

PSYCHOTERAPIE

PRAXE – INSPIRACE – KONFRONTACE

PSYCHOTERAPIE – 16. ročník, 2022, číslo 1

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

MUDr. David Holub, Ph.D. – soukromá praxe Praha; Ústav humanitních studií v lékařství, 1. lékařská fakulta UK, Praha; Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno.

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, 1. 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, Olomouc (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

Mgr. Michal Čevelíček, Ph.D. (zástupce šéfredaktora), **Mgr. Anna Ward**, **Mgr. Stanislav Svačinka**

Adresa redakce:

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

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

Uzávěrka čísla 1/2022 byla 14. 3. 2022, recenzní řízení bylo uzavřeno 14. 3. 2022. Vychází v srpnu 2022.

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

The articles are peer-reviewed.

ISSN 1802-3982 (Print), ISSN 2695-0200 (Online) / MK ČRE 18868 (vydávání tiskem ukončeno 2021)

© Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity

Grafické práce a interaktivní pdf: Nakladatelství, grafické studio a tiskový servis Miroslav Všetěčka, Štefánikova 2958,

544 01 Dvůr Králové nad Labem, e-mail: atd.hk@seznam.cz, <http://www.atd62.webnode.cz/>

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

OBSAH / CONTENT

EDITORIAL

Roman Hytych - - - 4

TEORIE / THEORY

Tomáš Andrášik, Barbora Krčmářová: Aplikovaná improvizace, duševní zdraví a psychoterapie – přehledová studie (Applied improvisation, mental health and psychotherapy – research review) - - - 5

Martin Fülep, Ľubor Pilarik, Lukáš Novák, Petr Mikoška: Terapie zaměřená na emoce. Současné trendy a studie účinnosti (Emotion-Focused Therapy. Current trends and efficacy studies) - - - 20

Ivan Pavlovič: Koncept kontejnovania vo vzťahu k psychohygiene psychoterapeuta (The concept of containment in relation to psychotherapist's self-care) - - - 32

VÝZKUM / RESEARCH

Jana Takáčová, Jan Roubal: Vztah významných okamžiků a změny v psychoterapii: Případová studie (Relationship between significant moments and change in the psychotherapy: a case study) - - - 42

Martina Baránková, Adam Karpinský: Efekt tréningu zameraného na emócie sebasúcitú a sebaoprotekcie u jednotlivcov závislých na internete (Effectiveness of emotion focused training for self-compassion and self-protection in individuals addicted to the internet) - - - 55

Bronislava Strnádelová, Júlia Halamová, Andrea Snášelová: Efekt intervencie The Loving Kindness Meditation na úroveň sebakritickosti a sebasúcitú (The effect of The Loving Kindness Meditation intervention on the level of self-criticism and self-compassion) - - - 68

Monika Radimecká, Petra Jeřábková, Adéla Látalová, Pavla Linhartová: Psychometrické vlastnosti české verze Borderline Symptom List 23 (Psychometric properties of the Czech version of Borderline Symptom List 23) - - - 85

DISKUSE / DISCUSSION

Tibor A. Brečka, Zdeněk Fiala: Právní odpovědnost poskytovatele psychoterapie v mimozdravotnických zařízeních a s tím související smrt psychoterapeuta z pohledu práva - - - 102

RECENZE / REVIEWS

Brinkmann, S. (2021). Nesnesitelná rychlost života. Jak zpomalit ve světě, který se řítí kolem nás. Praha: Portál. (Alena Plháčková) - - - 107

Děkujeme za finanční podporu Janu Poněšickému.

I EDITORIAL

Milí čtenáři,

první číslo letošního ročníku si dalo se svým vznikem načas, jsem ale přesvědčen, že díky tomu uzrálo do podoby, která vám přinese inspirativní čtení. Několik textů se věnuje tématu soucitu se sebou samotným. Události posledních roků výrazným způsobem demonstrují existenciální úzkost a potřebu přijetí limitů existence, ke kterému rozvíjení soucitu směřuje a které není nápomocné jen pro klienty psychoterapie, ale i pro samotné psychoterapeuty. Jsem proto rád, že jeden z textů právě na péči o nás samotné nezapomíná.

Vedle ohlášeného přechodu do on-line verze přístupné všem zájemcům o psychoterapii otevírá nový formát časopisu i možnost publikovat texty v angličtině. První vlašťovkou je text autorů Martiny Baránkové a Adama Karpinského, který se věnuje výzkumu efektu tréninku zaměřeného na rozvoj sebesoucitu u jedinců závislých na internetu. V sekci výzkum najdete další tři texty. Článek Jany Takáčové a Jana Roubala představuje případovou studii věnovanou vztahu významných okamžiků a změny v psychoterapii 31letého muže s depresivní symptomatikou a psychosomatickými obtížemi. Jde o názornou ukázkou, jak lze praxi propojit s výzkumem, a jako editora časopisu mne těší rostoucí množství obdobných textů. Výzkum Bronislavy Strnádelové, Júlie Halamové a Andrei Snášelové se též

věnuje tématu sebesoucitu. Autorky se věnují objasnění efektů intervence meditace dobrotivosti na úroveň sebesoucitu a sebkritičnosti. Výzkumnou sekci uzavírá článek brněnského kolektivu autorů zaměřeného na psychometrické vlastnosti české verze dotazníku BSL-23.

Číslo otevírá přehledová studie Tomáše Andrášika a Barbory Krčmářové, který dochází k závěru, že aplikovaná improvizace může být dostupnou a nestigmatizující formou skupinové terapie. Psychohygieně terapeuta se věnuje článek Ivana Pavloviče a jde o téma, které považuji za velmi naléhavé – po vlně pandemie, probíhající válce a záplavě klientů, které čelíme. Ačkoli číslo nebylo zamýšleno jako tematické, objevilo se v něm několik textů věnovaných terapii zaměřené na emoce. Vedle již zmíněných výzkumných textů zde najdete i přehledovou studii od kolegů z Olomouce a Banské Bystrice. Již loni vyšel v oddílu diskuze text věnovaný právním aspektům psychoterapie a jeden najdete i v tomto čísle. Příznám se, že ačkoli mne vědomí konečnosti životem intenzivně doprovází, článek Tibora Břečky a Zdeňka Fialy mi ukázal aspekty, kterým jsem dosud pozornost nevěnoval.

Doufám, že zdržení u posledních dvou čísel časopisu vám nezpůsobilo velké nepříjemnosti, a přeji vám krásný podzim.

1. 9. 2022, Brno, Roman Hytych

APLIKOVANÁ IMPROVIZACE, DUŠEVNÍ ZDRAVÍ A PSYCHOTERAPIE – PŘEHLEDOVÁ STUDIE

Applied improvisation, mental health and psychotherapy – research review

Tomáš Andrášik¹, Barbora Krčmářová²

¹Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity, Brno, CZ

Zázemí – terapeutické centrum, z. s., Brno, CZ; e-mail: andrasikt@gmail.com

²Dobrý tvar – terapeutické centrum, Praha, CZ

Sociální klinika z.ú., Praha, CZ; e-mail: baru.krctmar@gmail.com

Psychoterapie. 16 (1), 5–19; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT:

Studie se věnuje současnému stavu poznání v oblasti využití aplikované improvizace v péči o duševní zdraví a psychoterapii. Článek v kapitolách dva a tři postupně popisuje improvizací divadlo, jeho základní principy a přínosy pro duševní zdraví. V kapitole čtyři autoři představují studie, které mapují užití improvizace jakožto terapeutické intervence s rozličnými cílovými skupinami. Pátá kapitola poukazuje na propojení mezi teoretickými rámci některých směrů v psychoterapii a aplikovanou improvizací, šestá se pak věnuje rozvoji kompetencí samotných terapeutů a pracovníků v pomáhajících profesích prostřednictvím tréninku improvizace. Konečně sedmá kapitola mapuje potenciální rizika spojená s využitím improvizace v psychoterapii. Studie dochází k závěru, že ačkoliv je naše poznání v této oblasti dosud omezené, podle povětšinou pilotních, zahraničních studií má aplikovaná improvizace potenciál být dostupnou, nestigmatizující formou skupinové terapie.

Klíčová slova: improvizací divadlo, skupinová terapie, impro v psychoterapii, ne-

stigmatizující a přístupná terapie, aplikovaná improvizace

ABSTRACT:

The study explores the current state of knowledge in the field of the use of applied improvisation in mental health care and psychotherapy. The article in chapters two and three gradually introduces improvisational theater, its basic principles, and its benefits for psychological well-being. In chapter four, the authors present studies that describe the intentional use of improv as a therapeutic intervention with different target groups. The fifth chapter is devoted to the intersections between psychotherapeutic theory and the practice of applied improvisation. The sixth chapter explores how improv training might contribute to the professional development of therapists and other clinical workers. Finally, the seventh chapter maps the potential risks associated with the use of improv in psychotherapy. The study concludes that although our knowledge in this area is still limited, according to initial foreign studies, applied improvisation has the potential to be an accessible, non-stigmatizing form of group therapy.

Key words: improv theatre, group therapy, improv in psychotherapy, non-stigmatizing and accessible treatment, applied improvisation

1. ÚVOD

Tisková zpráva NÚDZ (2021) uvádí, že se duševní zdraví populace v České republice zhoršuje, a to také v důsledku doznívající pandemie koronaviru¹. Zároveň nedávný výzkum (Kagstrom et al., 2019) poukázal na alarmující *treatment gap* (rozdíl mezi lidmi, kteří péči v oblasti duševního zdraví potřebují a kteří se k ní dostanou) v české populaci. Jednou z výzev psychotherapeutického oboru je poohlížet se po dostupných, nízkoprahových a nestigmatizujících způsobech, jak zprostředkovat psychotherapeutickou péči.

Jednou z takových, prozatím nepříliš známých, intervencí je *aplikovaná improvizace*. Aplikovanou improvizací rozumíme využití tréninku *improvizačního divadla*² v oblastech mimo rozvoj hereckých dovedností a performativního umění, tzn. v péči o duševní zdraví, vzdělávání či v rozvoji organizací. Tento text si klade za cíl před-

stavit české odborné veřejnosti potenciál *impra* pro psychotherapii. Téma doposud téměř nebylo reflektováno v českých odborných textech³. Většina anglicky psaných studií se objevila v posledních deseti letech, mnohé z nich v impaktovaných periodikách. Rádi bychom tímto článkem, jakožto psychotherapeuti s vlastní uměleckou i facilitátorskou zkušeností s improvizací divadlem, informovali o možnostech, které improvizací divadlo přináší do psychotherapie.

Na následujících řádcích krátce představíme tuto formu performativního umění (kap. 2) a popíšeme základní principy divadelní improvizace (kap. 3). Prostřednictvím odborných studií, rovněž ve třetí kapitole, ilustrujeme potenciální pozitivní dopady improvizací divadla na duševní zdraví, ke kterým dochází, aniž by bylo praktikováno s explicitně terapeutickým záměrem.

Čtvrtá kapitola reflektuje výzkumné studie záměrného využití *impra* v psychotherapii v rozličných kontextech. Čtenáři přináší dvě klíčové informace: a) aplikovaná improvizace byla shledána účinnou intervencí v terapii vybraných obtíží v oblasti duševního zdraví; b) z výzkumů (Felsman et al., 2019; Felsman et al., 2020; Phillips Sheesley et al., 2016) vyplývá, že *impro* je nestigmatizující, finančně i organizačně dobře dostupnou formou skupinové terapeutické intervence.

Rostoucí množství zdrojů propojuje praxi improvizací divadla s teorií rozličných psychotherapeutických směrů (kap. 5) a diskutuje možnosti využití jeho metod v profesní přípravě a celoživotním vzdělávání

¹ Výskytu duševních chorob v české populaci se věnoval rozsáhlý průřezový výzkum NÚDZ. V šetření provedeném v listopadu 2017 vykazovalo symptomy duševních chorob 20 % dospělé populace. Opakování výzkumu v květnu a listopadu 2020 prokázalo zvýšení na 30 %, respektive 33 % dospělé populace. Podle dat NÚDZ stoupl oproti předpandemickému období výskyt depresivity a rizika sebevraždy 3x a výskyt úzkostných poruch 2x.

² V textu budeme užívat také zkráceného termínu „*impro*“, který je českým ekvivalentem termínu „*improv*“, jež je v anglicky psané literatuře běžně používán vedle „*improv theatre*“ a „*improv comedy*“. Termínu „*impro* (ang. *improv*)“ se využívá také v kontextu aplikované improvizace.

³ Tématu se ve dvou krátkých kapitolách věnoval jeden z autorů této studie (srov. Andrášik, 2020)

psychoterapeutů, sociálních pracovníků a dalších pomáhajících profesí (kap. 6). Studii zakončuje sedmá kapitola věnovaná zamyšlení nad riziky spojenými s využitím *impra* v psychoterapii.

2. IMPROVIZAČNÍ DIVADLO

Improvisační herectví je založeno na spolupráci jevištních partnerů, spontaneitě a kreativitě. Improvisační průprava spočívá v osvojení klíčových principů improvizace a rozvoji dovedností v oblasti kreativity, pozornosti, naslouchání, hereckých dovedností, schopnosti *vyladění* (ang. *attunement*) se a *spolu-utváření* (ang. *co-creation*) s jevištním partnerem.

Základem pro současnou podobu improvisačního divadla se stalo dílo Violy Spolin (1999/1. vydání 1963). Mezi další významné osobnosti řadíme Keitha Johnstona (2014), autora konceptu *TheatreSports*, či Paula Sillse, Charnu Halpern a Dela Close (viz Halpern et al., 1994), kteří stáli u zrodu Chicagské improvisační scény. V českém textu popsal principy divadelní improvizace ve stejnojmenné publikaci Vasquez (2009). O reáliích rozvoje aplikované improvizace v České republice podrobněji referoval Andrášik (2020, s. 156–7).

Improvisační umělecká tvorba byla ve svých počátcích spojena především s komediálním žánrem, často kratšími scénkami a divadelními hrami⁴. Dnes, po více než půl století existence improvisačního divadla, je paleta žánrů výrazně pestřejší. Většina pozornosti ve výzkumu aplikované impro-

vizace v souvislosti s péčí o duševní zdraví se soustředí na improvisační průprava související s tzv. krátkými komediálními formami (ang. *short forms*).

3. IMPROVIZAČNÍ PRINCIPY A DOPADY IMPROVIZAČNÍHO TRÉNINKU NA DUŠEVNÍ POHODU A ZDRAVÍ

Účinky improvisačního tréninku se dotýkají mnoha dimenzí *well-beingu* a pozitivně k němu přispívají tím, že zvyšují toleranci k neznámému (Felsman et al., 2020; Reid-Wisdom & Perera-Delcourt, 2020), snižují prožívání sociálního stresu a strach ze selhání (Reid-Wisdom & Perera-Delcourt, 2020; Seppänen et al., 2020), posilují schopnost zaměřit pozornost na druhé, naslouchat jim a vytvářet smysluplné vztahy (DeMichele a Kuenneke, 2021; Reid-Wisdom & Perera-Delcourt, 2020; Seppänen et al., 2020), rozvíjejí divergentní myšlení (Felsman et al., 2020), copingové strategie (Schwenke et al. 2020), schopnost adaptace na nové a nepředvídatelné prostředí (Morse et al., 2018; Seppänen et al., 2020), posilují *self-esteem* (Krueger et al., 2019; Schwenke et al., 2020) a otevírají prostor zvědomit si a proměnit myšlenkové a behaviorální vzorce (Phillips Sheesley, 2016; Reid-Wisdom & Perera-Delcourt, 2020). Improvisační intervence jsou využívány napříč věkovými skupinami od teenagerů (Felsman et al., 2019) po seniory (Lindquist et al. 2021; Morse et al., 2018).

Trénink improvizace sestává z principů, které rámuje improvisační interakce. Na následujících řádcích představíme ty, které jsou autory dosavadních publikací považovány za významné v péči o duševní zdraví. Zároveň nabídneme v textu i několik

⁴ Zde „divadelní hra“ ve smyslu „theatre game“, krátká scéna, která je definována nějakou výzvou či omezením pro performery, např. musejí se vyjadřovat ve verších, střídat se ve vyprávění příběhu po jednom slově apod.



**Tomáš
Andrášik**

Mgr., řádný člen ČAP, absolvoval výcvik v integrativní Gestalt terapii (INSTEP). Provozuje soukromou psychoterapeutickou praxi v Brně, kde pracuje s individuálními klienty a skupinami. Působí na Pedagogické fakultě Masarykovy univerzity, kde se zabývá osobnostní rovinou profesní přípravy pedagogů a aplikovaným dramatem. Věnuje se přes deset let improvizacímu divadlu a jeho přesahům.

příkladů improvizčních aktivit založených na těchto principech. Improvizční principy jsou vytvořeny se záměrem poskytnout hráčům bezpečí, jejich respektování vnáší do dramatické situace strukturu, mírní úzkost a ošetřuje potenciální rizika.

Klíčový princip divadelní improvizace je *Ano, a...* (*Yes and...*), který v sobě obsahuje imperativ ke spolupráci, vzájemnému naslouchání a spolu-utváření. „*Ano, a...* znamená, že každý hráč vždy souhlasí a podporuje návrh druhého hráče a vytváření jevištní reality. Návrhy nabízené ostatními hráči jsou přijímány (část „*ano*“) a poté propracovávány (část »... a ...«) (Gale, 2004, s. 3)“. Při uplatňování principu *Ano, a...* vzniká spontánně prostředí, ve kterém lidé mohou zažít bezpodmínečné přijetí (Bermant, 2013; Krueger et al., 2019) a pozitivní atmosféru otevřenosti a důvěry plynoucí ze skupinové koheze a vzájemné

podpory (DeMichele a Kuenneke, 2021; Felsman et al., 2019; Schwenke et al., 2020, Phillips Sheesley et al., 2016). Příkladem využití *Ano, a...* je např. Příběh složený po větách.

Příběh po větách: dvojice, trojice či celá skupina společně vyprávějí příběh, přičemž se střídají po větě a každou další větu začínou slovy „*Ano a...*“

H1: Byl jednou jeden princ...

H2: *Ano*, a ten princ měl rád princeznu.

H1: *Ano*, a tu princeznu si nemohl vzít, protože byla chudá a princův tatínek král si to nepřál.

H2: *Ano*, a tak princezna vyrazila do světa se slibem, že do roka a do dne se vrátí i s věnem.

Dalším principem je *přijetí chyby/chybovosti* jako součásti tvůrčího procesu, a to ve dvou rovinách. Ta první úzce souvisí s principem *Ano, a...*, který dle Seppänen a et al. (2020) zajišťuje, že to, co bychom v běžném kontextu vnímali jako (svou) chybu, je v improvizaci jen „ne očekávané slovo nebo čin, které vedou jiným než očekávaným směrem“ (2020, s. 359). Schwenke et al. (2020) tento princip nazývají *chyby jsou dary*, protože „na jevišti není nic dobře nebo špatně, ale pouze příležitostí. Hráči se učí přijímat vše jako nabídku, a to dokonce i nedorozumění či mentální bloky, a přistupovat k nim jako k inspiracím pro příběh“ (s. 2). To poskytuje hráčům psychologické bezpečí (Seppänen et al. 2020, s. 359). Druhou rovinu představují improvizční cvičení vytvořená s cílem umožnit účastníkům prožít chybu či dokonce učinit z chybování princip hry nebo zdroj humoru. Těmito aktivitami konfrontujeme strach ze selhání (Seppänen et al. 2020), naučené emocionální a behaviorální reakce na „něco, co není tak, jak má být“, ale také rigiditu, perfekcionismus

a soutěživost (Andrášik et. al, forth.). Dovolit si chybovat znamená možnost popustit sebekontrolní mechanismy a otevřít prostor pro spontaneitu a autenticitu.

Slova zpracovaná do příběhu: je cvičení, které rozvíjí schopnost přijmout neočekávané. Jeden hráč vypráví příběh a druhý mu průběžně nabízí slova, která s příběhem nesouvisejí. Úkolem prvního je slova do příběhu zpracovat.

H1: Malý skřítek kráčel po lese a nesl košík malin.

H2: Raketa

H1: Cestou pohlédl pod strom a našel pod ním tenisovou raketu.

H2: Měsíc

H1: Skřítek se zaradoval, protože už za měsíc měl začít tradiční lesní tenisový turnaj, kterého se doposud nemohl zúčastnit, protože neměl potřebné vybavení.

Varianta: namísto slov může druhý hráč nabízet pozice těla.

Hurá, chyba: Pro tuto aktivitu můžeme využít široké spektrum her, jejichž principem je vrstvení stále složitějších pravidel. Zákonitě dochází k tomu, že hráči hru kazí. Komu se chyba podaří, má za úkol udělat radostné gesto (povyskočit se vztyčenými rukama) a zvolat „hurá, chyba“. Protože se tyto hry hrají obvykle v kruhu, přidáváme také radostné oběhnutí/obejití kolečka účastníků.

Zatímco princip *Ano, a...* podporuje spoluutváření, při kterém hráči navazují a reagují na sebe, pro improvizální trénink je typický ještě jiný druh spoluutváření akce, který rozvíjí *vzájemné naladění a synchronizaci* (ang. *togetherness*). Noy et al. (2015) zkoumali prostřednictvím zrcadlení (viz níže) fenomén *being in the zone*, tedy subjektivní zážitky popisované improvizujícími performery. Tyto momenty charakterizuje vysoký výkon, pocit sounáležitosti, jistoty a správnosti konání. Na zá-

kladě srovnání záznamu kardiovaskulární aktivity, pohybových stop a samotnými improvizátory hodnocené míry prožívané sounáležitosti dochází autoři k závěru, že tyto prožitky mají fyziologický a intersubjektivní charakter. Poukazují na podobnost mezi způsobem, jak fyziologicky prožíváme vzájemné naladění v improvizaci a skupinové flow.

Zrcadlení / mirror game: Hráči stojí naproti sobě, nejprve vyzveme jednoho, aby postupně nabízel plynulý pohyb, zatímco druhý se stává jeho zrcadlem a tento pohyb kopíruje. Po výměně rolí vyzveme hráče, aby ani jeden z nich nevedl, ani nenásledoval. Ze vzájemného naladění vyvstává synchronizovaný pohyb. Pro aktivitu je vhodný hudební podklad.

Dalším principem je *fyzikalizace*⁵ (Spolin, 1999, s. 15–17) – podpora fyzického vyjadřování a smyslového kontaktu s prostředím je podle Spolinové klíčovým bodem rozvoje improvizčních dovedností. Důraz na smyslovou perцепci, tělesné prožívání a vyjadřování aktivuje kreativitu (Phillips Sheesley et al., 2016) a umožňuje fenomenologickou exploraci improvizční situace (Andrášik et al., forth.). Fyzikalizace zahrnuje jak uvědomování vlastního těla (například pozice těla jako inspirace), tak jeho využití jako výrazového prostředku (Bermant, 2013). Improvizace je dramatická akce, která má holistickou povahu – směřuje k integraci a navozuje pocit aktéra (srov. Van der Kolk, 2021). „Hraní je zážitek, při němž využíváte své tělo, abyste zaujali určité místo v životě“ (ibid., s. 394).

⁵ Dnes se běžně užívá termínu *embodiment*, za vhodný český překlad považujeme vtělesněnost/vtělesnění (srov. Šíp, 2019).

Kdo/co jsi na...: Hráči se pohybují v prostoru a inspirováni hudbou prozkoumávají různé pozice těla. Když se hudba zastaví, také hráči zamrznou v sochy. Následuje otázka: Kdo nebo co jsi v prostředí, které zvolí průvodce (např. na středověkém hradě). Hráči využijí pozici těla jako inspiraci pro pojmenování své postavy či předmětu a následnou improvizaci.

Spolin (1999) věnuje velkou míru pozornosti také rozvoji *spontaneity*: „Spontánnost je okamžikem osobní svobody, kdy čelíme realitě, vidíme ji, objevujeme ji a podle toho jednáme (Spolin, 1999, s. 4).“ Spontaneita umožňuje autentický a tvořivý kontakt se světem teď-a-tady. Ze spontaneity povstává kreativita a divergentní myšlení reprezentované imperativem „překvap sám sebe i spoluhráče“. Principy improvizací spontánnosti také korelují s Gestalt terapeutickým pojetím zdravého selfingu (Andrášik et al., forth., Garrety, 2020).

Příběh po slově: Hráči vyprávějí příběh po slově, přičemž se snaží reagovat bez dlouhého přemýšlení.

Věc, která to není: Hráči se pohybují v prostoru, chodí od předmětu k předmětu, rukou na ně ukazují, zatímco je pojmenovávají odlišně, např. hráč ukazuje na křeslo a říká „květina“, ukazuje na okno a říká „kniha“. Protože se jedná o individuální aktivitu, vše doporučujeme čtenáři odhlédnout na moment od našeho textu a cvičení si vyzkoušet.

Kouzelné „cokdyby“ (magic „if“, srov. Berman, 2013), respektive *alibi terapeutického dramatu*, (srov. Andrášik, 2020) umožňuje hráči jednat v roli a fiktivní situaci a „stát se tak tím, kým obvykle nebývá (Berman, 2013, s. 3)“. Může tak prozkoumat nové polohy self v rámci dramatických rolí – asimilací těchto zkušeností dochází k rozpínání sebepojetí (Andrášik et al.,

forth.). Příkladem jsou jakékoli rolové hry a fiktivní situace, do nichž účastníci vstupují.

4. APLIKOVANÁ IMPROVIZACE JAKO PSYCHOTERAPEUTICKÁ INTERVENCE

Ve čtvrté kapitole představíme studie a výzkumy, které reflektují využití aplikované improvizace s terapeutickým záměrem. V obecné rovině autoři uvádějí, že trénink improvizace směřuje pozornost k aktivaci zdrojů a vzájemné podpoře, namísto k deficitům a obtížím (Schwenke et al., 2020), a zaměřuje se na pozitivní aspekty terapeutické situace (Phillips Sheesley et al., 2016). Klíčovou roli hraje humor a zábava sdílená v sociální interakci (Bega et al., 2017; Morse et al., 2018; Phillips Sheesley et al., 2016).

Krueger et al. (2019) publikovali replikovatelnou klinickou studii krátkého intervenčního programu nazvaného *Theraprov*⁶, zaměřeného na **psychiatrické pacienty s úzkostmi a depresemi**. Výsledky vykazují srovnatelnou účinnost v redukci symptomů jako léčba za využití KBT postupů (s. 624) v kratším čase (s. 625). Intervence založené na improvizaci vykazují „velký příslib v oblasti léčby běžných psychiatrických onemocnění“ (s. 625) a mohou být také z hlediska nákladů efektivní alternativou pro depresivní a úzkostné pacienty (ibid.).

Phillips Sheesley et al. (2016) představují koncept *CIT – Comedic Improv Therapy*, který vzešel z několika let fungujícího klinického programu *Improv for Anxiety* v Chicagu a využívá se v léčbě **sociálně-úzkostné**

⁶ Název je zkratkou z „Therapeutic Improv“

poruchy. Autoři identifikují čtyři léčebné komponenty této skupinové terapeutické intervence: a) skupinová koheze, b) hra, c) expozice, d) humor (s. 157) a doplňují CIT o principy skupinové kognitivně behaviorální terapie. Podle autorů stojí zmíněné čtyři komponenty za zformováním prostředí, ve kterém je možné zažít „přijetí druhých a sebe sama, což je klíčové pro zmírnění příznaků sociálně-úzkostné poruchy“ (s. 161). Autoři uvádějí, že CIT je možné aplikovat jako samostatnou terapeutickou intervenci, nebo jako podpůrnou metodu v kombinaci s dalšími terapeutickými postupy. Poukazují také na nestigmatizující povahu improvizálního divadla, která může přilákat ty, jež se stigmatizace obávají v případech běžných služeb poskytujících péči o duševní zdraví (s. 167).

Felsman et. al (2019) předkládají studii desetitýdenního intervenčního programu *The Improv Project*, zaměřeného na **dospívající se sociální úzkostí**. Program byl realizován přímo ve školách a zúčastnilo se jej 268 dospívajících, kteří vyplňovali dotazníková šetření před a po intervenci. „Po desetitýdenním improvizacním programu studenti, kteří byli v rámci pre-testu identifikováni jako mající příznaky sociálně-úzkostné poruchy, vykazovali významné snížení sociální úzkosti v post-testu“ (s. 115). Tento efekt podle autorů také koreluje se zlepšením sociálních dovedností, prožíváním většího komfortu při expozici před skupinou, pocíťováním větší naděje a optimismu a celkovým snížením depresivní symptomatiky (ibid.). Felsman et al. vyzdvihují, že tato forma psychoterapeutické podpory je přijatelná pro věkovou skupinu dospívajících, kteří se často stydí vyhledat péči nebo nemají důvěru v instituce a oso-



**Barbora
Krčmářová**

Mgr., řádná členka ČAP, absolvovala výcvik v Gestalt terapii (IVGT). Provozuje soukromou psychoterapeutickou praxi v Praze, pracuje s dospělými individuálními klienty, páry a skupinami. Je členkou terapeutických týmů Sociální kliniky a ProFEM. Věnuje se vzdělávání pro firemní i neziskový sektor. Šest let se raduje z improvizace a její aplikace do rozvojových aktivit.

by psychologickou péčí poskytující. Další výhodou je možnost přímé práce ve školách v rámci preventivních programů bez potřeby identifikovat ty, kteří potřebují léčbu (ibid., s. 116). Dle autorů jsou dospívající zranitelnou skupinou z hlediska sociálně-úzkostné problematiky a improvizace nabízí dostupnou, nestigmatizující psychosociální intervenci.

Na pozitivní dopady improvizace a divadla **v léčbě traumatu** upozorňuje Van der Kolk (2021, s. 393 ff). Mezi účinné principy řadí „možnost hluboce fyzicky prožít, jaké to je být někým jiným (s. 393)“, získat pocit aktéra prostřednictvím obnovení vztahu k vlastnímu tělu a „tím získat přístup k celé škále emocí a tělesných počítků (s. 400)“. V divadle a improvizaci se emoce ztělesňují a vyjadřují v bezpečí, které poskytuje role. Van der Kolk také vyzdvihuje výše zmí-

něný princip fyzického naladění a synchronizace, které umožňují vnímat druhého v tělesné rovině a vytváří bezpečí a vzájemnou důvěru.

DeMichele a Kuenneke (2021) prezentují pilotní studii neurobiologických efektů improvizace na **dospívající s komplexním vývojovým traumatem**. Jedinci, kteří jsou v raných fázích života vystaveni trvajícím traumatickým zkušenostem, vykazují poruchy neurobiologické integrace, které negativně ovlivňují jejich duševní i fyzické zdraví. Výsledky výzkumu naznačují, že improvizace pozitivně ovlivňuje funkční konektivitu mozku, což u pacientů s komplexním vývojovým traumatem může vést ke změnám v důsledku neuroplasticity, a tím pádem ke zlepšení kapacity vytvářet smysluplné vztahy s druhými. Impro také aktivuje vyšší korové oblasti mozku a umožňuje klientům opustit stav ohrožení, ve kterém se často nacházejí v důsledku předchozích traumatických zkušeností. Jeví se, že princip *Ano, a...* umožňuje opustit stavy hypo či hyperexcitace způsobené komplexním traumatem, přispívá k obnově sebeorganizace nervového systému a podporuje integraci a nastolení rovnováhy (s. 12). *Ano, a...* se tak stává možným katalyzátorem neurobiologických změn (s. 10) a přístupovým bodem do mozku, protože vytváří bezpečí, podporuje naladění a flexibilitu potřebnou k jejich dosažení (s. 12). Tento fenomén reflektuje také jedna z případových studií, kterou popisují Andrášik et al. (forth.). Studie se zúčastnilo třicet dva dospívajících, kteří absolvovali jednorázovou dvacetiminutovou intervenci vycházející z principu *Ano, a...* Před intervencí a po intervenci byli účastníci studie podrobeni snížení prostřednictvím kvalitativní elektro-

encefalografie (qEEG). V závěru studie DeMichele a Kuenneke (2021) konstatují, že „zaznamenané neurobiologické změny naznačují, že **improvizace může sloužit jako intervence zaměřená na široké spektrum diagnóz**, které souvisejí se zdravím jedinců, vzdělavatelností, nápravnými a společenskými systémy“ (s. 11).

Články Galea (2004), Rubyho a Rubyové (2009) integrují impro do kontextu **rodinného poradenství a terapie**. Dle autorů improvizací techniky podporují členy rodiny, aby sebe a své vztahy mohli prožít více kreativně a autenticky. Vytváří bezpečné prostředí, kde mohou opustit své navykklé role, objevovat nové způsoby chování a prozkoumávat hranice prostřednictvím prožitkových a expresivních intervencí. Terapeut zároveň získává příležitost pozorovat klienty, jejich vztahy a interakce mimo obvykle přehrávané a opakované vzorce. Ruby a Rubyová popisují konkrétní impro cvičení vhodná pro rodinné poradenství a nabízejí také případové studie.

Aplikované improvizaci je věnována pozornost také ve výzkumech **psychosociální podpory seniorů**. Podle Morseové et al. (2018) improvizace přispívá ke zpomalení příznaků stárnutí a pomáhá seniorům zmírnit symptomy depresivity, úzkosti, zvládat stres zejména z neznámých situací, umožňuje jim znovu nalézt pozitivní přístup k životu a zájem o společenský život. Lindquist et al. (2021) přenesli tentýž koncept *Humor doesn't retire* do **zařízení dlouhodobé péče pro seniory**. Studie se zúčastnilo šestnáct klientů s průměrným věkem 83,6 let a podle autorů měla účast v šestitýdenním improvizacním kurzu významný dopad na snížení pocitu sociální izolace, stresu a úzkosti, nárůst positivity

a pocitu, že se na sebe samé mohou spolehnout. Klienti oceňovali zábavu, smích, socializaci a kognitivní stimulaci.

Bega et al. (2017) popisují pilotní studii využití improvizace s **pacienty s Parkinsonovou chorobou**. Zdůrazňují roli sociálních interakcí, humoru a zábavnosti. Podle autorů „první studie terapie improvizací u pacientů s Parkinsonovou chorobou prokázala excelentní míru bezpečí, přijetí ze strany pacientů, vysokou míru proveditelnosti, minimální drop-out pacientů a jejich vysokou spokojenost. Účinnost bude muset být posouzena ve větší studii zaměřené na posouzení dopadu na míru postižení, kvalitu života a funkčního poškození“ (s. 65).

Stevens (2012) představuje kvalitativní studii u pacientů s **mírně rozvinutou demencí**. Poukazuje na předchozími výzkumy prokázané psychologické i fyziologické dopady humoru a smíchu a konstatuje, že účastníci studie ve velké míře využili příležitosti se smát nad vlastním vytvořeným humorem. Výhodou improvizčních workshopů je, že jsou aktivizující, činnosti vycházejí ze situace teď-a-tady a nevyžadují spoléhat se na paměť. Z omezeného množství dat daného charakterem studie autor formuluje předpoklad, že by aktivní improvizace mohla pacientům s mírnějšími formami demence pomáhat ve zlepšení paměti, učení, komunikace a přispívat k pozitivnějšímu sebeobrazu.

Stevens (2012) a Morse et al. (2018) rozlišují u populace seniorů rozdíl mezi pasivním přijímáním humoru (vyprávění anekdot, návštěvou zdravotních klaunů, přítomnost v publiku při stand-up a improvizčních vystoupeních) a aktivním zapojením se do jeho vytváření (improvizace, stand-up apod.), přičemž druhé uvedené vykazují

větší příslib v míře aktivizace seniorů, podpoře sociálních interakcí v rámci účastnické skupiny, a tedy i potenciálně vyšší terapeutický dopad.

