

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra psychologie a patopsychologie

Bakalářská práce

Adam Růžička

Uplatnění kognitivně behaviorální terapie  
v pedagogickém procesu

Olomouc 2014

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Iveta Tichá

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracoval samostatně a použil jen prameny uvedené v seznamu literatury.

V Olomouci dne 28. 4. 2014

.....

Děkuji Mgr. et Mgr. Ivetě Tiché za odborné vedení, podnětné připomínky, vstřícný a vřelý přístup při zpracování mé bakalářské práce.

Moje poděkování patří také zaměstnancům Základní školy při zdravotnickém zařízení a Mateřské školy při Zdravotnickém zařízení Opava, zejména PhDr. Noře Gavendové, za poskytnutí materiálních podkladů k práci.

## Obsah

Úvod .....	6
I Teoretická část .....	8
1 Psychoterapie, pedagogický proces a související pojmy .....	8
1.1 Psychoterapie .....	8
1.2 Pedagogický proces .....	9
1.2.1 Výchova.....	9
1.2.2 Vzdělávání .....	10
2 Struktura kognitivně behaviorální terapie .....	12
3 Vznik a vývoj KBT .....	17
3.1 Behaviorální terapie.....	17
3.2 Kognitivní terapie .....	18
3.3 Kognitivně behaviorální terapie .....	19
4 Teorie KBT .....	21
4.1 Teorie učení .....	21
4.2 Kognitivní procesy .....	22
4.3 Model psychických poruch.....	23
5 Metody KBT .....	27
5.1 Behaviorální metody.....	27
5.2 Kognitivní metody .....	31
6 Kognitivně behaviorální terapie u dětí .....	38
6.1 Děti a učení.....	39
6.2 Metody KBT vhodné pro děti.....	40
6.3 Psychické poruchy u dětí a jejich náprava KBT.....	43
II Praktická část .....	45
7 Cíl výzkumu .....	45

8 Popis využitých metod výzkumu.....	46
9 Charakteristika výzkumného vzorku a místa šetření.....	47
10 Případové studie .....	49
1. studie: chlapec A.....	49
2. studie: chlapec D.....	52
3. studie: chlapec M.....	55
11 Diskuse .....	59
Závěr.....	61
Seznam literatury.....	62

## Úvod

Člověk a jeho rodina je základní stavební jednotkou každé společnosti, a kdyby neexistovala společnost, nemohl by fungovat stát. Rodina se ve většině případů skládá z otce, matky a dítěte. Právě naše děti jsou ty, které po nás zůstanou a budou se starat o to, aby společnost a stát nezanikl.

Je velmi důležité starat se o děti a poskytnout jim veškeré možné prostředky k jejich maximálnímu rozvoji. Rodiče se o své ratolesti starají od nejtělejšího věku až do dospělosti a i poté, co si založí vlastní rodinu. Dětství, které je prožité ve vhodném a fungujícím rodinném zázemí, je předpokladem zdravého duševního vývoje. Mohou ovšem nastat situace, v nichž dojde k narušení duševního vývoje a dítě je najednou neklidné, úzkostné, bázlivé nebo naopak je velmi impulzivní, vulgární a jeho chování se odkloní od dřívějšího normálu. Příčin změn chování je celá řada, jedná se převážně o rozvod rodičů, soužití v neúplné rodině, soužití s jiným člověkem, traumatizující zážitky, nejrůznější úrazy, zejména se však jedná o vyrůstání mimo rodinné prostředí. Nechci tímto tvrdit, že každé dítě vystavené některé z předešlých zkušeností, musí mít narušený duševní vývoj či duševní poruchu. Chci pouze poukázat na možnost vzniku duševní poruchy a nevhodného chování u dětí, které jsou více citlivé na změny ve svém životě, a především jejich nápravu.

Když zavzpomínám, vybaví se mi někteří spolužáci a známí, kterým se v průběhu jejich života stala závažná situace. Po jejím prožití se většina z nich nějakým způsobem proměnila ve svém chování, vyjadřování, výběru kamarádů či partnerů a i jejich vztah vůči mně se proměnil. Nechápal jsem, proč se změnili a jak bych jim měl pomoci.

Z tohoto důvodu jsem si za téma bakalářské práce vybral děti, které prošly nějakým traumatem či nepříjemnou zkušeností a také děti s diagnostikovanou duševní poruchou. Zaměřil jsem se na jejich léčbu pomocí psychoterapie, ale kdybych popsal jednotlivé psychotherapeutické směry, byla by tato práce značně rozsáhlá. Seznámil jsem se s jednotlivými typy a zaměřil se na kognitivně behaviorální terapii, a to z toho důvodu, protože pracuje s učením, se kterým se děti setkávají dennodenně ve škole.

Bakalářskou práci jsem rozdělil na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části uvádím poznatky a východiska, které jsem přiblížil v šesti kapitolách. V počáteční kapitole jsem objasnil základní pojmy, z nichž vycházím. Jsou jimi psychoterapie a pedagogický proces. Následující kapitola popisuje strukturu vybrané psychoterapie, její plánování a postup krok po kroku. Další kapitola přináší vhled do vzniku a vývoje kognitivně

behaviorální terapie a popisuje jednotlivé části. Čtvrtá pasáž teoretické části pojednává o teoriích, s nimiž terapeut v rámci této terapie pracuje. Předposlední kapitola nás seznámí s jednotlivými metodami, které jsou účinné a hojně používané. V poslední kapitole teoretické části jsem se zaměřil na práci s dětmi a metody využívané zejména pro dětskou klientelu. Získané teoretické informace jsem ověřil v praktické části za pomoci případových studií dětí, které dochází na Základní školu při zdravotnickém zařízení a Mateřskou školu při zdravotnickém zařízení v Opavě, kde jsem působil na pedagogické praxi.

# I Teoretická část

## 1 Psychoterapie, pedagogický proces a související pojmy

Úvodní kapitola se zaměřuje na vymezení základních pojmů, zejména se jedná o psychoterapii a pedagogický proces. Dojde k jejich představení a obeznámení, která poskytnou čtenáři základní informace, a uvede jej do tématu práce.

### 1.1 Psychoterapie

Psychoterapie je slovo řeckého původu a je utvořeno ze spojení dvou slov *psyché* a *therapón*. Nejstarším významem slova *psyché* byl život, jenž znamenal vztah člověka k samotnému životu. Od něj se pak odvíjí sloveso *psychein*, neboli dýchat, což je podstatou podmínky pro život. Dalším významem byl motýl, ale hlavní význam byl ve slově duše, jako znamení původní životní síly, jehož zdroj se nacházel uvnitř člověka. *Therapón* znamená služebník, ve významu průvodce a opatrovníka bohů, a je odvozeno od slovesa *therapeuó* – sloužiti. V tomto případě je zde patrný odkaz na úkol a poslání terapeuta, které můžeme stanovit jako opatrování života (Vymětal, 2010).

Psychoterapie je vědní obor, aplikovaná a zároveň empirická věda. Jelikož zasahuje do různých sfér medicíny a psychologie, můžeme ji zařadit mezi interdisciplinární obory. Má dvě části obecnou a speciální. Mezi první, obecnou část, se řadí teorie, metody a klíčová data, do speciální části je směřována oblast aplikace na jednotlivé druhy poruch a onemocnění. O empirické vědě v psychoterapii mluvíme v tom případě, kdy se jedná o poznatky získané na základě zkušeností, jež jsou soustředěny do hypotéz a teorií. Aplikovanou vědou se myslí využívání poznatků v samotné praxi (Kratochvíl, 2012).

Kdybychom chtěli definovat psychoterapii, musíme říci, že se jedná o léčebnou činnost, léčebné působení, specializovanou metodu léčení nebo souhrn metod léčebných, záměrné ovlivňování, či proces integrace s důrazem na sociální stránku. Rozdíly odlišující tuto činnost od ostatních jsou specifické v tom, že je můžeme vyhledávat v mnoha směrech. Například na co působí, čím působí, čeho má dosáhnout, co se při ní děje, kdo působí ... (Kratochvíl, 2012).

Lidé, kteří se věnují psychoterapii, jsou psychoterapeuti, kteří „*se starají o záležitosti člověku nejvlastnější, tedy o život, jeho smysl a naplnění, o pravdu a vůbec o vztahy, do kterých člověk vstupuje. A ještě dodáme v duchu řecké tradice, že napomáhají jedinci se*



*vyrovnávat se svízeli života a nalézt sebe sama na základě pravdivějšího sebepoznání.“*  
(Vymětal, 2010, str. 11).

Psychoterapii můžeme považovat za setkání mezi pacientem a terapeutem, které má podstatu v tom, aby si nikdo na nic nehrál. Musí být naplněn plnohodnotný vztah, v němž oba aktéři postupují společně krok po kroku. Tento vztah je důležitý pro pacienta, ale musí být důležitý i pro terapeuta. V ideálním případě nalezne terapeut svého pacienta a pacient svého terapeuta (Šimek, 2004).

## **1.2 Pedagogický proces**

Pedagogický proces neboli výchovně vzdělávací proces je komplex vzájemně se podmiňujících vztahů a souvislostí mezi podmínkami a prostředky výchovného působení zaměřeného na cílevědomé utváření osobnosti. Pedagogický proces se skládá ze dvou hlavních částí z výchovy a vzdělání (Průcha, 2000).

Výchova a vzdělávání spolu velice úzce souvisí, a proto můžeme hovořit o dvoustránkovitosti výchovy. Výchovu a vzdělávání nemůžeme od sebe dělit, proto se mluví o jednomyslném výchovně-vzdělávacím procesu, který si dává za cíl, připravit jedince co nejlépe na podstatné životní funkce. Bez vědomostí nemůže probíhat žádná výchovně-vzdělávací činnost. Chceme-li jedince rozvíjet v určité oblasti, musíme mu poskytnout pečlivě vybraný a vhodně uspořádaný soubor vědomostí a to jak v rovině myšlenkové, pojmové, tak i v rovině názorných představ a soudů. Osvojení náležitých návyků a dovedností je nezbytnou součástí výchovně-vzdělávacího procesu (Jůva, 1999).

Pedagogové se snaží rozvíjet nezbytné schopnosti pro rychlejší a kvalitnější tvorbu vědomostí, dovedností a návyků. Jedná se o schopnosti, jako je tvořivost, obecná inteligence, flexibilita, myšlení a otevřenost novým zkušenostem. Činnost pedagogů se zaměřuje na výchovu i vzdělávání. Rozvíjí vědomosti, dovednosti, návyky a schopnosti, ale zároveň vytváří postoje ke skutečnosti, zájmy a záliby, a tím se podílí na utváření žákovy charakteru a přiměřeného chování. Soulad mezi výchovou a vzděláváním je jedním z kritérií kvalitní pedagogické činnosti ve škole, mimo školu i v rodině (Jůva, 1999).

### **1.2.1 Výchova**

Výchova je předmětem pedagogiky. Jedná se o cílené působení na vývoj jedince, které má svůj počátek v rodině a následně se stává složkou pedagogických pracovníků. Tím ale proces výchovy nekončí, jelikož se jedná o permanentní proces, jenž započal narozením a končí smrtí daného jedince. V rámci výchovy nemůžeme mluvit jen o působení školské

instituce, musíme přihlídnout i k dalším výchovným prostředkům jako například k mimoškolním zájmovým činnostem, kulturním institucím, hromadným sdělovacím prostředkům, pracovišti, rodině a sobě samotnému (Průcha, 1997).

Z moderního hlediska se považuje výchova zejména za proces záměrného a cílevědomého vytváření a ovlivňování podmínek, které umožňují optimální rozvoj všech jedinců ve shodě s individuálními dispozicemi a které stimulují jeho vlastní snahu stát se autentickou, vnitřně integrovanou a socializovanou osobností (Průcha, 2000).

Společnost usiluje od nepaměti o formování člověka podle svých představ a ideálů. Takto cílený vliv na rozvoj osobnosti jedince se označuje termínem výchova, kterou můžeme členit na přímou (intencionální), tj. přímé působení na člověka, tak i nepřímou (funkcionální) tj. působení prostřední na vývoj jedince. Různí autoři a pedagogické směry rozumí pojmu výchova odlišně, např. Vlastimil Pařízek uvádí, že výchova je „*záměrné, soustavné a organizované působení na člověka*“ (Pařízek, 1991, str. 8).

Výchova se vyznačuje svým vlastním permanentním charakterem a spojením sebevýchovy (autoedukace) a výchovy s druhým jedincem (heteruedukace). V mladším věku převládá výchova druhým jedincem, která by měla postupně směřovat k autoedukaci. Současná výchova je mnohostranně orientovaná a snaží se nachystat žáka k osvojení základních sociálních rolí a rozvíjet ho ve všech oblastech kultury (Jůva, 1999).

Funkce výchovy je její nejdůležitější podstatnou složkou. Výchova je celkový všestranný rozvoj osobnosti. Mezi zásadní funkce patří sociální komunikace a rozvoj mezilidských vztahů, dále utváření hodnot, postojů, návyků a charakterových vlastností. Realizuje přeměnu výchovných a pedagogických představ ve skutečnost. Následně v konfrontaci s realitou umožňuje regulovat pedagogický proces (Průcha, 2000).

### **1.2.2 Vzdělávání**

Termínem vzdělávání se rozumí „*proces, ve kterém se rozvíjejí vědomosti, dovednosti, návyky a schopnosti.*“ (Jůva, 1999, str. 47). Vědomosti členíme na představy, pojmy a názvy, dále dovednosti, návyky, a schopnosti na motorické a intelektuální. Jedná se i o proces humanizace a kultivace člověka (Jůva, 1999).

Vzdělávání můžeme chápat jako edukaci specifickou, která bývá nejčastěji dlouhodobá a institucionalizovaná. Je prováděno profesionály, pedagogy a je legislativně chráněno zákonem č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) ve znění pozdějších předpisů (Svobodová, Šmahelová, 2007).

V rámci obecné pedagogiky a didaktiky je termín vzdělávání nahrazen synonymem edukace. Tento termín je spjat se školním prostředím, ve kterém se uskutečňuje edukační proces řízeného učení. Edukační proces je tedy taková činnost, u níž se určitý subjekt učí za pomoci působení jiného subjektu, který jej řídí a navádí. Laická ale i odborná veřejnost často zaměňuje pojem vzdělávání a s pojmem vzdělání (Průcha, 1997, 2003).

Vzdělávací cíle odrážejí požadavky společnosti a mají v odlišných zemích různou úroveň dosahu. Jejich obecnou formulaci nalezneme v národním kurikulu. Vzdělávací cíle slouží k dosažení určité vzdělanostní úrovně, kdy se učitel společně s žáky snaží dojít ke stanovenému cíli s ohledem na individuální předpoklady a možnosti (Jůva, 1999).

## 2 Struktura kognitivně behaviorální terapie

Charakteristickým znakem kognitivně behaviorální terapie (KBT) je její jasná a přehledná struktura. Pod tím si můžeme představit, že terapeut postupuje po určitých krocích a pokaždé se musí naplnit cíl jednoho kroku, aby bylo možné přejít na další, který na něj účelně navazuje. Terapeut po podrobném rozboru příznaků a problému jedince, jež se k němu přišel léčit, připraví terapii vhodnou pro daného jedince. Má-li být terapie účinná, musí být navozen stav důvěry mezi terapeutem a klientem. Základními kroky KBT jsou tyto následující (Možný, 1999, Praško, 2007):

- úvodní orientační vyšetření
- podrobné KBT vyšetření s měřením za pomoci osvědčených a příslušných škál a dotazníků
- behaviorální, kognitivní a funkční analýza problému, formulace problému, kterým se bude terapie zabývat
- vytyčení cílů terapie
- vypracování terapeutického plánu
- řádné plnění terapeutického plánu
- ukončení terapie

**Kognitivně behaviorální vyšetření** je postaveno na racionálních základech a má přesně stanovené cíle. Tím je společné vyjádření problému a získání přesných zpráv o znacích, jež upevňují problém. Během vyšetření by měl terapeut obeznámit klienta s jeho psychologickým molelem problému, který ho trápí. Za důležitý princip kognitivně behaviorálního vyšetření se považuje způsob chování člověka, které je stanoveno bezprostřední situací a jejím pochopením. Z důvodu tohoto principu se vyšetření směřuje na určité ohraničené problémy a situace. K cílům kognitivně behaviorálního vyšetření řadíme formulaci KBT problému, ujasnění přístupu KBT v léčbě, započítání terapeutického procesu a vytvoření dobrého terapeutického vztahu (Možný, 1999, Praško, 2007).

**Orientační vyšetření** probíhá formou rozhovoru krátkého rozsahu v délce 60 až 90 minut. Slouží ke zjištění informací o problému pacienta a stanovení předběžné diagnózy. Terapeut přemýšlí o vhodném zvolení terapie a pacient je seznámen s průběhem léčby. Pro posílení pacientovi naděje a také vztahu mezi ním a terapeutem, je výhodné začít s aktivní terapií v průběhu orientačního rozhovoru a zasvětit jej do způsobů terapeutické práce (Možný, 1999, Praško, 2007).

Úvodní rozhovor by měl být náležitě strukturován, v následujícím výčtu je uveden příklad (Praško, 2007).

1. Úvod
2. Popis problémů a symptomů
3. Seznam hlavních životních problémů
4. Stanovení předběžných cílů terapie
5. Poučení pacienta o jeho poruše a o smyslu a postupu terapie
6. Zahájení terapie – společné zpracování malého úkolu
7. Zadání domácího úkolu
8. Zpětná vazba a dohoda o dalším sezení

**Podrobné vyšetření** nastává poté, co se terapeut dohodl s pacientem na zahájení terapie. Šetří se podrobně problémy, jejich vznik a rozvoj, a historie života a současná situace člověka. Takovéto šetření probíhá různou dobu podle navozené důvěry klienta k terapeutovi. U některých může trvat i déle než jedno sezení. Výsledkem podrobného vyšetření je kognitivně behaviorální formulace obtíží klienta, ve které jsou obsaženy okolnosti směřující ke vzniku a uchování obtíží. Tato formulace je brána jako hypotéza, do níž v průběhu terapie doplňujeme, přidáváme, zpřesňujeme a popřípadě pozměňujeme informace. Hlavním způsobem vyšetření je rozhovor, který musíme obohatit o následné zjištěné informace, jež získá klient za pomoci dalších způsobů, těmi jsou sebesledování a sebesposuzování, buď prostřednictvím dotazníků, a nebo globálních hodnotících škál. Další nové informace získává terapeut od blízkých osob klienta. Jiným způsobem je přímé pozorování klientova chování ve formě hraní rolí či behaviorálním experimentem, který znamená záměrné pozorování v reálných situacích. Málo využívaným způsobem vyšetření při zátěžových situacích je měření fyziologických hodnot, kterými chápeme vodivost kůže, srdeční tep atd. (Možný, 1999, Praško, 2007).

