

Efektivní KBT u neefektivní Petry?

Mgr. Roman Pešek

Soukromá KBT praxe, Praha

Psychosomatická klinika, Praha

Asociace pomáhající lidem s autismem APLA, Praha

Arkáda – sociálně psychologické centrum, Písek

Článek představuje kazuistiku depresivní klientky, která byla léčena pomocí kognitivně behaviorálního přístupu v psychoterapii (KBT). Petru vychovával nepodporující otec a emočně labilní matka. Hypotézou bylo, že emočně chladnější a na „efektivitu“ zaměřená výchova vytvořila u Petry niterné přesvědčení „nejsem dost dobrá“, které se aktivovalo v období, kdy byla klientka svou matkou značně ignorována. Během terapeutického procesu byly aplikovány především metody plánovaného a postupného zvyšování aktivity, kognitivní restrukturalizace a terapeutických dopisů. Součástí textu je také sebereflexe terapeuta, který uvádí komplikace provázející terapeutický proces.

Klíčová slova: kazuistika, deprese, kognitivně behaviorální terapie, sebereflexe terapeuta.

Effective CBT and ineffective Petra – case study

The article presents a case study of a depressive client treated by the cognitive behavioral approach in psychotherapy (CBT). Petra was not sufficiently supported by her father and her mother was emotionally unstable. There was a hypothesis: her family which was more cold-hearted and focused on effectivity created in Petra inner conviction: „I am not good enough“. It was activated during the period in which she was considerably ignored by her mother. Within the therapeutic process were applied especially methods of planned and progressive increase of activity, cognitive restructuring and therapeutic letters. Self-reflection of the therapist and the complications within the therapeutic process are presented in the article as well.

Key words: case study, depression, cognitive behavioral therapy, self-reflection of the therapist.

Psychiatr. praxi 2013; 14(1):? –?

První sezení a důležité anamnestické údaje

Petra studuje vysokou školu a přivydělává si výukou angličtiny. Přichází od psychiatra s tím, že ji trápí deprese. Užívá tři roky antidepresiva, která jí sice zlepšila náladu, ale pořád se cítí „zpomalená“, není dostatečně „akční“ a „efektivní“, cítí se citově „zatuhlá“ (neprožívá pozitivní emoce, např. radost), nic ji nebaví, nevidí v ničem do budoucnosti smysl. Z mého pohledu se jedná o středně závažnou formu deprese.

Z anamnézy vyplývá, že její sestřenice pravděpodobně také trpěla depresí. Styl výchovy, ve které Petra vyrůstala, byl pro vznik deprese rizikový. Její otec nebyl moc doma, klientka ho popisuje jako submisivního a nepodporujícího. Matka byla náladová. Po rozvodu rodičů, tj. asi od čtrnácti let Petry, se její matka začala více orientovat na svého nového manžela z USA a směrem k Petře byla stále více odtažitá a bez zájmu. Rodina Petry kladla důraz na „efektivitu“. Rodiče od Petry automaticky očekávali, že bude dobrá v tom, co dělá. Jen málokdy ji pochválili, protože měli za to, že dobrá práce se pochválí sama. Také jí nedávali moc prostoru ke svobodnému rozhodování, sami jí určovali, co pro ni bude nejlepší, např. jí předem naplánovali, že bude studovat práva.

Vývojová a průřezová konceptualizace případu

Hypotézou bylo to, že faktory jako nedostatek ocenění a podpory Petry v jejím dětství a automatické očekávání, že by měla být dobrá ve všem, co dělá, v ní vytvořily niterné přesvědčení „*Nejsem dost dobrá.*“ Toto přesvědčení (schéma) si klientka kompenzovala podmíněným pravidlem: „*Abych byla pro ostatní dost dobrá, musím být efektivní a úspěšná ve všem, co dělám.*“

Petra bez problémů fungovala do svých osmnácti let. Potom odletěla do USA za matkou, která zde byla pod silným vlivem svého nového manžela. Petra očekávala „super dobrodružství“, ale nakonec tady byla svou matkou i otčímem ignorována a využívána. Musela se starat o domácnost, pomáhat s dítětem, které se matce a otčímovi nedávno narodilo apod. Petra se cítila velmi osamělá a zažívala silnou bezmoc, protože byla v cizím prostředí izolovaná, neměla tam žádné přátele, ani nevěděla, kde si je má hledat – matka s otčímem ji v tomto nebyli vůbec nápomocní a to Petra prožívala jako velkou zradu. Frustrace Petry se ještě více prohloubila, když nastoupila na střední školu, kde zjistila, že tam také není nikdo, s kým by si dobře rozuměla.

