

Kognitivně behaviorální terapie panické poruchy ve skupině

MUDr. Dana Kamarádová, prof. MUDr. Ján Praško, CSc.

Klinika psychiatrie LF UP a FN Olomouc

V tomto článku popisujeme jednotlivé kroky skupinové kognitivně-behaviorální terapie pacientů s panickou poruchou. Vysvětlujeme koncept kognitivního modelu panické poruchy, bludného kruhu, kognitivní restrukturalizace, kontrolovaného dýchání a expoziční léčby. V textu také prezentujeme osobní zkušenosti se skupinovou kognitivně-behaviorální terapií a příběhy pacientů. Pokoušíme se také upozornit na možné problémy, které mohou v průběhu terapie nastat.

Klíčová slova: panická porucha, kognitivně-behaviorální terapie, skupinová terapie, interoceptivní expozice, kognitivní restrukturační řešení problémů.

Cognitive behavioral therapy of panic disorder in group

In this article we describe step by step the cognitive-behavioral group therapy of patients with panic disorder. We are explaining the concept of cognitive model of panic disorder, vicious circle, cognitive reconstruction, control of breathing and exposure. In the article we also present personal experience with group cognitive-behavioral therapy and stories of patients who have undergone the therapy. We also try to point to possible complications that may occur during the therapy.

Key words: panic disorder, cognitive-behavioral therapy, group therapy, interoceptive exposure, cognitive reconstruction, problem solving.

Psychiatr. praxi 2012; 13(4): 174–181

Úvod

Panická porucha bez nebo s agorafobií je častá a bez léčby obvykle chronicky probíhající psychiatrická porucha, která vede ke stresu a zvýšenému riziku suicidia a předčasné smrti (1). Účinnou léčbou je podávání imipraminu, clomipraminu, SSRI nebo SNRI (2), a z psychoterapeutických přístupů je prokazatelně účinná kognitivně behaviorální terapie (KBT) (3). Léčebné výsledky KBT a farmakoterapie jsou z krátkodobého hlediska podobné (4, 5), dlouhodobě bývá efekt KBT významně lepší (6, 2). Neurobiologické změny po KBT jsou podobné jako po léčbě antidepresivy (7). Účinnost KBT dosahuje 70–90 % zlepšených nebo vyléčených pacientů (8, 9). Kombinace léčby antidepresivy a KBT nepřináší zpravidla lepší výsledky než KBT samotná (9, 10, 11). Individuální kognitivně behaviorální terapie je u panické poruchy a agorafobie podle doporučených postupů léčbou volby (5, 12). Ovšem dostupnost individuální KBT je nedostatečná a pro řadu pacientů je jedinou možností léčby užívání antidepresiv (13).

Skupinová kognitivně behaviorální terapie

Alternativním postupem k individuální KBT, umožňujícím léčit více pacientů, je skupinová KBT (14), jejíž účinnost je u panické poruchy podobná jako u individuální KBT (15). Skupinová KBT byla studována v řadě klinických studií (15) a její účinnost byla hodnocena v běžné klinické

praxi (16). Pro léčbu úzkostných poruch ve skupině byla i u nás vytvořena celá řada programů (17), některé s kompletními manuály (18), které jsou využívány i u nás (19). Speciálně skupinovou kognitivně behaviorální terapií se zabývalo několik skupin (14, 20).

Skupinová kognitivně behaviorální terapie panické poruchy

V dalším textu se soustředíme na popis programu, který ambulantně probíhá na Klinice psychiatrie v Olomouci. Jde o podobný program, jaký byl používán v Psychiatrickém centru v Praze (20), obohacený o práci s kognitivními schématy. Každé sezení skupiny sleduje jednoduchý časový harmonogram (21). Terapeut na počátku každé skupiny napíše na tabuli nebo promítne na zplněném projektoru program sezení. Terapeutické lekce mají přibližně stejnou časovou osnovu. Přibližné rozložení jednoho sezení je uvedeno v následující tabulce. Časová osnova je vždy dodržována přibližně, podle potřeby tématu a potřeby skupiny (tabulka 1).

Uspořádání skupinové KBT panické poruchy/agorafobie

Ve skupinové KBT obvykle pracujeme s pacienty jedenkrát týdně dvě hodiny po dobu 9–12 setkání. Pak následuje katamnestické setkání skupiny po 3 měsících. Ve skupině bývá 10–12 pacientů a dva terapeuti. Hlavním cílem léčby je zmírnit strach z vegetativních příznaků, změnit

Tabulka 1. Struktura skupinových setkání

1. **Určení programu sezení**
2. **Týdenní položky**
 - probrání událostí od minulého sezení včetně panických atak
 - probrání domácích úkolů
3. **Hlavní téma setkání**
 - teorie
 - konkrétní postupy
 - konkrétní problémy
 - procvičování ve skupinkách
4. **Návčiková část**
 - expozice
 - řízené dýchání
 - relaxace
5. **Domácí úkoly**
 - zadání
 - smysl zadání
 - předpokládané potíže
6. **Zpětná vazba od pacientů**

zkreslenou kognitivní interpretaci panických atak a úzkosti vůbec, a tím postupně odstranit strach a vyhýbání se situacím. Ve druhé polovině léčby pak je důležitá práce s postoji (jádrová schémata a podmíněné předpoklady), které souvisí se zvýšenou vulnerabilitou ke stresu (tabulka 2). V případě partnerských, sexuálních, pracovních či jiných sociálních problémů lze pomoci pacientovi s jejich řešením v druhé fázi léčby (20). U řady pacientů s panickými atakami se po odstranění symptomů paniky odkrývá životní problém, nejčastěji partnerský, méně často pracovní. Proto je důležité, aby v těchto případech následovalo řešení problému a během tohoto stadia ještě pokračovaly expozice

interoceptivní, resp. vystavení se vnějším situacím při přítomnosti agorafobické složky.

Kroky programu

1. setkání

Na první setkání přichází většina pacientů s určitými obavami. Jsou vyděšeni příznaky, které prožívají, a mnozí z nich ještě navíc, obzvláště pokud se jedná o první zkušenosti, i kontaktem s psychiatrií. Přestože prvnímu skupinovému setkání předchází individuální vyšetření a první edukace, mohou být nadále přesvědčeni o tom, že jsou somaticky nemocní, a cítí se znehodnocení tím, že byli doporučeni na psychiatrii. V tuto chvíli právě nejvíce potřebují řádné vysvětlení toho, co se s nimi děje a proč, a jak budeme v léčbě postupovat. První sezení je důležité také k tomu, aby se pacienti seznámili mezi sebou a s terapeutem, dále aby získali informace o panické poruše a porozuměli tomu, co se s nimi během panického záchvatu děje. Také je seznámíme s plánem dalších sezení a zdůrazníme nezbytnost jejich aktivní účasti na léčbě. Z prvního sezení si pacienti odnášejí k prostudování text, shrnující tyto základní informace.

Edukace probíhá společně při prvním setkání. Pacientům vysvětlíme, co je to panická porucha a jak se projevuje. Ozřejmíme, co je to *stresová reakce* a nastavení „boj/útek“. Zdůrazníme, že tato reakce je ve svém základě fyziologická a je nutná pro normální fungování, jen že se u panické poruchy objevuje nečekaně a ve větší intenzitě. S pacienty probereme tělesné příznaky, které se mohou objevovat u stresové reakce, a vysvětlíme jejich význam pro připravenost těla k boji nebo útěku. Každý si poté sestaví seznam tělesných příznaků, které prožívá během panického záchvatu.

