

45. kongres EABCT, 31. 8. – 3.9.2015, Jeruzalém, Izrael

MUDr. Petr Možný

Kongresu se zúčastnilo necelých 1200 účastníků z 50 zemí z celého světa, nejen z Evropy, ale i z USA, Jižní Ameriky a Austrálie a Nového Zélandu. Z Česka jsem byl bohužel jediný, ze zemí bývalé východní Evropy jsem potkal kolegy a kolegyně z Polska, Maďarska, Rumuska, Litvy, Lotyšska i z Ruska. Na nikoho ze Slovenska jsem bohužel nenarazil. Většina delegátů byla ovšem z Izraele, dále z Velké Británie, Německa, Holandska, Itálie, Španělska, Francie, Švédska a z USA.

Kongres se odehrával v klimatizovaných prostorách Mezinárodního konferenčního centra (International Conference Centre) a hotelu Crown Plaza v samotném centru Jeruzaléma. Klimatizace byla zcela nezbytná, protože venkovní teploty již od rána spěchaly ke 30 stupňům Celsia s přes den překračovaly i 35. Naštěstí pro účastníky byli s tímto vedrem konfrontováni pouze ve chvílích kdy přecházeli z jedné budovy do druhé nebo když si na chvíli mezi přednáškami vyšli na čerstvý vzduch.

Program kongresu byl již tradičně velmi bohatý, paralelně probíhalo vždy 10 až 12 seminářů či přednášek a jedním z největších problémů bylo vybrat si, kam jít a co vynechat.

Před samotným kongresem se uskutečnilo 13 celodenních workshopů, v průběhu kongresu pak dalších 13 půldenních workshopů. Dále zaznělo 27 „klíčových přednášek“ a proběhlo 111 sympózií, debatních setkání a na dovednosti zaměřených setkání („skills sessions“), na každém z nich zaznělo 2 až 5 příspěvků. Již z tohoto výčtu vyplývá jednak široký rozsah záběru současné KBT, jednak to, že jedinec mohl osobně vyslechnout a shlédnout jen malý podíl toho, co na kongresu zaznělo a bylo prezentováno, a to i tehdy když, jako v mém případě, vcházel do budovy kongresu každý den v 8:30 a opouštěl ji v 18 hodin, přičemž měl během dne vždy maximálně hodinovou přestávku mezi jednotlivými přednáškami na oběd.

Já jsem se rozhodl, že budu navštěvovat především přednášky tzv. „klíčových řečníků“ (keynote speakers), protože se jedná o 60 až 90 minutové přednášky, shrnující poznatky z určité oblasti, zatímco na seminářích zaznívají příspěvky v délce 10 až 15 minut a týkají se většinou konkrétních výzkumných projektů a jejich výsledků. Nicméně i tak jsem si na několik seminářů, jejichž téma mě zajímalo, cestu našel.

Pondělí, 31. 8. 2015:

Celý jsem celý strávil na placeném workshopu **prof. Davida H. Barlowa** z Bostonu, USA, který zde představil obsah svého terapeutického programu, nazvaného **„Jednotný protokol pro transdiagnostickou léčbu emočních poruch.“** V teoretickém úvodu prof. Barlow upozornil, že před rokem 1980 byl používán jednotný koncept „neuroticismu“ k popisu velkého okruhu různých psychických potíží, jejichž společným jmenovatelem byla nadměrná úzkostná a depresivní reaktivita v různých typech situací a s tím spojené různé typy vyhybavého a zabezpečujícího chování. Od roku 1980 došlo v diagnostických manuálech DSM i ICD k postupnému „rozporcování“ pojmu neuroticismus na množství specifitějších diagnóz – např. specifická fobie, panická porucha, sociální fobie, obsedantně-kompulzivní porucha, PTSD, generalizovaná úzkostná porucha, hypochondrie a další. Toto rozlišení vedlo k vyšší spolehlivosti diagnóz a hlavně k vytvoření specifických terapeutických postupů pro jednotlivé typy těchto úzkostných a reaktivních depresivních poruch. Postupně však jednotlivých typů úzkostných a depresivních poruch stále přibývalo a spolu s tím narůstal počet

manuálů, popisujících, jak každou z těchto poruch léčit. V praxi přitom u většiny pacientů nebylo možno diagnostikovat „čistou“ formu určité konkrétní poruchy, ale jejich projevy se navzájem překrývaly. To vedlo k používání komorbidních diagnóz, s nimiž ale úzce zaměřené terapeutické manuály nepočítají. V poslední verzi DSM-V je například popsáno 24 typů úzkostných poruch, obsedantně-kompulzivních poruch a poruch, vázaných na trauma a stres, přičemž do tohoto počtu nejsou zahrnuty somatoformní poruchy, hypochondrická porucha a disociativní poruchy. Terapeut by pak měl umět pro každého pacienta s určitou diagnózou zvolit pro něj ověřeně účinnou specifickou terapii, což již přesahuje možnosti jedince.

Proto se D.Barlow se svým týmem snaží najít osobnostní faktory vyššího řádu, které by byly společné pacientům, kteří trpí různými typy emočních poruch, a vytvořit pro ně jednotný terapeutický protokol, který by se zaměřil na ovlivnění těchto společných osobnostních rysů a s nimi spojených společných psychopatologických procesů.

Vrátil se opět k pojmu „neuroticismus“, který popisuje jako sklon k přednostnímu prožívání negativních emocí v mnoha různých situacích, spojený s pocitem jejich nepřijatelnosti, nekontrolovatelnosti a neschopnosti je zvládnout. Poruchy, u kterých je tento „neuroticismus“ výrazný, jsou: depresivní poruchy, úzkostné poruchy, obsedantně-kompulzivní poruchy, poruchy související s traumatem, somatoformní poruchy. Nové důkazy naznačují, že by sem mohly spadat i hraniční porucha osobnosti a poruchy příjmu potravy. Různé příznaky u těchto diagnóz přitom mají podobnou funkci, a to snahu kontrolovat, vyhnout se a/nebo potlačovat nepříjemné emoce.

V posledních letech vznikly „transdiagnostické terapeutické přístupy“, které se nezaměřují na jednotlivé poruchy a jejich příznaky, ale na tyto společné funkční psychopatologické procesy – např. ACT (Terapie přijetí a odhodlání, „Acceptance and Commitment Therapy“), Na rozvíjení soucitu zaměřená terapie (Compassion Focused Therapy) či Behaviorální aktivizace. Všechny se zaměřují na ovlivnění patogenních způsobů chování a myšlení, které obecně udržují a prohlubují emoční poruchy, jako je vyhýbavé a zabezpečující chování, myšlenkové ruminace a starosti, potlačování traumatických vzpomínek, sebekritické a pesimistické uvažování, pasivita apod.

