

47. konference EABCT, 13. – 16. září 2017, Ljubljana, Slovinsko

MUDr. Petr Možný

Tato EABCT konference vejde do dějin KBT v České republice tím, že se jí poprvé zúčastnilo více než 10 účastníků z naší republiky, takže jsme, podobně jako například Poláci, Litevci či Madaři na minulých EABCT konferencích, mohli o přestávkách vytvářet hlouček diskutujících v rodném jazyce a vyměňovat si zkušenosti z různých seminářů a workshopů. Byla to velmi příjemná zkušenost a věřím, že se bude opakovat i na příštích EABCT konferencích, například v září 2018 v Sofii.

Moje zpráva se týká pouze mých osobních zážitků z Ljubljany, ale díky účasti více českých KBT terapeutů máme k dispozici větší množství materiálů, které jsou přístupné na stránkách ČSKBT.

Ljubljana je příjemné město se starobylým centrem, které mi svým koloritem připomínalo spíše Brno než velkoměsto typu Prahy. Neměl jsem bohužel příliš času si jej projít, ale všimnul jsem si, že jsou zde Češi vnímáni s úctou, protože hlavní třída se jmenuje Masarykova a vedlejší, také významná ulice, je Komenského.

Ceny v Ljubljani, zvláště ve srovnání se Stockholmem, kde jsem byl loni, umožňují, aby si tu Čech zašel posedět do restaurace a neměl přitom pocit, že ruínuje rodinný rozpočet. Čehož jsme také využili a jeden večer uspořádali české posezení v rybí restauraci v centru.

Úterý, 12. 9. 2017

Do Ljubljany se dá naštěstí dojet velmi pohodlně autem, čehož využila genderově poněkud nevyvážená posádka vozidla Ford Focus ve složení Petr Možný, řidič; Anna Možná, Kateřina Bartošová, Soňa Hronová a Pavla Stopková, která vyrazila již v úterý dopoledne z Brna.

Zatímco řidič se staral o navigaci a bezpečnost posádky, tedy abychom nezabloudili a nehavarovali, ostatní členky posádky zabezpečovaly jeho servis v podobě kávy, sladkostí a nákupu dálničních známek, potřebných k průjezdu Rakouskem a Slovinskem. Cesta proběhla naštěstí bez pamětihodných událostí, pouze na dálnici před Ljubljanou jsme strávili asi hodinu ve frontě, způsobené ucpanou dálnicí v důsledku nehody kamiony, jíž jsme naštěstí nebyli účastní.

V době příjezdu do Ljubljany hustě pršelo, naštěstí to byl poslední deštivý den v průběhu konference. Ubytování v objednaných apartmánech proběhlo bez komplikací, výprava se zde rozdělila na dvě skupiny, neboť Pavla a Soňa bydlely v jednom apartmánu, zatímco Petr, Katka a Anička v jiném. Oba se však nacházely v dostatečné blízkosti kongresového centra, takže nebylo třeba utrácet za veřejnou dopravu.

Středa, 13. 9. 2018

První (a vlastně i poslední) zádrhel v průběhu konference nastal ráno, když jsem se přišel zaregistrovat. Workshop, který jsem si zaplatil, začínal v 9:00 hodin, takže jsem do místa konání konference dorazil již za časného rána, v 8:15 hodin. Zjistil jsem, že registrace neprobíhá přímo v kongresovém centru, ale v kruhové (důležité!) budově v jeho sousedství, která má pom obvodu 4 vchody (také důležité!) Namátkou jsem vešel jedním z těchto vchodů a zjistil jsem, že střed budovy tvoří kruhový pult, za nimž stojí organizační pracovníci, a k pultu stojí na několika místech několik různě dlouhých front. Logicky jsem se zařadil do té nejkratší a trpělivě jsem vyčkával. Asi po 15 minutách jsem si všimnul, že někteří lidé z této fronty, kteří se dostali až pultu, nejdříve rozčileně diskutují a poté odcházejí, aby se zařadili do jiné fronty. Pojal jsem podezření, že není fronta jako fronta a začal jsem pátrat po informacích. Zjistil jsem, že u jiného vchodu, než je ten, kterým jsem vešel, je cedulka, upozorňující, že „moje“ fronta je určena pouze těm účastníkům, kteří platí účastnický poplatek až na místě, což nebyl můj případ. Proto byla ze všech nejkratší! Takže jsem se přesunul – to již bylo drahně po půl deváté – do té správné, ovšem nejdelší fronty, kde se ke mně v krátké době připojili Katka Bartošová, Jáno Praško a Miloš Šlepecký. Zatímco jsme postávali a porovnávali rychlost postupu fronty s ubíhajícím časem, dospěli jsme k nevyhnutelnému závěru, že nelze se současně zaregistrovat a současně stihnout draze zaplacený workshop. Kromě Katky, která workshop zaplacený neměla, jsme se tedy vydali krátce před devátou hodinou do kongresového centra s tím, že poznání má přednost před byrokratickou rutinou.

