

Doris ADAMČIČ PAVLOVIČ\* Ana OŽURA\*\*

**Potek kognitivno-vedenjske terapije****Process of Cognitive-Behavioral Therapy****Povzetek**

Kognitivno-vedenjska terapija se osredotoča na problematična prepričanja in vedenja, ki imajo pomembno vlogo v razvoju in vzdrževanju psiholoških težav. Skozi pacientu in terapevtu razumljiv proces poskuša biti čimbolj učinkovita in uspešna. Gre za strukturirano obliko terapije, ki ponavadi sledi standardnemu zaporedju dogodkov, ki si sledijo od procesa ocenjevanja in definiranja problemov, na katere se bo usmerila obravnava, socializacije v kognitivni model, ustvarjanja načrta za obravnavo, izvajanja programa obravnave in zaključevanja obravnave. Pomembno je vzpostaviti in tekom terapije vzdrževati močno terapevtsko zvezo s pacientom in hkrati ves čas skušati razumeti težave našega pacienta ter način, kako naj bodo obravnane (konceptualizacija primera). Nadalje pacienta učimo kognitivno-vedenjskih tehnik, ki so pomembno sredstvo, s katerimi si lahko pomaga pri spoprijemanju s svojimi čustvenimi problemi ob stresnih dogodkih in vsakodnevnih težavah. Omogočajo mu spremembo načina mišljenja in reagiranja, s tem pa zmanjšajo čustveno napetost.

Tudi posamezna srečanja so običajno strukturirana in vsebujejo kratek pregled prejšnjega srečanja, razpoloženja, domače naloge, kratkoročnih in dolgoročnih ciljev terapije, glavnih in tekočih problemov. V zadnji fazi terapije, se začne pacienta pripravljati na zaključek in preventivo simptomov ter preverjati njegove pridobljene sposobnosti soočanja. Vsaka oblika terapije vključuje tudi proces supervizije, ki terapevta uči, kako reševati težave, ki nastopijo v terapiji, in kako upoštevati etični kodeks kot vodilo pri delu in razreševanju etičnih dilem.

**Ključne besede**

Kognitivno-vedenjska terapija, faze, terapevtska zveza, konceptualizacija primera.

**Abstract**

Cognitive-behavioral therapy is focused on problematic assumptions and behaviors which have an important role in development and maintenance of psychological problems. Through the process which is understandable and clear to patient and therapist, it tries to be effective and successful as much as possible. Cognitive-behavioral therapy is a structured form of psychotherapy which usually follows standardize sequences of events, which goes from process of evolution and definition of problems to which treatment will be focused, through socialization into cognitive model, creating a treatment plan, implementation of the treatment program and finishing of treatment. It is important to establish and through out the treatment maintain strong therapeutic alians with the patient and all the time understand patient's problems and ways of how to treat them (case conceptualization). Further more, we teach the patient cognitive-behavioral techniques, which are an important mean with which one can help oneself to deal with emotional problems at stressful events and everyday problems. They allow changing the way of thinking and reactions and with that they reduce emotional stress. Certain meetings are usually structured and contain short summary of earlier meeting, feelings, homework, short term and long term aims of therapy, main and current problems. When the therapy reaches the last phase, we start to prepare the patient to the end of therapy and for prevention of symptoms and to check one's obtained possibilities of coping. Each form of therapy includes also a supervision process which teaches the therapist how to solve problems which are emphasized during the therapy and how to take into consideration also ethical codex which guides therapeutical work and solves ethical dilemmas.

**Key words:**

Cognitive-behavioral therapy, phases, therapeutic alliance, case conceptualization.

\*DORIS ADAMČIČ PAVLOVIČ; PSIHIATRIČNA KLINIKA LJUBLJANA, LJUBLJANA, SLOVENIJA; DORIS.ADAMCIC@PSIH-KLINIKA-SI

\*\*ANA OŽURA; UNIVERZITETNI KLINIČNI CENTER, NEVROLOŠKA KLINIKA, LJUBLJANA, SLOVENIJA; ANA.OZURA@KCLJ.SI

## Faze v psihoterapevtskem procesu pri kognitivno-vedenjski terapiji

Da bi razumeli proces psihoterapije v kognitivno-vedenjski terapiji (v nadaljevanju KVT), se moramo vprašati, kaj želimo doseči tekom terapije. Glavni cilj kognitivne terapije je narediti terapevtski proces čimbolj razumljiv za pacienta in terapevta, da bi bila terapija čimbolj učinkovita in uspešna. Terapevt se poslužuje jasnega jezika, prilagojenega pacientovi stopnji razumevanja. Ves čas terapije imamo v glavi: »Kaj je glavni problem, kaj poskušam doseči?«, da bi bila terapija čimbolj usmerjena v pravo smer.

