

46. kongres EABCT, Stockholm, Švédsko

31.8. – 3.9.2016

MUDr. Petr Možný

Kongres se konal v kongresovém centru Waterfront v samém centru Stockholmu, v sousedství hotelu Radisson Blue, ve kterém byli někteří slavní a bohatí představitelé KBT ubytováni. Nikoli ovšem já, který musel vzít zavděk studentskou ubytovnou v suterénu, vzdálenou čtyři zastávky metra. I tak jsem byl se svým pobytem ve Stockholmu velmi spokojen, protože organizace kongresu klapala na jedničku, kromě odborného programu připravili hostitelé i příjemná společenská setkání, každý den byla k dispozici bez omezení káva, sladkosti a v poledne studené pohoštění (i když to bylo na můj vkus poněkud příliš zdravé, než aby bylo opravdu chutné). Počasí vyšlo na jedničku, až na jednu krátkou dešťovou přeháňku, která přišla v sobotu po skončení programu, bylo slunečno a teplo, kolem 18 až 22 stupňů.

Ve Stockholmu perfektně funguje veřejná doprava, metro jezdí každé 2-3 minuty a není nijak přečpané, takže se sedmidenní permanentkou mi byly všechny části Stockholmu bez problémů dostupné. Bohužel jsem neměl příliš příležitostí toho využít, protože program začínal ráno v 8:30 a končil v 17:30 až 18:00. Zajel jsem si aspoň do IKEA, abych se přesvědčil, že zde prodávají úplně stejný nábytek a v restauraci servírují úplně stejná jídla jako u nás v Brně.

Středa, 31. 8.2016

První den, ještě před zahájením kongresu, jsem absolvoval **celodenní workshop s Judith Beck o kognitivní terapii poruch osobnosti**. Na jedné straně bylo velmi zajímavé vidět a slyšet tuto slavnou dceru ještě slavnějšího otce (A.T.Beckovi je letos 95 let a stále se účastní práce na terapeutických programech) na živo, na druhé straně jsem zjistil, že pokud člověk zná její knihu „CBT for challenging problems“, pak se už nedozvěděl mnoho nového, protože uváděla stejné problémy a dokonce i stejné příklady pacientů jako jsou popsány v této knize.

Na slavnostním zahájení kongresu ve středu večer jsem si vyslechl několik velmi vtipných projevů (prof. Holmes např. upozornila švédské hostitele, jak neodolatelně komicky působí na Angličana švédský výraz pro „výjezd“, tedy „utfart“, kterého je všude po ulicích plno. Mě zase v této souvislosti napadlo, že si Švédové jistě neuvědomují, že pro Čecha je poněkud překérní, když má své dospívající dceři vysvětlovat, že to nemysleli nijak zle, když svůj obchod IKEA umístili v místě zvaném „Zatáčka Kunden“, švédsky „Kunden kurva“). Na závěr zahájení, po úvodních projevech, mě opravdu strhlo představení pěti švédských artistů, dvou dívek a tří mladíků, kteří na laně, v obruči a na houpačce předváděli s lehkostí cviky vskutku neuvěřitelné. Potlesk ve stoje zaplněného sálu si plně zasloužili!

Organizátoři hrdě oznámili, že se na kongres přihlásilo **1858 účastníků ze 45 zemí**, a že spolu s pozvanými řečníky a doprovázejícími osobami je tedy na kongresu kolem 2000 osob. Projevovalo se to tím, že pokud se chtěl člověk zúčastnit přednášky, která se nekonala v jednom ze tří největších sálů, jejichž kapacita byla 1250, 1000 a 800 sedadel, tak musel přijít s dostatečným předstihem, jinak se již do sálu nevešel. Já takto přišel o přednášku, která se konala v místnosti pro 300 lidí, což je jev, který jsem na předchozích kongresech nezažil. A přednášky byly hojně zaplněny i v sobotu odpoledne, kdy již kongres končil. Z České republiky jsme ovšem byli na kongresu jen dva – já a Jáno Praško, a bylo mi slabou útěchou, že stejně vysoký (vlastně nízký) byl i počet účastníků ze Slovenska.

Z **programu** jsem spočítal, že celkem během kongresu proběhlo **43 workshopů**, zaznělo **16 klíčových přednášek** (trvajících 45 minut), **10 panelových diskusí**, **11 setkání s experty** a **378 (!) běžných přednášek**, každá v délce 15-20 minut. Jako vždycky to znamenalo, že si člověk musel opravdu vybírat a o většinu programu nutně přišel.

Čtvrtek 1. 9. 2016

Ve čtvrtek 1. 9. 2016 ráno jsem nejdříve navštívil seminář o **KBT, zaměřené na zmírnění ruminací**, tedy neproduktivního přemítání. Zjistil jsem, že na toto téma vyšla letos kniha „Rumination-Focused CBT for Depression“, jejíž autor, **Edward R. Watkins**, měl hned první přednášku. Upozornil v ní, že ruminace je kognitivní proces, který je „transdiagnostický“, tedy vyskytuje se u řady psychických poruch – u deprese, u úzkostných poruch (GAD, sociální fobie, PTSD aj.), u OCD. I když je jejich obsah u různých poruch odlišný, jejich dopad na psychiku je totožný - ruminace, pokud přetrvávají, zhoršují průběh psychických poruch a snižují účinnost jiných terapeutických metod. Proto je vhodné zaměřit se v terapii přímo na ruminace.

