

Skupinová KBT pro pacienty s úzkostně depresivními poruchami – zkušenosti z praxe

Mgr. Roman Pešek^{1,2,3}, Mgr. Sandra Gembčíková², Mgr. Hana Kučová²

¹Národní ústav pro autismus, z. ú. (NAUTIS) Praha

²Psychosomatická klinika, Patočkova 3, Praha

³Soukromá KBT praxe Praha 6 – Dejvice

Článek popisuje zkušenosti se skupinovou kognitivně behaviorální terapií (KBT) na Psychosomatické klinice v Praze. Krátkodobá ambulantní skupinová KBT je určena především pro pacienty s poruchami ze spektra neurotických a úzkostných poruch a s mírnými depresivními poruchami. Jsou zmiňovány struktura a průběh sezení a popisovány zkušenosti s často využívanými kognitivně behaviorálními metodami (např. kognitivní restrukturalizace nebo terapeutické dopisy). Uváděny jsou některé problémy ilustrované na jedné krátké kazuistice. Závěrem jsou zmiňovány zpětné vazby pacientů a diskutovány hypotetické příčiny, proč někteří pacienti z terapie dostatečně dobře neprospívají.

Klíčová slova: skupinová kognitivně behaviorální terapie, úzkostné poruchy, zkušenosti z praxe.

Group CBT therapy for patients with anxiety and depressive disorders experience from practice

The article describes the practice of group cognitive behavioral therapy (CBT) in Psychosomatická klinika in Prague. Short-term outpatient CBT group is intended for patients with disorders from spectrum of neurotic disorders, anxiety disorders and moderate depression. The structure of the sessions is mentioned and the experience with commonly used cognitive-behavioral methods (like cognitive restructuring or therapeutic letters) in group settings are described. Several problems are mentioned and illustrated in one short case study. In the end, patients' feedback is stated, and hypothetical causes why some patients do not have sufficient benefit from group CBT therapy are discussed.

Key words: group cognitive behavioral therapy, anxiety disorders, experience from practice.

Úvod

Skupinová psychoterapie (SP) se začala více využívat po II. světové válce, zčásti jako důsledek nedostatku kvalifikovaných psychoterapeutů a velkého množství pacientů. Ukázalo se, že tato forma má oproti individuálnímu přístupu některé výhody, protože šetří čas a využívá skupinu jako přirozené prostředí člověka. V současnosti patří SP k nejrozšířenějším léčebným postupům s velkým indikačním spektrem duševních poruch, jako jsou např. úzkostné poruchy a další poruchy neurotického spektra, mírně a středně závažné depresivní poruchy, poruchy osobnosti, závislosti, v kombinaci s medikací také psychotické poruchy a bipolární porucha. Několik stovek studií z posledních

let ukázalo vysokou účinnost SP u různých poruch (1, 2). Východisky pro praxi SP je mnoho teorií. Jsou skupiny, které zdůrazňují podporu a nácvik sociálních dovedností, skupiny, které pracují dynamicky s intrapsychickým konfliktem pacientů, skupiny orientované na dynamiku přenosů mezi členy skupiny apod. Zaměření SP může být na jednotlivce ve skupině, na interakce mezi členy skupiny, na skupinu jako celek. Mezi naše autory, kteří se zabývají různými tématy souvisejícími se SP, patří např. S. Kratochvíl (3).

Skupinová KBT v tuzemsku

Skupinová kognitivně behaviorální terapie (KBT) se začala ve světě rozvíjet v 70. letech

20. století a zpočátku se zaměřovala především na poruchy nálad; od té doby se její záběr rozšířil na mnoho dalších psychických poruch (4). Tento druh terapie vykazuje relativně vysokou efektivitu v poměru k nákladům u širokého diagnostického spektra (5). U nás provádí skupinovou KBT mnoho kognitivně behaviorálních terapeutů. Někteří své zkušenosti a výsledky účinnosti skupinové KBT publikují. Někdy terapeuti pracují se smíšenými skupinami, které jsou složeny z pacientů s různými úzkostnými a úzkostně depresivními poruchami (6, 7, 8), jindy provádí skupinovou KBT specificky zaměřenou jen s pacienty s depresí (9), s panickou poruchou a agorafobií (10), se sociální fobií (11), s obsedantně kompulzivní poruchou (12, 13).

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: Mgr. Roman Pešek
Soukromá KBT praxe Praha
Jugoslávských partyzánů 1425/9, 160 00 Praha 6 – Dejvice,

Cit. zkr: Psychiatr. praxi 2016; 17(3): 117–122
Článek přijat redakcí: 16. 11. 2015
Článek přijat k publikaci: 22. 7. 2016

Vývoj metodiky skupinové KBT

Metodika skupinové KBT se vyvíjela a stále se vyvíjí. V rámci druhé vlny KBT byla skupina přirovnávána k výukové třídě, ve které se postupuje podle osnovy předurčených témat. Terapeut měl roli experta na daný problém a moderátora skupinového dění. Ve skupině facilitoval proces učení pomocí vysvětlování, kladení vhodných „sokratovských“ otázek nebo pomocí hraní rolí. Nešetřil chválou, kterou se snažil, stejně jako pozornost, rovnoměrně rozdělovat mezi všechny pacienty. Zároveň vyzýval jednotlivé pacienty ke spoluúčasti na procesu učení, k diskusi, dávání příkladů, nácviku apod. Posiloval pozitivní vazby mezi členy skupiny a vytvářel laskavé, bezpečné a přijímající prostředí, čímž výrazně napomáhal procesu učení. Terapeut fungoval i jako model konstruktivního myšlení a zvládajícího chování. Zároveň vystupoval jako autentický člověk, který není dokonalý.

