

## **Globalna priljubljenost kognitivno-vedenjske terapije**

*Frank M. Dattilio\**  
*Harvard Medical School, Department of Psychiatry*

**Povzetek\*\*:** Prispevek obravnava učinkovitost kognitivno-vedenjske terapije in njeno naraščajočo svetovno priljubljenost pri obravnavi širokega spektra čustvenih in vedenjskih motenj v različnih kulturah. Obravnava možnosti njene uporabe v različnih kulturnih okoljih in nadaljnji razvoj kognitivno-vedenjske terapije.

**Ključne besede:** kognitivno-vedenjska terapija, psihoterapija

## **The global popularity of Cognitive-Behavior Therapy**

*Frank M. Dattilio\**  
*Harvard Medical School, Department of Psychiatry*

**Abstract:** This article addresses the efficacy of Cognitive-Behavior Therapy and the increasing global popularity of the approach among various cultures with a broad range of emotional and behavioral disorders. The article specifically discusses future direction in the field and implications for practitioners in various cultures.

**Key words:** cognitive-behavior therapy, psychotherapy

CC = 3311, 3312

### **Uvod**

Kognitivno-vedenjska terapija (KVT) je nedvomno postala ena najbolj raziskovanih in uporabljenih terapevtskih modalitet v svetu. Na voljo je preko 400 študij izidov terapij, ki vključujejo kognitivno-vedenjske intervencije in v raziskovalni literaturi nedvoumno utrjujejo empirični status KVT (Butler in Beck, 2000; Butler, Chapman, Forman in Beck, 2006; Cuijpers, Van Straten, Warmedan in Smits, 2008; Cuijpers, Smit, Eohlnelijer, Hollon in Andersson, 2010; Gloaquen, Cottraux, Cucherat in Blackburn, 1998; Klein, Jacobs in Reinecke, 2007).

---

\*Naslov/Address: Harvard Medical School, Department of Psychiatry, 75 Fenwood Rd & Vining St, Boston, MA, USA, e-mail: frankdattilio@cs.com

\*\*Na avtorjevo željo je bil prispevek preveden v slovenščino. Prevod je v sodelovanju z avtorjem pripravil Peter Janjušević, Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana, e-mail: peter.janjušević@scoms-lj.si

Tako splošna kot diferencialna učinkovitost KVT za posamezne motnje ter značilnosti kontrolnih skupin, pri katerih se je le-ta izkazala, so utrdili KVT kot terapijo izbora, s tem, da študije dokazujejo vztrajanje njenih učinkov tudi po končanem tretmaju (Butler *id.*, 2006). Več kliničnih raziskav je potrdilo pomen KVT in njeno dolgoročno učinkovitost tudi pri preventivi relapsa (Simons, Levine, Lustman in Murphy, 1984).

Norcross in Prochaska sta v zgodnjih osemdesetih letih prejšnjega stoletja pričela z raziskavo, znano kot Delphi Poll (Norcross, Alfred in De Michelle, 1992; Norcross, Hedges in Prochaska, 2002; Prochaska in Norcross, 1982), ki vsakih deset let z anketo preverja stanje na področju psihoterapij. Zadnja od teh anket, ki bo objavljena v letu 2012, bo najverjetneje izkazala pričakovane rezultate, ki se ne bodo bistveno razlikovali od rezultatov iz preteklih let.

V raziskavo so vključeni nekateri najuglednejši svetovni psihoterapevti, ki napovedujejo prihodnost razvoja psihoterapije. Avtorji so ob prvi izvedbi napovedovali, da se bo razvoj KVT v prihodnjem desetletju nadaljeval in da se bo vse več ljudi vključevalo v to obetajočo modaliteto terapije. Njihove napovedi, ki so se uresničile v osemdesetih letih, se konsistentno potrjujejo tudi v nadaljnjih študijah. KVT je bila tudi v vseh naslednjih anketah uvrščena na prvo mesto med teoretičnimi orientacijami. Pričakovati je, da bodo študije v prihodnjih desetletjih pokazale podobne ugotovitve. Slednje pa ne velja le za individualno psihoterapijo, temveč tudi za terapijo parov in družinsko terapijo (Northey, 2002).