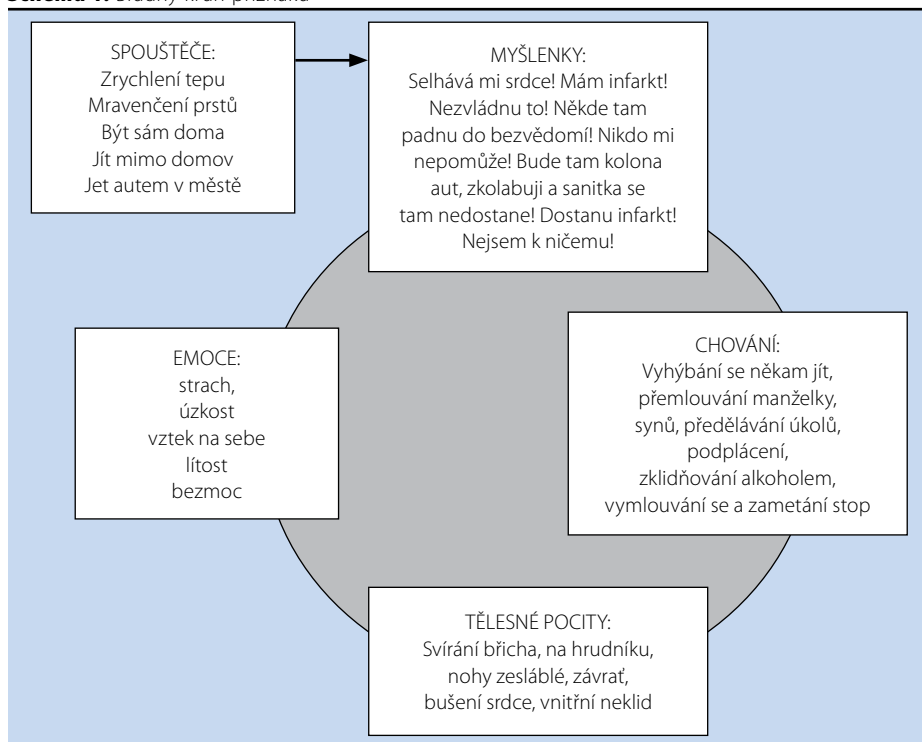
Tyto jednotlivé projevy pak ve skupině společně probíráme a pacienti se společně učí porozumět fyziologickým souvislostem potíží. Začínají tak lépe rozumět např. tomu, proč někomu najednou začne bušit rychle srdce či proč má pocit, že se nemůže nadechnout, a přestanou těmto příznakům přiřazovat mylné interpretace (např. „Mám infarkt, ... dusím se, ... umírám“). Zdůrazníme, že je možné se naučit tyto příznaky ovládat a pracovat s nimi. Pacienti jsou posilováni skupinovou soudržností, úlevu přináší již jen zjištění, že existují i další lidé, kteří mají podobné trápení (schéma 1).

Již v průběhu prvního setkání začínáme s pacienty nacvičovat *řízené dýchání*. Dech je úzce spojen s emočním prožíváním. Návrat k zklidnění dechu pomáhá rychle snížit napětí

Tabulka 2. Hlavní témata skupinových setkání

Setkání	Hlavní témata setkání
1.	Psychoedukace: Panická porucha, bludný kruh panických záchvatů a jeho důsledky, možnosti přerušení bludného kruhu, stresová reakce, identifikace tělesných příznaků. Nácvik: Kontrolovaný dech. Interoceptivní expozice. Relaxace.
2.	Edukace: model panické poruchy, bludný kruh úzkosti. Fyziologie reakce „boj nebo útek“, význam tělesných příznaků úzkosti. Nácvik: Kontrolovaný dech. Interoceptivní expozice. Relaxace.
3.	Práce s myšlenkami – identifikace, restrukturalizace. Práce se záznamem automatických myšlenek. Psychoedukace: expoziční léčba, habituační křivka. Plánování první expozice. Nácvik: Kontrolovaný dech. Interoceptivní expozice. Relaxace.
4.	Práce s automatickými myšlenkami týkajícími se záchvatů paniky. Plán expozic. Nácvik: Kontrolovaný dech. Interoceptivní expozice. Relaxace.
5.	Expozice – teorie a plánování expozic v praxi. Kognitivní rekonstrukce. Práce s myšlenkami. Nácvik: Kontrolovaný dech. Interoceptivní expozice. Relaxace.
6.	Identifikace jádrových schémat a podmíněných předpokladů. Nácvik: Kontrolovaný dech. Interoceptivní expozice. Relaxace.
7.	Zmapování vlivu schémat v životě. Akomodace schémat. Nácvik: Kontrolovaný dech. Interoceptivní expozice. Relaxace.
8.	Možné změny v životě související s novým pohledem na sebe. Příprava na budoucnost. Nácvik: Kontrolovaný dech. Interoceptivní expozice. Relaxace.
9.	Shrnutí a zhodnocení celého kurzu. Příprava na budoucnost.
10.	Setkání po 3 měsících. Rekapitulace změn.

Schéma 1. Bludný kruh příznaků



v situacích, kdy se pacient dostává do paniky. Většina pacientů v panické atace hyperventiluje, aniž by si to uvědomovali. Jiní naopak příliš zadržují dech. V obou případech je vhodné pacienty naučit „správné dýchat“, tj. umět kontrolovat svůj dech a vědomě jej zklidnit. Řízené dýchání probíhá tak, že celá skupina společně s terapeutem hyperventiluje, zpočátku 1 min., později

až 3 min. Terapeut udává rytmus. Pacienti mohou hyperventilovat vsedě, později i ve stoje. Během hyperventilace si pacienti navodí řadu příznaků, které jsou podobné těm, které pociťují při úzkostném záchvatu (bušení srdce, zrychlený tep, pocení, točení hlavy, rozmazané vidění, chvění končetin...). Tyto příznaky se učí během další fáze odstranit. Po ukončení hyperventi-

Tabulka 3. Záznam panických záchvatů

jméno:	Sylva J.				
datum:	1. prosince	čas: 2 hodiny ráno	trvání: 16 minut		
společně s	příbuzný:	přítel:	cizinec:	sama: X	
stresová situace: ano	(ne)	očekávaný: ano (ne)			
Maximum úzkosti:					
0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8					
žádná		střední		extrémní	
pocit (zaškrtni):					
bušení srdce	__X__	pocení	__X__	návaly chladu/zimy	__X__
sevěření	__X__	knedlík v krku	___	strach ze smrti	__X__
lapání po dechu	__X__	na zvracení	___	strach ze zbláznění	__X__
závratě	_-X_	nereálně	__X__	strach ze ztráty kontroly	_X
třes	___	mravenčení	__X__	pocení	___
jiné příznaky:					
Myšlenky nebo představy, které běžely v tom čase hlavou:					
Ztratím kontakt s okolním světem, zblázním se.					

lace následuje pomalé hluboké kontrolované dýchání se zadržením dechu mezi nádechem a výdechem. Právě v této fázi se učí kontrolovat svůj dech a zjišťují, že nepříjemné příznaky lze „vydýchat“ pomalým hlubokým dýcháním.

