

Kognitivně behaviorální přístupy ke zvládání utrpení a strasti

Mgr. et Mgr. Jana Vyskočilová^{1,2}, prof. MUDr. Ján Praško, CSc.³, MUDr. Petr Možný⁴, MUDr. Michaela Novotná⁵, PhDr. Marie Ocisková^{3,6}, Mgr. Zuzana Sedláčková⁶,

¹Fakulta humanitních studií, Univerzita Karlova v Praze

²Ústav teorie a praxe ošetrovatelství, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze

³Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci, Fakultní nemocnice Olomouc

⁴Psychiatrická nemocnice v Kroměříži

⁵Therapia Viva s.r.o., Praha 2

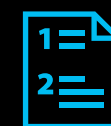
⁶Katedra psychologie, Filozofická fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci

Nízká míra schopnosti snášet nepohodu, strast či utrpení, které jsou nedílnou součástí nepříznivých životních událostí, může vést ke ztrátě psychické stability a udržování psychické poruchy. Pacient se často snaží své utrpení zvládnout pomocí vyhýbavého nebo kompenzačního chování, které sice může jeho utrpení bezprostředně zmírnit, dlouhodobě však vede ke zhoršení kvality jeho života a k přetrvávání utrpení. Kognitivně behaviorální přístupy, zaměřené na zvýšení schopnosti snášet nepříjemné a strastiplné životní prožitky, umožňují pacientovi lépe unést nevyhnutelné ztráty v životě, kterým je vystaven, unést svou úzkost, smutek a nutkání k impulzivní akci či úniku, a tím mu otevírá více možností, aby se choval svobodněji, funkčněji a cílevědoměji. Moderní kognitivně behaviorální přístupy, jako je Dialektická behaviorální terapie, Na všímavosti založená kognitivní terapie, Terapie přijetí a závazku či Na soucit zaměřená terapie, vytvořily a uplatnily terapeutické metody, jejichž cílem je zvýšit pacientovu odolnost vůči utrpení a jeho schopnost je lépe zvládat. Tyto přístupy se uplatňují nejen u pacientů s chronickými psychickými poruchami, ale také u pacientů s chronickými tělesnými nemocemi a s trvalým postižením.

Klíčová slova: strast, hodnoty, kognitivně behaviorální terapie, Dialektická behaviorální terapie, Na všímavosti založená kognitivní terapie, Terapie přijetí a závazku, Na soucit zaměřená terapie.

Cognitive behavioral approaches to coping with suffering and hardship

Low level of ability to endure discomfort, hardship and distress, which are integral parts of adverse life events, may lead to loss of mental stability and maintenance of the psychological disorder. The patient often tries to cope with their suffering through avoidance and compensatory behavior that may relieve his pain immediately; however, in the long term it leads to the deterioration in the quality of his life and the persistence of suffering. Cognitive- behavioral approaches focused on increasing the ability to endure unpleasant



and distressful life experiences, allow the patient to better bear the inevitable losses in life, which he is exposed to, endure his anxiety, sadness, and the urge to impulsive action or escape; so the patient have more possibilities to act more freely, functionally and purposefully. Modern cognitive behavioral approaches, such as Dialectic Behavioral Therapy, Mindfulness Based Cognitive Therapy, Acceptance and Commitment Therapy and Compassion Focused Therapy developed and applied therapeutic methods designed to increase the patient's resistance to suffering and his ability to cope it better. These approaches are used not only in patients with chronic psychiatric disorders, but also in patients with chronic physical illnesses and permanent disability.

Key words: suffering, values, cognitive behavioural therapy, dialectic behavioral therapy, mindfulness based cognitive therapy, acceptance and commitment therapy, compassion focused therapy.

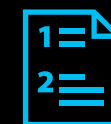
Psychiatr. praxi 2015; 16(2e): e3–e12

Úvod

Nepříjemné a strastiplné zážitky často vedou k významnému stresu a omezení kvality života. Příčinu řady z nich nelze změnit (například úmrtí blízkého člověka, chronické onemocnění, traumatickou událost, amputaci končetiny apod.), lze je jen přijmout a naučit se je lépe snášet (1–4). Nízká míra schopnosti snášet nepohodu, strast či utrpení však může vést ke ztrátě psychické stability a k udržování psychické poruchy. Pokud jedinec prožívá určitou událost, situaci nebo vlastní emoce a tělesné příznaky jako „nepříjemné“ či „nesnesitelné“, snaží se je obvykle zvládnout pomocí vyhybavého nebo kompenzatorního chování, které sice může míru jeho utrpení bezprostředně zmírnit, dlouhodobě však vede ke zhoršení kvality jeho života a k udržování jeho utrpení (5).

