

SKUPINOVÁ KBT PRO PACIENTY S ÚZKOSTNÝMI PORUCHAMI

Roman Pešek

Psychosomatická klinika, Patočkova 3, Praha 6

Soukromá psychoterapeutická praxe - Praha

Zkrácená verze článku připravovaného pro časopis Psychiatrie pro praxi. Plná verze článku bude publikována ve zmíněném časopise viz <https://www.psychiatriepropraxi.cz/>.

Úvod

Skupinová psychoterapie (SP) patří k nejrozšířenějším a ověřeně účinným léčebným postupům s velkým indikačním spektrem duševních poruch (2, 3). Tato forma terapie má oproti individuálnímu přístupu výhody (např. úspora času, využití různých typů interakcí mezi členy skupiny) i nevýhody (např. nedostatek času pro komplexní práci s jednotlivcem). V současnosti je východiskem pro praxi SP mnoho teorií a SP lze zjednodušeně dělit podle primárního zaměření na orientovanou na proces, tj. na dění „tady a teď“, a na problém (symptom), např. skupinová kognitivně behaviorální terapie (sKBT) (4).

Skupinová KBT při Psychosomatické klinice v Praze

Skupinová KBT (sKBT) je prováděna v ambulantní formě. Skupina sestává z 9 dospělých pacientů obojího pohlaví. Převažují ženy. Pacienti mají různé typy úzkostných potíží, někdy provázené různými psychosomatickými potížemi. Mezi nejčastější diagnózy, které se mezi pacienty objevují, patří generalizovaná úzkostná porucha, panická porucha, agorafobie, sociální fobie, nadměrné obavy o zdraví a smíšená úzkostně depresivní porucha. Do skupiny mohou být přijatí i min. 2 pacienti s mírnou depresivní poruchou a min. 2 pacienti s obsedantně kompulzivní poruchou (OCD) – pacienti s OCD jsou přijatí jen v případě, pokud je skupina vhodným prostředím pro realizaci expozičních úkolů a oni se předem ústně zaváží, že stupňované expoziční úkoly budou v rámci skupiny provádět. Skupinu vedou 2 terapeuti, muž a žena. Do skupiny jsou zapojováni i max. 2 stážisté, obvykle studenti psychologie nebo frekventanti výcviku v KBT. Ucelený blok sKBT se skládá z 16ti skupinových setkání (vč.

nultého setkání), která probíhají 1x týdně a trvají 105 minut. Jedná se tedy o krátkodobou skupinovou psychoterapii.

Nultá skupina

Na nulté skupině probíhá představení uchazečů (pacienti se rozdělí do dvojic, vzájemně se představí podle předurčené struktury a následně jeden představí druhého), seznámení s modelem a zásadami KBT (např. zdůraznění důležitosti vlastní aktivity a plnění domácích úkolů), s obecnými pravidly SP a je vytvořen časový harmonogram, kdy bude který uchazeč prezentovat svou autobiografii (CV) a terapeutické dopisy (podmínkou přijetí do skupiny je i ústní závazek písemně zpracovat a na skupině prezentovat CV a terapeutické dopisy). Na konci nulté skupiny se uchazeči rozhodnou, jestli chtějí sKBT absolvovat. Stejně tak terapeuti mohou na základě zhodnocení stavu, projevu a očekávání uchazeče rozhodnout, že některý uchazeč není pro sKBT vhodný a doporučí mu jiný typ psychoterapie.

Cíle skupinové KBT

Prvním cílem je to, aby si pacienti stanovili jeden konkrétní problém spojený se svou úzkostnou (depresivní) poruchou ve schématu: *„V určitých situacích cítím silnou úzkost (špatnou náladu), což vede k tomu, že se těmito situacím vyhýbám nebo se určitým způsobem zabezpečuji“*. Pacienti jsou vedeni k tomu, aby se během terapie zaměřili na jeden ohraničený problém a na něm pracovali. Pokroky ve zvládnutí stanoveného problému potom vede ke zvýšení jejich sebevědomí v práci na dalších problémech (tématech), např. v oblasti vztahů, sebeprosazování apod., kterým se mohou věnovat v další terapii po skončení sKBT.