Po ukončení celého řízeného dýchání přecházíme s pacienty postupně do relaxace. Relaxace je zde velmi účinná metoda. Většina úzkostných pacientů žije v neustálém tělesném napětí, a proto uvolnění během relaxace přináší tělesnou i psychickou úlevu. Jde však o dovednost, kterou lze získat pouze opakovaným cvičením. Proto pacientům zadáváme, aby řízené dýchání i relaxaci trénovali doma denně alespoň 2 × 5 minut. Pravidelnost je zde nezbytná. V zásadě lze zvolit různé metody relaxace, my používáme Östovou progresivní relaxaci, při které postupně procházíme jednotlivé svalové skupiny na těle, které napínáme a uvolňujeme.

Následuje opakovaná *interoceptivní expozice* vnitřním strachovým podnětům. Úzkost a tělesné příznaky, které se objeví při interoceptivní expozici, jsou pak zmírňovány pomocí dechu. Pokud je přítomna agorafobie, interoceptivní expozice se doplní expozicí strachovým podnětům in vivo.

Pacienti dostávají za domácí úkol nacvičovat dechový trénink 2 × denně po dobu 2 minut, 1 × denně cvičit Östovou progresivní relaxaci a vést si záznam panických záchvatů (tabulka 3).

2. setkání

Na úvod s pacienty probereme, co se dělo během uplynulého týdne a jaké příznaky se objevily. Necháme je, aby sami zkusili jednotlivé symptomy vysvětlit na modelu stresové reakce boj/útěk, a testujeme, zda všemu z našeho prv-

ního sezení dobře porozuměli. Během tohoto setkání se zaměřujeme na pochopení *kognitivně behaviorálního modelu panické poruchy*, pomocí kterého pacientům objasňujeme spojitosti mezi tělesnými příznaky, myšlenkami, emocemi a chováním. Panický záchvat může být spuštěn celou řadou podnětů, které si však pacient v danou chvíli vůbec nemusí uvědomovat. *Spouštěče* mohou být zevní (např. situace, ve které již člověk záchvat jednou měl) nebo vnitřní (tělesné pocity, myšlenky, představy). Jsou-li tyto podněty vnímány jako hrozba, vzniká stav napjatého očekávání a obav. Tento stav bývá provázen řadou *tělesných příznaků*, které patří k běžné stresové reakci organismu. Pokud jsou tyto tělesné příznaky, které byly vyvolány úzkostí, v *mysli interpretovány negativně* („Něco hrozného se se mnou děje, co když omdlím nebo dokonce zemřu?“), stav napjatého očekávání se ještě zesílí. *Emoce* (strach, stud, hněv, úzkost až panika) se stupňují. To vede zpětně ke zvýšení intenzity tělesných příznaků. Vzniká bludný kruh, který vrcholí v záchvatu paniky. Typickým *chováním* v takové situaci je snaha dostat se pryč, uniknout z dané situace. To se může někdy jevit i jako zmatené pobíhání. Jindy naopak dotýčný „ztuhne“ a není schopen reagovat ani mluvit. K pochopení těchto vztahů je vhodné použít nějaké příklady. Pacienty můžeme vyzvat, aby si představili, že jsou večer sami doma a z vedlejší místnosti se ozvou podivné zvuky. Pokud se jejich myšlenky věnují tomu, že tam asi někdo je, pak se rozvine úzkostná reakce s tělesnými příznaky a chování bude směřováno k úniku z možného nebezpečí. Pokud však myšlenkový pochod situaci zhodnotí tak, že nechal v místnosti otevřené okno, pak se úzkostná reakce

nerozvine, dotýčný okno zavře a klidně půjde spát. Po tomto názorném příkladu, jak myšlenky mohou podmiňovat emoce a chování a naopak, si pacienti zkusí stejným způsobem zmapovat situace ze svého života.

Ve skupinkách po třech probírají vlastní zkušenosti a navzájem se podporují v hledání lepších možností, jak se v takové situaci zachovat. Tím, že pacienti „radí“ svým kolegům, se učí mít větší náhled na úzkostné situace a zpětně jim to pak pomáhá při řešení vlastních problémů. Schéma bludného kruhu úzkosti si během výkladu s pacienty malujeme na tabuli. Každý z nich si pak zkusí zakreslit podobné schéma, do kterého však již zasadí své vlastní spouštěče, emoce, myšlenky, tělesné příznaky a chování. Propojujeme bludný kruh s problémy v životě a s jeho důsledky pro život a vztahy (schéma 2).

Cílem tohoto sezení tedy je, aby si pacienti sami uměli rozložit panický záchvat na jednotlivé prožitkové oblasti, pochopili jejich těsné souvislosti a uvědomili si, že se často sami v úzkosti udržují úzkostnými myšlenkami a přehnanou interpretací tělesných příznaků. Jako domácí úkol pak pacientům na další týden zadáváme, aby sledovali úzkostné situace, které se v jejich běžném životě objevují, a zaznamenávali je do připravených formulářů. Tím jsou nuceni se nad každou situací zamyslet a identifikovat v ní spouštěče a jednotlivé emoce, tělesné příznaky a myšlenky.

3. setkání

Zahajujeme kontrolou domácích úkolů a vyjasníme případné nejasnosti. Náplní tohoto setkání je především práce s myšlenkami. Usilujeme o snížení úzkosti tím, že učíme pacienty rozpoznávat, hodnotit, ovládat a měnit negativní myšlenky, vztahující se k nebezpečí, a s nimi spojené jednání. Během minulého sezení jsme pacienty seznámili s tím, jak kvalita myšlenek může ovlivňovat jejich úzkostné prožívání a vnímání tělesných pocitů. Během tohoto sezení probíráme, že úzkostné myšlenky jsou většinou ukvapené automatické závěry, kterými mysl hodnotí danou situaci. Automatické myšlenky bývají silně ovlivněny náladou a samy náladu ovlivňují. *Úzkostné automatické myšlenky* představují zlovyk katastroficky a přehnaně negativně hodnotit. Pro některé pacienty je problémem si takové myšlenky vůbec uvědomit. Mohou být již tak automatické a obvyklé, že neupoutávají jeho pozornost. Jindy mohou být zastoupeny krátkými *vizuálními představami* (pacient vidí sám sebe, jak leží omdlelý na ulici, jak umírá na rakovinu...).

Při identifikaci úzkostných myšlenek a jejich propojení s následujícími emocemi a tělesnými pocity používáme záznamu automatických myšlenek následujícím stylem (tabulka 4):

