

Gazzillo, F., Dimaggio, G., & Curtis, J. T. (2021). Case formulation and treatment planning: How to take care of relationship and symptoms together. *Journal of Psychotherapy Integration*, 31(2), 115-128. <http://dx.doi.org/10.1037/int000185>

Formulace případu a plánování léčby: Jak společně pečovat o vztah a příznaky

Francesco Gazzillo (Sapineza University of Rome)

Giancarlo Dimaggio (Center for Metacognitive Interpersonal Therapy, Rome, Italy)

Abstrakt: Většina klientů má kombinaci symptomů a vztahových problémů, ale psychoterapie často není vedená tak, aby se vypořádala s obojím. Mnoho terapeutů přistupuje k léčbě odshora dolů. To znamená, že použité techniky jsou založeny na jejich teoretickém konceptu (který naznačuje, jak by se měly určité diagnózy léčit), spíše než na pochopení jedinečných problémů jednotlivých pacientů. Autoři navrhnou přístup zdola nahoru, ve kterém jsou identifikovány cíle, konflikty, překážky atd. u jednotlivých klientů, a na základě konkrétního případu jsou navrženy terapeutické intervence. Základem takového přístupu je klinická formulace specifická pro daný případ. Existuje celá řada formulačních metod, autoři článku se zaměřují na metodu formulování plánu, pro ilustraci jak vyhodnotit individuální potřeby a specifika klienta a jak mu následně upravit terapii na míru, bez ohledu na teoretické nebo technické záliby terapeuta.

Klíčová slova: metoda formulace plánu, formulace případu, psychoterapeutické techniky, psychoterapeutický vztah, vztahové problémy.

Léčba symptomových poruch, zejména vycházející z tradice kognitivně-behaviorální terapie (KBT), často zanedbává interpersonální problémy. Naopak psychodynamické a humanistické přístupy se zaměřují na vztahovou dynamiku, ale obvykle věnují méně pozornosti kognitivním a behaviorálním technikám, které se zaměřují na specifické aspekty udržování symptomů. Většina klientů má však kombinaci příznaků a vztahových problémů.

Jako příklad prvního poukazují autoři na behaviorální aktivaci, dobře zdokumentovanou a účinnou léčbu deprese (Lewinsohn, 1974). Obvykle se tento přístup zaměřuje na změnu chování, bez systematického hodnocení existence patogenních schémat, která způsobila, že osoba ztratila motivaci být aktivní v každodenním životě. KBT přístupy často nevěnují pozornost nenaplnění existenciálních cílů, což může klienta zanechat v různé formě utrpení. Naopak psychodynamické, humanistické a existenciální přístupy se zaměřují hlavně na mezilidské vzorce, ale nemusí explicitně poskytovat techniky, jako je behaviorální aktivace, psychoedukace, expozice, trénink pozornosti apod., aby pomohly s potlačením symptomů.

Někdo by se mohl ohradit a citovat tzv. „dodo efekt“ (Luborsky, 1975), který naznačuje, že celkově jsou všechny léčby stejně účinné, bez ohledu na teoretický přístup. Ano, psychoterapie je obecně účinná a ano, různé metody vypadají stejně efektivně. Problém je však v tom, že ne všichni klienti reagují a ne všichni mají plné nebo stabilní odpovědi. To ponechává otevřené otázky: „Co na koho funguje?“ a „Jak mohu tomuto jedinečnému klientovi poskytnout léčbu, která je účinná ve všech narušených oblastech psychiky?“

