utrpení, negativní emoční reakci (depresi, úzkosti nebo strachu). *Utrpení* většinou vyúsťuje v *bolestivé chování*.

**Obrázek 8.14.2:** Biopsychosociální pojetí chronické bolesti (Loeser a Turk, 2001)



Často se diskutuje o otázce somatické versus psychogenní příčiny bolesti. Dualistický model o původu bolesti je následující: bolest vzniká nocicepcí, tj. primárním poškozením tkáně, nebo utrpením. Oba typy mají vztah ke stresu. V celostním pojetí se zaměříme na vztah mezi utrpením a bolestí: bolest většinou vede k utrpení, i utrpení skrze somatizaci může vytvářet bolest (Sullivan a Turk, 2001). Tento model nám dovolí upustit od klasického dualismu a pochopit, že chronická bolest může být ovlivňována kognitivními a emočními faktory a že poškození sociální a psychické v důsledku bolestivé zkušenosti je stejně zatěžující jako poškození somatické. Úkolem kliniků je pochopit, který z faktorů je ve vývoji chronické bolesti nejdůležitější a podle toho určit terapii u konkrétního pacienta.

Negativní důsledky pro rozvoj chronických bolestí mají špatné ekonomické podmínky v rodině a nízké vzdělání pacienta, dále časově omezená, manuální a monotónní práce, nespokojení z práce, konflikty v zaměstnání, nezaměstnanost, pobírání kompenzačních dávek (Main, Keefe, Rollman, 2002). Vznik, vývoj a intenzitu chronické bolesti ovlivňuje *stres*, ale chronická bolest samotná vyvolává stres, zvyšuje výskyt negativních emočních projevů a ovlivňuje kvalitu života (Rokyta, 1998). Pod vlivem chronické bolesti se může stát pacient více depresivním, úzkostným a nekritickým, než by byl za standardních okolností. Pacienti s chronickými bolestmi, kteří bolest neovládají, se průběhu života nenaučili zvládat náročné situace a vyrovnávat se se stresem. Dochází u nich ke změně sebepojetí, zhoršuje se jejich sebehodnocení a sebeúcta v souvislosti s důsledky v somatickém a sociálním stavu. Nemoc spojená s bolestí mění *sociální pozici* nemocného, který ztrácí svoji profesionální roli, uspokojení a prestiž. Mění se i role nemocného, v rodině se stává závislým na ostatních.

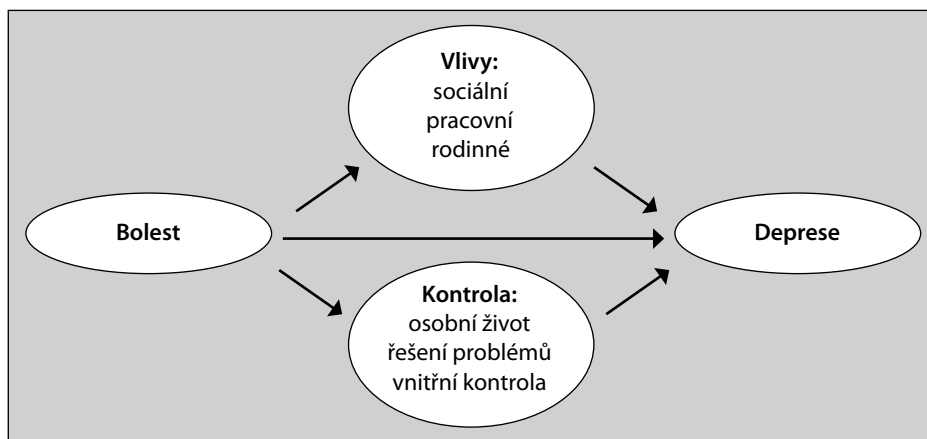
#### 8.14.1.5 Diferenciální diagnóza a komorbidita chronické bolesti

U pacientů s chronickou bolestí je komorbidita deprese, úzkostných a fobických poruch vysoká. Rizikové faktory vzniku jsou větší počet somatických onemocnění, větší počet bolestivých míst, vyšší intenzita bolesti, výrazné snížení aktivity, funkční omezení, užívání vyššího množství léků, závislost na lécích ap.

Bolesti jako součást somatického syndromu deprese se vyskytují asi u 50 % pacientů s depresivním onemocněním, kteří mohou mít snížený práh a toleranci bolesti (Höschl, 1999). Somatické symptomy deprese a somatické symptomy chronické bolesti se často překrývají. Wilson et al. (2001) specifikoval pro pacienty s chronickou bolestí v Beckově škále deprese alternativní somatické symptomy deprese, a to depresivní vzhled, sociální izolaci, polehávání nebo posedávání, anhedonii, neschopnost těšit se z aktivit a sníženou reaktivitu na příjemné události. Deprese se vyskytuje u 19–54 % pacientů s chronickou bolestí jako důsledek dlouhodobé frustrace bolestí (Geisser et al., 2000). Na základě adaptačního behaviorálního Lewinsohnova modelu deprese (1974, in Rudy et al., 1988, obrázek 8.14.3) se pacient stává depresivním postupně tak, jak se jeho aktivita v důsledku bolesti snižuje: nezvládá chodit do práce, aktivně se účastnit volného času s rodinou, nedojde do obchodu, nepředkloní se, nevyjde schody, neučeše se. Kognitivní model

deprese u pacientů s chronickou bolestí zdůrazňuje roli životních událostí, stresu, beznaděje, sníženého sebehodnocení a zvládání bolesti. Kognitivně behaviorální model předpokládá, že deprese je výsledkem bolesti udržovaného snížení fyzické a sociální aktivity a snížené možnosti situace zvládat.

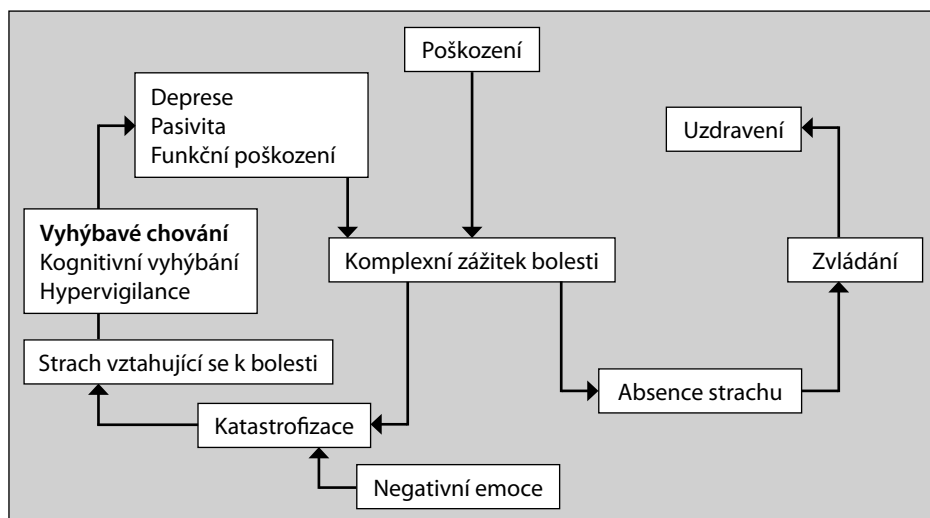
**Obrázek 8.14.3:** Vztah chronické bolesti a deprese (Rudy et al., 1988)



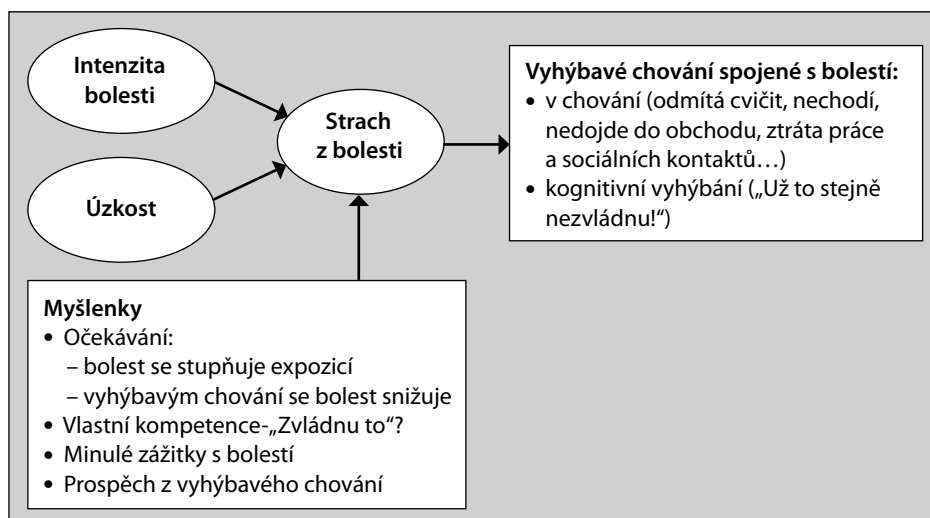
Chronická bolest je velmi často provázena úzkostí. Část pacientů s chronickou bolestí trpí generalizovanou úzkostnou poruchou nebo panickou poruchou. Diferenciální diagnostika u pacientů s bolestmi se zaměřuje na záchvatovitá onemocnění, zejména epilepsii, srdeční arytmiie, lékové intoxikace a syndrom závislosti. Asi 25 % pacientů, kteří přicházejí na pohotovost s bolestí na hrudi, jsou pacienti s panickou poruchou, která ale nevylučuje srdeční ani jiné záchvatovité onemocnění. Bylo zjištěno, že panickou poruchou trpělo 41 % pacientů s akutními bolestmi břicha a 15 % pacientů s chronickými bolestmi hlavy (Reilly et al., 1999).

Kritéria fobických úzkostných poruch, zejména specifických fobií, splňuje 17–30 % pacientů s chronickou bolestí (Frombach et al., 1999). Typické specifické fobie představují obecný strach z bolesti (algofobie, odynofobie), strach z pohybu (kineziofobie) a strach z krve a operace (Asmundson et al., 1999). Rozvoj strachu z bolesti je spojený s nepříjemnými zážitky s nemocí, bolestí, úrazem, operací, zdravotnickými výkony, chováním rodiny a zdravotnického personálu v době ošetření, operace a rekonvalescence. Strach z bolesti má často mnohem vyšší intenzitu než bolest samotná. Holanští psychologové zabývající se dlouhodobě vztahem strachu a bolesti se domnívají, že vzájemné biopsychosociální souvislosti jsou širší (Raudenská, 2003) (viz obrázek 8.14.4).

Kontakt s obávanou situací nebo činností (předklon, chůze, lež, sed, dlouhodobé stání, rehabilitační cvičení) může vyvolat paniku jako u agorafobie, pacient prožívá silnou úzkost doprovázenou somatickými příznaky (tachykardie, zrychlené dýchání, třes, pocení, sucho v ústech, bolesti). Anticipační úzkost je často přítomna již při pouhém pomýšlení na obávaný pohyb či situaci, ve které by k bolesti mohlo dojít

**Obrázek 8.14.4:** Strach spojený s bolestí (Vlaeyen et al., 1995)

(Mc Cracken et al., 2002). Vyšší úroveň úzkosti potom může ovlivňovat intenzitu bolesti a bolestivé chování (viz obrázek 8.14.5). Úzkostní pacienti selektivně vybírají stimuly, které se specificky vztahují k bolesti a jsou více citliví k bolesti (Eccleston, 2001). Pacient přeceňuje ohrožení úrazem a podceňuje svoji schopnost situaci spojenou s bolestí zvládnout („Nesmím se hýbat, nebo mě to bude bolet.“). Strach z bolesti proto vede u některých pacientů k vyhýbání se pohybu a sociálním aktivitám, důsledkem je snížení sociální odpovědnosti, další zhoršení funkce svalů, změny v kardiovaskulárním systému, snížení fyzické kondice, deprese, trvalé stížnosti na somatické symptomy, vyšší užívání lékařské péče a léků (Mareš, 2002).

**Obrázek 8.14.5:** Úzkost a strach z bolesti u vyhýbavého chování (Asmundson et al., 1999)

### 8.14.1.6 Průběh

Kognitivně behaviorální terapie vymezuje na základě vrátkové teorie bolesti faktory, které modulují intenzitu bolesti. Jsou to faktory emocionální, kognitivní, fyziologické a behaviorální (tabulka 8.14.1).

**Tabulka 8.14.1:** Faktory ovlivňující celkový zážitek bolesti (Turner a Romano, 2001)

| Vlivy             | +                                                      | –                                            |
|-------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <b>Somatické</b>  | Větší námaha<br>Svalová tenze                          | Svalová relaxace<br>Teplo, chlad<br>Medikace |
| <b>Emoční</b>     | Anxieta<br>Deprese<br>Vzteky                           | Šťěstí<br>Relaxace                           |
| <b>Kognitivní</b> | Obavy<br>Zvýšená pozornost k bolesti<br>Katastrofizace | Zaměření pozornosti<br>Zvládací strategie    |

## 8.14.2 KBT pohled na chronickou bolest

### 8.14.2.1 Behaviorální faktory u chronické bolesti

Bolestivé chování, zejména snížení fyzické aktivity, zpočátku vede k mírnění bolesti. Podle teorie klasického podmiňování je toto chování odpovědí na bolestivý stimul (nocicepci), během učení se ale podobné chování může vyskytnout i v situacích, kdy k bolesti nedochází. Udržování bolestivého chování operantním podmiňováním závisí na podmínkách v rodině, v práci i u lékaře. Jde o soubor charakteristik psychosociálního prostředí, které mohou modifikovat zážitek bolesti dvěma směry: mírnit i zintenzivňovat (negativní a pozitivní posilování). Pacient, který je za bolestivé chování odměňován, má odlišnou motivaci k léčbě, než nemocný, jehož bolestivé chování je odmítáno. Bolestivé chování může být kulturně i sociálně determinováno, sociální normy spoluurčují, co se u jedince určitého věku, pohlaví a etnického původu považuje za normální. Keefe (1996) doporučuje k měření bolestivého chování vést deník (tabulka 8.14.2). Měl by obsahovat měření intenzity bolesti, tenze, aktivity, pozice těla, užívání léků, myšlenky vztahující se k přetěžování nebo snižování aktivity a emoce. K popsání bolestivého chování je také vhodné použít video.

Tabulka 8.14.2: Sledování bolesti a denních aktivit (Williams, 1997)

| Den       | Co jsem dělal?                      | Na co jsem myslel?                                                     | Stupeň tenze | Stupeň bolesti |
|-----------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------|
| Ráno      | Odpočíval na gauči.                 | Bolí mě to.<br>Co budu dělat až to bude ještě horší?                   | 7            | 8              |
| Odpoledne | Pil jsem čaj se sestrou.            | Myslel jsem na návštěvu sestry.                                        | 2            | 4              |
| Večer     | Díval jsem se na gauči na televizi. | Myslel jsem na TV pořad o sportu.<br>Budu mít další noc plnou bolesti? | 7            | 4              |

### 8.14.2.2 Kognitivní faktory u chronické bolesti

KBT zaměřuje pozornost na zvládání bolesti. To, jak pacient bolest zvládne, je významně ovlivněno nejen jeho chováním, ale i jeho kognicemi (postoji, představami a názory).

*Představy* (přesvědčení) o bolesti mohou být kulturně podmíněné, ovlivněné osobnostními dispozicemi, zahrnují kognitivní zvládací strategie a očekávání. Souvisí s nimi *hodnocení vlastní zdatnosti* (self-efficacy) (Bandura, 1977), tj. odhad schopnosti zvládat situace spojené s bolestí a přisuzování vlivu vlastního chování na zvládnutí situace. Myšlenky a představy, chování a emoční reakce pacientů s odlišným *místem řízení* (locus of control) budou jiné. Interní *místo řízení* souvisí s nižší úrovní deprese, bolesti a úzkosti, s lepší fyzickou aktivitou. Pokud pacient věří, že zdraví, nemoc nebo bolest jsou výsledkem jeho vlastního chování, aktivněji se vyrovnává s bolestí. Ti, kteří vnímají sami sebe jako méně výkonné, jsou více náchylní k frustraci, pochybují o vlastních zvládacích strategiích, bojí se vykonávat denní aktivity, ale také činnosti, které dělají jen zřídka, mají vyšší úroveň stresu, úzkosti, intenzity bolesti a více se zabývají somatickými symptomy. Např. pacient s bolestí zad je informován, že protahovací cvičení by mu mohlo pomoci zmírnit bolest. Může i nemusí informaci věřit. Jestliže uvěří, že mu cvičení pomůže, může začít pochybovat o vlastní schopnosti cvičení zvládnout. Aby protahovací cvičení mohlo být účinnou zvládací strategií pro pacienta, musí 1) věřit, že bude pro něho užitečné, 2) věřit, že je schopen cvičení provádět, 3) bude ho provádět, 4) teprve potom je zkušenost se zvládáním bolesti výsledkem celého procesu.

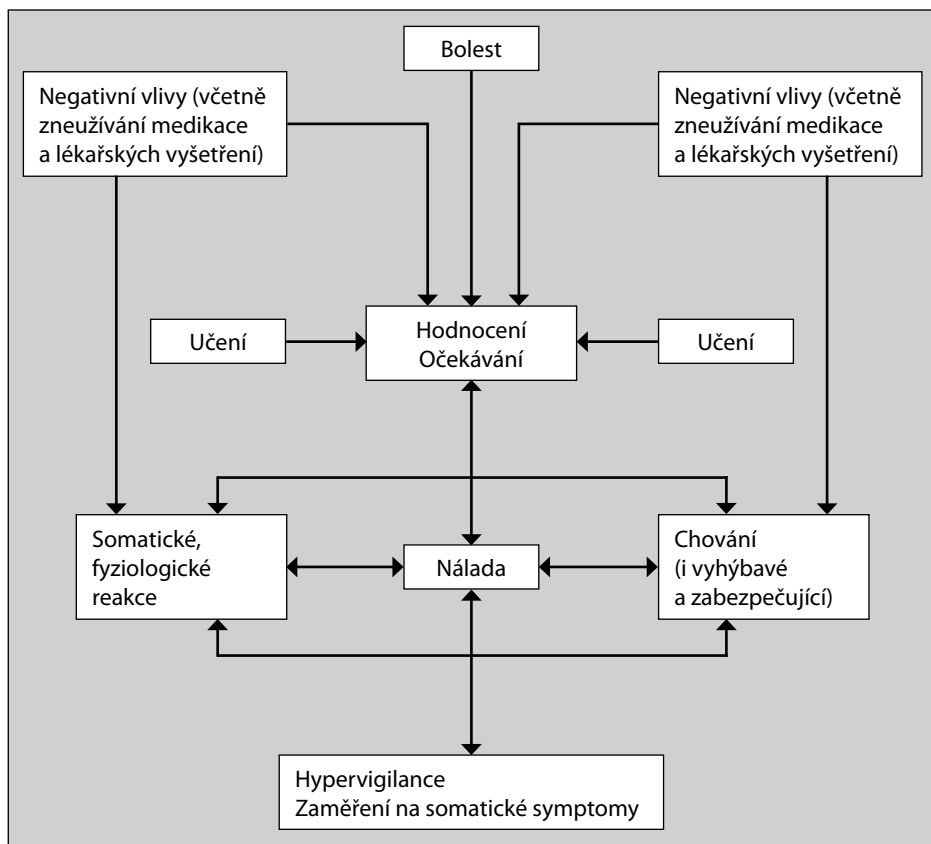
Interní místo řízení, pozitivní představy o vlastní výkonové schopnosti, optimismus, širší repertoár strategií k zvládání stresu a pozitivní představy spojené s bolestí jsou kognitivní faktory, které pozitivně ovlivňují chování a emoční reakce. Jejich opak, tj. externí místo řízení, negativní představy o vlastní schopnosti, pesimismus, negativní představy spojené s bolestí a neschopnost zvládat stres jsou velmi blízké ke kognitivnímu pohledu deprese (Estlander, 1996).

### 8.14.2.3 KBT model chronické bolesti

Vývoj KBT bolesti značně posunula *vrátková teorie bolesti* (gate theory), která byla v roce 1965 publikována Wallem a Melzackem. Kognitivní, behaviorální a emoční komponenty jsou podle této teorie klíčové v komplexním systému bolesti. Informace o bolestivé události mohou být modulovány specifickými mechanismy a mohou uzavřít vrata dalším zprávám o bolesti. Tím dochází k ovlivňování intenzity bolesti.

Americký psychiatr Fordyce v 60. a 70. letech rozpracoval koncepci bolestivého chování. Léčba bolesti byla založena na behaviorální terapii. Z prací Fordyce a Turka vychází biopsychosociální model Loesera, který rozlišil senzorké, kognitivní, emoční a behaviorální vlivy. Americký psycholog Turk rozpracoval počátkem 80. let kognitivně behaviorální model chronické bolesti na základě prací Becka, Rushe, Shawa a Emeryho. Na počátku 90. let na základě prací Salkovského, zaměřených na studium úzkosti a deprese u chronické bolesti, se do terapie chronické bolesti začíná více začleňovat kognitivní terapie. Chování pacienta je sice stále důležité, ale čistě operantní model byl nahrazen kognitivně behaviorálním modelem. Reakce

**Obrázek 8.14.6:** KB model chronické bolesti (Sharp, 2001)





pacienta na bolest může zahrnovat jak pozorovatelné bolestivé chování, tak i jeho myšlenky a představy, hodnotící situaci spojenou s bolestí (obrázek 8.14.6.), které mají důležitou roli zejména v případech, že originální poškození, které bolest způsobilo, již netrvá. Vyhýbavé chování může být udržováno kognicemi, úzkost a stres mohou upevnit představu, že „nějaké poškození“, které způsobuje bolest, existuje, a tak vznikají kognitivní omyly, chyby, negativní hodnocení i vyhýbání, *bludný kruh* se udržuje. Model začleňuje stres, který může zvyšovat úzkost i bolestivé chování (Sharp, 2001). Často se stává, že pacient, který prodělal bez efektu řadu vyšetření a terapie, začíná věřit, že „Nic nepomohlo, proč by mělo teď něco jiného pomoci?“, nedodržuje léčbu a často bývá označen jako „nemotivovaný k léčbě“. Podle KB modelu chronické bolesti je právě proto vhodný ke kognitivní terapii.

