

**ZÁKLADY BEHAVIORÁLNEJ TERAPIE**  
**(česko-slovenské vydanie)**

**Douglas Murdoch**  
**Philip Barker**

<b>PŘEDMLUVA</b>	<b>4</b>
<b>ÚVOD</b>	<b>5</b>
<b>CO JE A CO NENÍ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE</b>	<b>6</b>
Čím je behaviorální terapie jedinečná?	7
Co je to behaviorální terapie?	8
Důraz na vědeckost v behaviorální terapii	9
Čím se behaviorální terapie liší od běžného života?	11
Vývoj behaviorální terapie	12
<b>MODELY V BEHAVIORÁLNÍ TERAPII</b>	<b>12</b>
Klasické podmiňování	13
Operantní podmiňování	14
Sociální učení čili kognitivně-behaviorální terapie	15
Ucelený model	16
<b>NĚKTERÉ ZÁKLADNÍ ASPEKTY CHOVÁNÍ</b>	<b>17</b>
Chování	18
Tři modalit chování	18
Dimenze modalit chování	19
Topografie chování	19
Repertoár chování	20
Nedostatek dovednosti versus nedostatek v provedení	21
<b>ZHĚNA CHOVÁNÍ</b>	<b>22</b>
Osvojení si nového chování	22
Pozitivní a negativní zpevnění	22
Rozvíjení chování	25
Formování čili postupné přibližování	25
Modelování čili učení podle vzoru	26
Instrukce	27
Křivky učení versus učení typu "všechno nebo nic"	27
Náhled a řešení problémů	28
Nápověda	28
Řetězení	28
Zpevnění existujícího chování	29
Schémata zpevňování chování	30
Kombinovaná schémata zpevňování chování	32
Odstraňování chování	33
Potrestání: udělením trestu a pokutou za nevhodné chování	33
Jiné způsoby odstraňování problémového chování	36
Mnohočetné cíle	38
<b>KOGNITIVNÍ PROCESY</b>	<b>39</b>
Učení pomocí kognitivních procesů	39
Role kognitivních procesů	40
Paměť	41
Rozlišující pozornost	42
Vývoj kognitivní terapie	42
Základní předpoklady	43
Úloha kognitivních faktorů	43
<b>KOGNITIVNÍ PROCESY: ZÁKLADNÍ POJMY</b>	<b>44</b>
Vyšetření kognitivních procesů	45

Prisuzování	46
Prisuzování a mezilidské vztahy	48
Očekávání	48
Odhad vlastní zdatnosti	49
Chyby ve zpracování informací	49
<b>Kognitivní styl: schémata a přesvědčení</b>	<b>50</b>
<b>Představitost</b>	<b>51</b>
<b>Sebeinstrukční terapie</b>	<b>52</b>
<b>Řešení problémů</b>	<b>53</b>
<b>Jednotlivé teorie učení se navzájem nevylučují</b>	<b>54</b>
<b>BEHAVIORALNÍ FORMULACE</b>	<b>54</b>
<b>Klíčové pojmy</b>	<b>55</b>
Behaviorální přebytek	55
Nedostatek dovednosti	56
Behaviorální nedostatky	57
Konflikty	58
Gradients	59
Porucha diskriminačního učení	60
<b>POSTUP V BEHAVIORÁLNÍ TERAPII</b>	<b>62</b>
<b>Vyšetřovací postupy</b>	<b>64</b>
<b>Výchozí hodnoty</b>	<b>65</b>
<b>Fáze léčebná</b>	<b>68</b>
<b>Souhrn</b>	<b>68</b>
<b>BEHAVIORÁLNÁ TERAPIA U ÚZKOSTNÝCH PORÚCH A DEPRESIE</b>	<b>70</b>
<b>Anxieta a poruchy majúce vzťah k stresu.</b>	<b>70</b>
Kognitívno-behaviorálne intervencie	73
<b>Depresia</b>	<b>75</b>
Komponenty	75
Kognitívno-behaviorálne intervencie	76
<b>Ďalšia literatúra</b>	<b>77</b>
<b>BEHAVIORÁLNÁ LIEČBA TOXIKOMÁNIÍ</b>	<b>77</b>
Časti	78
Kognitívno-behaviorálne intervencie	79
<b>Doporučené čítanie</b>	<b>81</b>
<b>PORUCHY SPRÁVANIA</b>	<b>81</b>
Komponenty	81
Kognitívno-behaviorálne intervencie	83
<b>Miesto formálnej diagnózy.</b>	<b>85</b>
<b>Ďalšie čítanie</b>	<b>85</b>
<b>BEHAVIORÁLNÁ TERAPIA A INTERAKČNÉ PROBLÉMY</b>	<b>85</b>
<b>Behaviorálna terapia a rodinná jednotka</b>	<b>86</b>
Behaviorálna manželská terapia	86
Behaviorálna rodinná terapia	87
<b>Poruchy sexuálnej funkcie</b>	<b>88</b>
<b>Poruchy sexuálneho vývoja</b>	<b>89</b>
<b>Behaviorálna terapia a iné interpersonálne situácie</b>	<b>91</b>
<b>BEHAVIORÁLNÝ PRÍSTUP V INÝCH OBLASTIACH MEDICÍNY</b>	<b>93</b>
<b>Pacient ako ten, kto rozhoduje</b>	<b>95</b>
<b>Ďalšie čítanie</b>	<b>96</b>
<b>BEHAVIORÁLNÁ TERAPIA A CHRONICKÉ STAVY</b>	<b>96</b>
<b>Terapia s chronickými psychiatrickými pacientami</b>	<b>96</b>

Behaviorálne prístupy k mentálne zaostalým	98
Autistické dieťa	99
<b>FILOSOFICKÉ A ETICKÉ PROBLÉMY BEHAVIORÁLNI TERAPIE</b>	<b>100</b>
Otázka kontroly	100
Determinismus nebo svobodná vůle	101
Reciprocita	102
Protikontrola	102
Behaviorální terapie a moc	103
"Přání" nebo důsledky	104
Behaviorální terapie a humanismus	104
Otázka "svobody"	104
Zodpovědnost	106
Svoboda na základě vědomosti	106
Použití averzivních technik	106
Profesionální otázky	107
<b>SOUČASNÝ STAV A BUDOUCNOST BEHAVIORÁLNI TERAPIE</b>	<b>108</b>
Profesionální rozdíly	109
Vědecký přístup	109
Systémový pohled	110
Budoucnost	110

## PŘEDMLUVA

*Profesor P.J.Graham, profesor dětské psychiatrie, Institut dětského zdraví, Londýn*

V posledních třiceti letech jsme svědky pozoruhodného rozvoje využívání behaviorálních technik ke zvládnutí psychologických problémů. V padesátých letech ohlašoval Hans Eysenck novou éru, v níž budou psychologické léčebné metody vědecky podloženy stejně jako léčebné metody užívané u tělesných nemocí. Na konci padesátých a na počátku šedesátých let publikovali Volpe, Lazarus, Rachman a další práce, které rozvíjely úsilí v tomto směru. Od té doby došlo na tomto poli k dalšímu rychlému pokroku. Je proto velmi vhodné, že již existující učebnice Philipa Barkera o dětské psychiatrii a rodinné terapii, které mají své pevné místo v odborné literatuře, jsou nyní doplněny prací o behaviorální terapii. Odborní pracovníci v oblasti duševního zdraví, ať jde o sociální pracovníce, psychology nebo psychiatry, si často stěžují, že nenacházejí dostatečně podrobné informace o léčebných postupech, a to ani v rozsáhlých dílech, tvořených kolektivem autorů. Žádají podrobnější informace o různých terapeutických postupech u jednotlivých typů problémů, a ty v této knize, pokud jde o behaviorální terapii, najdou.

Pro autora pojednávajícího o terapii je vždy obtížné dosáhnout rovnováhy mezi příliš konkrétním návodem, který pak není možno u většiny klientů, s nimiž se setkáváme, uplatnit, a mezi příliš neurčitými a všeobecnými pokyny, které nedávají žádný návod, jak postupovat v praxi. Douglas Murdoch a Philip Barker však toto obtížné balancování na visutém laně úspěšně zvládli a podle mého názoru není tato kniha ani příliš doslovná, ani příliš neurčitá.

Jedním z pozitivních rysů této knihy je důraz, jenž klade na novější kognitivní postupy v behaviorální terapii, které jsou pro mnohé čtenáře neznámé. Konfuciánské rčení "Učení bez přemýšlení je zbytečná práce: myšlení bez učení je nebezpečné" je sice sporné, protože zcela jistě dochází určitému učení, i když o něm nepřemýšlíme. Ale nedávné uznání důležitosti kognitivních procesů

behaviorálnimi terapeutami nejen rozšířilo možnosti uplatnění Behaviorálních technik, ale zvýšilo jejich přitažlivost jak pro odborníky, tak pro klienty.

Je samozřejmé, a autoři této vynikající knihy to uznávají, že behaviorální techniky nejsou žádným všelékem. Za určitých okolností je jejich použití nevhodné a za jiných je jejich účinek malý. Jejich účinek je často větší, jsou-li kombinovány s jinými postupy. Avšak oblasti jejich uplatnění se stále rozšiřují a výcvik v jejich používání nemusí být tak intenzivní a časově náročný, jako je tomu u jiných forem terapie. Kromě toho, jakkoli behaviorální terapeuti uznávají nezbytnost vysoké citlivosti a empatie při své práci, řada z nich považuje za výhodu, že výcvik nezahrnuje tak vysoký stupeň sebeotevření a sebezkoumání, který se vyžaduje u jiných terapeutických směrů. Jsem si jist, že odborníci v oblasti duševního zdraví, a to i ti, jejichž orientace je převážně psychodynamická, ocení užitečnost této knihy, která se dobře čte a je užitečná pro praxi.

## ÚVOD

Kniha *Základy behaviorální terapie* je určena pro začátečníky v této oblasti. Nepředpokládá žádné předběžné znalosti o behaviorálním přístupu k řešení či zmírňování lidských problémů. Každý z nás ovšem něco ví - i když třeba jen intuitivně o teorii učení a o tom, jak naše reakce mohou ovlivnit chování druhých. Víme, že lidé spíše reagují na odměny a povzbuzení, a víme také, že naše každodenní úsilí změnit chování druhých lidí se nesetkává vždy s úspěchem.

Behaviorální terapie vychází ze zkoumání toho, jak se jednotlivci učí určitému chování a jak je možno tento proces učení systematicky a účinně aplikovat jako součást léčebného plánu. Behaviorální terapeuti věří, že všechno učení probíhá podobným způsobem. Lidí, kteří mají problémy, se naučili chovat maladaptivním způsobem, mohou se však stejným mechanismem naučit vhodnějším formám chování. Zpočátku se zdálo, že tento způsob řešení problémů je relativně snadný. Aby se věci daly do pořádku stačí pouze určitým způsobem modifikovat okolní prostředí neboli, vyjádřeno slovníkem behavioristů - změnit následky, které dané chování ovlivňují - takže se klient naučí novým, adaptivnějším reakcím. Při použití tohoto přístupu byly navíc hlášeny pronikavé úspěchy.

Jak se často stává objevili se nové myšlenky, ukázalo se časem, že věci nejsou tak jednoduché, jak se zpočátku zdálo. Jasně se prokázalo, že pacienti pokaždé nereagují na jednoduché změny v okolním prostředí konstantním, předvídatelným způsobem. Lidé jsou v mnoha ohledech odlišní. Kromě toho také myslí: dokáží věcem porozumět a mají schopnost abstraktního myšlení. K tomu, aby došli k závěru, jak určité chování může dopadnout není nutné, aby zažili jeho následek na vlastní kůži. Jsou schopni rovněž pozorovat a napodobovat druhé - proces nápodoby - a všechny tyto faktory, kromě mnoha dalších, je třeba vzít v úvahu při vytváření programů behaviorální terapie. Jsme také součástí složitých sociálních systémů, takže změna chování jednoho člověka může spustit řetěz změn v reakcích a chování druhých lidí.

Všechny tyto poznatky byly postupně, i když někdy zdráhavě, uznány většinou behaviorálních terapeutů a byly - a stále jsou začleněny do praxe behaviorální terapie. Cílem této knihy je ovšem popsat a informovat, nikoli argumentovat a přesvědčit.

Tato kniha je částečně zamýšlena jako doplněk knihy *Základy dětské psychiatrie* (Barker, 1988). Jak tato kniha opakovaně vycházela, uvědomil si autor (Philip Barker) že do základního textu o dětské psychiatrii nebylo možno začlenit

dostatečně podrobné pojednání o rodinné terapii. Proto vznikl první doplňující svazek, *Základy rodinné terapie*. V dalším období, zvláště když se v terapii začaly stále více brát v úvahu i kognitivní aspekty chování, se ukázalo, že totéž platí o behaviorální terapii. Jak uvedl jeden z recenzentů posledního (pátého) vydání *Základů dětské psychiatrie*, behaviorální přístup k dětským psychiatrickým problémům není v této knize dostatečně probrán.

Výsledkem výše uvedených úvah je tato kniha, která vznikla ve spolupráci s člověkem, který má o behaviorální terapii zvláštní zájem (Douglas Murdoch). Doufáme, že poskytuje jasný, čtivý, současný a přímočarý obraz tohoto nyní již dosti složitého a rychle se rozvíjejícího terapeutického směru. Při probírání klíčových aspektů jednotlivých behaviorálních metod, které je

možno uplatnit stejně v práci s dospělými jako při práci s poruchami u dětí, jsme se snažili vyhnout zabíhání do přílišných podrobností. Řada odkazů na literaturu poskytuje čtenáři vodítka kde nalézt podrobnější informace. Přesto doufáme, že jsme uvedli dostatek informací, aby čtenář dokázal pochopit velký potenciál k řešení problémů, s nimiž se setkáváme v klinické praxi, který je v těchto metodách ukryt. Při uvádění ilustračních příkladů jsme změnilí u všech pacientů jejich jména a některé údaje, aby byla zachována jejich anonymita.

Behaviorální terapie je pouze jedním z léčebných směrů, které jsou odborníkům v oblasti duševního zdraví k dispozici. I když jsme se nezaměřili na vztahy tohoto směru k jiným léčebným metodám, je důležité mít na paměti, že mnoho klinických problémů vyžaduje komplexní přístup, který může zahrnovat i mnoho jiných forem terapie. Nezbytným a nanejvýš důležitým předpokladem terapie je také proces navázání vztahu s pacientem. I když to v této knize příliš nezdůrazňujeme, neznamená to, že jej nepovažujeme za naprosto základní. Více je o tom uvedeno v knihách *Základy rodinné terapie* (Barker, 1986) a *Klinická intervence u dětí a dospívajících* (Barker, 1990).

Douglas Murdoch  
Philip Barker

## Kapitola 1

# CO JE A CO NENÍ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE

Všechny behaviorální terapeutické směry mají společný cíl: usilují o přímou modifikaci pozorovatelného chování, jehož změna je potřebná. Většina behaviorálních terapeutů přitom zahrnuje do definice "pozorovatelného" chování i verbální sdělení, které lidé podávají o svých vnitřních prožitcích a myšlenkách.

Tyto směry vycházejí ze společného předpokladu, že většina lidského chování je naučena podle základních principů učení - principů, které byly stanoveny pomocí přísně vědecky vedených výzkumů. Poznání těchto principů učení je dále rozpracováváno v dalším výzkumu, jak v laboratořích, tak v klinické praxi. Behaviorální terapeuti využívají nejsoučasnejších poznatků o těchto principech učení, aby dosáhli zmírnění toho chování, které působí problémy, a aby je nahradili chováním, které je více žádoucí.

Dalším předpokladem, z něhož behaviorální terapie vychází je to, že chování má v přítomné situaci určitou funkci a že je udržováno událostmi, které mu předcházely a těmi, které jej bezprostředně následují. Tyto události přitom mohou, ale nemusí být totožné s těmi faktory, které původně ke vzniku tohoto chování vedly. Behaviorální terapie se proto zaměřuje spíše na faktory, které problémy udržují, než na faktory, které mohly původně vést k jejich vzniku. Nepředpokládá existenci skrytých příčin, ale pokládá samo pozorované chování za "problém".

Behaviorální terapeuti se snaží ve svém přístupu k terapii postupovat podle pravidel vědecké metodologie. Znamená to, že se snaží o podrobné pozorování chování těch, které mají léčit, a snaží se přesně měřit změny, k nimž v průběhu léčby dochází.

Ve svém přehledu léčebných metod dětských poruch vyjadřuje Mash (1989, str. 4) názor, že léčba je nejúčinnější když:

"... vychází z důsledně uplatňovaného teoretického rámce, z dobře ověřených výzkumných nálezů vztahujících se jak k normálnímu, tak deviantnímu fungování dítěte a rodiny, z empiricky doložených léčebných postupů a z operacionálních pravidel, která citlivě odrážejí reálné a měnící se požadavky klinické praxe. Jakkoli je taková slitina teorie, výzkumu a praxe v současnosti spíše ideálem než skutečností, současné behaviorálně-systémové přístupy se zdají být této integraci nejbliže. "

### **Čím je behaviorální terapie jedinečná?**

Všechny terapie začínají od chování. Buď sám pacient nebo někdo, kdo k němu má nějaký vztah, vyjádří určité znepokojení či starost (verbální chování). Pokud osobou, která vyjadřuje starost, není pacient, pak je tato druhá osoba znepokojena určitým pozorovatelným problémem v pacientově chování - buď jde o přítomnost určitého nežádoucího chování, nebo nepřítomnost chování žádoucího. To platí i tehdy, jestliže se starost týká určitého hypotetického vnitřního stavu jako je deprese. Zeptáme-li se v těchto případech toho, kdo vyjadřuje znepokojení, podle čeho soudí že je pacient depresivní (či schizofrenní nebo "blázen"), jistě nám odpoví, že z toho, že pacient *dělá* určité věci (nebo naopak určité věci *nedělá*) nebo z toho, co říká (verbální chování). Jediný způsob, z něhož můžeme usuzovat na existenci nějakého vnitřního procesu, je působení klientových projevů na jeden či více našich smyslů nebo na přístroje, které používáme k měření takových tělesných funkcí jako je srdeční frekvence, krevní tlak a svalová aktivita.

Pokud své starosti vyjadřuje sám pacient, pak se týkají buď chování, které můžeme přímo pozorovat, nebo určitého vnitřního procesu, který je nám přístupný pouze prostřednictvím pacientova slovního popisu. V druhém případě se léčba v konečném důsledku zaměřuje na verbální chování klienta. Předmětem našeho zájmu je tedy vždy chování našich pacientů - znepokojení a starosti, které vyjadřují svým verbálním nebo neverbálním chováním, nebo starosti vyjádřené verbálně či písemně někým jiným (rodiči, příbuznými, představiteli místních úřadů či soudů). Pacienta považujeme za vyléčeného, když jeho chování odpovídá určitým kritériím; tato kritéria se mohou týkat různých forem chování, odpovědí na "klinické" otázky nebo reakcí v psychometrických testech.

Jediný způsob, jak můžeme poznat druhého člověka, je prostřednictvím jeho zjevných projevů (včetně fyziologických údajů). Jako odborníci v oblasti duševního zdraví vždy usilujeme o změnu chování; tato změna může spočívat pouze ve zmírnění stížností pacienta či znepokojení, které pociťuje odesílající osoba v případě dech, kdy se nám toto znepokojení jeví jako neodůvodněné. Všichni odborníci v oblasti duševního zdraví působí proto jako "měnitelé chování".

V čem je ale potom behaviorální terapie jedinečná? Jejím podstatným rysem je to, že se snaží změnit chování přímo - ať rozumíme chováním složitou motorickou reakci jako jsou krádeže v obchodě, nebo klientovo slovní vyjádření jeho myšlenek, nebo chování určitého tělesného orgánu, například kardiovaskulárního systému, usilujeme-li o změnu krevního tlaku. Behaviorální terapie usiluje o dosažení těchto změn pomocí zjištěných principů učení.

Všechny ostatní terapeutické směry se snaží změnit chování nepřímou tím, že

mění funkci určitého skrytého systému, ať již psychologického, biologického nebo sociálního, který považují za příčinu sledovaného problémového chování. Jádro debaty mezi behaviorálními terapeuty a terapeuty jiných směrů spočívá v tom, zda ostatní teoretické modely vysvětlující, jak chování vzniká, čím je udržováno a měněno - například biochemická vysvětlení teorie osobnosti - jsou nezbytná, nebo zda vysvětlení vycházející z předpokladu, že chování je naučeno procesem interakce mezi jedincem a okolním prostředím, který probíhá podle známých principů učení, je nezbytným a zároveň dostačujícím vysvětlením samo o sobě.

Nemáme v úmyslu tuto diskusi rozšířit ani rozřešit. Byla důkladně probrána (i když někdy ne příliš kvalitně) v mnoha časopisech a knihách (Craighead a kol., 1981; Fernsterheim a Glazer, 1983; Gardner, 1985; Zeig, 1987). Účelem této knihy je popsat behaviorální terapii a předvést ji na základě důkazů a zásluh, které jsou jí vlastní.

Tím ovšem narážíme na problém. Jak můžeme popsat něco, co se stále mění? Behaviorální terapie je systém léčení, který se neustále vyvíjí. Můžeme proto poskytnout pouze momentku, zachycující stav behaviorální terapie v okamžiku, kdy píšeme, to jest na počátku devadesátých let dvacátého století.

### **Co je to behaviorální terapie?**

Člověka, který se začíná seznamovat s behaviorální terapií, může mást množství názvů, mnohdy velmi podobných, které se v této oblasti používají a často vzájemně zaměňují. Mluví se o behaviorální terapii, behaviorální modifikaci, kognitivně-behaviorální terapii, behaviorální psychoterapii, terapii sociálním učením a terapii podmiňováním. Často existují mezi jednotlivými takto označovanými terapiemi jemné rozdíly. Například pojem "podmiňování" se používá téměř výlučně při popisu operantního a klasického podmiňování. "Behaviorální modifikace" se obvyklé, i když ne vždy, chápe jako postup využívající principů operantního a klasického podmiňování a vylučující využití nápodoby a principů změny kognitivních procesů (jednotlivé typy terapie jsou dále probrány v kapitole 2).

"Terapie sociálním učením", "behaviorální terapie" a "kognitivně-behaviorální terapie" jsou názvy, které zahrnují i využití kognitivních technik, jako je logická analýza klientových myšlenek. Ale i zde existují nejasnosti, protože některé terapeutické směry, zaměřující se téměř výlučně na změnu klienta vnitřního dialogu a nepoužívající techniky operantního a klasického podmiňování, jsou rovněž označovány za "kognitivně-behaviorální", ačkoliv jsou ve skutečnosti pouze kognitivní. A pak jsou zde některé terapie, které se nazývají "kognitivní", a přitom by měly být označovány jako "kognitivně-behaviorální", protože využívají technik operantního a klasického podmiňování. Těm z vás, kteří se zajímají o práci z této oblasti, můžeme jen poradit, abyste soudili terapii podle jejího obsahu, nikoli podle jejího názvu.

V této knize budeme používat termín "behaviorální terapie" v jejím širokém pojetí. To zahrnuje využívání všech principů učení, klasických, operantních i kognitivních. U každého konkrétního klienta musí v terapii obvykle dojít k integraci všech tří principů. Tento přístup je také nejobvyklejší. Odráží se i v definici behaviorální modifikace, jak ji uvádějí Mahoney, Kazdin a Lesswing (1974) a později Craighead, Kazdin a Mahoney (1981), a která sama je kombinací dvou dřívějších definic:

1. Behaviorální modifikace představuje aplikaci široce definovaného souboru klinických postupů, jejichž popis a zdůvodnění obvykle vychází z experimentálních nálezů výzkumu v oblasti psychologie (Goldstein, Heller a



Sechrest, 1966).

2. Dále pak aplikaci experimentálního a funkčně analytického přístupu ke klinickým údajům, založeného na objektivních a měřitelných výsledcích. (Goldfried a Pomeranz, 1968).

Tyto definice popisují metodologický behaviorismus, vycházející z prací Watsona (1913); Domníváme se, že tento přístup lépe vystihuje termín "behaviorální terapie", než historicky úžeji používaný termín "behaviorální modifikace", který se používal k označení "aplikace principů operantního podmiňování" (Skinner, 1953) nebo klasického podmiňování (Volpe, 1958).

Toto pojetí behaviorální terapie předpokládá, že chování je funkční a zaměřené k dosažení určitého cíle. Vlastním cílem chování jsou pozorovatelné nebo sdělené následky, které toto chování udržují. Chování, do něhož počítáme i myšlenky, tudíž chápeme jako *soubor* potíží, jimž musí pacient čelit, a ne pouze jako *příznak* nějaké skryté patologie.

Charakteristiky behaviorální terapie dobře shrnuje Mischel (1971). Uvádí "tři společné rysy":

- Behaviorální terapie usiluje o přímou změnu samotného problematického chování.
- Stejně jako teorie sociálního učení, ze které vychází, zdůrazňuje behaviorální terapie spíše současné chování jedince než historický původ jeho problémů.
- Většina behaviorálních terapeutů předpokládá, že deviantní chování lze pochopit a změnit pomocí stejných principů učení, kterými se řídí normální chování.

### **Důraz na vědeckost v behaviorální terapii**

Více než cokoli jiného je behaviorální terapie směr, který uplatňuje vědeckou metodologii, zvláště experimentální přístup, v terapeutické praxi. Věda začíná vždy pozorováním, behaviorální terapie vyšetřením (angl. assessment), které by mělo vždy zahrnovat nějakou formu pozorování. Ve vědě pak zjišťujeme, že dvě nebo více událostí mají tendenci se vyskytovat společně nebo v předpověditelném vztahu, a vytváříme hypotézu o povaze jejich vzájemného vztahu. V behaviorální terapii rovněž vytváříme hypotézy o vztahu určitého chování k událostem, které mu předcházejí (těm říkáme antecedenty) a které po něm následují (těm říkáme následky). Vědec pak testuje vytvořenou hypotézu tak, že určí nezávislé a závislé proměnné. Ty proměnné, které nějak měníme, jsou nezávislé proměnné, a ty proměnné, jejichž reakce na tyto změny měříme jsou závislé proměnné. Behaviorální terapeut určuje problém či sledované chování a jeho antecedenty a následky, o nichž se domnívá, že toto chování kontrolují. Pak mění systematickým způsobem antecedenty a/nebo následky (nezávislé proměnné) a měří jak se mění sledované chování (závislá proměnná).

Vědecký základ behaviorální terapie tvoří další tři důležité principy:

- Výsledky musí být měřitelné.
- Závěry by se měly vyhýbat spekulacím a mají se držet se pouze toho, co bylo pozorováno. Přestane-li například žák křičet poté, co je vykázan ze třídy, je z toho možno vyvodit pouze ten závěr, že jeho křik měl nějaký vztah k tomu, co se dělo ve třídě (a co to bylo, je třeba objasnit dalším pozorováním). Nemůžeme spolehlivě učinit závěr, že došlo k nějaké nepozorovatelné (či nesdělitelné) události, která způsobila, že dítě přestalo křičet, například že došlo k vybití vnitřního konfliktu, který se týkal mateřské figury.
- Měli bychom se držet principu Occamovy břitvy, to jest, že je třeba přijmout

nejjednoduchší možné vysvětlení vztahu mezi dvěma událostmi Jinými slovy, máme-li volbu mezi dvěma vysvětleními dostupných údajů (pozorování), z nichž jedno je složité a druhé jednoduché a přitom obě dostatečně vysvětlují pozorovaný vztah, pak bychom měli dát přednost jednoduššímu vysvětlení.

- Souhrnně řečeno je behaviorální terapie empirický směr modifikace lidského chování. Tento empirický přístup se odráží ve třech rysech:
- vychází z výsledků empirických výzkumů užívajících vědeckých metod
- aplikuje principy modifikace chování, které byly zjištěny v základním výzkumu
- v klinické praxi využívá vědeckých metod, a nové objevy a techniky, které jsou výsledkem aplikovaného výzkumu v této oblasti, mají-li být uznány a rozšířeny, musí splňovat vědecké standardy.

Jedním z rysů, jímž se behaviorální terapie odchyluje od ideálu vědy, je to, že není založena na jednotné všezahrnující a sjednocující teorii (Craighead a kol., 1981). Existují sice určité jasně srozumitelné principy, velké množství dobře doložených faktů a řada teorií o jednotlivých aspektech učení a chování, založená na seriózním výzkumu, ale neexistuje žádná jednotná teorie. Navzdory tomu však jsou některé základní předpoklady a principy, na nichž behaviorální terapie spočívá. Je možno je shrnout do těchto bodů:

- 1) Veškeré chování, s výjimkou toho nejelementárnějšího, je naučené.
- 2) Maladaptivní chování je naučeno podle stejných principů jako adaptivní chování.
- 3) Maladaptivní chování je možno změnit aplikací týchž základních principů učení.
- 4) Podmínky, které určité chování udržují, nemusí být nutně tytéž, které vedly k jeho vzniku; proto se terapie musí zaměřit především na současný stav a ne na minulost.

První princip, že veškeré chování je naučené, vychází z předpokladu, že člověk se rodí jako "tabula rasa", jako nepopsaný list, na němž vytvářejí svůj zápis "zkušenosti" (učení). Z toho plyne, že lidé jsou produkty svého okolí; že neexistují žádné vrozené pudy, chování nebo instinkty s výjimkou základních reflexů. Člověk tedy není vrozeně ani dobrý, ani zlý. Tento princip tvrdí, že socializace spočívá v procesu učení se kulturně odpovídajícimu a přijatelnému chování a v odstraňování sociálně nepřijatelného chování. Chování se učí na základě jeho následků a spojováním neutrálních podnětů s podněty, které jsou schopny určité chování vyvolat. Nejříve se objeví určité jednoduché chování a to je pak zpevněno, potrestáno nebo nevede k žádným následkům. Pokud je zpevněno, jeho frekvence, trvání nebo intenzita se zvýší. Jeli potrestáno, je tím toto chování potlačeno, a pokud nemá žádné zjevné následky, začne se vyskytovat méně často. Složité chování se vyvíjí jako kombinace jednoduchých chování a /nebo jejich modifikací v průběhu času. Tak můžeme pozorovat rozvoj chování od prvních pohybů, zvuků, úsměvů a fyziologických reakcí novorozence až ke složitému jednání ředitele společnosti, chirurga nebo mikrobiologa.

Druhý princip, totiž že maladaptivní chování se učí stejným způsobem jako adaptivní, logicky vyplývá z principu prvního. Jeli všechno chování naučené a neexistuje-li žádný vrozený sklon k přijatelnému či nepřijatelnému chování, pak musí být maladaptivní chování naučeno a udržováno na základě svých následků stejně jako je tomu u adaptivního chování.

Třetí princip tvrdí, že maladaptivní chování je možno změnit působením týchž principů učení, které platí pro jakékoli chování. Nežádoucí chování je možno

potlačit pomocí trestů nebo zredukovat, pokud odstraníme jeho odměňující následky. Žádoucí reakce lze vytvořit pomocí formování a nápodoby a jejich frekvenci lze zvýšit pomocí přiměřeného zpevnování.

Ze čtvrtého principu - že terapie a analýza chování se má zaměřit na přítomnost - plyne, že pochopení toho, jak určité chování kdysi vzniklo, nemusí mít při plánování terapie význam. Vezměme si chlapce, kterého rozbolelo břicho, protože se najedl zkaženého masa, a musel kvůli tomu pak zůstat doma a nešel do školy právě v den, kdy se psala písemná práce, na kterou se nepřipravil. Může si pak stěžovat na bolest břicha vždy, když je ve škole naplánována písemka. Budeme v takovém případě léčit jeho žaludeční problémy, protože těmi jeho potíže začaly, nebo po něm budeme chtít, aby šel do školy a napsal písemnou práci, přičemž mu pomůžeme doučováním a nácvikem relaxace?

V léčbě dospělých se behaviorální terapeuti nezabývají primárně událostmi z dětství. Zaměřují svou pozornost na funkci sledovaného chování v současném životě. Proč toto chování přetrvává? Jakými následky je udržováno? Co klient získává nebo čemu se vyhýbá tím, že se tímto způsobem chová? Jak je možno změnit situaci a okolní podmínky, aby se důsledky tohoto chování změnily? Eventuelně jak můžeme změnit klienta, aby se choval přiměřeněji? Jaké dovednosti je třeba jej naučit, aby dokázal lépe zvládat obtížné situace?

Ne všechny tyto předpoklady lze však vyvodit z pozorovaných aspektů chování. V tom vidí řada odborníků omezení behaviorální terapie. Například výzkumníci jako Luria (1961), Vygotsky (1962) a Chomsky (1962) prokázali, že děti si osvojují řeč příliš rychle a příliš předvídatelným a stálým způsobem, než aby bylo možno to vysvětlit pomocí principů operantního nebo klasického podmiňování. Je také jasné, že takové závažné psychické poruchy, jako je schizofrenie nebo maniodepresivní psychóza, nelze vysvětlit ani vyléčit pouze na základě teorie učení.

Role biologických faktorů a genetických vlivů je u mnoha stavů nepopíratelná, a to dokonce i u tak běžného problému jako je stydlivost. První předpoklad je obtížné obhájit ve světle současných poznatků o behaviorální genetice (Plomin, 1989) a studií o temperamentu (Chess a Thomas, 1984). Ovšem navzdory úsilí některých kritiků, kteří s vaničkou vylévají i dítě, z toho neplyne, že teorie učení není platná nebo že behaviorální terapie není užitečná při zvládnání řady problémů v chování. Zdá se, že stále platí, že faktory okolního prostředí (učení) určují, do jaké míry se vrozené rysy projeví a v jaké konkrétní formě se projeví (Millon, 1986; Plomin, 1989). Plomin (1989) uvádí, že některé z nejpřesvědčivějších důkazů o významu učení pocházejí ze studií behaviorální genetiky, které prokazují, že navzdory dříve nerozpoznanému vlivu genetických faktorů na chování stále nejdůležitější vliv na většinu lidského chování mají faktory okolního prostředí.

### **Čím se behaviorální terapie liší od běžného života?**

Každý z nás používá každý den různé metody modifikace chování druhých. Děkujeme lidem za to, co pro nás udělali. Vznášíme požadavky na své děti a své manžele či manželky. Křičíme na druhé, když máme pocit, že jsou k nám nespravedliví, odmítáme půjčit své věci člověku, který si od nás již dříve něco půjčil a zničil to. Tímto svým chováním pozitivně a negativně zpevňujeme chování druhých, trestáme je a necháváme je nést důsledky jejich nevhodného chování, což jsou čtyři hlavní postupy při operantním podmiňování.

Rozdíl mezi uplatňováním principů učení v běžném každodenním životě, jak to dělá každý z nás zcela bezmyšlenkovitě, a behaviorální terapií, spočívá v

systematičnosti a plánovitosti, s níž behaviorální terapie směřuje k vyvolání přiměřenějšího chování u toho, kdo se nechová žádoucím způsobem. Je to právě systematická aplikace principů učení, co odlišuje provádění behaviorální terapie od běžného života. Zahrnuje to pečlivou analýzu příslušných proměnných a přesné měření změn v chování, zatímco měníme předcházející události a následky příslušného chování.

### Vývoj behaviorální terapie

Kořeny behaviorální terapie sahají až do starověkého Řecka. Filozofové, například Aristoteles, si všimli, že k učení dochází dojde-li k asociaci mezi dvěma událostmi nebo podněty. Zjistili, že existují určité principy určující, zda k této asociaci mezi dvěma podněty dojde - princip dotyku, princip současnosti a princip podobnosti.

Počátky současné behaviorální terapie nacházíme v základním výzkumu zákonů učení a zpevnování chování, které byly prováděny v řadě psychologických laboratoří od konce devatenáctého a během celého dvacátého století. Tyto práce začaly v Rusku v laboratoři Ivana Pavlova (1927) jeho studii zákonů klasického podmiňování. Tyto práce byly do Severní Ameriky uvedeny B. Watsonem (1913) a ve druhé polovině dvacátého století došlo k jejich prudkému rozvoji, který počal plodnými studii operantního podmiňování B.F. Skinnera (1953). Jako terapeutického nástroje začali behaviorálních metod nejdříve používat Joseph Volpe (1958), Hans Eysenck (1957, 1960) a Ivar Lovaas (1967) a pak mnoho dalších. V nedávné minulosti přispěli k dalšímu rozvoji behaviorální terapie Albert Bandura (1969), Mahoney (1974), Beok (1976), Ellis (1958) a Kendall a Braswell (1985). V současné době mají řadu následovníků.

V počátečních stádiích rozvoje behaviorální terapie byly za vhodný předmět studia a manipulace považovány pouze pozorovatelné jevy (pozorovatelné vnějším pozorovatelem). Behaviorální terapie se tedy omezovala pouze na manipulaci s vnějšími důsledky určitého chování. Bylo tomu tak proto, že se výzkumníci snažili držet se co nejbližší vědecké psychologie a jejich kořenů v empirické Tradici. Dnes se již všeobecně uznává, že i vnitřní procesy (myšlenky a pocity) je možno chápat jako vlastní chování, jako antecedenty i jako následky, a také jako zprostředkovatele vnějších podnětů. Navíc existuje řada důkazů, že takové kognitivní podněty jako přisuzování, přesvědčení a představy dokáže každý z nás spolehlivě a platně sdělovat.

Behaviorální terapie se, stejně jako řada dalších terapií, vyvíjela i mimo laboratoře. V současnosti zahrnuje řadu různých směrů vycházejících z klinické praxe, klinického výzkumu a experimentálního výzkumu, prováděného jak na zvířatech, tak na lidech. Není to jen aplikace jednotné sumy vědomostí, ' vycházející z ucelené teorie. Je to stejně tak určitý přístup k provádění terapie, a sice uplatnění experimentálních metod na úrovni jednotlivého případu.

*Kapitola 2*

## MODELY V BEHAVIORÁLNÍ TERAPII

Existují tři základní modely učení, z nichž vychází metody behaviorální terapie; v nich se odráží evoluce teorie učení. Z prvního modelu vycházejí ty metody, které jsou založeny na učení a odnaučování se asociací mezi podnětem a reakcí. Tento model se označuje jako klasické podmiňování. Druhý model je základem metod operantního podmiňování, jejichž jádrem je plánovitá modifikace chování pomocí manipulace s následky, které toto chování způsobuje. Třetí model

bere v úvahu procesy vnímání a mentální aktivitu sledované osoby. Přístupy vycházející z tohoto modelu se označují terapie sociálním učením nebo, obvykleji, kognitivně-behaviorální terapie.

Někdy tyto modely popisujeme pomocí následujících symbolů:

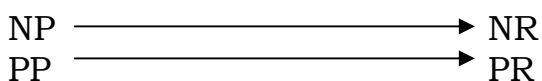
- Klasické podmiňování: PR (jako Podnět-Reakce)
- Operantní podmiňování: PRN (jako Podnět-Reakce-Následky)
- Teorie sociálního učení či kognitivně-behaviorální terapie: PORN (Podnět-Organismus-Reakce-Následky)

### **Klasické podmiňování**

Procesy *klasického podmiňování* studoval ve své laboratoři Ivan Pavlov (1927). Jeho práce ukázaly, že reflexní chování, jako je například tvorba slin v přítomnosti potravy, je možno vyvolat i podněty, které je dříve nevyvolávaly. Dokázal to tím, že pároval neutrální podnět s podnětem, který přirozeně spouští reflex. Toto spojení tvoří základ klasického podmiňování čili modelů učení podnět-reakce (PR) a terapií založených na tomto modelu; určitý podnět (P) spouští určitou reakci(R).

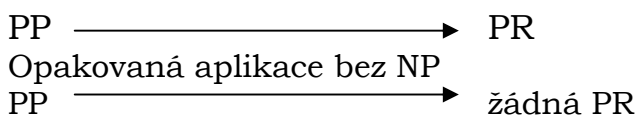
Přeložení Pavlovova díla do angličtiny pomohlo urychlit rozvoj behaviorální terapie. Inspirovalo práci jednoho z nejranějších průkopníků behaviorální terapie a jednoho z nejvlivnějších autorů Josepha Wolpeho, jehož kniha *Psychoterapie pomocí reciproční inhibice* (Volpe, 1958) měla velký dopad na rozvoj této oblasti.

Klasické podmiňování začíná dvěma složkami - podnětem, který nazýváme nepodmíněný podnět (NP), který vyvolá určitý reflex, nazývaný nepodmíněná reakce čili NR; a neutrálním podnětem, který NR nevyvolává. Když aplikujeme oba podněty společně vytvoří se mezi nimi spojení, takže původně neutrální podnět vyvolá reakci, která je téměř identická s reakcí na NP. Neutrální podnět se tak stal podmíněným podnětem (PP) a spouští podmíněnou reakci (PR). Obvykle se to znázorňuje takto:



*Obr.1 Základní klasické podmiňování*

I poté co se podmíněná reakce vytvořila je nezbytné občas aplikovat společně NP a PP. Pokud to neuděláme pak síla původního spojení zeslábně, až nakonec PP přestane spouštět PR. Když k tomu dojde říkáme, že spojení či učení vyhaslo.



*Obr.2 Vyhasnutí dle modelu klasického podmiňování*

O některých fobiích se předpokládá, že vznikají tímto způsobem a při jejich léčení využívají behaviorální terapeuti procesu vyhasnutí. Neutrální podnět se pároval s podnětem vyvolávajícím strach. Mezi oběma podněty se vytvořilo spojení, takže neutrální podnět nyní vyvolává strach. Abychom fobii "vyléčili" je třeba aplikovat PP bez přítomnosti NP. Tím se zdůvodňuje léčba "expozicí", jejíž účinnost v léčbě fobií se prokázala. "Systematická desenzitizace" je odstupňovaná aplikace podnětů, které se stále více podobají obávanému (NP) podnětu - obvykle během

nácviku relaxace. Jako "zaplavení" (flooding) označujeme déletrvající aplikaci určitého podnětu po dobu než se podmíněná reakce přestane objevovat.

"Averzivní terapie" je také založena na principu klasického podmiňování. Určitý podnět párujeme s nepříjemnou, averzivní událostí. Například přítomnost alkoholu je možno párovat s aplikací látky vyvolávající zvracení. To může vést k tomu, že se člověku udělá nevolno když mu někdo nabídne alkohol. Tento způsob léčby však vyvolává etické problémy, zvláště tehdy, vyvolávali averzivní podnět bolest či nepohodu, jak je tomu u elektrických šoků, které bývaly k těmto účelům používány. (Etickými otázkami se budeme zabývat v kapitole 15).

## **Operantní podmiňování**

Operantní model je možno nejlépe pochopit jako model PRN (Podnět - Reakce - Následek) či ABC (Antecedent - Behaviour (Chování) - Consequence (Následek)). Máme určitý soubor výchozích podmínek (antecedenty), za kterých se sledovaná osoba určitým způsobem projevuje (chování, angl. behaviour, B) a toto chování vede k určitým následkům (angl. consequences, C). Tyto následky vedou k tomu, že sledované chování se za podobných podmínek bude vyskytovat buď s větší pravděpodobností nebo s menší pravděpodobností nebo pravděpodobnost sledovaného chování neovlivní. Toto sledování někdy označujeme jako funkční analýzu chování.

Jako příklad si uveďme (fiktivní) případ osmiletého Johna. Naučil se (díky opakovanému výskytu této situace), že když je otec doma (antecedent), pak jeho žádost, aby mohl zůstat déle vzhůru (chování) je odměněna souhlasem (následek). Za těchto podmínek se toto chování - tedy žádost, aby směl zůstat o půl hodiny déle vzhůru - bude vyskytovat častěji.

U operantního podmiňování se pohybujeme v oblasti pravděpodobnosti. Sledované chování se nebude nutně vyskytovat pokaždé když se objeví výchozí podmínky; ani následek se nemusí nutně objevit vždy, aby bylo toto chování udržováno. Jinými slovy za výchozích podmínek - otec je večer doma - může být asi 80% pravděpodobnost, že John požádá, aby směl zůstat déle vzhůru, protože má asi 33% naděj i že otec tuto žádost odmění svým souhlasem. Na druhé straně za jiných výchozích podmínek - matka je večer doma - je pravděpodobnost že John požádá, aby mohl zůstat déle vzhůru, asi 5%, protože naděje, že matka jeho žádost odmění souhlasem je menší než 0,5% (udělala to jednou, když byla příliš unavená aby snášela Johnovo fňukání).

Podle tohoto modelu - operantního podmiňování - je chování určováno svými následky. Výchozí podmínky mají význam v tom, že přítomnost nebo nepřítomnost zpevňujícího podnětu (dovolení zůstat déle vzhůru) je důležitá při určování toho, co se stane. Chování je tedy funkční a směřuje k určitému cíli spíše než že by bylo jen reakcí na okolní události. Ve své nejjednodušší formě tento model nepotřebuje postulovat žádné myšlení či vnitřní procesy - člověk je považován za "černou skříňku" (skříňku do které není možno vidět). Tento model předpokládá, že procesy, které se odehrávají v člověku není možno objektivně pozorovat. Proto nejsou vhodnou oblastí ke zkoumání a nemůže z nich vycházet vědecky podložená terapie. Cílem chování je vždy pozorovatelný vnější (nebo měřitelný fyziologický) následek tohoto chování. Někdy se chování objeví zcela nahodile, čistě náhodně. Pokud se pak toto chování setká s následkem, který je odmění, a pokud se to stane dostatečně často, pak se toto chování začne objevovat častěji a je udržováno náhodným výskytem zpevňujícího podnětu. Tak například vzniká pověřivé chování.

Operantní podmiňování se v našem životě vyskytuje velmi často. Děkujeme

lidem ("pozitivní posilnění"), přestaneme lidi otravovat, když dělají to, co po nich chceme ("negativní posilnění"), odmítáme půjčovat knihy lidem kteří je nevracejí ("pokuta za nevhodné chování) a kritizujeme práci, která se nám zdá odbytá ("potrestání").

### **Sociální učení čili kognitivně-behaviorální terapie**

Náš Třetí model behaviorální terapie otevírá "černou skříňku" natolik, že umožňuje subjektům sdělovat jejich myšlenkové procesy, kterých jsou si u sebe vědomi. Bere též v úvahu ty vnitřní procesy, na které terapeut může usuzovat z verbálního sdělení klienta. Tento model předpokládá, že kognitivní procesy mají zprostředkující funkci mezi podnětem a chováním. Není to tedy podnět sám, který vyvolává určité chování, ale význam, který osoba tomuto podnětu přisoudí. I následky jsou ovlivněny kognitivními procesy v tom smyslu, že následky mají takový význam, jaký jim klient přisuzuje. Tento model je možno charakterizovat jako PORN model: Podnět-Organismus-Reakce-Následek.

Organismus (osoba) zprostředkuje mezi podnětem, chováním a následky. Musíme si také být vědomi toho, že učení může probíhat i bez přímého zpevnění - učení, které je možno vysvětlit pouze pomocí kognitivních procesů jako je nápodoba. Kromě antecedentů a následků, uvažovaných v předchozích modelech, musíme nyní brát v úvahu i procesy vnímání, přisuzování (atribuce), přesvědčení a vliv kognitivních schopností a nedostatků.

Příkladem důležitosti vlivu vnímání a přesvědčení je studie chování řidičů, která zjistila, že počet případů, v nichž byl řidič zadržen při překročení povolené rychlosti, neměl vliv na to, jak často jezdil nepovolenou rychlostí. Ovšem přesvědčení, že by mohl být zadržen při překročení povolené rychlosti, vedlo řidiče k tomu, že rychlost jízdy snížil.

Další příklad poskytují lidé trpící fobií. Bylo prokázáno, že hodnotí pravděpodobnost nepříjemné události (například zřícení letadla) daleko výše když se obávaná situace blíží (Beck, 1976).

Kognitivní procesy jsou obvykle chápány jako zprostředkující proměnné. Myšlenky samy nejsou příčinou chování které následuje. "Příčinou" chování jsou stále následky, které nastanou, když se osoba chová určitým způsobem nebo přítomnost podnětů, vyvolávajících naučené reflexy. Kognitivní procesy jsou chápány jako zprostředkovatelé určité reakce v chování. To proto, že vnímání určité, situace ovlivňuje volbu daného chování.

Uvažme případ muže, který si koupil oblek a nyní v něm jde do mů. Jak bude reagovat jeho žena? Následující sekvence událostí ilustruje roli kognitivních procesů. Jsou otištěny proložené.

Nejdřív se uplatní proces *vnímání*. Jestli si žena vůbec *všimne*, že má na sobě nový oblek? Možná, že má za sebou těžký den v zaměstnání a je dosti *zamyšlená*. Její *pozornost* je *zaměřena* na něco jiného a *nevšimla si* nového obleku. V tomto případě se žádné odpovídající chování neobjeví, protože chybí podnět k reakci. Další otázkou je, zda si muž *uvědomí*, že žena nereagovala. Pravděpodobně ano, pokud *předpokládáme*, že *očekával*, že jeho žena *pozná*, že má nový oblek a že mu jej *pochválí*. Nyní *přemítá* o tom, proč nereaguje, *hodnotí* to na základě *vzpomínek* na podobné události v minulosti a *srovnává* minulé situace s tou současnou. Chování své ženy hodnotí na základě svého *názoru* na svou ženu a na to, jak by se lidé měli v takovém případě chovat. Zřejmě *přisoudí* jejímu chování určitý *význam* a bude se chovat podle toho.

Reakce manžela na to, že si žena nevšimla jeho nového obleku, bude záviset na výsledku jeho *uvažování*. Projděme si několik možností. *Může si říci*: "Z

minulých zkušeností vím, že je to neobvyklé. Normálně by mi něco řekla, i kdyby jen to, že mám mizerný vkus. Musí mít nějaké starosti. Měl bych se jí zeptat, co se děje. "Pak jde ke své ženě, dá jí ruku na rameno a zeptá se jí, jestli je něco v nepořádku, protože vypadá ustaraně.

Jinou možností je, že *si řekne*: "Takhle se ke mně chovají všichni. Nikdo si mě nikdy nevšimne. I když se snažím vypadat kvůli nim pěkně a chovat se co nejlépe, nikdo si toho nevšimne. Proč bych se měl ještě o něco snažit?" Pak svěsí ramena, odplíží se do ložnice, převleče se a večer je mrzutý (takže se jeho žena *diví*, co se mu stalo).

Ovšem také *si může říct*: "Přesně takhle se můj táta choval k mámě. Nikdy si *nepamatoval* žádná důležitá data, nikdy si *nevšiml* co pro něj dělá, nikdy si *nevšiml*, když se kvůli němu zvláště neparádila a ona nemohla dělat nic jiného než se s tím smířit. Já se s tím ovšem smířovat nebudu. Nikdo si ze mě blbce dělat nebude, ani moje vlastní žena - zvláště moje vlastní žena ne!" A vybuchne v záchvatu vzteku, před nímž jeho žena zděšeně prchne.

Takže máme přesně stejnou výchozí situaci a tři různé reakce, zprostředkované kognitivními procesy, které proběhly mezi určitou situací a příslušnou reakcí.

## **Ucelený model**

I když jsme popsali tři způsoby behaviorální formulace uvedli jako tři modely, ve skutečnosti jde o postupné kroky při tvoření uceleného modelu učení. Současné pojetí má svůj původ v pozorování, že určité podněty spouštějí určité reakce. Dalším pokrokem bylo zjištění že to, co následuje po určitém chování (jeho následek) je přinejmenším stejně důležité, ne-li důležitější. Pak začalo být jasné, že různí lidé reagují odlišně i když jsou v téže situaci a se stejnými následky a že těmto odlišnostem lze porozumět, předpovědět je a ovlivnit, pokud známe význam situace a jejich následků pro sledovanou osobu. Tento vývoj je možno shrnout takto:

P-R	Podnět - Reakce
P-R-N	Podnět - Reakce - Následek
P-O-R-N	Podnět - Organismus - Reakce - Následek

Neměli bychom proto shora popsání modely chápat jako navzájem si konkurující při vysvětlování konkrétního chování. Ve skutečnosti existuje jen jediný model, který je postupně rozvíjen od počátku tohoto století - model se stoupající komplexností a propracovaností, který je postupně po jednotlivých krocích budován od základů. Všechny úrovně tohoto modelu jsou stále předmětem výzkumu. V současné době došlo ke skutečné explozi výzkumu a nových poznatků v oblasti kognitivních procesů a jejich významu při měnění maladaptivního chování (Gardner, 1985).

