



Identificiranje problema u tretmanu

Dok sam pisala knjigu “*Kognitivna terapija: osnove, educiranje, uvježbavanje*”, znala sam kako “standardni” tekst kognitivne terapije neće moći pokriti svu raznolikost teškoća koje su moji pacijenti imali. Neki pacijenti jednostavno ne uspiju napredovati primjenom standardnog tretmana. Neki pacijenti ne mogu razumjeti, ili nisu u mogućnosti primijeniti standardne terapijske tehnike, ili se ne angažiraju dovoljno u tretmanu. Neki se grčevito drže svojih dugotrajnih iskrivljenih vjerovanja o sebi, drugim ljudima i svom svijetu. Tretman bi se za te pacijente trebao promijeniti. Ali kako će terapeut znati kada i kako izmijeniti tretman?

Kada se iskusniji kognitivni terapeuti susretnu s izazovnim terapijskim problemom, čini se kako ga oni intuitivno razumiju i znaju što treba raditi. Nakon opeptovanih zahtjeva za knjigom koja bi opisivala ovakvu vrstu problema, počela sam pozornije pratiti svoje odluke koje donosim za vrijeme terapijske seanse. Ono što može izgledati kao intuitivni proces u donošenju odluka, ustvari je temeljeno na kontinuiranoj konceptualizaciji pacijenata, njihovim dijagnozama i njihovu iskustvu u terapijskoj seansi. Osim što sam pratila svoj rad, također sam imala sreću što sam mogla promatrati i pažljivo analizirati terapijske seanse koje je vodio moj otac Aaron T. Beck, MD, kao i one koje su vodili moji kolege i supervizori.

Ova knjiga odražava ono što sam naučila od objavljivanja knjige *Kognitivna terapija: osnove, educiranje, uvježbavanje*, u kojoj se detaljno opisuju metode za korištenje kognitivne terapije s pacijentima s jasnim simptomima depresije i anksiozno-

sti i važna je prethodnica ovoj knjizi koja je osmišljena kako bi pomogla terapeutima u situacijama kada se čini da osnovna znanja nisu dovoljna.

Postoji mnogo razloga koji mogu uzrokovati teškoće u tretmanu. Neki od tih problema su izvan terapeutove kontrole; npr. pacijent možda nije u mogućnosti doći na tretman dovoljno često zbog financijskih teškoća, ili okolina u kojoj pacijent živi može biti nepovoljna tako da umanjuje korisnost psihoterapije. Međutim najviše problema je unutar, ili barem djelomično unutar, terapeutove kontrole. Teškoće mogu nastati zbog pacijentovih iskrivljenih vjerovanja (“Ako mi bude bolje, život će mi se pogoršati”) i/ili terapeutovih pogrešaka (korištenje standardnog tretmana za depresiju kada pacijent pati od nekog drugog poremećaja.)

Provodeći na stotine radionica u proteklom desetljeću, često sam tražila od profesionalaca da mi opišu specifične probleme koje su imali u radu sa svojim pacijentima. Došla sam do dva važna zaključka. Prvo, mnogi terapeuti u startu nastoje opisati teškoće u općim terminima koji ne definiraju problem dovoljno jasno, izjavljuju npr. kako se pacijent “opire”.

Drugo, kada terapeuti određuju probleme, čini se kao da uvijek nastoje spominjati iste vrste teškoća, npr. da pacijenti ne rade domaću zadaću, da izražavaju ljutnju prema terapeutu, da se između seansi ne angažiraju dovoljno i tako dalje. Otkrila sam kako mnogi terapeuti trebaju naučiti odrediti pacijentove teškoće u bihevioralnim terminima, razumjeti relevantne teškoće unutar kognitivnog okvira, te osmisliti strategije zasnovane na konceptualizaciji svakog individualnog pacijenta. Ova knjiga podučava terapeute u:

- Određivanju problema (i utvrđivanju stupnja terapeutove kontrole za rješavanje tih problema).
- Konceptualizaciji svakog pojedinog pacijenta, uključujući i one pacijente s poremećajima na osi II.
- Suočavanju s pacijentovim problematičnim reakcijama prema terapeutu i obratno.
- Određivanju ciljeva, strukturiranju seanse, rješavanju problema, povećavanju vjerojatnosti izvršavanja domaće zadaće (uključujući ponašajne promjene) za pacijente s izazovnim problemima.
- Identificiranju i mijenjanju tvrdokornih disfunkcionalnih misli (automatskih misli, predodžbi, pretpostavki i bazičnih vjerovanja).

U Dodatku A navedene su mogućnosti za daljnje usavršavanje u kognitivnoj terapiji. Izravno uvježbavanje i supervizija vrlo često su najbolji način usavršavanja.

ODREĐIVANJE PROBLEMA

Čak i najiskusniji kognitivni terapeuti imaju teškoća s nekim pacijentima. Bilo bi privlačno okriviti naše pacijente zbog prezentiranja izazovnih problema i pripisivati njihove stavove i disfunkcionalno ponašanje njihovim karakternim crtama. No obično nije od pomoći, osim ako problem ne sagledavamo šire, označavati pacijente kao “one koji se opiru”, “nemotivirane”, “lijene”, “frustrirane”, “manipulativne”, ili “zakočene”. Opći opis poput: “Čini se kako pacijent ne želi biti u terapiji” ili: “Pacijent očekuje da ja napravim sav posao”, također je preopćenit da bi bio koristan. Mnogo je produktivnije odrediti ponašanje koje ometa terapijski napredak i prema njemu prilagoditi rješavanje problema. Terapeuti teškoću mogu precizno definirati pomoću pitanja:

- “Što je točno pacijent rekao ili učinio (ili nije rekao ili učinio) unutar terapijske seanse - ili između seansi – a predstavlja problem?”