Kognitivno-vedenjski raziskovalci in kliniki so dopolnili modele za razumevanje specifičnih motenj in težav. Ti modeli nam služijo kot načrt za izvajanje terapije. Terapevtu in pacientu pomagajo razumeti, kako se pojavljajo različni simptomi, in nakažejo spremembe, ki so potrebne za redukcijo simptomov. Vrsta kognitivne terapije je odvisna od vrste motnje.

Kognitivno-vedenjski pristop se osredotoča na problematična prepričanja in vedenja, ki imajo pomembno vlogo v razvoju in vzdrževanju psiholoških težav. Pacienta poučimo o njegovi motnji, razlogih zanjo, kako je nastala in se razvijala, s kakšnimi mehanizmi jo sam vzdržuje in s kakšnimi jo odpravlja.

Pri delu s pacienti ponavadi sledimo standardnemu zaporedju dogodkov (Ledley Roth, Marx, Heimberg, 2005):

- a) pacienta usmerjamo v proces ocenjevanja in obravnave,
- b) izvedemo ocenjevanje in definiramo problem oziroma probleme, na katere se bo usmerila obravnava,
- c) ustvarimo načrt za obravnavo,
- č) izvajamo program obravnave in
- d) zaključujemo obravnavo.

KVT ne napreduje brez dobrega vpogleda tekom obravnave. Za napredek sta ključni dve spretnosti v uravnavanju procesa, da bo terapija učinkovita. Vzpostaviti in vzdrževati moramo močno terapevtsko zvezo s pacientom in hkrati ves čas skušati razumeti njegove težave ter način, kako naj bodo obravnavane. Tej drugi spretnosti rečemo tudi konceptualizacija primera.

## Terapevtska zveza

Kakovost odnosa med terapevtom in pacientom je pomembna za učinkovitost obravnave pri različnih terapevtskih pristopih. V KVT oblikujeta pacient in terapevt odnos enakovrednih sodelavcev, ki sta močna na različnih področjih. Terapevt je tisti, ki obvlada razumevanje in obravnavo psiholoških problemov, medtem ko se pacient spozna na specifične težave, ki jih doživlja (Ledley Roth idr., 2005). Pacient ni bolan ali nenormalen. Nasprotno, njegove težave postanejo smiselne v kontekstu naučenih disfunkcionalnih prepričanj in vedenj.

Individualne razlike v pacientovih pričakovanjih do terapevtskega odnosa so odvisne od več medsebojno prepletajočih se faktorjev: od temperamenta, resnosti bolezenskih simptomov, inteligence, sociokulturnih vplivov, prejšnjih izkušenj s terapijo, socialnih veščin in bazičnih prepričanj.

Beck s sodelavci (1979; v Adamčič Pavlovič, 2007) razlaga, da terapevtsko delovno zvezo sestavljajo:

1. terapevtove značilnosti (pristen, sprejemajoč, topel, empatičen);

2. terapevtske interakcije (bazično zaupanje, pomembnost zveze);
3. terapevtsko sodelovanje (dobiti osnovne podatke, bazične predpostavke);
4. transferne in kontratransferne reakcije.

Pomembno je zagotoviti, da sta v procesu obravnave aktivna tako terapevt kot pacient. Zato ponavadi tekom KVT-obravnave polovico časa govori terapevt in polovico pacient. Gre torej za aktivno udeleževanje in pogajanje, vloga terapevta pri sodelovanju ni le v tem, da se vedno strinja s pacientom. Seveda pa so določena področja intervencij, pri katerih pogajanje ni mogoče, saj je njihovo izvajanje bistveno za učinkovitost obravnave.

Del sodelovanja je tudi koncept deljenja odgovornosti, kar je potrebno izpostaviti že na začetku obravnave. Da bi bila obravnava lahko učinkovita, je potrebno opredeliti vedenja, ki so pričakovana na obeh straneh. Ta so: udeleževati se srečanj kot je bilo dogovorjeno (ponavadi tedensko), prihajati na srečanja točno, opravljati domačo nalogo, načrtovati, kako učinkovito uporabiti čas tekom srečanja (Kinsella, Garland, 2008).

Bistveno pri terapevtski zvezi je stalno zavedanje, da (Adamčič Pavlovič, 2007):

- terapevtski odnos in terapevtske tehnike niso nekaj ločenega, temveč so integrirane v vsak terapevtski proces;
- je kakovost pacientovega sodelovanja ključna za izid terapije;
- terapevtov topel, empatičen odnos igra pomembno vlogo pri ustvarjanju učinkovite zveze, ki povratno vpliva na pacientovo sodelovanje;
- stopnja pozitivne komplementarnosti med terapevtom in pacientom igra na področjih kontrole in zavezanosti pomembno vlogo.