Některé klinické kazuistiky pomáhají zarámovat argumentaci autorů. Například muž, právník, 40 let, má obavy o své zdraví a zároveň se bojí, že ho ostatní budou považovat za směšného, když to zjistí. Vyhýbá se sociálním kontaktům, tím se ochuzuje o zdroje pomoci a uklidnění a má více prostoru na své obavy. Fyzické aktivity mu pomáhají snižovat úzkost, ale když je úzkost intenzivní, zůstává pasivní, což vede k depresi. Druhým příkladem je žena, 20 let, trpí záchvatovitým přejídáním, je přesvědčena o tom, že ji ostatní budou opovrhovat, protože je ošklivá a má nadváhu. Po záchvatovité epizodě zvrací nebo užívá diuretika, aby nepřibrala. Navíc má výbuchy vzteku, které spouští představa, že ji přítel zanedbává nebo podvádí. Stává se slovně a občas i fyzicky agresivní. Po těchto výbuších se cítí provinile a uchyluje se k přejídání jako k dysfunkční strategii seberegulace. U takovýchto klientů může být diagnostikována kombinace poruch osobnosti a symptomů, přičemž pro účinnost terapie je třeba řešit oboje. Navíc jejich klinické obrazy ukazují, jak se vztahové problémy a symptomové poruchy navzájem udržují. Těmito situacemi se mnoho léčebných příruček systematicky nezabývá. Manuály pro symptomové poruchy mají ve skutečnosti tendenci zanedbávat problémy související s osobností. Naopak, léčba personálních problémů často postrádá konkrétní návrhy, jak řešit specifické symptomy mimo jejich kořeny v interpersonálních problémech. Autoři tvrdí, že má-li být psychoterapie účinná, musí být přizpůsobena konkrétnímu klientovi, což znamená věnovat maximální pozornost formulaci případu.

Formulace případu by měla obsahovat komplexní a ucelený obraz toho, o co klient v psychoterapii usiluje, o překážkách, které mu brání toho dosáhnout, a jak se o dosažení cílů bude snažit. Autoři popisují přístup k formulaci případu, který identifikuje, co klient v terapii hledá, a poté ilustrují, jak tato formulace pomáhá terapeutovi a) řešit vztahové problémy jako takové a b) pochopit a vypořádat se s rozpadem vztahů při léčení symptomových poruch pomocí specifických technik.

Metoda formulování plánu (Plan Formulation Method = PFM)

Na tomto přístupu (PFM) pracovala sanfranciská výzkumná skupina psychoterapeutů během posledních 40 let. Caston (1986) navrhl třístupňové hodnocení spolehlivosti teorie formulování případu a rozdělil obsah na tyto sekce: a) cíle, b) překážky (patogenní přesvědčení), c) traumata, d) testy a e) intervence. Tým pak přidal alternativní položky, které byly klinicky věrohodné, ale méně relevantní pro konkrétní případ. Curtis a Silberschatz (1991) modifikovali Castonův původní přístup. Nedávno skupina přidala část zaměřenou na integraci složek PFM a italský tým mírně upravil testovací sekci PFM. Dosud provedené výzkumné studie ukazují, že na základě tohoto specifického postupu mohou nezávislí hodnotitelé formulovat plán s vysokou úrovní spolehlivosti. PFM byla aplikována a empiricky ověřena v léčbě dospělých, dospívajících a dětí a v individuálních, párových a rodinných terapiích.

Jak sestavit individuální terapeutický plán

PFM může být snadno použit odborníky z různých teoretických směrů. Složky PFM jsou společné pro většinu přístupů k formulaci případů psychoterapie. To znamená, že identifikují pacientovy vývojové a adaptivní cíle pro terapii, patogenní přesvědčení nebo schémata, která brání klientovi v prosazování nebo dosažení těchto cílů (tj. překážky), traumata nebo nepříznivé zkušenosti, které vedou k těmto přesvědčením a schématům, nápravné zkušenosti, které pomohou pacientovi překonat jeho problémy (tj. testy klienta a odpovědi potřebné od terapeuta), a porozumění poskytnuté terapeutem nebo vyvinuté klientem, které bude užitečné (tj. náhledy).