Tipična problematična ponašanja koja neki pacijenti pokazuju u seansi, uključuju:

- Ustraju u tome kako se ne mogu promijeniti ili kako im terapija ne može pomoći
- Ne uspijevaju u postavljanju ciljeva niti u sastavljanju dnevnog reda.
- Žale se, poriču ili okrivljuju druge za svoje probleme.
- Iznose previše problema ili skaču iz krize u krizu.
- Odbijaju odgovarati na pitanja ili naglo skreću s problema.
- Kasne na seanse.
- Traže svoja prava.
- Postaju ljuti, uznemireni, kritizirajući ili neodgovorni.
- Nisu sposobni ili ne žele promijeniti svoje misli.
- Postaju nepažljivi ili stalno prekidaju terapeuta.
- Lažu ili izbjegavaju davati važne informacije.

Mnogi pacijenti također i *između* seansi pokazuju disfunkcionalno ponašanje poput:

- Ne rade domaće zadaće.
- Ne uzimaju propisane lijekove.
- Zloupotrebljavaju drogu ili alkohol.
- Opetovano zovu terapeuta dok su u krizi.
- Ponašaju se autodestruktivno.
- Ozljeđuju druge.

Pokušaji samoubojstva zahtijevaju hitnu kriznu intervenciju i procjenu u hitnim službama (i nisu predmet ove knjige).



PRIKAZ SLUČAJA

Andrea, pacijentica s bipolarnim poremećajem, posttraumatskim stresnim poremećajem i graničnim poremećajem ličnosti (borderline), nedavno je otpuštena iz bolnice nakon pokušaja samoubojstva. Upravo je započela terapiju kao ambulantni pacijent. Od samog početka Andrea je bila nepovjerljiva prema svom novom terapeutu i preosjetljiva na bilo kakav znak mogućeg povrijeđivanja. Bila je oprezna, odbijala postavljati ciljeve, i ustrajno tvrdila kako joj terapija ne može pomoći. Često je postajala uznemirena, pripisujući negativne motive svom terapeutu i kriveći ga za svoju uznemirenost. Odbijala je raditi domaće zadaće i uzimati lijekove koje joj je psihijatar propisao.

Kada pokušavamo odrediti kako najbolje tretirati pacijente koji poput Andree pokazuju cijelo mnoštvo izazovnih problema, važno je procijeniti jesu li teškoće u terapiji vezane uz brojne različite mogućnosti:

- Pacijentovu patologiju
- Terapeutovu pogrešku
- Čimbenike vezane uz tretman (uključujući razinu brižnosti, oblik terapije, čestinu seansi) i /ili
- Vanjske čimbenike (uključujući postojanje organske bolesti, neprimjerenu pacijentovu okolinu, ili potrebu za dodatnim tretmanima)

Mnogi problemi opisani u ovoj knjizi povezani su s prvom teškoćom: pacijentovom patologijom. Pacijenti koji su izazov za tretman često imaju dugotrajnije teškoće u svojim međuljudskim odnosima, na poslu, i općenito u načinu na koji žive svoj život. Obično imaju vrlo negativne ideje o sebi samima, drugima i svijetu – ideje koje su razvili u djetinjstvu ili adolescenciji i od tada su stalno održavane. Kada ta vjerovanja dominiraju njihovom percepcijom, pacijenti su tada skloni osjećati, ponašati i percipirati na vrlo disfunkcionalne načine bez obzira na vrijeme i situaciju, uključujući i samu terapijsku seansu. Za terapeuta je vrlo važno prepoznati aktivaciju tih vjerovanja i odrediti kada i na koji način terapija treba biti prilagođena tim vjerovanjima. Pacijenti također mogu biti izazov zbog prirode njihova poremećaja – npr. anoreksije, ili biološkog utjecaja na promjene raspoloženja kod bipolarnog poremećaja. Za takve poremećaje neophodan je specijalizirani tretman.

Problemi mogu nastati i zbog pogrešaka u tretmanu, kada terapeuti ne uspiju adekvatno primijeniti standardnu terapiju, a neki problemi mogu nastati kombinacijom dvaju navedenih razloga. Ipak, prije nego pretpostavimo je li teškoća nastala pri-

marno zbog pacijentove patologije, ili zbog terapeutove pogreške, važno je odrediti problem, uvažiti njegovu čestinu i širinu i procijeniti koji drugi čimbenici mogu biti uključeni.

Ostatak ovog poglavlja opisuje kako:

- Odrediti opseg problema.
- Uzeti u obzir vanjske čimbenike (izvan utjecaja terapijske seanse).
- Utvrditi pogrešku terapeuta.
- Identificirati pacijentova disfunkcionalna vjerovanja.
- Razlikovati pogrešku terapeuta od pacijentovih disfunkcionalnih vjerovanja.