### Konceptualizacija primera

Terapevtova naloga je, da težave diagnostično opredeli in jih začne konceptualizirati v kognitivni model. Konceptualizacija primera je v svoji osnovi delovna hipoteza o tem, kako lahko specifične pacientove težave razumemo skozi kognitivno-vedenjski model. Tako kot razvijamo naš odnos s pacientom, je tudi konceptualizacija nekaj, kar uporabljamo tekom celotnega procesa ocenjevanja in obravnave vsakega pacienta.

Kognitivni model uma opisuje tri nivoje kognicije – bazična prepričanja, predpostavke in misli (Grant, Mills, Mulhern, Short, 2004). Na najvišjem nivoju so misli, kar vključuje tudi negativne avtomatske misli, ki so najbolj dostopne toku zavesti in zato fokus številnih KVT-intervencij. Naslednje raven predstavljajo bolj splošne predpostavke, ki jim pravimo tudi pravila za življenje. Povezane so z vzorci odzivanja in načini reagiranja nase, na druge ljudi in na svet. Ponavadi se jih trdno držimo in jih uporabljamo v vseh situacijah. Primer takšnega pravila je: »Če ne naredim vsega 100 %, sem nesposobna«, kar lahko vodi v perfecionizem. Najgloblji nivo pa predstavljajo bazična prepričanja ali sheme, ki jih imamo o ljudeh, svetu in nas samih. So najmanj dostopna zavesti in izhajajo iz naših zgodnjih izkušenj.

V fazi ocenjevanja in zbiranja podatkov skušamo oblikovati diagnostični profil, opredeliti pacientove pretekle in trenutne probleme, oceniti njegove vire in omejitve v terapiji, raziskati družinsko dinamiko ali odnose in pacientove načine spoprijemanja, ugotoviti njegovo izobrazbeno in poklicno pot ter opredeliti nivo samospoštovanja in lastne vrednosti (Ledley Roth idr., 2005). Zato začnemo od prvega srečanja ustvarjati konceptualizacijo, ki nam bo predstavljala ogrodje terapije. V to ogrodje polnimo podatke iz življenja pacienta: kateri stresorji so privedli k psihič

nim problemom, katere zgodnje izkušnje in učenja, katere disfunkcionalne misli in verovanja so z njimi povezana, katere so osnovne misli, prepričanja, pričakovanja, stališča. Kognitivno-vedenjska teorija nam pomaga organizirati vse te informacije, razvijati hipoteze glede dejavnikov, ki vzdržujejo pacientove trenutne psihološke težave in oblikovati načrt obravnave.

Pri tem so uporabna vprašanja: Kaj so vaši trenutni problemi? Kateri izmed teh problemov vas najbolj skrbi in zakaj? Kako ste se sprijemali s težavami? Kaj vam je pomagalo in kaj vam je škodilo? Kako bi opisali sami sebe? Kako bi vas opisal najboljši prijatelj?

Podatke, ki jih pridobimo, lahko sproti razvrščamo v šest kategorij (Lam, 2008): osnovne informacije, trenutni problem in funkcioniranje, psihiatrične diagnoze, družinska dinamika in odnosi, profil razvoja. Pridobimo konsistenten vzorec pacientovih iracionalnih misli in čustev. Z zbranimi podatki nato oblikujemo hipoteze o razlogih za razvoj težav in psihološkega distresa ter o psiholoških in socialnih mehanizmih, ki jih vzdržujejo in poslabšujejo. Te hipoteze nato predstavljajo osnovo za terapevtsko in pacientovo skupno razumevanje njegovih trenutnih težav. Skupaj razvijeta načrt obravnave, s katerim se bodo hipoteze ocenile in preverile. Ocenjevanje in preverjanje hipotez poteka s pomočjo različnih tehnik in testov, ki omogočajo pridobivanje dokazov, ki govorijo v prid ali proti njim.

Poleg terapevtske zaveze in konceptualizacije primera so bistvene komponente kognitivno-vedenjske terapije namreč tudi struktura, socializacija, kognitivno-vedenjske tehnike in normalizacija (Lam, 2008).

### **Struktura**

Običajno so srečanja strukturirana in vsebujejo: kratek pregled prejšnjega srečanja, razpoloženja, domače naloge, kratkoročnih in dolgoročnih ciljev terapije, glavne, tekoče probleme. Strukturiranost je ena izmed osnovnih lastnosti kognitivno-vedenjske terapije. Je osnova za razvoj terapevtske zveze ter terapevtu in pacientu omogoča občutek osredotočenosti in smeri. Strukturo oblikujemo s pomočjo osnovnih elementov, kot so dnevni red, identifikacija problemov, preverjanje domače naloge in dajanje povratnih informacij.