Já sám jsem dorazil minutu před devátou na workshop **Arndta Antze o schema terapii hraničních poruch osobnost**. V místnosti byli kromě mě a přednášejícího ještě další 2 osoby, neboť všichni ostatní zřejmě uvázli ve frontě na registraci. Nikdo nezkoumal, zda jsme oprávněni se workshopu účastnit, protože organizátoři byli rádi, že vůbec někdo dorazil včas. V průběhu první hodiny se však místnost postupně zaplnila.

Jako perličku na závěr uvádím, že když jsem se šel o dvě hodiny později během přestávky v poledne zaregistrovat, byla již registrační budova téměř prázdná, kromě Katky Bartošové, která se právě dostala na řadu a dohadovala se s organizátory, jak má své výdaje zaplatit, když má pouze kreditní kartu a oni striktně požadovali hotovost. Naštěstí jsem disponoval potřebnou sumou v bankovkách a tak i tato příhoda skončila šťastně. Moje registrace mi poté zabrala jen asi 5 minut a stal jsem se oficiálním účastníkem kongresu s jmenovkou, taškou s programem a poukázkami na občerstvení.

Samotný workshop A. Arntze byl veden v didaktickém duchu, takže když si přečtete jeho prezentaci, která je v dostupných materiálech, získáte poměrně přesnou představu, o čem přednášející

hovořil. Pro mě, který se se schema terapií a jejím uplatněním teprve seznamuje, se jednalo o přehledné shrnutí její teorie a praktického přístupu, aniž bych musel číst objemné knížky, uvedené v prezentaci. Zapamatoval jsem si například, že i když se hraniční porucha osobnosti vyskytuje stejně často u mužů i u žen, v terapii se objevují v 90% pacientky, protože muži s touto poruchou psychoterapii odmítají. Také mi utkvělo, že tyto pacientky zvláště na začátku terapie velmi často fungují v modu zraněného či rozzlobeného dítěte a proto je lépe, když terapeut v těchto situacích reaguje v modu laskavého rodiče než v modu zdravého dospělého, na rozdíl od většiny ostatních terapeutických přístupů. Velmi důležité je uplatnění experienciálních metod, především využití představitelství, v jejichž rámci si pacientky nejdříve zpřítomňují traumatické zážitky ze svého života (obvykle z dětství) a potom je přepisují tak, že si do svých představ přiberou osoby, které jim poskytnou pomoc, podporu a útěchu. Arntz doporučil, aby zpočátku byl touto osobou sám terapeut a později aby to byly důležité osoby z pacientčina života, případně ona sama v roli dospělé osoby. Další důležitou metodou je metoda prázdné židle, na kterou terapeut „posadí“ například kritického rodiče z pacientčiny minulosti a potom ukáže pacientce, jak se jeho vlivu a kritickým poznámkám energicky bránit. Poté se této obraně vůči vnitřnímu kritikovi učí sama pacientka.

Čtvrtek, 14. září 2017

Dopoledne jsem se zúčastnil půldenního workshopu izraelského psychologa **Joopa Meijerse** s názvem Affect Phobia Therapy (APT) čili **Terapie fobie z emocí**. Prezentace z tohoto workshopu je také dostupná v materiálech z konference, včetně knih a webových stránek dalšími informacemi o tomto přístupu. V první části workshopu jsem byl přístupem přednášejícího velmi zaujat, protože hovořil energicky a zajímavě a APT popisoval jako integrativní přístup, propojující pojmy a teorie z oblasti KBT s pojmy a teoriemi z psychodynamické terapie. Jako zakladatelku této integrace uvedl americkou psycholožku Leigh McCullough, kterou považoval za svou učitelku. Ovšem postupně jsem této integraci na hlubší úrovni než je překládání jednotlivých termínů (např. „zabezpečující/vyhýbavé chování“ v KBT, „obranné procesy“ v dynamické pst) přestával rozumět a především jsem se nedočkal toho pro mě nejdůležitějšího, totiž vysvětlení, jak se tento integrativní přístup promítá v praktické práci s klienty, kteří trpí depresí či úzkostnou poruchou. Ve videoukázce jsem si všiml, že terapeutka v rámci sezení pozorně sledovala chování pacientky, včetně její mimiky a gestiky, poté jej pacientce popsala, ale neinterpretovala a ptala se jí, jaké emoce během svého vyprávění prožívala. Tím ji jednak znovu vystavila prožívané emoci, zároveň ji normalizovala s tím, že je zcela normální tyto emoce prožívat a nemusí je potlačovat, ani vysvětlovat a racionalizovat. Také se jí ptala, zda si vybavuje, s kým v minulosti takovou emoci prožívala, vrátila pacientku do důležitých vzpomínek a umožnila jí, aby si je emočně prožila bez obav, že za ně bude potrestána.

Což mi připadalo jako standardní KBT přístup (psychodynamickému kolegovi by to možná připadalo jako standardní psychodynamický přístup. Ať žije integrace!).