Jednotný terapeutický protokol, vytvořený prof. Barlowem, má modulární charakter, přičemž v každém modulu se zaměřuje na konkrétní typ patogenního mechanismu udržování emoční poruchy. Obecným cílem celého programu se zvýšit ochotu a schopnost pacienta akceptovat prožívání i silných negativních emocí.

Terapeutický program se skládá z 8 modulů, přičemž každý modul zabere 1 až 3 sezení. Je možné jej uplatňovat individuálně, ale velmi dobře se hodí pro skupinovou terapii. Obsahem jednotlivých modulů je:

Modul 1: Posílení motivace k účasti v terapeutickém programu

Modul 2: Psychoedukace a zaznamenávání emočních zážitků

Modul 3: Návčik uvědomování si emocí

Modul 4: Kognitivní hodnocení a přehodnocování

Modul 5: Vyhýbání se emocím a emocemi ovládané chování (EOCh, orig. „Emotion driven behavior“, EDB)

Modul 6: Uvědomování si a snášení tělesných pocitů

Modul 7: Interoceptivní a situační expozice vůči emocím

Modul 8: Prevence relapsu

Dovednosti, které si má pacient v rámci tohoto terapeutického programu osvojit jsou:

Psychoedukace a záznam emočních zážitků: Povaha a funkce emocí v kontextu; funkční analýza; objektivní sledování a záznam

Nácvik uvědomování si emocí: Zaměření na současnost, nehodnotící, všímavé uvědomování

Kognitivní hodnocení a přehodnocování: Zpochybňování škodlivých hodnocení; zvýšení flexibility hodnocení

Vyhýbání se emocím/ emocemi ovládané chování: Zmírnit vyhýbavé a zabezpečující chování a změnit vzorec emoční reaktivity

Uvědomování si a snášení tělesných příznaků: Zvýšit schopnost snášet a akceptovat nepříjemné tělesné pocity, spojené se silnými emocemi

Interoceptivní a situační expozice vůči emocím: Zvýšit schopnost snášet emoce a vytvořit příležitosti pro nové učení.

Jako hlavní rozdíly „Jednotného transdiagnostického terapeutického protokolu“ proti běžně prováděné KBT uvedl prof. Barlow:

- Důraz na adaptivní povahu emocí (jak v tom, že nám říkají, jak situaci vnímáme, tak v tom, že nás motivují k jednání)
- Zahrnutí nácviku na přítomnost zaměřené a nehodnotící pozornosti (všímavost)
- Důraz na zvýšení kognitivní flexibility
- Zahrnutí protichůdného jednání (jednat proti svým emocím)
- Interoceptivní expozice nejen u panické poruchy
- Expozice směřují k tomu, aby pacientovi umožnily zjistit, že dokáže zvládnout jakoukoli silnou emoci a že není nutné, aby se jim vyhýbal.

Podrobný popis obsahu jednotlivých terapeutických modulů přesahuje rozsah této zprávy, ale celá prezentace prof. Barlowa, přeložená do češtiny, je k dispozici ke stažení na stránkách České společnosti KBT www.cskbt.cz.

Úterý 1. 9. 2015

Ráno jsem navštívil **symposium, zaměřené na terapii OCD. Ch. Stierle** z kliniky v Bad Bremstedt v Německu popsal ucelený **8 týdenní program pro hospitalizované pacienty**, jehož základem je intenzivní skupinová terapie, zaměřená na provádění systematické expozice a zábranu rituálů, nejdříve v rámci oddělení, poté mimo oddělení a nakonec v domácím prostředí, během dovolenek. Skupina pacientů vzájemně spolupracuje a pomáhá si, úspěšnější slouží jako vzor méně úspěšným. Přestože je program náročný jak pro terapeuty, tak pro pacienty, jen minimum pacientů ukončuje program předčasně a velká většina se výrazně zlepšila.

M. Hauschildt z Hamburku (Německo) představila studii o účinnosti **léčby OCD s využitím příručky metakognitivního tréninku „My MCT for OCD“**. Účastníci byli vybráni přes internet na základě vyplnění sebesopuzujících dotazníků. V léčené skupině (N=64) byl terapeut pod dobu 4 týdnů v pravidelném on-line a telefonickém kontaktu s klienty, kteří si měli příručku postupně přečíst a plnit zadané úkoly, v kontrolní skupině (N=64) byli klienti jen poučeni o charakteru OCD a poté čekali na další léčbu. Výsledky ukázaly, že tato forma léčby OCD vede k výraznému poklesu obsesí a mírnému poklesu kompulzí, ovšem pouze u

klientů s mírnější formou OSD. Autorka zdůraznila, že nejde o náhradu systematické terapie OCD, ale o doplňkový program, který je snáze dostupný a může prospět lidem s mírnou formou OCD.

A. Bonchek (Izrael) byl starý pán, který jako jediný ze všech přednášejících na kongresu neměl powerpointovou prezentaci a měl pouze psaný papír s poznámkami. Přesto mi jeho přednáška velmi utkvěla v paměti, protože uvedl, že i když je u OCD prokázane nejúčinnější terapií expozice se zábranou rituálů, kolem 25-33% pacientů léčbu nedokončí a z těch, kdo ji dokončí, je účinná asi u 66% - tedy účinnost je menší než 50% u těch, kdo zahájí tuto léčbu. Jako alternativu u pacientů s OCD, pro které je klasická KBT příliš náročná, doporučil „předpis příznaku“. To znamená, že pokud je pro pacienta zábrana rituálu po expozici příliš náročná, má mu terapeut doporučit, aby prováděl rituál po obvyklou dobu, dokud jeho puzení k jeho provádění nezmizí, a pak aby pokračoval v provádění rituálu úmyslně ještě tak dlouho, až mu to samotnému začne být nepříjemné – např. aby se umýval ještě dalších 10 až 20 minut. Uvedl kasuistiku pacienta, který po 10 těchto „rozšířených“ rituálech s nutkavým umýváním zcela přestal.

Poté jsem navštívil přednášku **R. de Jonga** (Holandsko): **Hnus** (orig. disgust) **a jeho význam pro KBT**. Uvedl, že emoce hnusu není v centru pozornosti výzkumu, ani terapie, je o něm mnohem méně článků ve srovnání s jinými emocemi – úzkost, deprese, zlost. Přitom může pomoci vysvětlit psychopatologické procesy u některých psychických poruch, např. u sexuálních poruch, OCD, PTSD.

