

PSYCHOTERAPIE

PRAXE – INSPIRACE – KONFRONTACE

PSYCHOTERAPIE – 13. ročník, 2019, číslo 3

Vychází třikrát ročně.

Časopis byl založen v září 1990 pod názvem *Konfrontace*. Do prosince 2006 vyšlo 66 čísel (17 ročníků), od ročníku 2007 vychází pod názvem *Psychoterapie*.

Vychází na Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity (<http://psychoterapie.fss.muni.cz>).

Časopis řídí redakční rada / Editorial Board:

PhDr. Michal Černík, Ph.D. – Hasičský záchranný sbor Karlovarského kraje

Mgr. Lucie Hornová – Ambulance klinické psychologie, Rychnov nad Kněžnou

Mgr. Jan Hesoun – soukromá praxe, Praha

Jakub Hučín – soukromá psychoterapeutická praxe, Praha

PhDr. Roman Hytych, Ph.D. (šéfredaktor) – soukromá praxe Brno, Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno

PhDr. Jiří Jakubů, Ph.D. – Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Terapeutické centrum Cetera, Praha

Mgr. Radim Karpíšek – Psychosomatická klinika, Praha

PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D. – Katedra psychologie, Filozofická fakulta UP, Olomouc, Ordinance klinické psychologie a psychoterapie, Prostějov

Mgr. Bc. Karel Dobroslav Riegel, Ph.D. – Klinika adiktologie VFN, I. Lékařská fakulta UK, Praha

Doc. MUDr. Jan Roubal, Ph.D. (vedoucí redakční rady) – soukromá praxe Havlíčkův Brod, Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno

Doc. Mgr. Tomáš Řiháček, Ph.D. – Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno

MUDr. Pavel Theiner, Ph.D. – Psychiatrická klinika FN Brno, Brno

Prof. PhDr. Zbyněk Vybíral, Ph.D. (senior editor) – Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno

Mgr. Leoš Zatloukal, Ph.D. et Ph.D. – Univerzita Palackého v Olomouci (CMTF)

Mezinárodní poradní sbor / International Advisory Board:

PhDr. Bohumila Baštecká, Ph.D. – Evangelická teologická fakulta UK, Praha

Doc. RNDr. Petr Bob, Ph.D. – Centrum pro neuropsychiatrický výzkum traumatického stresu a Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Praha

Prof. Louis Castonguay, Ph.D. – The Pennsylvania State University (USA)

Prof. PhDr. Ivo Čermák, CSc. – Psychologický ústav AV ČR, Brno

PhDr. Petr Goldman – Psychiatrická léčebna, Praha–Bohnice

PhDr. Šárka Gjuríčová – Institut rodinné terapie, Praha

PhDr. Martin Hajný, Ph.D. – psychoterapeutická praxe, Praha

Doc. Mgr. Júlia Halamová, Ph.D. – soukromá psychologická a psychoterapeutická praxe, Institut aplikované psychologie, Fakulta sociálních a ekonomických věd, Komenského univerzita, Bratislava (SK)

MUDr. David Holub, Ph.D. – psychoterapeutická praxe, Praha

MUDr. Vladislav Chvála – Středisko komplexní terapie, Liberec

Doc. PhDr. Jan Kožnar, CSc. – Psychiatrická nemocnice, Praha–Bohnice

Mgr. Jiří Kubička – Institut rodinné terapie, Praha

Doc. PhDr. Martin Lečbych, Ph.D. – Katedra psychologie, Filozofická fakulta UP, Olomouc

Prof. PhDr. Petr Macek, CSc. – Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno

PhDr. Martin Mahler – psychoanalytik, Praha

Prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D. – Centrum adiktologie PK VFN a 1. LF UK, Praha 2

MUDr. Petr Možný – Psychiatrická léčebna, Kroměříž

MUDr. Karel Nešpor, CSc. – Psychiatrická léčebna, Praha–Bohnice

Doc. PhDr. Ivo Plaňava – Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno

Doc. PhDr. Jiří Růžička, Ph.D. – Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Praha

MUDr. David Skorunka, Ph.D. – Lékařská fakulta UK, Hradec Králové

Prof. PhDr. Jiří Šípek, CSc., Ph.D. – Katedra psychologie, Filozofická fakulta UK, Praha

MUDr. Gabriela Šivicová – Krizové centrum RIAPS, Praha

Doc. Mgr. Ladislav Timulák, Ph.D. – Trinity College, Dublin (IRL)

Výkonná redakce / Editors:

PhDr. Roman Hytych, Ph.D. (šéfredaktor); kontakty: romhyt@gmail.com, +420 549 497 970

Mgr. Anna Ward, Mgr. Barbora Petránková, Mgr. Michal Ceveliček, Ph.D., Patrik Rudolf

Adresa redakce:

Redakce Psychoterapie, Katedra psychologie FSS MU, Joštova 10, 602 00 Brno.

Objednávky on-line: <http://psychoterapie.fss.muni.cz>.

Příspěvky zasílejte elektronicky na adresu: psychoterapie@fss.muni.cz.

Uzávěrka čísla 3/2019 byla 9. 12. 2019, recenzní řízení bylo uzavřeno 8. 12. 2019. Vychází v prosinci 2019.

Příspěvky procházejí recenzním posouzením (kromě recenzí knih a krátkých zpráv).

The articles are peer-reviewed.

ISSN 1802-3983 / MK ČR E 18868

© **Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity**

Šířit celé číslo nebo větší ucelenou část časopisu nelze bez souhlasu vydavatele. Copyright k jednotlivým příspěvkům je duševním vlastnictvím autorů a další šíření jejich textů je možné jen s jejich souhlasem.

Časopis je zařazen v databázích: Seznam recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v ČR Scopus, EBSCO, Erih Plus

OBSAH / CONTENT

EDITORIAL

Roman Hytych - - - **201**

TEORIE / THEORY

Dušan Fábik: Adleriánsky výklad snov v minulosti a súčasnosti (Adlerian dream analysis in past and present) - - - **202**

Lucia Hrešková, Lenka Krámská: Základní principy psychoterapeutické léčby pacientů s diagnózou psychogenních neepileptických záchvatů (PNES) / Basic principles of psychoterapeutic treatment of patients diagnosed with Psychogenic Nonepileptic Seizures (PNES) - - - **213**

VÝZKUM / RESEARCH

David Holub, Roman Telerovský, Miroslava Benešová, Radim Karpíšek, Michal Nondek, Tomáš Peřich, Michaela Viktorinová, Lydia Tischler: Identifikace vynořující se dynamické scény během úvodního psychodynamického interview: klinická a výzkumná perspektiva (Identification of emerging dynamic scene in the course of initial psychodynamic interview: a clinical and research perspective) - - - **222**

Depresia a efekt krátkodobého online Tréningu zameraného na emócie pre sebasúcit a sebaobranu (Depression and effect of short-term online Emotion Focused Training for self-compassion and self-protection) - - - **244**

ROZHOVOR / INTERVIEW

Lucia Hrešková: Je důležité, aby pacienti diagnóze porozumeli. Rozhovor s Lornou Myers, Ph.D. v New Yorku 30. 7. 2019 - - - **260**

Jan Šikl: Sebereflexe jedné supervize - - - **265**

RECENZE / REVIEWS

Benda, J. (2019). Všímavost a soucit se sebou: proměna emocí v psychoterapii. Praha, Portál. (Kristýna Drozdová) - - - **271**

Johnson, S. (2018). Držme se pevně. Párová terapie zaměřená na emoce. Praha, Portál. (Vanesa Tóbisová) - - - **276**

Děkujeme za finanční podporu Janu Poněšickému.

PSYCHOSOM

NEZÁVISLÝ ČASOPIS PRO PSYCHOSOMATICKOU A PSYCHOTERAPEUTICKOU MEDICÍNU

ISSN 2336-7741 (Print) ISSN1214-6102 (Online)

Časopis zaměřený na psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu zařazený v seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik v ČR od r. 2015. Vychází 4x ročně od r.2002 a je určen především ke spolupráci všech, kdo se podílejí na poznání a léčbě komplikovaných bio-psycho-sociálně podmíněných poruch, ať v medicínské praxi, v dalších humanitních oborech, ve výzkumu či při studiu. Je indexován v ERICH Plus. **Vychází nezávisle na farmaceutických firmách.**

I EDITORIAL

Milí čtenáři,

čas vánočních svátků nabízí prostor pro klidné spočinutí, potěšení z blízkosti nám blízkých osob, vyhodnocení minulého roku a možnost vyhlédnout, jaká přání nás směřují do roku nadcházejícího. Do této atmosféry se dobře hodí úvodní článek předvánočního čísla o snech z pohledu individuální psychologie, nejenom ve vztahu k dílu jejího zakladatele Alfreda Adlera, ale i z perspektivy současných adleriánských psychologů. Téma psychogenních neepileptických záchvatů a principů jejich psychoterapeutické léčby naleznete jak v textu pražských autorek Lucie Hreškové a Lenky Krámské, tak i v rozhovoru, který jedna z autorek vedla s americkou psychoterapeutkou Lornou Myers.

Výzkumná rubrika vám nabídne dva texty. První z nich v rámci systematické případové studie příkladně propojuje perspektivu výzkumnou a vědeckou. Rozsáhlý autorský kolektiv zkoumá spolehlivost zachycení vnořující se dynamické scény ve vztahu ke spolehlivosti stanovených hypotéz a OPD ohnisek. Studie sleduje

scénické ztvárnění ústřední konfigurace „(ne)podřídít se diktátorskému trenérovi“. Její pozorovatelné klinické projevy a hypotézy jsou ověřované zpětnou perspektivou samotného pacienta, metodikou OPD-2 a nezávislými posuzovateli videonahrávek v úvodním a závěrečném interview.

Následující text se věnuje prozkoumání vlivu intervence zahrnuté v on-line programu na emoce zaměřeného tréninku sebesoucitu na úroveň sebekritiky a sebesoucitu ve vzorku respondentů s depresivní symptomatikou. Výsledky na malém vzorku ukazují účinnost intervence, jejíž výsledky v čase slábnou. Pokud vás téma sebesoucitu a jeho rozvoje zajímá, určitě oceníte recenzi knihy Jana Bendy.

V redakci jsme rádi, že texty, které publikujeme, docházejí z různých míst Čech, Slovenska i ze vzdálenějších krajů a přestože převážnou část textů tvoří recenzované články, jsem rád, že na nás myslíte i s kratšími texty i rozhovory.

Přeji vám poklidný konec roku.

19. 12. 2019, Brno Roman Hytych

ADLERIÁNSKY VÝKLAD SNOV V MINULOSTI A SÚČASNOSTI

Adlerian dream analysis in past and present

Dušan Fábik

Katedra psychológie a patopsychológie, Pedagogická fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave, SK; e-mail: dusan.fabik@centrum.sk

Psychoterapie. 13 (3), 202–212; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT

Príspevok prináša komplexný pohľad na výklad snov z pohľadu adleriánskej (individuálnej) psychológie. Zahŕňa historické východiská individuálnej psychológie a klasickú koncepciu snívania od Alfreda Adlera. Príspevok ďalej popisuje prístupy súčasných adleriánskych psychológov a vymedzuje základné rozdiely oproti pôvodnému konceptu. Na konkrétnej ukážke je ilustračne znázornená práca na výklade sna, ktorá zachytáva analýzu životného štýlu, snových symbolov a potenciálneho riešenia životného problému. V závere príspevok diskutuje o faktoroch, ktoré podporujú, ale aj znižujú dôveryhodnosť adleriánskej teórie snívania a prináša základné oporné body pre výklad snov v tomto prístupe.

Kľúčové slová: Adler, výklad snov, životný štýl, riešenie problémov

ABSTRACT

The thesis gives a complex look into dream analysis from an adlerian (individual) psychology perspective. It includes results from individual psychology and classic concept of dreaming as interpreted by Alfred Adler. The thesis also describes the current approaches of adlerian psycho-

logists and lays out their basic differences compared to the original concept. Dream analysis is portrayed in the thesis on a specific example. The analysis of lifestyle, dream symbols and a potential way of solving a struggle in an individual's life is portrayed in this section. The credibility of the adlerian dream analysis theory is covered at the end of the thesis, where we try to focus on the factors that affect this credibility both in a positive or a negative way. The end of the thesis also focuses on basic principles for dream interpretation in this approach.

Keywords: Adler, dream analysis, lifestyle, problem solving

ÚVOD

Alfred Adler (1999), zakladateľ individuálnej psychológie, predpokladal, že duševný život sa vyvinul z dôvodu, aby človek mohol smerovať k určitému cieľu. Podľa neho, nemôže žiadny človek myslieť, cítiť alebo dokonca snívať bez toho, aby všetky spomínané činnosti neboli podmienené nejakým cieľom.

Samotné ciele, ktoré si človek v živote stanovuje sú založené na spôsobe akým prekonáva pocit menejcennosti. Tento pocit považuje Adler za adekvátny a prirodzený

každému človeku. Dieťa totiž už od útleho veku vníma svoju slabosť, závislosť, a na druhej strane silu a jednoduché uspokojovanie potrieb svojich rodičov. Prekonávanie menejcennosti a dosahovanie nadradenosti sa potom stáva základnou hybnou silou, z ktorej vychádzajú všetky duševné aktivity jedinca. Pocit menejcennosti, ktorý je vlastný každému človeku môže byť silnejší alebo slabší v závislosti od rodinnej výchovy, rodinnej konštelácie či od fyzického zdravia dieťaťa. Napríklad, rozmaznávajúcá či zanedbávajúca výchova alebo fyzické postihnutie zvyšujú pocit menejcennosti (Adler, 2018).

Spôsob, akým bude jedinec v detstve aj dospelosti prekonávať pocit menejcennosti, určuje pocit sunáležitosti (*Gemeinschaftsgefühl*). Adler ho definoval ako pocit, ktorý vedie človeka vykonávať činnosti v sociálnom prostredí spôsobom, z ktorého bude mať prospech aj spoločnosť. Pocit sunáležitosti sa rozvíja v milujúcom rodinnom prostredí a naopak jeho rozvoj trpí v akomkoľvek inom rodinnom prostredí. Vo výsledku pocit menejcennosti a sunáležitosti určuje stanovené životné ciele. Pokiaľ má osoba primerane rozvinutý pocit sunáležitosti a nie nadmieru rozvinutý pocit menejcennosti, bude si stanovovať prosociálne ciele, ktorými bude prekonávať svoju menejcennosť. Môže to byť napríklad kariéra úspešného lekára, kde bude jedinec cítiť svoju moc a silu, ale zároveň bude prospešný aj pre spoločnosť. Pokiaľ však v priebehu vývinu vznikol u jedinca enormný pocit menejcennosti a zároveň sa dostatočne nerozvinul pocit sunáležitosti, jedinec si bude stanovovať ciele, ktoré sú len v prospech jedinca samotného. Osoba môže napríklad druhých manipulovať, a tým



**Dušan
Fábik**

Psychológ pôsobiaci na Katedre psychológie a patopsychológie Pedagogickej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave. Z výskumného aj psychoterapeutického hľadiska sa dlhodobo venuje teórii snívania a jeho výkladu.

dosahovať nadradenosť. Iná osoba sa zase môže vyhýbať akýmkoľvek nepríjemným situáciám, ktoré by ohrozili jej moc a sebaúctu, a tým si udržiavať zdanie sily a kompetencie. Ďalšia môže trpieť častými (psychosomatickými) chorobami, a tým získavať pozornosť a nadvládu nad ostatnými. Spoločným prvkom však zostáva získavanie moci a nadradenosti vyhýbavým či sebeckým spôsobom (Adler, 2018).

Dráhu, ktorú si človek vyberie v súlade so svojím pocitom sunáležitosti na prekonávanie pocitu menejcennosti nazval Adler (napr. 1993) životný štýl. Vďaka životnému štýlu sa jedinec prejavuje vo svojom jednaní konzistentne celý život a len psychoterapiou zameranou na rozvoj pocitu sunáležitosti ho môže človek zmeniť v prosociálne ciele. V Adlerovom ponímaní má stanovený cieľ človeka zásadný význam pre jednanie človeka. V tomto smere sa líši od klasickej psychoanalýzy, ktorá vnímala osobnosť ako výsledok minulých, prevažne nevedomých zážitkov a skúseností. Indi-

viduálna psychológia však chápe vedomé ciele do budúcnosti a nevedomé skúsenosti z minulosti ako jednotný a nedeliteľný (z lat. individuum) celok (Adler, 1999).

HISTORICKÉ VÝCHODISKÁ VÝKLADU A PRÁCE SO SNAMI

Všetky aspekty individuálnej psychológie implementoval Adler aj do výkladu snov. Sen je totiž pevnou súčasťou nášho prežívania, v ktorom sa zrkadlí životný štýl. Napríklad osoba, ktorej cieľom a prototypom v správaní je unikať pred riešením životných problémov, bude mať sny o páde do hĺbín, príp. úteku pred nebezpečenstvom. Naopak, osoba, ktorej životný štýl sa vyznačuje odvahou, bude mať pred riešením životných situácií sny, napríklad, o stúpaní na vysokú horu, čo bude poukazovať na jej životné smerovanie a cieľ niečo dosiahnuť (Adler, 1999). Oproti Freudovi (napr. 1999, 2000), ktorý považoval sen len za naplnenie potláčaných a snovou prácou skrytých infantilných sexuálnych prianí sa jedná o významnú zmenu. Podľa Adlera (1995) sa sen zameriava a vytvára pocit, ktorý má pripraviť riešenie pre budúce situácie. Jeho účelom je „vyjadriť základné myšlienky, nie ich skrývať“¹ (Barrett, 2013, s. 130).

Jednoduchú analógiu fungovania snov pre porovnanie s bdelym stavom uvádza Adler (1999) na príklade so zločincem. Vrah môže svoje skutky ospravedlňovať myšlienkami, ktoré definujú jeho budúcu obeť ako nežiadúcu a zbytočnú. Vrah si tým vytvára pocit, ktorý ho pripravuje na vraždu. Podobne postupuje aj sen, ktorého cieľom je vzbudiť takú náladu, ktorá je

najlepšia k dosiahnutiu sledovaného cieľa. Preto v sne dochádza k odstupu pocitu súnalezitosti, zdravého rozumu a nástupu jednoduchého riešenia, ktoré posilní vlastnú sebahodnotu v kontexte daného problému. Sen a pocit v sne následne snívajúceho nabáda, aby riešil problém podľa seba, podľa svojho životného štýlu. Neprihliada pritom na dôsledky pre snívajúceho ani na zvyšok spoločnosti. Sen chce zviest snívajúceho do sebaklamu, aby problém riešil tak ako zodpovedá jeho životnému štýlu a posilnil ho v presvedčení o hodnote vlastného Ja (Adler, 1995). Ako uvádza Schlegel (2004, s. 477), keď snívame, „skúšame určité riešenie, a síce také, ktoré zvyšuje naše sebahodnotenie alebo ktoré sa prinajmenšom vyhýba prehre“.

Adler (1999) uvádza príklad, keď osoba závidí druhej pekné auto. Vzhľadom na to, že osoba prikladá veľký význam novému autu a závidí ho, jej cieľom sa stane túžba po novom aute. Vysvetľuje, že z toho dôvodu začne mať osoba sny, ktoré vytvárajú určitú emóciu vedúcu k dosiahnutiu tohto cieľa. Pre ilustráciu môžeme uviesť, že pokiaľ sa osoba vyznačuje ľstivým a pomstychtivým životným štýlom môže sa osobe snívať o odcudzení daného auta. Pokiaľ sa osoba vyznačuje vyhýbavým životným štýlom môže sa jej snívať o zmeškaní cestovania daným autom alebo vlaku ako vyhnutiu sa závidi, ktorej čelí. V oboch prípadoch by však snívajúci nemusel závidieť druhej osobe a mohol by tak ľahšie odolávať pocitu menejcennosti.

Tým, že sen využíva snové prirovnania a metafory pri voľbe snových symbolov, nás sen a sebaklam zvedie a ovplyvní omnoho intenzívnejšie. Adler (1999) vysvetľoval, že človek aj v bežnej reči používa rôzne

¹ v orig. „...express underlying thoughts, not to disguise them.“

prirovnania, keď chce niečo zdôrazniť, napr. nadávkou („správaš sa ako somár“). Rovnako aj básnici používajú kvetnaté a pútavé metafory, aby zapôsobili na čitateľa. Podobným spôsobom postupuje sen, ktorého prirovnania a metafory zásadnejšie ovplyvnia človeka. Ten potom ľahšie podľahne pocitu v sne a nechá sa ním oklamať pre načrtnuté jednoduché riešenie, ktoré je vždy v súlade so životným štýlom. Aj samotný výber postáv, spomienok a obrazov je dôležitý. Napovedá o smere, ktorým sa hýbe psychika. Ukazuje nám tendenciu snívajúceho, takže máme lepšiu predstavu o celi, o ktorý sen usiluje. Napríklad ak v sne vystupuje mŕtvy muž, Adler to vykladá ako dôsledok opakovaných myšlienok na smrť.

Adler (1995) popísal mnoho typov snov, ktorých cieľom je zachovať našu sebaúctu. Padajúce sny poukazujú na úzkostlivú opatrnosť snívajúceho, aby nestratil nič zo svojej sebaúcty. Lietajúce sny sa vyskytujú u ctižiadostivých jedincov, ktorých základnou snahou je spraviť niečo čo snívajúceho vyzdvihne nad ostatnými. Tento typ sna býva tiež spojený s padajúcim snom ako varovanie pred riskantným usilovaním. Šťastné pristátie následne signalizuje uisťovanie snívajúceho, že sa mu nemôže nič stať. Zmeškanie vlaku alebo inej udalosti sa vysvetľuje ako vyhnutie sa porážke, ktorej sa osoba bojí, takže vlastne chce prepásť nejakú príležitosť. Hrôzostrašné sny znamenajú strach, že snívajúci bude pristihnutý pri niečom nedokonalom. Rola snívajúcej osoby ako diváka odkazuje, že sa človek rád oddáva role diváka. Sexuálny styk býva niekedy tréning sexuálneho styku, inokedy ako zameranie sa na seba. V prípade desivých snov, kde snívajúci aktívne vystupuje, sen poukazuje na pomstychtivosť. Taktiež sny,

ktoré vedú k pomočovaniu sa do postele sú znakom pomstychtivosti, konkrétne za pocit odstrčenosti. Adler (2006) zároveň prízvukoval, že aj rovnaké snové obrazy nemusia mať vždy rovnaký význam.

Adler (1936) predpokladal, že sny nie sú každodennou súčasťou nášho spánku. Vychádzal z predpokladu, že ak sen rieši budúce situácie, frekvencia snívania sa líši od toho koľkým problémom čelí osoba v bdlosti. *Čím je človek spokojnejší a jeho život narúša menej problémov, tým aj menej sníva.* Adler (1999) tiež uvádzal, že sny miznú pokiaľ ľudia porozumejú svojim snom a uvedomia si, že tým klamú sami seba. Vysvetľoval, že ak sa ľudia sústredia na svoje činy a nechcú sa nechať klamať snom, sen prestáva mať význam. Dnes už vieme, že v tomto ohľade sa Adler nepochybné mýlil. Známe štúdie od Aserinskeho a Kleitmana (1953) totiž otvorili cestu k poznaniu, že fyzicky zdravý človek sníva každodenne. Líšime sa len v schopnosti zapamätáť si naše sny.

SÚČASNÉ VÝCHODISKÁ VÝKLADU A PRÁCE SO SNAMI

Súčasní adleriáni naďalej veria, že sny odhaľujú súčasné aj perspektívne aspekty osobnosti, nie minulé konflikty a skúsenosti, ktoré boli potlačené do nevedomia. Mnohí adleriánski psychoterapeuti vychádzajú z heuristickej Occamovej britvy a tvrdia, že najjednoduchší výklad sna je zvyčajne ten správny (Oberst & Stewart, 2003). Vo výsledku je preto adlerianský štýl interpretácie snov pomerne priamy a praktický (Bird, 2005; Slavik, 1997) a využiteľný pri mnohých psychoterapeutických problémoch (napr. Noronha, 2014).

Podľa adleriánov sny vykonávajú nie-

koľko, niekedy sa prekrývajúcej funkcií, z ktorých prvou je jednoducho zrkadliť súčasný životný štýl. Preto sa v sne môžu objaviť problémy, prania alebo vedomé anticipácie. Po druhé, môže sen predstavovať most medzi súčasnou situáciou klienta a cieľmi, o ktoré sa usiluje. V sne sú požiadavky reality menej naliehavé (Doweiko, 1982), a preto môžu sny kreatívnym spôsobom prepracovať súčasné problémy alebo prekážky pri realizácii cieľa a poukázať na alternatívnu cestu v bdelom živote (Oberst & Stewart, 2003). Z toho dôvodu majú často významnú úlohu najmä prvé sny, ktoré klienti spomenú v terapii alebo tie posledné (Bosetto, 2009). Oproti Adlerovi si teda môžeme všimnúť, že súčasní adleriánski psychoterapeuti nez dôrazňujú natoľko význam pocitu nadradenosti a zachovanie sebaúcty. Pri uvažovaní o funkcii sna kladú dôraz prevažne na riešenie budúcich problémov (napr. Dushman & Sutherland, 1997; Oberst, 2002).

Čo sa týka striktnej symbolizácie, Adler presadzoval skôr individuálny výklad pre každého klienta. Napriek tomu vyčlenil niekoľko špecifických a typických symbolov, ktoré majú pomerne univerzálne význam (uvedené sú vyššie). Rovnako ako aj v iných hlbinných psychoterapeutických prístupoch, aj v adleriánskej psychoterapii sa postupne upúšťa od jasne vymedzenej symbolizácie (Lombardi & Elcock, 1997). Odborníci v tejto oblasti ponúkajú skôr nápady a námety na preskúmanie. Oberst a Stewart (2003) napríklad uvádzajú, že úzkostné sny môžu odrážať obavy ľudí ohrozených svojim aktuálnym životným štýlom, ktorí pravdepodobne nevedia reagovať na blížiacu sa výzvu. Sny o lietaní alebo vzostup všeobecne môžu signalizo-

vať snahu o nadradenosť príp. dosiahnutie nejakého dôležitého cieľa, ktorý sa vzťahuje na vlastnú sebahodnotu. Naopak, sny o paralýze alebo neschopnosti sa pohybovať môžu odrážať nerozhodnosť alebo konflikt v nejakom životnom probléme.

Rozdiely medzi klasickým Adlerovým výkladom snov a súčasnými adleriánmi nájdeme aj v kontexte emočného prežívania v sne. Adler (1995, s. 120) uvažoval, že sny „vyvolávajú falošné pocity a emócie, bez toho, aby sa dala overiť ich hodnota a zmysel“. Ich úlohou bolo zmiast snívajúceho, aby podľahol sebaklamu. Toto tvrdenie bolo v neskorších dobách značne kritizované (napr. Ullman, 1962) a aktuálne už zastáva individuálna psychoterapia omnoho priaznivejší postoj k emóciám v sne a kladie na ne rovnaký význam ako na snový obsah. Adleriánski psychoterapeuti považujú emócie v sne za hlavné katalyzátory akcie a jednania snívajúceho (Kramer, 1969).

Watts (2003) spísal desať bodov, ktoré sú kľúčové pre výklad snov a tvoria jadro poznania snov v adleriánskom prístupe:

1. sen je potrebné vnímať skôr tématicky než symbolicky.
2. tématický obsah sna je vysoko individuálny a musí byť vnímaný v kontexte života človeka.
3. špecifický jazyk a obrazy v sne sú dôležité a musia byť preskúmané z individuálneho hľadiska.
4. afektívne reakcie v snoch môžu byť podobné afektívnym reakciám v bdelosti.
5. dĺžka sna je menej dôležitá ako obsah.
6. sen je tvorba snívajúceho.
7. snový materiál je prístupný tej istej kognitívnej reštrukturalizácii ako mnohé automatické myšlienky.

8. sny sa môžu využívať keď je psychoterapia „v slepej uličke“.

9. sny sa nemajú stať izolovaným zameraním sedenia, ale majú byť jeho súčasťou.

10. asociácie k snovým obrazom sú v psychoterapii veľmi užitočné.

Súčasní adleriánski psychoterapeuti teda zdôrazňujú vysokú individualitu snov a preferujú celkové afektívne ladenie a tému sna pred jeho symbolmi. Prístup má mnohé výhody, pretože prívleký dôraz na snové symboly a snové mechanizmy (presun, zhustenie, symbolizácia) typické napríklad pre psychodynamickú psychoterapiu môžu ľahko odkloniť výklad sna od samotného prežívania klienta v sne (viac Fábik, 2019).

UKÁŽKA SÚČASNÉHO ADLERIÁNSKEHO VÝKLADU SNOV

Pre lepšiu ilustráciu práce so snom z adleriánskeho náhľadu je vhodná nasledujúca ukážka. Psychoterapeut Slavík (1997) vysvetľuje na konkrétnom prípade výklad snov v prístupe adleriánskej psychoterapie kde budeme môcť vidieť v skrátenej podobe analýzu symbolov, životného štýlu aj snové riešenie budúcich situácií. Klientkou bola zdravotná sestra vo veku 31 rokov, ktorá začala chodiť na psychoterapiu, aby si vyjasnila niektoré nezodpovedané životné otázky. Zvažovala opustiť svoje zdravotnícke povolanie (zdravotná sestra) a presťahovať sa s partnerom kvôli jeho zamestnaniu. Bol to jej prvý vzťah po štyroch rokoch.

Klientka popísala v zostručnenej verzii svoj sen takto:

V úvodnej scéne som videla nemocničnú pohotovosť a dve zdravotné sestry. Bola

som na nosidlách. Pomáhali mi a zistili, že potrebujem len dlahu na lavú ruku. Všetkým sa nám ulavilo a zabavili sme sa na tom (ja som to vedela po celý čas). Celá táto scéna bola pre sestričky len skúška.

V ďalšej scéne som dostávala za túto skúšku od sestier ocenenie. Následne začal niekto iný hovoriť o rešpekte a priateľstve, načo sa sestrička otočila a objali sme sa. Druhá sa len pozerala a odišla preč. To bol koniec a ja som nastúpila do svojho SUVečka.

Po ceste domov som si všimla ulicu, po ktorej som dlho nešla a rozhodla sa ísť po nej. Ulica bola dlhá, úzka, obkolesená rozbitým betónom. Nastával súmrak a autá jazdili bez svetiel. Ľudia vo vozidlách jazdili proti mne, bezmyšlienkovito ako zombíci. Snažila som sa uhýbať a blikať svetlami. Rozhodla som sa otočiť a ísť domov bežnou cestu. Vyšla som na chodník a bola rada, že mám SUVečko. Keď som sa chcela vrátiť na cestu, premávka bola príliš hustá, takže som sa nevedela vrátiť na cestu. Potom popri mne prešli dvaja muži rozprávajúci sa o vraždách, ktoré sa tu udiali. Zrazu sa objavil vysoký a zlovestný muž so psom s tvárou zahalenou ako nindža, ktorý šiel ku mne. Premýšľala som, či to je tá osoba, ktorá zabíjala tých ľudí. Nevedela som ako sa dostať preč a cítila som sa odsúdená na smrť. Zobudila som sa a vedela, že tí zombíci boli jeho obeť.

Klientka približne po hodine diskusie súhlasila s nasledujúcim zhrnutím obsahu sna:

Som zdravotná sestra a svoju prácu robím dobre. Zdravotnícke povolanie beriem ako menšiu zábavu a je to pre mňa len splnenie si povinností. Dobre sa v tejto oblasti vyro-

návam s prijatím a odmietnutím zo strany žien. Ale som tam už príliš dlho a zaplatila som za to vysokú cenu z hľadiska zdravia a duševného rozpoloženia.

Vybrala som si cestu, na ktorej som už dlhšiu dobu nebola – mať vzťah. Snažím sa žiť, ale zombíci sú proti mne a neuznávajú to, čo potrebujem – žiť! Naznačujem im, aby sa prebrali z ich stavu, ale znechutená a sklúčená to vzdávam. Snažím sa to zmeniť, ale zasekávam sa. Pokiaľ nerobím to, čo zvyčajne, všetko je ťažké. Vtedy sú muži hroziví a nebezpeční a ja sa cítim zraniteľne. V stručnejšej podobe to klientka zhrnula ešte takto: So ženami vychádzam dobre v kamarátskych vzťahoch. Vo vzťahoch s mužmi sa cítim bezradná, uväznená a zraniteľná. Chcem mať všetko pod kontrolou.

Sen podľa adleriánskych psychoterapeutov môže naznačovať aj naše budúce konanie. Vidieť to môžeme v snovom obraze, keď klientka opúšťa nemocničnú pohotovosť, čo Slavík (1997) vyhodnocuje ako klientkine rozhodnutie zanechať zdravotnícke povolanie. Ďalej môžeme vidieť, že klientka sa v sne vydáva po dlhom čase na novú (nebezpečnú) cestu, ktorá podľa autora symbolizuje nový partnerský vzťah. Odchodom zo svojej ošetrovateľskej profesie sa však cíti viac ohrozená v nasledovaní svojho partnera. Slavík (1997) upozorňuje aj na snové zjednodušovanie, ktoré je podľa Adlera (1995) charakterizované ústupom pocitu sunáležitosti a zdravého rozumu. V sne vystupuje ohrozujúci neznámy muž, ktorý zrkadlí ohrozenie zo strany všetkých mužov. Nie všetci muži sú však objektívne ohrozujúci.

Samotné symboly sú v uvedenej ukážke analyzované len málo. Tento prístup je v sú-

lade so samotným Adlerom aj súčasnými adleriánskymi psychoterapeutmi, ktorí tvrdia, že „emocionálne ladenie sna je veľmi významné, možno ešte viac ako symboly“² (Jones-Smith, 2012). Aj adleriánsky psychiater Dreikurs (1973) uvádza, že je dôležitejšie poznať všeobecné smerovanie sna, bez toho, aby sa vynakladalo zbytočné úsilie na zisťovanie podstaty detailov snového materiálu. Napriek tomu, sa v ukážke odhalil význam niektorých snových symbolov. Pri analýze dlahy na ľavej ruke sa ukázalo, že sa nejedná o zásadnú prekážku a snívajúca zrejme nie je príliš obmedzená zanechaním svojho zamestnania. Význam malo v sne aj SUVečko. Ak by sa jednalo o menšie auto, snívajúca by nebola schopná prejsť po rozbitom betóne, ktorý symbolizuje jej napätie z nového vzťahu.