Ulrich Stangier ve své přednášce o **Transdiagnostické kognitivní terapii** popsal tento přístup jako součást tzv. třetí vlny KBT, kam patří např. ACT, Compassion Focused Therapy či Mindfulness Based CT. Tyto terapie se přitom nezaměřují jen na určité specifické diagnózy, ale uplatňují se transdiagnosticky u emočních poruch, charakterizovaných nadměrnou úzkostí nebo depresí. Upozornil, že na rozdíl od klasické kognitivní terapie, která se zaměřuje především na obsah automatických myšlenek a na snahu je nahradit vyváženějšími/prospěšnějšími myšlenkami, se třetí vlna KBT zaměřuje hlavně na proces myšlení, tedy na chyby v myšlení a na zkreslení v zaměření pozornosti. Cílem tohoto přístupu je tedy změnit tyto chybné kognitivní procesy, nikoli chybné obsahy. K tomu slouží právě metody využívající všímavosti, odstupu od vlastního myšlení, představitivosti a expozice vůči negativním emocím. Součástí tohoto přístupu jsou i metody, umožňující získat nové životní zkušenosti formou behaviorálních experimentů či nácviku chování, ovšem až poté, co si klient dokáže uvědomit, reflektovat a opravit své chybné kognitivní procesy.

Odpoledne jsem zašel na přednášku anglické psycholožky jménem **Sara Tai** s názvem **Kognitivní terapie bipolární poruchy a přesmyků nálady**. Autorka popisovala výzkumný projekt nazvaný TEAMS (= „Thinking Effectively About Mood Swings“) s cílem vytvořit nový typ kognitivní terapie pro pacienty s BAP. Upozornila, že diagnóza BAP je doživotní, protože stačí jediná epizoda manie či dokonce i hypomanie, aby měl člověk při všech dalších depresivních epizodách dg. BAP. KBT přístup k BAP je založen jednak na stabilizaci životních rytmtů, jednak na prevenci relapsů díky uvědomění si varovných příznaků. Protože jsou však varovné příznaky nespecifické, může to vystavovat pacienty s dg. BAP zbytečnému stresu, protože jsou stále obezřetní vůči svým vnitřním pocitům, které se usilovně snaží udržet pod kontrolou, a ztrácejí schopnost plánovat a sledovat své životní cíle. Podle modelu TEAMS je problémem u BAP „příliš extrémní hodnocení i malé změny vnitřního stavu“. Pacienti pak mění své chování, aby zabránili rozvoji deprese či mánie, což je ještě více stresuje a činí vznik emoční poruchy paradoxně více pravděpodobným. Proto se přístup TEAMS v terapii zaměřuje na to, aby pacienti hodnotili větší rozsah změn svého vnitřního stavu jako normální, bezpečné a bez nutnosti změnit chování. Klienti jsou vedeni k tomu, aby při své vnitřní stavy hodnotili na škále, nikoli černobíle, aby při mírných výkyvech nálady nereagovali nadměrně, aby se běžných výkyvů nálady nebáli a nesnažili se je za každou cenu dostat pod kontrolu změnou chování, ale aby se zaměřili na své současné životní cíle a hodnoty a pokračovali v jejich sledování a naplňování. V pilotní studii, které se zúčastnilo 82 klientů s BAP a která zahrnovala 16 sezení, se

ukázalo, že pacienti byli s tímto přístupem spokojeni a že jim pomohla zvládnout řadu konkrétních životních problémů ve vztazích, bydlení, zaměstnání apod. Mezi terapeutickou a kontrolní skupinou nebyl po skončení terapie rozdíl v míře deprese či manie, ale byl výrazný rozdíl v pocitu životní spokojenosti, který byl u léčené skupiny vyšší.

Poslední přednáška, které jsem se ve čtvrtek zúčastnil, měla název **Existenciální témata v KBT** a jejím autorem byl německý psycholog **Thomas Heidenreich**. Na této přednášce bylo z hlediska českého patriota potěšující, že autor opakovaně citoval článek Jána Praška z roku 2012 jako jeden z nevlivnějších na toto téma v rámci KBT. Věřím, že Jána, který byl na přednášce také přítomen, to patřičně potěšilo. Heidenreich hovořil o uplatnění KBT u klientů v závažných životních situacích, kdy jsou konfrontováni se smrtí – buď někoho blízkého, nebo svou vlastní, pokud jsou těžce nemocní. Tato situace je náročná i pro terapeuta, protože i v něm vyvolává úzkost ohledně vlastní smrtelnosti. V rámci KBT přístupu je nezbytné, aby se terapeut přednostně zaměřil na probírání životního smyslu, životních hodnot a životní cíle klienta; aby mu pomohl dosáhnout rovnováhy mezi přijetím faktu smrti (či hrozící smrti) a možnostmi, které mu v životě zbývají; aby mu pomohl rozvíjet jeho životní hodnoty pomocí vhodných způsobů chování (na hodnotách založená behaviorální aktivizace) a aby se v terapeutickém vztahu zaměřil více na společné prožívání, založeném na společném lidství, než na edukaci, zdůrazňující rozdíl mezi poučujícím terapeutem a poučovaným klientem. Tyto postoje jsou více vyjádřeny v přístupech tzv. třetí vlny KBT (ACT, CFT, MBCT) než v klasické KBT. Existují již KBT programy zaměřené na tyto skupiny klientů, např. Existenciálně-KBT skupinová terapie pro pacientky s rakovinou prsu nebo Existenciálně-KBT skupinová terapie pro pacienty s chronickou bolestí. Existenciální témata by se měla stát součástí výcviku v KBT.

