

TRI VLNY KBT

Viera Páleníková, FF UK, 2020

Klasická kbt – I. a II. Vlna

Integrácia behaviorálnej a kognitívnej terapie do KBT

Nové smery KBT – považujeme za III. Vlnu KBT, to, čo sa dnes prezentuje na konferenciách, workshopoch a je aj obsahom výcvikových kurzov

KBT

V 2007 roku vyšla vo vydavateľstve TRITON

Najnovšie “domáce” dielo z oblasti KBT, so snahou autorov, aby čo najviac odpovedalo aktuálnym poznatkom v tejto oblasti.

Ján Pavlov Praško dlho prednosta vo FNOL na Psychiatrickej klinike

Petr Možný je primár a riaditeľ Psychiatrickej liečebne v Kroměříži

Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch

Ján Praško, Petr Možný, Miloš Šlepecký a kolektiv



TRITON

KBT na Slovensku

Miloš Šlepecký, výkonný riaditeľ ABC Slovenský inštitút pre výcvik v KBT v Liptovskom Mikuláši
Štúdium Psychológie ukončil v r. 1976, doktorandské štúdium na FF UK v roku 1993.

Pracoval na Neuropsychiatrickom odd. V Liptovskom Mikuláši a od r. 1994 je v privátnej praxi.

Výcvik v KBT prvý v ČSSR v 1991 v Prahe pod vedením Krisha Natha z Veľkej Británie.



ODYSSEA - Mezinárodní institut KBT

Ján Pavlov Praško



Petr Možný



KBT HISTÓRIA a TEORETICKÉ ZÁKLADY

I.

- Aristoteles (4.st.pred n.l.) proces učenia nastáva, keď vznikne asociácia medzi dvoma podnetmi (určil 3 princípy potrebné na vznik tejto asociácie – dotyku, súčasnosti a podobnosti)
- Prvé zákonitosti učenia v živom organizme preskúmal a sformuloval od konca 19. do polovice 20.st. a ruský fyziológ I.P.Pavlov, ktorý opísal tzv. KLASICKÉ PODMIEŇOVANIE
- Z jeho poznatkov vyšiel Američan J.B.Watson, ktorý zaviedol pojem BEHAVIORIZMUS a prvý ukázal možnosť praktického využitia týchto poznatkov v liečbe psychických problémov. Jeho prvé pokusy spolu so študentkou Rosalie Rayener (1919-1920) s vyvolaním strachu u 11 mesačného Alberta spájaním najprv krysy, potom strsnatého zvieraťa so silným úderom kladiva do železnej tyče viedli ku vytvoreniu podmienenej reakcie generalizovanej na všetky kožušiny.
- V prvej polovici 20. st. bol to jeden z najvplyvnejších smerov v USA aj zásluhou J.B.Skinnera a jeho žiakov

“behavior” = angl. správanie

REFLEXNÁ TEÓRIA – PREDHISTÓRIA KBT

- I. P. PAVLOV – systematické využitie metódy podmieneného reflexu od r. 1901 (Kondáš, 1977, s. 73-74)) Podmienený reflex - ide o dočasný nervový spoj, elementárny psychologický fenomén, najuniverzálnejší jav v živočíšnom svete, rovnako u človeka Dielo: The experimental Psychology and Psychopatology of Animals BECHTEREV - 1913 kniha Objektivnaja psihologija vo francúzskom preklade používala pojem “asociačný reflex”. Venoval sa motorickému podmieňovaniu u ľudí.
- John B. WATSON prijal túto teóriu, používal pojem podmienený reflex, ktorý definoval ako “jednotku návyku”.

EXPERIMENTÁLNE NEURÓZY - PREDHISTÓRIA

- Známe pokusy od r. 1911-1952:
- N.P.Šenger-Krestovniková – pokus s diferenciáciou kruhu a elipsy, keď sa vypracovali odlišné reakcie a polomery sa približovali až na 9:8, u zvierat vznikali prejavy exp. n.
- M.K.Petrová použila oneskorené pokrmové reflexy. S oddialením o 3 minúty sa zistili prejavy experimentálnej neurózy s výrazným nepokojom.
- Pokus V.V.Rikmana so psami. Použil kolísanie plošiny, výbuchy strelného prachu, treskot, objavenie postavy v kožuchu. Pes bol napätý, vyskytli reakcie orientačné, nepokoj, neskôr vymizli podmienené i niektoré nepodmienené reflexy.
- Ivanov-Smolenskij (1952, tamtiež) popísal 2 syndrómy:
- Prevládajúceho ÚTLMU (zníženie PR, spavosť, útlm)
- Prevládajúcej EXCITÁCIE (motorický nepokoj, hryzenie)

EXPERIMENTÁLNE NEURÓZY - PREDHISTÓRIA

V terapii v Pavlovovskej škole sa používal na odstránenie príznakov najmä odpočinok, spánková terapia a brómkoferínová zmes. Zaujímavý prístup bol “trenírovka” na ľahších úlohách analogických tým, ako boli pôvodné.