Třetí vlna KBT, včetně skupinové KBT, se zaměřuje navíc také na přenosy a na dynamiku skupinových interakcí, které jsou důležitým faktorem pro hlubší porozumění pacientovým postojům a chování v interpersonálních vztazích. V této souvislosti se využívá např. model schematerapie, kdy se pacienti učí jak u sebe, tak u terapeutů mapovat spuštěné mody, které se projevují ve specifických myšlenkách, emocích, tělesných reakcích a pozorovatelném chování, a tyto mody se učí „přepínat“ např. pomocí kognitivní restrukturalizace. Třetí vlna se rovněž více orientuje na osobní historii pacienta a terapeut pomocí např. terapeutických dopisů nebo reskripcí (přepisu) traumatických zážitků v imaginaci pomáhá pacientům nahlédnout a zpracovávat minulá emoční traumata a stresující zážitky, které se podílely na vzniku jejich potíží. Třetí vlna KBT se rozvinula hlavně proto, že přístupy druhé vlny selhávaly u komplikovaných pacientů a u pacientů s poruchami osobnosti, u nichž docházelo k významnému přenosu na jiného člena skupiny nebo na terapeuta (14). Se svými protipřenosi terapeuta, kteří vedou skupinovou KBT, pracovali vždy, i v rámci druhé vlny (4).

Skupinová KBT při Psychosomatické klinice v Praze

Skupinová KBT je prováděna v ambulantní formě. Uzavřená skupina sestává z 8 až 12 pacientů obojího pohlaví, starších 18 let a různého věku. Převažují ženy. Pacienti mají různě

Tab. 1. *Témata jednotlivých skupinových sezení*

1.	Hlavní principy a zásady psychoterapie a KBT, model KBT, měřitelné cíle
2.	4 složky lidského prožívání a chování, jejich provázanost a možnosti ovlivňování
3.	Kognitivní restrukturalizace automatických negativních myšlenek, životopis
4.	Niterná přesvědčení a kognitivní restrukturalizace, životopis
5.	Stresující postoje a kognitivní restrukturalizace, životopis
6.	Důsledky vyhýbavého a zabezpečovacího chování, expozice, životopis
7.	Osm modů podle schematerapie, životopis
8.	Progresivní relaxace podle Ůsta, kontrolované dýchání do břicha, životopis
9.	Asertivita, sebeoceňování, dávání a přijímání komplimentů, životopis
10.	Žádost o laskavost, odmítání, reakce na odmítnutí, životopis
11.	Sdělování a přijímání kritiky, životopis
12.	Terapeutické dopisy, životopis
13.	Terapeutické dopisy, životopis
14.	Ad hoc téma, opakování, životopis
15.	Opakování, individuální plány do budoucnosti, zpětné vazby

úzkostné, úzkostně depresivní, neurotické a fobické problémy, často provázené různými psychosomatickými potížemi. Mezi nejčastější diagnózy, které se mezi pacienty objevují, patří generalizovaná úzkostná porucha, panická porucha, agorafobie, sociální fobie a smíšená úzkostně depresivní porucha. Obvykle jsou do každé skupiny přijímáni i jeden až dva pacienti s obsedantně kompulzivní poruchou (OCD), ale jen v případě, pokud je skupina vhodným prostředím pro realizaci expozic a oni předem souhlasí s tím, že stupňované expozice budou v rámci skupiny provádět. Skupinové KBT se s různým úspěchem účastnilo i několik pacientů s Aspergerovým syndromem. S pacienty se před vstupem do skupiny provádí individuální pohovor, který slouží ke zhodnocení stavu pacienta a jeho vhodnosti do skupiny. Skupinu vedou 2 terapeuti, muž a žena. V poslední době jsou do skupiny zapojováni i stážiště, obvykle studenti psychologie nebo frekventanti výcviku v KBT. Jeden blok se skládá z 15 skupinových setkání, která probíhají jedenkrát týdně a trvají 90 minut – jedná se tedy o krátkodobou skupinovou psychoterapii.