KVT je bila pozitivno sprejeta po vsem svetu: v državah Evrope, Azije, južne Amerike in v določenih predelih Azije (Kazantzis in Deane, 1998; Koong, Hean, Foo in Merrick, 2004; Naeen in Kingdom, 2011). Za naraščanje priljubljenosti KVT med kliniki, raziskovalci in pacienti obstaja več razlogov. Prvi in morda najpomembnejši razlog je ta, da KVT združuje širok spekter pomembnih teoretičnih in praktičnih dognanj s področja psihoterapije in sorodnih znanstvenih ved. KVT, ki izvira iz spoznanj kognitivne psihologije, vedenjske terapije in množice drugih terapevtskih disciplin, ponuja pristop, ki se močno naslanja na koncept shem in posameznikovih sistemov prepričanj, v izjemno bogat koncept shem pa je vpletenih mnogo dognanj Alfreda Adlerja, povezanih z razumevanjem razvoja zgodnjih življenjskih prepričanj in zaznavnih izkušenj.

Aaron T. Beck je v svoji izjemni karieri pokazal, da KVT vključuje tako psihodinamsko teorijo, kot tudi značilnosti humanistične terapije, priznava pomen teorije osebnih konstruktov Georga Kellyja (1955) in poudarja nujnost videnja sveta skozi pacientovo kognitivno, čustveno in vedenjsko perspektivo (Beck, 2005). V KVT najdemo tudi koncepte, ki izhajajo iz gestalt teorij – pomen učinkovanja okolja na posameznika, poudarjanje usmerjenosti na tukaj in zdaj ter medsebojno učinkovanje misli, čustev in vedenja. V strukturi neadaptivnih vedenjskih vzorcev in izkrivljenih sistemov prepričanj pa najdemo tudi določene osnove humanistično-eksistencialnih teorij.

Nenazadnje pa so v KVT vključene tudi komponente sistemskih teorij, predvsem pri terapiji parov in družin, kjer se prepletajo multiple dinamike (Dattilio, 1998; 2010). Integracija pomembnih vidikov sodobnih psihoterapevtskih teorij in praks se je v okviru kognitivno-vedenjskega gibanja nadaljevala. Albert Ellis (2003, str. 225) je zapisal, da KVT postaja vse bolj eklektičen in integrativen pristop: "V resnici se KVT dandanes zdi tako integrativna, da skoraj že izpodbija svoje lastno prvotno ime." Ena od privlačnosti KVT je

tudi v tem, da je zelo prilagodljiva in se lahko uporablja v različnih okoljih in v različnih kulturah (Naeem in Kingdom, 2011). Naslednja pomembna lastnost KVT, prav posebej še pristopa, ki ga je razvil Aaron T. Beck, je v tem, da gre za veliko več kot le za slučajno integracijo ali ohlapno zbirko teorije in terapevtskih strategij. KVT predstavlja namreč jasen in artikuliran model psihopatologije. Nekatera zgodnja Beckova dela jasno kažejo na potrebo po razvoju celostne teorije psihopatologije, ki se dobro pokriva s psihoterapevtskim pristopom in ki raziskuje empirične dokaze v podporo teoriji. Sestavni del KVT predstavlja tudi izvajanje empiričnih študij, ki preverjajo učinkovitost same terapije (Beck, 2005).