**Měření** je neodmyslitelnou součástí struktury KBT. K vědě patří zapisování objektivních informací a jejich vyhodnocování za pomoci měření. Ve struktuře KBT se používá měření k hodnocení symptomů a obtíží prostřednictvím čísel, kvantifikace. Většinou se užívá sebesledování a dotazníky, které nám přinášejí přesnější záznamy o četnosti, trvání a intenzitě pozorovaného chování, dále umožňují posuzování samotné léčby a její upravování. U měření se v některých případech dostavuje terapeutický efekt, v podobě sebehodnocení pacienta, který díky svým prožitkům rozlišuje a dosahuje dílčí pokroků. Příkladem nám může být pacient s obsedantně kompulzivní poruchou, jenž sníží umývání rukou ze 4 hodin na 2 hodiny denně. Zejména měření odlišuje KBT od jiných psychoterapeutických směrů, protože

zaznamenává parametry pozorovaného chování do grafů a tabulek (Možný, 1999). Typologie měření:

- sebesledování – instruktáž o tom, co sledujeme a pracujeme s informacemi o frekvenci, intenzitě a trvání problému
- sebezposuzovací dotazníky – výhodou je porovnat pomocí čísel změnu stavu pacienta během terapie
- informace od druhých osob – získání informací od příbuzných, partnerů, rodičů dítěte atd.
- přímé pozorování chování – jedná se o pozorování chování člověka v jeho přirozeném prostředí, pomáhajícími metodami jsou hraní rolí či behaviorální testy
- vedlejší produkty chování – jak se chování podílí na utváření a projevech klienta, jako produkt chování může být například pocit hladu a následné zvýšení tělesné hmotnosti
- fyziologická měření – zkoumá se četnost fyziologických příznaků (jak často bolí člověka hlava)

**Behaviorální analýza** je vyšetření, kdy jsme obeznámeni s více zprávami o pacientovi. Následně dochází k jejich seřazení a analyzování problému v modelu A-B-C. Každé písmeno představuje faktor ovlivňující intenzitu daného problému. Zjistíme, které faktory utváří problém a jaké chování je s ním spojeno.

- A (antecedents, spouštěče) – situace (faktory) spouštějící problémové chování nebo příznaky
- B (behavioral, chování) – je vlastní problémové chování ve složkách emocí, myšlení, zjevného chování a tělesných projevech
- C (consequences, následky) – následky chování, které mohou být krátkodobé i dlouhodobé a pozitivní i negativní

V tomto modelu se nejprve vylíčí, co se s klientem děje a jak se chová (B), dále se stanoví okolnosti a situace, jež toto problémové chování vzbuzují (A) a v závěru stanovujeme následky pozorovaného problému (C) (Ellis, 2005, Možný, 1999, Praško, 2007, Vybíral 2010).

**Kognitivní analýza** pracuje s podrobným rozbořením člověka. Představy, myšlenky, postoje, sebehodnocení, představy a výhled do budoucnosti vytvářejí jeho vnitřní dialog. Právě ten bývá často spouštěčem problému, součástí a následku komplikovaného chování. Souvislost myšlenek a svých těžkostí si pacient mnohdy neuvědomuje a míní proto, že se problém objevuje neočekávaně. Kognitivní analýza prošetřuje události, kterými jsou

představy a myšlenky, a procesy, jimiž může být přehnané zevšeobecnění. Po zjištění těchto podkladů se určí kognitivní schéma, ze kterého vycházejí události a procesy. Kognitivní analýza trvá po celou dobu terapie. Terapeut pomáhá pacientovi s uvědoměním si propojení osobních samovolných myšlenek a vlastní náladou, chováním a pocity (Možný, 1999, Praško, 2007, Vybíral 2010).

**Funkční analýza** je nápomocna klientovi, aby pochopil, jak u něj funguje problém a které faktory ho podporují. V KBT je platné pravidlo, jestliže problémové chování nemá upevňující důsledky, tak se postupem času vytratí. Hledají se odpovědi na otázky typu: „Proč toto chování neustupuje? Co, kdo a jak takového chování utvrzuje?“. Terapeut zjišťuje, jakým způsobem ovlivňuje problémové chování běžný život klienta a jak sociálně nežádoucí jednání působí na jeho vztah k okolním lidem. Je také důležité přijít na to, co pozitivního přináší problémové chování a jestli si je uvědomuje. Funkční analýza má za úkol objevit, jaké dovednosti klientovi chybí a kterými přednostmi a dovednostmi klient disponuje (Možný, 1999, Praško, 2007, Vybíral 2010).

**Formulace problému** přichází na řadu po předchozích analýzách. Terapeut společně s pacientem formulují problém, jenž obsahuje psychologický popis a definování problému v každodenních situacích. Představuje zprávu o současném stavu problému a faktorech. Ty se člení na udržovací a spouštějící. Formulace musí obsahovat vysvětlení vzniku a rozvoje a také predisponující faktory. Na závěr vysvětlíme pacientovi formulaci problému a požádáme jej o doplnění a úpravu (Možný, 1999, Praško, 2007).

**Definice problému** následuje po formulaci problému a má za úkol definovat dílčí problémy, kterým se bude terapie krok po kroku věnovat. Jednotlivé problémy bychom měli popisovat samostatně v jedné či dvou větách. Definice by měla obsahovat společnou formulaci terapeuta a klienta s použitím jeho vlastních slov, srozumitelné vystihnutí potíží a stížností, zprávu o stylu chování a jeho klady a zápory, popis somatických příznaků, pocitů a myšlenek a záznam o četnosti, trvání a síle problémového chování. Terapeut musí rozpoznat problémy od příznaků, ku příkladu bolest hlavy je příznak a neschopnost zvládnutí každodenních povinností je problémem. „*Mám strach mluvit s cizími lidmi, protože si myslí, že vypadám hloupě, takže nechodím nikam do společnosti a mám jen jednu přítelkyni.*“ (Praško, 2007, str. 133). Tento výrok je konkrétním příkladem definice problému v KBT (Možný, 1999, Praško, 2007).

**Stanovení cíle** přirozeně následuje po definici problému. K jednotlivým problémům můžeme přidělit konkrétní cíl, to znamená, že k jakémukoli popisu, stavu můžeme přiřadit cíl, jak by to mělo být správně. Rozhovor mezi terapeutem a pacientem dospěje k vytyčení cíle,

který je pro pacienta dosažitelný, vhodný a reálný. Obezdnámíme pacienta, co může od terapie čekat, že se bude moci naučit zvládat své obtíže samostatně. Musíme jej také připravit na to, že jeho problémy nadobro nezmizí a můžou se objevovat i nadále, ale v nižší intenzitě. Jestli pacient dosáhne cíle, záleží jen na něm samotném. Bude se muset aktivně podílet na terapii a bude muset snášet krátkodobé namáhavé stavy napětí a úzkosti. Když je cíl stanoven, dokazujeme pacientovi, že je možné zvládnout současné obtíže, a navádíme jeho zájem do budoucnosti. Každý cíl by měl zapsán a měl by začínat slovy: „Na konci terapie budu schopen/a ...“. Cíl by měl být stanoven před zahájením terapie, což zajišťuje oběma stranám snahu o stejnou věc, kontrolu průběžných cílů a porovnávání nakolik se cíli přiblížili (Možný, 1999, Praško, 2007).

**Terapeutický plán** vytváříme pokaždé na základě předešlé společné diskuse vzájemně s klientem. Nejprve určíme první problém, začneme jej posléze řešit a dosahujeme tak prvního cíle. U plánování terapie se soustředíme pokaždé pouze na jeden nanejvýš na dva cíle zároveň. Terapeut vede klienta postupně krok po kroku. Umožňujeme tím oběma aktérům zaměření snahy na konkrétní problém a zmenšíme nebezpečí přehlčení se různorodými problémy. Při rozhodování, s kterým problémem budeme pracovat, zvážíme následující, jaká je pravděpodobnost vyřešení problému a jak by jeho vyřešení pomohlo klientovi. V KBT je totiž důležité prožití úspěchu, aby nás následně motivoval ke zvládnutí ostatních komplikací. Sotva zvládneme jeden problém, přecházíme k dalšímu až poté, co provedeme společné hodnocení. Dosažení klientova posunu u jednotlivých sezení zjišťujeme opět hodnocením, jak se přiblížil stanovenému cíli, popřípadě rozebíráme nežádoucí faktory, které nám brání v cíli. Jakmile splníme cíl, přijde na řadu další problém (Možný, 1999, Praško, 2007).

**Ukončení léčby** přichází na řadu až jako poslední článek struktury KBT. V pojetí KBT jde především o výukový proces, při kterém se pacient učí zbavit se tíživých problémů samostatně, jak problémy vyřešit a jak si může být sám sobě oporou v obtížných situacích. Před ukončením terapie terapeut rozmlouvá s pacientem o možných problémech v budoucnu a společně tvoří strategii, jak řešit možné krizové situace. Jestliže byly splněny všechny stanovené cíle, je terapie ukončena. Obě strany se dohodnou na kontrolních setkáních přibližně v rozsahu jednoho, tří a šesti měsíců po ukončení. Na ukončení léčby se pacient připravuje několik sezení dopředu, které už nejsou tolik pravidelné jako sezení úvodní. Někteří pacienti ukončení terapie špatně snášejí a může být po kognitivní stránce negativní. V tomto případě pomůže technika kognitivní restrukturalizace. Během závěrečného sezení si pacient utvoří soupis vlastních dovedností a technik, které si osvojil a se kterými bude moci v budoucnu spokojeně fungovat a žít (Možný, 1999, Praško, 2007, Procházka, 2011).



## 3 Vznik a vývoj KBT

Kognitivně behaviorální terapie je v současnosti považována za jeden ze základních a nejrozšířenějších směrů v české i zahraniční psychoterapii. Jedná se o směr poněkud mladý, jeho počátky se datuje do 70. let minulého století. Vznikl spojením dříve dvou samostatných směrů. Prvním z nich je behaviorální terapie, jejíž základ tvoří pozorování, tím druhým je kognitivní terapie, u které je hlavním aspektem chování daného jedince či skupiny.

### 3.1 Behaviorální terapie

Tato terapie je založena na předpokladu, že určité chování je spouštěno a udržováno faktory, které mu buď předcházejí, nebo jej následují. Za základ se proto pokaždé pokládá pozorování určitého chování. Po této skutečnosti je vytvořena hypotéza terapeutem, jež nám dává náhled do vztahu mezi daným chováním k předchozím či následným událostem, které se posléze snažíme ovlivnit ku prospěšným změnám. Pakliže se tak stane a dojde k žádoucím změnám v chování jedince, je hypotéza správná. Může nastat také situace, kdy k prospěšným změnám nedochází. V tomto případě je hypotéza vyvrácena a je zapotřebí jí doplnit, změnit nebo vytvořit zcela novou a odlišnou verzi. Behaviorální terapie se snaží o vhodnou změnu očividného chování (Možný, 1999, Raudenská, 2012).

Behaviorální terapie je založena na daných principech a předpokladech (Možný, 1999):

- První princip má za to, že nejdůležitější podíl v chování člověka má naučené chování. Jedinec se nenarodí dobrý či zlý, to až faktory vnějšího prostředí z něj udělají výsledek, jenž reaguje dle předchozích a naučených zkušeností.
- Druhý princip vyplývá z prvního. Jestliže je chování výsledkem učení, pak je maladaptivní chování rovněž naučeno stejným způsobem.
- Třetí princip umožňuje změnit maladaptivní chování, pokud dojde ke změně předchozích a následujících událostí. Nechtěné chování je možno utlumit, odstraníme-li následky, které je upevňují, a naopak lze naučit chtěné chování prostřednictvím formování a nápodoby a upevnit, pokud směřuje ke chtěným následkům.
- Čtvrtý princip klade důraz na přítomnost. Výzkum má být zaměřen na současný problém sledovaného chování, nemá se zabírat okolnostmi vzniku nežádoucího chování. Z toho důvodu se terapeuti nezaměřují na události raného věku, ale prošetřují funkci sledovaného chování v přítomnosti daného jedince.

Výše uvedené principy a předpoklady jsou potvrzené a pomáhají u mnoha psychických potíží, ale existuje řada duševních poruch, u kterých není vysvětlení pouze a jen vlivem okolních faktorů. Neustále je platné, že faktory edukačního prostředí stanovují, do jaké míry se dědičné předpoklady projeví a v jaké podobě (Možný, 1999).

### 3.2 Kognitivní terapie

Kognitivní terapie je považována za terapeutický směr, který navazuje na předchozí behaviorální terapii. Rozvívěla se ovšem samostatně a vytvořila si svou ucelenou teorii a terapeutické postupy.

Vychází ze tří základních zdrojů (Beck, Weishaar, 1989):

- Prvním zdrojem je fenomenologický přístup k psychologii. Kořeny tohoto přístupu sahají až do antického Řecka, konkrétně do stoicismu (stoická filozofie). Vychází z pohledu, že vlastní názor na svou osobu a svět kolem nás je řídicím faktorem chování daného jedince. Tento názor je obsažen i v dílech Kanta, Adlera či Sullivena.
- Druhým zdrojem je strukturální teorie psychiky. Hlavní důraz je zde kladen na Freudovo hierarchické uspořádání psychických procesů, jež se dělí na primární a sekundární psychické procesy. Primární se používají v případě okamžitého stresu, zato sekundární se používají při řešení běžných životních situacích.
- Třetím zdrojem je kognitivní psychologie. Základem je utváření vnitřních obrazů tzv. modelů vnějšího světa, v němž se odehrává náš život. Mezi zástupce této teorie se řadí Kelly, Piaget či Vygotskij.

Za předchůdce kognitivní terapie je považován A. Ellis. Ten používal název racionálně-emoční terapie. Za jádro problému považoval iracionální přesvědčení, která směřovala k určitým emočním problémům. Cílem je uvědomění si vlastních škodlivých iracionálních přesvědčení klienta a následné nahrazení racionální životní filozofií. Terapeut vede klienta a přímo jej upozorňuje na vlastní schopnost logicky uvažovat a myslet. Klient přijímá názor terapeuta a hledá společně neoptimálnější cestu ke svým názorům. Účinnost se zkouší v praktických situacích, ve kterých měl dříve klient problémy (Možný, 1999).

Za tvůrce a zakladatele kognitivní terapie je považován A. T. Beck. Zkoumal myšlenky a sny u pacientů s depresí. Objevil, že pro ně není typický hněv, nýbrž pocit porážky. Následně přišel na to, že u pacientů s depresí je systematicky zkreslené negativní hodnocení skutečnosti. Díky těmto znalostem vytvořil kognitivní teorii deprese, dle ní je zapříčiněna negativní kognitivní triádou, jež se skládá z negativního hodnocení sebe sama,

okolního světa a budoucna. Během 60. a 70. let vypracoval terapeutický přístup v léčbě jedinců s depresí (Možný, 1999).

Beck definoval 10 hlavních principů kognitivní terapie (Beck, 2005):

1. Založení je na kognitivním modelu emocionálních poškození.
2. Koná se krátce a v limitovaném čase.
3. Hlavní předpokladem účinnosti je vypracování silného terapeutického vztahu.
4. Terapie má formu stabilní spolupráce mezi klientem a terapeutem.
5. Pracuje se s metodou somatického dotazování.
6. Terapie je direktivní a strukturovaná.
7. Terapie se orientuje výhradně na problém.
8. Součástí terapie je edukace klienta.
9. Techniky a teorie vyplývají z induktivních postupů.
10. Ústřední složkou kognitivní terapie je zadávání domácích úkolů.

Analýza automatických negativních myšlenek je prvotní metodou kognitivní terapie. Je zde důležitá náhrada obrannými a racionálními myšlenkami. Terapeut učí klienta v průběhu sezení a následně si klient pozvolna zkouší v obyčejném životě zvládat problémové okamžiky samostatně. Dalším cílem je zjistit dysfunkční kognitivní schéma, jež je původem emocionálních poškození, a napravit je schématem novým, které bude v životě jedince fungovat (Možný, 1999, Raudenská, 2012).

### **3.3 Kognitivně behaviorální terapie**

Jak již víme, kognitivně behaviorální terapie (KBT) vzešla z integrace behaviorální a kognitivní terapie. Jde o mladý směr terapie, který získal velmi brzy po svém vzniku v 70. letech 20. století oblibu mezi terapeuty a klienty. V této léčbě je kladena záměrná pozornost na způsoby zkresleného myšlení a dysfunkčního chování. Samotná léčba je chápána jako možnost k novému učení. Podstata je ve zpracování konkrétních technik na konkrétní problémy, dále se hledají systematické postupy východisek a následně dochází ke kontrole, zda-li jsou zvolené postupy účinné (Lečbých, 2010, Raudenská, 2012).

Základní rysy KBT dle Praška a Kosové (1998):

1. Je krátkodobá. Časová omezenost je zpravidla mezi 1 až 20 sezeními. Samozřejmě existují v ojedinělých případech výjimky.
2. Je strukturovaná. Sezení má jasně stanovený program, na kterém se terapeut dohodl s klientem. Terapeut vystupuje jako expert a aktivně přistupuje k problémům klienta.

3. Terapeutický vztah terapeut-klient vychází ze vzájemné spolupráce. Terapeut akceptuje, přijímá a poskytuje veškeré informace klientovi, je také empatický. Klient přijímá problém a přistupuje k jeho řešení aktivně.
4. Nejedná se o soubor technik, které jsou užívány náhodně. Pokaždé je základem detailní analýza daného problému a analýza potřeb klienta.
5. Zaobírá se současnými problémy, řeší přítomnost. Bere na vědomí počáteční faktory problému v minulosti.
6. Je záměrná. Zkoumá konkrétní, definovaný problém. Snaží se jasně formulovat a definovat sledované chování jedince.
7. Hledá, označuje a analyzuje faktory, jež udržují problém klienta.
8. Samotný cíl terapie si klade klient sám a dobrovolně ve spolupráci s terapeutem. Ten stanovuje terapeutické postupy tak, aby vedly k dosažení zvoleného cíle.
9. Je edukační. Klient se naučí metodám, které ulehčují zvládání potíží a je posléze schopen používat je následně po ukončení terapeutického sezení.

KBT se snaží o vytvoření modelů jednotlivých duševních poruch, na jejichž základě je možné rozpracovat postupy, jež by byly aplikovatelné na konkrétní problém. Zaměření KBT je primárně na symptomatologii klienta, zkoumání samotné osobnosti klienta je až sekundární (Lečbych, 2010).