Pavlovovská škola podnikla rad experimentov so zvieracími neurózami aj za hranicami.

H.S.LIDDEL experimentoval s ovcami a kozami – striedal 2 min. obdobie pokoja s 10s obdobím tmy s elektrickými údermi denne 20x. Chcel vyvolať u zvierat silnú emočnú reakciu. Utrpela ju každá ovca okrem 1 mláďatka a 1 starej ovce.

Odlúčil tiež 7 kozliatok 12 hodín po narodení od matiek a podrobil ich tomuto pokusu. 6 z nich zahynulo.

Liddel dôraznil veľký význam emócií, najmä STRACHU pri vzniku neuróz. Podmienkou vzniku neurózy je aj udržiavané osobné obmedzenie, samota, izolácia a hyperstimulácia.

MASSERMANOVE pokusy s afinitou mačiek a ďalších zvierat, u ktorých sa vyvinuli exp. neurózy ku nápojom s obsahom alkoholu.

BEHAVIORIZMUS

- JE TO SYSTEMATICKÝ PRÍSTUP KU CHÁPANIU SPRÁVANIA ĽUDÍ AJ ZVIERAT. MÁ ZA TO, ŽE SPRÁVANIE JE V TOM RADIKÁLNO M BEHAVIORIZME SÚBOROM REFLEXOV, KTORÉ SÚ EVOKOVANÉ URČITÝMI PREDCHÁDZAJÚCIMI SPÁROVANÝMI PODNETMI PRICHÁDZAJÚCIMI Z PROSTREDIA. (Pavlov, Watson, Skinner)
- NEOBEHAVIORIZMUS UŽ UZNAL AJ REAKCIE NA VNÚTORNÉ PODNETY PRICHÁDZAJÚCE Z ORGANIZMU, NEPOPIERA DEDIČNOSŤ, I KEĎ SA STÁLE VIAC ZAMERIAVA NA PODNETY Z VONKAJŠIEHO PROSTREDIA.(Skinner, Tolman, Hull, Bandura)

UČENIE

Učenie je proces získavania a osvojovania si skúseností a návykov v priebehu prispôsobovania sa organizmu vonkajším podmienkam /(Ondrej kondáš)

Učenie je každá zmena správania na základe skúsenosti (Petr Možný)

Zmeny navodené učením a podmieňovaním môžu byť tak adaptívneho ako aj neadaptívneho charakteru.

Učenie pokus-omyl (e.l.thorndike, koniec 19. a začiatok 20.st.) zákon efektu, cviku,

Únikové učenie – na bolestivý podnet

Vyhýbacie učenie (s varovným signálom)

“Vpečatenie” – stačí aj jediná expozícia podnetu

FORMY UČENIA

Dajú sa sem zaradiť všetky druhy učenia.

- KLASICKÉ
PODMIENOVANIE
I.P.PAVLOV
- INŠTRUMENTÁLNE
PODMIENOVANIE
B.F.SKINNER
- IMITAČNÉ, SOCIÁLNE
UČENIE A.BANDURA
- KOGNITÍVNE UČENIE

KLASICKÉ PODMIEŇOVANIE OPERAČNÉ PODMIEŇOVANIE

KLASICKÉ:

PP(zvonček)_____NPP(potrava)_____PR(slinenie)

OPERAČNÉ:

PP(páčka)_____Rp(stlačenie)_____NPP(potrava)

PP...podmienový podnet

PR...podmienový reflex

Rp...ištrumentálna reakcia, “operácia”

NPP...nepodmienový podnet

ROZVOJ BEHAVIORÁLNEJ TERAPIE I.

- BEHAVIORÁLNA TERAPIA 50.-60.r. 20. st. nezávisle v USA a GB
- Joseph Wolpe (juhoafrický psychiater) popísal techniku recipročného útlmu v r. 1958. Najprv mačky vystavoval úzkostným podnetom a zároveň im ponúkal potravu, čo vyvolávalo nezlučiteľné pocity. Neskôr učil svojich klientov asertívnemu správaniu a spájal toto správanie so stavmi úzkosti alebo zlosti, ktoré považoval za nelučiteľné s asertívnymi prejavmi. Najznámejší sa stal tým, že vytvoril na odstraňovanie fóbii u ľudí metódu SYSTEMATICKEJ DESENZITIZÁCIE. S relaxovaným stavom sa postupne spájajú hierarchicky usporiadané predstavy úzkosť vyvolávajúcich situácií.
- Vo Veľkej Británii bol organizátorom výskumu a praktického uplatnenia Hans Eysenck, so zameraním najmä na liečbu detí a psychotických pacientov.

I. VLNA KBT: 60.-70.roky 20.storočia

“Behaviorálna terapia”

Skinner, Wolpe, Eysenc a iní.