Dôležitou zložkou adleriánskeho výkladu je tiež analýza životného štýlu. Slavík (1997) napríklad uviedol, klientka sa cíti dobre v bdelosti aj sne, keď má veci pod kontrolou a cíti sa veľmi ohrozená, keď sa jej to nedarí. Po druhé, v sne prebúdzajú zombíkov z ich nečinnosti. Chce „zachraňovať“ ľudí. Ak ale nereagujú, odradí ju to a vzdáva sa. Po tretie, o problémoch hovorí v dramatických a komplikovaných obrazoch. Vzťahy sú pre ňu vecou života a smrti. Okrem toho, pri pocite zraniteľnosti, vníma mužov ako hrozbu, čo spôsobuje, že vzťahy s mužmi sú pre ňu zdrojom určitej úzkosti.

V sne môžeme vidieť aj dôležitú zložku adleriánskeho výkladu, t.j. načrtnuté riešenie aktuálneho problému v bdelom živote. Celkovo sen ponúkol odpovede na dve otázky: „Mám opustiť ošetrovatelstvo?“ a tak-

² v orig. „The emotional tone of a dream is highly significant, perhaps more so than the symbols.“

tiež „Mám budovať tento vzťah?“ Na prvú otázku ponúka sen jasnú odpoveď. Klientka v sne opúšťa nemocnicu. Pri druhej otázke sen nabáda klientku na opatrnosť: „keď nerobím obvyklú vec, muži sú nebezpeční.“

DISKUSIA

Výklad snov z adleriánskeho pohľadu ponúka mnohé zaujímavé perspektívy. Tak ako iné teoretické východiská v problematike snívania, aj tieto majú svoje úskalia. Zásadným nedostatkom Adlerovej teórie snívania a aktuálnych predstaviteľov adleriánskej psychoterapie je absencia dostatočných výskumných dôkazov, ktoré by potvrdzovali prospektívnu funkciu snívania. Vedecké poznatky (napr. Deliens et al., 2014; Gujar et al., 2011) totiž naznačujú, že úlohou sna je spracovať a integrovať emócie a emočné zážitky z bdlosti, čím sa zabezpečuje emočná regulácia. Postupne sa zisťuje, že emočné „stimuly, ktoré nie sú spracované v priebehu bdenia sa zrejme spracúvajú v noci v priebehu snívania“ (Fábik, 2018a, s. 15). Podľa aktuálnych teórií snívania sa „v priebehu snívania sa aktuálne emočné problémy začleňujú so staršími a úspešnými vzormi riešenia problému a pomáhajú zvládaniu emočných zážitkov“ (Fábik, 2018b, s. 13). Jedná sa o konzistentný výskumný záver, ktorý má mnohých významných predstaviteľov (napr. Cartwright et al., 2006; Hartmann, 2013; Hill, 2009). Oproti tomu, adleriánski predstavitelia zdieľajú predstavu najmä o prospektívnej funkcii snívania, ktorá napomáha produkcii potenciálnych riešení životných problémov snívajúceho. Dôkazy pre toto stanovisko však prakticky neexistujú. Aktuálne poznatky pomerne konzistentne naznačujú, že sen spracúva súčasne a minulé emočné zážitky

a budúcnosť snívajúceho nie je v jeho funkcii zastúpená. Pre úplnosť treba povedať, že hoci sa sen pravdepodobne nezameriava na budúcnosť, psychoterapeutická práca so snom a diskusia o snových obrazoch môže viesť u klienta k náhľadu na svoju životnú situáciu a eventuálnemu nárastu možných riešení svojich životných okolností.

Adler taktiež neposkytol pre svoj výklad snov dostatočný návod. Uvádza, že sen sa nedá vysvetliť bez toho, aby sme poznali vzťah k ostatným častiam osobnosti. Nie je preto možné stanoviť pevné a exaktné pravidlá pre interpretáciu snov. Každá interpretácia sna musí byť podľa Adlera (1936) upravená, aby zodpovedala danému jedincovi. K snom je totiž potrebné „omnoho viac umeleckého nadania než napríklad systematickej kritiky“ (Adler, 1995, s. 120). Presadzoval myšlienku, že pre správny výklad snov je nevyhnutné dôsledne spoznať klienta a jeho aktuálne problémy, čo však v kombinácii s absentujúcim návodom vytvára predstavu, že Adler len vkladal do existujúcej životnej situácie klienta význam snu. Pravdou je, že aj súčasní adleriánski psychoterapeuti poskytujú len veľmi vágne alebo žiadne inštrukcie pre výklad snov.

Na druhú stranu, Adler (1995) hodnoverne podložil teóriu snívania na existencii denných snov, ktoré podľa neho fungujú na rovnakom princípe. Vysvetľoval, že každý pokus riešiť určitý problém vyvoláva radu fantázií (denné snenie), pretože ten súvisí s neznámou budúcnosťou. Ja sa posilňuje vysnenými fantáziami, aby nejako daný problém vyriešilo. Nezohľadňuje logiku, pocit sunáležitosti ani praktickú stránku, len zachovanie sebahodnoty. Preto sa väčšina denných snov prejavuje predstavami

o vlastnej prevahe, kariérnej či sexuálnej. V týchto fantáziách taktiež ako vo všetkých prejavoch psychických procesov nachádzame prejavujúci sa životný štýl, ktorý vplýva na konkrétny smer fantázií.

Z ďalších pozitív adleriánskej teórie minulosti aj súčasnosti môžeme spomenúť analýzu životného štýlu. Na základe súčasných teórií snívania sa javí ako veľmi pravdepodobné zrkadlenie bdelého správania a prežívania, teda životného štýlu, v našich snoch. Nepriamo to predpokladá tzv. hypotéza continuity, ktorá bola prvýkrát pomenovaná Calvinom Hallom (1959). Podľa tejto teórie sú „sny pokračovaním bdelého života“³ (Hall & Nordby, 1972, s.104) a „zahŕňajú rovnaké emócie, ľudí alebo aktivity ako v priebehu bdenia“ (Fábik, 2018a, s. 12). Táto teória je mimoriadne populárna a odkazujú na ňu mnohé aktuálne štúdie (napr. Blagrove et al., 2004; Pesant & Zadra, 2006; Schredl & Reinhard, 2010). Môžeme preto konštatovať, že úvahy o rovnakom spôsobe fungovania (životného štýlu) v sne aj bdení majú svoje výskumné opodstatnenie a môže byť nanajvýš užitočné tento životný štýl v sne cieľavedomo skúmať.

ZÁVER

Podľa niektorých autorov môže byť adleriánsky výklad snov užitočný aj v mnohých iných psychoterapeutických prístupoch, Slavík (1994, 1997) spomína napríklad krátkodobú terapiu zameranú na riešenie. Pokiaľ chceme sen analyzovať podľa adleriánskeho prístupu alebo chceme využiť aspoň niektoré jeho prvky, je vhodné dodržať tieto zásady:

- sledovať v akom období života sa človeku sen prisnil a s akým životným problémom môže súvisieť;
- skúmať správanie klienta v jeho sne a hľadať jednotlivé prvky prejavov v bežnom živote prejavujúce sa v jeho životnom štýle;
- pozorovať afektívne reakcie klienta v jeho sne a taktiež hľadať spojitosti s bdelym životom;
- neklásť priveľký dôraz na symboly v sne. Je však možné si priblížiť ich význam voľnými asociáciami;
- všímať si prospektívnu funkciu sna, ktorá sa môže objaviť v akejkoľvek fáze sna, obyčajne však na konci;
- dôležitá je aj Goldova (1979) zásada, ktorá odporúča začať výklad s tým čo sa javí byť najzreteľnejšie.

Článok vznikol bez konfliktov záujmu autora.

LITERATÚRA

- Adler, A. (2018). *Človek, jaký je. Základy individuální psychologie*. Praha: Portál.
- Adler, A. (2006). *The collected clinical works of Alfred Adler, vol 11 Education for prevention: Individual psychology in the schools & the education of children*. The Classical Adlerian Translation Project.
- Adler, A. (1999). *Porozumění životu. Úvod do individuální psychologie*. Praha: Aurora.
- Adler, A. (1995). *Smysl života*. Havlíčkův Brod: Práh.
- Adler, A. (1993). *Umění rozumět. Příběh života a nemoci z pohledu individuální psychologie*. Praha: Práh.
- Adler, A. (1936). On the interpretation of dreams. *International Journal of Individual Psychology*, 2(1), 3–16.
- Aserinsky, E., & Kleitman, N. (1953). Regularly occurring periods of eye motility, and concomitant phenomena, during sleep. *Science*. 273–274.

³ v orig. „dreams are continuous with waking life...“

- Barrett, D. (2013). *Dream Interpretation*. Dostupné na: https://www.researchgate.net/publication/263923750_Dream_Interpretation
- Bird, B. (2005). Understanding dreams and dreamers: An adlerian perspective. *Journal of Individual Psychology*, 61(3), 200–216.
- Blagrove, M., Farmer, L. & Williams, E. (2004). The relationship of nightmare frequency and nightmare distress to well-being. *Journal of Sleep Research*, 13(2), 129–136.
- Bosetto, D. (2009). Il sogno: una modalità di resistenza ma anche di apertura al cambiamento nel percorso di analisi adleriana. *Rivista di Psicologia Individuale*, 65, 21–28.
- Cartwright, R., Agargun, M., Kirkby, J., & Friedman, J. (2006). Relation of dreams to waking concerns. *Psychiatry Research*, 141(3), 261–270.
- Deliens, G., Gilson, M., & Peigneux, P. (2014). Sleep and the processing of emotions. *Experimental Brain Research*, 232(5), 1403–1414.
- Doweiko, H. E. (1982). Neurobiology and dream theory: A rapprochement model. *Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research and Practice*, 38(1), 55–61.
- Dreikurs, R. (1973). *Psychodynamics, psychotherapy, and counseling*. Alfred Adler Institute.
- Dushman, R., & Sutherland, J. (1997). An Adlerian perspective on dreamwork and creative arts therapies. *Individual Psychology*, 53(4), 461–475.
- Fábik, D. (2019). Psychoanalytický výklad snov a aktuálne výskumy. *Psychiatria – Psychoterapia – Psychosomatika*. 26(3), 14–17.
- Fábik, D. (2018a). Charakteristiky snívania v kontexte copingových stratégií. *Psychiatria – Psychoterapia – Psychosomatika*. 25(4), 11–16.
- Fábik, D. (2018b). Snové emócie a snové obsahy v kontexte vzťahovej väzby. *Psychiatria – Psychoterapia – Psychosomatika*, roč. 25, č. 1, 11–21.
- Freud, S. (2000). *Výklad snu*. Pelhřimov: Nová Tiskárna, 2000.
- Freud, S. (1999). *Přednášky k úvodu do psychoanalýzy*. Psychoanalytické nakladatelství. J. Koco.
- Gold, L. (1979). Adler's theory of dreams: An holistic approach to interpretation. In B. Wolman (Ed.), *Handbook of dreams: Research, theories and applications* (pp. 319–341). New York: Van Nostrand.
- Gujar, N., McDonald, S. A., Nishida, M., & Walker, M. P. (2011). A role for REM sleep in recalibrating the sensitivity of the human brain to specific emotions. *Cerebral Cortex*, 21(1), 115–123.
- Hall, C. (1959). *A cognitive theory of dreams*. In M. F. DeMartino, (Eds.), *Dreams and personality dynamics* (pp 123–134). Springfield: Charles C. Thomas.
- Hall, C. S., & Nordby, V. J. (1972). *The individual and his dreams*. New York: Signet.
- Hartmann, E. (2013). *Sny. Podstata a funkcie snívania*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
- Hill, E. C. (2009). *Práca so snami v psychoterapii*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2009.
- Jones-Smith, E. (2012). *Theories of counseling and psychotherapy: An integrative approach*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Kramer, M. (1969). *Dream psychology and the new biology of dreaming*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Lombardi, D. N., & Elcock, L. E. (1997). Freud versus Adler on dreams. *American Psychologist*. 52, 572–573.
- Noronha, K. J. (2014). Dream work in grief therapy. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 36(3), 321–323.
- Oberst, U. (2002). An Adlerian-constructivist approach to dreams. *The Journal of Individual Psychology*, 58(2), 122–131.
- Oberst, U. & Stewart, A. (2003). *Adlerian psychotherapy: An advanced approach to individual psychology*. New York: Routledge.
- Pesant, N. & Zadra, A. (2006). Dream content and psychological well-being: A longitudinal study of the continuity hypothesis. *Journal of Clinical Psychology*, 62(1), 111–121.
- Schlegel, L. (2004). *Základy hlbinej psychológie s osobitným zreteľom na neurozológiu a psychoterapiu*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
- Schredl, M., & Reinhard, I. (2010). The continuity between waking mood and dream

- emotions: direct and second-order effects. *Imagination, Cognition and Personality*, 29(3).
- Slavik, S. (1997). A practical use of dreams. In Carlson, J., & Slavik, S. (Eds.), *Techniques in Adlerian Psychology*. New York: Routledge.
- Slavik, S. (1994). A practical use of dreams. *Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research & Practice*, 50(3), 279–287.
- Ullman, M. (1962). Dreaming, life style, and physiology: A comment on Adler's view of the dream. *Journal of Individual Psychology*, 18(1), 18–25.
- Watts, R. E. (2003). *Adlerian, cognitive, and constructivist therapies: An Integrative Dialogue*. New York: Springer Publishing Company.

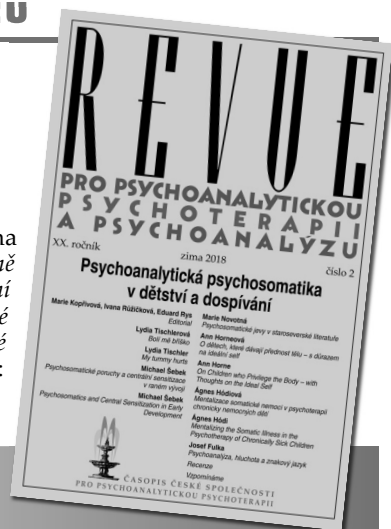
Došlo do redakce a přijato k recenznímu řízení 10. 6. 2019. Revidované znění došlo 5. 8. 2019, k publikaci přijato 10. 8. 2019.

Vyšlo nové číslo Revue pro psychoanalytickou psychoterapii a psychoanalýzu

Psychoanalytická psychosomatika v dětství a dospívání

Číslo obsahuje následující texty: Marie Kopřivová, Ivana Růžičková, Eduard Rys: *Editorial*, Lydia Tischlerová: *Bolí mě bříško*, Michael Šebek: *Psychosomatické poruchy a centrální senzitivace v raném vývoji*, Marie Novotná: *Psychosomatické jevy v staroseverské literatuře*, Ann Horneová: *O dětech, které dávají přednost tělu – s důrazem na ideální self*, Ágnes Hódiová: *Mentalizace somatické nemoci v psychoterapii chronicky nemocných dětí*, Josef Fulka: *Psychoanalýza, hluchota a znakový jazyk*

Nové číslo, starší ročníky i předplatné si můžete objednat na revue@cspap.cz nebo online na www.cspap.cz, kde naleznete i seznam a obsahy dostupných čísel.



Revue pro psychoanalytickou psychoterapii a psychoanalýzu vydává Česká společnost pro psychoanalytickou psychoterapii. Další informace (včetně obsahů čísel) najdete na www.cspap.cz

ZÁKLADNÍ PRINCIPY PSYCHOTERAPEUTICKÉ LÉČBY PACIENTŮ S DIAGNÓZOU PSYCHOGENNÍCH NEPILEPTICKÝCH ZÁCHVATŮ (PNES)

Basic principles of psychotherapeutic treatment of patients diagnosed with Psychogenic Nonepileptic Seizures (PNES)

Lucia Hrešková¹, Lenka Krámská^{1, 2, 3}

¹ Oddělení klinické psychologie, Nemocnice na Homolce, Praha, CZ;
e-mail: lucia.hreskova@homolka.cz;

² Katedra psychologie, Filozofická fakulta, Univerzita Karlova, Praha, CZ
e-mail: lenka.kramska@homolka.cz

³ Centrum pro epilepsie, Nemocnice na Homolce, Praha, CZ

Psychoterapie. 13 (3), 213–221; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT

Termínem psychogenní neepileptické záchvaty (PNES) se označuje konverzní porucha napodobující epileptické záchvaty, které jsou psychologické etiologie (dle MKN-10). Neuropsychologické vyšetření je integrální součástí diagnostiky a léčby PNES s ohledem na jejich psychogenní charakter. Hlavním léčebným postupem je psychoterapie.

Na základě současných výzkumů a dlouholetých klinických zkušeností s těmito pacienty (Centrum pro Epilepsie, Nemocnice na Homolce) jsme zpracovali základní principy psychotherapeutických a psychoedukačních postupů pro klinické psychology a psychotherapeuty pracujícími s pacienty s diagnózou PNES.

Aktuální výzkumné výstupy zdůrazňují důležitost zastoupení úvodní psychoedukace v psychotherapeutické léčbě pacientů s diagnózou PNES a jejich blízkých.

Klíčová slova: PNES, psychoedukace, psychoterapie

ABSTRACT

The term psychogenic non-epileptic seizures (PNES) refers to a conversion disorder mimicking epileptic seizures that are psychological etiologies (according to ICD-10). Neuropsychological examination is an integral part of the diagnosis and treatment of PNES concerning their psychogenic character. The primary treatment is psychotherapy.

Based on current research and long-term clinical experience with these patients (Epilepsy Center, Na Homolce Hospital) we elaborated the basic principles of psychotherapeutic and psychoeducation work for clinical psychologists and psychotherapists cooperating with patients diagnosed with PNES.

Recent research findings emphasize the importance of introducing initial psychoeducation in the psychotherapeutic treatment of patients diagnosed with PNES and their relatives.

Key words: PNES, psychoeducation, psychotherapy

1. TEORETICKÁ VÝCHODISKA CHÁPÁNÍ PSYCHOGENNÍCH NEPILEPTICKÝCH ZÁCHVATŮ (PNES)

Psychogenní neepileptické záchvaty (dále „PNES“, zkratka anglického termínu psychogenic nonepileptic seizures) jsou paroxysmální, časově ohraničené změny tělesných a psychických funkcí projevující se v chování, prožívání nebo vnímání, a jsou psychogenní etiologie. Jejich klinický obraz připomíná epileptické záchvaty, nejsou však projevem abnormální synchronizované neuronální aktivity, obvykle se zobrazující na elektroencefalogramu (Dworetzky & Baslet, 2017).

V Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) jsou PNES zařazeny pod kategorii F 40-49 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy. Jakožto psychické poruchy vznikající mechanismem disociace a konverze spadají do skupiny F44.5 Disociační křeče. Podle Diagnostického a statistického manuálu (DSM-5) Americké psychiatrické asociace jsou psychogenní záchvaty zahrnuty pod Poruchy se somatickými příznaky a související poruchy – 300.11 Konverzní porucha (porucha s funkčními neurologickými příznaky).

Samotný koncept konverze byl zaveden Breuerem a Freudem (1895), na základě rozpracování Janetova konceptu disociace. Podle této teorie psychická obrana potlačení chrání jedince proti vzpomínkám na traumatickou událost a tento negativní afekt je konvertován do somatických symptomů. Disociace je mechanismus, kdy je narušena normální integrace funkcí – identity, paměti, vědomí a percepce. Dochází k narušení či ztrátě kontinuity vnímání sebe

sama. Nevysvětlitelné symptomy jako je PNES mohou sloužit jako obranná funkce s primárním cílem redukovat úzkost a k sekundárním cílům jako např. vyhnout se pracovním či rodinným povinnostem nebo emoční blízkosti rodiny (Krámská, 2017).



**Lucia
Hrešková**

Mgr., Ph.D. V disertační práci se věnovala diagnostice emoční regulace a psychoedukaci pacientů s diagnózou PNES. Absolvovala stáž v Northeast Epilepsy Regional Group, programu pro pacienty s diagnózou PNES, pod vedením Lorry Myers, Ph.D. v New Yorku.

Psychodynamické teorie nabízejí vysvětlení PNES v podobě funkční myšlenky sloužící ke snižování úzkosti (primární zisk) či jako vnější motivace, osvobození se od povinností a získání výhod (sekundární zisk). PNES též může odpovídat konceptu „identifikovaného pacienta“, který slouží jako projekce celého systému – pacient odvádí pozornost od ostatních krizí (zjevných či skrytých) aby udržel homeostázu systému. Pacienti s PNES často mívají obtíže v přímé artikulaci potřeb a pocitů z důvodu špatné úrovně verbálních komunikačních dovedností nebo proto, že přímá komunikace není podporována v rámci rodinného systému (Krámská, 2017).

Behaviorální přístupy považují onemoc-

nění PNES za naučené patologické chování, které je prostřednictvím „odměny“ pozitivně posilované a zároveň přes vyhnutí se trestu negativně udržované. Tedy projevy u pacientů s PNES jsou upevňovány na základě vlastní zkušenosti nebo modelovým učením, například přítomností při záchvatu u jiné osoby (Svoboda et al. 2012).

Etiopatogeneze PNES je v současnosti pojímána za multifaktoriální. Bodde et al. (2009) navrhl modely psychologických faktorů PNES, které se mezi sebou mohou vzájemně prolínat a interagovat a obvykle bývají faktory rozdělovány na:

1. Psychologická etiologie – faktory, které jsou příčinnými faktory vzniku (např. sexuální zneužívání a traumatické zážitky).
2. Vulnerabilita – faktory predisponující konkrétního jedince ke vzniku psychosomatických symptomů jako je PNES – osobnost, pohlaví, neuropsychologické oslabení, „organicita“, věk.
3. Modifikující faktory – specificky tvarují symptomy tak, aby se projevy jako záchvaty, nikoli jako např. psychogenní poruchy hybnosti či bolesti hlavy apod. Může se např. jednat o příbuznou osobu trpící epilepsií či epilepsie v anamnéze pacienta.
4. Spouštěče – jedná se o situace či okolnosti, které vedou k objevení se záchvatu. Může se však též jednat o psychologický mechanismus, který transformuje emoční stav do záchvatu, jako je například somatizace či disociace. Tyto faktory vysvětlují skutečnost, že se PNES vyskytují v určité specifické dny, či v kumulaci a nikoli kontinuálně jako jiné konverzní poruchy (poruchy pohybu či vnímání).
5. Udržující faktory – podílejí se na přetrvá-

vání potíží v čase a ty se postupně stávají chronickou poruchou. Tyto faktory se podílejí na frekvenci a rezistenci vůči léčbě. Modulujícími faktory jsou např. copingové mechanismy či sekundární zisky.

Diagnostika a léčba pacientů s PNES vyžaduje multidisciplinární přístup (obvykle zahrnující epileptologa, specializovanou sestru, neuropsychologa a psychiatra) s počátkem v citlivém oznámení diagnózy PNES a podrobné edukaci o charakteru obtíží a doporučených postupech léčby. Následuje vysazení antiepileptik, nastavení farmakologické léčby přidružených psychiatrických poruch a zahájení vhodné psychoterapie jakožto hlavního léčebného postupu (Dworetzky & Baslet, 2017).

Carlson a Perry (2017) v první metaanalýze o užitečnosti psychologických intervencí u pacientů s diagnózou PNES porovnávali výsledky studií za posledních dvacet let. Deklarují malý počet dostatečně silných a kontrolovaných studií i přesto, že diagnóza PNES patří k častým medicínsky nevysvětleným neurologickým symptomům. Současně zdůrazňují zvýšenou potřebu edukace odborníků pracujících s těmito pacienty o současných možnostech léčby, a také apelují na důležitost porozumění onemocnění i samotnými pacienty. Výsledky analýz uzavírají, že psychologické intervence u pacientů s diagnózou PNES snižují míru výskytu záchvatů ve srovnání s pacienty bez psychoterapeutické léčby.

Retrospektivní studie (například Duncan et al. 2016) poukazují na zjištění, že přibližně u jedné třetiny pacientů po vhodném oznámení diagnózy PNES záchvaty vy-

mizely do tří až šesti měsíců od stanovení diagnózy, bez nutnosti další intervence.

Rozhovor, v němž lékař a psycholog sdělí pacientovi výsledky vyšetření a diagnózu PNES je velmi důležitým krokem zvyšující úspěšnost léčby pacientova onemoc-



**Lenka
Krámská**

Doc. PhDr., Ph.D. Je psychoterapeutka a klinická neuropsycholožka. Její zaměření je především na pacienty s (pseudo)neurologickými a neurochirurgickými diagnózami. Pracuje v Neurocentru a Centru pro Epilepsie Nemocnice Na Homolce v Praze. Absolvovala několik zahraničních stáží v Evropě a USA.

nění (především pro pochopení povahy vlastního problému). Dworetzky a Baslet (2017) hovoří o terapeutickém potenciálu komunikace o diagnóze PNES s pacientem. Nesprávné zprostředkování diagnózy PNES může oslabit pacientovu důvěru v lékaře (či jiného klinického odborníka) a snížit jeho schopnost převzetí kontroly nad vlastními záchvaty, a samotným zahájením následné léčby PNES. Rozhovor je často komplikovaný skutečností, že pacientům je zprostředkována nová diagnóza PNES, a současně negována předchozí diagnóza epilepsie, se kterou se mnohdy řadu let farmakologicky léčili. Navíc lékař, s dostatečnými odbornými znalostmi k vy-

světlení diagnózy PNES, obvykle není prvním (ani jediným) zdravotnickým odborníkem, který by s pacientem mluvil o jeho záchvatech. Mnozí pacienti se od začátku svého onemocnění mohli setkat s velmi negativními a odmítavými postoji k diagnóze PNES, jako například: „Pacient s diagnózou PNES je simulant nebo podvodník.“ (Dworetzky & Baslet, 2017). I z těchto důvodů je u pacientů s PNES velmi běžné odmítání odborné péče, časté změny ošetřujících lékařů a neakceptování doporučené léčby.

2. DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHOEDUKACE PNES

Úvodní psychoedukace pacientů (a jejich blízkých) je na základě aktuálních studií velmi důležitý krok v procesu léčby PNES (například Chen et al. 2014; Mayor et al., 2013). Retrospektivní studie (například Duncan et al. 2016) poukazují na zjištění, že přibližně u jedné třetiny pacientů po vhodném oznámení diagnózy PNES záchvaty vymizely do tří až šesti měsíců od stanovení diagnózy, bez nutnosti další intervence. K pozitivním prognostickým faktorům, které ovlivňují celkový stav pacienta patří: nižší věk, ženské pohlaví, krátká doba trvání PNES, identifikace traumatu, absence násilného napadení v minulosti, absence epileptických záchvatů (komorbidita epilepsie a PNES je udávána až v 30 %), absence psychiatrické diagnózy v anamnéze, ekonomická nezávislost, vyšší socioekonomická úroveň, inteligenční kvocient v pásmu normy, nižší míra dramatickosti záchvatů (Dworetzky & Baslet, 2017). Prediktory pro přetrvávání záchvatů zahrnují depresi, poruchy osobnosti (především hraniční porucha osobnosti) a abúzus

návykových látek (Dworetzky & Baslet, 2017).

Kvalitativní studie o komunikaci mezi lékaři a pacienty (Monzoni et al. 2011; podobné výsledky ve studiích Mackay et al. 2017; Rawlings et al. 2017), poskytuje objektivní důkazy o interakčním odporu pacienta vůči psychologickému vysvětlení jejich onemocnění. Většina pacientů se z počátku nedomnívá, že jejich záchvaty mohou mít souvislost s prožívaným stresem, negativními emocemi, traumatickými vzpomínkami nebo nepříznivými životními událostmi. S větší pravděpodobností uznávají, že zažili více negativních životních událostí před rozvojem záchvatů, ve srovnání s pacienty s diagnózou epilepsie, ale stále je pro ně obtížné akceptovat, že by tyto zkušenosti mohly být relevantní pro etiologii jejich záchvatové poruchy. Ihned v úvodu je proto důležité přijmout a pracovat s možnou optikou pacienta, a tedy jak by psychologická léčba mohla pomoci při řešení jejich fyzického problému (Dworetzky & Baslet, 2017).

Dworetzky a Baslet (2017) ve své publikaci *Psychogenic nonepileptic seizures: Toward the integration care* nabízejí úvodní vysvětlení onemocnění PNES pro pacienty.

Psychogenní neepileptický záchvat je rychlý reflex, se kterým se mozek naučil řešit vnitřní nebo vnější spouštěče. Tento reflex byl vytvořen k pozastavení člověka před uvědoměním si ohrožující situace (spouštěče). V té chvíli je mozek v režimu „zamrznutí“. To znamená, že každý psychogenní neepileptický záchvat přesouvá vnímavost pacienta z přítomnosti možného ohrožení, do stavu vyčerpání nebo rozrušení. Zdálo by se, že psychogenní neepileptické záchvaty nám slouží k dobru, ale z dlouhodobého

hlediska nám nepomáhají vyřešit problémy a způsobují nové závažné potíže. V mozku vzniká návyk využívat tento reflex na řešení podobných či nových ohrožujících spouštěčích mechanismů.

Tento reflexní model vysvětlení diagnózy PNES umožňuje klinickým odborníkům pečujícím o pacienty s onemocněním PNES vysvětlit, jak mohou být tyto reflexy odhaleny a nahrazeny jiným chováním prostřednictvím psychoterapeutické léčby. Reflexní model odklání interpretace onemocnění PNES od tradičního dualismu, a tedy oddělení psychologických a fyzických problémů (viz tabulka 1).

3. KTERÝ TERAPEUTICKÝ STYL JE VHODNÝ PRO LÉČBU PNES?

Studie autorů Goldstein et al. (2015) je první randomizovanou klinickou studií s kontrolní skupinou, která hodnotí účinnost psychologické intervence (v rámci kognitivně-behaviorální psychoterapie) při léčbě pacientů s diagnózou PNES (studie stále probíhá).

Dle dostupné literatury existují empirické doklady o efektu těchto terapeutických směrů: kognitivně behaviorální terapie (Goldstein et al. 2015), dlouhodobá terapie expozicí (Myers et al. 2017), psychodynamická terapie (Russell et al. 2016), terapie zaměřená na všímavost (Baslet et al. 2015), skupinové dialektické behaviorální terapie (Bullock et al. 2015).

Proces léčby pacientů s diagnózou PNES a komorbiditou poruchy osobnosti může trvat déle ve srovnání s jinými přidruženými onemocněními u pacientů s PNES (LaFrance & Schachter, 2018).

Dle dostupných studií bývají popisovány tři typy poruch osobnosti u pacientů s PNES: hraniční, nadměrně se kontrolující

Tabulka 1 Základní témata psychoedukačního programu pro pacienty s PNES (LaFrance & Wincze, 2015, s. 4–5).

SETKÁNÍ	NÁZEV	CÍL
Úvodní setkání	Porozumění záchvatům	Popis epileptických a neepileptických záchvatů
I. setkání	Rozhodnutí o zahájení procesu převzetí kontroly	Rozhodnutí pacienta zapojit se do léčby
II. setkání	Získání podpory	Zabývání se styly a cíli komunikace
III. setkání	Rozhodování o farmakoterapii	Diskuse o lécích působících na CNS
IV. setkání	Učit se pozorovat spouštěče	Zkoumání fyzických, vnitřních a vnějších spouštěčů
V. setkání	Vytváření produktivních myšlenek	Důraz na emoce, kognici a zmírňující chování
VI. setkání	Relaxace: zážitek vlastního těla	Učení se relaxačním technikám
VII. setkání	Identifikace před-záchvatové aury	Identifikace aury prostřednictvím sebe-uvědomujících technik
VIII. setkání	Zabývání se vnějšími životními stresory a jejich modifikací	Řešení vztahových a psychosociálních stresorů
IX. setkání	Řešení vnitřních problémů a konfliktů	Prozkoumávání traumat z minulosti a nevědomých procesů
X. setkání	Zlepšení vlastní pohody	Stanovení priorit zdravého životního stylu
XI. setkání	Další symptomy spojené se záchvaty (rozpoznat, přijmout a modifikovat)	Popis komorbidních příznaků
Probíhající proces	Převzetí kontroly (Rovnováha mezi sebeúctou a přijetím odpovědnosti)	Poskytnutí perspektivního pohledu na život po léčbě

a vyhýbavá (Krámská, 2017). Podle některých studií bývají v MMPI-II zvýšeny škály hypochondrie, hysterie, deprese, či schizofrenie ve větší míře, než u pacientů s epilepsií (Owczarek, 2003). Alper (1994) popisuje u pacientů s PNES častější výskyt

závislých rysů osobnosti. Uliaszek et al. (2012) též uvádí u pacientů s PNES nízkou úroveň emoční dysregulace charakterizovanou neuvědomováním a vyhýbáním se emocím a závažnou psychiatrickou symptomatologií a narušenou kvalitou života.

Věk pacienta na základě aktuálních studií (LaFrance & Wincze, 2015), není významným prediktorem úspěšnosti léčby. Potenciální překážky dle autorů zahrnují vážnou autodestruktivní osobnostní patologii, psychózu, omezené kognitivní schopnosti, míru pacientova distresu, abúzus či sekundární finanční zisk. Tyto překážky však nevylučují léčbu. Výzkumy ukazují, že i takoví pacienti jsou schopni udělat změny a rozhodnutí, které podporují zvládnání jejich záchvatů, pokud jsou motivováni.

V úspěšných psychoterapeutických programech pro pacienty s diagnózou PNES poukazují samotní pacienti na možnost zobecnění principů, kterým se naučili i pro další příznaky či jiné funkční poruchy (LaFrance & Wincze, 2015).

Nové poznatky v psychoterapii pacientů s diagnózou PNES (například Myers et al. 2017) zdůrazňují důležitost zaměření se na terapeutickou práci s traumatickými událostmi v anamnéze. Průměrné procento pacientů s diagnózou PNES splňujících kritéria pro PTSD je 38,9 % (s rozsahem 9–100 %). Tito pacienti pozitivně reagují na typ léčby zaměřený na symptomy PTSP (Posttraumatické stresové poruchy), pravděpodobně proto, že jde o klíčové symptomy v obraze jejich onemocnění. V jejich pojetí je PNES asociované s PTSP. Tedy pokud léčíme postraumatickou symptomatiku, pozitivně na tuto léčbu reaguje i PNES symptomatika, protože dle autorů představuje další způsob vyhybavého chování (Myers et al. 2017).

Dr. Myers (2014) ve své publikaci věnované pacientům s diagnózou PNES nabízí doporučení pro psychology či terapeutky ke spolupráci s pacienty s diagnózou PNES.

- Na počátku léčby je třeba získat popis typických záchvatů a jejich frekvenci: přítomnost aury, začátek záchvatu, charakteristika záchvatu – pád, vokalizace, poranění hlavy, třes, sebepoškozování, chůze, kousnutí do jazyka, zachování řeči během záchvatu, přítomnost nějakého modifikátoru (osoba, věc), který průběh záchvatu usnadňuje, průběh následného zotavení.
- Léčbu zahájit nácvikem správného dýchání.
- Komunikovat s pacientem v průběhu záchvatu (uzemnění – připomenout pacientovi, kde se nachází a představit se mu).
- Po dvou minutách (v závislosti na průběhu záchvatu) naznačit, že záchvat pomalu odeznívá a je třeba soustředit se na dýchání.
- Po záchvatu zpracovat s klientem, co se stalo a posoudit následný průběh setkání (pokračovat v expozici nebo se zaměřit na zpracování záchvatu).