#### 8.14.2.4 Výzkum účinnosti KBT u chronické bolesti

KBT byla uplatněna u bolestí zad, hlavy, fibromyalgie, revmatoidní artritidy, orofaciální bolesti a dalších. Výsledky studií ukazují, že KBT v léčbě bolesti v porovnání s kontrolní skupinou je neúčinnějším nástrojem, který pomáhá odstraňovat narušená kognitivní schémata, učí adaptivnímu chování, snižuje úzkost, strach, katastrofické interpretování somatických symptomů, intenzitu bolesti, zvyšuje aktivitu a sebedůvěru (Eccleston et al., 2002, Turner a Romano, 2001).

KBT byla shledána v léčbě bolesti účinnější ve spojení se somatickou léčbou, psychofarmakoterapií a rehabilitací, proto je většinou součástí celostního programu léčby v Centrech pro léčbu bolesti (CLB) (viz kapitolu Léčebné intervence).

Kritéria úspěšnosti jsou: snížení intenzity bolesti, návrat do práce, zlepšení nálady, snížení medikace a zvýšení fyzické aktivity. Snížení intenzity bolesti se popisuje od 20 % do 50 %. Asi 65 % pacientů léčených multidisciplinárním programem udávalo zvýšení aktivity. Návrat do práce je zatížen lokálními podmínkami s nabídkou práce a dalšími sociálně ekonomickými faktory, přesto se asi 67 % všech odléčených pacientů vrací do zaměstnání. Pobírání sociálních dávek se snížilo ze 70 % na 40 %.

Problémy při sledování efektivity KBT v léčbě chronické bolesti jsou následující:

- Pacient, který je nucen do KBT lékařem, sociálním úřadem, členy rodiny nebo se domnívá, že bolest je způsobena pouze somatickými faktory, nebude pravděpodobně úspěšný v léčbě. Efektivita se zvýší, když ošetřující lékař pacienta k psychoterapii povzbudí.
- U pacientů s chronickou bolestí, u kterých je jejich zdravotní stav komplikován soudem, závislostí, vymáháním kompenzačních i sociálních dávek nebo je bolestivé chování posilováno z domácího prostředí, může být KBT neefektivní.
- Je prokázáno, že pokud je KBT aplikována v rané fázi chronické bolesti, je efektivnější.
- I když byla účinnost KBT v léčbě bolesti potvrzena, celostní programy v CLB, které KBT většinou zahrnují, jsou značně nejednotné, a tak je obtížné je srovnávat a hodnotit. Je nutné vytvořit jednotnou koncepci a potom dalšími studiemi posoudit efekt.

## 8.14.3 KBT přístup k chronické bolesti

### 8.14.3.1 KB vyšetření u chronické bolesti

Petra vešla do ordinace dalšího lékaře. Představila si, jak bude muset zase vysvětlovat, kde a proč ji to bolí. Už to říkala tolikrát a nikdo z předchozích lékařů ji pořádně neposlouchal. Snažila se všem vysvětlit, jak zničující to je probudit se každé ráno s příšernou bolestí a zase s ní uléhat, mít tu strašnou únavu, bezmoc a každým dnem ubývající sílu zvládnout kolotoč kolem práce, rodiny a domácnosti. Děti se začaly podívat, proč už doktoři její problémy s bolestí nevyřešili. Včera v noci byl muž zase našťvaný po jejím odmítnutí pro bolesti a odtáhl se. Petra si dobře pamatuje slova praktického lékaře při poslední návštěvě: „Už pro vás opravdu nemohu více udělat. Máte chronické bolesti a musíte se s nimi naučit nějak žít.“ Petra brečela celou cestu domů. Jak to má udělat? Praktický lékař jí dal telefon na specialistu v léčbě bolesti – psychoterapeuta. Petře se to nezdálo. Nakonec za ním šla s představou: zase další doktor, který ji bude zásobovat špatnými zprávami. Ale byla překvapená. Tenhle jí dával úplně jiné otázky, než byla zvyklá, třeba: jestli se její bolesti zvyšují při určitém typu aktivity nebo činnosti, zda obavy, např. jak vyjde s penězi, nebo když se zlobí na děti či muže, její bolesti zhoršují, jestli pláče častěji než předtím, zda jí buší srdce, cítí se unavená nebo zda má problémy se spánkem. Ano, všechno tohle ji trápí, jak to jen mohl vědět? Prý je možné chronickou bolest zmírnit nebo odstranit kognitivně behaviorální terapií. Petra byla pořád trochu skeptická, ale nakonec s léčbou souhlasila (Caudill, 1995).

Diagnostické vyšetření u pacientů s chronickou bolestí se významně posunulo od měření osobnostní struktury a diagnostiky psychopatologie k širším psychosociálním oblastem. KB přístup v diagnostice se zaměřuje na pacientovu bolest, analyzuje spouštěče a okolnosti vzniku bolesti, mapuje emoční, kognitivní a behaviorální složku bolesti, zjišťuje následky, analyzuje udržovací faktory, hodnotí vhodnost pro KB terapii, vytyčuje cíle a plán terapie, měří výsledky léčby.

Základní kroky KBT jsou tyto (Možný a Praško, 1999):

1. předběžné orientační vyšetření,
2. podrobné KB vyšetření včetně měření,
3. behaviorální, kognitivní a funkční analýza problému, formulace a definice problému,
4. stanovení cíle terapie,
5. vytvoření terapeutického plánu,
6. ukončení terapie.

**Orientační vyšetření** u pacienta s chronickou bolestí vede k identifikaci všech problematických oblastí, které by mohly být, kromě bolesti, specifickým cílem terapie, např. rizikové chování (nikotinismus, alkoholismus, dieta), špatné dodržování doporučení lékaře (užívání léků, cvičení), fyzická pasivita, strach z bolesti a vyhyčivé chování, poruchy spánku, rodinné nebo partnerské obtíže, stres, deprese, vztek a obtíže při vyjadřování emocí (Kerns, Otis, Marcus, 2001).

Podrobné KB vyšetření, včetně měření, se zaměřuje na vyšetření vzniku a vývoje každého problému pacienta včetně bolesti, jeho životní historie a současné životní situace. K tomu slouží rozhovor (viz obrázek 8.14.7), sebeposuzování, informace od rodiny, pozorování chování ap. Sebeuposuzování doplňuje rozhovor, pacient popisuje chování, myšlení, situace, v nichž se bolest objeví, a následky

**Obrázek 8.14.7:** Schéma KB rozhovoru (Raudenská, 2001)

Jméno:  
Věk:  
Datum vyšetření:  
Diagnóza k přijetí do Centra pro léčbu bolesti:  
Předchozí léčba:

**Bolest.**  
Co vás aktuálně bolí?  
Kde to bolí?  
Jaký charakter má bolest?  
Jak dlouho to bolí?  
Jak často to bolí?  
Kdy to nejvíce bolí? V jakých situacích? V čí přítomnosti?  
Má někdo z příbuzných podobné bolesti jako vy?  
Jak moc, jak silně to bolí teď (intenzita)?  
Kolikrát vás to bolelo v posledním týdnu a jak silně?  
Co bolesti zhoršuje?  
Co bolesti mírní?  
Kdyby bolest najednou zmizela, jak by to ovlivnilo život? Změnil by se nějak a v čem? Mělo by to pozitivní, nebo negativní důsledky?  
Jak na bolesti reaguje rodina, spolupracovníci, přátelé? Jak si problémy s bolestí vysvětlují? Pomáhají, chrání, kritizují, nebo si vás nevšímají?

**Následky bezprostřední:** Co děláte pro to, abyste bolesti zmírnil? Co dělají lékaři? Co dělá rodina? Jak se mění emoce? Na co myslíte? Jak se mění intenzita bolesti a tělesné projevy?

**Následky dlouhodobé:** Jak se bolest promítá do života? V čem vás bolest omezuje? Jak ovlivňuje bolest práci, rodinný život, intimní vztah, společenské vztahy, záliby? Co jste dříve dělal a teď jste kvůli bolesti musel přestat nebo omezil?

**Poslední událost.**  
Kdy to bolelo naposledy?  
– Jak jste se u toho cítil, co jste při tom prožíval?  
– Jaké tělesné pocity se při tom objevily, co jste cítil v těle?  
– Co vám u toho běželo hlavou, na co jste v tu chvíli myslel?  
– Co jste udělal proto to, aby bolesti byly mírnější?

**Osobní anamnéza a bolest.**  
Prodělal jste psychiatrickou léčbu?  
Kouříte? Pijete pravidelně alkohol?  
Jaká jste prodělal onemocnění, operace, úrazy?

**Pracovní anamnéza a bolest.**  
Jaký jste měl prospěch ve škole, jak jste se cítil v kolektivu?  
Nejvyšší vzdělání?  
Současné zaměstnání?  
V zaměstnání převládá sed-stoj, fyzicky namáhavá práce, psychická zátěž?  
Jste v plném (částečném) invalidním důchodu, nezaměstnaný, v pracovní neschopnosti?  
Pobíráte nějaké kompenzační dávky od zaměstnavatele? Sociální dávky?  
Co brání vrátit se do zaměstnání?

**Obrázek 8.14.7:** Schéma KB rozhovoru (Raudenská, 2001) – pokračování

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--|
| <p><b>Sociální anamnéza a bolest.</b><br/>         Jste svobodný, rozvedený, vdovec (jak dlouho)?<br/>         Děti (stáří, zaopatřenost)?<br/>         Kde bydlíte, jak je byt veliký, společná (rozdělená) domácnost?<br/>         Finanční, bytové, partnerské, sexuální či pracovní obtíže?<br/>         Jste spokojený s péčí lékařů, sester a jiného personálu?<br/>         Co očekáváte od léčby?<br/>         Plány do budoucna.</p> <p><b>Popis chování – pozorování.</b><br/>         1. cestou do ambulance<br/>         2. v ambulanci<br/>         3. na pokoji<br/>         mimika<br/>         motorika<br/>         vokalizace<br/>         verbalizace<br/>         účelové chování<br/>         stížnosti, spory, soud<br/>         komunikace bolestivým chováním s rodinou</p> |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |  |
| 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |  |

bolesti. U každého dílčího problému pacienta změříme, jak moc ho jednotlivé problémy trápí, jak často se dějí a jak narušují jeho život. Konkrétně změříme, jak moc bolest pacienta trápí (intenzita) a jak často ho to bolí (frekvence) a jak narušuje bolest jeho život v zaměstnání, v domácnosti, ve volném čase. Dotazníky a hodnotící škály užijeme na začátku terapie, dále ke zjištění změny v průběhu, při zakončení terapie a při katamnézách. Rozhovor s rodinou nebo zapojení rodiny do léčby, případně absolvování terapie s pacientem může pomoci posílit provádění jednotlivých technik KBT v domácím prostředí a u pacientů s chronickou bolestí se doporučuje. U úzkostných pacientů využijeme behaviorální experiment, konfrontujeme je s obávanou situací spojenou s bolestí přímo v ordinaci a požádáme je, aby popsali, co u toho cítí a na co myslí.

Na základě údajů získaných v KB vyšetření provedeme **behaviorální, kognitivní a funkční analýzu**. *Behaviorální analýza* analyzuje v rámci schématu A B C, čím je bolest vyvolávána (A), co se s pacientem při bolesti děje (B tělesné příznaky, emoce, kognitivní procesy a chování) a k jakým vede bezprostředním, dlouhodobým, pozitivním i negativním důsledkům (C). *Kognitivní analýza* zjišťuje, zda spouštěcím mechanismem problémů pacienta nejsou určité myšlenky. Chronickou bolest často doprovází deprese a úzkostné poruchy, u nichž jsou kognitivní procesy klíčové. Myšlenky, představy, očekávání, hodnocení situace s bolestí, sebe sama a budoucnosti tvoří vnitřní dialog, který může být spouštěčem bolesti, její součástí i následkem. Pacienti s chronickou bolestí si to uvědomují velmi zřídka. Vhodné je soustředit se na zjišťování kognitivních událostí (myšlenek a představ), kognitivních procesů (např. černobílé vidění „Nikdo mi s léčením bolesti doposud nepomohl, už

mi nikdo nepomůže!“) a schémat. Pomocí *funkční analýzy* se snažíme vysvětlit proč to pacienta bolí, proč bolest trvá, co, kdo a jak bolest posiluje, jak bolest zasahuje do běžného života, jak bolest ovlivňuje systém mezilidských vztahů. V rámci funkční analýzy je nutné zjistit, jaké dovednosti pacientovi chybí, aby dokázal problémy spojené s chronickou bolestí lépe zvládat a které dovednosti má a využívá.

**Tabulka 8.14.3:** Základní oblasti diagnostiky u pacientů s chronickou bolestí

#### 1. SENZORICKÁ ÚROVEŇ

Strukturovaný rozhovor (Raudenská, 2001)

##### **Intenzita bolesti**

Vizuální analogová škála (VAS) (Knotek a Žalský, 2001)

##### **Senzitivita k bolesti**

Turniketový test ischemické bolesti (Březáková, 1997)

Pain tester (Knotek et al., 1994)

Subjektivní škála senzitivity k bolesti (Raudenská, 2001)

##### **Lokalizace bolesti**

Mapy nebo volná kresba (Křivohlavý, 1992)

##### **Celková zkušenost s bolestí**

SF McGill Pain Questionnaire (Opavský, 1998)

#### 2. EMOČNÍ ÚROVEŇ

Vizuální analogová škála (Knotek a Žalský, 2001)

SF McGill Pain Questionnaire (Opavský, 1998)

Beckova subjektivní škála deprese (BDI) (Brno, 1999)

Dotazník na meranie úzkosti a úzkostlivosti (STAI) (Ruisel et al., 1980)

#### 3. CHOVÁNÍ

UAB Pain behaviour scale (Knotek a Žalský, 2002)

#### 4. KOGNITIVNÍ ÚROVEŇ

##### **Místo řízení (Pain control)**

Beliefs about Pain Control Questionnaire (Skevington, 1990)

##### **Vlastní výkonnost (Self-efficacy)**

Arthritis Self-Efficacy Scale (Lorig et al., 1989)

##### **Představy a názory o bolesti (Pain beliefs)**

Pain Beliefs and Perception Questionnaire (PBPI) (Knotek et al., 2001)

##### **Zvládání bolesti (Coping)**

Coping Strategies Questionnaire (CSQ) (Rosenstiel a Keef, 1983)

##### **Intelektové schopnosti**

Wechslerův test inteligence pro dospělé (WAIS-III) (Brno, 1999)

Ravenovy matrice (Bratislava, 1991)

##### **Vizuomotorika**

Trail Making Test, forma A, B (Brno, 1997)

##### **Pozornost**

Burdonova zkouška pozornosti (Bratislava, 1992)

##### **Paměť**

Wechslerova škála paměti (WMS-III) (Brno, 1999)

##### **Exekutivní funkce**

Verbální fluence (Preiss et al., 1998)

#### 5. OSOBNOST

Eysenck Personality Questionnaire (Eysenck a Eysenck, 1993)

MMPI Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Svoboda, 1992)

Projektivní testy

### 8.14.3.2 Hodnocení a měření, metody u chronické bolesti

Měření (užití sebesposuzovacích technik a dotazníků) je důležité pro posouzení efektu terapie. Pokud budeme pravidelně měřit, získáváme přesnější údaje o frekvenci, trvání a intenzitě bolesti a umožní nám to hodnotit léčbu a kontrolovat, zda léčba probíhá tak, jak byla zamýšlena. Např. pacient se strachem z bolesti nám sděluje, že cvičil každý den, ale ze záznamu cvičení zjistíme, že cvičí jen 3krát týdně. Příklad dotazníkových a sebesposuzovacích technik včetně pozorování ukazuje tabulka 8.14.3. Některé z metod jsou dostupné v českém jazyce, některé se užívají pouze v zahraničí.

Pro hodnocení intenzity a frekvence bolesti i měření afektivního vlivu se nejčastěji používá Vizuální analogová škála (Visual Analogue Scale-VAS) v dimenzích žádná bolest – největší možná bolest, jakou si dokáží představit (Knotek a Žalský, 2001, tabulka 8.14.3). Lokalizace bolesti má obvykle podobu otázky kde to bolí, vyvinuly se zde dva základní přístupy: mapy bolesti nebo verbální charakteristiky. V emoční úrovni se zaměřujeme na úroveň deprese a úzkosti, v kognitivní na představy o bolesti, místo řízení, vlastní výkonnost, zvládací dovednosti a další. Podrobně popisujeme bolestivé chování. Vyšetření kognitivních funkcí je vhodné vždy před zahájením KBT pro odlišení pacientů např. s demencí.

Petra se zlobila, že musí zapisovat 3krát denně intenzitu bolesti do deníku – záda ji bolí, to ví, tak proč to ještě musí psát? Nemá čas na takové zbytečnosti. Cítila se ještě hůř, když si uvědomila, jak moc ji to bolí. Ale zároveň si uvědomila, kolik času ji stálo bolest skrývat a jak to ovlivnilo její schopnost udělat něco pořádně a s potěšením. Nejenže přestala pracovat v kanceláři, ale i práce na zahradě už dávno stojí, dokonce se obtížně zvedá ze židle i s pomocí francouzských holí. Dům není tak uklizený, jako býval. Je často nazlobená na muže a děti. Přátele už vůbec nevidí, už se ani nesnaží chodit ven. Petra si na základě deníku uvědomila, jak se snažila všechno zvládnout i s bolestmi jako dřív a potom, v noci, měla velké bolesti. Záda ji bolela, už když se ráno probudila, ale během dne se bolest výrazně stupňovala. Po nějaké době zapisování intenzity bolesti si Petra dále uvědomila, že jí to umožnilo dozvědět se více o vztahu bolesti a druhu práce, kterou dělala a jak ji dělala, v jaké poloze a jak se u toho cítila a na co myslela (Caudill, 1995).

### 8.14.3.3 Problémy a cíle u chronické bolesti

Na závěr vyšetření, po provedení behaviorální, kognitivní a funkční analýzy, vytvoříme formulaci a definici problému. Obsahuje vysvětlení, jak bolest vznikla, jak se vyvíjela, včetně predisponujících faktorů. Dále zahrnuje popis bolesti i faktory, které bolest spouštějí a udržují (důsledky), jak se navzájem ovlivňují a vytvářejí bludný kruh v konkrétní situaci pacienta (Možný a Praško, 1999). Pokud pacient souhlasí s formulací vzniku a udržování bolesti, definujeme dílčí problémy, na které se v terapii zaměříme.

Definice problému u pacientů s chronickou bolestí je např.: Mám strach sedět, protože se obávám, že to bude bolet, takže nejsem schopna sedět déle než 3 minuty na polstrované židli s opěrkou, nemohu tedy sedět v čekárně u lékaře, v divadle, v kině, restauraci, ani jet tramvají ap.

**Stanovení cílů** vyplývá přímo z definice problému. Nejdříve je pacientovi nutné vysvětlit, co může od terapie očekávat, co by chtěl na konci terapie zvládnout a teď mu nejde. Cíle musí být dosažitelné, realistické a žádoucí. To, že se v terapii pacient naučí problémy s chronickou bolestí zvládat, neznamená, že bolest z jeho života zmizí – bude muset být stále aktivní a často překonávat bolest, nepohodu a napětí s bolestí spojené. Cíl by měl být formulovaný pozitivně, měl by být praktický, konkrétní se stanovením frekvence. Při vytvoření cíle terapie změříme, jak je aktuálně pacient schopen cíle dosahovat.

Příklady formulace cílů: Na konci terapie budu schopna ujít 5krát denně 1000 metrů, budu schopna cvičit denně sestavu rehabilitačních posilovacích a protahovacích cviků, budu schopna sedět na židli 20 minut 3krát denně.

Cíl Petry byl jasný: cítit se méně vystresovaná z bolestí během 4 týdnů. To vypadalo rozumně, ale co to vlastně znamená „Cítit se méně vystresovaná z bolestí“? Je tento cíl měřitelný? Co pro ni konkrétně znamená? Petra se zamyslela a zjistila, že to znamená cítit stálé napětí na krku a zádech. Chtěla umět zvládnout toto napětí. Jestliže by to dokázala, dokáže třeba zvládnout i bolesti zad. Přepsala si cíl a hledala způsoby, jak ho dosáhnout.

**Cíl:** Zmírnit bolesti zvládnutím tenze na zádech a krku.

Kroky k dosažení:

A. Plavat 3krát týdně 15 minut.

B. Opakovaně dodržovat přestávky u práce s PC (každou hodinu 5 minut).

C. Relaxovat 1krát denně (autogenní trénink 15 minut).

#### 8.14.3.4 Léčebné intervence u chronické bolesti

V roce 1961 bylo založeno první Centrum pro léčbu bolesti v USA, v České republice v roce 1976. Od 70. let 20. století se v léčbě bolesti začaly užívat behaviorální techniky (relaxace, systematická desenzibilizace, nácvik asertivity a sociálních dovedností), později, počátkem 90. let, začala být začleňována kognitivní terapie. Současná KBT kombinuje přístupy kognitivní i behaviorální, je zdůrazňován model zvládání problémů a situací spojených s bolestí (pain coping skills model). Cílem KBT v léčbě chronické bolesti je naučit pacienta určit, sledovat a měnit negativní myšlenky, představy, emoce a chování a pomoci mu aplikovat naučené KB techniky při řešení životních problémů včetně bolesti. Je nutné odstranit s pacientem všechny překážky, které by mohly znemožnit praktikovat techniky KBT.