## 4 Teorie KBT

Následující kapitola se bude věnovat samotné teorii KBT. Jednotlivé teorie budou popsány a seznámíme se s nejčastějšími používanými modely a dělicími faktory. Teorie KBT se člení do tří základních skupin, tou první je teorie učení, druhou pak kognitivní procesy a třetí je model psychických poruch.

### 4.1 Teorie učení

Učení je klíčový psychologický pojem. Existují desítky různých teorií, přístupů a také i definic. Čáp (2001) považuje učení za proces získávání zkušeností a utváření člověka v průběhu celého jeho života. Lze jej také členit dle mnoha hledisek, u kognitivně behaviorální terapie se jedná o hledisko vnější formy a postupů. To je dále rozčleněno na čtyři základní druhy učení:

- habituace
- klasické podmiňování
- operativní podmiňování
- komplexní učení

**Habituace** neboli přivykání je neasociální forma učení, při které dochází k opakování podnětu a ke snížení či zániku reakce na daný podnět. Jde o proces, u něhož si organismus uchovává zprávu o bezvýznamnosti určitého podnětu. Jednoduše si na něj zvykneme (Průcha, 2003).

**Klasické podmiňování** je asociativní forma učení. Prvotní neutrální podnět je prostřednictvím opakování spojen s odměnou, ta se stává spouštěčem chování. Organismus se učí, že jedna událost následuje po druhé. Tento druh učení proslavil zejména I. P. Pavlov svými pracemi a studii (Průcha, 2003).

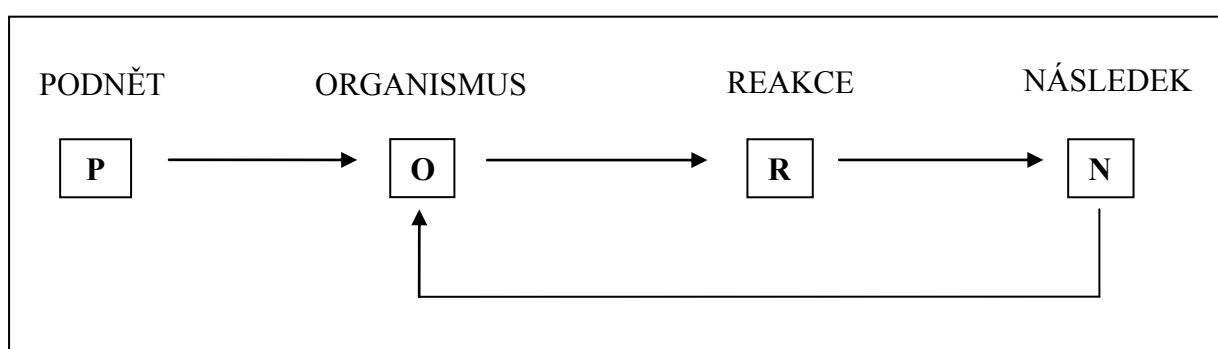
**Operativním podmiňováním** se myslí učení organismu tím způsobem, že pokud se sám chová jistým způsobem, budou vyvolány jisté důsledky. Může se dostavit odměna nebo trest, ale může nastat i situace, kdy se odměna či trest nedostaví (Praško, 2007).

**Komplexní učení** je oproti předchozím druhům učení složitější. Vytváří se tzv. mentální mapy prostředí, ve kterém se jedinec nachází. Dále dochází k výběru z různých strategií při obtížných životních situacích a problémech. Můžeme uplatnit následující procesy dedukce, indukce, selektivního výběru, zevšeobecnění atd. (Praško, 2007).

## 4.2 Kognitivní procesy

Za kognitivní procesy považujeme veškeré mentální procesy, jež zpracovávají a ukládají informace z okolního prostředí stejně tak jako i z vnitřního prostředí organismu. Řadí se sem procesy hodnocení, myšlení, očekávání, paměť, pozorování, vnímání aj.

Proces učení je možné pozorovat dle modelu P-O-R-N. Je založen na předpokladu, kdy kognitivní procesy zprostředkovávají funkci mezi podnětem a chováním. Nejedná se o samotný podnět, jež vzbuzuje určité chování. Hlavní je tedy význam, který jedinec danému podnětu přiřadí. Také následky jsou oslabovány nebo zpevňovány předešlým chováním na základě toho, jaký význam mu člověk přisoudí (Murdoch, 1991).



*převzato (Praško, 2007, str. 32)*

Tento model pracuje s člověkem jako s aktivním účastníkem učení. Člověk může ovlivňovat učení tím, že si všímá pouze určitých podnětů, podněty následně hodnotí a porovnává s dřívějšími zkušenostmi, a jeho reakce jsou ovlivněny vnitřními přesvědčeními a očekáváními. Dále hodnotí své reakce a schopnosti zvládat a řešit určitou situaci. Tento model umožňuje lépe vysvětlit a předvídat chování jedince v dané situaci a následně jí porozumět, proč stejné podněty a důsledky mohou vést k odlišným reakcím u každého jedince lidské populace (Praško, 2007, Vybíral, 2010).

Kognitivní procesy mohou být verbální a neverbální. Jedná-li se o myšlení ve větách a slovech, mluvíme o verbální stránce, pokud je myšlení v obrazech a představách, jde o neverbální stránku. Dále můžeme rozlišovat procesy vědomé a nevědomé. Pojem kognitivní nevědomí neslouží v KBT k ukládání vyloučených, nechtěných témat, jak je tomu u psychoanalýzy, ale probíhají v něm procesy biologicky vrozené a původně vědomé. U biologicky vrozených procesů se naše pozornost automaticky zaměřuje na cíl, hodnotíme okolní podněty předvědomě a následně přisuzujeme emoce k nabytým podnětům. Pudově vědomé procesy jsou už příliš zautomatizované, a proto nepotřebují kontrolu vědomí. Jde o

činnosti běžně vyskytující se v lidském životě, chůze, běh, řízení auta, sportovní hry jako tenis, stolní tenis atd. (Praško, 2007).

### 4.3 Model psychických poruch

Díky vzájemnému působení mnoha nebezpečných a rizikových faktorů se mohou rozvíjet psychické poruchy. Rizikové faktory se dělí na:

- biologické
- environmentální
- psychologické
- sociální

Mezi biologické faktory řadíme dědičnost, vrozené predispozice, úrazy, nemoci atd. K faktorům environmentálním patří výchova, vzory, životní události, okolní prostředí aj. Charakterové rysy jsou typickým psychologickým faktorem a sociální faktory zahrnují všechny vlivy na naši osobnost od rodiny, přátel, pracovního či školního kolektivu až po vlivy kulturní (Praško, 2007).

Kvůli tomu, že se v průběhu vývoje lidské osobnosti neustále ovlivňují faktory biologické, psychologické a sociální a velmi často je komplikované rozlišit významnější od těch méně významných, mluvíme o nemocech s biopsychosociálním modelem. Do samotného rozvoje, průběhu, pokračování, ale i do léčby konkrétních psychických poruch je možné začlenit hlavní oblasti, kterými jsou biologické, psychologické, užší sociální a širší sociální okruh. Užší sociální okruh je omezen pouze na rodinu a širší sociální okruh je vymezen pro ostatní, jimiž mohou být spolupracovníci nebo celá lidská společnost (Praško, 2007).

Lze rozlišit etiopatogenetické faktory:

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

**Predisponující faktory** jsou převážně vrozené nebo vzniklé v raném věku dítěte. Hlavním vlivem je biologická vybavenost, genetika, zranitelnost a založení organismu. V raném věku se jedná zejména o faktory psychosociální, kdy dítě reaguje na neúnosnou situaci v rodině, dlouhodobý stres, tyto vlivy nemůže dítě zvládat s ohledem na svůj věk. U vzniklých duševních poruch je hledání souvislostí s dětstvím složité. Aby byl jedinec v dospělosti přiměřeně citlivý, musí být splněny určité předpoklady v dětství. Dítě potřebuje

cítit bezpečí, lásku a porozumění, musí mít zajištěny dětské potřeby a správný fyzický kontakt s dospělými osobami. Absence některé z těchto potřeb vyvolává u jedince v dětství deprivaci, která přeroste v dospělosti k zjevným nedostatkům v citlivosti, empatii či závislosti na názoru druhé osoby. Dalším predisponujícím faktorem je prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá, kde je vychováván. Prostor školy (pedagogové, spolužáci, kamarádi) hraje roli v budoucí psychické labilitě či stabilitě. U sebevědomí může ve školním prostředí dojít buď ke zranění, posílení nebo neutralizaci. Životní události jsou dalšími faktory, které ovlivňují vývoj v dětství. K nejčastějším traumatizujícím faktorům řadíme konflikty rodičů, rozvod, úmrtí rodičů, šikana, výchova v kolektivu a nemoc s hospitalizací. Právě v dětství se rozvíjí kognitivní schémata jádrových a odvozených přesvědčení. Ty vedou k upevnění jistých strategií v chování jedince. Kombinací všech zmíněných predispozičních faktorů následně vzniká dispozice. V období nadměrné zátěže, jež jedinec sám nezvládá, se na podkladě dispozice vyvíjí psychická porucha (Dušek, 2010, Praško 2007).

**Precipitující faktory** se objevují krátce před vypuknutím samotné nemoci a zapříčiňují její rozvoj. Jedná se o širokou škálu faktorů. K vývoji poruchy dojde jen v tom případě, pokud k ní má jedinec náklonnost či náchylnost. Faktory precipitující lze rozdělit na tři typy somatogenní, psychogenní a sociální stresory. Jestliže jde o tělesné onemocnění, zranění, změny hormonálního původu v těhotenství a dospívání, mluvíme o typu somatogenním. U psychogenního typu se jedná o náročné životní situace (stres, těhotenství, svatba, rozvod, úmrtí, změna sociální role aj.), interpersonální stres (šikana, konflikty rodinné, partnerské, pracovní, vztahové, aj.) a nároky na vývoj (nová životní období, mladší školní věk puberta, přechod ze školy do práce, z práce do důchodu, menopauza aj.). Velký vliv na rozvoj, závažnost a průběh psychických poruch člověka mají sociální stresory v podobě skupin, ve kterých žije, sociálně roste. Spouštěčem poruchy může být zdlouhavá únavná událost, ale i jeden nárazový podnět různého typu. K počátku obtíží nedochází v okamžiku změn, ale až po určité časové době. Ochranu náchylným jedincům může poskytnout velmi blízká osoba, které daný člověk důvěřuje a může se jí svěřit se svými problémy (Praško, 2007, Vybíral, 2010).

**Projevy psychických poruch** se všeobecně dělí do čtyř popisovaných okruhů. Tyto okruhy se vzájemně ovlivňují a jsou na sebe navzájem vázané. Jde o emocionální reakce, kognitivní procesy, tělesné reakce a chování. *Emocionální reakce* se dále dělí na primární, kdy dílčí spouštěč vyvolává přímou reakci nebo jsou reakcí na samočinné myšlenky, a sekundární, u kterých se vyhýbáme silným emocím a odráží se zde metakognitivní vyrovnání se závažnou situací. V *kognitivních procesech* naše myšlenky, představy a také vzpomínky



volí a pracují s vnějšími a vnitřními událostmi. Je zde kladen důraz na selektivní práci s informacemi a uchopení jejich zpracování. Součástí kognitivních procesů jsou i negace s výhledem do budoucna, obviňování sebe samotného a hodnocení vlastních poznávacích procesů. U *tělesných reakcí* jsou zejména patrné vnější znaky, převážně somatické povahy. Můžeme je dělit do dvou skupin, tou první jsou vegetativní reakce, mezi které se řadí tlukot srdce, pocity zvracení, nadměrné pocení, závratě, sucho v hrdle, poruchy vidění atd. Druhou skupinou jsou reakce nervosvalové, mezi něž patří třes jednotlivých částí lidského těla, bolest hlavy a snížené či zvýšené svalové napětí. Pojmeme *chování* se rozumí soubor veškerých lidských projevů od reflektujících reakcí, pohybů, činností a jednání. V rámci psychických poruch se člení chování na performační, zabezpečovací, vyhýbavé a interpersonální. Performační chování poznáme dle zevních ukazatelů, které slouží převážnou většinou k vnitřním projevům. Zabezpečovací chování používá jedinec pro svou vlastní ochranu před zraňujícími prožitky. Tato ochrana může ovšem zapříčinit udržování si problému a následně vede ke snížení důvěry v sebe samotného. Jestliže se člověk straní určitým komplikacím a myšlenkám za účelem vyhnout se negativním emocionálním a tělesným pocitům, mluvíme o chování vyhýbavém, jež se stává dominantním faktorem pěstování si psychické poruchy. Do interpersonálního chování se mohou promítnout všechna předešlá chování v podobě pátrání po pomoci a ujištění, vyhýbání se sociálním interakcím a situacím, ale také agresivita projevující se nadáváním, obviňováním, podrážděnými výbuchy a dokonce i fyzickou agresí (Praško, 2007, Průcha, 2003).

**Modifikující faktory** jsou ty, které mění frekvenci, intenzitu, a nebo trvání daného problému. K nejtypičtějším faktorům patří přítomnost či nepřítomnost osoby blízké, současná nálada, počet lidí cestujících v prostředku hromadné dopravy, vzdálenost od zdravotnického zařízení atd. Člověk od člověka je odlišný, a proto je nutné odhalit i detailně specifické situace, jež ovlivňují klientovy nepohodlné pocity. Hlavní vliv působící na psychickou poruchu jedince má rodina, ať jde o pozitivní či negativní stránku věci. Ta může učinit podporu a emočně podržet psychiku klienta a ovlivnit průběh léčby a uzdravování. Negativní stránkou jsou především konflikty a nepřiměřené nároky, které mohou výrazně snížit proces léčby a průběh nemoci. Jsou také hlavní příčinou recidivujícího chování. Naopak rozvážné a klidné prostředí v rodině působí pozitivně na kompletní způsob léčení (Možný, 1999, Praško, 2007, Vybíral, 2010).

**Udržovací faktory** neboli perpetující umožňují pokračování a pěstování již vzniklé psychické poruchy. Jsou nezávislé a projevují se i při působení faktorů, které původně vyvolaly poruchu. Když je léčba plánována, musíme brát v potaz právě udržovací faktory.

Ovlivňování původních sklonů nemusí být umožněno. Terapeut je může ovlivnit z toho důvodu, protože probíhají a projevují se v přítomném čase. V případě řady psychických poruch se velmi brzy projevuje demoralizace a útek od sociální interakce, což přispívá k upevňování a posilování dané poruchy. Můžeme tomu zabránit, umístíme-li takovou osobu do terapeutické skupiny. Faktorů udržovacích je vždy více, převážně jde o dopad, jenž upevňuje maladaptivní chování. Nejvýznamnějšími udržovacími faktory jsou (Praško, 2007):

- přecitlivělost
- zabezpečovací a vyhýbavé chování
- negativní sebeobraz a snížené sebevědomí
- nedostatek komunikačních dovedností
- anticipační úzkost
- chování okolí, které posiluje maladaptivní chování
- maladaptivní kognitivní styl
- biologické změny

Jako udržovací faktory působí hlavně bezprostřední pozitivní důsledky, které jsou následkem vyhýbavého a zabezpečovacího chování, zejména pocit úlevy z důvodu vyhnutí se nebo útěku před situací. Navozený pocit úlevy zesílí vyhýbavé chování a přesvědčení z toho, že by jedinec nedokázal zvládnout onu tíživou situaci. Další posílení může být ve formě dlouhodobě pozitivních důsledků. Typickými příklady jsou rodinná péče, lékařské ujistění a úlevy od nesnesitelných povinností. U dospělých klientů je dlouhodobým pozitivním důsledkem získání invalidního důchodu. Jeho přijetí se musí velmi důkladně zvážit. Pochopitelně u řady depresivních, obsedantních či psychických jedinců se mu nemůžeme vyhnout. Pozitivní důsledky si často neuvědomujeme nebo uvědomit nechceme. Porucha je jimi nadále udržována a v budoucnu je opravdu obtížné jejich odstranění. Negativní důsledky se zjišťují oproti pozitivním velmi jednoduše, každý jedinec si jich je vědom a bývají zásadním důvodem k vyhledání terapeutické péče (Praško, 2007, Vybíral, 2010).

## 5 Metody KBT

Za hlavní úkol prvotního sezení v kognitivně behaviorální terapii je zjištění, zda-li je pacient připraven na terapii a do jaké míry je motivován. Důležitým faktorem je vybudování fungujícího terapeutického vztahu mezi terapeutem a pacientem, založeném na vzájemné důvěře a respektu. Dále se stanovuje problém a jeho cílená náprava k normě. K dosažení vytyčeného cíle nám pomáhají právě metody, se kterými se v této terapii pracuje. Během vývoje KBT se vytvořila řada léčebných metod a postupů, které můžeme dělit na metody behaviorální a metody kognitivní. Následující kapitola bude pojednávat o jednotlivých kognitivně behaviorálních metodách (Lečbych, 2010, Možný, 1999).

### 5.1 Behaviorální metody

Behaviorální metody lze rozdělit podle zaměření na metody ovlivňující tělesné příznaky a na metody zaměřené na zjevné chování. Což se odráží v cílech, které chtějí ovlivnit tělesné příznaky nebo zjevné chování. K behaviorálním metodám řadíme následující:

- nácvik svalové relaxace
- nácvik kontrolovaného dýchání
- expozice
- zábrana zabezpečovací reakce
- sledování a plán činností
- metody vytvoření nového chování (učení podle vzorců, formování, řetězení, pobízení, hraní rolí) (Kratochvíl, 2012, Praško, 2007).

**Nácvik svalové relaxace** je velmi účinná metoda, jejíž pomocí se pacienti přesvědčí sami o své kontrole nad příznaky napětí. Klíčovým prostředkem k dosažení stanoveného stupně relaxace jsou zábavné, hravé a uvolňující činnosti a pravidelné přestávky během únavných prací. Pomocí může pacientovi také pravidelný nácvik jednotlivých relaxačních technik. Tyto techniky jsou užitečné u pacientů s problémy uvolnit se a u pacientů s neustálým pocitem napětí. Metoda nácviku svalové relaxace je dovedností, a tudíž si jí musí člověk osvojit opakovaným cvičením. Cílem je uvolnění se v běžných životních situacích a činnostech, při nichž dochází k velkému shromáždění napětí a úzkosti. K nejpoužívanějším metodám se řadí Jacobsonova progresivní relaxace, Schultzův autogenní trénink a Östovy aplikované relaxace. Schultzův autogenní trénink se uplatňuje jako léčebná technika a dále jako doplňková metoda umožňující výrazného snížení napětí v psychice. U základního autogenního tréninku se dosahuje pocitu relaxace za pomoci představ tělesných pocitů (teplo,

tíha, chlad) na dané části lidského těla (ruka, noha, čelo, břicho). Veškerá relaxace trvá přibližně 3 až 5 minut a provádí si jí pacient sám za pomoci individuálních formulí. Vyšší stupeň této metody pracuje s vnitřními představami komplexních vjemů, kterými může být představování barev a předmětů, cestování do různých částí světa, spontánní obrazový zážitek, představa abstraktních hodnot. Jedná se o řízenou imaginaci, kterou provádí terapeut. (Kratochvíl, 2012, Praško, 2007).