To se netýká jen psychických poruch. Průběh a léčba chronických tělesných onemocnění, jako jsou např. mozková mrtvice, rakovina, autoimunitní onemocnění, chronická srdeční a respirační onemocnění, osteoartróza, diabetes, chronické záněty střev, chronická bolest a další, bývají spojeny se značným utrpením jedince. Příznaky a důsledky onemocnění mohou být trvalé a léč-

ba nedokáže od utrpení zcela ulevit (6–9). Léčba chronických onemocnění přitom vyžaduje, aby se nemocný aktivně zapojil do procesu léčby po velkou část svého života. Bývá nezbytné dodržovat lékařské pokyny ovlivňující významné oblasti života, ať už se jedná o omezení ohledně toho, které pracovní činnosti jedinec může vykonávat a které nikoliv, nebo pokyny ohledně užívání léků, způsobů stravování a způsobů trávení volného času. Příznaky chronické nemoci a nezbytnost dodržování pokynů ošetřujícího lékaře či nepříjemné následky při jejich nedodržování významně ovlivňují duševní stav nemocného i jeho blízkých, jsou zátěží, s níž se musí vyrovnat. Faktory týkající se osobnosti pacienta a prostředí, v němž žije, mají velký vliv na kvalitu života pacienta, jeho psychického zdraví, i na spolupráci v léčbě. Úzkost, deprese a strach jsou u pacientů s chronickým onemocněním časté. To, jak je pacient schopen snášet své utrpení, rozhoduje nejen o jeho schopnosti zapojit se do léčby, ale také o tom, zda dokáže i nadále žít smysluplný život (10). Vysoká míra schopnosti snášet nepohodu, strast či utrpení je spojena s postojem, že situace je sice těžká a nepříjemná, ale prožívané utrpení je „snesitelné“.



Pacient přijme skutečnost, že onemocněl chronickou chorobou, a v rámci svých možností usiluje o cílevědomé a smysluplné aktivity (11).

Moderní přístupy v kognitivně behaviorální terapii (KBT) v posledních desetiletích významně přispěly k vytvoření a uplatňování terapeutických postupů, jejichž cílem je zvýšit pacientovu odolnost vůči utrpení a jeho schopnost jej lépe zvládat. Zaměřují se také na ovlivnění důležitých kontextuálních faktorů, jako jsou očekávaná, skutečná a vnímaná sociální a rodinná podpora (12). Zejména některé přístupy tzv. „třetí vlny“ KBT, jako je Dialektická behaviorální terapie (Dialectic Behavioral Therapy, DBT, 1, 2), Na všímavosti založená kognitivní terapie (Mindfulness Based Cognitive Therapy, MBCT, 13), Terapie přijetí a závazku (Acceptance and Commitment Therapy, ACT, 3), a Na soucit zaměřená terapie (Compassion Focused Therapy, CFT; 14), zaměřily svou pozornost a úsilí na hledání terapeutických postupů, zaměřených nejen na zvládání chronických psychických poruch, ale i na potřeby pacientů s trvalými handicapem a chronickým tělesným onemocněním.

Kognitivně behaviorální pohled na snášení nepohody a strasti

Schopnost snést nepohodu a strast lze chápat jako schopnost prožívat negativní osobní události a unést je natolik, aby jedince zcela nepohltily a nebránily mu v cílevědomých životních aktivitách (10, 12). Oproti tomu nízký práh frustrační tolerance představuje faktor zranitelnosti, který vede k tomu, že jedinec vnímá svůj život jako příliš zatěžující, jež vznáší nároky, jimž nedokáže smysluplně vyhovět. Toto přesvědčení vede často k rezignaci na snahu o aktivní řešení problémů a k vyhýbavému a kompenza-

tornímu jednání, které může bezprostředně míru utrpení zmírnit, ale dlouhodobě tělesné a psychické utrpení pacienta udržuje a zhoršuje (15, 16). Příkladem takového jednání je například vyhýbání se tělesné aktivitě a neprovádění potřebných rehabilitačních cviků, nadužívání léků proti bolesti či alkoholu nebo neužívání předepsaných léků a nedodržování dietních omezení.

Kognitivní pohled na zvyšování schopnosti snášet nepohodu a strasti zdůrazňuje význam vnímání a hodnocení událostí, které nepohodu vyvolávají, a dalších okolností, které se s nimi pojí. Zároveň se zaměřuje na vliv osobního hodnocení významu prožívaných událostí, očekávání možné pomoci z okolí a odhadu vlastní zdatnosti situaci či nepohodu zvládnout (17, 18).