Brunet et al. (2021) realizovali pilotní studii programu *Improv for Care* určenou **osobám pečujícím o blízké s neurologickým onemocněním**. Šestitýdenní program zahrnoval improvizální cvičení a skupinové reflexe. Hlavním zjištěním této pilotní studie je, že depresivní příznaky pečujících osob a jejich vnímání stresové zátěže se po dokončení programu *Improv for Care* výrazně snížily. „Program má tu výhodu, že učí komunikační a copingové dovednosti, které lze uplatnit v mnoha pečovatelských situacích, a přitom stále posiluje pocit komunity a sdílené zkušenosti, které by účastníci získali i v tradičnější podpůrné skupině (s. 2).“

Závěrem této kapitoly je potřeba dodat, že ve většině případů se jedná o pilotní studie nedávného data s relativně nízkým počtem účastníků výzkumu, často bez kontrolních skupin, a tak je potřeba k nim přistupovat. Prvotní výsledky využití aplikované improvizace v různých terapeutických kontextech jsou velice slibné a vyzývají k dalšímu objevování a výzkumu. Zároveň je stále nutné k aplikované improvizaci přistupovat jako k metodě, která prozatím není ověřena na široké populaci klientů.

5. TEORETICKÉ MOSTY MEZI APLIKOVANOU IMPROVIZACÍ A PSYCHOTERAPEUTICKÝMI SMĚRY

Nedá se prozatím říct, že by bylo běžné terapeutické užití aplikované improvizace kotvit v teorii jednotlivých psychoterapeutických škol a modalit. Autoři publikací

spíše upozorňují na společné principy a podobnosti napříč psychoterapeutickými směry.

Mezi prvními zaujalo improvizální divadlo pozornost **psychoanalytiků**. Podle Ringstorma (2001) schopnost zapojit se do improvizace v rámci terapeutického sezení přináší potřebnou dávku autenticity a „může být jednou z nejvýznamnějších dovedností pro rozvoj ryzí psychoanalýzy“ (s. 749). Podobně Kindler (2010), Chaplin Kindler a Gray (2010) pokračují v obohacování psychoanalytické teorie improvizálními principy a referují k realizovaným improvizálním workshopům pro kolegy v rámci odborných konferencí.

Další studie poukazují na společné jmenovatele mezi improvizací a principy různých psychoterapeutických směrů. Z **kognitivně-behaviorální terapie** je to především expozice a nácvik zejména sociálních dovedností (Phillips Sheesley et al., 2016). Již výše jsme uvedli, že pravidlo *Ano, a...* je vícero autory (Bermant, 2013; Krueger et al.) přirovnáváno k principu bezpodmínečného přijetí z **přístupu zaměřeného na člověka**. Protože se impro odehrává ve skupině, referují autoři také k teorii **skupinové terapie** (Phillips Sheesley et al., 2016).

Na společné principy s aplikovanou improvizací poukazují také **Gestalt terapeuti**. Zatímco Andrášik (2020) začleňuje impro do konceptu Gestalt theatre a poukazuje na paralely mezi tréninkem improvizace, konceptem kreativního přizpůsobení a Gestalt terapeutickým pojetím experimentu, Garrety (2020) se domnívá, že model zdraví v Gestalt terapii implicitně koreluje s improvizálním postojem a očekává, že budoucí studie tohoto tématu „potvrdí hypotézu, že

obnovení funkcionality v Gestalt terapii je obnovením improvizovaného života“ (s. 64). Teoretická studie *IMPROVing Spontaneity: Gestalt Therapy Perspective on Improvisational Theatre as a Therapeutical Intervention*⁷ (Andrášik et al., forth.) tento předpoklad podporuje. Jedná se prozatím o jedinou studii, která systematicky propojuje a ukotvuje improvizální divadlo v teorii některého z psychoterapeutických směrů.

V neposlední řadě sdílí terapeutické využití aplikované improvizace mnohé principy s **dramaterapií a psychodramatem**. Přestože se postupy dramaterapie a psychodramatu od sebe liší (srov. Jones, 1996; Kedem-Tahar a Kellermann, 1996), elementem, který je spojuje, je improvizace a s ní spojená tělesnost a hravost, která má za následek aktivaci kreativity a spontaneity (Phillips Sheesley et al., 2016).

Domníváme se, že zajímavou teoretickou platformou pro využití impro v psychoterapii je **interpersonální neurobiologie** (srov. Siegel et al., 2021), ke které se vztahuje výše popsáný výzkum DeMichele a Kuennekeho (2021). Ti upozorňují na potenciál improvizace ovlivnit funkční konektivitu v mozku a afektivní regulaci tím, že improvizace rozšiřuje okno tolerance, podporuje sebe-regulaci, schopnost vzájemného naladění a směřuje k integraci.

6. IMPRO A ROZVOJ TERAPEUTICKÝCH KOMPETENCÍ

Dovednosti spojené s improvizálním herectvím se lze naučit prostřednictvím tréninku (Romanelli et al., 2019). Mnohé z dovedností, které improvizátoři potřebují k ú-

⁷ Studie prošla recenzním řízením a byla přijata k publikaci v časopise Gestalt Review v červnu 2021. Její zveřejnění očekáváme v průběhu roku 2022.

spěšnému spolubytí na jevišti, potřebují také psychoterapeuti k navázání kontaktu a spolupráce s klienty. Trénink improvizace podporuje specifický mindset charakteristický zvýšenou flexibilitou, spontaneitou, kreativitou, pozorností a vnímáním sebe sama i prostředí, ochotou experimentovat či přijmout neznámé a neočekávané. Rovněž pomáhá prohlubovat kapacitu pro *terapeutickou přítomnost* (ang. *therapeutic presence*) a utvářet funkční *terapeutickou alianci* (Chaplin Kindler a Gray, 2010; Lawrence & Coaston, 2017; Romanelli a Berger, 2018; Romanelli et al., 2019; Romanelli a Tishby, 2019).

Chaplin Kindler a Gray (2010) ukazují na případových studiích, jak improvizální dovednosti významně přispívají k psychoanalytickému procesu. Improvizace sestává z okamžiku k okamžiku odvíjejících se kontaktů mezi pacientem a analytikem, kteří „spolu-utvářejí způsob bytí jednoho s druhým“ (s. 265). „Každé terapeutické setkání prodrchnuté autenticitou a spontaneitou interakcí mezi pacientem a analytikem v sobě obsahuje kvalitní improvizaci“ (ibid.), proto jsou improvizální dovednosti „relevantní a neocenitelné pro psychoanalytickou praxi“ (ibid.). Aktivní zkušenost s improvizací rozšiřuje repertoár možných kreativních reakcí terapeuta a jeho intersubjektivní kapacitu.

Romanelli a Berger (2018) přináší metaforu *Ninja terapeuta*, jehož cíl je daný (úspěšný, růstový kontakt s klientem), ale zůstává flexibilní v tom, jaké volí intervence (má k dispozici široké spektrum reakcí a intervencí včetně non-verbálních, na tělo zaměřených a uměleckých metod). Autoři vycházejí z improvizace a nabízejí rámec pro rozvíjení a reflexi terapeutických intervencí o třech dimenzích (iniciace vs.

následování; rychlost vs. pomalost a rozvinutí přítomného tématu vs. vytažení nové figury). Pokud jsou reakce terapeuta zároveň v souladu s principem *Ano, a...*, vedou k přijetí klienta a jeho reality a smysluplnému spolu-utváření terapeutické situace. Podle Bermanta (2013, s. 4) by trénink improvizace mohl vést k prohloubení kapacity psychoterapeutů k bezpodmínečnému přijetí klienta.

Ke schopnosti improvizace (v konotacích jazzu, tance, hudby či improvizacího divadla) jakožto kvalitě terapeutického kontaktu se vztahují také Gestalt terapeuti (srov. Parlett, 2003; Philippson, 2018; Spagnuolo Lobb, 2003). Experiment jako jedna ze základních Gestalt terapeutických intervencí je „kreativní, intuitivní řízenou, improvizací vyrůstající z neustále se proměňující situace teď-a-tady“ (Roubal, 2019, s. 230). Na základě paralel mezi Gestalt terapií a improvizací divadlem, které jsme představili v dalších textech (Andrášik, 2020; Andrášik et al., forth.), se proto domníváme, že trénink improvizace rozvíjí také dovednosti Gestalt terapeutů.

Celkově je v této oblasti využití aplikované improvizace nejméně výzkumných publikací. V pilotní kvalitativní studii, které se zúčastnilo sedmnáct klinických pracovníků, Romanelli et al. (2019) zkoumali *momenty improvizálních prožitků/zkušeností* (ang. *improvisation experiences*, zkratka IE) v průběhu terapeutických setkání. Studie identifikovala dva typy prekurzorů pro objevení IE neboli pro terapeutickou improvizaci: okamžiky, kdy terapeut prožívá, že se terapeutická situace zadržává, a momenty, kdy chce terapeut prohloubit kontakt s klientem. Autoři popisují, že IE umožňují překonat momenty zadržnutí, prohloubit

terapeutický kontakt a efektivně pracovat s protipřenosem. Trénink improvizace „může zvýšit schopnost terapeutů těchto momentů dosahovat v rámci terapeutických setkání“ (Romanelli et al., 2019, s. 299).

Ve druhé pilotní studii se smíšeným designem a kontrolní skupinou, kde předmětem zájmu byli studenti sociální práce před absolutoriem, Romanelli a Tishby (2019) zkoumali dopad kurzu *Divadelně improvizální dovednosti pro klinické pracovníky* (Theater improvisation skills for clinicians). Studie poukázala na to, že improvizální dovednosti mohou pomoci klinickým sociálním pracovníkům zvyšovat jejich flexibilitu, otevřenost, schopnost sebeuvědomování, terapeutickou přítomnost a další dovednosti prohlubující terapeutickou alianci.

7. RIZIKA SPOJENÁ S VYUŽITÍM APLIKOVANÉ IMPROVIZACE V PSYCHOTERAPII

Přes slibné výsledky představených studií je výzkum aplikované improvizace v psychoterapii v počátcích. Rizika spojená s implementací improvizace do psychoterapie tedy nejsou dostatečně zmapována. Nedostatečná klinická zkušenost, reflexe rizik a možných kontraindikací na široké populaci klientů je tak významným důvodem, proč je potřeba k využití improvizace v psychoterapii přistupovat s respektem a pokorou.

Při identifikaci potenciálních rizik využití improvizace v psychoterapii můžeme vycházet z premis platných obecně pro psychoterapii ve skupinovém kontextu, dramaterapii a další expresivní přístupy. Možná více než jiné postupy improvizace předpokládá motivaci a zájem klienta, zároveň však může motivaci a zájem podpořit.

Impro exponuje klienta v rámci skupiny, je proto nesmírně důležité pečovat o terapeutické prostředí, zejména dobrovolnost v participaci, možnost se aktivit neúčastnit nebo z nich vystoupit. Bezpečí a kontraktování jsou alfou a omegou úspěšného využití aplikované improvizace v psychoterapii. Proto klade facilitace improterapeutických skupin nároky na jejich průvodce. Měla by zůstat v rukou kvalifikovaných psychoterapeutů či dramaterapeutů, kteří mají zkušenost se skupinovým procesem a alespoň základní výcvik/kurz improvizálního divadla či aplikované improvizace (srov. Phillips Sheesley et al., 2016).

Jako rizikové faktory na straně klientů můžeme označit omezený kontakt s realitou v důsledku psychotických stavů a nedostatečnou schopnost zacházet s agresivitou a impulzivitou, které by mohly ohrožovat bezpečí zúčastněných. Opatrnost je na místě při práci s klienty s traumatickou zkušeností či komplexním traumatem.

Jelikož improvizální divadlo v hojně míře pracuje s humorem, je potřeba brát v potaz (multi)kulturní, genderová a další specifika skupiny. Pro využívání humoru zvláště v heterogenních skupinách je klíčové bezpečné prostředí, vzájemná důvěra a respekt (Maples et. al, 2001). Zajímavé zjištění přinesla studie dotýkající se efektů improvizace na psychologický well-being. Reid-Wisdom a Perera-Delcourt (2020) zmiňují jako jeden z negativních dopadů improvizálního tréninku „frustraci spojenou s touhou, aby svět byl více jako impro“ (s. 13). Podle autorů „zkušenost s pozitivně orientovanými, odměňujícími, přijímajícími osobními vztahy, které se mohou rozvíjet v bezpečném, radostném rámci improvizace, může nepříznivě kontrastovat

se vztahy účastníků v reálném světě, což zdůrazňuje nenaplněné potřeby napojení, spolupráce a kreativity“ (ibid.).

8. ZÁVĚR

V textu jsme předložili přehled výzkumů v oblasti využití aplikované improvizace v péči o duševní zdraví a psychoterapii. Naše poznání je prozatím limitováno krátkou zkušeností v praxi a nedostatkem rozsáhlejších výzkumných studií, přesto jsou dosavadní zjištění natolik slibná, že stojí za to se aplikovanou improvizací v kontextu péče o duševní zdraví vážně zabývat.

Vzhledem k narůstající prevalenci duševních onemocnění v ČR a obrovské propasti mezi počtem lidí, kteří podporu v oblasti duševního zdraví potřebují a kteří ji ve skutečnosti dostanou, se impro nabízí jako zajímavá alternativa, jak péči o duševní zdraví podpořit. Na základě předložených studií se domníváme, že má potenciál být dobře dostupnou, nestigmatizující, nízkoprahovou formou terapie. Díky pevnému spojení s kreativním procesem, hrou a humorem může otevřít brány terapeutického prostoru i lidem, pro něž klasický terapeutický setting není, z jakýchkoli důvodů, možným či preferovaným řešením. Nabízí značnou flexibilitu a může být využíváno jako hlavní terapeutická intervence nebo podpůrná intervence v kombinaci s dalšími přístupy a metodami především ve skupinovém settingu. V neposlední řadě se jeví, že může také přispívat k profesnímu rozvoji psychoterapeutů a dalších pracovníků v pomáhajících profesích.

Role autorů: Autoři se podíleli na vzniku studie rovným dílem a schválili jeho konečnou podobu.

Konflikt zájmů: bez konfliktu zájmů.

PODĚKOVÁNÍ

Děkujeme Nele Gruntové Wurmové za podporu a spolupráci na dalších studiích dotýkajících se tématu improvizacího divadla v psychoterapii, jež vytvořily podklad pro vznik tohoto textu.

LITERATURA

- Andrášik, T. (2020) Gestalt Theatre – Integrace aplikovaného dramatu do Gestalt terapie. *Psychoterapie*. 14 (2), 147–169.
- Andrášik, T., Gruntová Wurmová, N., & Krčmářová, B. (forth.). IMPROVing Spontaneity: Gestalt Therapy Perspective on Improvisational Theatre as a Therapeutical Intervention. *Gestalt Review*. nd.
- Bega, D., Palmentera, P., Wagner, A., Hovde, M., Barish, B., Kwasny, M. J., & Simuni, T. (2017). Laughter is the best medicine: The Second City® improvisation as an intervention for Parkinson's disease. *Parkinsonism & Related Disorders*, 34. s. 62–65. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2016.11.001>
- Bermant, G. (2013). Working With(out) a net: Improvisational Theatre and Enhanced Well-being. *Frontiers in Psychology*. 4. 929. Publikováno online: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00929>
- Brunet, H. E., Banks, S. J., Libera, A., Willingham-Jagers, M., & Almén R. A. (2021). Training in improvisation techniques helps reduce caregiver burden and depression: Innovative Practice. *Dementia*. 20(1). S. 364–372. <https://doi.org/10.1177/1471301219869122>
- DeMichele, M., & Kuenneke, S. (2021). Short-Form, Comedy Improv Affects the Functional Connectivity in the Brain of Adolescents with Complex Developmental Trauma as Measured by qEEG: A Single Group Pilot Study. *NeuroRegulation*, 8(1), 2–13. <https://doi.org/10.15540/nr.8.1.2>
- Felsman, P., Gunawardena, S. & Seifert C. M. (2020). Improv experience promotes divergent thinking, uncertainty tolerance, and affective well-being. *Thinking Skills*

- and Creativity. 35. <https://doi.org/10.1016/j.tsc.2020.100632>
- Felsman, P., Seifert, C. M. & Himle, J. A. (2019). The Use of Improvisational Theater Training to Reduce Social Anxiety in Adolescents. *The Arts in Psychotherapy*. 63. s. 111–117. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2018.12.001>
- Gale, J. (2004). Experiencing relational thinking: Lessons from Improvisational Theater. *Context*, 75. 10–12.
- Garrety, A. (2020). Meeting the Unexpected with the Unimagined. *Gestalt Journal of Australia and New Zealand*. 17(1). 52–73.
- Halpern, Ch., Close, D., & Johnson, K. H. (1994). *Truth in Comedy: The manual of Improvisation*. Englewood: Meriwether pub.
- Chaplin Kindler, R. C. & Gray, A. A. (2010). Theatre and Therapy: How Improvisation Informs the Analytic Hour. *Psychoanalytic Inquiry*. 30 (3). 254–266. <https://doi.org/10.1080/07351690903206223>
- Johnstone, K., (2014). *IMPRO: Improvizace a divadlo*. Praha: Akademie múzických umění
- Jones, P. (1996). *Drama as Therapy: Theatre as Living*. New York: Routledge
- Kagstrom, A., Alexova, A., Tuskova, E., Csajbók, Z., Schomerus, G., Formanek, T., . . . Cermakova, P. (2019). The treatment gap for mental disorders and associated factors in the Czech Republic. *European Psychiatry*, 59, 37–43. doi:10.1016/j.eurpsy.2019.04.003
- Kedem-Tahar, E., & Kellermann, P. F. (1996). Psychodrama and drama therapy: A comparison. *The Arts in Psychotherapy*, 23(1), 27–36. doi:10.1016/0197-4556(95)00059-3
- Kindler, A. R. (2010). Spontaneity and Improvisation in Psychoanalysis. *Psychoanalytic Inquiry*. 30(3). s. 222–234. <https://doi.org/10.1080/07351690903206181>
- Krueger, K. R., Murphy, J. W. & Bink, A. B. (2019). Thera-prov: a Pilot Study of Improv Used to Treat Anxiety and Depression. *Journal of Mental Health*, 28 (6). 621–626. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1340629>
- Lawrence, Ch. & Coaston, S. C. (2017). Whose Line Is It, Anyway? Using Improvisational Exercises to Spark Counselor Development. *Journal of Creativity in Mental Health*. 12(4). 513–528. <https://doi.org/10.1080/15401383.2017.1281185>
- Lindquist, L. A., Liggett, A., Muhammad, R., Seltzer, A., Kim, K. A., Barish, B., Wagner, A., Ramirez-Zohfeld, V. (2021). Effects of Improv Training on Older Adults in a Long Term Care Facility. *Gerontology and Geriatric Medicine*. 7. s. nd. <https://doi.org/10.1177/23337214211016111>
- Maples, M. F., Dupey, P., Torres-Rivera, E., Phan, L. T., Vereen, L., & Garrett, M. T. (2001). Ethnic diversity and the use of humor in counseling: Appropriate or inappropriate? *Journal of Counseling & Development*, 79(1), 53–60. doi:10.1002/j.1556-6676.2001.tb01943.x
- Morse, L. A., Xiong, L., Ramirez-Zohfeld, V., Seltzer, A., Barish, B., & Lindquist, L. A. (2018). Humor doesn't retire: Improvisation as a health-promoting intervention for older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 75, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.10.013>
- Národní ústav pro duševní zdraví (2021). V důsledku pandemie covid-19 se s duševním onemocněním potýká téměř každý třetí dospělý. Podporu nabídne nový web. tisková zpráva [online], 15. února 2021 [cit. 2021-07-14]. Dostupné z: <https://www.nudz.cz/files/pdf/tz-opatruj-se.pdf>
- Noy, L., Levit-Binun, N., & Golland, Y. (2015). Being in the zone: physiological markers of togetherness in joint improvisation. *Frontiers in Humanistic Neuroscience*. 9:187. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2015.00187>
- Parlett, M. (2003). Creative Abilities and the Art of Living Well. In Spagnuolo Lobb, M. & Amendt-Lyon, N. (Ed.). *Creative License: The Art of Gestalt Therapy*. (s. 53–62). Wien: Springer-Verlag Wien
- Philippson, P. (2018). *The Emergent Self: An Existential-Gestalt Approach*. New York: Routledge
- Phillips Sheesley, A., Pfeffer, M. & Barish, B. (2016). Comedic Improv Therapy for the

- Treatment of Social Anxiety Disorder. *Journal of Creativity in Mental Health*. 11 (2). 157–169. <https://doi.org/10.1080/15401383.2016.1182880>
- Reid-Wisdom, Z. & Perera-Delcourt, R. (2020): Perceived Effects of Improv on Psychological Wellbeing: A Qualitative Study. *Journal of Creativity in Mental Health*. <https://doi.org/10.1080/15401383.2020.1856016>
- Ringstrom, P. A. (2001). Cultivating the Improvisational in Psychoanalytic Treatment. *Psychoanalytic Dialogues*. 11 (5). 727–754. <https://doi.org/10.1080/10481881109348640>
- Romanelli, A., Berger, R. (2018). The ninja therapist: Theater improvisation tools for the (daring) clinician. *The Arts in Psychotherapy*. 60. 26–31.
- Romanelli, A., Moran, G. S., Tishby, O. (2019). Improvisation – Therapists' Subjective Experience during Improvisational Moments in the Clinical Encounter. *Psychoanalytic Dialogues*. 29 (3). 284–305.
- Romanelli, A. & Tishby, O. (2019). „Just what is there now, that is what there is“ – the effects of theater improvisation training on clinical social workers' perception and intervention. *Social Work Education*. 38 (6). 797–814.
- Roubal, J. (2019). An Experimental Approach: Follow by Leading. In Philip Brownell (ed.). *Handbook for Theory, Research, and Practice in Gestalt Therapy*, 2nd edition. (s. 220–268) Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing
- Ruby, J. R., & Ruby, N. C. (2009) Improvisational Acting Exercises and their Potential Use in Family Counseling. *Journal of Creativity in Mental Health*, 4(2), s. 152–160. <https://doi.org/10.1080/15401380902951945>
- Schwenke, D., Dshemuchadse, M., Rasehorn, L., Klarhölter, D., & Scherbaum, S. (2020). Improv to Improve: The impact of Improvisational Theater on Creativity, Acceptance, and Psychological Well-Being. *Journal of Creativity in Mental Health*. <https://doi.org/10.1080/15401383.2020.1754987>
- Seppänen, S., Toivanen, T., Makkonen, T., Jääskeläinen, I., Anttonen, M. & Tiippana K. (2020). Effects of Improvisation Training on Student Teachers' Behavioral, Neuroendocrine, and Psychophysiological Responses during the Trier Social Stress Test. *Adaptive Human Behavior and Physiology*. 6. 356–380. <https://doi.org/10.1007/s40750-020-00145-1>
- Siegel, D. J., Schore, A. N., & Cozolino, L. (Eds.). (2021). *Interpersonal Neurobiology and Clinical Practice*. New York: W. W. Norton & Co.
- Spagnuolo Lobb, M. (2003). Therapeutic Meeting as Improvisational Co-Creation. In Spagnuolo Lobb, M. & Amendt-Lyon, N. (Ed.). *Creative License: The Art of Gestalt Therapy*. (s. 37–49). Wien: Springer-Verlag Wien
- Spolin, V. (1999/1963). *Improvisation for the Theater*. Evanston: Northwestern University Press.
- Stevens, J. (2012). Stand up for dementia: Performance, improvisation and stand up comedy as therapy for people with dementia; a qualitative study. *Dementia*. 11(1). s. 61–73. <https://doi.org/10.1177/1471301211418160>
- Šíp, R. (2019). *Proč školství a jeho aktéři se lhávají. Kognitivní krajiny a nacionalismus*. Brno: Masarykova univerzita
- Van der Kolk, B. (2021). *Tělo počítá rány*. Příbram: Jan Melvil Publishing
- Vasquez, M. (2009). *Principy divadelní improvizace (v prostředí zápasů v divadelní improvizaci)*. Brno: Janáčkova akademie múzických umění
- Došel do redakce 29. 9. 2021, v revidované verzi 20. 2. 2022. K publikaci přijat 14. 3. 2022.*

TERAPIE ZAMĚŘENÁ NA EMOCE. SOUČASNÉ TRENDY A STUDIE ÚČINNOSTI

Emotion-Focused Therapy.

Current trends and efficacy studies

Martin Fůlep¹, Lubor Pilárik², Lukáš Novák³, Petr Mikoška⁴

¹Institut sociálního zdraví Univerzity Palackého v Olomouci (Olomouc Social Health Institute), CZ; martin.fulep@oushi.upol.cz

²Katedra psychologie PF UMB v Banské Bystrici (Faculty of Education Matej Bel University), SK; lpilarik@gmail.com

³Institut sociálního zdraví Univerzity Palackého v Olomouci (Olomouc Social Health Institute), CZ; lukas.novak@oushi.upol.cz

⁴Institut sociálního zdraví Univerzity Palackého v Olomouci (Olomouc Social Health Institute), CZ; petr.mikoska@oushi.upol.cz

Psychoterapie. 16 (1), 20–31; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT

Terapie zaměřená na emoce (Emotion-Focused Therapy, dále jen EFT) je integrativní neohumanistický psychoterapeutický přístup, jehož vznik a vývoj je podstatně spjat s empirickým výzkumem psychoterapeutického procesu a mechanismu terapeutické změny. Tato přehledová studie se věnuje výzkumu účinnosti EFT při léčbě úzkostných a dalších duševních poruch či obtíží, které byly publikovány ve druhé dekádě 21. století. Dosavadní výzkumná zjištění jsou prezentována v kontextu individuální, rodinné i skupinové formy EFT. Prostor je věnován i některým výzkumným trendům a inovacím, které se v rámci ověřování účinnosti EFT objevily teprve v posledních letech – především transdiagnostickému přístupu.

Klíčová slova: terapie zaměřená na emoce, účinnost, psychoterapie, transdiagnostický přístup, skupinová terapie

ABSTRACT

Emotion-Focused Therapy is (understood as) an integrative, neo-humanistic, therapeutic approach whose formation and further development is substantially bound with empirical research of psychotherapeutic processes and mechanisms of change in therapy. This paper deals with empirical studies that were published during the second decade of the 21st century, focused on the efficacy of EFT used in the therapy of anxiety disorder, as well as other mental disorders. Current findings are being presented in the context of an individual-focused, family-focused and group-focused form of EFT. Particular attention is paid to selected new directions and innovations in the field of research that emerged only in recent years, during the verification process of the EFT – especially the transdiagnostic approach.

Keywords: emotion-focused therapy, effectivity, psychotherapy, transdiagnostic approach, group therapy

ÚVOD

Terapie zaměřená na emoce (Emotion-Focused Therapy, dále jen EFT) je neo-humanistický psychoterapeutický přístup, který byl v 80. letech formulován na základě výsledků dlouhodobého výzkumu terapeutického procesu a terapeutické změny. Zakladatelé EFT (L. Greenberg, L. Rice, R. Elliott) se při vývoji EFT inspirovali především přístupem zaměřeným na člověka (PCA), prvky gestalt terapie a focusingem E. Gendlina. První výzkumy ověřující účinnost individuální formy EFT se zaměřovaly na léčbu deprese. Tři kontrolované randomizované studie (randomised controlled trial, RCT) (Greenberg & Watson, 1998; Goldman et al., 2006; Watson et al., 2003) potvrdily vysokou míru účinnosti individuální formy EFT ($d_{(AM)} = 2.51^1$). Dvě studie zároveň potvrdily stabilitu dosažených změn po uplynutí šesti (Greenberg & Watson, 1998) až 18 měsíců (Greenberg & Watson, 1998; Ellison et al., 2009) od ukončení léčby. V současnosti je Společností klinické psychologie Americké psychologické asociace EFT klasifikována jako terapie se „střední empirickou evidencí o účinnosti při léčbě deprese“ (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). S. Paivio et al. (2001, 2010) realizovala RCT ověřující účinnost individuální formy EFT při léčbě traumatu. Obě studie prokázaly stabilitu terapeutické změny v čase.

V druhé dekádě 21. století pak vznikají další formy a adaptace EFT: rozvíjí se rodinná forma (Emotion-Focused Family



Martin Fülep

Mgr. Je absolventem jednooborového studia psychologie v Olomouci. V současné době působí jako doktorand a výzkumný pracovník na Institutu sociálního zdraví Univerzity Palackého v Olomouci. Výzkumně se věnuje tématům účinnosti a efektivnosti psychoterapie a poradenství.

Therapy, EFFT) a zcela nově i skupinová forma EFT (EFT-G) (Greenberg, 2016; Greenberg & Goldman, 2019), ověřují se adaptace EFT při léčbě generalizované úzkostné poruchy (GAD), sociální úzkosti či poruch příjmu potravy, je rovněž formulován transdiagnostický model EFT (EFT-T). Cílem naší studie je představit tyto nové formy a adaptace a navázat tak na dosavadní české a slovenské publikace věnované EFT, resp. její individuální formě (Halamová, 2013a), párové formě (Halamová, 2013b; Johnson, 2018) či EFT obecně (Halamová, 2015; Timuřák, 2010, 2013, 2020). Vzhledem k tomu, že byl nedávno publikován systematický přehled studií věnujících se párové formě EFT (až do roku 2017) (Beasley & Ager, 2019), zaměříme se v naší studii na individuální, rodinnou a skupinovou formu EFT.

¹ Míru efektu vždy prezentujeme v těch veličinách a hodnotách, které jsou uvedeny v dané studii (např. Cohenovo d , Z či n^2).

TEORIE EFT

Dle EFT jsou emoce syntézou našich aktuálních potřeb, akčních tendencí, tělesných pocitů a podnětů prostředí, ve kterém se právě nacházíme. L. Greenberg (2016) emoce klasifikuje do několika typů. Rozlišuje emoce primární adaptivní a primární maladaptivní, dále sekundární a terciární.

Primární adaptivní emoce nás kontinuálně informují o tom, zda jsou v daný moment naplňovány naše základní (emoční) potřeby. Tyto emoce spouštějí adaptivní reakce vedoucí k naplnění emočních potřeb. Tzv. primární maladaptivní emoce jsou rovněž okamžité emoční reakce. Jsou však zatíženy našimi minulými negativními zkušenostmi a signalizují chronické nenaplnění emočních potřeb; zpravidla spouštějí reakce neadaptivní. EFT vychází z předpokladu, že mezi základní emoční potřeby patří láska, přijetí, kontakt, ocenění a bezpečí. Nejsou-li tyto potřeby především v raném dětství dlouhodobě naplňovány, dochází k rozvoji zmíněných primárních maladaptivních emocí, které jsou prožívány jako osamělost/smutek, stud/ponížení či strach. Tyto intenzivní, velmi nepříjemné až nesnesitelné pocity jsou v EFT souhrnně označovány jako tzv. jádrová emoční bolest (core pain) (Greenberg, 2016; Greenberg & Watson, 2006; Timulák & Pascual-Leone, 2014; Halamová, 2013a).

Sekundární emoce vznikají zpravidla jako reakce na primární maladaptivní emoce; projevují se v podobě celkového distresu, tedy jako nediferencované nepříjemné pocity beznaděje, bezmocnosti, podrážděnosti, neklidu, napětí, reaktivního hněvu, chronické únavy, podrážděnosti apod. Sekundární emoce se tedy často manifestují v podobě symptomů různých duševních onemocnění

či poruch, např. poruch depresivního či úzkostného spektra. Konečně terciární emoce jsou emoce předstírané, které instrumentálně využíváme k tomu, abychom dosáhli určitého cíle (Greenberg, 2016; Timulák, 2015).

Primární maladaptivní emoce jsou klíčovými při rozvoji a udržování patologického prožívání a chování. Vzhledem k silné emoční bolesti, kterou nám kontakt s nimi přináší, máme tendenci vyhýbat se podnětům, které by tyto emoce mohly aktivovat. Tato vyhýbavost pak oslabuje kontakt našeho vědomí s primárními maladaptivními emocemi a nenaplněnými potřebami. Často neuvědomované strategie emoční či behaviorální vyhýbavosti pak tvoří překážky v propracování bolestivých emocí a chronicky nenaplněných potřeb (Greenberg, 2016).

Hlavním úkolem EFT terapeuta je v rámci podpůrného terapeutického vztahu kontinuálně podporovat klienta ve zpřístupnění, tolerování, vyjádření a v transformování jeho primárních maladaptivních emocí a nenaplněných potřeb v těchto emocích obsažených. EFT při tom vychází z předpokladu, že základní emoční potřeby nelze zpřístupnit bez toho, aniž by klient plně prožíval primární maladaptivní emoce. Pouze, když klient „tady a teď“ prožívá jádrovou bolest, tedy pocity osamělosti, odmítnutí či ponížení apod., může s podporou empatického terapeuta pojmenovat a vyjádřit to, co mu v daném okamžiku nejvíce chybí, co nejvíc potřebuje. Při procesu transformování primárních maladaptivních emocí EFT využívá experienciálních technik (např. technika dvou židlí pro práci s vnitřním kritikem či technika s prázdnou židlí). Tyto techniky umožňují nejen to, aby klient zpřístupnil, pojmenoval a vyjádřil bolestivé



Lubor
Pilárik

Doc. PhDr., Ph.D. Je absolventem jednooborového studia psychologie na Katedře psychologických věd FSVaZ UKF v Nitře. Aktuálně působí na Katedře psychologie PF UMB v Banské Bystrici. Vyučuje psychologii osobnosti, psychologii rozhodování a metodologii psychologického výzkumu. Absolvoval dlouhodobý psychoterapeutický výcvik v PCA v Praze a výcvik v terapii zaměřené na emoce v Olomouci. Pracuje v ambulanci klinické psychologie, věnuje se psychoterapii dospívajících a dospělých. Výzkumně se věnuje tématům emoční inteligence a kariérní volby.

emoce, ale rovněž to, aby reagoval na nenaplněné potřeby v těchto emocích obsažené. V takto silných emočních momentech, kdy klient prožívá a artikuluje primární emoce a vyjadřuje nenaplněné potřeby, podporuje terapeut klienta v transformaci těchto emocí prostřednictvím aktivování a rozvoje emocí adaptivních, tedy soucitu vůči sobě a ochranného hněvu. Klient tedy pouze nepřijímá empatii či přijetí ze strany terapeuta, nýbrž rozvíjí soucit či ochranný hněv rovněž ze svých vnitřních zdrojů jako adaptivní odpovědi na jádrovou emoční bolest a nenaplněné potřeby, které tato bolest signalizuje (Greenberg, 2016; Timulák & Pascual-Leone, 2014).

Výše jsme zmínili dva typy hněvu: hněv reaktivní a hněv ochranný. Zatímco reaktivní hněv je v EFT chápán jako v sociálním kontextu spíše neadaptivní reakce, která je projevem pocitu ohrožení, nejistoty či defenzivního postoje, ochranný hněv je adaptivní reakcí, projevem vnitřní pevnosti, asertivity a vnímání oprávněnosti vlastních potřeb (Greenberg, 2016; Timulák, 2015).

Klíčovým prvkem teorie EFT jsou tzv. emoční schémata. Jde o struktury emoční paměti slučující afektivní, motivační, kognitivní a behaviorální prvky, jež jsou rychle a často nevědomě aktivovány zpravidla podněty interpersonální povahy (Greenberg, 2016). Jádrová emoční bolest pak tvoří jádro tzv. maladaptivních emočních schémat. Maladaptivní emoční schémata jsou aktivována interakcí s podněty, které se podobají minulým situacím spojeným s emočně zraňujícími či traumatizujícími zážitky. Jedním z hlavních úkolů terapeuta je pomoci klientovi transformovat maladaptivní emoční schémata tak, aby zpracovávání reality a emocí sloužilo adaptivní funkci, tedy silnějšímu kontaktu s vlastním prožíváním, snížení vyhýbavosti a naplňování emočních potřeb. Klient v takovém případě přestává být uvězněn v chronických emocích smutku, strachu, ponížení apod. Soucit vůči sobě a ochranný hněv a rovněž chování, které vyvolává podporu od druhých, pak fungují jako protektivní faktory vůči aktivaci maladaptivních emočních schémat (Timulák, 2020; Greenberg, 2016).

SOUČASNÉ VÝZKUMNÉ TRENDY V EFT

V poslední dekádě se výzkum účinnosti EFT soustředil na diagnózy jako generali-

zovaná úzkostná porucha (GAD), sociální úzkost či poruchy příjmu potravy. Zároveň byly realizovány první studie v případě skupinové formy EFT (EFT-G) a rodinné formy EFT (EFFT). Rovněž byl vyvinut a formulován tzv. transdiagnostický model EFT (EFT-T).