Glede na to, da je struktura v kognitivno-vedenjski terapiji prisotna od prvega srečanja, tekom obravnave in do preprečevanja poslabšanja, lahko predvidimo, koliko časa bomo porabili za posamezne faze (v Kinsella, Garland, 2008):

- ocenjevanje problemov (1–3 srečanja po eno uro);
- zastavljanje problemov in ciljev (1–2-krat tedensko, enourna srečanja);
- ugotavljanje psihološkega smisla problemov (tekom celotne obravnave);
- KVT-intervencije (6–15-krat mesečno, enourna srečanja);
- prevenција relapsa (2–5-krat na dva tedna, enourna srečanja);
- prehod v sledenje (2–5 srečanj po 1, 3, 6, 12 mesecih, 30–60-minutna srečanja)

Ko se s pacientom odločimo za KVT-obravnavo, se dogovorimo glede specifične pogodbe obravnave. V povprečju pogodba za probleme zmerne težavnosti (npr. akutna depresija) obsega od osem do petnajst srečanj, čemur je potrebno dodati še začetno ocenjevanje in sledenje (Kinsella, Garland, 2008). Vendar pa lahko za probleme blažje stopnje težavnosti (npr. panična motnja brez agorafobije) zahteva le tri srečanja. Po drugi strani pa težji problemi (npr. obsesivno-kompulzivna motnja) zahtevajo po 25 ali več srečanj.

V nekaterih primerih, ko nismo prepričani, ali ima pacient dovolj virov za spoprijemanje s problemi po KVT-principih, se lahko odločimo za poskusno obravnavo. Ta bo tipično zajemala od štiri do osem srečanj. Pomembno je, da pogodbo na srečanjih, namenjenih pregledu napredka, ponovno ocenimo in damo možnost, da se število srečanj poveča ali zmanjša glede na napredovanje obravnave. S tem sporočamo pacientu, da je terapija časovno omejena, ter da je v primeru odsotnosti napredka potrebno nekaj ukreniti.

### **Socializacija v kognitivni model**

Ko smo ljudje prizadeti, razburjeni ali prestrašeni, iščemo vzroke za naše čustveno stanje izven sebe. Okrivimo zunanje dogodke in druge ljudi. Menimo, da se ne bi počutili tako, če se določen dogodek ne bi zgodil. Prav ta logika pa onemogoča reševanje čustvenega problema. Pacientu razložimo kognitivno-vedenjski model, imenovan ABC (Lam, 2008). Pri tem pojmuje A kot aktivacijski dogodek ter C kot čustvene in vedenjske posledice oziroma reakcijo posameznika. Po tej teoriji A ne povzroči C. Pomemben je namreč B oziroma prepričanje – posameznikova interpretacija ali predpostavka o A. B (prepričanje) je v veliki meri odgovoren za C (reakcijo). Tako npr. pri izjavi »Javni nastopi me naredijo tesnobe« vemo, da niso javni nastopi (A) tisti, ki povzročajo tesnobo (C), temveč so pomembne interpretacije in predpostavke (B) o tem, kaj zanj pomeni javni nastop in potencialni neuspeh. Razumevanje modela ABC bo pacientu omogočilo, da bolje razume svoje čustvene in vedenjske probleme v luči neracionalne narave svojih misli in prepričanj. Pacienti potrebujejo pomoč pri apliciranju modela na svoje življenje in doživljanje, pri čemer lahko uporabimo konceptualizacijo primera. S tem razumevanjem lahko pričnejo delati na njih s pomočjo oblikovanja bolj prilagojenih in uporabnih stališč do ljudi in do situacij.

### **Tehnike**

Kognitivno-vedenjske tehnike so pomembno sredstvo, s katerim si lahko pacient pomaga pri spoprijemanju s svojimi čustvenimi problemi ob stresnih dogodkih in vsakodnevnih težavah. Tehnike omogočajo spremembo načina mišljenja in reagiranja, s tem pa zmanjšajo čustveno napetost ter povečajo samozaupanje in spretnosti za spoprijemanje.

Terapevt verbalno in neverbalno sporoča pacientu, da ga zanimajo njegovi problemi, da mu želi pomagati in ga učiti načinov in tehnik, s katerimi si bo pomagal sam. Kognitivna terapija poudarja, da človek hitreje napreduje, če razume svoje težave in sebe ter če je aktiven pri reševanju problemov. Priporoča mu, da si na srečanje prinese liste, zvezek, v katerega si beleži pomembne stvari, tako kot terapevt. Doma pa določene vaje, tehnike vadi in ponavlja ter beleži svoje aktivnosti. Vzpostavljati se začne partnerski delovni odnos, kjer oba delujeta za uresničevanje istih ciljev.