- Pozorovanie a meranie zjavného správania, funkčná analýza, ciele zamerané na zmenu správania a zmiernenie telesných príznakov.
- Metódy: desenzitizácia, expozícia v predstave a v reálnej situácii, nácvik schopností, operačné podmieňovanie.
- Cieľom je zmena prežívania a sebapoňatia, zvýšenie schopnosti zvládať problémy, zvýšenie samostatnosti.
- Prostriedkom je zmena zjavného správania.
- Úspešná terapia úzkostných porúch, OCD, porúch správania u MR, nácviku sociálnych schopností.

HISTÓRIA a ROZVOJ KOGNITÍVNEJ TERAPIE II.

- Kognitívna terapia sa vyvíjala samostatne a nezávisle od behaviorálneho prúdu.
- Najstaršiu zmienku by sme našli už v rímskej filozofickej škole stoikov u Epikteta, ktorý prehlásil: “Nie sú to veci samotné, čo nás znepokojujú, ale to, čo si o nich myslíme.”
- Vlastná kognitívna terapia (KT) sa začala rozvíjať v USA už v 60. rokoch. Obaja jej zakladatelia – Albert Ellis s RACIONÁLNE EMOČNOU TERAPIOU (RET) (Ellis, 1995,1999) aj Aaron T. Beck s KOGNITÍVNOU TERAPIOU DEPRESIE v polovici 70. rokov (Beck, 2005) vytvorili svoje vlastné terapeutické prístupy.

RET (Alberta Ellis)

- V 60.-70-rokoch 20.storočia vtvoril pôvodný model ako ABC proces
- A aktivujúca udalosť (Activating Events)
- B kognitívny proces (Beliefs)
- C dôsledok, emócie, správanie (Emotional Consequences)

Ak človek vyvinie nejaké presvedčenia o situácii, vznikne určitý emočný stav. Presvedčenia môžu byť racionálne ale aj iracionálne. V ich dôsledku môžu vznikať silné negatívne emócie a emočné utrpenie. Ellis zdôrazňuje primárne kognitívnu príčinu psychických porúch, najmä v iracionálnych presvedčeniach a nevhodných postojoch.

RET

- Pôvodne išlo racionálnu terapiu RT, ale pojem “racionálny” vyjadruje skôr obsah “empirický a logický. Absolútne kritérium racionality neexistuje.
- Ellis by bol za výstižnejší názov svojho prístupu, ale z kognitívne - emočná: “kognitívna” mal už obsadené A. Beck a kognitívne behaviorálna terapia bola v 90. rokoch už známa tak ako aj RET. Okrem metód silnej argumentácie, povzbudzovania, získavania klienta pre rôzne aktivity, ktorých sa obáva a odporujú jeho presvedčeniam sú od klienta vyžadované tiež domáce úlohy ako desenzitizácia, odpodmieňovanie či iné aktívne formy práce. Racionálne emočne behaviorálna terapia REBT odráža zmeny myslenia na správanie ako aj zmeny správania na zmeny v ideácii.

REBT

- Za primárne príčiny emočných problémov naďalej považuje iracionálne presvedčenia. Väčšina klientov má podobné iracionálne presvedčenia, predovšetkým tzv. jadrové alebo absolutistické “musy”:
- **Musím** výnimočne dobre fungovať v určitej oblasti alebo v každom dôležitom ohľade, inak som nehodný človek
- **Druhí ľudia sa musia** ku mne správať pekne a spravodlivo. Inak sú to zlí ľudia!
- **Podmienky, v ktorých žijem, musia byť priaznivé**, lebo inak je môj život nanič a to neznesiem.

Príčinou môžu byť aj dogmatické očakávania a preferencie namiesto zdravých túžob a prianí.

Dryden a David (2008) považujú Ellisa za súčasť KBT, jeho prístup sa však neskôr priblížil viac humanistickým smerom. Aktivita je v Ellisovom systéme do značnej miery ponechaná na klientovi, čo mnohí inteligenčne a osobnostne menej zdatní klienti neunesú. Za racionálne považuje Ellis aj “iracionálne” techniky, ak tie “racionálne” zlyhali. Za “racionálne” považuje to, čo človeku pomáha a udržuje jeho psychiku v stave zdravia. Podporuje jeho zodpovednosť, kreativitu, odvahu, vytrvalosť, zdravý životný štýl a pod.

KOGNITÍVNA TERAPIA II.

- Rovnako ako A.Ellis, aj A.T.Beck v polovici 70. rokov tiež z psychoanalýzy prevzal predpoklad, že príčinou psychických ťažkostí sú intrapsychické procesy.
- Obaja sa však zamerali na vedomé, či predvedomé kognitívne procesy.
- Beckova KT sa ukázala účinná v liečbe depresie, čo sa nepodarilo ani psychoanalýze ani behaviorálnej terapii
- V 80.-90. rokoch bola overená aj pri ďalších psychických poruchách – závislostiach, úzkostných poruchách a pri poruchách osobnosti.

KOGNITÍVNA TERAPIA II.