Hnus je často velmi silná emoce, která člověku brání v určitých činnostech, narušuje život. Podněty, které vyvolávají hnus, jsou individuálně rozdílné, i když jsou některé, které vyvolávají hnus u většiny lidí – výkaly, špína, červi, aj. Hnus je spojen s typickým výrazem ve tváři, tělesnými pocity (na zvracení) a chováním – vyhýbavé/únikové.

Hnus se projevuje ve třech oblastech života: nemoci, nákaza (mikroby, špína, vyrážky), sexualita, moralita. Má evoluční význam: Nákaza - vyhnout se nemoci, sexualita – výběr vhodného partnera, nikoli z blízké rodiny (představa sexu s bratrem či sestrou vyvolává u normálního jedince odpor), moralita – zachovávání pravidel skupiny, odpor k nemorálnímu chování.

Hnus se velmi rychle se učí a těžko vyhasíná. Učí se např. pozorováním chování rodičů, když vyjadřují hnus, dítě si to rychle spojí s podněty a považuje je také za odporné, nebo vlastním zážitkem - stačí sníst něco jednou a pak mít nevolnost, toto jídlo pak dlouho vyvolává hnus a odpor.

Ve srovnání se strachem se hnus pomocí expozice zmírňuje daleko pomaleji. Přitom nebezpečí spojená s hnusem jsou obvykle neviditelná (mikroby), proto se mu hůře exponuje. Hnus je silným podnětem během emočního uvažování – implicitních kognitivních procesů.

Hnus ze sebe (self-disgust) vyvolává negativní myšlenky ve všech 3 oblastech: Jsem odporný člověk, nejsem sexuálně atraktivní, jsem nemorální (zlý) člověk. Může být vyvolán sexuálním zneužíváním či jinými traumatickými zážitky z dětství.

V terapii se používá kognitivní restrukturalizace a přepis v představě. Může pomoci např. informace, že všechny buňky v těle se vymění během 2-4 let, z toho plyne, že už postižený nemá v těle už ani jednu buňku, která se účastnila původního zneužívání. Poté přepis v představě – jak se tělo změnilo a očistilo od původního špinavého zážitku.

Vaginismus bývá spojen s hnusem ze sexu. Může jít o reflexivní automatickou reakci, zabraňující penetraci. Jedná se o implicitní automatickou reakce, která není pod volní kontrolou.

Při léčbě sexuálních potíží je ovšem třeba vzít do léčby i partnera, aby reagoval podpůrně a uklidňoval pacientku, nikoli ji dále stresoval – posměchem, výčitkami apod., když zpočátku reaguje na jeho doteky emocí hnusu a s tím spojeným chováním a výrazem v obličeji.

Další metody zvládnání hnusu v rámci terapie? 1. Konceptuální reorientace (změna pojmenování, evoluční vysvětlení, dekatastrofizace). 2. Dlouhodobý tělesný kontakt s podnětem hnusu – expozice s využitím všímavosti.

D.Clark (Velká Británie) pak v další přednášce popsal historii a současnost **programu IAPT** (Improving Access to Psychological Therapy), **zlepšení dostupnosti psychologické terapie**. Na základě publikace z roku 2006, ve které jednak vyčíslili množství lidí, kteří trpí psychickými potížemi a ekonomické ztráty, které to přináší v důsledku snížení průceschopnosti postižených, jednak uvedli přehled studií, prokazujících účinnost psychologických terapií, především KBT, u řady psychických poruch, se podařilo politické představitelům – premiéru G. Browna a ministra zdravotnictví A. Johnsona přesvědčit, aby schválili investice do vytvoření systému odstupňované psychologické péče pro lidi, kteří trpí psychickými potížemi. To znamená, že existují nabídky jak časově a finančně méně náročných psychoterapií – např. terapie po internetu či poradenská skupinová péče, a až pokud nedojde ke zlepšení psychického stavu klienta, je mu doporučena náročnější systematická individuální či skupinová psychoterapie. V roce 2008 vznikl „Národní plán IAPT“, byly investovány prostředky do výcviku 6000 terapeutů pro konkrétní psychické poruchy a bylo vytvořeno více než 50 „Center pro poskytování psychoterapie“, v nichž se systematicky sledují dosažené výsledky terapie s cílem dosáhnout úplné údravy u 50% klientů. Pracovníci těchto Center dostávají pravidelnou zpětnou vazbu o svých výsledcích a srovnání s výsledky ostatních center. Čtyřikrát ročně se konají schůzky vedoucích center, nejúspěšnější centra slouží jako vzor pro méně úspěšná, zkoumají se důvody všech neúspěšných terapií s cílem zvýšit jejich účinnost. Každý terapeutický tým má vytvořen osobní program rozvoje. Všechny získané výsledky jsou veřejně dostupné na internetu. Ekonomická analýza z roku 2014 prokázala, že náklady, vynaložené na zlepšení dostupnosti psychoterapie, se více než vrací ve formě zkrácení doby pracovní neschopnosti. Současné psychoterapeutické programy jsou zaměřené především na úzkostné a depresivní poruchy, v budoucnu je v plánu je rozšířit i na psychotické poruchy a na děti a dospívající.

Na závěr prof. Clark zdůraznil, že je při prosazování podobně ambiciózního programu nutné vytvořit organizaci, která program připraví odborně, zajistit si spolupráci renomovaného ekonomů, který prokáže návratnost vložených prostředků, získat si podporu skupin pacientů a spřátelit se s politiky, kteří mají moc program prosadit, a pak to stále zkoušet, zkoušet a zkoušet.

Odpoledne jsem nejdříve navštívil přednášku **Y. Teichman** (Izrael) o **Párové terapii deprese**. Zdůraznila, že v KBT je deprese považována za individuální chorobu a metodou volby je individuální psychoterapie. Přitom deprese má často svůj původ v poruše mezilidských vztahů a zároveň deprese velmi zatěžuje vztahy, život s depresivní osobou je velmi stresující. Deprese tedy není izolovaná porucha jedince, ale jde o poruchu celého systému interpersonálních vztahů depresivního jedince. Proto přednášející považuje za účinnější párovou nebo rodinnou terapii deprese, zvláště tehdy, když je ve vztahu napětí, nepřátelství nebo

odcizení. Účinnost párové a rodinné terapie deprese prokázala řada studií, výsledky přetrvávají i roky po terapii. „Na rodinu zaměřená terapie“ (Family focused therapy) je mezi doporučenými postupy v léčbě MDD a BPD. Zaměření terapie na mezilidské vztahy klienta umožňuje rozpoznat udržující vlivy, které brání odeznění deprese. Hlavní udržující depresogenní mechanismy v partnerském vztahu jsou

1) Nepřátelství: Deprese zvyšuje pocity nepřátelství u druhých lidí – depresivní jim „lezou na nervy“ svým chováním, proto je kritizují a to zase zvyšuje negativní pocity, sebeobviňování a depresi u pacienta.