Behaviorální model schopnosti snést nepohodu, strast a utrpení považuje za rozhodující schopnost zakoušet averzivní událost a zároveň pokračovat v cílevědomé smysluplné aktivitě (19). Vyhnutí se strasti či utrpení zpravidla znamená krátkodobou úlevu, tím však dochází ke zpevňování vyhýbavého chování a jedinec se s událostí nevyrovná (3). Proto se pacient např. v průběhu expoziční léčby učí krok za krokem snášet nepohodu stále náročnějšího typu expozice, a zároveň se zaměřuje na rozšiřování svých smysluplných životních aktivit (4, 20, 21).

Klasická teorie KBT zdůrazňuje rozhodující význam jádrových přesvědčení a podmíněných předpokladů pro zvládání utrpení, neboť ty nejvíce ovlivňují volbu strategií zvládání strasti (8). Některí kognitivně behaviorální autoři zdůrazňují práci s negativními emocemi a jejich akceptaci jako důležitý předpoklad pro práci s pacienty se závažnějšími potížemi (5, 22). Zaměřují se na zvýšení schopnosti pacienta zvládat své emoční zážitky, včetně těch, které jsou pro něj extrémně negativní a bolestné. Např. Leahy (5) zjistil, že pacienti,



kteří trpí chronickou úzkostí či depresí, velmi často považují své vlastní emoce za odlišné od emocí druhých lidí – vnímají je jako nekontrolovatelné, nevhodné a následně v nich vyvolávají pocity viny a studu. Přijetí vlastních emocí je proto prvním krokem ke změně emočního prožívání (21, 22).

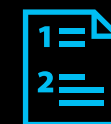
Terapie přijetí a závazku (ACT) zdůrazňuje význam psychické flexibility, která pomáhá lidem adaptovat se na výrazně zatěžující zážitky tím, že je přijmou a nechají volně proběhnout a nerozvíjí neproduktivní myšlení typu „Co by bylo, kdyby...“ nebo „Kéž by se to nikdy nestalo“. Díky tomu pak mohou investovat svou energii do smysluplných možností a aktivit, spíše než aby bojovali s nezměnitelným (23). Psychologická flexibilita znamená schopnost plně se zapojit do přítomné chvíle a unést stres s ní spojený. Ten pak přestává být ohrožujícím a destabilizujícím prvkem, ale je vnímán jako zvládnutelný, smysluplný a nebrání v dosažení dlouhodobých cílů, založených na osobních hodnotách a prioritách. V rámci ACT stojí na začátku nácviku snášení nepohody (distress tolerance), zaměření na rozvíjení postoje přijetí života a strastí, které přináší, bez hodnocení „Je to strašné“, „Nedá se to vydržet“, „Mělo to být jinak“. Terapeut pacientovi nevnucuje svůj hodnotový rámec, ale respektuje jeho vlastní. Nácvik probíhá v souladu s hodnotami pacienta. V ACT se používají metody nácviku přijímání náročných životních situací společně s behaviorálními metodami s cílem dosáhnout změny tak, aby u pacienta došlo ke zvýšení jeho psychické flexibility (24). Tento přístup používá intervence, které pomáhají pacientovi udržet přiměřené fungování ve všech oblastech jeho života i přesto, že ve stejné chvíli trpí. To ostře kontrastuje s některými tradičními léčebnými přístupy, které se naopak snaží utrpení pacienta zmírnit tím, že

mu doporučují vyhýbavé a zabezpečovací strategie (tělesný klid, zklidňující léky). ACT se snaží vést pacienta k úplnému vyloučení vyhýbavého a zabezpečovacího chování z jeho životního stylu, neboť jej toto chování vede k odkládání, perfekcionismu, konfliktům a závislostem.

Indikace nácviku dovednosti snášet nepohodu, strast a utrpení

Terapeutické metody zaměřené na zvýšení schopnosti snášet nepříjemné a strastiplné emoční prožitky umožňují pacientovi lépe unést nevyhnutelné ztráty v životě, unést jeho úzkost, smutek a nutkání k impulzivní akci či úniku, a tím otevírají jedinci více možností, aby se choval svobodněji, funkčněji a cílevědoměji (25). Lepší dovednost snášet nepohodu, strast nebo utrpení lze považovat za počátek terapeutické změny. Snášení strasti proto není samotným cílem léčby, ale po získání této dovednosti lze pokračovat dalšími terapeutickými kroky, které pacienta posilují a zvyšují míru jeho cílevědomé a smysluplné činnosti (10).