Cíle multidisciplinární léčby v CLB, jíž je KBT součástí, se terapeuticky zaměřují na všechny složky chronické bolesti: diagnostikovat a léčit doposud nevyřešené somatické obtíže pacienta, snížit medikaci, zvýšit kondici postupným zvýšením fyzické aktivity, ovlivnit bolestivé chování, naučit zvládací dovednosti, zmírnit depresi, identifikovat pracovní možnosti pacienta, edukovat ho o bolesti, najít realistické cíle léčby, zlepšit spánek a komunikační schopnosti, naučit řešit problémy ap. (Březáková, 1998, Raudenská a Javůrková, 2002). Multidisciplinární program léčby bolesti v americkém Seattlu a ve FN Bulovka v Praze ukazuje obrázek 8.14.8.

**Obrázek 8.14.8:** Strukturovaný celostní program, Centrum pro léčbu bolesti, University of Washington, Seattle, USA (Loeser a Turk, 2001)

*Pondělí–Pátek*

8:00–8:25 Strečink

8:35–10:35 Rehabilitační terapie

10:45–11:15 Copingové dovednosti

11:15–11:45 Relaxace

12:00–12:30 Oběd

12:15–12:55 Vizita s týmem

12:30–12:55 Individuální relaxace

13:00–13:50 Edukace lékařem

14:00–14:55 Rehabilitační terapie

15:00–15:50 Edukace psychologem

16:00–16:55 Rehabilitační terapie

*Sobota*

8:30–9:30 Rehabilitační terapie

9:30–10:30 Pracovní terapie

10:30–11:00 Strečink

**Strukturovaný program, Centrum pro léčbu bolesti, FN Bulovka, Praha**

(Raudenská a Javůrková, 2002)

*Úterý*

9:00–9:30 Rehabilitace, stupňování aktivity

9:30–10:00 Edukace, kognitivní restrukturalizace, zvládací dovednosti

10:00–10:30 Relaxace

10:30–11:00 Přestávka

11:00–11:30 Škola zad – edukace

11:30–12:00 Strečink

12:00–12:30 Přestávka

12:30–14:00 Individuální psychoterapie nebo rehabilitace

Pacienta vhodného ke KBT je nutné na terapii připravit a podrobně mu vysvětlit užití KB technik při zvládání chronické bolesti. Např. stres, vyplývající z omezení způsobených bolestí, se může podílet na zvýšeném svalovém spazmu, který zpětně ovlivňuje intenzitu bolesti. To je srozumitelné vysvětlení smyslu užití relaxačních technik. Chronická bolest může být spojena se vztekem nebo úzkostí, které také mohou zvyšovat svalový spasmus a bolest. Existence vztahu stres-svalový spasmus-úzkost-vztek-anxieta-větší intenzita bolesti jednoduše neznamená, že příčina bolesti je stres nebo tenze, ale že tento proces zvyšuje intenzitu bolesti a utrpení. Pacientovi vysvětlíme na jeho příkladu, že chronická bolest negativně ovlivňuje pracovní výkonnost, partnerský a rodinný život a aktivity ve volném čase a tyto změny mohou usnadnit vývoj deprese, úzkosti a snížit schopnost tolerovat bolest. Je užitečné vysvětlit pacientovi vrátkovou teorii bolesti, pacient by měl pochopit, že bolest je subjektivní zkušenost ovlivněná emocemi, myšlenkami, chováním a prostředím.



V léčbě chronické bolesti se používají dva základní přístupy: 1. kognitivní restrukturalizace a 2. nácvik dovedností pro zvládání bolesti a stresu (Turner a Romano, 2001).

**1. Kognitivní restrukturalizace.** Pokud má pacient s chronickou bolestí tendenci k automatickým negativním myšlenkám (ANM) („Ta bolest je strašná a nikdy to nebude lepší!“), bude mít prospěch z kognitivní restrukturalizace. Při iracionálním myšlení a vyhodnocení bolesti má jedinec větší tendenci k negativnímu sebepojetí, negativnímu pohledu na svět a na budoucnost, což vede k pocitům beznaděje, bezmoci a cestou bludného kruhu ke zhoršování příznaků. Vysvětlíme pacientovi, že emoční reakce na bolest jsou ovlivňovány jeho myšlením. ANM mohou být přímou reakcí na zvýšení intenzity bolesti: „Něco je špatně, něco špatného se se mnou děje.“ „Bolest zase skončí hospitalizací a operací.“ Když pacient pochopí vztah mezi myšlenkami a emocemi, naučí se identifikovat ANM, hodnotit je a nacházet alternativní, tzv. rozumné odpovědi, což vede k ovlivnění emoční, behaviorální i fyziologické složky bolesti (obrázek 8.14.9).

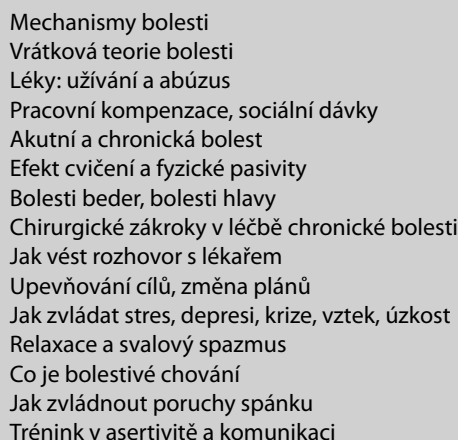
**Obrázek 8.14.9:** Náhrada automatických negativních myšlenek (ANM) alternativními myšlenkami (Turner a Romano, 2001)

| Situace                | ANM                                                                                                                 | Tělesná reakce         | Pocity                                  | Alternativní myšlenky                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Po chůzi to více bolí. | Něco je špatně a lékař to nenašel.<br>„Skončím na vozíku.“<br>„Nechápu, proč lékař můj problém nenajde a nevyřeší.“ | Zvýšená svalová tenze. | Anxieta<br>Obavy<br>Frustrace<br>Strach | „Moc jsem chodil. Budu si pamatovat, že musím aktivitu stupňovat.“<br>„Lékař mi řekl, že mohu očekávat bolest, jakmile začnu více cvičit, ale pomalu to bude lepší.“<br>„Mám dobrého lékaře, není tu důkaz, že mám rakovinu nebo jinou nemoc.“<br>„Nejsou tu žádné důkazy, že skončím na vozíku. Cvičím každý den, abych byl výkonnější, silnější a aktivnější.“ |
| Probuzení s bolestí.   | „To bude zase hrozný den!“<br>„Nebudu zase schopný dnes nic udělat. Musím zůstat v posteli.“                        | Tenze<br>Únava         | Vztek<br>Deprese                        | „To není jisté. Už se mi stalo, že se bolest snížila, když jsem vstal a začal něco dělat.“<br>„Začnu dělat méně náročné úkoly a uvidím, zda mohu udělat víc.“<br>„Když vstanu, budu se cítit lépe.“                                                                                                                                                              |

**2. Zvládání bolesti a stresu** pomáhá pacientovi vytvořit repertoár dovedností k efektivnímu zvládání. Patří sem edukace, sebeinstruktáž, relaxace, stupňování aktivity, expozice, řešení problémů a další.

**Edukace** lékařem, sestrou, psychologem i fyzioterapeutem je většinou součástí komplexního plánu (Williams a Harding, 1995). Začíná tématy o diagnózách, které jsou s chronickou bolestí spojeny (bolesti zad, artritida, komplexní regionální bolestivý syndrom, orofaciální bolest, bolesti hlavy atd.), dále se věnuje příčinám vzniku bolesti, úloze diagnostických a léčebných přístupů, vysvětlením biopsychosociálního modelu chronické bolesti (emoční a kognitivní faktory při vzniku a udržování bolesti), vztahu mezi stresem, tenzí a bolestí. Vede k lepšímu pochopení vlastních problémů s chronickou bolestí. Edukační témata jsou na obrázku 8.14.10.

**Obrázek 8.14.10:** Edukační témata (Loeser a Turk, 2001)



Mechanismy bolesti  
Vrátková teorie bolesti  
Léky: užívání a abúzus  
Pracovní kompenzace, sociální dávky  
Akutní a chronická bolest  
Efekt cvičení a fyzické pasivity  
Bolesti beder, bolesti hlavy  
Chirurgické zákroky v léčbě chronické bolesti  
Jak vést rozhovor s lékařem  
Upevňování cílů, změna plánů  
Jak zvládat stres, depresi, krize, vztek, úzkost  
Relaxace a svalový spazmus  
Co je bolestivé chování  
Jak zvládnout poruchy spánku  
Trénink v asertivitě a komunikaci

**Adaptivní pozitivní sebeinstruktáž** znamená zvládnutí zvýšené bolesti nebo stresu adaptivními myšlenkami, např.: „Já se s tím vyrovnám!“, „Zaměř se na uvolnění!“, „Tenze je tady k tomu, abych užil své zvládací dovednosti!“, „To nepotrvá dlouho, uklidni se, to zvládneš!“. Pacientovi je sděleno, že úzkost a tenze mohou zvyšovat bolest i zaměření pozornosti na bolest a že úroveň úzkosti je ovlivněna tím, jak člověk nepříjemnou zkušenost s bolestí v té chvíli hodnotí, např.: „Zvládnuto?“, „To je hrozné, tu bolest nemohu vydržet!“. Snižit úzkost a tenzi je možné i náhradou myšlenek. Sebeinstruktáž je užitečná ve všech fázích zvládání bolesti: 1. v přípravě na bolest: „Mysli na to, co můžeš udělat, obavy a strachování snížit bolest nepomohou!“, 2. při konfrontaci nepříjemných pocitů: „Mohu myslet na něco příjemnějšího, než je bolest!“, 3. fáze zahrnuje zvládnutí intenzivní bolesti: „Zaměř se na techniku zvládání bolesti. Mohu zvládnout každou bolest se správným dýcháním a relaxací. Zvládnuto, dostanu se z toho!“, 4. v závěrečné fázi se sebeinstruktáž používá při bilancování: „Zvládl jsem to dobře!“

**Relaxace a imaginace.** Pacienti, kteří reagují na stres zvýšenou anxiétou, svalovou tensí a bolestí, mohou mít prospěch z relaxace. Pravidelnou relaxací může pacient dosáhnout snížení stresu, tenze a bolesti, odvracení pozornosti od bolesti a zlepšení spánku, který je bolestí narušen.

Petra byla jednou v noci doma sama. Vzbudila se bolestmi a šla se napít. Najednou dole v pokoji něco prasklo, jako by tam někdo byl. Její tělo se připravilo k boji: srdce jí začalo bít jako o závod, svaly na zádech se stáhly, záda začala ještě více bolet, nemohla dýchat a cítila hroznou úzkost. Po nějaké době pomalu sešla dolů po schodech, třásla se a pozorně naslouchala dalším zvukům, nakonec se strachem vedle do pokoje nakoukla... a uviděla jejich kočku, která rozbila vázu. Během několika minut srdce začalo pracovat normálně, mohla dýchat, napětí v zádech i bolest povolily.

**Zvyšování aktivity.** Do předem připravených formulářů si pacient zapisuje všechny aktivity (tím se zpochybňuje přesvědčení, že „nedělá nic, že s bolestí nic nezvládne“), současně zapisuje, jakou měl náladu a jak ho aktivita těšila. Dalším krokem je plánování činnosti na další den a postupné zařazování činností, které ho tolik netěší. To mění myšlenky „Nejsem s tou bolestí k ničemu!“ „Nic s tou bolestí nezvládnou!“. U pacientů s chronickou bolestí se postupné zvyšování aktivity kombinuje s rehabilitací, využívají se posilovací a protahovací cvičení, postupně se cvičení stupňuje, tím se zároveň užívá expozice. Za zvládnutí každého kroku se pacient odmění, odměnu si zaznamená (obrázek 8.14.11).

**Obrázek 8.14.11:** Stupňování aktivity pomocí rehabilitace (posilovací a protahovací cvičení) (Pain Management Unit, St Thomas' Hospital, London)

|                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                      |                                                                                       |                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Chůze                                                                               | Stoj-sed                                                                            | Schody                                                                              | Rotoped                                                                             | Protahování<br>DK                                                                   | Unožení<br>DK                                                                       | Nadzvedávání                                                                        | Sed-leh                                                                             | Posilování<br>HK                                                                    | Vysunování<br>pánve                                                                 | Brada<br>vpřed                                                                      | Kroužky                                                                             |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                      |                                                                                       |                                                                                       |
| MINULÝ<br>TÝDEN                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                      |                                                                                       |                                                                                       |
| STUPŇOVÁNÍ                                                                          |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                      |                                                                                       |                                                                                       |
| PO                                                                                  |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                      |                                                                                       |                                                                                       |
| ÚT                                                                                  |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                      |                                                                                       |                                                                                       |
| STR                                                                                 |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                      |                                                                                       |                                                                                       |
| ČT                                                                                  |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                      |                                                                                       |                                                                                       |
| PÁ                                                                                  |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                      |                                                                                       |                                                                                       |
| SO-PÁ                                                                               |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                      |                                                                                       |                                                                                       |
| NE-PÁ                                                                               |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                      |                                                                                       |                                                                                       |
| NEZAPOMEŇ CVIČIT KAŽDÝ DEN                                                          |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                      |                                                                                       |                                                                                       |
| JMÉNO _____                                                                         |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                      |                                                                                       |                                                                                       |

Petra si na základě rozhovoru o aktivitách uvědomila, že může vydržet pro bolesti stát u dřezu a umývat nádobí jen 5 minut. A potom si musí sednout. Nastavila si budík na 5 minut, aby věděla dobu, kdy 5 minut při mytí nádobí již uběhlo. Potom si dala přestávku 5 minut. Zjistila, že při sezení je schopna mýt nádobí po dobu 10 minut. Začala si dobu, po jakou určité činnosti zvládá do bolesti, zapisovat. Nejdříve to rodina nechápala, co že to vlastně dělá? Manžel se vždycky snažil po ní nádobí domýt, když viděl, že si sedá. Vysvětlila rodině, že způsob, jakým nádobí myje, tj. s přestávkami, jí pomůže bolesti zvládnout, a že pro ni neplatí pravidla jako pro ostatní, tj. umýt nádobí najednou. Ona potřebuje svoji aktivitu stupňovat.

**Expozice.** Pacienti mají často iracionální strach ze situací a aktivit spojených s bolestí, např. předklonit se u stolu, zavázat si boty, sedět u televize, mají strach pracovat na zahradě, jít na vycházku se psem, začít znovu pracovat nebo podstoupit rehabilitaci. Bojí se, že si nepřiměřeným pohybem „něco udělají a potom budou muset zase na operaci“, nebo že „bolest bude zase vyšší intenzity“, a tak se raději činnosti vyhnou. Ke snížení strachu z bolesti a pohybu je nejvhodnější *expozice in vivo*. Nejdříve změníme strach, zjistíme, ve kterých situacích se objevuje, vysvětlíme, jak strach vzniká, jak se projevuje v oblasti somatické, kognitivní i behaviorální. Soustředíme se na konkrétní problém pacienta v souvislosti s bolestí: např. strach z vycházky se psem, z jízdy na kole, předklonu, rehabilitačního cvičení atd. S pacientem sestavíme obávané situace v hierarchii od nejjednodušší po nejnáročnější, pomocí expozice stupňujeme náročnost. Pacient si sám stanoví cíl terapie, korigovaný terapeutem, např. chodit se psem v parku každý den ve 3 hodiny deset minut bez obav z bolesti, dokázat se u toho bavit s ostatními lidmi, usmívat se a mít dobrou náladu atd.

Pacienti s chronickou bolestí budou mít prospěch z léčby úzkosti (Raudenská a Javůrková, 2003). Můžeme úmyslně provokovat symptomy úzkosti a následně naučit pacienta relaxovat: tak zjistí, že důsledky, kterých se obává („Bolí mě u srdce, tedy umřu!“, „Bolí mě záda, už se z toho nedostanu, budu mrzák!“ „Z té bolesti se zblázním, omdlím!“) nenásledují. Postupně můžeme vyvolávat polohy, situace nebo chování, které u pacienta provokují větší intenzitu, a pomocí dalších technik, např. kognitivní restrukturalizací nebo sebeinstruktáží, úzkost snižovat. To by se mělo provádět za pomoci rehabilitačního lékaře nebo fyzioterapeuta, abychom vyvoláváním náročnějšího pohybu nezpůsobili poškození. Snížení úzkosti bude u pacientů s chronickou bolestí spojeno se snížením tendence katastroficky interpretovat somatické symptomy a umožní jim efektivně rehabilitovat.

**Strukturované řešení problémů.** Některé problémy, např. partnerské a pracovní, finanční nebo neschopnost uspořádat si čas, se objevily již před rozvojem bolesti a mohly se spolupodílet na jejím rozvoji, některé vznikly jako důsledek, např. ztráta zaměstnání. Řešení problémů se skládá z určení a popisu problémů, zvolení problému, který chce pacient řešit, nalezení co největšího množství řešení problému („brainstorming“), zhodnocení výhod a nevýhod jednotlivých řešení, zvolení řešení, uskutečnění a zhodnocení řešení. Zlepšení schopnosti řešit problémy vede ke snížení celkové hladiny úzkosti.

### 8.14.3.5 Problémy v léčbě

**Dodržování domácích úkolů.** Bylo zjištěno, že pacienti, kteří frekventovaně užívají techniky KBT, mají nejlepší výsledky v dlouhodobém sledování.

**Příprava pacienta na relaps** (zvýšení intenzity bolesti nebo deprese). Pacienti mají v počátku terapie často nerealistické očekávání na doživotní zbavení se bolesti, ale zvýšení bolesti nebo deprese se může objevit během i po skončení léčby. Nerealistické očekávání „Bolest se už neobjeví!“ může vést ke zklamání, pesimistické „Já se té bolesti už nikdy nezbavím!“ vede k depresi. Proto je nutné identifikovat všechno chování, emoce, myšlenky a fyziologické reakce ovlivňující zvýšení bolesti a vysvětlit, že ačkoliv jsou pochopitelné, nejsou to strategie, které bolest pomohou zvládnout. Terapeut a pacient vypracují tzv. červené praporky, tj. situace, které byly v minulosti spojeny se zvýšenou intenzitou bolesti nebo stresem. Adaptivní zvládání obsahuje dvě části: přípravu na zvýšenou intenzitu bolesti a strategie užívané v době zvýšené bolesti. Jak tedy pacienta připravit na překonání relapsu? 1. Nejříve je nutné zaměřit pozornost na něco jiného než na bolest, 2. zůstat klidný, užít relaxaci, 3. přehrát si všechny situace a aktivity, které v minulosti vedly ke snížení bolesti, 4. sestavit si plán pro zvládání bolesti.

**Terapeut.** K úspěchu terapie je nezbytná i terapeutova empatie, respektování pacienta a pozornost zaměřená na pacientovy cíle a potřeby.

### 8.14.4 KBT a psychofarmakoterapie u chronické bolesti

Bolest i deprese jsou výsledkem společného působení stresu na organismus (Rokytá, 1999). Stresory působí v organismu psycho-neuro-endokrino-imunologicky, výsledkem mohou být různá onemocnění, např. bolest i deprese. Jsou doprovázeny změnami enkefalinů, endorfinů, serotoninu, substance P, aminů a dalších. Shodně se při bolesti i depresi zvyšuje serotonin, snižuje noradrenalin, při depresi se navíc snižují monoaminy a dopamin. Proto farmakologická léčba antidepresiv u bolesti a deprese může být shodná. Antidepresiva působí analgeticky nejen u depresivních pacientů s chronickou bolestí, ale i u nedeprativních pacientů, u kterých stačí podat poloviční dávky antidepresiv.

### 8.14.5 Návrh doporučení k léčbě

Prospěch z léčby KBT budou mít pacienti s chronickou bolestí, kteří v důsledku bolesti výrazně omezili pohyb, nejsou schopni vykonávat zaměstnání, domácí práce, zájmy; mají potíže v mezilidských vztazích na pracovišti nebo doma; vykazují zvýšený stres a alteraci psychického stavu ve smyslu deprese a anxiety; nadměrně užívají opioidy, hypnotika nebo jinou farmakoterapii; nevědí, jak chronickou bolest a obtíže s ní spojené zvládnout.

Pacientům jsou dány jasné normy chování pro účast v KBT: nezneužívat alkohol nebo léky, včasná docházka, minimalizace bolestivého chování ap. Pro skupi-

nové užití KBT je vhodné pacienty rozdělit podle diagnóz, např. low back pain, bolesti hlavy, také onkologičtí pacienti s bolestí by měli tvořit samostatnou skupinu. Terapie musí zohledňovat fakt, že někteří pacienti mají omezenou toleranci sezení, jedna lekce by neměla přesahovat 50–60 minut. V průběhu terapie by mělo být možné změnit polohu nebo způsob sezení (židle, míč, žíněnka). Terapeut by neměl tolerovat dramatické bolestivé chování, jako je leh na zemi nebo sténání.

Nevhodný pro KBT v léčbě bolesti (podle Tunks a Merskey, 2001) je takový pacient, který odmítá v rámci léčby bolesti akceptovat principy KBT (domácí úkoly, záznamy, deníky atd.), trvá na nerealistickém cíli terapie nebo je jeho motivace velmi nízká. Kontraindikací jsou pacienti se závažnou duševní poruchou (těžká deprese, psychóza, demence) nebo pacienti, kteří jsou zvýšeně paranoidní, mají hraniční osobnostní rysy (sebepoškozování, disociace, zkruslování) nebo asociální rysy: ti mohou být problémem pro skupinu KBT. Zvážit užití KBT by se mělo i u pacienta, který již tuto terapii absolvoval, ale bez úspěchu.