Ruminace je považována za mentální zvyk („habit“), při kterém člověk uvažuje všeobecně, abstraktně a globálně, a má formu vět, které si člověk stále opakuje („Co když se něco stane?“ „Všichni se mi budou smát“, „Proč se mi to stalo?“ atd.).

Ruminace vedou k bezprostřednímu zmírnění napětí, protože člověk má dojem, že své problémy řeší tím, že o nich přemýšlí. Ve skutečnosti se ovšem vyhýbá negativním emocím a chování, které jsou spojeny se skutečným řešením problému (expozice obávaným situacím, případně konkrétním představám ohledně minulosti a budoucnosti).

Jak lze ovlivnit ruminace v terapii? Je třeba změnit automatickou reakci na vnější podněty, která vede k ruminacím, a nacvičit odlišnou reakci, kterou ruminace nahradíme.

To znamená vést pacienty k tomu, aby si

- 1) Všimli, jakmile začnou v určité situaci ruminovat, tedy opakovaně si klást otázky „Proč?“ a „Co když...?“ a vytvářet katastrofické předpovědi.
- 2) Místo ruminace se naučili vytvořit si co nejživější a nejkonkrétnější vizuální představy toho „Co se stalo nebo co by se mohlo stát a poté se zaměřili na představu toho, „Jak“ by měli v takové situaci co nejlépe reagovat a jak situaci úspěšně zvládnou. Cílem je nahradit otázku „Proč?“ a „Co když?“ otázkou „Co?“ a „Co s tím?“ Tuto konkrétní vizuální představu úspěchu „Co s tím“ je třeba opakovat (až 50x), dokud nenahradí původní ruminace.
- 3) Je třeba změnit chování – místo pasivního přemítání nacvičit zvládání obávaných situací formou behaviorálních experimentů. Dále plánovat příjemné aktivity, zvýšit rozsah aktivit, které naplňují osobní hodnoty klienta a učit klienty, aby dokázali sami sebe ocenit a byli sami na sebe více laskaví (laskavý vnitřní hlas, představa laskavé bytosti).

Moeller (Dánsko) představil výzkumnou studii, která prokázala, že pokud se u chronických rezistentních depresí kromě podávání antidepresiv zaměří terapie na zvládání a nahrazení škodlivých ruminací, vede to u více než 50% pacientů k vymizení depresivních příznaků během 12 týdnů terapie.

Anniko (Švédsko) popsala výzkumnou studii, která zkoumala, zda lze předejít vzniku depresivních a úzkostných poruch u středoškolských a vysokoškolských studentů pomocí internetového terapeutického programu s účastí živého terapeuta. Program sestával z 6 modulů a trval 6-8 týdnů. Účastníky učil, jak zvládat nadměrné starosti a obavné ruminace. Míra ruminování u účastníků terapie, kteří jej absolvovali celý, výrazně poklesla a po 12 měsících od ukončení programu byla dokonce ještě nižší než v době ukončení programu. Také míra úzkostných a depresivních příznaků po absolvování programu výrazně poklesla a pokles se udržel i 12 měsíců po ukončení terapie. Ovšem více než polovina účastníků program nedokončila.

Následně jsem navštívil **diskusi, srovnávající klasickou KBT, behaviorální terapii a ACT**. Na pódiu seděli tři představitelé, každý za jeden z uvedených směrů – **K. Dobson** (Kanada) za KBT, **L. McCracken** (Velká Británie) za BT a **J. Ramnerö** (Švédsko) za ACT.

Moderátor všem předložil kazuistiku mladé ženy (23 r.), která žádá terapii kvůli panické poruše, je ovšem i výrazně stydlivá (rysy sociální fobie) a od dětství zvýšeně úzkostná.

V první části odpovídali protagonisté na otázku, co dalšího by potřebovali vědět před vlastním zahájením terapie – ukázalo se, že v tom mezi nimi nejsou žádné rozdíly, všichni by se zajímali jak o precipitující faktory, tedy období před vznikem panických záchvatů, tak o její důležité životní zážitky od dětství a také na její přednosti, hodnoty a plány.

V další části se protagonisté zaměřili na otázku cíle terapie a na metody, které by v terapii použili. Zde byl určitý rozdíl v tom, nakolik by se terapeuti zaměřili na edukaci a nácviky mimo sezení (KBT a BT) a nakolik spíše na prožívání v sezení a vnímání terapeuta (ACT).

Představitel ACT byl terapeuticky o něco pasivnější, více přijímající a ve vyjadřování obecnější než představitelé KBT a BT. Zatímco představitel KBT se zabýval i tím, jak klientka hodnotí sama sebe a terapeuta a doporučoval kognitivní restrukturalizaci, představitel BT více zdůrazňoval expozice, nácvik dovedností a behaviorální experimenty, ovšem i to s cílem, aby klientka zlepšila své sebehodnocení a věřila si, že dokáže své problémy zvládnout

Celkově ovšem diskuse vyzněla velmi vstřícně, protagonisté si navzájem oceňovali navržené terapeutické postupy, do přímé konfrontace či vzájemné kritiky se vůbec nedostali.