2) Nadměrné ochranitelství: Nadměrná pomoc dává depresivnímu najevo, že je neschopen věci dělat a řešit, proto to za něj musí dělat někdo jiný. Depresivní si pak o sobě taky myslí, že je neschopný, je stále více pasivní, a tím se jeho deprese zhoršuje (např. manžel převezme za depresivní manželku eči o děti a ta si pak vyčítá, že je špatná matka). Tento postoj může zaujmout i terapeut!

3) Neurotické potřeby: Oba partneři potřebují depresi pro svou psychickou pohodu: např. manžel si vezme depresivní ženu, aby měl nad ní vždy pocit převahy a kontroly a aby si mohl připadat užitečný. Projeví se to tím, že není rád, když žena začne být aktivnější a méně depresivní, odrazuje ženu od jejích aktivit a zdůrazňuje, jak je neschopná. Tito „obětavi“ partneři bývají velmi oceňováni okolím, jak se starají o svého nemocného partnera a neopouštějí ji/jej.

Studie účinnosti párové terapie deprese: Friedman (1975) Léky pomáhají více na počátku terapie, ale rodinná terapie vedla k lepším výsledkům na konci terapie, farmakoterapie má daleko horší katamnézu (většina pacientů farmakoterapii přerušuje). Teichmann (1996): Párová kognitivní terapie byla účinnější než individuální kognitivní terapie u pacientů i u partnerů, u některých partnerů individuální KT dokonce vedla ke zhoršení jejich psychického stavu na konci terapie (museli se vyrovnat se změnou chování pacienta), ale v katamnézách se jejich psychický stav vrátil na původní úroveň.

Spokojenost u pacientů i partnerů byla nejvyšší s manželskou kognitivní terapií, nižší u individuální KT a nejnižší u farmakoterapie.

Den jsem zakončil návštěvou sympózia o **Inference based approach to OCD, IBA** (Na dedukcích založený přístup k OCD). Přednášející **F. Aardema** (Kanada) a **J. van Niekerk** (Holandsko) zdůraznili, že míra přesvědčivosti obsesí je u různých pacientů různě silná a že existuje skupina pacientů, kteří svým obsesím věří tak, že to dosahuje hloubky bludu. Jsou to lidé, kteří například více věří svým myšlenkám a snům než svým smyslům, kteří své kompulze zdůvodňují zcela nelogicky a bizardně. Právě pro tyto pacienty je vhodný IBA, který se nesoustřeďuje na behaviorální projevy OCD a tedy na expozici a zabránění rituálům, ale především na zkreslené způsoby uvažování klienta, které vedly ke vzniku těchto obsesí. Základem těchto obsesí je „pochybnost“ (Co když...?), která vede k rituálům. Jejich provedení sice sníží úzkost, ale neodstraní samu pochybnost. Pochybnosti jsou součástí „OCD příběhu“, který k nim vede. Terapeut proto zkoumá spolu s pacientem tento „příběh“, vedoucí k pochybnostem, a „důkazy“, zda je pravdivý nebo ne.

V terapii se využívá metod kognitivní terapie: Pacient si své „příběhy“ píše a pak je čte (získání odstupu), s terapeutem zkoumá užitečnost tohoto způsobu uvažování; hledá alternativní způsoby uvažování, které jsou pro něj užitečnější a realističtější (používání „selského rozumu“), terapeut zpochybňuje závažnost důsledků pochybností; nácvik změny chování – odstranění rituálů (někdy k tomu dojde samo, poté co je úspěšná práce se zpochybněním oprávněnosti pochybností).

Středa, 2. 9. 2015

A. Garcia-Palacios (Španělsko) se ve své přednášce zabývala **Možnostmi využití virtuální reality (VR) v terapii psychických poruch**. VR má podobu brýlí, které si klient nasadí, případně i rukavic. Tyto brýle vytváří dojem, že je člověk v jiné realitě. Základní soubor přístrojů a programů pro VR se dnes prodává v přepočtu za 50.000 Kč (2000 \$ - viz www.virtuallybetter.com).

Hlavní využití je při provádění expozic – dosud byly k dispozici expozice in vivo a v představě. Běžná expozice in vivo je pro některé pacienty příliš náročná a není při ní kontrolovatelné, co se stane. Při VR expozici můžeme daleko lépe kontrolovat jednotlivé proměnné – odstupňovat náročnost, měnit počet opakování, zvýšit dostupnost (strach z bouřek, strach z létání). Ve VR lze jít i za hranice běžné reality – např. abnormálně velký pavouk, mnoho pavouků, simulovat selhání výtahu apod. Do programu lze vložit např. zvuk bušícího srdce či efekt tunelového vidění. Umožňuje klientům zachovat soukromí, protože nemusejí nikam chodit. Pro většinu (75%) pacientů s fobií byla VR expozice více atraktivní než expozice in vivo. Terapeut během expozice vidí na displeji počítače to, co vidí pacient, a může s ním mluvit – ptát se jej na myšlenky, na pocity, provádět event. kognitivní restrukturalizaci, zaměření pozornosti.

Výzkumy: Přehled 23 RCT studií - byla prokázána účinnost VR expozice u jednoduchých fobií, agorafobií, akrofobií, panické poruchy, sociální fobie. Výsledky dosažené pomocí VR expozice se přenášejí do běžného života! Jen málo pacientů přerušuje terapii předčasně.

Nově se VR využívá v terapii PTSD, kde slouží jako náhrada expozice v představě. Lze simulovat požár, zemětřesení, výbuch bomby, autonehodu. Pomáhá pacientům, kteří nejsou schopni si trauma živě vybavit. Dále se používá se např. u válečných veteránů – pacient v rámci expozice v představě popíše, co zažil, vytvoří se podle toho program VR, kterému je poté opakovaně exponován. Účinnost je srovnatelná s klasickou expozicí v představě, účinek přetrvává 6-12 měsíců.

Dalším využitím je tzv. „augmentace reality“: To, co pacient vidí, je simulováno, ale s tím jsou spojeny reálné dotyky a čichové vjemy.