**Nácvik kontrolovaného dýchání** má za úkol pomát pacientovi k rychlému snížení napětí v těle při situacích, které jsou zdrojem velmi silné úzkosti. Tato technika poskytuje dvě roviny zásahu ke klientovi. Zprvė zasahuje do nesprávného dýchání během záchvatu úzkosti, protože získáním kontroly nad dechem se zmírní příznaky úzkosti. V tomto případě mluvíme o kognitivní složce nácviku. Zadruhé samotná kontrola nad vlastním dýcháním umožňuje odstranit příznaky úzkosti. V takovém případě jde o behaviorální složku nácviku. Při tréninku tohoto dýchání se často používá magnetofon s nahrávkou rytmického dechu. Každému člověku vyhovuje jiný rytmus dechu, a proto musí pacient společně s terapeutem přijít na optimální rytmus, který nebude nikterak limitovat pacienta. Terapeut vyslovuje střídavě ve stejném rytmu slova nádech a výdech, u vyhovujícího rytmu se hlas terapeuta nahraje na magnetofon a pacient je vyzván k přechodu řízení rytmu podle magnetofonu. Až si na rytmus zvykne, terapeut vypne magnetofon a pacient se snaží samovolně dýchat dále dle stanoveného rytmu. Doba, při níž pacient dýchá bez nahrávky, se postupně prodlužuje. K další důležité složce patří naučit se dýchat tzv. do břicha a přestat dýchat do hrudi. Metoda nácviku kontrolovaného dýchání se využívá při záchvatech paniky. Jestliže se člověk nenechá panikou pohltit a začne ve správnou chvíli používat tuto techniku, zklidní se během 2 až 5 minut (Praško, 2007).

**Expozice** pracuje se všemi formami vyhybavého a zabezpečujícího chování. Snaží se podněcovat člověka, aby se postavil problémovým situacím a aby se opětovně věnoval činností, před kterými utíkal a vyhýbal se jim. Jedině tímto způsobem se dozví, zda-li se obávané následky dostaví ve skutečnosti. Pacient je směřován k tomu, aby se samostatně střetával s problémovými situacemi a činnostmi a aby střetávání postupně dávkoval a pozvolna stupňoval. Je možné požádat o pacientovu předpověď, co se podle něj stane během tohoto cvičení. Terapeut posléze porovná předpověď s realitou cvičení. Předpověď by měla obsahovat míru strachu, ale především následky střetu s problémem. Pacient se nejčastěji vyhýbá konkrétní situaci, činnosti nebo strategii užívané v okamžiku, kdy se objeví příznaky. Mezi další důležité cíle této metody patří odstranění zabezpečovacího chování, ke kterému se pacient uchyluje, jakmile jsou nablízku nepříjemné příznaky. Následně udržují jeho

přesvědčení o tom, že jsou skutečně nebezpečné. Za slovem expozice se skrývá vystavení se obávaným podnětům. Můžeme jí rozdělit na:

- In vivo – pacient jde čelit vnějším situacím (nákup, komunikace s lidmi, jízda hromadným dopravním prostředkem)
- Interoceptivní – pacient je vystaven vnitřním podnětům (bolest hlavy, tlukot srdce, zvýšený tep)
- Imaginární – pacient se vystavuje vzpomínce či představě na problémovou situaci nebo činnost a její nejhorší důsledky (Ellis, 2005, Praško, 2007).

**Zábrana zabezpečovací reakce** je metoda pracující s dlouhotrvajícími konflikty s podněty, které jsou spouštěči obranných rituálů zejména u obsedantně kompulzivní poruchy (OCD). Stejně jako u expozice se ponechá pacient vystavit problémovým podnětům, ale zde nesmí provést své osvojené ochranné rituály. U OCD můžeme v případě zamykání dveří učinit následující kroky, pacient zamkne dveře a pak už nesmí sáhnout na kliku a provést svůj obvyklý rituál, zda doopravdy zamkl. Po pravidelném opakování se nutkavé puzení činit zaběhlý rituál začíná pozvolna snižovat. Neuskutečnění rituálu po obsesi vede jedince k prudkému nárůstu nepohody a napětí a silnému puzení jej učinit. Terapeut může vypracovat křivku napětí a úzkosti. Ta chvílku kolísá na hranici únosnosti, následně dojde k habituaci. Úzkost při první expozici je velmi silná a trvá přibližně hodinu. Při opakování stejné expozice se míra úzkosti snižuje a doba trvání se zkrátí asi o pět minut. U závěrečných expozic se projevuje slabá úzkost trvající zhruba 45 minut. Pacienti trpící silnou formou OCD mohou mít pocit silného napětí dokonce dvě hodiny po expozici spouštěcího podnětu (Praško, 2007).

**Metody vytvoření nového chování** používáme v případech, kdy se pacient chová nevhodně. Jedním důvodem tohoto chování je to, že se člověk nikdy před tím nenaučil reakcím v konkrétní situaci. V tomto případě mluvíme o nedostatku dovedností. Dalším důvodem chování je schopnost člověka chovat se adekvátně, ale nějaký blok mu zabraňuje, aby svou schopnost jednat využil. U takového jednání hovoříme o nedostatku v provedení. Zmíněné dva druhy nedostatku musíme v behaviorální analýze rozdělit a to z toho důvodu, že se cíl v obou případech liší. Pakliže je původ neadekvátního chování v nedostatku dovedností, musí se pacient naučit potřebným dovednostem. Jestliže se jedná o nedostatek v provedení, je zapotřebí odstranit bariéru, která brání pacientovi uplatnit své schopnosti. V následujícím výčtu budou popsány metody, které můžeme využít (Praško, 2007).

- **Učení podle vzorců** – jde o nejefektivnější způsob osvojit si nové chování. Účinnost této metody záleží na vlastnostech zvoleného vzoru, kterému se říká také model.

Klientovi by měl být vzor blízký věkem, vzděláním, vlastnostmi aj. z toho důvodu, mu dokázal věřit a následně i napodobit. Chování vzoru nemá být příliš dokonalé, protože není pro klienta moc přínosné. Je vhodné najít takový model, který má v předváděné situaci určité obtíže, ale nakonec je dokáže úspěšně překonat. Takovému člověku se říká tzv. zvládající vzor. Měl by být empatický, přátelský a vřelý, jelikož vhodněji motivuje klienta k napodobení vlastního chování.

- **Formování** – vybere se úsek chování pacienta, jež se v určitých znacích přibližuje požadovanému chování, může jít třeba o úsměv či tón hlasu. Vybraný úsek je za pomoci terapeuta systematicky upevňován, po určité době je pacient požádán o přidání dalšího žádoucího znaku. Nyní může jít o oční kontakt. Tímto postupem dochází k rozvíjení a upevňování pacientova chování, jež se postupně přibližuje požadovanému. Musí být také zmíněno, že jednoduché formování chování potrvá jen krátký časový úsek a u formování složitějšího chování bude časový úsek delší a může dosáhnout i několika let. Metoda formování se využívá nejčastěji u dětí s poruchou autistického spektra, dětí s mentální retardací, ale také u pacientů se sociální fobií či chronickou schizofrenií.
- **Řetězení** – pomáhá klientům s učením celých sekvencí požadovaných dovedností. Při této metodě terapeut předvádí klientovi požadovanou cvičnou dovednost, následně jej požádá o samostatné zopakování posledního úkonu v řetězci chování. Jedná-li se o nácvik oblékání, posledním úkonem může být třeba zapnutí kabátu. Jestliže dojde ke správnému zopakování, terapeut klienta odmění pochvalou. Když si klient osvojí poslední úkon, je vyzván, aby provedl úkon předchozí. U oblékání může jít o oblečení si bundy, následně je klient opět odměněn pochvalou. Tímto způsobem se pokračuje až k prvotnímu úkonu a klient se takto naučí celou sekvenci požadované dovednosti, v tomto případě samostatně se obléci. Metoda řetězení pomáhá nejvíce dětem s poruchou autistického spektra, dětem s mentální retardací a klientům, kterým bylo diagnostikováno chronické psychotické onemocnění.
- **Pobízení** – u této metody je pacient slovně veden terapeutem. Ten mu radí, co má udělat, a může jej také popřípadě fyzicky vést. Pokyny terapeuta mohou mít formu uvádění příkladů a popisu možných důsledků a následků zvoleného nacvičovaného chování.
- **Hraní rolí** – je jednou z nejpoužívanějších metod užívaných v kognitivně behaviorální terapii. Pomáhá nám s analýzou klientova chování v daných situacích a

s nácvikem žádoucího chování. Před zahájením hraní rolí je nezbytně nutné vytyčit si konkrétní cíl, dále popsat situaci, v níž se klient nachází, a jakou roli v ní hrají ostatní zúčastnění. Poté je klient vyzván, aby se pokusil předvést žádoucí chování. Terapeut mu může pomáhat svými gesty, pochvalami či pobídkami. Po odehrání krátké scénky, která by neměla přesáhnout svým trváním dvě minuty, je nezbytně důležité, aby pozorovatelé pozitivně ocenili snahu klienta. Nejprve by měli přijít na řadu pochvaly, co konkrétně dělal správně, a až pak doporučení, na čem by měl ve svém projevu zapracovat. Následně klient přehraje celou scénku znovu a snaží se do ní zapojit rady terapeuta a pozorovatelů. V závěru musí být klient pokaždé pochválen a oceněn za svou snahu a dosažený stupeň zlepšení. U některých případů je dobré, když klient nejprve zaujme roli pozorovatele a požadované chování ve scénce mu předvede model. Posléze by měl klient slovně popsat chování modelu. Existuje velké množství metod hraní rolí. K nejpoužívanějším se řadí obrácení rolí, při níž model hraje klienta a ten hraje v situaci druhou osobu. Obrácení rolí slouží k lepšímu pochopení klienta, jak jeho vlastní chování vnímá okolí a co by měl změnit ve svém chování. Metodu hraní rolí je možné využít u řady problémů (Ellis, 2005, Praško, 2007, Vybíral, 2010).

## 5.2 Kognitivní metody

Jedná se o metody, které jsou zaměřené na ovlivnění kognitivních procesů, dále na názor člověka sám na sebe a hlavně na změnu samovolných negativních myšlenek, s cíleným zaměřením na korekci konkrétních myšlenek v daných situacích a na vnitřní postoje pacienta. Změna kognitivních procesů není cílem, ale naopak prostředkem. Finálním cílem je dosažení změny emocí, prožívání a zjevného chování, ku prospěchu člověka samotného a jeho blízkých (Praško, 2007). Ke kognitivním metodám ředíme následující:

- edukace
- odvedení pozornosti
- zastavení myšlenek – spot technika
- sebeinstruktáž
- kognitivní restrukturalizace

**Edukace** je neodlučitelnou součástí KBT, jež vychází z pojetí terapie jako vzájemná spolupráce mezi terapeutem a pacientem. Pracuje se s povahou pacientových obtíží, kterou nazýváme edukace o psychických poruchách, a s možnostmi léčby, jež známe pod názvem edukace o léčbě. Edukace má všeobecně tyto výhody:

- Nemocný člověk si uvědomí, že jeho těžkosti jsou známým onemocněním. Toto zjištění posiluje jeho vyhlídky ke stavu vyléčení.
- Víceero nesourodých obtíží je zjednodušeno na několik účelně propojených oblastí a v klientovi se zvyšuje pocit, že je může kontrolovat.
- Pacient nabývá vyhlídek do budoucna v logických krocích, kterým rozumí a které pochopí, svým rozumem je veden ke snížení potíží
- Příznaky, které má pacient, přestanou být katastrofální a přestanou bezprostředně ohrožovat jeho život.
- Povzbuzení pacienta probíhá tak, aby jeho zájem o proměnu svých problémů a obtíží byl aktivní.

Od vstupního vyšetření terapeut učí pacienta pracovat v průběhu terapie a seznámí jej s pravidly terapie. Dále se učí rozeznávat své problémy a symptomy, vyvolávající spouštěče, tělesné reakce, myšlenky, emoce, důsledky a rozličné typy chování. Na počátku léčení je nutné poskytnout pacientovi nejpřesnější informace, jak se projevují příznaky jeho poruchy. K tomuto kroku se používá jednoduchý model tzv. bludného kruhu depresí, obav a starostí atd. Při stavech úzkosti bychom měli vysvětlit reakci tzv. boj nebo útek a spojit její souvislosti se symptomy pacienta. Je zásadní přesvědčit pacienta, aby při prožívání depresí neměl pocit, že se zbláznil. Cílem je informovat pacienta, snížit počet nesnází a seznámit jej se vztahy mezi chováním, myšlením a pocity. O demonstraci tohoto vztahu se postarají zjištěné údaje z úvodního rozhovoru. Na závěr informační části ilustrujeme kognitivně behaviorální model dané poruchy nákresem symptomů, jež nám sdělil samotný pacient. Po skončení prvního setkání si odnáší text se základními zprávami k prostudování. U některých pacientů se využívá nahrávka. Tážeme se pacienta na projevy jeho problému. Vyřčené sdělení potom terapeut zopakuje vlastními slovy a při tom si informace zaznamenává, jedná se o tzv. bludný kruh poruchy. Může se jednat o případ, kdy pacient nedokáže nic dělat. Následuje edukace o léčbě, neboli podání zprávy, jak působí v pacientově modelu terapie. Vesměs platí, že myšlenky lze měnit za pomoci kognitivní rekonstrukce, chování pomocí plánované činnosti, expozice z behaviorálního modelu či nácvikem sociálních dovedností a schopností, dále emoce za pomoci relaxací, imaginací a psychofarmaky, a vegetativní reakce kontrolovaným dýcháním, imaginací, svalovou relaxací a léky. Důsledky je možno kontrolovat řešením obtíží. Jelikož jde o vzájemně propojený model, jakákoli změna vyvolá změnu v jiné části modelu. Během ozřejmování o funkčnosti kompletního modelu poruchy, podporujeme samotnou motivaci pacienta a rozháníme jeho nejistoty a pochyby. Informujeme



také pacienta o struktuře terapie, o délce jejího trvání, četnosti setkávání se s terapeutem, o místě konání léčby, kdo všechno se na ní bude podílet. Jestliže trpí pacient úzkostnými, depresivními nebo somatoformními poruchami, nepřipouští si skutečnost, že jej nějaká psychická porucha trápí. Děje se tomu v případech příznaků tělesného charakteru. Jedinec si je jistý tím, že jeho nemoc je tělesné povahy. Tomuto problému je třeba se při rozhovoru věnovat, terapeut pacientův názor neodmítá, ale zároveň jej ani neupevňuje. Je důležité předat pacientovi vědomosti o tom, že tělesný pocit může být naučenou reakcí na dané typy myšlenek. Jelikož vyšetření neukazuje na tělesný původ nemoci, je doporučeno zaměřit se následně na zkoumání alternativních vysvětlení. Spousta pacientů tento návrh odmítá, a proto musí terapeut vyslovit otázky typu: Jak dlouho už probíhá léčba tím způsobem? Je zvolený typ léčby účinný? Vyzkoušel jste už někdy alternativní psychoterapeutické metody? Následně navrhe terapeut, aby se pacient po dobu tří měsíců nechal léčit pomocí alternativní psychoterapeutické léčby, a pokud léčba nebude účinná, navrátí se zpět do iniciativy somatických lékařů. V tomto úseku nemůžeme nutit pacienta, aby se vzdal svého přesvědčení, ale aby popřemýšlel o této variantě (Praško, 2007, Raudenská, 2012, Salkovskis, 1989).

**Odvedení pozornosti** pracuje s poznatkou, že se jedinec v určitém okamžiku může naplno koncentrovat pouze na jednu myšlenku či představu. Ostatní je potlačeno do pozadí a jejich ovlivňování jednání a nálady se rapidně zeslabí. Tato metoda je platná u klientů, které trápí nelibé myšlenky a představy, na které se snaží přestat myslet. V počátcích terapie se využívají techniky odvádějící pozornost ke zpochybnění přesvědčení, že nemůže své pocity úzkosti vůbec kontrolovat. Následně jsou tyto techniky vhodné ke zvládnutí příznaků v situacích, jež nemohou racionálně zpracovat negativní myšlenky. V tomto případě se jedná o cvičení v odvedení pozornosti a to tím způsobem, že cíleně zaměříme pozornost na podněty z okolí. Je také možné přiblížit se k člověku, se kterým vedeme konverzaci, za účelem zaplnit své zorné pole a koncentrovat se jen na obsah rozhovoru a vypudit myšlenky na svůj projev. Metoda odvedení pozornosti může sloužit k ukázce platnosti kognitivního modelu úzkosti. Přijde-li na klienta v průběhu sezení stav úzkosti, terapeut požádá o slovní popis toho, co všechno kolem sebe vidí. Tato praktika zpravidla přicházející úzkost zmírní. Prostřednictvím otázek můžeme navést klienta k poznání o tom, že odvedl pozornost od myšlenek, jež mu navozují pocit úzkosti. Z předešlého vyplývá, že konkrétní myšlenky nesou významnou roli v uchovávání potíží. Aby byla metoda odvedení pozornosti účinná, musí si klient osvojit více způsobů, jak toho dosáhnout. Jde o využívání těch způsobů, které mu samotnému pomáhají nejvíce a vycházejí z jeho předností a zájmů. Důležitým úspěchem je to, když si klient najde

činnost, jež jej skutečně upoutá, ale zároveň je tak náročná, že si ji člověk nemůže zautomatizovat. Existuje pár základních metod odvedení pozornosti:

- **Tělesná cvičení** – jsou založena na tom, že člověk začne dělat v plném soustředění danou činnost a tím přestane myslet negativně a úzkostně. Takovouto činností můžou být domácí práce, zahradničení, cvičení atd.
- **Mentální cvičení** – spočívá v provádění určitého úkonu s co největší mírou soustředění. Nejčastěji se užívají matematické úlohy ve formě operací s čísly, dále se užívá poznávání rostlin a živočichů, recitování textu, vybavení si určité cesty a její následný popis, vzpomnutí si na příjemný zážitek a jeho podrobné detaily atd.
- **Přenesení pozornosti** – člověk se začne koncentrovat na své okolí a bere na vědomí podrobnosti pomocí svých smyslů. Jedinec může v duchu popisovat obraz visící na stěně, všímá si cizích lidí na ulici, jak je zboží vyskládáno v obchodě atd.
- **Zaujatá činnost** – při této metodě je podstatné vybrat činnost, která vyžaduje zapojení mozku a těla zároveň (tenis, luštění sudoku a křížovek). Je důležité střídat činnosti, které provádíme bezmyšlenkovitě, s činnostmi, jež požadují po člověku vyšší stupeň zaujetí. Mezi takovéto řadíme například žehlení kombinované s poslechem rádia.
- **Zaměření na předmět** – učíme zacílit pozornost na daný předmět, jež se v konkrétní okamžik nachází v naší blízkosti. Děje se tak za účelem, aby byl přerušen tok automatických myšlenek. V konkrétní okamžik popisujeme zvolený předmět do nejmenších detailů, od tvaru, velikosti a barvy až po počet, materiál a vymezení v prostoru.
- **Počítání myšlenek** – slouží k získání většího odstupu od vlastních negativních myšlenek. Princip je v tom, že jakmile člověk pocítí přítomnost negativní myšlenky, přestane se jí věnovat a nedovolí, aby jej rozhodila a zkazila mu náladu. Pro účinnost metody počítání myšlenek je hlavním faktorem její pravidelné procvičování, nejprve v klidném prostředí a posléze v každodenním životě, kdy se setkává s nepříjemnými pocity, myšlenkami a obavami. Tato metoda je pro řadu lidí výhodná, avšak jsou mezi námi i tací, u kterých může vyvolat nárůst počtu automatických myšlenek. Tento stav by měl odhalit terapeut a postarat se o jeho nápravu. V počátcích počítání myšlenek jsou pacienti s depresí ve značných nesnázích, jelikož se těžce soustředí a převážně využívají tuto metodu jen na krátký časový úsek. Po nabytí určité zkušenosti dokážou tito pacienti přerušit neplodné přemítání účinněji (Kosová, 1998, Praško, 2007).