Ve výrazném kontrastu se smířlivým a vzájemně se oceňujícím tónem předchozí diskuze se odpolední přednáška **P. M. Emmelkampa** (Nizozemí) **Potřebujeme kognitivní terapii v léčbě úzkostných poruch?** nesla ve velmi kritickém a konfrontačním tónu. Přednášející na základě srovnávacích metaanalýz výzkumných studií energicky hájil názor, že kognitivní metody nijak nezvyšují účinnost behaviorálních metod, především expozice – jak in vivo, tak v představě – v léčbě úzkostných poruch, konkrétně uváděl panickou poruchu, OCD, sociální fobii, specifickou fobii. Proto je zbytečné ztrácet v terapii čas prováděním kognitivní restrukturalizace na úkor expozice, behaviorálních experimentů a nácviku zvládnání obávaných situací.

Také u deprese je samotná behaviorální aktivizace stejně účinná jako klasická KBT, zahrnující jak behaviorální aktivizaci, tak kognitivní restrukturalizaci. I u deprese proto považuje kognitivní metody za nadbytečné, protože ke změně negativních kognicí dochází i během samotné behaviorální aktivizace a plánování (příjemných) činností.

Jako přínos ke zvýšení účinnosti a akceptovatelnosti léčby úzkostných poruch naopak vyzdvihnul expozici ve virtuální realitě (Virtual Reality Exposure Therapy, VRET) – u akrofobie (fobie z výšek), agorafobie, sociální fobie a u panické poruchy je srovnatelně účinná jako expozice in vivo a přitom je dostupnější, lépe ovlivnitelná a časově méně náročná jak pro pacienta, tak pro terapeuta. Přitom i během VRET dochází k významné změně uvažování klienta – zvýšení jeho sebevědomí a optimismu, aniž byla použita kognitivní restrukturalizace.

Závěr: Nepotřebujeme kognitivní terapii, abychom změnili kognice klienta. Metody behaviorální terapie jsou stejně účinné a přitom jednodušší a méně časově náročné.

Na závěr čtvrtletního programu jsem zaměřil na besedu významných představitelů KBT s názvem „**Co jsme se naučili a jakých chyb jsme se dopustili v KBT**“. Na pódiu zasedli A. Freeman (USA), P.M.Emmelkamp (Nizozemí), A.M. Albano (USA), J.G.Öst (Švédsko) a J. Beck (USA), aby volně diskutovali o minulosti a budoucnosti KBT. Jako chyby označili diskutující vzájemné boje a kritiku mezi jednotlivými skupinami KB terapeutů místo vzájemného obohacování, nedostatečný výzkum vlivu terapeutického vztahu na účinnost KBT, nedostatečný důraz na analýzu chování a myšlení klienta v rámci terapeutického sezení a mechanické uplatňování terapeutických metod, ověřených u dospělých pacientů, v KBT dětí. P. Emmelkamp zpochybnil tvrzení, že terapie vedená na základě individuální konceptualizace případu je účinnější než terapie vedená na základě obecné teorie.

Do budoucna by se podle diskutujících měla KBT zaměřit na zkoumání a využívání terapeutického vztahu, analýzy chování a uvažování klientů v rámci sezení, na využívání virtuální reality a na zlepšení dostupnosti KBT, např. i tím, že do výcviku budou kromě psychiatrů a psychologů přijímány a zdravotní sestry a sociální pracovnice.

Pátek 2. 9. 2016

V pátek jsem celé dopoledne strávil na workshopu **Iftaha Youvella** (Izrael) s názvem **Vytvoření základu pro hodnotnou změnu v ACT** (Setting the Grounds for a Valued Change in ACT) a musím říci, že to pro mě znamenalo jeden z vrcholů tohoto kongresu. Opět jsem si potvrdil, že jsou mi jak teoretická východiska, tak praktické uplatňování tohoto přístupu blízké.

Hned na počátku workshopu jeho akční a sympaticky vstřícný vedoucí upozornil na to, že lidé a mnohdy i psychologové předpokládají, že negativní emoce jsou důsledkem negativních událostí v životě člověka, takže pokud člověk žádné problémy v životě nemá, prožívá jen samé pozitivní emoce. To je ovšem naprostý omyl, protože negativní emoce jsou nevyhnutelnou součástí emočního repertoáru lidské psychiky a při nepřítomnosti silných negativních podnětů jsou prostě spouštěny podněty slabšími, případně se objevují zcela spontánně, bez zjevné vnější příčiny. Z tohoto poznatku plyne, že snaha vyhnout se v životě negativním emocím je předurčena k neúspěchu a může vést paradoxně k prohloubení negativních emocí – člověk je nešťastný z toho, že je nešťastný, i když by správně nešťastný být přece neměl.