Cíle

Terapeutické cíle klienta mohou zahrnovat potenciální chování, emoce, postoje nebo schopnosti, kterých by si klient přál dosáhnout. Musí být rozumné a vývojově adaptivní. Co je vývojově vhodné, se může lišit člověk od člověka a od jedné kultury k druhé. Klinik by měl být citlivý k rozdílům a pokusit se na základě konkrétního případu odhalit vhodnost konkrétního cíle pro daného jedince. Cíle mohou být

vysoce konkrétní a specifické (např. uzavřít sňatek) nebo obecnější a abstraktnější (např. posunout se vpřed ve svých preferencích a nenechat se ovládat vinou). Stejně tak mohou být tyto cíle buď výslovně uvedeny klientem, nebo je může terapeut odvodit z verbálního a neverbálního chování a klientova vyprávění. Klienti nemusí být schopni přiznat si své nejniternější touhy, protože si je například neuvědomují, také se mohou vyhýbat zveřejnění cílů, které považují za příliš odvážné, ambiciózní, nebo protože se obávají, že by vyvolaly pocity viny nebo hanby, pokud by byly otevřeně vyjádřeny.

Posouzení klientových cílů proto může vyžadovat terapeutovy závěry. Klient může například vyjádřit touhu se oženit a zároveň se cítit omezený myšlenkou na svatbu. Pečlivá formulace by mohla odhalit, že ho více žene cíl pokračovat ve své kariéře a že jeho přání oženit se bylo v tom konkrétním okamžiku jeho života jen způsobem, jak splnit očekávání rodičů. Pragmaticky může terapeut stanovit klientovy cíle terapie následujícím způsobem: „Klient chce/potřebuje/přeje si... (...aby se cítil dobře, když říká „ne“ ostatním; uměl si najít lepší práci; zažil větší pocit sebevědomí a vlastní hodnoty.“) Abychom lépe vyjádřili různé cíle klienta, navrhuji autoři využít klasifikaci lidských motivačních systémů navrženou Liottim (2017), která mimo jiné uvádí tyto motivační systémy: regulace fyziologických potřeb, obrana, zkoumání, připoutanost, péče, postavení, spolupráce, sex a intersubjektivita. Cíle je navíc třeba formulovat srozumitelným jazykem, bez žargonu nebo teoretických termínů.

Překážky: Patogenní přesvědčení a schémata

Překážky jsou patogenní přesvědčení nebo schémata, která brání člověku v prosazování nebo dosahování vhodných rozvojových cílů. V raných fázích terapie jsou často nevědomé. Představují překážky, protože naznačují, že u klienta nebo jiné osoby nastanou určité nežádoucí důsledky, pokud klient sleduje nebo dosahuje určitého cíle. Například když klientka věří, že se její matka bude cítit opuštěná, pokud si najde blízké přátele. Aby bylo přesvědčení překážkou, musí nějakým způsobem ovlivňovat klientovy myšlenky, pocity nebo chování kvůli předpokládaným negativním důsledkům.

Při formulování překážek může být užitečné řídit se formátem „pokud-tedy“. Klient se například domnívá, že pokud bude sledovat konkrétní adaptivní a příjemný cíl, pak může být ohrožen on sám nebo důležitá osoba nebo důležitý vztah.

Traumata

Patogenní přesvědčení a schémata pocházejí z nepříznivých vztahových zkušeností a traumat. Pokud nevedou k rozvoji překážky, události, které by mohly být běžně považovány za nepříznivé nebo traumatické, se nekvalifikují jako traumata pro účely formulace případu. Například: „Častá hospitalizace v dětství vede klienta k tomu, aby se věnoval kariéře v medicíně,“ není správná formulace traumatu, pokud klient neřekne něco jako následující: „Protože jsem byl jako dítě často nemocný, myslel jsem si, že moje zdraví bude vždycky problém, a tak jsem se dal na kariéru v medicíně, ačkoli jsem chtěl být divadelním umělcem.“ Podobně události nebo zážitky, které by obecně mohly být považovány za neškodné nebo dokonce prospěšné, by mohly představovat trauma, pokud by vyústily ve vznik překážky. Například: “Byl to oblíbený syn a to ho vedlo k pocitu, že by se měl akademicky držet zpátky, aby se jeho sourozenci necítili poníženi jeho úspěchy.“

Testy

Klienti se řídí svými přáními nebo potřebami, ale obávají se negativních důsledků. Proto neustále zkoumají své prostředí a hledají důkazy potvrzující nebo vyvracející jejich negativní očekávání. Mohou testovat tato očekávání i v terapii. Testy jsou zkušební akce nebo postoje klienta, které jsou vědomě nebo nevědomě navrženy tak, aby zhodnotily nebezpečí nebo bezpečí sledování určitého cíle nebo souboru cílů. Při testování klient sleduje chování testované osoby, aby zjistil, zda potvrzuje nebo vyvrací

jeho očekávání nebo přesvědčení. Klienti a lidé obecně provádějí testy ve všech svých intimních vztazích, takže je možné odvodit jejich oblíbený způsob testování tím, že s nimi budeme interagovat a pozorně naslouchat jejich vztahovým epizodám.