**Zastavení myšlenek neboli stop technika** je pomáhající metoda, která funguje v okruhu komplexní terapie a bývá doplněna jinými metodami nejčastěji expozicí. Za cíl je kladeno omezení a kontrola nepříjemných myšlenek, jež negativně působí na psychiku člověka. Nejvíce úspěchů má tato metoda u jedinců s obsedantními a úzkostnými poruchami. Nejprve pacienta seznámíme s cílem terapie a pak přichází na řadu nacvičování v klidném prostředí. Užívání zastavení myšlenek v každodenním životě může nastat, až po předešlém nácviku. Pacient si udělá seznam nejčastějších problémových myšlenek a situací. Posléze si vytvoří další seznam, nyní však uklidňujících představ, kterými mohou být příjemné filmové ukázky nebo vzpomínky na příjemnou chvíli. Je nezbytně nutné, aby uklidňující představy nevycházely z původních neutralizujících myšlenek. Terapeut předvádí, jak lze uplatnit stop techniku a odstříhnou se tak od negativních pocitů. Poté je pacient požádán, aby si vybavil nutkavé představy a aby ihned oznámil jejich objevení. Následně terapeut velmi rázně vykřikne: „Stop!“. Pacient se poleká a tím se mu přeruší tok nutkavých myšlenek. Následně postup opakujeme a pacient je veden k vybavení si uklidňujících představ po vyslovení slova stop. Pokud se mu to podaří, domluveným znamením informuje terapeuta. Během prvního setkání se pracuje do té doby, dokud se pacientovy pocity nezlepší. Následně se dostává do pozice, kdy je mu umožněno pozorování vlastních myšlenek, tzv. metapozice, není jimi příliš pohlcen. U obsedantně kompulzivní poruchy se využívá stop technika hned po expozici obsedantních myšlenek a dochází k zablokování kompulzivní reakce. Terapeut dá pacientovi domácí úkol, aby samostatně nacvičoval tuto metodu. Zvládne-li jej, postupně se vyslovování slova stop zeslabuje, až si je nakonec pacient říká v duchu sám pro sebe. V začátcích terapie se soustředíme na osvojení si metody zastavení myšlenek a poté se uplatňuje v každodenních životních situacích, postupuje se od méně problematických k situacím velmi problémovým (Praško, 2007, Vybíral, 2010).

**Sebeinstruktáž** je metodou, při které klient vnímá souvislosti vnitřní promluvy s jednáním a prožíváním. Získá dovednost utvořit si myšlenky a výroky, jež mu pomohou zvládat tíživou situaci. Tyto povzbudivé výroky následně člověk systematicky procvičuje, nejprve během sezení, při kterém si evokuje problémovou situaci, a posléze v každodenním životě. Nejprve si klient předříkává výroky nahlas, poté přechází v šepot a v konečné fázi sám pro sebe v duchu. U některých pacientů se používá metoda, kdy je výrok napsaný na kartičkách, které nosí neustále sebou, a ve stresujících situacích si kartičky vytáhne a čte si je. Sebeinstrukce se dělí na ty, které:

- zaměřují pozornost na počátek obtíže (Čeho se bojím? Co se to děje? Proč se to už zase děje?)

- vedou vlastní jednání (Co mám teď dělat? Uklidním se! Musím se uvolnit, dýchat klidně, neutíkat!)
- dodávají odvahu (Zvládnu to! Vydržím to!)
- oceňují vlastní jednání (Výborně! To jsem udělal dobře!)

Metoda sebeinstruktáže se kombinuje s ostatními metodami, obzvláště s expozicí a jinými učenými podle vzorců. Tato technika je vhodná pro zvládnání velké řady úzkostných poruch, dále také depresí, impulzivních poruch, poruch příjmu potravy a při léčbě závislostí. Prospívá i osobám trpícím psychózami a to tak, že snižuje poruchy vnímání a myšlení a naopak zvýší jejich koncentraci (Praško, 2007, Vybíral, 2010).

**Kognitivní restrukturalizace** je základní kognitivní metodou v KBT. Slouží k uvědomění si, které myšlenky vzbuzují nemilé emoce, tzv. automatické negativní myšlenky, a k jejich prozkoumání. Člověk nalezne myšlenky racionální, které snižují důsledek původních myšlenek. Kognitivní restrukturalizace se člení na tyto kroky:

1. *Určení automatických negativních myšlenek* – Vysvětlíme klientovi blízkou souvislost mezi emocemi a myšlenkami. Pak jej požádáme o uvedení myšlenek, jež ho obvykle přepadnou, jakmile se necítí v pořádku. Terapeut si je zapíše a klient ke každé zmíněné myšlence uvádí, nakolik jí věří a kterou emoci mu evokuje. Důvěryhodnost zařazuje do škály od 0 do 100 % a emoce do škály od 1 do 10, ty se mohou také třídit na úzkost, stud, neklid atd. U popisu situace, kdy se myšlenky objevily, je dána klientovi časová volnost. Když se zajímáme o automatické negativní myšlenky, zaměřujeme se na to, jak konkrétně zněly a co si z nich člověk odvozuje. Jakmile se klient soustředí na své myšlení či projevy negativních emocí, dojde u něj k vypnutí přemýšlejícího já a zapne se já pozorující. Právě tato metapozice vůči svým myšlenkám je hlavním přístupem v kognitivní terapii.
2. *Zpochybňování automatických negativních myšlenek* – Člověk si osvojuje kriticky zkoumat a nahlížet na své automatické negativní myšlenky jako na hypotézy. Ty jsou buď pravdivé, nebo nepravdivé. Je vhodné, aby byl vytvořen tzv. vědecký tým složený z terapeuta a klienta, jenž dohromady zkoumá pravdivost hypotéz. Pacient je veden terapeutem v tzv. sokratovském rozhovoru, který jej učí kladení otázek sám sobě. Podle nich dospěje ke konečnému závěru o pravdivosti či nepravdivosti automatických negativních myšlenek. Význam rozhovoru tkví v tom, že styl klientova myšlení není jednostranný a určitá situace se dá hodnotit i z jiných úhlů pohledu. U této metody je důležité poskytnout klientovi čas na vytvoření vlastní odpovědi na otázku. Cílem sokratovského rozhovoru není jen nalezení racionální odpovědi, ale

v první řadě se má klient naučit klást si otázky sám sobě tak, aby mu pomohly vyvrátit jeho automatické negativní myšlenky.

3. *Nalezení rozumné odpovědi na automatickou negativní myšlenku* – Na konci sezení by měl klient umět zformulovat sám sobě logickou odpověď, která odpovídá realitě a nesmí být zkreslená. Musí být také věrohodná a přesvědčivá, protože bude s její pomocí hodnotit přesvědčivost na škále od 0 do 100 %. Pak terapeut zjišťuje, jestli došlo v přesvědčivosti prvotní myšlenky ke změně. Pakliže se v průběhu sokratovského rozhovoru zdaří tuto myšlenku vyvrátit, následně její přesvědčivost poklesne. Ve finální fázi zkoumáme, zda-li má logická odpověď dopad na proměnu intenzity emoce spjaté s automatickou negativní myšlenkou. Jestliže došlo k úspěšnému zpochybnění, zeslábně emoce s ní spojená.

Tento kompletní způsob práce si klient procvičuje za domácí úkol, při kterém používá formulář, do něhož zaznamenává, co prožíval. Formuláři se v odborných kruzích říká: „Záznam zpochybňování negativních myšlenek“ (Beck, 2005, Praško, 2007, Vybíral, 2010).

## 6 Kognitivně behaviorální terapie u dětí

Problémy v dětském chování jsou velmi běžné, přirozené a patří k vývoji dítěte. „Děti lze ve skutečnosti chápat jako jedince, kteří rostou a vyžívají tím, jak tyto problémy v chování zvládají a odstraňují je, žijí s nimi nebo snižují frekvenci jejich výskytu.“ (Ronenová, 2000, str. 67). Nejfrekventovanějšími problémy v chování dětí jsou nedostatek sebeovládání, hyperaktivita, neklid, pochybnost a strach, špatný spánek, enuréza neboli pomočování, obtíže s jídlem, kousání nehtů, tiky a balbutismus neboli koktavost. Problémové chování se objevuje v běžné populaci bez ohledu na etnický, kulturní či sociální původ, dále ve vyšší míře u chlapců, převážná většina má rodinné zázemí alespoň s jedním rodičem a některý rodinný příslušník vykazoval v minulosti shodné chování. Hlavní potíží je v tom, že se děti nedokážou samy ovládat. Jestli se to ale naučí, lépe zvládají potíže, dovedou oddálit uspokojení svých přání a žádostí a ovládnou své chování. Tento rozvoj kognitivních schopností má vliv na utlumení chování i bez zákroku odborné osoby, terapeuta. Děje se tomu jak v rodinném prostředí, tak v prostředí školním či léčebném (Ronenová, 2000).

Celá řada terapeutů pracujících s KBT považuje poruchy chování za výsledek společenského nedostatečného rozvoje kognitivních schopností. U antisociálního chování a poruch chování jde zejména o nedostatek kontrolovaného chování, které je typické svými nedostatky v řešení komplikací, v sociálních situacích, v sociálním uvažování a generalizaci. V případě úzkostných poruch u dětí se jedná o negativní sebehodnocení a o velké množství myšlenek, které jej odvádí od přítomnosti směrem do budoucna. Rovněž nekvalitní sociální zázemí dělá problém v chování dítěte a to tak, že nezvládá komunikovat běžným způsobem, neumí přijímat a rozlišovat sociální role a špatně odhaduje reakce okolí. Děti s hyperaktivitou, impulzivitou a agresivitou můžeme rozpoznat podle sklonů, které vykazují. Mezi takovéto sklony řadíme malou variabilitu řešení problémů ve vztazích s lidmi, horší pochopení důsledků vlastního chování, chybné poznávání příčin chování druhých osob, dále pak horší předvídavost vlastního chování, špatné hodnocení a upevnění si svého chování a malá citlivost ve vnímání mezilidských vztahů. Poruchy chování v dětském věku se dají napravit pomocí edukace a reedukace, a proto jsou hlavní příčinou, proč je vhodné pracovat s nimi pomocí metod KBT (Praško, 2007, Ronenová, 2000).

V případě dětí se metody KBT shledávají s vysokou mírou úspěšnosti, ale jsou zde i ti, kteří terapii předčasně ukončí, a nebo se u nich objeví recidiva. Předčasné ukončení je většinou z důvodu nedobrovolnosti dítěte chodit na terapii či neshody mezi očekáváním terapeuta a rodiče dítěte. Recidiva nastává převážně v situaci, když se dosáhne změn velmi

rychle nebo když se dosáhne změny, ale nedošlo k jejímu upevnění. Významným cílem při terapii s dětmi je generalizace, protože jsou neustále v procesu nějakých změn a řeší úkoly spojené s dětstvím. Důraz je u dosažení generalizace kladen na význam prostředí, v němž se terapie odehrává, čas, kdy došlo k hodnocení, a typ hodnocení chování (Praško, 2007, Ronnenová, 2000).

Zájmem KBT u dětí je, aby dítě získalo potřebné dovednosti k řešení běžných problémů v chování. Záměrem je důkladný rozvoj konkrétních dovedností u daných poruch s výsledkem snížit nevhodné chování. Dále se využívají metody učení, při kterých dochází k rozvoji obecných dovedností. Ty poskytnou dítěti do budoucna možnost samostatného řešení problému za pomoci naučených dovedností. Následně je dokáže použít i v jiných případech, situacích a prostředích (Rononová, 2000).

U dětí je v rámci KBT hlavním cílem to, aby byly schopné generalizace nabytých schopností. Stejně jako je důležité na začátku osvojit si určité dovednosti, je i na konci zapotřebí poskytnout zvláštní pozornost. Aby si dítě vzalo za své naučené chování, musí se postupovat záměrně. Povzbuzení dopřeje nové dovednosti použití v rozmanitých situacích. Součástí celého konceptu pomoci by mělo být udržení a generalizace dosažených proměn v odlišném prostoru a čase. Nejprve se terapeut zaměří na intervenci ku prospěchu požadovaných změn, po jejich dosažení je velmi důležité zaměřit se na udržení a generalizaci. Samotnou generalizaci dosažených změn lze podpořit diskusí v běžném domácím či školním prostředí a určením úkolu ke zlepšení nových dovedností. Je prokázáno, že KBT snižuje počet recidivujícího chování a zvyšuje generalizaci více než jiné terapeutické přístupy (Rononová, 2000).

## **6.1 Děti a učení**

Člověk se učí během celého života, od svého narození až po smrt. Každý rok od doby, co přišel na svět, je jeho kognitivní schopnosti vylepšují. Nejvíce se člověk jako malé dítě učí nápodobou, především řeč a chování. Dokonce i jednoduché a přirozené chování se dítě učí nácvikem od hygieny, čistoty, čtení, psaní atd. Všechny tyto dovednosti si dítě osvojí na základě vlastních kognitivních schopností.

V převážné části vyspělých zemí se děti učí v prvních letech v domácím prostředí a za pomoci rodičů. Systematické učení přichází na řadu již před vstupem na základní školu a to ve škole mateřské. Po započetí školní docházky se nejprve učí rozpoznat písmena a napsat vlastní jméno a posléze se přechází k plynulé četbě, všeobecnému psaní a práci s čísly. Ve většině zemí se už na prvním stupni seznamují děti s cizím jazykem. Oblast vzdělávání

obecně předpokládá, že se děti dokážou už od raného věku učit poměrně obtížným předmětům. Existuje také názor, který pracuje s tvrzením, že určité věci se děti učí snáze, než dospělí viz cizí jazyk nebo počítačová gramotnost. Nejvhodnějším věkem pro KBT u dětí je starší školní věk a období puberty. Terapeuti pracující s přístupy KBT zastávají názor, „že pokud se dítě dokáže učit, znamená to, že je vhodným partnerem pro kognitivně-behaviorální terapii.“ (Ronen in Ronenová, 2000, str. 81). Děti pracují s chápáním jen konkrétních pojmů a věcí a umí s nimi jednat. Proto je důležité založit KBT u dětí na překládání abstraktních metod a pojmů do reálných, konkrétních pojmů. U dospělých se snažíme o změnu iracionálního způsobu myšlení. Terapeut používá skutečné a jednoduché příklady, s nimiž se dítě seznámilo v běžném životě. Děje se tomu tak, protože se mu snaží pomoci porozumět jednotlivým pojmům a jelikož je dítě bude používat i nadále při reálných hrách či umělecké činnosti (Ronenová, 2000).

Aby byla terapie úspěšná, musí se dodržet podmínky. Tou první je uzpůsobení terapie osobnímu kognitivnímu stylu dítěte. Pod tím si můžeme představit schopnost vyložení abstraktního výrazu do konkrétního pojmu, používání jednoduchých slov, používání názorných příkladů a ukázek z každodenního života dítěte a využití hraček a her k učení nutných terapeutických metod. Druhou podmínkou je, aby se ke stanovenému cíli došlo individuálním tempem dítěte s ohledem na jeho věk a kognitivní úroveň. Jestliže dojde ke splnění těchto podmínek, lze očekávat úspěch KBT u každého dítěte, je-li správně zvolená metoda a individuální přístup (Jůva, 1999, Ronenová, 2000).

## 6.2 Metody KBT vhodné pro děti

Veškeré metody KBT vhodné pro děti se snaží zasáhnout do proměny chování a emocí, které působí na jeho myšlení. Metody jsou zaměřené na objevení a otestování skutečných platností a na zkoumání nápravy nejasných ztvárnění a nefunkčních přesvědčení. Tím jak dítě obměňuje a upravuje své způsoby myšlení, dochází k učení zvládat problémové situace, jež byly v dřívějších zkušenostech nad jeho možnostmi. Učí se tedy reagovat na reálné situace a mění své nesprávné představy, které jsou původně příčinami negativních emočních prožitků (Beck, 2005, Ronenová 2000).

**Sebeinstruktáž** je pro dítě velmi přirozenou metodou, protože si při hře povídá samo se sebou. To samé platí i u učení nových dovedností, nebo když se dítě nudí. Existuje několik způsobů, jak lze děti naučit sebeinstruktáž. Tou první je neinteraktivní způsob, při němž dítě říká, co mu je dovoleno a co zakázáno. Druhým způsobem je interaktivní způsob, kdy se sebeinstruktáž učí společně s ostatními metodami sebeovládání. Posledním třetím způsobem je



nacvičování podle vzorů, kdy terapeut nejdříve předehraje požadované chování a nahlas říká sebeinstrukce. Následně přehraje požadované chování dítě a terapeut stále říká sebeinstrukce a v poslední fázi dítě samo přehrává a u toho provádí sebeinstruktáž. U samomluvy je důležité, aby si dítě nelhalo a pozitivně se podporovalo. Musíme také seznámit učitele a rodiče s touto metodou, abychom zabránili vzniku nechtěného opovrhování a izolace (Praško, 2007, Ronenová 2000).