Dalším důležitým výchozím předpokladem ATC je to, že je velmi důležité rozlišovat vnější problémy a vnitřní psychické procesy. Zatímco lidé jsou velmi schopní najít řešení i složitých vnějších problémů, pokud se stejný postup snaží uplatnit na své vnitřní psychické procesy, pak velmi často zjistí, že se jim to nedaří. Předpokládají, že je to proto, že nenašli to „správné“ řešení nebo že se dostatečně nesnažili svůj vnitřní problém vyřešit – a proto zvyšují úsilí nebo neustále hledají řešení.

Ovšem u vnitřních psychických procesů je třeba rozlišovat ty, které jsou vůlí ovlivnitelné, a ty, které vůlí ovlivnitelné nejsou. Mezi procesy, které jsou vůlí neovlivnitelné, patří např. naše myšlenky, emoce a některé typy automatických tělesných procesů jako je např. srdeční frekvence či míra bdělosti/spánek.

Pokud se člověk snaží vůlí ovlivnit psychické procesy, které vůlí ovlivnit nelze, pak nejenže selhává, ale paradoxně jejich intenzitu a trvání zvyšuje. Typickým příkladem jsou například vtíravé myšlenky, ale vlastně jakékoli myšlenky či představy. Jakmile se člověk snaží nějaké myšlenky či představy zbavit, dosáhne pouze toho, že se mu tato nechtěná myšlenka či představa vybavuje stále častěji a déle – jak ukazuje známý příklad, kdy někdo dostane za úkol, aby v následující minutě nemyslel na žirafu, ani si ji nijak nepředstavoval, jak vypadá. Je zcela jisté, že i když mu v předchozím týdnu či měsíci žirafa vůbec nevytanula na mysl, v minutě, kdy má za úkol na ni nemyslet, se mu její typická silueta v mysli vynoří.

Podobě je to s nechtěnými emocemi – čím víc se člověk snaží ne být smutný či úzkostný, tím více si uvědomuje, že se mu to nedaří a je v důsledku tohoto neúspěchu ještě více smutný či úzkostný.

Cílem terapie tedy nemá být se nežádoucími myšlenkami a emocemi vyhnout, případně je potlačit, ale změnit k nim postoj ve smyslu všímavé pozornosti, získání odstupů bez snahy je měnit a přijetí jejich existence, aniž by se člověk ve svém zjevném chování nechal těmito myšlenkami či emocemi řídit. Chování je totiž vůlí ovlivnitelné a člověk se může chovat určitým způsobem, i když to není v souladu s tím, co mu napadá nebo jak se emočně cítí.

Právě posílení a rozvíjení schopnosti chovat se v souladu se svými životními hodnotami a dosahovat svých žádoucích životních cílů i ve chvílích, kdy člověka trápí nepříjemné myšlenky a emoce, je jedním z cílů ACT.

Pro ilustraci toho, jak lidé dokáží snášet i velmi negativní vnější podmínky a vystavovat se nepříjemným zážitkům, pokud jsou motivováni osobními hodnotami jako je společenská prestiž a uznání, nám přednášející ukázal inzerát, kterým Angličan R. Shackleton hledal dobrovolníky pro svou výpravu do Arktidy v roce 1906: „Hledám muže pro riskantní výpravu za nízkou mzdu, krutá zima, dlouhé měsíce v naprosté temnotě, neustálé nebezpečí, bezpečný návrat je nejistý. Uznání a pocty v případě úspěchu.“ Přihlásilo se více než pět tisíc zájemců, z toho i tři ženy.

Pokud člověk ví, proč má snášet utrpení, pak je schopen je snášet daleko lépe.

Proto je nutné s pacienty probírat jejich životní hodnoty a využívat je jako motivaci, aby byli ochotni změnit své vyhybavé chování, které paradoxně jejich míru utrpení prohlubuje a prodlužuje. Další významnou složkou ACT je zaměření na přítomnost a budoucnost a na aktivní jednání, místo na pasivní přemítání (citát z westernu s Clintem Eastwoodem „Když musíš střílet, tak střílej a nekecej!“)

Cílem aktivního jednání v přítomnosti je naplňování životních hodnot (odhodlané jednání), které je přítom pružné, aby odpovídalo aktuální situaci – nikoli rigidní a rituální opakování.

Nácvik pružného jednání může spočívat v tom, že klient dostane za úkol dělat každý den nějakou běžnou činnost jinak, než jak je zvyklý – např. čistit si zuby nebo česat vlasy nedominantní rukou, při chůzi se zaměřit na vnímání chodidel (ne na své myšlenky), uvařit si nové jídlo, jít do práce jinou cestou atd.

ACT využívá všech ověřeně účinných metod KBT, zasazuje je do rámce změny postoje vůči potížím (akceptace místo odmítání, zvědavost místo vyhýbání, pružnost místo rigidity) a využívá klientových osobních hodnot jako motivátorů ke změně chování, které mnohdy zpočátku vede ke zhoršení psychické nepohody (např. během expozice se míra úzkosti zvyšuje).

Celou prezentaci workshopu, která zahrnovala 232 slidů, jsem od autora dostal se svolením, že ji mohu poskytnout zájemcům v České republice.