## 8.14.6 Literatura

1. ASMUNDSON, G., NORTON, P. NORTON, G.: *Beyond Pain: The Role of Fear and Avoidance in Chronicity*. Clinical Psychology Review 1999, č. 1, s. 97–119.
2. BANDURA, A.: *Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change*. Psychological Review, 1977, č. 84, s. 191–215.
3. Beckova subjektivní škála deprese (BDI). Brno: Psychodiagnostika, 1999.
4. BŘEZÁKOVÁ, J.: *Turniketový test ischemické bolesti*. Rehabilitace a fyzikální lékařství, 1997, č. 1, s. 22–5.
5. BŘEZÁKOVÁ, J.: *Odborná stáž v Input Pain Management Unit St. Thomas' Hospital London*. Bolest 1998, č. 2, s. 52–3.
6. Burdonova zkouška pozornosti. Bratislava: Psychodiagnostika, 1992.
7. CAUDILL, M.: *Managing Pain before It Manages You*. New York: Guilford Press, 1995.
8. ECCLESTON, CH.: *Role of psychology in pain management*. British Journal of Anaesthesia 2001, č. 87, s. 144–152.
9. ECCLESTON, CH., MORELY, S., WILLIAMS, A.: *Systematic review of randomised controlled trials of psychological therapy for chronic pain in children and adolescents, with a subset meta analysis of pain relief*. Pain, 2002, č. 99, s. 157–165.
10. ESTLANDER, A.: *Assessment of Cognitive Variables and Depression in Patients with Chronic Pain*. In: Campbell, J. (ed.): Pain, 1996, Updated Review. Seattle: IASP Press, 1996, s. 505–512.
11. EYSENCK, H., EYSENCK, G.: *Eysenckovy osobnostní dotazníky*. Bratislava: Psychodiagnostika, 1993.
12. FROMBACH, I., ASMUNDSON, G., COX, B.: *Confirmatory factor analysis of the fear: Questionnaire in injured workers with chronic pain*. Depression and Anxiety, 1999, č. 9, s. 117–121.
13. GEISSER, M., ROTH, R., THEISEN, M. et al: *Negative Affect, Self-Report of Depressive Symptoms and Clinical Depression: Relation to the Experience of Chronic Pain*. The Clinical Journal of Pain, 2000, č. 16, s. 110–120.

14. HÖSCHL, C.: *Bolest a deprese*. Bolest, 1999, č. 3, s. 113–5.
15. KEEFE, J.: *Cognitive-Behavioral Approaches to Assessing Pain and Pain Behavior*. In: Campbell, J. (ed.): *Pain*, 1996, Updated Review. Seattle: IASP Press, 1996, s. 517–521.
16. KERNS, R., OTIS, J., MARCUS, K.: *Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Pain in the Elderly*. *Pain Management in the Elderly*, 2001, č. 17: 3, s. 503–523.
17. KNOTEK, P. et al: *Bolest: Psychosociální problémy a léčba*. Praha: SSLB a UPSA Laboratories, 1994.
18. KNOTEK, P., ŽALSKÝ, M.: *Vizuální analogové škály pro měření bolesti a psychologickou diagnostiku pacientů s chronickou bolestí*. Bolest, 2001, č. 4: 2, s. 96–103.
19. KNOTEK, P., ŽALSKÝ, M.: *Škála bolestivého chování*. Bolest, 2001, č. 4: 2, s. 117–122.
19. KNOTEK, P., WILLIAMS, D., BLAHUŠ, D.: *Dotazník názorů na bolest a percepce bolesti: česká verze*. Bolest, 2001, č. 4: 3, s. 164–169.
20. KŘIVOHLAVÝ, J.: *Bolest: Její diagnostika a psychoterapie*. Brno: IPVZ, 1992.
21. LOESER, J., TURK, D.: *Multidisciplinary Pain Management*. In: Loeser, J. (ed.): *Bonica's Management of Pain*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2001, s. 2067–2079.
22. LORIG, K., CHASTAIN, R., UNG, E.: *Development and evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with arthritis*. *Arthritis and Rheumatism*, 1989, č. 32, s. 37–44.
23. MAREŠ, J.: *Strach z bolesti: teorie a empirické výzkumy*. Bolest, 2002, č. 5, s. 1: 17–27.
24. MAREŠ, J. et al: *Dítě a bolest*. Praha: Grada, 1997.
25. MAIN, CH., KEEFE, F., ROLLMAN, G.: *Psychological Assessment and Treatment of the Pain Patient*. In: Giamberardino E. (ed.): *Pain – an updated review*. Seattle: IASP Press, 2002, s. 281–301.
26. MCCracken, L., GROSS, R., ECCLESTON, CH.: *Multimethod assessment of treatment process in chronic low back pain: comparison of reported pain-related anxiety with directly measured physical capacity*. *Behaviour Research and Therapy*, 2002, č. 40, s. 585–594.
27. MOŽNÝ, P., PRAŠKO, J.: *Kognitivně behaviorální terapie: Úvod do teorie a praxe*. Praha: Triton, 1999.
28. OPAVSKÝ, J.: *Základní dotazníkové a popisné metody pro hodnocení bolesti v klinické praxi*. Bolest, 1998, č. 1, s. 64–7.
29. PAPEŽOVÁ, H.: *Psychiatricko-psychologické aspekty bolesti*. In: Kozák, J., Papežová, H. (eds.): *Kapitoly z léčby bolesti*. Praha: Maxdorf, 2002, s. 36–49.
30. PREISS, M. et al: *Klinická neuropsychologie*. Praha: Grada, 1998.
31. RAUDENSKÁ, J.: *Psychologická diagnostika u pacientů s kontinuálním epidurálním analgetickým blokem*. Bolest, 2001, č. 4: 2, s. 104–111.
32. RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A.: *Možnosti kognitivně behaviorální terapie v léčbě somatických onemocnění (model chronické bolesti u pacientů s kognitivními poruchami)*. Bolest, 2001, č. 5: 3, s. 164–7.
33. RAUDENSKÁ, J.: *Zpráva z výročního kongresu Německé společnosti pro léčbu bolesti v Cáchách 25.–29. 9. 2002*. Bolest, 2003, č. 1, s. 62–4.

34. RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A.: *Deprese a úzkostné poruchy u pacientů s chronickou bolestí*. Bolest 2003, č. 1, s. 8–16.
35. Ravenovy matrice., Bratislava: Psychodiagnostika, 1991.
36. REILLY, J., BAKER, G., RHODES, J. et al: *The Association of Sexual and Physical Abuse with Somatization: Characteristics of Patients Presenting with Irritable Bowel Syndrome and Non-epileptic Attack Disorder*. Psychol. Med., 1999, č. 29, s. 399–406.
37. ROKYTA, R.: *Bolest a její patofyziologie*. Psychiatrie., 1998, č. 2, s. 103–7.
38. ROKYTA, R.: *Bolest a deprese*. Bolest, 1999, č. 3, s. 112.
39. ROSENSTIEL, A., KEEF, J.: *The use of coping strategies in low-back pain patients: Relationship to patients characteristics and current adjustment*. Pain, 1983, č. 17, s. 33–40.
40. RUDY, E., KERNS, D., TURK, D.: *Chronic Pain and Depression: Toward a Cognitive-behavioral Mediation Model*. Pain, 1988, č. 35, s. 129–140.
41. RUISEL, I. et al: *Dotazník na meranie úzkosti a úzkostlivosti*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, 1980.
42. SHARP, T.: *Chronic pain: a reformulation of the CB model*. Behaviour Research and Therapy, 2001, č. 39, s. 787–800.
43. SKEVINGTON, S.: *Standardised scale to measure beliefs about controlling pain (BPCQ): a preliminary study*. Psychology and Health, 1990, č. 4, s. 221–232.
44. SULLIVAN, M., TURK, D.: *Psychiatric Illness, Depression and Psychogenic Pain*. In: Loeser, J. (ed.): *Bonica's Management of Pain*. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2001, s. 484–450.
45. SVOBODA, M.: *Metody psychologické diagnostiky dospělých*. Praha: CAPA, 1992.
46. Trail Making Test, forma A, B. Brno: Psychodiagnostika, 1997.
47. TUNKS, E., MERSKEY, H.: *Psychotherapy in the Management of Chronic Pain*. In: Loeser, J. (ed.): *Bonica's Management of Pain*. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2001, s. 1789–1795.
48. TURNER, J., ROMANO, J.: *Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Pain*. In: Loeser, J. (ed.): *Bonica's Management of Pain*. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2001, s. 1751–1758.
49. VLAYEN, J., KOLE-SNIJDERS, A., BOEREN, A. et al.: *Fear of movement (re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance*. Pain, 1995, č. 62, s. 363–372.
50. Wechslerova škála paměti (WMS III.). Brno: Psychodiagnostika, 1999.
51. Wechslerův test inteligence pro dospělé (WAIS-III.). Brno: Psychodiagnostika, 1999.
52. WILSON, K., MIKAIL, F., D'EON, J. et al.: *Alternative Diagnostic Criteria for Major Depressive Disorder in Patients with Chronic Pain*. Pain, 2001, č. 91, s. 227–234.
53. WILLIAMS, A.: *Psychological Techniques in the Management of Pain*. In: Thomas, N. (ed.): *Pain: Its Nature and Management*. London: Bailliere Tindall, 1997, s. 88–93.
54. WILLIAMS, A., HARDING, V.: *Applying Psychology to Enhance Physiotherapy Outcome*. Physiotherapy Theory and Practice, 1995, č. 11, s. 129–132.



# 9

## Závěr

Tato kniha přináší jednotlivé kognitivně behaviorální postupy pro řadu psychických poruch. Doufáme, že se nám podařilo popsat základní kognitivně behaviorální přístupy v širokém moderním spektru. Určitě jsme se však řady aspektů moderních kognitivně behaviorálních přístupů nedotkli. V jednotlivých kapitolách jsme se snažili vybrat moderní přístupy s důrazem na ty, se kterými máme sami nejvíce zkušeností. Neuvedli jsme také všechny poruchy, kterými se dnes KBT zabývá (chybí např. autismus, ADHD u dospělých, mentální retardace, disociativní poruchy, poruchy osobnosti a další), nicméně rozsah publikace byl už tak obrovský, že nebylo možné ho dále rozšiřovat. Většina poruch, které jsme neuvedli, by zasloužila samostatnou publikaci, což se nám už v případě poruch osobnosti povedlo před 2 lety.

Na závěr této knihy uvedeme **11 vodítek pro provádění psychoterapie**, jak je zformuloval jeden z významných průkopníků behaviorální terapie F. Kanfer. Věříme, že pokud se jimi budete ve své práci řídit, bude vaše práce s klienty úspěšnější a vy budete mít ze své práce větší uspokojení.

1. Neočekávejte nikdy od klienta, že bude jednat proti svým zájmům (tj. berte v úvahu zisky, které má ze svého současného stavu, a možné ztráty z jeho změny).
2. Ve svém uvažování se zaměřte na řešení problémů a na budoucnost, na přednosti klienta, na jeho konkrétní chování, na faktory, které tomuto chování předcházejí, a následky tohoto chování.
3. Terapeut je jen dobře vycvičený odborník. Není to Bůh, aby přebíral odpovědnost za klientův život.
4. Neřežte větev, na níž klient sedí, předtím, než mu přistavíte žebřík (tj. neusilujte o odstranění určitého chování, dokud se klient nenaučí chovat jinak).
5. Klient má vždycky pravdu (tj. klient má právo učinit rozhodnutí i ve svůj neprospěch. Také to znamená, že pociťuje-li klient jako svůj nejnaléhavější problém určitý tělesný příznak, nemá smysl mu vnucovat, že je pro něj hlavní, aby se např. smířil s manželkou).
6. Dokud jste příznak neviděli, nemůžete vědět, co se skutečně děje (tj. je třeba se zaměřit na zjevné chování – podle čeho poznáte, že je klient úzkostný?).
7. Nelze léčit člověka, který není v sezení přítomen (nelze tedy léčit manžela, šéfa či dítě klienta, i když ten by si to mnohdy přál).
8. Soustřeďte se v terapii na dosažení drobného zlepšení v příštím týdnu, ne na dosažení dokonalosti v daleké budoucnosti, a věďte k tomu i svého klienta.

9. Nedávejte klientovi více informací, než je schopen přijmout (proto je důležité používat názorných příkladů, obrázků či grafů a informace je třeba poskytovat v blocích trvajících asi 20 sekund).
10. Pokud jste během sezení pracovali více než váš klient, pak jste někde udělali chybu.
11. Nebojte se klientovi důvěřovat, že je schopen změnit se k lepšímu. Řekněte mu, že s trochou pomoci z vaší strany to jistě dokáže.

# 10

## Doplňky – formuláře, posuzovací stupnice, dotazníky a škály

### Souhrn údajů

#### List 1

|                                    |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------|
| Jméno: _____                       | Č. chor.: _____                    |
| Adresa: _____                      | Datum narození: _____              |
| _____                              | Místo narození: _____              |
| _____                              | Věk: _____ Pohlaví: _____          |
| _____                              | Stav: _____                        |
| PSC: _____                         | Povolání: _____                    |
| Telefon: _____                     | Náboženství: _____                 |
| Pacient hospitalizovaný/ambulantní |                                    |
| Odeslal: _____                     | Dne: _____                         |
| Poprvé vyšetřen dne: _____         | Kým: _____                         |
| Komplexní vyšetření dne: _____     | Kým: _____                         |
| Hlavní terapeut: _____             |                                    |
| Obvodní lékař: _____               |                                    |
| Další terapeuti: _____             |                                    |
| Příbuzní/přátelé: _____            |                                    |
| Adresa: _____                      | Léčení ukončeno dne: _____         |
| _____                              | Způsob ukončení:                   |
| _____                              | (léčení ukončeno) _____ 1          |
| _____                              | (přerušil před 2. sezením) _____ 2 |
| PSC: _____                         | (přerušil mezi 3. a 8.) _____ 3    |
| Telefon: _____                     | (jiný způsob) _____ 4              |

## POSTUP LÉČBY

Terapeutická smlouva? \_\_\_\_ Rodinná terapie? \_\_\_\_ Manželská koterapie? \_\_\_\_

Sezení na klinice \_\_\_\_ Zmeškaná sezení \_\_\_\_

Sezení doma \_\_\_\_ Zrušená sezení \_\_\_\_

Procvičovací sezení \_\_\_\_ Doba expozice \_\_\_\_

Počet sezení celkem \_\_\_\_ Čas terapie celkem \_\_\_\_

---

## ZPŮSOB ZÍSKÁNÍ KATAMNÉZY:

Poznámky:

## Souhrn údajů – List 2

| Č.                         | Popis problému/cíle | Před<br>E J | Během<br>E J | Po<br>E J | 1 M<br>E J | 3 M<br>E J | 6 M<br>E J |
|----------------------------|---------------------|-------------|--------------|-----------|------------|------------|------------|
|                            |                     | K<br>T      |              |           |            |            |            |
|                            |                     | K<br>T      |              |           |            |            |            |
|                            |                     | K<br>T      |              |           |            |            |            |
|                            |                     | K<br>T      |              |           |            |            |            |
|                            |                     | K<br>T      |              |           |            |            |            |
|                            |                     | K<br>T      |              |           |            |            |            |
|                            |                     | K<br>T      |              |           |            |            |            |
|                            |                     | K<br>T      |              |           |            |            |            |
|                            |                     | K<br>T      |              |           |            |            |            |
|                            | ZAMĚSTNÁNÍ          | K<br>T      |              |           |            |            |            |
|                            | DOMOV               | K<br>T      |              |           |            |            |            |
|                            | SPOLEČENSKÉ VZTAHY  | K<br>T      |              |           |            |            |            |
|                            | SOUKROMÉ ZÁLIBY     | K<br>T      |              |           |            |            |            |
| CELKOVÉ HODNOCENÍ ZLEPŠENÍ |                     | K<br>T      |              |           |            |            |            |

E .... emoce  
J .... jednání

K .... klient – sebehodnocení  
T .... terapeut – hodnocení

### Souhrn údajů – list 3

| PROFIL PROBLÉMŮ                | Před | Během | Po | 1M | 3M | 6M |
|--------------------------------|------|-------|----|----|----|----|
| 1. Tělesné potíže              |      |       |    |    |    |    |
| 2. Obsese a kompulze           |      |       |    |    |    |    |
| 3. Vztahy s lidmi              |      |       |    |    |    |    |
| 4. Deprese                     |      |       |    |    |    |    |
| 5. Úzkost                      |      |       |    |    |    |    |
| 6. Zlost/nepřátelství          |      |       |    |    |    |    |
| 7. Fobická úzkost              |      |       |    |    |    |    |
| 8. Vztahovačnost               |      |       |    |    |    |    |
| 9. Psychoticismus              |      |       |    |    |    |    |
| 10. Sexuální problémy          |      |       |    |    |    |    |
| 11. Manželské problémy         |      |       |    |    |    |    |
| 12. Další škály                |      |       |    |    |    |    |
| Celkové skóre profilu problémů |      |       |    |    |    |    |

|                  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|--|--|--|--|--|--|
| Dotazník strachů |  |  |  |  |  |  |
| Všeobecná úzkost |  |  |  |  |  |  |
| Globální fobie   |  |  |  |  |  |  |

|                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Datum                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Beckův depresivní inventář |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Datum                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Beckův depresivní inventář |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Souhrn údajů – list 4**

|                |  |  |  |  |  |  |
|----------------|--|--|--|--|--|--|
| Datum          |  |  |  |  |  |  |
| Klinická škála |  |  |  |  |  |  |
| Klinická škála |  |  |  |  |  |  |
| Klinická škála |  |  |  |  |  |  |
| Klinická škála |  |  |  |  |  |  |
| Klinická škála |  |  |  |  |  |  |
| Klinická škála |  |  |  |  |  |  |
| Klinická škála |  |  |  |  |  |  |
| Klinická škála |  |  |  |  |  |  |
| Klinická škála |  |  |  |  |  |  |

## Dotazník životní historie

CO NEJÚPLNĚJŠÍM VYPLNĚNÍM NÁSLEDUJÍCÍCH ÚDAJŮ NÁM POMŮŽETE ZÍSKAT UCELENÝ OBRAZ SVÉ ŽIVOTNÍ HISTORIE. TA SE MŮŽE VZTAHOVAT K VAŠIM SOUČASNÝM POTÍŽÍM. VŠECHNY ODPOVĚDI JSOU PŘÍSNĚ DŮVĚRNÉ A NEBUDOU ZVEŘEJNĚNY BEZ VAŠEHO SOUHLASU.

POKUD NA NĚKTEROU OTÁZKU NEBUDETE CHTÍT ODPOVĚDĚT, PROSÍM, PŘEŠKRTNĚTE JI.

Jméno: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_ Věk: \_\_\_\_\_ Povolání: \_\_\_\_\_

Kdo vás doporučil? \_\_\_\_\_

Jméno a adresa obvodního lékaře: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

### 1

#### HLAVNÍ PROBLÉMY

Popište vlastními slovy podstatu svého problému a délku jeho trvání:

Stručně popište, jak vaše problémy začaly a jak se až dosud vyvíjely:

Uveďte situace, v nichž se vaše problémy zhoršují nebo kterých se bojíte:



2

**HLAVNÍ PROBLÉMY – pokr.**

Uveďte situace, v nichž se cítíte klidný a uvolněný:

Radil jste se již s někým o svých problémech? (např. s lékařem, psychologem, psychiatrem, sociální pracovnící ap.?)

Trpíte nějakými zvláštními strachy nebo fobiemi? (uveďte pět nejzávažnějších)

Kontrolujete některé věci více než jednou? (uveďte které)

Míváte nepříjemné myšlenky, které se vám objevují v hlavě a kterých se nemůžete zbavit? (Prosím zakroužkujte) Nikdy Občas Často Skoro pořád Neustále  
Z následujících výrazů zakroužkujte ty, které se vás týkají:

|                               |                       |                       |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| ÚZKOST                        | PERFEKCIONISMUS       | NECHUTENSTVÍ          |
| POCIT NAPĚTÍ                  | PEČLIVOST             | NESPAVOST             |
| POCIT PANIKY                  | NEDOKÁŽU HODIT        | LÉKY MI POMÁHAJÍ      |
|                               | VĚCI ZA HLAVU         | ZVLÁDNOUT PROBLÉMY    |
| ZÁVRATĚ                       | PLACHOST PŘED LIDMI   | POCIT NEDOSTATEČNOSTI |
| MRAVENČENÍ V KON-<br>ČETINÁCH | POCIT OSAMĚLOSTI      | NEDOKÁŽU NIC UDĚLAT   |
| POCITY NA OMDLENÍ             | TAK, JAK SE TO MÁ     |                       |
| TŘES                          | NEDŮVĚŘUJI SI         | POCITY VINY           |
| BUŠENÍ SRDCE                  | SNADNO SE ROZČILÍM    | NIC MĚ NEBAVÍ         |
| STÁLÝ POCIT ÚNAVY             | FINANČNÍ TĚŽKOSTI     | NESOUSTŘEDIVOST       |
| ZAŽÍVACÍ POTÍŽE               | NEDOKÁŽU SE SPŘÁTELIT | ZAPOMĚTLIVOST         |
|                               | NEDOKÁŽU SI UDRŽET    | SEBEVRAŽEDNÉ          |
|                               | PŘÁTELE               | MYŠLENKY              |
| BOLESTI HLAVY                 | NEDOKÁŽU SE           | POCITY MÉNĚCENNOSTI   |
|                               | ROZHODNOUT            |                       |
| SEXUÁLNÍ PROBLÉMY             | NEDOKÁŽU SI UDRŽET    | POCIT DEPRESE         |
|                               | PRÁCI                 |                       |
| NEDOKÁŽU SE UVOLNIT           | ŠPATNÉ POMĚRY DOMA    | NOČNÍ MŮRY            |
| NEMÁM RÁD VÍKENDY             | NEMÁM RÁD PRÁZDNINY   | POTÍŽE SE ŽALUDKEM    |
| NADMĚRNĚ                      | PROBLÉMY S PAMĚTÍ     | NADMĚRNĚ PIJI ALKOHOL |
| CTIŽÁDOSTIVÝ                  |                       |                       |

**Označte závažnost svých problémů na této škále:**

|                   |                  |                    |                   |                             |
|-------------------|------------------|--------------------|-------------------|-----------------------------|
| Trochu mi<br>vadí | Mírně<br>závažné | Středně<br>závažné | Velice<br>závažné | Naprosto mě<br>zneschopňují |
|-------------------|------------------|--------------------|-------------------|-----------------------------|

### HLAVNÍ PROBLÉMY – pokr.

Zakroužkujte ty z následujících pojmů, které se vás týkají:

Bezcenný – Neužitečný – „Nula“ – „Můj život nemá smysl“ – Nedostačující –  
Hloupý – Neschopný – Naivní – „Nic neudělám správně“ – Pocity viny – Zlý –  
Nemorální – Děsivé myšlenky – Nepřátelský – Plný nenávisti – Úzkostný –  
Přecitlivělý – Zbabělý – Neschopný se prosadit – Panikář – Agresivní – Ošklivý  
– Nudný – Nepřitažlivý – Odpudivý – Depresivní – Nemilovaný – Mající svou  
cenu – Nepochopený – Osamělý – Neklidný – Zmatený – Nejistý – Schopný zvlád-  
nout konflikt – Soucitný – Přitažlivý – Sebejistý – Ohleduplný – Spolehlivý.