GENERALIZOVANÁ ÚZKOSTNÁ PORUCHA

V roce 2017 publikovali Timulák et al. (2017) výsledky explorační studie, v níž zkoumali účinnost EFT při léčbě 14 klientů s GAD. Srovnáním symptomů GAD před začátkem léčby a po jejím skončení autoři zjistili velkou míru efektu léčby ($d = 2.39$). Míra efektu se při tom udržela i po uplynutí 6 měsíců od ukončení léčby. Kvalitativní analýza odhalila změny v emočním fungování, míře úzkosti, sebeakceptaci, sebedůvěře a v porozumění sobě samému. Klienti si nejvíce cenili podpůrného terapeutického vztahu a experienciálních technik. Účinnost EFT při léčbě GAD byla ověřována rovněž v případových studiích (Timulák & McElvaney, 2016; Watson et al., 2017).

SOCIÁLNÍ ÚZKOST

Účinnost EFT je zdokumentována rovněž při léčbě sociální úzkosti. Elliott (2013) přibližuje výsledky výzkumu, který realizoval společně s Rodgersem (Rodgers & Elliott, 2012): 50 klientů se sociální úzkostí absolvovalo PCA, nebo EFT. Oba přístupy byly při léčbě sociální úzkosti vysoce účinné (EFT: $d_{(AM)} = 1.57$). Velikost efektu obou intervencí byla srovnatelná s velikostí efektu KBT (kognitivně behaviorální terapie) zjištěném v metaanalýze Elliotta (2013). Klienti, kteří absolvovali EFT, však vykazovali ve srovnání s klienty

PCA výraznější snížení symptomů sociální úzkosti ($d = 0.62$).

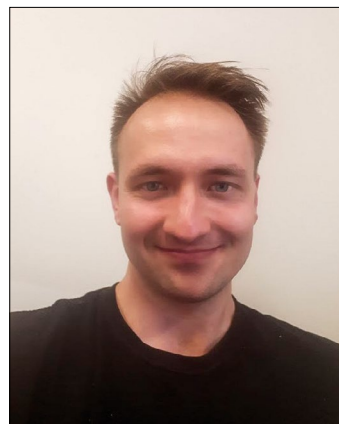
Dosud nejnovější studii účinnosti EFT při léčbě sociální úzkosti realizovali Shahar et al. (2017). Využili při tom zajímavého výzkumného designu (tzv. nonconcurrent multiple-baseline study), a to při léčbě 12 dospělých klientů trpících sociální úzkostí. Účastníci této studie nejprve čekali na zahájení léčby, a to po dobu čtyř, osmi nebo dvanácti týdnů ode dne vstupního diagnostického pohovoru. Úroveň sociální úzkosti se u klientů v průběhu čekání na začátek léčby nezměnila. Sedm z jedenácti účastníků po absolvování terapie (maximálně 28 sezení) nenaplnilo běžná diagnostická kritéria pro sociální úzkost. Na konci léčby bylo dosaženo významného snížení symptomů sociální úzkosti ($d = -2.37$). Tento pokles zůstal stabilní i po uplynutí šesti a dvanácti měsíců od ukončení léčby.

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Účinnost EFT byla zkoumána v případě mladé ženy s mentální anorexií (MA) (Dolhanty & Greenberg, 2009). Tato případová studie prokázala snížení symptomů MA, alexithymie a deprese po 18měsíční léčbě. Další pilotní studie se věnovala skupinové formě EFT u žen s diagnózou bulimia nervosa ($n=12$) (Wnuk et al., 2015). Léčba zahrnovala 16 sezení jednou týdně a byla zaměřena na problematické emoce související se symptomy poruch příjmu potravy. V této studii byly zjištěny statisticky významné pre-post změny ve frekvenci záchvatovitého přejídání ($Z = -2.09$). Účastnice rovněž vykazovaly snížení depresivity ($Z = -2.67$), zlepšení v oblastech regulace emocí ($Z = -2.67$) a vnímání vlastní zdatnosti (self-efficacy)

($Z = -3.08$). Další pilotní RCT (Glisenti et al., 2021) ověřovala účinnost EFT při léčbě poruch příjmu potravy ($n=21$), konkrétně záchvatovitého přejídání (Binge Eating Disorder). Po absolvování 12 sezení jednou týdně došlo v rámci pre-post měření ke snížení počtu epizod záchvatovitého přejídání ($d = 0.99$), snížení počtu dní, ve kterých se tyto epizody objevily ($d = 1.51$), a snížení dalších symptomů, jako jsou problematické chování, myšlení a negativní emoce spojené s přejídáním ($d = 1.1$). Studie dále nezaznamenala signifikantní rozdíl mezi posttestem a tříměsíčním follow-up, což ukazuje na stabilitu účinku v čase. Počet klientů, kteří nesplnili diagnostická kritéria pro záchvatovité přejídání, tvořil na konci léčby 55 % a po tříměsíčním follow-up 60 %. Tyto výsledky naznačují velkou míru efektu EFT a poskytují podporu pro využití a proveditelnost EFT jako účinného léčebného postupu při snižování symptomů záchvatovitého přejídání.

Rodinná terapie zaměřená na emoce (EFFT) je přístup, který cílí na rodiče (partnery) a jejich významnou a aktivní roli v rámci léčby jejich blízkých (Robinson et al., 2015). Základem této terapie je přístup FBT (Family-Based Treatment), který byl obohacen o principy a techniky EFT. EFFT je pak model terapie pro rodiny, které vyžadují intenzivnější léčbu. Adaptace EFFT pro poruchy příjmu potravy byla testována v různých formátech s rodiči dětí různého věku a s různými klinickými projevy: dvou denní intervence EFFT pro rodiče ($n=33$), již testovala A. L. Robinson et al. (2016), se zaměřila na snižování strachu a sebeobviňování, neboť právě strach a sebeobviňování se v jiné studii ukázaly jako významné udržovací mechanismy poruch příjmu potravy



**Lukáš
Novák**

Mgr. et Mgr. Je absolventem jednooborové psychologie a aplikované etiky. V současné době působí jako doktorand na Institutu sociálního zdraví Univerzity Palackého v Olomouci. Souběžně je doktorandem lékařské fakulty Univerzity v Groningenu. Zabývá se celou řadou témat z oblasti psychometrie a neurovědy. V současnosti realizuje výzkum ve spolupráci s lékařskou fakultou využívající funkční magnetickou rezonanci k identifikaci neurálních korelátů empatie.

(Stillar et al., 2016). V důsledku intervence došlo ke zvýšení vnímané zdatnosti u rodičů ($d = 3.39$), pozitivnímu posunu v postojích rodičů ohledně jejich role ($d = 1.99$) a snížení obav spojených se zapojením v léčbě ($d = 2.24$) včetně sebeobviňování ($d = 1.31$) a strachu ($d = 1.72$). Tyto závěry potvrdila také studie Strahan et al. (2017): dvoudenní skupinová intervence EFFT byla poskytnuta rodičům dospívajících a dospělých dětí s poruchami příjmu potravy ($n=124$). Intervence byla opět zacílena na strach a sebeobviňování rodičů s cílem zlepšit vnímání rodičovské zdatnosti. Výsledky studie ukázaly snížení maladaptivního strachu ($d = 0.63$), sebeobviňování ($d = 0.35$) a zlepšení vnímání rodičovské zdatnosti ($d = -1.49$).

TRANSDIAGNOSTICKÝ MODEL EFT

Klasický diagnosticko-intervenční model KBT přiřazuje k jednotlivé diagnostické jednotce specifický terapeutický postup. Rozšiřující se paleta poruch/diagnóz a složitých komorbidit však na KBT terapeutu klade ve výše uvedeném smyslu stále vyšší časové i odborné nároky. V reakci na tyto potíže vyvinul tým významného představitele KBT D. H. Barlowa tzv. jednotný protokol pro léčbu emočních poruch (Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders, dále UP) (Barlow et al., 2010). Jde o první transdiagnostický výzkumem podložený psychoterapeutický nástroj, který cílí na symptomy více diagnóz současně. Barlow předpokládá, že emoční poruchy mají společnou strukturu a psychopatologický podklad (Dalglish et al., 2020; Moses & Barlow, 2006). Hlavním cílem terapie je učít klienta tolerovat vlastní emoce, zvyšovat jeho emoční odolnost a emoční flexibilitu.

Terapie zaměřená na emoce na uvedený trend navazuje: vyvíjí a testuje transdiagnostický model EFT, resp. EFT-T, při léčbě deprese, úzkosti a příbuzných poruch. EFT-T při tom v praxi cílí primárně na léčbu jádrové emoční bolesti, která je v kontextu EFT považována za společný podklad depresivních a úzkostných poruch (Timulák & Keogh, 2020). EFT-T totiž předpokládá, že depresivní a úzkostné symptomy vznikají v důsledku rozvoje primárních maladaptivních emocí (smutek/osamělost, hanba/vina a strach), které informují o chronicky nenaplněných základních emočních potřebách (ocenění, přijetí, vztahová blízkost, bezpečí). Část symptomů deprese a úzkosti je v EFT-T vnímána jako součást vy-

hýbavých strategií, které jednotlivce chrání před prožíváním nepříjemných, až nesnesitelných emocí. Účinnost EFT-T při léčbě deprese, úzkosti a příbuzných poruch je ověřována v aktuálně probíhající RCT L. Timuláka et al. (2020). Jedním z hlavních cílů studie je přispět k vývoji empiricky podloženého transdiagnostického přístupu, který bude humanisticko-experenciální alternativou vůči KBT.

DALŠÍ ADAPTACE EFT

Vyvíjí se adaptace EFT pro léčbu poruch osobnosti (Pos & Paulone, 2019), resp. klienty s hraniční poruchou osobnosti (Pos & Greenberg, 2012), vyhýbavou poruchou osobnosti (Pos, 2014), u klientů s poruchami autistického spektra (Robinson & Elliott, 2017) a jako intervence při zvládnutí emočních reakcí po anafylaktickém šoku vyvolaném alergeny v jídle (Taylor & Lewis, 2018). V domácím prostředí byla realizována pilotní RCT (Halamová et al., 2021) testující účinnost tréninkového online programu pro zvyšování soucitu vůči sobě a ochraňujícího hněvu. Proběhla rovněž kvaziexperimentální studie (Halamová & Kanovský, 2019), která ověřovala účinnost skupinového tréninkového programu založeného na EFT pro rozvoj emočních kompetencí vysokoškolských studentů.

SKUPINOVÁ FORMA EFT

Skupinová EFT (EFT-G) patří mezi další nově se rodící formy terapie. EFT-G je krátkodobá terapie (obvykle 16 setkání), která je aplikací EFT v kontextu základních principů skupinové psychoterapie (Yalom, Leszcz, 2005). Transformace maladaptivních emocí – rovněž s využitím experenciálních technik – zde probíhá jako



**Petr
Mikoška**

Mgr. et Mgr., Ph.D. et Ph.D. Vystudoval filozofii a psychologii na Filozofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Působí jako výzkumný pracovník na Institutu sociálního zdraví na Univerzitě Palackého v Olomouci a jako psycholog v Psychiatrické léčebně Šternberk. Je absolventem dlouhodobého výcvikového programu v rogersovské psychoterapii a poradenství (PCA Institut Praha) a certifikovaným terapeutem v terapii zaměřené na emoce. Autor knih *Metadovědnost a (ne)vědomí v psychoterapii* (2013), *Člověk, psychoterapie a pedagogika v přístupu C. Rogerse* (2014), *Vzdělávání zaměřené na studenta* (2016), *Jak současná věda objevuje empatii* (2017).

součást skupinového procesu (Robinson et al., 2014).

První studii zkoumající účinnost EFT-G realizovali A. Pascual-Leone et al. (2011). Účastníky kvaziexperimentální studie byli vězni, kteří se dopouštěli násilného chování v rámci svých partnerských vztahů ($n=66$). Výsledky studie ukázaly, že po 7 a 8 měsících od propuštění se jednotlivci, kteří obdrželi EFT-G, dopustili násilného chování ve významně menší míře než ti, kteří terapeutický program neabsolvovali. Další studie Wnuk et al. (2015) ověřovala účinnost EFT-G při léčbě poruch příjmu potravy (viz výše). Studie Robinson et al.

(2014) zkoumala proveditelnost a účinnost EFT-G u dospělých klientů s depresí a úzkostí. Výsledky ukázaly snížení míry symptomů u deprese (pre-post; $n^2 = 0.40$), u úzkosti (post-follow-up $n^2 = 0.48$) a zvýšení emoční regulace, a to i po jednoročním follow-up ($n^2 = 0.59$). Účastníci studie zpětně hodnotili jako nejsilnější a klíčový zážitek vlastní experienciální práci (techniky dvou židlí) a pozorování dalších členů skupiny při jejich experienciální práci.

Novější výsledky v tomto směru přinesla studie S. Thompsonové a L. Girzové (2020), která poukázala na potenciál, který může mít EFT-G při léčbě deprese a úzkosti. Po absolvování terapie došlo u účastníků ($n=59$) ke statisticky a klinicky významnému snížení symptomů deprese a úzkosti a zlepšení regulace emocí. Na základě této studie byl formulován první manuál EFT-G pro psychoterapeuty (Thompson & Girz, 2018). Aktuálně je EFT-G využívána v USA, Kanadě, Španělsku, Austrálii a Norsku. Vzhledem k sílícímu tlaku na dostupnost a efektivitu terapeutických služeb lze do budoucna předpokládat rostoucí zájem o výzkum, vývoj a praktickování skupinové formy EFT (Thompson & Girz, 2020).

ZÁVĚR

Aktuální podoba EFT se formovala pod vlivem více než čtyřicetiletého intenzivního empirického výzkumu psychoterapie – především terapeutického procesu a mechanismu změny. EFT vyvinula vlastní teorii emocí, teorii psychopatologie a teorii psychoterapeutického procesu. Dosud nejsilnější evidenci o účinnosti má EFT při léčbě deprese, dále pak při léčbě traumatu. V posledních letech byly realizovány první

studie ověřující účinnost EFT při léčbě úzkostných poruch; výsledky těchto studií ukazují, že EFT může být účinná při léčbě GAD či sociální úzkosti. V současnosti se výzkum účinnosti EFT zaměřuje rovněž na léčbu klientů s poruchami příjmu potravy, poruchou osobnosti či práci s rodinným systémem; rozvíjejí se modely práce s dětmi a adolescenty. Mezi významné limity výše uvedených studií patří nejčastěji spřízněnost autorů studie s EFT (allegiance effect), nízký počet účastníků a absence kontrolní skupiny. Mezi obecné limity EFT patří především nízký počet randomizovaných kontrolovaných studií, případně studií účinnosti, které by prokazovaly účinnost tohoto přístupu u dalších diagnóz, případně obtíží.

V rámci EFT rovněž započal vývoj transdiagnostického modelu. Aktuálně je realizována randomizovaná kontrolovaná studie srovnávající účinnost transdiagnostických modelů EFT a KBT při léčbě deprese, úzkosti a příbuzných poruch. Výsledky této studie by mohly přispět k vývoji empiricky podloženého transdiagnostického modelu, který by tvořil humanisticko-experenciální alternativu vůči KBT. Sílicí tlak na účinnost a efektivitu psychoterapeutických služeb pro stále širší klientelu přispívá k vývoji krátkodobých, účinných a dostupných forem terapie. Do budoucna lze proto předpokládat rozvoj transdiagnostického přístupu, skupinové formy EFT a v neposlední řadě online adaptací EFT.

Role autorů: První a druhý autor se podíleli na rešerši literatury a psaní kapitol: Současné výzkumné trendy v EFT a Závěr. Třetí a čtvrtý autor jsou autoři kapitol: Úvod, Teorie EFT a Závěr. Všichni autoři

přispěli ke vzniku textu článku a schválili jeho konečnou podobu.

Konflikt zájmů: Autoři nemají konflikt zájmů

Poděkování: Patrik Bohuněk

LITERATURA

- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, Ch. P., Ellard, K. K., Boisseau, Ch. L., Allen, L. B., & Ehrenreich May, J. T. (2010). *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist guide*. Oxford University Press.
- Beasley, C. C., & Ager, R. (2019). Emotionally Focused Couples Therapy: A systematic review of its effectiveness over the past 19 years. *Journal of evidence-based social work*, 1–16. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/23761407.2018.1563013>
- Dalglish, T., Black, M., Johnston, D., & Bevan, A. (2020). Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. *Journal of consulting and clinical psychology*, 88(3), 179–195. <https://doi.org/10.1037/ccp0000482>
- Dolhanty, J., & Greenberg, L. S. (2009). Emotion-focused therapy in a case of anorexia nervosa. *Clinical psychology & psychotherapy*, 16(4), 366–382. <https://doi.org/10.1002/cpp.624>
- Elliott, R. (2013). Person-centered/experiential psychotherapy for anxiety difficulties: Theory, research and practice. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 12(1), 16–32. <https://doi.org/10.1080/14779757.2013.767750>
- Ellison, J. A., Greenberg, L. S., Goldman, R. N., & Angus, L. (2009). Maintenance of gains following experiential therapies for depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 77(1), 103–112. <https://doi.org/10.1037/a0014653>
- Glisenti, K., Strodl, E., King, R., & Greenberg, L. (2021). The feasibility of emotion-focused therapy for binge-eating disorder: A pilot

- randomised wait-list control trial. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00358-5>
- Goldman, R. N., Greenberg, L. S., & Angus, L. (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychotherapy Research*, 16(5), 537–549. <https://doi.org/10.1080/10503300600589456>
- Greenberg, L. S. (2016). *Emotion-focused Therapy*. American Psychological Association.
- Greenberg, L., & Watson, J. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research*, 8(2), 210–224. <https://doi.org/10.1080/10503309812331332317>
- Greenberg, L. S., & Goldman, R. N. (2019). *Clinical handbook of emotion-focused therapy*. American Psychological Association.
- Halamová, J. (2013a). Na emócie zameraná individuálna psychoterapia. *Psychoterapie*, 7, 6–18.
- Halamová, J. (2013b). Párová psychoterapia zameraná na emócie. *Československá psychologie*, 57, 430–446.
- Halamová, J. (2015). Terapie zameraná na emócie. In M. Lečbych & M. Friedlová (Eds.), *Psychoterapeutické směry* (pp. 123–144). Univerzita Palackého Olomouc.
- Halamová, J. & Kanovský, M. (2019). Emotion-focused training for emotion coaching – an intervention to reduce self-criticism. *Human Affairs*, 29(1), 20–31. <https://doi.org/10.1515/humaff-2019-0003>
- Halamová, J., Kanovský, M., Varšová, K., & Kupeli, N. (2021). Randomised controlled trial of the new short-term online emotion focused training for self-compassion and self-protection in a nonclinical sample. *Current Psychology*, 40(1), 333–343. <https://doi.org/10.1007/s12144-018-9933-4>
- Johnson, S. (2018). *Držme se pevně - Párová terapie zaměřená na emoce*. Portál.
- Moses, E. B., & Barlow, D. H. (2006). A new unified treatment approach for emotional disorders based on emotion science. *Current Directions in Psychological Science*, 15(3), 146–150. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2006.00425.x>
- Paivio, S. C., & Nieuwenhuis, J. A. (2001). Efficacy of emotion focused therapy for adult survivors of child abuse: A preliminary study. *Journal of Traumatic Stress*, 14(1), 115–133. <https://doi.org/10.1023/A:1007891716593>
- Paivio, S. C., Jarry, J. L., Chagigiorgis, H., Hall, I., & Ralston, M. (2010). Efficacy of two versions of emotion-focused therapy for resolving child abuse trauma. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 20(3), 353–366. <https://doi.org/10.1080/10503300903505274>
- Pascual-Leone, A., Bierman, R., Arnold, R., & Stasiak, E. (2011). Emotion-focused therapy for incarcerated offenders of intimate partner violence: a 3-year outcome using a new whole-sample matching method. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 21(3), 331–347. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.572092>
- Pos, A. E. (2014). Emotion Focused Therapy for avoidant personality disorder: Pragmatic considerations for working with experientially avoidant clients. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 44(2), 127–139. <https://doi.org/10.1007/s10879-013-9256-6>
- Pos, A. E., & Greenberg, L. S. (2012). Organizing awareness and increasing emotion regulation: revising chair work in emotion-focused therapy for borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 26(1), 84–107. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.1.84>
- Pos, A. E., & Paulone, D. A. (2019). Emotion-Focused Therapy for personality disorders. In L. S. Greenberg & R. N. Goldman (Eds.), *Clinical handbook of Emotion-Focused Therapy* (pp. 381–402). American Psychological Association.
- Robinson, A. L., McCague, E. A., & Whissell, C. (2014). “That chair work thing was great”: A pilot study of group-based emotion-focused therapy for anxiety and depression. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 13(4), 263–277. <https://doi.org/10.1080/14779757.2014.910131>

- Robinson, A. L., Dolhanty, J., & Greenberg, L. (2015). Emotion-focused family therapy for eating disorders in children and adolescents. *Clinical psychology & psychotherapy*, 22(1), 75–82. <https://doi.org/10.1002/cpp.1861>
- Robinson, A. L., Dolhanty, J., Stillar, A., Henderson, K., & Mayman, S. (2016). Emotion-Focused Family Therapy for eating disorders across the lifespan: A pilot study of a 2-day transdiagnostic intervention for parents. *Clinical psychology & psychotherapy*, 23(1), 14–23. <https://doi.org/10.1002/cpp.1933>
- Robinson, A., & Elliott, R. (2017). Emotion-focused therapy for clients with autistic process. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 16(3), 215–235. <https://doi.org/10.1080/14779757.2017.1330700>
- Rodgers, B., & Elliott, R. (2012, July). *Person-Centred & Experiential approaches to social anxiety: Outcome analysis*. Conference of World Association for Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counselling, Antwerp, Belgium.
- Shahar, B., Bar-Kalifa, E., & Alon, E. (2017). Emotion-focused therapy for social anxiety disorder: Results from a multiple-baseline study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 85(3), 238–249. <https://doi.org/10.1037/ccp0000166>
- Strahan, E. J., Stillar, A., Files, N., Nash, P., Scarborough, J., Connors, L., Gusella, J., Henderson, K., Mayman, S., Marchand, P., Orr, E. S., Dolhanty, J., & Lafrance, A. (2017). Increasing parental self-efficacy with emotion-focused family therapy for eating disorders: A process model. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 16(3), 256–269. <https://doi.org/10.1080/14779757.2017.1330703>
- Stillar, A., Strahan, E., Nash, P., Files, N., Scarborough, J., Mayman, S., Henderson, K., Gusella, J., Connors, L., Orr, E. S., Marchand, P., Dolhanty, J., & Lafrance Robinson, A. (2016). The influence of carer fear and self-blame when supporting a loved one with an eating disorder. *Eating disorders*, 24(2), 173–185. <https://doi.org/10.1080/10640266.2015.1133210>
- Taylor, J. Z., & Lewis, C. L. (2018). Counseling adults with food allergies after an anaphylactic reaction: An application of emotion-focused therapy. *Journal of Mental Health Counseling*, 40(1), 14–25. <https://doi.org/10.17744/mehc.40.1.02>
- Thompson, S. & Girz, L. (2018). *Taming your critic: A practical guide to EFT in group settings*. https://www.researchgate.net/profile/Laura_Girz/publication/336217600_Thompson_Girz_2018_EFT_groups_manualpdf/data/5d94be20a6fdccfd0e710f36f/Thompson-Girz-2018-EFT-groups-manual.pdf?origin=publication_list (30. 3. 2021).
- Thompson, S., & Girz, L. (2020). Overcoming shame and aloneness: Emotion-focused group therapy for self-criticism. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 19(1), 1–11. <https://doi.org/10.1080/14779757.2019.1618370>
- Timuľák, L. (2010). Na osobu zaměřená a prožitková psychoterapie. In Z. Vybíral & J. Roubal (Eds.), *Současná psychoterapie* (pp. 147–163). Portál.
- Timuľák, L. (2013). Integrovaná terapia zameraná na emócie. *Psychoterapie*, 3, 3–4.
- Timuľák, L. (2015). *Transforming emotional pain in psychotherapy: An emotion-focused approach*. Routledge.
- Timuľák, L. (2020). *Transformace emoční bolesti v psychoterapii – Terapie zaměřená na emoce*. Portál.
- Timuľák, L., & McElvane, J. (2016). Emotion-Focused Therapy for generalized anxiety disorder: An overview of the model. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 46(1), 41–52. <https://doi.org/10.1007/s10879-015-9310-7>
- Timuľák, L., McElvane, J., Keogh, D., Martin, E., Clare, P., Chepukova, E., & Greenberg, L. S. (2017). Emotion-focused therapy for generalized anxiety disorder: An exploratory study. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 54(4), 361–366. <https://doi.org/10.1037/pst0000128>
- Timuľák, L., & Keogh, D. (2020). Emotion-Focused Therapy: A transdiagnostic formulation. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50(1), 1–13. <https://doi.org/10.1007/s10879-019-09426-7>

- Timulák, L., Keogh, D., McElvancy, J., Schmitt, S., Hession, N., Timulakova, K., Jennings, C., & Ward, F. (2020). Emotion-focused therapy as a transdiagnostic treatment for depression, anxiety and related disorders: Protocol for an initial feasibility randomised control trial. *HRB open research*, 3, 7. <https://doi.org/10.12688/hrbopenres.12993.1>
- Timulák, L., & Pascual-Leone, A. (2015). New developments for case conceptualization in Emotion-Focused Therapy. *Clinical psychology & psychotherapy*, 22(6), 619–636. <https://doi.org/10.1002/cpp.1922>
- Watson, J. C., Gordon, L. B., Stermac, L., Kalogerakos, F., & Steckley, P. (2003). Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(4), 773–781. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.71.4.773>
- Watson, J. C., Saedi Chekan, S., & McMullen, E. (2017). Emotion-focused psychotherapy for GAD: individual case comparison of a good and poor outcome case. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 16(2), 118–139. <https://doi.org/10.1080/14779757.2017.1330707>
- Wnuk, S. M., Greenberg, L., & Dolhanty, J. (2015). Emotion-focused group therapy for women with symptoms of bulimia nervosa. *Eating disorders*, 23(3), 253–261. <https://doi.org/10.1080/10640266.2014.964612>
- Yalom, I., & Leszcz, M. (2005). *Theory and practice of group psychotherapy*. Perseus Books.

Došel do redakce 7. 4. 2021, v revidované verzi 13. 10. 2021. K publikaci přijat 20. 10. 2021.

KONCEPT KONTEJNOVANIA VO VZŤAHU K PSYCHOHYGIENE PSYCHOTERAPEUTA

The concept of containment in relation to psychotherapist's self-care

Ivan Pavlovič

Department of Social Work, Faculty of Education, Comenius University, Bratislava, SK;
SPIRARE – Private psychiatric day care centre
e-mail: ivan.pavlovic04@gmail.com

Psychoterapie. 16 (1), 32–41; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT

Práca psychoterapeuta prináša výzvy vo viacerých oblastiach. Jednou z nich je aj emočná kapacita a schopnosť byť v kontakte s utrpením klienta. Koncept kontejnovania súvisí s kapacitou psychoterapeuta zostať prítomný a spracovať pritom náročné protiprenosové emócie. Psychoterapeut v rámci psychoterapeutického vzťahu pomáha procesovať emočné prežívanie klienta rovnako ako to robí aj matka pri svojom dieťati. S úctou, uznaním a rešpektom prijíma, absorbuje, spracováva a robí zrozumiteľnejším jeho vnútorné prežívanie, čím si aj samotné dieťa vytvára schopnosť reflexie, sebaregulácie a funkčných hraníc. Naopak, nerefektované kontejnovanie môže časom zásadne ovplyvňovať psychoterapeutovu kapacitu byť počas sedenia primerane k dispozícii. Cieľom tohto teoretického príspevku je detailnejšie priblížiť koncept kontejnovania vo vzťahu k psychohygiene psychoterapeuta z pohľadu vybraných psychoterapeutických smerov.

Kľúčové slová: kontejnovanie, protiprenos, projektívna identifikácia, psychohygienu

ABSTRACT

Psychotherapist's profession brings challenges in many areas. One of them is emotional capacity and capability to be in touch with client's suffering. The concept of containment is related to psychotherapist's capacity to stay present and process at the same time demanding countertransferences. Psychotherapist deals within psychotherapeutic relationship with similar processes as mother with her child. She accepts and processes with respect and acknowledgement the child's experiences, what helps the child to create capability of reflection, self-regulation and functional boundaries. On the contrary, containment that is not reflected can negatively influence psychotherapist's capacity to be present and available during the session. The aim of this contribution is to describe the concept of containment in relation to psychotherapist's self-care from the perspective of selected psychotherapeutic approaches.

Key words: containment, countertransference, projective identification, self-care

ÚVOD

Každý psychoterapeut je v potenciálnom ohrození, že profesná rola, ktorá od neho vyžaduje, aby dôkladne bdel nad svojimi emóciami a aby rôznymi spôsobmi zvládal emocionálne slabosti svojich klientov, zasiahne aj jeho samého. Nutkanie potláčať detské potreby, udržiavať pod kontrolou návaly zlosti a túžby po regresii, resp. udržiavať progresívny postoj „silného jedinca“, ohrozujú psychoterapeuta vnútornú rovnováhu (Figley, 2002; Schmidbauer, 2015; Williams et al., 2010). V priebehu každého psychoterapeutického sedenia sú spolu v kontakte minimálne dve ľudské bytosti, ktoré interagujú, ovplyvňujú sa a navzájom vyvolávajú v sebe rôzne pocity. V tomto psychodynamickom procese je neustále prítomný protiprenos. Za protiprenos sa považujú emocionálne reakcie, ktoré má terapeut voči svojmu klientovi (Gabbard, 2009). Freud (1933) vnímal protiprenos ako niečo, čo narušuje psychoterapeutický proces, a preto sa dlho odporúčalo, aby terapeuti pracovali na svojich protiprenosových pocitoch a konfliktoch v terapii a supervízii. Melanie Kleinová (1960) rozpracovala teóriu projektívnej identifikácie, podľa ktorej protiprenos nie je len dôsledkom terapeutových nevedomých projikovaných konfliktov, ale hrajú v ňom rolu aj jeho identifikácie s projekciami, ktoré má voči nemu samotný klient. Gabbard (2005, s.147) projektívnu identifikáciu rozdeľuje na dva kroky: „1. *reprezentácia self alebo objektu (často sprevádzaná emocionálnym stavom) je projektívne odmietnutá (disawoved) nevedomým umiestnením na niekoho iného, a 2. ten, kto projikuje, vyvíja interpersonálny tlak, ktorý dotlačí druhú osobu, aby zažila alebo nevedome sa identifikovala*

s tým, čo bolo projikované. Prvý krok je typ prenosu, kým druhý krok sa dá považovať za protiprenos.“ Terapeut môže využiť svoje reakcie k tomu, aby sa stal bdelym voči tým aspektom klientových nevedomých procesov, ktoré v terapeutickom diskurze môžu zostať skryté. Z pohľadu teórie projektívnej identifikácie sa tak mení vnímanie protiprenosu – z patologického rušivého momentu sa stáva účinný nástroj terapeutického procesu. To ako narába psychoterapeut s týmto fenoménom môže zásadne ovplyvniť v dlhodobom rámci mieru únavy a vyčerpania (Figley, 1995, 2002; Izzová & Millerová, 2019; Jovanović, et al., 2016; Kottler, 2013). Odborníci pracujúci s ľudskou psychikou by si mali byť vedomí, že zafažujú svoju psychiku rovnako ako profesionálni športovci výkonmi svoje telo. Sledovať si svoje medze, kapacity a venovať sa dostatočnej regenerácii platí rovnako aj pre nich (Emerson & Markos, 1996; Guy et al., 1989; Maté, 2019; Schmidbauer, 2015, Turner et al., 2005).

POJEM PSYCHOHYGIENA

Podľa Křivohlavého (2003) je termín „hygiena“ u nás bežný a pomerne dobre zrozumiteľný. Etymologický pôvod tohto slova je odvodený od gréckej bohyně zdravia „Hygie“. Z tohto pohľadu má úzky vzťah k zdraviu a hlavne k prevencii chorôb. Obvykle máme tento termín spätý s telesnou hygienou (biologicky orientovanou hygienou) a spojenie mentálna hygiena – duševná hygiena – psychohygiena, je pomerne novší pojem. K úlohám psychohygieny patrí poskytnúť systém prepracovaných pravidiel a rád, ktoré môžu slúžiť k udržaniu, prehĺbeniu alebo znovuzískaniu duševného zdravia a rovnováhy (Pavlovič,

Ivan
Pavlovič

**PhDr., Ph.D. Je klinický psychológ a psycho-
terapeut (psychodynamická psychoterapia).
Pracuje v Bratislave na Katedre Sociálnej
práce PDF UK a v psychiatrickom stacionári
SPIRARE spol. s r.o.**

2017a). Bátorová a Kusý (2013) chápu duševné zdravie ako základný kameň celkového zdravia, ktorý vstupuje do vzťahu s optimalizáciou a kvalitou života každého človeka. Bedrnová et al. (1999) chápe psychohygienu širšie ako hľadanie a nachádzanie efektívneho spôsobu života, hľadanie optimálnej životnej cesty. Komplexne ide tak o vytváranie optimálnych podmienok pre duševnú činnosť, udržanie duševného zdravia, upevnenie duševnej zdatnosti, posilnenie odolnosti voči najrôznejším vplyvom, ktoré negatívne ovplyvňujú náš duševný život. V súčasnosti v odbornej zahraničnej literatúre a štúdiách nájdeme pre pojem psychohygienu skôr pojem „self-care“ – seba-starostlivosť (Christopher & Maris, 2010; Williams et al., 2010). V širšom zmysle slova sa psychohygienou rozumie seba-starostlivosť o dosiahnutie optimálneho fungovania duševnej činnosti. Konkrétne ide o to prirodzene a realisticky odrážať realitu, reagovať primerane na všetky podstatne dôležité podnety, primerane riešiť bežné aj neobvyklé úlohy, stále sa duševne zdokonaľovať a duševne, prípadne i duchovne ďalej rásť (Vávrová & Pastucha, 2013). Pri stanovení cieľov, na ktoré je čin-

nosť duševnej hygieny zameraná, sa veľmi často stretávame s dôrazom na adaptáciu, seba-výchovu, zrenie osobnosti a duševný pokoj. Pozornosť však bola venovaná aj otázkam sociálnej interakcie, úpravy životného a pracovného prostredia a životospráve (Bedrnová et al., 2011). V tomto príspevku sa zameriavame predovšetkým na psychohygienický postoj terapeuta voči emóciám a protiprenosovým fenoménom, ktoré prirodzene sprevádzajú každé psychoterapeutické sedenie. Porozumenie tejto téme a vedomejšie zaobchádzanie s ňou môže zásadne ovplyvňovať celkové psychické nastavenie, motiváciu a kapacitu zvládať výzvy, ktoré prináša tento typ práce (Guy et al., 1989).