Cíle skupinové KBT

Cíli bloku 15 KBT skupin je zejména to, aby pacienti porozuměli svým potížím v modelu KBT; aby se naučili stanovovat reálné a v pozorovatelné rovině měřitelné cíle terapie; aby se naučili uvědomovat a od sebe rozlišovat myšlenky, emoce, tělesné reakce a pozorovatelné chování; aby si uvědomili okamžité a dlouhodobé pozitivní a negativní důsledky vyplývající z jejich vyhýbavého nebo zabezpečovacího chování; aby nahlédli svou osobní minulost

a uvědomili si, jaké vlivy a události se mohly podílet na vzniku jejich potíží; aby se naučili identifikovat, zpochybňovat a restrukturalizovat své škodlivé postoje a automatické negativní myšlenky; aby si procvičili hlavní asertivní dovednosti (obvykle dávání a přijímání komplimentů, odmítání a dávání a přijímání kritiky); aby se vyrovnali s potlačenými negativními emocemi spojenými s důležitými osobami, které se podílely na vzniku a udržování jejich potíží (psaní terapeutických dopisů); aby se exponovali situacím, které je zúzkostňují a kterým se obvykle vyhýbají. Zastřešujícím cílem je naučit pacienty lépe vnímat a také vědomě usměrňovat své prožívání a chování, aby mohli tyto dovednosti využívat i po skončení terapie, a tak si u sebe zajistili dlouhodobější efekt léčby.

Struktura a témata setkání

Každé setkání je zpravidla rozděleno do 3 částí. V první části pacienti sdělují významné události z uplynulého týdne a někteří prezentují domácí cvičení zadané na předcházející skupině (cca 15 min). Následuje část, kdy probíhá edukace, diskuze a nácvik vybraných metod nebo dovedností (cca 30 min, viz tab. 1). Jako podpůrný edukační materiál jsou využívány formuláře a listy s popisem různých mechanismů (např. zklidňující dýchání do břicha, kognitivní omyly apod.)¹. Poté jeden z pacientů prezentuje svou autobiografii a dostává zpětné vazby od ostatních pacientů (cca 35 min). Nakonec následují zpětné vazby na průběh skupiny a pacientům

1. Dostupné např. na webu <http://psychology.tools/czech-stahnout-pracovni-ad-listy-pro-terapii.html>.

jsou zadána domácí cvičení na další skupinu (cca 10 min).

Témata jednotlivých sezení ukazuje tab. 1. Tato náplň je jen orientační – program je pružně modelován podle momentálních potřeb pacientů. Např. objeví-li se u více pacientů během úvodní prezentace domácích cvičení větší problémy s prováděním metody kognitivní restrukturalizace negativních myšlenek, tak této metodě znovu věnujeme více času, na úkor jiného plánovaného tématu, které se odloží na další sezení.

První a poslední skupinové setkání

Na první skupině pacienti představí sebe a své problémy a sdělí očekávání od celého bloku 15 sezení. Následně terapeuti pacientům představí hlavní pravidla skupiny (např. potřeba pravidelné docházky, včasné příchody, nevyhánění informací ze skupiny, respektování názorů druhých aj.) a sdělí pacientům klíčové principy, zásady a cíle psychoterapie, KBT a bloku 15 skupinových sezení, např. že terapeutický přístup a terapeut jsou pro zlepšení pacientových potíží důležití, ale důležitější je to, jak na sobě pracuje každý pacient sám mezi jednotlivými sezeními; že je třeba přijmout fakt, že v úvodu terapie mohou některé příznaky zesílit v důsledku otevření určitých témat, která jsou spojena s potlačenými silnými emocemi; že lze zmírnit jen část potíží pacientů a že s určitou částí těchto problémů se pacienti budou muset smířit a naučit se s nimi žít, což je také dovednost; že realistickým cílem celého bloku není výrazné zlepšení potíží pacientů, ale jedná se o jakýsi „úvod do KBT“, pomocí kterého by si pacienti měli přesněji pojmenovat, jaké jsou jejich potíže, stanovit si reálné cíle a očekávání od terapie a vytvořit si vlastní terapeutický systém a plán, jak mohou do budoucna, často do konce svého života na sobě pracovat, aby se jejich potíže zlepšily nebo aby se alespoň nehoršily. Následuje představení modelu KBT na flipchart (obr. 1) a diskuze terapeutů s pacienty.

Na konci prvního setkání je pacientům zadáno domácí cvičení, v rámci kterého si do příště písemně do svých terapeutických sešitů zpracují seznam svých problémů v oblastech: a) bydlení, finance, práce, studium, b) vztahy, c) psychologické a tělesné potíže, d) životní styl a trávení volného času (tyto oblasti jsou

často vzájemně propojené). Každý problém by měl být formulovaný konkrétně a stručně. Druhým úkolem je stanovit si reálné a měřitelné cíle k jednotlivým problémům do konce bloku KBT skupin.

Během posledního skupinového setkání probíhá stručné opakování hlavních principů, zásad a cílů psychoterapie, a základů KBT. Každý pacient prezentuje domácí úkol, v rámci kterého si písemně připraví, co si z celého bloku odnáší, co bylo pro něj užitečné, na čem chce pracovat po ukončení skupiny a jak to bude konkrétně dělat. V závěru posledního setkání dávají pacienti zpětné vazby terapeutům na organizaci skupiny i na ně samotné, případně sdělují zpětné vazby ostatním členům skupiny.