Ve čtvrtek večer se konal uvítací ceremoniál pro všechny účastníky kongresu, v jeho rámci jsme po odeznění obvyklých pozdravných projevů vyslechli flétnový koncert a zhlédli světoznámého tureckého malíře (o kterém jsem ke své hanbě nikdy předtím neslyšel), jak přímo na pódiu vytvořil hudbou inspirovaný obraz. Hudba se mi líbila, na kvalitu výtvarného díla se názory v rámci české enklávy lišily (že, Mirku Novotný? Ještě, že Ti ten Turek nemohl rozumět).

No pak následoval obvyklý raut s požíváním různých dobrot a popíjením vína. Musím říci, že paella s krevetami byla vynikající, dal jsem si dvakrát a to jen proto, že jsem se ostýchal jít si přidat potřetí.

Pátek, 15. 9. 2017

Dopoledne jsem strávil na půldenním workshopu svého oblíbeného terapeuta **Douglase Turkingtona**, který přednášel na téma **Negativní příznaky a poruchy myšlení u schizofrenie**. Prezentaci tohoto workshopu najdete na stránkách ČSKBT v materiálech z konference.

Turkington uvedl, že při terapii negativních psychotických příznaků (NP) je třeba postupovat velmi pomalu a klást si jen velmi malé cíle, protože dosažení změny vyžaduje hodně času a trpělivosti. Lidé s NP jsou přesvědčeni, že selžou, když se o něco pokusí. Proto je třeba jim dávat jen takové úkoly, které zvládnou, aby se toto jejich jádrové přesvědčení neupevňovalo. Příliš náročná KBT může pacientův psychický stav zhoršit!

Turkington doporučil článek Sary Tai o uplatnění nového přístupu, nazvaného „Method of Levels“ (MOL), v terapii psychotických příznaků. Pro zájemce je i tento článek v materiálech z konference.

K negativním příznakům schizofrenie patří emoční oploštělost, alogie, anhedonie, apatie, sociální stažení. V rámci terapie je třeba rozlišovat primární a sekundární NP.

Primární NP jsou přímou součástí psychotického procesu a jsou proto obtížně ovlivnitelné. Vyžadují trpělivou postupnou aktivizaci, kognitivní remediaci a motivaci pacienta oceňováním.

Sekundární NP jsou důsledkem pozitivních příznaků, tedy halucinací a bludů, které brání klientům, aby se věnovali běžným aktivitám, protože jim říkají, že to stejně nezvládnou, že jsou k ničemu, že se musí druhým vyhýbat. Pasivita je také důsledkem snahy pacienta vyhnout se vnější stimulaci, která v něm může halucinace a bludná přesvědčení zesilovat.

Také musíme zvážit vliv antipsychotik, které vedou ke zvýšené ospalosti nebo extrapyramidovým příznakům.

Sekundární NP jsou nejčastěji důsledkem **imperativních halucinací**, kterým se pacient snaží nějak vyhovět nebo je uklidnit, případně se s nim dohaduje.

V terapii tyto hlasy normalizujeme, a vedeme pacienty k tomu, aby s nimi nebojovali, ale aby si na ně zvykli a nevěnovali jim tolik pozornosti, aby se jim vystavovali a sledovali je s odstupem. Také se snažíme pacienty přivést k poznání, že zdroj hlasů není tak mocný, jak se domnívají, a že mu tudíž nemusí podléhat, že mu nejsou sociálně podřízeni.

Na videu Turkington diskutoval s pacientkou, která byla pacientka byla přesvědčena, že slyší hlas mocného ducha, který může ubližovat lidem, na kterých jí záleží. Terapeut ji navrhnul, aby vyzvala tohoto ducha, aby mu způsobil drobné zranění na malíčku. Když se nic nestalo, ptal se pacientky, jestli ten duch možná není až tak mocný či zlý. Tyto pokusy je ovšem opakovat, aby se pacientka ujistila, že „duch“ nemá tolik moci, aby lidem ublížil.

Samozřejmě, že to v pacientce vyvolalo zvýšenou úzkost, proto bylo třeba, aby ji terapeut ujistil, že na sebe bere odpovědnost za všechno, co se mu stane a uklidňoval ji.

Kritické hlasy mají obsah totožný s automatickými negativními myšlenkami a s jádrovými přesvědčeními pacienta o sobě. V těchto případech může pomoci, když si pacient v souladu s přístupem P. Gilberta vytvoří postavu soucitného pomocníka, který mu pomáhá a brání jej před kritickým hlasem.

Na videu Turkington ukázal využití tohoto přístupu v práci s kritickými hlasy.

Na začátku se terapeutka pacienta zeptala, zda se obsah hlasu podobá jeho vlastním sebekritickým myšlenkám a pacient uznal, že jsou velmi podobné a že jsou také podobné tomu, co mu kdysi říkal jeho nevlastní otec nebo učitelé, když jej kritizovali. Pak se terapeutka zeptala pacienta, jak si představuje, že zdroj hlasu vypadá. Ten popsal, že je to velký, svalnatý muž, který má silný hlas a tváří se výhrůžně. Pacient mu říkal „pan Beasley“.