V pátek odpoledne jsem navštívil přednášku **prof. Riefa** (Německo) **Psychologické intervence u somatických problémů**. Ten nejdříve prošel historické (psychoanalýza) a současné psychologické přístupy ke zvládání nepříjemných tělesných příznaků jako je chronická bolest, somatoformní porucha či fobie z nemoci (hypochondrie) a uvedl, že i když je účinnost přístupů jako je KBT, ACT či „Na všímavost zaměřené terapie“ spolehlivě prokázána, tak se jejich účinnost od sebe příliš neliší a že čím je výzkumná studie přísněji vědecká, tím je zjišťovaný efekt léčby slabší. Označil tento přístup „therapy based“ a oproti němu postavil přístup „mechanism based“, tedy přístup, který se zaměřuje na zkoumání a ovlivnění určitých psychických procesů (mechanismů), které přispívají k negativnímu prožívání tělesných příznaků, především chronické bolesti.

Jedním z nejdůležitějších těchto procesů je „postoj“ pacienta vůči svým potížím. Studie ohledně bolesti v zádech prokázala, že pokud se pacient svých potíží hodně obává, pozoruje se, katastrofizuje a snaží se jim vyhnout, např. tím, že zaujímá úlevové polohy a omezí tělesnou aktivitu, pak paradoxně jeho potíže přetrvávají a zhoršují se, zatímco když je pacient málo úzkostný a je i navzdory bolesti tělesně aktivní, pak daleko častěji ustupují.

V jiné studii se prokázalo, že se člověk tomuto postoji vůči příznakům může naučit pozorováním druhých lidí a jejich postoji vůči tělesným příznakům – lidé, kteří byli v čekárně s dobrovolníky, kteří více naříkali a stěžovali si, si pak v ordinaci lékaře také více stěžovali.

Dalším procesem je „subjektivní obraz nemoci“, který jen málo odpovídá objektivním nálezům. Tento subjektivní obraz nemoci se vztahuje k faktorům jako je „příčina nemoci (čím vážnější, tím je hůře prožívána), „očekávání průběhu nemoci (chronická či přechodná), „důsledky“ (mírné – závažné) a „léčitelnost“. Čím je subjektivní obraz nemoci závažnější a očekávání pesimističtější, tím horší je pak skutečný průběh nemoci a závažnost příznaků je větší – prokázáno u tělesných nemocí jako revmatická artritida, roztroušená skleróza nebo infarkt. „Pesimismus skutečně zabíjí“. Další studie zkoumala vliv komorbidní deprese na diabetes a prokázala, že vyšší skóre deprese vede k horšímu průběhu.

Faktory, ovlivňující spolupráci pacienta při léčbě diabetu: - např. vztah s lékařem, očekávání ohledně účinnosti léčby, strach z vedlejších příznaků, složitost aplikace.

Psychologické intervence, zaměřené na ovlivnění těchto mechanismů:

Ovlivnění očekávání – pokud lékař pacienta straší („Máte zcela zničenou páteř“, „Pokud byste se nevhodně pohnuli, můžete ochrnout“), pak jsou očekávání pacienta velmi negativní a průběh jeho potíží se tím chronifikuje.

Pokud ale lékař vzbudí v pacientovi pozitivní očekávání, pak je pacient ochotnější snášet bolest a udržovat tělesnou aktivitu.

Ve studii prováděli s pacienty s chronickou bolestí v zádech systematický program „expozice vůči bolesti“ a prokázali, že pacienti dokázali postupně snášet svou bolest podstatně lépe a nevyhýbali se tělesné aktivitě.

V další studii pacientů, kteří měli před operací srdce, s nimi během 2 sezení vytvářeli optimistické scénáře, jak se bude jejich zdravotní stav po operaci postupně zlepšovat – co budou zvládat v prvním měsíci po operaci, po 3 měsících a po půl roce od operace. Tyto scénáře si pak pacienti psali jako dopisy sami sobě, aby si je po operaci mohli číst a podle nich postupovat ve své

rehabilitaci. Ukázalo se, že ve srovnání s kontrolní skupinou byli tito pacienti po 6 měsících daleko aktivnější a uzdravovali se rychleji.

Souhrn – složky úspěšné psychologické intervence u tělesných nemocí:

- vytvoření dobrého terapeutického vztahu
- modifikace negativního subjektivního obrazu nemoci (negativní očekávání, katastrofizace)
- změna nevhodného chování – aktivizace, expozice vůči bolesti
- zmírnění komorbidní deprese a úzkosti, demoralizace, strachu z budoucnosti
- nácvik zvládnání stresu, vytvoření optimistických scénářů budoucnosti
- edukace o nemoci a její léčbě

Na závěr přednášející doporučil, že je lépe zdokonalovat existující psychologické postupy a přizpůsobovat je na míru konkrétnímu pacientovi, než vytvářet stále nové přístupy.

Páteční program jsem zakončil návštěvou přednášky **Roz Safran „KBT pro klinický perfekcionismus“**. Přednášející uvedla, že perfekcionismus, tedy nadměrné úsilí o dokonalost, souvisí s nízkým sebevědomím – je kompenzatorním mechanismem, ale zároveň k němu přispívá. Objevuje se u řady psychických poruch jako rizikový faktor, např. u anorexie, deprese, OCD a dalších.