Napište, v čem čekáte, že vám léčba pomůže:

---

### ZDRAVOTNÍ STAV

Vyjmenujte vážné nemoci, úrazy nebo operace, které jste prodělal do 12 let svého života:

Vyjmenujte vážné nemoci, úrazy nebo operace, které jste prodělal mezi 12. a 22. rokem života:

Vyjmenujte vážné nemoci, úrazy nebo operace, které jste prodělal po 22. roce svého života:

Kdy jste naposledy byl na lékařském vyšetření:

Pokud jste někdy navštívil psychiatra, napište, kdy a proč a jak dlouho jste se léčil.

Napište, prosím, jaké léky v současné době užíváte:

Jaký druh alkoholu nejčastěji pijete, jak často pijete alkohol a jaké množství vypijete za týden?

4

## RODINA

(Pokud nějaký člen vaší rodiny v nedávné době zemřel, napište prosím datum a příčinu).

MATKA: Jméno: \_\_\_\_\_ Věk: \_\_\_\_\_ Povolání: \_\_\_\_\_

Zdravotní stav:

Charakterizujte stručně její povahu:

OTEC: Jméno: \_\_\_\_\_ Věk: \_\_\_\_\_ Povolání: \_\_\_\_\_

Zdravotní stav:

Charakterizujte stručně jeho povahu:

## SOUROZENCI

Bratři: Jméno a věk: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sestry: Jméno a věk: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Má někdo z vaší rodiny problém, který se podobá vašemu problému? (pokud ano, uveďte podrobnosti).

Má někdo z vaší rodiny některý z následujících problémů?

Nadměrné pití alkoholu – Epilepsie – Deprese – „Slabé nervy“ – Nebo něco jiného, co by mohlo být považováno za psychickou poruchu? (uveďte podrobnosti)

5

**OSOBNÍ ÚDAJE**

Místo narození \_\_\_\_\_

Výška \_\_\_\_\_ Váha \_\_\_\_\_

Zatrhněte ty z následujících údajů, které se týkají vašeho dětství:

Normální porod

Noční děsy

Noční pomočování

Normální dítě

Cumlání palce

Kousání nehtů

Strachy

Náměsícnictví

Koktavost

Šťastné dětství

Nešťastné dětství

Jiné \_\_\_\_\_

ŠKOLA

V kolika letech jste začal chodit do školy? \_\_\_\_\_

V kolika letech jste ukončil školní vzdělání? \_\_\_\_\_

Chodil jste do školy rád či nerad? (uveďte podrobnosti)

Měl jste ve škole nějaké problémy se spolužáky?

Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání? V jakém oboru?

ZAMĚSTNÁNÍ

Pokud jste zaměstnán, jak dlouho již pracujete ve svém současném zaměstnání? \_\_\_\_\_

V jaké funkci?

Napište všechna svá dřívější zaměstnání a od kdy do kdy jste v nich setrval:

ŽIVOTNÍ PODMÍNKY

Kde bydlíte? (zatrhněte odpovídající možnost)

Byt Rodinný dům Ubytovna Sociální ústav Hotel Jiné: \_\_\_\_\_

Kdo s vámi v současné době žije ve společné domácnosti? (vyjmenujte)

Jaké máte zájmy, koníčky, záliby?

Co děláte ve svém volném čase?

6

## MANŽELSTVÍ A RODINA

Zatrhňte váš současný stav:

svobodný/á   nesezdané soužití   ženatý/vdaná   rozvedený/á   ovdovělý/á  
opakovaně ženatý/vdaná

Věk partnera/partnerky: \_\_\_\_\_ Zaměstnání: \_\_\_\_\_

Jak dlouho již s partnerem/partnerkou žijete? \_\_\_\_\_

V současné době je váš vztah s partnerem/partnerkou (zakroužkujte):

Velmi dobrý   Dobrý   Průměrný   Horší   Velmi špatný

Máte děti? (uvedte, prosím, jména a věk)

Máte s dětmi nějaké problémy, které vás trápí?

Pokud jste žena, odpovězte, prosím, na následující dotazy:

V kolika letech jste měla poprvé menstruaci?

Máte v souvislosti s menstruací některou z těchto potíží?

bolesti / silné krvácení / krvácení mezi periodami / menses ovlivňují mou  
náladu / nepravidelná

Informace o sexuálním životě (tuto část dotazníku vyplňujte jen pokud máte v této oblasti problémy)

Jaký byl postoj vašich rodičů k otázkám sexu? (např. zda jste se s nimi bavili o sexuálních problémech, zda vás o nich rodiče poučili ap.)

Jak a kdy jste získal(a) první informace o sexu?

Kdy jste si poprvé uvědomil(a) své sexuální impulsy/touhy?

V kolika letech u vás začala puberta?

V kolika letech jste poprvé masturboval(a)?

Pociťoval(a) jste někdy ve spojitosti s masturbací pocity viny nebo úzkost?

V kolika letech jste měl(a) poprvé pohlavní styk?

Měl(a) jste někdy nějaké pocity viny nebo úzkosti v souvislosti s pohlavním stykem?

Je pro vás váš současný pohlavní život uspokojivý? (pokud ne, napište proč)

Pokud jste prožil(a) nějakou nepříjemnou či jinak pro vás významnou sexuální zkušenost, napište jakou:

## Záznam léčebného sezení

|                                                    |                                                                          |                                    |  |                                     |  |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| Pacient:                                           | Datum sezení:                                                            |                                    |  |                                     |  |
| Oddělení:                                          | Číslo sezení:                                                            |                                    |  |                                     |  |
| Terapeut:                                          | Typ sezení:<br>Klinika/Domácí návštěva/Telefonické/<br>Exkurze do terénu |                                    |  |                                     |  |
| ZPRÁVA O DOMÁCÍCH ÚKOLECH A JINÉ DŮLEŽITÉ UDÁLOSTI |                                                                          |                                    |  |                                     |  |
|                                                    |                                                                          |                                    |  |                                     |  |
| PRÁCE V SEZENÍ A ZADÁNÍ DOMÁCÍCH ÚKOLŮ             |                                                                          |                                    |  |                                     |  |
|                                                    |                                                                          |                                    |  |                                     |  |
| POZNÁMKY A KOMENTÁŘE (NÁLADA, PROBLÉMY atd.)       |                                                                          |                                    |  |                                     |  |
|                                                    |                                                                          |                                    |  |                                     |  |
| HODNOCENÍ ŠKÁL                                     |                                                                          |                                    |  |                                     |  |
|                                                    |                                                                          |                                    |  |                                     |  |
|                                                    |                                                                          |                                    |  |                                     |  |
| Čas nácviku<br>pod<br>supervizí                    |                                                                          | Celkový čas<br>terapie<br>v sezení |  | Celkový čas<br>dosavadní<br>terapie |  |

## Profil problémů

Profil problémů je tvořen dotazníkem o 105 položkách, v němž maximální dosažitelné skóre je 402 bodů. Tyto položky pokrývají následující problémové oblasti:

|                                  |                 |    |
|----------------------------------|-----------------|----|
| 1. Somatické potíže              | maximální skóre | 48 |
| 2. Obsese a kompulze             | maximální skóre | 40 |
| 3. Vztahy k lidem                | – „ –           | 36 |
| 4. Deprese                       | – „ –           | 52 |
| 5. Úzkost                        | – „ –           | 40 |
| 6. Zlost/nepřátelství            | – „ –           | 24 |
| 7. Fobická úzkost                | – „ –           | 28 |
| 8. Paranoidní představy/myšlenky | – „ –           | 24 |
| 9. Psychoticismus                | – „ –           | 40 |
| 10. Sexuální problémy            | – „ –           | 36 |
| 11. Manželské problémy           | – „ –           | 36 |
| 12. Dodatkové škály              | – „ –           | 28 |

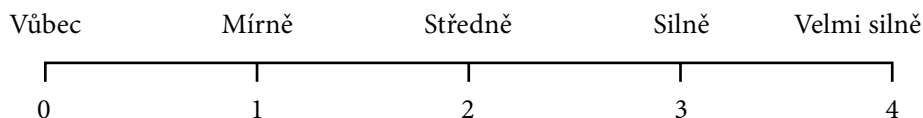
Pokud pacientovi předkládáte tento dotazník, použijte následující instrukci: „Označte, nakolik vás tento problém trápil během posledních 30 dnů, včetně dneška.“

## Profil problémů

Jméno: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Č. chor.: \_\_\_\_\_

### Stupnice



### Pokyny:

Na následujících stránkách najdete seznam problémů a stížností, s nimiž má zkušenost celá řada lidí.

Pozorně si každou položku přečtěte a na stupnici vyberte číslo, které nejvíce odpovídá tomu, jak vás tento problém trápil během posledních 30 dnů, včetně dneška.

Číslo, které jste vybrali, napište do závorek na konci řádku.

U otázek 5 a 11 jsou závorky dvě, svou odpověď vepište do první závorek.

Pokud se zmýlíte, přeškrtněte chybnou odpověď a do řádku vedle závorek pak uveďte odpověď správnou.

Tento dotazník je určen k tomu, aby pomohl vašemu terapeutovi lépe porozumět vašim problémům, a proto je důležité, abyste odpověděli na každou otázku.

### Příklad:

Následující příklad vám pomůže, abyste dotazník správně vyplnili:

Jak moc vás trápí:

1. Bolesti hlavy \_\_\_\_\_ [2]

5. Ztráta zájmu o sex a potěšení z něj \_\_\_\_\_ [2] \_\_\_\_\_ [ ]

103. Pocity viny \_\_\_\_\_ [X] 3



| Jak moc vás trápí:                                             | Vůbec<br>0 | Mírně<br>1 | Středně<br>2 | Silně<br>3 | Velmi silně<br>4 |
|----------------------------------------------------------------|------------|------------|--------------|------------|------------------|
| 1. Bolesti hlavy _____                                         | [ ]        |            |              |            |                  |
| 2. Nervozita a vnitřní chvění _____                            | [ ]        |            |              |            |                  |
| 3. Vtíravé myšlenky, kterých se nemohu zbavit _____            | [ ]        |            |              |            |                  |
| 4. Mdloby nebo závratě _____                                   | [ ]        |            |              |            |                  |
| 5. Ztráta zájmu o sex a potěšení z něj _____                   | [ ]        |            |              |            |                  |
| 6. Zvýšená kritičnost vůči ostatním _____                      | [ ]        |            |              |            |                  |
| 7. Představa, že někdo může ovládat mé myšlení _____           | [ ]        |            |              |            |                  |
| 8. Bolest během pohlavního styku _____                         | [ ]        |            |              |            |                  |
| 9. Pocit, že ostatní mohou za mé potíže _____                  | [ ]        |            |              |            |                  |
| 10. Potíže s pamětí _____                                      | [ ]        |            |              |            |                  |
| 11. Pocit, že můj sexuální život by se měl zlepšit _____       | [ ]        |            |              |            |                  |
| 12. Starosti s vlastní neopatrností a nedbalostí _____         | [ ]        |            |              |            |                  |
| 13. Pocit, že snadno rozčilím a naštvu _____                   | [ ]        |            |              |            |                  |
| 14. Pocit, že mám málo energie _____                           | [ ]        |            |              |            |                  |
| 15. Bolesti u srdce a na hrudi _____                           | [ ]        |            |              |            |                  |
| 16. Strach z otevřených prostranství a ulic _____              | [ ]        |            |              |            |                  |
| 17. Neschopnost dosáhnout orgasmu nebo ejakulace _____         | [ ]        |            |              |            |                  |
| 18. Hádky s partnerem _____                                    | [ ]        |            |              |            |                  |
| 19. Myšlenky na sebevraždu _____                               | [ ]        |            |              |            |                  |
| 20. Slyšení hlasů, které ostatní lidé neslyší _____            | [ ]        |            |              |            |                  |
| 21. Třesy _____                                                | [ ]        |            |              |            |                  |
| 22. Pocit, že většině lidí se nedá věřit _____                 | [ ]        |            |              |            |                  |
| 23. Potíže se sexem _____                                      | [ ]        |            |              |            |                  |
| 24. Domácí neshody _____                                       | [ ]        |            |              |            |                  |
| 25. Malá chuť k jídlu _____                                    | [ ]        |            |              |            |                  |
| 26. Plačtivost _____                                           | [ ]        |            |              |            |                  |
| 27. Pocity studu a nejistoty ve styku s opačným pohlavím _____ | [ ]        |            |              |            |                  |
| 28. Pocit, že jsem v pasti, v koncích _____                    | [ ]        |            |              |            |                  |
| 29. Náhlé bezdůvodné leknutí _____                             | [ ]        |            |              |            |                  |
| 30. Nespokojenost se svou sexuálním výkonností _____           | [ ]        |            |              |            |                  |
| 31. Napětí mezi mnou a partnerem (partnerkou) _____            | [ ]        |            |              |            |                  |
| 32. Záchvaty vzteku, které nedokáži ovládnout _____            | [ ]        |            |              |            |                  |
| 33. Pocit ohrožení, když opouštím domov _____                  | [ ]        |            |              |            |                  |
| 34. Sebeobviňování _____                                       | [ ]        |            |              |            |                  |
| 35. Bolesti v kříži _____                                      | [ ]        |            |              |            |                  |
| 36. Neschopnost dokončit určitou činnost _____                 | [ ]        |            |              |            |                  |
| 37. Pocit osamění _____                                        | [ ]        |            |              |            |                  |
| 38. Pocit smutku, sklíčenosti _____                            | [ ]        |            |              |            |                  |

PROSÍM NEVYPLŇUJTE TUTO ČÁST DOTAZNÍKU

[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

**Jak moc vás trápí:**    **Vůbec**    **Mírně**    **Středně**    **Silně**    **Velmi silně**  
                                          **0**                    **1**                    **2**                    **3**                    **4**

39. Příliš se nad věcmi trápím \_\_\_\_\_ [   ]
40. Nezáměřím o věci okolo \_\_\_\_\_ [   ]
41. Potíže s dosažením sexuálního vzrušení \_\_\_\_\_ [   ]
42. Nespokojenost s chováním partnera (partnerky) \_\_\_\_\_ [   ]
43. Pocity strachu \_\_\_\_\_ [   ]
44. Snadno se mě něco dotkne \_\_\_\_\_ [   ]
45. Jiní lidé vědí, co si myslím \_\_\_\_\_ [   ]
46. Ostatní mi nerozumí a jsou ke mně necitliví \_\_\_\_\_ [   ]
47. Ostatní lidé jsou nepřátelští a nemají mě rádi \_\_\_\_\_ [   ]
48. Dělán všechno velmi pomalu, abych to udělal správně \_\_\_\_\_ [   ]
49. Bušení srdce \_\_\_\_\_ [   ]
50. Nevolnost a bolesti žaludku \_\_\_\_\_ [   ]
51. Úzkost nebo strach z (nebo během) pohlavního styku \_\_\_\_\_ [   ]
52. Pociť, že doma nenajdu pomoc ani podporu \_\_\_\_\_ [   ]
53. Pociť méněcennosti vůči ostatním \_\_\_\_\_ [   ]
54. Slabost ve svalech \_\_\_\_\_ [   ]
55. Pociť, že o mě ostatní mluví nebo mě pozorují \_\_\_\_\_ [   ]
56. Problémy s usínáním \_\_\_\_\_ [   ]
57. Opakované kontrolování toho, co dělám \_\_\_\_\_ [   ]
58. Potíže s rozhodováním \_\_\_\_\_ [   ]
59. Strach z jízdy autobusem, vlakem či metrem \_\_\_\_\_ [   ]
60. Pociť, že mi partner(ka) nerozumí \_\_\_\_\_ [   ]
61. Potíže popadnout dech \_\_\_\_\_ [   ]
62. Střídání pocitů horka a chladu \_\_\_\_\_ [   ]
63. Vyhýbání se určitým místům, věcem a činnostem, protože mě ohrožují \_\_\_\_\_ [   ]
64. Pociť prázdnoty v hlavě \_\_\_\_\_ [   ]
65. Trnutí a brnění některých částí těla \_\_\_\_\_ [   ]
66. Pociť, že mám v krku knedlík \_\_\_\_\_ [   ]
67. Pocity beznaděje a obavy z budoucnosti \_\_\_\_\_ [   ]
68. Nemohu se soustředit \_\_\_\_\_ [   ]
69. Slabost v některých částech těla \_\_\_\_\_ [   ]
70. Pocity napětí a nervozity \_\_\_\_\_ [   ]
71. Já a partner(ka) bychom spolu měli více mluvit \_\_\_\_\_ [   ]
72. Myšlenky na smrt a umírání \_\_\_\_\_ [   ]
73. Přejídání \_\_\_\_\_ [   ]

PROSÍM NEVYPLŇUJTE TUTO ČÁST DOTAZNÍKU

[   ] [   ] [   ] [   ] [   ] [   ] [   ] [   ] [   ] [   ] [   ] [   ] [   ]  
                                          1    2    3    4    5    6    7    8    9    10   11   12

| Jak moc vás trápí: | Vůbec | Mírně | Středně | Silně | Velmi silně |
|--------------------|-------|-------|---------|-------|-------------|
|                    | 0     | 1     | 2       | 3     | 4           |

74. Nepříjemný pocit, že se na mě lidé dívají a že o mě mluví \_\_\_\_\_ [ ]
75. Pociť, že mám v hlavě cizí myšlenky \_\_\_\_\_ [ ]
76. Puzení někomu ublížit, zranit, zbit někoho \_\_\_\_\_ [ ]
77. Předčasné probouzení \_\_\_\_\_ [ ]
78. Opakování některých činností jako umývání, počítání \_\_\_\_\_ [ ]
79. Neklidný a přerušovaný spánek \_\_\_\_\_ [ ]
80. Puzení něco rozbít, zničit \_\_\_\_\_ [ ]
81. Mám určité názory nebo přesvědčení, které ostatní lidé nesdílejí \_\_\_\_\_ [ ]
82. Já a partner(ka) bychom měli dělat více věcí společně \_\_\_\_\_ [ ]
83. Při styku s lidmi se pozoruji \_\_\_\_\_ [ ]
84. Cítím se nepříjemně v davu (přeplněný obchod, kino) \_\_\_\_\_ [ ]
85. Pociť, že všechno mě stojí mnoho úsilí \_\_\_\_\_ [ ]
86. Záchvaty děsu nebo paniky \_\_\_\_\_ [ ]
87. Nepříjemný pocit, když mám jíst nebo pít ve společnosti druhých \_\_\_\_\_ [ ]
88. Snadno se pohádám \_\_\_\_\_ [ ]
89. Jsem nervózní, když zůstanu sám \_\_\_\_\_ [ ]
90. Pociť, že druzí neuznávají mé úspěchy a schopnosti \_\_\_\_\_ [ ]
91. Pociť osamění, i když jsem mezi lidmi \_\_\_\_\_ [ ]
92. Cítím takový neklid, že nevydržím ani sedět \_\_\_\_\_ [ ]
93. Pociť bezcennosti \_\_\_\_\_ [ ]
94. Pociť, že věci kolem mě jsou náhle cizí a neskutečné \_\_\_\_\_ [ ]
95. Křičím a rozbíjím věci \_\_\_\_\_ [ ]
96. Strach, že omdlím na veřejnosti \_\_\_\_\_ [ ]
97. Pociť, že mě druzí využijí, pokud jim to dovolím \_\_\_\_\_ [ ]
98. Myšlenky na sex, které mě velmi obtěžují \_\_\_\_\_ [ ]
99. Myšlenka, že zasluhuji potrestání za své hříchy \_\_\_\_\_ [ ]
100. Do všeho se musím nutit \_\_\_\_\_ [ ]
101. Myšlenka, že je něco v nepořádku s mým tělem \_\_\_\_\_ [ ]
102. Pociť odcizení vůči druhým \_\_\_\_\_ [ ]
103. Pocity viny \_\_\_\_\_ [ ]
104. Myšlenka, že je něco v nepořádku s mým mozkem \_\_\_\_\_ [ ]
105. Pocity tíhy v pažích a nohách \_\_\_\_\_ [ ]

PROSÍM NEVYPLŇUJTE TUTO ČÁST DOTAZNÍKU

[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

## Seznam problémů

(Pořadí podle míry nepohody a narušení normální činnosti)

Klient(ka): \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Hodnocení:

„Tento problém mě trápí a/nebo narušuje moje normální činnosti“

|         |           |   |         |   |       |   |              |   |           |    |
|---------|-----------|---|---------|---|-------|---|--------------|---|-----------|----|
| 0       | 1         | 2 | 3       | 4 | 5     | 6 | 7            | 8 | 9         | 10 |
| Netrápí | Mírně     |   | Středně |   | Vážně |   | Velice vážně |   | Maximálně |    |
| Neručí  | Výjimečně |   | Občas   |   | Často |   | Velmi často  |   | Stále     |    |

| Č. probl. | Trvání | Popis problému | Nepohoda | Narušení |
|-----------|--------|----------------|----------|----------|
|           |        |                |          |          |
|           |        |                |          |          |
|           |        |                |          |          |
|           |        |                |          |          |
|           |        |                |          |          |
|           |        |                |          |          |

## Seznam cílů

Klient(ka):

Datum:

Na konci terapie budu schopen/schopna:

| Č. | Popis cíle |
|----|------------|
|    |            |
|    |            |
|    |            |
|    |            |
|    |            |
|    |            |
|    |            |

## Analýza problému

Klient(ka): \_\_\_\_\_ Terapeut: \_\_\_\_\_

1. V ČEM PROBLÉM SPOČÍVÁ (POPIS): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. JAK SE PROBLÉM PROJEVUJE:

EMOCE (INTENZITA): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

MYŠLENKY (PŘESVĚDČIVOST): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TĚLESNÉ PŘÍZNAKY: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CHOVÁNÍ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. SITUACE A PODNĚTY VYVOLÁVAJÍCÍ PROBLÉM: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. NÁSLEDKY (bezprostřední x dlouhodobé) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. FREKVENCE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. MODIFIKUJÍCÍ FAKTORY (co problém zhoršuje/zlepšuje?) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. ZISKY/ZTRÁTY Z VYŘEŠENÍ PROBLÉMU (u pacienta i v sociální síti) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. SOUČASNÉ SNAHY O VYŘEŠENÍ PROBLÉMU \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pozn.:

**HODNOCENÍ:****NEPOHODA – stupnice**

- 0 – tento problém mě nikdy netrápí  
 2 – občas mě tento problém trochu trápí  
 4 – často mě tento problém dost trápí  
 6 – velmi často mě tento problém silně trápí  
 8 – neustále mě tento problém velmi silně trápí

**NARUŠENÍ ŽIVOTA – stupnice**

- 0 – nenarušuje můj běžný život  
 2 – občas narušuje můj běžný život  
 4 – často narušuje můj běžný život  
 6 – velmi často narušuje můj běžný život  
 8 – stále a velmi vážně narušuje můj běžný život

Datum:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Zač. terapie

týden

týden

týden

týden

týden

týden

Konec terapie

Katamnéza 1 m.