Zadnji dio ovog poglavlja opisuje što sve terapeuti mogu napraviti kako bi izbjegli terapijske probleme.

RAZMATRANJE OPSEGA PROBLEMA

Prije nego što odluče što će napraviti, terapeuti moraju analizirati probleme koji su se pojavili u tretmanu i procijeniti njihovu težinu i učestalost. Trebaju si postaviti sljedeća pitanja:

- “Je li to problem koji se pojavio kratko unutar samo jedne seanse?”
- “Je li to problem koji traje u seansi?”
- “Ili je to problem koji se pojavljuje u više seansi?”

Za blaže probleme možda neće biti potrebno izravno usmjeravanje, barem ne odmah. George, učenik srednje škole, pravio je grimase i vrtio očima na početku prve dvije terapijske seanse. Njegova terapeutkinja nije obraćala pozornost na njegovo ponašanje, već se trudila biti primjereno empatična i pokazati mu kako nema namjeru biti poput drugih odraslih u njegovu životu. Također mu je pomogla postaviti ciljeve koje *on* želi postići, a koji ne moraju neophodno biti oni koje su mu drugi nametnuli. Do sredine njihove druge seanse, George je uvidio kako mu njegova terapeutkinja može dosta toga ponuditi, te su njegove negativne reakcije prestale.

Neki problemi su vrlo specifični i izolirani i mogu se jednostavno tretirati tehnikom rješavanja problema. Jerry je postao uznemiren na zahtjev terapeuta da ispuni tjednu listu simptoma. Umjesto ispunjavanja liste simptoma, zajednički su se dogovorili neka procjenjuje svoje ponašanje na skali od 0 do 10. Holly je trebala pomoć u načinu kako pronaći osobu koja bi čuvala njenu djecu kako bi ona mogla redovito dolaziti na seanse.

Postoje problemi koji su u seansi izraženiji i mogu zahtijevati niz različitih rješenja. Kada je Tonjin terapeut pokušao procijeniti njeno rigidno vjerovanje, pacijentica nije bila u mogućnosti vidjeti situaciju u drugačijem svjetlu. Njen je terapeut samo rekao “Čini mi se kako nam trenutno ovo (razgovor) nije od pomoći. Kako bi bilo poći dalje (na sljedeći problem s dnevnog reda)?” Bob je izgledao uznemireno kada ga je njegov terapeut prekinuo po treći put. Uvjerivši se kako je njegova uznemirenost zaista povezana s prekidanjem, terapeut se ispričao i predložio mu da može govoriti bez prekidanja sljedećih 5-10 minuta. U oba slučaja terapeutova promjena plana riješila je problem.

Ponekad problem nastaje zbog same seanse. Lucy se osjećala lošije prema kraju seanse nego na njenu početku. Terapeutkinja je njen nemir pravilno pripisala aktivaciji njena bazičnog vjerovanja o bezvrijednosti. Složile su se kako će posljednjih nekoliko minuta svake seanse provesti u neformalnom razgovoru o Lucynim interesima (filmovi) kako bi Lucy mogla napustiti seansu manje uznemirena. Margaret se činila razdražljivom zbog prvog dijela svoje terapijske seanse. Kao odgovor na njene prigovore kako joj se terapeutkinja čini nesuosjećajna, terapeutkinja je predložila neka pokušaja potpunije reći što misli, dok će ona, terapeutkinja, pažljivo slušati i suzdržati se od pokušaja rješavanja problema do pred kraj seanse. I ponovo su se ti problemi brzo riješili.

Problemi koji traju iz seanse u seansu, obično zahtijevaju više vremena za razgovor i rješavanje, kako bi pacijent bio voljan za nastavak i napredovanje u terapiji. Dean je bio iritiran svojom terapeutkinjom jer je vjerovao kako ga ona nastoji kontrolirati ili podrediti. Njegova terapeutkinja je trebala potrošiti više vremena suosjećajući s njim, otkrivajući i pomažući mu u odgovaranju na disfunkcionalne misli o *njoj*, i radeći na rješavanju problema vezanih za terapijske odnose, kako bi tek onda mogla usmjeriti njegovu pozornost na svakodnevne probleme zbog kojih je i bio u terapiji.

Većina se terapijskih problema može razriješiti tehnikom rješavanja problema, mijenjanjem pacijentovih misli ili mijenjanjem ponašanja terapeuta. U slučaju da problem i dalje postoji, važno je procijeniti mnoštvo čimbenika koji mogu interferirati s tretmanom, što je opisano u sljedećem odjeljku.

RAZMATRANJE ČIMBENIKA KOJI SU IZVAN TERAPIJSKE SEANSE

Dok su neki trajni problemi vezani za proces i sadržaj terapijske seanse, na druge mogu utjecati izvanjski čimbenici. Područja spomenuta u daljnjem tekstu uključena su u listu za provjeravanje na slici 1.1.