**Změna automatických myšlenek** spočívá ve změně vlastních navyklých myšlenek na automatické myšlenky přijatelné a vyhovující. U dětí toho můžeme dosáhnout pomocí vhodných příkladů a přirovnání. Hojně se používá k vysvětlení tekoucí řeka, u níž se zaběhlé koryto přehradí a teče jiným směrem. Také se využívá postup, u kterého si děti zapisují každý den jednu svou vlastní negativní myšlenku. Při tomto postupu se pracuje i s rodiči, kteří nám sdělí informace o událostech, při nichž dochází k navození automatických negativních myšlenek. Děti si z počátku procvičují jen slovní zásobu, ale jakmile si tuto metodu osvojí, jsou schopné samy uvést příklady z vlastního života, kdy se u nich projevuje negativní myšlení. Pro změnu v myšlení se často ptáme dětí, jak by se v nepříjemné situaci cítily a co by následovalo, popřípadě jak by upravily svoje myšlení (Ronenová, 2000).

**Škálování** pomáhá dětem vidět vlastní problém reálně a vylepšuje jeho sebehodnocení vzhledem k druhým lidem, dřívější době a problémům, vlastním snům a tužbám a variabilitě potíží. Musí pochopit, že nesnáž, kterou chtějí překonat, leží někde uprostřed dvou krajních případů, a že sami jsou na tom lépe než ostatní lidé. Příkladem nám může být dítě s obezitou. To se vnímá jako nejošklivější. Požádáme jej o soupis svých spolužáků a poté aby se samo zařadilo do škály 0 až 100, kdy 0 znamená nejošklivější a neoblíbené a 100 nejatraktivnější a neoblíbenější. Dítě se automaticky zařadí k nule. Následně mu předložíme seznam spolužáku k zařazení do té samé škály. Začne se porovnávat s ostatními i v rámci vzhledu a oblíbenosti a přichází na to, že jsou takoví spolužáci, kteří nejsou příliš oblíbení a občas nejsou krásní. Samo se následně posune výše na škále (Praško, 2007, Ronenová 2000).

**Představivost** se používá u překonávání strachu a úzkosti. Děti zacházejí s představivostí konkrétním způsobem a každodenně jí používají ve svém životě. Způsob, který je velmi funkční, spočívá v tom, že si dítě při překonávání obtíží představí sebe samo jako akčního hrdinu z komiksu nebo filmu a díky zvláštním schopnostem dokáže překonat nelibý pocit (Ronenová, 2000).

**Nácvik řešení problémů** se uplatňuje při situacích, kdy se člověk nedokáže vypořádat se sociálními a mezilidskými vztahy. V KBT s dětským klientem se snažíme naučit

jej tuto metodu prostřednictvím určité hry odehrávající se skupinovou formou. Jakmile jí dítě přijme za své, používá ji i v běžném životě. Užívá se proto také metoda nácviku podle vzorů (Praško, 2007, Ronenová, 2000).

**Kognitivní restrukturalizace** vychází z představy, že problémy způsobuje u pacientů jejich vlastní magické myšlení či iracionální představy. Cílem této metody je vytvoření zcela nového inovativního vnímání a posuzování reality a eliminovat předsudky staré. Kognitivní restrukturalizaci pozměňuje u dětí řešení vlastních problémů, učí je kreativnímu uvažování a pozměňuje míru náchylnosti k frustraci. Učí se také systematicky jednat s danými složitými úkoly. Dítě tvoří závěry iracionální a vše podléhá zkreslení, proto u nich tato metoda navozuje tvoření nových logických závěrů a přiměřenosti vůči situacím (Ronenová, 2000).

**Sebesledování** je pojmem, který užívají např. Praško a Ronenová, existuje také jeho ekvivalent sebepozorování. Sebesledování slouží stejně jako sebehodnocení a sebeoceňování k nácviku sebeovládání. Při sebesledování si dítě vede pravidelné denní zápisky o svém chování. Během terapie se pak používá ke kontrole a hodnocení vytyčených cílů a po jejím ukončení k fixaci dosažených změn. Dětem pomáhá v objevení vlastního problému, poněvadž si žádný nepřipouští a neuvědomují. Aby metodu sebesledování dítě pochopilo, musíme mu ji jednoduše vysvětlit. Jako účinný příklad funguje „hra na vědce“, při které je dítě vědcem, jenž se snaží pozorovat a zkoumat vlastní chování. Bude si všímat, jak se chová, co při tom cítí a následně si tyto poznatky zapíše do výzkumného deníku. K naučení a procvičení této metody je nutné pracovat s dítětem během terapie formou kladení přímých pozitivních otázek. Účinnější se také prokázalo hodnocení pokroku než nezdaru. Sebesledovací záznamy pomáhají jak při vyšetření tak u zmírnění nežádoucího chování dětí (Ronenová, 2000).

**Sebehodnocení** je možné pokud má člověk stanovená kritéria, pomocí nichž se srovnává s ostatními lidmi. Děti jsou ale egocentrické a okolí vnímají subjektivním pohledem, proto je komplikované dosáhnout u nich přiměřeného sebehodnocení. Opět je důležité používání konkrétních příkladů. V praxi se osvědčil symbol žebříku, kdy slušné a vzorné chování představuje nejvyšší příčku a vulgární a nevhodné chování je na nejnižší příčce. Následně dítě zhodnotí, jak se celý den chovalo a přiřadí se na určitou příčku. Převážná většina má tuto metodu ráda, protože mají pocit, že se s nimi zachází jako s dospělými a mohou se samostatně rozhodovat. Sebehodnocení se také promítá do vyšetření a vede k postupným změnám chování (Praško, 2007, Ronenová, 2000).

**Sebeoceňování** je klíčovým krokem k odpoutání se od závislosti na druhých lidech. Při práci s dětmi se jejich pozornost přesouvá od konkrétních ocenění k ocenění

symbolickému. Dále dochází k rozvoji sebedůvěry a vylepšuje se pohled sám na sebe, to se nejčastěji projevuje u dětí stydlivých a perfekcionistačtých. Naučit sebeoceňování děti je snazší než dospělé, jelikož děti reagují velice dobře na odměnu, a proto se u terapeutů objevují materiální odměny jako nálepky, postavičky, omalovánky, časopisy atd. Dítě se na konci sezení hodnotí samo, zda je vhodné, aby obdrželo odměnu. Špatné je pokud dítěti kdokoli radí, v největším množství případů jsou to právě rodiče, kteří tak dítěti vnucují vlastní náhled. Postupně se v terapii přechází od materiální odměny k symbolické. Dítě si každý večer napíše pochvalnou zprávu a často terapeut zapojí i rodiče a učitele, jež píší pochvalné zprávy na děti (Praško, 2007, Ronenová, 2000).

**Nácvik odolnosti proti stresu** byl vypracován pro pacienty s diagnostikou úzkostí, bolesti nebo vzteku. Za cíl u dětí je považováno vytvoření repertoáru dovedností, které pomáhají zvládat stresové situace. Na počátku musíme probudit v dítěti, že problém lze řešit a změnit. Důraz musí být kladen na to, jak je dítě ovlivňováno prostředím. Seznámíme dítě s tím, jak jeho spolužáci negativně reagují na jeho problémové chování a posléze se zaměříme na jeho úzkost, bolest či vztek. Dítě pochopí svůj špatný vliv na atmosféru v prostředí a začne spolupracovat na kvalitních podmínkách pro okolní prostředí. V druhé polovině je pozornost směřována na vnitřní dialog dítěte, když musí čelit nějakému problému. Učí se povzbuzovat sebe samotné nejprve s terapeutem a poté v reálných situacích. Právě toto povzbuzení na pozitivní účinky na odolnost vůči stresu (Praško, 2007, Ronenová, 2000).

### **6.3 Psychické poruchy u dětí a jejich náprava KBT**

**Úzkostné poruchy** se v dětském věku projevují nočními strachy, strachem z lékařů, hlavně ze zubařů, a úzkostí ze zkoušení. Zde jsou přítomné myšlenky obsahující obavy z ohrožení či hodnocení druhých osob. Je prokázáno, že u těchto dětí pomáhají metody sebeinstruktáž, expozice in vivo, nácvik v představě, relaxace a podmíněné odměňování. U dětí trpících nočními strachy se upřednostňují metoda vlastní sebeuklidňující tvrzení, sebeocenění a hlavně posílení sebedůvěry. Dále pomáhá v léčbě sebeovládání, sebehodnocení a předcházení negativních myšlenek. Při léčení bázlivých dětí mají dobrou odezvu relaxace, představivost a sebezobuzující výroky. Výsledky KBT jsou v případě úzkostných poruch patrné na zmírnění úzkosti a lepších schopnostech zvládat stresové situace (Praško, 2007, Ronenová, 2000, Říčan, 1995).

**Hyperaktivita a impulzivita** jsou nejčastějším jevem, se kterým se musí vypořádat pedagog a vychovatel. Děti s tímto problémem často jednají bez toho, aby přemýšlely. U hyperaktivity se nejčastěji řeší kognitivní a učební obtíže a mezilidské vztahy pomocí

zastavení vlastních předčasných projevů sebeinstruktáží a následným uplatněním nácviku řešení problémů. V případě impulzivních dětí jsou typickými metodami sebeinstruktáže cílené na určení problému a vhodného postupu, na udržení pozornosti a formulaci sebeoceňujících výroků. Léčit hyperaktivitu a impulzivitu lze také nácvikem podle vzorů, při němž terapeut předehrává žádoucí jednání a dítě je posléze opakuje. Během sezení se zadávají dětem úkoly. Nejdříve jde o psychoedukační, které jsou řešeny v nestresujícím prostředí, a postupně se přechází na úkoly interpersonální situace, jež musí sami vyřešit. Ze studií vyplývá, že KBT je ideální pro děti s hyperaktivitou a impulzivitou, protože se zamezí rozvoji těchto poruch a dojde k zlepšení celkového chování. Lépe se přizpůsobují prostředí a změnám, a pokud mají předepsané léky, můžou se postupně snižovat jejich dávky (Langmeier, 2000, Praško, 2007, Ronenová, 2000).

**Deprese** začala být u dětí léčena v posledním desetiletí minulého století. Velmi často se objevuje sekundární úzkost. Dospělí pacienti s depresemi trpí systematickými negativními myšlenkami, podceňováním vlastní osoby a nepěkným výhledem do budoucna, zato děti trpí svými špatnými sociálními dovednostmi. KBT se proto zaměřuje na nápravu jejich sociální oblasti a to v jejich aktivitách a rozvoji. Je také vysloveno pět základních kroků v této terapii a těmi jsou „*vysvětlení důležitosti racionálního chování, předvedení potřebných dovedností, slovní nebo praktický nácvik příslušného chování, poskytování zpětné vazby a zadávání domácích úkolů zaměřených na procvičování příslušných dovedností s druhými lidmi.*“ (Ronenová, 2000, str. 97). Dalším významnou metodou je model sebeovládání, která se člení na sebesledování, sebehodnocení a sebeoceňování. Mnoho odborníků stále pracuje na rozvoji léčby depresí u dětí, aby bylo možné dosahovat větší efektivity (Praško, 2007, Ronenová, 2000).

**Agresivní a antisociální poruchy** bývají nejčastějšími příčinami, proč jsou děti dány k léčbě pomocí KBT. U agresivního jednání jsou oslabeny oblasti sociální kognice, dovedností a přizpůsobení. K důležitým poznatkům patří to, jestli dítě vnímá, jak druhá osoba přijímá a pociťuje, jeho nevhodné chování. Nejpoužívanějšími metodami jsou nácvik řešení problémů, nácvik sociálních dovedností, nácvik asertivního chování a metody upravující pocity a zdatnosti dítěte vůči sobě. V intervenčním programu jsou obsaženy nácviky sebeinstruktáže a metody zvládnání vzteku. Dosažení změn v chování dětí lze jen změnou myšlenek, emocí a zjevného chování. Právě proto má KBT ve zvládnání agresivního a antisociálního chování dobré vyhlídky do budoucna (Praško, 2007, Ronenová, 2000).

## II Praktická část

### 7 Cíl výzkumu

Z nastudovaných zdrojů a informací o kognitivně behaviorální terapii je patrné, že spousta metod, se kterými tato terapie pracuje, vychází z řádného vedení a předávání určité dovednosti, tedy z učení. Jelikož jsou mezi naší populací také děti, jež trpí různými traumaty, depresemi, úzkostmi, psychickými poruchami atd., je nutné je těchto problémů zbavit nebo je alespoň částečně eliminovat. A protože děti mají právo být vzdělávány a dle ústavního zákona musí být vzdělávány nejméně do 15 let věku, leží před námi otázka, zda-li je možné skloubit kognitivně behaviorální terapii a pedagogický proces. Může vůbec učitel při svých současných povinnostech ještě poskytovat terapeutickou pomoc během vyučování nebo najde se čas, člověk a prostor umožňující pomoc dítěti ve školním prostředí?

Hlavní výzkumná otázka:

**Mohou se metody KBT uplatnit v průběhu pedagogického procesu?**

Dílčí výzkumné otázky:

Jaké metody jsou nejúčinnější pro práci s dětmi v rámci KBT?

Na jak dlouhou dobu pomůžou metody KBT?

## 8 Popis využitých metod výzkumu

Praktická část této práce je zpracována kvalitativním výzkumem. Nejprve se pozoruje skutečnost a život zkoumaných osob, díky němuž získáme vhled a pochopíme zkoumané jevy. Klíčovým cílem je zjištění, proč se jedinci chovají v dané situaci a prostředí určitým způsobem. Přínosem kvalitativního výzkumu bývá detailní náhled na rozvoj v chování zkoumané osoby v jeho běžném prostředí. Flexibilita je hlavním znakem tohoto výzkumu, při kterém pozorovatel v průběhu šetření získává a rozebírá načerpaná data. Ta jsou v průběhu doplňována a rozšiřována novými nabytými informacemi. Data jsou sbírána v terénu. Musí být uveden také popis místa, kde bylo šetření realizováno, abychom mohli situace lépe pochopit. Pracovník si dělá záznam podle toho, co nebo koho studuje, jedná-li se o jedince, skupinu osob či situaci. V kvalitativním výzkumu jsou zahrnuty zápisy rozhovorů a pozorování, výpisky z deníků, fotodokumentace, tedy vše, s čím přišel pozorovatel do kontaktu. Oponenti výzkumu tohoto typu mu příliš nedůvěřují, protože výsledky nejsou objektivní, jelikož byly vypracovány subjektivním pohledem (Hendl, 2005, Švačírek, 2007).

Důležité informace pro kvantitativní výzkum získáme skrze písmena a slova. Nejvíce prostřednictvím rozhovorů, pozorování a studiem dokumentů. Případová studia jsou typickým příkladem kvalitativního výzkumu. Zaměřují se na velký počet dat a podrobný popis konkrétního případu. Jestliže jej prozkoumáme pečlivě a budeme mu rozumět, následný podobný případ pochopíme o to snáze a rychleji (Hendl, 2005, Švačírek, 2007).

Kvalitativní výzkum má pevně stanovené fáze, které mají následující pořadí:

- Určí se výzkumné otázky
- Výběr případu
- Zvolení metody
- Sbírání dat, analýza dat a jejich interpretace
- Případová zpráva

K účelům této práce byly vybrány osobní případové studie zaměřené přímo na jedince, s kterými se pracuje metodami kognitivně behaviorální terapie. Každá studie je zaměřená na jednoho žáka, u něhož se pozorují procesy, situace, události a vztahy.

Způsob zpracování případových studií je upraven pro práci terapeuta v KBT. Jedná se o zpracování, které je ideální pro práci v rámci KBT. Jednotlivé studie jsou pro lepší přehlednost rozděleny do kategorií, jež považuje kognitivně behaviorální terapie za velmi důležité. Následně si může čtenář dle svého uvážení porovnat kategorie u vybraných případových studií.

## 9 Charakteristika výzkumného vzorku a místa šetření

Místem výzkumu se stala Základní škola při zdravotnickém zařízení a Mateřská škola při zdravotnickém zařízení v Opavě. Tento výběr nebyl náhodný, naopak byl záměrný, jelikož do této školy dochází žáci s různým typem problémů. V tomto zařízení jsem působil během své praxe a seznámil jsem se podrobně s chodem školy a také s jednotlivými případy.

Samotná budova školy stojí v areálu Slezské nemocnice v Opavě. Jedná se o poměrně malou stavbu s menšími místnostmi. Škola se skládá z devíti tříd základní školy a jedné integrované třídy, do které jsou umístováni žáci středních škol a odborných učilišť ve věku od 15 do 18 let. Škola je svou koncepcí velmi atypickým zařízením, jelikož funguje při zdravotnickém zařízení, konkrétně psychiatrické nemocnici. Charakter školy je neregionální, protože jsou do ní umístováni žáci nejen z bývalého okresu Opava, ale také děti z celé severní Moravy a částečně ze střední Moravy. Žáci jsou buďto hospitalizováni na oddělení psychiatrické nemocnice, a nebo docházejí z domova, či dětského domova. Těmto žákům je poskytnuta ambulantní péče pedopsychiatra. Každý integrovaný žák, navštěvující tuto školu, má vypracován odborným týmem individuální vzdělávací plán, který se řídí dle školního vzdělávacího plánu kmenové školy. V některých třídách na prvním stupni probíhá výuka malotřídním způsobem. Speciálně pedagogická péče je samozřejmě nepostradatelnou součástí výuky.

Péče se dělí na dvě oblasti výchovně vzdělávací a odbornou. Výchovně vzdělávací zajišťuje samotná škola a odbornou péči poskytuje rovněž škola společně s psychiatrickou nemocnicí. V rámci odborné péče se poskytuje individuální, rodinná a skupinová terapie, rehabilitace, komunitní systém, režimová opatření, příprava na vyučování, zájmové kroužky a expresivní terapie. Další možnosti relaxace mají děti v keramické dílně, tělocvičně, parku, a venkovním hřišti.

V rámci specializované péče se poskytuje individuální výuka, speciální tělesná výchova (jóga), logopedická péče a etopedická péče. Nejdůležitější je právě péče etopedická, kterou zajišťuje speciální pedagožka – etopedka. Její práce se zaměřuje na:

- vytvoření ucelené diagnostiky
- spolupráci s rodiči, sociálními pracovníky, lékaři, učiteli a jinými odborníky
- tvorbu dokumentace, individuální terapeutické vedení dětí, skupinovou psychoterapii
- vytváření školních programů proti agresii a vulgaritě
- zkoumání pokroků v socializaci dětí
- spolupráci s orgány sociálně-právní ochrany dětí, policií a dalšími školami

- zpracování podkladů pro opětovné umístění do určitých zařízení

Složení personálu bylo v průběhu šetření následující: 19 speciálních pedagogů z toho 1 muž, 5 učitelek mateřské školy, 1 asistent pedagoga, 4 vychovatelky, etopedka a 3 správní zaměstnanci. Paní etopedka zároveň vede na této škole terapie a vyučuje předmět chemie, tudíž je v pravidelném kontaktu s žáky, kteří jsou zároveň i jejími klienty. Může tedy napomáhat zvládat stanovené cíle a kontrolovat do jaké míry dovedou děti použít metody KBT ve stavech úzkosti, agrese a zloby.