KONCEPT KONTEJNOVANIA

Kontejnovanie je pojem, ktorý prvýkrát popísal psychoanalytik Wilfred Bion, žiak Melanie Klein. Podľa Biona (1970) je kontejnovanie základná funkcia a úloha matky v ranom období vývinu dieťaťa, ktorej zlyhanie môže viesť ku psychóze. Kojenec je neustále zaplavovaný nezrozumiteľnými vzruchmi, nesymbolizovanými, surovými psychicko-somaticko-afektívnymi prežitkami (beta-elementy), ktoré sú pre neho neúnosné a prostredníctvom projektívnej identifikácie ich ukladá do matky, ktorá slúži ako akýsi „kontajner“ (Douglas, 2007). Matka tieto nezrozumiteľné, zaplavujúce a ohrozujúce prežitky dešifruje a „očistí“ (alfa-funkcia) a spracované ich vracia späť v podobe alfa-elementov a zážitky dostávajú význam v podobe matkinej reakcie. Prostredníctvom introjekcie alfa-elementov si dieťa postupne buduje schopnosť mentalizácie-symbolizácie skúsenosti vo vedomí (Fonagy & Target, 2005). Kalina (2008)

uvádza, že schopnosť matky zvládnuť detské primitívne úzkosti a správať sa k dieťaťu vnímať a citlivo nastavuje funkčnú komunikáciu medzi matkou a dieťaťom. Vďaka tomtu procesu sa dieťa dokáže vyrovnávať so svojimi stavmi a integrovať tak svoje Self. Matka tohoto procesu nemusí byť schopná a jej odpoveď môže byť iracionálna, neempatická, riadená úzkosťou, pocitmi viny, hnevom či emočným stiahnutím. V takom prípade si túto schopnosť obsiahnuť a ohraničiť svoje prežívanie, spracovať ho, vyznať sa v ňom a primerane ho vyjadrovať nevytvorí ani jej dieťa. Mnohí psychiatrickí pacienti môžu mať aj vďaka tomu oslabenú integritu Self, spojenú s pocitmi ohrozenia z určitých psychických obsahov a s prežívaním neschopnosti ich poňať, spracovať a vysloviť. Miesto toho priamo jednajú (agujú) pod vplyvom neintegrovateľných a dezintegrovaných intrapsychických dejov. V rámci psychoterapie je však možnosť pracovať aj s týmto vývinovým zlyhaním, tak ako tomu je aj pri liečbe vzťahovej väzby. V tom prípade sa projektívna identifikácia využíva terapeuticky a kontejnovanie psychoterapeuta prepracúva toto pôvodné nefunkčné nastavenie. Casoni a Brunet (2000 in Kalina, 2008, s.148) uvádzajú, že: „*klient sa v terapeutickej situácii nielen snaží zbaviť ohrozujúcich psychických obsahov, ale tiež dúfa, že si s nimi bude terapeut vedieť rady – bude ich schopný obsiahnuť, ohraničiť, podržať, premyslieť a navrhnúť klientovi ich zvládnuteľnú, »dekontaminovanú« verziu. Ich spracovanie a vyjadrenie (nielen formou interpretácií, ale prostredníctvom celkového terapeutovho správania) umožňuje klientovi, aby ich sám spracoval a previedol do vedomej roviny*“. Psychoterapeut pomáha klientovi,

aby vydržal svoje chaotické skúsenosti. Bude metabolizovať to zlé a vracáť to späť zmenené. Klient sa s ním môže identifikovať a vytvárať nové funkčnejšie vzorce reagovania (Sannwald et al., 2015). Psychoterapeut je ovplyvňovaný tým, čo do neho klient projikuje, a potrebuje byť schopný neobviňovať klienta za pocity, ktoré v ňom vyvoláva. Podľa Gabbarda (2009) existuje riziko, že si terapeut zamení vlastné pocity s pocitmi klienta. Preto je treba neustále bdieť a diferencovať svoje vlastné pocity od tých, ktoré v ňom pôvodne vyvolal klient. Vzhľadom na to každý terapeut reaguje do takej miery, ako má zreflektované a spracované svoje vlastné témy a zranenia. Niektorí tým pádom môžu na ten istý podnet reagovať intenzívnejšie. Je teda dôležité, aby psychoterapeut miernym spôsobom reagoval na to, čo v ňom daný protiprenos vyvolal, uvedomí si klientov vnútorný svet, verbalizuje ho a prostredníctvom interpretácie ho sprostredkuje klientovi, čím mu môže lepšie porozumieť, a tak aj pomôcť.

PROCESOVANIE KONTEJNOVANIA V PSYCHODYNAMICKEJ PSYCHOTERAPII

Pre klienta je dôležité vidieť a cítiť, že psychoterapeut dokáže narábať z jeho pohľadu neznesiteľnými vnútornými stavmi a emóciami (Gabbard, 2005). Na druhej strane by psychoterapeut mal vedieť, koľko kontejnovania je schopný ešte znášať tak, aby masochisticky, či so „syndrómom pomocníka“, neobetoval svoje psychické zdravie na oltár svojej pozície „dost dobrého psychoterapeuta“ (Emerson et al., 1996; Figley, 2002; Guy et al., 1989). Kontejnovanie je teda skôr aktívny proces, pri ktorom sa zohľadňujú viaceré premenné.

Vďaka lepšiemu porozumeniu a jasnejšiemu postoju k zmyslu kontejnovania, môže terapeut lepšie ustáť zaplavujúce mentálne a emočné obsahy svojho klienta, čo v konečnom dôsledku pôsobí psychohygienicky. Porozumenie, prečo sa zdržat priskorých interpretácií a konfrontácií, je dobré pre klienta, pre terapeuta aj pre samotný psychoterapeutický proces a liečbu. Gabbard (2009, s. 13–15) kategorizuje tieto funkcie kontejnovania nasledovne: 1. *Diagnostika klientových vnútorných objektných vzťahov*, vďaka ktorej môže terapeut odložiť interpretácie na neskôr so zámerom lepšie porozumieť tomu, ako ho vnútorný svet klienta ovplyvňuje. Týmto prístupom si tak terapeut môže lepšie overovať svoje hypotézy ohľadom správnej intervencie, ktorá vhodne objasní klientovi jeho opakujúce sa vzorce objektných vzťahov. 2. *Reštaurácia reflektívneho fungovania*, prostredníctvom ktorého si terapeut znovu obnovuje svoj vnútorný priestor tak, aby dokázal mať kapacitu vnímať klientovo prežívanie a popri tom premýšľať a porozumieť tomu, čo sa deje v danej situácii. 3. *Sebaanalýza a seba-skúmanie*, pri ktorom terapeut má priestor reflektovať aj svoje vlastné protiprenosové reakcie, ktoré sú reakciou na znášanie klientových emócií. Takto môže analyzovať svoje vklady a vplyv na prenosovú dynamiku. Súčasťou sebarozvoja terapeuta v jeho sebaškúsenostnej psychoterapii je reflektovať svoje vlastné intra-psychické konflikty a mieru toho, ako môže svojimi intervenciami vmanévrovať klienta do stvárňovania jeho vlastných reprezentácií. Terapeut tak medzi sedeniami má priestor porozumieť, do akej miery sa podobá klient, či situácia, v ktorej sa klient nachádza, s jeho vlastným skúsenosťami,

blízkym ľuďom, prípadne či klient nezrkadlí minulosť, alebo súčasný proces samotného terapeuta. 4. *Vnútorná supervízia*, ktorá trefne pomenováva proces toho, kedy sa pri spracovávaní ťažko zvládnuteľných protiprenosov terapeuta radia s vlastnými introjektami svojich supervízorov. 5. *Tichá interpretácia* znamená schopnosť rozvíjať verbalizáciu a interpretáciu klientových procesov vo vnútornom monológovi. To mu umožňuje pomenovať si presnejšie to, čo neskôr použije vo vhodnom načasovaní tak, aby to klientovi pomohlo sa viac otvoriť zmene. Opakom by bolo, keby to zo seba dostal v tlaku nakontejnovaných emócií, kedy by sa klient skôr zatvoril voči neskorším intervenciám, ktoré by od terapeuta vnímal skôr ako útoky. 6. *Verbálna klarifikácia*, ktorá v empatickom a neinvazívnom prístupe umožňuje reformuláciu klientovho prežívania a vzťahovania sa voči terapeutovi tak, aby dokázal diferencovať prenosovú situáciu a jeho pocity a vnemy. Vďaka tomu si klient dokáže spraviť jasnejší náhľad na svoje opakujúce sa vzorce správania s inými vzťahovými objektmi v jeho živote. Terapeut sa tak psychohygienicky vyhne zotrúvaniu v postoji, kedy by mohol mať pocit, že je zneužívaný klientom len ako nádoba na jeho emočné prenosy, ktoré môžu mať formu zraňujúcich útokov, ako to býva pomerne časté napríklad pri klientoch s hraničnou poruchou osobnosti. Terapeut si tým nastavuje hranicu a klarifikuje vzťah a neprerámcováva svoj terapeutický kontejner na „žumpu“. V psychoterapii sa sebaodhalenie a kontejnovanie v žiadnom prípade nevyklučujú, sú práveže prepojené. Kontejnovanie a spracovanie protiprenosových citov umožňuje kontruktívnejšie odhalenie toho, ako sa terapeut cíti a prečo

sa tak cíti (Gabbard, 2009). Ferenczi (in Aron, 2006) tvrdil, že abstinujúci postoj zastávaný klasickou psychoanalýzou je pre klientov retraumatizujúci. Znovuobjavenie Ferencziho newyorskými psychoanalytikmi v podstate stimulovalo vznik vzťahovej psychoanalýzy. Vzťahoví psychoanalytici nadväzujú na jeho myšlienky o protiprenose, vzájomnom odohrávaní klientových ťaživých scén z minulosti v terapeutickom vzťahu (enactment) a sebaodhaľovaní terapeuta. Systematicky využívajú sebaodhaľovanie svojich protiprenosových pocitov klientovi (Aron, 2006).

ALTERNATÍVNE PRÍSTUPY KU KONTEJNOVANIU VO VYBRANÝCH PSYCHOTERAPEUTICKÝCH SMEROCH

Napriek tomu, že každá psychoterapeutická škola má svoj vlastný názor na pôvod a využitie protiprenosu, nachádza sa väčšina z nich niekde medzi pólmi tvorenými Freudovou pozíciou a teóriou projektívnej identifikácie (Gabbard, 2009). Fenomény poľa v psychoterapeutickom kontexte spomínajú viacerí autori (Goodbread, 2006; Mackewn, 2004; Mindell, 1992). Podľa Roubala (in Vybíral & Roubal, 2010) súvisí pole s tým, že všetky prvky životného priestoru klienta sú v danom okamihu vo vzťahu a vzájomne sa ovplyvňujú. Pole sa neustále premieňa a tiež sa zmysluplne organizuje. Tak ako existuje pole u každého samostatne, existuje aj vzťahové pole. Goodbread (2006) uvádza, že tento fenomén spochybňuje našu ťažko vydobytú kontrolu nad oblasťou našich vzťahov. Termín vysnívanie (dreaming up), ktorý sa priamo týka fenoménov poľa, navrhol psychoterapeut Arnold

Mindell, zakladateľ na proces orientovanej psychológie, pre popis špecifickej formy protiprenosu, teda totality pocitov reakcií terapeuta na jeho klienta. Pozoroval, že neočakávané, tajomné a možno aj navzájom si odporujúce myšlienky a pocity, ktoré mal počas terapie, sa zrkadlili v snoch, telesných symptómoch a neverbálnych komunikáciách jeho klientov. Môže k nim dochádzať v akomkoľvek vzťahu, v ktorých snenie a zážitky podobné snom pôsobia na jeho účastníkov, často napriek ich vedomým zámerom. Mindell (1992) tiež zistil, že každá skúsenosť, ktorú jeden partner vo vzťahu odmieta, má tendenciu nevedome „infikovať“ druhého partnera. V prípade terapeutického vzťahu sa to prejavuje ako druh protiprenosu. Z uvedeného vyplýva, že je dôležité rešpektovať a vnímať fenomény poľa, a to nielen v psychoterapeutickom vzťahu. Vzájomný vplyv nevedomých vzťahových procesov prebieha neustále a psychoterapeut potrebuje byť tak pozorný k tomu, čo vníma, a to nielen počas sedenia. Z pohľadu psychohygieny je to zásadné poznanie, pretože množstvo situácií, kedy terapeut začne byť napríklad unavený alebo iritovaný, môže súvisieť aj s tým, že klient je na svojej hranici voči emócií alebo zážitku, ktoré prežíva (Mindell, 1992). Ak terapeut vedome nepracuje s týmito pocitmi a priamo ich počas sedenia neoslovuje vo svojom vnútri či nahlas, môžu sa tieto pocity amplifikovať a ovplyvňovať jeho psychický stav či pozornosť. Fenomény vysnívania tak manifestujú pre terapeuta signál toho, že klient je na nejakej svojej hranici voči téme, či pocitom, ktoré nemá spracované a zintegrované (Diamond, Jones, 2015). Gestalt terapia pracuje tiež so spomínanou teóriou poľa, ktorá vychádza z predpokladu,

že Self klienta a terapeuta neexistujú ako dve oddelené interagujúce jednotky, ale sú neustále spoluutvárané vo vzájomnom vzťahovom poli (Vybíral & Roubal, 2010). V pravom slova zmysle tu nemáme „zdroj“ a „prijemcu“ projekcie či protiprenosu. To, čo má terapeut k dispozícii, je len prítomný okamih, teda pozorovanie fenomenológie/správania klienta a vlastná introspekcia s vedomím, že oboje sa vzájomne ovplyvňuje a spolutvorí v nekonečných slučkách. Pri najlepšom môže terapeut svoje predpoklady, závery a obavy dôsledným sebaučítaním čiastočne odložiť bokom, tzv. „zátvorkovať“, aby nekontaminovali v danej chvíli jeho autentické prežívanie kontaktu s klientom a so sebou samým. Emočne náročné prejavy klienta nie sú chápané ako informácia o jeho minulosti alebo problém k vyriešeniu, ale ako prejav snahy o naplnenie jeho emočnej potreby v prítomnosti. Klient v momente, keď je zaplavený ťaživou emóciou v uviaznutom geštalte bezmocnosti, vníma realitu cez filter minulosti. Terapeut naopak robí všetko pre to, aby zachoval pohľad cez filter prítomnosti, v ktorej je možné, aby si klient znovu privlastnil svoje prežívanie a slobodu voľby (Phillipson 2002). Kontejnovanie, kapacita k vnímavému responzívne načúvaniu v momente, keď klient uvoľňuje „toxický obsah“, vyžaduje na strane terapeuta predovšetkým hlboké pochopenie a súcit k sebe samému (Benda, 2019, Gilbert, 2017; Žvelc & Žvelc, 2021). Len integráciou vlastných neprijateľných aspektov terapeut získava schopnosť zostať v kontakte so svojimi podpornými zdrojmi a pritom sa emočne neodpájať z ťaživej chvíle, kedy sa ako prirodzená reakcia objavuje strach, odpor či protektívna agresia. Je to umenie zotrvať

láskavo a pravdivo v prítomnosti trpiacej živej bytosti a zároveň neopustiť seba. Geštalt prístup kladie rovnaký dôraz na obe strany (Phillipson 2002). Opornými bodmi sú jednak pocit zmyslu, dôvera v liečivý potenciál takýchto momentov a jednak ochota terapeuta budovať si psycho-fyzicko-duchovnú odolnosť cez dlhodobé zodpovedné zaobchádzanie so svojim životom (Craig & Sprang, 2010). Výstižnou metaforou práce s emočnými obsahmi je „alchymia“, ktorá prijíma všetko, čo je v kotle, neskúša nič odmietnuť alebo opraviť, naopak vidí, že aj negatívne je súčasťou učenia a liečenia. Bdelosťou a všímavosťou integrujeme emočné porvy, ktoré prebiehajú v kotle (Bennett-Goleman, 2002). Benda (2019) považuje všímavosť terapeuta za dôležitý predpoklad akejkolvek psychoterapie. Rovnako aj iní autori (napr. Christopher & Maris, 2010; Siegel, 2018; Žvelc & Žvelc, 2021) vnímajú všímavosť u terapeuta za podstatnú súčasť schopnosti integrácie vlastných aj klientových procesov. *„Všímavosť terapeutovi umožňuje pozorne si uvedomovať všetky procesy prebiehajúce v rámci sedenia tu a teraz. Umožňuje mu aktívne počúvať, uvedomovať si, aké pocity v ňom klient vyvoláva, a pritom zostať voči tejto skúsenosti otvorený, empatický, láskavý a súcitný“* (Benda, 2019, s. 161). Rozvíjanie súcitu k iným predpokladá rozvíjanie súcitu voči sebe (Gilbert, 2017, Pavlovič, 2017b). Sebasúcitní ľudia sa voči sebe správajú oveľa láskavejšie a starostlivejšie a s oveľa menšou kritickosťou a hnevom, keď sa im niečo nepodarí alebo v niečom zlyhajú, ako ľudia s nízkym sebasúcitom (Halamová, 2018; Neff, 2003). Vo vzťahu ku kontejnovaniu protiprenosových emócií

sa môže pri nerešpektovaní svojich limitov a zanedbávaní psychohygieny u terapeuta prejavíť tzv. vyčerpanie súcitu, ktoré redukuje kapacitu alebo záujem znášať utrpenie druhých ľudí (Figley, 2002). Pri dlhodobom nesledovaní signálov vyčerpania môže prejsť až vo vyhorenie či rôzne psychosomatické symptómy (Craig & Sprang, 2010; Deighton et al., 2007; Emerson & Markos, 1996; Maté, 2019). Izzová a Millerová (2019) kategorizujú syndróm sprostredkovaného šoku, ktorý v sebe zahŕňa vyčerpanie súcitu, druhotný traumatický stres a sprostredkovanú traumu.

ZÁVER

Terapeuti, obzvlášť začínajúci, majú tendenciu prehliadať a podceňovať negatívny prenos (Sannwald, et al., 2015). Je preto potrebné podporovať (nielen) u začiatočníkov vzdelávanie a dôkladnú sebareflexiu. Reflektovanie terapeutových nakontejnovaných protiprenosov by malo prebiehať aj v pravidelnej supervízii, intervízii či v ďalšej povýcvikovej psychoterapii (Pavlovič, 2017a)¹. Psychoterapeuti sú vystavení stresu a záťažovým momentom, kedy často nahliadajú až k samému jadru toho, čo znamená byť človekom – vrátane všetkých problémov, trápenia a hrôz, ktoré si ľudia väčšinou ukrývajú aj sami pred sebou (Kottler, 2013). Problematika kontejnovania vo vzťahu k psychohygiene je dôležitá nielen v oblasti psychoterapie, ale celkovo v oblasti pomáhajúcich profesií (Géringová, 2011; Izzová & Millerová, 2019). Schmidbauer

(2015) prináša výstižný obraz, ktorý by si nielen psychoterapeuti mohli opakovane pripomínať: „*Na plachetnicových lodiach platí pre námorníkov železné pravidlo: jedna ruka pre loď, druhá pre mňa. Keď to prenosieme na pomáhajúce povolanie, znamená to: Jedna ruka pre klientov, druhá pre mňa. Kto sa oboma rukami domáha uznania od klientov, ľahko sa zrúti a nepomôže už potom nikomu z tých, ktorých sa tak horlivo snažil spasiť*“ (Schmidbauer, 2015, s. 99). Jednou z dôležitých kvalít terapeuta je aj schopnosť vnímania vlastnej zraniteľnosti a svojich limitov (Brown, 2015). Terapeut je ovplyvňovaný tým, čo do neho klient projikuje a potrebuje byť schopný reflektovať, kde je jeho kapacita a ako má pracovať s protiprenosovými emóciami. Yalom (2013) odporúča „kuť železo, keď vychladne“, čiže až keď u terapeuta „vyšumí“ jeho silná emočná reakcia a je schopný miernym a rešpektujúcim spôsobom reagovať klientovi na to, čo v ňom vyvolal. Práve preto potrebuje terapeut vedieť uvedomelo zaobchádzať s procesom kontejnovania. Každý psychoterapeutický systém pracuje inak s kontejnovanými protiprenosmi a je otázkou prípadných ďalších výskumných štúdií v budúcnosti, ktorý spôsob bude vhodnejší z hľadiska efektivity terapeutických intervencií a zároveň aj pre psychoterapeutovu psychohygienu.

Konflikt zájmu: Bez konfliktu zájmu.

LITERATÚRA

¹ Pre komplexnejšie porozumenie psychohygienickej práce s protiprenosmi odporúčame napríklad: (Benda, 2019; Pavlovič, 2017a; Kottler, 2013; Schwartz & Flowers, 2009; Hájek, 2007; Yalom, 2003; Figley, 1995).

Aron, L. (2006). *Setkání myslí – vzájemnost v psychoanalýze*. Praha: Triton.
Bedrnová, E. a kol. (1999). *Duševní hygiena a sebeřízení*. Praha: Fortuna.
Benda, J. (2019). *Všímavost a soucit se sebou:*

- Proměna emocí v psychoterapii*. Praha: Portál.
- Bennett-Goleman, T. (2002). *Emočná alchymia*. Bratislava: Ikar.
- Bion, W.R. (1970). *Attention and Interpretation*. London: Tavistock.
- Brown, B. (2015). *Síla zranitelnosti*. Praha: Návrat domů.
- Bion, P. (ed). W. R. Bion: Between Past and Future. London & New York: Karnac Books.
- Casoni, D. & Brunet, L. (2000). *About Violent Behavior and Relational Impasses*. In: Talamo
- Craig, C. D., & Sprang, G. (2010). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety, Stress & Coping*, 23(3), 319–339. doi:10.1080/10615800903085818
- Christopher, J. C., & Maris, J. A. (2010). *Integrating mindfulness as self-care into counselling and psychotherapy training*. *Counselling & Psychotherapy Research*, 10(2), 114–125. doi:10.1080/14733141003750285
- Deighton, R. M., Gurrus, N., & Traue, H. (2007). Factors affecting burnout and compassion fatigue in psychotherapists treating torture survivors: is the therapist's attitude to working through trauma relevant?. *Journal Of Traumatic Stress*, 20(1), 63–75.
- Diamond, J. & Jones, L.S. (2015). *Cesta, která vzniká chůzí: Procesová práce v praxi*. Praha: Nakladatelství Ježek.
- Douglas, H. (2007). *Containment and Reciprocity: Integrating Psychoanalytic Theory and Child Development Research for Work with Children*. New York: Routledge.
- Emerson, S., & Markos, P. A. (1996). Signs and Symptoms of the Impaired Counselor. *Journal Of Humanistic Education And Development*, 34(3), 108–117.
- Figley, C.R. (1995) *Compassion Fatigue. Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. New York: Routledge.
- Figley, C.R. (2002). Compassion Fatigue: Psychotherapists' Chronic Lack of Self Care[SUP 1]. *Journal Of Clinical Psychology*, 58(11), 1433–1441.
- Fonagy, P. & Target, M. (2005). *Psychoanalytické teórie*. Praha: Portál.
- Freud, S. (1933). New introductory lectures on psychoanalysis. In J. Strachey (ed.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. 22, pp. 1–182). London: Hogarth Press.
- Gabbard, G. (2005). *Dlhodobá psychodynamická psychoterapia*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
- Gabbard, G. (2009). *Protiprenos*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
- Géringová, J. (2011). *Pomáhající profese. Tvořivé zacházení s odvrácenou stranou*. Praha: Triton.
- Gilbert, P. (2017). *Compassion. Concepts, Research and Applications*. New York: Routledge.
- Goodbread, J. (2006). *Radikální spojení*. Olomouc: Votobia.
- Guy, J., Poelstra, P., & Stark, M. (1989). Personal distress and therapeutic effectiveness: National survey of psychologists practicing psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20(1), 48–50.
- Halamová, J. (2018). *Sebasútit a sebakritickosť: Tvorba a meranie efektu intervencie*. Bratislava: Vydavateľstvo UK.
- Hájek, K. (2007). *Práce s emocemi pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Izzová, E. & Millerová, C. V. (2019). *Předané trauma: druhotný traumatický stres, zprostředkovaný šok, jak pomoci sobě a druhým*. Praha: Triton.
- Jenkins, S. R., & Baird, S. (2002). Secondary Traumatic Stress and Vicarious Trauma: A Validation Study. *Journal Of Traumatic Stress*, 15(5), 423–32.
- Jovanović, N., Podlesek, A., Volpe, U., Barrett, E., Ferrari, S., Rojnic Kuzman, M., & ... Bezechold, J. (2016). Original article: Burnout syndrome among psychiatric trainees in 22 countries: Risk increased by long working hours, lack of supervision, and psychiatry not being first career choice. *European Psychiatry*, 3234–41. doi:10.1016/j.eurpsy.015.10.007
- Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita*. Praha: Grada Publishing a.s.
- Klein, M. (1960). *The narrative of a child analysis. The Writings of Melanie Klein*. London: Hogarth Press.

- Kottler, J. (2013). *Profesní psychohygienu terapeuta*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2003). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Kurincová, V., Seidler, P. & Fenyvesiová, L. (Eds.). *Výzvy a inšpirácie v pedagogických vedách: Zborník príspevkov z X. medzinárodnej konferencie doktorandov*. 10 (1), s. 198–204.
- Kusý, P. & Bátoriová, D. (2013). Potreba psychohygieny v pedagogických profesiách. In: Mackewn, J. (2004). *Gestalt psychoterapie: Modrení holistický prístup k psychoterapii*. Praha: Portál.
- Masters, R.A. (2018). *Emocionální intimita*. Praha: Maitrea.
- Maté, G. (2019). *Když tělo řekne ne. Jak stres souvisí s nemocemi*. Praha: Nakladatelství Peoplecomm.
- Neff, K. (2003). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self & Identity*, 2(2), 85–101.
- Pavlovič, I. (2017a). *Psychohygienu v živote psychoterapeuta*. Dizertačná práca. Bratislava. PEVŠ.
- Pavlovič, I. (2017b). Seba-súcit ako činiteľ psychohygieny u psychoterapeuta. In: *Psychologické aspekty pomáhání 2016*. [Elektronický zdroj]: Zborník príspevkov. Ostrava: Ostravská univerzita. s. 81–86.
- Phillipson, P. (2002). Transference. *British Gestalt Journal* 11(1), 16–20.
- Sannwald, R.; Schulte-Markwort, M. & Resch, F. (Eds.). (2015). *Psychoterapeutické dovednosti*. Brno: Emitos.
- Schmidbauer, W. (2015). *Syndróm pomocníka*. Praha: Portál.
- Schwartz, B. & Flowers, J.V. (2007). *Ako zlyháva terapeut*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
- Schwartz, B. & Flowers, J.V. (2009). *Myšlienky pre psychiatrov a psychoterapeutov – Reflexie o terapeutickom umení*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
- Siegel, D. J. (2018). *Všímavý terapeut*. Praha: Maitrea.
- Turner, J. A., Edwards, L. M., Eicken, I. M., Yokoyama, K., Castro, J. R., Tran, A. N., & Haggins, K. L. (2005). Intern Self-Care: An Exploratory Study Into Strategy Use and Effectiveness. *Professional Psychology: Research And Practice*, 36(6), 674–680. doi:10.1037/0735-7028.36.6.674
- Vávrová, P. & Pastucha, D. (2013). Psychohygienu (nejen) jako prevence syndromu vyhoření u zdravotnického managementu. *Occupational Medicine / Pracovní Lékarství*, 65(1/2), 53–58.
- Williams, I. D., Richardson, T. A., Moore, D. D., Gambrel, L. E., & Keeling, M. L. (2010). *Perspectives on Self-Care*. *Journal Of Creativity In Mental Health*, 5(3), 320–338. doi: 10.1080/15401383.2010.507700
- Vybíral, Z. & Roubal, J. (2010). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál.
- Yalom, I.D. (2003). *Chvála psychoterapie*. Praha: Portál.
- Žvelc, G. & Žvelc, M. (2021). *Integrative psychotherapy. A Mindfulness- and Compassion-Oriented Approach*. New York: Routledge.

Došel do redakce 13. 9. 2021, v revidované verzi 7. 1. 2022. K publikaci přijat 10. 1. 2022.

VZTAH VÝZNAMNÝCH OKAMŽIKŮ A ZMĚNY V PSYCHOTERAPII: PŘÍPADOVÁ STUDIE

Relationship between significant moments and change in the psychotherapy: a case study

Jana Takáčová¹, Jan Roubal²

¹Krajské ředitelství policie Kraje Vysočina, Jihlava, CZ; e-mail: takacova.jana94@gmail.com

²Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity, Brno, CZ;
e-mail: jan.roubal.cz@gmail.com

Psychoterapie. 16 (1), 42–54; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT

Cílem této případové studie bylo identifikovat významné okamžiky v terapii a následně je propojit se změnou klientových obtíží. Klientem zde byl muž (31 let) s blíže neurčenou dlouhodobou depresivní symptomatikou a psychosomatickými obtížemi. Klient v rámci výzkumu absolvoval s terapeutem 20 individuálních sezení. Data byla sbírána pomocí kvalitativních a dotazníkových metod. Po následné analýze bylo získáno pět kategorií spojitostí mezi významnými okamžiky a změnou klientových obtíží. Jsou jimi „Přijetí odpovědnosti“, „Zvýšení sebevědomí a nalezení vlastní hodnoty“, „Nalezení mužského vzoru“, „Uvědomění si, v čem je dospělost“, „Začlenění do společnosti“. Velkou roli na terapeutické změně zastává terapeutický vztah mezi terapeutem a klientem, důvěra a pocit, že je klientovi nasloucháno.

Klíčová slova: významné momenty, terapeutická změna, depresivní symptomatika, případová studie, systemická terapie

ABSTRACT

This case study sought to identify possible relationship between significant mo-

ments in therapy and the change in client difficulties. The client was a 31-year-old man suffering from unspecified long term depressive symptomatology and psychosomatic problems. As part of the research, the client had undergone 20 sessions of individual therapy. The data was collected using combination of questionnaire and qualitative methods. After subsequent analysis we identified five categories capturing the links between significant moments and changes in clients difficulties. They are: „Acceptance of responsibility“, „Increase of Self-esteem and Finding of Own Value“, „Finding of Male Ideal“, „Realise What Adulthood Is“. Thereby, the therapeutic relationship between the therapist and the client, the trust and the feeling that the client is being listened to play a big role in the therapeutic change.

Keywords: Significant moments, therapeutic change, depressive symptomatology, case study, systemic therapy

Případové studie bývají velice často využívány pro zkoumání terapie jak z hlediska jejího procesu, tak i výsledku. Případové

studie se snaží svým intenzivním zkoumáním porozumět konkrétnímu jedinci a posléze mohou posloužit pro porozumění jiným podobným případům (Hendl, 2016). Konkrétně při zkoumání psychoterapie je možné na případu klienta prozkoumat faktory, které v jeho konkrétním případě působily jako nápomocné, ale také i jako brzdicí. Dále je možné výsledky zkoumání použít pro zlepšení terapeutické práce.

Jedním z možných přístupů ke zkoumání psychoterapie z hlediska jejího procesu je zaměření se na významné momenty, které v terapii probíhají a mají vliv na její úspěšnost. Tyto výzkumy sledují jak nápomocné, tak i brzdicí či škodlivé aspekty, které zabraňují úspěšnosti terapie. Účelem těchto výzkumů je pomoci našemu pochopení, jak psychoterapie funguje a jakým způsobem přispívá terapeut k léčebnému procesu celé terapie (Timulák, 2007). Existuje mnoho metod, kterými mohou být data získávána, avšak Timulák (2010) klade důraz na to, aby to byl klient, kdo významné momenty identifikuje. Jako kontrolní prvek mohou být použity i významné momenty v terapii, které identifikuje terapeut a poté se pracuje s mírou shody v identifikaci mezi klientem a terapeutem (např. Cummings, et al., 1992, Kivlighan a Arthur, 2000; Levitt a Piazza-Bonin, 2011). Další autoři např. Cummings et al. (1994) se domnívají, že klientem identifikované významné momenty zachycují to, co si daný klient z terapeutických sezení pamatuje, a tak tyto momenty přispívají k jeho změně.

Je mnoho možností, jak pracovat s významnými momenty ve výzkumu. Jedním z nich je porovnání klientem identifikovaných významných momentů s jinými kontrolními úseky. Tímto způsobem po-

stupovali Holowaty a Paivio (2012), kde srovnávali významné momenty v emočně zaměřené (emotion-focused) terapii s kontrolními úseky. Ve výsledcích bylo uvedeno, že v daných významných momentech je oproti kontrolním úsekům přítomna afektivní zkušenost, případně v kontrolních úsecích nebyla přítomna ve významné míře.

Výzkumy významných okamžiků v terapii mohou být rozděleny dle zaměření na hodnocení významnosti momentů, jiné se zaměřují pouze na metody pro jejich sběr a analýzu (Bloch et. al., 1979). Některé studie se zaměřují na vztah významných okamžiků s výsledkem terapie (Booth et al, 1997) nebo se zabývaly změnou, která se viditelně v určených okamžicích odrážela (Cummings et al., 1994, Cummings a Hallberg, 1995).

V naší studii budeme pohlížet na významné okamžiky jako na části terapie, kde se odehrávají pro klienta nejdůležitější procesy, které následně vedou ke změně v jeho obtížích.

1. METODA

1.1 Stručná charakteristika případu

Klientem v tomto případě je 31letý středoškolsky vzdělaný muž s depresivní symptomatikou. Klient se s depresivními obtížemi potýká dlouhodobě, počátky datuje již koncem střední školy. V té době si nevěděl rady se svým životem, neměl před sebou žádný cíl a nevěděl, jaký obor by mohl na vysoké škole studovat. Vysokou školu si zvolil spíše účelově, kvůli prodloužení studentského života a výhodám s tím spojenými. Studium však nedokončil.

Kvůli pocitům nesmyslnosti, zbytečnosti a nepříjemnému rozchodu s partnerkou, pomýšlel i na sebevraždu, což bylo příčinou

jeho pobytu v psychiatrické nemocnici. Po návratu se klientův stav na nějaký čas zlepšil, avšak ne na dlouho. V době před terapií se u něho objevily také somatické obtíže jako tlak u srdce, pocit vynechávání bušení, píchání v hlavě a bolest stydkých kostí.

Během terapie se klient svěřil s tím, že jeho otec zahynul tragickou smrtí, když bylo klientovi jeden a půl roku. Pro rodinu byla tato smrt velice traumatická a klient se stále potýkal s velice intenzivními emocemi, které se k této události vztahovaly.

V terapii se klient snažil najít odpověď na otázku, co znamená být pravým mužem. Ve svém životě postrádal mužský vzor, ke kterému by mohl vzhlížet a učit se od něho. Trpěl pocity nedostatku mužnosti, v čemž viděl příčinu svých potíží v milostném životě. Často pociťoval nedostatek sebedůvěry a nevěřil ve schopnost rozhodovat se sám za sebe a nedokázal si za svými rozhodnutími stát. To mnohdy vedlo k potížím jak v jeho pracovním, tak i osobním životě.

Dalším tématem, které klienta tížilo, a snažil se s ním v terapii pracovat, byl závislý vztah s matkou. Klient pociťoval, že matka jeho život ovládá a on se neustále podřizuje jejím rozhodnutím, které se týkaly jeho života. V terapii se snažil od matky odpoutat a vymanit se z jejího vlivu.

Terapeutem je v tomto případě muž středního věku. V době sběru dat provozoval již sedmým rokem soukromou psychoterapeutickou a psychologickou praxi, kde se věnoval individuální a párové terapii pro dospělé i dospívající. Ve své praxi vycházel ze systemického přístupu. Mezi terapeutovy další odborné zkušenosti patří práce v terapeutické komunitě pro klienty s duální diagnózou. Kromě výcviku v systemické te-

rapii absolvoval i výcvik v hypnotické a nehypnotické komunikační strategické psychoterapii.

1.2 Nástroje

Helpful Aspects of Therapy (HAT) je dotazníkovou metodou vyvinutou Llewelynem (1988), která je zadávána klientovi po sezení. Tato metoda zjišťuje informace nejen o nápomocných, ale i o brzdících momentech v terapii, jak je vnímá klient sám (Cooper et al., 2015). Dotazník obsahoval 5 otázek. V dotazníku se vyskytovaly dvě otevřené otázky, kde si měl klient vybavit pro něho významný moment, popsat, co se v daném momentu dělo a proč byl pro něho tento moment významný. Dále byla hodnocena nápomocnost tohoto momentu na Likertově škále. Následně klient uváděl přibližné časové umístění momentu v terapeutickém sezení, a jak dlouho moment probíhal.

Interpersonal Process Recall (IPR) je polostrukturovaný rozhovor, jež vede klient s výzkumníkem nad nahrávkou terapeutického sezení. Cílem IPR je prozkoumat myšlenky a prožívání klienta během sezení (Elliot, 1986). V tomto případě byla klientovi pouštěna nahrávka po čtyřech sezeních (3., 8., 13. a 19.). Klient měl za úkol zastavovat nahrávku pokaždé, když bude probíhat nějaký významný moment, přičemž byl výzkumníkem zaznamenán čas zastavení. Následně se výzkumník doptával klienta, co se v daném momentu dělo, jaké měl tělesné prožívání, pocity a myšlenky. Dále nás zajímal důvod, proč byl daný moment pro klienta důležitý.