Testy rozdělujeme do dvou skupin: testy přenosu a testy z pasivního do aktivního stavu. Testy přenosu znamenají, že se klient chová k terapeutovi způsobem, který u jiných vyvolal reakce vedoucí k rozvoji nebo posílení jeho patogenních přesvědčení nebo schémat. V testech z pasivního do aktivního stavu klient reaguje na terapeuta podobným způsobem, jakým na něj reagovali ostatní nebo jak by si přál, aby na něj reagovali ostatní. Kromě toho mohou být testy přenosu a testy z pasivního do aktivního stavu prováděny s postoji nebo chováním, které vyjadřují souhlas nebo nesouhlas s testovaným patogenním přesvědčením. Použitím formátu 2x2 strategie testování (test přenosu nebo od pasivního k aktivnímu stavu na základě souhlasu nebo nesouhlasu) je možné předvídat druh testu, jakým by klient mohl testovat terapeuta, aby se nepotvrdilo jeho patogenní přesvědčení.

Testy mohou být formulovány na základě chování pacienta v raných sezeních a předem hypoteticky. Dobrá formulace plánu tedy umožňuje terapeutovi předvídat možné testovací složky různého chování klientů. To může pomoci terapeutovi projít testy klienta a optimalizovat celkový postoj, který je pro klienta užitečný.

Vhledy do základních problémů

Vhled do základních problémů je druh porozumění, který poskytuje terapeut nebo jej rozvíjí sám klient, a který mu pomáhá dosáhnout jeho cílů. Toto porozumění se týká povahy, původu a projevu patogenních přesvědčení a schémat klienta. Klient může získat povědomí o obsahu patogenních přesvědčení, o svých cílech, o způsobu testování lidí a o traumatech, která musí zvládnout. Náhled může terapeut formulovat například takto: „Teď si uvědomujete, že jste se bránila příjemným sexuálním vztahům s muži, protože jste se cítila provinile za to, že jste si dovolila prožívat větší potěšení než vaše matka.“

Integrace PFM komponent

Posledním krokem je začlenění různých komponent (tj. cílů, překážek, traumat, testů a náhledů) do integrační rubriky, která ukazuje jejich vzájemné vztahy. Například každé patogenní přesvědčení je spojeno s traumatem (traumaty), které ho zplodilo, cílem (cíli), kterému brání, testem (testy), který by pacient mohl provést, aby se s ním vypořádal, a poznatky, které by mohly být relevantní. Podobně je každý cíl spojen s traumatem (traumaty), patogenními přesvědčeními, testem (testy) a náhledy, které s ním souvisí. Tento poslední krok napomáhá kondenzaci různých částí do jednoho nebo více „prohlášení“, které shrnuje formulaci. A konečně tato integrace může pomoci identifikovat redundanci v komponentách (např. dvě nebo více patogenních přesvědčení se mohou ukázat jako variace na jedno téma, a tak je lze zhustit do jednoho přeformulovaného přesvědčení.)

Jak posoudit správnost formulace

Často je možné a vhodné formulovat plán klienta během prvních tří nebo čtyř sezení, kdy klienti zvláště spolupracují. Jak ale posoudit, zda je formulace plánu přesná? Za prvé, formulace musí být komplexní, zohledňující vše, co terapeut zatím o klientovi ví. Za druhé, měla by být koherentní a co nejpřesněji propojovat veškerou komunikaci a chování klienta. Za třetí, měla by být vysvětlující; to znamená, že objasňuje skrytou logiku komunikace a chování, které klient projevuje během sezení nebo po období své terapie. Formulace musí jasně propojovat různé životní příběhy a různé vzorce interakce s terapeutem a ostatními lidmi. Za čtvrté, formulace musí vysvětlovat klientovy reakce na terapeutovu komunikaci a chování. Za páté, formulace musí být konkrétní; to znamená, že jasně spojuje patogenní