## Kulturne adaptacije

Zahteve po znanstvenem pristopu, ki izhajajo iz Beckove KVT, vzbujajo veliko zanimanje pri sodobnih klinikih, raziskovalcih, pa tudi pacientih, ki postajajo vse bolj informirani o zdravstvenih vprašanjih in v vse večji meri razumejo lastne stiske in psihična stanja. Ob tem se pogosto poraja vprašanje, ali KVT ima tiste značilnosti, ki ji omogočajo uporabnost v različnih kulturah. Ključna komponenta, ki omogoča učinkovitost KVT v različnih kulturah, je kolaborativni empirizem (Dattilio & Hanna, v tisku). Kolaborativni empirizem predstavlja skupen napor terapevta in pacienta pri opredeljevanju in načrtovanju terapije. Vključuje kohezivnost med pacientom in terapevtom pri raziskovanju, odkrivanju in preizkušanju tistih vidikov pacientovega funkcioniranja, ki prispevajo k disfunkcijam v njegovem lastnem okolju. Kolaborativno delo je koristno za oba, tako za terapevta kot tudi za pacienta. Z njim razvijata trden terapevtski odnos, v katerem terapevt lahko razume pacienta in v katerem pacient predstavlja terapevtu svoje specifične misli, čustva in vedenja. Kolaboracija vodi v raziskovanje negativnih misli, kar posledično vzbuja in viša pacientovo motivacijo za spremembe (Beck, Rush, Shaw in Emery, 1979).

Za razumevanje posameznikovih kulturnih prepričanj in konceptualizacijo je ključen predvsem empirični vidik kolaborativnega empirizma. Terapevt in pacient skupaj analizirata in pozneje reprocessirata posamezne vsebine, o katerih poroča pacient. Z občasnim spraševanjem in vodenim odkrivanjem je terapevt vseskozi aktiven. KVT je v svoji osnovi spoštljiva do pacientovih kulturnih korenin in potreb, saj je proces terapije ekspliciten, smer le-te pa je določena s terapevtu in pacientu skupno kognitivno konceptualizacijo posameznikovih težav. Pacientova težava je osnova za stalno razvijajočo se formulacijo in narekuje smer terapevtskega procesa. S tem KVT posledično zagotavlja pacientom tako zelo pomemben občutek nadzora in opolnomočenja.

Vsesplošno prisotni trendi, ki narekujejo profesionalno in ekonomsko odgovornost, ter protokoli »dobre prakse« v psihoterapiji se odražajo tudi v smernicah, ki jih predpisuje Nacionalni inštitut za klinično odličnost v Veliki Britaniji (NICE, 2004). KVT je deležna vse večje prepoznavnosti tudi v skandinavskih deželah. Na Švedskem, na primer, je KVT zaradi empiričnih dokazov o njeni učinkovitosti deležna močne vladne podpore in pripočena kot terapija izbora za zdravljenje večine anksioznih in depresivnih stanj, samostojno ali v kombinaciji z zdravili. Leta 2010 je Švedski nacionalni odbor za zdravstvo in socialno varstvo izdal nacionalne smernice za obravnavo anksioznih in depresivnih stanj, ki pripočajo uporabo KVT tako na primarni kot sekundarni ravni (Svanborg in Herlofson, 2011).

Priporočila in zahteve državnih agencij, sistemov zdravstvenega zavarovanja in posameznih pacientov po kratkih, stroškovno učinkovitih rešitvah in intervencijah ter zaželenost pristopov, ki imajo empirično dokazano učinkovitost, povečujejo pomen pristopov in terapevtskih modalitet, ki delujejo in ciljano zmanjšujejo širok razpon simptomov ter preprečujejo relaps cele vrste motenj v relativno kratkem časovnem obdobju. Med takšne sodijo terapevtski pristopi z ali brez zdravil (Holland in Beck, 2003).

Praktičnost KVT terapevtu pomaga pri razumevanju posameznikove dinamike, ki jo nato v okviru terapije vključuje v učinkovit terapevtski model za posameznike, pare in družine iz različnih kulturnih okolij. Tudi v neevropskih deželah, na primer v Aziji in na Bližnjem vzhodu, se zanimanje za KVT povečuje, o čemer priča popularnost pristopa na lokalnem nivoju. KVT je časovno in stroškovno učinkovita, v praksi pa se dobro povezuje tudi z drugimi terapevtskimi modalitetami.