Client Change Interview (CCI) je polostrukturovaný rozhovor s klientem, ve kterém se pokouší výzkumník zmapovat změn-

ny, které klient u sebe od počátku terapie pocítuje, přesvědčení o možných příčinách těchto změn a zjistit další případné nápomocné či brzdící aspekty terapie. CCI také umožňuje i částečnou kvantifikaci změn, kdy klient zpozorované změny může ohodnotit na Likertově škále. Během rozhovoru se věnuje čas také zhodnocení výzkumu (Elliot a Rodgers, 2008). V tomto případě CCI s klientem trval 113 minut.

Personal Questionnaire (PQ) je individualizovaným sebeposuzovacím dotazníkem, který je vytvářen klientem na míru jeho obtížím. Dále slouží ke sledování změn v těchto, jím stanovených, obtížích (Elliot et al., 2016). Cílem PQ je posoudit subjektivní intenzitu klientových obtíží v průběhu terapie (Barkham et al., 1993). PQ lze použít nejen pro výzkumné potřeby, ale také jako vhodný nástroj pro potřeby zkvalitňování terapeutické péče (Elliot et al., 2016). Z rozhovoru s klientem o jeho potížích vzešlo 13 potíží, které se poté staly položkami v dotazníku. Následně je klient hodnotil na sedmibodové škále podle toho, jak moc jej obtěžovaly nebo trápily v sedmi uplynulých dnech.

1.3 Sběr dat

Tento výzkumný projekt vznikl pod záštitou Centra pro výzkum psychoterapie (CVP) na katedře psychologie Fakulty sociálních studií Masarykovy univerzity v Brně.

Klient byl do výzkumu vyhledáván pomocí inzerátu zveřejněného na sociálních stránkách a v rubrice inzerce v Informačním systému Masarykovy univerzity. Inzerát nabízel 20 bezplatných terapeutických sezení klientům, kteří trpí mírnou formou depresivních symptomů. Terapeut se přihlásil do výzkumu na základě inzerátu vyvěšeném



Jana Takáčová

Jana Takáčová je absolventkou bakalářského studia psychologie na PF JU v Českých Budějovicích a navazujícího magisterského studia FSS MU v Brně. Po dokončení studia pracuje jako policejní psycholožka na Krajském ředitelství policie kraje Vysočina. Zde také působí jako krizová interventka.

na internetových stránkách CVP. Podmínkou pro vstup do výzkumu byl dokončený výcvik v psychoterapii a alespoň pětiletá zkušenost v terapeutické praxi. Inzerát obsahoval nabídku finanční odměny za 20 sezení. Oba účastníci výzkumu podepsali informovaný souhlas.

Před zahájením terapie byl proveden vstupní rozhovor s klientem, jehož součástí bylo zmapování očekávání od psychoterapie a byly vytvořeny položky dotazníku PQ. Terapeutická sezení trvala přibližně 50 minut a odehrávala se v konzultační místnosti Fakulty sociálních studií Masarykovy univerzity. Z těchto sezení byl vždy pořizován videozáznam a audionahrávka, které byly následně převedeny do textové podoby.

Klient před každým sezením vyplnil dotazník PQ a po 16 sezeních z 20 vyplnil dotazník HAT (po 6., 10., 14. a 16. nebyl vy-

plněn). Po 3., 8., 13. a 19. sezení byly provedeny rozhovory IPR. Tato sezení byla vybrána dopředu v rovnoměrných rozestupech, aby byly reprezentovány různé fáze procesu terapie. Po posledním (20.) sezení byl proveden rozhovor CCI.

1.4 Analýza dat

Snaha o nalezení odpovědi na výzkumnou otázku „Jaká existuje souvislost mezi klientem identifikovanými významnými momenty a výsledkem terapie?“ vedla k rozdělení analýzy na 3 části. Nejprve byla analyzována data zaměřující se na významné momenty v terapii, v další části data týkající se terapeutické změny (neboli výsledku terapie), následně bylo přistoupeno k poslední části analýzy, kde byla využívána data z předchozích dvou částí.

(1) Kvalita významných momentů. Cílem této části bylo získat stručný popis momentů identifikovaných klientem. V této části analýzy byly zdrojem dat dotazníky HAT a rozhovory IPR, ve kterých klient dané momenty identifikoval a popsal. Pro širší pochopení obsahu a kontextu byly využity také přepisy terapeutických sezení. V této části byla kladena otázka ve snaze pochopit, co se v daném momentu dělo a proč nebo čím to bylo pro klienta důležité. Ve snaze na tuto otázku odpovědět, byl získán pracovní název momentu a jeho stručná charakteristika, podobně jako v následujícím případě:

LEGITIMITA POCITŮ: *Klient měl v terapii pocit, že mu terapeut rozumí, že poslouchá to, co mu klient vypráví. Získal z toho pocit, že sám má právo se necítit dobře. Terapeut zareagoval tím, že nazval tento pocit jako legitimní a potvrdil, že má z klientova příběhu pocit, že své pocity klade až na poslední místo. (sezení) Pro*

klienta bylo důležité, že se terapeut o důležitosti jeho pocitů zmínil, že je nepovažuje za bezvýznamné. Klient očekával, že budou s terapeutem pracovat na tom, aby dostali jeho pocity z posledního na první místo, ale očekávání nebylo naplněné. Když mluvil o svých pocitech, cítil se jako malý kluk, bezmocně. (IPR)

Tímto způsobem bylo z 16 dotazníků HAT a 4 rozhovorů IPR nalezeno a popsáno 43 významných momentů.

(2) Kvalita terapeutické změny. Cílem této části bylo identifikovat a popsat jednotlivé oblasti změny vnímané klientem. Pro tuto část byla použita data z rozhovoru CCI a pro doplnění skóry PQ. Pro analýzu rozhovoru CCI byly využity postupy tematické analýzy (Braun a Clarke, 2006). Výsledkem analýzy terapeutické změny bylo 13 oblastí změn identifikovaných klientem a jejich popis.

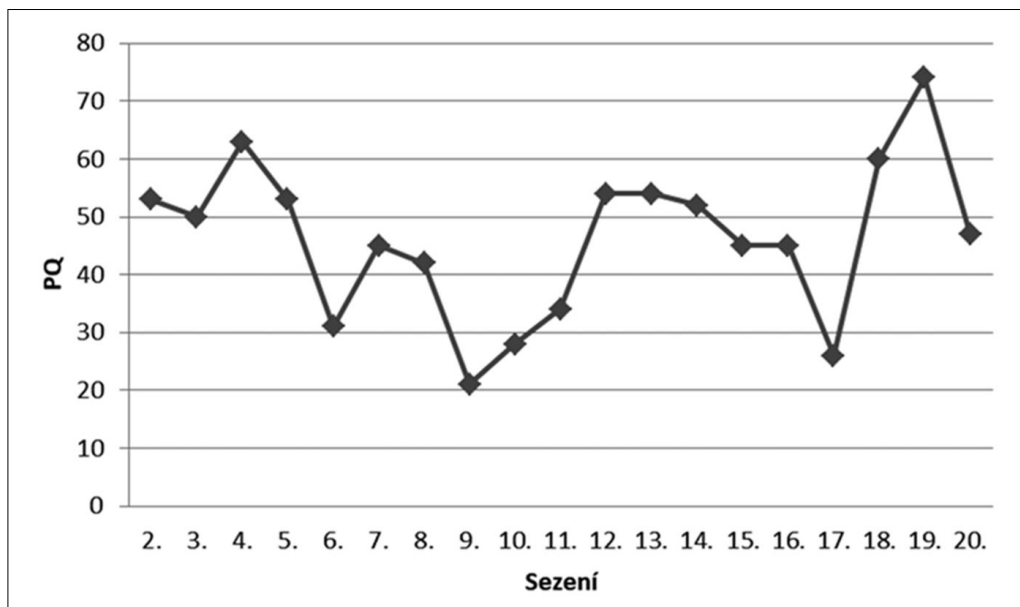
(3) Spojení významných momentů s terapeutickou změnou. Cílem této části byla snaha najít vztah mezi klientem identifikovanými významnými momenty a změnou, kterou u sebe klient po skončení terapie pociťoval. Tato část využívala výsledná data z předchozích dvou částí analýzy.

1.5. Výsledky

Z grafu níže, ve kterém jsou zaneseny skóry v individualizovaném dotazníku PQ, je patrné, že klientovy obtíže měly z počátku klesající tendenci, avšak poté následovaly výkyvy, kde je zřejmé subjektivní zhoršení klientových obtíží. Nejnižší hodnota byla dosažena před 9. sezení, kdy hodnota dosahovala průměrného skóru 21. Značné zhoršení následovalo před 12. a 19. sezením (viz Graf 1).

Data z dotazníku PQ neukazují, že by do-

Graf 1



šlo k výrazným změnám v jakékoli posuzované oblasti, tudíž mezi prvním a 20. sezením k významnému zlepšení nedošlo. Avšak dle subjektivního hodnocení celé terapie během rozhovoru CCI, klient shledává pozitivní změny ve 13 oblastech. Těmito změnami dle klienta jsou: „Nalezení mužského vzoru/chlapáctví“, „Cítím se líp zdravotně – ustaly fyzické pocity bolesti“, „Chci se cítit dobře/více poslouchám své tělo a přijal jsem odpovědnost za své tělo“, „Přijal jsem zodpovědnost za svou situaci“, „Pochopil jsem, čím jsem druhé provokoval“, „Mám dost sebevědomí na to, abych přiznal, že se mi něco nepodařilo a říct, jak věc je“, „Našel jsem způsob, jak ze sebe vydat to nejlepší“, „Změnil se můj pohled na systém/přestal jsem mít strach z policie“, „Uvědomění si, v čem je dospělost“, „Jsem tolerantnější vůči pochybení ostatních“, „Dělat rozhodnutí podle svého nejlepšího

vědomí a svědomí“, „Daleko líp spím“, „Cítím se jako součást společnosti“.

Pokud budeme přihlížet k údajům z rozhovoru CCI, mohli bychom konstatovat, že šlo o úspěšnou terapii. Klient sám hodnotil, že by bylo spíše nepravděpodobné, že by k daným změnám bez pomoci terapie došlo, případně že by k nim došlo v dohledné době. Dále usuzuje, že by pro zlepšení všech svých obtíží, potřeboval dlouhodobější terapeutickou spolupráci.

V následující části textu budou popsány kategorie, které vznikly ve třetí části analýzy, která měla za úkol propojit pro klienta důležité významné momenty s prožívanou terapeutickou změnou. Bylo nalezeno 34 souvislostí, ze kterých bylo vytvořeno 5 kategorií: „Přijetí odpovědnosti“, „Zvýšení sebevědomí a nalezení vlastní hodnoty“, „Nalezení mužského vzoru“, „Uvědomění si, v čem je dospělost“, „Začlenění do spo-

lečnosti“. V textu naleznete příklady jednotlivých momentů, kde je v závorkách označen zdroj dat, např. IPR 3/3, (rozhovor IPR, 3. sezení, 3. moment).

Uvědomění si, v čem je dospělost (n=9)

Během těchto momentů klient pocituje rozpolcenost mezi dítětem uvnitř sebe samého a pozicí dospělého muže (IPR 3/3). Snaží se nalézt způsob, jak se v roli dospělého muže usadit a ztotožnit se s ní. Klient si při terapii přiznal, že je stále matčin „malej kluk“, načež ho terapeut doplnil, že vedle toho malého kluka žije i ten velký. To přineslo klientovi pocity úlevy, ale také i stud (IPR 3/8).

Přijetí odpovědnosti (n=7)

Přijetí odpovědnosti se u klienta projevuje dvojitým způsobem. Prvním způsobem je přijetí odpovědnosti za svou situaci a druhým je přijetí odpovědnosti za své tělo. V průběhu sezení nastal moment (IPR 3/12), kdy klient převzal zodpovědnost za svůj život uvědoměním, že často chce ve svém životě udělat činy, které jsou pro něho prospěšné, na základě svého vlastního rozhodnutí a necítí již potřebu vzdorovat jen kvůli tomu, že je po něm chtějí i jeho blízcí: „...nějaké hledání práce nebo něčeho, něco takovýchodle, bylo dejme tomu z těch rozumnějších rozhodnutí jsem, jsem měl k nim nějakou, cítil nevůli a nechuť z toho důvodu, že to prostě po mně prostě pořád vyžadovala ta moje matka a tak dále, ale co jsem si dneska uvědomil, takže spousta z těch věcí je něco, co stejně chci udělat tak jako tak. Že to prostě není vůle matky, ale že, že jsem se v podstatě, v momentě, když mi to

dneska tedka před chvílou došlo, tak jsem z toho byl překvapenej, ale že v podstatě, no, důležitý je to, že to tedka prostě chápu tak jakože něco, co chcu já, a ne, ne že to je nějakaj vliv...“ (Úryvek sezení)

Nalezení mužského vzoru (n=3)

Klient dlouhodobě ve svém okolí hledal nějaký mužský vzor, protože se v jeho okolí vyskytovaly především ženy. Jeho otec tragicky zahynul, když byl klient malý. Během sezení si našel svůj vzor v pradědovi a to mu bylo poté velice nápomocné: „...bylo to takový nakopnutí, že v podstatě, když se mě terapeut zeptal, co by mi tedka muj praděda v tuto chvíli řekl, tak eee mi to trvalo, než mi došlo, že by řekl, ať přestanu brečet a zvednu se.“ (Úryvek CCI).

Zvýšení sebevědomí a nalezení vlastní hodnoty (n=10)

Klient má obavy z dělání chyb a ze selhání. Terapie mu pomohla změnit postoj k chybám. Klient po terapii chybu již nevnímal jako překážku, ale jako nutný krok, který ho může posunout dál. Strach ze selhání mu bránil v tom, aby začal ve svém životě na něčem pracovat (CCI). Toto je patrné především během prvního momentu prvního setkání, kdy klient pochopil, že v minulosti odkládal věci především proto, že mu chyběla odvaha k tomu, aby se o ně pokusil (HAT 1/1).

Začlenění do společnosti (n=4)

Klient si uvědomil, že mnohdy, když se k němu ostatní nechovali hezky, bylo důvodem jeho vlastní jednání, které je

k tomu vybízelo. Pochopil, že když se choval k ostatním neupřímně, přetvařoval se před nimi, neměl své vlastní názory a postoje upravoval dle ostatních, bylo to chování natolik hloupé, že se k němu jako k hloupému chovali (IPR 13/29).

Dále byly nalezeny 4 změny, které nebylo možné propojit žádným významným okamžikem, jsou to „Daleko líp spím“, „Jsem tolerantnější vůči ostatním“, „Cítím se jako součást společnosti“ a „Zlepšení zdravotního stavu“. U těchto změn nebylo možné vyhledat přímo příslušné okamžiky a v rozhovoru CCI k nim nebylo mnoho informací. Výzkumník provádějící rozhovor se bohužel na tyto otázky blíže nedoptával. U kategorie „Zlepšení zdravotního stavu“ nelze přímo určit příčinné souvislosti, avšak můžeme se domnívat, že změny souvisí se snížením stresu a uvolněním. Například v momentu 3/4 (IPR) klient uvedl, že pociťoval uvolnění napětí a pocit, jako by mu ze žaludku spadl kámen a mohl se lépe nadechnout. Nebo v okamžiku 13/28 (IPR) klient pocítil změny v somatické oblasti, kdy poté, co přiznal terapeutovi svou skrývanou agresivitu, pocítil uvolnění napětí v hrudníku a odezněly vnitřní křeče.

Ve významných okamžicích byly nalezeny i takové, které nebylo možné přímo spojit s příslušnou změnou, ty byly rozřazeny do 4 kategorií: „Důvěra v terapeuta“, „Podpora a povzbuzení od terapeuta“, „Pocit porozumění a naslouchání“, „Práce s emocemi a jejich ventilace.“ Tyto kategorie lze zařadit mezi společné účinné faktory.

Důvěra v terapeuta (n=2)

Klient cítí k terapeutovi velkou důvěru, proto je schopen se mu otevřít a svěřit se mu se

zkušenostmi, které ho uvádějí do rozpaků. Mezi tyto okamžiky patří například 13/31 (IPR), kdy se klient cítí zahanben, protože v sobě nedokáže najít odvahu, aby se postavil za sebe, nebo za své blízké. Důvěra v terapeuta je považována za jeden z nespécifických faktorů, který účinkuje v terapii (Lambert a Ogles, 2004).

Podpora a povzbuzení od terapeuta (n=9)

Terapeut podpořil klienta v prožívání pocitů, legitimizoval je a uznal, že na ně má klient nárok. Klient vnímal jako důležité, že terapeut nevnímá jeho pocity jako bezvýznamné (IPR 3/5). V okamžicích 4/13 a 5/14 (HAT), se snažil terapeut podpořit klienta nalezením jeho silných stránek, ve kterých by mohl klient spatřovat svou hodnotu. Při CCI klient uvedl, že ho během terapie terapeut pochválil, kolik odvedl na sobě práce a podpořil ho, když se mu nedařilo. Emoční podpora, naslouchání a dodávání naděje, jsou dle Kratochvíla (2005) společné účinné faktory.

Pocit porozumění a naslouchání (n=4)

Dle Coopera (2008) jsou empatie a pocity porozumění těsně spjaty s terapeutickou změnou. Klient sám během významného momentu uvedl že: „...*taky jsem měl po-, po strašně dlouhé době pocít, že prostě mě někdo poslouchá a snaží, soustředí na to, se na to, co já říkám...*“ (3/4 IPR). V klientovi tento pocit naslouchání uvolnil napětí a ulevil mu od pocitů naštvání. Měl pocit, že v sobě pocity dusil dlouhou dobu a neměl je komu říci.

Práce s emocemi a jejich ventilace (n=9)

Klient se během terapie snažil pracovat se svými emocemi. Měl pocit, že negativní emoce v sobě kumulují a poté je nedokáže efektivně ventilovat a ztrácí nad nimi kontrolu. To je patrné například v okamžiku 8/19 (IPR), kdy se klient rozzlobil v práci a nedokázal svůj hněv kontrolovat. S odstupem získal náhled a uvědomil si, že by situaci vyřešil mnohem lépe, kdyby své emoce nejprve zkusil ovládnout a teprve poté by jednal. Získání náhledu na vzorce svého chování bývá považováno za jeden z faktorů terapeutické změny a dopomáhá k tomu, aby klient v podobných situacích zkoušel nové způsoby jejich řešení, namísto jejich opakování a přehlížení (Grawe, 2004).

2. ZÁVĚR

Cílem tohoto výzkumu, bylo porozumět tomu, jakým způsobem přispívají významné okamžiky ke změně v terapii. Při analýze byla soustředěna pozornost na nalezení vztahu mezi klientem určenými významnými momenty a výsledky terapie.

Před každým sezením byl klientem vyplněný dotazník PQ, kde klient hodnotil, jak ho během posledních 7 dní před terapií trápily obtíže, se kterými do terapie přišel. Data z tohoto dotazníku neukazují, že by během terapie došlo k významným změnám, hodnoty mají výkyvy jak k vyšším skórum, tak k těm nižším (viz Graf 1) a mezi prvním a posledním sezením nebylo dosaženo výrazného zlepšení klientových obtíží. Po posledním sezení byl proveden rozhovor CCI, kde klient zhodnotil změny, které u něho během terapie proběhly a co bylo dle jeho názoru jejich příčinou. Dle CCI však u klienta došlo ke změně k lepšímu ve 13 oblastech a dle klientovy výpově-



**Jan
Roubal**

Doc. MUDr., Ph.D. Vyučuje psychoterapii na katedře psychologie FSS MU v Brně, kde se účastní práce Centra pro výzkum psychoterapie. Pracuje jako psychoterapeut, psychiatr, lektor psychoterapie a supervizor.

di za touto změnou stojí terapie. Klient se však domnívá, že by došlo k výraznějšímu zlepšení, kdyby spolupráce s terapeutem byla dlouhodobá a vyjádřil přání v terapii pokračovat i po dokončení tohoto výzkumu.

Z výzkumu vzešlo pět kategorií souvislostí mezi momenty a terapeutickou změnou: „Přijetí odpovědnosti“, „Zvýšení sebevědomí a nalezení vlastní hodnoty“, „Nalezení mužského vzoru“, „Uvědomění si, v čem je dospělost“, „Začlenění do společnosti.“ Tyto kategorie by mohly odpovídat některým obecným kategoriím, které vzešly z kvalitativní metaanalýzy (Timulák, 2007). Jsou jimi prohloubené uvědomění/vhled/sebepochopení (awareness/insight/self-understanding), posílení (empowerment) a klientova spoluodpovědnost (client involvement). Kategorii uvědomění/vhled/sebepochopení by v obecné rovině odpovídala naší kategorie „Uvědomění si, v čem je dospělost“, kdy klient přichází k náhledu na své jednání a utváří si tak nové představy o své roli v životě. S tím je spojena i Timuláková kategorie změn-

ny chování/řešení problému (behavioral change/problem solution), kde klient díky tomuto náhledu i upravuje své chování. Kategorie posílení odpovídá především naší kategorii „Zvýšení sebevědomí a nalezení vlastní hodnoty“.

Ke čtyřem změnám nebylo možné přiřadit žádné z označených okamžiků, těmi jsou: „Daleko líp spím“, „Jsem tolerantnější vůči ostatním“, „Cítím se jako součást společnosti“ a „Zlepšení zdravotního stavu“. Tyto změny byly uvedeny samotným klientem, avšak nebylo možné je propojit s klientem určenými momenty v terapii. Je pravděpodobné, že u těchto změn měly značný vliv společné účinné faktory, jako je například důvěra v terapeuta a účinnost terapie, podpora a povzbuzení klienta terapeutem a dále také pocit, že je mu nasloucháno.

K některým okamžikům nebylo možné přiřadit žádnou změnu, ty byly rozděleny do 4 kategorií: „Důvěra v terapeuta“, „Podpora a povzbuzení od terapeuta“, „Pocit porozumění a naslouchání“, „Práce s emocemi a jejich ventilace“. Většinu z těchto kategorií (s výjimkou práce s emocemi a jejich ventilace) lze označit jako společné účinné faktory, které v terapii působí. Společné účinné faktory jsou zmiňovány již v roce 1936 S. Rosenzweigem a od té doby jsou zkoumány prostřednictvím mnoha studií (např. Grencavage a Norcross, 1990, Norcross 2011). Výše zmíněné faktory se objevují i v Timulákově metaanalýze z roku 2007 pod obecnými kategoriemi vlivných nápomocných okamžiků jako pocit pochopení (feeling understood) a ujištění/podpora/bezpečí (reassurance/support/safety). Kategorie okamžiků nazvaná „Práce s emocemi a jejich ventilace“, je také jednou z obecných jádrových kategorií

vlivných nápomocných okamžiků ve výše zmíněné metaanalýze uvedené jako zkoumání emocí/emoční poznávání (exploring feelings/emotional experiencing). Dále jsou v Timulákově studii zařazeny kategorie jako úleva (relief) a osobní kontakt (personal contact), které se v naší studii nevyskytovaly. Vyjádření porozumění a pochopení a popis nebo zkoumání emocí se objevuje i ve studii Martina a Stelmaczonka (1988), kde se zabývali nápomocnými okamžiky v terapii. Oliveira et al. (2012) se zaměřili na významné okamžiky v existenciální terapii a výsledkem bylo 7 kategorií, ve kterých se objevovaly opět převážně společné účinné faktory působící v terapii, jako je terapeutický vztah, neposuzující postoj, zplnomocnění klienta, ale kromě toho také i investované vědomosti terapeuta, terapeutovo sebeodhalení, restrukturování zkušeností a potvrzení subjektivních emocionálních zkušeností.

Elliot (1985) zkoumal ve výzkumu nápomocné a brzdící okamžiky na vzorku 24 studentů, kde bylo identifikováno 86 nápomocných momentů, které byly následně rozděleny do 8 klastrů dle tematické souvislosti: 1. Nová perspektiva (New Perspective), 2. Řešení problému (Problem Solution), 3. Vysvětlení problému (Problem Clarification), 4. Zaměřené uvědomění (Focusing Awareness), 5. Porozumění (Understanding), 6. Klientova angažovanost (Client Involvement), 7. Ujištění (Reassurance) a 8) Osobní kontakt (Personal Contact). Jak vidíme, i zde se objevuje uvědomění, ujištění a porozumění, které jsou společnými účinnými faktory v terapii. Dále se zde objevuje i zaměření na problém, se kterým klienti do terapie přijdou. V tomto bodě je patrná odlišnost s výsledky našeho

výzkumu, kde v klientem identifikovaných okamžicích není přímé zaměření na prvotní problém.

V českém prostředí vznikl výzkum Vo-dičkové a Řiháčka (2019), který se zabývá problematikou propojení významných okamžiků s terapeutickou změnou, kde terapii vedl terapeut s výcvikem v Gestalt terapii. Tento výzkum pracoval s metodami HAT, IPR, CCI, PQ a PHQ-9. Výslednými kategoriemi nalezených spojitostí byly důvěra, pocit porozumění, sdílení a naslouchání, pocit povzbuzení. Tyto kategorie jsou opět společnými účinnými faktory působícími v terapii, vyskytli se obdobně i v našem výzkumu. Další kategorie se týkaly především konkrétní terapie, jako je uvědomění svých vzorců chování, zkoušení nových dovedností, reflektování pokroku a normalizace.

Limitem naší studie bezpochyby je, že se zaměřuje na perspektivu pouze jednoho případu, tudíž neumožňuje zobecnění poznatků na jiné případy. Propojení významných momentů s klientem uvedenými změnami bylo provedeno na základě analýzy pouze jedné osoby, bylo by zajímavé nechat data analyzovat ještě dalšími výzkumníky a posléze výsledky analýzy propojit na základě konsenzu.

Protože se změny u klienta neprojeví průběžně při vyplňování dotazníku PQ, je možné, že byla data CCI zkreslena díky Hello-goodbye efektu (Feifel a Eells, 1963). Jiným vysvětlením tohoto jevu mohou být i další životní okolnosti, které v průběhu terapie klienta potkávaly. Klient přišel o zaměstnání a s tím se pojil i přebytek volného času, který klient hodnotil jako nesmyslně trávený, což mohlo způsobit propady v jeho psychickém stavu. Klient také uvedl, že pro něho byla terapie velice krátká a pro

větší zlepšení by potřeboval terapii dlouhodobější, proto by bylo zajímavé v terapii, a i ve výzkumu pokračovat i nadále. Během prvních sezení klient pociťoval nervozitu z natáčení sezení na video. Nedokázal se plně otevřít a probírat na terapii citlivá témata, protože měl obavy z toho, že je bude analyzovat přítomná výzkumnice, která mu přišla atraktivní. Později se mu tyto obavy podařilo překonat. V průběhu terapie měl klient potřebu terapeutovi sdělovat vše, co mu nějakým způsobem v jeho životě vadilo, takže se k podstatným problémům dostávali až ke konci sezení. Klient se nejprve potřeboval naučit vyhodnotit, které problémy jsou důležité a co by chtěl na sezeních vyřešit. K podstatě hlubších obtíží se tedy dostali teprve v poslední fázi terapie, to bylo také důvodem, proč chtěl klient v terapii pokračovat.

Jelikož klient měl potřebu ve svém životě najít mužský vzor, bylo příhodné, že jeho terapeut byl také mužského pohlaví. Sám klient reflektoval, že pro něho bylo obtížné se v terapii otevřít, když uvažoval nad tím, že jeho videonahrávky by sledovala žena-výzkumnice. Klient pojal k tomuto terapeutovi velkou důvěru a v jistých ohledech pro něho byl i vzorem, než našel svůj vzor v původní rodině. Lze se domnívat, že zde pohlaví terapeuta mělo při navazování terapeutického vztahu značný vliv.

Klient celkově výzkum hodnotil jako přínosný. Z počátku sice pociťoval nervozitu, ale během prvních sezení se jí postupně zbavil. Dotazníky mu pomohly s uvědoměním, že potlačuje své emoce a postupem času se je naučil prožívat. Pomáhaly mu udržet zaměření na řešení problémů i mimo terapii a mohl pak sledovat, jestli se udála nějaká změna. Dále klient zmiňuje, že pro

něho byly přínosné rozhovory IPR, kde mohl sledovat terapii, ty významné okamžiky si připomenout a prožít si je znovu s odstupem.

Pro komplexní zkoumání problematiky významných momentů v terapii a jejich vlivu na výsledek terapie by bylo přínosné, kdyby bylo provedeno více případových studií s klienty z různých věkových kategorií, sociálního zázemí či pohlaví, ve kterých by působili terapeuti s výcviku v různých terapeutických přístupech. To by mohlo být podnětné z hlediska toho, zdali jsou některé okamžiky u různých přístupů totožné či obdobné. Také by mohlo být zajímavé, kdyby bylo provedeno více případových studií s různými klienty, které by vedl stejný terapeut. Mohlo by to přinést zajímavé objevy z hlediska toho, zdali téma, se kterým klient do terapie přichází, ovlivní momenty, které pro něho budou významné, ať již nápomocné nebo brzdící.

Role autorů: První autorka provedla analýzu dat a sepsala text článku. Druhý autor sloužil jako konzultant při analýze dat a při sepsání článku.

Konflikt zájmů: Tento projekt byl podpořen grantem GAČR GA18-08512S.

LITERATURA

- Barkham, M., Stiles, W. B., & Shapiro, D. A. (1993). The shape of change in psychotherapy: Longitudinal assessment of personal problems. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 61(4), 667–677. doi:10.1037/0022-006X.61.4.667
- Bloch, S., Reibstein, J., Crouch, E., Holroyd, P., & Thermen, J. (1979). A method for the study of therapeutic factors in group psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 134, 257–263. doi: 10.1192/bjp.134.3.257
- Booth, H., Cushway, D., & Newness, C. (1997). Counselling in general practice: Clients' perceptions of significant events and outcome. *Counseling Psychology Quarterly*, 10, 175–187. doi:10.1080/09515079708254170
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77–101.
- Cooper, M. (2008). *Essential research findings in counselling and psychotherapy: The facts are friendly*. London: Sage.
- Cooper, M., Wild, C., Rijn, van B., Ward, T., McLeod, J., Cassar, S. & Screenath, S. (2015). Pluralistic therapy for depression: Acceptability, outcomes and helpful aspects in a multisite open-label trial. *Counseling Psychology Review*, 30(1), 6–20.
- Cummings, A. L., Hallberg, E. T., Slemon, A., & Martin, J. (1992). Participants' memories for therapeutic events and ratings of session effectiveness. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 6, 113–124.
- Cummings, A. L., Hallberg, E. T., & Slemon, A. (1994). Templates of client change in short-term counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 41 (4), 464–472. doi:10.1037/0022-0167.41.4.464
- Cummings, A. L., & Hallberg, E. T. (1995). Women's experiences of change process during intensive counselling. *Canadian Journal of Counselling*, 29, 147–159.
- Elliott, R. (1985). Helpful and nonhelpful events in brief counseling interviews: An empirical taxonomy. *Journal of Counseling Psychology*, 32, 307–322.
- Elliot, R. (1986). Interpersonal Process Recall (IPR) as a psychotherapy process research method. In L. S. Greenberg & Pinsof, W. M. (Eds.). *Guilford clinical psychology and psychotherapy series. The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 503–527). New York: Guilford Press.
- Elliott, R., & Rodgers, B. (2008). Client Change Interview. Retrieved from: <https://drive.google.com/file/d/0B4QhybeF75vseWRY-MjlFQVFRWIU/edit>
- Elliott, R., Wagner, J., Sales, C., Rodgers, B.,

- Alves, P., & Café, M. J. (2016). Psychometrics of the Personal Questionnaire: A client-generated outcome measure. *Psychological assessment*, 28(3), 263.
- Feifel, H., & Eells, J. (1963). Patients and therapists assess the same psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 27(4), 310–318.
- Grawe, K. (2004). *Psychological therapy*. Seattle, WA: Hogrefe and Huber.
- Grencavage, L. M., & Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors?. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 372–378. doi: 10.1037/0735-7028.21.5.372
- Hendl, J. (2016). Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál.
- Holowaty, K. A. M., & Paivio, S. C. (2012). Characteristics of client-identified helpful events in emotion-focused therapy for child abuse trauma. *Psychotherapy research*, 22(1), 56–66.
- Kivlighan, D. J., & Arthur, E. G. (2000). Convergence in client and counselor recall of important session events. *Journal of Counseling Psychology*, 47(1), 79–84.
- Kratochvíl, S. (2005). *Skupinová psychoterapie v praxi*. (3. vyd.). Praha: Galén.
- Lambert, M. L., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert, M. L. (Ed.). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. (5th ed.) New York: John Wiley.
- Levitt, H. M., & Piazza-Bonin, E. (2011). Therapists' and clients' significant experiences underlying psychotherapy discourse. *Psychotherapy Research*, 21(1), 70–85.
- Llewelyn, S. (1988). Psychological therapy as viewed by clients and therapists. *British journal of Clinical Psychology*, 27, 223–238.
- Martin, J., & Stelmaczek, K. (1988). Participants' identification and recall of important events in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 35(4), 385–390. doi:10.1037/0022-0167.35.4.385
- Norcross, J. C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*. Oxford University Press.
- Oliveira, A. Sousa, D., & Pazo Pires, A. (2012). Significant Events in Existential Psychotherapy: The Client's Perspective. *Existential Analysis*, 23(2), 288–304.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412–416.
- Timuřák, L. (2007). Identifying core categories of client-identified impact of helpful events in psychotherapy: A qualitative meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 17, 305–314. doi:10.1080/10503.3006(H)6(8)116.
- Timuřák, L. (2010). Significant events in psychotherapy: An update of research findings. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(4), 421–447.
- Vodičková, K., & Řiháček, T. (2019). Propojení významných momentů s terapeutickou změnou: Případová studie. *Psychoterapie*, 12(1), 52–65.

Došel do redakce 28. 3. 2021, v revidované verzi 12. 2. 2022. K publikaci přijat 20. 2. 2022.

EFFECTIVENESS OF EMOTION-FOCUSED TRAINING FOR SELF-COMPASSION AND SELF-PROTECTION IN INDIVIDUALS ADDICTED TO THE INTERNET

Efekt tréningu zameraného na emócie sebasúcitú a sebaoprotekciu jednotlivcov závislých na internete

Martina Baránková¹ & Adam Karpinský¹

¹*Institute of Applied Psychology, Faculty of Social and Economic Sciences, Comenius University in Bratislava, Bratislava, SK; e-mail: martina.barankova@fses.uniba.sk*

¹*Ústav aplikovanej psychológie, Fakulta sociálnych a ekonomických vied, Univerzita Komenského v Bratislave, Bratislava, SK; e-mail: karpinsky.adam@gmail.com*

Psychoterapie. 16 (1), 55–67; ISSN 1802-3983

Writing this work was supported by the Vedecká grantová agentúra VEGA under Grant 1/0075/19.

ABSTRACT

Objectives: The aim of the study was to examine the effectiveness of the Emotion-focused training aimed at self-compassion and self-protection (EFT-SCP) in individuals addicted to the internet. The intervention is focused on emotions and is aimed to increase self-compassion and decrease self-criticism.

Method: The research sample comprised 67 participants (22 men and 45 women); aged 19 to 55 yrs.; the mean age was 25.61 yrs. ($SD = 6.07$), who were randomly divided into an experimental and control group. Internet addiction test, Sussex-Oxford compassion for the self scale, and The forms of the self-criticizing and self-reassuring scale were used to measure the effect of the intervention.

Results: The results showed an increase in self-compassion as well as a decrease in self-criticism in the experimental group but

not in the control group. The two-week intervention was successful in increasing self-compassion and decreasing self-criticism in people addicted to the internet.

Conclusion: The short online Emotion-focused training aimed at self-compassion and self-protection (EFT-SCP) intervention seems to be an effective tool for decreasing self-criticism and increasing self-compassion in sample prone to Internet addiction.

Keywords: internet addiction, self-compassion, self-criticism

ABSTRAKT

Ciel: Cieľom štúdie bolo zistiť efekt Tréningu zameraného na emócie sebasúcitú a sebaoprotekcie (EFT-SCP) u jednotlivcov závislých na internete. Intervencia je zameraná na zvyšovanie sebasúcitú a znižovanie sebakritickosti.