Právě řečené nemá znamenat že neexistují lidé, kteří chápou tyto modely jako soupeřící a vzájemně neslučitelné. Horlivými obránci postoje, že studium a léčba behaviorálních problémů se má omezit jen na respondentní a operantní modely, jsou dva ze zakladatelů behaviorálního přístupu, B.F. Skinner a Joseph Volpe. Skinner často a velmi emotivně útočil na to, co chápal jako odklon od vědeckého zkoumání lidského chování, tedy na zahrnutí kognitivních procesů mezi projevy lidského chování. Skinner stále trvá na tom, že máme studovat pouze to, co může pozorovat nezávislý pozorovatel. Vzhledem k tomu, že myšlenky není možno přímo pozorovat nezávislým pozorovatelem, nemohou být legitimní oblastí studia v rámci vědeckého přístupu k lidskému chování (Skinner, 1971).

Tito muži zasluhují úctu, protože jejich práce znamená obrovský přínos k



naším schopnostem porozumět, předpovědět a změnit lidské chování. Kromě toho nelze popřít, že nedokážeme přímo pozorovat myšlenky druhých. Ovšem můžeme poznat tyto myšlenky prostřednictvím pozorovatelného chování, tedy prostřednictvím jejich verbálního sdělení, vyplnění dotazníků a záznamů v denících a záznamech myšlenek. Kromě toho existuje dostatek důkazů, že tyto záznamy, zápisy a verbální sdělení mohou a skutečně předpovídají chování (Dobson, 1988) a že když se změní sdělované myšlenky vede to ke změně chování (Rush a kol., 1977).

Na tomto místě nemůžeme udělat více než vás upozornit, že tyto kontroverze existují. Můžete si jich povšimnout při četbě a měli byste se snažit proniknout za použitou rétoriku a zvážit přinesené důkazy sami - tak jako vždy při studiu vědecké literatury. Lze ovšem s jistotou říci, že většina výzkumníků i praktických behaviorálních terapeutů dnes přijímá a obhajuje pozici, že začlenění kognitivních procesů je ospravedlnitelnou a cennou součástí behaviorálního přístupu. Jakkoli nelze vědeckou pravdu prokázat hlasováním, kniha popisující tuto oblast výzkumu a tento přístup k léčbě behaviorálních problémů musí popsat tuto oblast tak, jak ji chápe většina. V této knize budeme proto popisovat celý kognitivně-behaviorální model (PORN) jako současný stav poznatků v behaviorální terapii.

Navzdory právě řečenému musíme začít od základů. Je jednodušší pochopit celý model, když člověk nejdříve porozumí jednotlivým modelům, z nichž se skládá. V následujících kapitolách se budeme věnovat základním pojmům v oblasti behaviorální terapie, začneme se základním modelem PR a pak přejdeme k rozšířenému operantnímu (PRN) modelu. V dalších kapitolách probereme některé základní pojmy, které byly připojeny v rámci rozvoje plného PORN modelu.

### **Kapitola 3**

## **NĚKTERÉ ZÁKLADNÍ ASPEKTY CHOVÁNÍ**

Behaviorální terapie se stále vyvíjí. Její vývoj se nevyznačuje radikálními zvraty, které vedou k zamítnutí předchozích nálezů, ale spíše jde o proces postupného budování na tom, co bylo zjištěno dříve. Je jako budova, která postupně roste na vybudovaných základech a k níž jsou stále připojovány nové části. Základy spočívají na pevných výzkumných zjištěních a ověřených pojmech. Nové nálezy, pojmy a techniky jsou stále připojovány. Smyslem této kapitoly je popsat základy, z nichž behaviorální terapie vychází. Pochopení těchto základních principů, pojmů a definicí je předpokladem ke studiu behaviorální terapie a ke každé diskusi o jejím praktickém využití.

Někteří lidé si představují behaviorálního terapeuta jako někoho, kdo téměř bez mluvení organizuje změny v okolním prostředí pacienta tak, aby dosáhl změny v jeho motorickém chování. Takový člověk se pak podobá více inženýrovi či technikovi než terapeutovi; a pacient je spíše objektem než účastníkem terapie. Behaviorální terapie tak skutečně může vypadat, ale v současnosti je taková jen velmi výjimečně. Je totiž mnohem účinnější když se jí pacient aktivně účastní a spolupracuje než když je pouhým pasivním příjemcem "léčby". Navíc je změna chování dosažená pomocí verbální komunikace obecně účinnější než když se spoléháme pouze na neverbální metody.

Behaviorální terapie směřuje ke změně chování, ale než začneme probírat změnu chování musíme si ujasnit, co je to vlastně chování. Jaké jsou jeho charakteristiky, rozměry a ohraničení?

## Chování

Co máme na mysli, když řekneme "chování"? Většina lidí si pod tímto pojmem představí nějaký typ motorického pohybu v prostoru - například běh. Ovšem co sezení - je to chování? Je přemýšlení chování? Je mluvení chování? Je reakce kardiovaskulárního systému chování? Odpověď je ve všech těchto případech ano.

Chování je "všechno co organismus dělá" (Reynolds, 1975). V každém okamžiku svého života se nějak chováme. Spíme, podřimujeme, chodíme, sníme, máme své denní sny, přemýšlíme, pracujeme, sedíme, stojíme, běháme, dýcháme, potíme se, tvoříme žaludeční šťávy, provádíme mentální kalkulace, představujeme si, plánujeme, hodnotíme, mluvíme, posloucháme, díváme se, čicháme, dotýkáme se, udržujeme rovnováhu, trávíme, vyměšujeme a tak by se dalo pokračovat až téměř do nekonečna.

Vědečtějšími výrazy definoval Wilkening (1973, str.32) chování takto:

"...pozorovatelné a zaznamenané, cílově zaměřené chování organismu nebyp jeho částí. Chování může být zjevné (mluvení, kontrakce svalů, mrkání apod.) a/nebo skryté (elektronický záznam myšlení), může být verbální (úmyslné sdělování pomocí slov) nebo nonverbální (sdělování pomocí gest a pohybů těla)."

Někdo by se mohl pozastavit nad Wilkeningovým kritériem, že chování musí být cílově zaměřené, částečně proto, že zda je určité chování zaměřené k nějakému cíli je mnohdy věcí úsudku pozorovatele. Další námitkou proti tomuto kritériu je, že pokud některé

projevy nejsou cílově zaměřené, pak tím ze sféry behaviorální terapie vylučujeme celou řadu chování, jehož změna by byla žádoucí (např. reflexy); pokud je ovšem všechno chování cílově zaměřené (když bychom například předpokládali, že reflexní reakce se objeví aby zajistila bezpečí organismu), pak je nadbytečné přidávat "cílově zaměřené" jako kritérium.

V této knize budeme považovat za chování jakoukoli akci kteréhokoli systému organismu. O chování se toho ovšem dá říci daleko více. Chování má řadu charakteristik, které se často přehlížejí, když probíráme či pozorujeme pacientovy potíže. Nejdříve probereme tři modalitty chování.

### Tři modalitty chování

Chování sestává ze tří aspektů či modalit: motorické, afektivní/kognitivní a fyziologické.

Změna v motorickém chování není jediným oprávněným cílem behaviorální terapie. Motorické chování zahrnuje fyzické akce jako úder, dotyk, říci prosím a děkuji. Ale fyziologické reakce těla jsou rovněž oprávněným cílem terapie; i ony se řídí stejnými zákony učení - a to platí i pro tzv. autonomní nervový systém. Modifikace fungování tohoto "autonomního" nervového systému na základě teorie učení lze dosáhnout pomocí techniky biologické zpětné vazby, tzv. biofeedbacku. Měření a znázornění funkce autonomního nervového systému umožňuje sledovat jeho chování a tím možno toto chování měnit. Ostatně to, že jednotlivé tělesné systémy jsou schopny se učit je jedním ze základních poznatků, nichž je založen nově se rozvíjející obor behaviorální medicíny.

Podobně lze měnit i naše kognitivní a emoční reakce pomocí metod odvozených z principů teorie učení. Všichni mluvíme se k sobě. Všichni sledujeme a komentujeme své okolí a své vlastní činy. Někdy jsme si této samomluvy více vědomi a nedá nám žádnou námahu ji reprodukovat. Jindy je tato samomluva velmi krátká a na okraji pozornosti. Pak nás stojí určité úsilí se na ni zaměřit,

abychom ji vnímali. Jakmile ji sledujeme a sdělujeme, můžeme ji měnit pomocí různých technik, založených na principech učení. Například techniky zastavení myšlenek ("stoptechnika"), skrytého procvičování, nácvik představ v relaxaci a představ úspěšného zvládnání potíží jsou užitečné při léčení obsedantně-kompulzivní poruchy.

Léčba deprese nám dává dobrý příklad toho, jak je užitečné prozkoumat a léčit všechny tři modalit chování. Lidé v depresi často vykazují celou řadu maladaptivních motorických reakcí - například hodně pláčou, mají zpomalené psychomotorické tempo, celý den proleží v posteli. Také u nich zjišťujeme fyziologické změny - změny chuti k jídlu, poruchy spánku a sníženou sexuální apetenci. Hovoří o pocitech smutku a zoufalství spolu s negativními myšlenkami jako: "Nejsem k ničemu, všechno jsem pokazil, protože i když už je mi 35 let stále ještě nejsem náměstkem ředitele naší společnosti." Komplexní léčebné programy jako např. program Becka a kol. (1979) se zaměřují na ovlivnění všech tří modalit. Beckova terapie je zřejmě chybně pojmenována když se jí říká kognitivní terapie, protože některé z jejích behaviorálních intervencí jsou zjevně zaměřeny na změnu motorického a fyziologického chování pomocí behaviorálních prostředků. Přesněji bychom ji měli označit jako kognitivně-behaviorální přístup.

### **Dimenze modalit chování**

Každá z popsaných tří modalit chování má tři dimenze - je to intenzita, frekvence a trvání.

K ilustraci těchto tří dimenzí použijeme jako příklad chlapce, který bouchá hlavou do okolních předmětů.

*Intenzita popisuje* jakou silou chlapec tluče hlavou proti pevné překážce. Hoch, který se hlavou jen lehce dotkne pružné matrace nám nedělá takové starosti jako hoch, který tluče hlavou do zdi takovou silou, že si může způsobit otřes mozku nebo poškození sítnice.

*Frekvence* je počet, v němž se chování vyskytuje za určitou jednotku času. V našem příkladě nám bude dělat větší starosti hoch, který udeří hlavou do zdi průměrně třikrát za minutu než hoch, který udeří hlavou průměrně jednou za rok.

*Trvání* popisuje dobu, po kterou se chování vyskytuje. V našem příkladě hoch, který má záchvaty tlučení hlavou trvající několik hodin nebo dokonce dní nám bude dělat větší starosti než hoch, který tluče hlavou jen několik minut.

V mnoha případech vnímáme tyto dimenze intuitivně. Takže hoch, přivedený kvůli "tlučení hlavou", který v okamžiku frustrace jednou nebo dvakrát udeří hlavou do polštáře a stává se to několikrát do roka, nebude asi případ, který bychom chtěli léčit. Spíše bychom jeho rodičům vysvětlili, že to není nijak neobvyklé chování a jistě na něm není nic patologického a není třeba si kvůli tomu dělat starosti. Na druhé straně, když nám přivedou hochu s poškozenou sítnicí a velkými modřinami na čele a dozvíme se, že několikrát za minutu tluče hlavou do zdi a že to trvá hodiny, pokud mu v tom není zabráněno násilím, asi jej rychle doporučíme k léčbě za hospitalizace.

### **Topografie chování**

Může být důležité vyšetřit a změnit způsob provádění určitého chování. Tentýž čin je mnohdy možno provést mnoha různými způsoby. Dítě může držet tužku mnoha způsoby a přitom je schopno psát čitelně. Chováním rozumíme psaní a topografií tohoto chování je způsob držení tužky. Někdy změna v topografii chování, například ve způsobu držení tužky, zlepší dovednost, s níž je určitý úkol

prováděn.

Když měníme způsob provádění určitého chování pak měníme topografii tohoto chování. Jak je důležitá topografie chování lze ukázat na příkladu mentálně zaostalého chlapce s chronickým zvracením. Zpočátku zvracel více než dvacetkrát denně po dobu mnoha týdnů. Toto chování začalo ohrožovat jeho život, protože docházelo k narušení elektrolytové rovnováhy a to způsobovalo celé rodině velkou starost. Bylo nutno jej převézt do nemocnice.

Zdravotní sestry jsou často bystré pozorovatelky a tak tomu bylo i v tomto případě. Sdělily že tento pacient zvrací dvěma rozdílnými způsoby. Někdy vypadal "špatně", ležel bez hnutí na posteli nebo klečel s hlavou na matraci. V jiných případech byl aktivní a čilý a ke zvracení mohlo dojít kdekoli na oddělení, ovšem obvykle v denní místnosti; rozhlížel se kolem dokud nepřilákal něčí pozornost a pak se usmál a začal zvracet.

Podrobná analýza a porovnání údajů ukázalo, že první topografie je obvykle objevila na počátku období zvracení a byla spojena s horečkou a zánětem středního ucha. Druhá topografie obvykle

následovala po té první a nebyla spojena s žádným takovým stavem. První z nich jsme považovali za následek nemoci. Přiměřenou reakcí bylo tedy léčit zánět středního ucha vhodným antibiotikem. Druhou jsme považovali za "behaviorální". Tyto "behaviorální" epizody zvracení byly zřejmě udržovány vzbuzenou pozorností a proto na ně sestry začaly reagovat tak, že hoča velmi rychle očistily, aniž se ním přitom bavily a nedívaly se na něj. Personál též dostal instrukci, aby věnoval hochovi pozornost v době kdy nezvrací. Tato intervence byla úspěšná v tom, že snížila frekvenci a trvání zvracení na krátké chvílky, trvající asi dva nebo tři dny, přičemž hoch zvracel jen dvakrát až třikrát za den a bylo to téměř vždy spojeno se zánětem středního ucha.

## Repertoár chování

Lidé nedělají všichni totéž ve stejné situaci. To dělá život zajímavějším i obtížnějším. Dokonce i tentýž člověk může v téměř stejné situaci jednat různým způsobem. Dokonce v řadě situací závisí úspěch či neúspěch právě na tom, abychom neudělali určitou věc pořád stejně. Boxer, jehož úderý lze snadno předvídat a vždy je kombinuje stejným způsobem brzy zjistí, že se probouzí na podlaze ringu častěji než je prospěšné jeho zdraví. Profesionální kariéra fotbalisty, který používá stále stejnou fintu a pokouší se obejít protihráče stále stejným způsobem bude jen krátká. Manžel, který připravuje stále stejnou večeři, když na něj přijde řada s vařením, se brzy dočká výčitek a úpění ze strany zbytku rodiny.

Chování, které máme k dispozici v určité situaci tvoří náš repertoár chování. Ke každému typu chování je možno přiřadit určitou pravděpodobnost, s níž se v dané situaci objeví. Jako příklad si můžeme uvést tenistu, který má ve svém repertoáru šest úderů: lob, kraťas, křížný prohoz, prohoz po čáře, topspin na základní čáru a snieč. Když je soupeřův return vysoko nahraný, je možno jeho repertoár v této situaci popsat takto:

Je 40% pravděpodobnost že zahraje smeč, 40% pravděpodobnost že zahraje topspin na základní čáru, 10% pravděpodobnost že zahraje podél čáry, 5% pravděpodobnost že zahraje křížem dvorce a 2,5% šance že zahraje lob nebo kraťas. Ilustruje to tabulka 3.1

Tab. 3.1

<i>Situace</i>	<b>Repertoár chování</b>	<i>Pravděpodobnost v dané situaci</i>
Vysoký return	Smeč	40,0

Lob	2,5
Podél čáry	10,0
Kraťas	2,5
Křížem dvorce	5,0
Topspin k zadní čáře	40,0

Tyto pravděpodobnosti nejsou stálé a mohou se během doby měnit v závislosti na výsledku jednotlivých úderů. Po nějaké době může protihráč tyto pravděpodobnosti zjistit a "hrát na náhodu" tak dovedně, že s úspěchem odvrátí větší množství úderů. Hráč pak pravděpodobně změní buď svůj repertoár úderů nebo aspoň pravděpodobnosti v rámci stávajícího repertoáru, aby znovu dosáhl potřebné výhody.

### **Nedostatek dovednosti versus nedostatek v provedení**

Lidé nereagují v určité situaci vždy nejvhodnějším možným způsobem. Výše zmíněný tenista může zahrát svůj meč do autu. Dítě při řešení určitého problému selže když je v tísní. Manžel může zapomenout popřát své ženě k narozeninám.

Jsou dvě možná vysvětlení proč člověk v určité situaci nereaguje tak, jak by to bylo nejvhodnější. Buď nemá potřebné chování nemá ve svém repertoáru. Nebo, i když je schopen se zachovat vhodným způsobem, z nějakého důvodu to neudělá. Jinými slovy může se jednat buď o nedostatek dovednosti nebo o nedostatek v provedení.

*Nedostatek dovednosti* je neschopnost provést určité chování odpovídajícím způsobem. Někdo může být neasertivní, protože neví, jak se asertivně chovat. Někdo může nevhodně řešit mezilidské konflikty protože nemá potřebné dovednosti k jejich řešení. Tito lidé nedokáží popsat ani předvést potřebné chování, když je o to požádáme, a ani v minulosti to nikdy nedokázali.

*Nedostatek v provedení* existuje tehdy, když osoba umí nebo se v minulosti uměla chovat způsobem přiměřeným dané situaci, ale v konkrétní situaci se tak nezachová.

Když se setkáme s nedostatkem dovednosti, pak je prvním úkolem terapie, aby si pacient potřebné dovednosti osvojil. Když je však nedostatek v provedení, pak je úkolem terapie buď zvýšit míru zpevnování žádoucího chování a/nebo odstranit překážky, jako je třeba úzkost, které brání provedení tohoto chování.

Abychom to ilustrovali na příkladě, vezměme si tři děti, které nedokáží vyřešit úkol v matematice. První dítě to nedokáže, protože nemá potřebné znalosti a i když se velmi snaží, nemůže úkol vyřešit. Cílem terapie je v tomto případě naučit dítě potřebným znalostem matematiky, nejspíše za pomoci dovedného učitele matematiky. Druhé dítě je schopno tento úkol zvládnout v rekordním čase ve vaší pracovně, když mu slíbíte za odraěnu lístek na nejbližší fotbalový zápas, ale doma ani ve škole úkol nesplní, protože za něj není nijak odměněno a dokonce si toho nikdo ani nevšimne. Terapeutický úkol pak spočívá v tom, změnit způsob zpevnování tak, aby se zvýšila pravděpodobnost, že práce bude udělána. Je možno toho dosáhnout pomocí nácvikového programu pro rodiče nebo pomocí rodinné terapie.

Třetí dítě je schopno zvládnout úkol v běžných hodinách, ale při zkouškách selhává a jeho výkon je nedostatečný. Problémem pak může být úzkost při zkoušce a cílem terapie je tuto úzkost zmírnit.

Rozlišení mezi těmito třemi typy problémů je nezbytným prvním krokem v analýze jakýchkoli školních problémů. Pokud se zmýlíme, může to být velmi frustrující jak pro dítě, tak pro terapeuta. Takže pokud se domníváme, že se u

dítěte jedná o nedostatky v provedení a ve skutečnosti jde o nedostatek dovedností a chceme po něm, aby dělalo něco, co neumí, léčba nutně skončí neúspěchem. Výsledkem je, že dítě utrpí další emoční trauma.

#### *Kapitola 4*

## **ZHĚNA CHOVÁNÍ**

### ***Osvojení si nového chování***

Nyní se podrobněji zaměříme na to, jak dosáhnout změny chování, jak zmírnit problémové chování a jak rozvinout žádoucí chování, které se vyskytuje příliš zřídka.<sup>1</sup>

Dokud není jedinec určitého chování schopen, nemůžeme uvažovat o zmírnění či rozvinutí tohoto chování. Nemá-li jedinec žádoucí chování ve svém repertoáru, musíme podniknout kroky, aby si toto chování osvojil. Někdy to úplně stačí k odstranění určitého klinického problému. Konečně v řadě případů je velmi užitečnou klinickou strategií naučit klienta určité vhodné chování, a to takové, které se vylučuje s chováním nežádoucím. Takže chová-li se například dítě nezdvořile k dospělým, je možno toto chování účinně zmírnit, když dítě naučíme jak se má chovat zdvořile a pak mu odpovídáme jen když nás osloví zdvořilým způsobem.

Behaviorální terapeut, který pomáhá klientovi, aby si osvojil nové způsoby chování, vychází z určitých základních pojmů. Jsou to pojmy "následky" a hlavně "zpevnění" (angl. reinforcement).

### ***Pozitivní a negativní zpevnění***

"Zpevňující podnět" (angl. reinforcer) definujeme jako jakoukoli událost, která, následuje-li po určitém chování, zvyšuje pravděpodobnost, že se toto chování bude v budoucnu opakovat.

K zpevnění může dojít dvojím způsobem. První spočívá v tom, že po provedení určitého žádoucího chování je klientovi něco poskytnuto, druhý v tom, že po provedení tohoto chování je něco odstraněno. Pokud něco poskytneme a výskyt sledovaného chování se zvýší, říkáme že došlo k pozitivnímu zpevnění. "Pozitivní" v tomto případě neznamena žádná subjektivní ocenění toho co bylo poskytnuto; konstatuje se tím prostě fakt, že něco poskytnuto bylo. Snad by dokonce bylo lepší mluvit o zpevnění pomocí aplikace podnětu nebo o zpevnění poskytnutím - ovšem termín "pozitivní zpevnění" má již v literatuře pevné místo.

Pokud něco odstraníme a výskyt sledovaného chování se zvýší, pak říkáme že došlo k negativnímu zpevnění. Opět "negativní" neznamena hodnocení kvality podnětu, který byl odstraněn, ale znamená fakt jeho nepřítomnosti.

Abychom to shrnuli - *pozitivní zpevnění* je zvýšení výskytu určitého chování

---

<sup>1</sup> Údaje v této kapitole vycházejí z mnoha výzkumů a řady publikací. Není možné citovat všechny práce v této oblasti. Základní literatura zahrnuje práce Craigheda, Kazdina a Mahoneyho(1981); Hulseho, Deese a Egetha(1975); Reynoldse(1975); Kaplana (1986); Martina a Peara (1983); a Azaroffa a Reese (1982). Abychom se vyhnuli únavnému opakování nebudou tyto práce v následujícím textu citovány.

tím, že po něm určitý podnět *nastane*. *Negativní zpevnění* označuje situaci, kdy se výskyt chování zvýší, když po něm následující podnět *zmizí*. Slovní spojení, které nám pomůže si to zapamatovat, je "přítomný - pozitivní" a "nepřítomný - negativní". Je to zobrazeno na v tabulce 4.1.

Tab. 4.1

<b>Vliv na budoucí chování</b>	<b>Vnější událost následující po sledovaném chování</b>	<b>Podnět poskytnut</b>	<b>Podnět odstraněn</b>
<b>Sledované chování se zvýší</b>		Pozitivní zpevnění	Negativní zpevnění
<b>Sledované chování se sníží</b>		Potrestání aktivní	Pokuta za nevhodné chování

Jsou dva důvody proč nepřipisujeme "pozitivnímu" zpevňujícímu podnětu žádnou subjektivní hodnotu. Na první pohled by se zdálo, že všechny nebo aspoň velká většina těchto podnětů bude žádoucí, atraktivní a poskytující potěšení. Ale ve skutečnosti to, zda je určitý podnět příjemný, závisí na příjemci, ne na podnětu samotném. Tak například tabulku čokolády může většina lidí považovat za "pozitivní" zpevňující podnět, protože je "chutná", ovšem někteří lidé čokoládu rádi nemají. Takže pokud těmto osobám následně po určitém chování poskytneme čokoládu, nezvýší to u nich pravděpodobnost opakování tohoto chování. V takovémto případě není čokoláda zpevňující podnět. Zpevňující podněty jsou proto u každého člověka specifické. Není možno předem vědět co bude působit jako zpevňující podnět. V některých případech může být dokonce zavádějící i vlastní sdělení sledované osoby.

Druhým důvodem proč nepřipisujeme zpevňujícím podnětům žádnou vnitřní hodnotu je to, že i podnět, který jak pozorovatel, tak sledovaná osoba hodnotí jako nepřijemný, může účinkovat jako pozitivní zpevňující podnět. Vezměme si například rodiče, který dítěti nadává. Může se zdát zvláštní, že by se některé dítě schválně chovalo tak, aby mu rodič nadával. Ovšem ukázalo se, že rozčilování rodiče může někdy sloužit jako pozitivní zpevňující podnět, udržující určité chování. Dítě přitom může tvrdit, že mu vadí, když mu rodič nadává a že by si přálo, aby mu rodič nadávat přestal, ovšem přesto se opakovaně chová tak, že mu rodič nadává. Chytrý a vnímavý adolescent může být někdy schopen říci něco v tom smyslu, že i když je to křičení nepřijemné, pořád je to lepší, než kdyby si jej rodič vůbec nevšímal.

Někdy lidé označují určité cíle, které jsou jim nějakým způsobem nepřijemné, jako o "menším ze dvou zel". Toto "nutné zlo" může pak působit jako pozitivní zpevňující podnět - a to tehdy, když zvyšuje pravděpodobnost určitého chování. Následující příklad, který zažil jeden z nás (Douglas Murdoch), to názorně demonstruje:

Otec si stěžoval, že jeho osmiletá dcera Anna, která byla "báječná" během dlouhotrvající a vážné nemoci svého bratra, začala být nyní "zlá". Požádal jsem jej,

aby to bližšie vysvetlil. Řekl přibližně toto:

"No, přijdu domů z práce a jsem pořádně unavený. Chtěl bych si odpočinout a přečíst si noviny. Anna mě většinou pěkně přivítá a začne si sama hrát. Ale za malou chvíli mě začne obtěžovat otázkami a tahá mi noviny z rukou. Nedá mi chvíli pokoj."

Zeptal jsem se ho co dělá, když na něj Anna začne dotírat otázkami.

Odpověděl:

"No, nejdřív se snažím být na ni milý a krátce jí odpovím a pak se zase vrátím ke svým novinám."

Zeptal jsem se: "A co se stane pak?"

"Pořád mě otravuje dalšími otázkami."

"A pak?"

"Naštvu se a začnu na ni křičet, ať mi dá pokoj."

"A?"

"Nechá toho a vrátí se ke svému hraní s panenkami nebo s čím, ale za chvíli přijde s další otázkou nebo si začne prozpěvovat nebo něco takového, co mě rozčiluje."

"A co děláte potom?" zeptal jsem se.

"Musím odložit noviny a vysvětlit jí, že musí respektovat můj klid."

"A co udělá Anna pak?"

"Začne se se mnou hádat, což jí vůbec není podobné a dřív než si to uvědomím, tak uplyne 20 minut, je tu večere a já jsem si vůbec nestačil noviny přečíst."

Poradil jsem otci, aby se cestou z práce domů zastavil na 20 minut na kávu. Tam aby si přečetl noviny a oddechl si. Až přijde domů, ať se s dcerou přivítá jako obvykle. Ať si s ní povídá nebo hraje, když si bude sama pěkně hrát (čímž zpevní chování, které má Anna ve svém repertoáru a které je neslučitelné se zlobením). A ať si jí nevšímá, nebo odpovídá neutrálně ("Mám zrovna co dělat, jdi si hrát, za chvíli za tebou přijdu"), když se bude snažit upoutat jeho pozornost nějakým nepříjemným způsobem.

Telefonoval jsem otci za dva týdny poté a dcera byla zase "báječná".

"A ty problémy s ní se od poslední zlepšily, zhoršily nebo zůstaly stejné?"

"Zhoršily se."

Je zřejmé, že Anna tvrdě pracovala na tom, aby přiměla svého otce, aby na ni křičel. Zdá se, že pro ni byla jakákoli pozornost z jeho strany přijatelnější než žádná pozornost. Zřejmě byla ve stavu silné deprivace, asi proto, že se jí nedostávalo pozornosti rodičů po dobu pěti let co byl bratr nemocný. V tomto případě bylo antecedentem to, že si otec Anny nevšimal, její otravování bylo "chování" a jeho výčitky byly následek.

Anna využívala řadu způsobů chování ze svého repertoáru, aby dosáhla následku, který chtěla, to je, aby si jí otec všimal. Protože jeho pozornost (odpovědi na otázky, křik, hádka) následovaly po jejím chování a výskyt tohoto chování se zvyšoval, můžeme dojít k závěru, že jeho pozornost sloužila jako pozitivní zpevňující podnět, protože podmíněně následovala po jejím chování a vedla ke zvýšení frekvence, intenzity a trvání tohoto chování.

Jako negativní zpevnění označujeme podmíněně odstranění určitého podnětu poté, co se objeví žádoucí chování. Vhodným příkladem je vyčítání a pérování. Manželka péruje svého manžela, aby šel vynést odpadky. S brbláním jí vyhoví a ona jej přestane pérovat (odstranění podnětu - pérování - následující podmíněně po určitém chování). Pokud se zvýší pravděpodobnost, že manžel v budoucnu vynese odpadky, pak je manželčino pérování negativním zpevňujícím podnětem.



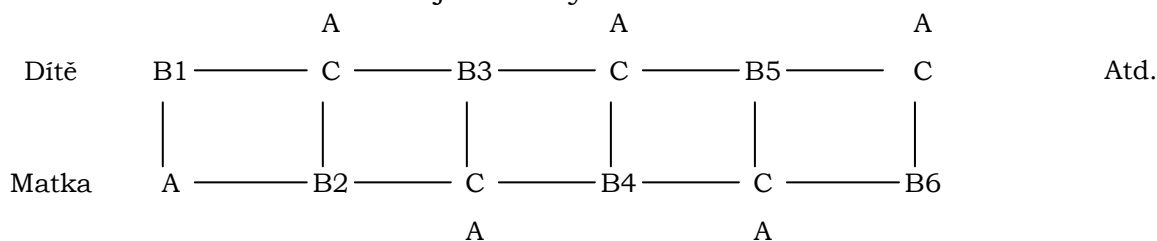
Většina z nás považuje pochvalu za příjemnou věc a tudíž za pozitivní zpevňující podnět. Přesto u některých lidí dojde po udělení pochvaly k podmíněnému snížení výskytu chování, které pochvale předcházelo, a naopak se zvýší výskyt chování, které pochvale brání. Když k tomu dojde, pak pochvala funguje jako negativní zpevňující podnět. Například dospívající hoch, kterého matka velmi často chválí, se může v přítomnosti svých nových kamarádů začít chovat tak, aby jej matka tak často chválit nemohla.

To, co označíme jako "chování" při interakci mezi dvěma a více lidmi, závisí na naší perspektivě. Chování dítěte představuje podněty (antecedenty a následky) ovlivňující chování matky. Současně vnímá dítě chování matky jako antecedenty a následky svého vlastního chování. Vnější pozorovatel označí jako chování to, co by se mělo změnit. Děti mění chování svých rodičů stejně účinně jako rodiče mění chování svých dětí.

Jako příklad takového vzájemného procesu může sloužit výpověď šestileté dívky, která v neformálním rozhovoru popsala něco, co

je možno označit jako pojednání o tom, jak měnit, chování matky pomocí vlastních reakcí. Pořadí jednotlivých chování popsala takto (parafrázováno): "Když něco chci, řeknu si o to mamince. Někdy mi vyhoví, ale někdy mi to odmitne, zvláště když má špatnou náladu. Když mi řekne ne tak se naštvu a začnu na ni křičet a nadávat jí. Někdy to pomůže a dostanu co jsem chtěla, takže jsem pak na maminku hodná. Někdy to nepomůže a ona mě pošle do mého pokoje. Pak začnu plakat a řeknu, že toho moc lituji. To účinkuje skoro vždycky, protože má maminka nesnáší když pláču a tak mi dá co chci."

Následující sekvence chování ukazuje, jak je použití pojmů antecedent, chování a následek relativní a závisí na tom, kdo je identifikovaný pacient a také na kterém místě sekvence jednotlivých chování začneme:



První jednání dítěte (B1) je zároveň antecedentem prvního jednání matky (B2), které je zároveň následkem (C) prvního jednání dítěte a antecedentem druhého jednání dítěte (B3), které je zase jak následkem prvního jednání matky a antecedentem jejího druhého jednání (B4) a tak stále dál.

## **Rozvíjení chování**

K ovlivnění nedostatků v chování existuje řada technik. Nejjednodušší jsou formování či.li postupné přibližování, ale jsou i jiné, účinnější způsoby v závislosti na typu chování, které si má klient osvojit a na jeho schopnostech.

### **Formování čili postupné přibližování**

Člověk, který chce vytvořit sochu, začne s kamenným kvádrem, který se vůbec nepodobá tomu, co doufá vytvořit. Nevytvoří konečnou podobu svého díla jediným úderem kladiva. Nejdříve odseká dlátem kusy kamene tak, aby získal aspoň hrubou podobu toho, co chce nakonec vytvořit. Osekává postupně stále menší a menší kousky, dokud se tvar stále více a více nepodobá tomu, co má v mysli. Nakonec opatrně závěrečnými údery dokončí svou sochu.

Proces formování (shaping) chování je něco podobného. Nejdříve zpevňujeme jakýkoli projev, který aspoň vzdáleně připomíná chování, které chceme rozvinout, i když se toto chování vyskytuje jen nahodile. Pak začneme zpevňovat pouze chování, které se cílovému chování blíží o něco více. Jak se chování více a více blíže cílovému chování odměňujeme postupně stále bližší kroky, až nakonec dolaďujeme již jen jednotlivé nuance žádoucího chování. Jednoduché chování lze zformovat poměrně rychle. Rozvinutí složitějšího chování však může trvat roky.

### **Modelování čili učení podle vzoru**

Rychlejší způsob jímž si vyšší organismy osvojují určité chování je pomocí nápodoby. Bandura (1969) provedl řadu významných experimentů, na jejichž základě vznikla teorie sociálního učení. Prokázal, že děti jsou schopny se naučit novému chování i bez formování a bez zpevňování, a to pomocí imitace. Děti nejdříve pozorovaly někoho jiného, jak provádí určité chování, které předtím neznaly (například jak nakopne loutku v lidské velikosti,

která má těžký kulatý spodek, takže se po úderu zase sama postaví). Nebylo jim řečeno, aby toto chování napodobovaly ani nebyly vedeny pomocí formování k provedení stejného činu, ale když dostaly příležitost, napodobily dokonale chování modelu.

Modelování (modelling) lze definovat jako proces učení, při němž si člověk osvojí nový způsob reakce pomocí pozorování tohoto chování u jiné osoby (či organismu) a opakováním této reakce bez dalších pokynů či nácviku.

Většina z nás používá učení nápodobou téměř bezmyšlenkovitě. Uvědomujeme si, že nejrychlejší a často i nejlepší způsob, jak naučit druhého člověka určité dovednosti, je mu tuto dovednost předvést. Takže zadáme matematický příklad a nahlas vysvětlujeme každý krok při jeho řešení; nebo jdeme na žíněnku a předvedeme kotoul. Člověk, kterému určitou dovednost předvádíme může být pak schopen napodobit předvedené jednání již na první pokus. Kdybychom se snažili naučit někoho matematice či tělocviku pouze pomocí zpevňování a formování, přičemž bychom čekali až se náhodou vyskytne chování, které se aspoň trochu podobá tomu, čeho chceme dosáhnout, mohlo by učení trvat nepřiměřeně dlouhou dobu. Tímto způsobem by žádný vzdělávací systém nedokázal naučit tolik, kolik toho naučí během 15 až 20 let.

Učení podle vzoru je mocný a účinný způsob, jak si osvojit nový způsob chování. Snad nikdo to neví lépe než lidé, pracující v reklamě, kteří principů učení nápodobou široce využívají. Právě proto že víme, jaký vliv má nápodoba na naše chování, je nyní tolik debat kolem zobrazování násilí v televizních pořadech. Je velmi nešťastné, že jsou děti svědky tolika násilných činů, kterých se dopouštějí nejen zloduchové, ale i hrdinové televizních příběhů.

Je řada faktorů, které ovlivňují pravděpodobnost, že určité chování bude napodobováno. Nejdůležitější jsou přitom vlastnosti modelu. Velmi důležitou vlastností modelu je míra podobnosti mezi modelem a napodobující osobou. Čím je model klientovi bližší věkem, pohlavím, mírou dovedností, národností, etnickou příslušností a vlastně jakoukoliv vlastností, tím více je pravděpodobné, že se jej klient bude snažit napodobit. Reklamní pracovníci to uznávají a proto si vybírají do reklam takové typy představitelů, kteří se co nejvíce podobají té skupině obyvatel, která by měla nabízený výrobek kupovat. V Severní Americe to lze krásně ukázat na příkladu reklamy na pivo. Populární místní značky často doporučují mladí muži či ženy středního věku, kteří se věnují rekreačně nějakému sportu nebo sledují sportovní utkání; nebo mladí muži a ženy, kteří pijí pivo při

nějaké společenské příležitosti a je zřejmé, že se přitom dobře baví. Drahé a dovozové značky pív jsou v reklamách konzumovány osobami "z lepší společnosti", V drahých oblecích a v přepychovějších interiérech, které se přitom zabývají spíše klidnější činností, například poslechem hudby ze špičkových stereo zařízení.

Dalším důležitým faktorem nápodoby je přitažlivost modelu. Čím je model přitažlivější, tím spíše druzí napodobují jeho či její chování. I to dobře vědí v reklamních agenturách, které do svých reklam vždy hledají mladé, přitažlivé lidi, kteří předvádějí chování, které má pak spotřebitel napodobit (obvykle jde o nákup a používání určitého výrobku). Vzhledem k tomu, že přitažlivost je vždy v oku pozorovatele, opět je rozhodující, na kterou skupinu obyvatel je reklama cílena. Například jak postupně zbohatla skupina černošského obyvatelstva ve Spojených státech, zvýšil se i počet atraktivních černošských modelek v reklamách. Drahé výrobky obvykle předvádějí vysoké, elegantní, přitažlivé a draze oblečené modelky středního věku, zvláště filmové hvězdy. V reklamách výrobků určených pro mladé a méně bohaté zákazníky vystupují obvykle přitažliví, neformálně oblečení mladí lidé.

Jiným klíčovým faktorem je, zda model předvádí zvládnutí určité dovednosti na vysoké úrovni a jaká je úroveň dovedností pozorovatele v dané oblasti. Tzv. "mistrovský model" je model, který zvládá dané chování s vysokou mírou dovednosti. Model "zvládající" je model, který má jisté problémy se zvládnutím daného chování, podobné jako pozorovatel; ten se pak může naučit, jak se chovat, aby tento problém překonal. Model může také předvádět chování "před a potom".

Dalším faktorem, zvláště v případě kdy je model v aktivním vztahu k osobě, která si má určité chování osvojit, je přístup modelu. Model, který je přátelský, vřelý a empatický a v minulosti dokázal splnit řadu instrumentálních a emočních potřeb klienta (či jiných osob), bude napodobován častěji než model který působí chladným, necitlivým a emočně otažitým dojmem. Jistě také proto je pro mnohé lidi vzorem k napodobení Matka Tereza. A také proto je představa behaviorálního terapeuta jako chladného a nezúčastněného technika nesprávná. Takoví lidé jsou špatnými behaviorálními terapeuty, protože nemají vlastnosti, které by klienty vedly k tomu, aby se řídili jejich příkladem.

Dalším důležitým faktorem je míra moci, kterou model disponuje. Jeli model vnímán jako někdo, kdo má moc udělovat tresty a pochvaly, je větší pravděpodobnost, že bude napodobován.

A konečně je důležité, k jakým následkům vede předváděné chování. Model, který je za své chování potrestán, napodobován nebude, zatímco model, který je odměněn, ano.

## **Instrukce**

Při účinném učení novému chování nejsme omezeni jen na jeho předvádění. Kdyby tomu tak bylo, pak bychom všichni opustili současné výcvikové instituce a šli bychom se učit od Marcela Marceau. Naštěstí máme schopnost řeči a můžeme jí využívat když druhým pomáháme, aby se naučili novému chování. Můžeme tedy naše klientům instruovat, jak si myslíme, že by se v určité situaci měli nebo mohli chovat. Můžeme jim popsat, co po nich chceme, aby dělali, a pak jim poskytovat zpětnou vazbu během postupného formování žádoucího chování.

## **Křivky učení versus učení typu "všechno nebo nic"**

Chování se lze naučit různě rychle v závislosti na faktorech jako je

složitost chování, míra a konkrétnost poskytované zpětné vazby, motivace k učení (která závisí na množství a typu zpevňujících podnětů), příležitosti k učení, schopnostech člověka učit se novým věcem a na všech možných omezujících podmínkách. Osvojování určitého chování obvykle probíhá po křivce s rychlým úvodním zlepšováním dovednosti, s níž je nové chování prováděno. Postupně se pokrok zpomaluje, až nakonec člověk dosáhne limitu svých schopností a každé další zlepšení vyžaduje mnohem více úsilí a času.

Výše popsaný fenomén lze dobře ilustrovat na příkladu atletického tréninku. Začátečník, který začíná trénovat řekněme skok vysoký, může na první pokus skočit 140 centimetrů. Na konci prvního roku tréninku může dosáhnout 185 centimetrů, na konci třetího roku 215 cm a poté, i při optimálních podmínkách pro trénink, s nejlepším trenérem a s denním dodržováním všech principů, jak dosáhnout lepšího výkonu, může atlet přidávat jen několik centimetrů skočené výšky každý rok. Ovšem právě těchto několik centimetrů navíc může být velice důležitých. Vidíme to na grafu 4.2. Příležitostně se může stát, že buď díky povaze určité reakce nebo díky optimálním podmínkám pro učení, je určitá reakce získána způsobem "všechno nebo nic". Nazýváme to "učení na první pokus". Příkladem je vznik negativní emoční reakce na neutrální podnět spojený s traumatickou zkušeností - jako je například strach z cestování autobusem, když byl člověk během jízdy v autobuse přepaden.

### **Náhled a řešení problémů**

Může se zdát divné, že se v textu o behaviorální terapii objevuje pojem "náhled". Nedošlo snad, můžete si říci, k chybě v tiskárně, takže sem byl omylem vložen kousek textu o psychoanalýze? Ne, k ničemu takovému nedošlo. "Náhled" není v tomto případě použit ve stejném významu v němž jej používají psychoanalytici

- k pochopení potlačené dynamiky psychických procesů osobnosti
- ale i k označení takzvaného "aha" zážitku, který je dobře zdokumentován v literatuře, zvláště v souvislosti s vědeckým myšlením. Rozumíme tím náhlé pochopení souvislostí nebo nalezení řešení behaviorálních potíží, které vede k novým způsobům reagování. Jako "řešení problémů" zase označujeme systematickou analýzu a hledání řešení těchto potíží.

### **Nápověda**

Nápovědou (prompts) rozumíme instrukce, poskytnutí vodítek, upozornění, fyzické vedení (oblíbenou scénou v komediích je, jak instruktor golfu obejmě zezadu krásnou mladou dívku, aby jí ukázal, jak má správně vést úder), gesta a uvádění příkladů. Nápovědu může poskytovat i model. Pokud je chování vedené pobídkami zpevňováno, je možno brzy od pobídek ustupovat a chování i nadále přetrvává.

### **Řetězení**

Často se setkáváme s klienty, kteří se potřebují naučit celé sekvence určitých dovedností aby se dokázali chovat přiměřeně. Nebo klient sice potřebné dovednosti ovládá, ale nedokáže je uplatnit ve správném pořadí. V těchto situacích užíváme postup zvaný "řetězení" (chaining).

Při řetězení poskytujeme zpevňující podnět až po správném provedení dvou nebo více reakcí po sobě. Nejdříve nacvičujeme jen velmi jednoduché řetězce

chování; ty pak krok za krokem rozvíjíme, dokud není klient schopen provádět celé dlouhé sekvence jednotlivých chování, aby získal odměnu. Například získání matematických dovedností je v mnoha ohledech sřetězený soubor reakcí prováděných v určitém pořadí, a až po jejich správném absolvování dosáhneme odměny (spočívající ve správné odpovědi a jakémkoli vnějším zpevňujícím podnětu, který slouží jako odměna za správnou odpověď).

V případě matematiky trvá tento proces vytváření správného řetězce mnoho let. Začíná zpevňováním nejzákladnějších úkonů - poznání hodnoty jednotlivých čísel ("Kolik máš prstů Tome?", "Kolik máš nosů Sally?"), pak se přidávají dovednosti v oblasti základních matematických operací (sečítání, odčítání, násobení a dělení). Pak přijdou slovní příklady ("Mary má tři bonbóny a John má dva bonbóny. Kolik jich mají dohromady?") a zvládnutí pravidel sek venčních operací. Fyzik, který získal Nobelovu cenu, dokáže pracovat s velmi dlouhými řetězci matematických úkonů, aby dosáhl zpevňujících podnětů (správných odpovědí, uznání ze strany kolegů, vysokého platu, ocenění a vyznamenání, finančního krytí svých výzkumů, žádostí o přednášky a podobně).

Jiným příkladem použití řetězení je, když učíme svou dceru, aby šla do obchodu koupit mléko. Zpočátku, když je ještě hodně malá, ji s sebou vezmeme do obchodu a necháme ji, aby vzala mléko z chladicího boxu a dala je do košíku. Pak ji pochválíme, jak moc nám pomohla, usmějeme se na ni a pohladíme ji. Příště ji necháme, aby vzala mléko z chladicího boxu a zanesla je k pokladně, než se na ni usmějeme a pohladíme ji. Pak ji necháme udělat oba tyto úkony a necháme ji, aby mléko zaplatila, a až pak jí poskytneme zpevňující podnět. Dalším krokem může být, že jí dáme peníze a pošleme ji do obchodu, zatímco čekáme před obchodem. Řetězec, předcházející zpevňujícímu podnětu, je nyní tento: jít do obchodu, najít kde je mléko, vložit jej do košíku, zanešt k pokladně, zaplatit a přinést jej domů.

Jak tento řetězec postupně budujeme, můžeme přidávat další složky, jako je vzít si peníze z obálky určené na nákup potravin, spočítat si správně vrácené drobné, zajet do obchodu na kole nebo zajít tam pěšky, napsat si seznam potravin, které je třeba koupit, nakoupit řadu různých věcí v jednom obchodě, a tak dále.

## **Zpevnění existujícího chování**

Naučení se novému chování je pouze prvním krokem. Dále je třeba zajistit, aby se toto chování objevovalo se správnou frekvencí, intenzitou a trváním a ve správných situacích. V situaci, kdy klient sice určité chování ovládá, ale neuplatňuje jej dostatečně a ve vhodných situacích, to může být první úkol terapie. Nejobvyklejším a neúčinnějším způsobem jak toho dosáhnout, je systematicky změnit poskytování podmíněných zpevňujících podnětů.

Zaměříme se nyní na způsoby jak zvýšit frekvenci určitého chování, abychom nemuseli stále únavně opakovat, že jde o zvýšení frekvence, intenzity a trvání; ovšem popsání principy umožňují též zvýšení intenzity a trvání určité reakce (pomocí zpevňování lze například dosáhnout u zpěváků zvýšení síly hlasu a prodloužení schopnosti držet určitý tón).

Pojem zpevňování byl již vysvětlen při probírání způsobů jak se učíme novému chování. Nyní se zaměříme na postupy, jimiž je chování zpevňováno. Probereme si jednotlivá schémata zpevňování, určující, kdy je určité chování zpevněno a jak se zpevňování mění při zvyšování frekvence určitého chování a při udržování určitých reakcí.



Zpevňujúci podnety však není nutno poskytovat pouze v závislosti na frekvenci žádoucích reakcí. Je možno je také poskytovat v určitých časových intervalech. V takovém případě zpevňujeme vždy první žádoucí reakci, která se objeví po uplynutí určité stanovené doby. Například podle schématu "fixní interval jedna minuta" zpevníme první žádanou reakci po uplynutí jedné minuty. I intervalová schémata mohou být buď fixní nebo variabilní, stejně jako poměrná schémata. Schéma "fixní interval pět minut" znamená, že po uplynutí pěti minut od poskytnutí posledního zpevňujícího podnětu je k dispozici další zpevňující podnět. "Variabilní intervalové schéma - pět minut" znamená, že další zpevňující podnět bude k dispozici průměrně za pět minut od aplikace posledního zpevňujícího podnětu, takže někdy bude k dispozici již za minutu a půl, někdy až za sedm minut a někdy za čtyři minuty od posledního zpevňujícího podnětu.

Jako příklad intervalového schématu zpevňování a jeho vlivu na chování nám může posloužit jízdní řád autobusu. Představte si, že pozorujeme dvě autobusové zastávky po určitou dobu během ranní špičky. Na jedné z nich jezdí autobus pravidelně každých 15 minut a začíná v celou hodinu. To je schéma "fixní interval 15 minut" (FI 15) - sledovaným chováním je čekání na zastávce, zpevňujícím podnětem je příjezd autobusu. Viděli byste, že lidé se začínají shromažďovat na zastávce vždy těsně před uplynutím 15 minut a že v jinou dobu bude na zastávce vždy jen pár lidí. (Pokud byste oslovili člověka, který stojí na zastávce řekněme osm minut po celé hodině, asi byste zjistili, že je tu cizí a jízdní řád nezná).

Na druhé zastávce zastavují autobusy velmi nepravidelně, i když průměrně každých 15 minut autobus přijede (variabilní interval 15 minut, VI 15). Ale někdy přijedou dva autobusy jen několik vteřin po sobě a jindy je mezi nimi pauza 30 minut. Na této zastávce byste viděli, že zde téměř nepřetržitě stojí určité množství lidí a že ke konci každé čtvrt hodiny je jich jen o něco málo více. Kdybychom pozorovali chování jen jednoho z pasažérů, pak bychom zjistili, že ten který používá první zastávku (fixní interval) odchází z domu každý den skoro ve stejnou dobu a na zastávku přichází těsně před uplynutím čtvrt hodiny a že stráví jen málo času chováním "čekání na zastávce". Pasažér, který používá druhou zastávku (variabilní interval), odchází z domu v méně pravidelnou dobu, na zastávku přichází také před uplynutím čtvrt hodiny, ale s větším časovým rozptylem a daleko více času stráví chováním "čekání na autobus" (a také dalším chováním, třeba nevrlym přemítáním o mizerné kvalitě autobusové dopravy a společným nadáváním se spolupasážéry).

Chování dětí ve školní třídě je často udržováno intervalovými schématy. Přestávky a konec vyučování se řídí fixním intervalovým schématem, takže chování "řazení se u dveří" je možno pozorovat v době přestávek, oběda a na konci vyučování. Chování "hlášení se o pomoc během hodiny" je spíše udržováno schématem variabilních intervalů. Tato variace bude záviset na průměrném množství času, který se učitelka věnuje jednotlivým žákům. Někdy se věnuje žákovi jen 30 vteřin, jindy několik minut a v této době se nemůže věnovat druhým dětem. Ruce se začnou zvedat v době, kdy se bude blížit konec průměrné doby, po kterou je učitelka nedosažitelná.