## **Integracija z drugimi terapevtskimi modalitetami**

Za KVT je značilno dobro sožitje tudi z biološkimi in fiziološkimi pristopi k zdravljenju čustvenih in vedenjskih motenj, posebej anksioznosti, depresivnosti ter psihotičnih in osebnostnih motenj. Med KVT in psihofarmakologijo obstaja vzajemno spoštovanje, ki izvira iz skupnega osredotočanja na kratkoročne cilje in vlogo biokemičnih procesov. Poleg tega pa usmerjenost KVT na hitro lajšanje simptomov omogoča njuno medsebojno usklajeno delovanje.

Eden od pomembnejših prispevkov KVT je tudi uporaba univerzalnega jezika med terapevti, ki je nujen, kadar KVT integriramo z drugimi psihoterapevtskimi modalitetami. Uporaba specifičnega pacientovega besednjaka, njegovih predstav ter vsakdanjega načina sporazumevanja je še posebej pomembna, ko se ukvarjamo s shemami, skripti, metakognicijo in sistemi prepričanj. KVT lahko ponudi jasna, skupna osnovna izhodišča za intervencije, ki stremijo k integraciji različnih teoretskih sistemov. Paradigma poudarja tiste značilnosti, ki so skupne vsem terapijam in vgrajuje nespecifične dejavnike terapije v enovito, harmonično in večplastno celoto med terapijami. Poleg pazljivo izbranih teoretičnih in praktičnih orodij pa kognitivno-vedenjski model v psihoterapijo prinaša tudi možnost, da terapevti v te okvire poleg znanja in kliničnih veščin vnašajo tudi svoj lasten osebni stil ter so dojemljivi za in upoštevajo kulturne posebnosti. Na ta način KVT pristop združuje močne plati vseh navedenih področij - teorije, metodologije in znanstvenega pristopa - ter omogoča ustvarjanje učinkovitih, na podatkih slonečih konceptualizacij pacientovih problemov ter fleksibilen klinični repertoar. Kognitivno-vedenjska terapija na več ravneh omogoča prakso, ki je odprta za nove ideje, a izhaja iz jasnih dokazov. Takšna prilagoditev bo brez dvoma vodila v povečevanje učinkovitosti psihosocialnih terapij v prihodnosti.

## **Prihodnost KVT**

Zaradi občutljivosti na kulturne posebnosti in možnosti za integracijo z drugimi terapevtskimi modalitetami se konceptom kognitivno-vedenjske terapije napoveduje na-

daljnja širitev po vsem svetu. V mnogih državah, na primer v nekaterih delih Evrope in v Južni Ameriki, kjer v psihoterapevtskem prostoru še vedno prevladuje psihoanaliza, se v času ekonomskih sprememb, naraščajočih zahtev družbe in hitrega tempa, zdi KVT pogosto privlačnejša alternativa, še posebej kadar se za pospešitev procesa terapije kombinira z bolj tradicionalnimi pristopi (Dattilio, 2006).

Z naraščajočimi zahtevami sveta okoli nas in vse bolj kompleksnim načinom življenja obstaja velika verjetnost, da bodo uporabniki vse bolj nagibali k bolj pragmatičnim, stroškovno učinkovitejšim ter preverjenim terapijam, ki delujejo. V tem pogledu bo KVT najverjetneje ostala izstopajoča še dolgo v prihodnost.