Zatímco usilování o sebezdokonalení a zlepšení svých schopností v tom, co je reálně dosažitelné, člověku v životě pomáhá, nadměrný perfekcionismus v životě škodí – ve vztazích, v zaměstnání, ve zdraví (stres), ve školní výkonnosti (paradoxně).

Pro perfekcionismus je typické, že sebehodnocení závisí výhradně na dosahování úspěšnosti v určité oblasti, jedinec si sám stanovuje přísná pravidla, která je obtížné dodržovat a přitom je velmi citlivý na neúspěchy a zároveň zlehčuje své úspěchy (nebylo to dost dobré).

Typické pro tyto jedince jsou chyby v uvažování jako černobílé myšlení, bagatelizace (úspěchů), předčasné závěry a další.

V chování se projevuje nadměrná pečlivost, opakované kontrolování, ale i odkládání činnosti a vyhýbání se činností, v nichž hrozí neúspěch.

V řadě studií se prokázalo, že nadměrná sebekritika výkon zhoršuje, zatímco schopnost poučit se z vlastních chyb výkon zlepšuje.

Existuje několik terapeutických KBT programů, zaměřených na zmírnění perfekcionismu, především u dospívajících a studentů, jako prevence rozvoje psychických poruch.

Účinná byla i terapie perfekcionismu formou internetového programu za účasti terapeuta.

Sobota 3. 9. 2016

V sobotu dopoledne jsem navštívil **seminář o zvládnání patologického truchlení**. V mysli mi asi nejvíce utkvěla věta „Existují jen dva způsoby, jak se vyhnout zármutku a truchlení po ztrátě blízké osoby – buď nikdy nikoho nemilovat, nebo zemřít jako první.“

Rosner a kol. (Německo) popsali **individuální terapeutický program** pro osoby, které trpí protražovaným truchlením, zařazení byli jen ti, u nichž akutní příznaky přetrvávaly déle než 12 měsíců po úmrtí. V terapii využívali kromě KBT i prvky Na řešení zaměřené terapie, Gestalt terapie, práce s širším rodinným genogramem a psychodrama. Program trval 20-25 hodinových sezení. Prvních 7 sezení bylo zaměřeno na vytvoření terapeutického vztahu, motivaci, vyšetření a stabilizaci psychického stavu; klienti byli poučeni o normálním a komplikovaném truchlení, vylíčili svůj vztah k zesnulému, zkoumali spouštěče silného zármutku a začali si plánovat cíle v životě. Dalších 9 sezení bylo zaměřeno na určení a změnu škodlivých myšlenek a ruminací, expozici vůči bolestným zážitkům (včetně psaní dopisů zesnulému) a rozloučení se zesnulým (např. řeč nad jeho hrobem). Poslední 4 setkání byla věnována vytvoření plánů do budoucna a začlenění vzpomínek na zesnulého do běžného života.

Program byl u těch, kdo jej prošli celý (19 z 25), velmi účinný a vedl ke zmírnění truchlení na běžnou úroveň, přičemž po půl roce od ukončení programu se příznaky truchlení ještě zmírnily.

Breen (Austrálie) popsala skupinovou metakognitivní terapii (MKT) protrahovaného truchlení, vycházející z prací A. Wellse. MKT usiluje o zmírnění dysfunkčního myšlení tím, že vede klienty k tomu, aby si uvědomili své myšlenky o svých myšlenkách, změnili zaměření své pozornosti na přítomnost a přerušili negativní ruminace a nahradili je konstruktivním a pružným uvažováním.

Častá metakognitivní přesvědčení, která udržují truchlení, jsou „Když na něj/ni přestanu myslet, tak jsem jej/ji nemilovala“, „Musím přijít na to, jaký měla jeho/její smrt smysl“, „Musím si dělat starosti, abych byl/a připraven/á na potíže života bez něj/ní“ a podobně.

Skupinová terapie zahrnovala 6 dvouhodinových setkání jednou týdně, na kterých byly zadány domácí úkoly. Obsah sezení:

1. Edukace a normalizace truchlení, vysvětlení vlivu negativních metakognicí a nácvik všímání si negativních metakognicí.
2. Zkoumání vztahu mezi negativními metakognicemi, emocemi a chováním, nahrazení škodlivých metakognicí prospěšnými, nácvik postoje nadhledu a všímavosti vůči metakognicím a vysvětlení „času na starosti“.
3. Nácvik všímavosti a nadhledu vůči metakognicím, nácvik zaměření pozornosti na vnější svět a současnost;
4. Nácvik zaměření pozornosti; zpochybnění pozitivních přesvědčení ohledně starostí a jejich nekontrolovatelnosti; nácvik plánování příjemných činností;
5. Nácvik nadhledu a všímavosti, nácvik zaměření pozornosti; rekapitulace programu a plán udržení dosažených změn;
6. Nácvik nadhledu a všímavosti, nácvik zaměření pozornosti; plán prevence relapsu.

Výzkumná studie s 18 účastníky prokázala, že tato skupinová terapie velmi významně zmírnila příznaky truchlení; zatímco u kontrolní skupiny čekatelů se intenzita příznaků nezměnila.