Využití VR v léčbě poruch příjmu potravy: Např. pac. se virtuálně zváží, poté se virtuálně nají a má odhadnout, kolik po tomto jídle přibrala. Virtuální váha jí pak ukáže, kolik by skutečně přibrala. Dále se využívá manipulace s vnímáním vlastního těla a porovnání se skutečností. Pacientka ve VR vytvoří vlastní představu své postavy, poté je přes ni promítnuta její reálná postava k porovnání. Ukázalo se, že pacientky více věří počítačovému programu než terapeutovi či jiné osobě – považují jej za objektivnějšího!

Vyžívání programů VR ke zvládnání trýznivé bolesti, kde nestačí morfin (popáleniny): Pomocí odvedení pozornosti, virtuální svět se sněhem a chladem (opět může být dotykový vjem reálný – led na prsty). Účinek byl prokázán nejen subjektivně, ale i změnou reakce mozku na MR.

Poruchy autistického spektra: Ve VR si klient vytvoří svého „Avatara“, se kterým trénuje sociální interakce.

Programy pro zlepšení životní spokojenosti u osamělých starých lidí – nabídka VR, aby mohli prožívat emočně uspokojivé zážitky. Programy VR nabízejí různá prostředí a aktivity.

Svépomocný VR program „Smiling is fun“ pro každého. Tvoří jej 8 různých modulů, které učí účastníky různým metodám ke zvládnání negativních emocí.

Terapie pomocí VR je pro většinu pacientů i terapeutů zábavnější a atraktivnější než běžná terapie.

Budoucnost VR terapie: Zmenšení a zlevnění helem pro VR. Propojení s internetovými terapeutickými programy či počítačovými terapeutickými programy, aplikace pro mobilní telefony.

Přednáška **G. Anderssona (Švédsko)** se věnovala **KBT poskytované přes internet (IKBT)**. Terapie před internet má různé podoby - edukační texty a filmy, svépomocné terapeutické moduly s cvičeními. Nejvíce zkoumány a nejlépe prokázaná účinnost je u terapeutických programů vedených terapeutem.

V těchto programech lze využívat různých jazyků a písem, existují programy pro dospělé i pro děti.

Jde většinou o krátkodobé terapeutické programy – 8-12 týdnů. Ovšem diagnostika před zahájením terapie vyžaduje osobní kontakt s terapeutem, nelze ji dělat jen přes sebeposuzovací dotazníky.

Pro klienty je příjemnější, protože nemusí nikam chodit a mohou si volit vlastní čas, kdy se terapii věnují. S terapeutem jsou v pravidelném písemném kontaktu. Většina programů zahrnuje systém upomínek, pokud se klient nekontaktuje v dohodnutém období. Velká pozornost je věnována bezpečnosti, aby byly údaje z terapie skutečně důvěrné.

Výzkumně zkoumána byla účinnost internetových terapeutických programů pro tyto diagnózy (již více než 100 studií): Tělesné potíže: Tinnitus, bolest hlavy, nespavost, chronická bolest, dráždivý tračník, rakovina, erektilní dysfunkce.

Psychické potíže: Deprese, panická porucha, sociální fobie, specifická fobie, hypochondrie, GAD, OCD, PTSD, bulimie, patologické hráčství, ADHD, párová terapie, nácvik pro rodiče, prokrastinace, interpersonální násilí.

Například studie programu na snížení násilí v mezilidských vztazích: 8 týdnů, 8 terapeutických modulů (zvládání emocí, komunikační dovednosti, kognitivní restrukturalizace atd.). Výsledek: V terapeutické skupině došlo k výraznějšímu snížení úrovně násilného chování ve srovnání s kontrolní skupinou čekatelů.

IKBT je podobně účinná jako terapie poskytovaná tváří v tvář, ale je to různé u různých pacientů – pro některé je lepší ta forma, pro jiné ta druhá.

Při přímém srovnání ukázaly některé studie větší účinnost IKBT, jiné osobní KBT.

Některé studie IKBT prokazují přetrvávající účinnost i po 5 letech.

Vliv konkrétního terapeuta je při IKBT minimální, ale terapeutický vztah vzniká a je hodnocen klienty jako lepší než při individuální KBT (idealizace terapeuta).

Existuje i několik programů psychodynamické terapie, prováděné přes Internet, které jsou účinné ve srovnání se skupinou čekatelů.

Vznikají terapeutické programy IKBT, poskytované přes mobilní telefony. Ve studii terapie velké deprese (N=88) bylo srovnáváno 10 sezení individuální terapie behaviorální aktivizace nebo 4 sezení BA + Smartphone aplikace, obě terapie byly srovnatelně účinné.

IKBT umožňuje poskytnout terapii většímu množství klientů s psychickými potížemi. V současné době nedokážeme předem rozlišit klienty, kterým lépe vyhovuje IKBT a kterým individuální KBT. Pokud se měřily rysy osobnosti, tak neměly vliv na výsledek léčby.

V současné době neexistuje výcvik terapeutů, který by byl zaměřen specificky na poskytování terapie po internetu. Zkušenější terapeuti poskytují supervizi začínajícím, probíhá vzájemná supervize.

Odpoledne jsem se jako reprezentant ČSKBT zúčastnil **Setkání reprezentantů EABCT**, na němž bylo nejvýznamnější, že byla jako člen EABCT přijata Ruská společnost KBT. Dále byly prezentovány budoucí kongresy EABCT – v roce 2016 ve Stockholmu, Švédsko, 2017 Istanbul, Turecko, 2018 Sofie, Bulharsko a 2019 Světový kongres KBT, Berlín, Německo.

Poté jsem si zašel na prožitkovou přednášku **A. Federmana (Izrael) Různé způsoby provádění všímavosti**. Během ní jsme si vyzkoušeli všímavost vůči tělesným prožitkům, všímavost vůči dechu, otevřenou všímavost vůči vlastním myšlenkám a všímavost vůči nepříjemnému pocitu, vyvolanému držet natažené ruky před sebou dostatečně dlouhou dobu. Po každém cvičení účastníci sdělovali své vlastní prožitky a zkušenosti s využíváním všímavosti ve své vlastní praxi.