Domácí cvičení

KBT je oproti jiným směrům specifická mj. zadáváním a kladením důrazu na domácí cvičení či úkoly. Pacientům je toto v úvodu bloku sděleno, stejně jako to, že z hlediska terapeutické změny se to podstatně děje hlavně mezi sezeními, kde by pacienti měli plnit domácí cvičení; je zdůrazněno, že zatímco terapie trvá 1,5 hodiny a probíhá v bezpečném prostředí, stresorům jsou vystaveni 7 dnů v týdnu, a právě proto je zapotřebí osvojené dovednosti procvičovat i mimo prostor skupiny. Během prvních sezení dostávají pacienti úkoly, které jsou obvykle pro všechny tématy podobné, nicméně zaměřeny na jejich vlastní konkrétní problémy. Vypracované úkoly mohou během prvních sezení posílat předem ke konzultaci e-mailem a terapeuti jim dávají e-mailem stručnou, posilující zpětnou vazbu, případně s krátkým komentářem. Tím se posiluje motivace pacientů úkoly vypracovávat během celého bloku. Jak terapeuti blíže poznávají specifické problémy pacientů, tak jim zadávají úkoly individuálně, např. pacient se sociální fobií si jako expozici připraví před skupinou referát na 10 min o sociální fobii. Postupem času se pacienti učí zadávat si domácí úkoly sami podle toho, na čem momentálně potřebují nejvíce pracovat. Na začátku každé skupiny se terapeuti ptají, kdo chce prezentovat své domácí cvičení. Když se opakovaně hlásí ti samí pacienti, terapeuti postupně povzbuzují k popisu domácího cvičení i ostatní, kteří ještě domácí úkol neprezentovali. Když některý pacient úkol nemá, terapeuti se skupinou analyzují, co mu v tom bránilo (např. myšlenky týkající se

vlastní neschopnosti úkol splnit, prokrastinace, problém si uspořádat čas) a co by příště mohl udělat pro odstranění těchto překážek. Pokud jde o vyhýbání z jiných důvodů (např. potřeba pozornosti od terapeuta, potřeba revolty proti terapeutům, potřeba ukázat druhým ve skupině, že si dovolím nedělat domácí úkoly, protože nejsem poslušná „ovce“ jako ostatní)², není tomu věnována významnější pozornost, aby toto vyhnutí nebylo pozorností skupiny odměňováno. Naopak, prostor je věnován pacientům, kteří domácí cvičení alespoň zčásti splnili nebo se o to pokusili.

Kognitivní restrukturalizace

Důležitou metodou KBT, která provází pacienty během celého bloku, je nácvik uvědomování a restrukturalizace problémových kognitivních postojů a automatických negativních myšlenek (ANM). Tyto postoje a ANM, a s nimi spojené emoce, tělesné reakce a viditelné chování, se objevují i během dění na skupině a terapeuti pomáhají pacientovi si je uvědomit. Pacient je veden pomocí řízeného objevování, aby si své vlastní, někdy zčásti potlačované myšlenky, uvědomil. Pacienti si vedou písemné záznamy svých negativních a adaptivnějších myšlenek a postojů, které buď v malých skupinkách mezi sebou, nebo za pomoci terapeutů před celou skupinou diskutují. Často se využívá testující otázka „Jaké máte důkazy PRO a PROTI této negativní myšlence?“ V této souvislosti je vhodné vést pacienty k uvědomování si kognitivních omylů, které přispívají k přetrvávání jejich obtíží. Např. někteří pacienti kladou do kategorie důkazů podporujících negativní myšlenku nikoliv empirické důkazy, ale jen další negativní hypotézy. Příkladem je pacient, který pro tvrzení „jsem neschopný“ použil podporující „důkaz“ typu „neumím dobře vychovávat své děti“ – nejedná se o empirický důkaz, ale o kognitivní omyl, kdy pacient místo faktů používá jako důkaz jinou negativní myšlenku, kterou by bylo rovněž vhodné otestovat pomocí empirických důkazů PRO a PROTI.

Uvedme si příklad úspěšného zpochybnění přesvědčivé a emočně „horké“ ANM „selhala jsem jako učitelka“, která se objevovala u jedné pacientky (tab. 2).

2. Jedná se obvykle o významnější osobnostní problémy, které v rámci krátkodobé skupiny zpravidla nelze plně nahlédnout. Není zde dostatek prostoru pro důkladné zmapování a modifikaci kognitivních schémat, která vedou k těmto typům vyhýbavého chování.