Poté jsem navštívil sympóziu o **využití pozitivních představ v terapii deprese.**

Blackwell (Velká Británie) uvedl, že emoce a představivost spolu úzce souvisejí a že optimističtí lidé mají schopnost si vytvářet pozitivní představy budoucnosti, zatímco depresivní lidé tuto schopnost postrádají. Proto zkoumali, zda se depresivní lidé (N = 150) dokáží naučit vytvářet si živou pozitivní představu budoucnosti. Ukázalo se, že se v tomto lidé v depresi navzájem liší, ale že ti, kteří to dokázali, měli mnohem lepší prognózu – tato schopnost je tedy prediktivním faktorem průběhu deprese. Autor na závěr uvedl, že je třeba nácvik vytváření představ pozitivní (ale realistické) dále zkoumat, aby se ukázalo, zda jednak zlepšuje průběh deprese, případně zda je protektivním faktorem, který brání relapsu deprese.

Renner (Velká Británie) popisoval využití představivosti v léčbě deprese pomocí behaviorální aktivizace. Systematické plánování činností a zvýšení podílu příjemných činností účinně zmírňuje depresi. Ovšem depresivním lidem brání ve zvýšení aktivity právě příznaky deprese - anhedonie, nedostatek energie, pesimismus a negativní myšlenky a představy. Proto se ve studii zaměřili na to, aby depresivní pacienti (N=150) učili systematicky si před určitou plánovanou činností představit, jak se jim tato činnost podaří a jak se po ní budou cítit lépe (např. jak se jim sice nechce, ale když se pak jdou proběhnout, tak vidí pěknou krajinu a po běhu se cítí povzbuzení a dají si teplou sprchu). Ukázalo se, že pokud si depresivní pacienti tyto pozitivní představy dokázali vytvořit dostatečně živě, byli pak aktivnější, lépe plnili plán činností a jejich depresivní nálada rychleji ustoupila než u kontrolní skupiny.

Pictet (Švýcarsko) popsal studii, která zkoumala, zda lze pomocí krátkého internetového programu (4 sezení během 6 dnů), zaměřeného na nácvik představivosti, ovlivnit depresivní náladu.

K vyvolávání představ využívali slovního popisu a zjišťovali, nakolik si účastník dokáže popisovaný scénář živě představit. Srovnávali změnu deprese u pacientů, kteří poslouchali popis pozitivních scén a dějů, s těmi, kteří poslouchali popis neutrálních scén a dějů.

Studie prokázala, že 2 týdny po nácviku představivosti se výrazně více zmínila deprese u pacientů, kteří si nacvičovali vyvolávání pozitivních představ než u pacientů s neutrálními představami.

Autor zdůraznil, že pozitivní představy musí navodit okamžité zlepšení emočního stavu, protože jen tak lze očekávat, že si je budou pacienti vytvářet samostatně i po ukončení nácviku. Za výhodu označil krátké trvání programu a jeho nenáročnost pro terapeuta i pro pacienta.

Hirsh (Velká Británie) a Skodzik (Německo) se zaměřili na verbální starosti u GAD a jejich ovlivnění pomocí nácviku představivosti. Studie prokázaly, že lidé s GAD mají méně vizuálních představ a to i negativních, než kontrolní skupina, a že jejich starosti mají převážně slovní podobu (vnitřní dialog, v němž se střídají obavné výroky s uklidňujícími).

Ve studii srovnávali dvě skupiny pacientů s GAD – jedni dostali za úkol, aby slovně popisovali, čeho se obávají, druzí, aby si své obavy představovali formou obrazů. Pacienti v obou skupinách to prováděli třikrát za sebou po dobu 2 minut a poté hodnotili, nakolik se jejich obavy zmírnily či zhoršily. Ukázalo se, že ve skupině se slovním popisem se míra obavných myšlenek zvýšila, ve skupině s představou se naopak míra obavných myšlenek snížila.

Na základě této studie proto vytvořili pro pacienty s GAD terapeutický program, zaměřený na systematický nácvik vytváření živých představ. V jeho rámci se pacienti pod vedením terapeutů učili, jak si vytvářet představy a to jak pozitivní, tak negativní budoucnosti. Za domácí úkol měli pacienti nacvičovat toto vytváření představ samostatně, terapeuti jim 3x denně posílali upomínku formou SMS. Výsledky prokázaly, že pacienti se dokázali naučit vytvářet si živé představy budoucnosti a že nácvik v představivosti vede k výraznému zmírnění verbálních starostí u klientů s GAD. Autoři proto doporučili zařadit nácvik představ budoucnosti do terapie pacientů s GAD.

Poslední velmi zajímavé sympóziu, které jsem navštívil v sobotu odpoledne, se týkalo **terapie chronické (persistující) deprese pomocí CBASP** (čti SÍ-BESP, Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy). Tento terapeutický směr vytvořil americký psycholog J. McCullough k léčbě chronické mnohaleté deprese, nereagující na antidepresiva, ani na běžnou psychoterapii.