Na rozdiel od behaviorálnej terapie, ktorá sa zameriavala predovšetkým na skúmanie zjavného správania, kognitívni terapeuti sa zameriavajú na skúmanie kognitívnych procesov.

Ide o prijímanie, spracovanie, hodnotenie a ukladanie informácií z vonkajšieho prostredia.

Východiskom je predpoklad, že ide o reakciu na “mentálnu reprezentáciu” podnetov (Mahoney, in Beck, 1976).

Preto sa KT zameriava predovšetkým za ZISTENIE CHÝB V KOGNITÍVNYCH PROCESOCH, resp. NA SKÚMANIE IRACIONÁLNYCH PRESVEDČENÍ (beliefs, Ellis), či DYSFUNKČNÝCH SCHÉM (schema, Beck). Cieľom je, aby si klient tieto chyby v myslení bol schopný uvedomiť a aby ich nahradil logickým a adaptívnym myslením.

Kognitívne procesy podľa Becka

1. KOGNITÍVNE UDALOSTI- myšlienky a predstavy –vôľovo aj mimovoľne vybavované, a tiež proti vôli, “automaticky”.. “Horúce automatické myšlienky a predstavy” sa výrazne uplatňujú pri vzniku psychických porúch.
2. KOGNITÍVNE PROCESY– jednotlivé kognitívne udalosti sú dávané do súvislostí, ide o spracovanie, hodnotenie významu, hľadanie zmyslu.
3. KOGNITÍVNE SCHÉMY – ide o KOGNITÍVNE ŠTRUKTÚRY, relatívne stabilný spôsob organizácie myslenia a hodnotenia udalostí. Predstavujú súhrn základných predpokladov, často nevy povedaných a nevedomých o tom, aký som, aký je svet okolo mňa, a čo môžem od neho očakávať.

KOGNITÍVNE SCHÉMY II.

- Neskorší autori, napr. (Padesky, Greenberger, 2003) rozlišujú “JADROVÉ PRESVEDČENIA” , ktoré majú všeobecnú bezpodmienečnú platnosť, napr. SOM SMOLIAR a “PREDPOKLADY PODMIENEČNÉ”, ktoré možno vyjadriť vetou “Ak...tak..” napr. AK NIE SOM MILOVANÁ, NEMÔŽEM BYŤ V ŽIVOTE ŠTASTNÁ.
- Kognitívne schémy si vytvárame od ranného detstva a väčšinou sú funkčné. Pomáhajú človeku rozumieť sebe i druhým a dať zmysel životným zážitkom, ktoré sú nejasné a dvojznačné. Tak aj schémy môžu byť protichodné. Tak môže mať človek schému SOM SMOLIAR(vzniká ako zovšeobecnie skúseností, keď sa človeku niečo nepodarilo). A tiež schému SOM DIEŤA ŠTASTENÝ (vd'aka zážitkom úspechu).
- Schéma môže byť aktívna alebo latentná, spiaca. Aktivuje sa vplyvom prebiehajúcich udalostí.

PRÍKLADY DYSFUNKČNÝCH SCHÉM PODĽA BECKA

- Ak sa mi niečo nepodarí, znamená to, že som ako človek zlyhal.
- Druhí ľudia ma musia mať radi, inak nemôžem byť šťastný.
- Každý telesný príznak znamená vážne ohrozenie života.

Posledná schéma môže byť latentná dovtedy, kým sa postihnutý dostane do stresu napr. v súvislosti s manželskými nezhodami a náhle mu začne silne búšiť srdce. Tento telesný pocit aktivuje schému. Tak začne hodnotiť telesný príznak búšenie srdca katastroficky: Určite dostanem infarkt. Táto myšlienka spôsobí nárast úzkosti. Búšenie srdca sa bude jednak stupňovať, jednak objavovať častejšie. Postihnutý sa bude utvrdzovať vo svojom presvedčení, že je vážne chorý. Výsledkom bude panická alebo hypochondrická porucha.

schéma

- Pojem schéma pochádza od J. Piageta (1929) a označuje podľa Becka(1989) a Younga et al.(1994) základné presvedčenie, na základe ktorého si človek organizuje svoj pohľad na seba, na svet a na budúcnosť.
- Beck ho definoval ako “relatívne stabilný spôsob organizácie myslenia a hodnotenia udalostí”.
- Pôvodne Beck rozlišoval tri oblasti, kde schémy uplatňujú najviac: VÝKON, PRIJATIE, MOC

SCHÉMY II.

- VÝKON

Aby som bol šťastný, musím byť vo všetkom úspešný

Musím byť najlepší vo všetkom

- PRIJATIE

Nemôžem žiť bez lásky

Ak so mnou niekto nesúhlasí, nemá ma rád

- MOC

Všetci ma musia stále poslúchať

Všetci mi musia stále pomáhať

Nikom sa nedá veriť

KOGNITÍVNE OMYLY Beck I

ČÍTANIE MYŠLIENOK: Mlčí, lebo sa chovám hlúpo a nechce mi to povedať. “Lavór...”