Terapeutické dopisy

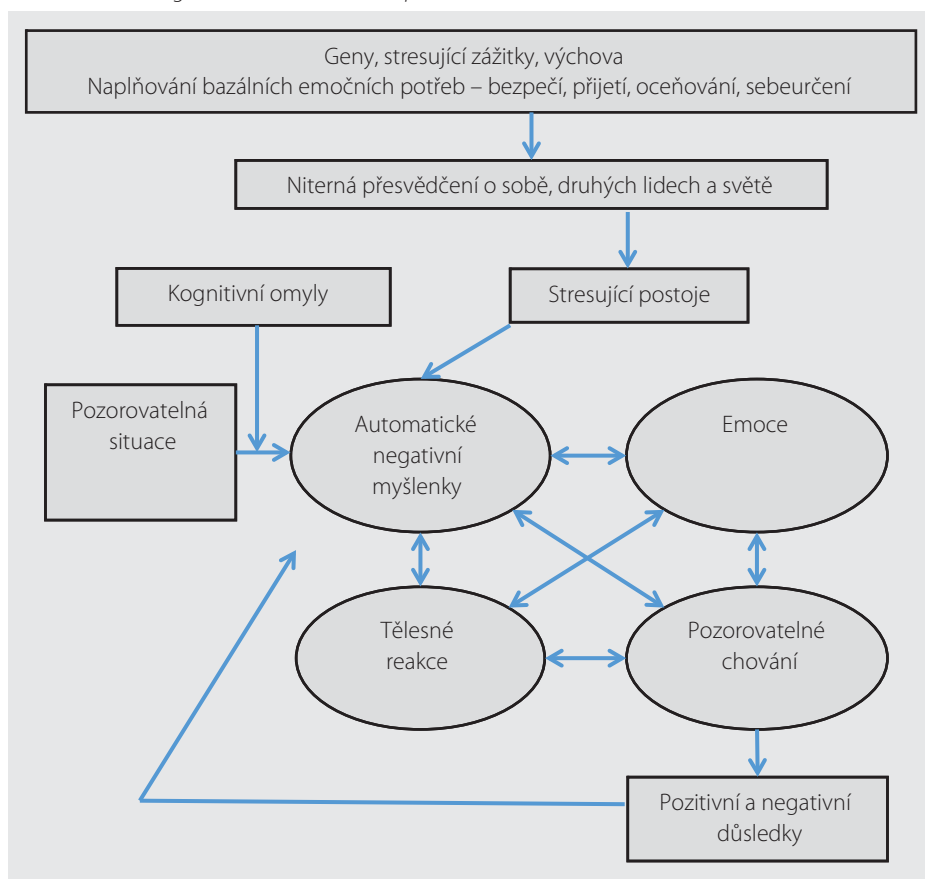
Terapeutické dopisy jsou jednou z metod emocionální restrukturalizace. Pomocí terapeutických dopisů pacienti otevírají, ventilují a zpracovávají potlačené emoce spojené se zážitky s důležitými osobami, které měly určitý podíl na vzniku nebo udržování problémových postojů k sobě, druhým a světu, a které se promítají do jejich současných psychických potíží (15, 16).

Pacienti na skupině písemně vypracovávají a čtou především dva dopisy: tzv. necenzurovaný dopis, ve kterém sdělují blízké osobě všechno, co by jí chtěli říci, ať je to vhodné či nevhodné (často jde o kritická sdělení, ale také o vyjádření potřeb, lítosti, žádosti o změnu chování apod.) a tzv. empatický dopis „z druhého břehu“, což je obvykle dopis, ve kterém pacienti píšou, co by chtěli od blízké osoby slyšet tak, aby byly naplněny jejich potřeby (často jde o omluvná, přijímající, vysvětlující a útěšná sdělení). Pomocí těchto dopisů pacienti „obnažují“ nejdříve svou zlost, pocity bezmoci, nepochopení, křivdy aj. a ve druhém dopise si sami dávají přijetí, pochopení, povzbuzení, ale snaží se i vysvětlit a pochopit motivy daného člověka.

Někdy pacienti píšou i jiné typy dopisů, například dopis omluvný v případě, že směřem k někomu pociťují vinu, nebo dopis sebeznehodnocující (sobě z modu Kritického rodiče čili „vnitřního kritika“) a dopis sebezpovzbuzující (sobě z modu Laskavého rodiče a Zdravého dospělého) (17).

V dopisech se objevují velmi osobní a citlivá témata a z praxe vyplývá, že někteří pacienti obsah dopisů cenzurují, na což je mohou ve zpětných vazbách upozornit jak pacienti, tak terapeuti, kteří v této souvislosti mohou s pacientem zkoumat a zpochybňovat negativní myšlenky, které k cenzuře vedly. V případě, že je pro pacienta obtížné napsat dopis klíčové osobě, která se významným způsobem podílela na vzniku jeho postojů, může zvolit dopis osobě jiné, s níž nemá spojené tak silné emoční zážitky. Když pacient přečte necenzurovaný dopis, ostatní pacienti mohou empaticky navíc ještě dodat, co by tam sami za sebe přidali, kdyby byli v podobné situaci. Pro terapeuta je však důležité, aby zabránil indoktrinaci pacienta a povzbudil jej, že významné je především to, co cítí sám. Empatický dopis může pacient přečíst sám nebo si může vybrat na skupině někoho, kdo mu dopis přečte. Poté mohou ostatní pacienti ještě dodat, co si myslí, že by