Témata specifická pro psychoedukaci pacientů s diagnózou PNES jsou trauma a zneužívání, hněv, deprese a úzkost, tendence k somatizaci, kvalita života, techniky zvládnání stresu. Pacientům by měly být vysvětleny možné příčiny a mechanismy vzniku obtíží a zároveň nabídnuty možnosti léčby dostupné v současném zdravotnickém systému. Úspěšnost léčby ve velké míře závisí na osobnosti pacienta, na jeho schopnosti spolupráce, náhledu a pochopení psychologických souvislostí onemocnění a také na podpoře příbuzných či přátel v léčbě.

Článek vyšel za podpory grantu číslo MH CZ-DRO (NNH, 193001).

Role autorů: Obě autorky se podílely na rešerši literatury, psaní všech kapitol a schválily jeho konečnou podobu.

Konflikt zájmů: Potvrzujeme, že jsme si přečetly stanovisko časopisu k otázkám souvisejícím s etickou publikací, a potvrzujeme, že tento článek je v souladu s těmito pokyny. Žádný z autorů nemá konflikt zájmů, který by měl zveřejnit.

SEZNAM LITERATURY

- Alper, K. (1994). Nonpileptic seizures. *Neurologic Clinics*, 12, 153–173.
- American psychiatric association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Baslet, G., Dworetzky, B., Perez, D. L., Oser, M. (2015). Treatment of Psychogenic Nonpileptic Seizures: Updated Review and Findings from a Mindfulness-Based Intervention Case Series. *Clinical EEG and Neuroscience*, 46(1), 54–64.
- Bodde, N. M. G., Brooks, J. L., Baker, G. A., Boon, P. A. J. M., Hendriksen, J. G. M., Aldenkamp, A. P. (2009). Psychogenic non-epileptic seizures – Diagnostic issues: A critical review. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 111(1), 1–9.
- Bruer, J. & Freud, S. (1895). *Studies in hysteria*. New York: The Hogarth Press.
- Bullock, K. D., Mirza, N., Forte, C., Trockel, M. (2015). Group dialectical-behavior therapy skills training for conversion disorder with seizures. *Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 27(3), 240–243.
- Carlson, P., Perry, K. N. (2017). Psychological interventions for psychogenic nonepileptic seizures: A meta-analysis. *Seizure*, 45, 142–150.
- Duncan, R., Anderson, J., Cullen, B., Meldrum, S. (2016). Predictors of 6-month and 3-year outcomes after psychological intervention for psychogenic nonepileptic seizures. *Seizure*, 36, 22–26.
- Dworetzky, B. A., Baslet, G. C. (2017). *Psychogenic nonepileptic seizures. Toward the integration of care*. New York: Oxford University Press.
- Goldstein, L. H., Mellers, J. D. C., Landau, S., Stone, J., Carson, A., Medford, N., . . . Chalder, T. (2015). Cognitive behavioral therapy vs standardized medical care for adults with Dissociative non-epileptic seizure (CODES): a multicenter randomized controlled trial protocol. *BMC Neurology*, 15, 98–111.
- Chen, D. K., Maheshwari, A., Franks, R., Trolley, G. C., Robinson, J. S., Hrachovy, R. A. (2014). Brief group psychoeducation for psychogenic nonepileptic seizures: a neurologist-initiated program in an epilepsy center. *Epilepsia*, 55(1), 156–166.
- Krámská, L. (2017). Psychogenní nonepileptické záchvaty (PNES). In *Klinická neuropsychologie v praxi* (s. 324–329). Praha: Karolinum.
- LaFrance, W. C., Schachter, S. C. (2018). *Gates and Rowan's Nonpileptic Seizures*. Cambridge: Cambridge University Press.
- LaFrance, W. C. & Wincez J. P. (2015). *Treating Nonpileptic Seizures: Therapist Guide (Treatments That work)*. New York: Oxford University Press.
- Mayor, R., Brown, R. J., Cock, H., House, A., Howlett, S., Smith, P., . . . Reuber, M. (2013). A feasibility study of a brief psycho-educational intervention for psychogenic nonepileptic seizures. *Seizure*, 22, 760–765.
- Mackay, M., Mahlaba, H., Gavillet, E., Whittaker R. H. (2017). Seizure self-prediction: Myth or missed opportunity. *Seizure*, 51, 180–185.
- Myers, L. (2014). *Psychogenic non-epileptic seizures: A guide*. New York: CreateSpace Independent Publishing Platform.
- Myers, L., Vaidya-Mathur, U., Lancman, M. (2017). Prolonged exposure therapy for the treatment of patients diagnosed with psychogenic non-epileptic seizures (PNES) and post-traumatic stress disorder (PTSD). *Epilepsy & Behavior*, 66, 86–92.
- Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1. 1. 2009*. Praha: Bomton Agency.

- Monzoni, C. D., Duncan, R., Grunewald, R., Reuber, M. (2011). Are there interactional reasons why doctors may find it hard to tell patients that their physical symptoms may have emotional causes? A conversation analytic study in neurology outpatients. *Patient education and counseling*, 85, 189–200.
- Owczarek, K. (2003). Somatisation indexes as differential factors in psychogenic pseudoepileptic and epileptic seizures. *Seizures*, 12, 178–181.
- Rawlings, G. H., Brown, I., Reuber, M. (2017). Predictors of health-related quality of life in patients with epilepsy and psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 68, 153–158.
- Russell, L. A., Abbass, A. A., Allder, S. J., Kisely, S., Pohlmann-Eden, B., Town, J., M. (2016). A pilot study of reduction in healthcare costs following the application of intensive short-term dynamic psychotherapy for psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 63, 17–19.
- Svoboda, M., Češková, E., Kučerová, H. (2012). *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál.
- Uliaszek, A. A., Prenskey, E., Baslet, G. (2012). Emotion regulation profiles in psychogenic non-epileptic seizures. *Epilepsy and Behavior*, 23, 364–369.

Došlo do redakce a přijato k recenznímu řízení 8. 10. 2019. Revidované znění došlo 26. 11. 2019, k publikaci přijato 30. 11. 2019.

IDENTIFIKACE VYNOŘUJÍCÍ SE DYNAMICKÉ SCÉNY BĚHEM ÚVODNÍHO PSYCHODYNAMICKÉHO INTERVIEW: KLINICKÁ A VÝZKUMNÁ PERSPEKTIVA

Identification of emerging dynamic scene in the course of initial psychodynamic interview: a clinical and research perspective

David Holub^{1,2,3,4}, Roman Telerovský^{4,5}, Miroslava Benešová³, Radim Karpíšek³, Michal Nondek³, Tomáš Peřich⁶, Michaela Viktorinová^{7,8}, Lydia Tischler⁹

¹ Ústav humanitních studií v lékařství, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha, CZ; holub.mail@gmail.com

² Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity, Brno, CZ

³ Psychosomatická klinika, Praha 6, CZ

⁴ Institut klinické psychologie, Praha, CZ

⁵ Soukromá psychoanalytická praxe, Praha, CZ

⁶ Denní psychoterapeutické sanatorium, Horní Palata, Praha, CZ

⁷ Národní ústav duševního zdraví (NUDZ), Klecany, CZ

⁸ 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha, CZ

⁹ British Psychotherapy Foundation, Londýn, GB

Psychoterapie. 13 (3), 222–243; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT

V systematické případové studii jsme zkoumali spolehlivost zachycení vynořující se dynamické scény a spolehlivost stanovení hypotéz a OPD-2 ohnisek. Studie sleduje scénické ztvárnění ústřední konfigurace „(ne)podřídít se diktátorskému trenérovi“. Její pozorovatelné klinické projevy a hypotézy jsou ověřované zpětnou perspektivou samotného pacienta, metodikou OPD-2 a CHAP nezávislými posuzovateli videonahrávek v úvodním a závěrečném interview. Zvolené perspektivy spolehlivě zachycují specifický obsah ústřední konfigurace úvodního interview. Scénická konfigurace měla vliv i na posuzovatele videonahrávek: posuzovatelé, kteří se s pacientem osobně setkali, vykazovali tendenci nadhodnocovat pokroky pacienta, zatímco posuzovatelé videonahrávek hodnotili jeho změny střízlivěji.

Klíčová slova: Utváření terapeutické hypotézy, formulace ohnisek léčby, scénické odehrání, úvodní psychodynamické interview, Operacionalizovaná psychodynamická diagnostika, Change After Psychotherapy, Heidelberská škála strukturální změny.

ABSTRACT

In a systematic case study we investigated how reliable is to capture an emerging dynamic scene and to determine hypotheses and OPD-2 foci. The study explored scenic enactment of central configuration “(not to) submit to dictatorial coach”. Observable clinical manifestations and hypotheses of dynamic scene were verified by retrospective views by the patient and by independent evaluators via OPD-2 and CHAP methods in the initial and final interviews. Selected perspectives identified reliably specific con-

tent of initial interview's central configuration. Moreover, scenic configuration influenced evaluators of videorecordings: evaluators who saw patient personally tended to overvalue patient's progress, while evaluators of videorecordings assessed his changes moderately.

Key words: Creating therapeutic hypothesis, treatment foci formulation, scenic enactment, initial psychodynamic interview, Operationalized Psychodynamic Diagnosis, Change After Psychotherapy, Heidelberg Structural Change Scale.

1. ÚVOD

Psychotherapeut je v úvodním klinickém rozhovoru vystaven setkání s neznámým a z toho plynoucím vlastním úzkostem. Na počátku není schopen dohlédnout, co v něm pacient rozezvučí a jak ho zapojí do svého prožívání, ani jak se pod vlivem rozhovoru změní jeho mysl a emoční rozpoložení. Nevyhnutelně ztrácí schopnost „nezkresleně“ vnímat sebe, pacienta i vzájemnou interakci. Postoj účastného pozorovatele znamená, že psychoanalytický terapeut je plně ponořený do složitých, rychlých a měnících se emočních výměn s pacientem, jichž se účastní a současně je schopen se na svoji roli v tomto vztahu podívat a něco si o ní myslet. Schopnost oddělit se od svého prožitku, zaujmout reflexivní pozici a ponořit se do myšlenkového rozjímání (Sterba, 1934) a znovu se ke svému prožitku vracet, zakládá klinickou triangulaci. Tyto pohyby mezi prožíváním, reflexí a sebereflexí jsou základem klinické kompetence. Vyústěním reflektujícího stavu mysli jsou hypotézy, které terapeut



David Holub

Psychoanalytik a psychiatr, člen České psychoanalytické společnosti, České společnosti pro psychoanalytickou psychoterapii a RCPsych (Faculty of Medical Psychotherapy). Spoluzakladatel a dlouholetý odpovědný redaktor Revue pro psychoanalytickou psychoterapii a psychoanalýzu. Vyučuje lékařskou psychologii na 1. lékařské fakultě UK v Praze a psychoanalýzu na Fakultě sociálních studií MU v Brně. Zabývá se klinickými tématy psychoanalýzy, psychodynamickým interview a komunikací mezi pacientem a lékařem. Působí v soukromé praxi v Praze 3, na Psychosomatické klinice v Praze 6 a ve Velké Británii.

průběžně ověřuje v rozhovoru s pacientem. Předpokladem klinické validizace je schopnost otevřeně, jasně a specificky předložit k přezkoumání vlastní hypotézy (Tuckett, 1994). V předkládané studii nás zajímá reflexivní složka terapeutické zkušenosti a její spolehlivost. V diskutované kazuistice sledujeme proces vznikání klinické hypotézy během úvodního interview a výsledek porovnáváme s dalšími retrospektivními

perspektivami. Tazatel¹ si ve své rekonstrukci rozhovoru všímá postupného „vynořování“ nevědomé scény² a jejího emočního významu, kterého si on ani pacient nejsou na začátku vědomi. Zpětně zachycuje klíčovou vztahovou událost úvodního interview a postup, kterým své hypotézy ověřoval klinickými prostředky (například sledováním toho, jak pacient slyší tazatelův komentář a asociativně ho rozvíjí). Díky klíčové vztahové scéně dospívá k porozumění pacientovi, které vyjadřuje nejen svojí intervencí, ale i formalizovaným jazykem Operacionalizované psychodynamické diagnostiky (OPD-2). Úvodní hypotézu tazatele, která se rodí v osobním zapojení do intersubjektivní scény, posléze ověřují posuzovatelé. Nejprve se tazatelova subjektivní rekonstrukce problematické oblasti porovnává s reflexí videozáznamu dvěma psychoanalyticky vzdělanými posuzovateli. V dalším kroku se úvodní hypotéza tazatele porovnává s rozhovorem, který tazatel s pacientem provedl po ukončení léčby. Tento závěrečný rozhovor nabízí jak

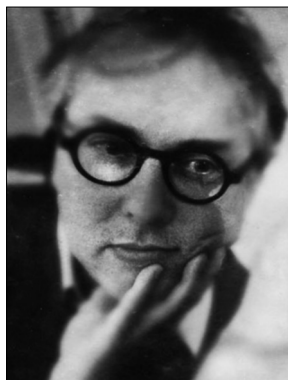
pacientův pohled na změny jeho prožívání po ukončení léčby, tak hodnocení pacientova prožitku „změnil jsem se“ hodnotiteli, kteří na základě videozáznamu interview využívají nástroj Change After Psychotherapy (CHAP). Závěrečný rozhovor je nakonec podkladem k určení posunů v OPD-2 ohniscích po ukončení léčby dle Heidelberské škály změny. Všechny uvedené perspektivy prvního a závěrečného interview se diskutují ve vztahu k hypotézám problematických oblastí, které tazatel identifikoval skrze vztahovou scénu v úvodním rozhovoru.

1.1 Vzájemné odehrání terapeuta a pacienta

Psychoanalytické pojetí úvodního interview se soustředí na fungování terapeutického páru, jehož nevyhnutelnou součástí je vzájemné odehrání (mutual enactment, Tuckett, 2011). Základní dynamické pole je přítomné již od prvních sekund úvodního rozhovoru nebo dokonce před jejím začátkem (Tuckett in Reith et al., 2018). Setkání oba účastníky emočně zapojí a začne vzájemně proplétat podstatně rychleji, intenzivněji a osobněji, než si oba dokáží představit. Psychoanalytické školy rozpracovávají různá pojetí vzájemného propojení a nevědomé komunikace včetně scénické komunikace (Argelander 1998). O úvodní scéně můžeme přemýšlet jako o pokusu vyjádřit dosud nesymbolizované prožitky. Scéna je současně příležitostí nalézt sdělitelné porozumění konfliktům (Reith et al., 2018) a také jejich tvořivým ztvárněním, které předjímá a předběžně si zkouší budoucí formy vztahů (Atlas a Aron, 2018). Scénická informace a implicitní (nevědomá) komunikace vytváří

¹ Z důvodu větší jasnosti odlišujeme terminologicky profesionála, který vede úvodní rozhovor – je psychoanalyticky vzdělaný, ale neprovádí léčbu (*tazatel*), od psychoanalyticky vzdělaných kolegů, kteří posuzují videonahrávky (*posuzovatel*) nebo se podílejí na samotné léčbě (*psychoterapeut*).

² Výraz dynamická scéna je spojený s pojmem inscenování/reinscenování, který je ústředním konceptem psychodynamické psychoterapie. Popisuje nevědomý interakční aspekt, který interakční schémata aktualizuje v terapeutickém vztahu. „Inscenování“ (scénické odehrání, uvedení na scénu) má blízko k termínu *enactment*. Zachycuje chování a prožívání ve vztahu mezi terapeutem a pacientem, které vzniká jako odpověď na konflikty a fantazie probuzené terapeutickou prací v obou účastnících. (Re)inscenování nezahrnuje pouze přenosový jev, ale také scénické a oboustranné uskutečňování přenosu v aktuálním vztahu (OPD-2, 2013).



**Roman
Telerovský**

Psychoanalytik České psychoanalytické společnosti a International Psychoanalytical Association. V Institutu klinické psychologie vyučuje Operacionalizovanou psychodynamickou diagnostiku OPD-2 a Rorschachovu metodu. Externě přednáší na Katedře psychologie FSS MU, v Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví a v Rafael institutu. Je autorem nebo editorem několika publikací a řady článků. Působí v privátní praxi v Praze.

holografické sdělení (společně s verbálními a vědomými obsahy) o klientovi a jeho potížích. Terapeut na komplexní dynamickou scénu reaguje nevědomě a různou měrou ji vnitřně zpracovává, brání se jí a odehrává ji (enactment) (Reith et al., 2018). Schopnost obnovit terapeutickou funkci (schopnost oscilovat mezi nasloucháním, prožíváním, přemýšlením a terapeutickou intervencí) záleží na tom, nakolik terapeut dokáže snést neznámé a retrospektivní psychickou práci dát význam úvodní scéně. Na druhé straně přílišné spoléhání se na vlastní intuici, „protipřenos“, svoji předchozí zkušenost nebo teoretické předporozumění s sebou nese riziko nevědomého promítnutí psychické reality terapeuta do pacienta. Terapeut u pacienta může potvrzovat ty názory, které zapadají do jeho teorie a které nevědomě považuje za nezbytné pro svou

psychickou rovnováhu. Je důležité, aby terapeut při zachycování úvodní dynamické scény ověřoval své hypotézy pomocí jevů, které jsou přítomné v klinické situaci, například naslouchal pacientovi s volně plující pozorností a sledoval dopad svých slov na pacienta.

1.2 Terapeut v emoční bouři

Pracovní skupina pro zahajování psychoanalýzy Evropské psychoanalytické federace (Working Party on Initiating Psychoanalysis) pro první setkání pacienta a analytika užívá Bionovu metaforu „emoční bouře“ (1979), kterou vystihuje intenzitu a nepředvídatelnost toho, co se při prvním setkání mezi terapeutem a pacientem odehrává. Otvírání reflexivního prostoru během této nevědomé bouře je nesnadné i pro zkušené terapeuty a dá se přirovnat stavění stanu za špatného počasí nebo jeho obnově poté, co bouře vytrhala kolíky ze země. Odkazuje ke specifickým dovednostem psychoanalytického terapeuta vnímat, vejít do kontaktu a vyrovnat se s psychickou realitou pacienta a zejména s jeho méně reprezentovanými prožitky. Nejde nutně o emočně nápadné nebo dramatické interakce. Nevědomá bouře se odehrává i v rozhovorech, které se na první pohled zdají klidné a přímočaré. Autoři, kteří podrobně zkoumali úvodní interview, popisují, jak terapeut a pacient nevědomě reagovali na intenzivní prožitky, ukryvali se před „bouří“ a vzájemně popírali obtížnější dynamiku (Reith et al., 2018). Navzdory tomu, že terapeut v průběhu úvodního interview dosud nerozumí úvodní dynamické scéně, jeho aktivní účast na ní a slovní komentář napomáhají krystalizovat vynořující se ústřední téma. Jeho autentická nepředpojatá intervence (tiché zachycení

zvoleného faktu, jeho zasazení do smysluplného kontextu, pojmenování scény) mění interpersonální pole a jeho aktéry. Terapeut svým postupně narůstajícím porozuměním, které je slovně zprostředkované, akceleruje přeměnu potenciálních významů scény do smysluplné struktury (Bohleber, 2013). Jeho komentář je podle Barangerových (2008) také prostředkem k tomu, aby se sám vynořil z dynamického pole a obnovil svoji schopnost myslet a nabídl prostor pro reflexi pacientovi.

1.3 Zaměření studie a výzkumné otázky

V rámci prezentované případové studie jsme zkoumali, zda tazatelovo částečně reflektované uchopení úvodní scény utvářené pod vlivem „nevědomé bouře“ a jeho retrospektivní pracovní hypotézy odpovídají extraklinickému posouzení v nezávislém hodnocení nahrávek úvodního interview a závěrečného rozhovoru po ukončení léčby. Základní výzkumná otázka byla formulovaná takto: Jaká je spolehlivost úvodní hypotézy a nakolik se dá stanovit její specifčnost během úvodního interview, kdy tazatel podléhá vnitřním zkreslením a je vystaven nesrozumitelné a v dané chvíli dosud symbolicky neuchopené komunikaci? Současně nás zajímalo, zda je úvodní rozehraná nevědomá scéna pacienta a tazatele pozorovatelná i nezávislými pozorovateli pořízené videonahrávky a zda lze najít vztah mezi hypotézou o nevědomé intersubjektivní scéně úvodního interview a hodnocením léčby v post-terapeutickém rozhovoru. Chtěli jsme ověřit časovou přítomnost scénického materiálu již v prvním interview a možnost na základě jejího zachycení identifikovat problémová ohniska a formulovat terapeutickou hypotézu. Tře-

tím okruhem otázek byl specifický obsah úvodní nevědomé scény jako vodítko při hodnocení změn po ukončení léčby a pro pochopení mimoklinických paralelních procesů.

2. METODOLOGIE

2.1 Stručná charakteristika případu a jeho kontext

Prezentovaná kazuistika vznikla jako součást předatestačního vzdělávání na akreditovaném pracovišti Psychosomatické kli-



Miroslava Benešová

Klinická psycholožka a psychoterapeutka. Působí majoritně na Psychosomatické klinice v Praze a ve své privátní psychoterapeutické praxi. Zabývá se zejména individuální a skupinovou psychoterapií, vzděláváním a výzkumem psychoterapie.

niky Praha 6. Ze vstupních pohovorů se pořizuje videozáznam. Pokud pacienti následně vstoupí do psychoterapeutického stacionáře a úspěšně jej ukončí, mohou absolvovat závěrečný rozhovor po ukončení léčby.

Pan F. je svobodný muž s právním vzděláním, který byl doporučen na Psychosomatickou kliniku pro více než dva roky trvající bolestivý stav zad a ramene. Handicapující bolest se rozvinula po úspěšném složení zkoušky, během které cítil, že byl

Obrázek 1 – Definice kritérií pro výběr případu

Pacient podstoupil závěrečný rozhovor a současně splňoval kritéria úspěšné léčby (podle Bohart a Humphreys in McLeod, 2010): popisoval poměrně konkrétním způsobem terapeutickou změnu; uváděl, že si změny všiml i někdo jiný v jeho okolí; uváděl, že ke změně významně přispěla terapie a popisoval akceptovatelné propojení událostí v terapii a změny samotné; terapeuti popisovali poměrně konkrétní terapeutickou změnu; terapeuti uváděli, že ke změně významně přispěla terapie a popisovali akceptovatelné propojení událostí v terapii a samotné změny. Pacient souhlasil s pořízením videonahrávek rozhovorů a s výzkumným zpracováním materiálu. Presentovaný přístup vykazuje typický způsob vedení a konceptualizace úvodního a závěrečného psychodynamického interview. Výběr nebyl omezený dalšími faktory, například věkem, pohlavím, diagnózou a závažností stavu.

zkušební komisí neoprávněně kritizován. Svůj bolestivý stav vnímal tak, že se jeho tělo z úplného zdraví „zcela zhroutilo“. Léčba v denním psychoterapeutickém stacionáři probíhala v roce 2018 a panu F. bylo v té době 27 let. Terapie sestávala z 32 skupinových sezení vedených dvěma zkušenými psychoterapeuty s mnohaletou praxí. Skupinovou psychoterapii doplňovala práce s tělem, focusing, KBT postupy, bodyterapie, relaxační cvičení a edukace. Rozsah psychoterapie byl pacientovi znám na počátku léčby a byl ohraničen trváním osmítýdenního denního stacionáře.

2.2 Metoda sběru dat

Kritéria pro výběr případu shrnuje obrázek 1. Předložená studie vychází ze dvou rozhovorů, které tazatel s pacientem vedl před zahájením léčby a po jejím ukončení. Z obou rozhovorů byly pořízeny videonahrávky a jejich prepisy, které jsou přístupné pro další analýzy (McLeod, 2010). Tazatel na základě svých poznámek rekonstruoval průběh úvodního interview a bezprostřední klinickou zkušenost (1. zkoumaná rovina/reflexe, R1). Zachytil vnitřní proces svého prožívání, skrze který dospíval k předběžnému porozumění terapeutické scéně, do které je zapojován mladým mužem s bolestivými stavy. Pacient nevnímal své tělo a vy-

řazoval citové prožívání. Následně tazatel dopracovává svoji úvodní hypotézu a formalizuje ji v OPD-2 terapeutická ohniska (obrázek 2 a 3). Psychodynamické vedení úvodního rozhovoru podle OPD-2 je definované několika operacionalizovanými principy. Adherenci³ s metodou ověřil posuzovatel videonahrávky. Videozáznam hodnotili dva psychoanalyticky vzdělaní posuzovatelé (R2a, R2b). Problematická ohniska úvodního a závěrečného rozhovoru stanovil tazatel na základě rozhovoru (DH) a nezávislý posuzovatel na základě videozáznamu (RT).

Závěrečný polostrukturovaný rozhovor po ukončení psychoterapie byl vedený v souladu s principy CHAP metodiky, která retrospektivně zachycuje změny tak, jak je pacient zažívá v různých oblastech svého života (R3). Metoda původně vychází z psychoanalytického teoretického rámce (Sandell, 2015), je ale možné ji adaptovat i pro jiné přístupy. Principy vedení rozhovoru jsou formulované ve volně dostupné české verzi manuálu (Sandell et al., 2019). Součástí metody je kvantitativní hodnocení,

³ Předpokladem vysoké adherence s OPD-2 metodikou byl trénink tazatele (DH) i posuzovatele (RT). Oba jsou certifikovanými OPD-2 lektory pro ČR. Tazatelovu adherenci během vlastního vedení interview ověřil posuzovatel z videonahrávky.

Obrázek 2 – Operacionalizovaná psychodynamická diagnostika (OPD-2)

OPD-2 je zástupcem 4. generace psychodynamických rozhovorů. Definuje klinické pojmy a principy, podle kterých se vede rozhovor, vyhodnocuje se pořízený videozáznam a formulují ohniska. Vymezuje metodu určení ohnisek a diagnostických závěrů. OPD-2 se skládá z pěti os, které mapují různé aspekty duševního fungování a maladaptace: I. subjektivní prožívání onemocnění/obtíží/problémů a předpoklady pro psychoterapeutickou léčbu, II. interpersonální vztahy a opakující se dysfunkční vztahové vzorce, III. určující intrapsychické konflikty, které v nevědomém plánu organizují různé roviny pacientova života, IV. osobnostní struktura a nedostupnost dílčích psychických funkcí, V. popis symptomů seskupený do duševních nebo psychosomatických poruch (dle MKN-10). Jedním z výstupů OPD-2 rozhovoru je stanovení hlavních problémových ohnisek, která umožní cíleně plánovat léčbu, volit terapeutické postupy zaměřené více na nevědomý konflikt nebo na strukturální nedostupnost psychických funkcí a měřit pokrok terapie. Za ohniska považuje OPD-2 ty charakteristiky, které způsobují a udržují poruchu a sehrávají klíčovou roli v psychodynamice klinického obrazu. Obvykle jedno ohnisko zachycuje dysfunkční vztahový vzorec, jedno až dvě ohniska identifikuje hlavní a případně vedlejší intrapsychický konflikt a dvě nebo více ohnisek popisuje nedostupnost strukturálních funkcí osobnosti. Pomocí Heidelberské škály strukturální změny (HSCS) se posuzuje intenzita terapeutického zpracování ohnisek na osách vztahu (II.), konfliktu (III.) a struktury (IV.). Na sedmistupňové škále HSCS stanovuje, jak se pacient k problematickému ohnisku vztahuje, jak s ním zachází, do jaké míry si jej uvědomuje, zkoumá ho, přebírá za něj odpovědnost a integruje a tím redukuje potenciál jeho působení (viz obrázek 3). Předností OPD-2 systému je využití scénického materiálu při hodnocení II., III. a IV. osy (Holub a Telerovský, 2013).

do jaké míry pacient sám sebe prožívá jako změněného (v oblasti symptomů, adaptivní kapacity, vzhledu a základního konfliktu), jaký význam přisuzuje terapii a mimoterapeutickým vlivům (R4). Na základě odhadů v jednotlivých oblastech se výsledný celkový skór všech hodnotitelů koriguje odhadnutou mírou mimoterapeutických faktorů. Hodnotitelé si uvědomují procesy, fantazie a myšlenky, ke kterým nemá pacient vědomý přístup (Sandell et al., 2019), mohou si tvořit úsudek odlišný od úsudku pacienta. Šest CHAP hodnotitelů (MB, DH, RK, MN, TP, MV) tři roky supervidoval autor CHAP metody. Hodnotitelé nezávisle na sobě posoudili videozáznam rozhovoru po ukončení léčby. Na společném setkání diskutovali zachycené změny, shody a rozdíly ve svém hodnocení. Shoda skupiny posuzovatelů byla vypočítána na základě hodnocení celkem pěti terapeutických případů. ICC (pro průměrné skóry) dosáhl hod-

not 0,81 pro symptomy, 0,59 pro adaptivní kapacitu, 0,67 pro náhled, 0,30 pro základní konflikt, 0,37 pro mimoterapeutické faktory a 0,21 pro celkový skór. Nízká reliabilita některých škál je důsledkem malé variability v hodnocení napříč případy. Pacientova výpověď v CHAP rozhovoru se stala podkladem jeho prožitkové perspektivy dosažených změn. Problematické OPD-2 ohnisko je dynamický útvar, jehož ovlivněním dochází k terapeutické změně a promítá se do proměny pacientova prožívání, jeho symptomů, posunů v jeho náhledu, schopnosti adaptovat se v dříve náročných situacích nebo ve změně rovnováhy dřívějších konfliktů (pohled CHAP). CHAP rozhovor současně sloužil ke druhému OPD-2 posouzení a stanovení problematických ohnisek po ukončení léčby (R5).

Obrázek 3 – Heidelberská škála strukturální změny (HSCS)

1. Nevnímání problémového ohniska	1 1+	Úplná obrana nebo vyhýbání se ohnisku; pacient „nemá žádný problém“ v kritické oblasti	Zvládání problému
2. Nechtěné zaobírání se ohniskem	2- 2 2+	Tlak symptomu, potíže ve vztazích: nesmyslné nároky pocíťované jako vnější	
3. Vágní uvědomování si ohniska	3- 3 3+	Pasivní zaobírání se ohniskem, jeho částečné rozpoznání, tušení vlastní odpovědnosti	
4. Uznání a zkoumání ohniska	4- 4 4+	Snaha problém pochopit, pracovní spojenectví, aktivní „zvládání“ a zabývání se problémovou oblastí	
5. Rozvolnění starých struktur v oblasti ohniska	5- 5 5+	Obrany se stávají chatrné, proces se stává strastiplným, smutek, pocit nechráněnosti, zmatek	Strukturální změna
6. Nová strukturace v oblasti ohniska	6- 6 6+	Smiřlivý přístup k oblasti ohniska, spontánní vznik nových způsobů prožívání a možností chování	
7. Rozpuštění ohniska	7- 7	Integrace, soulad se sebou, prožívání je v souladu s realitou, vznik nových útvarů	

2.3 Zpracování a analýza dat

Tazatel vycházel ze svých poznámek a rozhovor popsal retrospektivně z pozice účastného pozorovatele (Sullivan, 1954). Videonahrávku úvodního interview posoudili nezávisle LT (hodnocení interakcí matka-dítě podle Anny Freudové) a RT (OPD-2), který navíc stanovil jednotlivá ohniska podle OPD-2 metodiky a posoudil závěrečný rozhovor. Aby se minimalizovalo riziko interference s výběrem a interpreta-

cí dat, proběhlo zpracování klinického materiálu a sepsání závěrečného textu až po ukončení léčby. Aby hlavní autor předešel konfirmačnímu zkreslení a nepotvrzoval své předpoklady, zpracovával jednotlivá hodnocení odděleně, text zkompletoval až po sepsání úvodní klinické části a získání nezávislých hodnocení. Výsledky a interpretace dat nakonec diskutoval se všemi autory případové studie.

**Radim
Karpíšek**



Klinický psycholog a psychoterapeut na Psychosomatické klinice, je certifikován pro práci ve zdravotnictví. Podílí se na vzdělávání pregraduálních a postgraduálních studentů psychologie, lékařství a psychoterapie. Je také lektorem teorie a praktických dovedností ve Výcviku integrace v psychoterapii.

2.4 Zachycení bezprostřední subjektivní zkušenosti tazatele v průběhu vedení úvodního interview a jeho retrospektivního porozumění (R1)

Tazatel krátce po ukončení úvodního interview zachytil rovinu bezprostřední klinické zkušenosti. Několikrát se k ní vrátil v dodatečných reflexích, které si zčásti zapisoval, dopracovával úvahy o úvodním setkání, její nevědomé dynamice a jeho vlastním zapojení do dynamické scény na základě svých vzpomínek: retrospektivní psychickou prací dotvářel maketu komplexní dynamické scény a předběžných terapeutických hypotéz. Všiml si různých klinicky významných faktů, které se postupně během rozhovoru vynořovaly a na které bylo možné zaměřit pozornost: ať již se jednalo o pozorování pacienta, zvuk jeho hlasu, slovo, vlastní myšlenku, představu o něm nebo tělesný pocit. Jednotlivá potenciálně významná klinická fakta jsou uvedena číslem v závorce.

S několikaminutovým zpožděním se dostavil vysoký štíhlý sportovně vyhlížející muž, který ochotně souhlasil s rozhovorem a také s tím, že bude nahráván. Po vysvětlení smyslu nahrávky a jejího klinického, vzdělávacího a výzkumného využití neměl námitky proti nahrávání (1). Věcně shrnul své bolesti v oblasti pohybového aparátu, které se objevují zejména na pravé straně. Všimám si úlevové polohy, kterou pan F. mezitím zaujímá a hlavou se opírá o boční dřevěnou stěnu pracovny (2). Svoji životní situaci nerozvádí, spíše vyčkává na mé další pokyny a navádějící otázky (3). Odhadem po přibližně dvaceti minutách zaznamenávám to, jako by mne pan F. nevysoveně žádal o jasnější vodítka, o čem má mluvit (4). Souběžně s tím, jak panu F. naslouchám, zabývám se třemi tématy, které se pro mne z jeho řeči zřetelněji vynořují a které se vztahují k jeho tělu: a) tělo se úplně zhroutilo, b) tělo neposlouchá, c) nesprávné držení těla (5). Uvědomuji si, že bych mohl dalšími otázkami ještě více zkoumat symptomovou rovinu. Současně se mi zdá, že pan F. své tělesné potíže a dosavadní léčbu přiblížil dostatečně. Zachycuji svoji nelibost dalšími otázkami rozvíjet jeho odosobněný popis symptomů, kterým mne od sebe odděluje (6). Nacházíme se v situaci, ve které schází vodítka (7), kudy se v rozhovoru vydat. Pan F. pokračuje ve výčtu pokusů svůj stav zlepšit. Uvádí své nedostatky (hrbí se) a výtky fyzioterapeuta. Vše v jeho životě se jinak jeví normální: normální vzdělání, normální rodina (8). Byl zvyklý být „pod záprahem“.