Pri načrtovanju terapije terapevt ves čas skrbi, da gre proces v pravo smer, da je osredotočen na glavne cilje. Ob intervencijah se sprašuje: »Kaj je glavni problem, kaj poskušam doseči, kako naj to čimbolj učinkovito naredim?« V mislih ima cilje v celoti, trenutne cilje, cilje tekočega srečanja.

### **Prvo srečanje**

Na prvem srečanju pacient pove svoje aktualne težave, probleme, zakaj je prišel, kaj bi rad dosegel, kaj pričakuje od terapije.

Terapevtovi cilji na prvem srečanju so:

- vzpostaviti zaupljiv odnos s pacientom,
- predstaviti kognitivno terapijo,
- poučiti pacienta o njegovi motnji in jo vključiti v kognitivni model,
- spoznati pacientova pričakovanja in jih korigirati,
- zbirati dodatne informacije za pripravo ciljev.

Struktura prvega ali drugih srečanj se spremeni, če je pacient v nevarnosti, bodisi samomorilen, psihotičen ali kako drugače v nevarnosti.

Pacient že na prvem srečanju spoznava, kaj lahko od terapije pričakuje, si odgovarja na bistvena vprašanja : »Ali mi lahko ta terapija pomaga? Ali jo lahko razumem? Bom zmogetak način dela? Je to preveč strukturirano in aktivno zame?« Globalno se seznanj s potekom posameznih srečanj in celotnega procesa terapije, kaj se od njega pričakuje, katere odgovornosti prevzema sam.

Terapevt pomaga klientu reševati problem, ga razumeva v terminih kognitivne terapije, mu pomaga iskati avtomatske misli, stališča, kako ta vplivajo na razpoloženje. Skupaj iščeta vzorce, kognitivne sheme iz preteklosti, ki vplivajo na sedanje težave. Od prvega srečanja dalje pa ves čas delujeta na preprečevanju poslabšanja bolezenskih težav.

### **Nadaljnja srečanja**

Nadaljnja srečanja imajo enako obliko, vsebina se spreminja v skladu s problemi, cilji. Sprva terapevt prevzema pobudo za določanje vsebin srečanj, pomaga pacientu identificirati in spreminjati avtomatske misli, določa domačo nalogo in naredi povzetek. Ko je pacient že udomačen v terapiji, prevzema vedno več iniciative glede vsebine srečanj, glede predlogov za domačo nalogo in sam ustvarja povzetke. Z napredovanjem obravnave naj bi pacient dobil vedno več odgovornosti za izvajanje dnevnega reda. Cilj uspešne terapije je, da naučimo pacienta spretnosti, s katerimi bo postal sam svoj terapevt. Močno terapevtsko zavezništvo je pomembno za doseg tega cilja. Na kognitivnem področju se pogloblja terapija iz prepoznavanja avtomatskih misli do prepoznavanja in modificiranja globljih shem, ki jih predstavljajo bazična prepričanja, stališča.

Struktura drugega in nadaljnjih srečanj je vse do faze zaključevanja terapije podobna in vsebuje:

- oceno razpoloženja,
- pregled prejšnjega srečanja,
- določitev dnevnega reda srečanja,
- pregled domače naloge,
- glavno temo,
- povzetek,
- bodočo domačo nalogo.

### **Pregled razpoloženja**

Pregled razpoloženja je običajno zelo kratek in združen s pregledom obdobja, ki je preteklo od zadnjega srečanja. Pacient se nauči izražati razpoloženje na ocenjevalni lestvici in tako lažje spremlja svoj napredek. Uporabimo vprašanja, kot so: »Kako ste bili razpoloženi v času od zadnjega srečanja? Koliko nadzora se vam zdi, da imate nad svojimi mislimi in vedenjem?« Pri

tem je potrebno uporabiti merilno lestvico, npr.: »Kako bi to ocenili na lestvici od 1 (zelo slabo) do 100 (zelo dobro)?« Ob tem tudi iščemo dokaze, ki podpirajo oceno dobrega ali slabega. Če smo močno zaskrbljeni glede razpoloženja ali občutka kontrole, lahko to uvrstimo na dnevni red za razgovor.

### **Pregled prejšnjega srečanja in določanje dnevnega reda**

Pregled prejšnjega srečanja omogoča terapevtu, da spozna, kako je pacient doživel in razumel srečanje, kaj se je naučil, kaj ga je motilo. Na ta način dobi terapevt pomembno povratno informacijo. Poleg tega ga s tem motivira, da razmišlja o srečanju ter si čimbolj zapomni obravnavane teme in rešitve, ga uči aktivnosti in odgovornosti za nadaljnji terapevtski proces.