NEGATÍVNE VEŠTBY. Katastrofické závery vopred: Určite mi zasa bude zle. Nedokážem to.

DISKVALIFIKÁCIA POZITÍVNEHO (bagatelizácia): Chváli ma iba zo súcitu. Bolo to ľahké, nič to neznamená.

ARGUMENTÁCIA EMÓCIAMI-katatýmne myslenie: Cítim sa vinný, musel som urobiť niečo zlé. Cítim sa bezmocná, to preto, že moje problémy sú neriešiteľné. Cítim to ako by som umieral, musí to byť niečo hrozného.

ZNAČKOVANIE-simplifikácia komplexného javu na jeden, často negatívny atribút: Dopadla som hrozne. (Čierne okuliare.)

KOGNITÍVNE OMYLY Beck II

Nepodložené závery – SVOJVOLNÁ DEDUKCIA, skokom: búši mi srdce, mám infarkt. Zamračila sa, niečo som pokazil. Mám divné pocity, blázním.

SELEKTÍVNY VÝBER FAKTOV- selektívne vyberá iba čo chce: Čo sa to so mnou deje, preboha, divne mi brnia ruky!? Nepochopila som túto vetu, nedokážem pochopiť celú prednášku.

NEPRIMERANÁ GENERALIZÁCIA – ďalekosiahle závery: Nepáči sa mu môj účes, nepáčim sa mu, nikomu sa nepáčim.

PERSONALIZÁCIA – vzťahovačnosť: Mračí sa, je to moja chyba.

ČIERNOBIELE MYSLENIE – všetko alebo nič: Keď nie som dokonalý, tak som defektný. Buď som na 100% alebo nula!

BYCHY A MUSY: Musím zaspáť.

II. VLNA 70.-80.roky 20. st. KOGNITÍVNA TERAPIA

Beck, Padesky, Salkovskis, Meichenbaum, Clark a i.

- Skúmanie automatických myšlienok, chýb v usudzovaní, jadrových presvedčení (schém), ciele zamerané na zmenu uvažovania o sebe (sebapoňatia) a o druhých
- Metódy: kognitívna reštrukturalizácia, riadené objavovanie, sokratovský dialóg, behaviorálny experiment
- Cieľom je zmena prežívania a sebapoňatia
- Prostriedkom je zmena obsahu myslenia
- Úspešná v liečbe depresie, SF, PTSD, porúch osobnosti a pozitívnych psychotických príznakov (bludy a halucinácie)

KBT

INTEGRÁCIA OBOCH SMEROV
USKUTOČNILA SA V DRUHEJ
POLOVICI 70.ROKOV 20. ST.

- Behaviorizmus sa dostal na poli teórie do krízy. Nedokázal vysvetliť rozdielne reakcie organizmu na rovnaké podnety ani rozdielnu účinnosť určitého terapeutického postupu u rôznych klientov.
- Oproti tomu teória kognitívnych procesov a vytvárania kognitívnych modelov psychických porúch sa rýchlo a úspešne rozvíjala.

KBT

PLNE SA KBT ZAČALA
ROZVÍJAŤ V 80. ROKOCH
20. ST.

- Nový integrovaný smer prevzal z behaviorálneho smeru dôraz na EMPIRICKÉ OVEROVANIE nových teórií a účinnosti terapeutických postupov pomocou vedeckých metód.
- Z kognitívnej terapie prevzal záujem o skúmanie a meranie mentálnych premenných ako je očakávanie, hodnotenie, základné predpoklady a schémy.
- Stretli sa a integrovali METÓDA (podrobná analýza a sledovanie podnetov, ktoré predchádzajú skúmanému problému a ktoré nasledujú, meranie sledovaných aspektov správania a kvantitatívne hodnotenie zmien dosiahnutých počas terapie) a OBSAH (porozumenie problému).

Základné princípy a vznik maladjustácie

- Behaviorálny smer sa opiera o vedeckú metodológiu a experimentálny prístup v praxi.
- Jeho základné princípy vyplývajú z histórie:
 1. Všetko ľudské správanie s výnimkou základných reflexov a inštinktov je naučené.
 2. Nevhodnému správaniu sa človek učí rovnako ako správaniu adaptívnemu.
 3. Maladaptívne správanie možno odstrániť či preučiť pomocou rovnakých princíпов učenia ako viedli k jeho vytvoreniu.
 4. Podmienky, ktoré viedli k vytvoreniu určitého správania, nemusia byť tie isté, ktoré vedú k jeho pretrvávaniu a terapia sa má zamerať predovšetkým na zmenu týchto udržiavajúcich faktorov, nie na skúmanie vyvolávajúcich faktorov.

Základné princípy a vznik maladjustácie

- Kognitívny prístup sa rozvíjal z fenomenologického prístupu (stoici, Kantov subjektivismus), zo štrukturálnej teórie psychiky podľa psychoanalytickej teórie (primárne a sekundárne procesy) a z kognitívnej psychológie (teória ontogenézy J.Piageta, práce R.Lazarusa o primárnej role kognitívnych procesov pri zmene emočných stavov).