přesvědčení s cíli terapie a vysvětluje, jak brání klientovi v prosazování nebo dosahování těchto cílů. Také by měla obsahovat konkrétní posouzení způsobu, jak bude klient terapeuta testovat. Důkazy ukázaly, že po intervencích, které jsou v souladu s přesnou formulací plánu klienta (tj. pro-plánu), mají klienti tendenci být méně úzkostní, méně depresivní, uvolněnější a odvážnější ve snaze dosáhnout svých cílů, více zapojení do terapeutického vztahu a terapeutická práce je více náhledová. Po proplánovaných intervencích si klient může vybavit nový materiál a nové vzpomínky a může energičtěji testovat své patologické přesvědčení. Nejlepším ukazatelem toho, že terapeut pracuje proplánovým způsobem, je však to, že se klientovi daří lépe a je odhodlaný a očekává, že dosáhne svých cílů.

Přesná formulace plánu umožňuje terapeutovi dodat léčbu specifickou pro daný případ, nezávisle na teoretické orientaci, oblíbené sadě technik a stylu terapeuta. Formulaci plánu lze chápat jako určitý druh cestovní mapy nebo kompasu pro orientaci léčby, která poskytuje terapeutovi indikace o tom, zda, kdy a jak lze jednotlivé techniky použít, aby pomohly konkrétnímu klientovi v dosažení jeho cílů.

Užitečnost metody formulování plánu při léčbě symptomových poruch

V jakékoli léčbě jakékoli symptomové poruchy jsou často klienti, kteří nereagují, částečně reagují a předčasně ukončují, což znamená, že léčba byla nedostatečná, částečně nedostatečná nebo nevhodná. Autoři tvrdí, že přijetí individualizované formulace případu zvýší pravděpodobnost úspěchu a sníží počet předčasných odchodů, a to i v případě technicky orientovaných symptomově specifických intervencí. To ilustrují klinickým příkladem.

Jim, 45 letý právník, vyhledal terapii kvůli intenzivní sociální úzkosti. Měl potíže užívat si jakýkoli aspekt společenského života, protože se bál, že se potí a bude připadat ostatním nechutný. Jeho aktuální stížnost byla, že chtěl překonat tento symptom (cíl). Navíc měl mírnou depresi v důsledku nízké sebeúcty a tento příznak považoval za známku slabosti a styděl se za to (druhým cílem bylo zvýšení sebevědomí.) Měl také přísné morální a výkonnostní normy; například při horské túře nemohl odpočívat a užívat si krajinu, protože se musel držet naplánované rutiny (třetím cílem tohoto klienta bylo uvolnit se a více si užívat volný nestrukturovaný čas). Celkově diagnóza zahrnovala kromě sociální fobie a deprese vyhublavou a obsesivní poruchu osobnosti. Zpočátku jeho léčba probíhala hladce. Terapeut navrhl cvičit postupné vystavování sociálním situacím vyvolávajícím úzkost a stud a Jim souhlasil. Po několika sezeních byl schopen jít na večeri se svou ženou a blízkými přáteli. Dalším krokem bylo překonat situaci, která ho trápila nejvíce: jít si zaplavat do bazénu. Měl rád plavání a chtěl mít fyzický pohyb, ale představa, že by byl nahý ve sprše v přítomnosti jiných mužů, pro něj byla nesnesitelná, protože byl posedlý délkou svého penisu a cítil se méněcenný. V důsledku toho se léta vyhýbal plavání. Když terapeut navrhl plavání jako další úkol společenské expozice, Jim rozhodně odmítl: „Nechci to dělat teď, raději se s tím problémem vypořádám později.“ Zpočátku to terapeut považoval za formu vyhýbání se. Jim měl mnoho zkušeností, kdy ho otec ponižoval kvůli špatnému výkonu. Terapeut a Jim již spojili jeho sociální úzkost s těmito vzpomínkami a terapeut navrhl, že Jimovo vyhýbání se vyvolala zvýšená obtížnost úkolu. Jim přijal pozorování na formální úrovni, ale trval na tom, že nechce úkol plnit a chce se zaměřit na jiné záležitosti. Terapeut pochopil, že není prostor pro vyjednávání, a přistoupil na Jimovo přání. Poté prozkoumal, co se dělo v terapeutickém vztahu, když původně zadal úkol.