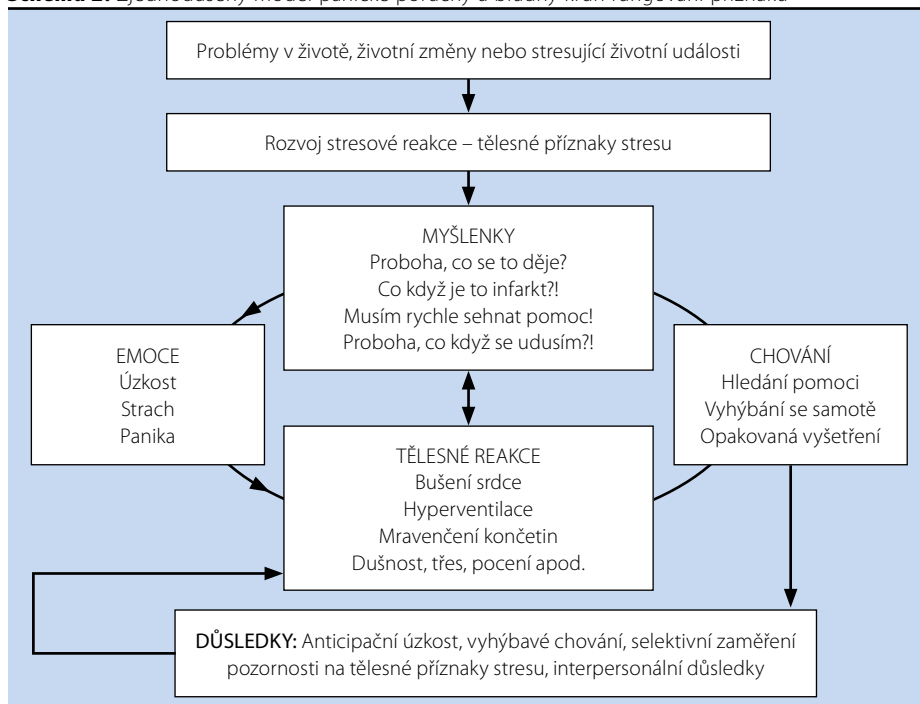
Pacient bývá v záchvatu přesvědčen, že myšlenky jsou pravdivé. Za pomoci celé skupiny a terapeutů je tedy testuje a zkoumá, zda jsou opravdu reálné a nakolik jsou přehnané. Hledá jiná racionálnější tvrzení, která by mu pomohla příště celou situaci projít lépe. Toto nazýváme přerámování negativních myšlenek. Pacienti opět pracují ve skupinkách po třech a navzájem se podporují. Samostatnost a aktivní přístup k vlastní léčbě považujeme za velmi důležitý faktor v celé terapii. Terapeut pomáhá aktivně jen tehdy, neví-li si skupinka rady. Jako domácí úkol nyní pacienti dostávají kromě popisu úzkostných situací i rozbor automatických myšlenek a hledání racionálních odpovědí (příklad viz tabulka 5).

4. setkání

Po probrání domácích úkolů pokračuje v práci s automatickými myšlenkami, týkajícími se záchvatů paniky. Skupina společně hledá, jakou racionální myšlenkou mohou jednotliví členové reagovat na ohrožující automatické myšlenky

Dalším důležitým tématem tohoto setkání je zahájení *expoziciční léčby*. Před vlastními expo- zicemi potřebují pacienti rozumět smyslu toho, že budou vystavováni situacím, kterých se obá- vají. Expozice je vystavení se obávaným pod- nětům. Může být *v realitě (in vivo)* – vystavení se vnější situaci (např. jet metrem, nakupovat v supermarketu) *v imaginaci* nebo *interoceptiv- ní* – vystavení se vnitřní situaci (např. tachykardie a zrychlené dýchání po cvičení či hyperventila- ci). Pomocí expo- zice se pacient učí vystavovat se situacím, kterých se pro svůj strach obává a vesměs se jim vyhýbá. Učí se to postupně, pomocí předem naplánovaných kroků, jejichž obtížnost postupně zvyšuje. Přejít k další- mu kroku následuje až poté, co pacient zvládá předchozí krok bez výraznějších obtíží. Všechny expo- zice jsou plánovány společně s terapeutem, který posoudí, jak intenzivní má expo- zice být a jak dlouho má trvat. Při expo- zici může uplatnit vše, co se dosud naučil: identifikovat jednotli- vé tělesné příznaky a pomocí kontroly dechu je zvládnout, pracovat s negativními myšlenkami, přerámovávat je. Expozice trvá po předem sta- novenou dobu (např. 2 hodiny jízdy tramvají). Je důležité pacienty předem upozornit na to, aby se přes všechny nepříjemné pocity pokusili v expo- zici vytrvat celou určenou dobu. Jen tak

Schéma 2. Zjednodušený model panické poruchy a bludný kruh fungování příznaků



Tabulka 4. Záznam situací, automatických myšlenek a důsledků

Datum	Pátek 16:45
Situace	Nakupuji v supermarketu, je tu hodně lidí. Začalo se mi špatně dýchat a bušit mi srdce. Dostala jsem strach, že omdlím a lidé kolem mě budou netečně chodit.
Autom. myšlenky	Nemůžu dýchat. Omdlím. Nikdo mi nepomůže. Lidé jsou zlí.
Emoce	Úzkost, strach, hněv.
Tělesné reakce	Točení hlavy, obtížné dýchání, pocení, bušení srdce.

Tabulka 5. Práce s automatickými myšlenkami

Autom. myšlenka	Nemůžu dýchat. Omdlím. Nikdo mi nepomůže. Lidé jsou zlí.
Racionální odpověď	Ještě jsem dnes nejedla, a proto je mi asi špatně. Navíc jsem nikdy neomdlela, tak proč právě teď? Je také pravda, že jsem podrážděná z toho, kolik je tu dnes lidí, a jsem na ně naštvaná. Přeháním. I kdyby mi někdo nepomohl, zvládnu to sama jako kdykoliv předtím.

mohou zažít i zklidnění a odeznění příznaků a tím si i podmiňovat, že daná situace není tak nebezpečná, za jakou ji považovali.

V tomto sezení *naplánujeme první expo- zici* na následující týden a probereme problémy, které se mohou objevit. Během každého dalšího sezení naplánujeme expo- zice na následující tý- den. Je optimální, může-li se pacient věnovat expo- zicím denně či alespoň 4x týdně. Průběh expo- zic si pacienti opět zaznamenávají do pří- pravených formulářů, zapisují pocity a tělesné příznaky, které se objevily, a zda se jim podařilo zbavit se jich.

5. setkání

Páté setkání opět zahájíme kontrolou do- mácích úkolů. Z předchozího setkání měli pa- cienti za úkol sestavit si tzv. hierarchii expo- zic.

Tedy představit si situace pro ně obtížné a zkusit z nich sestavit jakousi „hitparádu“, kde by seřadili jednotlivé úkoly podle míry nepohody, kterou by pocítovali při jejich plnění. Důležité je, aby první úkol byl nastaven tak, že ho bude pacient schopen poměrně snadno zvládnout a neztra- tí tak motivaci k expo- zici. Také je důležité, aby v plánování nebyly velké „skoky“, tedy aby obtížnost úkolů narůstala postupně. Požádáme pacienty, aby před skupinou prezentovali svůj plán expo- zic a zároveň sdělili, o jakou z expo- zic se již pokusili (tabulka 6). V tomto bodě je velmi důležité dodat pacientům dostatek podpory a pochvaly za splněnou expo- zici. V tomto bodě se nachází velké plus skupinové terapie, neboť pacienti jsou k sobě navzájem obvykle velmi podporující a dodávají si odvahy k dalšímu kro- ku. Kromě toho, že vyslechneme, jaký úkol byl již

Tabulka 6. Hierarchie expozic

Situace	Míra nepohody
1. Jet do práce autem s manželem	30 %
2. Jet do práce sama autem	40 %
3. Jet do práce autobusem sama	50 %
4. Jet do práce bez mobilu	60 %
5. Jet do práce bez léků	60 %
6. Vydržet v práci na zkoušku (alespoň 1 hodinu)	70 %
7. Pracovat 2 dny v týdnu po 4 hodiny	80 %
8. Pracovat 8 hodin 2 dny v týdnu	90 %
9. Najít si novou práci bez manžela	100 %
10. Pracovat každý den 8 hodin v jiné práci	100 %

splněn, s každým pacientem naplánujeme další. Snažíme se dopředu odhalit co nejvíce možných komplikací, které mohou v průběhu provádění expozice nastat, a zkusíme spolu s pacientem a skupinou najít jejich možná řešení. Tento krok by neměl vést ke zvýšení obav z úkolu, ale naopak k nabytí jistoty