Den jsem zakončil přednáškou **E. Rafaeliho (Izrael) o Schema terapii J. Younga**. Šlo o přehlednou a shrnující přednášku, přibližující tento terapeutický směr, zaměřený především na terapii klientů s dlouhotrvajícími psychickými potížemi a poruchou osobnosti (původně především hraniční poruchou osobnosti), který integruje KBT, teorii vztahové vazby (attachmentu) a na zvládání emocí zaměřené prožitkové metody. I když původ potíží vidí ve vytvoření tzv. raných maladaptivních schémat, vzniklých v důsledku toho, že v raném dětství nebyly dostatečně uspokojeny klíčové potřeby dítěte (bezpečí/důvěra, autonomie, rozumné hranice, svobodné vyjadřování potřeb a emocí a spontaneita/tvořivost), ve své terapeutické praxi se zaměřuje především na aktuálně přítomné tzv. „mody“, čili stavy osobnosti a na způsoby zvládání negativních emočních prožitků. Young rozlišil „dětské mody“ – zraněné, rozzlobené, impulzivní a spokojené/hravé dítě; „rodičovské mody“ – trestající rodič, náročný/kritizující rodič; a mod „zdravý dospělý“. Škodlivé způsoby zvládání negativních emočních prožitků rozlišil na „poslušný poddaný“, „odtažitý obránce“ a „přehnaně kompenzující“. U různých typů poruch osobnosti jsou různé mody a různé škodlivé způsoby zvládání různě silně vyjádřeny. V rámci terapeutického sezení se mohou jednotlivé mody osobnosti rychle střídát a je důležité, aby je dokázal terapeut rozpoznat a vhodně na ně reagovat - např. uchláchnit „zraněné dítě“, zklidnit „rozzlobené dítě“, usměrnit „trestajícího rodiče“ apod. Cílem terapie je jednak naplnit klíčové potřeby dítěte, které nebyly dostatečně uspokojeny v dětství, jednak rozvinout a upevnit mod „zdravý dospělý“ klienta. Terapie trvá několik let, její účinnost u klientů s hraniční poruchou osobnosti je spolehlivě prokázána několika studiemi.

Čtvrtek, 3. 9. 2015

Den jsem zahájil na sympóziu **Všímavost a KBT. H. Bresnitz (Izrael) popsala Využití všímavosti v rámci expozice u specifické fobie (fobie ze švábů)**. Jedna skupina prováděla běžnou odstupňovanou expozici vůči švábům, druhá dostala pokyn nesoustředit se jen na samotného mrtvého švába, ale uvědomovat si a přijímat i své myšlenky a tělesné pocity. Ukázalo se, že tato účastníci v této skupině sice během expozice prožívali vyšší míru strachu, byli však ochotni se ke švábovi rychleji přiblížit a dotknout se jej. Podle autorky zařazení postoje všímavosti vůči svým vnitřním procesům (myšlenky, tělesné pocity) do nácviku expozice vede k rychlejší habituaci a lepšímu přenosu výsledku expozice do běžného života.

J. Cina (Izrael) popisovala **Uplatnění nácviku všímavosti u obézních lidí po bariatrické operaci žaludku**, u kterých bylo důležité, aby si vytvořili nové způsoby jení. I když je během bariatrické operace

zmenšen objem žaludku pacienta, přesto 30-50% pacientů po operaci do roka opět výrazně přibere na váze – „operace změní žaludek, nikoli mysl“. Pokusy prokázaly, že člověk sní více jídla, pokud je ve větším obalu a pokud je při jídle jeho pozornost zaměřena na něco jiného (např. sledování televize, konverzace apod.). Jídlo také slouží jako prostředek ke zmírňování negativních emocí. Proto učí pacienty po operaci žaludku pravidlům „všímavého jedení“: Během jídla nesmí být člověk ničím rozptylován (vypne si i mobil) – „Teď jím“. Již před začátkem jídla si pacient nejdříve uvědomí svůj současný stav, své myšlenky a tělesné pocity, míru svého hladu, zhodnotí typ a množství jídla, které má k dispozici (není jej příliš?). Jídlo si dá na malý talířek (nebo na více malých talířků – zvlášť maso, zvlášť přílohu, zvlášť zeleninu), jí mnohem pomaleji (nejméně 30 minut!), každé sousto důkladně prožvýká, ochutná a poté polkne, přičemž si všímá i pocitů v jícnu a v žaludku. Po každém soustu se na chvíli zastaví a položí si otázku, zda chce jíst dál. Prokázalo se, že tímto způsobem sní člověk méně, jeho pocit sytosti přetrvává déle a má z jídla větší potěšení. Tendence k záchvatům přejídání se výrazně snížila.

Poté jsem vyslechl přednášku **A. Arnze** (Holandsko) **Přepis v imaginaci: metoda na zvládnutí traumatických vzpomínek a jiných negativních zážitků**. Přepis v imaginaci (orig. Imagery rescripting, IR) je terapeutická metoda, která se využívá transdiagnosticky u traumatických vzpomínek či negativních zážitků. Využívá se u PTSD, ale i u jiných emočních poruch – při emocích strachu, studu, zlosti, viny.

Při této metodě si klient nejdříve v duchu představí nějakou nepříjemnou vzpomínku, nebo nějakou hypotetickou událost či sen (noční můry). Představa zahrnuje všechny smysly, nejen, co klient vidí, ale i co cítí v těle, co slyší, co čichá. Není nutné vybavit si všechny podrobnosti, ale je nutné, aby se aktivovala původní emoce, spojená se vzpomínkou či představou. Pak si klient (s pomocí terapeuta) uvědomí, jaké má během této události potřeby a přání a jak by si je mohl splnit, a poté si představí, jak se mu tyto jeho potřeby a přání vyplnily (aktualizuje minulost).

Využití představivosti v terapii má tyto výhody:

- Představa vyvolává více emocí
- Účinněji vede ke změně postoje a myšlení
- Aktivuje stejné oblasti mozku jako skutečný zážitek (využívá se např. ve sportovní psychologii)

IR je zážitková metoda, nikoli racionální logický proces, proto více mění emoce, spojené s určitým zážitkem. Lze se během ní vracet v čase i v prostoru, např. při vybavování dětských vzpomínek je třeba vkládat korektivní informace na dětské úrovni.

IR ovlivňuje implicitní psychologické procesy, nonverbální zážitky. Je to velmi účinná metoda, ale zranitelným pacientům může i uškodit! Proto je třeba, aby ji terapeut používal opatrně a postupně, ve spolupráci s klientem, který může představu kdykoli ukončit.

IR se používá jak k reskripci specifických událostí (traumat), tak k reskripci opakovaných zážitků, které jsou zdrojem schemat (jádrových přesvědčení), např. zážitky z dětství u poruch osobnosti.