Po přibližně půl hodině rozhovoru jsem si uvědomil, že bych o osobě pana F. nedokázal říci nic konkrétního (9). Upozadoval se, jako by místo něho mluvil jeho politický mluvčí a nepouštěl mne k sobě. Klouzání po popisných faktech zbařených jakýchkoliv pocitů, obecné formálně správné odpovědi spolu s určitou neprůchodností celého rozhovoru ve mne navodilo popuzení a nepohodu (10). Došlo mi, že se roz-

hovor nikam nedostává. Dostal jsem se mimo svoji obvyklou naslouchací pozici (11). Začal jsem se více soustředit na své rozladění, všiml si více toho, čím ho pacient dosahuje, zkoumal interpersonální scénu a sledoval to, zda asociativní tok našeho hovoru přeci jen neukazuje nějaký směr (12). Jako by mi uvědomění si své nelibosti pomohlo naladit se ještě na jiná klinická fakta a nevíšat si pouhého obsahu vět. Tato zvýšená pozornost ke vztahové situaci mne zčásti vyvázala z toho, že bych dále pokračoval v příliš „normálním rozhovoru“, který by se mými otázkami spíše podobal „výslechu“, vůči kterému by pan F. nejspíše nic nenamítal, neboť je navyklý „být pod záprahem“ (13). Dále bych mu kladl další a další správné otázky a on by se jimi současně snažil vyhovět správnými odpověďmi. Vedle toho by ale skrze obecnost svých „oficiálních“ odpovědí zadržoval svůj pocitový stav a vyhovění se bránil (14). Rozhovor plynul pomalu, nepřilíš výtěžně a nakonec se zastavil úplně. Jako bychom se dostali do slepé uličky (15). Navíc jsem si začal uvědomovat svoji vlastní banálnost a nepodnětnost při vedení rozhovoru (16): namísto rozvíjení nových perspektiv, objevování souvislostí a podněcování rozhovoru k něčemu živému jsem svůj způsob vedení rozhovoru zažíval jako plytký „small talk“ a zdvořilou neutralitu. Slyšel jsem, jak neživotným způsobem pokládám mdlé otázky. Tento poznatek mě zaujal, protože jde o můj osobní způsob reagování na skryté napětí nebo agresi ve vztahovém poli (17). Vidím teď, že se nejen pomalu umrtvuje, zastavuje a tlumí celý rozhovor, ale současně tlumím i sám sebe v reakci na ještě neidentifikované napětí (18). Cítil jsem, jak mne tento můj tichý komentář alespoň zčásti vyvázal ze vzájemného odehrávání a mohl jsem volněji zkoumat roli, kterou mi pacient ve svém vnitřním scénáři přisoudil (Sandler, 1976).

Po přibližně půl hodině se objevila pasáž, která se teprve zpětně ukázala jako důležitá.

Považuji ji za klíčový moment obratu: jakési okno do skutečného prožívání pacienta, které může být otevřeno nečekanou scénou, významným slovem. Tato pasáž nejen otevírá porozumění pro scénické ztvárnění ústředního tématu, ale je po mém soudu i počátkem nacházení slovního výrazu a možnost pacientovu zkušenost reprezentovat slovně. Zkusil jsem oslovit situaci zde a nyní (19) a slyšel jsem, jak panu F. říkám něco ve smyslu: „*Připadá mi, jako by pro vás mohlo být důležitější to, jaké otázky vám budu klást, spíše než to, že vy byste mi říkal podle sebe, co považujete za důležité.*“ A dodal jsem „*vytváří to pak možná situaci tlaku, kdy já vám pokládám další a další zkušební otázky a vy jste nucen úkol splnit a vyhovět mé žádosti.*“ Tak jak jsem zvyklý ze své praxe, odmlčel jsem se a čekal na to, jakým způsobem pan F. můj komentář uslyší, zda ho zamítne, bude se mu bránit nebo ho asociativně rozvine (20). Zkusmý komentář během úvodního interview pokládám za důležitý způsob, jak se dozvědět o pacientově připravenosti zabývat se sebou a svým prožíváním, mírou zvědavosti směrem k vlastní psychické realitě a schopnosti slovy a smysluplně zachytit citové prožitky. V tomto případě se však jednalo o oslovení celé situace úvodního interview, která – jak teď mohu zpětně hodnotit – se na jedné straně „dostala na slepou kolej“, současně se ale stala jakýmsi scénickým rozehráním pacientova vnitřního pokusu uniknout z kontroly a kontrolovat druhé.

Několik vět po mém komentáři přináší pan F. svoji sportovní minulost. Všiml jsem si, že když hovořil o své sportovní kariéře, popisoval fakticky a jakoby nezaopatřetě tuhost svalů a svá opakovaná svalová zranění během tréninků (21). Podotkl jsem, že je možné, že trénoval za hranic svých možností. „*Trenér to nedovolil,*“ odpověděl mi (22). Když jsme se dostali k tomu, jaký vlastně jeho trenér byl, chvíli váhal a pak spontánně vyhrkl: „*trenér, to je takový diktátor*“ (23). Tento komentář

jako by ulevil dosavadnímu napětí a vyčistil vzduch (24). Opatrnost pana F. a jeho určitá obezřetnost v tom, co mi řekne, najednou dávala smysl a mě samotnému se jeho projev od té chvíle dařilo lépe snášet (25). Přemýšlel jsem o jeho strachu z toho, co mu druzí mohou v životě diktovat a zkusmo jsem si představoval, jaké to pro něj asi je, když nevyhoví (26). Vztahem přísného trenéra a trénovaného, velitele a poslouchajícího, po mém soudu pan F. asociativně rozvíjí nejen moji poznámku, ale současně zachycuje svůj vlastní aktuální prožitek klinické situace se mnou, kterou konstruuje určující intrapsychickou scénu, jakýsi zárodek přenosové situace, kterou on sám příhodně nazval „trenér jako diktátor“ odrážející vztah k jeho vnitřní kritické a diktující instanci, kterou je třeba poslouchat a ve všem se jí podřídít (27). V dalších asociacích následovaly jeho vzpomínky na rodiče, kteří byli přísní a trestající (28).

KOMENTÁŘ

Klíčovým okamžikem, který byl současně ověřením mé předběžné hypotézy, byla pasáž interpretující svalovou i komunikační ztuhlost pana F. a jeho následné rozvinutí objektivně vztahové metafory diktátorského trenéra. Výrok pana F. „*trenér, to je takový diktátor*“ se dá chápat jako „přepnutí na jinou úroveň komunikace a porozumění“ (Reith et al., 2018). Díky němu jsem si uvědomil, že moje nepohoda ve vedení rozhovoru souvisela s přidělenou rolí diktátorského trenéra, který na pana F. tlačí, aby „podal výkon“ a něco o sobě řekl. Pan F. celý rozhovor nechával na mě. Porozumění svému zapojení do této klíčové scény mi pomohlo přeladit se jinak na pana F., rozšířilo moji schopnost se s ním empaticky identifikovat a mluvit k němu z jiné pozice tripartitního modelu myslí: přesunout se z obviňujícího, moralizujícího



Michal Nondek

Klinický psycholog a psychoterapeut. Pracuje na Psychosomatické klinice, kde vede individuální psychoterapie a denní stacionář. V současné době se hlouběji věnuje psychoterapeutickému směru Transference focused psychotherapy pro pacienty s hraniční poruchou osobnosti. Působí také v soukromé praxi.

a kritizujícího hlasu Nadjá ve zvědavý a přemýšlivý hlas Já. Přemýšlím o tom, že za jistotu zdrženlivostí pana F. by mohla být obava z výtky nebo trestu, za jeho odporem vůči myšlenkám obavy z toho, že se stanu dalším z řady diktátorských trenérů, které je třeba poslouchat. Jeho zdlouhavá, tichá, nevýrazná a opatrná komunikace by pak byla ochranným opatřením, aby neschytil kritiku a zajistil, že vše dělá správně. Současně ale byla vějíčkou, na kterou se druhý může chytnout a stát se nároklivým diktátorem, z jehož úst by mohlo zaznívat: „mluv nahlas“, „tak k věci“, „proč tolik opatrnosti“, „tohle nikam nevede“ atd.

Důležitou součástí analytické práce jsou retrospektivní reflexe, které terapeutovi pomáhají zaujmout metapozici (makrovalidizace podle Tucketta, 1994). Tato reflektivní fáze pomáhá zpětně porozumět „emoční bouři“ a důležitým scénám, kterých si během vzájemných odehrání s pacientem tera-

peut není vědom. Ke své „pracovní maketě“ se terapeut opakovaně vrací a dopracovává své vědomé porozumění. Příkladem tazatelovy vnitřní práce s maketou terapeutické hypotézy, byl letmo zachycený a neúplně zformovaný pocit, že pacient je *nevýživný*. Příkladem tazatelova dodatečného zkoumání a psychické práce je tato sekvence:

Proč by pacient měl být výživný? Proč by měl pacient vůbec někoho vyživovat? Neodkazuje výživa a krmení něčím nedostatečně výživným (prožitek interview) na orální metaforu a konflikt okolo péče a sycení, které se derou do popředí? Vybavil se mi výraz „výživný“, který použil Argelander (1998) pro popis obranných pacientů. Zapomněl jsem ho, ale vybavil se mi nyní v souvislosti s pacienty, kteří terapeuta unavují, jsou posláni do léčby, a které drží v šachu jejich odpory, za kterými bývají živé oblasti osobnosti. Tazatel nakonec své hypotézy formalizoval pomocí OPD-2 ohnisek (viz obrázek 4).

3. VÝSLEDKY

Ve vztahu k uzlové scéně úvodního interview pracovně pojmenované „trenér je diktátor“ se ukazuje, že pan F. po ukončení léčby lépe toleruje zlostný afekt spojený s tím, být a) objektem agrese diktátorského trenéra, nebo b) být diktátorským trenérem agresivním vůči ostatním. Zlosti se začal méně bránit, dokázal mluvit se spolupracovníkem o svém naštvání, identifikovat zlost jako svoji vlastní a srozumitelně vysvětlil svoji perspektivu. Nemusí se své zlosti výhradně bránit ani zapojovat tělesný příznak. Pravděpodobně se nadále podřizuje v rámci partnerského vztahu, ale zlosti ani pocitům opuštění se již nemusí tolik vyhýbat ani je nahrazovat tělesnými příznaky.

3.1 Nezávislá reflexe a hodnocení videozáznamu úvodního interview psychoanalyticky vzdělanou psychoterapeutkou s mnohaletou supervizní praxí a zkušeností s Infant Observation (R2a)

Nudila jsem se během interview a nemohla jsem se dočkat, až to skončí. Pacient nechal všechnu práci na tazateli. Ani jednou nic spontánně neuvedl nebo nepoznamenal. Neprojevoval žádné náznaky toho, že by se zajímal o sebe nebo o tazatele. Vůbec nebylo jasné, co od tazatele očekává. Hodně se psychologicky bránil a naprosto nebyl v kontaktu se svojí vlastní agresí. Člověk by mohl předpokládat, že se jí obává. Z rozhovoru to naznačovalo, jak hovořil o svém otci a o trenérovi, které popisoval jako přísné, ale nevyjadřoval, jak on sám to cítí. Obával se jich, ale nevyjádřil to. Ke konci, když tazatel hovořil o správném a nesprávném postavení, narovnal se v křesle. Před tím seděl ve zkroucené pozici. Když mluvil o svých pocitech, dával si ruku před ústa a nebylo mu rozumět. Předpokládám, že mohlo jít o vyjádření obrany proti pocitům, zvláště k těm kritickým. Když se ho tazatel ptal na jeho sexuální pocity a zda se vzájemně s partnerkou uspokojí, začal mluvit o zahradě a o práci na zahradě. Napadlo mne „rýt do matky země“. Kladla jsem si otázku: chce se cítit lépe a zbavit se svých problémů? Je těžké formulovat psychodynamické ohnisko na základě prvního rozhovoru, protože pan F. se silně bránil, dobrovolně o sobě nic neprozradil, vše se muselo odvozovat z jeho chování. Má problém s autoritami, zejména s vyjadřováním negativních pocitů vůči autoritě a s tím autoritě se postavit. Jeho problémy jsou vyjádřené somaticky, nepůsobí jako někdo, kdo

Obrázek 4 – Porovnání terapeutických ohnisek, které v úvodním interview zachytil tazatel (A) a nezávislý posuzovatel (B)

Ohniska	A. Tazatel na základě interview	B. Posuzovatel na základě videonahrávky
Vztahové ohnisko (osa II.) – Opakující se dysfunkční vztahový vzorec	a) Pan F. zakouší druhé znovu a znovu jako náročné, trestající, neposkytující péči a opuštější. Druzí ho v jeho apriorní představě opakovaně kritizují, „zapřahají“, jsou s ním nespokojeni. On se obává selhání, trestu a oddělení od druhých. b) Tomu se snaží vyhnout tím, že se snaží vyhovět, ustupuje, stahuje se, normalizuje, uniká a podfídí se. c) Současně „si věci dělá po svém“ a vzdoruje. d) Druzí včetně tazatele zčásti pod vlivem popuzení na to reagují tak, že se k němu pokoušejí přiblížit, tlačí ho, vznášejí požadavky, korigují ho a jsou vůči němu nároční. e) Tím potvrzují jeho původní přesvědčení a důkaz toho, že nesplňuje nároky druhých a cítí se zrazený, opuštěný a pod tlakem, že věci dělá nesprávně.	a) Pacient druhé (trenér, rodiče, první přítelkyně) opakovaně prožívá tak, že na něj kladou nároky, opouští ho a nepečují o něj. b) On na to reaguje jako člověk, který se tomu všemu podfídí. Když se po něm něco chce, vyjde vstříc, vydrží to, ukontroluje to, i když je toho na něj moc. Vyčerpává ho to, zápasí s rezignací. c) Jeho bezmoc, pasivita a tělesné utrpení je skrytým vzdorem proti tomu všemu tlaku a současně němou výčitkou „podívejte se, co mi děláte, podívejte se, jak mi neumíte pomoci“, ne já ale vy jste bezmocní a já kontroluji situaci. d) V druhých tím podněcuje aktivitu proti bezmoci a pasivitě. Profesionálové na něj reagují tak, že se ho snaží aktivně léčit, pečovat o něj, vyjadřovat zájem. Hledají způsob, jak ho změnit, nadměrně mu vysvětlují, edukují, tlačí ho, předkládají mu, co by mohl cítit, ale on je těžkým oříškem. Nakonec profesionálové rezignují a stáhnou se z kontaktu (nuda jako potlačená zlost na bezmoc). e) Pacient se cítí pod tlakem něco se sebou dělat (nároky), kontrolovat se, změnit a pomoc profesionálů vnímá jen jako další tlak a nepochopení (opuštění).
Dominantní konfliktové ohnisko (osa III.)	K2 - Konflikt podřízení se vs. kontroly Pasivní verze konfliktu, intenzita (2)	K2 - Konflikt podřízení se vs. kontroly Pasivní verze konfliktu, intenzita (2)
Sekundární konfliktové ohnisko (osa III.)	K3 - Konflikt vyžadování péče vs. Soběstačnost, pasivní modus, intenzita (1) K5 – Konflikt viny (sebeobviňování vs. Obviňování druhých), smíšený modus (1)	K3 - Konflikt vyžadování péče vs. Soběstačnost, pasivní modus, intenzita (1)
Strukturální ohnisko (osa IV.) Vnímání sebe	ST1.1 Sebereflexe (2,5)	ST1.2 Diferenciace afektů (2,5)
Strukturální ohnisko (osa IV.) Seberegulace	ST2.1 Kontrola impulsů (láskyplných i nenávislných) (2,5)	ST2.2 Tolerance afektů (2,5)
Strukturální ohnisko (osa IV.) Afektivní komunikace	ST3.1-3 Prožívání těla a afektů (2,5)	ST3.5 Afektivní komunikace (2,5)

by byl nespokojený psychologicky, vykazuje pouze tělesné trápení. Nebylo možné se k němu dostat. Nenechal se poznat. V některých okamžicích se dával tak, aby si ho tazatel všiml a aby se tazatelovi líbil nebo jím byl potvrzený. Reflexe posuzovatelky odpovídají ohniskům formulovaným v obrázku 5.

3.2 Nezávislá reflexe a hodnocení videozáznamu úvodního interview školeným posuzovatelem OPD-2 (R2b)

OPD-2 ohniska zachycená posuzovatelem jsou shrnutá spolu s ohnisky tazatele v obrázku 4.

Posuzovatel identifikoval ohniska: a) *rovinna vztahů*: druzí ovládají a kladou nároky,

nutnost jim vyhovět, podřídit se jim, v pozadí s neuvědomovaným pasivním vzdorem, bezmocí a ztrátou podpory, b) *rovina konfliktu*: dominance, kontrola, nároky vs. podřízení, vyhovování a skrytému vzdoru, c) *strukturální rovina*: přemrštěná kontrola afektů a neschopnost dívat se na sebe a dovnitř sebe a navázat emočně smysluplný kontakt. Zachytitelná byla potlačená zlost, rezignace a v pozadí snad přání po pomoci a péči, strach z opuštění. Posuzovatel si všiml problému s *diferencovaností pacientových afektů* (dobře je neregistruje, nerozpoznává, nereferuje o nich, když tak o potlačované zlosti) a souvisejících obtížích jak ve vnitřní emocionální komunikaci (citové a emoční prožívání) tak v citové a afektivní komunikaci navenek, která probouzí nudu, bezmoc, zlost z toho, že s pacientem nejde navázat kontakt. Jako ohnisko pro léčbu posuzovatel vybral v první linii *diferencování afektů a afektivní komunikaci*. V terapii by mělo jít o to, pomoci panu F. si své emoce uvědomit, diferencovat a komunikovat je navenek, což by mohlo otevřít prostor pro niternější kontakt se sebou samým a svými prožitky. Druhá linie by se týkala pudově/afektivní inhibice, tedy jeho blokování a nadměrné kontroly afektů, zejména zlosti a agrese: ohniskem by byla *tolerance afektů* – ty zlostné pacient špatně toleruje, proto jejich projevení nadměrně kontroluje nebo se jim vyhýbá, přičemž se v regulaci opírá o identifikaci s náročnými kontrolujícími objekty = kritizující, vyžadující „anální“ Nadjá. Posuzovatel předběžně formuluje zkusmé porozumění scéně prvního interview jako variace na oidipské drama: *milovaný trenér, který je pro pacienta současně přísnou kastrující hrozbou, diktátorem, u kterého marně hledá laskavou náruč,*

dává se mu, podřizuje a současně tomu vzdoruje.

3.3 Shrnutí pacientovy zpětné reflexe po ukončení léčby a jeho prožitku změny (CHAP interview na konci léčby, perspektiva pacienta) (R3)

CHAP poskytuje kvalitativní zpětnou vazbu o tom, jak pacient sám zažívá sebe jako „změněného“, jak „jiná“ je jeho zkušenost a co pro něj zůstává v životě užitečné po skončení léčby. Pan F. se v závěrečném rozhovoru věnoval vztahu k sobě, k léčbě, ke své partnerce a ke spolupracovníkům a vyjadřoval se k jednomu nebo více aspektům změny (symptomy, adaptace, náhled, konflikt). Uváděl, že „teď víc poslouchá tělo“. Dvojitý smysl slova „poslouchání“ vystihuje základní konflikt zachycený v úvodním interview. Poslouchá své tělo, tak jak mu říká terapeutický tým, a tedy poslouchá profesionály, a současně se rozšířila jeho vnímavost pro vlastní pocity a tělesné vjemy. Dosažené pokroky pana F. během léčby a po jejím skončení probíhají na pozadí konfliktu podřízení se vs. kontrola. Jinými slovy své tělo poslouchá také proto, aby v souladu s vnitřním konfliktem zůstal poslušným. Introspekce je nyní pro pana F. obtížná. Popisuje své přetažení „z neustálého hrabání se v sobě, přiznává náročnost a nezvyk zabývat se sebou“. Je schopen zachytit epizody, kdy se hněvá na spolupracovníka, uvědomuje si, „že na něj měl vztek“, ale také provokativně vstoupil do hádky, „jako kdyby chtěl, aby se pohádali“. Je schopen reflektovat kritickou situaci. „Po výstupu v práci jsem se vrátil, omluvil jsem se tomu člověku, a snažil jsem se mu vysvětlit, proč jsem se našel a byl v ráně. Říkal jsem si, že to

bylo dobrý, uvolněný. Řekl jsem mu, že se takhle chovám, když mám pocit, že někdo útočí na mě.“ Pan F. si všiml rozšíření své schopnosti komunikovat, co cítí. „Na začátku jsem spíš glosoval, na konci jsem o sobě říkal na skupině docela dost. Když se objevilo něco v práci nebo partnerském životě, negativního nebo pozitivního, vnímám to nyní a spojuji s konkrétními emocemi.“ Pan F. uváděl, že jeho schopnost prožívat emoce a jejich spektrum se stalo bohatší. „Je to pro mě jednodušší si uvědomit co cítím, častěji si to uvědomím. Je to širší škála pocitů, které zažívám, ne jen veselý, smutný.“ Je schopen přemýšlet o souvislostech svých tělesných symptomů. „Nyní jsem schopný více přemýšlet o tom, co to se mnou asi mohlo dělat, když se partner sebere, odjede a vídáme se jednou za dva, tři týdny. Před tím, když ona odjela, začaly se moje zdravotní obtíže zhoršovat, bylo mi špatně a zabýval jsem se jenom sebou a nebyl žádný prostor zabývat se vztahem. Jako bych to potřeboval na někoho svést, že to je náročné.“ Pan F. si uvědomuje, co prožívá, připisuje své prožitky sobě, ale ještě se nezačal zabývat vnitřními souvislostmi, nadále zůstává ve vleku zevních motivů. „Kdyby to bylo na mě, nikdy bych se do toho sám nepouštěl. Když si představím všechno, do čeho mě partnerka nutí.“

3.4 Hodnocení pacientovy výpovědi o psychické změně skupinou CHAP hodnotitelů (CHAP interview na konci léčby, perspektiva hodnotitelů) (R4)

Kvantitativní hodnocení změn v souladu s CHAP manuálem shrnuje *obrázek 5*. Pacient popisuje ústup bolestí zad, cítí se o 75–80 % lépe, ke svým příznakům se spontánně nevrací, došlo k vysazení anti-



Tomáš Peřich

Klinický psycholog. Působí v Denním psychoterapeutickém sanatoriu Horní Palata a jako editor online časopisu Psychoanalýza dnes. Zabývá se zejména psychoanalýzou a psychoanalytickou terapií.

depressiv. Na druhou stranu nadále trvá jeho únava. Proto je změna na úrovni symptomů hodnocena jako částečná (0,62). Je schopen o sebe pečovat, nepřepínat se, spontánněji vstupovat do interakcí s partnerkou, někdy adaptivněji řeší konfliktní situaci na pracovišti. Na druhou stranu vše vnímá z pozvzdálí. Změna na úrovni adaptivní kapacity je hodnocena jako částečná (0,53). Náhled byl CHAP hodnotiteli pokládán za oblast, ve které pan F. vykazuje nejpresvědčivější změnu (0,77). Popisuje své překvapení, že si vztahové souvislosti uvědomuje až nyní a dříve je nevnímal. Je patrné, že jsou mu emoce výrazněji přístupné, více rozumí souvislostem mezi tělesnými symptomy a vztahem k partnerce, uvědomuje si projekci svých pocitů na druhé včetně promítnutí mocenských (trenérských) postojů do druhých. Objevil, že se dá přemýšlet nad tím, co se mu v životě děje z pozice aktivního činitele. Na druhou stranu pochopení příčin jeho obtíží a souvislostí je pouze částečné. Pokud jde o základní konflikt,

Obrázek 5 – Výsledky CHAP hodnocení šesti hodnotiteli v jednotlivých aspektech změny: každá položka nabývá hodnot 0 (žádná, nevýrazná změna) až 1 (velká, zřejmá změna)

Hodnotitel	Symptomy	Adaptační kapacita	Náhled	Základní konflikt	Mimo-terapeutické Vlivy (E)	Celkový Skór (C)	Korigovaný celkový skór (TC)
1, M (terapeut)	0,55	0,75	0,93	0,70	0,20	0,73	0,59
2, Ž	0,60	0,80	0,80	0,60	0,30	0,70	0,49
3, M	0,55	0,10	0,80	0,20	0,05	0,41	0,39
4, M	0,70	0,50	0,70	0,30	0,00	0,55	0,55
5, Ž	0,70	0,50	0,60	0,30	0,20	0,53	0,42
6, M (tazatel)	0,60	0,70	0,80	0,60	0,10	0,68	0,61
Průměr	0,62	0,53	0,77	0,42	0,15	0,58	0,49
Směr. odchylka	0,06	0,24	0,10	0,19	0,10	0,11	0,08

Poznámka: M-muž, Ž-žena, Výpočet korigovaného celkového skóru (terapeutické změny, TC) = celkový skór (odhad změny, C) * (1 – hodnocení mimoterapeutických vlivů, E), $TC=C*(1-E)$

neposkytuje závěrečný rozhovor dostatek údajů, na základě kterých by bylo možné ho spolehlivě hodnotit. Odhady jednotlivých hodnotitelů vykazují nejvyšší variabilitu v ohledu konfliktu a míry jeho vlivu. Změna na úrovni konfliktu je v průměru hodnocena jako méně výrazná (0,42). Celková změna, vypočítaná jako průměr dílčích skóru, se pohybovala v pásmu částečné změny (0,58). Vliv mimoterapeutických vlivů na celkovou změnu se odhadoval na méně výrazný (0,15) a zahrnoval vysazení antidepresiv (změna prožívání) a návrat ke sportu nepřetěžujícím způsobem. Hodnota korigovaného celkového skóru 0,49 je v pásmu částečné změny, kterou hodnotitelé přisoudili samotné psychoterapii.

3.5 Hodnocení videozáznamu post-terapeutického rozhovoru výzkumníkem a školeným hodnotitelem OPD-2. Posouzení změn před léčbou a po léčbě pomocí škály HSCS a porovnání se subjektivním škálováním tazatele (R5)

Obr. 7 graficky zachycuje posun jednotlivých ohnisek které mezi úvodním a post-terapeutickým rozhovorem zaznamenal tazatel (T1 a T2) a posuzovatel (P1 a P2).

Posuzovatel hodnotil na Heidelberské škále strukturální změny to, že pacient nevnímá ani ohnisko maladaptivního vztahového vzorce ani ohnisko afektivní komunikace a vyhýbá se jim (HSCS z 1 na 1+). Neviděl propojení mezi symptomy a vztahem. Více si všímá, co se v něm odehrává, ale nevěděl, jak se k tomu vlastně opravdu dostat. Konfliktem podřízení se/kontroly se pacient začal pasivně zabývat (HSCS z 1 na 2+). Posílil své schopnosti ukázat se (řekne si „zvolní“), poslechnout své tělo, což vyjadřuje jak naslouchání svému tělu a emocím, tak i poslušnost svému Nadjá a jeho hlasu skrytému do těla. Nadále hledá příčinu vně sebe (stres) a začíná se pomalu zabývat ohniskem. Vágně si začíná uvědomovat a přechodně zkoumá vnímání svých afektů (HSCS z 1 na 3+). Uvědomuje si obtíže se zacházením se zlostnými afekty, ale potřebuje je kontrolovat nebo se jim vyhnout, stál by o harmonii a klid. Dokáže si připustit, že je našťvaný na přítelkyni. Je schopen více si všímá, co se v něm děje. Otevřel prostor pro sebereflexi, avšak vnitřní souvislosti nepropojuje. Obrátil k sobě pozornost, všímá si zejména zlostných myšlenek, lépe zachycuje dění ve svém životě, je v rozhovoru srozumitelnější, lépe vyjevuje konflikt,

ale vhléd do něj nemá. Uvědomuje si svůj strach z konfliktu s úředníkem, že by mohla přijít odvěta za jeho troufalost a projevení názoru, nespokojenosti a zlosti. Všiml si, že má strach z myšlenek na rozchod. Vyčítá přítelkyni, že ho opustila, cítí se opuštěný, pasivní, musí se vydat za ní a přizpůsobit se jí. Zalekne se myšlenek nesených bezmocí, zlostí a separační vinou. Pacient objevil existenci psychického prostoru, ale je to pro něj země neprobádaná. Trvá riziko, že přechne do bezpečí somatických a vnějškových vysvětlení.

Podle tazatele pan F. objevuje svůj prožitkový svět a dovoluje si vstoupit do své subjektivity. Zažívá emoce jako rozporuplné. Nadále vyhovuje, základní konflikt podřízení se/kontroly zůstává, ale pan F. získává dílčí oprávnění přemýšlet o svých pocitech, percepcích a myšlenkách. Zohledňuje své prožívání, bere na sebe větší ohled a využívá ho pro sebe. Tazatel hodnotil významný posun v ohnisku dysfunkční vztahové osy, které se posunulo z počátečního nevnímání, jako by mu ostatní lidé něco vnějšího dělali, kdy nerozuměl, jak to souvisí s ním (HSCS=1+) do převzetí odpovědnosti za své naskakování do agresivních situací, které provokoval a byl posléze schopen o tom se spolupracovníky mluvit (HSCS=3+). Za nejvýznamnější pokrok pokládal tazatel změnu ve strukturálním ohnisku afektivní komunikace, prožívání afektů a těla, které pan F. na počátku zcela nevnímал (HSCS=1), po ukončení léčby začíná toto ohnisko zkoumat (HSCS=4-). Začal se zajímat o své zlostné zápletky s autoritami, poslechl si audionahrávku z pracovní porady, byl zvědavý, proč se zlobí, když mu druzí nic nedělají, přemýšlel o nespravedlivém osočení, které byl

schopen komunikovat kolegovi a označit svůj afekt. Tazatel hypoteticky uvažuje o funkčním uspořádání konfliktů, ve kterém konflikt podřízení se/kontroly pana F. chrání před hlubším konfliktem vyžadování péče/soběstačnost. Odlišnosti v hodnocení tazatele a posuzovatele jsou osvětlené na konci v diskusní pasáži. Ohnisko konfliktu podřízení se/kontroly zůstalo spíše beze změn, pacient byl schopen dělat terapeutům a celému týmu radost a jeho zlepšení na několika rovinách lze také číst prizmatem pozitivního přenosu, který sám zprostředkovává a udržuje celou řadu psychických změn.

4. DISKUSE

Úvodní interview zachycuje proměnu „presymbolického“ (Basch, 1981), „pre-konceptuálního“ (Frosch, 1995), „konkrétního/konkretistického“ (Bass, 1997, Busch, 2009), „preoperacionálního“ (Busch, 2009) materiálu v jeho dostatečně symbolizované slovní vyjádření. Sledujeme, jak se díky scénickému ztvárnění vynořuje ústřední konfigurace „(ne)podřídit se diktátorskému trenérovi“. Konfigurace je podkladem pro tazatelovy hypotézy (R1). Reflexe v dalších zkoumaných perspektivách (R2a, R2b, R3, R4, R5) se k této konfiguraci vztahují a spolehlivě zachycují její specifický obsah. Pozorovali jsme podobně jako pracovní skupina pro zahájení psychoanalýzy (WPIP), že „nevědomá bouře“ úvodního setkání intenzivně dopadá na pozdější fáze explorace tzv. nezávislých hodnotitelů a v paralelním procesu reprodukuje nevědomou dynamiku úvodního interview (Lagerlöf and Sigrell 1999). Scénická konfigurace mohla ovlivnit nejen tazatele, ale i nezaujaté posuzovatele videonahrávek

Obrázek 6 – Porovnání jednotlivých ohnisek před zahájením léčby a po jejím ukončení mezi tazatelem (T1, T2) a posuzovatelem (P1, P2)

		Dysfunkční vztahový vzorec	Konflikt: Podřízení se / kontrola	Struktura: Tolerance afektů [kontrola, přísné kritické Naděj]	Struktura: Diferenciace afektů	Struktura: Afektivní komunikace			
1. Nevnímání problémového ohniska	1	P1 → P2	T1 P1	T1 P1	T1 P1	T1 P1 → P2	zvládnutí problému		
	1+	T1	T1	T1	T1	T1			
2. Nechtěné zaobíráni se ohniskem	2-							strukturální změna	
	2								
3. Vážní uvědomování si ohniska	3-								strukturální změna
	3		T2						
4. Uznání a zkoumání ohniska	4-								
	4								
5. Rozpad starých struktur v oblasti ohniska	5-						strukturální změna		
	5								
6. Nová strukturace v oblasti ohniska	6-							strukturální změna	
	6								
7. Zánik ohniska	7								strukturální změna
	7+								

posunout jejich hodnocení. Hypoteticky můžeme na základě rozdílů v hodnocení předpokládat, že ústřední „otcovsko-synovská“ konfigurace významněji ovlivňovala mužské účastníky studie a zesilovala jejich usuzování buď podpůrně, nebo kriticky. Nežádoucí šum „subjektivně zkráceného hodnocení“ ve skutečnosti přináší cenné informace. Posuzovatelé mimo klinickou situaci (supervizoři, intervizní kolegové, výzkumníci) odehrávají aspekty nevědomé dynamiky úvodního interview, která dosud nenabyla slovní reprezentace (Reith et al., 2018).