Napr. overovaním dodnes uvádzanej Freudovej hypotézy, že jadrom depresie je “hnev obrátený proti sebe” došiel Beck k prepracovaniu do “negatívnej depresívnej triády”: Práca s negatívnym hodnotením seba, vonkajšieho sveta a budúcnosti (Beck, 2005, in Praško, Možný, Šlepecký a kol. 2007) sa ukázala v liečbe depresie ako účinnejšia.

ZÁKLADNÉ PRINCÍPY (RYSY) KBT

Praško, Možný, Šlepecký, 2007)

1. **KBT je relatívne krátka** (často do 20 sedení)
2. **Je štruktúrovaná a prevažne direktívna.** Sedenie má svoju štruktúru, program. Terapeut je aktívny, dáva otázky, diskutuje, nacvičuje s klientom rôzne spôsobilosti a dáva mu domáce úlohy.
3. **Vzťah medzi terapeutom a klientom je vzťahom vzájomnej dôvery a spolupráce s dôrazom na rovnocennosť.** Klient je otvorene informovaný o hypotézach, týkajúcich sa príčin a udržujúcich faktorov jeho problémov. Očakáva sa, že klient bude ochotný otvorene hovoriť o svojich myšlienkach, emóciách a správaní a konať podľa nových spôsobov myslenia, aby zistil, kam jeho nové správanie povedie. Pokiaľ tento proces prebieha uspokojivo, v KBT sa analýzou vzťahu medzi terapeutom a klientom nezaobráame.

ZÁKLADNÉ PRINCÍPY (RYSY) KBT

Praško, Možný, Šlepecký, 2007)

4. KBT nie je iba súborom techník, ale vychádza z ucelenej teórie vzniku a udržiavania psychických porúch (z teórií učenia a kognitívnej psychológie).
5. Zameriava sa na riešenie aktuálnych problémov.
6. Zameriava sa na konkrétne, ohraničené problémy. Než pristúpime ku dohode o spolupráci na celi pacienta, problém musí byť opísaný konkrétne v termínoch jasne pozorovateľného správania (napr. vyhýbam sa cestovaniu MHD na vzdialenosť väčšiu než dve zastávky, tiež návšteve miest, kde je viac ľudí, ako kiná, nákupné strediská, divadlá, kostoly a trhoviská zo strachu , že tam odpadnem)

ZÁKLADNÉ PRINCÍPY (RYSY) KBT

Praško, Možný, Šlepecký, 2007)

7. V KBT **cieľ vychádza priamo zo zadaného problému**. Klienti si prajú “nemať problémy”, “nemať strach”, prípadne “cítiť sa dobre”. Reálny cieľ je však treba opísať v správaní, ktoré chce klient počas spolupráce dosiahnuť. (Např. budem schopná napriek určitej nepohode cestovať MHD na vzdialenosť 15 zastávok MHD, vydržať 3 hodiny v divadle...)

8. V KBT sa zameriavame na **pozorovateľné zmeny správania** a na vedomé psychické procesy. Tie sa hodia najlepšie na tvorbu hypotéz. KBT nepopiera existenciu nevedomých psychických procesov. Rad faktorov, na ktoré sa zameriava, je nevedomých – např. tzv. dysfunkčné schémy. **Všetky postupy sú však iba prostriedkom na dosiahnutie konkrétneho cieľa, konkrétnej zmeny v živote.**

ZÁKLADNÉ PRINCÍPY (RYSY) KBT

Praško, Možný, Šlepecký, 2007)

9. V KBT sa terapeut snaží o vedecký prístup v každodennej praxi pri analýze a riešení psychických problémov. Problémové správanie skúma, meria jeho frekvenciu, intenzitu vybraných prejavov, ich trvanie. Meranie slúži i na tvorbu hypotéz, podobne ako na tento účel slúžia tiež myšlienky a názory klienta. Hypotézy treba prakticky preskúmať a overiť.

10. KBT je edukatívna a jej **konečným cieľom je samostatnosť klienta**. Precvičovaním získava klient spôsobilosti a vďaka dosahovaným úspechom rastie jeho sebadôvera.