Ve třídě, kterou navštěvují děti hospitalizované na našem oddělení, jsme občas použili vlivu těchto schémat zpevňování abychom zkrátili dobu po kterou mají žáci ruce nahoře. Převedli jsme děti z variabilního intervalového schématu (při němž se udržuje vysoká frekvence a trvání určitého chování) na fixní intervalové schéma ("Teď jsem se ti přestala věnovat. Přijdu ti zase pomoci nejdříve za pět minut, dříve ne"). Sledování televize i poskytování terapeutických sezení

jsou chování určované často na základě intervalových schémat (jakkoli si někteří klienti myslí, že jim bude terapie poskytována podle schématu FP 1 - kdykoli přijdou, ať jsou objednaní nebo ne!)

Hlavní rozdíl mezi poměrovým a intervalovým schématem zpevnování určitého chování spočívá v tom, že při intervalovém schématu nezáleží na počtu žádoucích reakcí. Rozhodujícím faktorem je množství času, které uplynulo od aplikace posledního zpevňujícího podnětu. V poměrovém schématu je rozhodující počet žádoucích reakcí a nerozhoduje uplynulý čas. Při schématu FP 5 bude zpevněna každá pátá žádoucí reakce, lhostejno zda se objeví za pět vteřin nebo za pět hodin od naposledy zpevněné reakce.

### **Kombinovaná schémata zpevnování chování**

Schémat zpevnování chování je možno kombinovat třemi způsoby abychom dosáhli různých účinků:

- 1) Je možno je kombinovat tak, že k poskytnutí zpevňujícího podnětu musí být splněna pravidla pouze jednoho z uvedených schémat.
- 2) Zpevňující podnět je aplikován pouze tehdy, jsou-li splněny pravidla všech schémat současně.
- 3) Zpevňující podnět je poskytnut pouze tehdy, pokud jsou splněny určité kombinace pravidel jednotlivých schémat. Je možno například zkombinovat intervalové a poměrové schéma zpevnování tak, že zpevňující podnět je poskytnut pouze tehdy, když se objevil určitý počet žádoucích reakcí a přitom od poskytnutí posledního zpevňujícího podnětu uplynul určitý časový interval.

Lidé mohou například pracovat v systému kvót, při nichž je zpevňující podnět (například peníze navíc) poskytován v určených intervalech (například jednou týdně), ale pouze tehdy, jestliže bylo během této doby dosaženo určité kvóty. Nazývá se to sdružené schéma zpevnování. Pokud je zpevňující podnět poskytnut tehdy jeli splněna podmínka aspoň jednoho z obou schémat zpevnování, mluvíme o alternativním schématu zpevnování; pak je zpevňující podnět poskytnut buď po první žádoucí reakci po uplynutí určitého času *nebo* po určitém počtu žádoucích reakcí bez ohledu na čas.

Ve škole se práce často řídí podle tohoto schématu. Žák může ukončit ročník buď tak, že odvede výkon, splňující stanovené požadavky nebo poté, co stráví ve třídě určitou dobu (řekněme dva roky), bez ohledu na svůj prospěch. Složitost těchto schémat zpevnování může být velmi vysoká a jejich úplná analýza je proto nemožná. Další a podrobnější výklad lze nalézt v knihách o teorii učení (vynikající je stručná a přesná kniha Reynoldse (1975) *Úvod do operantního podmiňování*).

Jedním z problémů při rozvíjení a upevnování nového adaptivního chování je, že má tendenci se vyskytovat pouze v rámci nácvikového sezení. Stydlivý chlapec, který se naučí jak požádat doma o pomoc, může stále tiše a bezmocně sedět, když ve škole něčemu nerozumí, nebo když je v restauraci s přáteli. Říkáme, že nedochází ke generalizaci chování. Nedostatečná generalizace je

způsobena tím, že zpevnění je spojeno pouze s určitou předcházející událostí, která signalizuje dostupnost zpevňujícího podnětu. V jiných situacích však tento předcházející podnět (antecedent) - přítomnost rodiče nebo domácí prostředí nebo obojí - chybí. Generalizaci podporujeme tak, že určité chování zpevňujeme v řadě různých situací. V popsaném případě by asi dalším krokem bylo navázání spolupráce se školou, abychom program zpevnování určitého schování přenesli i do tohoto prostředí. Rodičům bychom řekli, aby s chlapcem



chodili do různých podniků a aby jej v různých situacích povzbuzovali, aby si sám o něco řekl a pak jej za to odměnili. Rodiče mohou do terapeutického plánu zasvětit i příbuzné a sousedy, takže ke zpevnování chlapcova žádoucího chování dochází v celé řadě různých situací.

Dalším problémem je, že naučené změny chování mají tendenci se ztrácet. Jde o nedostatečné udržování žádoucího chování, které je obvykle způsobeno tím, že schéma zpevnování bylo zeslabeno příliš rychle (tj. k poskytnutí zpevňujícího podnětu bylo vyžadováno více žádoucích reakcí), takže došlo ke spuštění procesu vyhasínání. Jedním ze zřejmých řešení je opětovné zvýšení intenzity zpevnování (zpevňovat více reakcí nebo po kratší době). Jedním z problémů však jsou omezené možnosti okolí (čas učitele či rodičů, materiální zdroje). Řešení může spočívat v tom, že klient převezme odpovědnost za zpevnování svého vlastního chování - což je důležitý krok při budování sebekontroly.

Dalším klíčovým pojmem je "síla zvyku". Dobře naučená reakce, která byla opakovaně procvičována, zatímco její zpevnování bylo postupně zeslabováno, se bude samovolně udržovat po dlouhou dobu i při minimálním zpevnování. Na to je třeba pamatovat při rozvíjení nové reakce na situaci, v níž existuje dobře vyvinutá nevhodná reakce s významnou vlastní silou.

## **Odstraňování chování**

Zmírnění nebo odstranění nežádoucího chování je obvyklým požadavkem klientů hledajících pomoc. Nežádoucí chování může zahrnovat i vnitřní prožitky a procesy, jako je smutná nálada nebo nadměrná produkce žaludečních šťáv.

Ke snížení frekvence nežádoucího chování máme k dispozici řadu metod. Každý si jistě hned vzpomene na použití trestů. K tomu dochází obvykle v případech, kdy je učitel či rodič konfrontován s nežádoucím chováním dítěte. Často po terapeutovi žádají, aby vymyslel účinnější způsoby trestání. Není to však nejšťastnější řešení, protože trestání není vždy nejúčinnější způsob jak odstranit nežádoucí chování a má řadu potenciálně závažných vedlejších účinků. Nicméně začněme probráním účinků trestu.

### **Potrestání: udělením trestu a pokutou za nevhodné chování**

Potrestání udělením trestu znamená, že následně po nežádoucím chování aplikujeme určitý podnět, takže v budoucnu se pravděpodobnost opakování tohoto chování v dané situaci sníží. Jde o operacionální definici v tom smyslu, že definuje, jaká operace určuje, zda je určitý podnět trestem nebo ne. Aplikujeme zvolený podnět po určité reakci a sledujeme, zda dojde ke zmírnění frekvence, intenzity nebo trvání této reakce. Jen tak lze určit, zda je tento podnět skutečně trestem.

Jako příklad si uvedeme praxi obvyklou v Severoamerických školách v padesátých a šedesátých letech. Za nevhodné chování dostávali žáci bolestivý úder širokým koženým páskem přes dlaně.

Považovalo se to za trest a v mnoha případech to skutečně vedlo ke snížení frekvence problémového chování, takže to splňovalo kritéria trestajícího podnětu. Ale u některých dětí nedošlo ani po tomto úderu páskem ke zmírnění zlobení a v některých případech se děti dokonce schválně chovaly tak, aby si tento úder páskem vysloužily (v tomto případě byla rána páskem naopak zpevňujícím podnětem - zvyšovala pravděpodobnost nežádoucího chování). V těchto případech považovaly děti úder páskem spíše za "zkoušku odvahy", kterou dítě dokazovalo, že se nebojí a nepodvoluje se autoritě učitele. Je také možné, že si nereagující děti

na úder páskem prostě zvykly, takže už nijak neovlivňoval jejich chování (šlo o "habituaci" - jeden z nebezpečných důsledků trestání). U těchto dětí učitel sice aplikoval bolestivý podnět, ale nežádoucí chování tím netrestal. Může to platit zvláště tehdy, když rána páskem představuje pouze jeden z mnoha podnětů v řetězci chování, které nakonec vede k odměně.

Jako příklad si uveďme chlapce, kterého jeho spolužák provokuje. Popere se s ním - a je pak předveden řediteli školy, který jej za trest udeří páskem přes dlaně. Chlapec pak přijde domů a vypráví to otcí, který jej pochválí, že si nenechá od nikoho nic líbit; pak po sté vypravuje synovi, jak statečný byl on jako chlapec a jak často dostával páskem a ani nezaplakal. Syn pak jde další den do školy a znovu se popere se spolužákem, který si z něj dělá legraci a tak to může jít pořád dokola.

V tomto případě chování "snést výprask jako chlap" je zpevňováno otcem, který vytváří nevhodný (aspoň v očích školy) vzor chování a tím připravuje půdu pro opakování nežádoucího chování následující den. Rána páskem je pak sice bolestivý, ale ne trestající podnět.

Další formou udělení trestu je "opakovaná náprava" nežádoucího chování. Po člověku vyžadujeme, aby opakovaně prováděl žádoucí chování pokaždé, když se chová nevhodně nebo aby "více než napravil" své nežádoucí chování. Příkladem první z těchto dvou možností je žádat po dítěti, které "zapomnělo" umýt nádobí, aby pak mylo nádobí celý týden. Příkladem druhé možnosti je žádat enkopretické dítě, aby pokaždé vypralo nejen své šaty a umylo se, ale aby také umylo celou koupelnu.

Další formou potrestání je "pokuta za nevhodné chování" (response cost). Definujeme ji jako odstranění určitých podnětů které vede ke snížení pravděpodobnosti opakování nežádoucího chování. Název vyjadřuje skutečnost, že nevhodné chování klienta něco stojí. Chlapec udeří svého bratra hračkou a matka mu tuto hračku na zbytek dne vezme. Pokud však odnětí podnětu nevede ke zmírnění některé dimenze chování, pak se nejedná o pokutu za nevhodné chování.

Populárním zvykem při výchově dětí je aplikace "logických důsledků". Ve většině případů jde prostě o uplatnění principu "pokuty za nevhodné chování", přičemž tato pokuta nějakým způsobem logicky souvisí s nevhodným chováním. Když dítě rozbije okno, musí jej nějak "zaplatit". Může to být přímo penězi z jeho úspor, nebo nevyplacením kapesného dokud se okno nezaplátí, nebo zaplacení dluhu vykonáním nějakých domácích prací (ztráta volného času). Dítě, které nedokončí práci v době vyučování, může být ponecháno po škole, aby svou práci dokončilo (ztráta času na hraní). Dospívající dívka, která celé hodiny protelefonuje, se může nakonec dočkat zákazu přístupu k telefonu na celý víkend. To všechno jsou "logické důsledky" a příklady pokut za nevhodné chování.

Specifickou formou pokuty za nevhodné chování, které může být účinné při snížení frekvence určitého chování, je "vyloučení" (timeout). Pojem "vyloučení" je zkratka pro "vyloučení z možnosti dosáhnout žádoucích podnětů". Znamená to, že po nevhodném chování je dítě na nějakou dobu zbaveno možnosti dosáhnout pozitivních podnětů, ať se chová jakkoli. Můžeme toho dosáhnout tím, že si dítěte prostě přestaneme všimnout a neposkytujeme mu žádné zpevňující podněty. Obvyklejší však je, že dítě nějak vyloučíme ze současného dění. Můžeme mu nařídít, aby sedělo na židli nebo v koutě, nebo aby šlo do jiné místnosti, zatímco ostatní členové skupiny pokračují v příjemných aktivitách. V extrémních případech, kdy se člověk odmítá podrobit podmínkám vyloučení a neustále se snaží zapojit do činnosti skupiny nebo když se projevuje násilnický, je nezbytné

"nucené vyloučení", kdy člověka zavřeme na nějakou dobu do uzamčené místnosti.

Účinné vyloučení je třeba provést věcně a obvykle jen na krátkou dobu: "Johnny, zdá se že ti dnes dělá problémy zapojit se do společné práce. Myslím, že by sis měl dát na pět minut přestávku v koutě a pak uvidíme, jestli jsi už schopen se k nám připojit." Vyloučení je ovšem účinné jen tehdy, jeli dítě vyloučeno na místo, které je pro něj méně příjemné než místo, z něhož bylo vyloučeno. Dítě, které nenávidí matematiku, může být šťastné, když je učitel v hodině pošle za dveře. Billy je zase určitě mnohem spokojenější ve svém pokoji s hračkami, než když má poslouchat, jak stará teta Marta vykládá o své letošní úrodě brambor.

Vyloučení bývalo běžně užíváno ve škole, v práci i rodiči dlouho předtím, než bylo "objeveno" behaviorálními vědci. Kolik z nás strávilo nějakou dobu za dveřmi třídy? Kolik z nás poslalo své děti za trest do jejich pokoje? Kolik členů odborů bylo "přeloženo do Coventry" za to, že příliš úzce spolupracovali s vedením podniku? Kolik zaměstnanců bylo propuštěno ze zaměstnání a přišlo o plat za své chyby a provinění?

Je důležité si uvědomit, že podnět, který funguje jako účinná odměna nebo jako pokuta za nevhodné chování v jedné situaci nebo při jednom chování, nemusí tak účinkovat jindy. Rodiče jedné dívky uvedli, že koupě nového oblečení, zvláště šatů, byla velmi účinným zpevňujícím podnětem a vedla v minulosti ke zvýšení žádoucího chování. Ale nové šaty neúčinkovaly jako odměna, když šlo o zlepšení návyku chodit na záchod (dceři bylo 5 let a šlo o primární enkopresu); ani odnětí oblíbených šatů se neukázalo jako účinná pokuta za nežádoucí chování.

I když je potrestání často velmi účinné, jeho potenciální vedlejší účinky byly často přehlíženy. Kromě toho může být účinek trestu jen dočasný a spojený s určitou situací. Parke (1972) shrnul jak faktory, které zvyšují účinnost potrestání, tak možné nežádoucí vedlejší účinky (viz také Craighead, Kazdin a Mahoney, 1981).

Následující faktory zvyšují potlačující vliv potrestání na určité chování (Craighead a kol., 1981):

- 1) Okamžitá aplikace trestu nebo odnětí žádoucích podnětů po nežádoucí reakci.
- 2) Potrestání následuje po každém případě nežádoucí reakce.
- 3) Trestající podnět aplikujeme hned v maximální intenzitě; nezvyšujeme postupně intenzitu trestu.

Parke (1972) také uvádí, že v případě nežádoucího chování, které trvá delší dobu, je potrestání tím účinnější, čím dříve po počátku nežádoucího chování následuje. Stejně tak v případě, kdy

nežádoucí chování se skládá s určité sekvence jednotlivých chování, je potrestání tím účinnější, čím dříve po zahájení celé sekvence je aplikováno. Rozhodující je však vztah mezi trestající osobou a potrestaným. Trest od osoby, kterou potrestaný vnímá jako přátelskou a pečující, je mnohem účinnější než trest od osoby, kterou vnímá jako chladnou a neosobní. Je tomu tak zřejmě proto, že potrestání v prvním případě zahrnuje vždy i pokutu za nežádoucí chování - tedy dočasnou ztrátu přívětivosti a péče (to samozřejmě neplatí, když potrestání vyplývá přímo ze situace a nezahrnuje mezilidský vztah - jako například popálení, když se dotkneme horké plotny.)

Raní behavioristé ignorovali důležitost vlivu myšlení na chování, ale Parke (1972) prokázal, že zdůvodnění, proč je určité chování nevhodné, může toto chování velmi účinně potlačit (takže jde o potrestání, jakkoli může člověk naslouchat tomuto zdůvodnění s potěšením). Takže když se dětem řeklo, že určitá hračka je křehká a může se rozbit, míra neopatrného zacházení s touto hračkou

se snížila. Zdůvodnění také výrazně zvyšuje účinek potrestání, k němuž dochází s určitým odstupem a může tedy odstranit problém s odloženým potrestáním. Kombinace zdůvodnění s potrestáním (ať již udělením trestu nebo pokutou za nevhodné chování) vůbec nejúčinněji potlačuje nežádoucí chování. Toto zdůvodnění může zahrnovat kognitivní znovuzpřítomnění nevhodného chování ("Zase jsi otevřel krabici se sušenkami, ačkoliv jsem ti to zakázala a proto..."). Tímto způsobem se výrazně zvyšuje účinnost odloženého potrestání. Parke (1972) také upozorňuje na to, že příliš intenzivní potrestání může narušovat proces učení tím, že způsobuje příliš vysokou míru úzkosti. To může být problémem právě tehdy, když se snažíme dítě naučit rozlišovat určité situace nebo když jej učíme obtížnému úkolu, nebo když se snažíme potlačit reakci na nevhodný podnět nebo jednu nevhodnou reakci ve složitém řetězci chování.

Negativní vedlejší účinky, které mohou být vyvolány potrestáním, jsou tyto:

- zvýšená emoční reaktivita
- vyhýbání se člověku, který tresty provádí
- napodobování způsobů potrestání
- napodobování agresivního chování
- pasivita a stažení se, zvláště když se potrestání nelze vyhnout
- zhoršení kvality vztahu s trestající osobou, zvláště jeli frekvence trestání vysoká, takže účinnost trestu od trestající osoby postupně klesá

Ti, kdo pracovali s dětmi, které jsou doma týrány, nebo s dospělými, kteří byli v dětství týráni, vědí až příliš dobře, jak tragicky reálné mohou tyto vedlejší účinky trestů být.

### **Jiné způsoby odstraňování problémového chování**

Jak tedy můžeme odstranit nebo zmírnit problémové chování chceme-li se vyhnout trestání popsanému výše? Existuje několik technik, které nejsou trestáním podle výše popsané definice.

Nejobvykleji používanou metodou je prosté vyhasnutí problémového chování: určíme, který podnět následující po nežádoucím chování jej zpevňuje a zajistíme, aby se po tomto chování přestal vyskytovat. Při užití techniky vyhasínání je důležité odstranit všechny zpevňující podněty. Pokud jen snížíme frekvenci, s níž se i nadále vyskytují, pak spíše převedeme klienta na variabilní schéma zpevňování chování a tím toto chování *posílíme* místo abychom jej zeslabili. Každé chování, které není zpevňováno pozvolna mizí, až se přestane vyskytovat úplně. Je však třeba předem varovat člověka, který začne s procedurou vyhasínání (učitele nebo rodiče), že počáteční reakcí klienta bude spíše zesílení problémového chování, a ne jeho zeslabení. Když totiž někdo očekává zpevňující podnět a ten se neobjeví, první reakcí je zkusit to znovu a pořádně, aby se zpevňující podnět objevil. Až když je jasné, že zpevňující podnět už není k dispozici, začne chování mizet. Verbální zprostředkování tohoto procesu, tedy informování dítěte, že na jeho chování bude nyní následovat jiná reakce, může anebo nemusí pomoci. Záleží to na tom, jaké má dítě s učitelem či rodiči zkušenosti, že dodrží to co řeknou.

Každý, kdo se snaží využít metody vyhasínání, musí také vědět, že existuje fenomén spontánního návratu problémového chování. Poté, co bylo určité chování úspěšně odstraněno pomocí procesu vyhasínání, může se z ničeho nic znovu objevit bez zjevné příčiny. Pokud je znovu zpevněno, se velmi rychle se znovu upevní. Když však stav zavedený během procesu vyhasínání stále trvá (tedy žádné zpevňující podněty se nevyskytnou), znovu vymizí. Často jsou ovšem pečovatelé

tímto znovuobjevením problémového chování vyvedeni z míry a domnívají se, že proces vyhasnutí selhal. Proces vyhasínání a spontánního znovuobjevení pochopíme, když si probereme následující hypotetický případ.

Jeden muž si poprvé v životě zajde do herny. Poprvé vhodí minci do hracího automatu a hned vyhraje. Je z toho u vytržení a hned vyzkouší automat znovu - a znovu vyhraje. Vhodí do automatu více mincí a ještě několikrát vyhraje. Nyní je jeho hráčské chování pevně vytvořeno. Ovšem, co náš nováček neví, štěstí je přelétavá záležitost a hrací automat přestane vydávat další výhry. Když investoval několik dalších mincí, aniž za ně cokoli vyhrál, začne být znepokojen a háže do automatu mince rychleji než předtím (a asi také mačká páku s větší energií, bouchá do automatu a tiše mu nadává). Jak stroj stále přijímá peníze aniž by za ně cokoli vrátil, frekvence vhažování mincí do automatu se postupně snižuje, až to muž "vzdá". Může pak přejít k jinému hracímu automatu, vyzkoušet ruletu a blackjack, jak se snaží znovu nalézt svou "šťastnou ruku" (obnovit přísun zpevňujících podnětů). Ale náš nešťastný nováček skutečně ztratil štěstí a nemá úspěch v žádné z těchto her ani u jiného automatu. Než odejde domů zkusí ještě jednou první automat (spontánní znovuobjevení původního chování). Pokud náhodou opět vyhraje, pak zřejmě v herně dále zůstane a bude znovu hrát. Pokud nevyhraje ani pak, zřejmě z herny odejde a příště si najde jinou zábavu.

Další beztrestnou metodou jak zmírnit nežádoucí chování je *zpevnit neslučitelné adaptivní chování*. Můžeme Christinu odměnit za to, že zůstala pěkně sedět místo toho, abychom ji trestali za to, že vstala ze židle. Můžeme zpevnit Juanovo chování, když půjčí svou hračku Nandimu, místo abychom jej potrestali za to, že mu je bere. Společnost může nabídnout příplatek těm, kdo přijdou včas do práce v 95% případů spíše než by trestala pozdní příchody. Vyvenčíme psa raději tehdy, když nás o to náš partner slušně požádá, než když na nás kvůli tomu křičí a stále nám to připomíná. Tento přístup však nebude fungovat tam, kde zpevňování stávajícího chování je silnější než zpevnění nabízené za alternativní neslučitelné chování. Budeteli odměňovat dítě za to, že ve třídě pěkně sedí a pracuje, nebude to k ničemu, pokud je pro něj významnější obliba u spolužáků, kterou získává tím, že se sebe dělá šaška. Vděk manželky za umytí nádobí může mít pro manžela menší hodnotu než sledování důležitého sportovního utkání v televizi.

Při probírání beztrestných způsobů odstraňování nežádoucího chování se musíme ještě zmínit o dvou zvláštních schématech zpevňování žádoucího chování. Jejich zvláštnost spočívá v tom, že odměňují nepřítomnost určitého chování, ne jeho objevení.

První z těchto schémata označujeme jako "schéma DZJ", neboli "Diferenční zpevňování jiného chování". Jde o intervalové schéma zpevňování, při němž je osoba odměňována za to, že během určité doby neprovede určité nežádoucí chování. Znovu platí, že rodiče tuto techniku používali dlouho předtím, než byla objevena

behaviorálními vědci. Kolik z nás slyšelo, že dostaneme večer zá kusek, pokud se za celý den nepohádáme s bratrem nebo sestrou, nebo pokud se nepočuráme do kalhot, nebo když se vyhneme blátivým loužím když na sobě máme sváteční šaty? Být odměněn za to, že něco neuděláme, je součástí procesu učení se sebeovládání. Jiný příkladem je, když zemědělci dostávají zapláceno za to, že na určité části polí *nevypěstují* žádnou úrodu, jak to dělaly západní vlády před několika roky.

Druhé schéma je podobné. Je to "schéma DZM" neboli "Diferenční zpevňování malého počtu chování". Jde o smíšené schéma poměrně intervalové, při

němž je osoba odměněna pokaždé, když počet případů určitého chování během určeného časového intervalu nepřekročí určený počet. "Budeš si moci jít odpoledne ven hrát, pokud dnes dopoledne nebudeš sedět u televize déle než hodinu" Obchodní společnost vyhlásí soutěž, v níž zaměstnanec s nejnižším počtem chyb ve fakturách za tento měsíc obdrží poukaz na večeři pro dvě osoby v místní restauraci.

Maximální počet povolených případů určitého chování je pak možno postupně snižovat. To je vhodné zvláště u chování, které se vyskytuje s vysokou frekvencí. Někteří lidé "objevili" toto schéma, když se snažili odvyknout určitému návyku. Odměňovali se za vykouření stále méně a méně cigaret za den nebo za vypití stále menšího počtu šálků kávy. Rodiče toho mohou využít při postupném snižování počtu dovolených vstání z postele před konečným uložením ke spánku. Tento postup může být pro dítě méně traumatizující, než okamžitý zákaz chování "vstát ještě z postele".

## **Mnohočetné cíle**

Až dosud jsme se věnovali způsobům, jak změnit jednotlivé chování. Ale jen zřídka mají naši klienti jen jediný, snadno definovatelný a ohraničený problém. Častěji přicházejí s celou řadou různých problémových chování. Je možné, a někdy i žádoucí, zabývat se každým problémovým chováním zvlášť jedním po druhém. Někdy je pořadí, v němž se musíme jednotlivými problémy zabývat zcela zjevné. Když se setkáme s anorektickou dívkou, která v poslední době výrazně ztratila na váze a má také problémy se školním prospěchem, musíme se u ní nejdříve zaměřit na zvýšení příjmu potravy a až poté se zabývat jejími školními problémy. Ale když se setkáme s pacientem, který ubližuje jak sobě, tak druhým dětem, pak těžko můžeme jedno z těchto nežádoucích chování ignorovat a soustředit se jen na to druhé.

Seznam stávajících problémů může být dlouhý a závažný. Jak pacient, tak jeho opatrovatel vám mohou sdělit, že neovládnu, pokud jim navrhnete zabývat se jednotlivými problémy postupně a jiné zatím ignorovat.

Jedním možným řešením je analyzovat každé z problémových chování, stanovit plán pro zvládnutí každého z nich a pak je začít plnit všechny současně. To může fungovat u omezeného množství stávajících problémů, pokud jsou účastníci léčeni jak odhodlaní a motivovaní, tak trpěliví. Ale nelze žádat od ošetřujícího personálu příliš, protože to může vést k tomu, že jednotlivé plány jsou plněny nekvalitně a tím ztrácejí na účinnosti. Nejen že to nepovede k žádoucím změnám, ale může to vyvolat pocity selhání a nedostatečnosti jak u pacienta, tak u léčebného týmu a k přerušení léčeni.

Když je nutno modifikovat či rozvinout celou řadu různých chování, pak je užitečným postupem *žetonová ekonomika*. V rámci tohoto programu se zaměřujeme na celou řadu chování a pokud se objeví, odměňujeme je žetony. Žetony jsou určitou známku, která označuje množství získaných kreditů. Tyto kredity je pak možno vyměnit v určeném čase za zástupné odměny. Jako zástupná odměna může sloužit jídlo, služby a různé výhody, za které pacienti platí svými žetony a které dávají žetonům jejich hodnotu..

Využití žetonové ekonomiky je také užitečné, když potřebujeme zajistit spravedlnost mezi členy sociální skupiny. Sourozenci nebo spolupacienti se mohou cítit dotčeni, pokud mají pocit, že nevhodné chování určitého pacienta jej staví do zvláštního postavení, v němž má přístup k žádoucím odměnám. Když platí pro všechny členy určité skupiny tentýž program je lehčí zajistit pocit spravedlivosti.

Další technikou, kterou můžeme použít buď u jednotlivého nebo u mnohočetných cílů na změnu chování, je *behaviorální smlouva*. Behaviorální smlouva je *vyjednána* mezi pacientem a osobou zajišťující léčebný program, ať je to rodič, učitel, personál oddělení, terapeut nebo někdo jiný. Dohoda se sepíše a všechny zúčastněné strany ji podepíší. Ve smlouvě je přesně uvedeno kdo se má chovat určitým způsobem (například dospívající dcera), o jaké chování se jedná (nebo jakému chování se bude vyhýbat v rámci schématu DZJ), kritéria stanovující úspěšné splnění úkolu (například postel bude ustlaná pět dní v týdnu s urovnanými peřinami a polštáři, tak aby nebyly vidět žádné záhyby), poskytnutá odměna (například možnost tři hodiny používat vůz), kdy bude odměna poskytnuta (v pátek večer) a kdo ji poskytne (rodiče). Jinou možností je, aby smlouva určila několik typů žádoucího chování, které se musí všechny vyskytnout, aby byla odměna poskytnuta; nebo několik typů chování, z nichž každé je odměňováno zvlášť, bez ohledu na ostatní typy chování.

Zřetelnou výhodou behaviorálních smluv je to, že významné slovo při formulování programů, které jsou v těchto smlouvách popsány, má pacient. To je důležité zvláště u dospívajících jedinců, kteří mají tendenci k "opozičnímu jednání" (dělají pravý opak toho, co se od nich v rámci léčebného programu žádá), pokud je program vykonáván na nich a ne s nimi.

## Kapitola 5

### KOGNITIVNÍ PROCESY

Dívka sleduje jak její kamarádi hrají složitou hru, kterou nikdy předtím neviděla. Po shlédnutí několika kol požádá, zda se může také zapojit a hned napoprvé vyhraje. Šimpanz sedící ve své kleci pozoruje banán zavěšený na stropě mimo jeho dosah. Pak se podívá na několik beden, které se povalují v kleci. Náhle poskládá několik beden na sebe a podá si banán bez jakéhokoli předchozího učení pokusem a omylem (Kohler, 1925). Jiný šimpanz, který se učí znakům, vyjadřujícím jednotlivá slova, začne náhle sám tvořit jejich smysluplné kombinace (Gardner a Gardner 1975). Muž sjíždějící na lyžích sjezdovku se zastaví a zahledí se na stopy lyží křížící se ve sněhu. S náhlým osvětlením přijde na řešení důležitého problému a získá pak Nobelovu cenu za objevení modelu dvojité šroubovice genetického kódu (Watson, 1968).

#### **Učení pomocí kognitivních procesů**

Co mají tyto čtyři události společného? Všechny demonstrují možnosti učení mimo proces pokusů a omylů a bez postupného formování. Jde o učení pomocí kognitivních procesů, jako jsou indukce, dedukce a intuice. A také ukazují na jednu ze slabin tradičních teorií učení - klasické a operantní to na neschopnost těchto teorií vysvětlit, jak je možné se naučit někdy i značně složité chování na základě jediného pokusu a jak dochází k propracovanému a úspěšnému řešení problémů bez postupného učení pokusem a omylem.

Učení tedy neprobíhá pouze tehdy, když člověk náhodou nebo postupným přibližováním dospěje k určitému chování a pak je za toto chování úmyslně nebo nahodile odměňován. Jak studie na zvířatech, tak výzkumy s lidmi prokázaly, že organismus si může osvojit nové chování i tehdy, když nebylo nikdy předtím zpevněno (Mischel, 1971). Člověk může objevit nová řešení pomocí strukturovaného řešení problémů. Nové způsoby chování si může osvojit pomocí nápodoby, zkoušení v předstávách a na základě pokynů od terapeuta, rodičů,

učitelů a z knih (proč byste jinak tuto knihu četli?). Lidé mohou své chování zpevňovat sami tím, že si vytvářejí určité následky a odměny, sami sebe pochválí a zhodnotí, takže to v nich vyvolává příjemné emoční stavy ("Mám právo být hrdý na to, že pracuji na této knize místo abych se díval na přenos fotbalového utkání"). Pochopením toho, jak kognitivní procesy ovlivňují osvojování a udržování určitého chování, získává terapeut další nástroj, který mu umožňuje měnit formy chování způsobující problém.

Další důkazy o účinnosti kognitivních faktorů nám poskytuje jasně prokázaný placebo efekt. Tento efekt spočívá ve fyziologické, psychologické nebo psychofyziologické reakci na lék, kterou nelze přičíst jeho chemickému účinku (Shapiro a Morris, 1978). Zdá se, že v mnoha případech stačí pouhé očekávání zlepšení k tomu, aby skutečně došlo k "vyléčení" bolestí v zádech, hlavy, nachlazení a řady jiných nemocí. Podobně i řada behaviorálních účinků, připisovaných farmakologickým vlastnostem alkoholu, může být způsobena především tím, jak si jeho vliv představuje ten, kdo alkohol požívá. Jakkoli jsou fyziologické účinky alkoholu nesporné, různé studie prokázaly, že chování po jeho požití je určeno především přesvědčením člověka že pil alkohol, ne tím, zda jej skutečně požil (Lang, Goeckner, Adesso a Marlatt, 1975; Pihl, 1983; Murdoch a Pihl, 1988).

### **Role kognitivních procesů**

Někomu by se mohlo zdát zařazení kapitoly o kognitivních procesech do knihy o *behaviorální* terapii pochybné. Ale vážnou pochybnost by to vzbudila asi pouze u toho, kdo chápe behaviorální terapii přísně v rámci modelu PR (Podnět - Reakce, bez zprostředkujících proměnných). Ve skutečnosti je velmi obtížné, ne-li nemožné, obhájit PR model jako dostačující k vysvětlení, předvídání a ovlivnění chování ve světle současných důkazů o úloze kognitivních zprostředkovatelů chování (Craighead, Kazdin a Mahoney, 1981; Dobson, 1988 (kapitola 1); Gardner, 1985).

Není ovšem naším úmyslem pouštět se do pojednání o celé oblasti kognitivních a kognitivně-behaviorálních přístupů k lidskému chování. Raději bychom se chtěli zaměřit na objasnění základních pojmů a na vysvětlení úlohy, kterou kognitivní procesy v behaviorálním kontextu hrají. Přitom budeme vycházet z modelu sociálního učení, který říká, že organismus je důležitým zprostředkujícím článkem mezi podnětem a reakcí: *Podnět-Organismus-Reakce-Následek*.

Bandura a Valters (1963) a Hebb (1966) tvrdí, že učení je sice podporováno procesem zpevňování, ale nezávisí na něm. Učení jednotlivým reakcím je regulováno procesy vnímání a poznávání. Lidé neužívají vždy všechny formy chování, které se naučili. Zdá se, že operantní a klasické podmiňování určuje především *výskyt* určitého chování - tj. určuje pravděpodobnost, že určité chování se objeví právě v dané situaci.

Luria (1961) a Vygotsky (1962) zkoumali proces vytváření verbální kontroly chování u dětí. Tato práce výrazně přispěla k rozvoji kognitivně-behaviorálních intervencí u dětí (Braswell a Kendall, 1988).

Beck a kol. (1979, str.3) ve své průkopnické práci o kognitivní terapii deprese tvrdí, že kognitivní terapie vychází ze základního předpokladu, že

"...afekt a chování jedince jsou do značné míry určovány způsobem jakým strukturuje svět kolem sebe...Jeho kognice (verbální či obrazové "události" v proudu jeho vědomí) vycházejí z postojů a předpokladů (schémat), odvozených z předchozích zkušeností."



Beck (1976), medzi jinými, upozorňuje, že tento názor není nic nového, ale že byl vysloven již ve starověkém Řecku. Uvádí, že Epictetus věřil, že "lidé nejsou znepokojováni věcmi samotnými, ale svými názory na tyto věci". Zdá se, že většina kognitivně-behaviorálních terapeutů sdílí přesvědčení, že kognitivní procesy fungují jako zprostředkovatelé, určující Účinek okolních událostí na psychiku člověka. Člověk se dostane do určité situace, kterou prostřednictvím svých kognitivních procesů nějak interpretuje a teprve potom reaguje (Cráighead, Kazdin a Mahoney, 1981; Dobson, 1988). Jedinec může situaci chápat podobně jako ji chápou druzí a tím vzniká pocit "sdílené reality". V jiných případech však může zprostředkující vliv kognitivních procesů vést u jedince k idiosynkratické interpretaci situace, takže se odlišuje od jiných lidí v téže situaci. To může vést k pocitu osobní nepohody, k problémům v interpersonálních vztazích nebo k obojímu.

Vezměme si například dva muže ve stejné situaci: někdo je požádá, zda by jej nezavezli na letiště. Jeden z nich slušně odmítne. Druhý reaguje hrubou, zlostnou poznámkou. Proč na tutéž žádost reagovali tak odlišně?

Tradiční behaviorální směry by prostě uvažovaly o odlišné historii učení u těchto dvou mužů, o pravděpodobnostech, s nimiž se v podobných situacích objevovaly podobné reakce a o následcích, k nimž tyto reakce vedly. V praxi však obvykle není možné zjistit podrobnou historii učení našich pacientů a oni, protože nejsou vycvičeni v behaviorální analýze, nám tuto historii nedokáží popsat. Navíc může být určitý čin "zcela proti povaze" daného člověka, něco, co podle své nejlepší paměti ještě nikdy v životě neudělal.

Odlišný a potenciálně produktivnější přístup je zkoumat, jak tito dva muži tutéž situaci vnímali a interpretovali. Je možné se jich zeptat, co si v duchu říkali předtím než reagovali. První z nich by mohl prostě říci: "Velice nerad jezdím takovou dálku v hustém provozu. Jenom by mě to otrávil a proto jsem raději odmítnul". Druhý muž by mohl odpovědět: "Lidi mě štvou. Vždycky využívají mé dobroty, pořád po mně něco chtějí a očekávají, že jim na všechno trpně přikývnu, i když mi to způsobí řadu problémů. A pak mi ani nepoděkují, neřkuli, že by mi zaplatili benzín, který mě to stálo. No tak jsem si konečně jednou řekl ne a to tak, aby si i ten nevšímavý hlupák uvědomil, jak mi je."

Každý z obou mužů tedy interpretoval tutéž žádost velmi různě. Jeden hovořil o svých vnitřních pocitech (vyjádření s "já"), druhý mluvil o těch druhých (vyjádření s "on, ona, oni"). Jeden se o sobě vyjádřil pozitivně asertivně ("Raději jsem odmítl"), zatímco ten druhý se o sobě vyjádřil neasertivně ("Lidi mě vždycky využívají") a pak agresivně ("...aby si ten nevšímavý hlupák uvědomil, jak mi je"). Tyto vnitřní procesy vnímání a interpretace, plánování a hodnocení tvoří jádro kognitivních aspektů behaviorální terapie.

## **Paměť**

Máme-li vysvětlit výsledky pokusů jako byl ten právě popsaný, pak musí existovat nějaká proměnná, která spojuje dřívější zkušenost se současnou situací. Dřívější učení se musí nějakým způsobem uchovávat a být okamžitě k dispozici pro srovnání se současnou situací. Je jasné, že mluvíme o paměti. Paměť ovšem nepředstavuje úplný a objektivně přesný záznam veškeré dřívější zkušenosti.

Kanál, kterým prochází informace, aby byla zachována, má omezenou kapacitu. To výmluvně prokázal Miller(1956) ve svém článku "Magické číslo sedm plus nebo minus dvě". Ukázal, že tento limit se překonává pomocí redukce a transformace informace pomocí takových procesů jako je "rozčleňování" čili seskupování větších souborů informací do menších souborů. Pokud se po nás

například chce, abychom si zapamatovali čísla 753 (sedm, pět, tři), musíme si zapamatovat tři kousky informace, ale když si pro sebe řekneme 753 (sedmsetpadesát tři), pak si musíme zapamatovat jen jeden kus informace. Jinými slovy náš mozek není pouze pasivním příjemcem vnějších podnětů z okolního prostředí (antecedentů a následků), ale aktivně tyto informace zpracovává. Kromě toho redukuje informace tím, že je určitým způsobem "kóduje" a vytváříme jejich reprezentaci v našem paměťovém systému. Metoda kódování často využívá řeči. Když pak v budoucnu

nějakou informaci potřebujeme, musíme ji "dekódovat", abychom ji dostali v použitelné formě. Všechny tyto procesy zvyšují schopnost mozku zpracovávat informace, ale také přinášejí více možností vzniku chyb v procesu zpracování těchto informací.

### **Rozlišující pozornost**

Můžeme tento proces sledovat ještě blíže k jeho počátku. Skrže naše smysly jsme ustavičně bombardováni větším množstvím informací než dokážeme zpracovat. Určitým věcem v našem okolí aktivně věnujeme pozornost a zároveň aktivně blokuje vnímání jiných. Jinými slovy zprostředkovací funkce kognitivních procesů se neomezují na pouhou reakci na vlivy okolí, ale proaktivně volí ty oblasti našeho okolí, kterým budeme věnovat pozornost. Například člověk trpící fobií věnuje selektivní pozornost těm složkám okolního prostředí, které mu signalizují nebezpečí, depresivní člověk zase těm svým prožitkům, které potvrzují jeho nízké sebehodnocení.

Naše schopnost kódovat, dekódovat a transformovat informace nám umožňuje vytvářet fikce, vynalézat a vymýšlet si, líčit scény, které jsme nikdy neviděli a snít o tom, co by mohlo být. Představitivost, kreativita a předvídativost jsou možné pouze proto, že jsme schopni aktivně "tvořit" svou vlastní realitu a ne ji pouze přímo vnímat. Je to ovšem zároveň i našim prokletím, protože tvoří jádro naší schopnosti tuto osobní realitu překroutit právě pomocí těchto procesů do prožitků nepodloženého utrpení a bolesti.

### **Vývoj kognitivní terapie**

Přechod od striktně "behaviorální" terapie k terapii "kognitivně-behaviorální" byl výsledkem vlivu sil působících jak v rámci behaviorálního hnutí, tak z vnějšku, mimo hranice behaviorismu. Podle Dobsona (1988) přispělo k širokému přijetí kognitivní perspektivy šest nezávislých faktorů:

- 1) Na konci šedesátých let zesílilo poznání, že behaviorismus omezený na model PodnětReakce nedostačuje sám o sobě k vysvětlení všeho lidského chování. Byly to zvláště práce Bandury (1969), který prokázal, že děti se dokáží učit pouze pozorováním modelu, aniž by samy prožily následky určitého chování; výzkum odložené slasti (Mischel, Ebsen a Zeiss, 1972); a Vygotského (1962) demonstrace toho, že děti jsou schopny se naučit gramatickým pravidlům, které jejich rodiče ani učitelé nebyli schopni rozlišit natolik, aby je mohli selektivně zpevňovat, které nevyhnutelně směřovaly k uznání role zprostředkujících kognitivních faktorů v procesu učení.
- 2) Zakladatelé kognitivní terapie na jedné straně odmítali tradiční psychoanalytické terapie, na druhé straně však nebyli spokojeni s modelem PR bez zprostředkujících proměnných. Zpochybňovali účinnost psychodynamických terapií, protože se domnívali, že nejsou podloženy empirickými důkazy.

- 3) Rigidní setrvávání u názoru, že jedině pozorovatelné chování může být objektem terapie zužovalo rozsah terapeutických možností a ponechávalo bez možnosti léčby řadu forem psychických poruch, například obsedantní myšlenky u pacientů s obsedantně-kompulzivní poruchou, u nichž se léčení zaměřovalo pouze na kompulzivní činnosti.
- 4) Pokrok v kognitivní psychologii, zvláště rozvoj modelů kognitivního zpracování informací, poskytl rámec k pochopení účinku zprostředkujících proměnných.
- 5) Objevili se terapeuti a teoretici, kteří začali sami sebe označovat za kognitivně-behaviorální, čímž upoutali pozornost k této oblasti a novým myšlenkám.
- 6) Účinnost kognitivních přístupů byla empiricky prokázána na základě výzkumu o průběhu psychických poruch léčených tímto způsobem.

### **Základní předpoklady**

Kognitivní terapeutické směry sdílejí tři základní předpoklady:

- 1) Kognitivní aktivita ovlivňuje chování.
- 2) Kognitivní aktivitu lze sledovat a měřit.
- 3) Žádoucí změny chování lze dosáhnout prostřednictvím změny kognitivních procesů (Dobson, 1988, str.4)

Dobson se domnívá, že důkazy pro první předpoklad jsou přesvědčující, stejně tak i jiní (Gardner, 1985; Beck, Rush, Shaw a Emery, 1979; Craighead, Kazdin a Mahoney, 1981). Dokazování druhého předpokladu je stále ještě předmětem empirického výzkumu, ale již existují spolehlivé a validní sebezposuzovací nástroje, které umožňují určit kognitivní chyby (viz Corcoran a Fisher, 1987). Přibývá také důkazů o účinnosti kognitivního přístupu v terapii (Beck, 1987; Craighead, Kazdin a Mahoney, 1981). Obtížnější je ovšem prokázat, že výsledky léčby byly způsobeny konkrétně právě změnami v kognitivních procesech (Dobson, 1988).

### **Úloha kognitivních faktorů**

Kognitivní faktory nejsou snadno zařaditelné do behaviorálních sekvencí, protože působí téměř na každém kroku. Mohou působit jako podněty a mohou být dokonce pokládány za samotné chování (vzpomeňte na třídimenzionální popis chování - motorické, fyziologické a *kognitivněemocionální*). Vezměme si následující sekvenci: otec požádá syna, aby vynesl odpadky. Syn řekne "ano" a dál se dívá na televizi. Otec na něj začne křičet a syn začne křičet taky.

Ze striktně behaviorálního pohledu bychom mohli tuto sekvenci popsat takto:

Antecedent: Požadavek

Chování: Verbální souhlas, ale motorické neuposlechnutí  
Následek: Křik  
Chování: Křik

Jsmeli omezeni pouze na tyto informace můžeme snadno dojít k závěru, že problém spočívá v synově neposlušnosti a můžeme začít uvažovat o programu, který by synovu poslušnost posílil. Doplníme však nyní i některé myšlenky, které se v této situaci vyskytly:

Otec požádá syna, aby vynesl odpadky.

Syn řekne ano a myslí si: "Hned, jen co ten pořad skončí."

Otec vidí, že se syn nehýbe a myslí si: "Už je to tu zase. Nerespektuje mě, provokuje mě, neposlouchá mě. No, musím mu ukázat, kdo je tady pánem."

A otec začne křičet.

Syn si pomyslí: "Co jsem zase provedl? Vždyť jsem řekl, že to smetí vynesu. Ale on není nikdy spokojený, tak proč se mám ještě snažit. Pěkně mě naštvál!"  
A syn začne křičet taky.

Ted' vidíme, že je možné intervenovat na kognitivní úrovni tak, že otci naznačíme, že syn možná není neposlušný a že měl v úmyslu odpadky vyneset - tedy provést žádoucí chování. V tomto případě, jak nyní vidíme, to nebylo samo synovo chování, co vyvolalo otcovu reakci, ale spíše mylná interpretace tohoto chování ze strany otce.

## Kapitola 6

### KOGNITIVNÍ PROCESY: ZÁKLADNÍ POJMY

Kognitivní procesy mohou být různým způsobem narušené. Myšlení může být chybné, a to jak ve svém obsahu - v důsledku nesprávných předpokladů (jako jsou tzv. dysfunkční přesvědčení), tak v důsledku zkresleného vnímání a mylnému úsudku (např. při paranoidním uvažování). Může jít také o chybné zpracování informací a chyby v logickém myšlení.

Nedostatky v kognitivních dovednostech mohou tvořit základ klientových potíží. Člověk, který nedokáže vhodným způsobem řešit své problémy může nevhodně jednat, protože nedokáže vzít v úvahu všechny možné způsoby jednání. Impulsivní jedinec může být impulsivní prostě proto, že se nenaučil se ve svém jednání zarazit a uvážit jeho důsledky. Kendall a Braswell vytvořili ucelený léčebný program, zaměřený na zvládání impulsivního chování u dětí, který vychází z této myšlenky. Když si uvědomíme důsledky těžkých kognitivních nedostatků u mentální retardace afázie a analfabetismu, vidíme jasně jak dramatický vliv může mít narušení kognitivních procesů na lidské jednání.

To, co si v duchu říkáme a co si představujeme, má velmi důležitou funkci. Tyto myšlenky a představy plní úlohu zprostředkovatele mezi vnějším podnětem a následnou reakcí, včetně reakce emocionální. Je možno je chápat jako spouštěče (antecedenty), následky i jako vlastní chování.

Naše myšlenky mohou fungovat jako prostředník mezi vnější událostí, naší subjektivní reakcí a naší motorickou odpovědí. Vezměme si příklad dvou chlapců na školním hřišti. Oba chlapci nosí brýle. Na oba dva jejich spolužáci pokřikují "čtyřokej!" Jeden chlapec se usmívá, druhý se rozpláče a uteče. Rozdíl mezi nimi může spočívat v tom, jak každý z nich interpretuje označení "čtyřokej". Usmívající se chlapec si může říkat: "Mám přezdívku jako všichni ostatní. To znamená, že mě berou mezi sebe." Druhý chlapec si naopak říká: "Posmívají se mi, to znamená, že mě nemají rádi." Slova a představy mohou v proudu našeho vědomí fungovat také jako antecedenty. Myšlenka "Vypnul jsem kamna?" nebo představa hořícího domu může vést člověka k tomu, že se vrátí domů a znovu kamna zkontroluje. Vzpomínka na utrpěné příkoří nebo představa možné nevěry může vést ke zlostnému výbuchu vůči partnerovi, který vůbec nemusí chápat, co se děje.

Náš vnitřní dialog může být také považován za chování v pravém smyslu slova a tedy i za možný cíl změny, nejen na zprostředkovatele změny chování. Zřejmě je to například u obsedantních myšlenek, které nevedou ke zjevnému rituálnímu chování. Nebo si vezměme příklad muže, který sice nikdy neuskutečnil žádný sexuální kontakt s dítětem, ale pokaždé když se setká s malou dívkou začnou se mu vybavovat sexuální představy a myšlenky, které se jí týkají. Jde také o reakci na vnější podnět, stejně jako je tomu u motorického jednání.

A konečně může být naše vnitřní mluva i jedním z následků určitého chování. Svě činy můžeme odměňovat nebo trestat tím, co si říkáme. Můžeme si

říci, že podáváme dobrý výkon, nebo můžeme své výkony podceňovat. Naše komentáře mohou, ale nemusí vycházet z objektivních faktů a mohou účinek vnějších ocenění, například pochvalných poznámek druhých, posilovat, zeslabovat nebo k nim nemusí mít žádný vztah. Když nám někdo řekne "Dneska jste mluvila opravdu dobře", můžeme si pro sebe říci buď "Taky si to myslím", nebo "Jak to může říci, vždyť jsem mluvila hrozně" nebo také "Její názory pro mě nejsou určující, já sama si myslím, že jsem mluvila dobře/špatně".

Následující sekvence událostí nám ukáže mnohotvárnost kognitivních procesů:

- 1) Antecedent: Matka požádá dceru, aby vynesla odpadky.
- 2) Myšlenka (reakce na 1, antecedent k 3): "Už zase mě otravuje. Nic neudělám!"
- 3) Zjevná odpověď dcery, která je druhým chová"ním v sekvenci chování (první chování je myšlenka uvedená v bodě 2): "Ne!"
- 4) Dcera si řekne "To jsem jí to dala!" (třetí chování v sekvenci a zároveň odměna za chování uvedené v bodě 3).

Nebo si vezmeme dítě, které prochází touto sebeinstrukční sekvencí (která bude v této kapitole ještě podrobněji popsána):

- 1) Předcházející myšlenky: "Musím si uvědomit, jakým krokům mě terapeut učil. Nejprve se musím na příklad pořádně podívat a zjistit, co musím udělat."
- 2) Chování: "Problém spočívá v tom, že mám sečíst tato dvě čísla a pak odečíst toto číslo."
- 3) Následek (odměna): "Zatím mi to jde dobře. Daří se mi to."
- 4) Předcházející myšlenka: "Co musím udělat teď? Nesmím spěchat a postupně dokončit celý úkol."
- 5) Chování: "Teď musím dělit dvěma a pak násobit sedmi. Dokážu to. Vždyť je to snadné."
- 6) Následek (trest): "Ale ne, udělal jsem to špatně. Měl jsem dělit sedmi a násobit dvěma. Příště musím postupovat pomaleji a přečíst si příklad pečlivěji."