Klein (Německo) popsal typický obraz pacienta s chronickou depresí: Jeho potíže trvají již od dospívání nebo rané dospělosti, byl v dětství a dospívání vystaven dlouhodobému emočnímu zneužívání ze strany blízkých osob, jeho myšlení je na preoperacionální úrovni a on je emočně i kognitivně „odpojen“ od svého okolí. Proto nereaguje na podněty ze svého okolí podle toho, jaké jsou jejich důsledky (operantní podmiňování), ale rigidně, neboť na základě svých minulých zážitků předpokládá, že bude kritizován a ponižován. Proto se preventivně brání a chová se nepřátelsky, pasivně a stahuje se do sebe. Nedokáže rozlišovat, jaké jsou skutečné pohnutky ostatních lidí a očekává vždy jen to nejhorší. Také je přesvědčen, že jeho chování nemá vůbec vliv na okolí, protože ať udělá cokoli, stejně se nic nezmění. Proto se nesnaží žádné změny dosáhnout.

V CBASP je hlavním cílem překonání tohoto „odpojení“ pacienta od podnětů z okolí, aby si začal uvědomovat a rozlišovat jednak skutečné pohnutky lidí kolem sebe a aby si uvědomoval, jaký má jeho chování dopad na okolí – že když své chování změní, změní se i důsledky tohoto chování.

V rámci CBASP se provádí podrobné zkoumání historie mezilidských vztahů pacienta a předpokládá se, že si klient své zkušenosti přenáší do současných vztahů, včetně vztahu s terapeutem. Terapeut proto v rámci sezení učí pacienta, aby si všiml toho, jak se k němu terapeut reálně chová a zda se to liší od jeho očekávání na základě minulých zkušeností (hypotéza přenosu). Dále učí pacienta, aby si zkoušel nové formy chování v mezilidských situacích a všiml si, k jakým konkrétním důsledkům to vede a zda se shodují s tím, co od druhých osob očekává (tzv. situační analýza a nácvik interpersonálního rozlišování). Využívá se k tomu hraní rolí a nácviku sociálních dovedností, aby pacient zjistil, že může svým chováním ovlivnit okolí.

Terapie těchto pacientů je dlouhodobá, trvá několik let, ale je prokazatelně účinná.

Hautzinger (Německo) popsal studii, ve které se srovnávala terapie CBASP s dlouhodobou podpůrnou terapií rogeriánského typu (empatie, podpora, zaměření na přednosti, terapeutické spojenectví) pacientů s chronickou depresí, kteří již nebrali antidepresiva, protože u nich neměla žádný efekt. Studie se zúčastnilo 268 pacientů, terapie trvala 48 týdnů formou individuálních sezení, zpočátku jednou až dvakrát týdně, po půl roce dvakrát měsíčně. Katamnéza byla zjišťována za 1 a 2 roky. U obou skupin pacientů došlo během terapie ke zmírnění deprese, která se dále

zmírňovala i během obou katamnéz. Skupina léčená pomocí CBASP se zlepšila signifikantně více, ale i méně náročná podpůrná terapie byla u těchto pacientů účinná. Zajímavým poznatkem bylo, že po prvním roce terapie nebylo zlepšení většiny pacientů klinicky uspokojivé, ale během následujících dvou let se jejich stav dále zlepšoval a oni dosáhli klinicky významného zlepšení kvality života.

Penberthy (USA) popsala výsledky studie, srovnávající skupinovou CBASP a skupinovou Behaviorální aktivizaci u chronicky depresivních pacientů. Obě terapie trvaly 12 týdnů 2x týdně. CBASP se zaměřovala především na situační analýzu, nácvik interpersonálního rozlišování a nácvik sociálních dovedností. Skupina behaviorální aktivizace se zaměřovala především na plánování činností a zvýšení příjemných aktivit.

U obou skupin pacientů došlo ke zmírnění stupně deprese (podle BDI a HRDS) a zvýšila se míra jejich aktivity. Pacienti ve skupině CBASP kromě toho zlepšili své asertivní dovednosti a měli vyšší sebevědomí.

Brakemeier (Německo) na závěr shrnula současný stav a perspektivy CBASP. Na základě metanalýzy 6 studií, zahrnujících 1.510 pacientů s chronickou depresí, léčených metodou CBASP, považovala za prokázané, že CBASP je účinnější než „běžná léčba“ i než interpersonální terapie. Je srovnatelně účinná s dlouhodobou KBT. Kombinace CBASP a antidepresiv je účinnější než samotná léčba antidepresivy. Pro účinnost je však nezbytné, aby trvala nejméně 18 sezení, spíše více. Lze ji uplatňovat jak ambulantně (nejvíce zkušeností), tak za hospitalizace, individuálně i ve skupině.

V budoucnu bude třeba zkoumat vhodnost a účinnost CBASP u chronicky depresivních pacientů:

- v pokročilém věku
- s hraniční poruchou osobnosti,
- se závislostí na alkoholu.

Toto sympóziu mě na závěr programu konference opravdu zaujalo a zpětně jsem litoval, že jsem se nepřihlásil na předkongresový workshop o tomto zajímavém přístupu.

Pokud budu mít v budoucnu příležitost, určitě se takového workshopu zúčastním.

Po skončení tohoto sympózia už následovalo jen slavnostní zakončení konference s poděkováním organizátorům a s pozváním na **příští konferenci EABCT, která se uskuteční v září 2017 v Istanbulu, Turecko.**

Pevně doufám, že se příští konference EABCT zúčastní více KBT terapeutů z České republiky.