KBT

- Súčasťou výcviku v KBT je aj PRENOS (pacient reaguje na terapeuta ako na osobu z minulosti), PROTIPRENOS (reakcia terapeuta na pacientov prenos), na ktoré sa dnes pozeráme v súlade s Gabbardom ako na PARALELNÉ PROCESY (ako na reakciu z minulosti), kam zaraďujeme aj reakcie na situáciu, na správanie, na nejakú informáciu o človeku, agovanie (vybitie nevedomých emočných impulzov v konaní, prevedenie potláčanej komunikácie do konania) a pod.
- Typy prenosu a protiprenosu sú popísané na s. 152 – 158 (Praško, Možný, Šlepecký, 2007).
- Terapeutickému vzťahu sú venované 2 kapitoly v knihe Kognitívne behaviorální terapie v praxi (R. Pešek, J. Praško, P. Štípek, 2013)

TERAPEUTICKÝ PROCES V KBT

(Praško, Možný, Šlepecký a kol. 2007)

- Orientačné vyšetrenie v úvode
- Podrobné KB vyšetrenie vrátane meraní (škály, dot.)
- Behaviorálna, kognitívna, funkčná analýza (BA,KA,FA) problémov a formulácia problémov a stanovenie cieľov
- Vytvorenie terapeutického plánu
- Systematické plnenie terapeutického plánu
- Ukončenie liečby

TERAPEUTICKÝ PROCES V KBT

- Predbežná orientácia v probléme “SCREENING”, na základe ktorého by sme mali byť schopní predbežnej formulácie prípadu (ide o hypotézu) a v spolupráci s klientom zadefinovať problémy a ciele
- Všeobecné ciele orientačného vyšetrenia:
 1. Nadviazať vzťah s pacientom
 2. Vzbudiť pocit nádeje
 3. Umožniť klientovi, aby porozumel teoretickému modelu poruchy
 4. Preveriť spoluprácu pacienta s terapeutom v praxi

1. Pri úvodnom orientačnom vyšetrení

1. Úvodné uvítanie, predstavenie sa, vysvetlenie účelu, času, ktorý je k dispozícii
2. Popis problémov a symptómov: príznaky a životné problémy, začiatok, vývoj a kontext poruchy, spúšťače, myšlienky, emócie, telesné prejavy, správanie,, posledný stav, kedy a ako sa to deje, ako často, ako intenzívne je prežívanie, aké trvanie majú príznaky, kde sa to deje, s kým, s kým nie, MF, vyhýbavé, zabezpečujúce správanie, uisťovanie, dôsledky krátkodobé I dlhodobé, doterajšia liečba
3. Formulácia problémov, stanovenie predbežných cieľov terapie
4. Edukácia pacienta o jeho poruche a zmysle a postupe terapie vrátane BLUDNÉHO KRUHU a možnosti zmeny
5. Zahájenie terapie – spoločné spracovanie malej úlohy, zvolenie problému, naktory sa v terapii zameriame
6. Zadanie domácej úlohy
7. Spätná väzba a dohoda o ďalšom sedení

1. Pri úvodnom orientačnom vyšetrení

- . Ak prichádza depresívny pacient, je veľmi dôležité prebrať jeho pocity beznádeje a sebevražedné sklony. Akonáhle ich prizná, treba zhodnotiť, či už konkrétne premýšľal ako a kde sebevraždu uskutočniť a čo mu v jej uskutočnení bráni. Ak zistíme silné pocity beznádeje a sebevražedné myšlienky, potom práve na ne musíme zamerať úvodnú terapeutickú intervenciu. Hovoriť o tom, býva pre klienta úľavné a hľadať alternatívne možnosti riešenia problémov, ktoré mohli viesť k takýmto zámerom môžu byť šancou pre dohodu o odsunutí “konečného riešenia” a šancou pre účinnú terapiu.
- Domnievať sa, že rozhovorom vnukneme pacientovi myšlienku na TS je neoverený predsudok.

KONTRAINDIKÁCIE ZAHÁJENIA KBT

- Pacient trpí tak závažnou duševnou poruchou, že nie je schopný pochopiť princípy terapie a aktívne spolupracovať (akútna psychóza, demencia, MR)
- Pacient sa odmieta zamerať na závažné problémy, ktoré by znemožnili úspešné riešenie predloženého problému (napr. problémy spojené so závislosťou)
- Pacient nie je ochotný akceptovať princípy KBT, napr. plniť domáce zadania, viesť záznamy o svojich problémoch, alebo trvá na nereálnych cieľoch, nemá dostatočnú, či skutočnú motiváciu
- Už v minulosti absolvoval KBT, nepomohla mu a nemá dôveru v tento spôsob liečby

2. PODROBNÉ VYŠETRENIE KBT

- Kognitívne behaviorálny rozhovor
- Sebasledovanie (a vedenie záznamov)
- Sebapozudzovacie škály (BDI, Dotazník strachov, Škála sociálnej úzkosti, Profil problémov...)
- Informácie od druhých ľudí (rozhovor s príbuznými, pozorovanie ich správanie, priame pozorovanie správania počas hospitalizácie)
- Hranie rolí
- Behaviorálne testy
- Behaviorálne vedľajšie produkty (váha, množstvo mydla u OCD)
- Meranie fyziologických hodnôt (HR, rýchlosť dychu, BFB)

BEHAVIORÁLNA ANALÝZA

A-B-C model

- A - antecedents
- B - Problémové správanie má 4 zložky:

Myšlienky, emócie, telesné reakcie, zjavné správanie

- C – Consequences (to, čo udržuje toto správanie)

BA sleduje tri základné funkcie:

1. Popísať jasne konkrétne problémové správanie
2. Určiť, čím je toto problémové správanie vyvolané
3. Určiť, aké dôsledky problémové správanie udržujú

KOGNITÍVNA ANALÝZA A-B-C C model

KA je súčasťou vyšetrenia od začiatku. Dôvodom špeciálnej pozornosti je časté presvedčenie pacientov, že problémové správanie prichádza nepredvídateľne, bez varovania. Neuvedomujú si, aké myšlienky im bežia hlavou tesne pred a behom rozvoja problémového správania.