## **Vyšetření kognitivních procesů**

Klienti (a lidé obecně) si své vnitřní dialogy často neuvědomují (Beck a kol., 1979). Spíše mnohdy jednají "bezmyšlenkovitě", jako by se řídili nějakými zavedenými pravidly, kromě případů, v nichž jsou nuceni učinit nějaké rozhodnutí nebo dospět k nějakému úsudku, jak tomu bývá v nových situacích.

Kognitivně-behaviorální terapeuti často hovoří o "automatických myšlenkách". Jde o myšlenky, které se objevují mimovolně. Často jsou jen prchavé (Beck, 1976). Obvykle se objevují paralelně s úmyslnými myšlenkovými procesy a často mají charakter hodnocení. Někteří pacienti si dobře uvědomují tento paralelní proud myšlení, ale jiní si musí vnímání těchto mimovolných myšlenek. Zdá se, že právě tyto myšlenky předcházejí a spouštějí emoční reakce. Meichenbaum (1985) přirovnává tyto myšlenky k zautomatizovanému chování, protože jsou aktivovány podobným způsobem, bez vědomého úsilí. Když řídíme auto po známé trase nebo se chováme určitým navykklým způsobem jen zřídka si uvědomujeme, jaké myšlenkové procesy se přitom odehrávají. S automatickými myšlenkami je to velice podobné. (Meichenbaum, 1985).

Beck (1976) říká, že si povšiml úlohy automatických myšlenek na základě sdělení jednoho pacienta během psychoanalýzy. Tento pacient hovořil o dvou proudech myšlení. První z nich obsahoval myšlenky, které se mu vynořovaly, když volně asocioval podle požadavků psychoanalytika. Druhý proud obsahoval sebekritické poznámky a jeho nálada více odpovídala tomuto druhému proudu myšlenek. Když Beck žádal další pacienty, aby mu sdělovali obsah tohoto druhého

proudu myšlenek, někteří toho byli schopni bez potíží, zatímco jiným to dalo velké úsilí a museli se na tyto myšlenky soustředit. Z toho usoudil, že je důležité sledovat své vlastní myšlenky.

Toto sebesledování je možno usnadnit tím, že pacientovi vysvětlíme povahu automatických myšlenek a požádáme je, aby na tento druhý proud vědomí zaměřili zvláštní pozornost. Přitom je naučíme tzv. techniku ABC (Ellis a Harper, 1975). Pacienta požádáme, aby vyplnil automatickými myšlenkami kolonku B (Belief = přesvědčení), která představuje spojení mezi A (Aktivující podnět) a C (Conditioned response = naučená odpověď). My jsme používali zkrácenou formu, v níž jsme pacientovi pomáhali doplnit "O" mezi "P" a "R" v sekvenci PORN. Meichenbaum (1985) popisuje celou řadu technik sebesledování, které je možno uzpůsobit konkrétním problémům.

Vyšetření kognitivních procesů však nemůže vycházet pouze ze sebesledování. Segal a Shaw (1988) ve svém přehledu způsobů a technik vyšetřování kognitivních procesů uvádějí, že existují tři oblasti a sedm kategorií kognitivních procesů, které je třeba v problémové situaci vyšetřit. Oblasti, nazývané také úrovněmi kognitivní analýzy, jsou tyto:

- kognitivní struktury
- kognitivní procesy
- kognitivní produkty

Kategorie, které se týkají všech tří úrovní analýzy, jsou tyto:

- představitost
- přisuzování
- přesvědčení
- odhad vlastní zdatnosti
- kognitivní styl
- vyjadřování se o sobě
- "živé" vzorky myšlenkových pochodů

K vyšetření kognitivních procesů můžeme použít těchto postupů:

- klient "nahlas myslí", když plní určitý úkol
- klient si zapisuje nebo nahrává co mu právě běží hlavou
- sebesledování během náhodně zvolených okamžiků ("Na co právě teď myslíte?")
- sebesledování v určitých situacích ("Když se objeví tento problém, zapište si své myšlenky")
- rekonstrukce myšlenek pomocí videozáznamu. Pacient se sleduje na videozáznamu reálné situace nebo scénky a rozvzpomíná se, co mu v kterém okamžiku napadlo
- dotazníky, které uvádějí řadu myšlenek a klient určuje, které z nich se nejvíce podobají těm, které napadají jemu samotnému
- rozhovor s terapeutem, který klienta požádá, aby si vzpomněl, na co myslel v určitém okamžiku, když se něco přihodilo

Některé z těchto pojmů si nyní probereme podrobněji.

## **Přisuzování**

Přisuzováním (attributions) rozumíme význam, který lidé dávají určitým událostem - význam, který z těchto událostí přímo nevyplývá. Často se týká hledání příčin a úmyslů ("Chtěla/nechtěla mě urazit, protože to je/není zlá ženská"). Důležitost přisuzování není nikde tak zjevná jako v našem trestním

právu, kde je závažnosť zločinu a následné dôsledky posudzované na základe prisudzovaní. Pokiaľ človek zabije druhého úmyslné (čo rozhodujeme pomocou prisudzovaní), pak je s ním naložené mnohým prísnejšie než keď túto smrť prisoudíme náhodě alebo neopatrnosti a nikoli úmyslu. Pri analýze klientových kognitívnych procesů má posúdenie jeho spôsobů prisudzovaní kľúčový význam. Prisudzovaní má význam jak samo o sobě, tak proto, že ukazuje na možná iracionálna presvedčenie klienta (viz ďalej). Prisudzovaní má niekoľko dôležitých dimenzií:

#### *Dimenze 1*

Týka sa toho, zda klient prisuzuje určitou udalosť *vnitřním* alebo *vnějším* vlivům. Človek môže vidieť príčinu určitého chování buď sám v sobě alebo ve vnějších okolnostech. To môže viesť k dôležitým odlišnostem. Žiadny spôsob prisudzovaní není sám o sobě správny alebo špatný. V některých chvíľach prospívá psychickému zdraví spíše prisudzovaní vnitřním vlastnostem, v jiných více pomáhá prisudzovaní vnějším okolnostem.

Lidé s vysokým sebevedomím obecně prisuzují pozitivní následky sami sobě ("Má mě rád, protože jsem na něj hodný"); a nepříznivé nebo nežádoucí následky vnějším okolnostem ("Nelíbil jsem se jí, protože měla špatnou náladu"). Na druhé straně lidé s nízkým sebevedomím prisuzují šťastné události vnějším okolnostem nebo náhodě ("Dostal jsem odměnu, protože měl šéf dobrou náladu a ne proto, že jsem si ji zasloužil"); a nepříjemné události prisuzují sobě ("Nedostal jsem odměnu, protože jako pracovník nestojím za nic") (Pope, McHale a Craighead, 1988). Není nic překvapivého na tom, že Beck a kol. (1979) prokázali stejné tendence u depresivních klientů, protože vztah mezi depresí a nízkým sebevedomím je velmi těsný.

#### *Dimenze 2*

Týka sa toho, zda je příčina určité nepříjemnosti vnímána jako *stálá* alebo *přechodná*. Opět platí, že ani jeden způsob prisudzovaní není spojen s dobrým duševním zdravím. Stejně jako u dimenze 1 je rozhodující kontext. Duševní zdraví se pojí s tím, že příjemné události prisuzujeme stálým příčinám, zatímco nepříjemné události příčinám přechodným. Psychická nepohoda a nevhodné chování se pojí s opačným vzorcem prisudzovaní (Pope a kol., 1988). Takže student, který dostane u zkoušky dobrou známku to může prisuzovat své vysoké inteligenci (stálá vlastnost) a může mít ze sebe radost. Jiný student může vidět příčinu svého úspěchu v tom, že měl štěstí (které je obvykle přechodné). Může si například myslet, že zkoušející jejich práci jen přelétl, takže si ne všiml řady jejich nedostatků a že se na to příště určitě přijde.

Emočně zdraví jedince mají sklon připisovat "negativní" emoce přechodným událostem. Takže studentka, která dostala hodnocení "neprospěla", může si říct: "Měla jsem špatný týden, když jsem na té práci dělala. Příště to určitě dopadne lépe." Z toho plyne, že svůj špatný výkon připisuje přechodným okolnostem, které je možno změnit. Méně vhodná reakce spočívá v tom, že neúspěch prisoudí stálým, nezměnitelným faktorům; kdyby si například řekla: "Jsem prostě hloupá. Dostala jsem známku, jakou zasluhuji. Nevím, jak se mi dařilo je až do této chvíle klamat".

#### *Dimenze 3*

Týka sa prisudzovaní buď *obecným* alebo *specifickým* okolnostem. To znamená, že určitá udalosť môže byť vnímána jako následek obecných faktorů, které působí v mnoha situacích nebo jako následek faktorů, které jsou specifické jen pro právě proběhlou událost.

Student, jehož písemná práce byla hodnocena "výborně" to prisuzovat buď

obecně tomu, že je dobrý, nebo specificky tomu, že umí napsat pouze tento typ písemné práce. Deprese a jiné obecně nežádoucí emočně-behaviorální syndromy jsou charakteristické tím, že negativní události jsou přisuzovány obecným příčinám, zatímco příznivé události příčinám specifickým ("Šéf mě vyhodil, protože jako pracovník nestojím za nic a nikdy jsem za nic nestál"; nebo "Nepropustili mě jako ostatní jen proto, že došlo k úřednímu omylu"). U psychicky zdravých jedinců nacházíme opačný styl přisuzování.

### **Přisuzování a mezilidské vztahy**

Způsob přisuzování hraje důležitou úlohu nejen při poruchách nálady a s nimi spojeném chování, ale i v mezilidských vztazích. To proto, že můžeme tytéž dimenze přisuzování uplatnit při hodnocení druhých jako při hodnocení sebe. Srovnajte "Hádáme se spolu, protože on byl vždycky hroznej podrazák" (stáleobecněvnější přisouzení vzhledem k mluvčí, vnitřní vzhledem k manželovi) a "Hádáme se, protože tahle oprava domu trvá už tak dlouho" (přechodnéspecifickěvnější přisouzení).

Manželský poradce dospěje k úspěšné shodě u manželů, kteří sdílí druhou formu přisuzování než v situaci, kdy jeden nebo oba manželé používají prvního způsobu přisuzování. Řada studií skutečně prokázala, že partneři v nespokojených manželstvích mají sklon vzájemně přisuzovat své negativním chování obecným a stálým faktorům, zatímco pozitivní chování přisuzují přechodným a specifickým faktorům (Epstein, Schlesinger a Dryden, 1988). Naše vlastní zkušenosti s rodinami, které mají problémy s chováním dětí potvrzují, že rodiče mají stejný sklon hledat příčiny problémového chování dítěte v obecných, stálých a jemu vlastních faktorech a že terapie nemá velkou naději na úspěch pokud se tento způsob přisuzování nezmění.

### **Očekávání**

Očekávání klienta mají k přisuzování velmi blízko. Mohou z něj dokonce vycházet ["Jsem prostě hloupý (přisuzování vnitřní stále, obecné příčině), takže je jen otázkou času než na to zkoušející přijde a vyhodí mě (očekávání)"]. Často vidíme, že lidé nereagují podle toho, co skutečně předcházelo jejich chování, ale podle toho, co očekávají, že se stane. Jako příklad může posloužit příhoda, která se stala, když jsem studoval (Douglas Murdoch) na vysoké škole. Jednoho dne jsem měl hlavu plnou starostí a potkal jsem v menze známého. Řekl mi "Nazdar, jak se ti daří?" a i když jsem jeho otázku zaregistroval, neodpověděl jsem mu, protože jsem byl pohroužen do svých myšlenek. On to však klidně přešel a po krátké chvíli pokračoval "Díky, já se mám taky dobře", jako kdybych mu skutečně odpověděl. Když jsem s ním o tom později hovořil, řekl mi, že si vůbec neuvědomil, že jsem na jeho otázku neodpověděl, tak jistě počítal s tím, že mu odpovím.

Problémy, k nimž může očekávání vést, můžeme dobře vidět u řady psychických nemocí, ale nejvýrazněji zřejmě u paranoidní poruchy osobnosti. Pacienti s touto poruchou tak zjevně očekávají, že je druzí odmítnou a budou se k nim chovat nepřátelsky, že i zcela neutrální události pravidelně chápou jako akty nepřátelství. Vliv tohoto typu myšlenek - tedy očekávání, že se k nim druzí budou chovat nepřátelsky - je tak silný, že je velmi obtížné dosáhnout u nich jakékoli změny. Paranoidní styl přisuzování klienta vede totiž často k tomu, že i terapeutické intervence jsou nesprávně chápány jako nepřátelské činy. U jiných problémů může být význam očekávání méně zjevný. V mnoha případech je nutno věnovat pozornost formě očekávání, kterou nazýváme "podmíněná pravděpodobnost". Týká se očekávání, s jakou pravděpodobností určitá událost



nastane. Uvažujeme tak vždy, keď hľadáme, aké máme možnosti chovania. Vezme si napríklad, že jedete na schůzku, ktorou zmeškáte, pokiaľ budete dodržiavať povolenú rýchlosť. Pojedete rýchlejšie, aby ste schůzku stihli? V krátkej chvíli, keď sa budete rozhodovať, budete určite zvažovať podmienené pravdepodobnosti. "Aká je pravdepodobnosť, že tu dnes budú hlídať policisti?", "Aké je riziko nehody na týchto silniciach, keď pojedu rýchle?" a "Aké to bude mať následky, keď na schůzku dorazím o niečo neskôr?"

Ľudia majú určitým spôsobom extrémne podmienené očakávania. Ľudia trpiaci fobiou prehánajú svoj odhad pravdepodobnosti, že je postihne udalosť, ktorú sa boja (napríklad havária lietadla). Beck (1976) sa domníva, že ide o kľúčový rys, odlišujúci normálne strachy od fobií. Je dobre dokázané, že u obetí zločinu dochádza k zmene odhadu pravdepodobnosti, že sa stanú opäť obet' zločinu (Himelein, 1989; Veronen, 1989).

### Odhad vlastnej zdatnosti

Osobný odhad vlastnej zdatnosti spočíva v tom, nakoľko si človek verí, že dokáže určitý úlohu alebo typ úloh zvládnuť. Mluvíme pritom o presvedčení, že mám *schopnosť* sa určitým spôsobom správať, nie o tom, aký si myslím, že bude výsledok tohto správania. Niektorí môžu očakávať, že všetko dobre dopadne, ale pritom sa do daného úlohu nepustia, pretože si neveria, že sú schopní jej zvládnuť na požadovanej úrovni. Sedím nad touto knihou (a hovorím si, či mám na to, aby som ju dokončil) čiastočne tiež preto, že som pred 12 rokmi neveril, že budem niekedy schopný bežať 100 metrov tak rýchlo, aby som sa mohol zúčastniť Olympiády, pretože to bol môj vytoužený cieľ. Pojem "odhad vlastnej zdatnosti" (self-efficacy) zaviedol Bandura (1969) a od tej doby bol predmetom rozsiahleho výskumu. Behaviorálni terapeuti jej široko užívajú.

### Chyby vo spracovaní informácií

Je veľmi dôležité rozlišovať realistické myšlienky a reálne vjemy od myšlienok a vjemov zkrivených. Pravdepodobnosť, že sa stanú obet' zločinu závisí na tom, kde žijú. V mnohých prípadoch je reálne a múdre mať strach, keď chodím sám v noci po určitých miestach. Ale je tiež zjavné, že niektorí ľudia uvažujú o sebe, o svojom okolí a o svojej budúcnosti zkrivené. Ako toto zkrivené myslenie vzniká? Beck a kol. (1979, str. 14) uvádzajú radu chýb v myslení či "nesprávnych spracovaní informácií", ktoré k tomuto zkriveniu vedú. Ide o tieto chyby:

- 1) *Nepodložené závery* (forma reakcie). Spočíva v tom, že človek vyvodzuje určitý záver, i keď neexistujú fakty, pre tento záver svedčiaci, alebo dokonca i keď fakty svedčia proti tomuto záveru.
- 2) *Zkrivený výber* (forma vnímania). Spočíva v tom, že sa človek zameriava na detaily vytržené z kontextu a neberie v úvahu významnejšie rysy danej situácie, takže vníma celú situáciu len na základe určitého fragmentu.
- 3) *Nadmerné zovšeobecnenie* (forma reakcie). Spočíva v tom, že si človek vytvorí určité obecné pravidlo alebo záver na základe jednej alebo niekoľkých ojedinelých udalostí a potom toto pravidlo uplatňuje v celej rade ďalších situácií, ktoré s týmito udalosťami nemajú nič spoločného.
- 4) *Prehánenie a bagatelizácia* (forma reakcie). Ide o nereálne hodnotenie rozsahu či významu určitej udalosti, ktoré je tak hrubé, že vedie k zkrivenému mysleniu.
- 5) *Vztahovosť* (forma reakcie). Vztahuje sa k tomu, že má človek sklón vztahovať si okolité udalosti na seba, i keď to nie je nijak podložené.
- 6) *Extrémni, čiernobiele myslenie* (forma reakcie). Prejavuje sa v sklone hodnotiť

všechny své zkušenosti v rámci protichůdných kategorií, například bezvadný nebo bezcenný, ctnostný nebo nestoudný, světec nebo hříšník.

### **Kognitivní styl: schémata a přesvědčení**

Kognitivní styl každého z nás obsahuje občas chyby, ale depresivní pacienti se liší tím, že jejich chybné myšlení vytváří charakteristický způsob, jímž zpracovávají informace o sobě a okolním světě. Tyto chyby v myšlení pak vytvářejí trvalé myšlenkové struktury, kterým říkáme schémata. Jde o soubor ořganizovaných pravidel, na jejichž základě člověk vnímá a chápe všechny události. V případě depresivního pacienta jsou tato schémata tvořena pravidly, která vedou k tomu, že okolní lidé i okolní události jsou vnímány a hodnoceny negativně (Beck a kol., 1979). V případě agorafobika je schéma tvořeno pravidly podle nichž jsou lidé, věci i události vnímány a hodnoceny jako ohrožující.

Náš mozek je v každém okamžiku bombardován větším množstvím informací, než je schopen zpracovat. Proto musí vybírat a zabývat se pouze nejzávažnějšími informacemi a ostatní vyloučit. To vede k výběrovému vnímání. Vybíráme si, čemu věnujeme pozornost a které informace zpracováváme. V tomto ohledu existují velké individuální rozdíly. Schémata, o kterých jsme právě hovořili, určují, kterým informacím je věnována pozornost a které informace jsou "odfiltrovány".

Vezměme si rodinný výlet, když řídí dívka, která právě získala řidičský průkaz. Jistě si bude velmi pozorně všimát všech podnětů a pocitů, souvisejících s řízením a zaměří se především na hodnocení svého výkonu jako řidičky. Otec může věnovat zvýšenou pozornost drobným (nebo i ne tak drobným!) odchylkám od ideální jízdní linie a může přemýšlet, že auto není ani rok staré a o kolik by se zvýšila pojistka, kdyby měli nehodu. Bratr může přemýšlet o tom, že nablízku není žádná příjemná dívčí společnost nebo o tom, kolikrát už před ním jeho sestra dostala přednost. Matka si může všimát především toho, jak otec stále napomíná dceru, aby byla opatrná, může pozorovat protijedoucí vůz, který je ještě pouhou tečkou na obzoru a přemýšlet nad tím, proč otec vždycky tak peskuje dceru, zatímco kvůli synovi není nikdy tak nervózní a opatrný.

Beck a kol. (1979) ve svém úsilí dále rozpracovat úlohu těchto chybných schémat u deprese popsal tzv. *kognitivní triádu*. Domnívá se, že vliv těchto schémat se projevuje ve třech oblastech, které společně tvoří triádu. Jde o tři skupiny přesvědčení o sobě:

- 1) Pacientovo depresivní schéma jej vede k tomu, že interpretuje informace o sobě sebeznehodnocujícím způsobem. "Vnímá sám sebe jako špatného, neschopného, narušeného nebo zbytečného. Má sklon přisuzovat své nepříjemné prožitky svým morálním, psychologickým nebo tělesným nedostatkům...a je přesvědčen, že kvůli těmto předpokládaným vadám je protivný druhým a k ničemu."
- 2) Druhou oblast kognitivní triády tvoří pacientovo přesvědčení o tom, jak hodnotit své zkušenosti s okolním světem. Depresivní kognitivní schéma vede k tomu, že všechny události interpretuje negativně a vnímá proto svět jako nepřátelský, odmítavý, nevšimavý, nebo případně pro něj příliš dobrý, příliš náročný vzhledem k jeho "omezeným schopnostem".
- 3) Třetím aspekt triády zahrnuje pacientovo přesvědčení týkající se budoucnosti. Náзор depresivního pacienta na budoucnost je takový, že všechny negativní rysy, které vnímá na sobě i v okolním světě okolo budou trvat stále a nikdy se nezmění. "Očekává neustálé strážně, zklamání a nedostatek. Když uvažuje o nějakém úkolu v bezprostřední budoucnosti, je přesvědčen, že jej

nezvládne" (Beck a kol., 1979, strana 11).

Dalším průkopníkem kognitivní terapie je Albert Ellis. Vytvořil terapeutický směr, známý jako racionálně emoční terapie nebo ve zkratce RET. Jedním z klíčových předpokladů Ellisova přístupu je to, že mnozí z nás má přesvědčení, která jsou iracionální a vedou ke zbytečné úzkosti a s ní spojenému chování. Tato přesvědčení se do značné míry podobají schématům v Beckově pojetí. Ellis (1962) popsal jedenáct těchto přesvědčení a ve svých knihách se na ně často odvolává. Jsou to tato přesvědčení:

- 1) Pro člověka je nezbytné, aby jej téměř všichni měli rádi nebo jej uznávali.
- 2) Aby člověk za něco stál, musí si vždy vědět rady, chovat se správně a dosáhnout svých cílů.
- 3) Někteří lidé jsou zlí, zkažení nebo ničemní a proto je třeba je odsoudit a potrestat.
- 4) Když věci nejsou tak, jak si člověk přeje, je to hrozná katastrofa.
- 5) Neštěstí je způsobováno vnějšími okolnostmi, které člověk nemůže nijak ovlivnit.
- 6) Na nebezpečné či hroživé věci je třeba si dávat velký pozor a myslet neustále na možnost, že se objeví.
- 7) Je snadnější se některým těžkostem a vlastní odpovědnosti vyhnout než jim čelit.
- 8) Člověk je závislý na druhých a měl by mít někoho, kdo je silnější než on a na koho se může spolehnout.
- 9) Minulé zkušenosti a události určují současné chování; vliv minulosti se nedá vymazat.
- 10) Člověk si musí dělat velké starosti kvůli problémům a obtížím druhých.
- 11) Vždycky existuje správné a dokonalé řešení každého problému a je třeba jej najít, jinak dojde ke katastrofě.

Je mimo rozsah tohoto textu rozebírat dále tato přesvědčení. Můžeme jen stručně popsat způsob, jak je RET terapeuti používají. I když tato přesvědčení sdílíme do větší či menší míry všichni, protože se jedná o základní přesvědčení naší společnosti, pokud jsou nadhodnocována nebo vštěpována neustálým zpevnováním, mohou vést k emočním poruchám, protože člověk není schopen v životě dostát všem nárokům těch neustálých "měl bych" a "mělo by se" a "musím".

Cílem terapie je zmírnit iracionální přesvědčení a nahradit je přesvědčeními racionálními. To pak vede ke zmírnění sebeobviňování (úzkost, deprese) a obviňování druhých lidí nebo okolností (zlost a nepřátelství) (Patterson, 1986). Toho se dosahuje ve třech fázích. V první fázi je třeba, aby si pacient uvědomil iracionální povahu svých myšlenek a přesvědčení a jak se pojí s nepříjemnými pocity a reakcemi.

Dalším krokem je, aby si pacient uvědomil, že tyto iracionální přesvědčení sám udržuje tím, že podle nich myslí a že minulé události nemohou být viněny za současný způsob uvažování. Pacient se proto musí vzdát svých iracionálních myšlenek a nahradit je racionálními.

Nakonec se terapie ve třetí fázi zaměří na širší okruh přesvědčení, a nejen na ta, která jsou příčinou potíží, kvůli kterým pacient vyhledal léčení. Terapeut obecně diskutuje s pacientem o vlivu iracionálních přesvědčení. Cílem je chránit pacienta před obtížemi v budoucnu, které by mohly být způsobeny těmi iracionálními přesvědčeními, jimiž se terapie dosud nezabývala.

## **Představivost**

Kognitivní procesy se neomezují pouze na to, co si říkáme, tedy na řeč.

Myslíme také v představách. Je důležité prozkoumat a sledovat představy, které klienti mají a také představy, které nemají, ale které by jim mohly být prospěšné (Lazarus 1984).

Lazarus zjistil, že jeho klienti dokáží s úspěchem používat pozitivní sebezpovzbuzování, ale přesto stále prožívají negativní pocity a chovají se nevhodně, protože v nich problémové situace vyvolávají negativní představy. Navíc velmi úspěšnou metodou léčby v mnoha klinických situacích je systematická desenzitizace, která využívá představivosti. Představivost se také často využívá při nácviku relaxace. Učení některých dovedností, například asertivního chování, je urychleno, pokud si klient toto chování nacvičuje v představě.

Kognitivní chyby nevznikají pouze následkem zkresleného nebo nesprávného zpracování informací. Mohou vzniknout i tím, že informace není zpracována úplně. Může k tomu dojít proto, že pacient má v některé oblasti myšlení nedostatky. Nejčastěji se setkáváme k poruchami v oblasti pozornosti, ovládání impulsů a řešení problémů. Byly však vytvořeny terapeutické metody, které se zaměřují na to, jak naučit klienta, aby využíval myšlení ke kontrole svého vlastního chování. Nejdříve pojednáme o sebeinstrukční terapii a pak na terapii zaměřené na řešení problémů.

### **Sebeinstrukční terapie**

Pokud se zastavíme a zamyslíme se nad tím, jak se vzájemně ovlivňuje naše myšlení a chování, uvědomíme si, že své chování řídíme pomocí vnitřního dialogu a představ. Sledujeme své vlastní chování a to, jak na něj reagují druzí. Prdbíráme v duchu své problémy a dáváme si instrukce, jaké další kroky je třeba podniknout k jejich řešení. Můžeme si říci: "V čem je chyba? Tahle věta nezní dobře. Přibrzdi a zamysli se. Jak jinak mohu tuto myšlenku vyjádřit? Nebylo by lépe tento pojem vysvětlit pomocí grafu nebo tabulky? Dobrá, existuje sedm nebo osm možných způsobů, jak tu myšlenku vyjádřit. Jaké má každý z nich přednosti a nedostatky? Myslím, že takhle to bude nejlepší. Ne! Pořád ještě to není ono! To je hrozné! Uklidni se, když se budeš snažit, určitě na to přijdeš. Možná něco najdu v téhle příručce. Aha, už vím v čem je chyba. Výborně! To jsem rád, že jsem to nevzdal a přišel jsem na to. Teď už vím, jak se tohoto problému příště vyvarovat."

Tato forma vnitřní instruktáže je běžná a užitečná. Ovšem ne všichni používáme tento typ vnitřního dialogu a sebeinstruktáže k řízení vlastního chování. Ústředním rysem některých poruch je právě nedostatečný rozvoj kontroly chování pomocí sebeinstruktáže, ať už formou řeči nebo představ. Meichenbaum (1977) zjistil nedostatečnou vnitřní kontrolu chování přinejmenším u dvou skupin klientů - u schizofreniků a u impulsivních dětí - a vytvořil nácvik sebeinstruktáže, aby je těmito dovednostem naučil.

Nácvik spočívá v pěti krocích. Klient se nejdříve učí znovu si pro sebe zopakovat, co se po něm chce. Pak sám sebe instruuje, aby úkol provedl pomalu a aby nejdříve myslel a pak teprve jednal. Pak se učí rozvinout kognitivní postupy, potřebné ke zvládnutí úkolu a představuje si sám sebe, jak úkol plní. Pokud úkol úspěšně splní, sám sebe pochválí. Pokud není úspěšný, pak sám sobě řekne, jak zvládnout pocit zklamání a selhání, dále pak v čem byla chyba a jak ji napravit.

Jedním z předpokladů tohoto přístupu je, že potřebné dovednosti klient má (například matematické znalosti nebo schopnost bavit se s druhými). Ani všechny sebeinstrukční nácviky na světě nemohou pomoci dítěti, které neví, jak vyřešit určitý matematický problém. Mohou však být užitečné u dítěte, které dělá chyby z nepozornosti, přehlíží některé složky problému nebo dělá ukvapené závěry.

## Řešení problémů

Oblast řešení problémů je velmi blízkce příbuzná. Ukázalo se, že někteří klienti, kteří přicházejí k odborníkům v oblasti duševního zdraví, mají nedostatečnou schopnost řešit problémy. Když jsou postaveni před problém, dělá jim velké obtíže vymyslet nějaké řešení. i když všechny ostatní ukazatele svědčí proto, že mají průměrnou nebo i nadprůměrnou inteligenci. Korelace mezi tradičními testy inteligence a schopností řešit mezilidské problémy je velice nízká. Může to být tím, že vyšetřovací škály tradičně užívané k měření inteligence nezkoumají schopnost divergentního myšlení, což je kognitivní dovednost, která se pojí s tvořivostí a dovedností řešit mezilidské problémy (D Zurilla, 1988). Na druhé straně je třeba uvést, že lidé, kteří mají nízké hodnocení v testech inteligence mají obvykle nízké hodnocení i na škálách divergentního myšlení; zatímco lidé, kteří mají vysoké hodnocení v testech inteligence nemusí mít vysoké hodnocení na škálách divergentního myšlení (Guilford, 1977). To vedlo k analýze procesu řešení problému a k tomu, že klienti začali být přímo cvičeni v jednotlivých krocích, používaných při řešení problému.

V literatuře najdeme mnoho příkladů terapií zaměřených na rozvoj schopností klientů řešit problémy. Dvě z nejznámějších jsou "Strukturované řešení problému", kterou vypracoval D Zurilla a spolupracovníci (D Zurilla, 1988) a Mahoneyova (1977) "Osobní věda".

D Zurilla (1988) označil tyto metody jako "předpisové řešení problémů". Jejich předpisovost spočívá v tom, že určují, jakým způsobem mají lidé řešit problémy, pokud chtějí být úspěšní, místo aby popisovaly způsoby, jakými lidé své problémy obvykle řeší.

Cíle obou terapií je, aby si klienti osvojili systematický přístup k řešení problému. Učí se jednotlivým krokům procesu řešení problému. Pak tento postup uplatňují při řešení předložených problémů. D Zurillův (1988) postup je rozčleněn do 20 kroků, které jsou rozděleny do pěti hlavních oblastí.

Pět hlavních oblastí řešení problému:

A: Informace o problému

B: Emoce

C: Probrání možných řešení

D: Volba řešení

E: Uskutečnění zvoleného řešení a hodnocení výsledku.

Mahoney (1977) rozčlenil proces řešení problému tak, aby vyučil mnemotechnické metody. Nazval tento proces "Osobní VĚDA" (angl. SCIENCE), protože je podobný tomu, jakým způsobem přistupuje k řešení určitého problému vědec. Kromě toho první písmena jednotlivých kroků vytváří slovo SCIENCE:

S (Specify) Určí oblast problému.

C (Collect) Shromáždí potřebné údaje.

I (Identify) Rozpoznej příčiny nebo vzorce chování vedoucí k problému.

E (Examine) Prozkoumej možnosti řešení.

N (Narrow) Omez se na určité řešení a vyzkoušej ho.

C (Compare) Porovnej výsledek se stanoveným cílem.

E (Extend) Rozšiř získané poznatky na další problémy.

Znovu je třeba připomenout rozdíl mezi schopností a provedením. Člověk může selhávat při řešení problémů buď proto, že nemá schopnosti potřebné k vyřešení problému, nebo proto, že své schopnosti nedokáže z nějakého důvodu uplatnit. Přitom často hrají důležitou úlohu emoční vlivy. D Zurilla (1988) uvádí, že emoční vlivy mohou jak mařit tak podporovat úsilí o řešení problému. Před

zahájením nácviku řešení problému nebo zároveň je třeba se zabývat takovými faktory, jako jsou kognitivní schémata klienta a jeho obecný přístup k problémům.

### **Jednotlivé teorie učení se navzájem nevyklučují**

Učení pomocí klasického podmiňování, operantního podmiňování a pomocí kognitivních procesů bylo probíráno odděleně v zájmu

přehlednosti a abychom probrali úlohu každé z těchto forem učení zvlášť. To však neznamená, že tyto různé formy učení probíhají i nezávisle. Kognitivní a "tradiční" formy učení se neustále vzájemně ovlivňují. Meichenbaum (1977) uvádí, že chování impulsivních dětí nebylo možno změnit operantním zpevněním, protože děti přisuzovaly získané odměny pouhému štěstí. Když však byly děti cvičeny v sebeinstruktáži, jejich styl přisuzování se změnil a bylo možno s úspěchem využít i zpevnění. V řadě terapeutických programů, publikovaných v posledních letech (např. Beck a kol., 1979; Beck a Emery, 1985; Kendall a Braswell, 1985; Meichenbaum, 1985; Pope a kol., 1985) se odráží uznání prospěšnosti přímé instruktáže k urychlení procesu učení novým způsobům jednání a vzájemná souhra kognitivní, klasické a operantní formy učení.

*Kapitola 7*

## **BEHAVIORALNÍ FORMULACE**

Pokud platí, že chování se učí a udržuje podle pravidel teorie učení, pak z toho vyplývá, že u každého jedince nalezneme jedinečnou konfiguraci chování. Je tomu tak proto, že u žádných dvou lidí neprobíhá učení za přesně stejných podmínek. Každý z nás zaujímá v prostoru a čase jedinečné místo a každý člověk se během svého učení setkává s jedinečnými antecedenty a následky, což vede k jedinečnému výsledku. To znamená, že pro každého klienta musíme vytvořit jedinečnou formulaci, vysvětlující jeho chování.

I když se dva lidé mohou na behaviorálního terapeuta obrátit s chováním, které na první pohled vypadá velmi podobně, například kvůli vyhýbání se kontaktům s osobami opačného pohlaví, okolnosti, které k tomuto chování vedou, mohou být zcela odlišné. Určitý muž se může vyhýbat ženám proto, že jeho matka nenápadně, ale systematicky odměňovala, když s ní zůstal doma, a naopak jej trestala, když příliš mluvil o jiných ženách (operantní učení). Jiný scénář zjistíme u ženy, která prožila traumatickou zkušenost s mužem (ztrapnění, výsměch) a nyní pociťuje strach v každé situaci, kde jsou přítomni muži (respondentní podmínění). Proces učení vedoucí ke vzniku a udržování vyhýbavého chování je v těchto dvou případech odlišný. Proto je třeba odlišně postupovat i při odstraňování tohoto chování.

V prvním případě je nutné změnit zpevňující následky chování vůči ženám, zatímco ve druhém případě je potřebné zajistit vyhasnutí reakce strachu v přítomnosti mužů. Právě proto se mnoho behaviorálně orientovaných autorů soustřeďuje na to, čemu říkáme "funkční analýza chování".

Funkční analýza chování znamená právě to, co říká její název: je to analýza chování, zaměřená na určení funkce tohoto chování. Zjišťujeme při ní, které podněty zkoumané chování vyvolávají, jdeli o chování klasicky podmíněné, nebo které zpevňující následky toto chování udržují, a také které podněty signalizují dostupnost zpevňujících podnětů, pokud je chování udržováno operantním podmíněním. Tato analýza je v behaviorální terapii součástí fáze vyšetřování, o které jsme již mluvili dříve a která je dobře popsána v článku Kanfera a Saslowa

(1969). Cílem této procedury není chování klasifikovat, ale porozumět jedinečným faktorům, které udržují chování toho kterého klienta. Postupujeme přitom podobně jako při provádění vědeckého experimentu. Tento postup je popsán v následující kapitole.

Další přístup, obhajovaný některými autory, spočívá v určení diagnózy na základě toho, co je třeba podniknout k napravení problémového chování. Tento přístup lépe odpovídá funkčnímu účelu diagnostického procesu. Klasifikujeme tedy potíže klientů podle faktorů, které problémové chování udržují (a tedy podle postupů, které jsou nezbytné k vytvoření přiměřenějšího chování) a ne podle zevních projevů problémového chování. Právě to je konečným cílem funkční analýzy chování.

### **Klíčové pojmy**

Abychom mohli tohoto výše uvedeného přístupu využít, je třeba porozumět určitým klíčovým pojmům. Jsou to tyto pojmy: *behaviorální přebytek (behavioral excess)*, *nedostatek dovednosti (skill deficit)*, *behaviorální nedostatek (behavioral deficit)* a *behaviorální konflikt (behavioral conflict)*.

V případě, kdy jde o behaviorální přebytek, je třeba uplatnit takové postupy, které vedou ke snížení frekvence, intenzity nebo trvání daného chování. V případě, že jde o nedostatek dovednosti, je třeba volit postupy, které pomohou klientovi, aby si osvojil nové reakce. V případě behaviorálního nedostatku je třeba uplatnit postupy, které povedou ke zvýšení frekvence, intenzity nebo prodloužení trvání chování, které klient sice ve svém repertoáru má, ale které se objevuje méně než je potřeba. O "behaviorálním konfliktu" mluvíme v případě motivačního konfliktu v situaci, kdy má klient dva nebo více žádoucích cílů, které se navzájem vylučují.

### **Behaviorální přebytek**

Problémy související s behaviorálními přebytky ("behavioral excess") se zřejmě vyskytují v praxi behaviorálních terapeutů častěji než další tři jmenované typy problémů. To platí především u dětských problémů. Jádrem těchto problémů je výskyt určitého chování, které v důsledku nadměrné intenzity, frekvence nebo trvání (nebo kombinace těchto faktorů) působí problémy klientovi nebo druhým lidem.

Dané chování může být hodnoceno jak kladně, tak záporně. Rozhodujícím aspektem je, že se vyskytuje příliš. Některé příklady přehnaného chování: nadměrné pití, umývání rukou, určité sexuální projevy, přehnaná agrese, mluvení, exhibicionismus, žhářství, a tento seznam může být nekonečný.

Vezměme si například nadměrnou konzumaci alkoholu. Jeden klient může trpět somatickými problémy, způsobenými nadměrnou frekvencí pití (pije několik sklenic alkoholu denně), ale přitom nebývá výrazně opilý. Problém jiné klientky může zase spočívat v nadměrné intenzitě pití. Pije sice jen dvakrát až třikrát do roka, ale začne pít, pije až do úplné opilosti. Případně může problém spočívat v nadměrném trvání pití. Klient sice pije zřídka, ale když už, tak několik dní v tahu, což narušuje jeho život v řadě oblastí. Klient také může pít způsobem, který je nadměrný ve dvou nebo i ve všech třech těchto dimenzích. Může pít v tazích, které se opakují velmi často a téměř vždy se při nich zpívá do němoty.

Samotné zjištění přehnaného chování ještě nestačí k zařazení tohoto chování mezi behaviorální nadbytky. Někdy totiž může být toto přehnané chování výrazem nedostatku určité dovednosti. Například nadměrné pití může být způsobeno nedostatečnou dovedností řešit problémy nebo zvládat stresové situace

- nebo obojího. V těchto případech je vhodnější hodnotit toto chování jako snahu vyřešit problémovou situaci pomocí alkoholu.

V jiných případech je ovšem nadměrné pití způsobeno faktory, odpovídajícími modelu "behaviorálního přebytku". Příkladem může být "návykové" pití, kdy je požití alkoholu zpevněno zmírněním abstinčních příznaků, nebo model "společensky oceňovaného" pití, kdy je nadměrné pití hodnoceno jako projev mužnosti či odolnosti a je intenzivně zpevňováno v subkultuře, jejímž je klient členem.

Právě vzhledem k uvedeným možnostem je třeba provést kvalitní funkční analýzu každého chování, které chceme změnit. Teprve až porozumíme funkci daného chování v životě klienta, podmínkám, za kterých se vyskytuje, a následkům, kterými je udržováno, můžeme plánovat účinné způsoby jeho modifikace.

Když určité chování odpovídá diagnostické kategorii behaviorálního přebytku, používáme techniky vedoucí ke zmírnění těch rysů chování, které jsou přehnané - frekvence, intenzity nebo trvání. Jsou to tyto techniky: zpevňování neslučitelného chování; zpevňování chování, které vyskytuje příliš málo (schéma DZM, viz kap.4); zpevnění nepřítomnosti nežádoucího chování (schéma DZJ, viz kap.4); odstranění zpevňujících následků (vyhasnutí); párování daného chování nebo podnětů spojených s tímto chováním (nebo obojího) s podněty, které vyvolávají nepříjemnou reflexivní reakci (jako je použití disulfiramu, který vyvolává nevolnost po požití alkoholu); případně - spíše výjimečně - použijeme některé z forem potrestání (viz kapitola 4).

## Nedostatek dovednosti

Jako "nedostatek dovednosti" (skill deficit) označujeme stav, kdy klient se neumí chovat tak, jak je dané situaci potřebné. "Nedostatek v provedení" (performance deficit) pak označuje stav, kdy se klient sice žádoucí způsob chování ovládá, ale nepoužije jej v situaci, kdy je to nutné.

Vezměme se příklad dívky, která selhává při řešení matematických úkolů. Pokud neovládá potřebné matematické znalosti, nutné k vyřešení úkolu, jde o nedostatek dovednosti. Může to být tím, že neměla příležitost se jim naučit, že metody učení pro ni byly nevhodné, že její schopnost se učit je nedostatečná, nebo že není schopna se dostatečně dlouho na učení soustředit. O nedostatek v provedení se jedná, pokud sice nedokáže úkol vyřešit, ale přitom ovládá všechny matematické úkony potřebné k jeho vyřešení - nebo je uměla někdy v minulosti a od té doby neprodělala žádné onemocnění nebo úraz, kterým by bylo možno ztrátu těchto schopností vysvětlit (jako například poranění mozku).

Toto rozlišení se může zdát snadné, ale v praxi je mnohdy velmi obtížné. Přitom jde často o klíčové rozlišení, na němž závisí účinný plán intervence. To platí zvláště u dětí, protože děti s nedostatky dovedností se často chovají podobně jako děti s nedostatky v provedení. Dítě s nedostatkem dovednosti může projevovat stejné vyhyčivé chování, nesoustředěnost, agresivitu a zlost jako dítě, které nezbytné matematické postupy ovládá, ale nedokáže je v důsledku problémového chování uplatnit. Někdy si je dítě tohoto problému samo vědomo a dává přednost tomu, aby je ostatní považovali za zlobivé, než aby je považovali za hloupé.

Zjištění, zda máme co dělat s dítětem s nedostatky v provádění určité dovednosti - to je s dítětem, které dokáže tuto dovednost zvládnout za jiných podmínek nebo dokázalo tuto dovednost dříve uplatnit - může být velmi obtížné. Nestačí, když nám rodiče řeknou, že "ví", že to dítě umí, ale prostě odmítá to udělat. Musíme zjistit, jestli dítě požadovanou dovednost někdy v minulosti zvládlo, nebo zda ti, kdo tvrdí, že to dítě umí, to prostě jen předpokládají. V mnoha případech to, co se v ordinaci jeví jako problém behaviorálního přebytku je ve skutečnosti způsobeno nedostatkem určité dovednosti.

Mnoho dětí s behaviorálními přebytky, jako je hyperaktivita, agresivita a destruktivní chování, mohou trpět nedostatky v oblasti kontroly impulsů a řešení problémů. Těmto dětem málo pomůžeme, když se budeme snažit odstranit jejich



přehnané chování pomocí technik popsaných výše, aniž bychom jim pomohli odstranit jejich nedostatky. Když to neuděláme, pak musí tyto děti čelit stále stejným problémům a nezískají schopnost řešit je jiným způsobem.

I behaviorální nedostatky mohou být způsobeny nedostatkem dovedností. Například dítě, které je stažené a málokdy ve třídě mluví, může mít nedostatečné vyjadřovací schopnosti.

Zjistí-li určitý nedostatek dovedností, dalším krokem je určit, zda lze tento nedostatek odstranit nebo zda je při našich současných znalostech tento nedostatek neodstranitelný. Příklady odstranitelných nedostatků dovedností jsou: nedostatečná asertivita, nedostatečná schopnost navázat kontakt, zvládnout stres a plánovat si čas, nakládat s penězi, vychovávat děti, mluvit na veřejnosti, řídit auto a řešit problémy; také negramotnost u člověka, který neměl příležitost se naučit číst psát.

Léčba těchto klientů spočívá v nácviku dovedností, které jim chybí. Tento úkol může být svěřen jiným odborníkům a institucím, které mají odborníky pro výuku potřebných dovedností, jako jsou například speciální pedagogové, logopedové, rehabilitační pracovníci a poradci v oblasti finančnictví.

Neodstranitelné nedostatky dovedností vyžadují jiný přístup. Některé příklady těchto nedostatků jsou: vrozené poruchy pozornosti, afázie po poškození mozku, mentální retardace, mozková obrna a poruchy učení nevyplývající z emočních vlivů. V těchto případech, protože nedostatek dovedností nelze plně odstranit nácvikem a učením, je cílem terapie nějakým způsobem daný nedostatek kompenzovat. Můžeme se například zaměřit na nácvik jiných dovedností; použít jinou formu učení (například učení odečítání ze rtů a posuňkové řeči u hluchých); zmírnit potíže pomocí léků a nácvikem specifických technik (například zmírnit poruchu pozornosti pomocí methyلفenidátu a nácvikem techniky "zastav se a přemýšlej"); nebo zásahem do okolního prostředí. Příkladem posledního přístupu může být nasměrování klienta s vážnou poruchou matematických schopností do oboru, v němž čísla nepotřebuje; přestavba domu či instituce tak, aby byla přístupná na kolečkovém křesle; umístění dětí s poruchami řeči do škol zaměřených na rozvoj praktických zručností; vytvoření malých a odhlučněných tříd pro děti, pro něž je obtížné nevšímat si rušivých vnějších podnětů.

## **Behaviorální nedostatky**

Na druhém konci spektra se nacházejí klienti s behaviorálními nedostatky. O "behaviorálním nedostatku" (behavioral deficit) mluvíme tehdy, když je klient schopen požadovaného chování, ale doba trvání, intenzita či frekvence tohoto chování je příliš nízká. Opět musíme rozlišit mezi neschopností zvládnout určité chování v důsledku nedostatečného dovedností, a nevyužíváním tohoto chování při zachované schopnosti je zvládnout.

Musíme si položit tyto otázky: Je dítě stažené proto, že mu chybí základní sociální dovednosti, nebo dítě tyto dovednosti doma uplatňuje, ale ve škole ne (nebo obráceně)? Dokázalo dítě tyto dovednosti uplatnit dříve, ale nyní v nich selhává? Pokud dítě příslušné dovednosti má, musíme zjistit, zda behaviorální

nedostatek vznikl v důsledku nedostatečného zpevnování daného chování, zpevnováním nepřítomnosti daného chování, v důsledku trestání daného chování nebo proto, že existují konfliktní cíle.

Někdy se žádoucí chování přestane vyskytovat prostě proto, že došlo k jeho vyhasnutí, i když neúmyslnému. Dítě, vyrůstající v ghettu, může být v rodině vychováváno milujícími a starostlivými rodiči, kteří jej naučí řadu forem chování,

ktelé jsou ve většině situací užitečné. Když se však dítě snaží uplatnit neagresivní způsoby řešení konfliktů mezi svými vrstevníky, může mu to přinést řadu neúspěchů, protože vrstevníci tyto formy chování neovládají a proto je neoceňují. Dítě si může vést úspěšně ve škole a přitom vidět, jak jeho bratři a sestry, kteří si také vedli úspěšně ve škole, nemohou dál pokračovat ve studiu, protože na to rodina nemá dost peněz, a nemohou si najít práci, protože je vysoká nezaměstnanost. To může vést k tomu, že dítě přestane svých schopností ve škole využívat a prohlásí něco jako: "Proč bych se měl učit, stejně mi to k ničemu nebude!" ("Proč se mám takto chovat, když mi to nepřinese žádnou odměnu?").

V manželské terapii a rodičovském poradenství takové výroky slyšíme často ("Proč jí neřeknu, že mi to vadí? Proč bych to dělal? Stejně mě nikdy neposlouchá!") Rodiče mohou přivést dcerku, která nemluví. Je možné, že rodiče byli v poslední době velmi zaměstnaní a pokaždé, když se je dcerka snažila oslovit, řekli jí zdvořile, ale jasně: "Teď ne, mám práci." To může vést k tomu, že se dcerka přestane snažit s nimi mluvit, protože její snaha nebyla nijak odměněna. V tomto případě může být nepřítomnost daného chování mimovolně zpevňována. Rodiče si všimnou, že dcerka nemluví a začnou jí věnovat pozornost až tehdy, když delší dobu mlčí. Mohou se pak snažit přimět dcerku k rozhovoru a když začne mluvit, uleví se jim, vrátí ke své činnosti a zase si jí přestanou všimnout až do chvíle, kdy opět upadne do mlčení. Během času se dcerka naučí (i když to někdy není schopna vyjádřit slovy), že její mlčení je ze strany rodičů odměňováno pozorností, zatímco když mluví, tak si jí nevšimají.

Podobně může učitelka známkovat ukončenou práci, ale přitom se věnuje a pomáhá pouze těm žákům, kteří: ierpracuj í. Nebo může být dítě potrestáno pokaždé, když se pokusí někoho oslovit, a pak to přenáší i do jiných situací. Dívka například nemluví ve škole proto, že doma, kdykoli začne mluvit, na ni matka křičí, ať ji neruší při sledování televize. Kluci se někdy nechtějí prát nebo porušovat zákazy, čímž dokazují, že se dokáží ovládat. V určitých situacích se jim ale za toto chování mohou druzí kluci posmívat a nadávat jim do "poserů" a "maminčiných mazánků", případně si s nimi odmítají hrát.

Jeli problémem nedostatečné zpevňování žádoucího chování, musíme ovlivnit okolní prostředí klienta tak, aby jeho žádoucí reakce začaly být zpevňovány. Pokud problém spočívá ve zpevňování nepřítomnosti žádoucího chování, je třeba změnit systém zpevňování tak, aby začalo být zpevňování žádoucí chování a ne jeho nepřítomnost. Když je žádoucí chování následováno nějakým trestem, snažíme se tomuto trestání zamezit.

## Konflikty

Někdy je chování ovlivňováno více než jedním následkem a člověk musí mezi těmito navzájem si konkurujícími následky volit. Tím vzniká konflikt, který může vést k behaviorálnímu nedostatku. Pojem "konflikt" není behaviorálnímu přístupu cizí, ale chápe jej jinak než "konflikt" v psychodynamické teorii. Behavioristé užívají pojmu "konflikt" k označení situace, v níž se subjekt musí rozhodnout mezi dvěma konkurenčními cíli. Takové konflikty mohou způsobit behaviorální nedostatek buď tím, že člověk ztuhne a není schopen žádné činnosti, protože si nedokáže vybrat mezi dvěma stejně hodnotnými cíli, nebo tím, že si člověk zvolí cíl, který je pro druhé nesrozumitelný a způsobuje behaviorální nedostatky, které vadí druhým a často i jemu samotnému.

Konflikty můžeme rozdělit podle toho, zda si člověk přeje dosáhnout určitého cíle nebo zda se snaží vyhnout určitým předpokládaným nepříjemným následkům. Všichni se v běžném životě setkáváme s celou řadou takovýchto

konfliktů. Konflikty klientů se od běžných konfliktů liší relativně vyšší důležitostí, kterou svým cílům připisují.