- Je li pacijentu određena primjerena čestina terapijskih seansi?
Trebali bi pacijent dolaziti češće? Rjeđe?
Trebali bi pacijent biti pod strožim ili blažim nadzorom (vanjski pacijent nasuprot djelomičnoj hospitalizaciji, nasuprot potpunoj hospitalizaciji)?
- Je li terapija lijekovima primjerena?
Ako pacijent ne uzima lijekove, bi li trebao?
Ako pacijent uzima lijekove, je li potpuno suglasan?
Ima li pacijent značajne popratne pojave?
- Postoji li možda neki nedijagnosticirani organski problem?
Trebali bi pacijent obaviti zdravstveni pregled kod svog liječnika opće prakse ili specijalista?
- Je li ovaj oblik terapije primjeren?
Trebali bi pacijent biti u individualnoj terapiji?
Grupnoj terapiji?
Terapiji parova?
Obiteljskoj terapiji?
- Trebali bi pacijent dodatni tretman?
Trebali bi se pacijent obratiti psihofarmakologu?
Svećeniku?
Nutricionistu?
Stručnom savjetniku?
- Je li trenutna životna ili radna okolina pacijenta nepovoljna za njegov napredak?
Trebali bi se pacijent preseliti nekamo drugamo na neko vrijeme?
Trebali bi pacijent neke značajne promjene u svom poslu? Ili potražiti novi posao?

Slika 1.1. Vanjski čimbenici koji se uzimaju u razmatranje.

Čestina, razina skrbi, oblik terapije i dodatni tretmani

Ponekad pacijenti ne uspiju dovoljno napredovati jer “doze” terapijskih seansi nisu primjerene. Claudia, vrlo simptomatična pacijentica, počela je puno brže napredovati kada ju je njena terapeutkinja ohrabrila na tjedno dolaženje umjesto dotadašnjeg jednom u dva tjedna. Janice, čiji se anksiozni poremećaj uvelike ublažio, trebala je prorjeđivanje seansi kako bi samostalno primjenjivala vještine naučene u terapiji ne oslanjajući se previše na svoju terapeutkinju.

Pacijenti također mogu primati pomoć na neprimjerenom *razini skrbi*. Larry, nezaposleni pacijent s brzoizmjenjujućim bipolarnim poremećajem i učestalim suicidalnim idejama, imao je pogoršanja kada je liječen kao vanjski pacijent, te je trebao povremenu hospitalizaciju ili program parcijalne hospitalizacije. Carol je trebala bolničko liječenje kako bi riješila svoju ovisnost prije nego bi mogla imati koristi od izvanbolničkog liječenja.

Za neke pacijente može biti neprimjeren **oblik** terapije. Russell, pacijent s depresijom i značajnom patologijom na osi II, brže je napredovao kad je pristao prijeći s individualne na grupnu kognitivnu terapiju. Uvidio je kako su iskustva drugih u grupi slična njegovim; grupa ga je jako podržavala stoga je bio spremniji provjeravati svoje misli i mijenjati svoje ponašanje. Elaine, koja je imala blagu depresiju i anksioznost s obilježjima graničnog poremećaja ličnosti, bila je na nekoliko seansi individualne terapije. Onog trenutka kada joj se u terapiji pridružio njezin mladić, počela je značajno napredovati. Lisa, prkosna tinejdžerka, nije puno dobila individualnim terapijama, jer je nastojala kriviti druge i umanjivati svoju odgovornost za nastale probleme. Međutim, kada je njena terapeutkinja individualne seanse zamijenila obiteljskom terapijom, Lisa je počela napredovati.

Ponekad terapeuti ne trebaju stručnu procjenu da postoji potreba za **dodatnim tretmanom**. Neki pacijenti značajno bolje napreduju uz dodatne oblike tretmana poput savjetovanja svećenika, nutricionista, stručna savjetovanja. Mnogi pacijenti imaju koristi od podrške i edukacije u grupi kao što su npr. društva liječenih alkoholičara ili grupe samopomoći.

Biološke intervencije

Mnogi pacijenti, a posebno oni koji su neko određeno vrijeme uzimali lijekove, mogu imati koristi od **farmakološkog savjetovanja**, što može rezultirati povećanjem, smanjivanjem ili promjenom medikamentne terapije. Joe pacijent s teškom depresijom imao je velikih problema sa spavanjem. Lijekovi koji su mu olakšavali probleme sa spavanjem omogućili su mu bolji napredak u terapiji. Shannon, pacijentica s paničnim poremećajem, uzimala je veliku dozu benzodiazapena, koji je smanjivao njezine anksiozne simptome. Nije bila u stanju shvatiti kako ti simptomi nisu opasni dok pravilno koristi lijek. Nancy je zbog uzimanja antipsihotika na seansi bila pretjerano uspavana te je nije mogla učinkovito pratiti (niti obavljati domaću zadaću između dviju seansi) sve dok joj lijek nije bio promijenjen.

Pacijenti također mogu imati **nedijagnosticirane zdravstvene probleme** koji se moraju otkriti. U slučaju da u posljednje vrijeme nisu bili na liječničkom pregledu, terapeut ga može predložiti. Mark je pokazivao anksioznost, nestrpljivost, gubitak težine, emocionalnu labilnost i smetnje koncentracije. Na sreću, njegova ga je terapeutkinja nagovorila da ode na liječnički pregled, kojim je otkriveno kako

Mark ne pati od depresije, već od hipertireoze. Alexandra je također izgledala depresivna. Izgubila je interes za skoro sve svoje aktivnosti, osjećala se fizički i psihički usporena, nije mogla spavati i dobivala je na težini. Njezin je liječnik utvrdio kako se radi o hipotireozu, te su se njeni simptomi ublažili kad je počela uzimati primjeren lijek.