Nácvik dovedností, jak snášet nepohodu, utrpení a strast, je vhodný pro pacienty, kteří se systematicky vyhýbají svým negativním prožitkům, spojeným s averzivní událostí či dlouhodobou životní situací. Takové vyhýbání jim ve svém důsledku škodí a vede k dlouhodobému stresu, snížení kvality života a potížím ve fungování v základních rolích. Nácvik zvládání nepohody, utrpení a strasti je vhodným přístupem u pacientů, kteří mají dovednosti pro to, aby zvládali svůj život smysluplným způsobem a naplňovali své role, ale nedokáží se vyrovnat s určitou averzivní událostí nebo negativní životní situací, takže nejsou schopni dále adaptivně fungovat. Z diagnostických okruhů jsou to především



pacienti s komplikovaným truchlením (18), hraniční poruchou osobnosti (2), posttraumatickou stresovou poruchou, obsedantně kompulzivní poruchou, pacienti s chronickou bolestí a pacienti s chronickým somatickým onemocněním. Tento přístup však lze využít u celého spektra dalších diagnóz a problémů, u kterých je jedním z udržovacích faktorů vyhýbání se nepohodě, utrpení či strasti (10). U pacientů s hraniční poruchou osobnosti umožňuje nácvik zvládání nepohody vyrovnat se s tělesným pocitem napětí, silnými pocity viny nebo živými vzpomínkami (flashbacky) na zneužívání. Pomáhá také s abstinenčními příznaky či bažením spojenými s užíváním návykových látek (2). U pacientů s chronickými bolestmi nácvik pomáhá lépe snášet a zvládat bolest (26).

Lepší schopnost snášet nepříjemné emoční a tělesné pocity může zvýšit míru zapojení se do expoziční terapie u pacientů s obsedantně kompulzivní poruchou, hypochondrickou poruchou, ale i u jiných úzkostných poruch (22). Tito pacienti se totiž zpravidla vystavování se nepříjemným podnětům značně obávají. Někteří se mohou nechat svým strachem ovládnout a tím snížit účinnost léčby. Pacienti se pak mohou snažit expozicím zcela vyhnout, nebo si je usnadnit nějakým méně adaptivním způsobem (např. požitím anxiolytik, alkoholu či jiné omamné látky před vstupem do obávané situace). U těchto pacientů lze nácvik snášení strasti spojit s metodou kognitivní restrukturalizace, která zmírňuje vliv kognitivních omylů – jako je katastrofické myšlení. To následně snižuje celkovou míru úzkosti při provádění expozic i mimo ně (27) a posiluje víru pacienta v sebe sama a ve svou schopnost zvládat nástrahy života.

Nácvik dovedností snášení nepohody, utrpení a strasti tvoří součást některých empiricky ověřených způsobů léčby. Jde pře-

devším o Dialektickou behaviorální terapii (Dialectical Behavioral Therapy, DBT), kde jsou tyto postupy užívány k rozvinutí schopnosti přiměřeně regulovat své emoce (3). Podobný typ dovedností se rozvíjí v rámci Terapie přijetí a závazku (Acceptance and Commitment Therapy, ACT) při řešení problému vyhýbání se negativním prožitkům (28). Někteří jedinci usilují o vyhnutí se nepříjemným emočním prožitkům v subjektivně významných oblastech svého života pomocí seberealizace v jiných oblastech, které s sebou nenesou tak velké riziko emočního zranění. Někteří jedinci se např. vyhýbají intimě a svůj život a mezilidské vztahy utváří okolo majetku, postavení či vzhledu v přesvědčení, že se tak zajistí proti možnému opuštění a ztrátě (29). Opak zpravidla bývá pravdou a kromě jiných nevýhod, které přináší jakékoliv vyhýbavé jednání, s sebou snaha o vyhýbání se negativním prožitkům přináší potíže v mezilidských vztazích, celkové ochuzení života a nemožnost budovat svou psychickou odolnost tváří v tvář životním výzvám, a tak vnitřně zrást. Schopnost snášet napětí a utrpení však přináší prospěch i v jiných oblastech. Vyšší míra schopnosti snášet strast např. jasně souvisí s dosažením trvalé abstinence u kuřáků cigaret. Tito jedinci jsou odolnější vůči bažení a pokušení spojenému s prostředím a situacemi, v nichž původně kouřili (19, 30, 31). Nácvik přijímání tíživých osobních událostí a snášení strasti je užitečný i při léčbě úzkostných poruch. Bylo prokázáno, že u pacientů, kteří prošli nácvikem přijímání situací takových, jaké jsou, a bez jejich hodnocení, došlo k růstu ochoty zakoušet nepříjemné pocity spojené s panikou a zvládat s úzkostí související myšlenky v průběhu cvičení zahrnujících vdechování oxidu uhličitého (32, 33). Tito jedinci také dokáží lépe ovlivňovat svou



tepovou frekvenci při sledování emočně provokujícího filmu (34) a snášet své nežádoucí myšlenky (35).