Můžeme se setkat s těmito *typy konfliktů*:

#### *Žádoucí - žádoucí*

Tento konflikt vzniká, existují dva nebo více cílů, kterých by si člověk přál dosáhnout, ale dosažení jednoho zároveň znamená vzdát se druhého. S takovýmto konfliktem se setkáme v mnoha divadelních hrách a románech. Příkladem je milostný trojúhelník, v němž hrdina má volit mezi dvěma stejně přitažlivými ženami. Tento konflikt může vést k sociálnímu stažení. Když není schopen si vybrat, hrdina se může stáhnout nebo může nekonečně kolísat mezi oběma ženami.

Děti ve škole mají někdy pocit, že si musí vybrat mezi dobrým prospěchem a oblíbeností u spolužáků. Výsledkem může být zhoršení prospěchu, když si dítě zvolí popularitu místo školní úspěšnosti; nebo jeho prospěch může být kolísavý, jak váhá mezi dvěma pro něj stejně hodnotnými cíli.

#### *Nežádoucí - nežádoucí*

V tomto případě se člověk může vyhnout nepříjemné události jen za cenu jiné nepříjemné události. Tento typ konfliktu popisuje řada přirovnání: "Dostal se z deště pod okap", "Ocitl se mezi Scyllou a Charybdou", "Musel si zvolit menší z obou zel".

Uveďme si několik příkladů tohoto typu konfliktu:

- zaměstnanec má na vybranou Účastnit se protiprávního jednání firmy nebo být propuštěn
- chlapec si musí vybrat, zda se popere nebo zda bude označeno za zbabělce
- oběť znásilnění si musí vybrat mezi tím, že vyjde z domu a bude čelit strachu z dalšího znásilnění a tím, že bude stále uvězněná doma

#### *Žádoucíne - žádoucí*

V tomto konfliktu jde o to, že žádoucího cíle nelze dosáhnout, aniž bychom tím zároveň nezpůsobili něco, čemu bychom se chtěli vyhnout. Řada lidí, kteří drží dietu, zná toto dilema velmi důvěrně. Mají pocit, že si nemohou dopřát chutné jídlo (žádoucí cíl), aniž by přibrali na váze (nežádoucí cíl). Nebo cítí, že nemohou zhubnout (žádoucí cíl), aniž by si odepřeli jídla, která mají rádi (nežádoucí cíl). I člověk zamilovaný do někoho, s kým jeho rodina nesouhlasí, se dostává do tohoto typu konfliktu. Tento člověk se nemůže oženit (žádoucí), aniž by zároveň ztratil přízeň své rodiny (nežádoucí). Rodiče, kteří svým dětem projevují lásku pouze tehdy, když je předtím potrestali, vytvářejí pro ně konflikt, neboť děti pak musí snést trest (nežádoucí) aby se jim dostalo lásky (žádoucí).

## **Gradients**

Podle teorie učení mají jednotlivé cíle své "gradients" (míru přitažlivosti či odpudivosti). Čím silnější je přitažlivost určitého cíle nebo čím silnější je odpudivost určitého následku, tím je jeho gradient silnější. Můžeme to popsat pomocí analogie s kuličkou, pohybující se po naklánějící se ploše. Čím více je plocha skloněna, tím rychleji se bude kulička kutálet a sklon desky určí, zda se bude kulička kutálet směrem k nebo od určitého bodu na povrchu plochy. Takže čím je určitý cíl přitažlivější, tím silnější je gradient působící k tomuto cíli - tak jako se zrychluje kulička se vzrůstajícím sklonem desky. A čím méně žádoucí je

určitý následek pro určitou osobu, tím silnější je gradient působící od tohoto následku a tím větší je motivace se tomuto následku vyhnout.

Konflikt vzniká tehdy, když je síla gradientů přibližně vyrovnaná. Čím jsou přítomné gradienty strmější, tím je konflikt silnější. Konflikt mezi tím, zda se mám oženit s dívkou, kterou miluji nebo zda přijmu místo, které mi přinese třikrát větší výdělek, ale kvůli kterému se musím odstěhovat do města, kam mě má milá nemůže následovat, je jistě silnější než konflikt, který vznikne, když mám v kapse jen pět korun a rozhoduji se, zda je utratím za čokoládu nebo za bonbóny.

Pojem gradientu je pro klinickou praxi důležitý, protože jedním ze způsobů vyřešení určitých konfliktů je změnit gradient jednoho nebo více konkurujících si cílů. Často to děláme u dětí, když s nimi probíráme skutečnou hodnotu toho, o čem usilují. Můžeme se například dítěte zeptat: "Opravdu se chceš kamarádit s dětmi, které tě mají rády jenom když předstíráš, že jsi hloupý?" nebo "Myslíš si, že tě má *opravdu* rád, když s tebou chce chodit jenom tehdy, když s ním budeš spát?" nebo "Vím, že jsme ti říkali, že se nemáš prát, ale máš právo se bránit, když tě někdo udeří jako první."

Při práci s obézními dětmi jeden z nás (Douglas Murdoch) někdy mění gradient žádoucího jídla tím, že vysvětlí, z čeho se toto jídlo skutečně skládá, například u hamburgerů. V mnoha případech není nezbytné měnit cíl ani následky. Stačí když změním pohled klienta na tento cíl, tedy hodnotu, kterou mu připisuje. Můžeme se zeptat: "Opravdu toužíte po deseti dekagramech tuku, rozpuštěného v nerafinovaném cukru a smíchaném s chemikáliemi, slisované do placky a obalené ve staniolu? (tabulka čokolády).

## Porucha diskriminačního učení

Existuje ještě jeden typ behaviorálního problému, s nímž se někdy můžeme setkat. Některé chování působí problémy, protože se objevuje v nevhodných situacích a ne proto, že se vyskytuje příliš často nebo příliš zřídka. Typickým příkladem je dítě, které občas zakřičí, když je na hřišti a také občas zakřičí, když je doma. Toto chování (hlasitý křik) nevádí v jedné situaci (na hřišti), ale v jiné ano (doma). Dítě nedokáže tyto dvě situace dostatečně rozlišovat a chová se, jako by byly stejné, ačkoli nejsou. Méně nevinným příkladem je profesionální boxer, který je placen za agresivní chování v ringu, ale nedokáže se ovládat svou agresivitou ani v jiných situacích a je odsouzen za rvačku na veřejnosti.

Problémy s rozlišováním je možno rozdělit do dvou skupin. Jednak se chování může vyskytovat v příliš širokém spektru situací; jinými slovy jde o nadměrnou generalizaci. Za druhé se může vyskytovat v příliš úzkém spektru situací; jinými slovy, jde o nedostatečnou generalizaci. Vhodné příklady obou typů problémů najdeme v oblasti sociálních dovedností.

Nejdříve se zaměříme na problém nadměrné generalizace. Jeden mladík může mít velkou zásobu neslušných vtipů a mít s nimi velký úspěch ve sportovní šatně a i jinde v pánské společnosti. Ale začneme toto své chování uplatňovat na schůzkách s dívkami, může se dočkat velkého zklamání. Podobně mu tento hrubý způsob vtipkování může odradit zákazníky při obchodním jednání. Pokud se nenaučí rozlišovat situace, v nichž je tento způsob chování vhodný a v nichž vhodný není, může marně přemýšlet, proč není mezi lidmi více oblíben.

Děti, které mají problémy s vrstevníky, často chybují ve smyslu nadměrné generalizace určitého chování. Hoch, který je hrdinou svého sportovního mužstva, protože je při hře agresivní, se může snažit zajistit si popularitu agresivním chováním i vůči dětem ze sousedství a ve škole. Může si tak vysloužit pověst rváče se všemi sociálními následky, které z toho plynou.

Na druhém konci spektra jsou děti, které jsou sociálně neobratné a snaží se napodobovat chování, které jiným dětem přináší úspěch, jenže se tak chovají v nevhodných situacích nebo si vybrali nevhodné vzory k následování. Slabá dívka se může snažit napodobovat vyzývavé chování větší a silnější dívky a může za to sklidit posměch a modřiny. Hoch se může snažit napodobovat chování společensky své úspěšné sestry a vysloužit si tím přezdívku "suknička" místo obliby, o kterou usiluje - oblíbeného jedince. Dítě může slyšet nějaký vtip, ale opakuje jej pak na nevhodném místě nebo v nevhodném čase (např. když začne vyprávět vulgární vtip v místním kostele!).

Druhým extrémem jsou případy, kdy člověk je sice určitého chování schopen, ale neuplatňuje ho situacích, kdy je to vhodné. To je zvláštní, odlišná forma behaviorálního nedostatku. Chybění přiměřené generalizace může být velmi úzké - chování se nevyskytuje jen v několika málo situacích - nebo rozsáhlé - kdy vhodné chování chybí v celé řadě situací, které jej vyžadují.

Příkladem nedostatečné generalizace může být dítě, které doma poslouchá, ale ve škole ne. Takové dítě může dokonce svou neschopnost rozlišit správně situaci vyjádřit tím, že učitelé řekne: "Vás poslouchat nemusím, protože vy nejste můj otec ani matka - tak co." Jiným příkladem je člověk, který je v zaměstnání asertivní a průbojný, ale nedokáže se prosadit doma vůči manželce a dětem (nebo naopak). Takových příkladů bychom mohli uvést celou řadu.

Pokud problém spočívá v nadměrné generalizaci, je třeba nacvičit rozlišování příslušných podnětů. Nacvik rozlišování podnětů spočívá v tom, že se určité chování objeví pouze za určitých podmínek. Dosáhneme toho tak, že dané chování zpevňujeme jen za těchto podmínek a jinak ne. Dívka, která ve škole často vstává a opouští své místo, může jistě velmi narušovat vyučování. Pokud toto chování projde bez následků, může být silně zpevňováno tím, že přitom upoutá pozornost spolužáků, může si vzít knihy nebo hry či jiné pomůcky, jak se jí zachce apod. V tomto případě chování "odejít ze svého místa" nepodléhá žádné rozlišující kontrole. Za těchto okolností bychom usilovali o to, aby se toto chování dostalo pod kontrolu podnětu "slovní svolení od učitelky". Výsledkem by mělo být, že se toto chování objeví, jen když učitelka svolí, zatímco, když učitelka svolení nevypraví, chování se neobjeví.

V tomto případě musíme postupovat tak, že zpevníme "odchod z místa" pouze tehdy, když následuje po "slovním svolení učitelky". To nevyžaduje nic víc, než aby učitelka naši neposedu sledovala a aby ji okamžitě znovu posadila (a tím zabránila zpevnění tohoto chování), kdykoli se zvedne bez dovolení z místa, a nechala ji počkat na povolení. Po udělení svolení je pak třeba její chování zpevnit - například pochvalou, zapůjčením nějaké pomůcky nebo čímkoli, co na dívku pozitivně zapůsobí. V jiných případech, zvláště tehdy, když jedním ze zpevňujících podnětů je pozornost, kterou učitelka dítěti věnuje, je třeba ještě jasněji odlišit výhodnost čekání na svolení k opuštění místa. Toho můžeme dosáhnout tím, že opuštění místa bez povolení následuje mírný trest, například "vyloučením pozitivního zpevnění", kdy dívce nařídíme, aby si na nějakou dobu sedla na židli odděleně od ostatních dětí a neúčastnila se jejich činnosti.

Pokud problém spočívá v chybě generalizace chování do nových, přiměřených situací, použijeme metodu zvanou nacvik generalizace podnětů. Při této metodě je jedinec systematicky odměňován s velmi vysokou frekvencí (například FP 1) ve všech situacích, v nichž bychom si přáli, aby se dané chování objevilo, zatímco v situaci, kde se již vyskytuje, jej zpevňujeme s daleko nižší frekvencí. Jak se chování v dalších situacích upevňuje, snižujeme frekvenci zpevňování až na udržovací úroveň. Ve vědeckém výzkumu se tyto postupy často

používajú postupne, takže jejich účinok lze snadno prokázat. Například určité chování zpevňujeme jen když se objeví v situaci 1, ale ne v situacích 2, 3 a 4. Jakmile se jeho výskyt v situaci 1 upevní, začneme jej zpevňovat i v situaci 2 a v situacích 3 a 4 jej pouze sledujeme (a většinou zjistíme, že jeho frekvence se v těchto situacích výrazně nemění). Až když se chování upevní v situacích 1 a 2, začneme jej zpevňovat i v situaci 3, a tak dále. V běžné klinické praxi nemáme většinou čas ani možnosti, které mají výzkumní pracovníci. Proto obvykle provádíme současné zpevňování daného chování ve všech potřebných situacích.

## *Kapitola 8*

# **POSTUP V BEHAVIORÁLNÍ TERAPII**

Všichni klienti, vstupující do pracovní terapie, mají jedno společné: nějaký aspekt jejich chování, ať již zjevný či skrytý, působí problémy buď jim nebo lidem kolem nich. Někdo, buď sám klient nebo ten, kdo jej odesílá, usiluje o zmírnění těchto problémů a pociťuje potřebu, aby se toto chování změnilo. Potřebu změny přitom mohou druzí pociťovat silněji než osoba, která přišla k terapii. Změna chování, k níž má dojít, může spočívat v tom, že klient začne užívat nějaké léky, které dosud neužíval, že začne jinak uvažovat, že se k němu druzí začnou chovat jinak než dosud, že začne v určitých situacích pociťovat sebedůvěru a ne strach, že se sníží jeho krevní tlak a tak dále.

Bez ohledu na svou teoretickou orientaci se bude terapeut snažit porozumět chování klienta tak, aby je mohl předvídat a kontrolovat: předvídat tak, aby dokázal odhadnout, za jakých okolností se problémové chování objeví; a kontrolovat, aby toto problémové chování dokázal odstranit, nahradit vhodnějším chováním, zmírnit nebo nějak kompenzovat jinou formou chování.

Takové jsou cíle i nedirektivních terapií, protože i tyto léčebné postupy směřují k tomu, aby klient dokázal zvládnout své vlastní potíže. Takový terapeutický postoj je zcela ve shodě s behaviorální terapií a je tomuto cíli je třeba dát přednost.

Každý terapeut musí provést nějaké vyšetření, aby mohl vytvořit plán terapie. Tato terapie pak může mít buď účinek blahodárný, škodlivý nebo žádný. Jednotliví terapeuti se liší v tom, v kterých oblastech hledají porozumění problémovému chování; to pak vede k tomu, že užívají rozdílných metod ve snaze docílit žádoucí změny v chování.

Psychoanalyticky orientovaní terapeuti považují chování nikoli za samotný cíl vyšetření, ale za zdroj informací o nevědomých procesech, které probíhají v psychice klienta. Chování klienta a jeho výroky jsou důležité jen potud, že představují znaky či příznaky vlastních skrytých problémů. Tito terapeuti také věnují pozornost takovým formám chování, na které se behaviorálně orientovaní terapeuti zaměřují jen zřídka, jako jsou například sny, které psychoanalyticky orientovaní terapeuti považují za okna do nevědomí.

Biologicky orientovaní terapeuti také chápou chování jako znak či příznak. Považují problémové chování za známku či příznak nějaké organické či biochemické poruchy; z toho plyne, že potřebných změn ve funkci neurologického systému klienta je možno dosáhnout pomocí určité medikace, chirurgického zákroku či jiného somatického léčení, a to pak způsobí vymizení či zmírnění příznaků.

Nedirektivní terapeuti také chápou chování klienta jako známku či příznak skrytých a zřejmě nevědomých procesů. Od psychoanalytiků se liší v tom, že svoji roli chápou tak, že pomáhají klientovi nalézt jejich vlastní interpretaci jejich

příznaků a potíží a neposkytují jim tyto interpretace sami.

Behaviorální terapeut chápe klientovo chování jako *vzorek* určitých potíží, podobně jako si chemik odebírá vzorek určité látky do laboratoře k analýze. Důležité je chování samo, ne to, co může symbolizovat.

V rozporu s obecným míněním to neznámá, že by behaviorální terapeuti vůbec nepřipouštěli existenci nevědomí; spíše popírají, že by bylo přístupné vnějšímu pozorovateli natolik, aby je bylo

možno spolehlivě a přesně zkoumat. To znamená, že nevědomí není vhodnou oblastí pro analýzu, pokud se máme držet vědeckých metod v terapeutické práci.

Protože behaviorální terapie se snaží být aplikovanou formou vědy o lidském chování (jak jsme to vysvětlili v kapitole 1), nevědomí zůstává v současné době mimo oblast zájmu tohoto směru. Behaviorální terapeut se snaží pochopit veškeré chování tak, že zkoumá konkrétní situace, v nichž se toto chování vyskytuje, způsoby, jimiž je klient schopen reagovat a myšlenky, pocity a vjemy, které je klient schopen popsat.

Existuje možnost, že by někdy v budoucnu mohly být psychoanalytické formulace včleněny do behaviorálního přístupu. Aby k tomu mohlo dojít, musely by být tyto formulace operacionálně definovány, muselo by být možné je spolehlivě měřit a platnost těchto měření by musela být ověřena. To proto, že behaviorální směry vyžadují uplatnění vědecky prokázaných pravidel při vyšetřování a modifikaci lidského chování. Každý směr, který vyhovuje těmto principům, je přijatelný. Není možno předem vyloučit žádnou hypotézu o tom, jak funguje lidská psychika, za předpokladu, že vychází z vědecky přijatelných údajů.

Přístup behaviorálních terapeutů k léčbě se v mnoha ohledech podobá vědeckému experimentu. V každém experimentu rozlišujeme dva druhy proměnných: závislou proměnnou a nezávislou proměnnou. Nezávislá proměnná je ta, kterou experimentátor určitým přesným a plánovaným způsobem mění. Experimentátor například podá určité přesně odměřené množství určité látky, aby zkoumal závislost účinku na dávce. Dávka je v tomto případě nezávislou proměnnou. Nebo můžeme podat dvě různé látky a srovnávat jejich účinky. Pak jsou nezávislými proměnnými ony dvě látky. Jinými příklady nezávislých proměnných jsou například dva různé způsoby výuky matematiky, nebo přítomnost či nepřítomnost osoby, která pečuje o dítě.

Závislá proměnná je ta, kterou experimentátor nemění. Pouze ji pozoruje a zaznamenává změny, které nastanou vlivem manipulace s nezávislou proměnnou. Každý experiment vychází z určité hypotézy o vztahu mezi nezávislou a závislou proměnnou. Když manipulujeme nezávislou proměnnou a měříme vliv této manipulace na závislou proměnnou (pokud nějaký je), zjišťujeme tím povahu vztahu mezi těmito proměnnými. Pomocí této znalosti pak můžeme předvídat, co se stane, a získat určitou kontrolu nad průběhem událostí.

Účelem vyšetření v rámci tohoto modelu je shromáždit údaje, které nám umožní vytvořit hypotézu o tom, čím je problémové chování udržováno. Začínáme tím, že se snažíme získat obecný přehled o situaci. Zajímá nás samozřejmě, co přivádí klienta do naší pracovny právě dnes. Také nás zajímá klientova minulost - od narození, přes důležité události jeho vývoje, vzdělání, prodělané nemoci, významné sociální události jako je rozvod rodičů či smrt významných osob, vztahy s jeho vlastními dětmi, vzpomínky na dětství apod. Tyto věci nás zajímají ne proto, abychom odhalili nevědomé konflikty nebo bloky v psychickém vývoji, ale proto, že nám mohou poskytnout tyto informace:

- behaviorální přednosti a nedostatky, které si klient přináší do problémové

situace

- možná fyziologická či intelektová omezení schopnosti učení
- minulé a současné příležitosti k učení
- pravděpodobnosti, š nimíž se určité typy chování objevují

Probrání minulosti nám také může ukázat, že problém, s nímž přichází klient, a problém, který se nám zdá nejnaléhavější k řešení, nejsou jeden a tentýž. Jinými slovy, začínáme širokým, obecným pohledem na způsob, jak klient žije a snažíme se rozhodnout, jak budeme reagovat. Můžeme se rozhodnout pokračovat v dalších sezeních s klientem nebo jej odešleme jinam. Když se rozhodneme nabídnout mu léčení, musíme se rozhodnout, jakým způsobem budeme postupovat.

Tento úvodní široký pohled na klienta a jeho potíže nám umožňuje začít si vytvářet behaviorální hypotézu; pomáhá nám to určit hranice oblasti, v níž se budeme v léčbě pohybovat. I když riskujeme určité zjednodušení, lze říci, že oblast, které se budeme věnovat při léčbě pětiletého dítěte bude jiná, než ta, které se budeme věnovat u 35letého úředníka.

Dalším krokem je začít s užším, zaměřenějším vyšetřením. Cílem je nyní dospět ke konkrétní behaviorální formulaci klientových potíží, včetně popisu chování, které se budeme snažit změnit. Terapeut se snaží určit problémové chování a provést podrobnou analýzu okolností, které vyvolávají nebo udržují toto chování, a vypracovat plán behaviorální léčby.

Terapeut si může zvolit z velkého množství aspektů problémového chování, které bude sledovat a měřit. Jeho volba závisí na charakteru problémového chování a na tom, zda se jedná o jednotlivé chování (jedna závislá proměnná) nebo o několik vzájemně souvisejících chování. V takovém případě se musíme zaměřit na více závislých proměnných, například u pacienta s depresí.

Terapeutova volba bude také záviset na tom, zda je problémové chování přímo pozorovatelné (například kouření, napadání druhých dětí nebo společenská setkání); nebo zda je přístupné pouze prostřednictvím sdělení klienta (jako je tomu například u obsedantních myšlenek, smutné nálady nebo iracionálních přesvědčení), případně pomocí měření tělesných funkcí (např. krevní tlak, kyselost žaludeční šťávy či napětí ve svalech).

Volba problémového chování je totožná s volbou závislé proměnné. Určení předcházejících podnětů (antecedentů) a následků, které toto chování udržují, je totožné s určením nezávislých proměnných. Hypotetický vztah mezi závislými a nezávislými proměnnými je totožný s experimentální hypotézou a léčba spočívá v systematické manipulaci s antecedenty a následky problémového chování. Výsledek léčení představuje ověření stanovené hypotézy. Jeli léčení úspěšné a dojde k předpokládané změně problémového chování, je tím hypotéza potvrzena. Terapii je potom možno ukončit nebo se můžeme zaměřit na jinou oblast problémů.

## **Vyšetřovací postupy**

Klíčovým aspektem popsaných postupů je průběžné sledování problémového chování během procesu terapie. Jen tak můžeme určit, zda se problémové chování mění v souvislosti se změnami v terapii. Existuje řada způsobů shromažďování údajů, z nichž si může terapeut v každé fázi terapeutického procesu vybrat. Můžeme je rozdělit na *nepřímé*, *analogické* a *přímé* metody vyšetřování.

*Nepřímé* metody, jak získat potřebné údaje, zahrnují všechny metody, které nespoívají v přímém pozorování chování v prostředí, kde se obvykle vyskytuje.



Patří sem behaviorální rozhovor, dotazníky a sebesposuzovací škály. Některé z těchto metod se zaměřují na jednotlivé chování. Jiné jsou zaměřeny na celou řadu chování, o nichž se předpokládá nebo je prokázáno, že se vztahují k obecnějšímu stavu, jako je úzkost nebo deprese. Ještě jiné pokrývají širokou škálu různých chování a jsou zvláště vhodné v úvodní fázi vyšetření (určování problému) a ke sledování pozitivních či nežádoucích vedlejších účinků léčby (příkladem pozitivního vedlejšího účinku léčby je celkové snížení úzkosti poté, co bylo dosaženo zmírnění sociální staženosti. Příkladem nežádoucího vedlejšího účinku léčby je zvýšení agresivního chování po zmírnění sociální staženosti).

Zprávy od rodičů nebo učitelů o chování dětí, které nevycházejí ze systematického a pečlivého pozorování určitého chování, jsou dalším příkladem nepřímé metody vyšetření. Dokonce i sdělení o sobě samém, buď během rozhovoru nebo ve formě odpovědi v dotazníku, je třeba považovat za nepřímé, pokud nevycházejí z pečlivého a systematického sebesledování. Lidé jsou obecně špatnými pozorovateli vlastního chování, snad s výjimkou případů, kdy se na ně úmyslně zaměří s cílem přesně je zachytit a popsat.

*Analogické vyšetření* znamená vyšetření chování v prostředí, které se v něčem podobá prostředí, v němž se toto chování vyskytuje přirozeně. Dobrým příkladem analogického vyšetření je hraní rolí. Terapeut a klient si rozdělí role a terapeut pozoruje, jak se klient chová. Scénky se mohou zúčastnit dva i více klientů ze skupiny.

Jiným příkladem analogického vyšetření je uložit rodiči a dítěti společný úkol, při jehož plnění je sleduje cvičený pozorovatel. Stejný postup je možno použít i u manželských párů. Téměř všechna vyšetření, která probíhají za hospitalizace, mají nutně charakter analogického vyšetření.

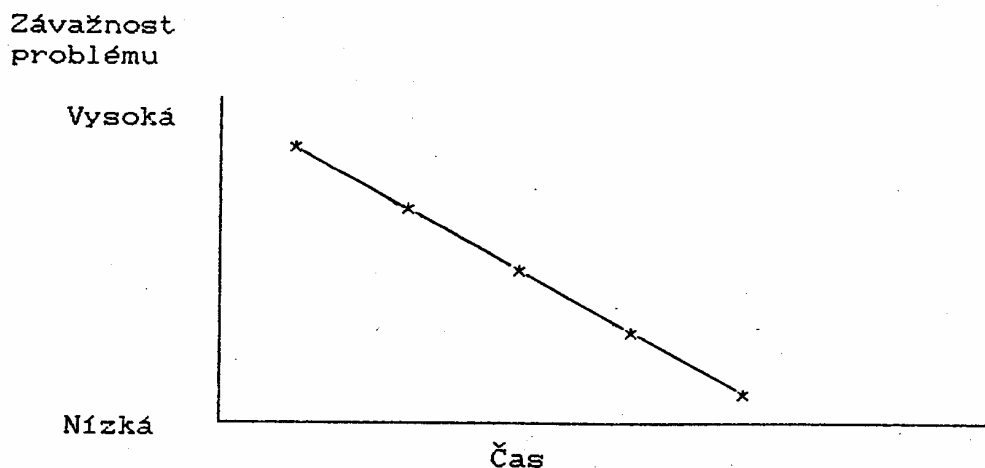
*Přímé vyšetření* je takové, kdy sledujeme chování přímo v situaci, kde se přirozeně vyskytuje. Může je provádět terapeut, cvičený pozorovatel, lidé, kteří s klientem žijí, například rodiče, učitelé, partneři nebo spolupracovníci, nebo i klient sám. Jinou možností je měřit určité chování na dálku mechanicky nebo pomocí vysílačky.

Přímé vyšetření představuje ideál, o který usilujeme ale jehož nikdy nelze dosáhnout. Každé "přímé" pozorování je ve skutečnosti analogické, protože již přítomnost pozorovatele mění nějakým způsobem situaci, ať je pozorovatelem klient sám, někdo, kdo se v situaci běžně vyskytuje, někdo, kdo je do situace nově uveden, nebo mechanické zařízení.

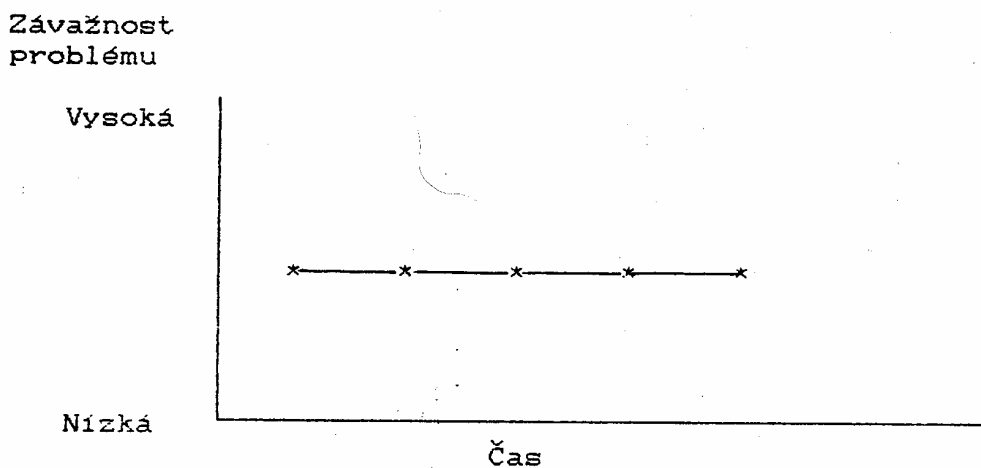
Heisenbergův princip neurčitosti ve fyzice říká, že pozorování není možné bez toho, aniž bychom situaci změnili. Můžeme znát rychlost částice nebo její směr, ale ne obojí současně, protože když zjišťujeme jedno, nutně tím měníme to druhé. Velmi podobně je tomu při behaviorálním vyšetřování, protože tím, že určité chování sledujeme, měníme situaci a nemůžeme s jistotou říci, jak by toto chování vypadalo, kdybychom je nesledovali. Tento fenomén nazýváme reaktivita. Chování reaguje na to, že je sledováno. Dobrým příkladem tohoto fenoménu je kouření. Většina kuřáků, jakmile začne zaznamenávat počet vykouřených cigaret a intervaly mezi nimi, začne kouřit výrazně méně cigaret než předtím.

## **Výchozí hodnoty**

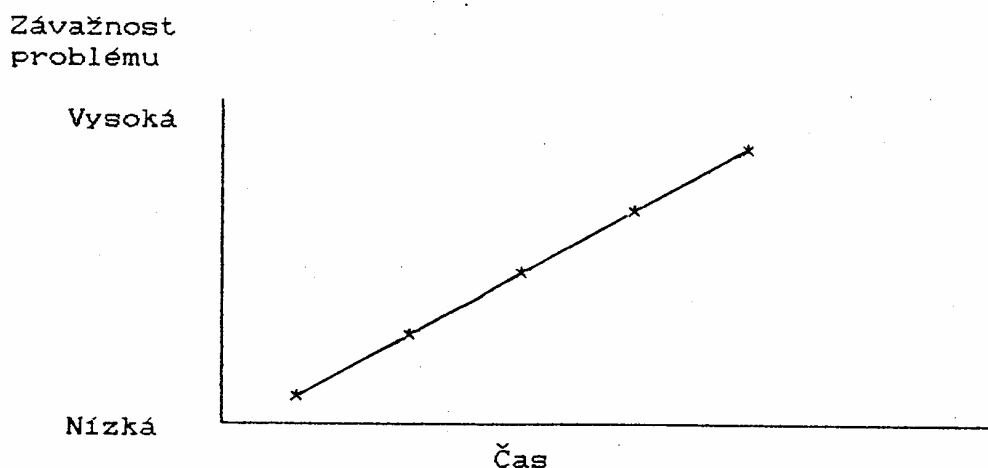
Jakmile jsme si určili závislou proměnnou a zvolili způsob získávání údajů, dalším krokem je zjistit výchozí stav. Výchozím stavem rozumíme úroveň sledovaného chování před započítáním léčeni. Během léčeni pak sledujeme frekvenci, trvání nebo intenzitu tohoto chování, abychom zjistili, zda došlo k nějaké změně. Bez znalosti výchozího stavu lze totiž jen těžko určit, zda působením léčby ke změně skutečně došlo.



**Graf 8.1 Behaviorální problém se zmírňuje**



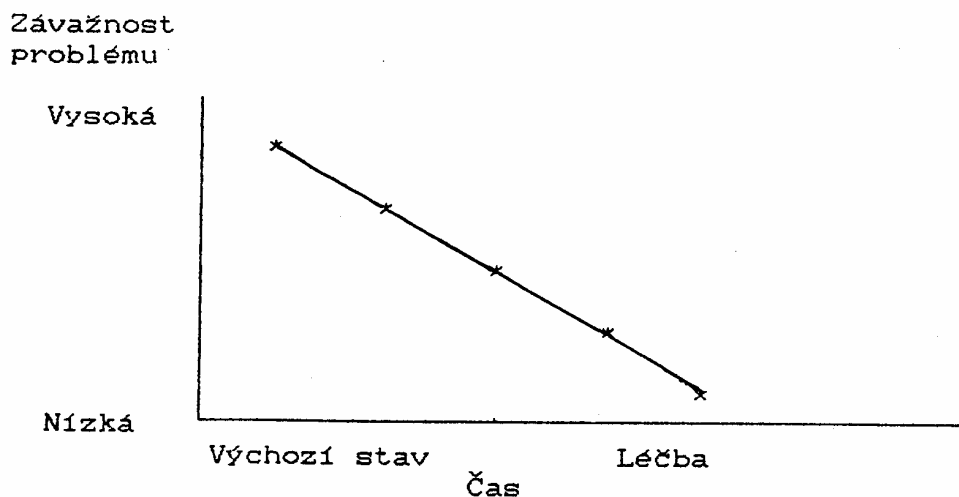
**Graf 8.2 Behaviorální problém se nemění**



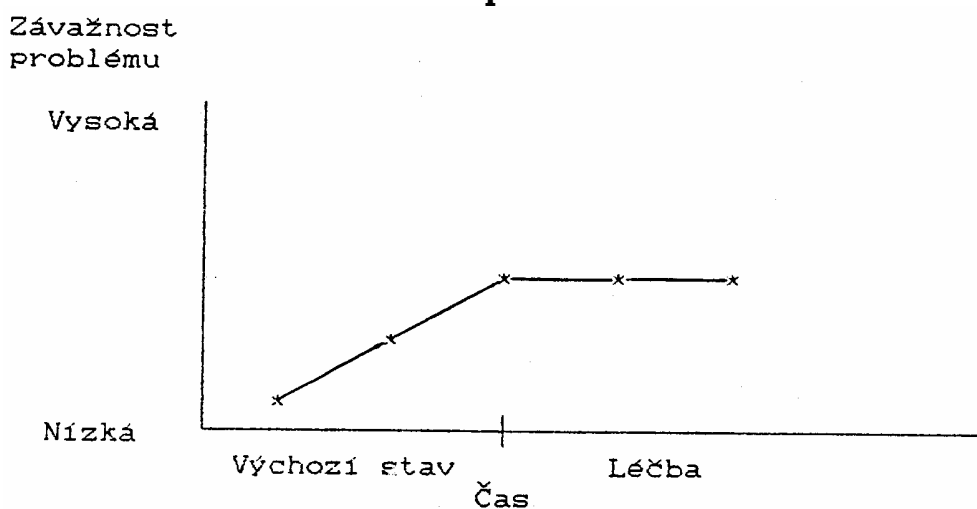
**Graf 8.3 Behaviorální problém se zhoršuje**

Veźmeme si tři grafy na obrázcích 8.1, 8.2 a 8.3, které znázorňují problém

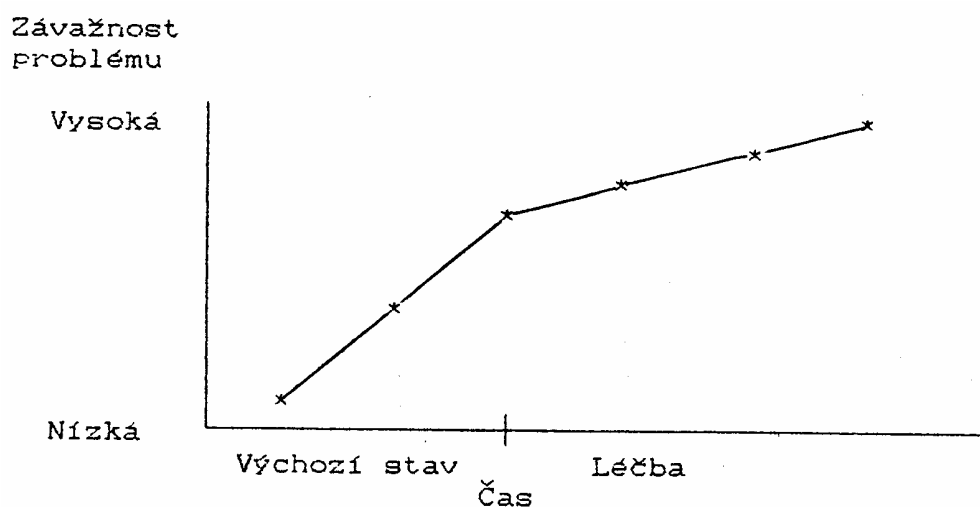
nadměrného chování. Pokud tyto grafy zobrazují i hodnoty dosažené během léčby, pak by se zdálo, že na obr. 8.1 vidíme léčbu úspěšnou, na obr. 8.2 nedošlo k žádné změně a na obr. 8.3 došlo léčením dokonce ke zhoršení stavu! Podívejme se ovšem na tyto tři grafy znovu, když k nim připojíme měření výchozích hodnot před zahájením léčby (obr. 8.4., 8.5 a 8.6).



**Graf 8.4 Stálé zmírňování: léčba není potřebná**



**Graf 8.5 Léčba zabránila dalšímu zhoršování**



**Graf 8.6 Léčba zpomalila zhoršování behaviorálního problému**

Nyní je zřejmé, že obr. 8.4 ukazuje, že léčba neměla na problémové chování vůbec žádný účinek. Problémové chování se již zmírňovalo před léčbou a léčení

nijak k tomuto zmírňovaniu neprispelo.

Z grafu 8.5 je také jasné, že vodorovná línie značí aspoň čiastočný úspech liečby a nikoli jej neúčinnosť. Liečba totiž zabránila ďalšiemu zhoršovaniu problémového chovania a ustálila jej na stabilnej úrovni.

Konečne je také nyní zřejmé, že graf 8.6 prokazuje, že liečba nemela na problémové chovanie škodlivý vliv, ale naopak dokázala o něco zpomalit jeho zhoršovaniu.

### **Fáze léčebná**

Jakmile jsme určili chování, které se stane cílem terapie, zvolili si metody k jeho sledování a měření, a stanovili jsme výchozí hodnoty tohoto chování, nastal čas začít s léčbou. Postup léčby vychází z hypotézy, kterou jsme si o tomto chování vytvořili. Pokud například máme hypotézu, že společensky nejisté a vyhýbavé chování mladého muže je způsobeno tím, že nemá potřebné dovednosti a že především není dostatečně asertivní, můžeme klienta požádat, aby si po dobu čtyř týdnů zaznamenával všechny kontakty s druhými lidmi mimo své pracoviště. Předpokládejme, že během prvního týdne neměl ani jeden společenský kontakt, během druhého týdne dva kontakty a během třetího a čtvrtého týdne vždy jeden kontakt. Výchozí hodnota je tedy relativně stabilní a kolísá mezi 0 až 2 kontakty týdně.

Pak zahájíme léčení, které spočívá v nácviku asertivity. Začneme tím, že se zaměříme na nácvik dovedností potřebných k navazování kontaktů s neznámými lidmi a k zahajování a udržování konverzace. Klienta přitom požádáme, aby si dále vedl záznamy o svých společenských kontaktech i během této fáze. V týdnu, který následoval po prvním léčebném sezení, měl klient dva kontakty, ve druhém týdnu tři kontakty a ve čtvrtém týdnu pět. Ve dvacátém týdnu po zahájení léčby měl průměrně deset společenských kontaktů týdně a terapie byla ukončena, protože klient se s terapeutem předem dohodli, že taková frekvence společenských kontaktů je pro klienta dostačující.

Podle některých textů o behaviorální terapii by uvedené údaje nestačily k průkazu toho, že léčebná intervence způsobila změnu, která nastala. I když během léčby došlo k výrazné změně sledovaného chování, mohly ji způsobit i jiné faktory. Například že klient dostal do bytu telefon nebo že začal používat tělový deodorant.

Autoři, kteří zaujímají tento názor, často požadují, aby se situace vrátila do původního stavu a pak aby se léčba znova

zopakovala. Pokud se chování vrátí k výchozím hodnotám po obnovení původní situace a pak se po opětovném zahájení léčby znovulepší, jasně to dokazuje, že léčba je účinná a že hypotetický vztah mezi sledovaným chováním a jeho antecedenty a následky skutečně existuje. I když tento názor má svou vědeckou hodnotu, v praxi vytváří vážné praktické a etické problémy. Některé chování může klienta ohrožovat, pokud bychom dovolili, aby se vrátilo k původním hodnotám, například tlučení hlavou do zdi, kouření a pyromanie. Různé způsoby, jak tento problém překonat, jsou popsány v knize Hersena a Barlowa (1976) *Single Case Experimental Designs*.

### **Souhrn**

Stručně řečeno, behaviorální terapeut přistupuje ke klientovým potížím podobně jako experimentální vědec přistupuje k experimentálnímu problému. Oba si vytvoří určitou představu o vztahu mezi dvěma proměnnými a vypracují

způsob jak ověřit, zda tento vztah skutečně existuje. Potom pečlivě sledují zvolené proměnné tak, aby ověřili platnost vytvořené hypotézy. Pokud s hypotéza potvrdí, problém je tím vyřešen a získané poznatky rozšíří naši oblast vědění (případně i oblast vědění klienta). Pokud se hypotéza nepotvrdí, je třeba ji změnit a celý proces jejího ověřování se opakuje, dokud není sledovaný problém možno předvídat a kontrolovat. Toto srovnání mezi vědeckým experimentem a jednotlivými kroky behaviorální terapie ukazuje tabulka 8.1.

Tabulka 8.1 *Srovnání mezi experimentem a behaviorální terapií*

<b>Experiment</b>	<b>Terapie</b>
Volba studovaného problému	Klient přichází k terapii
Prostudování literatury a základní vymezení problému	Úvodní vyšetření a obecné informace
Určení závislé proměnné	Volba problémového chování
Vytvoření hypotézy	Vytvoření hypotézy
Volba nezávislé proměnné na základě hypotézy	Volba způsobu léčení na základě hypotézy
Fáze experimentování	Fáze léčení
Průběžné sledování změn	Průběžné sledování změn
Vyhodnocení výsledků	Vyhodnocení výsledků
Opakování, pokud se hypotéza nepotvrdí	Opakování, pokud se hypotéza nepotvrdí
Další experiment, pokud se hypotéza nepotvrdí	Ukončení léčby a přijetí dalšího klienta nebo volba jiného problémového chování u téhož klienta, pokud se hypotéza potvrdí

*Kapitola 9***BEHAVIORÁLNA TERAPIA U ÚZKOSTNÝCH PORÚCH A DEPRESIE**

V predchádzajúcich kapitolách sme preberali jednotlivé časti behaviorálnej terapie. Teraz potrebujeme zväziť ako ich použiť v klinickej praxi.

Pred dvadsiatimi rokmi by bolo behaviorálnym kacírstvom riešiť túto úlohu zohľadnením diagnostických trsov v texte zaoberajúcom sa behaviorálnymi prístupmi. Dnes však väčšina kognitívne, behaviorálnych terapeutov uznáva všobecne používané diagnostické termíny. Znamená to teda dostatočnú istotu, že keď robíme v psychoterapii porovnávacie štúdie, liečime všetci podobné problémy.

Všestrannejšie používanie diagnostických kategórií podporuje tiež ďalšia skutočnosť. V začiatkoch sa behaviorálna terapia zaoberala správaním jedinca izolovane. Na každý nový prípad sa pozerala ako na jedinečný, pretože každý by mal mať jedinečnú históriu učenia. Kládol sa na to dôraz, hoci sa opakovane používali podobné techniky. Ale zistilo sa, že podobné typy správania majú tendenciu vyskytovať sa spolu. Empiricky sa to dokázalo u deTí (Achenbach a Edelbrok, 1983), adolescentov (Achenbach a Edelbrok, 1979) a dospelých (Milton, 1987).

Zistilo sa tiež, že sú určité spoločne sa vyskytujúce typy behaviorálnych excesov, deficitov a deficitov spôsobilostí a tiež kognitívne chyby. To umožnilo použiť koncepciu diagnózy bez narušenia základného behaviorálneho uvažovania.

Táto kapitola nám ukáže, ako jednotlivé komponenty, ktoré sme predtým popísali možno zahrnúť do komprehenzívnych programov behaviorálnej terapie, pričom použijeme príklad úzkostných porúch a depresie. Ďalšie dve kapitoly sa ďalej zaoberajú problémami so závislosťou na určitých látkach a poruchami správania u detí.

V každom prípade sa pozrieme na poruchu z behaviorálneho pohľadu a potom si všimneme kognitívne a behaviorálne prístupy k liečbe.

V mnohých prípadoch budeme len glosovať, alebo úplne ignorovať iné faktory a spôsoby liečby, napríklad biologické. Nie je to preto, že by sme ich neuznávali, ale preto, že sa zameriavame skôr na kognitívne behaviorálny prístup.

***Anxieta a poruchy majúce vzťah k stresu.***

Anxieta predstavuje v našej spoločnosti značný problém a je množstvo svojpomocných kníh ako si poradiť so stresom a úzkosťou vyvolanou každodenným životom. Anxieta je tiež prejavom mnohých problémov s duševným zdravím. Niektoré z terapeutických prístupov, ktorými sa budeme zaoberať môžu byť preto užitočným doplnkom terapie. V tejto časti sa zameriame na tie poruchy, kde je úzkosť centrálnou črtou. Je mnoho úzkostných porúch, ktoré majú aspoň niektoré spoločné prvky, napr. agorafóbia, sociálna fóbia, panická porucha, jednoduchá fóbia, obsesívne kompulzívna porucha a separačná anxieta.

Čo je úzkosť? Definícia je ťažká. Akoby každý vedel čo to je, ale nejestvuje všeobecne prijímaná definícia. Odrazom týchto ťažkostí je fakt, že v už v roku 1961 bolo viac než 120 špecifických postupov na meranie anxiety, alebo aspoň to o sebe tvrdili (Cattel a Scheier, 1961). Šcásti je to preto, lebo úzkosť je aktuálna a komplexná reakcia, ktorá môže ovplyvniť ktorékoľvek z troch spôsobov správania (motorické, kognitívne/afektívne a fyziologické).

Uvádzame nasledovné komponenty anxiety, ktorými sa potrebujeme

zaoberať, pričom používame tri modality modelu motorického správania, kognície a afektu a fyziologickej (autonómnej) odpovede.

### (1) Motorická komponenta

Motorická komponenta úzkostných reakcií odráža základné možnosti správania, ktoré sú k dispozícii všetkým živým tvorom schopným pohybu - boj, útek, alebo stuhnutie. -V našej spoločnosti a v diagnostickom uvažovaní je najčastejšie s anxiétou spojené stuhnutie a útek, avšak v niektorých prípadoch môže byť aj agresívna odpoveď vyvolaná strachom z vnímaného ohrozenia.

"Útek" sa v kognitívne-behaviorálnych prácach chápe častejšie ako únik, alebo vyhýbavá odpoveď. Jediniec sa pokúša, keď je to len možné, opustiť anxiétu provokujúcu situáciu (anticipácia útoku). Toto nám môže poskytnúť užitočnú mieru úzkosti. Jedinca požiadame, aby sa priblížil k strach vyvolávajúcej situácii a priame meranie nám ukáže ako blízko sa dostane. Keď sa ľudia dokážu vystaviť strachovým objektom, alebo situáciám môžeme zisťovať, ako dlho vydržia byť v kontakte s objektami vyvolávajúcimi strach alebo byť v strach vyvolávajúcej situácii.

Uvádzame príklad mladého chlapca, ktorého jeden z nás liečil (Douglas Murdoch). Nemohol byť vyšetrený lekárom, pretože sa bál lekárskeho vyšetrenia a nástrojov. Aby sme zmerali jeho strach zobrali sme ho do herne a požiadali, aby prišiel tak blízko, ako sa len dá k rôznym častiam doktorského kufriku. Potom sme na odmeranie vzdialenosti použili povraz. Podobne môžeme merať silu motorickej komponenty agorafobického strachu tým, že odmeriame čas, ktorý subjekt vydrží mimo domu, alebo vzdialenosť, ktorú prejde od vchodových dverí. Napríklad ťažký agorafobik sa tak bál opustiť dom, že začiatočnou mierou bolo, ako dlho sa vydržal pozeráť von, keď stál vo vchodových dverách.

Vyhýbavá odpoveď môže byť dosť nebezpečná. Jeden z nás (Douglas Murdoch) meral silu fobie zo šoférovania blízko vody tým, že nechal pacienta šoférovať po ceste pri rieke. Vodič sa začal triasť a prestal sa venovať riadeniu, pričom auto sa dostalo do protismeru. Potom, čo tesne minuli niekoľko vozidiel s trúbiacimi klaksónmi, test ukončil. K ďalšiemu posúdeniu došlo v terapeutovej pracovni v pohodlných stoličkách, pričom si klient situácie vyvolávajúce strach predstavoval.

Na druhej strane, alebo spolu s únikovou odpoveďou môže človek stuhnúť, keď je konfrontovaný so situáciou, ktorú vníma ako ohrozujúcu. Doslovne ako keby stuhol a hľadá bez slova. Ako príklad môžeme uviesť dieťa, ktoré sa naučí látku, ale nedokáže hovoriť, keď ho vyvolajú. Alebo stuhnutie sa prejavuje telesne a človek nedokáže vykonať nutné urgentné úkony, keď čelí anxiétu provokujúcej situácii, alebo objektu. Príkladom je vodič, ktorý riadi auto v protismere a nedokáže sa vyhnúť protiidúcim vozidlám, alebo človek, ktorý nedokáže podať prvú pomoc obeti nehody, hoci má patričné znalosti, pretože dokáže len stáť a šokovaný sa pozerá na krv.

Únikové odpovede a stuhnutie sa môžu vyskytovať spolu, alebo ich prejavy nemusia byť tak výrazné, napríklad v prípade, keď sa motorická komponenta manifestuje narušením motorických procesov. K tomuto dôjde, keď ľudia nedokážu zvládnuť úplné motorické správanie v situáciách vyvolávajúcich anxiétu, hoci sú ich schopnosti v situáciách bez anxiety zachované. Príkladom je

nedeľný hráč golfu, ktorý obvykle dosiahne deväť z desiatich bodov, ale toto sa mu nepodarí, keď hrá dôležitú súťaž. Kľúčová spôsobilosť, ktorú musí dosiahnuť profesionálny športovec je schopnosť kontrolovať svoje motorické odpovede a udržať integritu komplexných motorických postupností (ako napr. tenisové podanie) v situácii vyvolávajúcej anxiétu ( napríklad piaty set vo

Vimbledone).

Motorická odpoveď nie je vždy tak dramatická ako panický útek, zámerné vyhnutie sa, alebo výbuch agresivity. Motorická odpoveď na anxiétu provokujúcu situáciu môže byť len nepokoj alebo mrvenie sa, zjavná neschopnosť sedieť kľudne, prílišné, alebo neprimerané pohyby (ako napr. chodenie hore dole), alebo hranie sa s niečím (klopkanie perom, alebo krútenie náramkom).

## *(2) Kognitívne/afektívne komponenty*

Do tejto oblasti máme prístup na základe vlastných výpovedí. Vieme, že ľudia sú úzkostní, pretože nám to povedia. Udávajú obťažujúci vágny diskomfort, obavy, úzkosť, alebo neprijemný strach. Jedným z najlepších spôsobov ako posúdiť pacientove vnímanie jeho strachu je použitie škály "subjektívnych jednotiek nepohodlia". Jednoducho požiadame jedincov, aby indikovali ich stupeň nepohodlia v rôznych situáciách na škále od 0 (úplne uvoľnený) do 100 (extrémne nepohodlie). Alebo môže mať škála túto podobu. 0 (úplne uvoľnený) a 50 (tak vystrašený ako najviac doteraz) bez horného ohraničenia. Niektorí terapeuti k tomu pridávajú metaforický rozmer a používajú "strachový teplomer" Dajú pacientovi tužku a papier, aby nakreslil teplomer, ktorý ukazuje stupeň jeho nepohodlia.

Jestvujú mnohé, rôzne dokonalé sebaopisovacie škály, ktoré sa používajú na meranie "anxiety". Väčšina z nich zachycuje nielen afektívne a kognitívne komponenty úzkosti, ale tiež zisťuje motorické a fyziologické zmeny. Jedna z najrozšírenejších je State Trait Anxiety Inventory, ktorá je k dispozícii tak v dospelých (Spielberger a kol., 1970) ako aj v detskej verzii (Spielberger, 1973).