Pacijenti također mogu imati simptome koji mogu sličiti nekom psihijatrijskom poremećaju, a da se stvarno radi o endokrinološkom poremećaju, tumoru mozga, traumatskoj ozljedi mozga, epileptičkim napadima, infekcijama središnjeg živčanog sustava, poremećajima metabolizma, degenerativnim demencijama, cerebrovaskularnim bolestima ili nekim drugim medicinskim stanjima (vidi Asaad, 1995, za opširnije podatke o ovoj temi).

Promjene okoline

Ponekad pacijentova okolina može biti toliko štetna da terapeut mora kombinirati terapijske intervencije s promjenama u okolini. Rebecca, tinejdžerica s teškom depresijom i poremećajem hranjenja, živjela je s majkom i troje braće. Domaćinstvo je bilo kaotično; majka je bila alkoholičarka i emocionalni zlostavljač, dok ju je majčin prijatelj fizički zlostavljao. Rebecca je slabo napredovala u rješavanju svojih problema, dok njena terapeutkinja nije ubrzala njen odlazak iz te sredine i pomogla joj u preseljenju kod tete. Ken, pacijent s brzoizmjenjujućim bipolarnim poremećajem, koji je samo djelomično kontroliran, svakodnevno se borio sa svojim poslom koji je bio daleko iznad njegovih mogućnosti, pogotovo u vrijeme pojave simptoma. Postajao je sve anksiozniji, depresivniji i suicidalniji. Sve dok nije promijenio posao, nije bio u mogućnosti napredovati u terapiji.

Kada pacijenti ne uspiju napredovati, ili terapeutu postave neki drugi izazov, vrlo je bitno odrediti jesu li neki vanjski čimbenici, poput ovih prije navedenih, uključeni. Određivanje takvih teškoća, kao i traženje mogućnosti terapeuta pogreške ili pacijentovih disfunkcionalnih vjerovanja, može biti od velike važnosti za pacijentov napredak.

POGREŠKE TERAPEUTA NASUPROT PACIJENTOVIM DISFUNKCIONALNIM VJEROVANJIMA

Mnogi problemi koji nastaju u terapiji ili između terapijskih seansi vezani su uz pogreške koje je terapeut činio, uz pacijentove disfunkcionalne misli, ili uz oboje.

Je li problem vezan uz pogreške terapeuta?

Čak i najiskusniji terapeuti ponekad čine pogreške. Tipične pogreške, opisane u ovoj knjizi, uključuju sljedeće:

- Netočna dijagnoza (npr. pogrešno određivanje paničnog poremećaja kao jednostavne fobije)
- Netočno oblikovanje ili konceptualizacija slučaja (npr. neuspjeh u prepoznavanju da je anksioznost, a ne depresija, primarna za određenog pacijenta, ili netočno identificiranje pacijentovih bazičnih vjerovanja).
- Neuspješno vođenje terapije na osnovi formulacije slučaja i konceptualizacije pacijenta (npr. usmjeravanje na probleme ili misli koje nisu bitne za pacijentov oporavak).
- Pogrešan plan tretmana (npr. korištenje principa za generalizirani anksiozni poremećaj s pacijentom s opsesivno-kompulzivnim poremećajem).
- Slab terapijski savez (npr. terapeut nije prepoznao da je pacijent postao frustriran u terapijskoj seansi).
- Neadekvatna lista ponašajnih ciljeva (npr. pacijentovi ciljevi su preopćeniti).
- Neprimjerena struktura ili tempo (npr. terapeut nije uspio prekinuti pacijenta kako bi iznio važne probleme).
- Neadekvatno usmjeravanje na rješavanje trenutnih problema (npr. terapeut se najprije usmjerava na traumatično djetinjstvo depresivnog pacijenta umjesto na poboljšanje njegova dnevnog funkcioniranja).
- Netočna primjena tehnika (npr. osmišljavanje zadatka u kojem je prvih nekoliko koraka preteško).
- Neprimjerena domaća zadaća (npr. terapeut predlaže domaću zadaću koju pacijent vrlo vjerojatno neće napraviti).
- Neuspjeh u zapamćivanju sadržaja seanse (npr. terapeut ne uspije zabilježiti, bilo pismeno ili na kaseti, najvažnije detalje seanse).

Često je terapeutu teško odrediti vlastite pogreške. Preslušavajući audiokasetu terapijske seanse, ili ponudivši je kolegi, ponekad se otkriju ovakve vrste terapeutovih pogrešaka, naročito ako slušač koristi Skalu procjene kognitivne terapije - Cognitive Therapy Rating Scale (Young i Beck, 1980). Ova skala, dostupna na web adresi www.academyofct.org zajedno s pripadajućim priručnikom, koristi se za mjerenje terapeutove kompetencije u 11 područja. Najčešće se preslušava samo audiokaseta, a ako je potrebno u slučaju da je audiokaseta nedovoljna, onda i terapeut zajedno s kolegom ili supervizorom treba izložiti slučaj.

Je li problem povezan s pacijentovim disfunkcionalnim vjerovanjima?