Pak terapeutka použila metodu dvou židlí: Na jedné židli bude pacient představovat svůj hlas, tedy „pana Beasleyho“, na druhé bude sám sebou. Terapeutka pak nejdříve mluvila s „panem Beaslym“ a ptala se jej od kdy vstoupil do života pacienta, proč to udělal, co se snaží pacientovi sdělit a proč na něj mluví, co vůči němu cítí. Ukázalo se, že „panu Beaslymu“ vadí, že je pacient neúspěšný a že se jej snaží přimět k větší aktivitě. Že mu na něm vlastní záleží.

Pak terapeutka „pana Beasleyho“ ocenila, ale řekla mu, že někdy jeho kritika může pacientovi škodit. Požádala pacienta, aby si sedl na židli „sebe sama“ a vysvětlil „panu Beaslymu“, kdy mu jeho zasahování vadí. Pacient to dokázal a pak řekl, že když mu zase bude „pan Beasley“ nadávat, tak že jej pošle pryč a nebude jej poslouchat.

Turkington poté popsal případ pacienta, se kterým pracoval a který byl na začátku terapie přesvědčen, že je admirálem celého loďstva NATO a proto psal dopisy politikům, co mají dělat, byl také byl přesvědčen, že dostává zprávy přes CNN. Svým bludem byla tak zaujat, že neměl čas se starat sám o sebe, což mělo podobu negativních příznaků. Když se podařilo jeho bludné přesvědčení oslabit – viz prezentace - tak se začal chovat daleko aktivněji a normálněji.

V terapii je třeba pracovat i s rodinnými příslušníky, aby pomohli pacientovi zmírnit jeho negativní příznaky, tedy aby jej aktivizovali, ale nepřetěžovali. Krátký program 6 sezení KBT pro pacienty + 3 sezení pro rodinné příslušníky vedl ke zlepšení stavu pacientů ve srovnání s běžnou léčbou, zmírnila se jejich deprese, méně negativních příznaků.

Při sledování denní aktivity terapeut přinesl pacientce vlastní týdenní záznam aktivity, aby viděla, že ani on toho někdy moc nedělá, ale že odpočívá, sleduje televizi apod., takže zjistila, že i druzí lidé nejsou stále aktivní. Po probrání týdenních aktivit začal terapeut s pacientkou uvažovat, co by mohla dělat jinak, kterou aktivitu by mohla zvýšit. Je třeba postupovat opatrně, aby pacientka neměla zážitek

zklamání a neúspěchu. Po pomalém startu později často míra aktivity postupně narůstá rychleji, protože úspěch podporuje úspěch!

V části věnované **poruchám myšlení u schizofrenie** Turkington uvedl, že i když je pacientův projev zmatený a nesrozumitelný, je třeba předpokládat, že se pacient se snaží něco sdělit, nějaký příběh, který je pro něj emočně důležitý, ale nedaří se mu to. Pro popis svých zážitků používá neologismy a pokud se nám podaří porozumět jejich významu, pomůže nám to lépe pacientovi porozumět.

Doporučil nahrát si pacientův projev na video, přepsat jej a snažit se jej analyzovat a porozumět jeho významu. Je důležité snažit se poznat příběh pacienta a silné emoce, které prožíval v době předtím, než se psychoticky zhroutil. Pak je třeba tento příběh s pacientem znovu procházet a hledat místa, jejichž emoční interpretaci lze změnit.

Příklad práce s pacientkou s poruchami myšlení je v prezentaci.

Podařilo se mi od D. Turkington dostat nejen jeho prezentaci, která je v materiálech z konference, ale i dvě videa s nahrávkami jeho práce s pacienty!

Po tomto zajímavém a pro mě velmi přínosném workshopu jsem navštívil plenární přednášku **Anke Ehlers** o **kognitivní terapii PTSD**. Přednášející uvedla, že klasická KBT, založená na protrahované a opakované expozici traumatickým vzpomínkám je sice prokazatelně účinná, ale že je tak emočně náročná, že velká část pacientů léčbu nedokončí. Proto je třeba hledat takové formy terapie, které jsou nejen účinné, ale zároveň pro pacienty lépe přijatelná.

Kromě toho je tato metoda u části pacientů neúčinná. Výzkumy ukázaly, že expozice nefunguje u pacientů, kteří trpěli tzv. „mentální rezignací“, tj. nezáleželo jim na tom, jestli se uzdraví, nevěřili tomu, že by se mohli znovu cítit lépe, kromě pocitů úzkosti měli i nízké sebevědomí a pocity viny a výčitky vůči sobě. Tito pacienti vyžadovali jiný přístup než byla prodloužená expozice.

Proto byla vytvořena kognitivní terapie PTSD, která měla daleko méně nedokončených terapií. Tato terapie se zaměřila především na propojení traumatických vzpomínek s ostatními vzpomínkami a na jejich zařazení do životní historie, aby si pacient uvědomil, že je to minulost, nikoli současnost.