Nácvik dovednosti snášet strasti také zvyšuje práh pro snášení bolesti (26, 36) a touhy po jídle (37). Vyšší míra schopnosti snášet strast je rovněž spojena s vyšší mírou celkové funkčnosti a dodržování léčebných předpisů u HIV-pozitivních osob (38), své místo však má i u dalších skupin chronicky nemocných pacientů. Páez s kolegy (39) např. zjistili, že nácvik snášení strasti vede u pacientek po sdělení diagnózy rakoviny prsu ke snížení míry úzkosti a deprese a vyšší kvalitě života ve srovnání s kontrolní skupinou.

KBT metody používané v nácviku snášení nepohody, strasti a utrpení

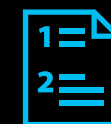
Pacient se učí snášet svou nepohodu, strasti či utrpení v celé řadě psychoterapeutických přístupů; od rozhovoru o vlastním utrpení a zážitcích, které s ním souvisí, vyprávění vlastního životního příběhu až k expoziční léčbě, kdy je strastiplnému prožívání přímo vystaven. V různých psychoterapeutických směrech panuje odlišný názor na to, co se děje, když se pacient učí zvládat své silné emoční stavy. V rámci existenciálních přístupů, např. v logoterapii, pacient s terapeutem hledají v utrpení smysl a opírají se o pacientův žebříček hodnot. V psychodynamických přístupech se propojuje současné trápení s hlubším porozuměním jeho kořenů v minulosti, a to vede ke změně emoční reakce v současnosti.

V **Dialektické behaviorální terapii (DBT)** se pacient učí utrpení přijmout a unést, a zaměřit svou pozornost na aktivity, které jsou cílevědomé a mají pro jedince smysl (2, 25). DBT byla původně vyvinuta pro léčbu pacientek s hraniční poruchou osobnosti se sebevražednými tendencemi. V tomto přístupu se kombinují

behaviorální přístupy s dalšími psychologickými a spirituálními postupy, jako jsou všímavost a přijetí vlastních negativních emocí (3). Mezi užívané strategie patří nácvik dovedností, jako jsou snášení stresu, emoční regulace a interpersonální dovednosti. Kromě nich hraje důležitou roli dialektický proces, který zahrnuje přijetí protikladů nebo paradoxů. V případech, kdy se přístup používá při práci s chronicky nemocnými pacienty, je jedním z cílů umožnit jedinci, aby odlišil sebe sama od své nemoci a vnímal se jako plnohodnotný člověk se specifickými vlastnostmi, potřebami a cíli, ne pouze jako „diabetik“, „žena s HIV“, nebo „epileptik“. Dalším cílem je naučit se lépe zvládat svou nemoc a utrpení, které přináší, tak, aby nebylo zahlcující a destabilizující (11).

V průběhu DBT pacient postupně prochází čtyřmi stadii nácviku, mezi které patří nácvik přijetí, expozice, techniky změny a kognitivní techniky (2):

- **Přijetí** – Pacient se učí plně vnímat události, které jej trápí, aniž by se je pokoušel měnit nebo se snažil je ihned aktivně, a v některých případech takřka kompulzivně, zvládat. Osvojuje si schopnost plně přijmout skutečnost takovou, jaká je. Linehanová (3) rozlišuje tři typy přijetí: (a) radikální čili celkové přijetí skutečnosti; (b) aktivní volbu přijmout svoji situaci; (c) svéhlavost vs. přijetí. K radikálnímu přijetí patří například přijetí toho, že zemřel blízký člověk, uznání bolesti a utrpení jako součásti života a uvědomění si, že někdy může být utrpení užitečné a sloužit k vyrovnání. K druhému typu přijetí patří aktivní snaha situaci přijmout proto, že se k tomu člověk rozhodl, protože je to pro něj užitečné. Takové přijetí si člověk musí často opakovat, utvrzovat se v něm, neboť zpočátku jde o přijetí na rozumové úrovni, nikoliv na emocionální. Jedná



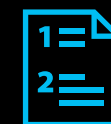
se o přechodné stadium radikálního přijetí. Svéhlavost znamená vzdorovat skutečnosti, kterou změnit nemůžeme. Je to vlastně ne-přijetí. Krátkodobě takový postoj může člověka chránit před nadměrným stresem spojeným s akceptací situace, dlouhodobě však vede k prodlužování trápení. V DBT se pacient učí přijmout i tento svůj postoj. Také se učí rozlišovat, které situace jsou neměnné a je potřeba je přijmout úplně, které lze přijmout jen rozumově a které lze změnit a nemá je přijímat a má smysl se proti nim svéhlavě stavět.