Otázky: Čo vám bežalo hlavou v tej situácii?

Čo vás napadá, čo najhoršieho sa v tej situácii môže stať? Ako by ste v tej chvíli hodnotil svoju situáciu? Čo ste si myslel o sebe, keď to tak dopadlo? Čo si myslíte, čo si o vás mohli hovoriť ostatní, ktorí tam boli?

FUNKČNÁ ANALÝZA A-B-C-model

- Pomáha porozumieť, akú funkciu má problém v živote pacienta a aké faktory ho udržujú. Snažíme sa zodpovedať otázky:
 1. Prečo toto správanie nevyhasína?
 2. Kto, čo toto správanie udržiuje?
 3. Ako toto problémové správanie zasahuje do bežného života pacienta?

Zaujímajú nás zisky, najmä sekundárne zisky z maladaptívneho správania. V tomto štádiu sme schopní naformulovať problémy vrátane PREDISPONUJÚCICH FAKTOROV, VYVOLÁVAJÚCICH FAKTOROV, PRÍZNAKOV vo všetkých 4 oblastiach a UDRŽUJÚCICH FAKTOROV. Vyberie sa problém, s ktorým sa pracuje.

4. TERAPEUTICKÝ PLÁN

Pri definovaní problémov a cieľov môžeme pristúpiť k vytvoreniu liečebného plánu. Ak má klient viac problémov, je treba dohodu, na ktorý sa s klientom zamerime ako na prvý. Naraz možno riešiť najviac dva problémy.

- Mal by to byť problém, u ktorého je veľká pravdepodobnosť, že ho pacient dokáže vyriešiť.
- Vyriešenie tohto problému by malo priniesť bezprostrednú úľavu a zvýšiť kvalitu života pacienta.

Najvhodnejšie postupy vyberáme na základe behaviorálnej analýzy. Ak nedochádza ku požadovanej zmene, znovu problém detailne analyzujeme. Po dosiahnutí cieľa možno prejsť ku zvládaniu ďalšieho problému.

4. TERAPEUTICKÝ PLÁN

Sedenia bývajú raz týždenne. Hlavným cieľom je zmiernenie príznakov. K tomu slúži kognitívna reštrukturalizácia, plánovanie času, expozície, dychový tréning, relaxačný nácvik.

Edukačná časť.

Kognitívna reštrukturalizácia.

Špecifické postupy (u fóbických porúch – expozície, u sociálnych fóbií- nácvik sociálnych schopností, tiež expozície, u porúch osobnosti – zvládanie afektov, komunikačné schopnosti, zvyšovanie interpersonálnej citlivosti, u depresie – postupné zvyšovanie aktivity)

Po odstránení príznakov sa zvyknú plne odkryť životné problémy pacientov, partnerské, rodinné, pracovné, sexuálne. Preto je dôležité, aby nasledovalo riešenie problémov ako aj zmena maladaptívnych kognitívnych schém.

UKONČENIE TERAPIE

- KBT je vlastne proces učenia.
- V priebehu liečby sa pacient učí nie iba to, ako sa zbaviť súčasných ťažkostí, ale aj to, ako zvládať problémy samostatne a ako v prípade potreby sa môže stať “SÁM SEBE TERAPEUTOM”.
- Ak sa podarilo zvládnuť ciele, je čas ukončiť terapiu. Je vhodné dohodnúť kontrolné sedenia, v ktorých sa zistí, či efekt terapie pretrváva.
- Príprava na ukončenie terapie prebieha v niekoľkých sedeniach. Môžu sa aktivovať niektoré jadrové negatívne presvedčenia, klient to potrebuje predvídať a spracovať.

“III. VLNA” 80.-90.roky 20. st.

Rozvíjanie nových metód a prístupov u pacientov, kde buď klasická Kbt nedosahuje uspokojivú úspešnosť (poruchy osobnosti, chronické depresie, GAD, psychotické príznaky) alebo nové prístupy vedú k jednoduchším a rýchlejšim zmenám

Young: Schema therapy

Linehan: dialektická behaviorálna terapia

Hayes: terapia prijatia a odhodlania

Gilbert: na súcit/láskavosť zameraná terapia

Segal, wiliams,teasdale: na všímavosti založená kognitívna terapia depresie

Martel a kol. Behaviorálna aktivácia depresie

Wels: metakognitívna terapia

Rhodes a jakes: naratívna KBT psychóz

Woodward a moritz: metakognitívny nácvik pre schizofrenikov