V terapii bylo tedy nejdříve třeba prozkoumat traumatické vzpomínky, určit nejhorší okamžiky a jejich specifický význam. Potom se zaměřit na informace, které zpochybňují význam, který pacient přikládá svým traumatickým zážitkům a vytvořit nové hodnocení traumatického zážitku. V rámci sezení je třeba propojit oba typy informací – aby si pacient současně představoval, co se mu stalo (traumatickou událost) a přitom si uvědomoval její nové hodnocení a svou současnou situaci.

Při práci se spouštěči flashbacků, tedy živých vzpomínek, je třeba, aby se pacient naučil porovnat minulou traumatickou situaci a současnost a aby si uvědomoval rozdíly. Pacient si tedy úmyslně

vyvolává představu traumatu a nacvičuje rozlišování minulosti a současnosti, např. ve vzhledu a chování pachatele a člověka, který v něm vyvolal flashback.

Důležitá je také kognitivní terapie pocitů viny a výčitek u pacientů, kteří skutečně zavinili nějakou traumatickou událost. Ti mají často negativní přesvědčení o sobě jako „Byla to jenom moje vina“, „Už nejsem člověk“ nebo „Navždy jsem se změnila k horšímu“. Terapeut s pacientem probírá, co opravdu zavinil, co udělal v životě dobrého, jakým je v současné době člověkem, jak by mohl případně svou vinu konstruktivně odčinit atd.

Součástí KT PTDS jsou i behaviorální experimenty ve formě vystavení se obávaným podnětům a situacím a jejich postupné zvládnutí.

V pátek odpoledne jsem se zúčastnil workshopu **Pavla Kasjanika a Eleny Romanovy o schéma terapii**. Neměl jsem zpočátku příliš důvěry, protože mé staré rusofobní předsudky je obtížné zcela utlumit, ale svého rozhodnutí se jim exponovat jsem vůbec nelitoval. Z tohoto workshopu se vyklubal snad nejzajímavější zážitek z celé konference! Oproti didaktickému přístupu A. Arntze ve středu pojali Pavel a Elena svůj workshop veskrze zážitkově. Proto po krátkém teoretickém úvodu, během něhož popsali jednotlivé mody fungování - zraněné/opuštěné dítě; rozzlobené/vzteklé dítě; dysfunkční/vyčítající kritik, odtažitý ochránce a zdravý dospělý; a cíle terapie - umlčet dysfunkčního kritika, nechat vyventilovat rozzlobené dítě, utěšit zraněné dítě a rozvíjet modus zdravého dospělého a šťastného/hravého dítěte; se pustili rovnou do skupinových cvičení.

V prvním cvičení jsme nejdříve ke každému modu přiřadili jeho typické výroky, např. Rozzlobené dítě: „Jděte do prdele!“ „Seru na to!“; Zraněné/opuštěné dítě: „Jsem ztracené“, „Pomožte mi někdo!“, „Já to nezvládnou“, „Nikdo o mě nestojí!“, Dysfunkční kritik: „Nestojíš za nic!“, „Nikdy z tebe nic nebude!“, „Ty chudáku!“; a Odtažitý ochránce „Vždyť o nic nejde“, „Jsem v pořádku“, „Nechte mě být“. Pak vždy dva členové skupiny dostali roli určitých modů a rozsadili se v místnosti tak, že 2 zraněné děti seděly úplně vzadu, před nimi seděly 2 rozzlobené děti, naproti nim seděli 2 dysfunkční kritici a po straně seděli 2 odtažití ochránci. Každá dvojice pak postupně přečetla výroky, patřící k jejím modům – nejdříve zraněné děti, pak rozzlobené děti, pak dysfunkční kritici a nakonec odtažití ochránci. V poslední části cvičení došlo ke společné konfrontaci všech modů – rozzlobené děti nadávaly dysfunkčním kritikům, ti je za to kritizovali, v pozadí naříkaly zraněné děti a celou vřavu se snažili uklidnit – marně – odtažití ochránci. Nakonec vstoupili do hry „zdraví dospělí“, snažící se chránit zranitelné dítě, ale v nastalé vřavě je skoro nikdo neslyšel.

V následné reflexi se ukázalo, jak se jednotliví představitelé vžili do svých rolí a jak silný emoční zážitek to pro ně byl. Zraněné děti se cítily ještě více ztracené a přehlížené; rozzlobené děti byly ještě více naštvané na své kritiky; ti zase na rozzlobené děti, že je nechtějí poslouchat a odtažití ochránci se cítili bezmocní, že se jim nedaří zraněné dítě chránit, stejně jako zdraví dospělí. Vedoucí workshopu

upozornili, že takovýto vnitřní zmatek prožívají ve svém nitru lidé s hraniční poruchou osobnosti a že není divu, že jsou tak emočně labilní a zároveň v životě málo úspěšní.

Proto v druhé části vstoupili do scénky dva zdraví dospělí – Pavel a Elena. Nejdříve poslali pryč odtazité ochránce s tím, že jich už není potřeba, pak razantně umlčeli dysfunkční kritiky (Mlčte a jděte pryč!), pochválili rozzlobené dítě za jeho snahu bránit zraněné dítě a pak utěšili zraněné dítě, objali je, vyjádřili mu pochopení a slíbili mu, že jej naučí, jak se může samo chránit a jak se může cítit dobře. Představitelé zraněného dítěte po této části viditelně pookřáli a prožili si pocit bezpečí ve společnosti zdravého dospělého.