Identificiranje vjerovanja koja mogu biti u podlozi pacijentovih problema u terapiji, detaljnije je opisano u sljedeća dva poglavlja. Ukratko, od pomoći je ako pretpostavimo kakve bi pretpostavke mogao imati pacijent, a zatim te pretpostavke s njim i provjerimo. Kako bi to napravio, terapeut sebe treba staviti u pacijentov položaj i postaviti dva pitanja:

- “Ako ja (imam ovo disfunkcionalno ponašanje), što je u tome dobro?”
- “Ako ja (nemam ovo disfunkcionalno ponašanje), što se loše može dogoditi?”

Andrea, pacijentica opisana na početku poglavlja, često je krivila druge za svoje probleme. Njene su pretpostavke bile:

“Ako krivim druge, neću se morati mijenjati. Ali ako osvijestim kako sam i ja dijelom kriva za svoje probleme, osjećat ću se loše, pustiti druge s udice, i biti odgovorna za mijenjanje – za koje se ionako ne osjećam sposobna.”

Andrea je bila vrlo oprezna i pazila što govori za vrijeme seanse zbog sljedećih pretpostavki:

“Ako izbjegavam izravno odgovaranje na pitanja svoje terapeutkinje, ili je uspijem izbaciti iz takta, bit će u redu. Ali ako joj se otkrijem, osjećat ću se izloženom i ranjivom, a ona će me osuđivati i odbaciti.”

Treći set pretpostavki bio je odgovoran za Andreine kontinuirane racionalizacije, čime je opravdavala svoj neuspjeh u promjeni ponašanja. U podlozi njena neuspjeha u izvršavanju domaćih zadaća bile su sljedeće pretpostavke:

“Ako održim postojeće stanje, neću se izložiti većoj boli. Ali ako pokušam život učiniti boljim, u stvarnosti će biti još gore.”

Razumijevanje pretpostavki koje pacijenti imaju, često može objasniti razloge njihova disfunkcionalnog ponašanja. Provjeravanje i mijenjanje tih pretpostavki vrlo često je neophodno prije nego pacijent bude spreman na promjene.

Određivanje razlike između problema vezanih za pogreške terapeuta i onih vezanih za pacijentove disfunkcionalne misli

Ponekad izvor problema nije jasno vidljiv. Ovdje su ponuđene neke tipične teškoće s pacijentima koji pokazuju izazovne probleme i primjeri obje vrste

pogrešaka(terapeutove pogreške i pacijentove disfunkcionalne misli ili vjerovanja).

- *Pacijent ne doprinosi postavljanju dnevnog reda*
Pogreška terapeuta: Terapeut od pacijenta nije tražio (kao dio domaće zadaće) da razmišlja koji su problemi najvažniji za rješavanje.
Pacijentove misli: “Beskorisno je o ovom raspravljati jer su moji problemi nerješivi.”
- *Pacijent postaje uznemiren kada ga terapeut prekida*
Pogreška terapeuta: Terapeut prekida previše, ili prebrzo, i pacijent se s razlogom osjeća neugodno.
Pacijentove misli: “Moj me terapeut prekida jer me želi kontrolirati.”
- *Pacijent snažno poriče terapeutovo gledište*
Pogreška terapeuta: Terapeut je svoje gledište iznio prenasilno, ili prerano u terapiji ili je njegovo gledište netočno.
Pacijentove misli: “Ako prihvatim terapeutovo gledište, to znači da sam ja izgubio a on pobijedio.”
- *Pacijent se samo žali na probleme, umjesto da se zajedno s terapeutom angažira u njihovu rješavanju*
Pogreška terapeuta: Terapeut nije pacijenta dovoljno dobro upoznao s terapijskim procesom, ili ga nije pravovremeno prekinuo i usmjerio prema rješavanju problema.
Pacijentove misli: “Ne bih se trebao mijenjati.”
- *Pacijent je nepažljiv*
Pogreška terapeuta: Terapeut nije prilagodio tretman pacijentu s poteškoćama u održavanju pažnje, ili pacijentu koji pokazuje visok stupanj uznemirenosti koji može omesti terapijski proces.
Pacijentove misli: “Ako budem slušao svog terapeuta, uznemirit ću se.”

IZBJEGAVANJE PROBLEMA U TERAPIJI

Terapeut može smanjiti mogućnost pojave problema tako što će se kontinuirano držati osnovnih pravila kognitivne terapije (detaljnije opisanih u J. Beck, 1995.):

1. Točno dijagnosticirati i oblikovati slučaj.
2. Konceptualizirati pacijenta u kognitivnim terminima.
3. Koristiti kognitivno oblikovanje i individualnu konceptualizaciju radi planiranja tretmana u seansi i kroz seanse.
4. Izgraditi snažan terapijski savez.
5. Postaviti specifične ponašajne ciljeve.
6. Upotrijebiti osnovne strategije.
7. Koristiti dodatne strategije i tehnike.
8. Procijeniti učinkovitost intervencija u terapiji i same terapije.

Ovi su elementi u daljnjem tekstu ukratko opisani i ilustrirani.

Dijagnoza i oblikovanje (formulacija)

Budući da tretman kognitivne terapije ovisi o vrsti poremećaja, osobito je važno kliničkim procjenama pacijenata dobiti točne dijagnoze. Npr. tretman posttraumatskog stresnog poremećaja razlikuje se u nekim važnim elementima od tretmana generaliziranog anksioznog poremećaja.