Metódy: Výskumný súbor pozostával zo 67 účastníkov (22 mužov a 45 žien) vo veku od 19 do 55 rokov, priemerný vek 25,61 ($SD = 6,07$). Účastníci boli náhodne rozdelení do experimentálnej a kon-

tronej skupiny. Test internetovej závislosti, Sussex-Oxfordská škála sebasúcitu a Škála foriem sebakritickosti a sebaoprotvrdenia boli použité na meranie efektu intervencie.

Výsledky: Výsledky preukázali zvýšenie sebesúcitu, ako aj zníženie sebakritickosti v experimentálnej skupine. 14-dňová intervencia bola úspešným nástrojom v zvyšovaní sebasúcitu a znižovaní sebakritickosti u ľudí so závislosťou na internete.

Záver: Krátka online forma Tréningu zameraného na emócie pre sebasúcitu a sebaoprotectiu (EFT-SCP) sa javí ako efektívny nástroj na znižovanie sebakritickosti a zvyšovanie sebasúcitu u ľudí s náchylnosťou na internetovú závislosť.

Keywords: internetová závislosť, sebasúciť, sebakritickosť

In today's fast-pace world, people may turn away from their feelings and experiences in difficult times. This may result in emotional isolation from others and turning inward. Not being able to cope with such difficult times or failures in various areas of one's life may lead to gradual moving toward self-criticism. This may lead to harsh self-evaluation associated with placing high demands on oneself, which can be accompanied by feelings of worthlessness, shame, and guilt (Blatt & Zuroff, 1992). In the self-critical mode, one's own failure becomes unacceptable, and the idea of human erring is ignored, while one's own success and happiness are left without great emphasis (Bergner, 1995). Self-criticism leads to many negative effects on our lives, and it is associated with, for instance, depression and social anxiety. It has also been found to

contribute to internet addiction (Błachnio et al., 2016; Gilbert et al., 2006; Iancu, et al., 2015). On the other hand, self-compassion supports being open to one's own suffering and wanting to ameliorate it. It entails accepting and understanding one's own failures and inadequacies and, therefore, contributing, in general, to better coping with difficult times while recognizing that throughout life, everyone experiences difficult times and failures (Neff, 2003). It is considered to be a certain antidote against self-critical attitudes and thoughts. Self-compassion is beneficial in several ways, such as decreasing self-criticism, depression, anxiety, stress, etc. (Neff et al., 2007; Werner et al., 2012). To escape difficult times, people may spend a lot of time on the internet in order to avoid reality and the currently experienced difficulties associated with it. However, this can lead to internet addiction, a behavior used by individuals as a problem avoidance strategy. Internet addiction entails an excessive urge to spend time on the internet followed by excessive use of the internet, which is then usually reflected in problems in various areas of life (Shapira et al., 2003).

Self-compassion is associated with adaptive psychological functioning. It has been found that those individuals who experienced an increase in self-compassion also manifested a decrease in self-criticism, depression, rumination, thought suppression, and anxiety. Self-compassion also encompasses a view of oneself that is interconnected with others rather than directed inward when evaluating one's own weaknesses (Neff et al., 2007). Moreover, it positively influences our well-being, healthy psychological functioning, and

mental health (Marshall & Brockman, 2016; Neff, 2004).

Akin's (2010) study showed that supporting self-compassion can also benefit in decreasing loneliness. Moreover, self-compassion affects loneliness by means of its constructs, as described by Neff (2003), in that individuals with a high level of self-judgment, isolation, and excessive self-identification have more probability of being lonely.

In general, however, self-compassion plays an important role in situation coping strategies since self-compassionate individuals are less likely to consider a negative situation to be a catastrophe, to feel anxious following a stressful event, and to avoid demanding tasks for fear of failure (Allen & Leary, 2010). These individuals are able to accept responsibility for their failures and consequences. They do not avoid suffering but rather accept it with kindness and goodwill, thus, creating a feeling of well-being because they understand suffering to be part of our human existence (Neff & Costigan, 2014). Self-criticism is defined as consistent and harsh examination and judgment of the self, which is often accompanied by feelings of worthlessness, shame, inferiority, failure, and guilt (Blatt & Zuroff, 1992). According to Longe et al. (2010), people can even feel as if controlled by and exhausted from their own self-criticism.

Self-critical people tend to describe themselves using degrading adjectives such as lazy, erring, unable to be loved, etc. They consider their own failures intolerable, and they don't take notice of human fallibility and imperfection. They focus only on the negative events in their lives, on their weak points and failures, and avoid looking at



**Martina
Baránková**

Is an assistant professor at Institute of Applied psychology, Faculty of Social and Economic sciences, Comenius University in Bratislava, Slovakia. Her research interest is focused on areas of emotions, nonverbal behaviour, compassion, self-compassion and psychotherapy.

positive events, successes, and their strong points (Bergner, 1995). This involves an intense and continuous relationship with oneself, which is characterized by uncompromising high-performance demands, disaffection as well as contempt for oneself when not able to reach a high standard (Shahar, 2015).

Whelton and Greenberg (2015) found that self-critical people accept self-criticism with more acquiescence, experience more sadness and shame in their reaction to it, and have a more difficult time separating themselves from their inner critic. In addition, there are study results showing that these individuals manifest behavior, which is submissive and argumentative (Zuroff et al., 1999). They are afraid of dependency on and closeness to their partners and, therefore, they are generally dissatisfied and distrusting in their relationships and are not interested in opening up to their

partner because they would then possibly reveal their weak points and thus be susceptible to criticism and rejection (Zuroff & Fitzpatrick, 1995).

Iancu and colleagues (2015) found that people experiencing social anxiety manifest higher self-criticism and lower self-esteem. The authors state that negative self-image contributes to the discrepancy between perceiving the self and the standards of others, which in the end leads to increased fear of negative judgment. When faced with a social threat, individuals with higher social anxiety direct their attention inward and begin to examine themselves excessively. In the course of this process, an individual creates an excessively negative self-image, which s/he considers being trustworthy and accurate.

Individuals who judge themselves too critically and consider themselves worthless are more susceptible to being addicted to the internet (Błachnio et al., 2016). Murali and Goerge (2007) add that for the great majority of internet users, the advantages by far outweigh the negative impact of internet use. Internet addiction is a growing problem regardless of culture, race, or gender, and because of the multiple practical advantages of the internet (searching for information, e-library, communication, etc.), it is often hidden or justified (Young, 2011).

The most current version of the American Psychiatric Association manual of mental disorders (DSM-5) does not include internet addiction among the official diagnoses. However, its subtype – internet gambling disease – has been placed in the manual's appendix with the recommendation of further research (APA, 2013).

According to Young (e. g. 1998, 2011),

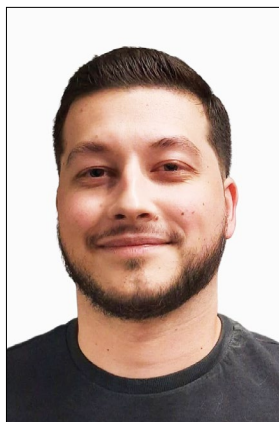
internet addiction is related to pathological gambling. Based on the pathological gambling model, the author defines internet addiction as an impulsive disorder that does not involve using a substance such as intoxication. Shaw and Black (2008) claim that many of its characteristics are similar to those which are part of other disorders in this category, such as pathological gambling, pyromania, and kleptomania. Internet addiction is characterized by an individual's inability to resist the impulse to certain behavior in spite of dire personal consequences. A person considers these impulses to be pleasant and rarely fights them.

People often use the internet for entertainment. The male gender, youth, university education, and unsatisfactory financial situation are all connected with problematic use of the internet (Bakken et al., 2009).

Positive effects of interventions aimed at the cultivation of compassion and self-compassion were found in multiple settings before. According to previous studies based on Emotion-Focused Training for Self-Compassion and Self-Protection (EFT-SCP) (Halamová, 2018), in clinical and non-clinical samples, there is evidence that the cultivation of self-compassion and self-protection is a helpful tool in protection from different psychopathologies (e. g. Halamová, 2018; Halamová et al., 2019; Strnádelová et al., 2021).

AIM OF THE STUDY

The aim of our study is to examine the effectiveness of the online version of the EFT-SCP intervention (Halamová, 2018) in people with internet addiction. Our research is based on the study by Halamová and colleagues (2018), the aim of which was



**Adam
Karpinský**

Is a former student of Institute of Applied Psychology, Faculty of Social and Economic sciences, Comenius University in Bratislava, Slovakia in program of social and work psychology.

to measure the immediate and long-term effect of a 14-day online version of the intervention on a non-clinical population. The authors found that the online version of the EFT-SCP helps cultivate self-compassion, increase self-protection and decrease self-criticism. The recommendation, based on the research, was to carry out a study using a clinical sample, in our case, using participants addicted to the internet.

METHOD

RESEARCH SAMPLE

The first research sample comprised a total of 138 subjects. Of this number, there were 41 men (29.7%) and 97 women (70.3%) aged 16 to 55 yrs.; the mean age was 26.10 yrs. ($SD = 6.78$). Participants were recruited through convenient sampling. Recruitment took place through the snowball method on social networks.

The number of participants was reduced during the study due to not meeting several criteria. Our criteria were a minimum of 18

years of age, Slovak or Czech nationality (because of the language of the battery of questionnaires and tasks), and reaching at least a mild level of internet addiction on the Internet Addiction Test (Young, 2011) which represents at least 31 points out of 100. The total number of participants who met all the criteria and completed all the tests of our research (pre-test, post-test, and the intervention in the experimental group) was 67. Of these participants, 22 were men (32.8%) and 45 women (67.2%), aged 19 to 55 yrs.; the mean age was 25.61 yrs. ($SD = 6.07$). If participants met the criteria mentioned above, they were randomly assigned to an experimental or control group. The experimental group consisted of 37 participants, of which 28 were women (75.7%), and 9 were men (24.3%), aged 19 to 55 yrs.; mean age was 26.05 yrs. ($SD = 7.68$). The control group consisted of 30 participants, of which there were 17 women (56.7%) and 13 men (43.3%) aged 20 to 33 yrs.; mean age 25.06 yrs. ($SD = 2.98$).

PROCEDURE

The sample was selected using the snowball method. We also approached individuals by means of internet social networks focusing on groups where we expected to find people meeting our research criteria.

Our experimental design involves two parallel groups technique, where we divided our participants randomly into an experimental (which took part in the 14-day intervention) and control group (which did not take part in the 14-day intervention) based on meeting the above mentioned criteria. The effect of the intervention was measured using a battery of questionnaires distributed online.

All participants filled out a battery of questionnaires along with demographic data (gender, age, nationality, address, marital status, etc.). After the participants met the criteria determined by the Internet Addiction Test (IAT), we divided them into experimental and control groups. Prior to the beginning of the study, the participants were informed about its individual parts and gave their informed consent. Throughout the 14-day period, the intervention group received the same form of exercise every day at 8 AM. The participants were to complete each exercise and write a short opinion about it each day. Participants who did not send back their exercise and opinion by a certain time were sent a reminder at 5 PM that particular day. Notes from individual exercises and the reflection served as verification of completing the tasks every day. The control group participants did not receive any exercises or instruction, and at the end of the two-week period, they received a battery of questionnaires described in the following section.

DATA COLLECTION

We used the *Sussex-Oxford Compassion for the Self Scale – SOCS-S* (Gu et al., 2019) to measure the self-compassion level. It is a 20-item self-evaluating questionnaire using a Likert scale with values from 1 (not at all true) to 5 (always true), which rates our relationship to ourselves and to others. It comprises 5 subscales (recognizing suffering, understanding the universality of suffering, feeling for the person suffering, tolerating uncomfortable feelings, and motivation to act to alleviate suffering), and each of these subscales is represented in the questionnaire by 4 items. The reliability value of this questionnaire ranges between

$\alpha = 0.75$ and 0.93 for the total value of the self-compassion scale as well as its individual subscales (Gu et al., 2019). Slovak version of the SOCS-S scale was used in our research (Halamová & Kanovský, 2021).

To measure self-criticism, we used The Forms of Self-Criticising and Self-Reassuring Scale (FSCRS) (Gilbert et al., 2004). The FSCRS is a 22-item self-evaluating questionnaire using a Likert scale with values from 0 (not at all like me) to 4 (extremely like me), which measures the way people think and feel about themselves when they are having trouble achieving a goal. Self-criticism involves two negative subscales (inadequate self and hated self), which together are represented by 14 items in the questionnaire.

The questionnaire reliability value for the Inadequate self subscale is $\alpha = 0.85$, for the Hated self subscale it is $\alpha = 0.75$, and for the Reassured self subscale it is $\alpha = 0.83$ (Halamová et al., 2017).

To measure internet addiction we used the *Internet Addiction Test* (IAT) (Young, 2011). It is a 20-item self-evaluating questionnaire using a Likert scale with values from 0 (not true) to 5 (always true), which measures the degree of internet addiction. This test is one of the most used and most valid tools to measure this type of addiction. It is standardized in several countries, however, its Slovak version has not been adapted as of yet so we had it translated into Slovak using the back translation method. This questionnaire was used to identify the degree of internet addiction based on which we could include participants in our study.

The Emotion-Focused Training for Self-Compassion and Self-Protection (EFT-SCP) is an intervention created on the ba-

sis of the most current research findings on self-criticism from emotion-focused therapy. Its aim is to simultaneously increase self-compassion and decrease self-criticism. Decreasing self-criticism is accomplished through cultivation of protective anger, which helps with self-protection (Halamová, 2018). To serve the purpose of our research we used the abridged online version of the EFT-SCP.

This abridged online version of the intervention consists of 14 different exercises administered during a period of 14 days, during which the task of the participant is to complete a given exercise every day and write an opinion on it. Therefore, for the time of two weeks the participants work with their own emotions. These 14 exercises are divided into sections depending on which area they are focusing (self-criticism, self-protection, self-compassion). Individual exercises were presented in the form of a modified paradigm of expressive writing, meaning, they required the participants to write emotively about their inner experience during the exercise. In his work, Pennebaker (1997) writes that writing or talking about difficult times has a positive influence on health and well-being.

The participants received the same instruction with each exercise, asking them to use expressive writing the goal of which is to relax, eliminate disturbing influences and write continuously and concretely. The reflection upon a particular exercise that day consisted of a series of questions to verify whether the participant really did complete the task and what kind of effect it had on him/her. After the completion, we asked the participants the following questions: How was it doing this exercise? How

did you feel? What did you realize doing this exercise? What can you apply from this exercise in your everyday life? One of the questions was always specifically aimed at the content of the exercise for that day.

RESULTS NORMALITY VERIFICATION TESTS

To test the data distribution normality we used the Shapiro-Wilk test, analyzing the data distribution for the overall Self-Compassion and Self-Criticism. Table one shows the normally distributed data for all variables, except for the Self-Compassion variable in the POST-Test in the experimental group, where we discovered a violation of the assumption of normality.

TABLE 1
SELF-COMPASSION

In determining the within subject differences in self-compassion, we found a statistically significant difference between the PRE-Test and the POST-Test in the experimental group ($Z = -3.077$; $p = 0.002$), with a medium effect size ($r = -0.357$). The self-compassion score in the POST-Test (Mdn = 79; IQR = 12.5) increased compared to the PRE-Test (Mdn = 71; IQR = 13.5).

We found no statistical difference between the PRE-Test and the POST-Test in the self-compassion value ($Z = -0.739$; $p = 0.460$) with a small effect size ($r = -0.095$) in the control group.

When examining the between group differences in the value of self-compassion in the POST-Test, we found a statistically significant difference between the experimental and the control group ($U = 398.5$; $p = 0.048$) with a small effect size ($r = -0.241$). The experimental group participants tended

Table 1 Normality Verification Tests – Self-Compassion and Self-Criticism (Shapiro-Wilk Test)

Variable	Group	df	Sig.
Self-Compassion PRE-Test	Experimental	37	0,715
	Control	30	0,317
Self-Compassion POST-Test	Experimental	37	0,038
	Control	30	0,633
Self-Criticism PRE-Test	Experimental	37	0,493
	Control	30	0,543
Self-Criticism POST-Test	Experimental	37	0,541
	Control	30	0,596

to reach a higher score (Mdn = 79; IQR = 12,5) compared to the participants in the control group (Mdn = 75; IQR = 14).

No statistical difference was found between the groups in the PRE-Test ($U = 528.5$; $p = 0.738$) and the effect size was small ($r = -0.041$). Based on this, we can assume that in this variable the participants were well distributed.

SELF-CRITICISM

When examining the within subject differences, we found a statistically significant difference between the PRE-Test and POST-Test with a medium effect size ($F(1.65) = 5.039$; $p = 0.028$; $\eta_p^2 = 0.072$). In the experimental group the attained score in self-criticism decreased in the POST-Test ($M = 21.43$; $SD = 11.73$) compared to the PRE-Test ($M = 23.67$; $SD = 12,09$). In the control group, however, the self-criticism score in the POST-Test ($M = 25.80$; $SD = 12.36$) actually increased compared to the PRE-Test ($M = 24.96$; $SD = 12.03$).

We found no statistically significant dif-

ference in self-criticism between the experimental and the control group and the effect size was small ($F(1.65) = 0.966$; $p = 0.329$; $\eta_p^2 = 0.015$). In the POST-Test the experimental group participants did have a tendency on average to reach a lower score ($M = 21.43$; $SD = 11.73$) compared to the control group participants ($M = 25.80$; $SD = 12.36$). We can assume, just as we did in the self-compassion variable, that in the self-criticism variable the participants were well distributed since the results in the PRE-Test showed no statistically

significant difference.

Based on these findings, we can state that, as far as self-criticism is concerned, there is no difference between the experimental and the control group in the POST-Test.

**TABLE 2
DISCUSSION**

Our goal was to test the effectiveness of a 14-day online version of the Emotion-Focused Training for Self-Compassion and Self-Protection (EFT-SCP) (Halamová, 2018) in people addicted to the internet. It is empirically proven that self-compassion, in many ways, positively influences our well-being, self-criticism, anxiety, depression, etc. (Neff, 2004; Neff et al., 2007). The opposite of self-compassionate behavior is self-critical behavior, which has a negative effect on our well-being, depression, anxiety, internet addiction, etc. (Błachnio et al., 2016; Gilbert et al., 2006; Shahar et al., 2003).

We found that intervention had a positive effect on increasing self-compassion

Table 2 Results for the between group differences and comparison of the differences between the PRE-Test and the POST-Test in Self-Criticism scale

Group	PRE-Test		POST-Test		Results ANOVA		
	M	SD	M	SD	F	Sig.	η_p^2
Experimental	23,67	12,09	21,43	11,73	0,966	0,329	0,015
Control	24,96	12,03	25,80	12,36			

in people, who manifested at least a mild internet addiction. These results are in line with the findings of research by Halamová et al. (2018), who carried out a study on a sample of the general population, which also manifested higher self-compassion values following a training intervention. Due to the fact that people addicted to the internet tend to have problems in several areas of life, self-compassion can help them cope with difficult times when they are able to adopt an open and understanding attitude towards themselves (Allen & Leary, 2010).

Allen and Leary (2010) state that some people are naturally more compassionate than others. They also state that, in general, people can become more compassionate and Germer and Neff (2013) consider self-compassion to be a skill, which can be taught. Overall, these statements contribute to the assumption that these interventions are effective and are in agreement with our findings that following such interventions people addicted to the internet began to show more self-compassionate behavior. Therefore, we can assume that intervention helped these individuals recognize their current attitude and reactions towards themselves. This can be the first step towards change and development of their self-compassion and subsequently sup-

port their decision to further their efforts to work on themselves above all, since individuals addicted to the internet tend to undervalue and underperceive their self-concept (Yates et al., 2012). In general, adopting

a self-critical attitude and thoughts contributes to the tendency to be addicted to the internet (Błachnio et al., 2016).

In addition to increasing self-compassion, the EFT-SCP intervention is assumed to also decrease self-criticism. We found that this intervention had a positive effect on self-criticism in people addicted to the internet. As in the case of the results concerning self-compassion, this finding is in line with Halamová et al.'s (2018) study findings, which revealed a decrease in self-critical thoughts and perception among the general population, following an intervention. However, in our study we also saw a change in attitudes in the control group but in the other direction: the self-critical values actually increased. One of the possible explanations would be that they were in a better psychological state of mind at the time of the pre-test than at the time of the post-test.

In the framework of self-criticism in our study, the intervention in people with internet addiction only improved their inadequate attitude and coping with the self. This finding is not in line with Halamová et al.'s (2018) findings, since in their research intervention positively affected only unfriendly, hateful or even sadistic attitude towards the self. On the other hand, Gilbert

and Procter's (2006) research found a decrease in both of these critical attitudes towards the self, which is also not completely in line with our study results, since we found the intervention to be effective only in case of the milder form of self-criticism. The impact of the intervention in our study did not influence hateful thoughts towards the self, probably because the participants, in general, did not have to manifest to a great degree such cruel, ruthless, and totally disgusted attitude towards the self. Another reason could lie in the fact that self-criticism develops early in life and within the family (Koestner et al., 1991), and thus can be more deeply rooted than inadequate attitude towards the self, which may in the long run actually take longer to change. Therefore, a 14-day intervention may not be enough time when working with oneself to improve upon such unfriendly even sadistic attitude towards the self, which may actually lead to self-harm.

The first limitation of our research is the self-reporting type of battery of questionnaires. In certain situations, people may tend to behave according to certain norms and rules, which are considered to be socially normal and correct (social desirability). This could have contributed to participants reaching a lower score on the Internet Addiction Test (Young, 2011), since they might not have wanted to reveal the actual time they spend on the internet. Their lower score on this test would have prevented them from meeting the criteria to be included in the study.

Another limitation may involve the online form of the intervention. It could have happened that a participant did not find peaceful surroundings while doing the individual

exercises, his/her psychological state could have been affected by various internal or external circumstances, which might have distorted the end results. In spite of this possible limitation, we do consider the online form of the intervention advantageous in terms of the simplicity of approach and availability to everyone.

In present study, we didn't measure the direct effect of EFT-SCP intervention on internet addiction, just the effect of the intervention on self-compassion and self-criticism in specific sample of people with at least mild internet addiction. The next step is to test whether the EFT-SCP has an effect on the internet addiction directly in short-term and also in long-term.

CONCLUSION

Based on the findings of our research, we can assume that the EFT-SCP intervention is suitable for use for specific population of people with increased level of internet dependency, since it positively affects increasing self-compassion and simultaneously decreasing self-criticism. We consider verifying the effectiveness of this intervention to be important on account of the fact that it can help people around the world since its online version is accessible to everyone in the comfort of his/her home without having to see a therapist. In this way, it is easier for a person interested in doing something for his/her development and searching for a deeper connection with the self to find time to do just that.

Disclosure of potential conflicts of interest: The authors declare that they have no potential conflicts of interests.

Ethical approval: All procedures per-

formed in studies involving human participants were in accordance with the ethical standards of the institutional and/or national research committee and with the 1964 Helsinki declaration and its later amendments or comparable ethical standards.

Informed consent: Written informed consent was obtained from all individual participants included in the study.

Availability of data and materials: In order to comply with the ethics approvals of the study protocols, data cannot be made accessible through a public repository. However, data are available upon request for researchers who consent to adhering to the ethical regulations for confidential data.

Author Contributions: First author designed research project. Second author collected data and performed the statistical analysis. Both authors wrote the first draft of the article, interpreted the results, revised the manuscript and read and approved the final manuscript.

REFERENCES

- Akin, A. (2010). Self-compassion and loneliness. *International Online Journal of Educational Sciences*, 2(3), 702–718.
- Allen, A. B., & Leary, M. R. (2010). Self-compassion, stress, and coping. *Social and Personality Psychology Compass*, 4(2), 107–118.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Bakken, I. J., Wenzel, H. G., Götestam, K. G., Johansson, A., & Rren, A. (2009). Internet addiction among Norwegian adults: A stratified probability sample study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50(2), 121–127.
- Bergner, R. M. (1995). *Plenum series in social/clinical psychology. Pathological self-criticism: Assessment and treatment*. New York: Plenum Press.
- Błażuchnio, A., Przepiórka, A., Durak, E.S., Durak, M., Sherstyuk, L. (2016) The role of self-esteem in Internet addiction: a comparison between Turkish, Polish and Ukrainian samples. *The European Journal of Psychiatry*, 30(2), 149–155.
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 527–562.
- Germer, C. K., & Neff, K. D. (2013). Self-compassion in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology*, 69(8), 856–867.
- 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 and Psychotherapy*, 13, 353–379.
- Gilbert, P., Baldwin, M. W., Irons, C., Baccus, J. R., & Palmer, M. (2006). Self-Criticism and Self-Warmth: An Imagery Study Exploring Their Relation to Depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(2), 183–200.
- Gilbert, P., Clark, M., Hempel, S., Miles, J. N. V., & Irons, C. (2004). Criticising and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 31–50.
- Gu, J., Baer, R., Cavanagh, K., Kuyken, W., & Strauss, C. (2019). Development and psychometric properties of the Sussex-Oxford Compassion Scales (SOCS). *Assessment*, 27(1), 3–20.
- Halamová, J. (2018). *Sebasúcit a sebakritickosť: Tvorba a meranie efektu intervencie*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave.
- Halamová, J., Heligmanová, M., & Strnádelová, B. (2019). Depresia a efekt krátkodobého online Tréningu zameraného na emócie pre sebasúcit a sebaobranu. *Psychoterapie*, 13(3).
- Halamová, J., & Kanovský, M. (2021). Factor

- structure of the Sussex-Oxford Compassion Scales. *Psychological Topics*, 30(3), 489–508.
- Halamová, J., Kanovský, M., & Pacúchová, M. (2017). 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., 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 non-clinical sample. *Current psychology*. Online first publication.
- Iancu, I., Bodner, E., & Ben-Zion, I. Z. (2015). Self esteem, dependency, self-efficacy and self-criticism in social anxiety disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 58, 165–171.
- Koestner, R., Zuroff, D. C., & Powers, T. A. (1991). Family origins of adolescent self-criticism and its continuity into adulthood. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(2), 191–197.
- Longe, O., Maratos, F. A., Gilbert, P., Evans, G., Volker, F., Rockliff, H., & Rippon, G. (2010). Having a word with yourself: Neural correlates of self-criticism and self-reassurance. *NeuroImage*, 49(2), 1849–1856.
- Marshall, E. J., & Brockman, R. N. (2016). The relationships between psychological flexibility, self-compassion, and emotional well-being. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 30(1), 60–72.
- Murali, V., & George, S. (2007). Lost online: An overview of internet addiction. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13(1), 24–30.
- Neff, K. (2015). *Self-Compassion: The Proven Power of Being Kind to Yourself*. New York: William Morrow.
- Neff, K. D. (2003). The Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223–250.
- Neff, K. D. (2004). Self-compassion and psychological well-being. *Constructivism in the Human Sciences*, 9(2), 27–37.
- Neff, K. D., & Costigan, A. P. (2014). Self-compassion, well-being, and happiness. *Psychologie in Österreich*, 2(3), 114–119.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41(1), 139–154.
- Pennebaker, J. W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*, 8(3), 162–166.
- Shahar, G., Henrich, C. C., Blatt, S. J., Ryan, R., & Little, T. (2003). Interpersonal relatedness, self-definition, and their motivational orientation during adolescence: A theoretical and empirical integration. *Developmental Psychology*, 39(3), 470–483.
- Shahar, G. (2015). *Erosion: The Psychopathology of Self-Criticism*. New York: Oxford University Press.
- Shapira, N. A., Lessig, M. C., Goldsmith, T. D., Szabo, S. T., Lazoritz, M., Gold, M. S., & Stein, D. J. (2003). Problematic internet use: Proposed classification and diagnostic criteria. *Depression and Anxiety*, 17(4), 207–216.
- Shaw, M., & Black, D. W. (2008). Internet addiction: definition, assessment, epidemiology and clinical management. *CNS Drugs*, 22(5), 353–365.
- Strnádelová, B., Halamová, J., & Pristačová, I. (2021). Meranie efektu súcitnej intervencie na vzorke s úzkostnými symptómami. *Psychoterapie*, 25(3).
- Werner, K. H., Jazaieri, H., Goldin, P. R., Ziv, M., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2012). Self-compassion and social anxiety disorder. *Anxiety, Stress & Coping*, 25(5), 543–558.
- Whelton, W. J., & Greenberg, L. S. (2005). Emotion in self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 38(7), 1583–1595.
- Yates, T. M., Gregor, M. A., & Haviland, M. G. (2012). Child maltreatment, alexithymia, and problematic internet use in young adulthood. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 15(4), 219–225.
- Young, K. S. (1998). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 1(3), 237–244.
- Young, K. S. (2011). Clinical Assessment of Internet-Addicted Clients. In Young, K. S., & de Abreu, C. N. (Eds.), *Internet addiction: A handbook and guide to evaluation and treatment* (pp 19–34). John Wiley & Sons Inc.

Zuroff, D. C. & Fitzpatrick, D. A. (1995). Depressive personality styles: Implications for adult attachment. *Personality and Individual Differences*, 18(2), 253–265.

Zuroff, D. C., Moskowitz, D. S., & Côté, S. (1999). Dependency, self-criticism, interpersonal behaviour and affect: Evolutionary

perspectives. *British Journal of Clinical Psychology*, 38(3), 231–250.

Došel do redakce 10. 11. 2021, v revidované verzi 18. 1. 2022. K publikaci přijat 25. 1. 2022.

EFEKT INTERVENCIE THE LOVING KINDNESS MEDITATION NA ÚROVEŇ SEBAKRITICKOSTI A SEBASÚCITU

The effect of The Loving Kindness Meditation intervention on the level of self-criticism and self-compassion

Bronislava Strnádelová, Júlia Halamová, Andrea Snášelová

Institute of Applied Psychology, Faculty of Social and Economic Sciences, Comenius University in Bratislava, Bratislava, SK

E-mail: julia.halamova@gmail.com; broni.strnadelova@gmail.com; a.snaselova@gmail.com

Psychoterapie. 16 (1), 68–84; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT

Štúdia skúma efekt 14 dňovej online intervencie Loving kindness meditation (LKM) na úroveň sebakritickosti a sebasúcitu na neklinickej vzorke. Pôvodných 120 účastníkov bolo náhodne rozdelených do experimentálnej a kontrolnej skupiny. Účastníci v rámci experimentálnej skupiny absolvovali 14 dňový tréning LKM, ktorý sa zameriaval na podporu láskavosti, súcitu a starostlivosti o seba a iných. Rozdiely medzi skupinami sme skúmali prostredníctvom Škály foriem sebakritickosti a sebaoprotvrdenia – FSCRS a Škály sebasúcitu – SCS. Dotazníky sme administrovali trikrát, a to pred intervenciou, bezprostredne po intervencii a 2 mesiace od uplynutia intervencie. Predpokladali sme, že účasť na LKM zvýši sebasúcit a zníži sebakritiku v porovnaní s kontrolnou skupinou. Na testovanie rozdielov sme použili neparametrický Brunnerov test v programe R. Zistili sme, že účastníci po absolvovaní intervencie LKM vykazovali v porovnaní s kontrolnou skupinou nižšiu mieru sebakritickosti. Tento efekt pretrvával aj 2 mesiace od jej ukončenia. Pozitívny efekt intervencie na zvýšenie miery sebasúcitu sa

nám však nepodarilo potvrdiť, pretože zvýšené skóre sebasúcitu sa preukázalo i v kontrolnej skupine pravdepodobne v dôsledku senzitivizácie merania a upriamenia pozornosti na sebasúcit. Najväčším prínosom nášho výskumu je že aj online 14-dňová intervencia bez priameho zapojenia profesionála v oblasti mentálneho zdravia dokáže signifikantne znížiť úroveň sebakritickosti u neklinickej vzorky a táto znížená úroveň pretrváva aj po dvoch mesiacoch. Loving kindness meditation je teda sľubnou intervenciou pre tých, ktorí majú tendenciu byť k sebe kritickí a nevedia k sebe pristupovať so súcitom a zároveň je pre nich z akýchkoľvek dôvodov náročné vyhľadať profesionálnu pomoc.

Existujú dva hlavné limity výskumnej štúdie: dostupná vzorka a vysoký úbytok účastníkov.

Kľúčové slová: sebakritickosť, sebasúcit, intervencia, Loving Kindness Meditation

The effect of The Loving Kindness Meditation intervention on the level of self-criticism and self-compassion

ABSTRACT

The study examines the effect of a 14-day online Loving kindness meditation (LKM) intervention on the level of self-criticism and self-compassion in a non-clinical sample. The original 120 participants were randomly divided into an experimental and control groups. Participants in the experimental group completed a 14-day LKM training, which focused on supporting kindness, compassion, and care for self and others. We studied the differences between the groups using the Forms of Self-Criticising and Self-Reassuring Scale (FSCRS) and the Self-Compassion Scale (SCS). We administered the questionnaires three times, immediately before the intervention, immediately after the intervention and 2 months after the intervention. We hypothesised that a participation in LKM would increase self-compassion and decrease self-criticism compared to a control group. We used nonparametric Brunner test in programme R to test the differences.

We found that the participants after the LKM intervention showed significant decrease of self-criticism compared to the control group. This effect lasted for 2 months. However, we were not able to confirm the positive effect of the intervention on increasing the level of self-compassion, because the increased self-compassion score was also demonstrated in the control group, probably due to sensitization of the measurement and directing attention to self-compassion. The biggest benefit of our research is that even an online 14-day intervention without the direct involvement of a mental health professional can significantly reduce the level of self-criticism in a non-clinical sample, and this reduced

level persists even after two months. Loving kindness meditation is therefore a promising intervention for those who tend to be critical of themselves and do not know how to cultivate compassion, and at the same time it is difficult for them for whatever reasons to seek professional help. There are two main limits of the research study: available sample and high attrition rate.

Key words: self – criticism, self – compassion, intervention, Loving Kindness Meditation

Sebasúcit

Strauss et al. (2016, s. 19) na základe viacerých definícií súcitu sumarizuje, že súcit má kognitívne (uvedomenie si prítomnosti utrpenia), afektívne (emocionálna alebo nevedomá fyzická reakcia na utrpenie) a behaviorálne prvky (pomoc poskytnutá na zmiernenie utrpenia) a navrhuje týchto 5 prvkov, ktoré súcit obsahuje: „1. rozpoznanie utrpenia; 2. pochopenie univerzálnosti utrpenia v ľudskej skúsenosti; 3. pociťovanie empatie voči trpiacim osobám a spájajúce sa emocionálne rezonancie s nimi; 4. tolerujúce nepríjemné pocity vyvolané v prítomnosti trpiacej osoby (napr. nepohoda, hnev, strach), ktoré zostávajú otvorené a prijímajú utrpenie; a 5. motivácia konať / konať s cieľom zmierniť utrpenie“. Podľa toho, na koho je súcit orientovaný, poznáme súcit ako schopnosť prejavovania súcitu iným osobám, schopnosť prijímať súcit od iných ľudí a sebasúcit (Gilbert, McEwan, Catarino & Baião, 2014).

Vyššia úroveň sebasúcitu má vplyv na znižovanie úrovne úzkosti, depresie, stresu, hanby, sebakritiky (Judge, Cleghorn, McEwan, & Gilbert, 2012) a celkovo pozitív-



**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.

ne vplýva na našu duševnú pohodu (Gilbert et al., 2017). Osoby s vyššou mierou sebasúcitu vidia svoje problémy, zlyhania či nedostatky také, aké sú a pozerajú sa na ne skôr s láskavosťou a so súcitom, než s kritikou alebo nenávisťou. Zmierňujú tak svoje reakcie na negatívne udalosti v živote a lepšie prijímajú svoj charakter a správanie. Keďže ich sebahodnotenie a emocionálne reakcie sa opierajú o realitu a sú presnejšie, hodnotia sa menej prísne ako ľudia s menšou mierou sebasúcitu (Leary, Tate, Allen, Adams, & Hancock, 2007). Vďaka mnohým benefítom sebasúcitu existujú rôzne praktizované intervencie na jeho rozvíjanie ako napr. Program znižovania stresu založený na všímavosti (MBSR; Kabat-Zinn, 1990), Tréning súcitnej mysle (CMT, Gilbert, 2010) a mnoho ďalších prístupov (pozri Halamová, 2018), ktoré využívajú techniky meditácie / všímavosti.