Kognitívna teória predpokladá, že poznávanie a city sa vyskytujú súbežne, pričom kognície predchádzajú a určujú afekty. Všeobecnou zložkou všetkých úzkostných reakcií je vnímanie nejakého typu hrozby. Niektorí môžu prežívať úzkosť na základe reálnej a hmatateľnej hrozby, ktorú tak isto vnímajú aj ostatní prítomní ľudia, alebo percepčia a posudzovanie stupňa rizika môže byť pre väčšinu ľudí okolo neho nereálna.

Takúto situáciu obvykle nazývame "fobickou reakciou". Beck (1976, strana 19612) tvrdí:

"Označenie fóbia sme oprávnení použiť len vtedy, keď osoba značne preháňa pravdepodobnosť poškodenia a prežíva nepohodu neprimeranú reálnemu riziku".

Beck tu určil jednu z poznávacích chýb, ktorá môže byť spojená s úzkosťou a to neprimerané zhodnotenie skutočného rizika. S výskytom anxiety sú tiež spojené mnohé iné dysfunkčné kognitívne procesy. Dokonca aj keď existuje reálne riziko, takýto typ uvažovania môže zabrániť optimálnemu riešeniu.

Pri vyvolávaní anxiety je dôležitým faktorom kognitívna chyba zvaná "katastrofizácia" (Ellis, 1962). Je to tendencia označiť situáciu za nebezpečnejšiu, ako je v skutočnosti a trvať na možných imaginatívnych dôsledkoch. Zoberme si dvoch šoférov na diaľnici. Obaja sa čímsi zaoberajú a vybočia zo svojho jazdného pruhu,. V každom prípade auto idúce v tomto pruhu na nich zatrubí. Prvý šofér si povie: "Musím byť opatrnejší a sústrediť sa na jazdu". Druhý vodič si povie: "Ó bože, skoro ma zabili a ja som skoro zabil ich. Dnes na ceste každého ohrozujem a idem po diaľnici. Čo preboha budem robiť"? Je celkom možné, že takýto vodič za chvíľu môže dostať záchvat paniky a stať sa skutočnou hrozbou!

Inou častou chybou sú opakované myšlienky týkajúce sa nebezpečenstva (Beck, 1976). Jedinec má často myšlienky, alebo duševné obrazy situácie, ktorá vyvoláva úzkosť. Tieto sú falošným poplašným zariadením.

Beck (1976, str. 151) identifikuje zovšeobecňovanie podnetov ako ďalšiu časť toho, čo nazýva "myšlienková porucha pri úzkosti". V skutočnosti sa jedná o



kognitívnu chybu, neodôvodnený záver, ktorý sa vytvorí napriek tomu, že nejedná o dostatok dôkazov, ktoré by ho podporovali. V príklade uvádzanom Beckom (1976) žena, ktorá počuje sirénu, predpokladá, že jej horí dom a predstavuje si, že sa jej rodina nemôže dostať von. Beck uvádza, že takto uvažujúci ľudia sa neobávajú samotných situácií alebo objektov, ale očakávaných dôsledkov, ktoré sa vyskytnú, keď sa dostanú do kontaktu s týmito objektami, alebo situáciami. Teda úzkosť vyvoláva význam, ktorý dávame situácii a nie situácia samotná. Tento predpokladá, alebo nepredpokladá hrozbu.

Kognitívne elementy, ktoré charakterizujú úzkostné poruchy sú formami myšlienkových procesov. Rôzne úzkostné poruchy sa teda líšia obsahom myšlienok. Tieto sú u rôznych fóbii odlišné (Beck, 1976). Napríklad u agorafóbie Beck (1976) zistil, že všeobecným obsahom je tu strach zo straty kontroly a poníženia, alebo z možných problémov mimo domu a nemožnosti dostať od niekoho pomoc. U akrofóbie sa obavné myšlienky týkajú strachu z pádu a vážneho poranenia. Spoločnou zložkou strachu z výťahov, tunelov a lietadiel je predpokladané nebezpečenstvo spojené zo zrútením, nárazom alebo nedostatkom životných potrieb ako vzduch, jedlo, alebo voda.

### (3) *Fyziologická komponenta*

Úzkosť sa môže vo fyziologických funkciách manifestovať odlišne a u rôznych osôb môžu reagovať na úzkosť vyvolávajúce situácie iné fyziologické subsystémy (Selye, 1974). Všetci to poznáme na sebe a našich klientoch. Niektorí ľudia majú "nervozitu v žalúdku", iní trpia palpitáciami, zatiaľ čo ďalší sú vnímaví na bolesti hlavy.

Presné meranie týchto modalít je obtiažne kvôli technickým problémom a možným mätúcim faktorom, ktoré môžu maskovať výsledky (Bernstein, 1981).

### (4) *Zdôraznenie špecifčnosti*

Posudzovanie a liečenie úzkostných reakcií komplikuje tiež relatívna nezávislosť týchto troch odpovedových systémov (Bernstein, 1981). Preto sa treba vrátiť ku kapitole 3 a zdôrazniť potrebu posúdenia všetkých týchto oblastí.

## **Kognitívno-behaviorálne intervencie**

Kognitívno-behaviorálne intervencie môžeme rozdeliť do piatich typov:

### (1) *Podporovanie odpovedí obsahujúcich priblíženie*

Motorickú komponentu úzkostnej reakcie môžeme chápať ako behaviorálny deficit v približujúcom sa správaní. Preto sú logickými tie zásahy, ktoré budú mať za následok zvýšenie správania obsahujúceho priblíženie. Toto správanie sa zvyšuje pomocou modelovania (terapeut, alebo niekto iní demoštruje odpoveď obsahujúcu priblíženie) a tvarovania (odmeňovanie úspešného priblíženia k objektu vyvolávajúcemu strach). Na druhej strane môžeme chápať úzkosť na základe klasického podmienenia. Strach sa tu považuje za podmienenú odpoveď na podmienený podnet (strachový objekt, alebo situáciu). Opakované vystavovanie objektu, ktorý vyvoláva strach buď pomocou kontrolovanej hierarchie (systematická desenzitizácia), alebo naraz (flooding) predstavuje vyhasínajúci postup a vedie k redukcii alebo odstráneniu podmienenej odpovede (anxiety) v prítomnosti podmieneného podnetu (objektu, alebo situácii vyvolávajúcej strach). To, že sa pacient vyhýba objektom vyvolávajúcim strach, bráni prebehnutiu normálneho procesu vyhasínania.

### (2) *Zvýšenie spôsobilosti*

U niektorých jedincov môžeme chápať úzkosť ako vedľajší produkt deficitu spôsobilosti. Intervencie potom používajú také metódy, ktoré zvyšujú pacientove spôsobilosti.

Najznámejšou spôsobilosťou, ktorú sa možno naučiť, aby došlo k zníženiu úzkosti je schopnosť v prípade potreby relaxovať. Niektoré z najrozšírenejších metód, ktoré sa používajú pri jej naučení sú progresívna relaxácia, autogénny tréning, biofeedback a meditácia.

Okrem relaxácie sa často používa na zvládnutie úzkosti aj učenie asertívnym spôsobilostiam. V skutočnosti sa jedná o viacero spôsobilostí kombinujúcich komplexné motorické správanie a zahrňujúcich reč a kognície. Cieľom týchto programov je naučiť pacienta, aby si vedel zastáť svoje práva a pritom rešpektoval aj práva druhých (Alberti a Emmons, 1974), Large a Jakubowski, 1976).

Niektorí pacienti potrebujú na zníženie anxiety širší rámec interakčných spôsobilostí. Pre nich je vhodný tréning sociálnych spôsobilostí. Cieľom tréningu sociálnych spôsobilostí je systematicky identifikovať a odstrániť deficity v sociálnej interakcii. Deficity môžu byť v takých základných spôsobilostiach ako je udržiavanie vhodného očného kontaktu a zhoda neverbálneho a verbálneho správanie, alebo v detailnejších a komplexnejších spôsobilostiach riešenia sociálnych problémov, reciprocity a vyjednávani.

Iné spôsobilosti, ktoré sa môžeme naučiť na zníženie anxiety sú časový management, prehrávanie rolí, riešenie problému a tréning "stop" techniky v myslení.

### (3) *Kognitívne prehodnotenie a reštruktúrácia*

Manifestáciu úzkosti v druhej dimenzii správania - kognitívno/afektívnej - je možné korigovať technikami kognitívnej terapie, ktoré sme preberali v kapitole 6. Poznávanie sa tiež môže zmeniť ako dôsledok behaviorálnej zmeny. Prežívanie úspechu pri priblížení sa k objektu, alebo situácii vyvolávajúcej strach môže veľmi dobre spôsobiť prehodnotenie názorov, ktoré si pacient vytvoril.

Niektoré z najčastejších kognitívnych techník na zvládnutie anxiózných porúch sú: overovanie iracionálnych mienok tým, že sa hľadajú dôkazy o ich platnosti, modifikácia predstáv, zníženie

úzkosti z úzkosti a reštruktúrácia predpokladov (Beck a Emery, 1985), systematická desenzitácia v predstavách, implózia (Bernstein, 1981) a zastavenie myšlienok (Steketee a Foa, 1985, Kaplan, 1986).

(4) *Vytvorenie vôľovej kontroly nad mimovôľovými procesmi* Pôsobenie autonómneho nervového systému bolo predtým považované za automatické a nemenné. Preto sa nefarmakologickým spôsobom modifikovania činnosti tohto systému venovalo málo pozornosti. Dúfalo sa, že zmena motorického správania a poznávania by mala nepriamo vyvolať zmeny v "mimovolnom" systéme. Ale pionierska práca Millera (1969) a ďalších autorov preukázala, že autonómne funkcie sú kontrolované tými istými operantnými princípmi ako motorické správanie. Na základe tohto objavu vyrástlo celé pole biologickej spätnej väzby - detekcia, zosilnenie a podanie subjektu takých autonómnych procesov ako činnosť srdca, krvný tlak a zníženie svalového napätia. Pokračujúce dôsledky sa potom podávajú buď terapeutom, alebo pacientom. Tieto techniky možno použiť na zvládnutie mnohých somatických prejavov úzkosti.

### (5) *Primárna a sekundárna prevencia*

Iným spôsobom ako si poradiť s úzkosťou je najprv zabrániť jej vzniku, alebo, keď už sme ju spozorovali rýchlo intervenovať, aby sa minimalizoval jej potencionálne negatívny účinok. Toto využívajú mnohé programy, ktoré sú k dispozícii na usmerňovanie stresu. Jedným z najznámejších autorov v prevencii anxiety a minimalizácii vplyvu situácii vyvolávajúcej anxiu bol Meichenbaum (1985) s jeho "programom očkovania proti stresu". Ďalšie dva príklady

protistresových programov sú od Rosenthala (1985) a Selyeho (1974).

## **Depresia**

V behaviorálnej terapii a v kognitívno behaviorálnej literatúre sa venovalo depresii mnoho pozornosti. Najprv si depresiю všimneme z pohľadu behaviorálnych diagnostických formulácií. Potom si všimneme, ako môžeme na ich základe intervenovať.

### **Komponenty**

#### *(1) Motorické*

S depresiou je spojené rôzne motorické správanie. Po prvé nachádzame tu v správaní všoobecný motorický deficit. Depresívni ľudia jednoducho robia málo aktivít, sú nevykonní, nerobia to správanie, ktoré robili predtým. Zlyhávajú v činnostiach obvyklých pre osobnú hygienu, menej jedia, majú znížený pracovný výkon a v mnohých prípadoch je všoobecný výkonový deficit tak veľký, že osoba po celý deň leží v posteli alebo donekonečna sedí na stoličke. Obvyklé je tiež zníženie sociálneho správania. Osoba nie je v sociálnych kontaktoch aktívna, nezačína rozhovor ani nereaguje na druhých.

Inou črtou motorického správania môže byť znížená rýchlosť, s ktorou osoba vykonáva pohybové činnosti, či už je to hrubá motorika ako chodenie, alebo jemná motorika ako písanie alebo rečová produkcia. Na druhej strane pacient s "agitovanou depresiou" sa vyznačuje veľkým množstvom motorických pohybov.

Neverbálna pohybová komunikácia ako telesný postoj, alebo výraz tváre môže mať znaky behaviorálneho excesu ako je zvesená hlava, mraštenie sa, plač a uhýbanie pohľadu. Tiež tam môže byť behaviorálny deficit v usmievaní sa, asertívnom postoji a očnom kontakte.

Deficity nachádzame tiež v komplexnejšom správaní ako je sebaapresadenie, sociálne spôsobilosti, výkon v zamestnaní a schopnosť vykonávať rodičovské povinnosti. Na cieľ zamerané správanie chýba, alebo je obmedzené. Skôr sa zvyšuje, ako znižuje príjem potravy. Zvláštnu pozornosť si vyžaduje suicidálne správanie.

#### *(2) Kognitívno/afektívne*

Málokto popiera dôležitosť kognitívnych procesov v depresii. Centrálnym bodom v depresii je prehnané negatívne hodnotenie vlastnej osoby pacienta, negatívny pohľad do budúcnosti a na súčasné prežívanie. Toto potom, (zvlášť negatívne očakávanie budúcnosti) môže viesť k sebevražedným myšlienkam. Depresívna osoba uvažuje o sebe ako o niekom, kto prežil obrovské straty, reálne, či imaginárne. Takéto narušenie dosahuje až bludný charakter. Dochádza tu k takým deficitom v poznávaní ako je neprímeraný výber z prítomných informácií, takže pacient nedokáže vnímať vyskytujúce sa pozitívne udalosti.

Depresívny jedinec sa tiež vyznačuje narušeným uvažovaním. Prejavom je napr. neschopnosť primerane zovšeobecniť a testovať hypotézy. Dochádza k takým chybám v myslení ako je prílišné zovšeobecnenie, svojvoľné závery, dichotómne myslenie, nafukovanie, minimalizovanie a personalizácia. Deficity môžu byť tiež v komplexnejších kognitívnych procesoch ako je riešenie sociálnych a všoobecných problémov.

#### *(3) Fyziologické*

U depresie sa môžu vyskytovať také fyziologické problémy ako je narušenie

spánkových funkcií (hypersomnia, insomniá, časté prebúdzanie sa, včasné ranné vstávanie), priberanie alebo strata váhy, zníženie sexuálnej apetencie a narušenie chuti.

### Kognitívno-behaviorálne intervencie

V posledných desiatich rokoch sa u depresii kládol hlavný dôraz na kognitívne aspekty depresie a jej liečby. Avšak aj "kognitívny" prístup sa zameriava na správanie depresívnej osoby (Beck a kol., 1979).

*(1) Zvýšenie frekvencie, trvania a intenzity motorického správania, ktoré je nekompatibilné s depresiou* Cieľmi sú:

- Zvýšiť úroveň aktivít
- Poskytnúť zážitok príjemnosti a majstrovstva
- Poskytnúť pacientovi nutné spôsobilosti, ktoré sú potrebné pre prevenciu relapsu

Jedným zo spôsobov, ako dosiahnuť tento cieľ je poskytnúť pacientom záznamový diár a požiadať ich, aby zvýšili svoju úroveň aktivity. Žiadame ich tiež, aby si zaznamenávali také aktivity ako príjemné zážitky, to čo zvládli dobre a podobne. Inštruujeme ich a odmeňujeme za zvýšenie frekvencie, intenzity alebo trvania príjemných zážitkov a toho, čo zvládli dobre. Zapadá to jednak do kognitívneho modelu depresie a súhlasí to tiež s teóriou, že spolupôsobiacim faktorom na vyvolanie depresie môže byť nízka úroveň pokračujúceho pozitívneho posilnenia odpovedí (Lewinsohn, 1974), hoci rola pokračujúceho posilnenia ako príčiny depresie zostáva nedokázaná (McLean, 1981).

*(2) Zmena kognícií, o ktorých sa predpokladá, že udržiavajú depresiu*

V liečbe depresie sa toto v súčasnosti považuje za jadro kognitívno-behaviorálneho prístupu.

Tu treba zvážiť niekoľko aspektov. Rozhodujúcim je, aby terapeut a pacient spoločne skúmali minulé mienky, predpoklady, percepcie, posudzovanie a predstavy, aby mohli testovať ich platnosť a zmenili ich, ak je to nutné. Kognitívni behaviorálni terapeuti učia depresívnych pacientov technikám testovania hypotéz a logickej analýzy. Spočiatku sa pacient potrebuje naučiť rozoznať a sledovať svoje automatické myšlienky, aby ich potom, keď sa vyskytnú mohol prehodnotiť. Spoznanie automatických myšlienok pomáha zistiť, ktoré názory a predpoklady je potrebné preskúmať. Pomáha tiež objasniť kognitívne chyby, na ktoré sa treba zamerať. Terapeut môže tiež vystupovať v roli učiteľa.

*(3) Kedy je potrebné zaoberať sa priamo fyziologickými problémami.*

Medikáciu nepovažujeme za behaviorálnu intervenciu a mnohí behaviorálne orientovaní terapeuti by jednoznačne povedali, že jedným z účelov vytvorenia kognitívno behaviorálnych prístupov bolo vylúčiť potrebu chemického ovplyvňovania. Avšak v niektorých prípadoch nachádzame silnú biologickú predispozíciu k depresii (Allen, 1976). Lekárske sledovanie pacientov s depresiou je nutné preto, aby sme sa uistili, že netrpia napr. hypotyreózou alebo mononukleózou.

*(4) Vytvorenie sociálneho a fyzického prostredia, ktoré znižuje pravdepodobnosť depresívnej odpovede.*

Dôraz na vnútorné kognitívne stavy pacientov nás vedie k prehliadaniu ich prostredia. Avšak toto môže mať výrazný vplyv na ich správanie.

Faktory v prostredí sa môžu nachádzať v širokom rámci od beprostredného sociálneho okolia až po ročné obdobia. Ako fokus, alebo ako podpora sa terapia môže zamerať na sedenia s rodinou. Práca s rodinou sa môže zaoberať takými

problémami ako je množstvo a typ spätnej väzby, ktorú pacient dostáva od rodiny, rola pacienta, ktorú v rodine hraje, spoločné dysfunkčné poznávacie schémy a štýly komunikácie (Bedrosian, 1988).

Počas terapie môžeme zistiť, že pacient potrebuje zmeniť zamestnanie, miesto pobytu, sociálnu skupinu alebo manželský status. Môžeme tiež objaviť, že pacientove fyzické, alebo sociálne prostredie - alebo obidve - sú ochudobňujúce. Niekedy je potrebná väčšia fyzická stimulácia alebo širšia sociálna podporná sieť. Aby sa získala dostatočná kontrola nad vplyvmi, z prostredia je niekedy potrebná hospitalizačná liečba.

#### (5) *Prevenia úspešného vykonania suicidálneho správania*

Všetko čo sme uviedli nemá zmysel ak pacient neprežije dostatočne dlho, aby mohol mať úžitok z terapeutových schopností.

Preto musí byť kritickým aspektom akejkoľvek liečby depresie adekvátne meranie, aby sa zabránilo spáchaniu suicidálnych prianí. Extrémnym príkladom takéhoto postupu je prijatie pacienta do nemocnice proti jeho vôli.

Človek, ktorý sa nedávno presťahoval do nového bydliska a ešte si nevytvoril sociálne vzťahy s ľuďmi okolo, môže byť dosť izolovaný, alebo pacientove sociálne vzťahy môžu byť také, že nie je k dispozícii adekvátny stupeň dozoru a podpory. Dôvodom môžu byť buď problémy, ktoré trápia iných členov rodiny, alebo je rodinný systém dysfunkčný, prípadne oboje. Životné prostredie môže byť tiež nebezpečné, napr. v prípade bitých žien a detí. V takých prípadoch je často potrebné (a často dostatočné) presťahovanie z domu na to, aby sa znížili suicidálne myšlienky.

Terapeut alebo klinik pomáha upraviť narušené prostredie tým, že dočasne rozšíri podporný systém pacienta. Toto niekedy vykonávajú 24 hodinové krízové služby. Niekde sa pokúšajú zlepšiť sociálne prostredie tým, že poskytujú krízovú telefónnu službu a vytvárajú krízové centrá.

Suicidálna prevencia sa však manipuláciou prostredia len začína. Skutočná práca sa zameriava na depresívne poznávanie a behaviorálne deficity, ktoré udržiavajú suicidálne myšlienky.

### **Ďalšia literatúra**

Je veľa literatúry týkajúcej sa tejto témy. Doporučujeme túto: Beck a kol. (1979), Beck a Emery (1985), Meichenbaum (1985), Kazdin (1989), Barrios a ODell (1989) a Matson (1989).

Poz. prekladateľa. V ČeskoSlovensku sú k dispozícii skriptá "Ako zvládnuť svoju depresiu" od M. Šlepeckého (1991) a preklad knihy "Tréning sociálnych spôsobilostí u psychiatrických pacientov", Liberman, DeRisi, Mueser, (1992).

### *Kapitola 10*

## **BEHAVIORÁLNA LIEČBA TOXIKOMÁNIÍ**

Behaviorálni terapeuti značne prispeli tak k výskumu v oblasti toxikománií, ako aj k liečbe týchto závislostí. Ich rola bola niekedy kontraverzná a mali sklon odmietnuť model toxikománie ako choroby.

Behavioristi považujú závislosť za naučený vzorec správania. Preto sa liečba musí zamerať na naučenie vhodnejších vzorcov správania. V prípade alkoholizmu je otázka, nakoľko je kontrolované pitie možné, ešte sporná (Sobell a Sobell, 1976, Marlatt, 1983). My ju nepotrebuje vyriešiť, pretože sa zameriavame zväčša na problémy liečby. Rozpor sa týka len cieľov terapie a kritérií úspechu. Toto sú

oblasti, v ktorých je potrebný ďalší výskum (McCrary, 1985).

## Časti

(1) *Motorické komponenty* definícia toxikomanického správania zahrňuje správanie

patriace do kategórie behaviorálnych excesov. Naozaj je to excesívna kvalita, ktorá odlišuje jedincov závislých na psychoaktívnych látkach od ľudí, ktorí tieto látky užívajú rekreačne, alebo ľudí, ktorí ich užívajú za liečebným účelom. Definícia správania ako excesívneho je však problematická. Čo znamená príliš veľa? V praxi má definícia idiosykratický charakter. Užívanie chemickej látky je považované za excesívne vtedy, keď má za následok poškodenie schopnosti jedinca fungovať. Terapeut sa zaoberá kombináciou narušeného fungovania a zjavnej fyzickej a psychologickéj závislosti na zneužívanej látke. (Právna definícia je iná záležitosť). V praxi je ťažké rozlíšiť, kde končí bežné používanie látky a začína závislosť. Pravdepodobne výhodnejšie je považovať to za kontinuum, ktoré vyžaduje podobné prístupy k liečbe.

Excesívne užívanie psychoaktívnej substancie je málokedy jediným problémom, ktorý vidíme a toxikomana. Často osobu pošlú, alebo sa príde liečiť sama pre iné problémy v správaní - správne, alebo nesprávne prisúdené zneužívaniu nejakej látky. Postihnutý nedokáže zvládnuť úlohu rodiča, nedokáže sa presadiť, alebo mu chýbajú sociálne spôsobilosti. Nedokáže primerane kontrolovať svoje impulzy, vyjadriť také emócie ako je hnev, či smútok, narušený môže byť príjem potravy, schopnosť pracovať, primerane zachádzať s peniazmi atď. Toxikoman môže mať buď skutočné deficity schopností, pričom určité schopnosti predtým vôbec neovládal, alebo sú to deficity vo výkone spôsobilostí, ktoré predtým robil, ale už ich nerobí. Je potrebné zmerať, či výkonový deficit je alebo nie je dôsledkom závislosti.

Zaoberať sa treba aj inými prítomnými behaviorálnymi excesami, ktoré sa môžu buď priamo vzťahovať k toxikománii, alebo sú na nej nezávislé. Excesívne správanie spojené s toxikomániou môže byť neprimerané sociálne utiahnutie, excesívna verbálna a fyzická agresia, kriminálne správanie, prílišné vystavovanie sa riziku a suicidálne prejavy.

(2) *Kognitívno/afektívne komponenty*

Kognitívne procesy sa u toxikománie študovali menej než u anxiety a depresívnych porúch. Dokázalo sa, že dlhodobé

vystavenie niektorým látkam vyvolávajúcim závislosť (napr. alkoholu) vedie k organickému poškodeniu mozgu a trvalému poškodeniu určitých kognitívnych funkcií, zvlášť pamäti. Menej jasná je úloha kognitívnych deficitov a porúch v etiológii závislosti. Závislí jedinci niekedy prejavujú úzkosť, alebo afektívne poruchy a zneužívanie nejakej drogy bolo pokusom o vlastnú liečbu. V týchto prípadoch sa môže prejavovať podobné motorické správanie a kognitívne a fyziologické deficity a poruchy podobné úzkosti a depresii. V takomto prípade poskytujeme zodpovedajúcu liečbu.

Dokonca aj keď nediagnostikujeme anxiety, alebo afektívne poruchy, sú prítomné kognitívne a emocionálne obtiaže. Je dosť pravdepodobné, že postihnutý nedokáže primerane riešiť problémy, môže mať neprimeraný pohľad na účinok látky, ktorú zneužíva, alebo na seba samého. Skutočne niektoré účinky alkoholu sa dejú na základe názorov a očakávaní ľudí a klúčov z prostredia (Abrams a Wilson, 1979, Graham, 1980, Graham a kol, 1980, Pihl, 1983, Murdoch, 1985).

(3) *Fyziologické komponenty*

Hlavnou črtou fyziologickej odpovede je nervový systém, v ktorom sa

akumuluje zneužívaná látka. Následkom je závislosť a abstinenčné symptómy.

### **Kognitívno-behaviorálne intervencie**

Intervencie, ktoré sa používajú u chorobných závislostí postupujú približne podľa SORC modelu (McCrary, 1985). Cez niektoré modalítity prechádzajú a zaoberajú sa takým komplexom správania ako je presadenie sa v rôznych situáciách, kým iné postupy sú dosť špecifické (ako napr. ovplyvňovanie kvantity a frekvencie "dúškov" u problémových pijanov).

#### *(1) Zmena vzťahu k alkoholu*

Možno tu postupovať dvoma spôsobmi. Jedným môže byť napodmieňovanie averzie na alkohol s použitím klasických Techník podmienovania. Druhým spôsobom je zmena pacientových očakávaní týkajúcich sa dôsledkov pitia.

Prvý, trochu kontraverzný prístup k zmene vzťahu k alkoholu je použitie averzívnej terapie a spojenie podávania alkoholu s niečím averzívnym. Cieľom je, aby budúci príjem alkoholu bol spojený s vyvolaním negatívnej podmienenej reakcie, ktorá vedie k vyhýbaniu sa alkoholu (hoci sa tu jedná o zmes klasických a operačných postupov). Podávanie alkoholu sa spája obvykle s podávaním buď emetínu, alebo elektrického šoku. Postup je kontraverzný, pretože vyvoláva bolesť a utrpenie u klienta za účelom jeho "liečby". Nepoužíva sa často, pretože nie je úplne účinný a postupy, ktoré by ho zefektívnili sú náročné. Hlavným problémom nedostatok zovšeobecnenia. Ak napríklad klasicky napodmieňujeme zvracanie na podávanie ginu, často nedôjde ku generalizácii na iné druhy destilátov, nehovoriac o víne, alebo pive. Je preto potrebné napodmieňovať nauzeu a zvracanie na každý možný zdroj alkoholu v postupnom poradí.

Druhou zložkou behaviorálneho prístupu je zmena vzťahu pomocou vzdelávania. Farmakologický efekt najviac zneužívaných látok je dosť rýchly. Vieme, že dôsledky, ktoré sa vyskytnú veľmi rýchlo po správaní majú na neho výraznejší vplyv, ako dôsledky, ktoré sa vyskytnú nejaký čas po správaní. Posilňujúca kvalita farmakologického účinku látky má preto ďaleko väčší vplyv ako po nej nasledujúce averzívne dôsledky, ako je "opica", rodinné konflikty a finančné problémy. Jedna zložka liečby sa môže zamerať na to, aby boli tieto dôsledky pre klienta nápadnejšie. V Alexandra klinike v Oshave, Ontario napríklad pacienti vyplňujú pracovné listy, aby si zrátali, koľko finančne strácajú pre ich problémy s alkoholom a nepriame straty kvôli zníženému platu, zvýšených poplatkoch za poistenie, pokutách, poplatkoch advokátom, poškodených a stratených veciach a tak ďalej. Klienti si tiež zrátávajú sociálne straty ich závislosti.

#### *(2) Vzdelanie za účelom kompenzácie deficitov v informáciách o droge*

Niekedy vedia pacienti prekvapujúco málo o droge, ktorú zneužívajú. Je preto nutné aby vedeli o jej účinkoch a nebezpečenstvách. Zvlášť je to dôležité vtedy, keď pacient chybné hodnotí účinok drogy, čo ho potom nenúti niečo s týmto problémom robiť.

#### *(3) Odstránenie deficitov, ktoré sú kompenzované alkoholom* Pacienti obvykle majú niektoré behaviorálne deficity, ktoré

kompenzujú alkoholom: "Nedokážem sa prihovoriť ženám, kým nie som pod parou", alebo "Nedokážem sa bez piva uvoľniť". Takýmto pacientom je potrebné pomôcť získať tie spôsobilosti, ktoré im chýbajú. Najdôležitejšie je, aby spoznali a akceptovali, že schopnosť niečo robiť nezávisí od toho, či majú niečo vypité.

Z konkrétnych terapeutických techník uvádzame asertívny tréning, nácvik relaxácie, komunikačné, alebo sociálne spôsobilosti, schopnosť dať si s niekym schôdzku, profesionálne poradenstvo alebo rekvalifikácia, tréning na zvládnutie

stresu, alebo nacvičiť si, ako uspieť pri príjmacom pohovore, usmerňovanie svojho času, organizačné spôsobilosti, alebo riešenie problémov.

*(4) Odstránenie podnetov z prostredia, ktoré bránia jedinca pred dôsledkami jeho závislosti*

Niektorí pacienti neprežívajú plne dôsledky ich závislosti pretože jeden, alebo viacerí ľudia ich od nich chránia. Môže to byť žena, ktorá povie nadriadenému, že manžel je chorý, hoci leží v posteli s opicou. Môže to byť manžel, ktorý vstáva zavčasu a robí raňajky a obedy deťom a potom dlho do noci upratuje a perie namiesto svojej ženy, ktorá bola tvrdá po drogách. Môže to byť chápatý vedúci, ktorý z priateľstva kryje absentérstvo, hoci to škodí firme. V týchto prípadoch je nutné toto spasiteľstvo zastaviť. Treba to urobiť pomocou rodinného poradenstva alebo individuálnej terapie so záchrancom.

V iných prípadoch je potrebné úzko spolupracovať so zamestnávateľom, aby sa vytvoril integrovaný program, ktorý bude podporovať liečbu, ale nebude zamestnanca zachraňovať.

*(5) Vytvorenie nových vzorcov správania a prostredia, ktoré nie sú spojené s udržiavajúcou abúzu*

Vzájomné vzťahy medzi správaním sa v určitom prostredí a zneužívaním návykovej látky môžu byť tak silné, že je prakticky pre pacienta nemožné, aby v tomto prostredí ostal, alebo sa súčasťoval takýchto aktivít, dokonca aj po ukončení liečby. Pacient sa často musí týchto aktivít vzdať a dokonca sa rozísť úplne s takými sociálnymi kontaktami, ktoré sú silne spojené s jeho závislým správaním. Je to niekedy veľmi ťažké, ale ak to neurobí, riskuje relaps.

Potrebuje si preto nájsť alternatívne prostredie, sociálne kontakty a aktivity. Dôležitým aspektom liečby je poradenstvo pre voľný čas, poradenstvo v kariére alebo intenzívna práca na sociálnych spôsobilostiach, aby došlo k vytvoreniu novej podpornej siete nezaloženej na závislosti, prípadne kombinovať všetky tieto faktory.

*(6) Vytvorenie bezpečnej siete/ alternatív ku zneužívaniu drogy v čase stresu*

Mnohé štúdie zistili spoločný výskyt stresu a zneužívanie drog. Stresové situácie tiež omnoho pravdepodobnejšie vyvolajú relaps po ukončení liečby. Preto je potrebné poskytnúť pacientom spôsobilosti na zvládnutie stresu a určitú bezpečnú sieť, na ktorú sa môžu v prípade potreby obrátiť. Mali by mať možnosť obrátiť sa na niekoho z rodiny, či priateľa, alebo použiť telefonickú linku prvej pomoci, alebo službu, kde možno prísť hocikedy. Môžu to byť večerné podporné sedenia, ktoré môže klient v prípade potreby navštíviť. Pre mnohých bude užitočné, keď sa zapoja do spolku anonymných alkoholikov, alebo anonymných narkomanov. Všetky tieto možnosti majú poskytnúť fyzické a sociálne prostredie podporujúce netoxikomanské metódy na zvládnutie stresov.

*(7) Reštruktúracia poznávaní a názorov, ktoré podporujú zneužívanie drogy*

Táto téma sa opakovane objavuje v jednotlivých diagnostických kategóriách, takže sa ňou nebudeme zaoberať hlbšie. Avšak je treba uviesť, že sa treba zaoberať základným predpokladom, ktorý vyslovujú toxikomani, že celý priebeh ich závislosti, a aj možnosť liečby je mimo pacienta: "Keby ma moja manželka (manžel) lepšie chápala (bola ku mne milšia) nemusel by som piť" alebo "Ak by na mňa neboli moji rodičia tak prísni nemusel by som brať tieto drogy".

Treba sa dohodnúť s pacientom, že problém A (ktorý môže, alebo nemusí existovať) nespôsobuje priamo a neodvolateľne problém B. Pacient si môže nájsť iné metódy než toxikomániu ako si poradiť s problémom A (nevrlý manželský partner, rigidní rodičia).

*(8) Príprava plánu na zvládnutie relapsu*



V rámci celého behaviorálneho prístupu na zvládnutie toxikománií je tento bod veľmi dôležitý. U závislosti je charakteristickým vzorcom správania relaps. Je preto nutné naplánovať, čo má pacient urobiť, keď k nemu dôjde. Toto je úlohou sekundárnej prevencie.

Ak relapsu nemožno zabrániť, ako môže pacient minimalizovať poškodenie spôsobené relapsom a vrátiť sa čo najrýchlejšie do vzorcov správania, ktorá sa nevyznačujú závislosťou? Tento aspekt liečby veľmi dobre rozoberá Relapse Prevention (Marlatt a Gordon, 1985). Má mnoho komponentov, ale rozhodujúce je vytvorenie plánu konania, ktorý obsahuje starostlivé premyslenie si a a vyskúšanie správania a kognitívnych stratégií, ktoré možno použiť počas relapsu.

### **Doporučené čítanie**

V našej kapitole sme len naznačili behaviorálne prístupy k toxikomániám. Užitočné zdroje ďalších informácií obsahuje McCrady (1985), Marlatt a Gordon (1985) a Slesinger (1988).

## *Kapitola 11*

### **PORUCHY SPRÁVANIA**

Do psychiatrických zariadení sa deti dostávajú najčastejšie s poruchami správania. Revidované tretie vydanie Americkej psychiatrickej asociácie *Diagnostický a štatistický manuál (DSMIIR)* (Americká psychiatrická asociácia, 1987) delí tieto poruchy na poruchy správania, poruchy opozičného vzdoru, poruchy pozornosti a hyperkinetické poruchy. Problémy, ktoré sa skrývajú pod týmito diagnostickými názvami sú vo všeobecnosti rezistentné na zmenu a v súčasnosti nie je k dispozícii terapia, ktorá by sa mohla pochváliť veľkým počtom úspechov. Avšak behaviorálne prístupy sa ukázali ako sľubné.

#### **Komponenty**

Podľa štruktúry, ktorú používame budeme chápať poruchy správania najprv z pohľadu troch hlavných odpovedových kanálov. Kvôli skráteniu budeme brať tieto tri diagnostické podskupiny spoločne. Operačná definícia v DSMIIR (Americká psychiatrická asociácia, 1987) indikuje, ktoré správanie patrí k jednotlivým diagnózam. V praxi sa však kategórie značne prekrývajú a nie sú zriedkavé dvojité diagnózy.

##### *(1) Motorické komponenty*

Keď prvý krát vidíme deti s týmito poruchami väčšina identifikovaného správania je motorické správanie, ktoré spadá do kategórie behaviorálnych excesov. Správanie môže byť prehnané v ktorejkoľvek, alebo vo všetkých dimenziách, či už frekvencii, intenzite alebo trvaní. Zoberme si napríklad agresívne správanie. Chlapca pošlú na vyšetrenie, pretože často bije iné deti, ale obvykle udrie len raz a bez zranenia. Iné dieťa môže napadnúť len dve deti, ale poslali ho preto, pretože im obidvom spôsobilo vážne poranenia. Iné dieťa k nám prišlo preto, lebo má agresívne záchvaty (temper tantrum), ktoré keď začnú, trvajú hodiny. V mnohých prípadoch majú deti viaceré problémy súčasne.

U detí s poruchami správania sa môže vyskytovať rôzne motorické správanie. Je to dobre vidno v správaní, ktoré nachádzame v Detskom zozname porúch správania (Achenbach a Edelbrock, 1983). Najčastejšia je impulzivita, agresia (verbálna a fyzická), krádeže, podpaľačstvo, ničenie majetku, ktoré sú v úzkom vzťahu s takými poruchami ako úteky, neskoré príchody domov a nútenie druhých do sexuálneho správania.

### (2) *Kognitívne/afektívne komponenty*

Kognitívne aspekty porúch správania boli skúšané menej ako buď motorické a rodinné komponenty alebo kognitívne prejavy viac internalizovaných porúch ako je anxieta a depresie. Kendall a Braswell (1985) zdôrazňujú, že problémom u impulzivity je kognitívny deficit, nie kognitívne narušenie, ktoré sa predpokladá v prípade depresie a anxiety. I keď riskujeme prílišnú simplifikáciu môžeme povedať, že deficitom je tu neschopnosť použiť sebainštrukčný jazyk na moduláciu a reguláciu správania - zastaviť sa a pred konaním uvažovať.

Prevažujúci afektívny stav je smútok. Neplatí to však v každom prípade a niektoré deti sa nevyznačujú výraznejšími abnormitami nálady. Niektorým dokonca robí radosť spôsobovať bolesť.

Hoci nám chýbajú presné údaje, máme klinický dojem, že deti s poruchami správania sa vyznačujú kognitívnymi deficitmi. Jedným z nich je extrémne presvedčenie alebo názor, že majú zvláštny status. Buď si myslia, že vyžadujú zvláštnu starostlivosť, alebo tvrdia, že sú mimoriadne zlé (alebo nešťastné) a môžu sa im prihodiť len zlé veci.

Zdá sa, že ďalším mylným kognitívnym presvedčným je ich očakávanie, že ich buď pri porušovaní noriem nechytia, alebo sa ich nebudú týkať nepriaznivé dôsledky. Teda cítia, že môžu konať beztrestne. Majú tiež sklon nahnevať sa, keď sa tieto očakávania nesplnia, za nepriaznivé dôsledky obviňujú druhých a neuvedomujú si, že je to dôsledok ich vlastného konania. Trest majú sklon považovať za svojvoľnosť a zlomyselnosť a nie za následok a poučenie.

Iné deti zase očakávajú, že po ich konaní môžu prísť len negatívne dôsledky. Dobré správanie nebolo a nie je odmeňované (a tak došlo k jeho vyhasnutiu, alebo vôbec nebolo vytvorené) a zlé správanie môže mať za následok pozitívne dôsledky (moc nad vrstovníkmi, materiálny zisk v prípade úspešnej krádeže). Aj keď ich zločiny môžu mať nežiadúce dôsledky v podstate cítia, že majú, málo čo stratiť.

Niekedy tieto deti majú pocit, že porušovaním noriem širšej spoločnosti naplnajú osobnú, alebo skupinovú spravodlivosť. ("Čo oni pre mňa, nás urobili"? alebo "Spoločnosť je nám to dlžná", "Ľudia, ktorí nás nemajú radi sú príčinou, že sa nemáme lepšie. Ak im to nevrátíme, nebude to spravodlivé.")

Iným centrálnym aspektom poznávacích schém týchto detí je často fakt, že neprijímajú širšie akceptované sociálne normy. Tieto deti buď nepoznajú, alebo odmietajú prijať princíp reciprocity. Vyznávajú zásadu: "Kto stratil nech hľadá, kto našiel nech nedá". Nie sú schopné rozoznať, alebo neakceptujú potrebu kontroly, keď sú v styku s ľuďmi, ktorí sú nejakým spôsobom od nich slabší - nevadí im, že udrú menších či slabších ako sú oni sami. Často druhým neveria.

Ďalšími často prítomnými deficitami a dystorziami sú názory, že je katastrofa, ak veci nie sú také, ako podľa nich by mali byť, nie sú ochotné odložiť uspokojenie svojich potrieb, majú ťažkosti v percepcii sociálnych stimulov a deficity v sociálnom riešení problémov.

### (3) *Fyziologické komponenty*

Niektoré dôkazy svedčia o tom, že fyziologické faktory hrajú v etiológii týchto porúch určitú úlohu. Najvýraznejšie sa to pravdepodobne prejavuje v prípade deficitu pozornosti. Antisociálne správanie sa má sklon v rodinách

opakovať a preto tu môžu byť významné aj genetické predispozície (Vandenberg a kol., 1986, kapitola 10). Táto skupina detí sa tiež vyznačuje vyššou než očakávanou incidenciou nechopnosti učiť sa. Ale či deti s poruchami správania reagujú rôzne fyziologicky nebolo ešte dostatočne preukázané.

## **Kognitívno-behaviorálne intervencie**

### *(1) Zlepšenie vonkajšej kontroly*

V určitom slova zmysle správanie, ktoré zahrňujeme pod hlavičku poruchy správania je "mimo kontroly". Týmto sa však behaviorálni terapeuti nezaoberajú, pretože veria, že akékoľvek správanie je kontrolované interakciou medzi prostredím a osobou.

Otázkou nie je, či je správanie pod kontrolou, ale skôr: "Čo ovplyvňuje kontrolu správania v určitom čase"?

Keď povieme, že sa dieťa nedokáže kontrolovať, v skutočnosti hovoríme nie to, že dieťa žiadané správanie nerobí, ale že dieťa nemá vhodné podmienky, aby mohlo vytvoriť žiadúcejšie správanie. Jedným z cieľov liečby je preto vytvorenie takého prostredia, v ktorom existujú také podmienky, ktoré sú potrebné na redukciu nevhodného správania a na zvýšenie žiadúceho správania. Je preto skôr nutné pracovať s detským fyzickým a sociálnym prostredím, ako priamo s dieťaťom.

V extrémnych prípadoch je nutné radikálne zmeniť prostredie dieťaťa tým, že ho prijme do liečebného zariadenia. Siahneme k tomu vtedy, keď správanie dieťaťa je také, že predstavuje vážne riziko pre neho, alebo iných ľudí a nie je ho možné rýchlo v jeho bežnom prostredí kontrolovať. Výhodou hospitalizácie alebo iného prijatia do zariadenia je, že poskytuje značnú kontrolu nad fyzickým a sociálnym prostredím, takže možno pozorovať vzťahy medzi premennými. Výhodné je, keď je personál trénovaný v technikách systematického behaviorálneho pozorovania, aby to mohol zaručiť. Zvlášť je užitočné, ak je jeden člen personálu, ktorý je iba za to zodpovedný.

Inou výhodou prijatia pacienta je, že sa môže obmedziť prístup dieťaťa do problematického prostredia (obchodov, kde dieťa môže kraďnúť, alebo je bez dostatočného dozoru). Dieťa možno vracieť do tohto prostredia postupne a systematicky tak, ako sa vytvára kontrola problémového správania.

Menej násilná a preto viac uprednostňovaná je možnosť zmeny fyzikálneho a sociálneho prostredia dieťaťa na ambulantnej báze. Môže to byť premiestnenie dieťaťa z normálnej triedy do špeciálne zameranej (telesne, sociálne a výchovne), aby sa zvládlo problémové správanie. Výhodou takýchto tried je značne znížený pomer učiteľ a žiak, znížený počet študentov v triede, personál, ktorý je zvlášť trénovaný v behaviorálnom prístupe k zvládaniu detí a vytvorené nutné predpoklady k podávaniu primeraných a humanizovaných dôsledkov (odmien a cien) za správanie a tiež rozvrh, ktorý je individuálne prispôsobený potrebám každého dieťaťa. Mal by tam byť k dispozícii široký okruh vhodných aktivít, ako sú odmeny a dostatočné prostriedky, ktoré umožňujú krátku sociálnu izoláciu, alebo miestnosť na "time out".

Zmeny v domácom prostredí môžu byť od malých zmien v dostupnosti problémových položiek (Např. zamknutie skrinky s alkoholom) cez prestahovanie dieťaťa do novej izby, aby sa izolovalo od problémových súrodencov až ku kompletnej zmene bydliska, aby sa odstránil nevhodný vplyv súčasných kamarátov dieťaťa.

Zmeny v súčasnom prostredí dieťaťa sa budú pravdepodobne diať pomocou jednej z nasledovných kombinácií:

- Rodičovský Tréning
- Manželská Terapia
- Rodinná terapia
- Tréning či konzultácia s učiteľom

Ciele Takýchto terapií obsahujú:

- Zvýšenie kvantity a zlepšenie kvality sledovania detského správania.
- Posilnenie žiadúceho správania
- Modelovanie dobrej komunikácie, riešenia problémov a sociálneho správania.
- Zvýšenie spôsobilostí dieťaťa
- Zníženie spoliehania sa autorít na donucovacie techniky
- Zníženie, alebo ideálne odstránenie modelov neprimeraného vyjadrenia hnevu a smútku, zlej komunikácie a deficientného riešenia problémov z pacientovho prostredia.

Záverečným cieľom je vytvorenie prostredia, ktoré podporuje a modeluje prosociálne správanie a znechucuje antisociálne správanie pomocou používania nedonucovacích techník.

#### *(2) Zlepšenie sebakontroly*

Pôsobenie na hypotetický deficit sebakontroly je často najdôležitejšia súčasť terapie. Je to možné ľahšie dosiahnuť po adekvátnej vonkajšej kontrole detského správania. Na pomoc deťom, aby si vytvorili kontrolu nad ich správaním používame niekoľko spôsobov.

Na začiatku vedíme deti, aby si sledovali vlastné správanie. V klinických sedeniach je často pozoruhodné počúvať deti s poruchami správania ako sa sťažujú, že iné deti im niečo urobili a oni im potom urobili skoro to isté bez toho, aby pochopili, že tieto dva druhy správania sú veľmi podobné. Vlastné sledovanie môže po prvý zlepšiť manipuláciu prostredím tým, že správanie člena personálu označí, a tak oznámi dieťaťu, že sa zapája do správania vždy, keď sa vyskytne.

Príkladom je dieťa v našej nemocnici. Stále vyrušovalo, ale zdá sa, že si to neuvedomovalo. Jeho matka pripodobnila toto obťažovanie ťukaniu dŕatla. Detská sestra preto označila toto prerušovanie stálymi požiadavkami a otázkami ako "správanie v lese" (podľa postavy z kreslenej rozprávky "lesný dŕateľ"). Kedykoľvek chlapec začal nejako sestru obťažovať nepríjemným spôsobom povedala mu, že zase používa svoje "lesné" správanie tu bolo "správanie v lese" ignorované v rámci procedúry vyhasínania.

V ďalšom stupni si dieťa správanie identifikuje samo. Takže po chvíli by sa sestra opýtala dieťaťa čo robilo. Dieťa by odpovedalo: "Oh áno, opäť som v lese". Sestra by mohla dodať,

"A čo urobíme so správaním v lese?" Na čo by dieťa mohlo odpovedať buď: "Nevšímaj si ho" alebo "Neuvedomil som si, že ho robím". V ďalšom stupni dieťa identifikuje správanie samo, bez toho, aby bolo upozornené. ("Oh, zase som v lese") a nakoniec má byť schopné nepozorovane zachytiť, že sa v mysli toto správanie chystá a potlačiť ho, takže sa nevyskytne.

Samotné sledovanie často nestačí, tak ako je nepravdepodobné, že rodičia zmenia správanie dieťaťa len tým, že správanie označia ako dobré, alebo zlé. Spätná väzba je dôležitá, ale správanie ovplyvňujú dôsledky. Podstata sebakontroly je v tom, aby dieťa rozoznalo dôsledky svojho správania a primerane konalo. Môžeme sa tiež pokúsiť viesť deti k tomu, aby si poskytovali posilnenia a tresty. ("V matematickom teste som dosiahol 29 bodov zo 40 skutočne som sa zlepšil. Štúdium navyše sa mi oplátilo, som na seba hrdý". Dosiahol som 10 z 30 v

teste výslovnosti. Mal som minulý večer študovať viac, namiesto pozerania televízie. Večer ju nebudem pozeráť, ale budem o hodinu viac študovať. Nechcem získať znova 33 percent".)

Sebasledovanie a sebasposilňovanie však nie je účinné, ak dieťaťu chýbajú nutné spôsobilosti, alebo správanie. Terapia, ktorá má za cieľ vytvorenie vlastnej kontroly môže preto obsahovať také spôsobilosti a intervencie na vytváranie správania

ako tréning na zvládnutie hnevu, asertívny tréning a tréning sociálnych spôsobilostí.

Kendall a Braswell (1985) vytvorili z týchto techník komprehenzívny liečebný program pre impulzívne deti. Podstatou tohto programu je ovplyvnenie impulzívnej podstaty správania tým, že sa deti zastavia a porozmýšľajú o tom, čo robia, čo sa od nich v situácii vyžaduje, aké majú možnosti a k akým dôsledkom to môže viesť, a potom pokračujú v plánovaní hodnotiac výsledky v budúcnosti.

### *(3) Eliminácia/kompenzácia deficitov*

Deti s poruchami správania majú tiež častejšie ako bežná populácia problémy s učením. Je preto nutné zamerať sa na tieto deficity takými zásahmi ako je podporné vyučovanie, umiestnenie do špeciálnej školy, alebo dokonca ústavná starostlivosť.

Niekedy sa nachádzajú deficity u rodičov a je nutné poskytnúť im pomocníkov, poradcov alebo trénerov v dome, alebo dočasne umiestniť dieťa mimo domu, kým rodičia nezískajú potrebné spôsobilosti. U zvlášť ťažkých prípadoch, kde rodičia nemôžu, alebo nechcú získať nutné spôsobilosti, je nutné stále oddelenie dieťaťa od domu.

## **Miesto formálnej diagnózy.**

V tejto, dvoch predošlých kapitolách a v úvode sme ilustrovali kognitívno behaviorálny prístup k posúdeniu a liečbe najčastejších problémov, s ktorými sa terapeuti stretávajú v klinických sedeniach. Proces behaviorálnej diagnózy nie je nutne nekompatibilný s diagnózou podľa DSMIIR (Americká psychiatrická asociácia, 1987) alebo s Medzinárodnou klasifikáciou chorôb (Svetová zdravotnícka organizácia, 1978) vyžaduje však vyšší stupeň špecificity. Viac sa tiež zaoberá kontextom správania, čo znamená, že pacienti s podobným správaním (t.j. podobným z hľadiska formálnej diagnózy) môžu vyžadovať značne odlišný typ liečby. Avšak je tiež pravdepodobné, že liečebné postupy budú určitým spôsobom spojené a budú vychádzať z nejakého spoločného základu.