Reskripci může řídit klient, pokud je toho schopen – např. si představí, že v situaci jednal odlišně, než tomu bylo ve skutečnosti; že do situace vstoupí jako dospělý a ochrání sám sebe jako dítě. U některých klientů je nezbytné, aspoň zpočátku, aby reskripci řídil terapeut, např. on sám vstoupí do situace a pomůže klientovi ji zvládnout.

V IR můžeme přepisovat nejen minulost, ale i budoucnost – změna katastrofického scénáře či obav (tzv. „flash forward“). Klient si může vybavovat jak skutečné vzpomínky, tak své fantazie, jako jsou noční můry či katastrofické predikce).

IR se uplatňuje v terapii řady poruch: PTSD, noční můry, jednoduché fobie (je stejně účinná jako expozice in vivo!), sociální fobie (minulé zážitky, představy budoucnosti), deprese (vtíravé negativní vzpomínky), poruchy osobnosti (např. v rámci schéma terapie pro hraniční poruchu osobnosti), ale i u psychóz ke zvládnání vtíravých představ.

K vyvolání původní představy lze využívat i vnějších podnětů – hudba, zvuky, vůně, fotografie.

Výzkumné studie prokázaly účinnost u PTSD, srovnávala se expozice v představě a expozice v představě + reskripce. Účinnost byla srovnatelná, ale ve skupině s reskripcí podstatně více klientů terapii dokončilo. Pokud klienti v představě vyhověli svým agresivním popudům, pak se jich ve skutečnosti méně báli a nepotlačovali je např. alkoholem.

V terapii OCD, kde si klient dokázal vybavit konkrétní událost, která vedla k rozvoji jeho obsesí a kompulzí, vedl přepis této události během 1 sezení k výraznému snížení příznaků OCD.

Také zařazení IR do KBT sociální fobie (3 sezení) vedlo k rychlejšímu ústupu sociální úzkosti a změně chování než v kontrolní skupině bez IR.

Metoda IR je méně stresující pro terapeuta než expozice traumatickým vzpomínkám, proto ji terapeuti upřednostňují.

Mechanismus účinku IR nespočívá v překrytí původní vzpomínky, paměť na fakta zůstává zachována. Původní vzpomínka však postupně vyvolává daleko slabší emoci, dochází ke změně významu původní vzpomínky, ke zvýšení pocitu kontroly nad vnitřními psychickými procesy a vyjádření potlačených potřeb a přání. Výsledná emoce je pak obvykle pozitivní – úleva, pocit bezpečí, spravedlnosti, vlastní síly apod.

Následně jsem si zvědavě zašel na sympozium, věnované „**Medicinsky nevysvětleným příznakům**“ (orig. „Medically unexplained symptoms“, MUS) První přednášející, **M. Schwartz** (USA), byl starý pán, který přeskakoval své slajdy a odbočoval ke vzpomínkám, jak již před 35 lety prosazoval na Mayo Clinic psychosomatický přístup a v terapii psychogenního zvracení a přecitlivělosti na zápachy využíval biofeedback, díky němuž dokázal lépe navazovat kontakt s pacienty a prolamovat jejich odpor vůči psychologickým metodám. Skončil tím, že si máme přečíst jeho knihu o biofeedbacku.

N. Edry (Izrael) hovořil o **využití hypnózy v terapii MUS**, odvolával se na knihu D.Cheeka a L. LeCronové z roku 1966 „Rapid Medical Hypno-analysis“. Podle tohoto přístupu terapeut hypnotickém stavu probírá s klientem 7 oblastí, které jsou podle něj obvyklými příčinami MUS: Konflikt, řeč těla, motivace, minulé zážitky, identifikace, sebetrestání a sugesce. Klient na otázky reaguje pohybem prstu, buď ano nebo ne.

Konflikt: „Někdy má člověk chuť něco udělat, ale přitom ví, že by měl udělat něco jiného. Myslíte si, že vaše (např. bolest hlavy) může souviset s nějakým takovým konfliktem?“

Řeč těla: „V běžné řeči lidé často mluví o tom, že jim něco leží v žaludku, že to na nich leží jako kámen a podobně. Na podvědomé úrovni mohou tyto metafory skutečně vyvolat tělesné příznaky. Mohlo by to tak být i u vás?“

Motivace (sekundární zisk): „Někdy určitý příznak přetrvává, protože to člověku pomáhá řešit nějaký problém. Jeho příznaky jej mohou nějak chránit.“

Minulé zážitky: „Mohl by tento příznak nějak souviset s nějakou významnou událostí ve vašem životě? Můžete se zkusit vrátit v čase a připomenout si tuto událost?“

Identifikace: „Někdy máme podobné příznaky jako někdo, ke komu máme hodně blízko. Měl někdo, kdo byl pro vás důležitý, podobný příznak jako vy?“

Sebetrestání: „Někdy uděláme něco, za co se stydíme, nebo máme myšlenky, které považujeme za špatné, a když nás za to nikdo nepotrestá, máme podvědomou tendenci se potrestat sami a to může vést k příznakům.“

Sugesce: „Někdy máme příznaky proto, že přijmeme podvědomě něčí názor a pak jej nekriticky uznáváme a reagujeme na něj, i když s ním vlastně nesouhlasíme.“

V dalším průběhu hypnózy pak terapeut klientovi dává posthypnotické sugesce, které by mu měly pomoci příčinu jeho příznaků odstranit – např. dokáže svůj konflikt vyřešit na vědomé úrovni, dokáže rozlišit mezi minulými zážitky a přítomností, dokáže odlišit sebe sama od druhé osoby, apod.

Pro mě byla přednáška zajímavá metaforami a možnými kauzálními souvislostmi při porozumění tělesným příznakům, které nemají zjistitelný tělesný podklad, a možnostmi ovlivnit je pomocí hypnózy.

U. Oren (Izrael) ve své přednášce **Je MUS formou somatické PTSD? Využití EMDR v terapii MUS** popsala hypotézu, podle níž mohou být MUS formou posttraumatické stresové poruchy, při níž si jedinec na traumatickou událost vědomě nepamatuje, např. proto, že proběhla v preverbálním stádiu vývoje, ale pokud se později během života setká s podnětem, který ji evokuje, pak se může projevit jako tělesný příznak. Například pokud se náhle u klienta objeví panické záchvaty, které nemají zjevnou aktuální příčinu, pak může jít o znovuoživení akutní stresové reakce z minulosti, která je uložena v implicitní paměti, tzv. somatický flashback. V terapii proto autorka používá metodu EMDR (Eye Movement desenzitization and reprocessing, tj. Desenzibilizace a znovuzpracování pomocí očních pohybů), pomocí které se snaží oslabit patologický vliv nevědomého traumatu a tím odstranit tělesný příznak. Podle autorky je prokázána účinnost EMDR u celé řady tzv. somatoformních poruch, např. chronické bolesti, kožních chorob, spojených se stresem, psychogenních neepileptických záchvatů, chronického únavového syndromu, migrény a poruchy tělesného schématu, i když studií typu RCT je málo a jedná se většinou o případové studie.