Aktivovalo se její depresivní schéma „*Nejsem dost dobrá*“, které se začalo odrážet v automatických depresivních myšlenkách, v negativních

emocích, tělesných reakcích a pozorovatelném chování (schéma 1) – Petra přestávala být schopná plnit své běžné denní povinnosti a tak posilovala své depresivní myšlenky a přesvědčení, že není dost dobrá, že je neschopná a k ničemu – jednalo se o typický bludný kruh udržující deprese.

Terapeutický vztah, seznam problémů a cílů terapie

V první řadě bylo důležité vytvořit dobrý terapeutický vztah založený na laskavosti, bezpečí a přijetí klientky. Petra měla dostatek času, aby v klidu převyprávěla svůj příběh. Potřebovala cítit zájem, který jí chyběl ze strany její matky a stejně tak bylo důležité ji povzbudit a podpořit – podporu zase postrádala v dětství od svého otce.

Společně jsme vytvořili seznam jejích problémů a k nim přiřadili realistické a měřitelné cíle. Vybrané problémové oblasti, s nimi spojené typické automatické negativní myšlenky (ANM), cíle terapie a posuny během terapie byly tyto:

- Nechuť začít dělat většinu činností a jejich odkládání. Typická ANM: „*Nechce se mi.*“. Cíl: Snížit míru nechuti u vybraných činností. Petra si předem vedla písemný sebemonitoring a např. činnosti s nejvyšší mírou nechuti (telefonování na úřady, učení se na zkoušky do školy aj.) vykazovaly v počátku terapie hodnotu minus 5 (na škále: minus 5 až plus 5,

kde minus 5 znamená „maximální, paralyzující nechuť“ a plus 5 „na aktivitu se hrozně těším“). Na katamnesticke sezení (viz kap. Závěr) Petra uvedla, že se hodnoty v těchto aktivit v současnosti pohybují v rozmezí minus 3 až 0.

- Nevýdržím u aktivit, které vyžadují dlouhodobé a systematické úsilí, i když jsem z nich v počátku jejich realizace docela nadšená (např. pravidelné chodění do školy). ANM: „Není to důležité.“, „Nebaví mě to.“, „K ničemu to nebude.“. Cíl: U vybraných aktivit si ujasnit motivaci, proč je dělám a k čemu mi mohou být dobré, a podle strukturovaného písemného plánu je pravidelně realizovat zprvu jen po dobu 2 měsíců. V současnosti Petra zanechala školy, ale pravidelně se např. učí programovat, učí se německý jazyk, chodí tančit a učí se angličtinu.
- Nevidím ve svém osobním životě smysl do budoucnosti. ANM: „Nevím, co mám dál v životě dělat.“. Cíl: Vytvořit si plán do krátkodobé budoucnosti (na půl roku), který bude obsahovat aktivity, ve kterých alespoň částečně vidím smysl, který si předem ujasním. V současné době Petra chodí na psychologickou skupinu do denního psychologického stacionáře – v této aktivitě vidí smysl a chce skupinu dokončit. Také si hledá práci v Rakousku, kam se chce s přítelem za pár měsíců odstěhovat – těší se tam.
- Problémový vztah s matkou. ANM: „Nezajímá se o mě, jak by měla. Nemá mě ráda. Jsem jí ukradená.“ Cíl: Lépe kognitivně a emočně nahlédnout a zpracovat vztah s matkou. V této souvislosti Petra nyní sděluje, že dříve svou matku více „řešila“, ale teď na ni už tolik nemyslí. Zároveň si ale uvědomuje, že toto téma bude ještě muset otevřít na skupině, i když se jí do toho moc nechce.