V předchozím setkání se pacienti naučili vnímat propojení mezi myšlenkami, emocemi, tělesnými reakcemi a chováním. Hledali možnosti přerámování negativních automatických myšlenek. Technikou, kterou používáme při práci nejen s pacienty s panickou poruchou, ale i jinými onemocněními, je kognitivní rekonstrukce. Touto technikou se snažíme objektivně, logicky zpochybnit pravdivost automatických myšlenek, které bývají často přehnané a katastrofické, tedy jejich vyvrácení je možné. Prvním krokem je identifikace negativních myšlenek. Tento krok bývá pro pacienty s panickou poruchou často velmi obtížný. Tvrdí, že úzkost a bušení srdce přichází samo od sebe a není doprovázeno žádnými

myšlenkami. Možností, jak toto vyřešit, je představit si nějakou konkrétní situaci, kdy panická ataka přišla. Můžeme se vrátit zpět k vytvořeným bludným kruhům příznaků, kde jsme již tyto souvislosti mezi situací, myšlenkou, emocí a tělesným prožíváním našli. Dále pak testujeme pravdivost negativních myšlenek. Snažíme se pacienta vést v samostatnosti, nevnučovat mu vlastní názory či závěry. Výsledkem testování by měl být názor na situaci více odpovídající realu.

Dalším krokem terapie je pak vyplnění tzv. „záznamu negativních myšlenek“. Jedná se o tabulku rozdělenou na 7 sloupců (situace, myšlenky, emoce, co svědčí pro?, co svědčí proti?, alternativní myšlenka a emoce).

Pacienty požádáme, aby si vybavili nějakou situaci, ve které zažívají úzkost, popř. která je obvykle spojena s rozvojem panického záchvatu. Vhodné je, pokud je situace reálná (není to jen smyšlený modelový příklad), pokud je konkrétní a nejlépe pak z nedávné doby, a pacient ji sám hodnotí jako problémovou. Poté, co si co

představíme situaci, požádáme pacienta, aby si vzpomněl na myšlenky, které ho v této situaci napadají, automatické myšlenky. Sepíšeme všechny, které nabídne, a požádáme ho, aby ohodnotil na stupnici od 0–100 %, jak moc těmto jednotlivým myšlenkám věří. Poté vybereme tzv. „žhavou myšlenku“. Měla by to být myšlenka, kterou sám pacient hodnotí jako nejvíce obtěžující (to, aby jí věřil na nejvyšší počet procent, není podmínkou). V dalším kroku požádáme pacienta, aby identifikoval a opět bodově ohodnotil emoce, které prožívá. Poté pacient hledá možné argumenty, svědčící pro pravdivost žhavé myšlenky. Důležité je, aby důkazy, co svědčí pro, byly objektivní. Subjektivní, typu „nemají mě rádi, tak mi nepomůžou“, nepovažujeme za důkazy a spíše je vhodné je zařadit do kategorie automatických myšlenek. V této fázi je vhodné vyzvat i zbytek skupiny k hledání argumentů, a to jak pro, tak posléze proti automatické myšlence. Důležité je, nechat pacienta vyjádřit všechny jeho argumenty svědčící pro. Pokud bychom byli v této fázi netrpěliví a nedali pacientovi dostatečný prostor, může nastat situace, kdy poté, co se do dané situace dostane, napadne ho argument, který jsme s ním neprobrali, a automatická myšlenka opět zvítězí. Po vyčerpání argumentů pro žádáme pacienta, aby hledal protiargumenty. Stejně jako u potvrzujících je důležité, aby tyto byly založené na pravdě. Opět je nezbytné dát pacientovi prostor si myšlenky zpochybnit sám. Nemá smysl převzít otěže argumentace, protože pak by mohla nastat paradoxní situace, kdy terapeut myšlenku vyvrací, zatímco pacient ji brání. Cílem hledání argumentů pro a proti je ukázat, jak je automatická myšlenka nepřesná, obvykle nad-

Tabulka 7. Záznám automatických myšlenek

Situace	Myšlenky 0–100 %	Emoce 0–100 %	Co svědčí pro?	Co svědčí proti	Alternativní myšlenka 0–100 %	Emoce 0–100 %
Byla jsem sama doma, čekala jsem manžela. Náhle se mi rozbušilo srdce, cítila jsem sevření v krku.	Zase je to tady! Jsem sama a nikdo mi nepomůže! 90 %	Úzkost 90 % Strach 90 %	Mám divné příznaky – potím se, lapám po dechu, tep až v hlavě, třes celého těla, mravenčení v prstech, křeče v rukou.	Podobné pocity jsem měla za poslední 3 roky mnohokrát.	Ano, mám záchvat úzkosti, to už znám. Odezní sám, nezávisí na cizí pomoci. 80 %	Úzkost 30 % Strach 30 %
	Co když tady zemřu?! 90 %	Panika 100 %		Lékaři mi opakovaně říkali, že je to panika.	Měla jsem jich už řadu a přežila jsem to. 100 %	Panika 10 %
	Kde je?! Má tu být! 80 %	Zlost 10 %		Vždy to odeznělo.		
	Rychle k oknu, nebo se udusím! 100 %	Panika 100 %		Už vím, že je to panický záchvat, že o život nejde. Spolupacienti mají podobné záchvaty. Mám vydýcháno moc kyslíčku uhličitého, asi jsem rychleji dýchala.	Asi je v práci. 80 % Nepanikařit, zpomalit dech, kontrolovat ho. 90 %	Zlost 0 %

měrně katastrofická. Poté požádáme pacienta, aby vytvořil alternativní myšlenku. Tedy myšlenku, která bude v té situaci pravdivější než automatická. Opět pacienta vyzveme, aby ohodnotil, jak moc dané alternativní myšlenky věří. Zřídka dosahujeme čísla 100 %, což není na obtíž. Pokud má být ale alternativní myšlenka účinná, bylo by vhodné, aby jí pacient věřil alespoň na 60 %. Důvěryhodnost 50 na 50 a méně, obvykle nevede ke změně emočního prožívání. Požádáme pacienta, aby si opět představil úvodní situaci a místo automatické myšlenky zkusil použít tu pravdivější – alternativní. Vrátime se k původním emocím a zkusíme znovu obodovat intenzitu jejich prožívání. Obvykle vidíme více či méně výrazné snížení těch konkrétních emocí. Diskutujeme s pacientem, jak by celá situace mohla vypadat pod vlivem alternativní myšlenky. Nevyplněný záznam automatických myšlenek dáváme každému pacientovi. Za domácí úkol z toho setkání mají kromě nácviku řízeného dechu, Ůstovy relaxace i vyplnění 5 záznamů automatických myšlenek.