V naší studii mohla scénická konfigurace působit na více rovinách:

a) Latentní aspekty úvodního interview se mohly „propsat“ do hodnocení OPD-2 posuzovatele, a to jak směrem k náročnosti vůči tazateli, tak vůči pacientovi, například v odlišném hodnocení strukturálního ohniska afektivní komunikace. Posuzovatel se

nacházel více v pozici „přísného trenéra“ (nevýznamný posun v HSCS z 1 na 1+), zatímco tazatel hodnotil posun pana F. nadměrně optimisticky jakoby z pozice „podpůrného trenéra“ (posun v HSCS z 1 na 4-).

b) Scénická konfigurace se mohla uplatnit i v hodnocení závěrečného CHAP rozhovoru u mužských posuzovatelů: tazatel a terapeut denního stacionáře (v obrázku 6 posuzovatelé 1 a 6, celkový skóre 0,73 a 0,68) se s panem F. osobně setkali, měli tendenci nadhodnocovat jeho pokroky, mít z něj radost podobně jako „kdyby hrdý otec hodnotil svého šikovného syna“. Mužští hodnotitelé videozáznamu (3 a 4, celkový skóre 0,41 a 0,55) pokroky pana F. hodnotili střízlivěji. Pokud bychom zůstali u jazyka úvodní scény, trenéři v přímém kontaktu pana F. chválili za jeho snahu, fandili mu a povzbuzovali ho, zatímco sportovní komentátoři si z větší vzdálenosti všimli

spíše jeho nedostatků, obranného skrývání a kriticky na něj kladli v souladu se vztahovým OPD-2 vzorcem další nároky. Tento fenomén je v souladu s pozorováním jiných pracovních skupin, ve kterých bývají hodnoty externích posuzovatelů o 0,05 až 0,1 nižší než hodnocení interních posuzovatelů (Sandell et al, 2019).

c) Tazatel si nebyl vědom dopadu nevědomé scény (trenér/diktátor), do které byl ve vztahu k panu F. zapleten, když úvodní interview představoval kolegům Psychosomatické kliniky a byl překvapen způsobem, jak interview prezentoval. Zpětně se domnívá, že nesymbolizovaný zbytek z interview ovlivnil prezentaci, ve které vystupoval pro sebe neobvykle jako učitel/trenér již zkušených a kompetentních kolegů, které spíše poučoval a svoji zkušenost halil do neosobní teorie.

Rozsah příspěvku nedovoluje rozvinout úvahy o jednotlivých psychoanalytických dovednostech, které napomáhají v „symbolizaci“ vyoňující se scény: například odkaz pana F. na minulé tréninky byl jak jeho nevědomý objektně vztahový prožitek (v minulosti a mimo interview), tak jeho skutečným vjemem během interview (Tuckett, 2011). Pan F. v úvodním setkání popisoval, čeho se ve své nevědomé fantazii obával a čemu se současně bránil (strach muset se podřizovat diktátorskému trenérovi, po jehož lásce současně touží). Jedním z cílů úvodního interview je vyjádřit se k připravenosti pacienta vstoupit do psychoterapie. Ukazuje se, že pravděpodobně není tak důležité „umět“ posoudit vhodnost pacienta do léčby, jako v daném páru otevřít prostor pro úvahy a schopnost myslet (Reith et al., 2010). Nevědomá adaptace terapeuta a pacienta na emoční situaci úvod-



Michaela Viktorinová

Klinická psycholožka pracující v Národním ústavu duševního zdraví a studentka doktorského programu Neurovědy na 3. LF UK. V soukromé praxi se věnuje převážně dospívajícím klientům a zajímá se o možnosti propojení neurovědních poznatků s psychoterapií.

ního setkání určuje jeho výsledek. Nejprve terapeut otvírá své „vnitřní dveře“ tím, že si uvědomí svoji účast na scéně úvodního interview. Předpokladem je jeho schopnost změnit něco v sobě a přepnout své vnímání pacienta na jinou rovinu (protipřenos předchází přenosu) a schopnost vracet se zpětně ke svým hypotézám (Reith et al., 2018). Teprve když si tazatel uvědomil, že je panem F. vybízen k náročnosti, mohl pacientem přidělenou roli oslovit a posléze získat porozumění pro pacientův strach z nadměrných/diktátorských nároků.

5. ZÁVĚR

Rozhovor s panem F. po ukončení léčby ukazuje, že došlo k jeho zlepšení v rámci konfliktu podřízení se/kontroly. Předložená studie dokládá vliv úvodní dynamické scény na tazatele, terapeuty i hodnotitele. Pokud je dostatečně specificky zachycená pomocí slov, může se stát referenčním

Lydia
Tischler



Po válce, kterou strávila částečně v koncentračních táborech, emigrovala do Anglie. U Anny Freudové absolvovala trénink v dětské psychoanalytické psychoterapii v roce 1957. Největší část svého profesionálního života (v letech 1962–85) strávila v Cassel Hospital, v nemocnici založené na psychoanalytických principech, kde pracovala jako první dětská psychoterapeutka. Svoji zkušenost shrnula spolu s Kennedym a Heymanovou v publikaci *The Family as In patient*. Po odchodu do penze je činná v Britské asociaci psychoterapeutů (dnes Britská psychoterapeutická nadace, *British Psychotherapy Foundation*). V Asociaci dětských psychoterapeutů (ACP) zastávala funkci předsedkyně tréninkového výboru. Spolu s Mirandou Feuchtwang (v té době předsedkyně ACP) se zúčastnily zakládání EFPP (Evropské federaci pro psychoanalytickou psychoterapii). Byla její první jednatelkou a později organizátorkou podvýboru pro styk se zeměmi střední a východní Evropy, jehož cílem bylo podpořit a usnadnit vznik výcviků v psychoanalytické psychoterapii v bývalých zemích sovětského bloku. V roce 1993 iniciovala založení výcviku v psychoterapii dětí a adolescentů v Československu/České republice při České společnosti pro psychoanalytickou psychoterapii (ČSPAP) a je její čestnou členkou.

bodem při posuzování změn v léčbě, neboť reflexe toho, co si o pacientovi myslíme již po prvním rozhovoru a schopnost naše úvahy zformulovat, vytváří neustále přítomný konstelační rámec, vůči kterému

vztahujeme všechny změny v průběhu léčby (Wöller a Kruse, 2011). V úvahách o „přelévání“ dynamické scény mimo rámec úvodního interview se nelze vyhnout otázkám, zda není terapeutické a výzkumné uspořádání (implicitní očekávání změny) v interakci se vztahovým přesvědčením pana F. (podřizovat se, vyhovět, vzdorovat). On ví, co terapeuti nebo výzkumníci očekávají, čemuž buď vyhoví, nebo to zakází. Odborníci se snadno stanou náročnými trenéry, kteří po svém svěřenci skutečně chtějí výsledky a tím spoluvytváří nereflektovaný skotom (Telerovský, 2019). Zaměření předložené studie na hypotézu jako projev reflexe terapeuta neznamená, že by autoři rovinu prožitku a hravé interakce upozadovali nebo ji pokládali za méně významnou. Touto studií dokonce naznačují, že o mnoha událostech terapeut neví, nereflektuje je, a přesto mohou mít důležitý význam pro pacienta. Uskutečněním tvořivých spoluodehrání (Atlas, Aron, 2018), které obsahují zárodky dosud neprojevených významů a budoucích možností, pacientovi otevírají nové vztahové možnosti. Jsou transformační události, zkusmou přípravou na budoucí uspořádání nebo předběžným náhledem budoucích scénářů. Předložená scéna „trenér je diktátor“ je současně tvořivým nakročením do pacientovy možnosti nemuset se obávat ani náročné výchovy, ani své tendence korigovat druhé, ale v tazatelově spontánní nabídce, že nemusí být řízen, se rodí nová zkušenost mimo perspektivu být ovládaný/ovládat.

Role autorů, poděkování a etické otázky: Autoři nejsou v konfliktu zájmů ve vztahu k prezentované kazuistice a nebyli financováni třetí stranou. Jejich role při tvorbě

článku byla následující: DH koncipoval projekt, provedl vyšetření OPD-2 a CHAP, zabezpečil informovaný souhlas a videonahrávky, podílel se na interpretaci a hodnocení videonahrávek, sepsal vlastní článek. RT hodnotil videonahrávky, redigoval rukopis a poskytl cenné koncepční a jazykové připomínky, LT hodnotila videonahrávky, poskytovala cennou zpětnou vazbu k dynamickému porozumění materiálu, MB se podílela na interpretaci a hodnocení videonahrávek, RK se podílel na interpretaci a hodnocení videonahrávek, poskytl cenné epistemologické komentáře, MN se podílel na interpretaci a hodnocení videonahrávek, nepostradatelným způsobem povzbuzoval hlavního autora a poskytl důležité klinické perspektivy, MV se podílela na interpretaci a hodnocení videonahrávek a na závěrečných úpravách textu a poskytla editorské poznámky. Všichni autoři schválili jeho závěrečnou podobu. Poděkování patří celému týmu Psychosomatické kliniky Praha 6 za sdílení své klinické zkušenosti a Michalovi Čevelíčkoví a Tomáši Řiháčkoví za cenné připomínky.

LITERATURA

- Argelander, H. (1998). *Prvé interview v psychoterapii*. Vydavatelství F, Trenčín.
- Argelander, H. (2013). The Scenic Function of the Ego and its Role in Symptom and Character Formation 1. *Int. J. Psycho-Anal.*, 94(2):337–354.
- Atlas, G., Aron, L. (2018). *Dramatic Dialogue: Contemporary Clinical Practice*. Routledge, London.
- Baranger, M. and Baranger, W. (2008). The Analytic Situation as a Dynamic Field. *Int. J. Psycho-Anal.*, 89(4):795–826.
- Basch, M.F. (1981). Psychoanalytic Interpretation and Cognitive Transformation. *International Journal of Psychoanalysis*, 62: 151–175.
- Bass, A. (1997). The Problem of Concreteness. *Psychoanalytic Quarterly*, 66: 642–682.
- Bion WR (1979). Making the best of a bad job. In: *Clinical seminars and other works*, 321–331. London: Karnac, 1994.
- Bohleber, W. (2013). Introduction to Hermann Argelander's Paper 'The Scenic Function of the Ego and its Role in Symptom and Character Formation'. *Int. J. Psycho-Anal.*, 94(2):333–336.
- Busch, F. (2013). *Creating a Psychoanalytic Mind: A psychoanalytic method and theory*. Routledge, London.
- Busch, F. (2014). Pozvání k jedinečné rozmluvě: jak pomoci pacientům začít psychoanalýzou. *Rev. psychoanal. psychoter.*, 16(2):9–15.
- Frosch, A. (1995). The Preconceptual Organization of Emotion. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 43: 423–447.
- Holub, D., Telerovský, R. (2013). *Úvodní rozhovor v psychoanalýze a psychodynamické psychoterapii (First Interview in Psychoanalysis and Psychodynamic Psychotherapy)*. IKAPSY. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978–80-210-6383-9. <http://www.opvk.fss.muni.cz/ikapsy/uploads/Uvodni-rozhovor-v-psychoanalyze.pdf>
- Lagerlöf, S., Sigrell, B. (1999). A Discussion of Models for the Selection of Patients for Supervised Psychoanalysis. *Journal of Clinical Psychoanalysis* 8: 149–172.
- McLeod, J. (2010). *Case Study Research in Counselling and Psychotherapy*. London: Sage.
- Ogden, T.H. (2004). The Analytic Third. *Psychoanal. Q.*, 73(1):167–195.
- Ogden, T. H. (2005). On psychoanalytic writing. *International Journal of Psycho-Analysis* 86, 15–29.
- Operationalized Psychodynamic Diagnosis OPD-2: Manual of Diagnosis and Treatment Planning (2008). Cambridge, MA: Hogrefe and Huber. České vydání: *Operacionalizovaná psychodynamická diagnostika OPD-2: Manuál pro diagnostiku a plánování léčby* (2013). Hogrefe/Huber a Testcentrum.
- Reith, B., Moller, M., Boots, J., Crick, P., Gibbeault, A., Jaffe, R., Lagerlof, S., & Vermote, R. (2018). Chapter 5: Facing the storm and

- creating psychoanalytic space: the vicissitudes of the analytic couple in first interviews (pp. 62–87). In *Beginning Psychoanalysis: On the Process of Initiating Psychoanalysis*. London: Routledge.
- Sandell, R. (2015). Rating the outcomes of psychotherapy using the Change After Psychotherapy (CHAP) scales. Manual and commentary. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 18(2), 32–49.
- Sandell, R., Holub, D., Řiháček, T., Roubal, J. (2019). *Posouzení změn po ukončení psychoterapie (CHAP). Česká verze manuálu. Assessment of change after psychotherapy completion. The Czech Version of the CHAP (Change After Psychotherapy) Manual*. MuniPress, nakladatelství Masarykovy univerzity Brno. <https://munispace.muni.cz/library/catalog/view/1239/3444/993-1/0#preview>
- Sandler, J. (1976). Countertransference and Role-Responsiveness. *Int. R. Psycho-Anal.*, 3:43–47.
- Sterba, R. (1934). The Fate of the Ego in Analytic Therapy. *Int. J. Psycho-Anal.*, 15:117–126.
- Sullivan, H.S. (1954). *The psychiatric interview*. New York: Norton.
- Teleroický, R., Holub, D. (Eds českého vydání, (2013). *Operacionalizovaná psychodynamická diagnostika OPD-2: manuál pro diagnostiku a plánování léčby*. Praha: 1. vyd. Praha: Hogrefe – Testcentrum. 978-80-86471-45-7.
- Teleroický, R. (2019). *Osobní sdělení*.
- Tuckett, D. (1994). Developing a Grounded Hypothesis to Understand a Clinical Process: The Role of Conceptualisation in Validation. *Int. J. Psycho-Anal.*, 75:1159–1180.
- Tuckett, D. (2011). Inside and Outside the Window: Some Fundamental Elements in the Theory of Psychoanalytic Technique. *Int. J. Psycho-Anal.*, 92(6):1367–1390.
- Wöller, W., Kruse, J. (2011). *Hlbinná psychoterapia. Základy a návody pre prax*. Vydavateľstvo F: Trenčín.

Došlo do redakce a přijato k recenznímu řízení 21. 10. 2019. Revidované znění došlo 26. 11. 2019, k publikaci přijato 30. 11. 2019.

DEPRESIA A EFEKT KRÁTKODOBÉHO ONLINE TRÉNINGU ZAMERANÉHO NA EMÓCIE PRE SEBASÚCIT A SEBAOBRANU

Depression and effect of short-term online Emotion Focused Training for self-compassion and self-protection

Júlia Halamová^{1*}, Mária Heligmanová¹ & Bronislava Strnádelová¹

¹*Institute of Applied Psychology, Faculty of Social and Economic Sciences, Comenius University in Bratislava, Bratislava, SK; e-mail: e-mail: julia.halamova@gmail.com, heligmanovamajus@gmail.com, E-mail: broni.stranadelova@gmail.com*

^{*}*Corresponding author: Júlia Halamová, Institute of Applied Psychology Faculty of Social and Economic Sciences, Comenius University in Bratislava, Mlynské luhy 4, 821 05 Bratislava, SK, Phone: 00421908604141*

Psychoterapie. 13 (3), 244–259; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT:

Cieľom tohto výskumu bolo otestovať efekt intervencie the Emotion Focused Training for self-compassion and self-protection (EFT-SCP) na úroveň sebakritickosti a sebasúcitu na vzorke participantov s depresívnymi symptómami. EFT-SCP je online štrnásťdňová intervencia vytvorená na základe najnovších výskumov Terapie zameranej na emócie pre psychotherapeutic-kú prácu so sebakritikom. Dostupná vzorka participantov z internetových fór zameraných na depresiu, bola po prvom meraní náhodne rozdelená do intervenčnej a kontrolnej skupiny. Participantom sme merali mieru sebasúcitu a sebakritickosti tesne pred intervenciou, tesne po intervencii a následne po dvoch mesiacoch. Výsledky ukázali že intervencia je účinná tak na úroveň sebakritickosti ako aj sebasúcitu, no časom jej účinky slabnú. Do budúca by bolo potrebné výskum zopakovať na väčšej vzorke participantov s depresívnymi symptómami a overiť či efekt intervencie EFT-SCP pretrvá v čase pri dlhšej intervencii.

Kľúčové slová: sebakritickosť; sebasúcit; depresia; intervencia; Emotion Focused Training for self-compassion and self-protection

ABSTRACT:

The aim of this research study was to test the effect of Emotion Focused Training for self-compassion and self-protection (EFT-SCP) on the level of self-criticism and self-compassion on a sample of participants with depressive symptoms. EFT-SCP is an online 14-day intervention based on the latest research findings of Emotion-Focused Therapy related to psychotherapeutic work with self-critic. The available sample of participants from the depression-focused internet forums was randomly divided into intervention and control groups after the first measurement. We measured the level of self-compassion and self-criticism of the participants just before the intervention, just after the intervention and after two months. The results showed that intervention is effective in both self-criticism and

self-compassion, but over time its effects diminish. In the future, it would be necessary to repeat the research on a larger sample of participants with depressive symptoms and to verify whether the effect of the intervention EFT-SCP will last longer with longer intervention.

Key words: self-criticism; self-compassion; depression; intervention; Emotion Focused Training for self-compassion and self-protection

ÚVOD

Depresia patrí medzi najčastejšie diagnostikované psychiatrické poruchy. Celosvetovo trpí depresívnymi poruchami približne 300 miliónov ľudí ročne (WHO Depression, 2017). Svetová zdravotnícka organizácia (WHO Depression, 2017) uvádza, že depresia je hlavnou príčinou invalidity merané podľa rokov života (Years Lived with Disability). Predpokladá sa, že bude patriť medzi tri najdôležitejšie príčiny invalidity podľa upravených rokov života (Disability Adjusted Life Years) do roku 2030 (WHO, 2017). Paradoxom je, že aj keď poznáme viaceré účinné liečby depresie, iba menej ako polovica ľudí, ktorí ňou trpia vo svete, sa naozaj liečia (Reddy, 2010). V mnohých krajinách je to dokonca menej ako 10 %. Medzi hlavné dôvody nedostatočnej liečby depresie sa radí nedostatok zdrojov, poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a sociálna stigma (WHO, 2017). Práve preto je veľmi dôležité hľadať nové spôsoby akými umožniť liečbu pre ľudí, ktorí klasické spôsoby liečby nevyužívajú.

Terapia zameraná na emócie (Emotion-focused therapy – EFT) je uznaná Americ-



Júlia Halamová

Doc. Mgr., Ph.D. Pracuje na Fakulte sociálnych a ekonomických vied Univerzity Komenského v Bratislave. Má aj svoju súkromnú psychologickú a psychoterapeutickú prax. Je zapísaná v Zozname psychoterapeutov Slovenskej republiky.

kou psychologickou asociáciou za empiricky podloženú liečbu pre depresiu (APA, 2006; Emotion Focused Therapy for Depression, 2019; Greenberg & Watson, 2005; Halamová, 2013) na základe výskumov efektívnosti tejto terapie. Je to terapia, ktorá bola vytvorená na základe empirických štúdií procesu zmeny v psychoterapii v 80. rokoch minulého storočia (Rice & Greenberg, 1984). A na základe výskumných zistení tejto terapie bola vytvorená intervencia na zvyšovanie sebasúcitú a znižovanie sebakritickosti s názvom Tréning zameraný na emócie pre sebasúciť a sebaobranu (Emotion Focused Training for self-compassion and self-protection – EFT-SCP; Halamová, Kanovský, Varšová, & Kupeli, 2018). Od ostatných súcitných intervencií (Kirby, 2017) ju odlišuje skutočnosť, že sa nezameriava iba na zvyšovanie súcitú a prípadne všímavosti ale že buduje protektívny hnev. Súcit a protektívny hnev sú dva základné emócie ktoré prispievajú k rozriešeniu sebakritika

v konceptualizácii zmeny v EFT (Timulak & Pascual-Leone, 2014). Táto intervencia bola doteraz úspešne použitá na neklinické vzorky, kde zvyšovala sebasúcit a znižovala sebakritickosť u participantov a tento efekt pretrvával aj dlhodobo (Halamová, 2018). Dokonca EFT-SCP zlepšovala nielen skóre vo sebvýpovedových dotazníkoch ale aj fyziologické funkcie u participantov t.j. zvyšovala srdcovú variabilitu tzv. HRV (Halamová, Koróniová, Kanovský, Kenésy Túnyiová, & Kupeli, 2019), respiračnú variabilitu tzv. RRV (Halamová, 2018) a znižovala elektromyografiu tzv. EMG (Halamová, Koróniová, & Kanovský, 2019). Vzhľadom na efektivitu na neklinických vzorkách (Halamová, 2018) sme považovali za dôležité preskúmať efekt tejto intervencie na klinickej vzorke. Ako prvú sme si vybrali vzorku ľudí s depresívnymi symptómami nakoľko je pomerne dobre zdokumentovaný súvis sebakritickosti s depresiou. Greenberg a Watson (2005) ale taktiež Gilbert et. al (2006) zastávajú názor, že sebakritickosť je jedným zo silných prediktorov depresie. Podľa Shahara (2015) je sebakritickosť nielen príčinou ale aj dôsledkom pretože depresia tiež zvyšuje sebakritickosť. Hovoríme teda o takzvanej sebakritickej kaskáde kedy sebakritickosť ničí aj sociálne prostredie ľudí. Sebakritickosť totiž vytvára medziľudský stres (napríklad zapájaním sa do hádok, odťažitosťou či nevrlosťou alebo nevedomky vypýtaním si odmietnutia) a tiež narúša schopnosť ľudí zažiť pozitívne a príjemné životné udalosti (napríklad pobaviť sa s priateľmi, vychutnať si príjemné chvíle alebo úspechy) a mobilizovať sociálnu podporu v čase núdze. Takéto negatívne prostredie slúži ako úrodná pôda pre emocionálne ťažkosti,

ktoré môžu zase ďalej zvyšovať sebakritiku. Navyše excesívna sebakritickosť je považovaná za relatívne stabilnú vlastnosť, ktorá je faktorom vulnerability depresie a ktorá tiež spôsobuje slabú odozvu na jej liečbu (Desgagné, 2019).

Sebakritickosť

Blatt a Zuroff (1992) definujú sebakritickosť ako konštantné a tvrdé skúmanie a hodnotenie seba samého sprevádzané pocitmi bezcennosti, nedostatočnosti, zlyhania a viny. Shahar (2015, s. 5) špecifikuje sebakritickosť ešte detailnejšie ako „*intenzívny a trvalý vzťah so self – sebou samým, ktorý je charakterizovaný 1. nekompromisnými požiadavkami na vysoký štandard výkonu a 2. vyjadrením hostility a pohrdania voči sebe samému, keď tieto vysoké štandardy, ktoré nie sú dosiahnuteľné, dosiahnuté nie sú*“).

Až doteraz väčšina výskumu sebakritickosti je založená (Shahar et al., 2012) na teórii depresívnej zraniteľnosti Blatt (1974), ktorý vidí sebakritickosť z analytickeho hľadiska ako abnormálny a dysfunkčný vývoj introjektu. Blatt určil dva typy depresie – anaklitický (závislý), ktorý sa týka základnej potreby oprieť sa o druhých a tvoriť medziľudské vzťahy s inými ľuďmi a druhý typ introjektový (sebakritický), ktorý sa zaoberá nadmernou tvrdosťou introjektov superega u jedincov so sebakritickou depresiou.

Vnútna reč alebo vnútorný dialóg môže byť vo forme tvrdého až neľútostného sebakritického prejavu, ktorý je jedným z hlavných rizikových faktorov pre všetky druhy psychopatológie nielen depresiu (napr. Cox, Flett, & Stein, 2004; O'Connor & Noyce, 2008). Jej opak, vnútorná reč v se-



**Mária
Heligmanová**

Bc. Študuje na Fakulte sociálnych a ekonomických vied Univerzity Komenského v Bratislave

basúcitnej podobe, funguje ako protilek na sebakritickosť.

Sebasúcit

Podľa Gilberta et al. (2017), je sebasúcit definovaný ako základná láskavosť, spojená s hlbokým vedomím vlastného utrpenia, spolu s priáním a snahou zmierniť utrpenie a predchádzať budúcemu utrpeniu. Komplexnejšiu definíciu ponúka Strauss et al. (2016), v ktorej hovoria o súcite či sebasúcite ako o kognitívnom, afektívnom a behaviorálnom procese pozostávajúcom z nasledujúcich piatich prvkov: rozoznanie utrpenia, pochopenie univerzálnosti ľudskej skúsenosti utrpenia, cítenie empatie voči trpiacej osobe spojenou s emocionálnou rezonanciou s ňou, tolerovanie nepríjemných pocitov prevádzajúcich utrpenie, a motivácia ku konaniu na zmiernenie utrpenia.

Nádejné zistenia priniesla štúdia Diedrich et al. (2014), keďže zistili, že sebasúcit mal vyššiu účinnosť v odstraňovaní depresívnych symptómov než kognitívne prehodnocovanie stavu pacientmi (najmä pri vyšších úrovniach depresie). Výskum (Gilbert

& Procter, 2006) ukázal u participantov Súcitného tréningu mysle významné zníženie depresie, úzkosti, sebakritickosti, hanby, menejcennosti a submisívneho správania. Došlo tiež k významnému zvýšeniu ich schopnosti byť sebaakceptujúci a sebaupokojujúci a zamerať sa na pocity vrelosti a sebaoptvrdenia. V metaanalýze MacBeth a Gumley (2012) zistili signifikantný vzťah medzi sebasúcitom a psychopatológiou. Vyššie úrovne sebasúcitu boli spojené s nižšou úrovňou symptómov mentálnych chorôb, pričom sebasúcit zvyšuje psychickú pohodu, odolnosť voči stresu a naopak, redukuje pocity depresie a úzkosti. Podobne výsledky metaanalýzy Sirois, Kitner a Hirsch (2014) ukázali, že sebasúcit má pozitívny vzťah so zdraviu prospešným správaním. Nedávna metaanalýza tiež ukázala, že existuje kauzálny vplyv sebasúcitu na životnú pohodu (Zessin, Dickhäuser & Garbade 2015).

Hypotézy

Cieľom našej práce je zistiť efekt intervencie the Emotion Focused Training for self-compassion and self-protection (EFT-SCP) na úroveň sebakritickosti a sebasúcitu na vzorke participantov s depresívnymi symptómami. Stanovili sme si nasledovné hypotézy (Halamová, Kanovský, Varšová & Kupeli, 2018):

H1: EFT-SCP signifikantne zvýši mieru sebasúcitného reagovania v intervenčnej skupine v porovnaní s kontrolnou skupinou. U participantov intervenčnej skupiny bude zvýšená miera sebasúcitného reagovania pretrvávajúť aj po dvoch mesiacoch od ukončenia intervencie.

H2: EFT-SCP signifikantne zníži mieru nesebasúcitného reagovania v intervenčnej

skupine v porovnaní s kontrolnou skupinou. U participantov intervenčnej skupiny bude znížená miera nesebasúcitného reagovania pretrvávajúť aj po dvoch mesiacoch od ukončenia intervencie.

H3: EFT-SCP signifikantne zníži mieru neadekvátneho self v intervenčnej skupine v porovnaní s kontrolnou skupinou. U participantov intervenčnej skupiny bude znížená miera neadekvátneho self pretrvávajúť aj po dvoch mesiacoch od ukončenia intervencie.

H4: EFT-SCP signifikantne zníži mieru nenávideného self v intervenčnej skupine v porovnaní s kontrolnou skupinou. U participantov intervenčnej skupiny bude znížená miera nenávideného self pretrvávajúť aj po dvoch mesiacoch od ukončenia intervencie.

H5: EFT-SCP signifikantne zvýši mieru sebatpotvrdenia v intervenčnej skupine v porovnaní s kontrolnou skupinou. U participantov intervenčnej skupiny bude zvýšená miera sebatpotvrdenia pretrvávajúť aj po dvoch mesiacoch od ukončenia intervencie.

METÓDY

Výskumná vzorka

Participantí boli oslovení online prostredníctvom internetových stránok, sociálnych sietí a fór zdravia primárne zameraných na depresiu. Pred intervenciou absolvovali participantí prvé meranie, na základe ktorého boli vybratí 73 participantí (56 žien, 17 mužov, priemerný vek = 33,01, SD = 12,30), s aspoň miernou depresiou. Z hľadiska úrovne depresie podľa PHQ-9 (Kroenke et al., 2001) malo 18 respondentov miernu depresiu (skóre medzi 5–9), 13 strednú mieru (skóre medzi 10–14), 25

mierne vysokú (skóre medzi 15–19) a 17 participantov vykazovalo vysokú mieru depresie (skóre medzi 20–27). Následne boli participantí náhodne rozdelení do intervenčnej a kontrolnej skupiny. Intervenčnú vzorku tvorilo na začiatku 37 ľudí s depresívnymi symptómami a kontrolná vzorka pozostávala z 36 participantov s depresívnymi symptómami. Tesne po skončení intervencie participantí absolvovali druhé meranie v počte 7 participantov z kontrolnej skupiny a 8 participantov z intervenčnej skupiny. Po dvoch mesiacoch absolvovali tretie meranie s nezmeneným počtom – 7 participantov z kontrolnej skupiny a 8 participantov z intervenčnej skupiny. Priemerné skóre v PHQ-9 pre intervenčnú skupinu bolo 11,63 (SD=5.26) a pre kontrolnú skupinu 9.83 (SD=6.43), čiže priemer oboch skupín spadol do strednej miery depresie. Pričom rozdiel medzi nimi nebol signifikantný (Mann-Whitneyho test $U=18.5$, $p=0.505$).

Meracie nástroje

Použitá dotazníková batéria pozostávala z informovaného súhlasu, sociodemografických údajov, škály Foriem sebakritickosti a sebatpotvrdenia (Forms of Self-Criticism/Self-Attacking and Reassuring Scale – FSCRS; Gilbert, Clarke, Hempel, Miles, & Irons, 2004), Škály sebasúcitnosti (Self-Compassion scale – SCS; Neff, 2003) a Dotazník o zdravotnom stave pacienta 9 (Patient Health Questionnaire 9 – PHQ-9; Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001).

FSCRS obsahuje 22 výrokov, ktoré participantí hodnotili na päťbodovej Likertovej škále, pričom 0 znamená vôbec nie ako ja a 4 znamená veľmi ako ja. Pozitívne položky sa vzťahujú na Sebatpotvrdzujúce self (RS

– Reassured self) a negatívne položky na Neadekvátne self (IS – Inadequate self) a Nenávidené self (HS – Hated self). Škála FSCRS v slovenskom preklade je reliabilný a validný nástroj na meranie úrovne sebakritickosti (Halamová, Kanovský & Pacúchová, 2017a; Halamová & Kanovský, 2018). Vnútoraná konzistencia meraná Cronbachovou α (polychorická matica) FSCRS bola v Slovenskom jazyku v rozmedzí 0.81 až 0.87 na štandardizačnej vzorke 1181 participantov a v rozmedzí 0.88 až 0.90 na validizačnej vzorke 778 participantov (Halamová & Kanovský, 2018).

Ďalšia použitá škála SCS obsahuje 26 výrokov, ktoré účastníci výskumu hodnotili na päťbodovej Likertovej škále od 1 po 5, pričom 1 znamená takmer nikdy a 5 znamená takmer vždy. Škála meria sebasúcit v rámci šiestich dimenzií – Sebaláskavosť (SK – self kindness), Sebauposúdenie (SJ – self judgement), Všeobecná ľudskosť (CH – common humanity), Izolácia (IS – isolation), Všímavosť (MI – mindfulness) a Prílišná identifikácia (OI – over-identification). (SCS; Neff, 2003). Škálu SCS v slovenskom preklade (Halamová, Kanovský, & Pacúchová, 2017b; Halamová & Kanovský, 2018) považujeme za reliabilný a validný nástroj na meranie úrovne Sebasúcitného reagovania (SCR) a Nesebasúcitného reagovania (USR). Vnútoraná konzistencia meraná Cronbachovou α (polychorická matica) FSCRS bola v Slovenskom jazyku v rozmedzí 0.86 až 0.87 na štandardizačnej vzorke 1181 participantov a v rozmedzí 0.87 až 0.89 na validizačnej vzorke 861 participantov (Halamová & Kanovský, 2018).

Záver dotazníka bol tvorený škálou na zisťovanie depresívnych symptómov PHQ-9

(Kroenke et al., 2001). PHQ-9 je stručná, seba-výpovedňová škála s 9-timi položkami, ktorá zahŕňa depresívne kritériá DSM-IV spolu s ďalšími hlavnými depresívnymi symptómami, ktoré sa bežne používajú na skrining a diagnostiku a aj na výber a monitorovanie liečby. Participantí hodno-



Bronislava Strnádelová

Mgr., PhD. Pracuje na Fakulte sociálnych a ekonomických vied Univerzity Komenského v Bratislave. Venuje sa psychológii emócií, úspešnosti rozpoznávania tvárových výrazov a sledovaním očného pohľadu – eyetracking.

tia frekvenciu výskytu vybraných prejavov depresie prostredníctvom otázky „Ako často Vás počas uplynulých 14 dní trápila niektorá z nasledujúcich ťažkostí?“ na 4 bodovej Likertovej škále od 0 (vôbec nie) po 3 (takmer každý deň). Prostredníctvom dotazníka je možné určiť závažnosť depresie podľa dosiahnutého celkového skóre. Slovenský preklad škály sa dá nájsť na oficiálnej stránke autorov škály (Dotazník o zdravotnom stave pacienta, 2019).

Procedúra zberu dát a realizácia výskumu

Po prvom meraní a vyhodnotení škály PHQ-9 boli participantí s depresívnymi symptómami (s aspoň miernou depresiou) náhodne rozdelení do intervenčnej a kon-

tronej skupiny. Kontrolná skupina nedostala žiadne ďalšie informácie po dobu dvoch týždňov a po ich uplynutí dostali dodatočný pokyn a opätovné vyplnenie dotazníka pre sledovanie efektu času. Intervenčná skupina po dobu 14 dní dostávala každé ráno o 6:00 e-mail s cvičením na daný deň, ktorý obsahoval inštrukciu k samotnému cvičeniu a tiež otázky na reflexiu cvičenia. Otázky na reflexiu boli štyri. Tri sa opakovali v každom cvičení (Ako ste sa cítili pri dnešnom cvičení? Čo ste si uvedomili počas dnešného cvičenia? Čo si z tohto cvičenia odnášate do každodenného života?) a štvrtá otázka bola špecifická pre každé cvičenie. Účastníci výskumu realizovali cvičenia v pohodlí domova v nimi vybratej časti dňa. Vo večerných hodinách participantom, ktorí nevyplnili cvičenie, bol odoslaný e-mail s pripomienkou a prosbou o jeho vyplnenie. Do finálneho súboru boli zaradení iba tí participanti, ktorí urobili všetky cvičenia, čo sme sledovali prstredníctvom online dokumentu, kde mali po skončení cvičenia každý deň napísať krátku reflexiu. Po dokončení intervencie boli participanti intervenčnej aj kontrolnej skupiny požiadaní o opätovné vyplnenie dotazníka a rovnako aj po uplynutí dvoch mesiacov.