Sestavljanje dnevnega reda vsebuje identifikacijo problemov in določanje prioritete, tako da se lahko posvetimo najpomembnejšim in težjim problemom. V prvih srečanjih ima večjo aktivno vlogo terapevt, kasneje pa pacient, ko se nauči osnovnih tehnik. Oblikovanje dnevnega reda je namreč skupen proces. Namen je, da se pacient nauči samopomoči, tako da si bo lahko pomagal tudi po končani terapiji. Dnevni red naj bi bil kratek, vseboval naj ne bi več kot šest točk.

Pomembno je, da se pacient in terapevt skupaj dogovorita, kako bosta speljala srečanje, kaj je trenutno najpomembnejše za pacienta. Dnevni red se po potrebi spremeni.

Nekaterim terapevtom se zdi uporaba dnevnih redov preveč poslovna, nenaravna in s tem škodljiva za terapevtsko zvezo. Vendar pa s tem, ko se skupaj lotimo določanja dnevnega reda, neposredno sporočamo, da je odgovornost za vsebino srečanja tako na terapevtu kot na pacientu. Tako se oblikuje temeljni kamen za terapevtski odnos sodelovanja v KVT. Tekom srečanja nato sledimo dnevnemu redu in ga s tem, da se držimo splošnih ciljev intervencije, uresničujemo. Prilagajanje dnevnega reda trenutnim razmeram omogoča, da se lotimo novih problemov. Določanje dnevnega reda zahteva spretnosti vljudnega prekinjanja pacienta, če je potrebno ponovno pogajanje in če moramo preusmeriti pozornost v srečanju na nove vsebine, ki zahtevajo takojšnjo pozornost.

### **Identifikacija problemov in določanje ciljev**

Uporaba seznama problemov je eden izmed bistvenih načinov za vzdrževanje strukturirane in osredotočene intervencije v KVT. Pri identifikaciji problemov preverimo razpoloženje, občutek kontrole in nadzor nad mislimi in vedenjem. Skušamo natančno definirati težave, ki se jih je potrebno lotiti, in cilje, ki bi jih bilo potrebno doseči, da bi problem rešili.

Ko smo določili probleme, je potrebno ugotoviti, kaj je pacientov cilj pri reševanju ugotovljenih problemov. Pri določanju ciljev je pomembno, da so ti realistični, dosegljivi in merljivi. Pacienti svoje cilje pogosto opisujejo na nedoločen način, kot je: »Da bi se počutil bolje« ali »Da bi bil bolj srečen«. Takrat jim moramo pomagati razmisliti o njihovih ciljnih povezavi s problemom. Velikokrat si lahko pomagamo tako, da cilj opredelimo na vedenjskem nivoju, in s tem dosežemo specifičnost in merljivost.

Identificiranje problemov in določanje ciljev pokažeta pacientu, kaj lahko pričakuje v terapiji in spodbuja upanje, da je sprememba možna. Prav tako pa pripravi pacienta na zaključevanje terapije, saj mu da vedeti, kdaj so cilji terapije doseženi.



## Domače naloge

Smisel domače naloge je, da se usmerimo na pacientove trenutne probleme, da gradimo na doseženem napredku in da se pacient pripravi na naslednje srečanje (npr. preberite si članek o panični motnji). Dokazano je, da tisti pacienti, ki delajo domače naloge, hitreje napredujejo od tistih, ki jih ne delajo (Neimeyer, Feixas, 1990). Pregled nalog okrepi prepričanje, da so pomembne, in jih zato še naprej izvajajo. Če se naloge ne pregledujejo redno, jih tudi pacient začne opuščati, saj se mu zdi, da niso tako pomembne. Čas pregleda je različen, včasih nekaj minut, včasih pa lahko tudi uro. Izkušen terapevt lahko pregledovanje naloge združi z ostalimi temami srečanja.

Zastavljanje domače naloge je proces, v katerem sodelujemo. Ko terapevt vpraša pacienta, s katero temo bi želel začeti, mu predaja več odgovornosti in aktivnosti. To daje pacientu občutek kontrole.

Pri preverjanju domače naloge nato lahko ocenimo pacientov napredek. Težave, ki se pojavijo, lahko uvrstimo na dnevni red. Pomembno je, da zna terapevt umestiti naloge v cilje terapije in da vedno znova povzema njihov namen in funkcijo. Torej stalno ponavlja, kaj se dela, zakaj je to dobro, kam to vodi. Povzetek naj bo jasen, jedrnat in naj vztrajno krepí kognitivni model razumevanja.