Poté si určí realistický a v rovině pozorovatelného chování měřitelný cíl (ve vztahu k definovanému problému), kterého se pokusí dosáhnout do konce sKBT – terapeuti využívají otázku: *„Kdyby někdo stále chodil vedle vás, podle čeho by poznal, že se váš problém zmírnil nebo zmizel?“*. Např. pacient se sociální fobií si určil cíl: *„Na každé pracovní poradě řeknu svůj názor na diskutovaný problém“*; pacientka s OCD: *„Budu pracovat s nožem na kuchyňské lince a přitom si budu povídat s dcerou, která si bude malovat vedle u kuchyňského stolu“*; pacient s depresí: *„Každý den ráno půjdu min. na 30 minut na procházku se psem“*.

Během dalších sezení se pacienti seznámí s důležitými metodami KBT, které mohou využívat pro zvládnutí svých potíží. Pojmenují si důležité zážitky ze své osobní minulosti a s těmito zážitky se alespoň částečně emočně vypořádají (psaní a prezentace CV a

terapeutických dopisů). Obecným cílem sKBT je to, aby pacienti porozuměli svým potížím v modelu KBT a odnesli si plán již částečně zažitých strategií, které mohou v dalším životě využívat, aby své problémy lépe zvládali. Posledním cílem je, aby si pacienti pojmenovali další důležitá témata, na která se mohou zaměřit, pokud budou chtít pokračovat v další psychoterapii po skončení sKBT.

Fáze skupinové KBT – psychoedukační fáze

Celý blok sKBT se dělí do 4 fází: a) nultá skupina, b) psychoedukační fáze, c) pracovní fáze, d) poslední skupina. Průběh nulté skupiny (a) je popsán výše.

Psychoedukační čili přípravná fáze (b) se skládá z 5ti skupin. Pacienti jsou seznámeni s rizikovými faktory, které se podílí na vzniku úzkostných (depresivních) poruch (např. narušení emočních potřeb bezpečí, přijetí, ocenění a sebeurčení v dětství). Každý pacient si definuje problém, na který se chce zaměřit, určí si cíle, vytvoří vlastní bludný kruh (4 modalit psychiky), zvědomí si důsledky svého vyhýbavého, zabezpečovacího, v případě OCD i kompulzivního chování, je seznámen s metodami KBT, které se postupně učí využívat (mindfulness cvičení, svalová relaxace, kontrolované dýchání do břicha, kognitivní restrukturalizace, expozice).

Struktura skupiny v pracovní fázi

Tato fáze (c) je složena z dalších 9ti skupin. Pacienti provádí expozice na skupině a mezi skupinami, procvičují kognitivní restrukturalizaci, prezentují autobiografie a terapeutické dopisy. Struktura každé skupiny v této fázi je obvykle následující: Mindfulness cvičení, svalová relaxace nebo kontrolované dýchání do břicha (cca 5 min.), sdělení programu a zhodnocení uplynulého týdne některými pacienty („*Jak jste na sobě pracovali? Za co byste se ocenili?*“) (cca 10 min.), expozice na skupině (cca 15 min.), prezentace jedné kognitivní restrukturalizace nebo katastrofického scénáře nebo sdělení toho, jak se pacientům daří plnit domácí úkoly mezi skupinami (ve dvojčkách nebo ve 2 malých skupinkách) (cca 15 min.), prezentace autobiografie (cca 25 min.), prezentace sady tří terapeutických dopisů (cca 25 min.), zadání domácích úkolů, které si již zadávají pacienti sami, a zpětné vazby na průběh skupiny (cca 10 min.).

Poslední skupina

Na poslední skupinu (d) si pacienti písemně připraví odpovědi na tyto zpětnovazebné otázky: „Na kolik procent se vám povedlo naplnit váš, v úvodu terapie stanovený cíl?“, „Jaké metody budete využívat v další práci na sobě?“, „Máte nějaké obavy související s ukončením této terapie“, „Pokud chcete pokračovat v další terapii, tak na jaká témata se budete chtít zaměřit?“, „Jak jste byli spokojeni s průběhem a atmosférou skupinové terapie?“, „Pokud chcete někomu ze skupiny něco vzkázat, včetně terapeutů, tak si formulujte stručný vzkaz“.