## **Ďalšie čítanie**

Táto kapitola poskytla len krátky prehľad behaviorálnych prístupov k poruchám správania. Hlbšie sa problémom zaoberajú nasledovné odkazy: Patterson (1982), Kendall a Braswell (1985), DiGuiseppe (1988), Barkley (1989), a McMahon a Vells (1989).

### *Kapitola 12*

## **BEHAVIORÁLNA TERAPIA A INTERAKČNÉ PROBLÉMY**

V predchádzajúcich kapitolách sme preberali ako možno použiť kognitívno-behaviorálny prístup v liečbe porúch spadajúcich do jednotlivých diagnostických kategórií. Avšak tieto postupy majú širšie uplatnenie. Ich ďalšie použitie načrtne v tejto a nasledovných kapitolách.

Použitie behaviorálnych prístupov nie je ohraničené na jednotlivcov. Keďže správanie je určené svojimi dôsledkami, chápeme ľudské správanie ako interakčné a sledujeme, ako konanie jedného človeka ovplyvňuje konanie iných a naopak. V behaviorálnom chápaní sledujeme čoraz silnejší trend chápať správanie v jeho ekologickom kontexte a zo systémovej perspektívy (Mash, 1987). V tejto perspektíve ostáva funkčná podstata ľudského správania zachovaná, avšak tiež treba zväziť správanie v rámci systému, ktorého je jedinec členom. "Systém" môže byť akákoľvek skupina dvoch ľudí (Manželmanželka, rodičdieťa, supervízorsupervidovaný, učiteľžiak, vrstovníkvrstovník, súrodenec súrodenec atď), alebo väčšia jednotka (nukleárne rodiny, multigeneračné rodinné jednotky, školské triedy, pracovne miesta, liečebné tímy a pod).

## **Behaviorálna terapia a rodinná jednotka**

### **Behaviorálna manželská terapia**

"Systémom" pre klinikov je tu manželská dvojica. V práci s manželskými dvojicami musí terapeut zväziť behaviorálne excesy a deficity v dyáde ako jednotke, ako aj behaviorálne excesy a deficity manžela a manželky ako jedincov.

Zoberme si napríklad spôsobilosti riešenia problémov. Jednotlivo sa môžu manžel a manželka vyznačovať dobrými spôsobilosťami rozhodovania. On môže zvládať vedúcu rolu v miestnych odboroch. Ona môže prejavovať vynikajúce spôsobilosti riešenia problémov vo svojej práci ako vedúca oddelenia banky. Avšak pár môže mať ťažkosti riešiť problém spolu, pretože im chýbajú vzájomne sa dopĺňajúce spôsobilosti riešenia problémov, alebo je problém v nejakom inom bloku. Behaviorálne prístupy, ktoré sa zameriavajú na takéto systémové problémy sa používajú už veľa rokov, ich priekopníkom bola Neil Jacobson (1977).

Keď sa manželský pár príde liečiť, často sa partnerd skôr sťažujú na dosť vágne symptómy nepohody a neuvedú špecifické správanie, ktoré môže byť okamžite cieľom terapie. "Nepohoda" je skrátená forma "fúzie pozorovateľného a nepozorovateľného správania" v rámci behaviorálneho rámca (Jacobson a Dallas, 1981, str. 380). Používa sa na posúdenie stupňa uspokojenia a neuspokojenia, ktoré každý člen manželského páru očakáva od špecifického správania, ktoré sa vyskytuje. To znamená, že behaviorálne prístupy k manželskej terapii s pármu prežívajúcimi nepohodu by mali používať kognitívno-behaviorálny model, pretože priradujú kognitívne a afektívne stavy (nepohodu) k behaviorálnym udalostiam.

Napriek hore uvedenému sú stále dôležité základné behaviorálne koncepty. Teda ukázalo sa, že stupeň uspokojenia, ktoré cítia členovia páru V tom ktorom dni, závisí v značnej miere od odmiem a trestov, ktoré dostanú v tom dni od partnera. Ďalej,

prinajmenšom jedna štúdia preukázala, že manželskej nepohode predchádza nedostatočné posilnenie a relatívna prevaha trestania. Stresované páry majú tendenciu venovať viac pozornosti zo strany partnerov trestaniu a relatívne menej reagujú na posilnenie, zatiaľ čo členovia spokojného páru majú sklon si všimnúť a byť ovplyvnení prevahou pozitívnych posilnení zo strany partnerov a nereagujú na ich negatívne správanie (Jacobson a Dallas, 1981).

Problémom v aplikácii behaviorálneho modelu na manželské ťažkosti je určiť, ktoré behaviorálne udalosti majú byť cieľovým správaním, ktoré sú antecedentami a ktoré sú konzekventami. Používanie týchto termínov predpokladá totiž identifikovanie pacienta, s identifikovaným problémom, a predpokladá, že iní ľudia v sociálnom prostredí mu poskytujú antecedenty a

konzekventy. Avšak v manželskej diáde je každý partner viac alebo menej pripravený identifikovať skôr toho druhého partnera ako človeka s problémom a nástožiť na jeho zmene. V skutočnosti je to manželská jednotka, ktorá má problém, ku ktorému každý partner svojsky prispieva. Máme tu do činenia s recipročným vplyvom. Správanie partnerov sú antecedenty, konzekventy a správanie súčasne. Preto nemožno na manželskú terapiu uplatniť lineárny pohľad kauzality, ktorý je obvyklý v individuálnej terapii. Kauzalita sa stáva cirkulárnou (Jacobson a Dallas, 1981). Pozadím tohto prístupu je reciprocita (Paterson a Reid, 1970).

Párové problémy sú značne individuálne a preto vyžadujú individuálnu analýzu správania. Táto obsahuje telesné prejavy starostlivosti, komunikáciu, starostlivosť o deti, domácnosť a zaobchádzanie s financiami. Deficiencie v akejkoľvek z týchto oblastí vedú k manželskému konfliktu (Jacobson a Dallas, 1981).

Mnohé z techník a postupov, ktoré sa používajú v individuálnej kognitívno-behaviorálnej terapii sa používajú tiež v behaviorálnej manželskej terapii. Okrem iných je to riešenie problémov, sebasledovanie, skúšanie nového správania a prehrávanie. Výhodou behaviorálnej manželskej terapie je, že je prítomná aj druhá polovica "problému", k čomu sotva dochádza v prípade individuálnej, ba aj skupinovej behaviorálnej terapii. Teda terapeut môže zapojiť pár do riešenia aktuálneho konfliktu a nemusí len jednoducho niečo prehrávať. Je možné priamo pozorovať správanie (samozrejme že si treba uvedomiť vplyv, ktorý má pozorovateľ a v mnohých prípadoch umelé prostredie terapeutovej kancelárie). Inou výhodou je, že manželia môžu navzájom sledovať svoje správanie. Môže sa to uskutočňovať systematicky použitím manželského záznamu na pozorovanie (Spouse observation Checklist) (Veiss a Perry, 1979), ktorý sa denne vypíňa.

Obvyklým postupom v behaviorálnej manželskej terapii je využitie dostatočného času (napr. tri týždne) na začiatkové posúdenie, aby sa mohli zhodnotiť všetky relevantné faktory. Ďalším stupňom je zapojenie páru do terapeutického procesu na zvýšenie počtu pozitívnych posilnení medzi partnermi, aj keď je to spočiatku umelé. Obtiažnejší je ďalší stupeň, ktorý sa zameriava na deficit spôsobilosti. Záverečným stupňom je generalizácia použitia spôsobilosti (ak sa už nedosiahla) a postupné ukončovanie terapie (Jacobson a Dallas, 1981).

### **Behaviorálna rodinná terapia**

Aplikácia behaviorálnych princípov na rodinnú jednotku nie je ohraničená na manželskú diádu. Fokusom liečby sa môže stať celá

rodinná jednotka a vplyv rodinných členov jeden na druhého. Zvlášť v posledných rokoch sa tento prístup uplatňoval čoraz viac v behaviorálnych prístupoch v klinickej práci s deťmi. Úvodná kapitola textu Masha a Terndala (1981) Behavioral Assessment of Childhood Disorders mala názov "Behaviorálne posúdenie v detskom veku". Zodpovedajúca kapitola v druhom vydaní o sedem rokov neskôr (Mash a Terdal, 1988) sa volala "Behaviorálne posúdenie porúch dieťaťa a rodiny".

Mash (1989, strana 6) identifikuje päť poňatí, ktoré charakterizujú súčasný behaviorálny prístup k detským klinickým problémom.

- Chápanie detských a rodinných porúch ako zoskupenia vzájomne spojených odpovedových systémov a podsystémov.
- Potrebu zväžiť pri posudzovaní vplyvu akejkoľvek jednotlivéj premennej na celú situáciu.

- Myšlienku, že podobné správanie môže byť dôsledkom rôznych setov vyvolávajúcich faktorov.
- Spoznanie, že intervencia pravdepodobne vedie k mnohonásobným výsledkom obsahujúcim nové vytvorenie vzťahov v rámci rodinného systému.
- Poznanie, že rodinné systémy a subsystémy sú dynamické a v čase sa stále menia.

Mash (1989) tiež poznamenáva, že posúdenie porúch v detskom veku sa stáva výrazne komplexnejšie, informácie sa získavajú z rôznych zdrojov, pri používaní rôznych metód (Mash, 1987, 1988), liečba pozostáva z viacerých komponentov a je multidisciplinárna (Mash, 1989).

Gerald Patterson a jeho kolegovia (1976, 1982) v Oregonskom Centre sociálneho učenia sú priekopníkmi v štúdiu recipročného vplyvu správania na rodinných členov. Uskutočnili starostlivý a elegantný výskum v rodine za použitia empirického prístupu založeného na behaviorálnych zásadách. V ňom demonštrovali interaktívnu a stálu podstatu rodinných vzťahov. Zvlášť dokázali ako si v dysfunkčných rodinách vytvárajú ich členovia donucovacie metódy na kontrolu vzájomného správania skôr pomocou trestania a negatívneho posilnenia ako pomocou pozitívneho posilnenia. Dokázali tiež, že tieto vzorce spôsobujú zhoršenie porúch správania. Patersonovi kolegovia nedávno dokumentovali rušivý vplyv, ktorý má psychopatológia na rodinné interakčné vzorce napríklad vtedy, keď je jeden z členov rodiny depresívny.

Aspekty rodinných systémov pri poruchách správania rozoberá tiež McMahan (1987). Uvádza zoznam viacerých relevantných rodinných premenných. Tieto obsahujú rodičovské spôsobilosti a to čo rodičia robia (môžu versus robia) pri riešení problémov, sledovaní správania detí a nakoľko robia spoločne určité aktivity. Ako kritické sa často javí osobné a manželské prispôsobenie.

Je potrebné oddeliť pohľad rodičov na svoje deti od skutočných problémov, ktoré sa u detí vyskytujú. Zaoberáme sa problémom v ich správaní, alebo problémom v rodičovskej percepcii?

Depresívni pacienti pravdepodobnejšie nazerajú na svoje deti negatívne a podľa toho konajú. Za takých okolností deti pravdepodobnejšie reagujú negatívnym správaním. Otvorená hostilita medzi rodičmi je častejšia vtedy, keď narušené správanie dieťaťa je predmetom sťažností, čo môže byť dôležitejší indikátor narušenej rodičovskej percepcie ako depresia. Konečne

stupeň stresu, ktorému rodinný systém čelí a množstvo podpory, ktorá je k dispozícii mimo domu má vzťah k správaniu matiek ku svojim deťom s poruchami správania a k liečebným výsledkom.

K Pattersonovej snahe študovať a liečiť rodiny z behaviorálnej perspektívy sa v poslednom desaťročí pridalo veľké množstvo iných výskumníkov a klinikov. Behaviorálne orientovaní terapeuti sa zaoberali širokým rámcom klinických problémov. Bolo to napríklad zneužívanie detí (Morton, Twentymen a Azer, 1988), agresia v manželstve (Arias a O Leary, 1988), nevlastné rodiny (Leslie a Epstein, 1988), poruchy správania (DiGuiseppe, 1988), toxikománie (Schlesinger, 1988), depresie a suicidálne myšlienky (Bedrosian, 1988) a sexuálne dysfunkcie (Valen a Perlmutter, 1988), manželské dysfunkcie (Bornstein a Bornstein, 1986) a konflikty rodičia a adolescenti (Foster a Robin, 1989).

## **Poruchy sexuálnej funkcie**

Systematická liečba sexuálnych porúch je relatívne novou oblasťou klinického záujmu. Jej začiatok bol poznamenaný priekopníckou prácou Human



Sexual Inadequacy (Masters a Johnson, 1970). Táto zväčša neteoretická práca je dosť eklektická. Avšak mnohé z techník Mastersa a Johnsonovej môžeme ľahko pochopiť a ich účinnosť vysvetliť pomocou teórie učenia (Reed a LoPiccolo, 1981). Napríklad sady techník, ktoré sa obvykle používajú v sexuálnej terapii bez ohľadu na fokálny problém sú vlastne cvičenia zamerané na pociťovanie. Pár dostane inštrukciu striedavo poskytovať potešenie jeden druhému čoraz viac sexuálnejším spôsobom. Toto cvičenie značne pripomína systematickú desenzitizáciu a môže dobre slúžiť tej istej funkcii.

Sexuálni terapeuti všeobecne používajú behaviorálne a kognitívne-behaviorálne techniky. Zameriavajú sa hlavne na metódy, ktorými sa znižuje úzkosť a ktoré boli vytvorené v kognitívne-behaviorálnom rámci. Je to preto, lebo úzkosť asi hrá hlavnú rolu v mnohých sexuálnych poruchách - buď etiologicky, alebo ako dôsledok poruchy, alebo aj jedno aj druhé (Delora a Varren, 1977, Kaplan, 1975, Reed a LoPiccolo, 1981).

Niektoré z inštrukcií dávané klientom majú za účel spôsobiť kognitívny posun zo zamerania na výkon k zameraniu na pociťovanie a poskytovanie potešenia. Naozaj, všeobecne sa tento cieľ dosahuje zákazom sexuálneho styku v prvej fáze terapie.

Niektoré z týchto cvičení patria priamo do kategórie získavania spôsobilostí - napríklad postupné cvičenie zamerané na kontrolu nad ejakuláciou a Kegelove cvičenia, ktoré sa doporučujú ženám, aby sa, zlepšil tonus a kontrola nad dôležitými svalmi vo vagíne. Terapeut posúdi pacienta a jeho partnera, či partnerku, aby zistil deficity a zameral sa na ne pomocou edukácie. Terapeut by mal byť tiež pre pacienta, (alebo pár) modelom zdravých sexuálnych postojov, otvorenej uvolnenej komunikácie o sexualite a ak "terapeut" je v skutočnosti dvojica, mal by pár modelovať zdravú heterosexuálnu komunikáciu. V rámci etických hraníc sa môžu tiež modelovať sexuálne techniky (napríklad demonštrovať "stláčaciu" techniku používaním plastického penisu), alebo filmov (Reed a LoPiccolo, 1981), alebo sa používajú ilustratívne kresby (Kaplan, 1975).

Kognitívne a behaviorálne techniky sa stávajú ešte dôležitejšie v prípade, že problém nie je podmienený jednoduchým deficitom spôsobilostí, napr. keď sa vytvorí u muža predčasná

ejakulácia, alebo neschopnosť erekcie, hoci predtým nemal žiadne problémy, alebo žena sa stane anorgastickou potom, čo dosahovala orgazmus. V týchto prípadoch môžu byť obtiaže dôsledkom traumatických zážitkov, problémov vo vzťahu, situačných problémov, alebo dysfunkčných postojov a presvedčení. Tiež môžeme stretnúť pacientov s jednak kognitívnymi prekážkami pre úspešné sexuálne fungovanie a deficitom spôsobilostí. V týchto prípadoch môžu byť užitočné také techniky ako podporovanie kognitívnej zmeny, učenie ako riešiť problémy, manželská terapia, operačné techniky a desenzitizácia (Reed a LoPiccolo, 1981).

## **Poruchy sexuálneho vývoja**

Pri označovaní názvu správania ako dysfunkčného musíme byť opatrní. V mnohých prípadoch je však všeobecná, hoci sotva univerzálna zhoda, že správanie alebo sety správania sú dysfunkčné alebo abnormálne. Čo sa týka sexuálneho vývoja, je to problematickejšie. Mnohým jednotlivcom prináša ich zameranie problémy a vyvoláva úzkosť a žiadajú liečbu, aby sa toto zameranie zmenilo, alebo aby im liečba pomohla zvládnuť ich orientáciu a reakcie iných ľudí. Sú tiež sexuálne orientácie, ktoré väčšina ľudí považuje nielen za deviantné, ale za netolerovateľné bez ohľadu na pohodlie pacienta, ako napríklad pedofília.

V TejTo časti budeme preberať behaviorálne techniky, ktorých cieľom je zmena, alebo pomoc pacientom zvládnuť ich sexuálnu orientáciu, ktorá sa líši od heterosexuálnych noriem.

Začiatok behaviorálneho prístupu k poruchám sexuálneho vývoja sa vyznačoval zjavným uprednostňovaním averzívnej terapie nad konvenčnou liečbou v odstránení nežiadúceho sexuálneho zamerania. Avšak všeobecné klinické úspechy týchto techník neboli veľmi presvedčivé. Behaviorálni terapeuti, ktorí sa zaoberali týmito problémami sa pozreli na problém širšie a zistili, že vzrušenie po atypických stimuloch bola len malá časť týchto problémov pacientov a často nie tá najdôležitejšia. V heterosexuálnej interakcii našli často mnohé iné behaviorálne deficity (Barlow a Abel, 1981). Títo pacienti mali často ťažkosti vo vŕahu k príslušníkom opačného pohlavia, niekedy dokonca aj vtedy, keď pociťovali sexuálne vzrušenie.

Súčasný prístup k liečbe sa teda zameriavajú na také deficity, o ktorých sa predpokladá, že sú prítomné v mnohých prípadoch. Skutočne Barlow a Abel (1981) udávajú, že často nie je vôbec nutné zamerať sa na problém atypického sexuálneho vzrušenia. Liečba spočíva z mnohých interpersonálnych techník na vytvorenie spôsobilostí, ktorými sme sa zaoberali v tejto knihe niekoľko krát.

Na liečbu najrezistentnejšia úchylka je transexualizmus. Hlavný zákrok u tejto poruchy bola operácia zmeny pohlavia (Barlow a Abel, 1981). Avšak Barlow a Abel (1981) uvádzajú úspešný prípad zmeny pohlavnej orientácie pri použití behaviorálnej terapie v štvorstupňovom procese.

Klientom bol 17 ročný muž, ktorý bol nevhodný pre operáciu zmeny pohlavia, hoci si ju priaľ. S terapiou súhlasil pod podmienkou, že k operácii môže dôjsť neskôršie, ak bude liečba neúčinná. Anamnestické údaje a súčasný stav zodpovedali transexualizmu. Pri posúdení sa ukázalo, že vzrušenie prežíval v transexuálnych, nie heterosexuálnych fantáziách, jeho sociálne spôsobilosti boli výrazne neprimerané a jeho pohlavná rola bola výrazne deviovaná.

Prvým terapeutickým stupňom bol vonkajší tréning pomocou modelovania, prehrávania a spätnej väzby (pochvala, korekcia a prehrávanie videozáznamu) maskulinnejších foriem takého motorického správania ako je sedenie, státie a chodenie. Toto správanie bolo generalizované na normálne chlapčenské prostredie, kde bolo negatívne posilňované (odstránenie kontinuálnych stimulov týkajúcich sa vykonávaného správania - v tomto prípade zníženie posmechu a výčitiek od vrstovníkov tým, že prejavoval maskulinnejšie správanie).

V ďalšom stupni sa terapeuti zamerali na deficit v heterosexuálnych spôsobilostiach pomocou tvarovania, reŕazenia a prehrávania správania. Dochádzalo k tomu v interakcii tak s ľuďmi, ako aj so ženami, pretože pacient mal deficit v oboch oblastiach. Výsledkom bolo zlepšenie vzťahov s obojmi pohlaviami, ale stále ho priťahovali muži a nevzrušovali heterosexuálne fantázie. V ďalšom stupni sa terapeuti pokúšali zvýšiť vzrušenie na heterosexuálne stimuly pomocou klasického podmieňovania. (Metóda bola postupne rozpracovávaná a v podstate spočívala v získaní úvodného vzrušenia z fotografického diapozitívu muža, pričom tento diapozitív sa postupne strácal a menil na diapozitív ženy. Nakoniec došlo k vytvoreniu vzrušenia len na "ženský" diapozitív).

V poslednom bode došlo so súhlasom klienta k použitiu averzívnej terapie, aby došlo k zníženiu homosexuálneho vzrušenia. V prvej časti došlo k spojeniu slabého elektrického šoku s homosexuálnym vzrušením. Potom sa používala skrytá senzitivácia, pacient si predstavoval homosexuálne vzrušujúce situácie a súčasne si predstavoval averzívnu scénu.

Liečba, ktorá bola použitá u tohto chlapca bola dosiaľ opakovaná u dvoch iných transexuálov, s tou výnimkou, že si vybrali udržanie homosexuálnej orientácie a neprešli štvrtým stupňom zníženia atypického vzrušenia. Barlow a Abel (1981) uvádzajú, že tento základný prístup sa môže použiť u akýchkoľvek porúch obnormnej sexuálnej orientácie. Niektoré postupy z uvedenej kazuistiky už použili úspešne v liečbe sexuálnych aberácií aj iní autori (Annon, 1975, Birk, Miller a Cohler, 1970, Cautela a Visocki, 1969, Edwards, 1972, Herman a kol.

1974, Stevenson a Volpe, 1960).

### **Behaviorálna terapia a iné interpersonálne situácie**

Interpersonálne problémy sa neobmedzujú na blízke vzťahy v rodinách, alebo medzi sexuálnymi partnermi. Problémy vo vzťahoch s druhými ľuďmi sa môžu stať sami predmetom liečby, alebo sa možno na nich zamerať ako aspekty terapie iných porúch. Napríklad problémy vo vytváraní, alebo udržiavaní priateľských vzťahov môžu viesť k nízkemu počtu príjemných udalostí, čo prispieva k vzniku depresie. Symptómy depresie, ako je zníženie energie, môžu ďalej redukovať príležitosti k ďalším interakciám, čo spôsobuje, že človek je pre iných menej zaujímavý. Toto ďalšie zníženie úspešných interpersonálnych kontaktov zhoršuje depresiu a vytvára zostupnú špirálu.

Zoznam takýchto príkladov depresiou nekončí. Dodge (1989) uvádza, že najmenej 17 chorôb podľa DSMIII-R (Americká Psychiatrická Asociácia, 1987) obsahuje nejaký druh sociálnej nekompetencie ako prinajmenšom jedno z diagnostických kritérií. Ďalej určil deväť porúch, u ktorých by včasná sociálna kompetencia mohla predísť rozvoju choroby v neskoršom veku (napr. alkoholizmus) a 14 ďalších chorôb, kde sociálna nekompetencia je pravdepodobne časť choroby: Pretrvávajúce a dôležité interpersonálne problémy u psychiatrických chorôb bude zrejme výraznejšia, pretože Dodge sledoval len problémy v sociálnej interakcii u detí! Ťažkosti so sociálnou interakciou môžu byť problémom aj keď nie sú spojené s psychiatrickou diagnózou. Deti, ktoré ich vrstovníci odmietajú, ale nemajú psychiatrickú diagnózu, často udávajú značné pocity osobného nešťastia a osamelosti (Asher a Wheeler, 1985). Dôležité je tiež, že problémy v sociálnej interakcii, ktoré sa neliečia, budú pravdepodobne pretrvávajúce (Coie a Dodge, 1983).

Problémami v mimorodinných interpersonálnych vzťahoch sa zaoberáme tým istým spôsobom ako u iných ťažkostí, ktoré sme prebrali. Potrebujeme rozlíšiť či je deficit v spôsobilostiach alebo vo výkone, potrebujeme vedieť, či je problém všeobecný, alebo sa vyskytuje len v určitých situáciách, alebo s určitou skupinou ľudí (dobré vzťahy so ženami, ale nie mužmi, dobré vzťahy so spolupracovníkmi, ale nie s nadriadenými). Potrebujeme vedieť, čo problém zhoršuje a čo ho zlepšuje, potrebujeme vedieť, čo sa deje, keď sa u osoby problém prejavuje a čo sa deje, keď nie je zjavný. Potrebujeme zistiť ďalšie faktory, ktoré k nemu môžu prispievať, napríklad telesná príťažlivosť. Je to veľmi silná premenná a deti, alebo dospelí, ktorí sa považujú za nepríťažlivých, môžu prežívať odmietnutie, hoci majú dobré sociálne spôsobilosti. Napríklad v súčasnosti existujú v západnej spoločnosti výrazné predsudky voči obéznyim ľuďom a tieto predsudky môžeme nájsť už u šesťročných detí. Ich výsledkom je posmech, trápenie, zosmiešňovanie a školská, pracovná a domáca diskriminácia (Vadden a Stunkard, 1985).

Terapeut, ktorý je v behaviorálnej terapii tréňovaný, má po jasnom určení podstaty problémov k dispozícii u svojich klientov široký rámec terapeutických intervencií, ktorými môže zmierniť ich problémy so sociálnou interakciou. Najznámejší a najčastejšie používaný je pravdepodobne asertívny tréning a tréning sociálnych spôsobilostí.

*Asertívny tréning* je terapeutický program, ktorý sa skladá z viacerých častí. Účastníci sa učia a prijímajú sebaapresadzujúce názory. Určujú tie predpoklady, ktoré im bránia konať asertívne a nahrádzajú ich asertívnym poznávaním, po ktorom nasleduje nácvik asertívneho správania. Správanie je jednak verbálne, - ako hovoriť asertívne - a neverbálne - ako konať asertívne. Cieľom asertívneho tréningu je umožniť ľuďom za sťažiť si svoje práva pri rešpekte práv druhých.

Cieľom je, aby účastníci výcviku vedeli slobodne a primerane vyjadriť svoje pocity pri rešpekte pocitov druhých (Fensterheim a Baer, 1975, Lange a Jakubowski, 1976).

*Tréning sociálnych spôsobilostí* je v mnohom základnejší, ako asertívny tréning. Väčšina z nás sa tak dobre naučila spôsobilosti používané v sociálnej interakcii, že ich považujeme za samozrejmé a používame ich automaticky bez toho, že by sme si uvedomili, že sú naučené. Mnohí z našich pacientov sa však tieto spôsobilosti nenaučili, alebo z mnohých dôvodov ich nevedia používať.

Deficity môžu mať úplne základný charakter. Pacienti sa potrebujú naučiť ako udržiavať očný kontakt, ako dať hovoriacemu najavo, že dávajú pozor a počúvajú a zaujímajú sa o to, čo človek hovorí. Možno sa potrebujú naučiť, ako sa predstaviť a spoznať druhých ľudí. Výučbu môžeme zamerať na to, ako môže subjekt dať najavo druhým, že už rozhovor ukončil, alebo potrebuje na chvíľu prestávku. Pacienti niekedy nedokážu primerane interpretovať neverbálne, alebo dokonca aj verbálne správanie druhých ľudí. A tak by sme mohli pokračovať.

Na pokročilejšej úrovni obsahuje sociálny tréning komplexnejšie sledy správania a spôsobilostí. Jedným z nich je tréning riešenia sociálnych problémov. Ďalším je diskriminačný tréning, kde a kedy je určité sociálne správanie akceptované a kde a kedy nie. Dôležitými spôsobilosťami pre klientov v určitom období ich života sú schopnosti zjednávať si schôdzky.

Sociálne spôsobilosti môžeme zoradiť do troch, alebo štyroch kategórií (McFall, 1982, Dodge, 1989). Prvá kategória spočíva v správnom porozumení sociálnej situácie a konania druhých ľudí. Hovoríme tu o spôsobilostiach dekódovania. Obsahujú správnu interpretáciu verbálnych a neverbálnych kľúčov, ako aj porozumenie situačne špecifických požiadaviek. Napríklad dokáže osoba rozlíšiť zákerný útok od priateľského podpichovania? Vie dieťa rozlíšiť, že pridanie sa k vrstovníkom a začatie rozhovoru s nimi na detskom ihrisku je vítané, ale také správanie v triede bude pravdepodobne považované vrstovníkmi a učiteľom za nežiadúce vyrušovanie?

Druhou kategóriou sú spôsobilosti porozumenia, ktoré určujú, či odpoveď je v určitej situácii vhodná. Tieto spôsobilosti vyžadujú schopnosť analyzovať situáciu, vytvoriť alternatívy, zhodnotiť možné dôsledky a rozhodnúť sa ako reagovať.

Príkladom je uvedenie si svojej zlosti a tendencia udrieť niekoho, avšak dokážete si uvedomiť, že nemá význam dostať sa do potýčky a preto sa jednoducho opýtate človeka, ktorý narazil do vášho dvojročného jaguára na číslo jeho poistky.

Tretia skupina spôsobilostí spočíva v schopnosti uskutočniť vhodnú odpoveď, ktorá bola vybratá. Napríklad človek sa môže rozhodnúť, ako najlepšie začať rozhovor, ale je inhibovaný úzkosťou, alebo nemá skúsenosti, ako to urobiť. Podobne sa môže iná osoba rozhodnúť, že je potrebné asertívne reagovať na kritiku spolupracovníka, ale nevie čo robiť, aby takto reagovala.

Záverom uvádzame, že človek by mal sledovať svoje vlastné správanie a meniť ho tak, aby zodpovedalo situačným podmienkam. Jeden mladík sa to naučil, keď trval na tom, že on je muž a objedná picu po francúzsky, vo francúzsky hovoriacej kanadskej provincii Quebec, hoci jeho priateľka vedela po francúzsky lepšie. Mal dosť času zvážiť, či to bolo múdre, keď si jeho zlostná priateľka a on sám sadli k pici pokrytej hráškom (on si myslel, že si objednal so zeleným korením!).

Je dôležité uvedomiť si, že nežiadúce správanie môže byť následkom toho, že v osobnom repertoári sociálnych spôsobilostí chýbajú žiadúcejšie odpovede.

Dieťa, alebo dospelí môžu byť agresívni, pretože im chýbajú spôsobilosti na ktorejkoľvek úrovni, o ktorej sme sa zmienili. Intervencie zamerané len na zníženie agresívnych odpovedí ovplyvnia málo pozitívne reakcie s vrstovníkmi, keď tiež nedôjde k nácviku sociálnejšieho správania (Kazdin, 1985).

Dodge (1989) určil šesť stupňov posúdenia a liečby problémov so sociálnou kompetenciou:

- Určenie sociálne nedostatočne kompetentnej osoby.
- Určenie jej kritických problematických sociálnych úloh.
- Určenie situačných faktorov, ktoré majú vzťah k oblastiam nedostatočnej kompetencie.
- Určenie kognitívnych spôsobilostí, ktoré majú vzťah k zodpovedajúcim sociálnym spôsobilostiam.
- Zlepšenie správania v problematických situáciách.
- Zlepšenie sociálneho postavenia medzi vrstovníkmi.

Sociálne spôsobilosti sú určite dôležité, ale nie sú jediným možným riešením. Jeden z nás, (Philip Baker), to ilustruje na tomto príklade.

Kolegyňa v Anglicku - nazvinie ju pani Perkinsová - viedla skupinové sedenia, v ktorých učila delikventných chlapcov v nápravnom zariadení sociálne spôsobilosti. Dvoch nedávno prepustených chlapcov raz zadržala polícia za podozrivých okolností s vlamačskými nástrojmi. Zobrala ich na policajnú stanicu a vypočúval ich seržant v službe. Bol prekvapený ich zdvorilosťou a slušným správaním. Volali ho pane, stáli po slušne pred stolom a minioriadne slušne odpovedali na otázky - veľmi nezvykle na chlapcov, ktorí boli nedávno prepustení. Seržant bol z toho spočiatku úplne zmätený. Potom ho to napadlo.

"Chodili ste na sedenia s pani Perkinsonovou"? Opýtal sa.

"Áno chodili" Odpovedali.

"Tak to všetko vysvetľuje" odpovedal seržant.

Aspoň to boli slušní kriminálnici!

## Kapitola 13

### **BEHAVIORÁLNY PRÍSTUP V INÝCH OBLASTIACH MEDICÍNY**

Na spojenie behaviorálnych techník a liečebných postupov v rôznych oblastiach medicíny malo vplyv viacero faktorov (Gentry, 1984). Zmenšoval sa počet pacientov s infekčnými chorobami ako hlavným problémom a predlžoval sa ľudský život. Znížený výskyt infekčných chorôb a predlžovanie života viedlo k zvýšeniu relatívnej prevalencie chorôb spôsobených, alebo zhoršovaných pacientovým vlastným správaním a jeho životom v spoločnosti. Najlepším liekom pre mnohé tieto choroby je zmena správania.

Tiež došlo k tomu, že mnohé choroby už nie sú smrteľné. Ľudia s v minulosti fatálne končiacimi chorobami ako diabetes, cystická fybróza, choroby srdca a svalová dystrofia, aby som vymenoval len niekoľko, žijú dlhšie. Ale dlhšie prežívanie a a znížená morbidita na tieto choroby zväčša závisí od prísneho užívania liekov a zmeny životného štýlu ako je diéta a cvičenie. Správanie pacienta je kritickým faktorom, od ktorého závisí výsledok lekárskej intervencie. Praktickí lekári sa teraz spoliehajú na výskum behaviorálne orientovaných klinikov, ak nie na ich priamu intervenciu, aby sa vedenie pacientov dostalo na prijateľnú úroveň.

Dôležité je, aby sme rozlišovali behaviorálnu medicínu od behaviorálnej terapie aplikovanej na medicínske problémy. Termín "behaviorálna medicína", tak ako bol definovaný, obsahuje integráciu všetkých odvetví duševného zdravia a sociálnych vied spolu s tradičnou biologickou medicínou a jej príbuznými odbormi (Schwartz a Veiss, 1978). Používa sa tiež pri akejkoľvek teoretickej orientácii. Avšak je treba jasne povedať, že behaviorálna terapia enormne prispela do tejto

novej oblasti.

Spôsob, akým sa behaviorálne orientovaní terapeuti zúčastňujú pri usmerňovaní pacientov s klinickými diagnózami je veľmi rôznorodý a jestvujú tu ešte nové netušené možnosti. Behaviorálne intervencie sa ukázali ako účinné v porozumení epidemiológie určitých stavov, v prevencii výskytu, alebo úprave dôsledkov ischemickej choroby srdca, vysokého krvného tlaku, rakoviny, obezity, astmy, inkontinencie pri moči a stolici, migréne a colon irritable (Blanchard, Schwartz a Neff, 1988). Môžu tiež pomôcť v rehabilitácii mozgového poškodenia a ovplyvnení chronickej bolesti. Ich používanie v medicíne viedlo k väčšiemu uznaniu role "psychologických" faktorov v "biologických" procesoch. Na príklade rakoviny Derogatis, (1986, str. 632) tvrdí:

*Nečeliac nevyhnutne smrti sú si onkológovia čoraz viacej vedomí, že motivácia a správanie sú rozhodujúcimi faktormi, ktoré určujú efekt liečby v rôznom spektre nádorových chorôb. Uvedomujú si, že psychologický stav pacienta má taký istý vzťah k výsledku liečby ako jeho biologický stav.*

Ďalším príkladom k akým zmenám v myslení došlo sú skúsenosti s bolesťou. Volakedy sa tvrdilo, že bolesť je jednoduchý reflex. Došlo k poškodeniu tkaniva, vnímala sa bolesť. Avšak psychofyzologické štúdie ukázali, že bolesť je komplexným fenoménom, ktorý je niekedy nezávislý na poškodení tkaniva a je podmienený tiež situačnými faktormi, predchádzajúcim učením, podmieňovaním z prostredia a kognitívnymi faktormi, nielen faktormi fyziologickými (Melzak, 1973). Jay, Ellicott a Varni (1986, str. 601) považujú bolesť za "trimodálnu interakciu behaviorálnych, kognitívnoafektívnych a fyziologických odpovedí". Preto možno liečbu bolesti značne ovplyvniť kognitívnymi a behaviorálnymi zásahmi (Brena a Chapman, 1983). Mnoho žien sa teraz zúčastňuje predpôrodných kurzov, kde sa učia spôsobilosti, správanie a spôsoby uvažovania pomocou ktorých lepšie zvládnu bolesť pri pôrode s podstatnou redukciou udávanej bolesti (Levanthal, Levanthal, Schacham a Easterling, 1989).

Iní dôležitý faktor, ktorý spojil behaviorálne prístupy a medicínu, bol úspech hnutia verejného zdravia. Určenie zdrojov nákazy a odstránenie živnej pôdy pre baktérie, ktoré spôsobili tak veľa infekčných chorôb a nákaz bol iba prvý stupeň. Hnutie verejného zdravia spôsobilo veľké zmeny v správaní sa jedincov a inštitúcií - zmeny, ktoré spôsobili podstatné zlepšenie zdravotného stavu v populácii. Opodstatnenie tohto modelu a zistenie, že mnohým chorobám a chronickým stavom je možné predchádzať, alebo o mnoho rokov oddialiť ich začiatok, viedol k vytvoreniu odnože behaviorálnej medicíny, ktorá sa zaoberala prevenciou. Patria sem všetky výskumy týkajúce sa zákazu fajčenia, podporovania nefajčiarskych zón kvôli nebezpečenstvu sekundárneho fajčenia, udržiavanie zdravia a podpory fyzickej kondície, zmena životného štýlu, chudnutie a zdravé diéty, ktorých cieľom je redukovať riziko srdcového záchvatu, mŕtvice a rakoviny.

Behaviorálna terapia tiež spolupracuje s medicínou tým, že zmierňuje dôsledky prijatia do nemocnice, stressových lekárskeho procedúr a dodatočného učenia, ktoré interferuje s medicínskou liečbou. Zistilo sa, že niektorí pacienti sa po chirurgickom zákroku a iných postupoch vyliečili skôr ako iní a zdá sa, že to bolo spôsobené rôznymi stratégiami ich zvládnutia choroby, správaním a poznávaním. Toto sa môžu naučiť aj iní pacienti, čo môže urýchliť ich uzdravu (Melamed a kol., 1982). Ďalej sa zdá, že vyliečenie takých chorôb ako rakovina je spojené s určitým správaním a kognitívnym štýlom pacienta (na prvom mieste je kontrakcia rakoviny). Dodatočné učenie tiež spôsobuje u pacientov, ktorí sa opakovanne podrobujú stresovým procedúram ako denné preväzy kvôli popáleninám a chemoterapii u rakoviny úzkosť a snahu vyhnúť sa im. Zásahy,

ktoré používajú behaviorálne techniky a princípy môžu zvrátiť, zmierniť, alebo dokonca zabrániť výskytu týchto reakcií, ktoré ináč môžu vážne obmedziť lekársky režim (Kellerman a Varni, 1982).

Ďalšou oblasťou, kde sa stretáva medicína a behaviorálne prístupy je liečba a rehabilitácia pacientov s mozgovým poškodením. Napríklad behaviorálne techniky sa ukázali ako účinné v redukcii neprimeraných verbalizácií (Lewis a kol., 1988).

Behaviorálne chápanie a intervencie môžu mať význam vo všetkých štádiách chorobného procesu. Naše porozumenie epidemiológie mnohých chorôb sa značne zvýšilo výskumom, ktorý identifikoval behaviorálne a kognitívne rizikové faktory týchto chorôb (Gentry, 1984). Po ich identifikovaní sa vytvorili behaviorálne intervencie, ktoré toto riziko redukovali zmenou tohto správania (pozri napr. Leventhal a kol., 1984). Redukciu rizikových faktorov v správaní možno tiež dosiahnuť na úrovni celej spoločnosti (Farquhar a kol., 1984). Doterajší výskum hľadajúci vzťah medzi stresom a chorobami zdôraznil negatívny vplyv stresu, ktorý zvyšuje pravdepodobnosť rozvoja telesnej choroby. Ďalší výskum sa zamerával na identifikáciu osobných čŕt a faktorov z prostredia, ktoré chránia jedincov od škodlivého účinku stresu (Gentry a Kobasa, 1984). Toto má jasné dôsledky tak pre liečbu, ako aj pre prevenciu.

Keď už došlo k rozvoju choroby, môže byť behaviorálna liečba kľúčovou časťou medicínskeho plánu na zvládnutie choroby (Agras, 1984, Russo a Varni, 1982). Tiež ju možno použiť na zlepšenie spolupráce v liečebnom režime (Leventhal a kol., 1984, Masek a Jankel, 1982). Vedľajšie účinky môžu byť aj naučené alebo ich možno ovplyvniť behaviorálnym zásahom, prípadne obidvomi (Kellerman a Varni, 1982).

Liečba chorôb môže prebiehať tromi spôsobmi: úspešná úzdrava, bez úzdravy, ale prebiehajúcim upravením neliečiteľného stavu alebo podmienok, ktoré sú následkom liečby (napríklad zmrzačenie následkom chirurgického zákroku ako amputácia), alebo bez možnosti úzdravy, pričom choroba postupuje do terminálneho štádia. V prvom prípade, v prípade úzdravy môže behaviorálna intervencia pomôcť v prevencii relapsu (Leventhal a kol., 1984, Marlatt a Gordon, 1985). V prípade, že liečba nie je k dispozícii, môžu byť behaviorálne intervencie užitočné v urýchlení procesu adaptácie a zvládnutí obtiaží pacientov, ich rodín alebo obidvoch, keď je stav chronický, alebo je pacient v terminálnom štádiu choroby.

### ***Pacient ako ten, kto rozhoduje***

Dôležitým príspevkom kognitívne behaviorálneho prístupu k behaviorálnej medicíne je vedomie, že je to pacient, kto rozhoduje. Pacient prestáva byť považovaný za pasívneho príjemateľa lekárskej expertízy, ale aktívne zhodnocuje tieto informácie. Pochopenie toho, ako sa pacient rozhoduje môže zvýšiť našu schopnosť doviest' ho k zdravým rozhodnutiam a k súhlasu s nutným liečebným režimom (Janis, 1984). Prítomnosťou dvoch rozhodujúcich sa ľudí (doktora a pacienta), ktorí sa pokúšajú dospieť k spoločnému riešeniu problému (týkajúceho sa pacientovho zdravia) sa stáva tento proces transakčný. V hre sú tu také behaviorálne faktory, ako sociálna percepcia, sociálne posudzovanie, asertivita a komunikačné spôsobilosti.

Na ilustráciu si zoberme dve možné situácie. Doktor doporučí určitú liečbu na zvládnutie nejakého stavu a upozorní pacienta na možné vedľajšie účinky. Pacient sa cíti nepríjemne a obáva sa, že sa vedľajšie účinky vyskytnú. Ale pacient si tiež spomenie na preplnenú čakáreň a na to, ako rýchle kládol doktor otázky a

usúdi, že doktor je príliš zamestnaný, aby sa zaoberal takými "malichernými otázkami". Na základe svojej skúsenosti tento pacient vie, že pre tohto doktora sú otázky podnetom k predvádzaniu svojej odbornosti a úsudku. Pacient sa nevie dostatočne presadiť, aby sa porozprával o tom, čo ho trápi, iba pokýva hlavou a zoberie si recept. Avšak neistota zostáva a narastá, tak ako si pripomína doktorov zoznam možných vedľajších účinkov. Končí sa to tým, že si recept nevyberie a pacient sa už k doktorovi nevráti, lebo sa hambí, alebo ide za druhým lekárom, ktorému nepovie o svojej návšteve u prvého lekára. Treba tiež podotknúť, že keby lekár neinformoval pacienta o možných vedľajších účinkoch a nejaké by sa objavili, mohlo by dôjsť k vážnemu narušeniu dôvery v lekára. Potrebuje preto takýmto prenosom porozumieť, tak aby sa tieto dilemy mohli vyriešiť.

### ***Ďalšie čítanie***

Táto kapitola poskytla len stručný prehľad o problematike. Užitočnými zdrojmi ďalších informácií sú: Russo a Varni (1982), Feuerstein a kol. (1986), Lacks (1987) a Blanchard a kol. (1988).

*Kapitola 14*

## **BEHAVIORÁLNA TERAPIA A CHRONICKÉ STAVY**

### ***Terapia s chronickými psychiatrickými pacientami***

V poslednom desaťročí sa dosiahol značný pokrok v porozumení biologických príčin takých vážnych porúch ako je schizofrénia a maniodepresivita, teraz viac známa pod menom bipolárne afektívne poruchy. Pokroky v našej znalosti biológie týchto stavov nás viedli k používaniu liečby, ktorá značne zlepšila mnohé aspekty fungovania týchto pacientov.

Veľké trankvilizéry ako napríklad fenothiazíny a haloperidol boli u schizofrénie skutočne účinné a lítium často dokáže efektívne kontrolovať výchyľky nálady u bipolárnych afektívnych porúch. Ale tieto lieky nedokážu odstrániť deficit v sociálnych spôsobilostiach, ktorý majú mnohí pacienti, ani ich vybaviť spôsobilosťami, ktoré sú potrebné v bežnom živote na zvládnutie problémov mimo nemocníc, kde títo pacienti často roky žijú (Valiace a kol. 1985). Mnohých potrebujeme výslovne naučiť chýbajúce behaviorálne spôsobilosti a schopnosti uvažovania. V tejto oblasti má behaviorálna psychológia značný význam.

Vallace a jeho kolegovia (1985) vytvorili program rehabilitácia pacientov s chronickou schizofrénomou, ktorý sa zameriava na tri typy spôsobilosti v desiatich oblastiach fungovania. Sú to:

- "Spôsobilosti odovzdávania", alebo schopnosti správanie vykonávať.
- "Spôsobilosti prijímania" alebo spôsobilosti nutné k primeranému porozumeniu a interpretácii situácie.
- "Spôsobilosti spracovania" alebo spôsobilosti, ktoré sú potrebné k riešeniu problémov, ku ktorým prichádza pri používaní prvých dvoch spôsobilostí.

Desať oblastí fungovania sa vyvinulo do tréningových modulov a týkajú sa takých oblastí ako interpersonálne spôsobilosti, schopnosť starať sa sám o seba a zamestnať sa.

Tréningový program je všestranný a používa široký rozsah behaviorálnych techník v posúdení, liečbe a hodnotení deficitu spôsobilostí. Obsahuje a používa behaviorálne rozhovory a záznamníky, prehrávanie, behaviorálne dohody, posilňovanie, modelovanie, tvarovanie, spätnú väzbu pomocou videopások, tréning riešenia problémov a iné postupy (Valiace a kol., 1985).



Jedna z dvoch najčastejšie používaných behaviorálnych stratégií u chronických psychiatrických pacientov je token economy (sytém odmien pomocou žetónov) (Hersen a Bellack, 1981). Token economy je systém, v ktorom sa pacientovi poskytuje základná starostlivosť ako jedlo, pitie, strecha nad hlavou a lekárska starostlivosť, ale prístup k privilegiám, aktivitám, tovarom a službám má na základe výmenného úveru (žetónov), ktoré získava po vykonaní žiadúceho správania.

Žetóny môžu byť rôznorodé. Môžu to byť nejaké karty, alebo niečo abstraktnejšie ako sú body ("John získal si desať bodov, pretože si pekne pozdravil návštevu"), ktoré sa zaznamenávajú do zošita, alebo na kartu. Prestavujú "sekundárne posilnovače". Nemajú vlastnú kapacitu k motivácii správania, ale fungujú tak, pretože sa môžu vymeniť za primárne posilnovače, t.j. posilnovače, ktoré sami o sebe motivujú neskoršie. Novšie ich volajú "spätné posilňovače".

Rozsah spätných posilňovačov by mal byť široký, aby nedochádzalo u pacienta k situácií, že je nimi nasýtený, pretože má malý výber. Takto sa udržuje motivačná kvalita systému. Ďalej je treba udržiavať rovnováhu, aby spätné posilňovače neboli ani príliš "drahé", ani príliš "lacné", teda ľahko získateľné. Takéto podmienky redukovujú motivačné kvality token economy. Cena odpovedí je obvykle súčasťou systému. Teda pacient môže tak stratiť žetóny za nevhodné správanie, ako aj ich za žiadúce konanie získať.

Hlavnou výhodou token economy je jej podobnosť so všeobecnými ekonomickými vzťahmi v neinštitucionalizovanej spoločnosti. Ľudia zarábajú žetóny (peniaze) za to, že vykonávajú žiadúce správanie (prácu), ktoré zamieňajú za široký rámec spätných posilňovačov (jedlo, oblečenie, materiálne tovary, rekreáciu) a keď ich prichytia pri nežiadúcom správaní (napríklad pri porušení dopravných predpisov) dostanú pokutu v podobe mnohých žetónov (peňazí). Ako ľudia, ktorí vychádzajú so svojimi peniazmi, musia psychiatrickí pacienti zaobchádzať so svojimi žetónmi tak, aby získali niektoré z najžiadanejších a preto najdrahších spätných posilnení. Je to príležitosť naučiť sa a cvičiť také spôsobilosti ako urobenie si rozpočtu a dlhodobé plánovanie.

Účinnosť token economy sa všeobecne zvýši, ak sa prispôsobí individuálnym potrebám pacientov tak, že u každého sa stane cieľom iné správanie. Niektorý pacient môže dostávať dobré body na DRO zozname za to, že nie je agresívny (určitý počet žetónov za nejakú časť dňa ako je hodina, polovica dňa alebo nejaký iný interval počas ktorého nie je pacient agresívny). Iný môže dostávať plusové body za účasť v pracovnom tréningovom programe.

Zistilo sa, že token economy úspešne zlepšila funkčnú úroveň pacientov, ktorí sa do nej zapojili. Je lepšia ako terapia prostredím alebo samotná farmakoterapia v zlepšení jednak správania sa na oddelení ako aj počtu relapsov. Avšak nie je tu žiadna záruka, že správanie, ktoré sa pacienti naučili v nemocnici sa generalizuje v spoločnosti a po prepustení udrží (Hersen a Bellack, 1981).

Ďalšou behaviorálnou intervenciou, ktorá sa všeobecne užíva u chronických psychiatrických pacientov je tréning sociálnych spôsobilostí. Títo pacienti bez ohľadu na diagnózu čelia najčastejšie problémom v sociálnej oblasti. Kritický význam týchto spôsobilostí preukazuje skutočnosť, že sociálna kompetencia pred prijatím (meraná rodinou, pracovnou a školskou anamnézou) je najlepším prediktorom posthospitalizačného prispôsobenia (Hersen a Bellack, 1981). Návrik je často potrebný vo všetkých troch hlavných oblastiach. Sú to:

- slovný obsah.
- paralingvistický aspekt reči ako tón, tempo a sila hlasu.

- neverbálna komunikácia ako postoj tela, výraz tváre a gestá.

Pacient sa tiež musí naučiť zhodnotiť situačnú primeranosť sociálnych spôsobilostí, pretože primerané správanie v jednej situácii je neprimerané v druhej. Napríklad "Maj sa dobre" môže byť veľmi dobrý spôsob na to, aby sme sa s niekým rozlúčili na konci rozhovoru, ale je to nevhodná reč na záver pohrebu. Ako sme už uviedli, musíme tiež určiť, či to, že osoba neprejavuje spôsobilosti je dôsledkom toho, že sa ich nikdy nenaučila (deficit spôsobilosti), alebo či spôsobilosti boli naučené, ale sa nevykonávajú pre nedostatok posilnenia, alebo cvičenia, alebo kvôli interferencii nekompatibilného správania (výkonový deficit)

Výskum dokázal, že pacienti môžu v tréningu sociálnych spôsobilostí svoje sociálne fungovanie zlepšiť (Hersen a Bellack, 1981).

Liečebné postupy, ktoré sú účinné u ambulantných pacientov sa často môžu účinne použiť aj u hospitalizovaných pacientov. Tak isto pridanie kognitívnej terapie ku štandardnej nemocničnej liečbe depresie má za následok lepšie dlhotrvajúce výsledky (Miller a kol., 1989).