Intervencia

Intervencia EFT-SCP prebiehala online formou a trvala 14 dní (Halamová, 2018). Úlohy boli zamerané na zvýšenie sebasúcitú a protektívneho hnevu t.j. schopnosti sa za seba postaviť a nastaviť si hranice aby už viac nedochádzalo k zlému zaobchádzaniu zo strany sebakritika a tiež na zníženie sebakritickosti. Cvičenia na jednotlivé dni boli odlišné a ich sled bol nasledovný:

Cvičenie na prvý deň: „Ako by ste sa postarali o svojho priateľa?“ V tomto cvičení mali participanti popremýšľať o situácií, keď sa ich blízky priateľ cítil zle alebo trpel a čo najpodrobnejšie si predstaviť, ako by naňho reagovali, predstaviť si čo by mu povedali, aký tón hlasu by použili. Následne si mali predstaviť situáciu, keď sa cítili alebo trápili oni. Taktiež mali popremýšľať o tom, ako v takomto prípade na seba reagujú, ako so sebou komunikujú, aký tón na to používajú. Všímať si mali, či sa vyskytuje rozdiel medzi interakciou s trpiacim priateľom a tým, keď trpia oni a predstaviť si, že by sa k sebe v takých situáciách správali tak, ako k najlepšiemu priateľovi. Na záver si mali vytvoriť akčný plán, čo sa chystajú urobiť odlišne, aby sa o seba starali podobne ako o blízkeho priateľa.

Cvičenie na druhý deň: „Emotívne kreslenie sebakritika“. Po príprave pomôcok na kreslenie si mali participanti čo najpodrobnejšie predstaviť tú ich časť, ktorá ich najviac kritizuje, vnútorne napáda, nadáva im a vyčíta im niečo. Mali si čo najpodrobnejšie vyobraziť ako táto ich sebakritická osoba vyzerá, ako na nich hovorí, akú gestikuláciu používa, ako sa tvári, čo presne im adresuje a aký tón používa, aké emócie to v nich vyvoláva a podobne. Po tom, ako si ho sprítomnili ho mali bez cenzúry a uvažovania nakresliť. Nemali uvažovať nad tým, ako to kreslia ani sa snažiť aby ich nákras bol umelecký, iba vyjadriť to čo v danej chvíli cítia až kým ich pocity nezačnú strácať na intenzite. Nakoniec mali zhodnotiť, či je podľa nich kresba hotová, dokončiť ju, zhodnotiť ako na nich vplýva ich kresba a ako sa cítia po tom, čo túto ich sebakritickú časť vyobrazili. Výsledkom kreslenia malo byť spracovanie emócií zo sebakritika prostredníctvom kreslenia.

Cvičenie na tretí deň: „Nácvik NIE“ bolo venované formulácií empatického odmietnutia v prvej osobe jednotného čísla podľa schémy: NIE + EMÓCIE + EMPATIA + KOMPROMIS. Teda mali niečo asertívne odmietnuť, opísať svoje vlastné emócie, stručne vysvetliť prečo danú vec odmietajú, vcítiť sa do emócií druhej osoby a ponúknuť alternatívne riešenie.

Cvičenie na štvrtý deň intervencie bolo: „Negatívna spätná väzba“ a spočívalo vo formulácií negatívnej spätnej väzby podľa schémy JA a EMÓCIE + FAKTY + POTREBY. Participanti si mali spomenúť na situáciu, keď ich niekto kritizoval, alebo im vykonal niečo nepríjemné a následne naformulovať negatívnu spätnú väzbu podľa spomínanej schémy – vyjadrenie emócií v ja jazyku, uvedením faktov – teda opisovaním výlučne situácie alebo správania, nie druhej osoby či jeho osobnosti a nakoniec uvedením toho, čo potrebujú a chcú.

Piate cvičenie bolo venované pamäťovým protektívnym spomienkam. Účastníci sa mali v prvom rade uvoľniť a vytvoriť protektívny postoj tela a výraz tváre. Následne, keď sa cítili pripravení, si mali čo najdetailnejšie vybaviť situáciu z minulosti, v ktorej bol niekto k nim protektívny a nejakým spôsobom sa za nich postavil, či ich obhájil. Po tejto imaginácii sa mali sústrediť a zamerať na senzorické vlastnosti ich spomienky – skúmaním výrazu tváre danej osoby, na jej slová a tón hlasu akým ich hovorí, čo navzájom voči sebe cítia a zamyslieť sa nad celou skúsenosťou a s vďačnosťou ju prijať.

S nadviazaním na protektívne cvičenie z piateho dňa ďalší šiesty deň nasledovalo cvičenie: „Prejavenie protektívneho hnevu“. Prvým krokom cvičenia bolo vybaviť si spomienku, keď ich niekto skritizoval, po-

nížil či zahanbil. Ďalej si mali predstaviť osobu, ktorá sa za nich často postaví, je voči ním podporná, povzbudzujúca a obranná a napísať jej meno. V priamej reči mali napísať, ako by ich táto osoba obhájila, keby s nimi bola v danej situácii a následne ju preformulovať túto frázu, akoby ju vraveli oni. Zamyslieť sa mali nad tým, čo sa deje s ich vnútorným prežívaním keď vravia ako ich obhajcovia a keď sa bránia oni sami a či zaregistrovali medzi týmito dvoma situáciami rozdiel.

Siedmy deň sprevádzalo cvičenie: „Sebaprotektívny jazyk.“ Toto cvičenie spočívalo v celodennom sledovaní ako participanti sami so sebou zaobchádzajú a pristihnúť sa pri neláskavom, nepodpornom, bezmocnom či submisívnom jazyku. Tento jazyk mali potom preformulovať tak, aby bol viac podporný, aby sa za nich postavil a obhájil ich, ako aj ich potreby. Mali priestor na vyjadrenie toho, ako znel ich nepodporný jazyk pri ktorom sa pristihli, ako aj sebaprotektívny jazyk, aký na mieste použili, alebo ako si ho dodatočne pre seba preformulovali.

Cvičenie ôsmeho dňa sa taktiež týkalo sebaprotektivity. Názov tohto cvičenia je: „Sebaprotektivita v každodennom živote“ a účastníci výskumu si v ňom mali vytvoriť zoznam vecí, ktoré už pre seba robia a taktiež zoznam vecí, ktoré by pre seba mohli robiť v budúcnosti, aby sa za seba postavili, obhájili sa a protektívne sa o seba postarali. Oblasti boli nasledovné: Fyzická oblasť, pracovná oblasť, mentálna oblasť, emočná oblasť, vzťahová oblasť, finančná oblasť, spirituálna oblasť, rozvojová oblasť. Neskôr v priebehu dňa, keď cítili, že oni sami alebo niekto iný s nimi zaobchádza zle mali vyskúšať niečo zo svojho vytvoreného

zoznamu a sledovať ako to na nich pôsobí a aké je to príjemné.

Deviaty deň bol prechodom od protektívnej časti k časti zameranej na súcit. Cvičením tohto dňa bolo: „Pamäťové spomienky na súcit“. Prvým krokom cvičenia bolo, aby sa účastníci uvoľnili, sústredili na svoje dýchanie, kým sa ich telo nespomalí a následne ako prípravu na súcitnú imagináciu vytvorí súcitný výraz tváre (napríklad jemným úsmevom), či postoj tela. Keď sa cítili pripravení, mali si vybaviť spomienku na situáciu, keď bol niekto k nim láskavý, cítili jeho emočnú blízkosť, bol pri nich keď im nebolo dobre a prejavil im súcit. Nasledujúci krok spočíval v zameraní sa na senzorické vlastnosti ich spomienky – skúmaním výrazu tváre tejto osoby, slová, ktoré im hovorí a tón, ktorý pri tom používa, sústrediť sa na správanie tejto osoby v danej situácii – či sa ich len dotkla, iba stála pri nich alebo im iným spôsobom pomohla. Nakoniec sa mali zamerať na celkovú skúsenosť a s vďačnosťou ju sledovať a precítiť.

Cvičenie desiateho dňa bolo: „Súcitný list od priateľa“. Písať mali o niečom, kvôli čomu sa cítia nepríjemne, čo mohlo obsahovať rôzne aspekty, napríklad fyzický vzhľad, vzťahové problémy, kariérne neúspechy a podobne. Pokúšali sa byť emocionálne úplne otvorení, úprimní, sledovať aké emócie to v nich vyvoláva a opísať ich presne také aké sú. Nasledujúcim krokom bolo predstavenie si imaginárneho priateľa, ktorý je bezpodmienečne milujúci, akceptujúci, súcitný a presne pozná ich silné aj slabé stránky vrátane tej, ktorú opisovali. Pozná ich život, je veľmi milý a odpúšťajúci. Následne sa mali vžiť do postavy tohto ich priateľa a napísať list sami sebe z jeho pohľadu, zamerané na negatívny aspekt,

za ktorý sa oni sami súdia a trápia. Čo by im napísal, ako by im prejavil súcit, ako by im navrhol určité zmeny, ktoré by mohli urobiť, ale ktoré by zároveň boli sprevádzané porozumením a súcitom. Napísať list tak, aby odrážal jeho dobrotu, akceptáciu a starostlivosť. Po krátkej odmlke účastníci mali opäť vrátiť k tomuto listu, prečítať si ho a precítiť každé jedno slovo a cítiť ako na nich pôsobí súcit. Medzi otázkami na konci cvičenia bola špeciálna otázka: Ako sa váš priateľ pozeral na vašu „chybu“ a čo vám poradil zmeniť?

Cvičenie na jedenásty deň intervencie bolo: „Prejavenie súcitu so sebou“. Toto cvičenie pozostávalo z detailného predstavenia si nedávnej situácie, keď bol na seba účastník kritický a následnej transformácie tejto predstavy na situáciu, že by sa to isté (alebo porovnateľné) udialo malému dieťaťu, ktorého to veľmi bolí a ktoré potrebuje účastníkovu pozornosť a utešenie. Účastník sa mal zamyslieť, ako by toto dieťa upokojil, ako by ho utešil, čo to dieťa od neho potrebuje a napísať to v priamej reči slovo po slove (pre seba). Prípadne sa mohli zamyslieť nad tým, ako inak ako slovami by mu ukázali svoju lásku a súcit. Ďalším krokom bolo, aby si účastník preformuloval tieto slová spôsobom, že v danej situácii utešuje sám seba a slová adresuje sebe. Účastník si mal porovnať pocit, keď hovorí súcitné slová útechy malému dieťaťu a keď ich hovorí sám sebe a zamyslieť sa, či registruje rozdiel medzi týmito dvoma situáciami.

Cvičenie na dvanásty deň: „Sebasúcitný dotyk“ viedlo účastníkov k spoznaniu jedného z jednoduchých spôsobov ako sa utešiť či upokojiť, keď sa cítia zle a to formou dotyku, jemného pohľadania či ob-

jatia alebo jednoduchého položenia ruky na svoje srdce a vnímanie tepla svojej dlane. Ak by sa účastníci cítili pri tomto cvičení neisto, či nevedeli ako postupovať, obsahovalo taktiež pár tipov, ktoré im mohli pomôcť, ako napríklad: Pociťte dotyk ruky na hrudi. Cítite prirodzené stúpanie a klesanie vašej hrude, keď sa nadychujete a vydychujete. Ostaňte s týmto pocitom tak dlho, ako sa vám to páči. Niektorí ľudia sa cítia nepríjemne, keď si dajú ruku nad srdce. Neváhajte a preskúmajte, kde na vašom tele je jemný dotyk pre vás skutočne upokojujúci. Ďalej v cvičení boli uvedené alternatívne formy dotyku, ktoré mohli účastníci vyskúšať, ako napríklad: ruka na líci, vloženie tváre do dlaní, hladenie rúk či tváre, hladkanie vlasov, prepletenie prstov oboch rúk, schúlenie sa do kľbka a podobne.

Trinásty deň sprevádzalo cvičenie: „Sebasúcitný jazyk“, ktoré spočívalo v celodennom sledovaní zaobchádzania sa samého so sebou a pristihnutiu sa pri situáciách, kedy používajú voči sebe neláskavý, nepodporujúci až odsudzujúci jazyk. Následne sa mali pokúsiť tento jazyk preformulovať tak, aby bol čo najviac srdečný, prajný, láskavý, aby ich čo najviac utešil a upokojil. Mali priestor na vyjadrenie toho, ako znel ich neláskavý jazyk pri ktorom sa pristihli, ako aj súcitný jazyk, aký na mieste použili, alebo ako si ho dodatočne pre seba preformulovali.

Cvičenie posledného, štrnásteho dňa intervencie bolo: „Sebasúcit v každodennom živote“. V tomto cvičení si účastníci vytvárali zoznam vecí, ktoré pre seba robia a zoznam vecí, ktoré by pre seba mohli robiť v budúcnosti, aby sa o seba dobre súcitne postarali. Cvičenie bolo rozdelené podľa jednotlivých oblastí a pri každej bola

dodané dve otázky – jedna sa týkala aktuálneho prežívania v danej oblasti a druhá bola zameraná na to, ako by danú oblasť mohli ešte spríjemniť či vylepšiť. Oblasti života boli uvedené nasledovne: Fyzická oblasť, pracovná oblasť, mentálna oblasť, emočná oblasť, vzťahová oblasť, finančná oblasť, spirituálna oblasť, rozvojová oblasť. Neskôr v priebehu dňa, keď cítili, že oni sami alebo niekto iný s nimi zaobchádza zle, mali vyskúšať niečo zo svojho vytvoreného zoznamu a sledovať, ako to na nich pôsobí a aké je to príjemné.

ANALÝZA DÁT

Postup štatistickej analýzy bol nasledovný: najskôr sme overovali deskriptívne štatistiky, a to priemery a smerodajné odchýlky všetkých skupín. Následne sme overovali predpoklady použitia klasických štatistických testov: teda normálne rozdelenie (Shapiro-Wilk test), homogénny rozptyl chýb (Levene test) a prítomnosť extrémnych hodnôt (boxplot test). Ak budú platiť všetky predpoklady, použije sa klasická mixed-effect ANOVA v programe SPSS (Field, 2009, kap. 14). V prípade porušenia predpokladov sa použije neparametrický Brunnerov test v programe R (Brunner et al., 2002), knižnica „nparLD“ (Noguchi et al., 2012). Okrem toho sa vytvoria grafické zobrazenia, a to marginálnych priemerov v prípade ANOVA a relatívnych efektov v prípade Brunnerovho testu, ktoré umožnia vizuálny prehľad prípadných efektov.

VÝSLEDKY

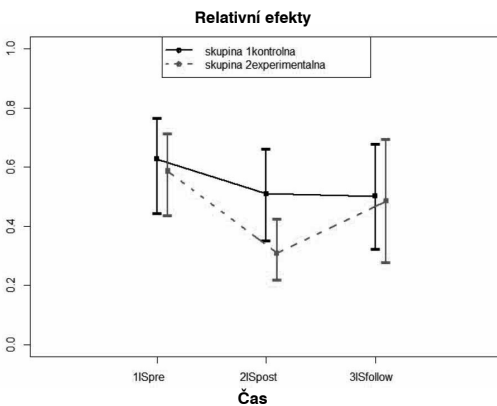
Všetky premenné mali normálne rozdelenie okrem posttestu IS kontrolná skupina, follow-up IS experimentálna skupina, RS posttestu experimentálna skupina, HS pos-

test a follow-up kontrolná skupina. Rozdielne rozptyly chýb sa nevyskytli. Jedna extrémna hodnota sa vyskytla u 5 premenných. Účinnosť intervencie sme testovali pre 5 dimenzií: 3 dimenzie FSCRS (IS, RS a HS) a 2 dimenzie SCS (USR a SCR). Predpoklady klasických testov neboli splnené ani v jednej skúmanej dimenzii, preto sme teda použili Brunnerov neparametrický test.

Škála foriem sebakritickosti a sebaotvrdenia

a) Neadekvátne Self

Brunnerov neparametrický test ukázal, že interakcia nie je signifikantná, $F(1,34, \infty) = 1,20$, $p = 0,287$. Na obrázku 1 sa nachádza znázornenie relatívnych efektov (a ich 95% intervalov spoľahlivosti), ktoré sú propabilistickými mierami veľkosti efektu: efekt je tým vyšší, čím sú ich hodnoty viac vzdialené od hodnoty 0,50 (ide o pravdepodobnosť, že náhodne zvolená hodnota z danej skupiny bude vyššia alebo nižšia než náhodne zvolená hodnota zo vzorky). Upozorňujeme, že tradičné parametrické miery veľkosti efektu (napr. Cohenovo f



Obrázok 1: Relatívne efekty skóre Neadekvátne Self v kontrolnej a experimentálnej skupine

pre parametrickú ANOVA) nie je možné pri týchto neparametrických testoch použiť, pretože ich stupne voľnosti (df), používané pri výpočte, sú korigované.

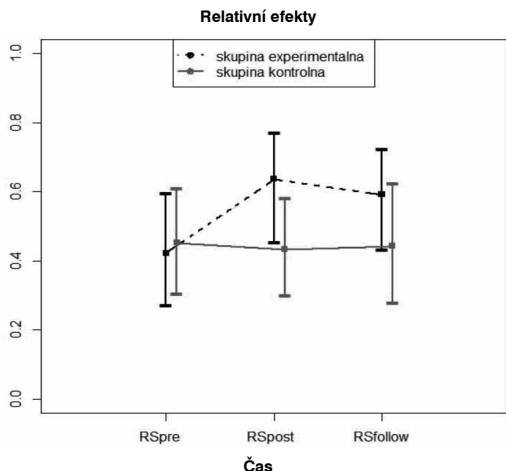
Obrázok 1 ukazuje, že v experimentálnej skupine sa skutočne po intervencii znížilo skóre IS, avšak po 2 mesiacoch má tendenciu smerovať k pôvodným hodnotám. V kontrolnej skupine tiež mierne kleslo skóre IS, čo sa dá zrejme pripísať senzitivizácii testom. Ukázalo sa teda, že interakcia vykazuje kvadratický efekt: skóre v experimentálnej skupine sa síce znížilo, no po 2 mesiacoch sa vrátilo k pôvodným hodnotám, takže intervencia má dlhodobu slabší účinok. Možno teda konštatovať, že v prípade skóre Neadekvátne Self bola intervencia krátkodobo účinná, no z dlhodobého hľadiska je efekt slabý.

b) Sebaotvrdzujúce Self

Brunnerov neparametrický test ukazuje, že interakcia je signifikantná, $F(1,98, \infty) = 3,16$, $p = 0,043$. Obrázok 2, zobrazujúci relatívne efekty ukazuje, že v experimentálnej skupine po intervencii stúplo skóre Sebaotvrdzujúce Self a udržalo sa, no tento efekt je veľmi malý (interval spoľahlivosti obsahuje hodnotu 0,50). Dá sa teda konštatovať, že intervencia meraná podľa skóre Sebaotvrdzujúce Self bola účinná, a to aj v dlhobejšom meradle, no veľkosť efektu je veľmi malá, takže výsledok bude potrebné overiť na podstatne vyššej vzorke, aby sa dal generalizovať.

c) Nenávidené Self

Brunnerov neparametrický test ukazuje rovnaký výsledok ako v prípade skóre Nenávidené Self: interakcia nie je signifikantná, $F(2, \infty) = 1,07$, $p = 0,342$. Obrázok 3



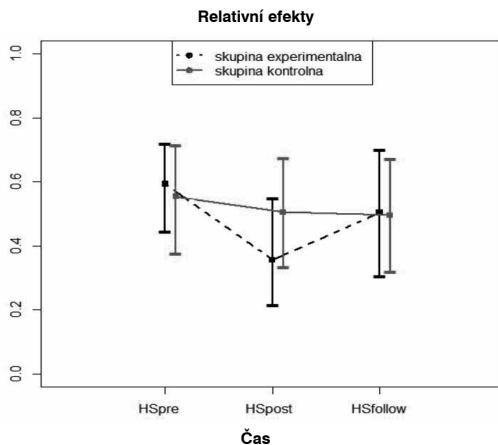
Obrázok 2: Relatívne efekty skóre Sebatvrdzujúce Self v kontrolnej a experimentálnej skupine

ukazuje, že v experimentálnej skupine sa síce po intervencii veľmi mierne znížilo skóre Nenávidené Self, no po určitom čase sa vrátilo na pôvodnú hodnotu. Možno teda konštatovať, že v prípade skóre Nenávidené Self bola intervencia účinná iba krátkodobo a s veľmi malou veľkosťou efektu.

Škála sebasúcitú

a) Súcitné reagovanie

Brunnerov neparametrický test ukázal, že interakcia rozdielov medzi skupinami a časom meraní je signifikantná, $F(1,87, \infty) = 5,37, p = 0,006$. Obrázok 4 ukazuje, že v experimentálnej skupine sa skutočne po intervencii zvýšilo skóre, no z dlhodobého hľadiska sa vracia späť. Veľkosť efektu v postteste v experimentálnej skupine (0,70) bola síce štatisticky signifikantná (interval spoľahlivosti 0,53–0,82 neobsahuje hodnotu 0,50), no tento efekt je celkovo malý. Možno teda konštatovať, že v prípade skóre Súcitné reagovanie bola intervencia krátko-

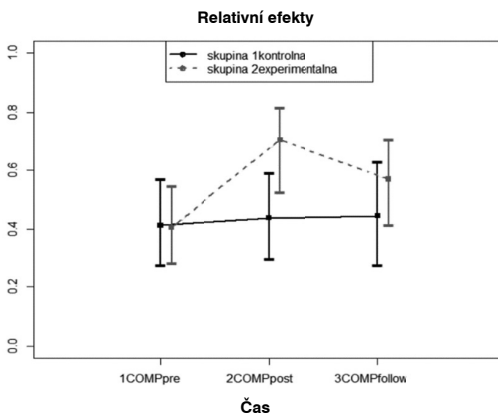


Obrázok 3: Relatívne efekty skóre Nenávidené Self v kontrolnej a experimentálnej skupine

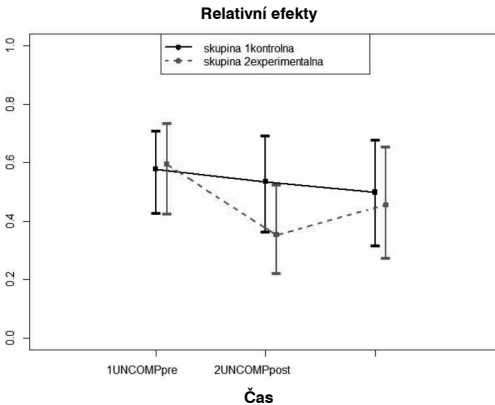
dobu účinná, no z dlhodobého hľadiska sa efekt vytráca.

b) Nesebasúcitné reagovanie (USR)

Brunnerov neparametrický test ukázal, že interakcia rozdielov medzi skupinami a pretest/posttest/follow-up nie je signifikantná, $F(1,73, \infty) = 1,48, p = 0,230$. Obrázok 5 ukazuje, že v experimentálnej skupine sa



Obrázok 4: Relatívne efekty skóre Súcitné reagovanie v kontrolnej a experimentálnej skupine



Obrázok 5: Relatívne efekty skóre Nesebasúcitné reagovanie v kontrolnej a experimentálnej skupine

síce po intervencii znížilo skóre Nesebasúcitné reagovanie, no po určitom čase sa opäť vracia na pôvodnú hodnotu. Možno teda opäť, že aj v prípade skóre Nesebasúcitné reagovanie bola intervencia krátkodobo účinná, no z dlhodobého hľadiska je efekt tiež slabý a vytráca sa.

DISKUSIA

Cieľom našej práce bolo zistiť, či 14 dňová online intervencia EFT-SCP vedie k zníženiu sebakritickosti a zvýšeniu sebasúcitu u participantov s depresívnymi symptómami. Vzhľadom k uvedeným výsledkom môžeme konštatovať, že intervencia mala priaznivé účinky na ich úroveň sebasúcitu a sebakritickosti. Celkovo sa ukazuje, že intervencia je síce krátkodobo účinná, no z dlhodobého hľadiska sa efekt oslabuje (aj keď sa ani po 2 mesiacoch úplne nestráca a stále zostal vyšší ako na začiatku intervencie). Bolo by potrebné v budúcom výskume preskúmať, či väčší efekt zotrva po ešte dlhšom čase, prípadne sa dá variovať dĺžka intervencie a sledovať aká dĺžka je optimálna pre zachovanie aj dlhodobého efektu

intervencie. Ďalšou alternatívou budúceho výskumu by bolo aj zaradenie niektorých stratégií na zvýšenie účasti participantov ako napríklad posilňovacie sedenie tzv. booster session (Gearing, Townsend, Elkins, El-Bassel, & Osterberg, 2014) a overovanie či takýto výskumný dizajn napomôže vyššej účasti na intervencii až do jej konca. Tiež nadväzujúc na výsledky by sa mohlo sledovať efekt intervencie s ešte jedným meraním s odstupom od follow-up testu pre sledovanie tendencie poklesu efektu intervencie.

Halamová et al. (2018) vo svojej štúdií zameranej na dlhodobý aj krátkodobý efekt EFT-SCP preukázali významný vplyv intervencie na zvýšenie miery sebasúcitu a zníženie miery sebakritiky u neklinickej populácie. Tieto zmeny pretrvávali a odzrkadlili sa aj v meraní po dvoch mesiacoch od ukončenia výskumu (Halamová et. al., 2018). V porovnaní s ich neklinickej vzorkou, sme sa my snažili overiť tento vplyv na klinickej vzorke depresívnych ľudí. Intervencia mala vplyv na mieru sebasúcitu aj sebakritickosti, podobne ako predchádzajúce štúdie využívajúce sebasúcitné techniky (Diedrich et al., 2014; Gilbert & Procter, 2006; MacBeth & Gumley, 2012), no v meraní po dvoch mesiacoch bol efekt miernejší. Z toho vyplýva, že v prípade klinickej vzorky je pravdepodobne potrebné intervenciu predĺžiť, keďže podľa Shahara et al. (2015) zvýšená sebakritickosť, ktorá je charakteristická pre ľudí s depresívnou symptomatológiou, má vplyv na zhoršenú odozvu na medicínsku aj psychologickú liečbu.

Napriek tomu, že efekt slabol, je skutočnosť, že intervencia vykazuje istú efektivitu a že sa jej boli ochotní aspoň niektorí participant s depresívnymi symptómami

zúčastniť je slubné vzhľadom na potenciál využitia online intervencií na liečbu ľudí s depresiou, keďže iba menej ako polovica ľudí, ktorí ňou trpia vo svete, sa naozaj liečia (Reddy, 2010). Online intervencie alebo prípadne využitie mobilných aplikácií ako podpornú liečbu ľudí s depresívnymi symptómami môže pomôcť zvýšiť percento liečiacich sa jednotlivcov.

Hlavným limitom nášho výskumu bol samotný výskumný súbor, ktorý kvôli svojej veľkosti a spôsobu výberu nemôžeme považovať za reprezentatívnu vzorku depresívnych ľudí v rámci Slovenska. Do budúcnosti by bolo preto užitočné tento výskum zopakovať na väčšej vzorke pacientov s depresívnymi symptómami nakoľko vzorka nebola reprezentatívna a teda nemôžeme výsledky zovšeobecniť na všetkých depresívnych pacientov populácie. Nakoľko dotazníková batéria bola zložená z viacerých dotazníkov, mohlo dôjsť ku klesaniu pozornosti venovanej odpovediam, či dôvodom na opustenie výskumu participantom. Rovnako samotná intervencia s nárokom robiť cvičenia každý deň štrnásť dní mohla byť pre participantov s depresívnymi symptómami náročná. Limitom výskumu je aj neposkytnutie účastníkom z kontrolnej skupiny možnosť zúčastniť sa intervencie dodatočne. Predpokladáme, že toto boli dva hlavné dôvody nedokončenia intervencie. Navyše, online intervencie vo všeobecnosti vykazujú vysoký stupeň nedokončenia, ktorý varuje pre blízke diagnózy medzi 43 % až 99 % (Christensen, Griffiths, Korten, Brittliffe & Groves, 2004; Fervolden, Denisoff, Selby, Bagby & Rudy, 2005). Do tohto rozmedzia spadá aj naša intervencia so 80% odlivom respondentov, hoci sa preukázala jej efektívnosť. Prediktory dokončenia in-

tervencie zahŕňajú faktory ako závažnosť ochorenia, dĺžku liečby a chronicnosť, pričom veľmi málo doterajších štúdií skúmalo príčiny predčasného ukončenia intervencií (Christensen, Griffiths, & Farrer, 2009), čo bol aj náš prípad.

ZÁVER

V tomto výskume sme testovali efekt intervencie The Self-Compassion Emotion focused therapy na úroveň sebasúcity a sebakritickosti u depresívnych participantov. Efekt intervencie EFT-SCP týkajúci sa krátkodobého účinku bol potvrdený, no z dlhodobého hľadiska sme zaznamenali pokles efektu intervencie čo je znakom, že intervenciu treba v prípade klinických vzoriek predĺžiť, aby jej efekt pretrval.

Článok vznikl bez konfliktu zájmov. Zpracování článku bylo podpořeno Vedeckou grantovou agentúrou VEGA, grantem číslo 1/0075/19.

ZOZNAM LITERATÚRY

- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist, 61*, 271–285
- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child, 24*, 107–157.
- Blatt, S. J. & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review, 12*, 527–562.
- Brunner, E., Domhof, S. & Langer, F. (2002). *Nonparametric Analysis of Longitudinal Data in Factorial Designs*. Wiley, New York.
- Cox, B., Flett, C. & Stein, M. (2004). Self-criticism and social phobia in the US national cormorbidity survey. *Journal of Affective Disorders, 82*, 227–234

- Christensen, H., Griffiths, K.M. & Farrer, L. (2009). Adherence in internet interventions for anxiety and depression: systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 11(2), e13.
- Christensen, H., Griffiths, K. M., Korten, A. E., Brittliffe, K. & Groves, C. (2004). A comparison of changes in anxiety and depression symptoms of spontaneous users and trial participants of a cognitive behavior therapy website. *Journal of Medical Internet Research*, 6(4), e46.
- Desgagné, G. S. (2019). Moderating Variables in the Relationship Between Self-Criticism and Depression. Master thesis. University of Alberta.
- Diedrich A., Grant, M., Hofmann, S. G., Hiller, W. & Berking, M. (2014). Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 43–51.
- Emotion Focused Therapy for Depression. (2019). Downloaded from: <https://www.div12.org/treatment/emotion-focused-therapy-for-depression/>
- Farvolden, P., Denisoff, E., Selby, P., Bagby, R. M. & Rudy, L. (2005). Usage and longitudinal effectiveness of a Web-based self-help cognitive behavioral therapy program for panic disorder. *Journal of Medical Internet Research*, 7(1), e7
- Gearing, R. E., Townsend, L., Elkins, J., El-Bassel, N. & Osterberg, L. (2014). Strategies to predict, measure, and improve psychosocial treatment adherence. *Harvard Review of Psychiatry*, 22(1), 31–45.
- Gilbert, P., Catarino, F., Duarte, C., Matos, M., Kolts, R., Stubbs, J., Ceresatto, L., Duarte, J., Pinto-Gouveia, J. & Basran, J. (2017). The development of compassionate engagement and action scales for self and others. *Journal of Compassionate Health Care*, (4)4.
- Gilbert, P., Durrant, R. & McEwan, K. (2006). Investigating relationships between perfectionism, forms and functions of self-criticism, and sensitivity to put down. *Personality and Individual Differences*, 41, 1299–1308
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J., N. & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 31–50
- Gilbert, P., Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 353–379
- Greenberg, L. (2010). Emotion-focused therapy: a clinical synthesis. *Focus*, 8, 32–42
- Greenberg, L. & Watson, J. (2005). *Emotion-focused therapy of Depression*. Washington, D. C.: American Psychological Association Press.
- Halamová, J. (2013). *Terapia zameraná na emócie I*. Učebnica. Bratislava: Vydavateľstvo UK.
- Halamová, J. (2018). *Sebasúcit a sebakritickosť. Tvorba a meranie efektu intervencie*. Bratislava: Vydavateľstvo UK.
- Halamová, J. & Kanovský, M. (2018) *Sebasúcit a sebakritickosť. Psychometrická analýza meracích nástrojov*. Bratislava: Vydavateľstvo UK.
- Halamová, J., Kanovský, M. & Pacúchová M. (2017a). Robust psychometric analysis and factor structure of The Forms of Self-criticizing/Attacking and Self-reassuring Scale. *Československá psychologie*. 61(4), 331–349.
- Halamová, J., Kanovský, M. & Pacúchová, M. (2017b). Self-Compassion Scale: IRT Psychometric Analysis Validation and Factor Structure – Slovak Translation. *Psychologica Belgica*. 57(4), 190–209.
- Halamová, J., Kanovský, M., Varšová, K. & Kupeli, N. (2018). Randomised controlled trial of the new short-term online emotion focused training for self-compassion and self-protection in a nonclinical sample. *Current psychology*. Online first publication. doi: 10.1007/s12144-018-9933-4
- Halamová, J., Koróniová, J. & Kanovský, M., (2019). Electromyography, self-compassion and self-criticism changes due to participation in the Emotion Focused Training for Self-Compassion and Self-Protection. Under review.

- Halamová, J., Koróniová, J., Kanovský, M., Kenéšy Túnyiová, M. & Kupeli, N. (2019). Psychological and physiological effects of emotion focused training for self-compassion and self-protection. Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome, 22, 264–279
- Kirby, J. N. (2017). Compassion interventions: The programs, the evidence, and implications for research and practice. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(3), 432–455.
- Kroenke, R. K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613
- MacBeth, A., Gumley, A. (2012). Exploring compassion: a meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 545–552.
- Neff, K. D. (2003). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2, 223–250
- Noguchi, K., Gel, Y., Brunner, E. & Konietzsche, F. (2012). NparLD: An R Software Package for the Nonparametric Analysis of Longitudinal Data in Factorial Experiments. *Journal of Statistical Software*, 50(12), 1–23. doi: 10.18637/jss.v050.i12
- O'Connor, R. C. & Noyce, R. (2008). Personality and cognitive processes: Self-criticism and different types of rumination as predictors of suicidal ideation. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 392–401.
- Dotazník o zdravotnom stave pacienta – PHQ-9. (2019). Retrieved from: https://www.phqscreeners.com/sites/g/files/g10049-256/ff/201412/PHQ9_Slovakian%20for%20Slovakia.pdf
- Reddy, M. S. (2010). Depression: the disorder and the burden. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 32, 1–2. doi:10.4103/0253-7176.70510
- Rice, L. N. & Greenberg, L. S. (1984). *Patterns of change*. New York : Guilford Press, 1984.
- Shahar, B., Carlin, E. R., Engle, D. E., Hegde, J., Szepsenwol, O., & Arkowitz, H. (2012). A pilot investigation of emotion-focused two-chair dialogue intervention for self-criticism. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 496–507.
- Shahar, G. (2015). *Erosion: The Psychopathology of Self-Criticism*. New York: Oxford University Press.
- Sirois, F. M., Kitner, R. & Hirsch, J.K. (2014). Self-Compassion, Affect, and Health-Promoting Behaviors. *Health Psychology*, 34(6), 661–669.
- Timulak, L. & Pascual-Leone, A. (2014). New Developments for Case Conceptualization in Emotion-Focused Therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22(6), 619–36.
- WHO. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization (2017). Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
- Zessin, U., Dickhauser, O. & Garbade, S. (2015). The relationship between self-compassion and well-being: A meta-analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 7(3), 340–364.