Kognitivní restrukturalizace

Kognitivní restrukturalizace je důležitou metodou KBT, která je založená na identifikaci, zpochybnění a přeformulování situačně podmíněných automatických negativních myšlenek (ANM) do vyváženější podoby, která zmírňuje původní emoční odezvu (12). Pacienti tuto metodu často řadí mezi nejvíce obohacující dovednosti, které si ze sKBT odnáší.

Pro pacienty je často obtížné vybrat z celého „balíku“ myšlenek tu ANM, která je emočně „horká“. ANM ve formě otázek typu „Co když něco nezvládnou?“ se učí upravovat do testovatelné, oznamovací a konkrétné hypotézy typu „Když budu mluvit před druhými, nebudu pro ně srozumitelný“, popř. hledají hlubší jádrové ANM pomocí otázky „Co by to o vás říkalo, kdybyste to nezvládli?“. Učí se nezaměňovat testovací důkazy (fakta) s myšlenkami (důkazem pro myšlenku „Jsem neschopný člověk“ není „Špatně jsem vychoval svého syna“ – to je jen další ANM).

Expozice

Expozice znamená vystavení se zúzkostňujícímu podnětu a setrvání v situaci do doby, než úzkost poklesne min. o 50 % (13). Pacienti realizují na skupině a za domácí úkol mezi skupinami typy expozičních podle typu svých potíží: expoziční v realitě (např. sociální fobie, agorafobie), interoceptivní expoziční (panická porucha, agorafobie), expoziční katastrofickému scénáři v představě (generalizovaná úzkostná porucha, nadměrné obavy o zdraví) a situační expoziční se zábranou rituálu (OCD).

Pacienti s mírnou depresí provádí behaviorální aktivizaci čili postupné a plánované zvyšování činnosti (zaměřují se hlavně na výkonové aktivity a sociální kontakty), aby si ověřili

fakt, že nálada (na škále -4 až +4) se lepší až po zvýšení aktivity, protože častým dysfunkčním kognitivním postojem je přesvědčení „*Začnu něco dělat, až se mi zlepší nálada*“.

Mezi další expozice patří např. všímavé (mindfulness) odolávání škodlivé automatické reakci a její nahrazení reakcí alternativní, např. nereagovat na kritiku nadměrným omlouváním, ale asertivním přijetím, nebo nechránit se před vlastním emocemi odváděním pozornosti ke druhým, vč. dávání rad, ale mluvit o svém prožívání tady a teď.

Ze zkušeností vyplývá, že pacientům je třeba opakovaně připomínat, že expozice mají být postupné, konkrétně vymezené, plánované (např. aby pacient se sociální fobií nečekal, až ho někdo osloví, ale aby sám aktivně vyhledával komunikaci s druhými). Pacienti se také často zapomínají po úspěšné expozici odměňovat (okamžitá odměna, např. nějaká malá sladkost, a střednědobá odměna, např. po uskutečnění min. 5ti expozic v týdnu si koupím nové boty) a některým je třeba zdůrazňovat důležitost stručných a přehledných záznamů o průběhu expozic (kde a co, nejvyšší úzkost, doba, za jakou poklesla úzkost o 50 %, odměna), protože na písemných záznamech lze nejlépe vidět efekt terapie.

Autobiografie

Vlastní životopis (CV) pomáhá pacientům uvědomit si zážitky, které se podílely na vzniku jejich potíží v současnosti. Lépe tak porozumí pozadí vzniku svých problémů, které jim dávají větší smysl. Prezentací svého CV se pacienti přibližují ostatním členům skupiny, kteří mají často podobné zkušenosti - posiluje se tak skupinová soudržnost, sounáležitost, blízkost a odvaha ostatních také mluvit o citlivých tématech.

Pro mnohé pacienty je psaní a prezentování vlastního životního příběhu také expozicí, protože se předem obávají, že neunesou silné emoce spojené se zvědoměnými zážitky z minulosti, druzí je na skupině nepochopí, odsoudí je, budou jimi pohrdat nebo se jim budou smát - jedná se tedy o ANM, někdy vhodné pro restrukturalizaci před prezentací CV.