### **Behaviorálne prístupy k mentálne zaostalým**

Behaviorálna terapia už dlho pomáha v ovplyvňovaní pacientov s intelektuálnym a telesným vývojovým opozdením. Pod jej vplyvom sa zlepšila kvalita života týchto pacientov, pretože im pomohla vyvinúť efektívnejšie spôsoby vzdelávania a zvýšiť ich spôsobilosti.

Príkladom použitia behaviorálnych zásahov sú správy o znížení rušivého a stereotypného správania troch *vážne* retardovaných a viacnásobne poškodených predškolských detí pomocou použitia behaviorálneho posúdenia, DRO zoznamu a generalizácie (Sisson, Van Hasselt, Hersen a Aurand, 1988). Jestvujú tiež dôkazy, že účinok behaviorálnej terapie si všimnú aj iné deti a tým sú vývojovo narušené deti (v štúdií to boli deti autistické) akceptovateľnejšie a ostatné deti s nimi viacej komunikujú (Runco a Schreiman, 1988).

Deti s rôznym stupňom mentálnej retardácie boli už dlho predmetom behaviorálnych zásahov. Crnic a Reid (1989, str. 247) hovorí že:

*"Snád' žiadna detská porucha neprispela tak veľa v rozvoji behaviorálnych intervencií s deťmi, ako mentálna retardácia".*

Viac ako 50% detí s mentálnou retardáciou má dodatočné psychiatrické poruchy (Jacobsen, 1982). Jednotlivé typy problémov mentálne zaostalých detí sú široké a siahajú od špecifických vzdelávacích, sociálnych problémov a problémov s povolaním ku "komplexným a extenzívnym deficitom v odpovediach ako je nedostatok interpersonálnych vzťahov" (Crnic a Reid, 1989, str. 252).

Behaviorálna liečba duševne zaostalých jedincov sprvoti zdôrazňovala používanie bperantných techník. Tieto techniky boli veľmi úspešné vo vyvolaní pozitívnych zmien v správaní týchto detí, ale úspech bol znehodnotený nedostatočnou generalizáciou a trvaním týchto ziskov. Po uplatnení behaviorálnej analýzy ako najčastejšieho prístupu sa rozsah používaných behaviorálnych intervencií rozšíril. Zvlášť sa začali používať kognitívno behaviorálne techniky a behaviorálna rodinná terapia (Crnic a Reid, 1989).

Najnovšie prístupy odrážajú vzrastajúci význam, ktorý má v behaviorálnych kruhoch uvažovanie v ekologických a systemických pojmoch. Toto je zvlášť dôležité v oblasti mentálnej retardácie. Terapeuti pochopili, že afektívny, behaviorálny a kognitívny stav duševne zaostaleho dieťaťa má hlboký vplyv na fungovanie rodiny a zase stupeň, na ktorom rodina funguje, či už dobre, alebo zle má svoj vplyv na mentálne retardované dieťa a jeho vývin (Crnic a Reid, 1989).

Na liečbu mentálne retardovaných má vplyv aj ďalší rozvoj behaviorálnej teórie. Je to poňatie vývinovej psychopatológie (Cicchetti, 1984). Toto poňatie tvrdiace, že adaptačné a behaviorálne problémy dieťaťa sa musia zväziť vo svetle jeho vývinového statusu má značný vplyv na liečbu duševne zaostalých. Dochádza tu k potrebe prispôbiť intervenciu detským schopnostiam (Crnic a Reid, 1989). Teda niektoré mentálne zaostalé deti môžu mať úžitok z určitých typov kognitívnych intervencií, kým iné nie.

Ďalší trend v behaviorálnej liečbe duševne zaostalých detí zdôrazňuje odklon od tradičnej behaviorálnej analýzy. Behaviorálna analýza je "molekulárny" prístup k zmene správania. Izoluje jednu, alebo niekoľko zložiek správania, ktoré potom intenzívne študuje a priamo modifikuje zmenou podmienok, ktoré správanie udržiavajú. Ignoruje to vplyv, ktorý má zmena týchto behaviorálnych prejavov na iné systémy, ktorých sú súčasťou. Dôležité je tiež sledovať iné správanie a iné časti systému, ktoré je potrebné zmeniť, tak ako sa mení cieľové správanie. Pre mentálne retardované dieťa nie je dobre, ak sa zníži len problematické správanie a ostatné rovnako vážne alebo vážnejšie behaviorálne problémy sa prejavujú ako cena za úspešne zmenené správanie na zvýšenej miere dysfunkčnosti v rodine (Crnic a Reid, 1989).

(Toto platí samozrejme tiež pri zásahoch s deťmi a dospelými, ktorí majú iné behaviorálne obtiaže a nie sú vývojovo opozdené).

## **Autistické dieťa**

Behaviorálna terapia môže byť sčasti aplikovateľná na autistické deti a dospelých, ktorí majú obvykle vážne poškodené verbálne komunikačné spôsobilosti, takže "terapia rozhovorom" je relatívne neefektívna. Skutočne systematickou výučbou konkrétnych motorických spôsobilostí a dôkazom, že tieto deti sú schopné interakcie s ich prostredím a sú schopné sa učiť dokázali behavioristi, že tieto deti sú schopnejšie, než sa všeobecne myslí.

Behaviorálne prístupy sú u autistických detí metódou voľby. Primárnou formou zásahu zostáva operantné podmieňovanie a imitačné učenie. Newsom a Rincover (1989, str. 293) k otázke prognózy poznamenávajú že:

*"Hlavným faktorom, ktorý určuje výsledok je, či dieťa dostane intenzívny behaviorálne orientovaný liečebný program do veku piatich rokov".*

Prístup používaný v liečbe autistických detí tiež odráža trend prispôbovania detských schopností liečebným cieľom. Newsom a Rincover (1989) udávajú výskyt dvoch skupín autistických detí, z ktorých každá vyžaduje iný liečebný prístup. Hlavným faktorom, ktorý rozlišuje tieto dve skupiny sú intelektové schopnosti, hoci relevantné sú aj iné faktory. Autistické deti, ktoré sú vážne, alebo výrazne retardované majú omnoho horšiu prognózu. Pre tieto deti je najvhodnejším cieľom dosiahnuť také správanie, ktoré im uľahčí život a umožní byť tak samostatnými, ako je to len možné. Naproti tomu autistické deti, ktoré sú normálne, alebo len mierne retardované čo sa týka ich intelektových schopností by mali byť zaradení do mimoriadne intenzívneho "totálneho nátlakového" programu, aby využili "maximálnu výhodu plasticity neurologických a behaviorálnych procesov v rannom detstve" (Newsom a Rincover, 1989, str. 294).

Autistické deti učíme, zvlášť v začiatkových štádiách pomocou najzákladnejších operantných techník. Učíme ich primárne spôsobilosti, ktoré umožňujú neskoršie učenie. Začínáme napodmieňovaním sledovania úlohy a tomu, aby venovali pozornosť učiteľovi. Ďalej redukuje frekvenciu správania, ktoré proces učenia ruší. Najlepšie to možno dosiahnuť tým, že naučíme dieťa prispôbiť sa požiadavkám. Štúdie dokázali, že spolupráca a rušivé správanie sú

kategórie, ktoré sa vzájomne vylučujú. Tak ako sa sila spolupracujúcich odpovedí zvyšuje, znižuje sa rušivé správanie (Newsom a Rincover, 1989).

Behaviorálna terapia bola tiež značne účinná v redukcii alebo dokonca eliminácii sebapoškozujúceho správania. Najprv sa tieto ciele dosiahli značne kontraverzným spôsobom, pretože sa používali metódy pokračujúceho trestania, často vo forme elektrických šokov. Dnes však často dosahujú behaviorálni terapeuti tie isté výsledky používaním neaverzívnych techník. Aby sa tento cieľ dosiahol treba urobiť správnu analýzu správania. Potom sa použije vhodný zoznam posilňovačov (ako DRO a DRL), aby sa zvýšilo nekompatibilné správanie, alebo sa učenia vhodné alternatívnych spôsobilostí, aby sa dosiahlo odstránenie nežiadúceho správania (LaVigna a Donnellan, 1987).

Používanie averzívnych techník v liečbe autistických detí bolo už dlho predmetom rozpornej diskusie, ktorá dosiaľ trvá. Je tu však jasný trend k redukcii používania týchto techník. Väčšina terapeutov a zodpovedných pracovníkov zaujala také stanovisko, že by sa mali použiť len ako metóda poslednej voľby, potom čo boli vyskúšané a zlyhali menej tvrdé techniky. Prínosom prebiehajúcej diskusie bolo zvýšené úsilie na vytvorenie neaverzívnych spôsobov zvládnutia rušivého a nebezpečného správania. Terapeuti, ktorí liečia v deväťdesiatich rokoch autistické dieťa majú k dispozícii omnoho viac techník, ktoré môžu použiť pred použitím averzívnych postupov, než mali terapeuti, ktorí začali používať behaviorálne techniky u týchto pacientov.

V liečbe autistických pacientov je tiež zjavný trend k intenzívnejšej práci s rodinou, podobne ako v iných oblastiach behaviorálnej terapie. Veľa pozornosti sa venuje Trénovaniu rodičov ako vhodne usmerňovať ich autistické dieťa. Zistilo sa, že je to účinné v zlepšení fungovania tak autistických detí, ako aj ich rodín. V tomto ohľade bolo účinných niekoľko modelov poskytovania týchto služieb (Harris, 1989).

*Poznámka prekladateľa.*

*V súčasnosti pripravujeme preklad dvoch základných modulov pre prácu s chronickými psychiatrickými pacientmi v rámci tréningu spôsobilosti potrebných pre sociálny a samostatný život a to modul pre zvládanie medikácie a modul pre zvládanie symptómov. Záujemci sa môžu obrátiť na prekladateľov, ktorí budú tieto moduly distribuovať a poskytovať výcvik pre prácu s nimi.*

## Kapitola 15

### FILOSOFICKÉ A ETICKÉ PROBLÉMY BEHAVIORÁLNI TERAPIE

Terapeutické metódy, vychádzajúce z teórie učení, byly podrobeny mnoha kritickým rozborům, vychádzajícím z etických úvah. V této kapitole se budeme zabývat některými z hlavních oblastí této kritiky.

#### **Otázka kontroly**

Teorie učení se snaží začlenit psychologii do společnosti ostatních věd tím, že psychologické jevy zkoumá pomocí vědeckých metod. Cílem vědeckých metod je mimo jiné získání schopnosti předpovídat a kontrolovat jevy, které jsou předmětem studia. Někteří psychologové považují snahu chování *kontrolovat*, a ne pouze studovat, za nebezpečný přístup.

Jedou z klíčových etických otázek, s nimiž musí behaviorální terapeut počítat, je, kdo rozhoduje o tom, které chování kterých osob se má změnit a kdo má tuto změnu provést. Teorie učení sama o sobě neobsahuje nic, co by vedlo k

odpovědi na tyto otázky. Neposkytuje žádná kritéria, na základě kterých by bylo možno určit, co je to zdravé chování nebo optimální fungování. Popisuje pouze mechanismy a procesy, kterými probíhá učení a udržování určitého chování a vychází z předpokladu, že mechanismy a procesy, jimiž se učíme "špatnému" chování jsou stejné jako ty, kterými se učíme chování "dobrému".

Teorie učení, z níž behaviorální terapie vychází, je vědeckou metodou ke studiu specifické oblasti přírody, a to, jak se organismus učí chovat určitým způsobem. Obecně platí, že snaha

o nalezení "přirozených" morálních zákonů byla neúspěšná. Příroda se neřídí pravidly morálky. Jak upozornil již Kant (v McIntyre, 1966) naše morální pravidla musíme hledat mimo říši přírody.

"Dobro" je relativní pojem. Je to hodnocení určité věci či činnosti, nikoli inherentní vlastnost této věci či činnosti. Jak McIntyre (1966) parafrázuje Aristotela:

"Dobro je definováno na počátku jako záměr, smysl či cíl, k němuž něco nebo někdo směřuje. Říci o něčem, že je to dobré, znamená, že o to někdo nebo něco a určitých podmínek usiluje. Přitom existuje řada různých činností, řada různých cílů a tím pádem

i řada různých stavů, označovaných jako "dobro".

Behaviorální terapie sama o sobě není ani morální ani nemorální. Její uplatnění je možno hodnotit jako prospěšné nebo škodlivé, ale tento přístup sám o sobě není ani takový, ani takový. Je stejný jako každý jiný nástroj. Vezměme si například sekeru. Sekera může být velice užitečná. Ale také je možno ji zabít. Neoznačíme ovšem sekeru samotnou za špatnou a nezakážeme její používání jen proto, že jí někdy někdo použije k vraždě. Představme si, kde by byl náš technologický a sociální vývoj, kdyby byly původní kamenné sekery zakázány, protože je možno jimi zabíjet. Je ovšem třeba se zaměřit na další filozofické a etické otázky, související s otázkou kontroly a moci, abychom tomuto dilematu lépe porozuměli.

### ***Determinismus nebo svobodná vůle***

Další závažná etická námitka vůči samotným výchozím premisám teorie učení se týká problému determinismu a svobodné vůle (Craighead, Kazdin a Mahoney, 1981). Jednou ze základních premis vědy, a tedy i vědecké psychologie, je, že události mají nějakou příčinu; jsou způsobeny událostmi, které je předcházely. Zdá se, že tento předpoklad vylučuje pojem svobodné vůle, který je základem většiny morálních kodexů a je ústředním pojmem právního systému.

Aspoň zčásti spočívá problém v tom, že je velice obtížně svobodnou vůli definovat. Je to tak, že lidé mají odpovědnost za své činy a že musí uvážit jejich důsledky předtím, než je učiní, nebo je lidské jednání nezávislé na jakýchkoli příčinách a tím pádem nezávisí na souvislostech, v nichž se odehrává? První pozice není v nesouladu s teorií učení, jak brzy uvidíme. Druhou pozici je velmi těžké obhájit - totiž že chování nezávisí na svých následcích a nezávisí na situaci, v níž se odehraje.

Je důležité rozlišit pojetí determinismu, z něhož vychází teorie učení, od tzv. predeterminismu (Craighead a kol., 1981). Determinismus tvrdí, že události mají své příčiny a ty že je možno pochopit, když prozkoumáme kauzální řetězec předcházejících událostí. Pak zjistíme, že A je příčinou B.

Predeterminismus tvrdí, že všechny události jsou určeny podle nezměnitelného plánu. A způsobí B za všech okolností. Determinismus tvrdí, že jednotlivé způsoby chování jsou součástí sociálního kontextu a proto součástí

kauzálního řetězce. Chování je určováno, přinejmenším zčásti, náboženskými, právními nebo sociálními odměnami a tresty. Predeterminismus činí tyto morální kodexy zcela nedůležitými, jsou pouze další součástí "plánu", nebo, jak odpověděl jeden soudce obžalovanému, který se hájil tím, že nemůže být činěn odpovědným za své jednání, protože všechny události jsou předem určeny: "V tom případě je také předem stanoveno, že vás musím odsoudit na pět let do vězení."

Jinými slovy to, že lidi činíme odpovědnými za jejich jednání, je důležitou proměnnou, protože se tím ozřejmuje, jaké následky s sebou určité chování nese (Craighead a kol., 1981). Daleko silnějším argumentem pro existenci svobodné vůle by bylo, kdyby se podařilo prokázat úmyslné jednání i při absenci zpětné vazby ze strany okolí - jednání, které by nebylo nijak závislé na následcích ze strany okolí.

Základní otázkou behaviorální terapie je, kdo je komu odpovědný. Teorie učení nám poskytuje technologii, která umožňuje vytvořit totalitní stát. Tento závěr ovšem není tak samozřejmý, protože opomíjí otázky reciprocity (vzájemného ovlivňování) a protikontroly.

## Reciprocita

Teorie učení je často popisována způsobem, který zakrývá jeden velký problém. Podle tohoto popisu provede experimentální zvíře určité chování a pak za to dostane od experimentátora odměnu. Experimentátor tak získává nad chováním zvířete kontrolu. Když nahradíme zvíře člověkem, dostaneme velmi nepříjemný obraz - ne nepodobný loutce a loutkáři. Tento popis však nebere v úvahu systemický aspekt vzájemné interakce.

Tento aspekt je pěkně ilustrován kresleným vtipem, na kterém se dvě krysy učí jak získat potravu zmáčknutím páčky. Jedna krysa přitom říká druhé: "Holka, to jsem si toho toho člověka dobře vycvičila. Jak zmáčknu páčku, hned mi dá nažrat." Provedením žádoucího chování, tedy opakovaným zmáčknutím páčky, odměňuje tedy krysa experimentátora. Kdo pak má kontrolu nad kým? Kontrola nikdy není jednostranná. Je vždy vzájemná (Craighead a kol., 1981). To vám ostatně může potvrdit každý rodič, který se snaží kontrolovat své dítě!

To, co jsme tu právě uvedli, není žádný vtip. Dítě zlobí a matka mu naplácá. Dítě přestane zlobit. Dítě udělá špatně něco jiného. Matka mu opět naplácá a dítě se zase přestane chovat tímto způsobem. Kdo koho kontroluje? Trestá matka dítě, protože má tu moc a může dítě kontrolovat pomocí trestu? Nebo dítě kontroluje matku tak, že zpevňuje její trestající chování tím, že se přestane chovat nežádoucím způsobem (negativní zpevnění)? Oba tyto procesy probíhají současně. Každý z nich kontroluje toho druhého (Ostatně děti to dobře vědí!)

Podobně, když dítě opakuje nějaké pozitivní chování, např. že řekne matce, že se mu chce na nočník a když jej za to matka odmění bonbónem, kdo odměňuje koho? Každý z nich odměňuje a kontroluje toho druhého. Matka zpevňuje to, že dítě hlásí potřebu čurat, pomocí sladkosti, a dítě zpevňuje dávání sladkosti tím, že poskytuje žádoucí informaci o stavu svého močového měchýře.

## Protikontrola

Protikontrola (countercontrol) je další pozorovaný jev, který svědčí proti tezi, že teorie učení je technologií totalitarismu (Craighead a kol., 1981). Spočívá v tom, že člověk úmyslně reaguje nepředvídatelně, aby kontrole unikl. Nepodlehnutí kontrole osoby, která manipuluje s následky chování, je v tomto případě odměnou, která toto chování udržuje. Obvykle se to označuje jako vzpurnost. Můžeme ji pozorovat ve formě občanské neposlušnosti; u dospívajících, kteří

odmítajú "řídít se pravidly"; a u válečných zajatců a politických vězňů, kteří někdy jsou ochotni snášet velké utrpení, jen aby se nepodrobili kontrole svých vězňů. Protikontrola je také determinovaná reakce, vycházející z historie učení konkrétního člověka a z aktuální situace, v níž se nachází.

## **Behaviorální terapie a moc**

Skutečnou otázkou, kterou se musíme vážně zabývat, je otázka moci. Moc je možno definovat jako relativní kontrolu nad distribucí odměn a trestů a možnost rozdělovat je v souvislosti s určitým chováním (Martin a Pear, 1983). Otázka, kdo kontroluje udělování odměn a trestů a v jakém rozsahu, je ústřední problém, který tvoří základ jednotlivých politických filosofí. Demokracie usiluje o vyřešení otázky, kdo kontroluje udílení odměn a trestů, pomocí mechanismu vzájemné kontroly, zatímco *teorie* komunistické a socialistické filosofie se zaměřuje na to, aby se zabránilo soustředění kontroly moci nad odměnami a tresty do rukou úzké skupiny lidí (Martin a Pear, 1981).

V západních demokraciích je problém toho, kdo kontroluje moc, řešen cestou rozdělení moci a vzájemné kontroly. V různých zemích je moc rozdělena různě. Tvorba zákonů je obvykle oddělena od jejich interpretace a od jejich uplatňování. Mnohdy platí, že více než jedna část vlády musí schválit navrhovaný zákon (vyjádření o důsledcích určitého chování), aby tento zákon nabyl platnosti. Jiné složky vlády nebo ministerstva jsou odpovědné za uplatnění práva (tedy nikoli pouze možnost udílet odměny a tresty, ale udílet je na základě určitého chování). Často jsou různé složky vlády odpovědné za výkon různých částí právního řádu.

Vzájemná kontrola je zajišťována pomocí existence zákonů, které odměňují určitá chování. Příkladem může být finanční podpora uměleckým souborům, podpora farmářů, kteří pěstují určité produkty, úlevy na daních společnostem, které podnikají v oblastech s vysokou nezaměstnaností a možnost odpisu daní za dary na charitativní účely. Vláda má také právo trestat jiné činnosti, například zvýšením daní (s cílem snížit spotřebu tabáku a alkoholu například), udělením pokut (cena za nevhodné chování) a prodlouženým vyloučením (vězení!).

Občané mohou naopak odměňovat a trestat své zvolené zástupce prostřednictvím svých hlasů, prostřednictvím příspěvků do fondů na volební kampaň, dobrovolnou práci a organizováním akcí na podporu nebo proti různým záležitostem (na základě kterých může politik odhadnout další důsledky - pravděpodobnost svého znovuzvolení). Právo na svobodu slova je v tomto procesu klíčové, protože umožňuje projevit souhlas nebo námitky vůči způsobům, jimiž je moc vykonávána.

V demokraciích, které ve větší nebo menší míře zahrnují kapitalismus, existuje další politické přesvědčení a to, že distribuce moci má být prováděna na základě nabídky a poptávky. Vychází se z přesvědčení, že lidé hlasují - to je odměňují svými penězi - pro ty, kdo jim poskytnou služby a potřeby, po kterých touží. Částečně to platí i pro vládu, i když v jejím případě se jedná o peníze shromážděné z daní a lidé demonstrují svůj souhlas nebo souhlas s vládou v den voleb.

Podle komunistické filosofie je klíčem ke kontrole odměn a trestů kontrola nad výrobními zdroji a prostředky. Námitka proti kapitalistickému systému spočívá v tom, že je v něm moc koncentrována v rukou příliš malé skupiny lidí. Moc by podle této filosofie měla být v rukou všech lidí, reprezentovaných vládou.

Negativní reakce vůči potenciálně účinným behaviorálním metodám změny chování vycházejí částečně z minulých zkušeností se (zneužíváním moci, které

lemují historii lidstva. Lidé proto mají i někdy sklon zavrhnout jakýkoli systém kontroly. Zneužívání moci je přitom také možno považovat za behaviorální problém, který lze změnit pomocí technik změny chování (Martin a Pear, 1983). Necháváme na čtenáři, aby si sám utvořil názor na to, jak se jednotlivé politické systémy vyrovnaly s potenciálními možnostmi zneužití moci.

### **"Přání" nebo důsledky**

Podle pojetí svobodné vůle děláme určité věci, protože si je přejeme dělat, a ne proto, že nám přináší určité důsledky. Tento postoj však přehlíží fakt, že naše přání, touhy a naděje jsou určovány našimi minulými zkušenostmi a naším očekáváním odměn a trestů, které budou následovat, pokud se do něčeho pustíme nebo pokud se naopak určitému chování vyhneme (Craighead a kol., 1981). To je výchozí předpoklad veškeré reklamy - že přáním je možno se naučit.

Někdy, se tvrdí, že jakákoli snaha měnit chování, je a priori neetická. Pokud bychom souhlasili s tímto názorem, pak bychom ovšem museli odmítnout činnost všech, kdo se snaží pomáhat druhým - včetně učitelů, kněží, vlády i rodičů, a to se ani nezmiňujeme o terapeutech.

### **Behaviorální terapie a humanismus**

Další námitkou, uplatňovanou někdy vůči behaviorální terapii, je, že behaviorální terapie jsou dehumanizující. Že vytvářejí přehnaně zjednodušený a mechanistický pohled na člověka a že z nich vyplývá, že nemáme nad svým vlastním chováním kontrolu. Behaviorálních postupů je ovšem možno využít i k rozvíjení kreativity, k rozšíření množství způsobů chování, které má člověk k dispozici a umožňují poskytnout lidem prostředky k dosažení cílů, které si stanovili. Lidé, díky tomu, že porozumí procesu, jak se svému chování naučili a čím je udržováno, získávají více sebekontroly než měli předtím. Mohou pak totiž působit na své okolí v tom směru, aby je podporovalo v žádoucím chování.

Jinak řečeno, spíše než že by byly dehumanizující, mohou nám behaviorální techniky pomoci být více lidmi (Craighead a kol., 1981). Behaviorálních technik můžeme účinně využít v procesu seberealizace.

### **Otázka "svobody"**

Když mluvíme o svobodě, obvykle tím máme na mysli maximalizaci množství alternativ jednání, které máme k dispozici v určité situaci a možnost svobodně volit mezi nimi. Není však obtížné pochopit, že svoboda každého jednání je výsledkem vzájemného působení mezi člověkem a jeho okolím. Je třeba, abychom uměli vykonat určité chování správným způsobem a aby nám okolní prostředí naši činnost umožnilo.

Volba znamená, že zvážíme potenciální následky každé z alternativ, které máme k dispozici; pak jsme schopni zvolit tu alternativu, která nám přinese největší zisk a nejmenší ztrátu. Svoboda našeho jednání se zvýší, zvětšíme-li své dovednosti, zmenšíme omezení ze strany okolí a minimalizujeme náklady a ztráty potenciálního jednání. Maximální svoboda by existovala (a s ní zřejmě i maximální nerozhodnost), kdybychom měli dostupné všechny možnosti, dokázali bychom realizovat všechny způsoby chování, žádné z nich by nás nic nestálo a zisk ze všech způsobů chování by byl stejný.

Vezměme si například muže upoutaného na kolečkové křeslo. Může to být odborník na programování počítačů (to znamená, že je schopen svou dovednost uplatnit), ale svoboda jeho jednání je omezena na to, že může pracovat pouze na



pracovišti, kam se může dostat i na kolečkovém křesle. Stejně tak jsou omezeny jeho možnosti trávení volného času na místa a činnosti, které umožňuje kolečkové křeslo.

Na druhé straně si vezměme člověka, který je tělesně zcela v pořádku, ale neumí číst ani psát. I tento člověk má omezenou svobodu jednání, a to v důsledku svého nedostatku dovedností, nikoli svým bezprostředním okolím. Práce a zábava tohoto člověka jsou omezeny na činnosti, které nevyžadují dovednost číst.

Vezměme si třetího člověka. Je to tělesně schopný a vzdělaný černoch, žijící v Jižní Africe. Zde je jeho svoboda jednání,

týkající se například toho, kde může bydlet, omezena potenciálně tvrdými sankcemi (jak oficiálními, tak neoficiálními) Cena celé řady jednání je prostě příliš vysoká na to, aby si ji většina z nás mohla dovolit zaplatit (nezapomeňme ovšem na jev protikontroly, kdy někteří *jsou* ochotni tuto cenu zaplatit, aby rozšířili svou svobodu jednání).

Chcemeli maximalizovat svobodu jednání pro co největší množství lidí v rámci společnosti, je nutné, aby byly dohodnuty meze rozsahu svobody jednání. Bez těchto mezí se svoboda jednání rychle ztrácí, protože moc se soustředí v rukou malé skupiny lidí. Tato menšina pak využívá své neomezené svobody jednání k tomu, aby omezovala svobodu jednání ostatních.

Terapeuti jsou v tomto ohledu omezeni stejně jako jejich klienti. Abychom citovali zjevný příklad - není možné, aby terapeut učil klienta, jak má co nejdříve zabít svoji manželku, aby tak rozšířil svobodu svého jednání v rámci manželského konfliktu.

V rámci těchto mezí by se ovšem měl behaviorální terapeut snažit, aby pomohl klientovi co nejvíce rozšířit svobodu jeho jednání. Jsme přesvědčení, že většina behaviorálních terapeutů o to opravdu usiluje. Jsme zároveň přesvědčení, že tato snaha by měla být vlastní terapeutům všech směrů a že tomu tak obecně je.

Při volbě způsobu terapeutické intervence jsou behaviorální terapeuti vedeni cílem co nejvíce rozšířit svobodu jednání klienta. Jde o doktrínu "nejmenšího možného omezení", která je vyjádřena v etickém kodexu Asociace pro rozvoj behaviorální terapie (AABT).

Nejméně omezující přístup je částečně zakotven i v právních precedencích a procesech (Craighead a kol., 1981). Z toho plynou důsledky pro terapeutické programy v léčebných institucích, protože soudy řadu odměn, které byly udělovány pouze jako privilegia, označily za práva, na které má nárok každý klient (Craighead a kol., 1981). Obecně řečeno tato doktrína hlásá, že přednostně musí být zvolena ta terapeutická technika (bez ohledu na teoretickou orientaci terapeuta), která je pro klienta nejméně náročná. Náročnost nemá v tomto případě vztah pouze k penězům, ale zahrnuje i fyzické nebo emoční utrpení a omezení práv.

V behaviorálních pojmech vyjádřeno to znamená, že vytváření nových dovedností, programy pozitivního zpevnování a programy vyhasínání je třeba upřednostňovat před mírnými formami trestání jako je například pokuta za nežádoucí chování. Pokuty za nesprávné chování je zase třeba upřednostnit před každým programem, který využívá averzivní podněty (jako jsou elektrické šoky nebo zvracení vyvolávající látky - kterých se někdy užívá při léčbě sexuálních deviací a závislosti).

Z těchto úvah také plyne, že je třeba se nejdříve pokusit o léčbu ambulantní než umístíme klienta do více omezujícího ústavního prostředí, s výjimkou případů, kdy hrozí zřetelné nebezpečí klientovi nebo jiným osobám. Tento princip

"nejmenšího možného omezení" platí v řadě institucí, kde se provádí behaviorální terapie a kde platí pravidla, že méně omezující a méně averzivní metody je třeba použít předtím než se použijí metody více omezující a více averzivní. V těchto pravidlech je obvykle konkrétně uvedeno, které techniky jsou považovány za méně omezující a které za více atnezující. Dále je v těchto pravidlech stanoveno, že se zpřísněním omezení je třeba pacienta více sledovat a konzultovat přijatý postup s nadřízenými osobami. Terapeutický program se také musí vrátit k nižší míře omezení tak rychle, jak je to jen možné.

## **Zodpovědnost**

Další ochranu proti zneužití behaviorálních technik představuje právo klienta nebo jeho právního zástupce volat terapeuta k zodpovědnosti. Ani behaviorální terapeuti nejsou imunní vůči zákonům učení. Proto mají i tendenci setrvávat u toho terapeutického chování, které je účinné a přijatelné pro jejich klienta a pro ty, kdo za ně odpovídají a usilují o to, aby se vyhnuli sankcím ze strany zaměstnavatele, odborné komory a právního systému. Terapeut může být za své chování odměňován a trestán stejně jako jeho klienti. Může si jej někdo najmout, může být propuštěn, může dostat vyznamenání i pokutu, může dostat oprávnění k provozování praxe nebo být vyloučen ze své profese a může být dokonce odsouzen do vězení.

## **Svoboda na základě vědomosti**

Je těžké pochopit, proč bychom neměli užívat v rámci terapie vědomosti o tom, jak se určitému chování učíme a čím je toto chování udržováno. Principy učení jsou podloženy velkým množstvím výzkumných poznatků, jak bylo v této knize mnohokrát uvedeno. Tyto poznatky jsou ovšem stále neúplné a stále se může ukázat, že kognitivně-behaviorální principy samy o sobě nepostačují k úplnému pochopení lidského jednání. Na druhé straně pokud teorie učení vysvětluje aspoň značnou část případů učení a udržování určitého chování, není lepší, když těmto procesům porozumíme a aplikujeme je logicky a tak, aby to přinášelo prospěch, než abychom jich užívali nevypočitatelně a zlovolně? Měly by být rodičům, kteří kontrolují své děti pomocí trestání a negativního zpevňování a kteří jsou na oplátku podobným způsobem svými dětmi kontrolováni, takže se všichni cítí mizerně, odepřeny poznatky, které máme o principech učení, tak abychom se vyhnuli jakémukoli náznaku úmyslné manipulace? (Musíme si uvědomit, že Tito lidé si obvykle nejsou vědomi těchto opakujících se vzorců ve svém chování).

Podívali se na to šířeji, měla by tyto poznatky mít pouze úzká skupina lidí u moci, nebo je třeba je otevřeně studovat, aby jich mohli využívat všichni? Je daleko snadnější nenechat se manipulovat určitou technikou, když jí člověk rozumí a dokáže ji rozpoznat.

To nás přivádí k další formě ochrany klientů. Klient nebo zástupce klienta by měl být před zahájením léčby plně informován o plánu léčby, o chování, na které se léčení zaměří, a o metodách, které budou k dosažení žádoucích změn použity.

## **Použití averzivních technik**

Požítí averzivních technik v léčbě musíme věnovat zvláštní pozornost. Dokonce i na stránkách behaviorálních časopisů a na setkáních behaviorálních terapeutů se vedou spory o tom, zda vůbec, a jaké místo mají averzivní techniky v

behaviorální terapii. Tyto spory jsou poněkud zmírněny, pokud se postupuje podle výše zmíněných pravidel - tedy že averzivních technik je možno použít až poté, co se neaverzivní techniky ukázaly jako neúčinné, že s nimi klient musí souhlasit a že nesmí narušovat jeho práva (Craighead a kol., 1981). Ti, kdo tyto techniky používají, musí být také řádně vycvičeni. Nezbytnou součástí terapie je též důsledná supervize terapeutického týmu

provádějícího averzivní terapii, a je třeba mít zajištěn systém kontroly a zodpovědnosti (Martin a Pear, 1981). Otázka, zda je použití averzivních technik někdy oprávněné, ovšem zůstává stále otevřená. V současné době na ni neexistuje konečná odpověď.

Když vznášíme námitky proti averzivním technikám, je třeba rozlišit, zda je terčem námitek technika, která je averzivní subjektivně (nepříjemná pozorovateli), nebo averzivní funkčně - to znamená, že když ji aplikujeme v důsledku určitého chování, pak se tím snižuje pravděpodobnost, že se toto chování bude opakovat (Bernstein, 1989). Bernstein upozorňuje, že námitky vůči používání averzivních metod se často vztahují k první definici (tedy subjektivnímu posouzení metody), nikoli vůči té druhé. Pak se tento spor dostává z oblasti vědy do oblasti hodnot. V rámci vědy je důležité, zda je terapie účinná.

Je osobní a společenskou záležitostí, které techniky je vhodné používat a které nikoli. Role vědy o chování zde spočívá v tom, aby určila, jaká přijmout kritéria pokud jde o názory a) klientů, b) veřejnosti, c) terapeutů. Debaty o využití atomové energie odrážejí podobné dilema. Věda je schopna určit potenciální možnosti využití atomové energie, ale společnost musí rozhodnout, zda této energie bude využívat nebo ne.

Griffith a Spreat (1989) přistupují k tomuto sporu poněkud z jiné stránky. Podle těchto autorů jde o to, zda dáme přednost otevřenému záказu před odborným posouzením. Upozorňují na to, že nikdo neprosazuje rutinní používání averzivních metod, ale spíše udržení možnosti využít těchto metod v případě, kdy je to podle úsudku odborníků nezbytné. Částečně se tento spor týká také toho, zda existují dostatečně účinné neaverzivní metody, které by eliminovaly potřebu používání averzivních technik. Někteří autoři tvrdí že ano (LaVigna a Donellan, 1986), zatímco jiní tvrdí, že pro to nejsou dostatečné důkazy (Axelrod, 1987).

## **Profesionální otázky**

Poslední oblastí, kterou se budeme v této kapitole zabývat, je problém, jak určit odbornou způsobilost osob, které provádějí léčení. Griffith a Spreat (1989) jsou přesvědčeni, že hlavní problém spočívá v tom, že technika analýzy chování je příliš často používána nedostatečně kvalifikovanými terapeuty. Jde jistě o důležitý problém, ale zaměřuje se na poněkud jinou otázku, a to, zda jsou kontrolní mechanismy v rámci systému péče o duševní zdraví a v jeho institucích dostatečné.

Krátce řečeno, je třeba, aby behaviorální terapeuti stále pamatovali na etické principy, které platí pro všechny pracovníky v oblasti duševního zdraví. Musí být odborně způsobilí a vzdělaní a musí si své znalosti a dovednosti udržovat na současné úrovni pomocí vzdělávání a četby. Musí být schopni se správně rozhodovat na základě empirických údajů. Musí respektovat své klienty a jejich právo na nejlepší dostupnou léčbu, která nejméně zasahuje do jejich soukromí a co nejméně je omezuje. Před zahájením léčby musí vždy získat informovaný souhlas klienta. Musí se řídit společenskými normami a zákony a výjimku mohou učinit jedině v případech, kdy tyto normy a zákony nespravedlivě omezují svobodu jednání jejich klienta (v případech rasové, náboženské nebo jiné diskriminace, ať

již oficiální nebo neoficiální). Musí si dávat pozor na to, aby nezneužili znalosti, které mají, a měli by co nejčastěji konzultovat svůj postup

s kolegy a podrobit se pravidelné supervizi. Konkrétní omezení při používání jednotlivých technik je třeba určovat empiricky. Toho je rádo dosáhnout tak, že prokážeme, které techniky jsou nejúčinnější a také na základě zákonů a veřejného mínění, které stanoví, zda je tyto metody možno použít.

*Kapitola 16*

## **SOUČASNÝ STAV A BUDOUCNOST BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE**

Behaviorální terapie, zvláště její kognitivní varianta, je relativním nováčkem mezi psychoterapeutickými směry. Stejně jako rodinná terapie získala uznání až po druhé světové válce, a to především v posledních dvou až třech desetiletích. Její uznání mnohdy naráželo na neochotu přinejmenším u části odborníků v oblasti duševního zdraví.

Proč byla behaviorální terapie přijímána tak pomalu a přinejmenším tři desetiletí po smrti Pavlova? Z čeho pramenila zdrženlivost v uznání účinnosti behaviorálního směru v léčbě behaviorálních a emočních problémů? A do jaké míry již tato zdrženlivost mizí? Bude v následujících desetiletích hrát behaviorální terapie stále větší roli v našich léčebných programech? Je samozřejmé, že odpovědi na tyto otázky může dát jen budoucnost, ale v této kapitole se pokusíme o budoucnosti behaviorální terapie uvažovat.

Důležitým faktorem, který vedl ke zdrženlivosti vůči behaviorálnímu směru ze strany mnoha odborníků v oblasti duševního zdraví bylo přesvědčení, že lidské problémy pramení především z nevědomí. Zvláště psychiatři v Severní Americe přijali Freudovy názory na psychiatrické poruchy bez větších pochybností na řadu desetiletí. "Dynamická psychoterapie" - tedy terapie zaměřená na zkoumání a řešení nevědomých konfliktů a problémů - byla považována za terapii první volby u většiny klinických potíží. Terapeuti se vždy snažili odhalit nevědomé kořeny poruch, které léčili. Až potom považovali skutečné vyléčení za možné.

Behaviorální terapie tyto názory zpochybnila. Nevšíkala si - nebo dokonce považovala za nepodstatné - postulované "nevědomé" kořeny příznaků. Místo toho přišla s tvrzením, že příznak sám je problémem. Jediné, co musí terapeut objevit, je, které důsledky určitého chování toto chování udržují, tyto důsledky vhodným způsobem změnit a tím je "problém" vyřešen. Tento přístup se dobře osvědčil u některých poruch, například u fobií, ale byl méně úspěšný u jiných, složitějších psychických poruch a nezabýval se problémy myšlení a citění. Psychodynamicky izaměření terapeuti mohli stále tvrdit, že i když některé příznaky, jak například izolované fobie, vznikají na základě určitých zážitků a jsou naučené, nelze tento směr uplatnit při léčení většiny psychiatrických poruch.

Až do nedávné doby sdílelo toto hodnocení behaviorální terapie mnoho odborníků v oblasti péče o duševní zdraví. Behaviorální směr zaujímal okrajovou pozici raezi metodami léčby v psychiatrii.

Rozvoj kognitivně-behaviorálních směrů a vzrůstající ochota behaviorálních terapeutů zabývat se i procesy myšlení a vnitřními prožitky pacientů jsou významným rozšířením behaviorálního přístupu. Snahy behavioristů se už neomezovaly pouze na několik jasně ohraničených, objektivně pozorovatelných příznaků, ale snažili se vytvořit metody, jak změnit způsob, jakým lidé myslí. Jinými slovy, svět dynamických psychoterapeutů a svět behaviorálních terapeutů se k sobě přiblížily a proluly se, aspoň do té míry, že oba směry se zabývají myšlením a citěním.

Další důležitý vývoj spočíval v rostoucí ochotě behaviorálních terapeutů uznat meze svých metod. Zpočátku měla řada z nich tendenci zastávat názor, že všechno chování je naučené. Proces

učení nás všech by bylo třeba jen vhodně upravit a byly by z nás všech dokonale vyrovnané lidské bytosti. Ve stejné době ovšem práce genetiků a neurobiologů odhalily další faktory, které hrají důležitou úlohu v rozvoji takových poruch jako je schizofrenie a maniodepresivní psychóza. U některých poruch velmi účinně pomáhají psychofarmaka. To, že působí jiné faktory, samozřejmě neznamená, že by se stav pacienta nedal zmírnit nebo dokonce vyléčit behaviorálními prostředky, ale znamená, že tyto poruchy nejsou způsobeny pouze nesprávným učením jinak normálních jedinců. Znamená to také, že účinné mohou být i jiné způsoby léčeni, například psychofarmaka či fyzioterapie.

Dnes už je také jasné, že se rodíme s různými temperamenty. Práce Chesse a Thomase (1984) prokázala, jak důležité jsou tyto vrozené temperamentové předpoklady a jak "souhra" mezi temperamentem rodičů a temperamentem dětí může naporaoci určit, zda se u dětí rozvinou problémy v chování. Sřety mezi rodiči a dětmi - obvyklý problém v praxi dětských psychiatrů a psychologů - mohou vycházet především z neslučitelnosti jejich temperamentů a ne z chybných procesů učeni. I v těchto případech má ovšem behaviorální sraer důležité místo v terapii.

Všechny uvedené názory jsou postupně stále více uznávány těmi, kdo aplikují behaviorální terapii v praxi. Behaviorální terapeuti často chápou, že nejvyšší účinnosti behaviorálních metod je dosaženo tehdy, jsou-li součástí širšího léčebného plánu, který zahrnuje i jiné metody léčby. Také je již zcela zřejmé (přinejmenším většině terapeutů), že žádný léčebný směr nedokáže přinést odpověď na všechny lidské problémy.

## **Profesionální rozdíly**

Behaviorální terapie byla dlouho rozvíjena takřka výlučně psychology. To zřejmě zpomalilo uznání behaviorálních metod u mnoha psychiatrů a v medicínsky orientovaných léčebných zařizeních. Tyto metody nebyly až do nedávna považovány za součást hlavního proudu psychiatrie. To se měni, protože psychologové se stávají integrální součástí týmu pracovníku v oblasti duševního zdraví a vědecká fakta, podporující jejich tvrzení o cenném terapeutickém přínosu těchto metod, jsou stále méně a méně sporná.

Domníváme se, že je důležité, že tuto knihu napsali společně psychiatr a psycholog. Navíc jsme kolegové, kteří spolu pracují v nemocnici při léčeni vážně narušených dětí a jejich rodin. Bylo by nemožné, aby každý z nás mohl pracovat podle svých nejlepších představ, kdybychom nebyli schopni spojit své dovednosti a oblast odbornosti. Blízký vztah mezi obory psychiatrie a psychologie je zřejmě velmi typický v mnoha zařizeních, v nichž se léčí psychické poruchy. Rozhodně doufáme, že tomu tak je, protože přínos pro pacienty se nám zdá nepopíratelný.

## **Vědecký přístup**

Behaviorální směr byl od počátku charakteristický v tom, jak opatrně a soustavně psychologové - profesionální skupina, která rozvíjela tyto léčebné metody - shromažďovali své údaje a podrobovali je statistické analýze. Lze s jistotou říci, že o účinnosti behaviorálních metod existuje více "tvrdých" údajů než o kterémkoli jiném psychoterapeutickém směru. Pro člověka, který má sklon k vědeckému uvažování, je obtížné popírat řadu tvrzení behaviorálních terapeutů.

Nejen že to pomohlo obecnějšímu přijímání těchto metod, ale také to ukazuje možnosti, jak lépe vědecky ověřit jiné formy psychoterapie.

## **Systémový pohled**

Jednou z nejdůležitějších událostí posledních dvou desetiletí bylo přijetí systémového pojetí lidského chování mnoha terapeuty. Jde o významný pokrok. Až do nedávna byla psychoterapie většinou terapeutů chápána jako směr, zaměřený na léčení určitých problémů jednotlivých osob. To platilo dokonce i případě skupinové terapie. I když byli pacienti léčeni ve skupině, bylo to chápáno jako alternativní způsob jak jim pomoci s jejich individuálními problémy. Členové skupiny mohli získat poznatky a zkušenosti od druhých členů skupiny a tak se naučit něco, co jim mohlo pomoci vyřešit jejich vlastní problémy.

Systémová teorie chápe lidské problémy jako mnohdy - někteří by řekli vždy - vycházející z fungování sociálního systému, jehož je postižený člověk součástí. Tento názor tvoří základ většiny směrů rodinné terapie. Nejsme ostrovy, obklopené mořem. Neustále jsme v kontaktu s lidmi kolem sebe. Tyto kontakty jsou nesmírně složité a jedním z důležitých problémů je aplikace behaviorální metod k jejich analýze. V minulých kapitolách jsme však ukázali, že se tímto problémem zabývá řada behaviorálních terapeutů. Už před deseti lety byly behaviorální metody široce používány jako jeden z hlavních prostředků k léčení manželských neshod (Jacobson a Margolin, 1979). V současné době se behaviorální terapeuti snaží přizpůsobit tyto metody tak, aby je bylo možno uplatnit i v ještě složitějších systémech, zahrnujících větší počet lidí.

I když nemáme žádný důvod se domnívat, že by zákonitosti učení platily méně při kontaktech mezi členy rodiny a v jiných skupinách než v situacích jeden a jeden, aplikace behaviorálních technik na tyto situace je daleko náročnější. Práce Pattersona a spolupracovníků s rodinami s dětmi s poruchami chování (Patterson, 1982) nám však ukázala řadu způsobů jak překonat některé z těžkostí, které s sebou tyto situace přinášejí.

## **Budoucnost**

Behaviorální metody, podporující změny v lidském chování, se jistě budou používat i nadále. Navíc se mohou uplatnit na daleko širším poli než je léčení duševních poruch. Dají se využít v prevenci poruch a zlepšení kvality běžného života. Mnozí z lidí, kteří těchto metod využívají, netrpí žádnou psychickou ani jinou poruchou. Mají prostě přání zlepšit kvalitu svého života ve společenské, pracovní, sportovní či jiné oblasti. A pokud tohoto zlepšení dosáhnou, sníží se tím riziko, že by se mohli dostat do potíží a že by případně mohli začít trpět nějakou psychickou poruchou, způsobenou stresem, na který nebyli připraveni.

Když se zaměříme na léčení stávajících behaviorálních a psychických poruch, zdá se nám, že behaviorální terapie má své pevné místo mezi léčebnými metodami je jisté. Lidské bytosti v každém věku a v každém stádiu života jsou učící se, rozvíjející se organismy. Někteří se učí ochotněji než jiní, a jsou to právě ti, kteří mají s učením problémy, kteří jsou nejvíce náchylní k rozvoji problémového chování - chování, které je pak možno

považovat za projev duševní neraoci. Z toho vyplývá, že situace, v nichž se naši pacienti učí, nebo, vyjádřeno více behaviorálními pojmy, důsledky, které v dané situaci působí, je vždy třeba brát v úvahu.

Chtěli bychom tyto úvahy ilustrovat na práci, zkoumající emoce vyjadřované příbuznými v rodinách se schizofrenními pacienty (Leff a Vaughn, 1985). Dnes již

jen málokdo zastáva názor, že schizofrenie je spôsobena rodinným prostredím, v němž postihnutí žijú (jak dříve někteří rodinní terapeuti tvrdili). Přesto se zdá, že prostředí, do něhož jsou schizofrenní pacienti propouštěni, hraje důležitou roli v tom, zda se u nich nemoc znovu projeví nebo ne. Vyšší míra "vyjadřovaných eraocí" (Leff a Vaughn, 1985) v rodině, v níž schizofrenik žije, zvyšuje pravděpodobnost dalšího relapsu nemoci.

Tyto úvahy nás vedou k tomu, že si ve své klinické praxi nesmíme dovolit přehlížet vlivy ze strany okolí, kterým jsou naši pacienti vystaveni. Behaviorální terapeut nebo behaviorální analytik má nejlepší předpoklady, aby se stal v této oblasti hlavním odborníkem v rámci terapeutického týmu.

Je zajímavé si uvědomit, jak se změnila role psychologů v rámci multidisciplinárního týmu v posledních letech. Dříve byli psychologové odpovědní především za vytváření testů inteligence a jiných psychometrických testů. V tradičním "dětském terapeutickém týmu" byl psycholog tím členem, který aplikoval takové testy, které se považovaly za potřebné u dítěte přivedeného k léčbě. Nejčastěji byly používány testy inteligence, i když se často používaly i testy školní zralosti a o něco méně často i testy osobnosti. Dnes věnujeme testům inteligence mnohem menší pozornost. Mají své místo, ale již se zdaleka nepoužívají tak rutinně jako dříve.

Ústup od důrazu na provádění testů byl spojen se zvýšením pozornosti, věnované důsledkům vlivu okolního prostředí v klinické práci. Běžné psychometrické testy už nejsou považovány za nezbytné, ale možná, že rutinní vyšetření minulých a především současných situací klienta, v nichž probíhá jeho učení, jakož i vyšetření kognitivních procesů bude brzy považováno za základ psychologické práce. Testy inteligence jen zjišťují, nakolik je klient schopen zvládnout určité myšlenkové úkoly a porovnávají jeho schopnosti se standardem běžné populace. Jak si nyní uvědomujeme v mnoha případech je však důležitější obsah myšlení klienta. Tyto formy a obsahy myšlení významněji ovlivňují chování klienta než jeho schopnost myšlení.

A co budoucnost behaviorální terapie v jiných oblastech? Možná by bylo lepší nahradit pojem *terapie* pojmy jako *behaviorální analýza* nebo *behaviorální přístup*. Principy teorie učení je možno uplatnit v mnoha oblastech lidského života, nejen v oblasti duševního zdraví. Psychologové nyní pracují v průmyslu a obchodu a hlavní součástí jejich práce je poskytovat rady, jak řešit nebo ještě lépe jak se vyhnout mnoha problémům, které se objevují u zaměstnanců. Pracovní podmínky v mnoha průmyslových závodech mají daleko k dokonalosti. Studium těchto pracovních podmínek a spoluprací při navrhování takového pracovního prostředí, které by podporovalo pracovní úsilí pracovníků, může behaviorální terapeut přispět ke zvýšení efektivity práce a ke snížení výskytu psychických problémů mezi zaměstnanci. Jak se zvyšuje konkurence mezi jednotlivými podniky, dojde jistě ke zvýšení důrazu na toto praktické uplatnění teorie učení.

Na závěr bychom chtěli říci, že Paulova (1967) pětinasobná otázka - "*Jaký způsob léčby, kým prováděný, je nejúčinnější u tohoto klienta s těmito konkrétními problémy za těchto okolností?*" - zatím zůstává stále nezodpovězena. Je již ale zjevné, že behaviorální terapie je *ta* léčba u *některých* problémů, postihujících *mnoho* lidí v *určité* době, a že může užitečně přispět i v mnoha jiných situacích.

Vědecký přístup, který vnesli do oblasti psychoterapie behaviorální terapeuti, pomáhá při hledání odpovědi na Paulovu veledůležitou otázku a pomáhá tak přesněji definovat roli behaviorálního léčení obecně.