K výběru výzkumného vzorku mi bylo k dispozici 11 diagnostických spisů, které obsahovaly případy různého pohlaví, věku a diagnóz, ale jedno měly společné, jako léčebný prvek byla zvolena KBT. Po pečlivém prostudování jsem dospěl k výběru tří spisů. Všichni zkoumaní jsou chlapci v pubertálním věku, jeden trpí emoční deprivací, druhý má socializovanou poruchu chování a třetí má poruchu pozornosti s hyperaktivitou (ADHD). Byli vybráni také na základě toho, že s nimi může pracovat pedagog během vyučování pomocí metod KBT. Se všemi chlapci jsem se na praxi osobně setkal a částečně jsem se podílel na některých KBT metodách.



## 10 Případové studie

### 1. studie: chlapec A

#### Hlavní problém

Chlapec A byl žákem Základní školy při zdravotnickém zařízení a Mateřské školy při zdravotnickém zařízení v Opavě. Byla u něj diagnostikována lehká mentální retardace, těžká emoční deprivace, chronická tiková porucha a také balbuties. V kontaktu s dospělými lidmi si neudržoval žádný společenský odstup. Během kontaktu se choval velmi naléhavě až dotěrně. Vyučujícím ženského pohlaví nepatřičně lichotil, často používal následující vyjádření „máte krásná stehna“ a „jste tak nádherně rostlá“. Po lichotkách tohoto typu býval vždy usměrněn, následně se omluvil a zastyděl. Další obtíž byla shledána v tom, že značně zanedbával osobní hygienu, což se odráželo v komentářích spolužáků.

#### Historie problému

Na školu byl přijat v důsledku doporučení dětské psychiatrické ambulance, kde se v minulosti dříve léčil z chronické tikové poruchy. Ve své původní škole byl permanentně terčem posměchu spolužáků a byl často v konfliktních situacích se žáky jiného etnika, konkrétně etnika romského.

#### Anamnestické údaje

Chlapec A vyrůstá v neúplné rodině. Žije s matkou, vlastní starší sestrou a babičkou, otce nezná a nikdy jej neviděl. Matka se k chlapci chová odtažitě, přísně, je ve vztahu k synovi chladná, málo trpělivá a ponižující. Sestra bratra rovněž ponižuje, posmívá se mu a hledá neustále možnost, jak jej zesměšnit. Dochází i ke spolupráci matky s dcerou vůči osamělému synovi.

#### Funkční a behaviorální analýza problému

*Situace vyvolávající nevhodné chování:* v přítomnosti pedagožky začíná chlapec A hned verbálně komunikovat. Dočká-li se odezvy a komunikace, následující den jí přinese drobné dárečky (bonbon, květ, propisku atd.). Dále když chlapec A spatří ve své blízkosti neznámou osamělou osobu, navazuje s ní kontakt, oslovuje kolemjdoucí, přisedává si k jedincům sedícím na lavičce či v prostředcích hromadné dopravy.

*Chování:* Pod různými záminkami kontaktuje pedagožky a nechává si je vyvolávat ze sborovny. Následně jim nevhodně lichotí a vnucuje se jim. Také nedbá základní osobní hygieny.

*Konsekvence:* Díky vřelým a vstřícným reakcím je u chlapce A upevňováno jeho nevhodné a nežádoucí chování. Při odmítnutí kontaktu na něj přichází špatné pocity a emoce, cítí se osaměle, smutně, nešťastně a neuznane.

*Příznaky:* V případě tělesných příznaků se jedná o zvýšenou produkci potu, chvění celého těla, bolesti žaludku a zhoršení práce s dechem. Emocionálními příznaky jsou značná nervozita, úzkost a lítostivost. Myšlenky se projevují následovně: nikdo o mě nestojí, co je na mě tak špatného, jsem moc tlustý a velký, mám malý penis, nikomu nic špatného nedělám, a přesto se mi smějí.

### **Častost**

Problémy se vyskytují takřka neustále.

### **Modifikující faktory**

Je-li chlapec A ve společnosti blízkého kamaráda, který se nechá lehce zmanipulovat nebo je prostší, tak dochází ke snížení potřeby kontaktovat se s cizími lidmi. Když se ovšem nachází někde sám, jeho touha po styku s jiným člověkem rapidně vzroste.

### **Handicapy v životním stylu**

Vrstevníci často chlapce odmítají a hrubě jej urážejí, následně se u něj projevují pocity křivdy a lítosti. Na své předchozí škole byl dlouhodobě šikanovaný, a proto se nejprve izoloval od spolužáků a posléze se začal fixovat na dospělé osoby.

### **Užívání léků**

Toho času bez medikace.

### **Kontraindikace**

Chlapec A byl indikovaný ke KBT.

### **Jiné problémy**

Jako velký nedostatek se projevuje obtížná komunikace s matkou a sestrou. Soužití ve společnosti samých žen, matky, sestry a babičky. Matka a sestra jsou ve společné koalici proti chlapci A. Chovají se k němu neuctivě a ponižují jej.

### **Důvody pro vhodnost ke KBT**

Chlapec reaguje velmi dobře na rozmanité spektrum odměn.

### **Stanovení terapeutických metod, forem a cílů**

Prvním cílem byla zvolena každodenní ranní hygiena ve formě sprchy. Druhý stanovený cíl se týká komunikace s pedagogy školy na různá témata, chlapec však nebude nikterak komentovat a verbálně hodnotit jejich vzhled.

*Terapeutické metody k dosažení cíle* jsou sebesledování, trénink sociálních dovedností a relaxace formou progresivní svalové relaxace a relaxačně-imaginačním cvičením.

*Forma terapeutické intervence* probíhá individuální terapií, skupinovou terapií a terapeuticko-edukačními rozhovory s matkou.

### **Osnova terapie a její délka**

*Skupinová terapie* je realizována v uzavřené koedukované skupině čítající osm dětí. Byly využívány také neverbální techniky a expresivní terapie ve formě muzikoterapie a arteterapie. Celkový počet sezení v rámci skupinové terapie byl šest.

*Individuální terapie* se snažila naučit chlapce A především nácvik sebesledování a relaxace. Celkový počet sezení v rámci individuální terapie byl dvanáct.

*Počet terapeutických kontaktů* se skládal z 6 skupinových terapií, 12 individuálních terapií, 6 terapeuticko-edukačních pohovorů s matkou a z relaxací, které byly prováděny během individuální terapie.

### **Průběh terapie**

*1. týden* proběhlo společné vytyčení cílů, byly specifikovány kroky k jejich realizaci a společně se určila odměna. Kontrola hygieny probíhala terapeutkou každé ráno v 8 hodin. Při splnění úkolu obdrží chlapec A obrázek gentlemana. V pátek při plném počtu obrázků (5 gentlemanů) proběhne jedno relaxačně-imaginační cvičení navíc, jelikož reakce na relaxaci je velmi pozitivní. Za týden může získat minimálně čtyři gentlemany. Plnění druhého cíle, tedy vhodné komunikace s pedagogy, byl realizován tréninkem sociálních dovedností, který probíhal pravidelně, v rámci skupinové terapie. Celý první týden probíhal bez komplikací a ztráty gentlemana.

*2. týden* byl bez komplikací a jakýchkoli problémových situací.

*3. týden* ztratil chlapec A jednoho gentlemana, což je ovšem tolerovaná norma. Chlapec skutečnost, že se neosprchoval, vysvětlil tím, že u nich doma netekla ráno teplá voda. Během celého dne se pak přišel několikrát omluvit.

*4. týden* nedošlo ke ztrátě gentlemana. Pedagogové v rámci zpětné vazby hodnotí chování chlapce A velmi pozitivně. Je slušný, drží si patřičný odstup a nechová se podlézavě.

*5. týden* došlo k setkání terapeutky s matkou chlapce. Ta hodnotí syna velice kriticky a odmítá další osobní setkání s terapeutkou. Není ochotná se bavit ani telefonicky či prostřednictvím mailu.

6. týden došlo k hodnocení celého průběhu terapie. Rozebíralo se dosažení vytyčených cílů a vztahy s pedagogy a rodinnými příslušníky. Následně byla terapie zdárně ukončena.

### **Katamnestické setkání**

Chlapec A přišel na návštěvu školy po ukončení povinné školní docházky. V té době se učil na Středním odborném učilišti oboru kuchař-číšník. Přišel čistý, voňavý a pečlivě upravený. Cítil se spokojeně, obor, kterému se učí, ho baví a dokonce se pochlubil tím, že si našel nové kamarády, jež jej respektují a neponižují.

## **2. studie: chlapec D**

### **Hlavní problém**

Chlapec D byl žákem 7. třídy Základní školy při zdravotnickém zařízení a Mateřské školy při zdravotnickém zařízení v Opavě. V době kdy probíhala KBT nebyl chlapec hospitalizován na oddělení psychiatrické léčebny. Do školy docházel sám každý den. Byla u něj diagnostikována socializovaná porucha chování a disharmonický vývoj osobnosti. Problémové chování se u chlapce projevoval především nevhodnými poznámkami a vykřikováním ve vyučování, urážkami pedagogů, boucháním do lavice, houpáním se na židli a cíleným provokováním pedagogů.

### **Historie problému**

Když chodil chlapec D do první třídy, byl podroben odbornému vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně, kvůli neustálým problémům chování, osobní nevyzrálosti a typickým prvkům ADHD. Následně byl a je veden dětskou psychiatrickou ambulancí. V minulosti z důvodů výchovných obtíží a agresivité strávil 2 a půl roku v diagnostickém ústavu.

### **Anamnestické údaje**

*Rodinná anamnéza* se týká obou rodičů, kteří jsou drogově závislí. V šesti letech byla chlapci nařízena ústavní výchova. V bodě průběhu KBT neměl chlapec žádný kontakt s rodiči a ani o nich nic nevěděl. Zřídka dochází ke kontaktu s dědečkem z matčiny strany, který bydlí v jiném městě. Ten jej občas navštěvuje v dětském domově.

*Osobní anamnéza* byla v raném období bez zjevných rizik. Psychomotorický vývoj je lehce opožděn a intelektová výkonnost ve středním pásmu podprůměru. Chlapec D má nadměru kvalitních vědomostí v rámci sociální informovanosti, ku příkladu o politickém dění. Dobře ví, jak se má chovat v různých neobvyklých sociálních situacích, úroveň běžných

vědomostí a abstraktního myšlení je na dobré úrovni. Chlapec D je příslušníkem romského etnika.

### **Funkční a behaviorální analýza problému**

*Situace vyvolávající nevhodné chování:* výhradně v hodinách matematiky a fyziky, při činnostech, které ho nebaví.

*Chování:* Často reaguje nevhodnými poznámkami, záměrně vyrušuje ve vyučování, neopomene také slovně a gesty urážet pedagogy. Při své nelibé náladě začíná bouchat do lavice a záměrně provokuje vyučující.

*Konsekvence:* Díky svému impulzivnímu chování vyvolává u pedagogických pracovníků negativní emoce. Narušuje, až někdy znemožňuje běžnou výuku ve třídě. Svým chováním dráždí i ostatní spolužáky, kteří se následně chovají hůře.

*Příznaky:* V případě tělesných příznaku se jedná o nadměrný třes nohou. Emocionálními příznaky jsou zvýšené napětí a následný hněv. Myšlenky se projevují následovně: jsem diskriminovaný, cikány nikdo nemá rád, to je proto, že jsem černý, nic ze mne nebude, bude ze mě slavný fotbalista, budu Ronaldinho.

Z funkční analýzy problému vyplývá, že negativní chování chlapce je posilováno zájmem pedagogů a posilováno reakcemi spolužáků (někteří se smějí, někteří ho okřikují), a rozruchem, který způsobuje.

### **Častost**

Problémy se vyskytují takřka neustále.

### **Modifikující faktory**

Chlapec D se chová nejhůře v hodinách matematiky, naopak nejlépe se chová v hodinách občanské a rodinné výchovy. Právě v těchto hodinách má velký prostor k diskusím a dalším verbálním projevům, říká své názory nahlas a může polemizovat nad různými tématy.

### **Handicapy v životním stylu**

Se zvětšujícím se počtem nevhodného chování přibývá konfliktů v třídním kolektivu. Negativní reakce a odmítavé chování se projevuje u některých pedagogů, vychovatelů dětského domova a spolužáků, zejména těch učenlivých.

### **Užívání léků**

Toho času bez medikace.

### **Kontraindikace**

Chlapec D byl indikovaný ke KBT.

## **Jiné problémy**

Dochází k emoční deprivaci chlapce, v důsledku života v dětském domově, které snáší velmi těžce. Hlavním nedostatkem je chybějící mužský vzor ve způsobu chování a nakládání v obtížných životních situacích.

## **Důvody pro vhodnost ke KBT**

Chlapec reaguje velmi dobře na rozmanité spektrum odměn.

## **Stanovení terapeutických metod, forem a cílů**

Cílem je eliminace vulgárních nadávek na adresu pedagogů, ty si řekne jenom v duchu. Jakmile ho napadnou, pouze si je pomyslí a nevysloví je nahlas.

*Terapeutické metody k dosažení cíle* jsou sebesledování, škálování a progresivní svalová relaxace.

*Forma terapeutické intervence* probíhá v rámci individuální a skupinové terapie.

## **Osnova terapie a její délka**

*Skupinová terapie* probíhá v koedukované uzavřené skupině čítající osm dětí. Bylo využíváno skupinové dynamiky, neverbální techniky a expresivních terapií (arteterapie, muzikoterapie).

*Individuální terapie* má za cíl naučit chlapce D práci s nácvikem sebeovládání a progresivní svalové relaxace.

*Počet terapeutických kontaktů* se skládal z 8 skupinových terapií a 12 individuálních terapií.

## **Průběh terapie**

*1. týden* proběhlo úvodní setkání a poučení o způsobech a metodách KBT. Chlapec D a terapeutka společně stanovili cíl terapie, specifikovali odměnu a probral se způsob sebesledování. Byl zaveden arch, do kterého si pokaždé, když své chování chlapec ovládne, nakreslí kolečko ve formě malého fotbalového míče. Evidenci o nezvládnutém chování zaznamenával právě vyučující pedagog. Na konci každého vyučovacího dne, došlo ke krátkému vyhodnocení, jak si vedl. V pátek po vyučování proběhne celkové vyhodnocení, a jestliže své chování zvládl usměrnit, za odměnu se může zúčastnit sportovních her, které probíhají na škole každé pondělí. Chování k pedagogům bylo provokativní, několikrát za vyučovací hodinu řekl chlapec D Rožnov pod Radhoštěm. V případě, že pedagog namítal, tak se hájil slovy, že nic vulgárního, ani špatného neřekl, že opravdu nerozumí tomu, proč by nemohl říkat Rožnov pod Radhoštěm. Ve čtvrtek se během individuální terapie mění cíl terapie i odměna, za stanovený cíl.

*Nový cíl a odměna:* ovládnou své chování natolik, abych pedagogy neprovokoval. V případě splnění cíle můžu v pondělí do sportovních her, v případě nesplnění cíle terapeutka zavolá do dětského domova a o mém chování bude informovat pana ředitele.

2. *týden* se po celou dobu choval ukázněně. Několikrát denně vyhledal terapeutku, aby jí objasnil, jak se mu daří ovládat se. V pondělí se zúčastnil sportovních her a během týdne probíhal nácvik progresivní svalové relaxace.

3. a 4. *týden* byl rovněž úspěšný. Opětovně vyhledává terapeutku o přestávkách a vykládá, jak probíhala předešlá hodina. Ve čtvrtém týdnu dochází k omezení návštěv terapeutky na dvě denně. První den tento limit snášel těžce, ale v průběhu týdne si zvykl a nenastal žádný problém. V pondělky navštěvoval sportovní hry.

5. *týden* nenastaly žádné komplikace. Vše probíhá v pořádku a návštěvy u terapeutky se ustálily na dvě denně. V pondělí navštívil sportovní hry.

6. *týden* se objevily výkyvy v chování. Chlapec D psal čtvrtletní písemku z matematiky i fyziky a neovládl se. Sportovních her se proto nezúčastnil. Intenzivně se ujišťoval, zda nebude o jeho prohřešku informován pan ředitel dětského domova, opakovaně sliboval nápravu chování.

7. a 8. *týden* proběhly bez komplikací a byly v pořádku. Poslední týden došlo k vyhodnocení celé terapie. Rozebíralo se dosažení vytyčených cílů a vztahy s pedagogy. Následně byla terapie ukončena.

### **Katamnestické setkání**

Jelikož chlapec D stále navštěvuje Základní školu školy při zdravotnickém zařízení a Mateřskou školu při zdravotnickém zařízení v Opavě, dochází ke kontrole jeho stavu a chování průběžně.

## **3. studie: chlapec M**

### **Hlavní problém**

Chlapec M byl v době šetření žákem Základní školy při zdravotnickém zařízení a Mateřské školy při zdravotnickém zařízení v Opavě. Byla u něj diagnostikována hyperkinetická porucha chování – ADHD. Zhruba měsíc před začátkem terapie se jeho poruchy chování vystupňovaly až k socializované poruše chování.

### **Historie problému**

Dětská psychiatrická ambulance má chlapce M v péči již od 7 let. Problémů s chováním přibývalo natolik, že bylo nutné zařadit jej na pobyt do psychiatrické léčebny.

## **Anamnestické údaje**

Chlapec žije řadu let v dětském domově. Jakékoliv informace o matce, otci a rodině nebyly k dispozici.

## **Funkční a behaviorální analýza problému**

*Situace vyvolávající nevhodné chování:* nevhodné chování se objevuje pouze během výuky. O přestávkách se chová ukázněně a nejsou s ním žádné problémy.

*Chování:* V průběhu vyučovací hodiny je drzý. Používá vulgárních výrazů směrem k pedagogům a spolužákům. Odmítá jakkoli pracovat v hodině a občas fyzicky napadá spolužáky. Vyrušuje především hvízdáním a tím, že po okolí hází drobné předměty. Také si hraje s mobilním telefonem a posílá SMS. Provokativně se houpá na židli, vstává z místa a svévolně opouští místo a třídu v průběhu výuky. Připravovat si pomůcky, učebnice a sešity rovněž odmítá.