## Literatura

- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62, 953–959.
- Beck, A. T., Rush, A., Shaw, B. in Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford.
- Butler, A. C. in Beck, J. (2000). Cognitive therapy outcomes: A review of meta-analysis. *Journal of Norwegian Psychological Association*, 37, 1–9.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Foreman, E. M. in Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17–31.
- Cuijpers, P., Van Straten, A., Warmedam, L. in Smits, N. (2008). Characteristics of effecting psychological treatments of depression: A metaregression analysis. *Psychotherapy Research*, 18(2), 225–236.
- Cuijpers, P., Smit, F., Bohlmeijer, E., Hollon, S. D. in Andersson, G. (2010). Efficacy of cognitive-behavioural therapy and other psychological treatments for adult depression: Meta-analytic study of publication bids. *British Journal of Psychiatry*, 196, 173–178.
- Dattilio, F. M. (ur.) (1998). *Case studies in couple and family therapy: Systemic and cognitive perspectives*. New York: Guilford.
- Dattilio, F. M. (2006). Cognitive-behavior therapy for the fast paced society. *Psychological Foundations - The Journal*, 8(1), 41–43.
- Dattilio, F. M. (2010). *Cognitive-behavioral therapy with couples and families: A comprehensive guide for clinicians*. New York: Guilford.
- Dattilio, F. M. in Hanna, M. The therapeutic relationship in cognitive-behavior therapy. *Journal of Clinical Psychology* (in press).
- Ellis, A. (2003). Similarities and differences between rational emotive behaviour therapy and cognitive therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 17(3), 225–240.
- Gloaquen, V., Cottraux, J., Cucherat, M. in Blackburn, I. M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49, 59–22.

- Hollon, S. D. in Beck, A. T. (2003) Cognitive and cognitive behavioral therapies. V M. J. Lambert (ur.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change: An Empirical Analysis*. New York NY: Wiley.
- Kazantzis, N. in Deane, F. P. (1998). Theoretical orientations of New Zealand psychologists: An international comparison. *Journal of Psychotherapy Integration*, 8, 97–113.
- Kelly, G. (1955). *The Psychology of Personal Constructs*. New York: Norton.
- Klein, J., Jacobs, R. in Reinecke, M. (2007). Cognitive-behavior therapy for depression among adolescents: Understanding changes in effect sizes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1403–1411.
- Koong H. F. in Merrick P. L. (2004). Practitioner characteristics with comparison of counseling and psychotherapy practices between New Zealand and Singapore mental health practitioner. *Proceedings of the Inaugural International Asian Health Conference*.
- Naeem, F. in Kingdom, D. (ur.) (2011). *Cognitive-behavior therapy in non western cultures*. Hauppauge, NY: Nova Science Publisher.
- National Institute for Clinical Excellence (2004). *Depression: Management of depression in Primary and Secondary Care*. London, England: National Institute for Clinical Excellence: Clinical Guideline 22.
- Norcross, J. C., Alford, B. A. in DeMichele, J. T. (1992). The future of psychotherapy: Delphi data and concluding observations. *Psychotherapy*, 29, 150–158.
- Norcross, J. C., Hedges, M. in Prochaska, J. O. (2002). The face of 2010: A Delphi poll on the future of psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(3), 316–322.
- Northey, W. F. (2002). Characteristics of clinical practices of marriage and family therapists: A national survey. *Journal of marital and family therapy*, 28, 487–494.
- Prochaska, J. O. in Norcross, J. C. (1982). The future of psychotherapy: A Delphi poll. *Professional Psychology*, 13, 620–627.
- Prochaska, J. O. in Norcross, J. C. (2002). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis (5. izd.)*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Simons, A. D., Levine, J. L., Lustman, P. J. in Murphy, G. E. (1984). Patient attrition in a comparative outcome study of depression: A follow up report. *Journal of Affective Disorder*, 6, 163–173.
- Svanborg, C. in Herlofson, J. (2011). Cognitive-behavioural therapy in Sweden - An update. *Advances in Cognitive Therapy Newsletter*, 12(3), 8–10.

*Prispelo/Received: 13.10.2011*

*Sprejeto/Accepted: 11.11.2011*