Pacienti pogosto povedo, da svojim novim naučenim odzivom na negativne misli verjamejo le intelektualno in ne čustveno (Neenan, Dryden, 2004). Domače naloge pomagajo pacientu preveriti in okrepiti novo prepričanje ter omajati staro. Učinkovitost KVT-intervencije je odvisna od tega, do kakšne stopnje bo pacient zmožen uporabljati psihološko razumevanje in praktične spretnosti, ki smo se jih učili tekom srečanj pri reševanju problemov v vsakdanjem življenju. Domače naloge spodbujajo ta transfer spretnosti ter omogočajo generalizacijo in vzdrževanje kognitivnih in vedenjskih tehnik za dolgotrajno učinkovitost KVT (Kinsella, Garland, 2008).

## Povzetek

Povzetek na koncu srečanja omogoča osvežiti dogajanje tekom srečanja. Povzamemo področja, o katerih smo govorili, kako se ta nanašajo na pacienta in kaj smo se ob tem naučili o zmanjševanju problema ter potrebnih nadaljnjih ukrepih. Pacient lahko prevzame odgovornost za povzemanje in si s tem pomaga urediti že naučeno. Lahko ga tudi spodbudimo, da si oblikuje kratke zapiske (zapiše si nekaj osnovnih točk) o tem, kaj se je naučil na današnjem srečanju.

Pomembne so torej tudi periodične povratne informacije, s katerimi lahko vzdržujemo napredek in razrešimo morebitne nesporazume, kolikor hitro je mogoče. Uporabna vprašanja so: »Kakšne zaključke lahko naredite na podlagi tega? Ali je v zvezi s tem kaj takega, zaradi česar vam je neprijetno ali vas vznemirja?«

## Zaključevanje

Že v prvem srečanju začne terapevt s pripravo pacienta na možna nihanja in poslabšanja stanja ter na zaključek terapije. Preventiva pred recidivom poteka skozi celo terapijo. Pri tem je velikega pomena razreševanje pacientovih pričakovanj glede napredka. Kaj za njega pomeni izboljšanje, sprejemanje možnega poslabšanja kot sestavni del napredka, koliko časa namenja temu cilju. Pacienta je potrebno učiti, kako identificirati in se spoprijeti s simptomi recidiva. Zgodnja



identifikacija je ključna za kontroliranje recidiva (Antony, Roth - Ledley, Heimberg, 2005). Ko se terapija prevesi v končno fazo, se začne pripravljati pacienta na konec in ponovno preventivo simptomov, ob tem pa se testira pacientove pridobljene sposobnosti soočanja. Postopoma se srečanja redčijo, od enkrat na štirinajst dni, nato na tri tedne in nato na mesec dni. Po zaključku terapije se pacienti lahko oglašajo na postterapevtska srečanja »booster session« po približno treh, šestih, dvanajstih mesecih (Beck, 1995). Pacient in terapevt skušata skupaj predvideti težave, ki bi se lahko pojavile v naslednjih tednih ali mesecih. Nato oblikujeta načrt obravnave teh težav. Nekateri ljudje sprejmejo zaključevanje brez problemov, drugi postanejo bolj anksiozni. Pacientu vedenje, da bo imel srečanja tudi po zaključku terapije, omogoča zmanjšanje anksioznosti glede svoje zmožnosti za vzdrževanje napredka. Postterapevtska srečanja omogočajo terapevtu, da preveri, ali se se ponovno pojavile disfunkcionalne strategije.

## Supervizija

Do zdaj smo opisali potek KVT od začetnega pridobivanja informacij, obravnave do zaključevanja. Vsaka terapija pa vključuje tudi proces supervizije, ki je ključen za pridobivanje spretnosti v konceptualizaciji primerov, diferencialni diagnostiki in izvajanju obravnave. Supervizor lahko terapevtom, ki še niso povsem samostojni in neodvisno kompetentni, daje podporo in povratne informacije med procesom obravnave.

Cilj supervizije je, da se terapevt nauči spretnosti, ki so potrebne za opravljanje psiholoških služb (Ledley Roth idr., 2005). Poleg tega je to tudi nujna stopnja za zaključek programa usposabljanja in pridobivanje licence. Terapevti, ki se učijo, si morajo zagotoviti dovolj ur supervizije potrebne vrste, da zadovoljijo kriterijem za licenco. Pri tem je pomembna tudi usposobljenost supervizorja, ki mora biti ustrezno kvalificiran.

Poleg tega, da se terapevt v superviziji uči, kako opravljati ocenjevanje in terapijo, se uči tudi, kako biti klinik. Supervizor uči terapevte učence, kako reševati težave, ki nastopijo v terapiji, in kako upoštevati etični kodeks kot vodilo pri delu in razreševanju etičnih dilem. Poleg tega se od supervizorjev pričakuje, da bodo ocenili delo svojih učencev. Gre za tekoč proces, ki se dogaja tekom supervizorskega odnosa, podobno kot se tekom terapevtskega odnosa oblikuje konceptualizacija primera. Ob tem procesu je potrebno stalno odzivanje z informacijami, s pomočjo katerih lahko učenec uvaja spremembe do naslednjega supervizijskega srečanja.