- **Expozice** – Pacient se může vystavit nepříjemné situaci přímo (in vivo expozice obávaným podnětům), nebo v představě či vzpomínkách (u komplikovaného truchlení, posttraumatické stresové poruchy). Expozici lze také provádět jako písemný scénář (např. katastrofický scénář u hypochondrické poruchy nebo sociální fobie).
- **Strategie změny** – Jde o hledání nového způsobu, jiného než přijetí, jak se vyrovnat s nežádoucími událostmi. Tyto strategie zlepšují pocit kontroly nebo zvyšují schopnost situaci změnit s cílem zvýšit cílevědomé aktivity. Lze použít několik strategií. Nejjednodušší je odvedení pozornosti, což však nebývá příliš účinné a podobá se vyhýbavému chování. Využívá se proto jen jako „nouzová“ strategie, než si pacient osvojí jiné. Další strategií je výběr „oddechového času“, kdy se pacient danou situací jednoduše nezabývá (na pár okamžiků na obtížnou situaci nemyslí nebo myslí na něco příjemného), technika pousmání (sledování, jak se tělo uvolní i při uměle navozeném úsměvu) nebo habituace na silné emoce (při protrahované expozici situaci). Další strategií je reskripce, tedy přepis vzpomínky na negativní událost do podoby, která nespouští tak silné nega-

tivní emoce a je velmi účinná. Další strategií, která může pomoci změnit vnímání situace, je nácvik kontrolovaného dechu (při ohrožujících interoceptivních podnětech) nebo relaxace.

- **Kognitivní postupy** – Mezi kognitivní postupy patří zkoumání platnosti hodnocení spouštěčů utrpení, utrpení samotného nebo jeho důsledků pomocí sokratovského dialogu, při němž terapeut klade otázky tak, aby pacient sám rozpoznal, že jeho myšlenky neodpovídají skutečnosti, pomocí metody dvou sloupců (do jednoho sloupce píše pacient důkazy pro a do druhého důkazy proti určitému tvrzení nebo postoji), nebo pomocí záznamu negativních automatických myšlenek a zpochybňování jejich platnosti. Pacient také může použít metodu čtyř polí – do dvou si zapisuje výhody a nevýhody vyhýbavého chování a nepřijímání emočního utrpení, do dalších dvou pak výhody a nevýhody přijímání a zvládání nepříjemných emočních stavů. Pak má za úkol, aby si promyslel své dlouhodobé cíle a životní hodnoty a z jejich hlediska zvážil, co je pro něj prospěšnější.

Na všímavosti založená kognitivní terapie (Mindfulness based cognitive therapy, MBCT) učí pacienta zaměření pozornosti, vnímání svého těla, emoční regulaci a změny hodnocení (13, 40). Při procvičování meditace všímavosti se jedinec učí zaměřit svoji pozornost na vlastní myšlenky, emoce, tělesné prožitky, přijmout je a nechat být takové, jaké jsou, bez toho, aby je hodnotil nebo potlačoval (41, 42). Vůči svým vnitřním a vnějším vjemům má jedinec zaujmout postoj otevřené zvědavosti a přijetí čehokoliv, co se vynoří v jeho mysli. Tento postoj zvyšuje skrze plné vnímání emocí a tělesných pocitů schopnost



zvládat bolest, negativní emoční prožitky a snižuje míru navyklého vyhýbavého chování (43).

Terapie přijetí a závazku (ACT) používá podobné přístupy. Podle ní způsobuje snaha o vyhýbání se nepříjemným prožitkům paradoxně rozvoj psychických potíží a snaha potlačit, nevnímat nebo jinak se vyhýbat silným emocím, vede nakonec ke ztrátě flexibility emočního prožívání a ke zhoršení kvality života. V rámci ACT se terapeut zaměřuje na podrobné probírání pacientových životních hodnot, jeho směřování do budoucna, rolí, které chce v životě zaujímat, a pomáhá mu, aby si uvědomil, které hodnoty jsou pro něj tak významné, že mu stojí za to o ně usilovat i při jeho současném utrpení, a co z toho vyplývá pro jeho každodenní život (28, 44).