*Konsekvence:* Upoutává pozornost pedagogů a spolužáků, z čehož pro něj vyplývá krátkodobý pozitivní zisk. Vyvoláním negativních emocí u pedagogů získává krátkodobý negativní zisk.

*Příznaky:* V případě tělesných příznaků se jedná o zarudlý obličej. Emocionálními příznaky jsou radost, zlost a vzrušení. Myšlenky se projevují následovně: aspoň bude sranda, jsem borec, ať ty krávy učitelky trochu naštvu.

Z funkční analýzy problému vyplývá, že negativní chování chlapce bývá posilováno usměrňováním pedagogů, zájmem spolužáků, a rozruchem, který způsobuje.

## **Častost**

Problémy se vyskytují takřka neustále.

## **Modifikující faktory**

Prudké zhoršení chování nastalo po příchodu nového spolužáka do kolektivu třídy. Chlapec M se umí ovládnout v hodinách, kde vyučuje pedagog mužského pohlaví, toho uznává za autoritu.

## **Handicapy v životním stylu**

Chlapec M se zhoršil v prospěchu a čelí hrozbě sníženému stupni z chování. Původní kamarádi z řad spolužáků jej začínají odmítat a přestávají s ním komunikovat. Chlapec zůstává každý den po škole, aby dodělal resty a úkoly, které odmítal plnit během vyučování, což jej omezuje ve volném času.

## **Užívání léků**

Toho času bez medikace.



## **Kontraindikace**

Chlapec M byl indikovaný ke KBT.

## **Jiné problémy**

Chlapec M bydlí v opavském dětském domově od svých pěti let. Rodiče o něj nejeví zájem, ani je nezná. Má jednoho bratra, který však již v dětském domově nebydlí, byl adoptován a nestýká se s ním. Víkendy občas tráví u dědy z matčiny strany, který žije v Opavě.

## **Důvody pro vhodnost ke KBT**

Chlapec reaguje velmi dobře na rozmanité spektrum odměn.

## **Stanovení terapeutických metod, forem a cílů**

Cílem je respektování a dodržování školního řádu během vyučování, bude se podle něj chovat.

*Terapeutické metody k dosažení cíle* jsou behaviorální dohoda, sebesledování, škálování a Schulzův autogenní trénink (relaxace).

*Forma terapeutické intervence* probíhá v rámci individuální a skupinové terapie.

## **Osnova terapie a její délka**

*Skupinová terapie* probíhá v koedukované uzavřené skupině čítající osm dětí. Bylo využíváno skupinové dynamiky, neverbální techniky a expresivních terapií (arteterapie, muzikoterapie).

*Individuální terapie* má za cíl naučit chlapce M práci s nácvikem sebesledování, škálování a relaxaci.

*Počet terapeutických kontaktů* se skládal z 8 skupinových terapií a 16 individuálních terapií.

## **Průběh terapie**

*1. týden* proběhla edukace o způsobu nadcházející terapie. Společně byl stanoven cíl terapie, specifikována odměna. Došlo k vysvětlení semaforového systému vyhodnocování chování a na závěr byla uzavřena dohoda. Obsahem oboustranně podepsané dohody byl chlapcův souhlas s tím, že bude respektovat školní řád a chovat se podle něj. V případě dodržení dohody během celého týdne, bude moci za odměnu, trávit víkend u dědy.

*Semaforový systém monitorování chování:* Červená znamená STOP, takto se nemám chovat. Oranžová znamená přípravu na zelenou a zelená znamená JEDU, takto se mám chovat. Příslušná barva bude chlapci M udělena vždy na konci vyučování, podle počtu získaných plusů a minusů, které přidělil na konci každé vyučovací hodiny vyučující pedagog daného předmětu. Jestliže za uplynulý týden převažovala zelená a oranžová barva, tak mohl

víkend strávit u dědy. Chování bylo takto monitorováno šest týdnů. S dohodou byli seznámeni všichni vyučující a rovněž pracovníci dětského domova.

2. – 5. *týden* probíhá denní sledování a hodnocení pomocí semaforových barev v pořádku. Došlo k rapidnímu poklesu nežádoucího chování. Na konci každého týdne převládala u chlapce M zelená barva, tudíž mohl víkend trávit u dědy.

6. *týden* byl na začátku problémový. Protože děda nebyl o víkendu zdravotně v pořádku, musel chlapec M zůstat v dětském domově. Tuto skutečnost bral jako křivdu vůči své osobě, a proto se v pondělí vulgárně vyjadřoval a choval se nevhodně. Za pondělní jednání obdržel červenou. Terapeutka mu situaci vysvětlila a přivedla ho opět ke slušnému chování. Zbytek týdne se odehrával v oranžové barvě, tudíž zůstal na víkend v dětském domově. V pátek děda chlapci zatelefonoval a krátce s ním promluvil.

7. a 8. *týden* proběhly bez komplikací a byly v pořádku. Poslední týden došlo k vyhodnocení celé terapie. Rozebíralo se dosažení vytyčených cílů a vztahy s pedagogy. Následně byla terapie ukončena. Chlapec své chování usměrňoval i nadále, monitorování již nebylo zapotřebí. Školní rok dokončil úspěšně.

### **Katamnestické setkání**

Chlapec M ukončil na této škole povinnou školní docházku. Nastoupil na Střední odborné učiliště na obor automechanik. Jednou se dostavil na naše společné setkání. Cítil se spokojený, učební obor se mu líbil, našel si nové kamarády, pořád bydlel v dětském domově a občas se s dědou navštěvují.

## 11 Diskuse

Již v dřívější době jsem se zajímal o práci terapeuta. Bylo pro mě záhadou, jak takový terapeut pracuje a co vše si může dovolit. Četl jsem odborné knihy a bavil jsem se s lidmi, kteří se setkali s nejrůznějšími formami terapie. Naše univerzita nám poskytla praxi, jež se měla odehrát na nějakém etopedickém zařízení. Jelikož se v blízkosti mého bydliště nachází psychiatrická léčebna, zkontaktoval jsem její vedení a dohodl se na tom, že budu moci vykonávat praxi na jejím přidruženém pracovišti, konkrétně na Základní škole při zdravotnickém zařízení a Mateřské škole při zdravotnickém zařízení v Opavě. Právě tam jsem se setkal se skvělým kolektivem pracovníků. Byla mezi nimi také etopedka, která vedla na škole děti s různými problémy a využívala při tom prostředky kognitivně behaviorální terapie. Bylo mi umožněno pozorovat její práci s dětmi a i já sám jsem se podílel na některých kontrolních úkolech.

Se všemi chlapci, tedy A, D i M, jsem se na praxi osobně setkal. Po vyučování zůstávali ve škole a v pracovních etopedky probíhaly individuální terapie. Skupinové terapie se konaly pokaždé v pátek odpoledne. U všech chlapců se objevovalo nežádoucí chování, které se pomocí KBT proměňovalo. Každý pedagog byl seznámen se stavem jednotlivého dítěte a dostalo se mu doporučení, jak přistupovat k negativním projevům. Všichni chlapci reagovali pozitivně na pochvalu a odměnu, a právě proto u nich byla zvolena KBT.

Vyjádření se k hlavní výzkumné otázce: *Mohou se metody KBT uplatnit v průběhu pedagogického procesu?*

I když někteří neměli dobré známky a v hodinách se nechtěli učit, ve spolupráci s etopedkou se chovali učenlivě a přijali všechny zvolené metody. Tyto naučené metody byli následně schopni používat ve vyučování. Z toho vyplývá odpověď na hlavní výzkumnou otázku, mohou-li se metody KBT uplatnit v průběhu pedagogického procesu. Metody KBT se mohou využívat během vyučování, ale za předpokladu, jestliže dítě pochopí a naučí se ovládat zvolenou metodu. Pedagogičtí pracovníci mohou, ale nemusí být speciálně vyškoleni kurzem KBT pro to, aby mohli takto léčené žáky vyučovat. Postačí jim vysokoškolské vzdělání v oboru speciální pedagogiky.

Na praxi jsem se setkal s řadou metod KBT, ne všechny však byly úspěšné. Přístup k dětem vyžaduje jiný postoj než k dospělé osobě. Děti jsou velmi často sebestředné a problém nevidí u sebe, ale u jiných lidí.

Vyjádření se k 1. dílčí výzkumné otázce: *Jaké metody jsou nejúčinnější pro práci s dětmi v rámci KBT?*

Za nejosvědčenější a zároveň nejpoužívanější metody považuji sebesledování, škálování a nácvik relaxace kteréhokoli typu. Všichni chlapci se učili relaxovat a sebezpozorovat. Metoda škálování pomohla během individuální terapie, kdy došlo k poznávání svého místa v třídním kolektivu. Nejdůležitější byla u chlapce D, který je příslušníkem romského etnika a někteří žáci jej nerespektovali. Díky předešlé metodě se posléze naučili velmi rychle sebesledování, jež pomohlo nejvíce chlapcům A a M. Chlapec A kontroloval své vyjadřování vůči vzhledu pedagogických pracovníků bez problému, zato chlapec M měl potíže se sebesledováním a dopouštěl se občasných přestupků. Metodu relaxace používali všichni samostatně převážně třikrát až čtyřikrát denně.

Vyjádření se k 2. dílčí výzkumné otázce: *Na jak dlouhou dobu pomůžou metody KBT?*

S výhledem do budoucna se zdají být používané metody KBT účinné. I když se občas objeví některé rebelské prvky nežádoucího chování, chlapci A, D i M dospěli značných pozitivních změn ve svém chování. V průběhu terapie měl každý z nich jedno obtížnější období, ve kterém musela terapeutka zasáhnout v průběhu výuky. Vše napravila, uklidnila chlapce a navedla je zpět do požadovaného klidného stavu. Pozorovat účinnost a délku trvání pozitivních účinků bylo složité. Nejdelsí trvání pozitivních změn by měly mít KBT metody u chlapce A, protože jeho případ byl méně závažný, nebyl spojen s výrazným problematickým chováním, které nebylo nikterak vzdorovité. Posouzení délky efektu KBT je velmi složité a individuální. Bylo pro mě příjemným zjištěním, že se chlapcům po skončení terapie vedlo dobře. Chlapec D stále navštěvuje školu a pedagogové i pracovníci dětského domova zaznamenali od období terapie značný posun k lepšímu. Chlapci A a M se dostavili na návštěvu školy a byli se svou současnou životní situací spokojeni.

Osobně považuji kognitivně behaviorální terapii za optimální pro dětskou klientelu, protože děti potřebují určité životní a sociální mantinely. Zejména takové děti, které mají jakoukoli poruchu chování. U dětí působí velmi dobře odměna jako zdroj motivace. Případy chlapců, popsané v případových studiích, ukazují na jeden velký nedostatek. Všem chyběla přirozená mužská autorita a vzor ze strany otce. Třebaže v dětském domově pracují vychovatelé, nejsou pro chlapce plnohodnotnými otci, kteří hrají v jejich životě s poruchami chování zásadní roli při utváření osobnosti.

## Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jak lze využít kognitivně behaviorální terapie u dětí a zda může být tato terapie využita v pedagogickém procesu. Dalším cílem bylo prohloubit si informace o léčbě pomocí KBT a zjistit postup při práci s dětmi.

KBT lze využít během pedagogického procesu a to tak, že mu předchází individuální sezení s terapeutem, v jehož průběhu se dítě naučí základním metodám. Těmi nejúčinnějšími jsou sebesledování, škálování a nácvik relaxace. Sebesledováním se dítě naučí pozorovat na sobě, kdy přichází do kontaktu se špatnými pocity a zážitky, a také se naučí jim předcházet. Pomocí metody škálování si dítě osvojí porovnávat sebe s ostatními lidmi a zařadit se do společenského žebříčku. Díky poslední metodě relaxaci, která je v celé společnosti nejoblíbenější, se naučí odměňovat samo sebe a používat tuto metodu nejenom v soukromí, ale i na veřejnosti. Terapeut dohlíží na správné pochopení a provedení daných metod a nacvičuje s dítětem různé modelové situace, při nichž se může dostat do nepříjemné problémové situace. Pedagogičtí pracovníci působící na škole, kam dochází dítě léčené pomocí KBT, musí být dopředu poučeni o tom, jak k dítěti přistupovat a reagovat na relaxaci během výuky. Významným přínosem je působení terapeuta přímo na škole, protože může pozorovat své klienty přímo v průběhu vyučování a zasahovat ve zvláště závažných případech. U všech jedinců, ať jde o dospělého nebo dítě, došlo k výrazným změnám v chování a ke zlepšení psychického stavu.

Když opět zavzpomínám na své kamarády a spolužáky, u kterých se v minulosti projevovaly úzkostné stavy a změny chování v důsledku nejrůznějších obtížných situací, jsem nyní přesvědčen, že bych jim mohl pomoci ve vyhledání vhodného terapeuta a poskytnout jim radu, kam a na koho se obrátit. Jelikož mě práce pedagoga upřímně baví a práce s dětmi naplňuje, znám po napsání této bakalářské práce jednu z možností, jak pomoci dětem, které to neměly ve svém životě jednoduché.

## Seznam literatury

1. BECK, A. T., WEISHAAR, M. E. (Eds.). (1989) *Cognitive therapy*. In Corsini, Wedding, D. Systems of psychotherapy.
2. BECK, A. T. (2005). *Kognitivní terapie a emoční poruchy*. Vyd. 1. Praha: Portál.
3. ČÁP, J. (2001). *Psychologie pro učitele*. Vyd. 1. Praha: Portál.
4. DUŠEK, J. a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. (2010). *Diagnostika a terapie duševních poruch: úvod do studia v oboru*. Vyd. 1. Praha: Grada.
5. ELLIS, A. a MACLAREN, C. (2005). *Racionálně emoční behaviorální terapie*. Vyd. 1. Praha: Portál.
6. FONTANA, D. (2003). *Psychologie ve školní praxi: příručka pro učitele*. Vyd. 2. Praha: Portál.
7. HENDL, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál.
8. JŮVA, V. (1999). *Úvod do pedagogiky*. Vyd. 1. Brno: Paido.
9. KOSOVÁ, J. a PRAŠKO, J. (1998). *Kognitivně behaviorální terapie úzkostných stavů a depresí: příručka pro učitele*. Vyd. 1. Praha: Triton.
10. KRATOCHVÍL, S. (2012). *Základy psychoterapie*. Vyd. 6. Praha: Portál.
11. LANGMEIER, J. a KREJČÍŘOVÁ, D. (2000). *Dětská psychoterapie*. Vyd. 2. rozšíř. Praha: Portál, 2000.
12. LEČBYCH, M. (2010). *Úvod do psychoterapie pro pracovníky v institucionální výchově*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

13. MOŽNÝ, P. (1999). *Kognitivně-behaviorální terapie. Úvod do teorie a praxe: kognitivně-behaviorální přístupy při práci s dětmi*. Vyd. 1. Praha: Triton.
14. MURDOCH, D. a BARKER, P. H. (1991). *The base of behavioral therapy*. Oxford: Blackwell Sci. Publ.
15. PAŘÍZEK, V. (1991). *Obecná pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
16. PRAŠKO, J, MOŽNÝ, P. a ŠLEPECKÝ, M. (2007). *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Vyd. 1. Praha: Triton.
17. PROCHÁZKA, R. a ŘEHAN, V. (2011). Metodika krátkého intervenčního programu k léčbě závislostí na pervitinu. *Československa Psychologie*, 55(5), 459-467.
18. PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E. a MAREŠ, J. (2003). *Pedagogický slovník*. Vyd. 4. aktualiz. Praha: Portál.
19. PRŮCHA, J. (1997). *Moderní pedagogika: Věda o edukačních procesech*. Vyd. 1. Praha: Portál.
20. PRŮCHA, J. (2000). *Přehled pedagogiky: úvod do studia v oboru*. Vyd. 1. Praha: Portál.
21. RONENOVÁ, T. (2000). *Psychologická pomoc dětem v nesnázích: kognitivně-behaviorální přístupy při práci s dětmi*. Vyd. 1. Praha: Portál.
22. RAUDENSKÁ, J. (2012). Model kognitivně-behaviorální terapie u dospělých pacientů s chronickými bolestivými stavy nenádorové etiologie. *Československá Psychologie*, 56(5), 473-487.
23. ŘÍČAN, P. a KREJČÍŘOVÁ, D. (1995). *Dětská klinická psychologie*. Vyd. 1. Praha: Grada.

24. SALKOVSKIS, P. M. (1989). *Somatic problems*. US: Oxford University Press.
25. SVOBODOVÁ, J. a ŠMAHELOVÁ, B. (2007). *Kapitoly z obecné pedagogiky: úvod do studia v oboru*. Vyd. 1. Praha: MSD.
26. ŠIMEK, A. (2004). *Supervize - kazuistiky*. Vyd. 1. V Praze: Triton.
27. ŠVAŘÍČEK, R. a ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál.
28. VYBÍRAL, Z. a ROUBAL, J. (2010). *Současná psychoterapie*. Vyd. 1. Praha: Portál.
29. VYMĚTAL, J. (2010). *Úvod do psychoterapie*. Vyd. 3. aktualiz. a dopl. Praha: Grada.



## Anotace

<b>Jméno a příjmení:</b>	Adam Růžička
<b>Katedra:</b>	Katedra psychologie a patopsychologie
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. et Mgr. Iveta Tichá
<b>Rok obhajoby:</b>	2014

<b>Název práce:</b>	Uplatnění kognitivně behaviorální terapie v pedagogickém procesu
<b>Název v angličtině:</b>	The application of cognitive-behavioral therapy in the educational process
<b>Anotace práce:</b>	Bakalářská práce je zaměřena na uplatnění kognitivně behaviorální terapie v pedagogickém procesu. Teoretická část je zaměřena na téma psychoterapie. Důraz je kladen na vznik a vývoj, strukturu, teorii a metody kognitivně behaviorální terapie. Záměr je směřován na uplatnění v práci s dětskými klienty. Praktická část zkoumá za pomoci případových studií děti s poruchami chování a jejich léčbu zvolenou psychoterapeutickou technikou a jejími metodami.
<b>Klíčová slova:</b>	kognitivně behaviorální terapie, psychoterapie, pedagogický proces, učení, psychická porucha
<b>Anotace v angličtině:</b>	Bachelor thesis deals with the use of cognitive behavioural therapy in pedagogical process. Theoretical part focuses on the topic of psychotherapy. The emphasis is put on the origin, development, structure, theory, and methods of the cognitive behavioural therapy. The aim is to concentrate on the work with child-clients. Practical part studies children with behavioural disorders via case studies, and also the treatment via one selected psychotherapeutic technique and its methods.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	cognitive-behavioural therapy, psychotherapy, educational process, learning, mental disorder
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	0
<b>Rozsah práce:</b>	64 str.
<b>Jazyk práce:</b>	Český