Supervizorji so zakonsko in etično odgovorni za škodo, ki bi jo povzročil učenec pod njihovo supervizijo (Ledley Roth idr., 2005). Njihova morda najpomembnejša vloga je namreč zagotoviti dobro pacienta. Poleg tega supervizorji pogosto opravljajo tudi vlogo mentorjev in ob tem pomagajo učencem pri načrtovanju njihove karijerne poti, zaželenega načina supervizije, pa tudi pri pridobivanju novih spretnosti, ki jim bodo omogočile, da bodo morda sami postali supervizorji v prihodnosti. Zato nekateri supervizorji dovolijo naprednim učencem, da supervizirajo nove učence.

Vloga učenca terapevta v procesu supervizije pa je, da svojim pacientom omogoči kar najboljšo obravnavo. To lahko doseže tako, da se vnaprej dobro pripravijo na svoje delo s pacienti. Pomembno je tudi, da se držijo etičnih in zakonskih standardov in da se zavedajo osebnih vidikov, ki bi lahko negativno vplivali na njihovo delo s pacienti. Učenec mora biti zato dobro pripravljen za supervizijska srečanja, biti odprt za povratne informacije in izvesti spremembe, kadar je to potrebno.

Vprašamo se lahko tudi, ali kognitivno-vedenjski terapevti sami uporabljajo kognitivno terapijo, kadar se srečajo s težavami znotraj ali izven terapije. Izkušnje supervizorjev kažejo, da nekateri posamezniki ne želijo ali ne znajo uporabljati kognitivne terapije pri sebi (Neenan, Dryden, 2004). Stališče, da je to nekaj, kar se uporablja pri pacientih, lahko vodi v delo, za katerim ni iskrenega prepričanja. Nadalje lahko vodi v pomanjkljivo razumevanje težav, ki jih imajo pacienti pri vnašanju kognitivnih spretnosti v vsakdanje življenje. Pogosto ima terapevt stališče, da ve že vse o kognitivni terapiji in želi spoznati nekaj novega, zato se v lastni terapiji odloči za drugačen pristop, npr. za psihodinamsko terapijo.

Pri izbiri supervizorja naj bi bil najpomembnejši faktor tip izkušenj, ki jih želimo pridobiti (Ledley - Roth idr., 2005). V splošnem naj bi našli nekoga, ki je dober učitelj, ima čas za svoje učence in upošteva meje. Pomembno je, s kakšno populacijo želimo delati (otroci, mladostniki, odrasli), na katerem področju (npr. odvisnostne motnje ali zakonska terapija) in kje jih bomo uporabljali (v bolnici, zaporu, šoli ...). Potrebno je izbrati supervizorja, ki nam bo lahko pomagal pridobiti te izkušnje. Nekateri posamezniki želijo pridobiti širše izkušnje, ki vključujejo tudi psihodinamične, interpersonalne ali na čustva usmerjene terapije. Supervizor naj bi poznali izbrano orientacijo in znanstveno osnovo tehnik obravnave.

## Literatura

- Adamčič Pavlovič, D. (2004). *Terapevtska delovna zveza v vedenjsko kognitivni psihoterapiji*. V Agresivnost (str. 315-323). 8. Bregantovi dnevi. Ljubljana: Združenje psihoterapevtov Slovenije
- Antony, M. M., Roth Ledley, D., Heimberg, R. G. (2005). *Improving Outcomes and Preventing Relapse in Cognitive-Behavioral Therapy*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A., Shaw, B. in Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics And Beyond*. New York: The Guilford Press.
- Grant, A., Mills, J., Mulhern, R., Short, N. (2004). *Cognitive Behavioural Therapy in Mental Health Care*. London: Sage Publications.
- Kinsella, P., Garland, A. (2008). *Cognitive Behavioural Therapy for Mental Health Workers: A Beginner's Guide*. New York: Routledge.
- Lam, D. C. K. (2008). *Cognitive Behaviour Therapy: A Practical Guide to Helping People Take Control*. New York: Routledge.
- Ledley - Roth, D., Marx, B. P., Heimberg, R. G. (2005). *Making Cognitive-Behavioral Therapy Work: Clinical Process for New Practitioners*. New York: The Guilford Press.
- Neenan, M., Dryden, W. (2004). *Cognitive Therapy 100 key points and techniques*. East Sussex: Brunner-Routledge.
- Neimeyer, R. A., Feixas, G. (1990). *The role of homework and skill acquisition in the outcome of group cognitive therapy for depression*. Behavior Therapy, 21, 281–292.