Na soucit zaměřená terapie (CFT) učí jedince, aby systematicky rozvíjel postoj vstřícného přijetí, soucitu a laskavosti jak vůči sobě a svým prožitkům, včetně těch nepříjemných, tak vůči druhým lidem. Pacient se v rámci tohoto přístupu učí pomocí vytváření představ bezpečného místa, laskavé osoby, vzpomínek na laskavé jednání druhých a na vlastní laskavé jednání vůči druhým rozvíjet svou schopnost soucitného a nekritizujícího přístupu jak vůči druhým, tak vůči sobě samému. Utrpení je v rámci tohoto přístupu považováno za součást lidské zkušenosti, která může člověka obohatit, pokud jej dokáže konstruktivně přijmout a využít (14).

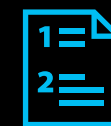
Závěry

Rozvíjení schopnosti snášet nepohodu, utrpení a strast pomáhá pacientovi odstranit jeho vyhýbavé a zabezpečovací chování, které mu může přinášet bezprostřední úlevu, ale dlouhodobě

vede k udržování utrpení, přetrvávání stresu a ke snížení kvality jeho života. V rámci KBT přístupu se pacient učí, jak čelit averzivním událostem, a přitom pokračovat v aktivitách, které jej v životě naplňují a jsou v souladu s jeho hodnotami a cíli.

Literatura

1. Linehan MM. Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford 1993.
2. Linehan MM. Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York: Guilford 1993.
3. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Emotional avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996; 64: 1152–1168.
4. Foa EB, Hembree EA, Cahill SP, Rauch SAM, Riggs DS, Feeny NC and Yadin E. Randomized trial of prolonged exposure for post-traumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2005; 73: 953–964.
5. Leahy RL. A model of emotional schemas. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly* 2002; 9: 177–192.
6. Sveinsdottir V, Eriksen HR, Reme SE. Assessing the role of cognitive behavioral therapy in the management of chronic nonspecific back pain. *J Pain Res* 2012; 5: 371–380.
7. Newton-John TR, Spence SH, Schotte D. Cognitive-behavioural therapy versus EMG biofeedback in the treatment of chronic low back pain. *Behav Res Ther.* 1995; 33(6): 691–697.
8. Van Damme S, Moore DJ. From the clinic to the lab (and back)-a call for laboratory research to optimize cognitive behavioural treatment of pain. *Transl Behav Med.* 2012; 2(1): 102–105.



9. Purdy J. Chronic physical illness: a psychophysiological approach to chronic physical illness. *Yale J Biol Med.* 2013; 86(1): 15–28.
10. Twohig MP, Peterson KA. Distress tolerance. In: O'Donohue WT, Fisher JE (eds): *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice.* Second Ed. Willey & Sons, 2008; 167–173.
11. Lubkin I, Larsen P. *Chronic Illness: Impact and Intervention.* 8th edition. Burlington, MA: Jones and Bartlett Learning; 2013.
12. Prevedini AB, Presti G, Rabitti E, Miselli G, Moderato P. Acceptance and commitment therapy (ACT): the foundation of the therapeutic model and an overview of its contribution to the treatment of patients with chronic physical diseases. *G Ital Med Lav Ergon.* 2011; 33(1 Suppl A): A53–A63.
13. Segal ZV, Williams JMG, and Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression. A new approach to preventing relapse.* Guilford Press, New York, London 2002.
14. Gilbert P. *The Compassionate Mind.* Constable & Robinson, London, 2010.
15. Mahon NE, Yarcheski A, Yarcheski TJ, Hanks MM: Relations of low frustration tolerance beliefs with stress, depression, and anxiety in young adolescents. *Psychological Reports* 2007; 100(1): 98–100.
16. Schloss HM, Haaga DAF. Interrelating behavioral measures of distress tolerance with self-reported experiential avoidance. *Journal of Rational-Emotional Cognitive-Behavioral Therapy* 2011; 29(1): 53–63.
17. Simons JS, Gaher RM: The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion* 2005; 29: 83–102.
18. Látalová K, Kamarádová D, Praško J. Komplikované truchlení a jeho léčba. *Psychiatrie* 2013; 17(4): 180–187.
19. Brown RA, Lejuez CW, Kahler CW, Strong DR, Zvolensky MJ. Distress tolerance and early smoking lapse. *Clinical Psychology Review* 2005; 25: 713–733.
20. Foa EB, Kozak MJ: Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin* 1986; 99: 20–35.
21. Prasko J, Diveky T, Grambal A, Kamaradova D, Latalova K, Mainerova B, Vrbova K, Trcova A. Narrative Cognitive Behavior Therapy for Psychosis. *Act Nerv Super Rediviva* 2010; 52(1): 135–146.
22. Prasko J, Raszka M, Adamcova K, Grambal A, Koprivova J, Kudrnovska H, Latalova K, Vyskocilova J: Predicting the therapeutic response to cognitive behavioural therapy in patients with pharmacoresistant obsessive-compulsive disorder. *Neuroendocrinol Lett* 2009; 30(5): 615–623.
23. Ducasse D, Fond G. [Acceptance and commitment therapy.] [Article in French] *Encephale.* 2013 Nov 18. pii: S0013-7006(13)00167-X. doi: 10.1016/j.encep.2013.04.017. [Epub ahead of print].
24. Flaxman P, Blackledge J, Bond F. *Acceptance and Commitment Therapy: Distinctive Features.* Hove: Routledge; 2011.
25. Twohig MP, Crosby JM. Values clarification. In: O'Donohue WT, Fisher JE (eds): *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice.* Second Ed. Willey & Sons, 2008; 583–588.
26. Vowles KE, McNeil DW, Gross RT, McDaniel ML, Mouse A, Bates M, Gallimore P, McCall C. Effects of pain acceptance and pain control strategies on physical impairment in individuals with chronic low back pain. *Behavior Therapy* 2007; 38: 412–425.
27. Sears S, Kraus S. I think therefore I am: cognitive distortions and coping style as mediators for the effects of mindfulness meditation on anxiety, positive and negative affect, and hope. *Journal of Clinical Psychology* 2009; 65(6): 561–573.
28. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change.* New York: Guilford 1999.
29. Kashdan TB, Breen WE. Materialism and diminished well-being: experiential avoidance as a mediating mechanism. *Journal of Social and Clinical Psychology* 2007; 26(5): 521–539.