6. setkání

Jako každé setkání i to šesté zahajujeme kontrolou domácího úkolu a vysvětlením případných nejasností. Pokaždé se vrátíme k hierarchii expozic a jejímu plnění. Pacienty opět rozdělíme do skupin po třech a požádáme je, aby si navzájem prezentovali své záznamy automatických myšlenek. Upozorňujeme na podobnosti a odlišnosti mezi jednotlivými členy skupiny. Aktivní přístup pacientů se táhne celou terapií a i zde hraje důležitou roli. Hlavním tématem šestého setkání jsou „jádrová schémata“. Edukujeme pacienty o tom, že jádrová schémata jsou vlastně vnitřní přesvědčení člověka sama o sobě. Dysfunkční jádrová schémata se podílejí na rozvoji automatických negativních myšlenek a tím i na rozvoji úzkosti. Zjištění jádrových schémat je komplikovanější než zjištění automatických myšlenek, neboť tato si výjimečně pacient uvědomí a vysloví je přímo. Způsob, jakým se v terapii pokoušíme pacientům v jejich odhalování pomoci, je poučení o dětských potřebách. Diskutujeme s pacienty otázku základních dětských potřeb, jakými jsou bezpečí, přijetí a umíš/dovedeš. A jak se jejich nedostatek projevuje v dětství, jak ovlivňuje výchovu a jaký potenciální dopad má v dospělém věku. Pacienty opět rozdělíme do malých skupin a požádáme je, aby vzpomněli na své dětství a uvědomili si, jestli a jak byly tyto jejich dětské potřeby naplněny. Kromě toho, že jádrová schémata na základě něčeho vznikla, musí je v životě něco udržovat, tzv. „udržující faktory“. Pomocí dětských vzpomínek se pokoušíme hledat vnitřní přesvědčení k sobě

Tabulka 8. Jádrové schéma a odvozené přesvědčení

Jádrové schéma	Nejsem dost dobrá – výkon i vztah
Odvozená přesvědčení	
■ Kompenzatorní	Musím být ctižádostivá a snaživá. Musím být přísná na sebe, abych byla dost dobrá pro výkon. Musím stále o všechny dbát a pečovat, aby mě měli rádi. Když už nejsem nejhezčí, tak musím být alespoň milá a chytrá!
■ Vyhýbavá	Raději budu nemocná, než neschopná!

– jádrová schémata. Neboť tato se tvoří v raném dětském věku. Jádrová schémata rozdělujeme do tří skupin. První skupina se týká výkonu (jsem neschopný, selhávající, ne dost dobrý, apod.), druhá pak přijetí (jsem odmítaný, osamělý, odlišný, apod.) a třetí pak kontroly/moci (jsem neovládající se, nejsem schopen ovlivnit okolí). Způsob, jakým se v životě pokoušíme „maskovat“ naše jádrová schémata, nazýváme odvozená přesvědčení. Jsou to jakási životní pravidla, kterými se v životě řídíme (např. výkon – abych byl v životě šťastný, musím být nejlepší ze všech; přijetí – to, jakou mám hodnotu, je závislé na tom, jak mě hodnotí okolí; kontrola/moc – vše musím zvládnout sám). Odvozená přesvědčení dělíme do dvou skupin – kompenzatorní (tedy jakým způsobem se pokoušíme kompenzovat svoje jádrová přesvědčení) a vyhýbavá (jak je před ostatními skrýváme) (tabulka 8). Tento úkol je obvykle pro pacienty velmi těžký, proto je dobré dát prostor každému pacientovi a pomoci mu v identifikaci jak jádrového schématu, tak odvozeného přesvědčení.

7. setkání

V sedmém setkání se vrátíme k tématu jádrových schémat. V této fázi by již pacienti měli rozumět tomu, jaké je jejich vnitřní přesvědčení o sobě (jádrové schéma) a jak toto v životě skrývají (odvozená přesvědčení). Důležitým bodem tohoto setkání je nalezení propojení těchto schémat s každodenním životem. Cestou, jak k tomu dojít, je identifikovat možné strategie chování vycházející z odvozených přesvědčení. Chování také rozdělujeme do 2 kategorií – kompenzatorní a vyhýbavé. Po identifikaci vzorců chování pátráme, jak se odráží v jednotlivých oblastech života. Pro jednoduchost používáme 5 základních okruhů – zaměstnání/studium, vztahy, psychický stav, volný čas a pravidla/zákony. Pacienty necháváme kreslit si jednoduché schéma (schéma 3).

Poté je necháváme diskutovat v malých skupinkách, hledat podobnosti a rozdíly. Po co nejkomplexnějším pochopení vlivu jádrových schémat na život jedince a jejich původu hledáme pravdivější tvrzení o sobě. Při hledání těchto tvrzení se opět pokoušíme o objektivní přístup. Požádáme tedy pacienty, aby si sepsali

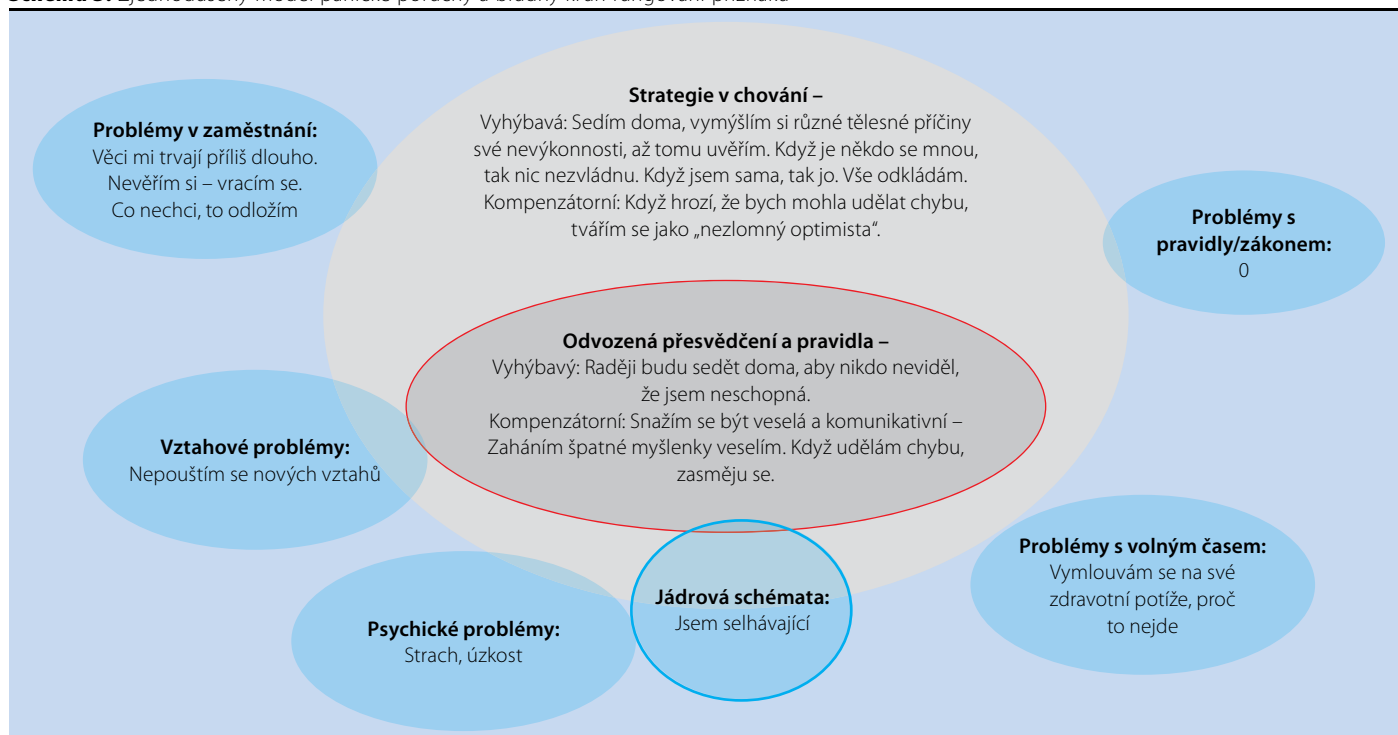
(nejprve po třech pak po deseti letech) důkazy, které svědčí proti jejich jádrovému schématu. Na základě těchto informací pak pacienti tvoří pravdivější tvrzení o sobě, mění postoje k sobě.