Obr. 1. Model kognitivně behaviorální terapie



Tab. 2. Příklad kognitivní restrukturalizace prováděné na skupině

Selhala jsem jako učitelka	
Důkazy PRO	Důkazy PROTI
<ul style="list-style-type: none"> ■ Vybuchla jsem v hodině vaření (neprofesionálně jsem se chovala asi 10 % času hodiny) ■ Rodiče jednoho žáka řekli ředitelce, že si myslí, že nemám ráda jejich dítě 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mnoho žáků mi dává najevo, že mě mají rádi, například jsou smutní, když se dozví, že budu chybět a že za mě bude suplovat někdo jiný ■ Věnuji se dětem se speciálními vzdělávacími potřebami ■ Žákům dávám zažít pocit úspěchu ■ Spousta rodičů za mnou chodí pro rady ■ Děti z vyšších tříd za mnou chodí o přestávkách a svěřují se mi s různými svými problémy
<p>Mám dostatek důkazů, že jsem dobrá učitelka. Ale také jsem jenom člověk a jako ostatní učitelé se někdy neovládnu.</p>	

v dopise mohlo ještě zaznít, aby to „zahojilo rány“ na pacientově sebevědomí.

Autobiografie

Vlastní životopis pomáhá pacientům uvědomit si zážitky, které se podílely na vzniku postojů, které souvisí s jejich potížemi. Lépe pak porozumí pozadí a vzniku svých problémů, které potom pacientům dávají větší smysl. Pro mnohé pacienty je sdělování vlastního životního příběhu i expozicí, protože se předem obávají toho, co dříve již někdy zažili, tedy, že když se odhalí, druzí je nepochopí, odsoudí je, budou jimi pohrdat nebo se jim budou smát. Svým životopisem se pacienti také přibližují ostatním členům skupiny,

kteří mají často podobné zkušenosti – posiluje se tak skupinová soudržnost a sounáležitost.

Životopisy pacienti prezentují cca od 3. skupinového setkání, vždy v poslední třetině každé skupiny. Předem obdrží pomocnou strukturu v bodech, podle kterých si životopis mohou připravit. Životopis si pacienti nemusí připravovat písemně, naopak, pouze ústní forma prezentace je jako expozice doporučována perfekcionistickým pacientům, kteří mají nutkání v životopise říci „všechno důležité“. Když pacient dokončí svůj životní příběh, následuje fáze, kdy se ostatní pacienti doptávají na další aspekty života. Poté ostatní pacienti sdělí, jak na ně životopis pacienta působil, co cítí za emoce a co je k životopisu

napadá. Nakonec pacient, který prezentoval autobiografii, reflektuje předchozí zpětné vazby ostatních pacientů.

Komplikovaní pacienti a problémové situace

D. Kamarádová a J. Praško (10) zmiňují druhy problémového, obvykle přenosového chování, které se objevuje u některých pacientů, včetně pacientů s poruchou osobnosti během skupinové KBT panické poruchy. Jedná se např. o odmítání vypracovávat domácí úkoly, nadměrné strhávání pozornosti na sebe nebo přehnané ochraňování druhých. Sedm druhů problémového chování pacientů autoři pojmenovávají (tzv. prototypy), charakterizují a nabízí možnosti zvládnání (10).

S podobnými reakcemi se u některých pacientů setkáváme i my. Podle typologie rolí, které komplikovaní pacienti zastávají na skupině a jak tyto role popisuje S. Kratochvíl (3), se často jedná o „monopolisty“ (strhávají na sebe pozornost), „trpitele“ (dožadují se pozornosti a zároveň ji odmítají), „kvaziterapeuty“ (snaží se přebírat iniciativu a dávají rady), „opozičníky“ (druhým opouňují, zpochybňují jejich názory a postoje) aj. Tito pacienti vyžadují specifický přístup, ale neměli by od terapeutů získávat více pozornosti než ostatní pacienti. Jejich chování je však empaticky reflektováno, nikoliv sankcionováno, a pomocí řízeného objevování jim skupina pomáhá objevit, které postoje a zážitky s tímto chováním souvisí. Terapeutická práce s náročnějšími pacienty by měla být pro ostatní členy skupiny podnětná. Jinak vzniká riziko, že tito pacienti budou dění ve skupině narušovat nebo ze skupiny předčasně odejdou. Stejně tak mohou ze skupiny dříve odejít další pacienti, kterým chování komplikovaných pacientů vadí. Uveďme si jeden příklad přenosového chování pacienta z praxe.