- 30.** Brown RA, Lejuez CW, Kahler CW, Strong DR. Distress tolerance and duration of past smoking cessation attempts. *Journal of Abnormal Psychology* 2002; 111: 180–185.
- 31.** Daughters SB, Lejuez CW, Kahler CW, Strong DR, Brown RA. Psychological distress tolerance and duration of most recent abstinence attempt among residential treatment-seeking substance abusers. *Psychology of Addictive Behaviors* 2005; 19: 208–211.
- 32.** Eifert GH, Heffner M. The effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2003; 34: 293–312.
- 33.** Levitt JT, Brown TA, Orsillo SM, Barlow DH. The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior Therapy* 2004; 35: 747–766.
- 34.** Campbell-Sills L, Barlow DH, Brown TA, Hofmann SG. Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour Research and Therapy* 2006; 44: 1251–1263.
- 35.** Marcks BA, Woods DW. A comparison of thought suppression to an acceptance-based technique in the management of personal intrusive thoughts: A controlled evaluation. *Behaviour Research and Therapy* 2005; 43: 433–445.
- 36.** Masedo AI, Esteve MR. Effects of suppression, acceptance and spontaneous coping on pain tolerance, pain intensity, and distress. *Behaviour Research and Therapy* 2007; 45: 199–209.
- 37.** Forman EM, Hoffman KL, McGrath KB, Herbert JD, Brandsma LL, Lowe MR. A comparison of acceptance- and control-based strategies for coping with food cravings: An analog study. *Behaviour Research and Therapy* 2007; 45: 2372–2386.

- 38.** O’Cleirigh C, Ironson G, Smits JA. Does distress tolerance moderate the impact of major life events on psychosocial variables and behaviors important in the management of HIV? *Behavior Therapy* 2007; 38: 314–323.
- 39.** Páez M, Luciano MC, Gutiérrez O. Psychological treatment for breast cancer. Comparison between acceptance based and cognitive control based strategies. *Psicooncologia* 2007; 4: 75–95.
- 40.** Holzel B, Lazar S, Gard T, Schumman-Oliver Z, Vago D, Ott U. How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives of Psychological Science* 2011; 6(6): 537–559.
- 41.** Kabat-Zinn J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain clients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry* 1982; 4: 33–47.
- 42.** Baer RA. Mindfulness training as clinical interventions: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2003; 10: 125–143.
- 43.** Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: Using the wisdom of your mind to face stress, pain and illness. New York: Dell Publishing 1990.
- 44.** Hayes SC. Acceptance, mindfulness, and science. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2002; 9: 101–106.

Článek doručen redakci: 2. 2. 2015
Článek přijat k publikaci: 27. 3. 2015

Mgr. Jana Vyskočilová

Fakulta humanitních studií, Univerzita Karlova v Praze

*Ústav teorie a praxe ošetrovatelství, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze
vyskocilovajana@seznam.cz*