Následovala účast na přednášce **J. Beck(ové)** (USA). Tato slavná dcera ještě slavnějšího zakladatele kognitivní terapie A.T. Becka se v posledních letech věnuje vytváření a uplatňování **KBT programů pro snižování nadváhy**, se svou dcerou napsala knihu J.Beck & D. Busis: The Diet Trap Solution (2015).

Její přednáška byla živá a vcelku přesvědčivá. Hned na úvod řekla, že není problém vytvořit program, který pomůže lidem zhubnout, ale je velký problém, jak zajistit, aby po skončení programu během následujících let zase na váze nepřibrali. Terapie obézních nevede k vyššímu úbytku váhy než 5-10%, 80% z těch, kdo ubrali více než 10%, do 5 let zase přibere na původní váhu. Nízkointenzivní programy, zaměřené pouze na různá doporučení ke změně životního stylu a držení diet, nejsou účinné vůbec.

Pacienti obvykle očekávají, že když dokáží zhubnout, že už nepřiberou. Jakmile o něco ztloustnou, rezignují na snahu si váhu udržet – černobílé uvažování.

Dřívější KBT programy snižování nadváhy vedly klienty k tomu, aby snižovali množství jídla a dodržovali dietní doporučení, ale neučily je, jak držet dietu; zaměřovaly se na kognice, spojené se stresem, nikoli na kognice předcházející bezprostředně jedení, nepřipravily na zklamání, neúspěchy, frustrace, pocity nespravedlnosti. Doporučované diety byly obvykle příliš přísné a proto neudržitelné po zbytek života. Pak stačí, aby klientka jen mírně změnila způsob života, a hned zase znova začne přibývat, např. v důsledku nemoci, menopauzy apod.

Doporučení J. Beckové: Ještě před zavedením změn v dietním režimu systematicky učit klientky základním dovednostem – jak se motivovat, denně si číst pravidla ohledně hubnutí a cvičení, jak se naučit jinak jíst (pomaleji, všímavě), jak si vytvořit čas a energii, jak zlepšit kvalitu života – to vše ještě před samotným zahájením programu snížit váhu a změnit jídelní návyky (metafora s pilotem, který si také musí naučit létat nejdříve na simulátoru, než sedne do letadla). Pokud klient nedokáže dodržovat tato pravidla a změnu chování před změnou způsobu stravování, není naděje, že bude schopen dodržovat pravidla během programu snižování nadváhy.

Klient musí rozumět tomu, proč má co dělat, musí se zavázat, že bude dodržovat dohodnutá pravidla, musí si ujasnit, co mu tom brání - jaké myšlenky? Jaké jiné vlivy? Dokud se tyto otázky nevyřeší, nepokračovat v programu.

Klient se také musí naučit se ocenit, pochválit se, zvýšit pocit vlastní zdatnosti.

Dalším krokem je nácvik zvládnání pocit hladu a chuti k jídlu pomocí akceptace a všímavého pozorování.

Klientka se musí naučit, jak zvládnout „přestupky“ proti pravidlům – nekatastrofizovat, ale všimnout si jich a zase se vrátit k jejich dodržování (vrátit se zpět na trať).

Klientka se musí naučit se jíst podle určitého programu, zjistit, který jí nejvíc vyhovuje, ten pak neměnit.

Až pak začít měnit způsob jedení – menší talíře, menší porce, omezit tuky a cukry, přidat proteiny, přidat zeleninu a ovoce, omezit „junk-food“ na jednou denně. Klientka si musí plánovat si jídlo denně předem, a pak zapisovat si jen to, co vybočuje z plánu (jídlo navíc). Využívá přitom „Připomínací lístky“ – direktivní, motivující, např. „Když jsem nechtě rozbila sklenici, neznamená to, že po zbytek dne budu rozbíjet další nádoby“ (proti „Když jsem porušila své dietní pravidlo, tak už nemusím po zbytek dne žádná dietní pravidla dodržovat). Dieta má být velmi individuální, aby byla udržitelná, musí zahrnovat oblíbená jídla. Klientka se musí naučit se zvládat pocit hladu, nekatastrofizovat („Je to jen pocit, že je žaludek prázdný“).

Měla by udělat behaviorální experiment, tzv. „expozice vůči hladu“: Nejdříve predikovat, jak moc je hlad nepříjemný, poté splnit úkol: Po snídani už celý den nic nejíst a všimnout si, jaké to je, jaké to vyvolává myšlenky, emoce a tělesné pocity.

Úplně poslední přednáškou, kterou jsem na kongresu navštívil, bylo vystoupení muslimské profesorky Ben Gurion univerzity **Sarah Abu-Kaf** (Izrael) **KBT: Cesta k naději a soucitu**, v němž popsala pro mě poněkud exotickou studii postojů dospívajících Beduínů a jejich emoční prožitky v průběhu 3 válečných konfliktů mezi Palestinci a Izraelem během minulých 10 let. Beduíni jsou totiž na jedné straně příbuzní s Palestinci, na druhé straně je území, na kterém žijí, terčem raketových útoků ze strany Palestinců. Ukázalo se, že v průběhu těchto konfliktů v účastnících postupně klesal pocit naděje a naopak se zvyšovala míra prožívaného stresu – vcelku nepřekvapivý závěr, vzhledem k okolnostem.

Podle autorky může KBT pomoci těmto jedincům, aby si svou míru naděje udrželi a aby dokázali lépe čelit stresujícím vlivům. Uvedla, že KBT je uplatnitelná i v nezápadních společnostech, přináší pacientům naději a způsoby, jak dosáhnout svých cílů v životě. Jde o přístup, který klientům pomáhá zaujmout více laskavý/soucitný postoj vůči sobě i vůči druhým lidem.

Po této přednášce ještě kolegové ze Švédska ve své vtipné prezentaci pozvali všechny přítomné na příští rok do Stockholmu, zdůraznili, že pobyt ve Švédsku není nijak drahý, že bude k dispozici levné ubytování a že je Stockholm město, které rozhodně stojí za vidění.

Pak již byl 45. kongres EABCT definitivně ukončen.