V situaci, kdy terapeut společně s pacientkou dokončoval na flipchart kognitivní restrukturalizaci její přesvědčivé negativní myšlenky „selhala jsem jako učitelka“ (tab. 2.), jiný pacient ze skupiny začal reagovat velmi emotivně, rozhazoval rukama, lehal si vedle křesla a dával si deku na hlavu. Terapeut se následně zeptal Mirka, jaký podnět ho rozrušil, co mu běželo hlavou a co cítil. Mirek odpověděl, že mu vadilo sepisování důkazů pro a proti na flipchart. Objevila se u něj myšlenka „je to nespravedlivý inkviziční soud“ a cítil silné pocity křivdy a nenávisti. Během ná-

sledné diskuze si Mirek uvědomil, že toto sepisování důkazů mu připomnělo styl komunikace jeho emočně chladného tatínka a nechápavé sestry, kteří často, když Mirkovi něco vysvětlovali, používali jen věcné argumenty a přitom zlehčovali, kritizovali, ignorovali nebo zesměšňovali jeho názory a prožívané emoce. Mirek se tak naučil své emoce potlačovat. Když nastoupil do terapie, jeho potlačené emoce začaly propuknout v nekontrolované emotivní výbuchy, během nichž stále mluvil, a bylo obtížné ho usměrnit. Sám si pojmenoval tyto své stavy jako „zkratky“. Terapeut se ostatních na skupině ptal, jak na ně Mirkovy „zkratky“ působí. Všichni Mirka chápali, ale některým jeho emotivní chování vadilo. Mirek dostal za domácí úkol zmapovat si podněty, které jeho „zkratky“ spouští (např. slovo „aplikovat“). Dále se měl zamyslet nad tím, jaké mu toto chování přináší výhody (např. emoční uvolnění, pozornost druhých) a nevýhody (např. výčitky, že se neovlád; některým lidem jeho chování vadí a někdy se mu vyhýbají, aby v jeho přítomnosti neřekli něco, co mu „zkrat“ spustí). Mirek také navrhl, co by mu pomohlo jeho zkrat zastavit. Požádal ostatní, aby ho nepřerušovali slovně, ale aby mu spolusedící v případě „zkratu“ položil ruku na rameno.

Zpětné vazby a účinnost

Z kvalitativních zpětných vazeb pacientů vyplývá, že jako přínosné hodnotí zjištění, „že každý má své problémy“, „se vším se dá něco dělat“, že úzkostné a depresivní prožívání nesnižuje jejich lidskou hodnotu, ale může být platnou součástí jejich sebeobrazu („jsem více smířená sama se sebou“). Pacienti, kteří se podruhé do skupiny vracejí, opakovaně uvádějí, že z nabytých dovedností čerpají i s delším časovým odstupem.

Ze strategií specifických pro KBT pacienti oceňují hlavně kognitivní restrukturalizaci („neberu své myšlenky jako absolutní pravdy“), expozice, terapeutické dopisy, katastrofické scénáře a praktické nácviky asertivních dovedností. Pozitivně hodnotí i prezentaci svého životopisu, kde oceňují možnost podívat se na svůj život jako na příběh, kterému lépe porozuměli, který jim dává větší smysl a logiku pro vývoj jejich potíží.

Pro hodnocení účinnosti využíváme Beckův inventář úzkosti a Beckovu sebesuzovací stupnici deprese. Tyto dotazníky

jsou pacienti vyplňovány na prvním a na posledním setkání. Z výsledků vyplývá, že ke statisticky signifikantnímu zlepšení dochází u všech pacientů v depresivním prožívání, a u třech čtvrtin pacientů v úzkostném prožívání³. Proč nedochází k ústupu úzkostných příznaků u všech pacientů, je předmětem dalšího zkoumání a supervize.

Hypoteticky může být příčin více. V terapeutické praxi je běžné, že některým pacientům léčba moc nepomáhá. V této souvislosti obecně platí, že na vině mohou být proměnné na straně pacientů nebo proměnné na straně vlastní terapie a terapeutů. Co se týče pacientů, ti nemusí být na změnu ještě dostatečně dobře připravení, mohou mít mentální deficit, užívají silnou medikaci aj. Problémy na straně terapie mohou spočívat v jejím obsahu a formě, např. v tom, že terapie není pro některé pacienty dostatečně bezpečná, podnětná, posilující či dlouhá. Problémy mohou vycházet i z terapeutů, kteří nemají dostatečné dovednosti pro práci se složitějšími pacienty, nevládají negativní protipřenosy, nedostatečně diagnostikují pacienta před jeho vstupem do skupiny, nedostatečně pacienta připraví na skupinu (např. důsledně s ním neprodiskutují způsob práce a smysl pravidel ve skupině).

Nad výše uvedenými rizikovými faktory se zamýšlíme. Jako jeden z významných problémů vnímáme smíšenost diagnóz ve skupině, kdy specifické problémy a potřeby pacientů s panickou poruchou, generalizovanou úzkostnou poruchou, sociální fobií, OCD aj. vyžadují také specifické terapeutické přístupy. Další potíží spočívá v tom, že někteří pacienti mají vedle úzkostných a depresivních problémů také výrazné potíže vyplývající z jejich maladaptivních osobnostních rysů, z poruchy osobnosti nebo např. z Aspergerova syndromu. Náš program nemusí jejich specifické potřeby dostatečně dobře reflektovat. Jedná