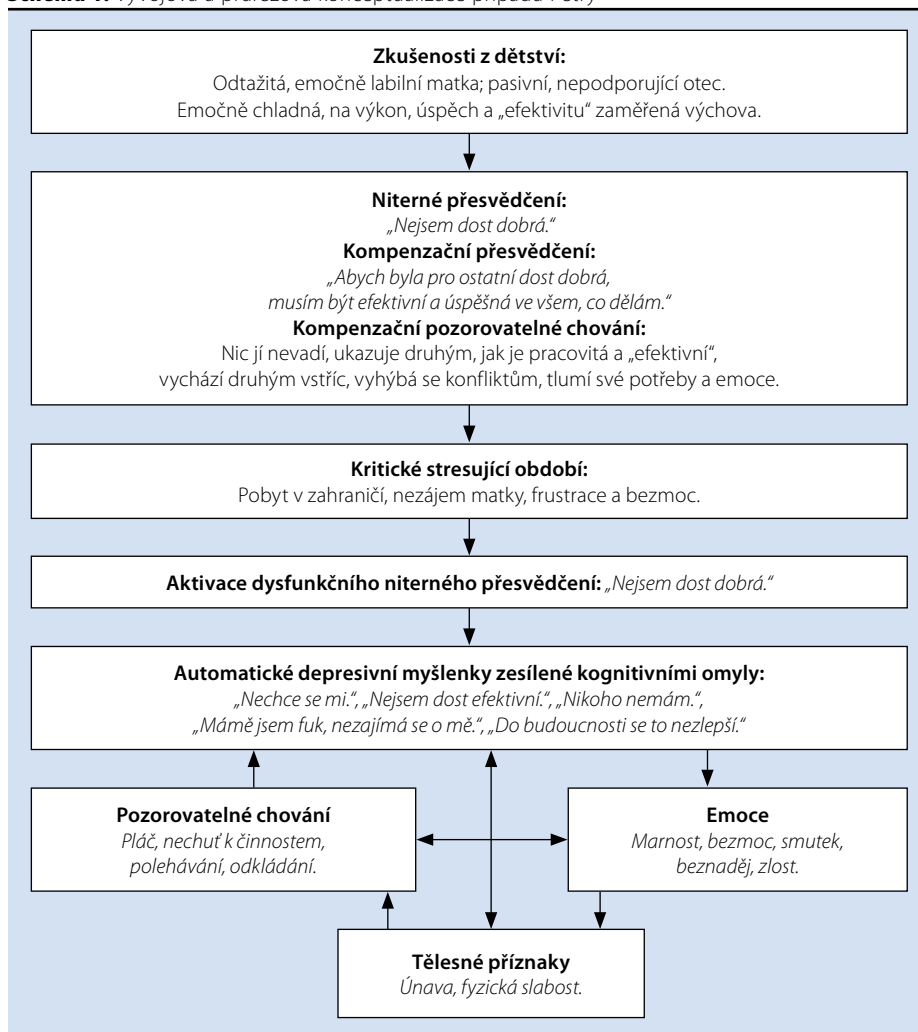
Metody terapie

Hlavní metody terapeutické práce s Petrou byly následující: záznam aktivit, resp. plánované a postupné zvyšování aktivity, kognitivní restrukturalizace a psaní terapeutických dopisů matce, prostřednictvím kterých Petra (částečně, viz kap. Komplikace v terapeutickém procesu) odventilovala a kognitivně zpracovala vztek svého vnitřního „rozhněvaného Dítěte“ na své rodiče, zejména matku, a zároveň tyto dopisy utěšily mod jejího „zraněného a odmítaného Dítěte“ (1, 2, 3).

Plánované a postupné zvyšování aktivity

Petra po dobu asi jednoho měsíce pracovala se záznamovým archem, jehož struktura

Schéma 1. Vývojová a průřezová konceptualizace případu Petry



Tabulka 1. Struktura a příklad záznamů plánovaného a postupného zvyšování aktivity

Čas	Plán aktivit	Skutečnost	Nálada (-5 až 5)	Efektivita (0 až 10)
7–8	Snídaně, ranní hygiena	Snídaně, ranní hygiena	-3	5
8–9	Práce na PC (psaní a odpovědi na emaily)	Dívání se na TV (telenovela)	-2	3

je uvedena v tabulce 1. Důležitá byla především položka „efektivita“, kterou si Petra definovala jako „subjektivní pocit úspěšnosti v dané hodině či aktivitě se zohledněním důležitosti této hodiny či aktivity“. Petra říkala, že tato technika ji z hlediska účinnosti terapie nejvíce pomohla – tato metoda ji postupně dostávala do rytmu, její nálada a soustředění se zlepšovaly. Záznamy ve zmiňovaném archu měly několik významů: a) byly důkazem, který zpochybňoval depresivní myšlenky typu „Během dne nic neudělám, nic nezvládám.“; b) pomáhaly jí přesněji specifikovat její více a méně příjemné aktivity; c) pomáhaly jí uvědomit si nevyrovnanost jejího denního plánu (Petra na sebe kladla velké nároky, neměla dostatek pohybu aj.); d) byly indikátorem zlepšování jejího stavu a tedy i indikátorem účinnosti te-

rapie (postupně se zvyšovala průměrná denní hodnota v položkách „nálada“ a „efektivita“).