Celá scénka byla emočně velmi silná a představovala model průběhu schéma terapie.

V dalších cvičeních jsme si například zkoušeli, jak pracovat s modem rozzlobeného dítěte: Jeden má za úkol říkat energicky „Ano“, druhý „Ne“ a tak se překřikují, až se začnou smát. Mohou se hádat nesmyslnými slovy, např. „Bubu!“ „Gege!“. Velmi komická byla hádka, při které jsme směli používat k označení druhého jen názvy zeleniny „Ty cibule nahnílá!“ „Ty neschopný brambore!“ apod. Jen si to zkuste!

Nakonec jsme dostali balóčky, každý si jeden nafouknul svými negativními emocemi – zlostí, smutkem, starostmi. Pak jsme balóčky pomalu vypouštěli tak, že to vydávalo pištivé a vrzavé zvuky, což zase působilo uvolňujícím a komickým dojmem. Nakonec jsme dali balóčky nad hlavu a pustili je pryč, aby odlétly. Jistě uznáte, že účast na takovémto workshopu stála zato a že si jej účastníci zapamatovali.

Oba autoři by měli na podzim 2018 přijet na Slovensko a uspořádat zde několikadenní workshop. Určitě se budu snažit se jej zúčastnit a všem to vřele doporučuji.

Večer jsme se pak všichni Češi, jak už jsem uvedl v úvodu, sešli na posezení v restauraci v centru Ljubljany, kde jsme si pochutnali na rybích specialitách a dobrém slovinském víně.

Cestou zpět jsme pozorovali, jak jsou všechny restaurace nabitě hosty, kteří soustředěně hledí na televizní obrazovky a co chvíli vypuknou v radostný jásot. Když se tento pokřik ozval poprvé, usoudil jsem, že Slovinci hrají s někým fotbal a právě vstřelili gól. Když se ovšem jásot ozval po dvou minutách opět a po dalších pár minutách opět, došlo mi, že tolik gólů v fotbale obvykle nepadá. Pohledem do nitra nejbližší restaurace jsem zjistil, že se jedná o basketbal a že Slovinci právě vedou nad mistry Evropy ze Španělska. Na internetu jsem posléze dohledal, že se jednalo o semifinále mistrovství Evropy a že se Slovinci nejen dostali do finále, ale že něm o dva dny později slavně porazili Srby a stali se novými mistry Evropy. Nálada v ulicích Ljubljany poté odpovídala náladě v Praze po vítězství hokejistů na olympiádě v Naganu; ovšem nám Čechům podobný úspěch v basketbalu v dohledné době rozhodně nehrozí.

Sobota, 16. 9. 2017

Dopoledne jsem byl na workshopu **Frederike Bannink „Pozitivní KBT“**. Autorka, holandská psycholožka, netrpí ostychem se pochválit. Považuje svůj přístup za „čtvrtou vlnu v KBT“ a revoluci v dějinách KBT. Pozitivní KBZ vytvořila proto, že jí na současné KBT vadilo, že je primárně zaměřená na probírání a analýzu problémů a negativních životních zážitků a přehlíží pozitivní životní zážitky a přednosti klientů. Podle Bannink se „běžná KBT“ zabývá z 80% negativními zážitky a problémy a z 20% přednostmi a pozitivními zážitky klientů, zatímco „pozitivní KBT“ tento poměr obrací a zaměřuje se z 80% na přednosti a pozitivní zážitky klientů a z 20% na problémy a negativní zážitky. Hned zpočátku naladila publikum úkolem, aby si každý vzpomněl na nějaký „jiskřivý“ zážitek ze svého nedávného života a sdílel jej se svým sousedem, který jej za to měl ocenit a pochválit, pak si role vyměnit. Je pravda, že jsem měl poněkud problém tento úkol splnit, ale také je pravda, že mi to zvedlo náladu.

Podle Bannink by se proto měl terapeut hned od začátku ve svém vyšetření zaměřit na příjemné zážitky a pozitivní vztahy a úspěchy pacientů v jejich dosavadním životě, aby věděl, na čem má stavět svůj plán další terapie. Terapeut se má klienta ptát na jeho pozitivní očekávání (představy) ohledně budoucnosti. Bannink zdůraznila, že pozitivní KBT se nezaměřuje na otázku „Co je s klientem špatně“, ale na otázku „Co je s klientem dobře?“

Přitom má v rámci terapeutického plánu hlavně vycházet z toho, co klientovi dříve pomáhalo cítit se aspoň trochu lépe a rozvíjet to – podle pravidla „Co funguje, to dělej více, co nefunguje, to změň“.

Zde se mi vynořily v mysli určité pochybnosti, protože Bannink nerozlišovala mezi krátkodobým příjemným pocitem a dlouhodobými důsledky, takže mi napadlo, že pokud klient terapeutovi sdělí, že mu na úzkost nejlépe funguje, když se před určitou situací opije, tak by mu měl pozitivní KBT terapeut radit, aby toto chování opakoval častěji, protože se pak bude cítit lépe častěji. Na druhou stranu uznávám, že vycházet z dovedností a úspěchů pacienta je v terapii prospěšné, ale to zase není nijak převratný objev, aspoň ne v té KBT, jak ji chápu já.