8. setkání

K tomuto setkání by měli pacienti přicházet již s propracovanými jádrovými schématy, měli by rozumět jejich původu a tomu, co je v životě udržuje. Měli by mít představu o svých odvozených přesvědčeních, následném vyhýbavém či kompenzatorním chování a o tom, jak toto zasahuje do každodenního života. Z minulého setkání by si pak měli odnášet objektivnější postoj sama k sobě – adaptivnější postoj. Na začátku sezení, po proběhnutí expozic a událostí minulého týdne, se vrátíme k otázce adaptivnějších postojů. Rozdělíme pacienty do skupin a poprosíme je, aby zkusili prodiskutovat, jak by tento adaptivnější postoj mohl ovlivnit jednotlivé sféry života, jestli tuto změnu vnímají jako pozitivní, jak by se změnilo jejich prožívání.

Blíží se konec kurzu, pacienty připravujeme na budoucnost. Přesouváme pozornost na prevenci relapsu. Pacienti si připravují plán na jeden rok. Tím si ujasňují, čemu se v nastávajícím období chtějí věnovat, co pro ně bude důležité a objevují se i oblasti, ve kterých by mohly nastat případné těžkosti. Těmto oblastem se společně věnujeme, pacienti opět ve skupinkách hledají strategie, jak potenciálním problémům čelit a procházejí možné varianty jejich řešení, přehrávají je i ve scénkách.

Někdy je možné konkrétně určit události, které by mohly vést k recidivě poruchy (např. odchod dětí z domova, hrozící rozvod, úmrtí příbuzného, propuštění ze zaměstnání). V těchto případech vypracujeme s pacientem plán, jak události nejlépe zvládnout. Opakujeme postupy, které pacient dobře umí a mohou tedy sloužit i při větší zátěži. Takový „balíček první pomoci“ by měl obsahovat na jedné straně připravenost na konkrétní příznaky, které se mohou objevit při recidivě poruchy (náhlé stavy úzkosti, tendence k vyhýbavému chování), a na druhé straně konkrétní techniky, které pacient použil k jejich překonání v minulosti. Tento „balíček“ by měl být snadno a rychle použitelný a mohl by o něm vědět i partner či přítel pacienta.

Schéma 3. Zjednodušený model panické poruchy a bludný kruh fungování příznaků

9. setkání

Poslední hodinu kurzu věnujeme shrnutí a hodnocení. Ptáme se pacientů, jak prožívali společné setkání, jaké momenty považují za klíčové, jak by sami hodnotili úroveň změn v jejich životě. Pacientům dodáváme pochvaly za práci ve skupině a podporu do budoucna. Je potřeba pacienty upozornit, že během 9. setkání není možné plně změnit všechny oblasti života, přijít na řešení obtížných situací. Zdůrazňujeme potřebu dalšího pátrání a pokračování ve změnách životních postojů a režimů. Většinu hodiny pak věnujeme probírání budoucnosti. V minulém sezení si pacienti měli připravit „balíček první pomoci“. Nesnažíme se pacientům lhát, že nyní se jim bude v životě dařit a nesetkají se s žádnými nezdary. Naopak připravujeme je na to a nabízíme možnosti, jak se s nezdary vyrovnat. Velký důraz klademe i na změnu životního stylu, a to jak ve smyslu zvýšení fyzické aktivity, tak plánování aktivit či dostatečného prostoru pro odpočinek.

Setkání po 3 měsících

Pacienti mezi sebou sdílejí události uplynulého období. Zajímá nás nejen změna četnosti, závažnosti či délky panických atak, ale ptáme se i na změny v životních situacích, které mohly mít souvislost s rozvojem onemocnění. Společně probíráme změny v chování a dopad těchto změn na prožívání, rodinnou či pracovní situaci. Probíráme, jak se daří a jak se podařilo plnit naplánované úkoly, jaké problém-

my se v průběhu plnění objevily a jak se k nim pacient postavil, popř. jaké další úkoly si pacient plánuje do budoucna. Připomínáme strategie řízeného dýchání, relaxací, práci s myšlenkami, expozice, zábranu vyhybavému chování. Pacientům nabízíme možnost dalšího kontaktování terapeuta v případě potřeby. Skupina často zůstává v kontaktu i dál po skončení skupinové terapie.

Problémy

Pro zdárný průběh skupinové KBT terapie je žádoucí mírný pozitivní přenos pacientů k terapeutům i mezi sebou (21). I když je skupinová KBT panické poruchy relativně krátká a strukturovaná, pacienti jsou vedeni k nezávislosti domácími úlohami a i v jednotlivých sezeních je vedena tak, aby byla posílena samostatnost, řízené objevování a vzájemná pomoc mezi členy skupiny a došlo k zamezení rozvoje nežádoucích nadměrných přenosových reakcí, mohou se tyto objevit a terapii zpomalovat nebo blokovat (22). V každé skupině bývají zpravidla 1–2 pacienti, kteří v průběhu skupinového procesu pracují kontraproduktivně a znamenají pro skupinu i terapeuty problém. Hned po začátku terapie (ve 2.–3. sezení) sdělují, že program jim nic nepřináší, naopak panické záchvaty se objevují častěji, odmítají dělat domácí úkoly nebo opakovaně zdůvodňují, proč je udělat nemohli, chtějí na sebe nadměrně strhávat pozornost, tvrdí, že ostatní se přetvařují. Tyto projevy často souvisí jak s nadměrnými

mi očekáváními, tak se strachem z kritiky nebo se selhání jednotlivých pacientů, s obtížemi zapadnout do skupiny nových lidí apod. Jde často o pacienty, kteří potřebují dlouhodobé vedení a krátká KBT skupina je pro ně nedostatečná. V zásadě se snažíme takové pacienty do skupiny nezařadit, nicméně někdy i přes úvodní vyšetření mohou projít, protože v individuálním vyšetření má jinou atmosféru než probíhající mnohočlenná skupina (tabulka 9).

Vedoucí skupiny potřebují mít na zřeteli, že odpor ke změně může být způsobený četnými faktory, kam patří např. potřeba udržet status quo (i když jsou příznaky a handicap, je to známé, zatímco změna otevírá nové nejistoty). Změna může být v kontrastu s dlouhodobou zkušeností nebo s představou o sobě samotném, s tvrzením autorit nebo dřívějších lékařů či terapeutů. Vymizení panických atak může vést k zvýšení pozornosti k problémům, o kterých pacient raději nechtěl vědět a které vytěsňoval ze své pozornosti, protože nevěřil, že je může zvládnout.

Podobně, jako se může objevit přenos u pacientů, se mohou objevit kolidující protipřenoso- vé reakce u vedoucích skupiny, zejména na pasivní, výrazně sebe-litující, pozornost na sebe strhávající nebo nadměrně bojovné pacienty (23). Vzájemná otevřená diskuze vedoucích skupiny o skupinovém dění a vlastních reakcích na jednotlivé členy a supervize jsou nejdůležitějšími prostředky, jak negativní protipřenoso- vé jevy zpracovat (24).