Kognitivní restrukturalizace

Kognitivní restrukturalizace, čili přerámování automatických depresivních myšlenek do více vyvážené, racionální a realistické podoby, je kognitivní metoda často využívaná při práci s depresivními klienty. Tato technika vyžaduje pravidelnost a písemnou formu, protože psaním se racionální odpovědi rychleji a pevněji fixují do paměti. Např. k depresivní myšlence „Nejsem dost efektivní.“ si klientka vytvořila alternativní myšlenku „To není úplně pravda. Podle svých záznamů vidím, že moje efektivita se postupně zvyšuje. A navíc, být vždy efektivní není třeba a ani to není možné.“ U depresivních klientů se někdy setká-

vám s negativní myšlenkou typu: „*Nechce se mi dívat znovu na své záznamy depresivních myšlenek, protože mi to zase jen zhorší moji náladu. A stejně mi to přerámování moc nepomáhá.*“ Tato myšlenka provádění restrukturalizace ztěžuje a jako racionální reakci lze využít alternativní myšlenku typu, např. „*Ano, moc se mi nechce a možná to pro mě bude trochu nepříjemné se znovu vystavit svým depresivním myšlenkám, ale když jsem to už předtím udělal/a, tak jsem často zjistil/a, že přemýšlení o racionální myšlence mi náladu zlepšilo. Také nemohu čekat zázraky, co se týče efektu. Zkusím být trpělivý/já a budu na sobě takto pracovat alespoň půl hodiny každý den a po třech měsících účinek metody vyhodnotím. Nemám, co ztratit.*“

Komplikace v terapeutickém procesu

Při psaní této kazuistiky jsem si uvědomil, že ve fázi aplikace terapeutických dopisů se terapie zadrhla. Petra psaní necenzurovaného dopisu matce stále odkládala nebo nosila na sezení jen kusé, útržkovité části dopisu. Zřejmě jsem na ni moc tlačil, aby dopis dodělala, a přitom jsme v potřebné míře nezkoumali kognice a emoce, které ji v dokončování dopisu bránily. Chytil jsem se do pasti „efektivitu“ – chtěl jsem po ní, aby byla „efektivní“, aby dopis rychle napsala, aby následně odventilovala a zpracovala bolestivé emoce směrem k matce, chtěl jsem, aby terapie byla „efektivní“, abych měl já sám pocit, že jsem „efektivní“ a úspěšný terapeut. Dostatečně jsem se v tomto stádiu nezajímal o to, co Petra cítí – choval jsem se podobně jako její matka, byl jsem necitlivý, odmítavý, sebe-středný, neempatický. Petra byla v této fázi ambivalentní, na jednu stranu se pocitům ve vztahu k matce bránila, bála se jich, na druhou stranu cítila, že „*to chce ven*“ a občas jemně plakala. Právě zmíněnou sebereflexi a hypotézu mi Petra během posledního katamnestického sezení (viz kap. Závěr) vesměs potvrdila. Na otázku, co jí během terapie u mě nejvíce vadilo, mi odpověděla, že měla posledních několik sezení pocit, že terapie už nikam nevede, že beru na lehkou váhu její pocity, o které se moc nezajímám, že ji

moc tlačím tam, kam ještě není připravená jít. Měla na mě zlost, cítila se odmítaná, zklamaná a bezmocná.