Katamnéza 3 m.

Katamnéza 6 m.

Nepohoda

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Narušení

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Problémy

Sebehodnocení / Hodnocení terapeuta

Pacient \_\_\_\_\_ Terapeut \_\_\_\_\_

PROBLÉM A:

PROBLÉM B:

PROBLÉM C:

PROBLÉM D:

„Tento problém mě trápí a/nebo narušuje můj běžný život“

|                           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Vůbec ne                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Poněkud – málokdy         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Zjevně – občas            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Značně – často            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Velmi vážně – velmi často |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Maximálně – neustále      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |

| Problém           | A                        | B                        | C                        | D                        | Datum       |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------|
| Narušení chování  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____       |
| Nepříjemné pocity | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Před léčbou |

| Problém           | A                        | B                        | C                        | D                        | Datum    |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------|
| Narušení chování  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____    |
| Nepříjemné pocity | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Po léčbě |

| Problém           | A                        | B                        | C                        | D                        | Datum       |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------|
| Narušení chování  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____       |
| Nepříjemné pocity | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Po 1 měsíci |

| Problém           | A                        | B                        | C                        | D                        | Datum         |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|
| Narušení chování  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____         |
| Nepříjemné pocity | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Po 6 měsících |



## Cíle

Sebehodnocení/hodnocení terapeuta

Pacient \_\_\_\_\_ Terapeut \_\_\_\_\_

CÍL A \_\_\_\_\_

CÍL B \_\_\_\_\_

CÍL C \_\_\_\_\_

CÍL D \_\_\_\_\_

| CHOVÁNÍ                               | 0                  | 2             | 4             | 6             | 8              | 10             |
|---------------------------------------|--------------------|---------------|---------------|---------------|----------------|----------------|
|                                       | naprostý<br>úspěch | 80%<br>úspěch | 60%<br>úspěch | 40%<br>úspěch | 20%<br>úspěch  | ani<br>nezačal |
| NEPŘÍJEMNÉ<br>POCITY BĚHEM<br>CHOVÁNÍ | 0                  | 2             | 4             | 6             | 8              | 10             |
|                                       | žádné              | mírné         | zřetelné      | výrazné       | velmi<br>silné | maximální      |

|                      |                          |                          |                          |                          |                |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|
|                      | CÍL A                    | CÍL B                    | CÍL C                    | CÍL D                    | Datum          |
| Chování              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____          |
| Nepříjemné<br>pocity | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Před<br>léčbou |

|                      |                          |                          |                          |                          |             |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------|
|                      | CÍL A                    | CÍL B                    | CÍL C                    | CÍL D                    | Datum       |
| Chování              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____       |
| Nepříjemné<br>pocity | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Po<br>léčbě |

|                      |                          |                          |                          |                          |                |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|
|                      | CÍL A                    | CÍL B                    | CÍL C                    | CÍL D                    | Datum          |
| Chování              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____          |
| Nepříjemné<br>pocity | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Po<br>1 měsíci |

|                      |                          |                          |                          |                          |                  |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|
|                      | CÍL A                    | CÍL B                    | CÍL C                    | CÍL D                    | Datum            |
| Chování              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____            |
| Nepříjemné<br>pocity | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Po<br>6 měsících |

## Zvládání pracovních a domácích úkolů, společenské vztahy a záliby

Pacient \_\_\_\_\_ Terapeut \_\_\_\_\_

### PRÁCE

„Mé problémy narušují mou schopnost pracovat“

| 0     | 1 | 2     | 3 | 4      | 5 | 6       | 7 | 8              | 9 | 10                 |
|-------|---|-------|---|--------|---|---------|---|----------------|---|--------------------|
| vůbec |   | mírně |   | zjevně |   | výrazně |   | velmi<br>vázně |   | nemohu<br>pracovat |

| Před                        | Během | Po | 1 mk | 3 mk | 6 mk |
|-----------------------------|-------|----|------|------|------|
| (1 mk = 1měsíční katamnéza) |       |    |      |      |      |

Datum

Pac.

|  |
|--|
|  |
|  |

|  |
|--|
|  |
|  |

|  |
|--|
|  |
|  |

|  |
|--|
|  |
|  |

|  |
|--|
|  |
|  |

|  |
|--|
|  |
|  |

Ter.

|  |
|--|
|  |
|  |

|  |
|--|
|  |
|  |

|  |
|--|
|  |
|  |

|  |
|--|
|  |
|  |

|  |
|--|
|  |
|  |

|  |
|--|
|  |
|  |

### DOMÁCÍ PRÁCE

(úklid, mytí, nakupování, vaření, péče o děti, placení účtů)

| 0     | 1 | 2     | 3 | 4      | 5 | 6       | 7 | 8              | 9 | 10                 |
|-------|---|-------|---|--------|---|---------|---|----------------|---|--------------------|
| vůbec |   | mírně |   | zjevně |   | výrazně |   | velmi<br>vázně |   | nemohu<br>to dělat |

| Před | Během | Po | 1 mk | 3 mk | 6 mk |
|------|-------|----|------|------|------|
|------|-------|----|------|------|------|

Datum

Pac.

|  |
|--|
|  |
|  |

|  |
|--|
|  |
|  |

|  |
|--|
|  |
|  |

|  |
|--|
|  |
|  |

|  |
|--|
|  |
|  |

|  |
|--|
|  |
|  |

Ter.

|  |
|--|
|  |
|  |

|  |
|--|
|  |
|  |

|  |
|--|
|  |
|  |

|  |
|--|
|  |
|  |

|  |
|--|
|  |
|  |

|  |
|--|
|  |
|  |

**SOCIÁLNÍ VZTAHY** (společně s jinými)

(návštěvy přátel, večírky, chození na zábavy, schůzky, restaurace)

| 0     | 1 | 2     | 3 | 4      | 5 | 6       | 7 | 8              | 9 | 10                 |
|-------|---|-------|---|--------|---|---------|---|----------------|---|--------------------|
| vůbec |   | mírně |   | zjevně |   | výrazně |   | velmi<br>vážně |   | nemohu<br>to dělat |

|       | Před                 | Během                | Po                   | 1 mk                 | 3 mk                 | 6 mk                 |
|-------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Datum |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| Pac.  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ter.  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**SOUKROMÉ ZÁLIBY A KONÍČKY** (provozované o samotě)

(četba, zahradničení, sbírání známek, procházky, šití ap.)

| 0     | 1 | 2     | 3 | 4      | 5 | 6       | 7 | 8              | 9 | 10                 |
|-------|---|-------|---|--------|---|---------|---|----------------|---|--------------------|
| vůbec |   | mírně |   | zjevně |   | výrazně |   | velmi<br>vážně |   | nemohu<br>to dělat |

|       | Před                 | Během                | Po                   | 1 mk                 | 3 mk                 | 6 mk                 |
|-------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Datum |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| Pac.  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ter.  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

|                   |                        |       |     |
|-------------------|------------------------|-------|-----|
|                   | <b>Datum vyšetření</b> |       |     |
| Jméno a příjmení: |                        |       |     |
|                   | den                    | měsíc | rok |

## Sheehanova škála narušení života

Označte křížkem bod na stupnici, který nejlépe popisuje Váš stav v době od minulého týdne do dnešního dne.

**Práce / škola**

Projevy nemoci narušovaly Vaši práci / Vaše školní povinnosti

☐ Netýká se mě

Mírně

Vůbec ne

0

Středně

4 5 6

Velmi

7 8 9

Maximálně

10

**Společenský život**

Projevy nemoci narušovaly Váš společenský život/vztahy s přáteli a známými

Mírně

Vůbec ne

0

Středně

4 5 6

Velmi

7 8 9

Maximálně

10

**Rodinný život / domácnost**

Projevy nemoci narušovaly Váš rodinný život / zvládání domácích povinností

Mírně

Vůbec ne

0

Středně

4 5 6

Velmi

7 8 9

Maximálně

10

**Stupnice vnímání stresu**

Jak Vám projevy nemoci způsobovaly stresové situace nebo osobní problémy (problémy v práci, rodině, společenském životě, zdravotní potíže nebo finanční problémy)?

Mírně

Vůbec ne

0

Středně

4 5 6

Velmi

7 8 9

Maximálně

10

## Formulář hodnocení zlepšení

Jméno \_\_\_\_\_ Č. chor. \_\_\_\_\_

Problém \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### POKYNY

Při vyplňování následující stupnice prosím zaznamenejte, zda se váš problém zlepšil od počátku léčení. Ptejte se sám sebe:

„Ve srovnání s tím, jak jsem se cítil před začátkem léčení, se nyní cítím“

| Hůře | Stejně |   | Mírně lépe |   | Zjevně lépe |   | Mnohem lépe |   | Zcela zdrav |    |
|------|--------|---|------------|---|-------------|---|-------------|---|-------------|----|
| 0    | 1      | 2 | 3          | 4 | 5           | 6 | 7           | 8 | 9           | 10 |

| Datum                 |                         |
|-----------------------|-------------------------|
| _____ týden léčení    | _____ Hodnocení [_____] |
| _____ týden léčení    | _____ Hodnocení [_____] |
| _____ týden léčení    | _____ Hodnocení [_____] |
| _____ týden léčení    | _____ Hodnocení [_____] |
| _____ týden léčení    | _____ Hodnocení [_____] |
| _____ týden léčení    | _____ Hodnocení [_____] |
| _____ týden léčení    | _____ Hodnocení [_____] |
| _____ týden léčení    | _____ Hodnocení [_____] |
| _____ týden léčení    | _____ Hodnocení [_____] |
| Konec terapie         | _____ Hodnocení [_____] |
| _____ měsíc katamnézy | _____ Hodnocení [_____] |
| _____ měsíc katamnézy | _____ Hodnocení [_____] |
| _____ měsíc katamnézy | _____ Hodnocení [_____] |

## Zadání a plnění domácích úkolů

Klient(ka):

### HODNOCENÍ

|               |                |       |          |       |             |                 |
|---------------|----------------|-------|----------|-------|-------------|-----------------|
| CHOVÁNÍ       | 0              | 20%   | 40%      | 60%   | 80%         | 100%            |
|               | Ani nezačal(a) |       |          |       |             | Naprostý úspěch |
| NEPOHODA      | 0              | 2     | 4        | 6     | 8           | 10              |
| BĚHEM CHOVÁNÍ | žádná          | mírná | zřetelná | silná | velmi silná | maximální       |

| Datum | Úkol (Cíl) | CH | N |
|-------|------------|----|---|
|       |            |    |   |

## Pokyny

|                       |                   |                                    |                      |                  |
|-----------------------|-------------------|------------------------------------|----------------------|------------------|
| nikdy se<br>nevyhýbám | občas se<br>vyhnu | asi v polovině<br>případů se vyhnu | většinou se<br>vyhnu | vždy se<br>vyhnu |
| 1                     | 2                 | 3                                  | 4                    | 5                |

|                                                            | S NĚKÝM | SÁM |
|------------------------------------------------------------|---------|-----|
| 1. DIVADLO/KINO .....                                      | [ ]     | [ ] |
| 2. OBCHODY .....                                           | [ ]     | [ ] |
| 3. UČEBNY .....                                            | [ ]     | [ ] |
| 4. OBCHODNÍ DOMY .....                                     | [ ]     | [ ] |
| 5. RESTAURACE .....                                        | [ ]     | [ ] |
| 6. MUZEA/GALERIE .....                                     | [ ]     | [ ] |
| 7. VÝTAHY .....                                            | [ ]     | [ ] |
| 8. STADIONY .....                                          | [ ]     | [ ] |
| 9. PATROVÉ GARÁŽE .....                                    | [ ]     | [ ] |
| 10. MÍSTA VE VÝŠCE (JAK VYSOKÁ? ____ m) .....              | [ ]     | [ ] |
| 11. UZAVŘENÁ MÍSTA (např. TUNELY) .....                    | [ ]     | [ ] |
| 12. OTEVŘENÉ PROSTORY – VENKU (např. POLE, NÁMĚSTÍ) .....  | [ ]     | [ ] |
| 13. OTEVŘENÉ PROSTORY – UVNITŘ (např. VELKÁ MÍSTNOST) .... | [ ]     | [ ] |
| 14. CESTOVÁNÍ – AUTOBUSEM .....                            | [ ]     | [ ] |
| 15. – VLAKEM .....                                         | [ ]     | [ ] |
| 16. – METREM .....                                         | [ ]     | [ ] |
| 17. – LETADLEM .....                                       | [ ]     | [ ] |
| 18. – LODÍ .....                                           | [ ]     | [ ] |
| 19. ŘÍZENÍ NEBO JÍZDA AUTEM – KDYKOLI .....                | [ ]     | [ ] |
| 20. – NA DÁLNICI .....                                     | [ ]     | [ ] |
| 21. SITUACE: – STÁNÍ VE FRONTĚ .....                       | [ ]     | [ ] |
| 22. – CHŮŽE PŘES MOST .....                                | [ ]     | [ ] |
| 23. – SHROMÁŽDĚNÍ LIDÍ, VEČÍRKY .....                      | [ ]     | [ ] |
| 24. – CHŮŽE PO ULICI .....                                 | [ ]     | [ ] |
| 25. – SÁM DOMA .....                                       | [ ]     | [ ] |
| 26. – DALEKO OD DOMOVA .....                               | [ ]     | [ ] |
| 27. JINÉ (popište) .....                                   | [ ]     | [ ] |
| .....                                                      | [ ]     | [ ] |

## **Dotazník strachů**

Je rozdělen do tří oblastí.

### **1. DOTAZNÍK STRACHŮ**

- a) Ag – Škála agorafobie maximální skóre 50
- b) K.Z. – Škála krve a zranění maximální skóre 50
- c) Soc. – Sociální škála maximální skóre 50

Celkové nejvyšší možné skóre dotazníku – 150.

### **2. VŠEOBECNÁ ÚZKOST A DEPRESE**

Zjišťuje, jak moc jednotlivé příznaky pacienta trápí.

Maximální skóre 50.

### **3. GLOBÁLNÍ FOBIE**

Všeobecná hodnotící škála, dosahující maximálního skóre 10.



**DOTAZNÍK STRACHŮ**

Jméno \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Zvolte na uvedené stupnici číslo, vyjadřující, do jaké míry se vyhýbáte popsaným situacím, protože z nich máte strach nebo ve vás budí nepříjemné pocity.

Toto číslo pak запиšte do příslušného rámečku.

|                                              | 0         | 1 | 2              | 3 | 4                               | 5 | 6                | 7 | 8                 | 9 | 10            |     |
|----------------------------------------------|-----------|---|----------------|---|---------------------------------|---|------------------|---|-------------------|---|---------------|-----|
|                                              | Nevyhýbám |   | Občas se vyhnu |   | Asi v polovině případů se vyhnu |   | Obvykle se vyhnu |   | Většinou se vyhnu |   | Vždy se vyhnu |     |
| 1. Injekce a drobné chirurgické zákroky      |           |   |                |   |                                 |   |                  |   |                   |   |               | 1.  |
| 2. Jedení a pití ve společnosti druhých lidí |           |   |                |   |                                 |   |                  |   |                   |   |               | 2.  |
| 3. Nemocnice                                 |           |   |                |   |                                 |   |                  |   |                   |   |               | 3.  |
| 4. Jet sám autobusem nebo vlakem             |           |   |                |   |                                 |   |                  |   |                   |   |               | 4.  |
| 5. Jít sám po rušné ulici                    |           |   |                |   |                                 |   |                  |   |                   |   |               | 5.  |
| 6. Být pozorován či sledován druhými         |           |   |                |   |                                 |   |                  |   |                   |   |               | 6.  |
| 7. Jít do obchodu, kde je plno lidí          |           |   |                |   |                                 |   |                  |   |                   |   |               | 7.  |
| 8. Hovořit s nadřízeným                      |           |   |                |   |                                 |   |                  |   |                   |   |               | 8.  |
| 9. Pohled na krev                            |           |   |                |   |                                 |   |                  |   |                   |   |               | 9.  |
| 10. Být vystaven kritice                     |           |   |                |   |                                 |   |                  |   |                   |   |               | 10. |
| 11. Odjet sám daleko od domova               |           |   |                |   |                                 |   |                  |   |                   |   |               | 11. |
| 12. Pomyšlení na zranění nebo nemoc          |           |   |                |   |                                 |   |                  |   |                   |   |               | 12. |
| 13. Mluvit či hrát před publikem             |           |   |                |   |                                 |   |                  |   |                   |   |               | 13. |
| 14. Rozlehlá otevřená prostranství           |           |   |                |   |                                 |   |                  |   |                   |   |               | 14. |
| 15. Jít k zubaři                             |           |   |                |   |                                 |   |                  |   |                   |   |               | 15. |
| 16. Jiné situace (popište)                   |           |   |                |   |                                 |   |                  |   |                   |   |               |     |
|                                              | Ag        |   | KZ             |   | Soc                             |   | CELKEM           |   |                   |   |               |     |

**Nyní vyberte na této stupnici číslo, vyjadřující, do jaké míry vás trápí problémy uvedené dále.**

Toto číslo pak zapište do příslušného rámečku.

| 0           | 1                  | 2 | 3                   | 4 | 5                  | 6 | 7                       | 8 | 9                     | 10 |
|-------------|--------------------|---|---------------------|---|--------------------|---|-------------------------|---|-----------------------|----|
| Vůbec<br>ne | Trochu<br>mě trápí |   | Středně<br>mě trápí |   | Značně<br>mě trápí |   | Velmi silně<br>mě trápí |   | Maximálně<br>mě trápí |    |

17. Pocity smutku a deprese .....

18. Pocity podrážděnosti nebo vzteku .....

19. Pocity napětí nebo úzkosti .....

20. Nepříjemné myšlenky v hlavě .....

21. Pocity, že já nebo okolí je divné a neskutečné .....

22. Jiný pocit (popište) .....

CELKEM

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Jak byste celkově hodnotil současný stav vašich úzkostných příznaků?**

| 0              | 1                                | 2 | 3                                | 4 | 5                               | 6 | 7                                    | 8 | 9                                  | 10 |
|----------------|----------------------------------|---|----------------------------------|---|---------------------------------|---|--------------------------------------|---|------------------------------------|----|
| Nemám<br>žádné | Trochu<br>mi vadí/<br>mě omezují |   | Středně<br>mi vadí/mě<br>omezují |   | Značně<br>mi vadí/mě<br>omezují |   | Velmi silně<br>mi vadí/mě<br>omezují |   | Maximálně<br>mi vadí/mě<br>omezují |    |

PROSÍM ZAKROUŽKUJTE ČÍSLO MEZI 0–10.

## Liebowitzova stupnice příznaků sociální fobie

**Instrukce:** Všechny položky hodnotte podle toho, jak jste se cítil(a) v průběhu posledního týdne včetně dnešního dne. Pokud se některá ze situací v průběhu minulého týdne neobjevila, hodnotte podle svého přesvědčení, jak byste se zachoval(a) v případě, že byste byl(a) se situací konfrontován(a). Pro každou situaci hodnotte jak stupeň strachu či úzkosti, tak frekvenci, se kterou jste se vyhýbal(a) nebo byste se vyhýbal(a).