Tabulka 9. Prototypy problémových členů skupiny a možnosti zvládání

Prototyp	Charakteristika	Možnosti zvládání
Útočný, arogantní, kverlující	Nesouhlasí, dostává se do křížku s jinými členy, polemizuje s vedoucími, často kritizuje druhé, dává najevo pohrdání	Závisí na kontextu: Nepodporovat, nedávat otázky, nekontaktovat očima, případně převést téma jinam, přerušit, obrátit se přímo na někoho druhého Při překračování hranic dát zpětnou vazbu s vyjádřením empatie pro potřebu polemizovat, nicméně poukázat na rušení skupinového procesu Vyjádřit pochopení pro druhou stranu
Pasivní, mlčenlivý	Účast je minimální Nejraději tiše sedí, vyhýbá se interakcím, pokud pracuje v malé skupině, nechává vždy mluvit ostatní	Empaticky povzbudit Využít k povzbuzení jiné členy skupiny Klást přímé otázky umožňující interakci Zpracovat automatické myšlenky související s pasivitou
Filozofizující či psychologizující nebo léčitelský	Místo zabývání se problémem filozofuje o odlehlých možnostech, alternativní léčbě, laicky povrchně psychologizuje	Uznat potřebu uvažovat o odlehlých tématech, filozofovat apod., ale zdůraznit potřebu soustředit se přímo na aktuální praktické problémy
Rušíci, odvádějící	Nabízí jiná témata, odvádí pozornost, vstupuje jiným do projevů	Nevšímat si odvádění od tématu, maximálně sdělit, že je to zajímavé, a pak se vrátit k tématu a držet linii
Pochybovačný	O všem pochybuje, zdůrazňuje neúspěchy svoje i druhých, zdůrazňuje, že něco jiného by mu pomohlo	Vyhnout se konfrontacím, vyjádřit pochopení pro potřebu pochybnosti, ale vrátit se k tématu, zdůraznit vlastní volbu a odpovědnost
Snaživý	Snaží se pomáhat druhým, často aby se vyhnul vlastním problémům Radí, nabízí pomoc, ochraňuje Někdy opakuje to, co slyšel od terapeutů, napodobuje jejich chování	Vést k němu samotnému, pokud pomáhá konstruktivně, dát pozitivní zpětnou vazbu, ale pak vést k jeho problémům Neužitečné rady, pomoc a ochranu zpracovat ve skupině, zeptat se ostatních, co si o tom myslí apod.
Vyhýbavý	Chodí pozdě, brzy chce odejít, nebo z různých „vážných“ důvodů vynechává setkání, nedělá úkoly, vymlouvá se, racionalizuje	Jemně konfrontovat, najít skryté důvody (často malá sebedůvěra), uznat, že jeho potřeby mohou být odlišné od potřeb skupiny, povzbudit, ale také zdůraznit vlastní volbu a odpovědnost

Souhrn

Specializovaná kognitivně behaviorální terapie panické poruchy a agorafobie může adekvátně nahradit individuální psychoterapii. Kromě znalosti a dovednosti kognitivně behaviorálního terapeuta vedoucí skupiny potřebují rozumět také interakcím skupiny a její dynamice a využít společného potenciálu skupiny ku prospěchu jejích členů.

*Podpořeno projektem
IGA MZ ČR NS 10301-3/2009.*

Literatura

- Taylor CB. Panic disorder. *BMJ* 2006; 332(7547): 951–955.
- Mitte K. A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *J Affect Disord* 2005; 88(1): 27–45.
- Westen D, Morrison K. A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: an empirical examination of the status of empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69(6): 875–899.
- Otto MW, Pollack MH, Maki KM. Empirically supported treatments for panic disorder: Costs, benefits, and stepped care. *J Consult Clin Psychology* 2000; 68: 556–563.
- Gorman J, Shear K, Cowley D, et al. Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder. In: American Psychiatric Association: Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders. Compendium 2002: 635–696.
- Ballenger JC. Panic disorder and agoraphobia. In: Gelder MG, Lopez-Ibor JJ, Andreasen N (eds): New Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford: Oxford University Press 2000: 807–822.
- Praško J, Horáček J, Záleský R, et al. The change of regional brain metabolism (18FDG PET) in panic disorder during the treatment with cognitive behavioral therapy or antidepressants. *Neuroendocrinol Lett* 2004; 25(5): 340–348.
- Craske MG, Brown TA, Barlow DH. Behavioral treatment of panic: a twoyear follow up. *Behavioral Therapy* 1991; 22: 289–304.
- Barlow DH, Gorman JM, Shear MK, et al. Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial 2000; 283(19): 2529–2536.
- Oei TPS, Llamas M, Evans L. Does concurrent drug intake affect the long-term outcome of group cognitive-behavioral therapy in panic patients with or without agoraphobia? *Behav Res Ther* 1997; 35: 851–857.
- Furukawa TA, Watanabe N, Churchill R. Combined psychotherapy plus antidepressants for panic disorder with or without agoraphobia. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; CD004364.
- Praško J, Herman E, Prašková H, et al. Panická porucha. In: Seifertová D, Praško J, Horáček J, Hoschl C (eds.): Postupy v léčbě psychických poruch. Praha: Academia Medica Pragensis, 2008: 188–217.
- Postel MG, de Haan HA, De Jong CA. E-therapy for mental health problems: a systematic review. *Telemed J E Health* 2008; 14(7): 707–714.
- Bergström J, Andersson G, Ljótsson B, Rück C, Andréewitch S, Karlsson A, Carlbring P, Andersson E and Lindefors N. Internet-versus group-administered cognitive behaviour therapy for panic disorder in a psychiatric setting: a randomised trial. *BMC Psychiatry* 2010; 10: 54.
- Telch MJ, Lucas JA, Schmidt NB, Hanna HH, LaNae Jaimez T, Lucas RA. Group cognitive-behavioral treatment of panic disorder. *Behav Res Ther* 1993; 31(3): 279–287.
- Wade WA, Treat TA, Stuart GL. Transporting an empirically supported treatment for panic disorder to a service clinic setting: a benchmarking strategy. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66(2): 231–239.
- Hoffmanová L, Kosová J. Uzavřená KBT skupina pro úzkostné poruchy v režimu denního stacionáře. *Psychiatrie* 2001; 5(4): 36–37.
- Free ML. Cognitive therapy in Groups. Guidelines and resources for practice. Chichester: Wiley & Sons Ltd. 1999.
- Libigerová E, Bažant J. KBT hrou – skupinová kognitivní léčba úzkosti. *Česká a Slovenská Psychiatrie* 2004; 100(1): 34–39.
- Soukupová N, Praško J. Skupinová KBT u panické poruchy. *Psychiatrie* 2001; 5(4): 32–35.
- Praško J, Možný P, Šlepecký M, et al. Kognitivně-behaviorální terapie psychických poruch. Praha: Triton 2007.
- Leahy RL. Overcoming Resistance in Cognitive Therapy. The Guilford Press, New York 2003.
- Hoffart A, Hedley LM, Thornes K, et al. Therapists' emotional reactions to patients as a mediator in cognitive behavioural treatment of panic disorder with agoraphobia. *Cogn Behav Ther* 2006; 35(3): 174–182.
- Praško J, Divéky T, Grambal A, et al. Transference and countertransference in cognitive behavioral therapy. *Bio-medical Papers* 2010; 154(3): 189–198.

Článek doručen redakci: 18. 1. 2012

Článek přijat k publikaci: 3. 8. 2012

MUDr. Dana Kamarádová

Klinika psychiatrie, LF UP a FN Olomouc
I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc
dana.kamaradova@fnol.cz