I když je řada odborníků přesvědčena o opaku, analýza přenosu a protipřenosu v terapeutickém vztahu patří do standardní metodiky KBT (5). Rovněž platí, že dobří kognitivně behaviorální terapeuti si uvědomují četnými výzkumy podpořenou skutečnost, že dobrý vztah v psychoterapii je významnějším prediktorem pozitivních výsledků terapie než jakákoliv jiná terapeutická proměnná či strategie (4). V souvislosti s Petrou jsem si uvědomil, že se u mě směrem k depresivním pacientům někdy objevuje negativní protipřenos zapříčiněný mou netrpělivostí, narcistními terapeutickými ambicemi, nedostatečnou empatií a nadměrným očekáváním od pacientů. Tyto faktory vedou k nepřiměřenému tlaku na pacienta, někdy k neadekvátnímu akcentování terapeutických metod. Pacient pak může rezignovat na další snahu o zlepšení svého stavu, může se dostat do odporu, který je vyvolán zlostí, že nerespektuji a zlehčuji jeho potíže a emoční rozpoložení, že mu nevěřím, že teď nechce být s něčím konfrontován. Důsledkem je zhoršení terapeutického vztahu a terapie se zasekne, což u terapeuta zvyšuje jeho frustraci a bezmoc, na kterou reaguje zlostí a ještě větším tlakem na pacienta. Bludný kruh se uzavírá a terapie končí neúspěchem.

Závěr

S Petrou jsem pracoval po dobu půl roku ve frekvenci setkávání jedenkrát za jeden až dva týdny. Na poslední plánované setkání se klientka nedostavila. Poté jsem jí zavolał a domluvíli jsme si osobní konzultaci (prosinec 2012), kde jsem jí sdělil, že zpracovávám její kazuistiku a že mě zajímá, jak celý terapeutický proces vnímala ona sama – klienti mohou převyprávět „*terapeutický příběh*“ často významně jinak než terapeut, jak ukazuje např. Yalom (6). Petra přišla dobře naladěná, byla z ní cítit větší emoční stabilita a sebedůvěra. Na otázku, jak se jí nyní daří a v čem jí terapie u mě pomohla, odpověděla, že ji v současnosti baví více aktivit, má

z nich větší radost. Během terapie si uvědomila, že ANM mají velký vliv na její náladu, nyní tyto myšlenky umí „*stopnout*“, umí se lépe zklidnit. Také se naučila vyváženě a strukturovaně si plánovat svůj čas (ukazuje mi svůj elektronický diář). Na dotaz, co jí v současnosti nejvíce trápí, říká, že jí šťve, že i když do terapie vkládá spoustu času, energie a peněz, není pořád schopná „*normálně fungovat*“, vadí jí, že se stále nemůže spoléhat na to, že bude většinu času v pohodě. Časový horizont, kdy očekávala výraznější zlepšení svého stavu, musela posunout z původní představy 1 roku na 3 roky. Na otázku, jak by chtěla, aby její život vypadal za půl roku, odpověděla: „*Budu schopná pracovat minimálně 6 hodin denně, od pondělí do pátku, a moje nálada se po většinu týdne bude pohybovat v rozmezí minus 1 až plus 2. Každý den budu mít alespoň jednu příjemnou aktivitu, třeba se budu učit němčinu, budu sportovat, chodit na výuku tance, posedím s přáteli.*“ Tento cíl Petry se mi jeví realistický, už z toho důvodu, že již nyní se jí ho daří do značné míry naplňovat.

Literatura

1. Možný P, Praško J. Kognitivně-behaviorální terapie. Úvod do teorie a praxe. Praha: Triton 1999.
2. Praško J, Prašková H. Změny kognitivních a emocionálních procesů v imaginaci a psaním dopisů. Psychiatrie 2007; 11(2): 116–124.
3. Praško J, Prašková H, Prašková J. Deprese a jak ji zvládat. Stop zoufalství a bezradějí. Praha: Portál 2005.
4. Praško J, Vyskočilová J, Šlepecký M, Novotný M. Principy supervize v kognitivně-behaviorální terapii. Česká a slovenská Psychiatrie 2011; 107(2): 577–583.
5. Praško J, Vyskočilová J. Protipřenos v supervizi v kognitivně behaviorální terapii. Psychiatrie pro praxi 2011; 12(2): 80–84.
6. Yalom I. E. Každý den o trochu blíž. Praha: Portál 2005.

Článek doručen redakci: 14. 11. 2012

Článek přijat k publikaci: 14. 12. 2012

Mgr. Roman Pešek

Kognitivně behaviorální terapeut v soukromé praxi (www.kbt-pesek.cz), externí spolupracovník Psychosomatické kliniky v Praze a Asociace pomáhající lidem s autismem APLA Praha Kafkova 580, 160 00 Praha 6 ro.pe@seznam.cz