3. Statisticky jsme zpracovali skóry z dotazníků BDI a BAI 27 účastníků skupin ze čtyř běhů v průběhu roků 2014 a 2015. Wilcoxonův znaménkový test ukázal statisticky významný rozdíl ($N = 27$, $Z = -2,309$, $p = 0,021$) mezi subjektivní mírou úzkosti na začátku skupiny ($M = 19,4$, $SD = 11,2$) a na jejím konci ($M = 15,3$, $SD = 5,1$), u deprese rovněž došlo k poklesu ($N = 27$, $Z = -2,458$, $p = 0,014$) od začátku skupiny ($M = 10,5$) a na konci ($M = 8,1$, $SD = 4,9$). Tyto výsledky jsou však pouze orientační, neboť námi analyzovaný soubor nelze považovat za reprezentativní a do analýzy nebyly rovněž zahrnuty výsledky dotazníků lidí, kteří skupinu nedokončili nebo z jiného důvodu některý z dotazníků nevyplnili.

se např. o potřebu delšího trvání programu, větší důraz na práci s kognitivními schémata, potřebu opakovaného propracování nezpracovaných těžkých zážitků z celého života, potřebu vizualizace u pacientů s Aspergerovým syndromem aj.

LITERATURA

1. Barkowski S, Schwartz D, Strauss B, Burlingame GM, Barth J, Rosendahl J. Efficacy of group psychotherapy for social anxiety disorder: A meta-analysis of randomized-controlled trials. *J Anxiety Disord.* 2016; 39: 44–64.
2. Huntley AL, Araya R, Salisbury C. Group psychological therapies for depression in the community: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2012; 200(3): 184–190.
3. Kratochvíl S. Skupinová psychoterapie v praxi. Druhé doplněné vydání. Praha: Galén, 2001.
4. Bieling PJ, McCabe RE, Antony MM. Cognitive-behavioral therapy in groups. New York: Guilford Press, 2006.
5. Pettoceilli JV. Effectiveness of Group Cognitive-Behavioral Therapy for General Symptomatology: A Meta-Analysis. *The Journal for Specialists in Group Work* 2010; 27(1): 92–115.
6. Kosová J. Léčba úzkostných poruch. *Psychiatrie* 2011; 15(1): 13–20.
7. Hoffmanová L, Kosová J. Uzavřená KBT skupina pro úz-

Závěr

Zpětné vazby pacientů a výsledky hodnotících dotazníků ukazují, že KBT skupina je pro většinu pacientů přínosem. Nicméně stále je o čem přemýšlet a co zlepšovat. Naším cílem je učit se z dosavadních zkušeností, propracovávat využívané metody, za-

vádět metody nové, a zároveň kultivovat laskavou atmosféru založenou na pocitech bezpečí, přijetí, pochopení, ocenění, sebeurčení a naděje. Jenom tehdy si mohou jak pacienti, tak i terapeuti z každého skupinového setkání odnést něco pro sebe užitečného a obohacujícího.

8. Ocisková M, Praško J, Látalová K, Kamarádová D, Grambal A, Sedláčková Z. Internalizované stigma a efektivita farmakoterapie a psychoterapie u úzkostných poruch a poruch neurotického spektra. *Čes a slov Psychiat* 2014; 110(3): 133–143.
9. Praško J, a kol. Skupinová kognitivně behaviorální terapie depresí. Praha: Psychiatrické centrum, 1998.
10. Kamarádová D, Praško J. Kognitivně behaviorální terapie panické poruchy ve skupině. *Psychiatrie pro praxi* 2012; 13(4): 174–181.
11. Kamarádová D, Látalová K, Praško J, Jelenová D, Mainerová B, Grambal A, Sigmundová Z, Táborský J. Terapeutická odezva na komplexní léčbu u pacientů se sociální fobií. *Psychiatrie pro praxi* 2013; 14(4): 169–173.
12. Praško J, Raszka M, Adamcová K, Kopřivová J, Kudrnovská H, Vyskočilová J. Predikce terapeutické odpovědi u kognitivně behaviorální terapii u pacientů s obsedantně kompulzivní

13. Vyskočilová J, Praško J, Šípek J. Cognitive behavioral therapy in pharmacoresistant obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2016; 12: 625–639.
14. Praško J, Možný P, Novotný M, Šlepecký M, Vyskočilová J. Self-reflection in cognitive behavioural therapy and supervision. *Biomed Papers* 2012; 156(4): 377–384.
15. Praško J, Divěky T, Možný P, Sigmundová Z. Therapeutic letters – changing the emotional schemas using writing letters to significant caregivers. *Act Nerv Super Rediviva* 2009; 51(3–4): 163–167.
16. Praško J, Sandoval A, Jelenová D, Kamarádová D, Divěky T, Látalová K, Sigmundová Z, Vrbová K. Použití terapeutických dopisů ke zpracování traumatických emocí z dětství. *Psychiatrie pro praxi* 2012; 13(1): 38–41.
17. Pešek R, Praško J, Štípek P. Kognitivně behaviorální terapie v praxi. Praha: Portál, 2013.