Sebakritickosť

Blatt (2005) hovorí o sebakritickosti ako prílišnom kladení dôrazu na sebahodnotenie, ktoré sa spája s veľkými nárokmi na seba, stanovenými vysokými cieľmi a v prípade neúspechu či zlyhania sa zasa spája s výraznou zraniteľnosťou, pocitom nehodnosti, menejcennosti a viny (Blatt, 2005). Gilbert, Clarke, Hempel, Miles a Irons (2004) rozdeľujú sebakritickosť na neadekvátne a nenávidené self. Neadekvátne self zahŕňa kritizovanie sa, pripomínanie si svojich chýb či zlyhaní, mať pocit menejcennosti a byť sklamaný zo seba. Druhý komponent nenávidené self obsahuje pocit nenávisťi či znechutenia zo seba a túžbu po zranení až ublížení svojmu ja. Charakteristický je odpor voči sebe. Nenávidené self je deštruktívnejšia a patologickejšia reakcia na svoje neúspechy ako neadekvátne self (Gilbert et al., 2004). Opakom k týmto komponentom sebakritickosti je sebatpotvrdzovanie, ktoré Kupeli et al. (2013) považujú za príbuzné so sebasúcitom. Je to schopnosť pochopenia svojich nedostatkov, ale aj schopnosť vedieť si na sebe pripomenúť svoje pozitívne stránky a dosiahnuté úspechy. Sebatpotvrdzujúci ľudia sú v porovnaní so sebakritickými vystavení menšiemu riziku psychopatológie (Gilbert et al., 2004), zatiaľ čo sebakritickosť a s ňou spojený nepriateľský či kritický prístup k sebe často vyúsťuje do problémov duševného zdravia (Gilbert et al., 2017).

Vzhľadom k tomu, že sebakritickosť je transdiagnostický proces na pozadí mnohých druhov psychopatológie, je dôležité rozvíjať intervencie, ktoré sú špeciálne navrhnuté na zmiernenie úrovne sebakritickosti (Shahar et al., 2014). Podobne vyššia úroveň sebasúcitu má priaznivé účinky

na psychické zdravie a pohodu, rozvíjanie sebasúcitú prostredníctvom intervenčných programov tiež znižuje sebakritickosť, hanbu a depresiu (Leary et al., 2007; Neff & Germer, 2012).

Loving kindness meditation

Súcitný postoj k sebe samému zahŕňa aj vyváženú mentálnu perspektívu známu ako všímavosť (pozri napr. Kabat-Zinn, 1994). Všímavosť podľa seba-súcitnej koncepcie Neff (2018) rozvíja neposudzujúci, vnímavý stav mysle, v ktorom jednotlivci pozorujú svoje myšlienky a pocity bez toho, aby sa ich snažili zmeniť alebo odstrániť. Aby mohli jednotlivci plne prežívať súcit so sebou, musia si uvedomiť všímavú perspektívu: nesmú potláčať svoje bolestivé pocity, pretože je potrebné uznať ich bez prílišnej identifikácie s nimi, aby smerom k nim následne mohli pocítiť súcit.

Všímavosť vychádza vo väčšine prístupov z praxe meditácie a vhladu, pričom schopnosť byť všímavý je možné rozvíjať a trénovať, čo tvorí príslub terapeutickú zmenu (Benda, 2007). Benda (2006) zdôrazňuje, že zreteľným benefitom rozvíjania všímavosti ako terapeutického nástroja môže byť najmä schopnosť všímať si vlastné prežívanie. Podľa Hofmann et al. (2011) medzi meditačné praktiky, ktoré sú zamerané na zameranie pozornosti a zvyšovanie pozitívnych a znižovanie negatívnych vplyvov, patrí aj meditácia láskavosti, Loving kindness meditation. Pravidelné vykonávanie meditácie upokojuje myseľ, rozptyľujúce myšlienky, prináša so sebou pocity vnútorného pokoja, zlepšuje sa schopnosť sústredenia, trpezlivosti a tolerancie (Jha, Krompinger & Baime, 2007). Cieľom je rozvíjanie súcitu, láskavosti a altruistického správania

(Kristeller & Johnson, 2005). Loving kindness meditation (LKM) má budhistický pôvod a už stáročia sa používa na rozvíjanie lásky a obrátenie hnevu na súcit (Carson et al., 2005) a definuje sa ako „*duševný stav nesebeckej a bezpodmienečnej láskavosti ku všetkým bytostiam*“ (Hofmann et al., 2011, s. 3). Je typom meditácie všímavosti (Kristeller & Johnson, 2005), ktorá je jednou z najobľúbenejších meditačných techník, zameriavajúcich sa na kultiváciu vedomia prítomného okamihu (Williams & Kabat-Zinn, 2011).

Rozdiely medzi meditáciou všímavosti a láskavosti opisujú Zatloukal a Žákovský (2018), ktorí uvádzajú, že meditáciu všímavosti možno viac spájať s bez-predmetovou nepripútanou myslou, zatiaľ čo LKM meditácia je skôr typom na objekt zameranej, láskyplnej a myseľ kontrolujúcej meditácie.

Loving kindness meditation povzbudzuje pocity súcitu voči sebe a ostatným za účelom podpory psychickej pohody (Weibel, 2007). Takisto súvisí s rozvíjaním pocitov lásky, radosti (Kristeller & Johnson, 2005), vrúcnosti a starostlivosti k sebe a iným (Salzberg, 2008). Prostredníctvom tohto tréningu sa dá naučiť vyrovnávať sa s hnevom či negatívnymi emóciami a naopak, naplňať pozitívnymi ako napríklad šťastím, empatiou alebo súcitom, ktoré nám môžu uľahčiť interpersonálne vzťahy a pozitívne vplývať na naše zdravie (Weibel, 2007).

LKM je vhodnou intervenciou pre jednotlivcov, ktorí majú tendenciu na seba útočiť, sú k sebe tvrdí, kritickí a nevedia k sebe pristupovať so súcitom (Shahar et al., 2014). Jedným z vysvetlení zvýšenia sebasúcitú a zníženia sebakritickosti prostredníctvom LKM, je zameranie láskavých slov a vrúcnych pocitov voči sebe a iným, ktoré ná-

sledne aktivizujú upokojujúci starostlivý systém regulácie rôznych vplyvov, ktorý je u sebakritikov nedostatočný (Gilbert & Procter, 2006). Empirické štúdie týkajúce sa LKM uvádzajú zvýšenie pozitívnych emócií (Zeng, Chiu, Wang, Oei, & Leung, 2015), najmä emócií pokoja/zmierenia (Kearney et al., 2014) alebo prosociálnych emócií (napr. Hutcherson et al., 2015). Hofmann et al. (2011) hovoria o potenciáli LKM zmierniť duševné problémy (úzkosť, hnev, vyrovnávanie sa s napätím) a podobne Kearney et al. (2013) preukázali redukcii posttraumatického stresového syndrómu, konkrétne zníženia depresie a zvýšenia sebasúciu u veteránov trpiacich posttraumatickou stresovou poruchou. Wallmark, Safarzadeh, Daukantaitė a Maddux (2012) reportujú o pozitívnych účinkoch na zvýšenie altruizmu, sebasúciu, všímavosti a zníženie vnímaného stresu. Shahar et al. (2014) vo svojej štúdií zistil účinky na zníženie miery sebakritickosti. Ďalej bola prostredníctvom intervencie LKM zistená vyššia úroveň súcitu (Boellinghaus, Jones, & Hutton, 2012; Weibel, 2007), zníženie sociálnej izolácie (Hutcherson et al., 2008), zníženie chronickej bolesti (Carson et al., 2005), stresu (Csaszar, Curry, & Lastrapes, 2018), priaznivý vplyv na migrény (Tonelli & Wachholtz, 2014) alebo znižovanie predsudkov voči menšinám (Kang, Gray, & Dovidio, 2014).

Výsledky štúdií tak naznačujú, že Loving kindness meditation je klinicky prospešná a sľubná intervencia, ktorá môže byť začlenená do rôznych psychoterapeutických prístupov či liečebných postupov (Feliu-Soler et al., 2016; Johnson et al., 2011; Shahar et al., 2014).

Ciel a hypotézy

Cieľom tejto štúdie bolo analyzovať efekt intervencie the Loving kindness meditation na úroveň sebakritickosti a sebasúciu na dostupnej neklinickej vzorke slovenských participantov a overenie trvácnosti tohto efektu v čase.

H1: Participantí bezprostredne po absolvovaní intervencie LKM vykazujú signifikantne nižšie skóre v úrovni sebakritickosti, než pred jej absolvovaním, v porovnaní s kontrolnou skupinou bez intervencie.

H2: Signifikantne nižšie skóre v úrovni sebakritickosti pretrváva u respondentov z experimentálnej skupiny aj 2 mesiace po absolvovaní intervencie LKM, v porovnaní s kontrolnou skupinou bez intervencie.

H3: Participantí bezprostredne po absolvovaní intervencie LKM vykazujú signifikantne vyššie skóre v úrovni sebasúciu, než pred jej absolvovaním, v porovnaní s kontrolnou skupinou bez intervencie.

H4: Signifikantne vyššie skóre v úrovni sebasúciu pretrváva u respondentov z experimentálnej skupiny aj 2 mesiace po absolvovaní intervencie LKM, v porovnaní s kontrolnou skupinou bez intervencie.

METÓDY

Výskumný súbor

Celkovo výskumný súbor tvorilo 53 participantov vo veku od 18 do 54 rokov ($M = 25,58$; $SD = 7,12$), ktorí absolvovali všetky tri merania. Náhodným číselným generátorom boli pôvodní participantí (120) rozdelení do intervenčnej skupiny, v ktorej absolvovali tréning LKM a do kontrolnej skupiny bez intervencie. V intervenčnej skupine všetky tri merania absolvovalo celkovo 29 ľudí, z toho 26 žien (89,7%) a 3 muži (10,3%). V kontrolnej skupine s tromi



Júlia
Halamová

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

meraniami bol celkový počet respondentov 24 a z toho bolo 19 žien (79,2 %) a 5 mužov (20,8 %). Hodnoty baseline kľúčových premenných poukazujú na relatívnu vyrovnanosť v pre-testových hodnotách:

Hodnoty pre Neadekvátne Self: kontrolná skupina = 16,5; intervenčná skupina = 19,4

Hodnoty pre Nenávidené Self: kontrolná skupina = 3,5; intervenčná skupina = 5,5

Hodnoty pre Sebasúcitné reagovanie: kontrolná skupina = 41,4; intervenčná skupina = 36,1

Participantov pre náš výskum sme získali prostredníctvom sociálnych sietí a išlo o dostupnú neklinickú vzorku. Respondenti boli oslovení na sociálnych sieťach v rôznych skupinách týkajúcich sa psychického zdravia, meditácie a sebarozvoja za účelom spolupráce na výskume, ktorý sa zaoberá tým, ako sa ľudia k sebe správajú v ťažkých chvíľach a ako sa naučiť viac podporiť namiesto kritizovania sa.

Dotazníky

Škála foriem sebakritickosti a sebaoprotvrdenia (The Forms of Self-Criticising/Attacking & Self-Reassuring Scale)

Na zisťovanie miery sebakritickosti sme použili dotazník **Škála foriem sebakritickosti a sebaoprotvrdenia (The Forms of Self-Criticising/Attacking & Self-Reassuring Scale – FSCRS)**, ktorý bol vytvorený Gilbertom, Clarkom, Hempelom, Milesom a Ironsom (2004). Dotazník zahŕňa 22 položiek obsahujúce výroky o pocitoch a myšlienkach, ktoré jedinec môže prežívať v ťažkých životných situáciách. Participantia hodnotia položky na Likertovej stupnici od 0 = vôbec nie ako ja po 4 = úplne ako ja. Položky (Gilbert et al., 2004) obsahujú výroky, ktoré sa vzťahujú k sebaoprotvrdzujúcemu self (RS), ktoré sa spája s pochopením a toleranciou vlastných neúspechov (napr. „*Povzbudzujem sám seba ohľadom svojej budúcnosti*“), ktoré sa vzťahujú k neadekvátnemu self (IS) a zahŕňa lipnutie na svojich chybách či pocit nedostatočnosti (napr. „*Myslím, že si svoju sebakritiku zaslužím*“) a k nenávidenému self (HS) súvisiacemu s cítením odporu a nenávisť k sebe spojeným s túžbou ublížiť si (napr. „*Mám pocit znechutenia zo seba*“). Psychometrické vlastnosti slovenskej verzie dotazníka FSCRS boli overované Halamovou, Kanovským a Pacúchovou (2017a) na slovenskej vzorke 1181 participantov. V slovenskej verzii bola Cronbachovou alfou nameraná veľmi dobrá vnútorná konzistencia ($\alpha = 0,75-0,85$). Takisto sa ukázala excellentná zhoda trojfaktorového modelu so slovenskou verziou dotazníka.

Škála sebasúcitú (The Self-Compassion Scale)

Dotazník **Škála sebasúcitú (The Self-Compassion Scale – SCS)** reprezentuje správanie, myšlienky a emócie, ktoré sa spájajú so sebasúcitom (Neff, 2003). Participanti na Likertovej škále od 1 = takmer nikdy po 5 = takmer vždy, uvádzajú, ako sa obyčajne správajú v ťažkých situáciách. Dotazník obsahuje 26 položiek, ktoré zahŕňajú 3 komponenty sebasúcitú: sebaláskavosť (SK), všeobecnú ľudskosť a všímavosť (MI), 3 komponenty nesebasúcitú: sebauposúdenie (SJ), izoláciu (IS) a prílišnú identifikáciu (OI). Takisto boli overované psychometrické vlastnosti dotazníka SCS na vzorke 1181 participantov štúdiou Halamovej, Kanovského a Pacúchovej (2017b). V slovenskej verzii tohto dotazníka bola zistená veľmi dobrá vnútorná konzistencia ($\alpha = 0,86$). Ukázala sa i excelentná zhoda šesťfaktorového modelu so slovenskou vzorkou. Je však možné škálu rozdeliť zvlášť na dimenziu sebasúcitného reagovania (SK, CH, MI) a dimenziu nesebasúcitného reagovania (SJ, IS, OI) (Halamová, Kanovský, & Pacúchová, 2017b).

Intervencia Loving kindness meditation (LKM)

Ako intervenčnú metódu pre zvýšenie miery sebasúcitú a zníženie miery sebakritickosti sme použili techniku Loving kindness meditation, ktorá sa zameriava na kultiváciu láskavého a súcitného prijatia všetkých žijúcich bytostí (Salzberg, 2008). Celý proces LKM sa začína nasmerovaním vrúcnosti, lásky, pokoja a súcitu smerom k svojej osobe. Odtiaľto sa zameranie našej mysle rozširuje na stále väčší okruh ľudí od tých najbližších, cez tých s ktorými máme neutrálny vzťah, ďalej na ľudí, s kto-

rými máme problémy a nakoniec na všetky bytosti na celej planéte. Počas cvičenia je zvykom opakovať frázy láskyplnosti smerujúce ku konkrétnym ľuďom v našej myslí (Salzberg, 2008; Weibel, 2007).

Naša online intervencia sa skladala zo 14 meditácií, ktoré pozostávali z každodenného postupného rozširovania a nabaľovania svojej pozornosti na ďalšieho a ďalšieho človeka podľa inštrukcie. Pri jeho tvorbe sme sa nechali inšpirovať predošlými prácami zameranými na efekt intervencie Loving kindness meditation (napr. Hofmann et al., 2011; Salzberg 2008; Weibel, 2007). Respondentom z intervenčnej skupiny sme zo spoločnej e-mailovej adresy týkajúcej sa výskumu každý zo 14 dní o 6.00 hod ráno posielali email so psychoedukačným úvodom, s informáciou o ciele konkrétnej meditácii a odkazom na online formulár s inštrukciami pre každodenné cvičenie Respondenti každý deň po absolvovaní cvičenia vyplnili online reflexiu, ktorá bola zároveň systematickou kontrolou, či v daný deň vykonali intervenciu. Pokiaľ nie, vo večerných hodinách im bola zaslaná pripomienka cvičenia. Kontrolná skupina nevyplňala žiadnu reflexiu. Reflexia spravidla obsahovala otázky čo cítili, čo si uvedomili a čo na základe cvičenia budú robiť vo svojom živote inak. Vykonali sme online meranie úrovne sebasúcitú a sebakritickosti bezprostredne pred intervenciou a po skončení intervencie pre experimentálnu aj kontrolnú skupinu dotazníkovou batériou a následne aj po 2 mesiacoch od ukončenia intervenčného programu (follow up).

Priebeh intervencie

Prvý deň intervencie si mali respondenti nájsť pokojné miesto a čas pre seba, aby sa

mohli venovať hlbokému upokojujúcemu dýchaniu. Ich úlohou bolo **sústrediť sa na celý proces dýchania**. Mali si uvedomovať každý nádych, výdych, rytmus, intenzitu a precítiť ich. Cieľom tohto cvičenia bolo uvoľniť sa, zbaviť sa stresu a napätia. Toto relaxačné dýchanie bolo základom i nasledujúcich každodenných cvičení a respondenti ho praktizovali vždy na úvod.

Druhý deň sa respondenti po hlbokom upokojujúcom dýchaní zameriavali na prúdenie láskavosti, starostlivosti a vrúcnosti do svojho srdca. Ich úlohou bolo premýšľať o osobe, ktorá ich má rada a mali si ju predstaviť, ako stojí po ich pravom boku, posielala im svoju lásku a želá im, aby boli v bezpečí, žili v pokoji, láske a v šťastí. Potom si mali predstaviť tú istú alebo inú **blízku osobu** po ľavom boku, ktorá im posielala tie isté želania. Ďalej si mali predstaviť, ako sú zo všetkých strán obklopení blízkymi ľuďmi, ktorí ich milujú a želajú im v živote len to najlepšie. Tieto predstavy ich mali naplniť pocitmi vrúcnosti a lásky popri tom si mali opakovať frázy: „*Môžem byť šťastný*“, „*Môžem byť zdravý*“, „*Môžem byť pokojný*“, „*Môžem byť v bezpečí*.“

Cieľom tretieho dňa intervencie bolo sa znovu zamerať na prijímanie láskyplných pocitov od svojich blízkych, ako v predchádzajúcom cvičení, no navyše si mali respondenti spomenúť a **predstaviť situáciu, kedy urobili niečo veľkorysé pre inú osobu**. Tieto spomienky v nich mali vyvolať pocit radosti, láskavosti a priateľskosti a na základe týchto vrúcnych pocitov mali k sebe nasmerovať tú istú sériu fráz alebo takú, ktorá by im vyhovovala viac. Mali si všimnúť, či frázy nimi rezonujú a zamýšľať sa nad želaniami šťastia, zdravia, pokoja, bezpečia a tak trénovať svoju myseľ v láskavosti.

Na štvrtý deň bolo cieľom respondentov presunúť svoju pozornosť od seba a zamerať sa na **najmilovanejšiu osobu**. Mohol to byť člen rodiny, partner, manžel, dobrý priateľ, jednoducho niekto, kto im je v ich živote najbližší a je ľahké s nim zdieľať pocity vrúcnosti a láskavosti. Tak isto mali tejto osobe venovať tie isté želania prostredníctvom láskyplných fráz, ktoré použili aj v predchádzajúcich krokoch.

Piaty deň respondenti pokračovali nasmerovaním svojej pozornosti na seba a potom na blízku osobu. V tento deň však mali svoju pozornosť rozšíriť o ďalšiu osobu, ktorou bol **najbližší príslušník rodiny** a takisto mu venovať zaužívané frázy želania šťastia, zdravia, pokoja a bezpečia alebo iného láskavého želania, ktoré zvykli používať.

Úlohou respondentov šiesty deň intervencie bolo do svojej pozornosti, vrátane predchádzajúcich osôb, zahrnúť svojho **najlepšieho priateľa** a spomenúť si na časy, keď im bolo spolu dobre. Mali nechať v sebe prúdiť tieto dobré pocity spôsobené spomienkami spojené s touto osobou a opakovať láskavé frázy pri vizualizácii svojho najlepšieho priateľa a venovať mu ich. Siedmy deň respondenti obohatili svoje zameranie sa na blízke osoby o ďalšieho človeka, ktorým bol niekto, s kým spolupracovali a mali k nemu najbližšie. Podobne, ako v predchádzajúcich krokoch, mali znovu posielaať svoje želania aj tejto osobe.

V predošlých dňoch sa respondenti venovali osobám, s ktorými majú blízky vzťah. No ôsmy deň intervencie bol navyše rozšírený o človeka, ktorý nemusí v respondentovi vyvolať žiadny pocit. Mal to byť **niekto, s kým sa síce pozná, ale veľmi spolu nekomunikujú**, napr. sused, kolega. Dar láskavosti si vyžadoval len jeho



Andrea
Snášelová

Študovala sociálnu a pracovnú psychológiu na Ústave aplikovanej psychológie a Fakulte sociálnych a ekonomických vied na Univerzite Komenského v Bratislave. Momentálne pracuje ako školská psychologička.

pozornosť a ochotu priať aj tejto „neutrálnej“ osobe niečo dobré.

Deviaty deň mali respondenti upriamiť pozornosť na človeka, ktorého často stretávajú, no nepoznajú ho a ešte s ním nekomunikovali. Mohol to byť niekto, s kým sa stretávajú napr. v obchode, na zastávke autobusu a pod. a posielat im láskyplné želania.

Desiaty deň intervencie respondenti mali zahrnúť do svojej pozornosti **osobu, ktorá nie je pre nich príjemná a spájajú sa im s ňou mierne negatívne pocity**. Mal to byť niekto, s kým nemajú práve najlepší vzťah, ale ani najhorší. Mali sa pokúsiť nájsť aspoň jednu pozitívnu vec na tejto osobe a takýmto spôsobom sa k nej priblížiť. Následne mali uvažovať o želaní, aby aj táto osoba bola šťastná, zdravá, pokojná a v bezpečí.

Jedenásty deň mali respondenti nasmerovať svoje pocity na všetkých predchádzajúcich ľudí, ako obvykle, no navyše aj na **niekoho, ku komu cítili silne negatívne**

pocity, ako hnev, odpor, znechutenie či nenávisť. No cieľom tohto cvičenia bolo uvoľnenie deštruktívnych zvykov hnevu a nenávisť tým, že mali aj takejto osobe venovať láskavé frázy, ktoré mali zmierniť nenávisť v nich.

Na dvanásty deň intervencie sa mali respondenti dopracovať k rozšíreniu láskavých fráz želania šťastia, zdravia, pokoja a bezpečia na **všetkých ľudí na tomto svete, na kohokoľvek, koho si vedeli predstaviť, nech boli kdekoľvek**.

Trinásty deň intervencie respondenti zamerali svoju pozornosť taktiež na **zvyšok sveta**. Na všetkých žijúcich ľudí, zvieratá, rastliny, na všetky živé bytosti. Mali myslieť na ľudí v iných krajinách, na mužov, ženy a deti. Ďalej do svojej pozornosti mali zahrnúť svoje obľúbené miesta, hory, lesy, rieky alebo stromy. Svoju pozornosť mali venovať všetkému živému, na čo si len dokázali spomenúť a mali priať všetkým bytostiam na zemi, aby boli šťastné, zdravé, pokojné a v bezpečí.

Cieľom posledného štrnásteho dňa bolo na záver intervencie **zopakovať všetky kroky cvičení, ktoré respondenti počas dvoch týždňov vykonávali**. Čiže toto posledné cvičenie nebolo rozšírené o žiadnu ďalšiu osobu. Respondenti sa mali znovu vo svojej mysli zamerať na všetkých, postupne od najmilovanejšej osoby, rodiny, najlepšieho priateľa, spolupracovníka, známych i neznámych, nepríjemných osôb, až po všetkých ľudí na Zemi a všetky živé bytosti a posielat im želania prostredníctvom zaužívaných láskavých fráz.

ANALÝZA DÁT

Merania úrovne sebakritickosti a sebaúcty sme uskutočnili dotazníkmi FSCRS

a SCS. Na základe faktorovej štruktúry týchto dotazníkov sme použili hrubé skóre za jednotlivé dimenzie. Na meranie sebakritickosti sme v prípade dotazníka FSCRS použili dimenziu neadekvátneho self IS (Inadequate Self), ktorá má 9 položiek a nenávideného self (Hated Self), ktorá má 5 položiek. V prípade dotazníka SCS sme použili dimenziu sebasúcitného reagovania, ktorá sa skladá z 13 položiek.

Najprv sme Cronbachovou alfou merali vnútornú konzistenciu dotazníkov a zisťovali deskriptívne štatistiky. Ďalej sme vykonali testy za účelom zistenia predpokladov pre parametrický prístup. Zisťovali sme normálne rozloženie pomocou Shapiro-Wilkovho testu. Homogénny rozptyl chýb sme zisťovali Levenovým testom a pre zistenie prítomnosti extrémnych hodnôt sme použili Boxplot test. Ak by sa ukázalo, že testy spĺňajú všetky predpoklady parametrického prístupu, použili by sme klasickú mixed-effect ANOVU v programe SPSS verzie 20. V prípade, že predpoklady boli porušené, použili sme neparametrický Brunnerov test v programe R, verzia 3.2.0 (R Core Team, 2015), knižnica „nparLD“ (Noguchi et al., 2012).

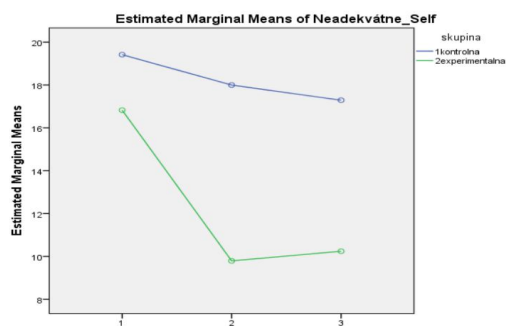
Pri analýze dát sme vychádzali z faktu, že ide o vnútrosubjektový a medzisubjektový dizajn. Opakované merania úrovne sebakritickosti a sebasúcitu (pretest, posttest, follow up) považujeme za vnútrosubjektový faktor a kontrolnú a experimentálnu skupinu za medzisubjektový faktor.

VÝSLEDKY

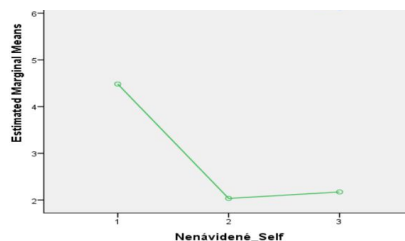
Na začiatku analýzy dát sme pre oba dotazníky SCS a FSCRS vypočítali testy reliability. Pre dimenziu IS z dotazníka FSCRS je hodnota Cronbachovho alfa koeficientu

$\alpha = 0,846$; pre HS = 0,779 a pre dimenzie sebasúcitného reagovania dotazníka SCS nasledovne: Sebaláska (SK) $\alpha = 0,857$; Všeobecná ľudskosť (CH) = 0,755 Všímavosť (MI) = 0,827 V tabuľkách 1, 3 a 5 zobrazujeme údaje deskriptívnej štatistiky, v rámci ktorej sú uvedené priemerné skóre dvoch subškál z dotazníka FSCRS, neadekvátne self – IS a nenávidené self – HS, ktoré spolu tvoria dimenziu sebakritickosti a takisto priemerné skóre dimenzie sebasúcitného reagovania z dotazníka SCS. Následne v tabuľkách 2, 4 a 6 uvádzame v jednotlivých subškálach výsledky testov predpokladov pre použitie parametrického prístupu. Nakoniec, pre zistenie účinnosti intervencie a teda pre overenie našich hypotéz, uvádzame výsledky testov, ako aj grafické zobrazenie výsledkov opakova-

Obrázok 1: Skóre IS v kontrolnej a experimentálnej skupine naprieč tromi meraniami

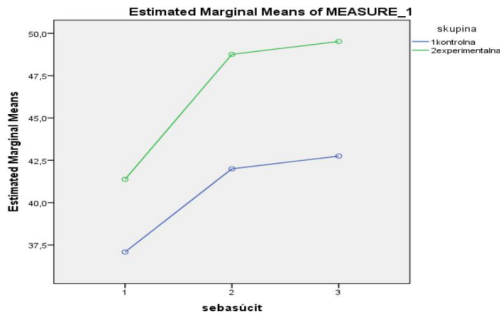


Obrázok 2: Skóre HS v kontrolnej a experimentálnej skupine naprieč tromi meraniami.



ných meraní v oboch skupinách (Obrázok 1, Obrázok 2, Obrázok 3).

Obrázok 3: Skóre sebasúcitného reagovania v kontrolnej a experimentálnej skupine naprieč tromi meraniami.



Sebakritickosť – Neadekvátne self

V tabuľke 2 môžeme na základe Shapiro-Wilkovho testu vidieť, že v 3 prípadoch zo 6 nebolo zistené normálne rozloženie. Hovoríme o experimentálnej skupine v prípade posttestu, kde $p=0,006$ a follow up, kde $p=0,013$ a taktiež o kontrolnej skupine vo follow up, kde $p=0,037$. 1 z 3 prípadov v Levenovom teste ukázal rozdielne rozptyly chýb, a to v postteste, kde $p = 0,009$.

Keďže vo viacerých prípadoch neboli splnené predpoklady parametrického prístupu, použili sme Brunnerov neparametrický test. Jeho výsledky preukazujú štatisticky signi-

fikantnú interakciu rozdielov medzi kontrolnou a experimentálnou skupinou a zároveň rozdielov medzi meraniami pretest, posttest a follow up, $F = 3,42; p = 0,037$.

Na obrázku 1 môžeme vidieť, že nastal rozdiel medzi kontrolnou a experimentálnou skupinou a takisto aj rozdiel v opakovaných meraniach v rámci experimentálnej skupiny. Vzhľadom na kontrolnú skupinu pozorujeme, že v experimentálnej skupine nastal výrazný pokles skóre v dimenzii neadekvátneho self bezprostredne po intervencii a v meraní follow up po 2 mesiacoch zostalo stále signifikantne znížené.

Sebakritickosť – Nenávidené self

V tabuľke 4 vidíme, že normálne rozloženie, testované Shapiro-Wilkovým testom, nebolo splnené v 4 zo 6 prípadov. V experimentálnej skupine nebolo vôbec zistené normálne rozloženie, čiže ani v preteste, $p = 0,016$, ani v postteste, $p = 0,001$ a ani v meraní follow up, $p = 0,001$. V kontrolnej skupine nebolo normálne rozloženie zistené v prípade merania follow up, kde $p = 0,038$.

Pretože neboli splnené predpoklady pre klasický parametrický prístup, použili sme teda Brunnerov neparametrický test. Brunnerov neparametrický test ukázal, že interakcia rozdielov medzi experimentálnou a kontrolnou skupinou a zároveň rozdielov v opakovaných meraniach pretest, posttest a follow up, je štatisticky signifikantná, $F = 10,69; p = 0.001$.

Obrázok 2 zobrazuje signifikantný rozdiel medzi experimentálnou a kontrolnou skupinou a zároveň rozdiely hodnôt v rámci experimentálnej skupiny medzi pretestom, posttestom a follow up. V tejto

Tabuľka 1: Deskriptívna štatistika subškály IS z dotazníka FSCRS

	Experimentálna skupina		Kontrolná skupina	
	M	SD	M	SD
Pretest	16,83	6,95	19,42	7,15
Posttest	9,79	6,00	18,00	8,92
Follow up	10,24	6,71	17,29	8,63

Tabuľka 2: Testy predpokladov subškály IS z dotazníka FSCRS

	Experimentálna skupina		Kontrolná skupina		Levene's test
	Shapiro-Wilk test	Boxplot	Shapiro-Wilk test	Boxplot	
Pretest	0,421	0	0,772	0	0,584
Posttest	0,006	2	0,293	1	0,009
Follow up	0,013	3	0,037	0	0,096

Note. * $p \leq 0,05$

Tabuľka 3: Deskriptívna štatistika subškály HS z dotazníka FSCRS

	Experimentálna skupina		Kontrolná skupina	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Pretest	4,48	3,16	6,25	4,62
Posttest	2,03	2,85	6,25	3,97
Follow up	2,17	2,69	6,00	5,04

skupine sa po intervencii výrazne znížilo skóre v dimenzii nenávideného self a zostalo i naďalej v nižšej rovine. Čo sa týka kontrolnej skupiny, hodnoty opakovaných meraní sa signifikantne nezmenili.

Analýza dát ukázala, že skupina účastníkov, ktorí absolvovali intervenciu Loving kindness meditation, vzhľadom na účastníkov v kontrolnej skupine, dosahuje signifikantne nižšie skóre v oblastiach neadekvátneho a nenávideného self, ktoré tvoria dva faktory sebakritickosti. Na základe týchto zistení môžeme teda konštatovať, že intervencia Loving kindness meditation je účinná z hľadiska sebakritickosti a to aj z dlhodobejšej perspektívy. Preto považujeme hypotézy 1 a 2 za podporené.

Sebasúcit

V tabuľke 6 vidíme, že predpoklady parametrických testov opäť neboli splnené. Hodnoty Shapiro-Wilkovho testu ukazujú vo všetkých prípadoch normálne rozloženie, avšak okrem posttest merania v experimentálnej skupine, kde $p = 0,036$. Ďalej boli zistené extrémne hodnoty v 1 prípade zo 6, a to v posttest meraní v kontrolnej skupine. Použili sme preto Brunnerov neparametrický test. Brunnerov neparametrický test uviedol štatisticky nesignifikantnú interakciu rozdielov medzi experimentálnou a kontrolnou skupinou a zároveň medzi opakovanými meraniami pretest, posttest a follow up, $F = 0,71$; $p = 0,460$.

Obrázok 3 ukazuje, že v experimentálnej skupine sa po intervencii zvýšilo skóre sebasúcitného reagovania. No to isté sa udialo aj v kontrolnej skupine. Znamená to, že hoci analýza dát ukazuje zvýšenie úrovne sebasúcitu u respondentov po absolvovaní intervencie a to aj z dlhodobého hľadiska, ukazuje však taký istý jav i v kontrolnej skupine a v takomto prípade nemôžeme povedať, že intervencia bola účinná z hľadiska zvýšenia sebasúcitu. Hypotézy 3 a 4 preto nemôžeme potvrdiť.

DISKUSIA

Cieľom tejto štúdie bolo analyzovať efekt intervencie Loving kindness meditation (LKM) na úroveň sebakritickosti a sebasúcitu na slovenskej neklinickej vzorke účastníkov. Výsledky sebakritickosti ukázali že neadekvátne self aj nenávidené self

Tabuľka 4: Testy predpokladov subškály HS z dotazníka FSCRS

	Experimentálna skupina		Kontrolná skupina		Levene's test
	Shapiro-Wilk test	Boxplot	Shapiro-Wilk test	Boxplot	
	Pretest	0,016	0	0,173	
Posttest	0,001	2	0,134	0	0,058
Follow up	0,001	1	0,038	0	0,097

Note. * $p \leq 0,05$

Tabuľka 5: Deskriptívna štatistika dimenzie sebasúcitného reagovania z dotazníka SCS

	Experimentálna skupina		Kontrolná skupina	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Pretest	41,38	9,57	36,13	11,13
Posttest	48,76	11,09	42,00	8,94
Follow up	49,52	9,13	42,75	11,75

Tabuľka 6: Testy predpokladov dimenzie sebasúcitného reagovania z dotazníka SCS

	Experimentálna skupina		Kontrolná skupina		Levene's test
	Shapiro-Wilk test	Boxplot	Shapiro-Wilk test	Boxplot	
	Pretest	0,932	0	0,487	
Posttest	0,036	0	0,804	3	0,379
Follow up	0,217	0	0,588	0	0,215

Note. * $p \leq 0,05$

preukázali sa signifikantne znížilo v experimentálnej skupine a zároveň sa tento rozdiel v rámci experimentálnej skupiny

udržal aj pri treťom meraní. V kontrolnej skupine nenastali žiadne signifikantné zmeny v neadekvátom self ani v nenávidenom self. Naproti tomu sebasúcit sa zvýšil v experimentálnej aj kontrolnej skupine.