Došlo do redakce a přijato k recenznímu řízení 12. 8. 2019. Revidované znění došlo 8. 12. 2019, k publikaci přijato 9. 12. 2019.

JE DŮLEŽITÉ, ABY PACIENTI DIAGNÓZE POROZUMELI

Rozhovor s Lornou Myers, Ph.D., v New Yorku 30. 7. 2019

Lucia Hrešková

Oddělení klinické psychologie, Nemocnice na Homolce, Praha, CZ; lucia.hreskova@homolka.cz

Psychoterapie. 13 (3), 260–264; ISSN 1802-3983

Můžem Vás poprosit o představení psychogenných neepileptických záchvatů (PNES)?

PNES sú záchvaty, ktoré sa podobajú epileptickým záchvatom. Avšak v priebehu záchvatu nie je zjavná žiadna epileptická aktivita. EEG vlny sú normálne, ale klinicky pôsobí správanie pacienta ako pri epileptickom záchvate.

Ako ste sa dostali ku klinickej práci s pacientmi s diagnózou PNES?

Študovala som psychológiu v Argentíne. Psychológia v Argentíne je zameraná veľmi psychoanalyticky. Na začiatku štúdia som čítala niektoré známe prípady Freuda, ako je napríklad Anna O., Dora K. a iné, ktoré sú svojím spôsobom psychogénne. Bola som fascinovaná týmito pacientmi a chcela som sa im klinicky venovať. Bola som však sklamaná, pretože, keď som sa na týchto pacientov pýtala svojich profesorov, veľa z nich mi odpovedalo, že takýto pacienti už viac neexistujú. Vysvetlili to tak, že hystéria sa rozvinula počas viktoriánskej éry, kedy sexuálne túžby a prejavy boli potlačené. A tie boli následne konvertované na symptómy. Ale teraz žijeme v sexuálne liberálnejšej spoločnosti, teda pacienti s hystériou už viac nie sú.

Po absolvovaní magisterského štúdia psychológie v Argentíne a atestácii z klinickej



Vlevo Lucia Hrešková, vpravo Lorna Myers. Fotografie vznikla během stáže autorky rozhovoru na klinice Northeast Epilepsy Regional Group v New Yorku.

Lorna Myers, Ph.D., je klinická psycholožka a psychoterapeutka, patří ke světovým autoritám v oblasti výzkumu a psychoterapie pacientů s diagnózou PNES. Je autorkou a spoluautorkou mnoha studií a publikací o PNES (například Psychogenic Non-epileptic Seizures: A Guide, 2014).

psychológie, som začala so špecializáciou v neuropsychológii. Pracovala som v epileptologickom programe. A tu som zažila

prekvapenie, keď sme s celým neurologickým tímom pri vizite navštívili pacienta, ktorého nám neurológ predstavil ako pacienta so pseudozáchvatmi. Opýtala som sa ho, čo sú to tie pseudozáchvaty. A keď mi to vysvetlil, bolo jasné, že ide o „Freudovu“ hystériu, ktorá sa vyskytuje aj tu v epileptickom programe. Následne som objavila, že majú takýchto pacientov viac. Celkom 30 % pacientov, ktorí boli hospitalizovaní v našom epileptickom centre, malo tento typ záchvatov (PNES). Začala som sa pýtať, ako budú liečiť týchto pacientov. Odpovedali mi, že po stanovení diagnózy musia odísť z oddelenia, pretože nemajú epilepsiu a na oddelení si potrebujú ponechať voľné lôžka pre pacientov s epilepsiou, nie pre psychiatrických pacientov. Zaujímala som sa, čo sa deje potom. Odpovedali mi, že pacienti, ktorí vyhľadali nejakého odborníka pre duševné zdravie, pravdepodobne v priebehu stretnutia mali záchvat, v tom okamihu psychiater/psychoterapeut neveril, že pacienti majú neepileptické záchvaty a poslal pacienta znova za neurológom. A to sa opakovalo dookola. Povedala som, že som ich klinický psychológ a zároveň neuropsychológ vo výcviku, ale rada by som sa venovala týmto pacientom. A tak to začalo. Povedali mi, že budú len radi. A keď sa neurológovia dopočuli, že je tu nejaká klinická psychologička, ktorá chce pomáhať pacientom s diagnózou PNES, začali mi týchto pacientov posilať do ambulancie. A to je aj dôvod, prečo sme založili PNES skupinu.

Aké by mali byť prvé kroky, ktoré by sme mali ako psychológovia urobiť pri klinickej práci s pacientmi s diagnózou PNES?

V úvode je veľmi dôležité uistiť sa o správnosti diagnózy, pretože mnohí pacienti sa v súčasnosti diagnostikujú sami na základe informácií na internete. Vždy pacientovi poviem, že pre potvrdenie diagnózy je potrebné, aby navštívil neurológa, epileptológa, absolvoval video EEG monitoráciu, pokiaľ je v danej krajine dostupná. A až potom, keď je potvrdená diagnóza PNES, môžeme začať s pacientom pracovať. Následne, keď sa s pacientom stretne pri psychoterapii, je potrebné sa uistiť, či pacienti diagnózu rozumejú. Je dôležité venovať niekoľko úvodných stretnutí psychoedukácii.

Prečo sa u niektorých obetí traumy objaví závažná PTSD symptomatika a PNES? Posledné štúdie hovoria o teórii emočného spracovania. Čo si o tom myslíte?

PTSD symptomatika sa môže rozvinúť u kohokoľvek, kto prežil nejakú životnú traumu. Pacienti s PTSD, ktorí k nám prichádzajú, zažili v priebehu celého života stovky až tisícky traumatických zážitkov. Často to je incest, násilie a mnohé iné traumatické udalosti. U tejto skupiny pacientov je pochopiteľné, prečo sa u nich rozvinula symptomatika PTSD až PNES. Ale máme taktiež inú skupinu pacientov, ktorí (a to nechcem minimalizovať) zažili jednu traumatickú udalosť, alebo záťažové momenty trvali v ich živote podstatne menej ako u tých, ktorí zažívali desiatky rokov napríklad incest. A práve u tejto skupiny pacientov si myslím, že emocionálna regulácia zohráva dôležitú rolu pri rozvoji niečoho tak vážneho ako je ochorenie PNES spolu so symptomatikou PTSD. Myslím, že v prežívaní týchto pacientov je tendencia k disociácii ako obrannému mechanizmu už z akýchkoľvek dôvodov. Avšak nedokážem

presne odpovedať, prečo sa u niekoho rozvinie ochorenie PNES. Je to pre nás stále otázkou. Rozumieme, prečo sa u niekoho rozvinie PTSD, ale PNES je veľmi extrémny symptóm. Sú teórie, ktoré poukazujú na to, že pacienti s PNES boli svedkami záchvatov u druhých, a tak sa naučili toto správanie, ale nie každý z pacientov bol svedkom záchvatov a taktiež nie u každého, kto bol svedkom záchvatov, sa rozvinulo ochorenie PNES.

Individuálna a skupinová psychoterapia u pacientov s diagnózou PNES: Ako pozvať do programu pacientov? Ako začať terapeutický program?

Vždy, keď začíname terapeutický program, je dôležité, aby pacienti rozumeli diagnóze. Takže prvé stretnutia sú o tom, že otvoríme tému a vnímame, ako reagujú na diagnózu. Či ju akceptujú, či jej rozumujú, sú nahnevaní z takého diagnostického výsledku, alebo sú zmätení. Ako reaguje ich rodina na túto zmenu diagnózy, často z epilepsie na PNES. Teda nechávame ich slobodne vyjadriť, čo sa v nich odohráva. Až následne začíname s psychoedukáciou o tom, čo vieme o PNES my. Môj prístup je taký, že všetko, čo viem o PNES, im poviem. Často im predstavím štatistiku, hovorím o rôznych rizikových faktoroch, ktoré poznám. Vždy im zdôrazním, že jednotlivé fakty nemusia byť totožné s ich vlastnou skúsenosťou, sú to poznatky, ktoré poznáme my. Je potrebné sa pacientov pýtať a zapájať ich do procesu, ponúkať im príklady a tiež žiadať príklady od nich, pretože sa chceme dozvedieť čo najviac. Je dôležité, aby boli schopní rozpoznať niektoré z kľúčových udalostí vo svojom živote. Následne, na základe týchto poznatkov, sa s nimi môže-

me dohodnúť na cieľoch psychoterapie, na čom budeme pracovať, na čo sa zameriame.



Lucia Hrešková

Mgr., Ph.D. V disertačnej práci sa venovala diagnostike emočnej regulácie a psychoedukácii pacientů s diagnózou PNES pod vedením doc. PhDr. Lenky Krámské, Ph.D. Absolvovala stáž v Northeast Epilepsy Regional Group, programu pro pacienty s diagnózou PNES, pod vedením Lorny Myers, Ph.D. v New Yorku.

Sú nejaké rozdiely v psychoterapii pacientov s diagnózou PNES a súčasne s PTSD a u pacientov s PNES bez PTSD?

Áno, podľa mňa je v tom rozdiel. Ak hovoríme o PNES akoby o dáždňikovom termíne, máme rôzne podskupiny PNES, hoci termín PNES používame u všetkých pacientov, ktorí majú neepileptické záchvaty. Avšak máme pacientov s diagnózou PNES, ktorí majú rôznu psychiatrickú komorbiditu, napríklad s vážnou depresívnou symptomatickou, úzkostnou symptomatickou a potom máme pacientov s jasnou posttraumatickou symptomatickou. Na základe našich výskumov a klinickej praxe sa nám potvrdzuje, že pacienti s PNES a PTSD pozitívne reagujú na typ liečby zameraný na symptómy PTSD. Najpravdepodobnejšie

preto, že ide o kľúčové symptómy v obraze ich ochorenia. PNES je asociované s PTSD. Teda ak liečime posttraumatickú symptomatiku, pozitívne na túto liečbu reaguje aj PNES symptomatika, pretože ide o ďalšie vyhýbavé správanie. To je môj názor, že pacienti s diagnózou PNES a PTSD sú iní, a preto vyžadujú aj odlišnú liečbu.

Pacienti s diagnózou PNES sú často vnímaní ako závislí a v mnohých prípadoch je to skutočne tak. Akým spôsobom ich pozvať k terapeutickej spolupráci?

Jednou z dôležitých vecí je, že sa ich stále pýtam na ciele, ktoré chcú dosiahnuť po ukončení psychoterapie. Overujem si to napríklad tak, že sa ich opýtam: „Ak prestanete mať záchvaty (je to istý druh sugescie), samozrejme, nedokážeme vám to garantovať na 100 %, ale povedzme, že keď prestanete mať záchvaty, ako si svoj život predstavujete, aké sú vaše sny?“ A je potrebné, aby na to pacienti vedeli odpovedať, napríklad, že sa vrátia naspäť do práce, do školy, alebo chcú obdržať vodičský preukaz, chcú byť schopní postarať sa o svoje deti a rodinu. Jednoducho niečo, čo je konkrétne a k čomu sa spolu môžeme dopracovať. A tak sa stávajú väčšmi nezávislými v priebehu liečby. Ak nie sú schopní povedať, čo chcú dosiahnuť a čomu sa chcú venovať po odoznení záchvatov, potom je to celé ťažšie.

Sú všetci pacienti s diagnózou PNES vhodní na psychoterapiu?

Mnoho pacientov s PNES je v odpore, alebo sú uzavretí voči všetkému, čo sa spája s psychiatriou či psychológiou. Takých pacientov je ťažké začleniť do liečby. Často sú to pacienti, ktorých stretneme opäť

po rokoch, pretože im zlyhali všetky ostatné možnosti, navštívili všetkých možných lekárov a skúsili všetky testy. Niekedy sa vrátia o niekoľko rokov úplne vyčerpaní. Sú nahnevaní, že ich diagnóza nie je správna. Rovnako sú to nároční pacienti pre samotných neurológov, tým, že sú nahnevaní a nespolupracujúci. A nie je to ich chyba. Je to spôsob, akým sa chránia. A často, keď sa vrátia do psychoterapie, je im veľmi ľúto, že stratili toľko času.

Sú nejaké špeciálne kritériá, ktoré by mali mať psychoterapeuti spolupracujúci s pacientmi s diagnózou PNES?

Ja si myslím, že takmer každý psychoterapeut môže liečiť pacientov s diagnózou PNES. Je však potrebné poznať túto diagnózu, naštudovať si ju, ale to sú obecné profesijné kritériá, ktoré by mal nasledovať každý psychoterapeut, ktorý sa stretne s ochorením, ktoré dovtedy nepoznal. Odporúčam terapeutom, aby boli pripravení, pretože je to trochu iná diagnóza v porovnaní s inými psychologickými diagnózami, ktoré zvyknú liečiť, práve kvôli prítomnosti záchvatov. Zvyčajne odporúčam zariadiť bezpečnosť v ambulancii. Je dôležité uistiť sa už pred prvým stretnutím, ako záchvaty vyzerajú. Či pri nich padajú a zraňujú sa, ako dlho trvajú záchvaty, pretože niekedy to môžu byť až hodiny, či potrebujú prísť s niekým, kto ich odprevadí. Možno bude potrebné si s nimi sadnúť na podlahu. Podrobné informácie o priebehu záchvatu vám pomôžu predovšetkým v priebehu samotného záchvatu. Dohodnem sa s nimi, či sa ich môžem dotknúť v priebehu záchvatu a na akých miestach, kde to bude pre nich v poriadku. Poviem im, že budem chrániť ich hlavu, takže sa budem musieť dotknúť

ich hlavy. Často sa psychoterapeutické stretnutia kvôli záchvatom prerušia. Ale to nie je nevyhnutné.

Prečo sú pacienti s diagnózou PNES vnímaní často negatívne zo strany ich okolia či zdravotníckeho personálu?

Myslím si, že u časti odborníkov je stále presvedčenie, že títo pacienti záchvaty predstierajú, lebo vyhľadávajú pozornosť, lieky, výhody, napríklad invalidný dôchodok. Povedala by som, že ide o veľmi malú skupinu pacientov s PNES, ktorí majú takéto zámery. Ale tento pohľad sa nejakým spôsobom stal zovšeobecňujúcim pre všetkých týchto pacientov. Ja si myslím, že potrebujeme viac edukovať zdravotnícky personál. Myslím si, že ak porozumejú tomu, ako toto ochorenie vzniká, aké strašné životné udalosti sú za tým, tak potom budú mať iný prístup k týmto pacientom, budú sa na nich pozeráť inak.

V článku „Conversion disorder and the trouble with trauma“ autori Kannan a Craig (2019) predstavujú čitateľovi prehľad súčasnej diskusie o tom, či by sa konverzná porucha mala chápať ako psychogénna alebo namiesto toho zatiaľ nevysvetlená neurologická porucha...

Je to výborný článok. Myslím si, že toto sme už zažili. Ak nepoznáme históriu, je riziko, že sa bude opakovať, že budeme opakovať naše chyby. Aj v minulosti sme boli vo funkčnom nastavení tohto ochorenia s Dr. Charcotom a pred ním som si istá, že boli ďalší. Dr. Charcot hľadal dynamickú léziu, ktorú nikdy nenašiel. Urobil veľa pre hystériu, pretože skutočne pozdvihol

symptómy a ochorenie, ktorému sa dovtedy nevenovala pozornosť. Takže nebezpečenstvo s funkčnou poruchou je v tom, že na jednej strane je možné, že je za tým nejaký neurologický základ u týchto pacientov, ktorý by mohol vysvetľovať, prečo u pacientov dôjde k disociácii, ku trasu tela. Avšak primárnym problémom u týchto pacientov je psychologická báza. Rozhodne je u týchto pacientov prítomná životná nepriazeň, zažitie nešťastia v priebehu ich života a poprieť to, by znamenalo stratiť veľa podstatných informácií o pacientoch, a teda spôsobu, ako ich liečiť.

Čím je pre vás práca s pacientmi s diagnózou PNES zaujímavá?

Myslím si, že sú to najfascinujúcejší pacienti, akých som kedy stretla. Majú symptómy, ktoré spájajú neurológiu so psychológiou. Vyžadujú multidisciplinárny prístup. Každý deň prichádza niekto s iným príbehom a my máme niečo konkrétne, čo môžeme merať - a to sú záchvaty. Pretože na konci liečby je našim cieľom, aby bol pacient bez záchvatov. A prináša to uspokojenie, keď pacient, ktorý mal 10 záchvatov v priebehu dňa, zrazu nemá žiaden alebo má 1 záchvat každé dva týždne. Pretože hoci tieto záchvaty sú neepileptické, aj tak negatívne ovplyvňujú činnosť mozgu. Energia, ktorá je vložená do disociatívnej epizódy, je obrovská a pacienti majú následne často bolesti hlavy aj deň po záchvate a cítia sa vyčerpaní. Pacienti bez záchvatov vnímajú veľké zmeny vo svojom živote, zrazu dobre komunikujú, zlepšila sa ich pamäť, pokračujú v štúdiu alebo v práci a vidieť takéto pokroky, je pre psychológa veľkou posilou v jeho práci.

SEBEREFLEXE JEDNÉ SUPERVIZE

Přednáška proslovena na Supervizní konferenci „Vývoj, změna a růst v supervizi“, konané v říjnu 2019 u Ledče nad Sázavou

Jan Šikl

Psychoterapie. 13 (3), 265–270; ISSN 1802-3983

Motto:

„Třeba tohle je jeden ze základů supervize: pozorovat, relativně neutrálně – zaujatě a nezaujatě, pole supervize, ať už je to jednotlivec či tým a sebe v něm.“

ZÁMĚR

Snad může být jistý **vývoj, změna a růst** právě v tom, že zkusíme prostě pozorovat, reflektovat a sdílet jednu, jakoukoli, supervizi. Bez předvýběru a zaměření. Nevybírat speciální téma, ukázkové fenomény, ukázkový úspěch či ukázkové selhání.

„Tuhle jednu supervizi budu pozorovat a uvidím, co uvidím“. Je to takový synchronistický přístup, podívat se jak, a jestli vůbec, dávají smysl věci, které se vyskytly v jednom poli v jednom čase. Četl jsem Jungovu knihu o synchronicitě a pár vteřin měl i pocit, že rozumím. Staví tam společný výskyt věcí v poli v určitém čase a jejich smysl oproti kauzalitě a její logice, kterou „trénujeme“, odkdy jsme živí. Zkusím vyjít z takového synchronistického pozorování.

Pak se ale asi neudržím a zkusím pozorovat svá pozorování a něco si o tom „kauzálně“ myslet.

Prostě reflexe jedné supervize bez předchozího záměru, jeden člen druhu, N=1, jeden den Ivana Děnísoviče...

Text je také možné číst jako ztracený deník supervizora. Obsahuje více subjek-

tivní reflexe, myšlenek a pochybností, než reálného obsahu konkrétní supervize. Jestli obsahuje něco jako návod k létajícímu kolu, dost pochybuji, spíše tedy jen „vítejte ve Stínadlech“.

V kruhu na začátku supervize nás sedí asi 10, jeden člověk oznamuje, že odejde v půlce, 9 lidí chybí. Je to velký tým.

Otázky: S jak velkými týmy „to jde podle Vás ještě dělat?“ S kolika chybějícími členy týmu to má smysl ještě dělat? Co děláte, když jich tam tolik není? Zneklidní Vás to? Nějaká speciální opatření? Také máte tolik skepse, že proces supervize lze předat zbytku týmu, který chyběl? Že zápis nepomáhá? Tedy ne dost. A že pak místo procesu, který dělá společnou, třeba i katarzní zkušenost, vzniká katarzní zkušenost, která dělá s týmem nespolečné a nespojitě věci?

Jednoho člena potkám, jak opravuje vodovod v domě a děláme si společně legraci: odkaluje, protože se to ucpává, ty ventily... a že tedy nebude na supervizi, ale vlastně bude, protože je to totéž.

Uznávám, má náhled. A měl by být na supervizi!

A ještě jedna věc se děje tak nějak „před domem“: dělám vedle supervize týmu supervizi řízení vedoucího týmu. Víím, že se to nemá, minimálně nedoporučuje, i já to nedoporučuji, ale dělám to. Proč?

Odpovědi: Moc nemám. Jen reflexi k úva-

ze, kolik absencí unese supervize, aby ještě byla supervizí týmu a neztratila mandát, ještě dříve než sama započne. Můžu se pokusit mimo reflexi a kontrakt proměnit supervizi více v kazuistický seminář, či doporučit, že případová práce lépe snese absence tolika lidí. Někdy zkouším otevřeně kontraktovat, že při takové neúčasti supervize ztratila legitimitu být týmovým procesem.

Nemluví se mi o tom snadno před neúplným týmem, protože už sám je znejistěn svojí neúplností a já jej potřebuji spíše získat pro práci a přesvědčit, že i tak to může být dobrý proces. Hlavně proto, že špatně snáším špatnou supervizi. Potřebuji alespoň základně uspět a neřezat si větev pod zadkem. Na větvi sedí především můj narcismus, můj sebeobraz supervizora. Mívám pocity viny a odpovědnosti, že za ty prachy by to mělo být užitečné a inspirativní... ale dělejte to bez nich!

„Vítejte na své supervizi, přeji Vám užitečnou supervizi“.

„Zkuste být sebereflexivní a zkuste rozpoznat, o čem má tahle supervize být, aby to bylo pro Vás i tým užitečné.“

„Jinak řečeno: na čem byste chtěli pracovat?“

„Buďte egoisti, myslte na sebe, vstupujte do supervize za sebe, jinak to stejně nejde.“

Tým do supervize vstoupit nemůže, a pokud se přeci nějak objeví, tak jen přes jeho jednotlivé členy. Tak, že jednotlivci začnou společně usilovat a pečovat o obnovení společného pohledu. Ale ne konfrontačně, skrze moc a potlačení, ale skrze „kulturu, kterou přináší supervize“. Pak by supervize byla pokusem instalovat do metabolismu týmu speciální kulturu. Kde síla bezpečí, otevřenosti, respektu, naslouchání „jinému a odlišnému“ umožní, že porozumění a ko-

munikace zvítězí nad „lží a nenávisť“, tedy nad méně zralými aspekty nás samých a našich vztahů.

„Zkuste zahlédnout a pojmenovat, kde se Vám něco nedaří, kde ztrácíte energii, motivaci, kde rozpoznáváte nejasné kom-



Jan Šikl

PhDr., Ph.D. Speciální pedagog, psycholog, psychoterapeut, supervizor, psychoanalytik, jungiánský analytik. Pracuje jako terapeut a supervizor v soukromé praxi v Praze.

petence, zmatky v rolích, kde schopnost Vaší komunikace nestačí na Vaše zmatky a nedorozumění...“ Nějak tak je většinou zvu do supervizního procesu.

Reflexe a úvaha: Také mě to tahá za uši, jako by šlo supervizi kontraktovat jen přes negativní, přes to, co se nedaří. Zkoušel jsem to i jinak - přes chválu, zdatnosti a oceňování. Zkoušel jsem to zleva, zprava. Ne-fungovalo to. Vám to funguje? Týmy to většinou moc dlouho nebaví. Mně popravdě také ne. Jako by to nedávalo smysl. Usoudil jsem, že supervize posiluje kompetenci „zdola“.

Tady si ohřeji svoji polívku a zbrkle prohlásím poloviční pravdu, že třeba koučink „shora“ rozvíjí ctnosti a dovednosti. To supervize „zdola“ rozvíjí nedovednosti a slabosti. Z „příznání se k hříchu“, k tomu

co neumím, kde dělám chyby. Z „mea culpa“- vyznávám se... že často hřeším a nekonám, co mám konat... Dost tradiční začátek dynamických procesů změny.

Vážně: Supervize je pomalý metabolicky proces zrání lidské skupiny, stojící na vnitřní změně pohledu a prožívání jednotlivců. Hluboce souvisí s procesem sebezkušenosti ve vlastní psychoterapii, kde se přiznáváme ke svým slabostem, zraněním a chybám. Skrze odvahu být pacientem, nemít moc - integrujeme stín. Supervize nám připomíná, že tento proces trvá, že to není „za námi“, že jsme to nepřerostli a nevytěžili se z toho. **V tom je etika supervize – práce s vlastním stínem.** Znovu a znovu sbírat odvahu nevědět, pochybovat a sdílet. Znova a znova zjišťovat, že mě to neznehodnocuje, alespoň ne tak, jak jsem čekal. Že mě to paradoxně přibližuje druhým v týmu a nakonec zvláště kvalifikuje k porozumění klientovi/pacientovi a vztahu s ním.

Ještě k synchronicitě. Myslím si, že týmové pole je vhodným místem k zahlédnutí takových „synchronistických“ fenoménů. Možná máme my psychoterapeuti a supervizoři velkou kliku, že se pracovně vyskytujeme v oblastech, kde podobné úkazy lze pozorovat - lépe než v Tesku u kasy. Představuji si, že třeba paralelní proces, přenosové jevy, skupinová dynamika, jsou jevy z této studny, odkud lze i ve dne pozorovat hvězdy.

Tým je zkušený, nemusím vyjmenovávat možné směry supervize, formulacemi připomínám, že **supervize je primárně jejich proces a její obsah jejich odpovědností.**

Ticho, není nijak dlouhé, přesto mě nemine častý pocit, kolik ticha potřebuje a unese supervize? Když ticho chybí - hrozí jí, že bude jen reaktivní, netrpělivá, bez ponoru,

bez subjektu, netýmová, nedynamická, interaktivní a povrchní.

Když je tichá moc, promění se tým v dynamickou skupinu. Začne řešit sebe sama. Převáží obrany, objeví se úzkost. Ta se stane nekontraktovaným obsahem supervize, ale ani nemusí být autentickou hloubkou, spíše aktuální skupinovou neurózou. Trochu přeháním, pro ilustraci.

Supervize je ponorka. Kolik já mám rozhodovat o hloubce ponoru? Rád zopakuji a poučím, že obsah a zaměření je jejich.

Ale co když mě něco zajímá více a něco vůbec? Těžký úkol abstinence a neutrality pro supervizora a to ještě zvažují lehčí případ, že to reflektuji a mám jaksí ve vědomí...

Naštěstí ok, lidi mluví, něco reálného od supervizního setkání chtějí. Jsou zaměřeni přiměřeně na druhé, mluví srozumitelně, nejsou to inkoherentní vyznání ani subjektivní zranění. Zajímá je, co a pro koho společně dělají... prostě zralý tým se skutečnými vztahy a společným cílem.

Otázky: Na tom jsem se nepodílel, prostě to mají. Kde to vzali? A kdyby to neměli, co bych si počal, to bych to měl nějak přinést „vysoustružené“ s sebou?

Sbírám témata, většinou vedu takové malé rozhovory a doptávám se. Aby téma získalo slyšitelnost, respekt a zájem ostatních. Jen co začne žít, chytí vítr – pustit!

Už tady je řada pastí. Především, že to bude příliš mezi mnou a členem týmu, že mě v tom bude moc, že se supervize promění nejen v dynamickou skupinu, ale dokonce v individuální terapii ve skupině. Ale jde to dobře, lidé na sebe reagují a navazují, doptávají se sami a tak do téhle pasti, díky nim, nespádnou. Ve společném prostoru supervize se v jednom čase něco

společného vyskytuje. Členové týmu a jejich zakázky jsou v čitateli, ale ukazuje se i společný jmenovatel. Na ten se budu moci zeptat. Vidí ho? A jak mu rozumějí?

Obsahově se objevuje nedobrovolný odchod kolegyně, která byla zástupem na mateřské. Vnímala to jako křivdu, že byla před termín svého odchodu postavena pozdě.

Ukazuje se, že se v tom „koupe“ řada lidí, kteří jsou v přátelství a koalici, či se cítí také ohroženi. Téma se týká vedoucího týmu, který se v celé věci angažoval. Využil možná návratu kolegyně po mateřské, aby se vyhnul kritice a konfrontaci se stávající kolegyní. Řada lidí má pocit, že vyjednával nepřímou, že příchod původní kolegyně uspíšil, odcházející to sdělil pozdě. Také, že kolegyně udělala spoustu dobré práce a nebyla oceněna, že takhle se s ní zamést nemělo. Prostě mnohovrstevné - tak asi na 20 hodin supervize... Lidé opakovaně zmiňují, že rozhodnutí je v kompetenci vedoucího, ale je zřejmé, že zároveň s tématem mají problém. Že tímto sdělením ujišťují sami sebe, že by to také mohli klidně neřešit, protože jim to nenáleží. Je těžké zůstat u kontraktování a neskočit rovnou do dynamiky či řešení. Nechávám téma odhlasovat pro řešení v druhé části supervize a tým se teprve otevírá možnost zabývat se ještě něčím jiným.

Jde to těžko. Opakovaně připomínám až se vrátí k sobě samým a svým původním potřebám a očekáváním. Je otázka, jestli něco takového ještě vůbec jde. Téma zabralo týmové pole. To je myslím i obecný problém, alespoň mně se opakuje: jak se udržet v období obsahového kontraktování? Aby členové „nevyrazili“ za pojmenovaným, afektivně nabitým tématem, ale udrželi fokus u sebe samých a supervize.

Jinak řečeno, aby se udržela „synchronistická“ charakteristika spoluvýskytu témat v jednom čase a místě.

Zpátky k metafoře se zlomkem. V čitateli je různost - zakázek, postojů, důrazů, klientů... Ve jmenovateli je společný jmenovatel: vztažnost ke mně samému. **Čím je to moje? Co to se mnou dělá? Jak já se s klientem cítím?**

V týmovém poli se pak jmenovatel různosti jevů a postojů lomí otázkou po týmu. **Proč se nám to děje? Co to s námi dělá? Jak se k tomu postavit jako tým? Týká se to nějak celku? Cílů? Hodnot? Etiky?** Sjednocujících fenoménů různosti.

Supervize je pak prostor výpočtu zlomku. Lomítko. Zkoušíme spočítat, jak se množství a různost v čitateli lomí společným jmenovatelem. Výsledkem není jen konkrétní výpočet, ale dovednost a kultura, jak se dopočíst výsledku v nových a nových rovnicích, které před lidskou smečkou realita staví.

Druhým tématem, ke kterému se postupně lidé přidávají, je téma „případové“ - klientky, která má jít k závěrečnému rituálu. Členové o tom mají pochybnosti. Téma se ale původně objevuje přes rodiče zmíněné klientky, kteří si na „návštěvák“ přivezli plechovku s nízkoalkoholickým pivem. Byl jim zakázán přístup do TK a je otázkou, jestli jim má být i zakázán vstup na závěrečný rituál klientky. Téma se rozevívá: S kým máme primárně dohodu? S klientem či jeho rodiči? Nelpíme na představě odchodového rituálu, kde rodiče jsou svědky, umanutě? Jako na svatebním obřadu? Kdo povede nevěstu? Nelpíme na představě, že rodiče jsou na rituálu nezbytní, protože se jedná o jakousi „reparaci“ životního příběhu? Nevládneme rituálem podobně, jako vládli mocí a svojí představou rodiče klientů?

To lpění na „naší“ (rozuměj terapeutického týmu) představě, přichází jedné člence velmi zásadní a podezřelé. Formuluje to dokonce tak, že tady se poprvé v TK dostala do takového vnitřního konfliktu. Když se doptávám, sděluje, že mají příliš mnoho šablon, jak co má být, že za klienty příliš přejímají odpovědnost, v blbostech drží kontrolu?: „jeden šumák můžeš mít, dva už je příliš“... tolik kontroly, že jde proti cíli léčby, kterou je samostatnost a ne závislost. Většina mých úvah kolem téhle supervize, krouží kolem kontraktu.

Kontrakt, je brána do města, kterou vstupuje obsah do supervize. Mně v supervizi zajímají ale i fenomény, které přes kontrakt vstoupit nemohou, protože je zadavatel neví a nemůže je tedy mít v zakázce.

Je legitimní, aby se takové fenomény stávaly obsahem supervize? Kudy a jak ale vejdou?

Řekneme týmovému cestujícímu s takovým divným obsahem kufru, aby šel vedle, pošleme k němu speciálního zřízence, či dovolíme, aby takové třaskavé obsahy letěly s námi? Mám jako supervizor vpustit, či vytrýdit to dynamické, nekontraktovatelné harampádí, které zaplavuje vědomý a kontraktovaný obsah supervizního setkání?

Odpověď je pro mě zásadní. Ukazuje, jak rozumím tomu, co v supervizi pomáhá a „dělá“ změnu.

Já věřím, že do supervize mají, a dokonce musí, tyto obsahy pronikat. Že i zde jde o zvědomování nevědomého. Že právě nevědomé části konfliktu mezi členy týmu blokují komunikaci a dohodu. Že často v rovině přenosu, odporu, projekce, idealizace, popření... je tým blokován a nemůže ke svým zdravějším a dospělejším částem.

Pokud je to tak, je zásadní, aby brány kon-

traktu byly spíše dvoustranné „lítačky“. Mají umět detekovat obsah, pojmenovat, doptat se kdo jste a co chcete, oddělit uvnitř a vně, podržet, obsah tyglíku umět ohřívat i nechávat chladnout...

První kontraktující část supervize v tomto případě celkem jasně ukázala na dva okruhy. Nebývá to tak vždy a nejasný mandát se pak táhne zbytkem setkání. U pokročilých týmů lze i takovou „frustraci“ pojmenovávat a sdílet. U méně zkušených a zralých týmů, je však to, že „nedošlo na mé téma“, vnímáno jako zklamání a výtka supervizi, respektive supervizorovi. Ten se pak dostává do pozice rodiče, který nenaplnil očekávání spravedlnosti a dostatku „mléka“ pro všechny. Může trvat delší dobu, než tým takovou infantilní představu supervize přeroste a někdy se může stát i odporem k supervizi. Tým ji vyplivne jako špatné jídlo a kontraktuje další, lepší supervizi, která, pokud by se jí náhodou podařilo splnit nespílitelné - nefrustrovat a nelimitovat, uváže v jiné pasti. Bude pěstovat narcisticky nabubřelého Otesánka a pomáhat bludné nezralosti.

Téma by se mohlo jmenovat Význam frustrace v supervizi.

Bohužel na podobnou tendenci často participujeme my supervizoři. Podobně jako my psychoterapeuti. (Měj odvahu říkat já, místo my a oni!) Svoji často ne zcela vědomou potřebou být dobrým „objektem“ - štědrým a nekonečně spravedlivým „rodičem“, „prsem“, či jiným nelimitovaným božstvem. Pak sytím tuto svoji nereflektovanou potřebu skrze to, že sytím potřebu druhých, a můj narcismus kráčí nerušeně ruku v ruce s narcismem týmu. Supervizor se může stát hlavním liturgikem a šamanem vzájemného ukájení.