Također je jako važno pravilno formulirati slučaj. Najvažnije misli u tretmanu paničnog poremećaja su npr. pacijentove katastrofične interpretacije tjelesnih simptoma. (Clark i Ehlers, 1993.), dok se u tretmanu depresije usmjerava na negativne misli o sebi, svijetu i budućnosti (Beck, 1976.). Kod opsesivno-kompulzivnog poremećaja važno je ne usmjeriti se snažno na sadržaj pacijentovih opsesivnih misli ili predodžbi, već mijenjati njihovu procjenu tih opsesivnih misli (Frost i Steketee, 2002; Clark, 2004; Mc Ginn i Sanderson, 1999.) U slučaju da terapeut primijeni općeniti pristup prema pacijentu ne trudeći se prilagoditi ga svakom pojedinačnom, specifičnom poremećaju, vrlo je vjerojatno da pacijent neće napredovati. Dodatne informacije o tretmanskim priručnicima mogu se naći na web adresi www.beckinstitute.org.

Terapeuti također moraju biti svjesni ključnih problema koji mogu utjecati na pacijente i njihove tretmane, kao što su npr. dob, razvojna razina, intelektualna razina, kulturni milje, religijska opredijeljenost, spol, seksualna orijentacija, fizičko zdravlje, životni status. Mia je npr. bila Azijka. Njen ju je terapeut i nesvjesno udaljio od sebe postavljajući joj pitanja o kulturalno vrlo snažno usađenom vjerovanju kako treba slušati roditelje. Janetina terapeutkinja nije shvatila tugu koju je ona osjećala kada joj je najmlađe dijete otišlo od kuće, i umjesto da bude suportivna i empatična, pokušavala joj je modificirati mišljenje, što je kod Janet ostavilo dojam kako njena terapeutkinja nije sposobna imati normalne ljudske reakcije. Keithov terapeut nije uzeo u obzir teškoće njegova postarijeg pacijenta s mobilnošću i pamćenjem, te je predložio domaću zadaću koja je bila osuđena na propast.

Ponekad postane vidljivo čak i pri evaluaciji, ili prvoj terapijskoj seansi kako je potrebno mijenjati tretman. Spoznaja kako prije opisana Andrea ima borderline poremećaj ličnosti s jakim paranoidnim crtama pomoglo je njenoj terapeutkinji u razmišljanju kako bi terapija s Andreom mogla biti drugačija nego terapija s pacijentom, koji je iskusio prvu depresivnu epizodu i koji nema značajnu patologiju na osi II.

Dijagnoza i formulacija slučaja trebaju biti trajan proces. Komorbidna dijagnoza npr. ne mora biti vidljiva odmah u početku tretmana. Eleanor, pacijentica s depresivnim i paničnim poremećajem, napravila je određeni napredak u terapiji i zatim stala. Dok god njena terapeutkinja nije uvidjela kako Eleanor također ima i značajnu socijalnu fobiju, te počela raditi i na tome, pacijentica nije pokazala daljnji napredak. Slično je bilo i s Rodneyem, koji je u početku umanjivao svoj problem s ovisnošću.

Kognitivna konceptualizacija

Zadaća je terapeuta kontinuirano izgrađivati i dorađivati kognitivnu konceptualizaciju svakog pojedinačnog pacijenta. Konceptualizacija opisana u 2. poglavlju, pomaže terapeutima (i pacijentima) razumjeti zašto pacijenti trenutno reagiraju na situacije i probleme na određeni način, i identificirati sržne misli i ponašanja na koja se u terapiji treba usmjeriti. Pacijenti mogu imati brojne probleme i problematična ponašanja, tisuće automatskih misli, desetke disfunkcionalnih vjerovanja. Terapeuti moraju brzo identificirati one određene misli i ona određena ponašanja koja se najprije moraju mijenjati.

Planiranje tretmana unutar seanse i tijekom više seansi

Postavljanje točne dijagnoze i pravilne formulacije slučaja omogućava terapeutu razvijanje općeg tretmanskog pristupa pacijentu kroz seanse. Točna, kontinuirano dorađivana kognitivna konceptualizacija omogućava terapeutu usmjeravanje na najvažnije probleme, disfunkcionalne misli i ponašanja u svakoj seansi. U ovoj knjizi opisano je i planiranje tretmana unutar seansi.

Građenje terapijskog saveza

Kako bi se potpuno angažirali, većina pacijenata ima potrebu vidjeti i osjetiti da su njihovi terapeuti brižni, puni razumijevanja i stručni. Može se dogoditi da pacijenti reagiraju negativno, npr. postanu sumnjičavi u terapeutove motive čak kad oni i pokazuju sve navedene karakteristike. Ponekad terapeuti trebaju mijenjati svoje stilove, postajati više ili manje empatični, strukturirani, didaktični, konfrontirajući, samootkrivajući ili humoristični. Autonomni pacijent može npr. htjeti od svog tera-

peuta da bude poslovan i blago distanciran, za razliku od sociotropnog pacijenta koji može bolje reagirati ako mu je terapeut topao i prijateljski nastrojen (Leahy, 2001.). Sposobnost uočavanja, konceptualizacije i prevladavanja teškoća u terapijskom odnosu ključna je za napredovanje pacijenata – a može im pomoći i u poboljšavanju drugih odnosa kao što je opisano u poglavljima 4. i 5.