**V níže uvedených situacích prožívám strach:**

| Žádný | Mírný | Střední | silný |
|-------|-------|---------|-------|
| 1     | 2     | 3       | 4     |

**Následujícím situacím se vyhýbám:**

| Nikdy (0 %) | Příležitostně (1–33 %) | Často (34–67 %) | Obvykle (68–100 %) |
|-------------|------------------------|-----------------|--------------------|
| 1           | 2                      | 3               | 4                  |

| SITUACE                                                             | STRACH | VYHÝBÁNÍ |
|---------------------------------------------------------------------|--------|----------|
| 1. Telefonovat na veřejnosti                                        |        |          |
| 2. Účastnit se aktivity v malé skupině                              |        |          |
| 3. Jíst na veřejnosti                                               |        |          |
| 4. Pít nápoje na veřejnosti                                         |        |          |
| 5. Rozhovor s autoritou                                             |        |          |
| 6. Hrát, vystupovat nebo mluvit před publikem                       |        |          |
| 7. Trávit čas na večírku                                            |        |          |
| 8. Být pozorován při práci                                          |        |          |
| 9. Být pozorován při psaní                                          |        |          |
| 10. Telefonovat někomu, koho dobře neznáte                          |        |          |
| 11. Mluvit tváří v tvář s někým, koho dobře neznáte                 |        |          |
| 12. Mít schůzku s cizím člověkem                                    |        |          |
| 13. Užít veřejné toalety                                            |        |          |
| 14. Vstoupit do místnosti, kde ostatní již sedí                     |        |          |
| 15. Dostat se do centra pozornosti                                  |        |          |
| 16. Mluvit na schůzi bez předchozí přípravy                         |        |          |
| 17. Podrobit se testu schopností, dovedností nebo znalostí          |        |          |
| 18. Vyjádřit nesouhlas nebo námitku člověku, kterého dobře neznáte  |        |          |
| 19. Dívat se přímo do očí někomu, koho dobře neznáte                |        |          |
| 20. Přednést připravenou zprávu před skupinou lidí                  |        |          |
| 21. Dát si schůzku se snahou navázat romantický nebo sexuální vztah |        |          |
| 22. Vrátit zakoupené zboží a žádat o vrácení peněz                  |        |          |
| 23. Uspořádat večírek                                               |        |          |
| 24. Odolat náporu prodejce, dealera či pojišťovacího agenta         |        |          |

## Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)

Jméno pacienta: \_\_\_\_\_ Jméno terapeuta: \_\_\_\_\_

Datum měření: \_\_\_\_\_

| Škála pro obsese                     |                     |                   |                                |                        |                     |
|--------------------------------------|---------------------|-------------------|--------------------------------|------------------------|---------------------|
| <b>1. Čas zabraný obsesemi</b>       | 0 h/den<br>0        | 0–1 h/den<br>1    | 1–3 h/den<br>2                 | 3–8 h/den<br>3         | 8+ h/den<br>4       |
| <b>2. Narušení činností obsesemi</b> | vůbec ne<br>0       | mírně<br>1        | zřetelně, ale únosně<br>2      | podstatné snížení<br>3 | zneschopňující<br>4 |
| <b>3. Stres z obsesí</b>             | žádný<br>0          | mírný<br>1        | střední, ale ovládnutelný<br>2 | vážný<br>3             | téměř trvalý<br>4   |
| <b>4. Odolnost proti obsesím</b>     | vždy se brání<br>0  | většinou<br>1     | občas se snaží<br>2            | často se poddává<br>3  | zcela podléhá<br>4  |
| <b>5. Kontrola obsesí</b>            | úplná kontrola<br>0 | hodně kontr.<br>1 | střední kontr.<br>2            | málo kontr.<br>3       | bez kontroly<br>4   |
| Škála pro kompulze                   |                     |                   |                                |                        |                     |
| <b>6. Čas zabraný kompulzemi</b>     | 0 h/den<br>0        | 0–1 h/den<br>1    | 1–3 h/den<br>2                 | 3–8 h/den<br>3         | 8+ h/den<br>4       |
| <b>7. Narušení činností</b>          | vůbec ne<br>0       | mírně<br>1        | zřetelně, ale únosně<br>2      | podstatné snížení<br>3 | zneschopňující<br>4 |
| <b>8. Stres z kompulzí</b>           | žádný<br>0          | mírný<br>1        | střední, ale ovládnutelný<br>2 | vážný<br>3             | téměř trvalý<br>4   |
| <b>9. Odolnost proti kompulzím</b>   | vždy se brání<br>0  | většinou<br>1     | občas se snaží<br>2            | často se poddává<br>3  | zcela podléhá<br>4  |
| <b>10. Kontrola kompulzí</b>         | úplná kontrola<br>0 | hodně kontr.<br>1 | střední kontr.<br>2            | málo kontr.<br>3       | bez kontroly<br>4   |

**Celkové Y-BOCS skóre závažnosti poruchy:**

- 0–7** subklinická
- 8–15** mírná
- 16–23** střední
- 34–31** závažná
- 32–40** extrémní

## Beckův inventář úzkosti

Jméno \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Předkládáme Vám seznam běžných symptomů úzkosti. Přečtěte si pozorně každou položku seznamu. Označte, do jaké míry vás jednotlivé symptomy obtěžovaly během minulého týdne včetně dneška, umístěním křížku na odpovídající místo v kolonce vedle každého symptomu.

|                                        | <b>vůbec</b> | <b>mírně<br/>moc mě to<br/>nerušilo</b> | <b>středně<br/>bylo to<br/>nepříjemné,<br/>ale dalo se<br/>to vydržet</b> | <b>vážně<br/>stěží jsem to<br/>vydržel(a)</b> |
|----------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
|                                        | 0            | 1                                       | 2                                                                         | 3                                             |
| 1. Mrtvění nebo mravenčení             |              |                                         |                                                                           |                                               |
| 2. Pocit horka                         |              |                                         |                                                                           |                                               |
| 3. Vratkost nohou                      |              |                                         |                                                                           |                                               |
| 4. Neschopnost odpočinku               |              |                                         |                                                                           |                                               |
| 5. Strach z nejhorší události          |              |                                         |                                                                           |                                               |
| 6. Závrať nebo pocit na omdlení        |              |                                         |                                                                           |                                               |
| 7. Bušení srdce, zrychlený tep         |              |                                         |                                                                           |                                               |
| 8. Neklid                              |              |                                         |                                                                           |                                               |
| 9. Zděšení                             |              |                                         |                                                                           |                                               |
| 10. Nervozita                          |              |                                         |                                                                           |                                               |
| 11. Pocit dušnosti                     |              |                                         |                                                                           |                                               |
| 12. Chvění rukou                       |              |                                         |                                                                           |                                               |
| 13. Třes                               |              |                                         |                                                                           |                                               |
| 14. Strach ze ztráty kontroly          |              |                                         |                                                                           |                                               |
| 15. Namáhavé dýchání                   |              |                                         |                                                                           |                                               |
| 16. Strach ze smrti                    |              |                                         |                                                                           |                                               |
| 17. Panika                             |              |                                         |                                                                           |                                               |
| 18. Trávicí potíže nebo bolesti břicha |              |                                         |                                                                           |                                               |
| 19. Pocit na omdlení                   |              |                                         |                                                                           |                                               |
| 20. Zarudnutí v obličeji               |              |                                         |                                                                           |                                               |
| 21. Pocení                             |              |                                         |                                                                           |                                               |

## Beckův depresivní inventář

21položkový dotazník, určení ke zjištění míry deprese.

Pacient zakroužkuje v každé položce (A až U) číslo, které nejvíce odpovídá jeho současným pocitům, myšlenkám, stavu ap.

Je možno vyplňovat pravidelně (např. dvakrát týdně), aby bylo možno sledovat depresi.

### HODNOCENÍ:

|       |                 |
|-------|-----------------|
| 0–10  | normální nálada |
| 10–20 | mírná deprese   |
| 20–40 | střední deprese |
| 40–60 | silná deprese   |

U pacientů, kteří mají skóre vyšší než 40, je nepravděpodobné, že bude účinná pouze kognitivní terapie.

**DOTAZNÍK DEPRESIVNÍCH PŘÍZNAKŮ**

Jméno \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

**INSTRUKCE**

Prosím, zakroužkujte v každé položce od A do U odpověď, která nejvíce odpovídá vašemu současnému stavu.

- A    0    Nejsem smutný nebo nešťastný.  
      1    Jsem smutný.  
      2a   Jsem stále smutný a nemohu se toho zbavit.  
      2b   Jsem velmi smutný a nešťastný a trápí mě to.  
      3    Jsem tak smutný nebo nešťastný, že se to nedá vydržet.
- B    0    Svoji budoucnost nevidím pesimisticky.  
      1    Má budoucnost se mi nezdá příliš nadějná.  
      2a   Mám pocit, že se nemám na co těšit.  
      2b   Mám pocit, že se svých potíží nikdy nezbavím.  
      3    Mám pocit, že má budoucnost je zcela beznadějná a není naděje na zlepšení.
- C    0    Nemám pocit, že jsem v životě selhal.  
      1    Mám pocit, že jsem selhal více, než je běžný průměr.  
      2a   Mám pocit, že jsem v životě dokázal jen velmi málo smysluplného či cenného.  
      2b   Když se zamyslím nad svým životem, je to jen řada neúspěchů.  
      3    Mám pocit, že jako člověk/rodič/manžel atd. jsem zcela selhal.
- D    0    Nejsem nijak zvlášť nespokojen.  
      1a   Většinu času se nudím.  
      1b   Věci mě nebaví tak jako dřív.  
      2    Z ničeho už nemám žádné potěšení.  
      3    Cítím nespokojenost úplně se vším.
- E    0    Nemám žádné zvláštní pocity viny.  
      1    Dost často se cítím špatný a bezcenný.  
      2a   Mám značné pocity viny.  
      2b   Prakticky stále se teď cítím špatný a bezcenný.  
      3    Mám pocit, že jsem úplně špatný a bezcenný.
- F    0    Nemám pocit, že bych byl za něco trestán.  
      1    Mám pocit, že by se mi mohlo přihodit něco špatného.  
      2    Mám pocit, že jsem trestán nebo že budu potrestán.  
      3a   Mám pocit, že si zasloužím být potrestán.  
      3b   Přeji si, abych byl potrestán.

- G 0 Nejsem se sebou nespokojený.  
1a Jsem se sebou nespokojený.  
1b Nemám se rád.  
2 Jsem sám sebou znechucený.  
3 Nenávidím sám sebe.
- H 0 Nemám pocit, že bych byl horší než někdo druhý.  
1 Ke svým slabinám a chybám jsem velmi kritický.  
2a Dávám si vinu za všechno špatné, co se stane.  
2b Mám pocit, že mám řadu závažných chyb.
- I 0 Nikdy mě nenapadne, že bych si měl ublížit.  
1 Někdy mě napadne, abych si ublížil, ale neudělal bych to.  
2a Raději bych byl mrtev.  
2b Mám jasný plán, jak spáchat sebevraždu.  
2c Mám pocit, že mé rodině by bylo lépe, kdybych byl mrtev.  
3 Zabil bych se, kdybych mohl.
- J 0 Nepláču víc než obvykle.  
1 Pláču víc než dřív.  
2 Pláču teď pořád, nemůžu to zastavit.  
3 Dřív jsem byl schopen plakat, ale teď to nedokážu, i když bych chtěl.
- K 0 Nejsem rozčilen více než obvykle.  
1 Rozčilím se nebo otrávím snadněji než dřív.  
2 Cítím se stále podrážděný.  
3 Nerozčilí mě už ani věci, které mě dříve rozčilovaly.
- L 0 Neztratil jsem zájem o druhé lidi.  
1 Mám o lidi menší zájem, než jsem míval dříve.  
2 Ztratil jsem takřka úplně zájem o druhé lidi a nedokážu jim projevit žádný cit.  
3 Druzí lidé mě vůbec nezajímají a vůbec se o ně nestarám.
- M 0 Jsem schopen se rozhodovat stejně dobře jako obvykle.  
1 Jsem méně jistý než dřív a rozhodnutí raději odkládám.  
2 Bez pomoci druhých se už vůbec nedokážu rozhodnout.  
3 Už se vůbec nedokážu v ničem rozhodnout.
- N 0 Nemám pocit, že bych vypadal hůř než dříve.  
1 Dělá mi starosti, že vypadám staře a nepřitažlivě.  
2 Mám pocit, že se můj vzhled mění neustále k horšímu.  
3 Mám pocit, že vypadám ošklivě a odpudivě.



- O 0 Jsem schopen pracovat stejně dobře jako vždycky.  
1a Musím se více nutit, když se do něčeho pouštím.  
1b Nepracuji tak dobře jako dříve.  
2 Musím se velice nutit do jakékoli činnosti.  
3 Nejsem vůbec schopen něco dělat.
- P 0 Spím stejně dobře jako obvykle.  
1 Budím se ráno více unaven než dříve.  
2 Budím se o 1–2 hodiny dříve než obvykle a pak už jen těžko usínám.  
3 Každý den se budím velmi brzy a nespím více než 5 hodin.
- Q 0 Necítím se více unaven než obvykle.  
1 Unavím se snadněji než dřív.  
2 Každá činnost mě velmi unavuje.  
3 Jsem tak unaven, že nejsem schopen nic dělat.
- R 0 Mám stejnou chuť k jídlu jako obvykle.  
1 Nechutná mi tak dobře jako dřív.  
2 Mám teď mnohem menší chuť k jídlu.  
3 Nemám vůbec žádnou chuť na jídlo.
- S 0 V poslední době jsem neztratil(a) na váze.  
1 Zhubl(a) jsem více než 2 kg.  
2 Zhubl(a) jsem více než 4 kg.  
3 Zhubl(a) jsem více než 7 kg.
- T 0 Nedělám si se svým zdravím větší starosti než obvykle.  
1 Dělají mi starosti různé bolesti, nevolnost, zácpa a jiné nepříjemné tělesné pocity.  
2 Moje tělesné pocity mi dělají takové starosti, že jen těžko myslím na něco jiného.  
3 Jsem zcela zaujat svými potížemi.
- U 0 V poslední době se můj zájem o sex nezměnil.  
1 Mám teď o sex menší zájem než dřív.  
2 Můj zájem o sex je teď mnohem menší.  
3 Zcela jsem ztratil zájem o sex.

## Hopelessness scale

Beck. A., T. et al., 1975

### Stupnice beznaděje

HS

#### Instrukce k administraci HS

A. Pokud je pacient schopen číst a vyplňovat formulář sám, řekněte mu:

„Tento dotazník obsahuje jistá tvrzení (věty). Prosím, čtěte tvrzení jedno po druhém a vepište do záznamového archu, zda je pro vás PRAVDIVÉ (P) nebo NEPRAVDIVÉ (N). Na každé tvrzení odpovídejte tak, jak jste se cítil(a) v průběhu POSLEDNÍHO TÝDNE, VČETNĚ DNEŠKA.“

B. Pokud pacient potřebuje pomoc při vyplňování formuláře, řekněte mu:

„Tento dotazník obsahuje jistá tvrzení (věty). Budu číst jednu po druhé. Pokaždé, když přečtu větu, chci, abyste řekl(a), zda je tato věta pro vás PRAVDIVÁ (P) nebo NEPRAVDIVÁ (N).

Na každé tvrzení odpovídejte tak, jak jste se cítil(a) v průběhu POSLEDNÍHO TÝDNE, VČETNĚ DNEŠKA.“

V této chvíli dejte pacientovi kopii HS a řekněte:

„Zde je kopie pro vás, můžeme pokračovat.“

Po každé větě se zeptejte pacienta:

„Je tato věta pro vás PRAVDIVÁ nebo NEPRAVDIVÁ?“

Pokud pacient rozumí instrukcím, po několika větách můžeme přestat s pomocí.

#### SKÓROVÁNÍ

Pro každé tvrzení označte jako skóre „1“, pokud pacientova odpověď souhlasí s klíčem (pesimistická odpověď). Maximální pesimistické skóre citění se je „20“. Odpověď opačná, než je ve skórovacím klíči, se kóduje „0“ (optimistická odpověď).

#### SKÓROVACÍ KLÍČ

|      |       |       |       |
|------|-------|-------|-------|
| 1. N | 6. N  | 11. P | 16. P |
| 2. P | 7. P  | 12. P | 17. P |
| 3. N | 8. N  | 13. N | 18. P |
| 4. P | 9. P  | 14. P | 19. N |
| 5. N | 10. N | 15. N | 20. P |

SKÓRY:

|           |                              |
|-----------|------------------------------|
| 0–3       | žádná nebo minimální deprese |
| 4–8       | lehká deprese                |
| 9–14      | střední deprese              |
| 15 a více | závažná deprese              |
| norma     | 4,45 s.d. 3,09               |

H S

### Dotazník

Tento dotazník se skládá ze seznamu 20 tvrzení (vět). Prosím, čtete tvrzení pozorně jedno po druhém. Pokud tvrzení popisuje vaše postoje v posledním týdnu včetně dneška, napište do záznamového archu P (pravdivé). Jestliže je tvrzení pro vás nepravdivé, napište N (nepravdivé). Prosím, nepřeskakujte a čtete všechny věty.

1. Pohlížím do budoucnosti s nadějí a entuziasmem.
2. Mohu to klidně vzdát, protože už nemohu udělat nic, aby se moje situace zlepšila.
3. Když se věci nedaří, pomáhá mi vědomí, že to tak nemůže zůstat pořád.
4. Neumím si představit, jaký by mohl být můj život za deset let.
5. Mám čas dodělat věci, na kterých mi nejvíce záleží nebo které dodělat chci.
6. Očekávám, že bych mohl(a) uspět v tom, na čem mi nejvíce záleží.
7. Budoucnost se mi zdá temná.
8. Mívám v životě štěstí a domnívám se, že dostanu od života dost dobrého.
9. Nedostávám prostě příležitost a není důvod abych věřil(a), že ji v budoucnu dostanu.
10. Moje dosavadní zkušenosti mne dostatečně připravily pro budoucnost.
11. Všechno, co si představuji, že mě čeká, jsou spíše nepříjemnosti než příjemnosti.
12. Neočekávám, že bych mohl(a) dosáhnout to, co skutečně chci.
13. Když přemýšlím o budoucnosti, očekávám, že bych mohl(a) být spokojenější, než jsem nyní.
14. Věci stejně nebudou tak, jak bych si to přál(a).

15. Mám víru do budoucna.
16. Nikdy nedostanu to, co chci, takže je zbytečné si cokoliv přát a cokoliv chtít.
17. Je velmi nepravděpodobné, že se mi v budoucnosti podaří uspokojit mé touhy.
18. Moje budoucnost se mi zdá prázdná a nejistá.
19. Mohu pro sebe očekávat spíše dobré než špatné časy.
20. Skutečně nemá smysl se snažit získat to, co chci, protože to stejně nedostanu.

## Denní plánování a záznam činností

Jméno \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

U každé činnosti uveďte hodnocení úspěšnosti a potěšení.

Úspěšnost    0 %    25 %    50 %    75 %    100 %

Potěšení    0 = Žádné; 1 = Mírné; 2 = Střední; 3 = Výrazné; 4 = Velmi výrazné

| Hod.  | Plán činnosti | Činnost | Ú | P |
|-------|---------------|---------|---|---|
| 6–7   |               |         |   |   |
| 7–8   |               |         |   |   |
| 8–9   |               |         |   |   |
| 9–10  |               |         |   |   |
| 10–11 |               |         |   |   |
| 11–12 |               |         |   |   |
| 12–13 |               |         |   |   |
| 13–14 |               |         |   |   |
| 14–15 |               |         |   |   |
| 15–16 |               |         |   |   |
| 16–17 |               |         |   |   |
| 17–18 |               |         |   |   |
| 18–19 |               |         |   |   |
| 19–20 |               |         |   |   |
| 20–21 |               |         |   |   |
| 21–22 |               |         |   |   |
| 22–23 |               |         |   |   |
| 23–24 |               |         |   |   |

## Záznam myšlenek

| 1. Situace                                                                        | 2. Emoce<br>Intenzita 1 – 10                                                                        | 3. Automatické<br>myšlenky<br>(Představy)<br>Přesvědčivost<br>0 – 100%                                                                                                                                                                                           | 4. Důkazy, které<br>svědčí pro<br>žhavou<br>myšlenku.                                                                                                                                                                                                                   | 5. Důkazy, které<br>svědčí proti<br>platnosti žhavé<br>myšlenky                                                                                | 6. Alternativní/<br>vyváženější<br>myšlenky<br>Přesvědčivost<br>0–100%                                                                                                                                                        | 7. Zhodnocení<br>emoce nyní<br>Intenzita 1–10                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>S kým jsem byl(a)?<br/>Kdy to bylo?<br/>Kde to bylo?<br/>Co jsem dělal(a)?</p> | <p>Popište každou<br/>emoci jedním slovem<br/>a zhodnoťte její<br/>intenzitu na škále<br/>1–10.</p> | <p>Na co jsem myslel ve<br/>chvili, když jsem se<br/>začal takto cítit?<br/>Co to říká o mně?<br/>Co to znamená,<br/>pokud jde o druhé?<br/>O mou budoucnost?<br/>Co nejhoršího by se<br/>mohlo stát?<br/>Jaké se mi vybavují<br/>vzpomínky<br/>a představy?</p> | <p>V předchozím<br/>sloupci si podtrhněte<br/>tu žhavou myšlenku,<br/>jejíž platnost budete<br/>zkoumat. Zapište si<br/>faktické důkazy, které<br/>svědčí pro platnost<br/>této myšlenky. Přitom<br/>se snažte vyhnout<br/>čtení myšlenek<br/>a interpretaci faktů.</p> | <p>Položte si příslušné<br/>otázky, abyste<br/>dokázali najít důkazy,<br/>které vaši žhavou<br/>automatickou<br/>myšlenku<br/>zpochybňují.</p> | <p>Položte si příslušné<br/>otázky a vytvořte<br/>alternativní nebo<br/>vyváženější myšlenky.<br/>Na škále 0–100 %<br/>zhodnoťte<br/>přesvědčivost každé<br/>z těchto<br/>alternativních/<br/>vyváženějších<br/>myšlenek.</p> | <p>Opište emoce ze<br/>sloupce 2. Znovu<br/>zhodnoťte intenzitu<br/>každé emoce na škále<br/>1–10.</p> |

## **OTÁZKY, KTERÉ POMÁHAJÍ HLEDAT DŮKAZY, SVĚDČÍCÍ PROTI ŽHAVÝM NEGATIVNÍM MYŠLENKÁM (sloupec 5 Záznamu myšlenek)**

- Mám nějaké zážitky a zkušenosti, které ukazují, že tato myšlenka neplatí vždy a za všech okolností?
- Kdyby si toto myslel můj nejlepší přítel nebo někdo, koho miluji, co bych mu na to řekl?
- Kdyby můj nejlepší přítel nebo někdo, koho miluji, věděli, že takto uvažuji, co by mi řekli? Na co by poukázali, aby mě upozornili na to, že mé myšlenky nejsou 100% pravdivé?
- Když se necítím tak jako teď, uvažuji v podobných situacích jinak? Jak?
- Když jsem se takto cítil dříve, jaké myšlenky mi pomohly cítit se lépe?
- Byl jsem už v takové nebo podobné situaci někdy dříve? Co se tehdy stalo? Je nějaký rozdíl mezi touto situací a tou dřívější? Jaké zkušenosti, které by mi teď mohly pomoci, jsem z dřívějších situací získal?
- Existují nějaké třeba i maličkosti, které protirečí mým myšlenkám a které odmítám vzít v úvahu s tím, že nejsou důležité?
- Když si představím, že uplynulo pět let – jak budu na tuto situaci vzpomínat? Bude v tom nějaký rozdíl? Vzpomenu si na nějakou jinou součást dnešního zážitku?
- Existují ve mně nebo v této situaci i nějaké přednosti nebo pozitiva, která přehlížím?
- Docházím zbrkle k určitým závěrům ve sloupcích 3 a 4, které neodpovídají zcela důkazům a faktům?
- Obviňuji se kvůli něčemu, co jsem tak úplně a zcela nezavinil?