Bannink vůbec popisovala „tradiční KBT“ trochu jako karikaturu, aby mohla zdůraznit odlišnost pozitivní KBT, jako například:

„Tradiční KBT se zaměřuje na to, aby pomohla lidem cítit se méně špatně (méně depresivní), pozitivní KBT usiluje o to, aby se lidé cítili dobře.“

„V tradiční KBT je cílem vyhnout se něčemu; v pozitivní KBT je cílem dosáhnout něčeho.“

Pokud si chcete udělat obrázek o tom, jak F. Bannink propaguje svůj přístup, podívejte se na čtyřminutové video na youtube „Building Success“ <https://www.youtube.com/watch?v=f8yMI0J7zCo>

Během workshopu však zazněly i velmi inspirující myšlenky. Zaujalo mě například doporučení, aby se terapeut na konci každého sezení zeptal klienta „Co bych měl udělat v příštím sezení lépe?“

Také se mi líbilo další cvičení, nazvané „pozitivní klepy“. Účastníci vytvořili trojice, dva si sedli naproti sobě a třetí si k nim sedl zády, takže je neviděl, ale slyšel. Úkolem bylo, aby si dvojice o tom třetím za jeho zády o něm povídala, ovšem tak, že jej chválili a oceňovali. Po několika minutách se role vyměnily. Musím přiznat, že ve mně toto cvičení navodilo velmi příjemné pocity, jakkoli jsem byl ve trojici s manželským párem Izraelců, takže oni se znali velmi dobře, zatímco já o nich a oni o mně nevěděli nic. Zkuste si to v práci.

Pozitivní KBT také staví na tom, že terapeut klientovi řešení jeho problémů, ani představu, jak by měl jeho život v budoucnu vypadat, nenabízí, ale nechává jej, aby se sám rozhodl, co chce zkusit změnit a k jakému cíli chce směřovat. Vyjadřuje tím optimistický předpoklad, že klient sám nejlépe ví, co je pro něj dobré – o čemž já v některých případech pochybuji.

Bannink při popisování cílů terapie použila přirovnání k taxikáři, který se také pasažéra neptá „Odkud jedete?“ nebo „Kterým místům se chcete vyhnout?“, ale „Kam chcete dojet?“

V rámci pozitivní KBT terapeut zaměřuje pozornost svou i klienta se na „pozitivní výjimky“. Terapeut se tedy vyptává „Kdy jste se cítil lépe?“ „Kdy se tento problém neobjevil?“ „Kdy byl mírnější?“ Pozitivní výjimky ovšem musí najít a popsat klient, nikoli terapeut! V rozvíjení pozitivních výjimek spočívá podle pozitivní KBT řešení problémů, které přichází od pacienta nikoli od terapeuta. Toto řešení je pro pacienta přitažlivější a je více motivován jej uskutečnit. Klient si vede „Záznam lepších momentů“ a chování, které k nim vedlo.

Bannink: „Terapeut není odpovědný za výsledek terapie, ale je odpovědný za svou snahu klientovi pomoci“.

Terapeut se v sezení zaměřuje na budování pozitivních emocí – probírá to, co se klientovi podařilo; co dobrého se mu stalo, oceňuje jej.

Pozitivní KBT a tradiční KBT lze kombinovat, ovšem je nutné začít běžnou KBT a pak přidat pozitivní KBT. Opačně to prý nefunguje, nevím proč.

Poslední přednáška, kterou jsem na EABCT konferenci navštívil, se jmenovala **Emoce v klinické praxi** a přednášel **Stefan Hofmann**. Snad jsem už byl příliš zahlcen dojmy, ale odnesl jsem si z přednášky jen nejasné poznatky, že emoce jsou složité, multidimenzionální, nelze je kategoricky rozlišovat, ale plynule přecházejí jedna v druhou, nejsou spjaty s různými emočními okruhy v mozku, ale vytvářejí komplexní neuronální síť. V každém případě pomáhá člověku cítit se lépe, když se naučí všímavosti a to především meditaci laskavosti a lásky vůči sobě a druhým. Zájemcům o hlubší porozumění této problematice doporučuji, aby si prostudovali knihu Hofmann S.G.: *Emotion in therapy. From science to practice*. Guilford Press, New York, 2016, na kterou se přednášející opakovaně odvolával.

No a pak jsme se již sbalili a za houstnouceho deště opustili Ljubljana a vydali se zpět k domovu. Cesta zpět proběhla bez závažných komplikací, pokud mezi ně nepočítáme průtrže mračen, při kterých nestačily vodu z čelního skla brát stěrače, chybné odbočení před Vídní na Brunn, což, jak se ukázalo, že je malá vesnička u Vídně a nikoli označení Brna, a asi dvouhodinové popojíždění ve zácpě před Mikulovem, kde se opravuje silnice. Vše jsme však nakonec šťastně překonali a dorazili na rodnou hroudu.

Příští rok do Sofie poletíme letadlem, ale určitě to bude stejně příjemný zážitek, zvláště pokud nás tam bude z Česka více.