Postavljanje specifičnih ponašajnih ciljeva

Za terapeute je osobito važno voditi pacijente u identificiranju specifičnih ciljeva koje bi oni htjeli ostvariti u tijeku terapije. Mnogi pacijenti na samom početku izjavljuju kako bi se htjeli osjećati sretnije ili manje uznemireno. Takvi dugoročni ciljevi su preširoki da bi se na njima moglo raditi i ostvariti ih. Terapeuti često pitaju pacijente što bi oni *radili drugačije* kad bi bili sretniji; ponašanja koja tada nude, u biti su kratkoročni ciljevi na kojima treba raditi u svakoj seansi.

Korištenje osnovnih strategija

Jako je važno pacijente angažirati u temeljnom terapijskom zadatku: identificiranju i odgovaranju na njihove automatske misli, izvršavanju domaćih zadaća, planiranju aktivnosti (ovaj zadatak je posebno važan za depresivne pacijente), te izlaganju situacijama koje su zastrašujuće (ovaj zadatak je posebno važan za pacijente s anksioznim poremećajima). Terapeuti čiji se pacijenti snažno opiru izvršavanju ovih zadataka mogu odustati od njih i umjesto toga pokušati pregovarati s pacijentima o poboljšanju međusobnog odnosa ili pokušati pomoći svojim pacijentima u odgovaranju na njihove združene disfunkcionalne misli.

Korištenje naprednijih tehnika

Terapeuti često s pacijentima moraju koristiti niz različitih tehnika. Te tehnike su najčešće kognitivne, bihevioralne, tehnika rješavanja problema, podržavajuće ili interpersonalne. Neke tehnike su u prirodi emocionalne (učenje vještinama emocionalne kontrole za one pacijente sa snažnim reakcijama, ili pojačavanje uzbuđenja kod pacijenata koji imaju izbjegavajuće ponašanje). Neke su biološke (otklanjanje organskih uzroka simptoma, pomoć pacijentima u nošenju s popratnim učincima lijekova, ili s kroničnim bolestima). Neke su okolinske (pomoć zlostavljanom pacijentu u pronalaženju nove životne situacije). Neke su iskustvene (restrukturiranje značenja rane traume pomoću imaginacije). Neke su slične psihodinamskim (pomažanje pacijentima u ispravljanju iskrivljenog mišljenja o terapeutima).

Terapeuti često trebaju, na licu mjesta, smišljati nove tehnike kako bi se nosili s emocionalno snažno nabijenim vjerovanjima pacijenata ili, obratno, njihovim

izbjegavanjem emocionalno nabijenog sadržaja (Newman, 1991; Wells, 2000). Ne-standardne tehnike su ponekad ključne, npr. za održavanje snažnog terapijskog saveza ili kod pomaganja pacijentu u postizanju emocionalne ili unutarnje promjene u vjerovanju.

Procjenjivanje učinkovitosti intervencija i terapije

Kako bi se mogao izmjeriti napredak i planirati tretman u samoj seansi i kroz više seansi, jako je važno provoditi provjeru raspoloženja na početku svake seanse (J. Beck, 1995) koristeći se standardiziranim skalama poput Beckove skale depresivnosti (Beck, Ward, Mendelson, Mock i Erbaugh, 1961) ili Beckov upitnik za mlade (J. Beck i Jolly, 2000) Također je važno procijeniti napredak za vrijeme same seanse. Moguće je koristiti se standardnim tehnikama poput traženja od pacijenata da periodično rezimiraju ili provjeravanja stupnja negativnih emocija kod pacijenata *prije* i *nakon* razgovora o problemu (kao npr. i stupnja vjerovanja u svoje disfunkcionalne misli).

Promjena u samoj terapijskoj seansi je beznačajna ako se pacijenti vraćaju svojim negativnim mislima i raspoloženjima nakon završetka seanse i/ili ako ne uspiju napraviti potrebne ponašajne promjene između dviju seansi. U samoj procjeni tijekom terapijske seanse važno je odrediti što je to što doprinosi napredovanju pacijenta. Za mnoge pacijente opisane u ovoj knjizi napredak je bio prilično spor, s povremenim pogoršanjima.

SAŽETAK

Dio umijeća u vođenju kognitivne terapije leži u identificiranju problema u tretmanu, procjenjivanju težine problema i u određivanju izvora problema. Teškoće mogu biti uvjetovane vanjskim čimbenicima (nepovoljna okolina), čimbenicima prisutnim u tretmanu (nedovoljna razina zainteresiranosti), terapeutovom pogreškom (netočna primjena tehnika), i/ili pacijentovom patologijom (duboko ukorijenjena vjerovanja). Ponekad je potrebno, kako bi se postavila adekvatna dijagnoza problema, tražiti superviziju ili konzultirati se s kolegama. U ovoj knjizi prikazana su kreativna rješenja za neke tipične teškoće. Sljedeće poglavlje koje govori o kognitivnoj konceptualizaciji daje temelj za razumijevanje zbog čega nastaju problemi vezani uz pacijentovu patologiju.