## **OTÁZKY, KTERÉ POMÁHAJÍ NAJÍT ALTERNATIVNÍ NEBO VYVÁŽENĚJŠÍ MYŠLENKY (sloupec 6 Záznamu myšlenek)**

- Když vycházím z důkazů, které jsem zapsal do sloupců 4 a 5 Záznamu myšlenek, existuje nějaký alternativní způsob, jak chápat a hodnotit tuto situaci?
- Napište si jednu větu, která shrnuje všechny důkazy, které podporují vaši žhavou myšlenku (sloupec 4), a druhou větu, shrnující všechny důkazy, které vaši žhavou myšlenku zpochybňují (sloupec 5). Vytvoří kombinace těchto dvou shrnujících vět, spojených spojkou „a“, vyváženější myšlenku, která bere v úvahu všechny informace, které jsem shromáždil?
- Kdyby někdo, koho mám rád, byl v této situaci, měl tyto myšlenky a měl k dispozici tyto informace, co bych mu poradil? Jak bych mu poradil, aby se na tuto situaci díval?
- Pokud je má žhavá myšlenka pravdivá, co nejhoršího se může stát? Pokud je má žhavá myšlenka pravdivá, jak nejlépe to může dopadnout? Pokud je má žhavá myšlenka pravdivá, jak nejpravděpodobněji to může dopadnout?
- Mohl by někdo, komu věřím, vidět tuto situaci odlišně než já?



# Dyadic adjustment scale

Spanier, G.B., 1976

## Dotazník přizpůsobení se ve dvojici

|       |
|-------|
| D A S |
|-------|

Většina lidí nesouhlasí ve všem se svým partnerem. Naprostý souhlas s druhým člověkem snad ani není možný. U různých párů bývá souhlas i nesouhlas názorů přirozeně v různých oblastech odlišný. Prosíme vás, abyste v následujícím dotazníku přibližně označili míru vašeho souladu nebo nesouladu v uvedených oblastech mezi vámi a vaším partnerem v každé položce dotazníku. Prosím, vyplňujte (do záznamového archu) podle skutečnosti tak, jak to opravdu cítíte mezi sebou, nikoliv jakou máte představu, že by to mělo být.

### 1. Zacházení s rodinnými financemi

| vždy<br>souhlas | téměř vždy<br>souhlas | občas<br>nesouhlas | často<br>nesouhlas | téměř vždy<br>nesouhlas | vždy<br>nesouhlas |
|-----------------|-----------------------|--------------------|--------------------|-------------------------|-------------------|
| 5               | 4                     | 3                  | 2                  | 1                       | 0                 |

### 2. Odpočinkové aktivity (např. dovolená)

| vždy<br>souhlas | téměř vždy<br>souhlas | občas<br>nesouhlas | často<br>nesouhlas | téměř vždy<br>nesouhlas | vždy<br>nesouhlas |
|-----------------|-----------------------|--------------------|--------------------|-------------------------|-------------------|
| 5               | 4                     | 3                  | 2                  | 1                       | 0                 |

### 3. Náboženství

| vždy<br>souhlas | téměř vždy<br>souhlas | občas<br>nesouhlas | často<br>nesouhlas | téměř vždy<br>nesouhlas | vždy<br>nesouhlas |
|-----------------|-----------------------|--------------------|--------------------|-------------------------|-------------------|
| 5               | 4                     | 3                  | 2                  | 1                       | 0                 |

### 4. Projevování (vyjádřování) citů a emocí

| vždy<br>souhlas | téměř vždy<br>souhlas | občas<br>nesouhlas | často<br>nesouhlas | téměř vždy<br>nesouhlas | vždy<br>nesouhlas |
|-----------------|-----------------------|--------------------|--------------------|-------------------------|-------------------|
| 5               | 4                     | 3                  | 2                  | 1                       | 0                 |

## 5. Přátelé

|                 |                       |                    |                    |                         |                   |
|-----------------|-----------------------|--------------------|--------------------|-------------------------|-------------------|
| vždy<br>souhlas | téměř vždy<br>souhlas | občas<br>nesouhlas | často<br>nesouhlas | téměř vždy<br>nesouhlas | vždy<br>nesouhlas |
| 5               | 4                     | 3                  | 2                  | 1                       | 0                 |

## 6. Sexuální vztahy

|                 |                       |                    |                    |                         |                   |
|-----------------|-----------------------|--------------------|--------------------|-------------------------|-------------------|
| vždy<br>souhlas | téměř vždy<br>souhlas | občas<br>nesouhlas | často<br>nesouhlas | téměř vždy<br>nesouhlas | vždy<br>nesouhlas |
| 5               | 4                     | 3                  | 2                  | 1                       | 0                 |

## 7. Názory na správné nebo vhodné konání (konvenčnost – nekonvenčnost)

|                 |                       |                    |                    |                         |                   |
|-----------------|-----------------------|--------------------|--------------------|-------------------------|-------------------|
| vždy<br>souhlas | téměř vždy<br>souhlas | občas<br>nesouhlas | často<br>nesouhlas | téměř vždy<br>nesouhlas | vždy<br>nesouhlas |
| 5               | 4                     | 3                  | 2                  | 1                       | 0                 |

## 8. Životní filosofie

|                 |                       |                    |                    |                         |                   |
|-----------------|-----------------------|--------------------|--------------------|-------------------------|-------------------|
| vždy<br>souhlas | téměř vždy<br>souhlas | občas<br>nesouhlas | často<br>nesouhlas | téměř vždy<br>nesouhlas | vždy<br>nesouhlas |
| 5               | 4                     | 3                  | 2                  | 1                       | 0                 |

## 9. Způsoby, jak vycházet s jedněmi i druhými rodiči

|                 |                       |                    |                    |                         |                   |
|-----------------|-----------------------|--------------------|--------------------|-------------------------|-------------------|
| vždy<br>souhlas | téměř vždy<br>souhlas | občas<br>nesouhlas | často<br>nesouhlas | téměř vždy<br>nesouhlas | vždy<br>nesouhlas |
| 5               | 4                     | 3                  | 2                  | 1                       | 0                 |

## 10. Cíle, úkoly a věci, které pokládáte za důležité

|                 |                       |                    |                    |                         |                   |
|-----------------|-----------------------|--------------------|--------------------|-------------------------|-------------------|
| vždy<br>souhlas | téměř vždy<br>souhlas | občas<br>nesouhlas | často<br>nesouhlas | téměř vždy<br>nesouhlas | vždy<br>nesouhlas |
| 5               | 4                     | 3                  | 2                  | 1                       | 0                 |

## 11. Množství času, který strávíte společně

|                 |                       |                    |                    |                         |                   |
|-----------------|-----------------------|--------------------|--------------------|-------------------------|-------------------|
| vždy<br>souhlas | téměř vždy<br>souhlas | občas<br>nesouhlas | často<br>nesouhlas | téměř vždy<br>nesouhlas | vždy<br>nesouhlas |
| 5               | 4                     | 3                  | 2                  | 1                       | 0                 |

**12. Rozhodování důležitých věcí**

| vždy<br>souhlas | téměř vždy<br>souhlas | občas<br>nesouhlas | často<br>nesouhlas | téměř vždy<br>nesouhlas | vždy<br>nesouhlas |
|-----------------|-----------------------|--------------------|--------------------|-------------------------|-------------------|
| 5               | 4                     | 3                  | 2                  | 1                       | 0                 |

**13. Úkoly v domácnosti**

| vždy<br>souhlas | téměř vždy<br>souhlas | občas<br>nesouhlas | často<br>nesouhlas | téměř vždy<br>nesouhlas | vždy<br>nesouhlas |
|-----------------|-----------------------|--------------------|--------------------|-------------------------|-------------------|
| 5               | 4                     | 3                  | 2                  | 1                       | 0                 |

**14. Zájmy a aktivity ve volném čase (koníčky, sport ap.)**

| vždy<br>souhlas | téměř vždy<br>souhlas | občas<br>nesouhlas | často<br>nesouhlas | téměř vždy<br>nesouhlas | vždy<br>nesouhlas |
|-----------------|-----------------------|--------------------|--------------------|-------------------------|-------------------|
| 5               | 4                     | 3                  | 2                  | 1                       | 0                 |

**15. Rozhodnutí týkající se kariéry**

| vždy<br>souhlas | téměř vždy<br>souhlas | občas<br>nesouhlas | často<br>nesouhlas | téměř vždy<br>nesouhlas | vždy<br>nesouhlas |
|-----------------|-----------------------|--------------------|--------------------|-------------------------|-------------------|
| 5               | 4                     | 3                  | 2                  | 1                       | 0                 |

**16. Jak často mluvíte nebo uvažujete o rozvodu, rozluce nebo ukončení vašeho vztahu**

| pořád | většinu času | častěji než ne | příležitostně | zřídka | nikdy |
|-------|--------------|----------------|---------------|--------|-------|
| 0     | 1            | 2              | 3             | 4      | 5     |

**17. Jak často vy nebo váš partner odejdete po hádce z domu**

| vždycky | většinu času | častěji než ne | příležitostně | zřídka | nikdy |
|---------|--------------|----------------|---------------|--------|-------|
| 0       | 1            | 2              | 3             | 4      | 5     |

**18. Obecně – jak často si myslíte, že věci mezi vámi a vašim partnerem jsou v pořádku**

| pořád | většinu času | častěji než ne | příležitostně | zřídka | nikdy |
|-------|--------------|----------------|---------------|--------|-------|
| 5     | 4            | 3              | 2             | 1      | 0     |

### 19. Věříte svému partnerovi

| pořad | většinu času | častěji než ne | příležitostně | zřídka | nikdy |
|-------|--------------|----------------|---------------|--------|-------|
| 5     | 4            | 3              | 2             | 1      | 0     |

### 20. Litujete někdy, že spolu žijete nebo že jste se vzali

| pořad | většinu času | častěji než ne | příležitostně | zřídka | nikdy |
|-------|--------------|----------------|---------------|--------|-------|
| 0     | 1            | 2              | 3             | 4      | 5     |

### 21. Jak často se s partnerem hádáte

| pořad | většinu času | častěji než ne | příležitostně | zřídka | nikdy |
|-------|--------------|----------------|---------------|--------|-------|
| 0     | 1            | 2              | 3             | 4      | 5     |

### 22. Jak často si s partnerem „lezete na nervy“

| pořad | většinu času | častěji než ne | příležitostně | zřídka | nikdy |
|-------|--------------|----------------|---------------|--------|-------|
| 0     | 1            | 2              | 3             | 4      | 5     |

### 23. Líbáte svého partnera

| každý den | skoro každý den | příležitostně | zřídka | nikdy |
|-----------|-----------------|---------------|--------|-------|
| 4         | 3               | 2             | 1      | 0     |

### 24. Účastníte se na zájmových aktivitách partnera nebo máte nějaké zájmové aktivity, které děláte spolu

| na všech | na většině | na některých | jenom málo | nikdy |
|----------|------------|--------------|------------|-------|
| 4        | 3          | 2            | 1          | 0     |

### 25. Míváte společnou stimulující výměnu názorů

| nikdy | méně než<br>1krát měsíčně | 1–2krát<br>měsíčně | 1–2krát týdně | 1krát denně | častěji |
|-------|---------------------------|--------------------|---------------|-------------|---------|
| 0     | 1                         | 2                  | 3             | 4           | 5       |

### 26. Smějete se společně

| nikdy | méně než<br>1krát měsíčně | 1–2krát<br>měsíčně | 1–2krát týdně | 1krát denně | častěji |
|-------|---------------------------|--------------------|---------------|-------------|---------|
| 0     | 1                         | 2                  | 3             | 4           | 5       |

**27. Klidně o něčem diskutujete**

| nikdy | méně než<br>1krát měsíčně | 1–2krát<br>měsíčně | 1–2krát týdně | 1krát denně | častěji |
|-------|---------------------------|--------------------|---------------|-------------|---------|
| 0     | 1                         | 2                  | 3             | 4           | 5       |

**28. Pracujete společně na nějakém úkolu**

| nikdy | méně než<br>1krát měsíčně | 1–2krát<br>měsíčně | 1–2krát týdně | 1krát denně | častěji |
|-------|---------------------------|--------------------|---------------|-------------|---------|
| 0     | 1                         | 2                  | 3             | 4           | 5       |

**29. Býváte příliš unavený(á) po milování**

|     |    |
|-----|----|
| ano | ne |
| 0   | 1  |

**30. Dáváte najevo svoji lásku**

|     |    |
|-----|----|
| ano | ne |
| 0   | 1  |

**31. Body na následující čáře označují různé stupně pocitu štěstí ve vašem vztahu. Střední bod „spokojenost“ reprezentuje stupeň štěstí, jaký přibližně zažívá většina vztahů. Prosím, zakroužkujte bod, který odpovídá vašemu stupni štěstí (spokojenosti), když vezmete v úvahu všechny okolnosti vašeho vztahu**

| extrémní<br>nespokojenost | velká<br>nespokojenost | malá<br>nespokojenost | spokojenost | velmi<br>spok. | výrazně<br>spok. | perfektní |
|---------------------------|------------------------|-----------------------|-------------|----------------|------------------|-----------|
| 0                         | 1                      | 2                     | 3           | 4              | 5                | 6         |

**32. Které z následujících tvrzení nejlépe vystihuje váš pocit ohledně budoucnosti vašeho vztahu:**

- 5 Nesmírně chci, aby náš vztah byl spokojený, a jsem ochoten(a) udělat pro to téměř cokoliv.
- 4 Chci velmi, aby náš vztah byl spokojený, a udělám všechno, co uvidím, že pro to mohu udělat.
- 3 Chci, aby náš vztah byl spokojený, a udělám si na tom svůj podíl.
- 2 Bylo by to hezké, kdyby tento vztah byl spokojený, ale nemohu pro to o moc více udělat, než pro to dělám.
- 1 Budu rád(a), když tento vztah bude spokojený, ale odmítám udělat pro to víc, než dělám teď.
- 0 Tento vztah nemůže nikdy být spokojený a neexistuje nic, co bych mohl(a) udělat, aby uspěl.

## Schéma životopisu

Toto schéma, které vám nabízíme k napsání životopisu, má sloužit jen jako podklad. Oblasti v něm uvedené popište tak, jak si je troufáte momentálně otevřít před ostatními členy skupiny. Pokud se zmíníte ještě o dalších aspektech, které ve schématu nejsou uvedeny, budeme rádi. Toto schéma vám má pomoci zamyslet se nad během vašeho života a pomoci ostatním členům skupiny a terapeutickému týmu více pochopit vaši životní situaci. Míru intimity a otevření se si volíte sami. V žádném případě s vaším životopisem nebude seznámen nikdo mimo okruh terapeutů.

### 1. Vlastní vývoj v dětství v předškolním věku

Co víte o svém porodu, o rodinné situaci v době, kdy jste se narodili. První vzpomínky, zážitky z rodiny, jak jste vnímali vztah rodičů, sourozenců, jak jste se v rodině cítili, popis významných příjemných i nepříjemných zážitků v předškolním věku, školka, prarodiče a širší příbuzenstvo. Vztahy k ostatním dětem v rodině i mimo ni. Závažnější onemocnění a jejich prožívání, event. stresové události. Na co jste se těšili. Oblíbené hry, svátky. Narození sourozenců.

### 2. Školní věk

Nástup do školy, vlastní pocity mezi spolužáky, pocity před učiteli, prospěch, získané zkušenosti ve vztazích jak ke spolužákům, tak k autoritám, zájmy a koníčky, realizovaná i nerealizovaná přání, nejradostnější i nejsmutnější okamžiky, zklamání, kamarádi, místo v kolektivu, rodinné postoje k vaší školní aktivitě, co se v rodině důležitého událo během tohoto období. Povahové vlastnosti matky, otce a dalších blízkých. Způsob života rodiny v tomto období, rodinný styl, rodinná pravidla, trávení volného času, dovolené, tábory, okruh přátel rodiny a společenský život rodiny, sociální a finanční situace. Vývoj vztahu k matce, k otci, sourozencům, další významné osoby.

### 3. Vzdělání či práce v pubertě a adolescenci

Výběr a volba dalšího vzdělání, případně práce, vztahy v pubertě a adolescentním věku, vzory, cítění se mezi lidmi, zájmy a koníčky, změny vztahů v rodině, postoj rodiny k vašemu vzdělávání, adolescentní změny v povaze, vzdory ap.

### 4. Zaměstnání

Důvody výběru, kdy a kde, náplň a uspokojení v práci, vztahy a atmosféra, konfliktní situace, vztah k autoritám.

### 5. Psychosexuální vývoj

Vztahy k dětem obou pohlaví, období začátku zájmu o děvčata či chlapce, zdroje a míra informovanosti o sexuálním životě, období puberty, první známosti, první sexuální zkušenosti, problémy v této oblasti, důvody rozchodů, erotická přání

a fantazie, obsahy snů, postoj rodičů k psychosexuálnímu životu. Vaše názory na vztah k druhému pohlaví.

#### **6. Partnerství – manželství**

Okolnosti seznámení, iniciativa a motivace sňatku nebo soužití, zaměstnání, povahové vlastnosti partnera, vývoj vztahu, krize a konflikty, vzájemná přitažlivost, intenzita uspokojení v praktickém, citovém i intimním soužití, názorové diskrepance, společné rysy partnerů, společné a rozdílné zájmy, přání a okolnosti narození dětí, změny ve vztahu, důvody a okolnosti rozchodu. Mimomanželské vztahy.

#### **7. Vlastní charakteristika**

Převažující vlastnosti, přednosti a nedostatky, temperament, míra spokojenosti s uplatněním v rodině i profesi, schopnosti rozhodovat se, prosazovat se, sebedůvěry, komplexy, pochybnosti, oblasti zájmu, vlastnosti po matce, otci, nynější přání a plány, sny, co chcete na své povaze změnit, čeho si na sobě vážíte nebo co se vám na sobě líbí.

#### **8. Vznik a vývoj potíží**

Jejich podrobný popis, doba počátku, souvislost s vnějšími okolnostmi, souvislosti nahodilé nebo související s vlastní povahou, v jakých životních situacích se potíže objevují, co v životě znepríjemňují, co eventuálně i pozitivně přinášejí, názory na důvody vzniku potíží, předchozí zkušenosti s léčbou a lékaři, druhy léků. Současný stav.

#### **9. Doplnění dalších údajů**

Doplňte další údaje, které měly a mají pozitivní či negativní vliv na citový život, co považujete pro sebe za nejdůležitější a nejcennější. Všechny další údaje související s vaším duševním i tělesným stavem.

#### **10. Očekávání**

Očekávání od skupiny a od sebe v průběhu terapie, očekávání od rodiny a okolí v průběhu terapie, očekávání od terapeutů.

Ján Praško, Petr Možný, Miloš Šlepecký a kolektiv  
**Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch**

Vydalo Nakladatelství TRITON Praha/Kromčříž v Praze roku 2007  
jako svou 986. publikaci.

Vydání 1.

Odpovědná redaktorka: MUDr. Marie Štědrá

Obálka: Renata Brtnická s použitím díla

Muerte de Séneca, Tállar de Rubens, Prado

Sazba: Eva Filgasová

Tisk: ?????????????

**ISBN 978-80-7254-865-4**