ZÁVĚR

O druhé části supervize jednoho týmu už to nebude, není čas a prostor.

V první části se povedlo nabídnout supervizi jako **věřohodné místo**, kam lze vkládat očekávání členů týmu. A to na velmi osobní rovině - lidé riskují osobní zranění v podobě odmítnutí či nepochopení. Tímto vkladem osobní křehkosti a otevřenosti supervize získává „zdola“ základní energii a étos pro svůj proces.

Pokud tato křehkost není zrazena, klesá úzkost, roste odvaha, tým se posiluje pochopením a zážitkem blízkosti. Obnovuje se jednota, klesá obava z různosti, vzniká schopnost komunikovat, roste tvořivost... Prostě, jako v každé psychoterapii. Supervize je terapie lidské skupiny.

Čas vypršel, deník je nedokončený, je ale jasné, že návod na létající kolo neobsahuje. Jak jsem říkal: jen Stínadla.

ČSAP – Výcvik v jungovské psychoterapii

Česká Společnost pro Analytickou Psychologii – jungovskou psychoterapii (ČSAP), sídlící v Brně a poskytující výcvikové programy v psychoterapii akreditované pro práci ve zdravotnictví s více než 20letou tradicí bude otevírat **v září 2020 pravidelný čtyřletý kurz výcvikového programu orientovaného na analytickou psychoterapii**. Semináře budou probíhat paralelně v Brně a Praze, většinu seminářů je možné absolvovat také na Slovensku.

Předpokládán je **zájem o jungovskou psychologii**, podmínkou je **ukončené vysokoškolské vzdělání humanitního směru** (či před dokončením), základní orientace v oblasti **psychoterapie** a minimální věk 25 let.

Přihlášení do nově otevíraného běhu výcviku je do **28.2. 2020**. Přijímací pohovory proběhnou na jaře 2020. Další podrobnosti a aktuální informace o výcviku a přijímacím řízení najdete na stránkách csap-cz.eu/vyvcvik. Přihlášení a dotazy k průběhu řízení výcviku rádi přijmeme a zodpovíme na sekretarka.csap@seznam.cz.

POZVÁNKA PRO TERAPEUTY NA DOBRODRUŽNOU CESTU ROZVÍJENÍ VŠÍMAVOSTI

**Benda, J. (2019). Všímavost a soucit se sebou: proměna emocí
v psychoterapii. Praha, Portál.**

Kristýna Drozdová

V září vyšla v nakladatelství Portál kniha Jana Benda Všímavost a soucit se sebou s podtitulem Proměna emocí v psychoterapii. Kniha přináší ucelený pohled na význam emocí v psychoterapii a jejich využití jako základní motor terapeutické změny. Didakticky srozumitelně integruje nové neurobiologické poznatky s prastarým věděním pocházejícím z moudrosti východní psychologie a filosofie.

Měla jsem tu čest být blízko vzniku této původní české knihy s krásným přebalem. A velmi ráda bych ji přiblížila i jiným čtenářům, ať již pocházejí z laické nebo odborné veřejnosti. Jazyk knihy se totiž snaží být dostatečně přitažlivý a jednoduchý natolik, aby nedošlo k redukci vědeckého obsahu sdělení. Text je oživen řadou různých cvičení a kazuistických ukázek z psychoterapeutické praxe, což přispívá čtivosti.

První část knihy **Tři úrovně všímavosti** přibližuje všímavost jako léty prověřenou a praxí vycizelovanou metodu introspekce, která nám poskytuje cenné informace o fungování naší mysli. Všímavost byla nověji objevena neurovědou a je zkoumána za pomoci zobrazovacích metod. A tak se nám vynořuje nový teoretický aparát k pochopení fungování všímavosti na neurobiologické úrovni. Zkoumání všímavosti je zasazeno do celospolečenské vlny, která bývá označována jako „mindful revolution“, kdy se meditovalo doslova téměř všude. Nyní se nacházíme ve fázi vystrážlivění z prvotního nadšení a hledáme rezervovaný postoj a ra-



čionami využiti, který tato kniha přináší. V psychoterapii je všímavost dnes chápána jako trans-terapeutický nástroj, včlenitelný do většiny terapeutických postupů. Tuto autorovu snahu o integraci v divokém moři rozbouřených vod psychoterapie musím ocenit.

Autor popisuje tři úrovně všímavosti a jejího rozvoj, k němuž dochází v průběhu jejího praktikování (meditace všímavosti, mindfulness-based intervention, všímavost v každodenní praxi, rozvoj osobní etiky). Popis jednotlivých úrovní ukazuje přínos

všímavosti pro psychotherapeutickou změnu u našich klientů i v nás samotných. V kapitolách 1–3 autor nejprve ukazuje, že během jednoduchého pozorování nádechu a výdechu nastávají jakoby „mimočodem“ změny postoje k vlastním emocím a vlastně k sobě samotnému. A možná to je na všímavosti nejpozoruhodnější: nemusíte se o nic snažit, jen cvičit a změny nastanou samy. Postupujeme prostě od „tady a teď“, zakotvení se v jediné skutečné realitě našeho těla, přes rozpuštění maladaptivních emočních vzorců směrem k sebezpřesažení. V psychotherapii často vystačíme jen s pouhým zakotvením v tady a teď a v práci na rozpuštění emočních schémat. Sebezpřesažení, kdy přestává být naše mysl ovládána obrannými mechanismy, tj. třetí úrovně všímavosti, je možné dosáhnout jen intenzivním meditačním cvičením v ústraní. Právě na této úrovni je dobře patrný rozdíl mezi průběhem, smyslem a cílem psychotherapie a meditační praxe.

Všímavost je pro terapeuta cenným nástrojem, jak ve vztahu k sobě, tak v rámci terapeutického vztahu (kapitola 4). Psychotherapeut má možnost získat základní vhléd do fungování lidské psychiky. Jedině vhléd do vlastních obranných mechanismů nám umožní tyto uvidět i u druhých osob. Autor navrhuje využít praxi všímavosti v tréninku budoucích terapeutů, což je vzhledem k jeho osobním dobrým zkušenostem s meditací a meditačními postupy pochopitelné. Všímavost je skvělou prevencí vyhoření a její kultivace vede podle mnohých výzkumů k nárůstu empatie, soucitu a prohlubuje schopnost akceptovat perspektivu klienta, navázat a udržet terapeutický vztah; poslední uvedené je zcela zásadní obecný faktor psychotherapie, bez ohledu na teoretické zakotvení.

Druhá část knihy **Postoj k prožívanému a narativnímu já** se věnuje lidským emocím. Emoce jsou základním ohniskem psychotherapie, jsou tím, co klienta sužuje, a co jej vede k vyhledávání naší péče. A emoce jsou také cestou, jak si ulevit, jak se uzdravit a jak se změnit. Psychotherapeutická změna nastává prostřednictvím emocí nebo v živné půdě emocí. Podle Greenberga je základní podmínkou změny adekvátní úroveň emočního prožívání. Emoce probíhají v našem těle velmi záhy od narození, postupně si osvojujeme různé emoční stavy a učíme se s nimi zacházet. Emoce jsou taktéž prostředkem komunikace s nejbližšími a jsou základním poutem udržujícím vazbu dítěte a pečovatele. Bez vazby na pečovatele by dítě nepřežilo, je nezbytně nutná pro jeho vývoj. Jenže zároveň je často zdrojem našich pozdějších problémů a někdy i toho, že navštěvujeme psychotherapeuta. Jedno od druhého nelze oddělit.

V prostředí vazby je utvářeno naše Já a jeho živnou půdou jsou právě a zase emoce; emoce sociální a sebeztažné. Kniha dobře ukazuje rozdíl mezi prožitkovým a narativním Já. Tento rozdíl se nám bude hodit během četby dalších kapitol, ale i kdykoliv v psychotherapii s klienty. Autor popisuje, jak vznikají tzv. emoční schémata, shluky nervových spojení mezi emočními prožitky a vzpomínkovými strukturami, pocházející z nejranějších období, uložená na preverbální úrovni v implicitní paměti. Ať již tyto spoje nazveme emočními schémata nebo maladaptivními schémata či obrannými mechanismy, nalezneme popis takových částí naší psychiky ve všech terapeutických přístupech. Toto pojetí má pro psychotherapii trans-diagnostický potenciál.

Jedna z podkapitol ukazuje dynamiku

vzniku emoce studu. Pokud byl stud ústřední výchovnou emocí během socializace, má to zpravidla toxický dopad na utváření emočních schémat. Nelze opominout zařazení empirické části vlastního výzkumu autora knihy a jeho kolegů, kde se můžeme přesvědčit, že nezpracovaný stud je pervazivní charakteristikou pěti různých diagnostických skupin. Emoční schémata nejen komplikují běžný život, ale mohou se stát základem psychických poruch.

Obranné mechanismy (viz kapitola 11) často sloužily k udržení integrity našeho fungování. Emoční schémata byla sebezáchovnými mechanismy adekvátními prostředím, ve kterém byla naše mysl tvarována a utvářena. Obranné mechanismy byly aktivovány, jakmile nebyly z určitého důvodu naplněny naše základní potřeby. Ve chvíli, kdy přestávají sloužit svému původnímu účelu nebo se prostředí kolem nás mění, stávají se tato schémata nejčastěji zdrojem strádání a utrpení. K vysvětlení podstaty těchto psychických fenoménů si autor vypomáhá vysvětlením mentálních znečištění z východní psychologie Abhidhammy, která můžeme zachytit i sami na sobě při meditačním tréninku.

Způsob, jakým zacházíme s emocemi, nazýváme emoční regulací (v kapitole 12). Je to proces, pomocí kterého ovlivňujeme typ emocí, jejich sílu a trvání. Některé výzkumy ukazují, že v rámci psychoterapie dochází k regulaci emocí: implicitní i explicitní, intraindividuální i interindividuální. Autoři výzkumů všímavosti popsali jedinečný způsob regulace emocí pomocí všímavosti, která se liší od klasické Grossovy pětičky (regulace pomocí výběru situace, výběru charakteristik situace, přesměrování pozornosti, přehodnocení situace a modifikace emoční

odpovědi). Všímavá regulace emocí využívá kombinace bottom up procesů (všímavé uvědomění a akceptace) a top down procesů (změna v konceptuálním chápání Já). Z pohledu neurovědy tak elegantně obchází procesy, které stojí za našimi obtížemi – vyhýbání se nepříjemným sebevztázným emocím, aktivaci obranných mechanismů a neúčelné ruminaci neefektivních sebevztázných konceptů. Prvním krokem je uvědomění si pocitů a jejich označování v meditaci i v psychoterapii. Podobné uvědomění a pojmenování v terapii rozpracoval Gendlin ve své metodě Focusing. Dalším krokem je zastavení automatických procesů hodnocení a akceptace pocitů. S postupem času přestávají být obrany vyvolávány a vyhasínají jejich nervová propojení v souladu se základním neurobiologickým pravidlem, že spoje, které nejsou používány, vyhasínají. Jakmile dochází k všímavé bottom up regulaci emocí, expozici nepříjemným emocím a zastavení habituálního vyhýbání se, začíná se spouštět proces všímavé top down regulace emocí. Meditace i psychoterapie postupně mění kognitivní sebevztázná schémata. Některé podněty se nás již přestanou dotýkat, promění se příběhy, které si sami o sobě vykládáme ve své defaultní síti (změní se naše narativní já).

Když jsme se postupně v textu seznámili s dynamikou vývoje emocí a její regulace pomocí všímavosti, přesunujeme se do třetí části knihy, věnované **Psychoterapeutické změně**. Autor nám ukazuje, jak je možno využít nabyté poznatky v psychoterapii a jak můžeme rozvíjet všímavost a soucit u klientů, aniž bychom je museli učit medítovat (jako například v MBSR nebo MBCT). Propojuje koncept emoční ko-

rektivní zkušenosti s Eckerovým pojetím rekonsolidace paměti.

Jako klíčovou v psychoterapeutickém procesu a jako základní předpoklad psychoterapie vidí autor všímavost terapeuta (podrobněji v kapitole 14). Vychází z jednoduché souvislosti, že praktikování všímavosti vede k rozvoji tzv. rogersovských proměnných – autenticity, vřelosti, empatie a bezpodmínečného přijetí. Tyto proměnné na straně terapeuta ovlivňují velkou měrou efekt psychoterapie hodnocený klientem. Všímavý terapeut má vedle toho rozvinutu schopnost přesně a citlivě si uvědomovat procesy probíhající v psychoterapeutickém sezení, sám sebe používá jako diagnostický a terapeutický nástroj. V průběhu jednotlivých sezení podporuje rozvoj všímavosti u klienta pomocí technik, které vytvořili Frýba a Němcová při výcviku satiterapeutů (komentování, kotvení, konkretizace, reflektování a průzkum psychotopu).

Vedlejším produktem tréninku všímavosti je rozvoj vyrovnané laskavosti k sobě a k ostatním, který je možno nazývat soucitem (kapitola 16). Soucitný postoj k sobě a k druhým má hluboký transformativní vliv na mezilidské vztahy. Aktivuje tzv. zklidňující systém, který souvisí s oblastmi aktivními i při empatických prožitcích. Soucit je aktivován systémem péče, definovaný Pankseppem (včetně oxytocinového systému) a systémem ventrálního vagu, popsany Porgesem (systém sociálního zapojení). Nepřekvapí nás tedy, když autor ukazuje, že druhým společným rysem pro sledované skupiny diagnóz vedle přítomné emoce studu, byl nedostatek soucitu se sebou. Tento jev považuje autor za další trans-diagnostický faktor.

Pomocí emoční korektivní zkušenosti lze

ukázat, jak dochází k terapeutické změně. V kapitole 17 autor vysvětluje princip korektivní zkušenosti na základě sekvenčního modelu Pascual-Leoneho a Greenberga, doplňuje ho teoretickým zakotvením v neurovědním vysvětlení změny paměťových stop pomocí rekonsolidace paměti, jejímž autorem je Bruce Ecker. Tento model je dostatečně obecný, aby mohl být akceptován psychoterapeuty bez rozdílu zaměření. Skládá se ze tří kroků: identifikace maladaptivního emočního schématu, aktivace tohoto schématu a jeho propojení s jiným než očekávaným prožitkem, čímž nastává emočně korektivní zkušenost.

Velmi oceňuji doplnění knihy o etické konsekvence prožívání, které přináší kapitola 18. V rámci meditačního tréninku můžeme po určité době vidět, že některé naše skutky vedou s vyšší pravděpodobností k nepříjemnému prožívání. Postupně se takových skutků chceme vyvarovat, a to nás vede k rozhodnutí dodržovat některé etické zásady. Při dalším rozvoji všímavosti se můžeme dokonce rozhodnout tyto skutky nahradit aktivitami zcela opačnými a kultivovat pocity laskavosti, sdílené radosti, soucitu a vyrovnanosti. Tyto postupy pocházejí z východní psychologie a filosofie.

Čtvrtá část knihy **Psychoterapeutické techniky** podrobněji popisuje Gendlinův Focusing (kapitola 19), techniku Krocení démonů v nás (kapitola 20), kterou vytvořil autor knihy spolu s Hájkem, a Pessovu techniku ideálních rodičů (kapitola 21).

Předkládaná kniha Jana Bendy je nabytá vědomostmi, s ohromnou šíří záběru propojuje moderní neurovědní poznatky s prastarou psychologií Abhidhammy i s novými psychoterapeutickými přístupy do koherentního celku. Zprostředkovává univer-

zální trans diagnostický a trans terapeutický pohled na změnu, která se odehrává v rámci psychoterapeutických setkání s klientem. Prezentuje fenomén všímavosti jako dobrodružnou cestu, jako výzvu vyzkoušet ve vyjetých kolejích vlastních terapeutických postupů něco nového. Působí tak občerstvujícím dojmem. Text doplňuje praktickými ukázkami a návody tak, aby byl dobře pochopitelný a použitelný.

CO PRO SEBE MOHOU UDĚLAT PÁRY ZAŽÍVAJÍCÍ POTÍŽE?

Johnson, S. (2018). Držme se pevně. Párová terapie zaměřená na emoce. Praha, Portál.

Vanesa Tóbisová

Anglická autorka a klinická psychologička pôsobiaca v Kanade, Sue Johnson, je hlavnou zakladateľkou párovej terapie zameranej na emócie (EFT – Emotion Focused Therapy). V knižnom bestselleri *Držme sa pevne*, predstavuje práve túto terapiu a to v podobe, ktorá je zrozumiteľná aj pre širokú verejnosť. Kniha slúži najmä ako nástroj svojpomoci pre páry, ktoré zažívajú problémy, ale aj pre tých, ktorí chcú posilniť svoj vzťah a utužiť lásku. V neposlednej rade dielo môže obohatiť aj akademickú obec – je zoznámením sa s „revolučnou silou párovej terapie“:

Kniha sa skladá z úvodu a troch častí.

Úvod je predstavením vzniku a vývinu EFT.

V prvej časti knihy – *Láska v novom svetle* – predkladá Johnson ústredné myšlienky o láske, ktoré sú východiskom EFT a od ktorých je odvíjaný celý obsah diela. „Podstatou romantickej lásky je väzba a vytváranie citového puta. Ide o biologicky danú potrebu mať niekoho, na koho sa môžeme spoľahnúť, milovanú bytosť.“ Lásku nazýva autorka aj ako najvyšší dar evolúcie, ktorý nám poskytuje bezpečné útočisko pred nástrahami života. Ako je v knihe uvedené, potreba lásky a s ňou súvisiacej citovej väzby, je rovnako silná ako potreba potravy, bezpečia či sexu. Dôležitosť tejto potreby demonštrovali najmä výskumy z obdobia raného detstva, kedy je zásadným spojenie dieťaťa s matkou. V dospelosti hľadá človek

bezpečie a citovú blízkosť zväčša v podobe partnerských vzťahov. Autorka argumentuje výskumami, z ktorých vyplýva, že nenadviazanie alebo narušenie citovej väzby v dospelosti sa vo výsledku podobá narušeniu primárnej citovej väzby v ranom detstve. Týmto sa dostávame k tomu, čo vníma Johnson ako hlavný zdroj väčšiny partnerských hádok – narušenie spojenia medzi partnermi a strach z jeho straty. Ak majú partneri medzi sebou vytvorenú silnú citovú väzbu a nepocitujú jej ohrozenie, každodenné hádky sú ako „závan chladného vánku počas slnečného dňa“. Ak však partneri vnímajú vzájomnú väzbu ako ohrozenú, výmeny názorov pôsobia na ich vzťah deštruktívne.

Druhá, najrozsiahlejšia časť, je akýmsi návodom, ako obnoviť toto spojenie a zároveň tak eliminovať vzájomné konflikty partnerov. Ide o jadro diela, ktoré je skoncipované do podoby siedmych rozhovorov, tvoriacich štruktúru EFT. *Sedem transformujúcich rozhovorov* odráža jednotlivé fázy terapeutického procesu, kde dochádza k postupnému odkryvaniu emócií stojacich v pozadí hnevu či vyhybavého správania partnerov. Zo skúseností Johnson hovorí, že medzi tieto emócie patrí najčastejšie strach. Strach, že pre partnera už nie sme dost atraktívny, strach, že ho zaujme niekto lepší, strach z jeho neprítomnosti, odmietania, emočnej uzavretosti. To všetko zastrešuje autorka pojmom strach zo straty citovej

vázby. Najdôležitejším bodom terapie je uvedomiť si ho a spoločne s partnerom pracovať na tom, ako znovu vytvorí bezpečné citové puto.

V prvom rozhovore ide o zachytenie opakovaného vzorca konfliktu, do ktorého sa pár zachytáva. Druhý rozhovor tkvie v hľadaní boľavých miest. Hlavou úlohou jednotlivca je tu zamyslieť sa nad tým, ktoré témy sú pre neho najcitlivejšie a následne to zdieľať s partnerom. Teraz, keď už partneri vedia, ako na seba v konflikte typicky reagujú a dozvedeli sa, v čom je každý z nich najzraniteľnejší, v treťom rozhovore sa pokúsia znovu vrátiť ku svojim konfliktom a porozumieť ich podstate s novým pohľadom. Drž ma pevne – angažovať sa a nadviazať spojenie, je názov pre štvrtý rozhovor, ktorý autorka titulovala za najdôležitejší. Podstatou je vyjadriť partnerovi svoje najintímnejšie a zároveň najdôležitejšie potreby. To dáva druhému priestor reagovať a eventuálne naplniť tieto potreby, čo v konečnom dôsledku obnovuje citovú väzbu. Piaty rozhovor sa týka odpustenia a to konkrétne zranení, ktoré si partneri spôsobili navzájom. Šiesty rozhovor pojednáva o súvislosti emočnej a fyzickej blízkosti. Problém s citovou väzbou sa často odráža aj v sexuálnej oblasti a tak sa ešte viac zväčšuje. Naopak, ak sú si partneri vzájomne citovo blízky, odrazí sa to aj v ich sexuálnom živote, čo spätne posilňuje citovú väzbu. Záverečný, siedmy rozhovor je o posilnení vzťahu a utužení lásky. Autorka tu predkladá rôzne typy, ako si udržať vášeň, radosť a spokojnosť v partnerskom zväzku.

Všetky rozhovory pôsobia dojmom, že za nimi stojí akýsi spoločný základný princíp, ktorým je odhaľovanie najhlbších emócií a potrieb partnerov. Obsahy niekto-

rych rozhovorov sa dosť prekrývajú a môže sa stať, že čitateľ sa ľahko stratí v tom, ktorý z nich práve číta. I keď téma rozhovoru je zakaždým iná, autorka sa často vracia na začiatok – k identifikovaniu strachu zo straty väzby.

Na konci každého rozhovoru je sekcia Návčik a prax, kde autorka poskytuje užitočné vodítka pre aplikáciu daného rozhovoru do čitateľovho partnerského života. Niekedy ide o test, inokedy o adresovanie priamych otázok ako napr.: „Čo bolo negatívnym spúšťačom, ktorý vo vás vyvolal pocit emočného odpojenia?“ V tejto sekcii nájdeme aj nedokončené vety, ktoré si má čitateľ podľa vlastného uváženia doplniť: „Pri poslednom konflikte som pocítoval/a..... Navonok som však dával/a najavo.....“.

V stručnej tretej časti diela s názvom *Sila pevného držania*, venuje autorka pozornosť tomu, aký dopad má silná citová väzba na rôzne aspekty nášho života. Ovplyvňuje naše zdravie, zotavovanie sa z traumatických zážitkov, pôsobí ako korektívna vzťahová skúsenosť a hojí rany z minulosti. V neposlednej rade, silné puto s partnerom ide príkladom pre vlastné deti, rodinu a v konečnom dôsledku má pozitívny dopad aj na spoločnosť ako takú – ak sme emočne prístupný, dokážeme byť empatickejší a altruistickejší.

Celá kniha je postavená najmä na autorčiných dlhoročných skúsenostiach párovej terapeutky. Každý koncept alebo princíp EFT vysvetľuje hneď niekoľkými konkrétnymi príkladmi z praxe. Väčšinou ide o rozhovory párov, na ktorých demonštruje jednotlivé fázy procesu EFT, a z ktorých niektoré fázy pravdepodobne aj odvodila – aspoň takým dojmom to pôsobí. Okrem

vlastných skúseností sa opiera aj o výskumy, medzi ktorými nechýbajú ani poznatky z neurovedných štúdií citovej väzby. Všetky vedecké zistenia sú prezentované veľmi stručne a zreteľne, čo môže niekomu vyhovovať a iní by naopak uvítali viac informácií. Text je poprepletaný aj niekoľkými citátmi umelcov a známych osobností, najmä na začiatku každej novej časti. Autorka píše jasne a zrozumiteľne a čitateľa nezaťažuje množstvom odborných výrazov. Vo všeobecnosti, obsah knihy je predstavený dostupnou a pútavou formou, čo je možné prisúdiť najmä veľkému množstvu partnerských dialógov z autorkinej praxe.

Knihy môže byť pre čitateľa užitočnou, pretože okrem znalostí, ktoré poskytuje, predkladá aj konkrétne návrhy, ako tieto informácie pretaviť do vlastného života. Pre akademickú obec vidím prínos diela v oboznámení sa s novým druhom párovej terapie, ktorá je na rozdiel od ostatných existujúcich, zameraná primárne na citovú väzbu partnerov, považovanú za rovnako dôležitú ako väzba v ranom detstve. Autorkina práca je tak do istej miery priekopnícka a ako sama uvádza, veľká časť párovej terapie je zameraná na rozvíjanie komunikačných zručností páru a na schopnosť riešiť konflikty. Ona prináša iný pohľad na jadro vzťahových problémov – „Pokiaľ sa nezameriame na základnú potrebu spojenia a strach z jeho straty, potom sú štandardné techniky rozvíjajúce komunikačné schopnosti, skúmanie zranení z detstva alebo do-

volenka, scestné a neúčinné“. EFT pôsobí presvedčivo, čoho svedectvami sú desiatky uvedených párových rozhovorov, z ktorých vyplýva, že strach zo straty väzby je naozaj pôvodcom – častokrát veľmi rôznorodých – vzťahových problémov.

Dielo môže miestami pôsobiť tak, že Sue Johnson objavila jedinú, základnú príčinu každého vzťahového konfliktu, alebo aspoň väčšiny z nich. Takéto prezentovanie môže v nejednom čitateľovi vzbudiť pochybnosti. Naozaj sa s partnerom hádame preto, lebo sa bojíme jeho straty? Je dôležité mať na pamäti, že veci sú v živote častokrát omnoho komplexnejšie. Neexistuje univerzálna formulka na život, tak ako neexistuje univerzálna príčina vzťahových problémov a návod na ich nápravu. Nemôžeme však poprieť účinnosť EFT, ktorej dôkazom je 70–75 % spokojnejších párov; po absolvovaní tohto druhu terapie. Páry tiež referujú nižšiu mieru distressu vo vzťahu, ako vyplýva zo štatistiky uvedenej hneď v úvode knihy.

Posolstvo, ktoré si po prečítaní diela čitateľ odnáša teda znie – citová väzba je dôležitá. Chceme sa cítiť v bezpečí, mať oporu a byť milovaní. Ak tieto potreby niečo naruší, cítíme sa ohrození a častokrát sa uchylujeme k primárnym stresovým reakciám. Útočíme, unikáme alebo zamrzujeme. Dostávame sa do začarovaného kruhu partnerských sporov, z ktorého nás môže vymaniť jedna z pomocných rúk – EFT: terapia zameraná na emócie.

Pokyny pro přispěvatele časopisu Psychoterapie (Praxe – Inspirace – Konfrontace)

Délka příspěvků:

Pro rubriky **Teorie, Praxe a Výzkum v psychoterapii** přijímáme texty do maximálního rozsahu 18 normostran (32 400 znaků včetně mezer), u výzkumných studií 23 normostran. Maximální rozsah zahrnuje také abstrakt v češtině a angličtině a seznam použité literatury. Pro rubriku **K diskusi** přijímáme texty do maximálního rozsahu 8 normostran (14 400 znaků včetně mezer). **Recenze knih** přijímáme v maximálním rozsahu 5 normostran (9 000 znaků včetně mezer).

Výzkumné studie a abstrakty strukturujte do oddílů: Problém, Metoda, Výsledky, Závěr.

Příspěvky zasílejte opatřeny:

1. Názvem v češtině (resp. slovenštině) a názvem v angličtině
2. Klíčovými slovy v češtině (3–5) a *key words* v angličtině
3. Abstraktem v rozsahu maximálně 1 000 znaků v češtině a v angličtině
4. Popisem rolí autorů (viz níže „Role autorů“)
5. Seznamem literatury (viz níže „Pokyny pro citování“)
6. Připojte velmi stručný medailon autora v rozsahu maximálně 500 znaků

Ke jménům všech autorů uveďte vždy anglický i český název pracoviště ve formátu *Název instituce* (v případě akademického pracoviště *Název katedry, Název univerzity* NEBO v případě neakademického pracoviště *Název instituce*), *Město, Stát* a e-mailový kontakt na autora, který bude uveřejněn.

Recenzní řízení je oboustranně anonymní. Recenzovány jsou všechny příspěvky kromě krátkých zpráv. Příspěvky jsou posuzovány dvěma recenzenty. Redakce a redakční rada mají právo text odmítnout ještě před recenzním řízením z důvodu nedodržení pokynů pro autory.

Pokyny k formální stránce textů:

Redakce přijímá původní příspěvky v českém jazyce, slovenštině nebo angličtině, které odpovídají odbornému profilu časopisu. Příspěvky jsou přijímány v elektronické podobě ve formátu MS Word

zaslané jako příloha na e-mailovou adresu výkonné redakce psychoterapie@fss.muni.cz.

Stránku textu tvoří 1800 znaků včetně mezer (**zpravidla** 30 řádků při řádkování 2 po 60 úhozech a velikosti písma 12). **Nutné:** Klávesou „enter“ odděluje pouze odstavce. Stránky číslyte. Pro zdůraznění kapitol lze použít dva stupně jejich členění (např. 1. Terapeutický přístup; 1.1. Dosavadní výzkumy).

Všechny obrázky, tabulky, grafy a jiné přílohy posílejte zvlášť – neformátujte je do textu. V něm jen označte místo jejich umístění.

Role autorů:

Před seznamem literatury na konci článku popište **Role autorů** při psaní textu (jak se autoři podíleli na vzniku článku) a **Konflikt zájmů** (např. finanční podpora vzniku článku). Pokud žádný konflikt zájmu není, napište „Bez konfliktu zájmů“. Dobrovolně můžete uvést **Poznámky** (např. poděkování).

Příklad popisu Role autorů:

Výzkumná studie: První autor a druhý autor provedli sběr dat a jejich analýzu a podíleli se na sepsání kapitol Metoda, Výsledky a Diskuse, třetí autor provedl rešerši literatury a podílel se na sepsání kapitol Úvod a Diskuse. Všichni autoři přispěli ke vzniku textu článku a schválili jeho konečnou podobu.

Teoretická studie nebo studie z praxe: První a druhý autor se podíleli na rešerši literatury a psaní kapitol 1 (Úvod), 2 (Teoretická konceptualizace) a 5 (Závěrečné shrnutí). Třetí autor je autorem komentářů z praxe (kapitoly 3 a 4). Všichni autoři přispěli ke vzniku textu článku a schválili jeho konečnou podobu.

Pokyny pro citování:

Prosíme o dodržení následujícího vzoru při citování literatury v textu a sestavování seznamu literatury. Seznam literatury musí být uspořádán abecedně podle příjmení autorů a musí obsahovat všechny zdroje použité v textu. V textu musí být odkazy na literaturu uváděny příjmením autora a rokem vydání práce, při více pracích jednoho autora v jednom roce rozlišujte písmeny malé abecedy (2007a; 2007b). V případě dvou autorů uvádějte oba autory.

Má-li práce tři a více autorů, uveďte pouze prvního autora a zkratku „et al.“ nebo „a kol.“ (zvolte vždy jen jednu zkratku a používejte ji v celém textu).

Všechny odkazy použité v textu musejí být uvedeny také v závěrečném oddílu Literatura.

V seznamu literatury naopak neuvádějte knihy či články, na které se v textu neodkazujete.

V případě knih využívejte následující formát: Autor1, Autor2 a Autor3. (Rok vydání). *Název knihy, podtitul knihy*. Místo vydání: Nakladatel.

V případě časopisů vždy využívejte následující formát: Autor1, Autor2 a Autor3. (Rok publikace). Název článku. *Název časopisu*, Ročník(Číslo), Strany v časopisu.

Lze citovat i zdroje z internetu – vždy s uvedením internetové adresy a data přístupu.

Příklady citací v textu:

Citace práce jednoho autora:

Rogers (1998) tvrdí, že... **NEBO** ... alespoň to tvrdí existenciálně zaměřením psychoterapeuti (Yalom, 2006) **NEBO** (srov. Yalom, 2006) **NEBO** (viz Yalom, 2006)

Citace práce více autorů:

dva autoři: Fonagy a Target (2005) se ve své práci zabývají...

tři a více autorů: Vodáčková a kol. (2002) poukazuje na... **NEBO** Lambert et al. (2001) uvádějí, že...
Zvolte vždy pouze jednu zkratku v celém článku.

Odkazy na několik zdrojů (jména autorů se uvádí v abecedním pořadí):

Na této skutečnosti se shoduje více autorů (Polsterová, 2005; Yalom, 2006).

Přímá citace textu (uveďte stranu, kde se pasáž v původní práci nachází):

Někdy se považuje za důležité připomínat, že „zakladatelé gestalt terapie měli osobní zkušenost... v rámci herectví a výrazového pohybu“ (Mackewn, 2004, s. 165) **NEBO** (Mackewn, 2004:165). *Zvolte jednotně jeden typ uvedení strany v celém článku.*

Příklady záznamů v závěrečném oddílu LITERATURA:

Kniha (uvádějte i podtitul):

Fonagy, P., Target, M. (2005). *Psychoanalytické teorie: perspektivy z pohledu vývojové psychopatologie*. Praha: Portál.

Článek v časopise:

Libiger, J. (2003). Placebo: klamání nemocného, nebo nástroj poznání? *Psychiatrie*, 7(4), 290–300.

Rosenzweig, S. (1936/2002). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12(1), 5–9.

Seligman, M. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study. *American Psychologist*, 50(12), 965–974.

Dva letopočty (tj., Rosenzweig, 1936/2002) uvádějte, jen pokud je důležité zdůraznit rok první publikace textu.

Kapitola v knize nebo článek ve sborníku:

Polsterová, M. (2005). Gestalt terapie: vývoj a využití. In J. Zeig (Ed.), *Umění psychoterapie* (s. 516–533). Praha: Portál.

Etické aspekty

Pokud článek popisuje pokusy na lidech, uveďte, zda studie byla před zahájením schválena místní etickou komisí. U pokusů na zvířatech uveďte, zda byly dodrženy ústavní nebo národní předpisy a směrnice pro chov a experimentální používání zvířat nebo přiložte čestné prohlášení o souhlasu etické komise.

Odesláním rukopisu do časopisu Psychoterapie stvrzujete, že článek nebyl odeslán do další redakce a je určen k publikování výhradně v časopise Psychoterapie.

Pacienti/klienti mají právo na soukromí, které nesmí být porušeno bez jejich informovaného souhlasu. Identifikační údaje nesmí být uvedeny v psaném textu, na fotografiích nebo v rodokmenech, pokud není tato informace nezbytná z vědeckého hlediska a pokud pacient (nebo jeho rodič či opatrovník) neposkytl informovaný souhlas k uveřejnění těchto údajů. V tomto případě musí být pacient obeznámen s rukopisem. Poskytnutí informovaného souhlasu pacientem musí být oznámeno v otištěném článku. (podle: International Committee of Medical Journal Editors [“Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals”] – February 2006).