Terapeut klientovi řekl, že si uvědomil, že na něj vyvíjel určitý tlak, aby šel do bazénu, a to i postupným způsobem. Například když navrhl, aby šel k bazénu, aniž by vstoupil, a jen pozoroval své reakce. Jim ale jasně řekl ne. Terapeut na tom trval z důvodu, že vystavení je důležité pro překonání sociální úzkosti, ale uvědomil si, že to nefunguje, a že si je jistý, že trvat na tom byla chyba, a jednoduše by tím Jimovi ublížil. Dále klientovi řekl, že je úplně v pořádku, že to odmítl. Zeptal se, co klient cítil, když trval na svém, zda měl nějaké konkrétní pocity nebo myšlenky. Jimovi se tímto pozorováním ulevilo a odpověděl, že se cítil sevřený a že terapeut je panovačný a omezuje jeho svobodu.

Terapeut klientovi řekl, že chápe, že je pro Jima lepší svobodně se rozhodnout, kdy se bazénu vystaví. Dále se zeptal, zda mu tato situace připomíná nějaké minulé zkušenosti. Klient zmínil svůj vztah

s matkou, která často rozhodovala za něj v mnoha zásadních věcech, například jakou zvolit školu nebo jakému sportu se věnovat. Měl pocit, že nemá moc nad svým životem.

Jimovo odmítnutí terapeutovy žádosti byl přenosový test nesouhlasem a odhalil, že Jim potřebuje dosáhnout svého cíle, který byl v tu chvíli důležitější, než možnosti jít do bazénu. Chtěl samostatně rozhodovat o svém životě. Tím, že se terapeut vzdal svého úkolu, dal najevo respekt ke klientovi. Ten se po několika měsících dobrovolně vystavil návštěvě bazénu a postupně začal znovu plavat. Přístup terapeuta byl založen na včasném posouzení klientových interpersonálních vzorců.

Závěry

Integrativní psychoterapeut je veden touhou nabídnout komplexní a individualizovanou léčbu, která odpovídá jedinečným potřebám konkrétního klienta. Jedním z hlavních problémů je, že u klientů se velmi často vyskytuje kombinace poruch interpersonálních problémů a mnoho léčebných postupů je zaměřeno (hlavně) na jeden nebo dva problémy. Představou autorů je, že za účelem optimalizace léčby je nutná formulace případu, která bere v úvahu: a) internalizovanou strukturu vytváření významu, která je základem vztahových problémů a b) jak tento internalizovaný vzorec interakce (patogenní přesvědčení a schémata) přispívá ke vzniku a udržování symptomových poruch a může utvářet terapeutický vztah.

Jednoduše řečeno, za účelem účinného překonání depresí, traumat nebo obsesí, klienti podstupující KBT musí mít pocit, že je pro ně vhodné se zapojit do konkrétních technik, které jsou jim doporučeny. Dostatečně dobrá formulace případu by mohla terapeutovi pomoci jak přímo řešit interpersonální problémy, tak porozumět vlivu patogenních schémat na rozvoj a udržení symptomové poruchy a na nedodržování terapeutických úkolů nebo postupů. Autoři si myslí, že rozhodnutí o tom, zda, kdy a jaká technika by měla být použita při léčbě konkrétního případu, závisí na formulaci tohoto konkrétního případu. S další empirickou podporou by tyto myšlenky mohly poskytnout užitečný nástroj pomáhající terapeutům poskytovat individualizovanou léčbu vztahových i symptomatických poruch, což je v souladu s Hippokratovou myšlenkou, že znát pacienta, který má nemoc, je důležitější, než znát nemoc.

Výtah vypracovala: Barbora Kreislová