Pacienti CV prezentují v pracovní fázi (od 6té skupiny), vždy v poslední třetině každé skupiny. Předem obdrží pomocnou strukturu v bodech, podle kterých si CV písemně připraví. Způsob zpracování CV záleží na pacientech, nemusí odpovídat na všechny otázky uvedené ve struktuře CV, ale zaměřují se jen na to, jaké zážitky podle nich měly vliv na vznik jejich potíží v současnosti. Když pacient po max. 15 min. dokončí svůj CV, terapeuti a ostatní pacienti se doptávají na další aspekty jeho života nebo sdělí, jak na ně CV působil, co cítí za emoce a co je k CV napadá (na oznamovací zpětné vazby od jiných pacientů pacient prezentující CV

nereaguje). Nakonec pacient, který měl CV, reflektuje celý proces psaní, prezentace a zpětných vazeb od ostatních pacientů.

Terapeutické dopisy

Terapeutické dopisy jsou jednou z metod emocionální restrukturalizace. Pomocí těchto dopisů pacienti otevírají, ventilují a zpracovávají potlačené emoce spojené se zážitky, které se spolupodílely na vzniku jejich psychických potíží (14, 15). Během SKBT každý pacient prezentuje sadu 3 terapeutických dopisů: necenzurovaný, empatický a děkvný dopis. Po edukaci jsou pacientům zaslány e-mailem modelové dopisy (15, 16), své dopisy písemně zpracují za domácí úkol a prezentují na skupině, která následuje po skupině, kdy prezentovali autobiografii. Na tyto 3 dopisy je stanovena doba max. 30 min.

Použitá literatura

1. Pešek R., Gembčíková S., Kučová H. Skupinová KBT pro pacienty s úzkostně depresivními poruchami – zkušenosti z praxe. *Psychiatrie pro praxi* 17(3): 117–122, 2016.
2. Barkowski S., Schwartze D., Strauss B., Burlingame G.M., Barth J., Rosendahl J. Efficacy of group psychotherapy for social anxiety disorder: A meta-analysis of randomized-controlled trials. *J Anxiety Disord.* 39, 44-64, 2016.
3. Huntley A.L., Araya R., Salisbury C. Group psychological therapies for depression in the community: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 200 (3), 184-90, 2012.
4. Praško J., Grambal A., Šlepecký M., Možný P., Vyskočilová J. Skupinová kognitivně-behaviorální terapie. Praha: Grada, 2019.
5. Kratochvíl S. Skupinová psychoterapie v praxi. Druhé doplněné vydání. Praha: Galén, 2001.
6. Praško J., Možný P., Novotný M., Šlepecký M., Vyskočilová J. Self-reflection in cognitive behavioural therapy and supervision. *Biomed Papers* 156 (4), 377-384, 2012.
7. Bieling P.J., McCabe R.E., Antony, M.M. Cognitive-behavioral therapy in groups. New York: Guilford Press, 2006.
8. Petrocelli J.V. Effectiveness of Group Cognitive-Behavioral Therapy for General Symptomatology: A Meta-Analysis. *The Journal for Specialists in Group Work* 27 (1), 92-115, 2010.

9. Hoffmanová L. a Kosová J. Uzavřená KBT skupina pro úzkostné poruchy v režimu denního stacionáře. *Psychiatrie 5 (Suppl. 4)*, 36-37, 2001.
10. Praško J. a kol. Skupinová kognitivně behaviorální terapie depresí. Praha: Psychiatrické centrum, 1998.
11. Kamarádová D. a Praško J. Kognitivně behaviorální terapie panické poruchy ve skupině. *Psychiatrie pro praxi 13 (4)*, 174–181, 2012.
12. Možný P. a Praško J. Kognitivně-behaviorální terapie. Úvod do teorie a praxe. Praha: TRITON, 1999.
13. Praško J. Úzkostné poruchy. Klasifikace, diagnostika a léčba. Praha: Portál, 2005
14. Praško J., Divéky T., Možný P., Sigmundová Z. Therapeutic letters – changing the emotional schemas using writing letters to significant caregivers. *Act Nerv Super Rediviva 51 (3-4)*, 163–167, 2009.
15. Praško J., Sandoval A., Jelenová D., Kamarádová D., Divéky T., Látalová K., Sigmundová Z., Vrbová K. Použití terapeutických dopisů ke zpracování traumatických emocí z dětství. *Psychiatrie pro praxi 13 (1)*, 38-41, 2012.
16. Pešek R. Jak se zbavit závislosti na alkoholu. Praha: Pasparta, 2018.
17. Pešek R., Praško J., Štípek P. Kognitivně behaviorální terapie v praxi. Praha: Portál, 2013.