Domnievame sa, že respondenti, tým že v rámci intervencie smerovali láskavé slová a vrúcne pocity voči sebe a iným, mohli v sebe aktivovať upokojujúce a starostlivé procesy (Gilbert & Procter, 2006), ktoré u nich spôsobili zmenu v zmysľaní o sebe a to v pozitívnom zmysle slova. Na základe týchto zistení konštatujeme, že intervencia Loving kindness meditation je účinná v znižovaní sebakritickosti a to aj z dlhodobejšej perspektívy. Výsledky nášho výskumu sú v súlade s výskumom Shihara et al. (2014), ktorý sa zaoberala zmiernením sebakritickosti sebakritických jedincov prostredníctvom intervencie LKM. Takisto ako my, tak aj Shihara et al. zistili účinnosť LKM na zmiernenie miery sebakritickosti a to aj v trvaní 3 mesiace po intervencii. Podobne Feliu-Soler et al. (2016), ktorí vo svojej štúdií taktiež skúmali efekt LKM, ale na pacientoch s hraničnou poruchou osobnosti, označili túto intervenciu ako účinnú v zmiernení úrovne sebakritickosti, sebaopoškodzovania, závažnosti hraničných symptómov a zlepšenie vo všetkých

aspektoch súcitu a sebaoptvrdzovania. Preto sa zdá, že LKM má efekt tak na klinické ako aj neklinické vzorky v znižovaní sebakritickosti.

Výsledky tiež preukázali, že v rámci experimentálnej skupiny sa skóre sebasúcitú po absolvovaní intervencie výrazne zvýšilo a takisto aj po poslednom meraní vykazovalo zvýšené hodnoty. Zaujímavým faktom však je, že presne tie isté procesy nastali aj v kontrolnej skupine. Zrejme by sme to mohli pripísať dôsledku senzitivizácie počas pretestu (pretest sensitization effect) t.j. že účastníci na základe testu SCS zistili, že výskum sa zameriava na sebasúcit a začali nad ním viac rozmyšľať a rozvíjať ho samostatne. V dôsledku toho mohli byť senzitivizovaní natoľko, že v post-teste uvádzali vyššie skórované odpovede. V tomto prípade teda nemôžeme s určitosťou povedať, či intervencia bola účinná z hľadiska zvýšenia sebasúcitú. Keďže sme v našich predpokladoch tvrdili, že zmeny nastanú len v experimentálnej skupine následkom intervencie a že stav kontrolnej skupiny sa nezmení, hypotézy nemôžeme potvrdiť. V rozpore s našimi výsledkami významné zmeny v sebasúcite, súcitnej láske k druhým, resp. úzkosti a emóciách sa preukázali vo výskumoch Weibela (2007) a Shahara et al. (2014), resp. Csaszara (2012), ktoré potvrdzujú pozitívny efekt LKM na rozvíjanie empatie a súcitú voči sebe a iným. Taktiež Feliu-Soler (2016) zistil zlepšenie vo všetkých aspektoch súcitú vo vzorke pacientov hutchs hraničnou poruchou osobnosti, ktorí absolvovali tréning LKM.

Vo väčšine doterajších výskumov bol tréning LKM vykonávaný dlhodobou, za sprievodu inštruktorov počas sedení a s CD nahrávkami s meditáciou na doma. Preto za prínos považujeme zistenie, že aj 14-dňová intervencia LKM, ktorá je praktizovaná čisto len v online verzii bez priameho zá-

sahu profesionála v oblasti mentálneho zdravia je dostatočná k navodeniu pozitívnych zmien v úrovni sebakritickosti aj po uplynutí 2 mesiacov. Táto intervencia zvýšila aj sebasúcitú no rovnako aj v kontrolnej skupine čo bude potrebné overiť ešte raz a neskôr. To je sľubné aj vzhľadom na to, že LKM má okrem nami meraných efektov aj mnohé ďalšie ktoré by bolo dobré overiť v rámci 14 dňovej intervencie.

Každodenné prežívanie pozitívnych emócií, súcitú, prajnosti, radosti, lásky, spokojnosti, vďačnosti, ktoré sú podnietené praktizovaním LKM, taktiež súvisia so sebaakceptáciou, všímavosťou, dobrými vzťahmi s ostatnými a fyzickým zdravím (napr. Hutcherson et al., 2008; Johnson et al., 2011). To umožňuje ľuďom byť viac spokojný so svojim životom (Fredrickson et al., 2008).

Z limitov výskumu je potrebné reflektovať dostupnú metódu výberu respondentov, ktorá nás limituje ohľadom zovšeobecnenia výsledkov na celú populáciu. Ďalším limitom je relatívne vysoký úbytok účastníkov zo 120 na 53. Nepoznali sme však ich skutočnú motiváciu participovať na výskume a pravdepodobne dôsledkom toho nastala postupná redukcia vzorky. Na jednej strane je dobré, že respondenti mohli praktizovať cvičenia v bezpečnom prostredí pohodlia domova a kedykoľvek počas dňa, keď si našli chvíľku pre seba. No na druhej strane sme nemali nad nimi a ich realizáciou cvičení kontrolu, takže sme ich prípadne nemohli usmerniť. Táto online verzia intervencie mohla u účastníkov spôsobiť nedostatočné motivovanie k tomu, aby plnili cvičenia podľa inštrukcií a aby vynaložili dostatočný čas a snahu.

ZÁVER

Najväčším prínosom nášho výskumu je že aj online 14-dňová intervencia bez priameho zapojenia profesionála v oblasti mentálneho zdravia dokáže signifikantne znížiť úroveň sebakritickosti u neklinickej vzorky a táto znížená úroveň pretrváva aj po dvoch mesiacoch. Loving kindness meditation je teda sľubnou intervenciou pre tých, ktorí majú tendenciu byť k sebe kritickí a nevedia k sebe pristupovať so súcitom a zároveň je pre nich z akýchkoľvek dôvodov náročné vyhľadať profesionálnu pomoc.

Ethical approval: All procedures performed in studies involving human participants were in accordance with the ethical standards of the institutional and/or national research committee and with the 1964 Helsinki declaration and its later amendments or comparable ethical standards.

Informed consent: Written informed consent was obtained from all individual participants included in the study.

Author Contributions: JH, BS, and AS designed research project and created the intervention. AS collected data. JH, AS and BS wrote the first draft of the article. All authors JH, BS and AS interpreted the results, revised the manuscript and read and approved the final manuscript.

REFERENCIE

Benda, J. (2006). Meditace, všímavost a nové směry KBT. *Konfrontace*, 17(3), 132–135.
 Benda, J. (2007). Všímavost v psychologickém výzkumu a v klinické praxi. *Československá psychologie*, 51(2), 129–140.
 Blatt, S. J. (2005). Interpersonal relatedness

and self-definition: Two primary lines of personality development and experiences of depression. *Personality and Individual Differences*, 38, 1487–1490. doi:10.1016/j.paid.2004.07.003

Boellinghaus, I., Jones, F. W., & Hutton, J. (2012). The Role of Mindfulness and Loving-Kindness Meditation in Cultivating Self-Compassion and Other-Focused Concern in Health Care Professionals. *Mindfulness*, 5(2), 129–138. doi:10.1007/s12671-012-0158-6

Carson, J. W., Keefe, F. J., Lynch, T. R., Carson, K. M., Goli, V., Fras, A. M., & Thorp, S. R. (2005). Loving-Kindness Meditation for Chronic Low Back Pain. *Journal of Holistic Nursing*, 23(3), 287–304. doi:10.1177/0898010105277651

Csaszar, I. (2012). *The effect of loving kindness meditation and student teachers stress and empathy* (Doctoral Dissertation). Louisiana State University. Retrieved from https://digitalcommons.lsu.edu/gradschool_dissertations/288

Csaszar, I., Curry, J., & Lastrapes, R. (2018). Effects of Loving Kindness Meditation on Student Teachers' Reported Levels of Stress and Empathy. *Teacher Education Quarterly*, 45(4), 93–116. Retrieved July 14, 2021, from <https://www.jstor.org/stable/26762171>

Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Elices, M., Martín-Blanco, A., Carmona, C., Cebolla, A., ...Soler, J. (2016). Fostering Self-Compassion and Loving-Kindness in Patients With Borderline Personality Disorder: A Randomized Pilot Study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(1), 278–286. doi:10.1002/cpp.2000

Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J., & Finkel, S. M. (2008). Open hearts build lives: Positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(5), 1045–1062. doi:10.1037/a0013262

Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: The CBT distinctive features series*. Routledge.

Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J., & 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. doi:10.1348/014466504772812959
- Gilbert, P., McEwan, K., Catarino, F., & Baião, R. (2014). Fears of Compassion in a Depressed Population Implication for Psychotherapy. *Journal of Depression and Anxiety*, S2(01). doi:10.4172/2167-1044.s2-003
- 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. doi:10.1002/cpp.507
- Gilbert, P., Catarino, F., Duarte, C., Matos, M., Kolts, R., Stubbs, J., . . . Basran, J. (2017). The development of compassionate engagement and action scales for self and others. *Journal of Compassionate Health Care*, 4(1). doi:10.1186/s40639-017-0033-3
- Halamová, J. (2018). *Sebasúcit a sebakritickosť: tvorba a meranie efektu intervencie*. Univerzita Komenského v Bratislave.
- Halamová, J., Kanovsky, 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., Kanovsky, M., & Pacúchová, M. (2017b). Self- Compassion Scale: IRT Psychometric Analysis Validation and Factor Structure – Slovak Translation. *Psychologica Belgica*. 57(4), 190–209.
- Hofmann, S. G., Grossman, P., & Hinton, D. E. (2011). Loving-kindness and compassion meditation: Potential for psychological interventions. *Clinical Psychology Review*, 31(7), 1126–1132. doi:10.1016/j.cpr.2011.07.003
- Hutcherson, C. A., Seppala, E. M., & Gross, J. J. (2008). Loving-kindness meditation increases social connectedness. *Emotion*, 8(5), 720–724. doi:10.1037/a0013237
- Hutcherson, C. A., Seppala, E. M., & Gross, J. J. (2015). The neural correlates of social connection. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*. 15, 1–14.
- Jha, A. P., Krompinger, J., & Baime, M. J. (2007). Mindfulness training modifies subsystems of attention. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 7(2), 109–119. doi:10.3758/cabn.7.2.109
- Johnson, D. P., Penn, D. L., Fredrickson, B. L., Kring, A. M., Meyer, P. S., Catalino, L. I., Brantley, M. (2011). A pilot study of loving-kindness meditation for the negative symptoms of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 129(2–3), 137–140. doi:10.1016/j.schres.2011.02.015
- Judge, L., Cleghorn, A., Mcewan, K., & Gilbert, P. (2012). An Exploration of Group-Based Compassion Focused Therapy for a Heterogeneous Range of Clients Presenting to a Community Mental Health Team. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(4), 420–429. doi:10.1521/ijct.2012.5.4.420
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology Science and Practice*, 10, 144–156. doi:10.1093/clipsy.bpg016
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Dell Publishing.
- Kang, Y., Gray, J. R., & Dovidio, J. F. (2014). The nondiscriminating heart: Loving kindness meditation training decreases implicit intergroup bias. *Journal of Experimental Psychology: General*, 143(3), 1306–1313. doi:10.1037/a0034150
- Kearney, D. J., McManus, C., Malte, C. A., Martinez, M. E., Felleman, B., & Simpson, T. L. (2014). Loving-kindness meditation and the broaden-and-build theory of positive emotions among veterans with posttraumatic stress disorder. *Medical Care* 52, 32–38. doi: 10.1097/MLR.0000000000000221
- Kearney, D. J., Malte, C. A., McManus, C., Martinez, M. E., Felleman, B., & Simpson, T. L. (2013). Loving-kindness meditation for posttraumatic stress disorder: a pilot study. *Journal of traumatic stress*, 26(4), 426–434. <https://doi.org/10.1002/jts.21832>
- Kristeller, J. L., & Johnson, T. (2005). Cultivating Loving Kindness: A Two-Stage Model Of The Effects Of Meditation On

- Empathy, Compassion, And Altruism. *Zygon*, 40(2), 391–408. doi:10.1111/j.1467-9744.2005.00671.x
- Kupeli, N., Chilcot, J., Schmidt, U. H., Campbell, I. C., & Troop, N. A. (2013). A confirmatory factor analysis and validation of the forms of self-criticism/reassurance scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(1), 12–25.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(5), 887–904. doi:10.1037/0022-3514.92.5.887
- Neff, K. (2018). *The three elements of self-compassion*. Retrieved from <http://self-compassion.org/the-three-elements-of-self-compassion-2/>
- Neff, K. D. (2003). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223–250. doi:10.1080/15298860309027
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2012). A Pilot Study and Randomized Controlled Trial of the Mindful Self-Compassion Program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28–44. doi:10.1002/jclp.21923
- Noguchi, K., Gel, Y.R., Brunner, E., & Konitschke, F. (2012). nparLD: An R software package for the nonparametric analysis of longitudinal data in factorial experiments. *Journal of Statistical Software*, 50, 1–23.
- R Core Team: R (2015) A Language and Environment for Statistical Computing. 3.2.0 Edition, R Foundation for Statistical Computing, Vienna.
- Salzberg, S. (2008). *Lovingkindness: The revolutionary art of happiness*. Boston: Shambhala.
- Shahar, B., Szsepsenwol, O., Mano, S. Z., Haim, N., Zamir, O., Yeshuvi, S. L., & Binnun, N. L. (2014). A Wait-List Randomized Controlled Trial of Loving-Kindness Meditation Programme for Self-Criticism. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. doi:10.1002/cpp.1893
- Strauss, C., Taylor, B. L., Gu, J., Kuyken, W., Baer, R., Jones, F., & Cavanagh, K. (2016). What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clinical Psychology Review*, 47, 15–27. doi:10.1016/j.cpr.2016.05.004
- Tonelli, M. E., & Wachholtz, A. B. (2014). Meditation-Based Treatment Yielding Immediate Relief for Meditation-Naïve Migraineurs. *Pain Management Nursing*, 15(1), 36–40. doi:10.1016/j.pmn.2012.04.002
- Wallmark, E., Safarzadeh, K., Daukantaitė, D., & Maddux, R. E. (2012). Promoting Altruism Through Meditation: An 8-Week Randomized Controlled Pilot Study. *Mindfulness*, 4(3), 223–234. doi:10.1007/s12671-012-0115-4
- Weibel, D. T. (2007). *A loving-kindness intervention: Boosting compassion for self and others*. (Doctoral Dissertation) Retrieved from http://rave.ohiolink.edu/etdc/view?a_cc_num=ohiou1190652251
- Williams, J. M., & Kabat-Zinn, J. (2011). Mindfulness: Diverse perspectives on its meaning, origins, and multiple applications at the intersection of science and dharma. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 1–18. doi:10.1080/14639947.2011.564811
- Zeng, X., Chiu, C. P., Wang, R., Oci, T. P., & Leung, F. Y. (2015). The effect of loving-kindness meditation on positive emotions: A meta-analytic review. *Frontiers in Psychology*, 6. doi:10.3389/fpsyg
- Zatloukal, L., Vitek, P., & Věžník, M. (2018). Spoluvytváření změn: různé podoby přístupu zaměřeného na řešení v teorii, v praxi a ve výzkumu. In L. Zatloukal, & D. Žákovský, *Meditační postupy zaměřené na řešení. Vydavatelství UP*.

Došel do redakce 9. 5. 2021, v revidované verzi 25. 1. 2022. K publikaci přijat 30. 1. 2022.

PSYCHOMETRICKÉ VLASTNOSTI ČESKÉ VERZE BORDERLINE SYMPTOM LIST 23 (BSL-23)

Psychometric properties of the Czech version of Borderline Symptom List 23 (BSL-23)

Monika Radimecká¹, Petra Jeřábková², Adéla Látalová¹, Pavla Linhartová¹

¹ Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice Brno a Lékařské fakulty Masarykovy univerzity, Brno, CZ

¹ Department of Psychiatry, University Hospital Brno and Faculty of Medicine, Masaryk University, Brno, CZ

² Filozofická fakulta Masarykovy univerzity, Brno, CZ;

² Department of Psychology, Faculty of Arts, Masaryk University, Brno, CZ

Psychoterapie. 16 (1), 85–101; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT

Borderline Symptom List 23 (BSL-23) je sebeposuzovací dotazník pro zjišťování aktuální závažnosti symptomů hraniční poruchy osobnosti. Vzhledem k tomu, že v České republice doposud nejsou dostupné dotazníky podobného zaměření, věnuje se tato studie posouzení psychometrických vlastností české verze BSL-23. Dotazník vyplnili 174 zdravých respondentů a 57 pacientů s hraniční poruchou osobnosti. Analyzována byla faktorová struktura, vnitřní konzistence, diskriminační validita a konvergentní validita. Výsledky ukazují, že česká verze škály má vysokou konvergentní a diskriminační validitu – škála rozlišila zdravé respondenty od respondentů s hraniční poruchou osobnosti s vysokou velikostí účinku ($d = 2,03$) a skóre získané v BSL-23 středně až vysoce pozitivně korelovalo se závažností emoční dysregulace, symptomy posttraumatické stresové poruchy a disociací. Český překlad BSL-23 ukázal vynikající psychometrické vlastnosti a je tak připraven pro použití u českých pacientů ve výzkumné i klinické praxi.

Klíčová slova: Borderline Symptom List, faktorová struktura, hraniční porucha osobnosti, emoční regulace, psychometrické vlastnosti

ABSTRACT

The Borderline Symptom List 23 (BSL-23) is a self-report questionnaire for assessing borderline personality disorder (BPD) symptom severity. This study evaluated the psychometric properties of the Czech version of the BSL-23. To our knowledge, no other measure for BPD symptom severity was previously available in the Czech Republic. The Czech version was completed by 174 healthy respondents and 57 patients with BPD. Factor structure, internal consistency, discriminant validity, and convergent validity were analysed. The Czech version showed high discriminant, and convergent validity – the scale differentiated between healthy respondents and patients with a large effect size ($d = 2,03$) and the BSL-23 score was moderately to highly positively correlated with the severity of emotion dysregulation, posttraumatic stress disorder symptoms, and dissociation. The BSL-23

in its Czech translation showed excellent psychometric properties and is ready for use with Czech patients.

Keywords: Borderline Symptom List, factor structure, borderline personality disorder, emotion regulation, psychometric properties

1. ÚVOD

Hraniční porucha osobnosti (HPO) je duševní onemocnění charakteristické širokým spektrem potíží. Pacienti zažívají emoční nestabilitu, nestabilitu sebepojetí, potíže s emoční regulací, interpersonální potíže a mívají intenzivní pocity méněcennosti, osamělosti či prázdnoty. Intenzivní emoce u nich často vedou k sebedestruktivnímu, sebepoškozujícímu a suicidálnímu jednání (APA, 2013).

HPO je obvykle diagnostikována na základě klinických rozhovorů, jako jsou například *International Personality Disorder Examination* (IPDE), Revidovaný diagnostický rozhovor pro hraniční poruchy (*Diagnostic Interview for Borderlines – Revised; DIB-R*) nebo *Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders* (SCID-5-PD). IPDE je semistrukturovaný diagnostický rozhovor vytvořený pro MKN-10 i DSM-IV a je určen k diagnostice specifických poruch osobnosti a jejich komorbidit (Loranger et al., 1994). Naopak DIB-R je založen na kritériích DSM-V a poskytuje důkladnější zhodnocení symptomů HPO (Zanarini et al., 1989). SCID-5-PD také vychází z DSM-V, ale není tak podrobný jako předchozí rozhovory (First et al., 2016). V českém jazyce jsou pro diagnostiku HPO využívány zejména IPDE a Strukturované klinické interview pro DSM-IV (SCID-II) (Grambal, 2017). Nevýhodou těchto metod

je nicméně jejich délka, časová náročnost a nutnost odborné expertízy k vyhodnocení (Zanarini et al., 1989).

Vzhledem k tomu, že HPO je porucha s často proměnlivým obrazem charakteristickým nestabilitou a zároveň vyžaduje dlouhodobou léčbu (APA, 2013), nestačí pouze diagnostické metody, ale je také potřeba mít nástroje pro zjišťování aktuální závažnosti symptomů. Jedním z hojně používaných dotazníků pro hodnocení aktuální závažnosti symptomů u pacientů s HPO je *Borderline Symptom List* (BSL) (Bohus et al., 2007). Na rozdíl od jiných sebeposuzovacích metod, jako je například *Personality Belief Questionnaire* (PBQ) (Beck & Beck, 1991) nebo *Questionnaire of Thoughts and Feelings* (QTF) (Renneberg et al., 2005), se nezaměřuje na širší spektrum psychických potíží, ani pouze na výsek potíží HPO, ale snaží se obsáhnout veškerou významnou symptomatologii související přímo s HPO. Původní verze BSL zahrnovala 95 otázek a byla založena na kritériích pro HPO uvedených v DSM-IV spolu s názory klinických expertů a pacientů s HPO (Bohus et al., 2007). Ačkoliv měla dobré psychometrické vlastnosti, byla příliš dlouhá pro použití v klinickém prostředí (Bohus et al., 2009). Z toho důvodu byla vytvořena verze BSL s 23 položkami, která obsahuje dva doplňkové dotazníky. Jeden se zaměřuje na životní spokojenost a druhý na zjišťování frekvence konkrétního problematického chování (Příloha 1). Stejně jako původní metoda, i její krátká verze vykazuje dobré psychometrické vlastnosti (Bohus et al., 2009). Díky nízkému počtu položek lze metodu používat opakovaně bez nutnosti zátěže pacientů i odborníků. Výhodou je také jednotný systém vyhodnocování.

BSL-23

V následující tabulce najdete seznam potíží nebo problémů, které se Vás mohou týkat. U každé položky prosím rozhodněte, jak moc Vás trápily jednotlivé potíže během uplynulého týdne. V případě, že si momentálně nejste jistí, jak odpovědět, zkuste odpovídat podle toho, jak si myslíte, že jste se v minulém týdnu cítili. Odpovídejte prosím upřímně. **Všechny otázky se týkají minulého týdne, tj. předcházejících sedmi dní. Pokud byly Vaše pocity v průběhu týdne proměnlivé, ohodnoťte položku podle toho, jaké to pro Vás bylo v průměru. Odpovězte prosím na všechny otázky.**

Během uplynulého týdne...		vůbec	trochu	spíše ano	hodně	velice
1.	Bylo pro mě těžké se soustředit	0	1	2	3	4
2.	Cítil/a jsem se bezmocně	0	1	2	3	4
3.	Byl/a jsem duchem nepřítomný/á a nevěděl/a jsem, co vlastně dělám	0	1	2	3	4
4.	Cítil/a jsem se znechucený/á	0	1	2	3	4
5.	Přemýšlel/a jsem o tom, že si ublížím	0	1	2	3	4
6.	Neměl/a jsem důvěru vůči ostatním lidem	0	1	2	3	4
7.	Měl/a jsem pocit, že nemám právo na život	0	1	2	3	4
8.	Cítil/a jsem se osamělý/á	0	1	2	3	4
9.	Cítil/a jsem nepříjemné vnitřní napětí	0	1	2	3	4
10.	Napadaly mě představy, ze kterých šel strach	0	1	2	3	4
11.	Nenáviděl/a jsem se	0	1	2	3	4
12.	Chtěl/a jsem se potrestat	0	1	2	3	4
13.	Byla mi hanba	0	1	2	3	4
14.	Moje nálada rychle kolísala mezi úzkostí, vztekem a smutkem	0	1	2	3	4
15.	Trápily mě hlasy a zvuky v mojí hlavě nebo zvenčí	0	1	2	3	4
16.	Když mě někdo kritizoval, bylo to pro mě zdrcující	0	1	2	3	4
17.	Cítil/a jsem se zranitelný/á	0	1	2	3	4
18.	Myšlenka na smrt pro mě byla svým způsobem fascinující	0	1	2	3	4
19.	Přišlo mi, že nic nemá smysl	0	1	2	3	4
20.	Měl/a jsem strach, že se přestanu ovládat	0	1	2	3	4
21.	Bylo mi ze sebe špatně	0	1	2	3	4
22.	Měl/a jsem pocit, jako bych nebyla sám/sama sebou	0	1	2	3	4
23.	Měl/a jsem pocit, že jsem k ničemu	0	1	2	3	4

Nyní bychom se rádi zeptali, jak byste ohodnotil/a Váš celkový osobní stav během uplynulého týdne, tj. během posledních sedmi dní. 0 % znamená, že jste se cítil/a velice špatně, 100 % znamená, že jste se cítil/a výborně. Prosím zakroužkujte procento, které nejlépe odpovídá.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
(velice špatně) ←—————→ (výborně)										

BSL-23: doplněk

Během uplynulého týdne...		vůbec	jednou	2x – 3x	4x – 6x	denně nebo častěji
1.	Záměrně jsem si ublížil/a – např. pořezáním, popálením, škracením, bitím se do hlavy apod.	0	1	2	3	4
2.	Řekl/a jsem někomu, že se zabiju	0	1	2	3	4
3.	Pokusil/a jsem se o sebevraždu	0	1	2	3	4
4.	Měla jsem epizody náhlého přejídání	0	1	2	3	4
5.	Záměrně jsem se nutil/a ke zvracení	0	1	2	3	4
6.	Vědomě jsem se dopouštěl/a riskantního chování, např. jsem řídil/a příliš rychle, pobíhal/a jsem po střechách ve velkých výškách, balancoval/a jsem na mostě apod.	0	1	2	3	4
7.	Opil/a jsem se	0	1	2	3	4
8.	Bral/a jsem drogy	0	1	2	3	4
9.	Spolykal/a jsem léky, které mi nebyly předepsané, nebo jsem si vzal/a větší dávku léků, než mi bylo předepsáno	0	1	2	3	4
10.	Měl/a jsem nekontrolovatelné výbuchy vzteku nebo jsem někoho fyzicky napadl/a	0	1	2	3	4
11.	Měl/a jsem s někým sex, protože jsem se nedokázal/a ovládnout, za což jsem se pak styděl/a nebo jsem na sebe byl/a naštvaný/á	0	1	2	3	4

Bohus, M. et al., Psychopathology, 2009, 42, 32 –39.

Překlad: Psychiatrická klinika FN Brno a LF MU

Pokud je autorům známo, neexistuje v češtině krátký dotazníkový nástroj pro zjištění aktuální závažnosti HPO, přestože v posledních letech byly v České republice zavedeny první psychoterapeutické programy zaměřené speciálně na léčbu HPO a zároveň vzrostl výzkum v této oblasti (např. Linhartová et al., 2020; Linhartová et al., 2021). Cílem této studie je proto popsat základní psychometrické vlastnosti české verze BSL-23. Za tímto účelem byla analyzována faktorová struktura, vnitřní konzistence, diskriminační validita a konvergentní validita

škály. Bylo předpokládáno, že česká verze bude mít stejně dobrou vnitřní konzistenci, diskriminační validitu a konvergentní validitu jako původní verze (Bohus et al., 2009). Diskriminační validita byla posuzována porovnáním BSL-23 skóre zdravých respondentů a pacientů s HPO. Konvergentní validita byla ověřována korelační analýzou se sebeposuzovacími dotazníky zaměřenými na některé ze specifických symptomů HPO (emoční dysregulace, impulzivita, disociace, úzkost) (APA, 2013) a se symptomy posttraumatické stresové

poruchy, která je jednou z nejčastějších komorbidit u pacientů s HPO (Scheiderer et al., 2015). Zároveň bylo ověřeno, zda BSL-23 pozitivně koreluje se svým doplňkem dotazujícím se na chování a negativně s doplňkem životní spokojenosti.

2. METODA

2.1 Respondenti

Celkový vzorek se skládal z 254 zdravých respondentů (rozmezí 18 až 65 let) a 57 participantů s hraniční poruchou osobnosti. Data od respondentů byla získána prostřednictvím internetu. Před dotazníky respondenti poskytli základní demografické údaje a byli dotázáni na osobní psychiatrickou diagnózu a psychiatrickou diagnózu v blízké rodině. Data od pacientů byla poskytnuta z Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice Brno. Diagnóza HPO byla u pacientů diagnostikována psychiatrem a psychologem na základě kritérií DSM-5 pomocí Strukturovaného klinického interview pro poruchy osobnosti pro DSM-5 (SCID-5-PD) (First et al., 2016). Před vyplněním dotazníků poskytli všichni respondenti informovaný souhlas s účastí ve studii schválený Etickou komisí FN Brno.

2.2 Metody

Borderline Symptom List 23 (BSL-23)

BSL-23 (Bohus et al., 2009) byl autory studie přeložen z anglického do českého jazyka za pomoci zpětného překladu. Jeden z autorů přeložil původní metodu do češtiny, dva další autoři provedli zpětný překlad a následně došlo ve skupině k diskusi o přesnosti překladu a zároveň zachování jeho obsahu u položek, kde se odlišovalo originální znění od zpětného překladu. Poté byl dotazník administrován třem zdravým osobám



**Monika
Radimecká**

Mgr. Bc. Je doktorandskou studentkou oboru Psychiatrie na LF MU, kde zároveň působí jako odborná pracovnice. Pracuje také jako psycholog ve zdravotnictví na Psychiatrické klinice FN Brno. V rámci svého studia se zabývá neurálními mechanismy efektu dialektické behaviorální terapie u pacientů s hraniční poruchou osobnosti.

a třem pacientům s HPO, kteří měli dotazník vyplnit a poskytnout zpětnou vazbu k jeho znění, zejména k jeho srozumitelnosti.

Respondenti vyhodnocují své potíže za poslední týden na pětibodové Likertově škále od 0 (vůbec) do 4 (velmi silně) (např. „Moje nálada rychle kolísala mezi úzkostí, vztekem a smutkem.“, „Nenáviděl/a jsem se.“). Původní verze BSL-23 má jednofaktorovou strukturu, vykazuje vysokou vnitřní konzistenci (Cronbachova alfa = 0,93) a vysoká je také test-retest reliabilita ($r = 0,82$) (Bohus et al., 2009). Dotazník spolehlivě rozlišuje mezi zdravými respondenty a pacienty a je uspokojivě citlivý ke zjištění změny (Bohus et al., 2009).

BSL-23 je možné použít společně se dvěma doplňky. Jedním z nich je škála životní spokojenosti, na které respondent vyznačuje, jak se cítil v posledním týdnu (0 % = „Cítil/a jsem se velice špatně.“, 100 % = „Cítil/a jsem se výborně.“). Druhým doplň-

kem je dotazník chování, který obsahuje jedenáct položek dotazujících se na frekvenci rizikového chování za posledních sedm dní. Respondenti odpovídají na pětibodové Likertově škále (0 = „vůbec“, 1 = „jednou“, 2 = „2x–3x“, 3 = „4x–6x“, 4 = „denně nebo častěji“).

Další metody

Pro ověření konvergentní validity škály BSL-23 byly zvoleny metody: *The Post-traumatic Stress Disorder Checklist (PCL-5)* (Blevins et al., 2015), *The Multiscale Dissociation Inventory (MDI)* (Briere, 2002), *The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)* (Gratz & Roemer, 2004) a *The Self-rating Anxiety Scale (SAS)* (Zung, 1971). Metody byly autory studie přeloženy metodou zpětného překladu, jehož průběh byl stejný jako případě škály BSL-23. Ačkoliv existuje český překlad zkrácené verze metody DERS (Benda, 2017), pro účely a zaměření výzkumu byla přeložena a použita původní nezkrácená verze. Jedná se o jedny z nejčastějších metod využívaných v zahraničních studiích pro měření specifických symptomů HPO. Na české populaci prozatím nejsou validovány, ale existují zahraniční studie poukazující na jejich adekvátní psychometrické vlastnosti (PCL: Blevins et al., 2015; MDI: Briere, 2002; DERS: Gratz & Roemer, 2004; SAS: Olatunji et al., 2005). Metoda UPPS-P byla již dříve přeložena a validizována v rámci výzkumné skupiny autorů (Linhartová et al., 2017).

The Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-5) (Blevins et al., 2015) je dvaceti položkový dotazník založený na kritériích DSM-V pro posttraumatickou stresovou poruchu (PTSD). Vyšší skóre odpovídá

závažnějším symptomům. Hodnota Cronbachovy alfy původní metody je vysoká ($\alpha = 0,94$) (Blevins, et al., 2015). V rámci této studie dosáhla Cronbachova alfa také vysoké hodnoty ($\alpha = 0,94$) a potvrzena byla i její jednofaktorová struktura ($\chi^2 = 14,64$, $df = 5$; $\chi^2/df = 2,92$; TLI = 0,97; CFI = 0,98; RMSEA = 0,12; SRMR = 0,02).

The Multiscale Dissociation Inventory (MDI) (Briere, 2002) má třicet položek zaměřených na zjištění disociace. Vyšší skóre naznačují vyšší frekvenci disociativních zážitků. Kromě jednotlivých subškál se pracuje i se součtovým skóre (např. Lemons & Lynn, 2016; Powers et al., 2015). Cronbachova alfa původní metody je vysoká ($\alpha = 0,96$). V rámci této studie dosáhla Cronbachova alfa také vysoké hodnoty ($\alpha = 0,94$) a ověřena byla i jednofaktorová struktura metody ($\chi^2 = 6,59$, $df = 5$; $\chi^2/df = 1,31$; TLI = 0,99; CFI = 0,99; RMSEA = 0,05; SRMR = 0,01).

The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) (Gratz & Roemer, 2004) je sebesposuzovací 36položková škála, která zjišťuje potíže v emoční regulaci. Vyšší skóre naznačují závažnější emoční dysregulaci. Stejně jako u MDI, i v této metodě se kromě subškál pracuje se součtovým skóre (např. Krause-Utz et al., 2019; Pugach et al., 2020). Cronbachova alfa původní metody je vysoká ($\alpha = 0,93$), v rámci této studie také dosáhla uspokojivé hodnoty ($\alpha = 0,82$). Na datech této studie byla potvrzena i jednofaktorová struktura škály ($\chi^2 = 23,84$, $df = 9$; $\chi^2/df = 2,64$; TLI = 0,95; CFI = 0,97; RMSEA = 0,11; SRMR = 0,03).

The Self-rating Anxiety Scale (SAS) (Zung, 1971) se sestává z dvaceti položek. Škála je zaměřena na úzkostné potíže za posledních sedm dní. Vyšší skóre naznačuje vyš-



**Petra
Jeřábková**

Bc. V současnosti studuje navazující magisterské studium Psychologie na FF MU v Brně a zároveň bakalářské studium Fyzioterapie na FSpS MU. Na Psychiatrické klinice FN Brno pomáhá v rámci výzkumu.

ší úzkost. Cronbachova alfa původní škály je uspokojivá ($\alpha = 0,77$) (De La Ossa et al., 2009). V rámci této studie dosáhla Cronbachova alfa vysoké hodnoty ($\alpha = 0,86$) a ověřena byla i jednofaktorová struktura metody ($\chi^2 = 6,39$, $df = 5$; $\chi^2/df = 1,27$; TLI = 0,99; CFI = 0,99; RMSEA = 0,05; SRMR = 0,02).

Pro zjištění úrovně impulzivity byla využita škála negativní urgencye z Urgency, Pre-meditation (lack of), Perseverance (lack of), Sensation Seeking, and Positive Urgency Impulsive Behavior Scale (UPPS-P) (Whiteside & Lynam, 2001). Negativní urgencye (tendence jednat impulzivně pod vlivem nepříjemných emocí) byla zvolena záměrně proto, že se zdá být nejvíce související dimenzí impulzivity s potížemi pacientů s HPO (Linhartová et al., 2020, Martin et al., 2019). Vyšší skóry znamenají vyšší negativní urgencyi. Vnitřní konzistence české verze škály je vysoká ($\alpha = 0,95$), stejně jako vnitřní konzistence škály negativní

urgence ($\alpha = 0,88$). V rámci této studie byla Cronbachova alfa negativní urgencye také uspokojivá ($\alpha = 0,85$).

2.3 Zadávání dotazníků

Sběr dat probíhal od ledna 2020 do února 2021. Dotazník BSL-23 byl společně s ostatními metodami zadán zdravým respondentům prostřednictvím platformy Qualtrics a byl rozšiřován pomocí stránky Filozofické fakulty MU, stránky Psychiatrické kliniky FN Brno, sociální sítě Facebook a přes osobní kontakty. Odkaz na sadu dotazníků byl volně dostupný a šiřitelný. U respondentů s hraniční poruchou osobnosti, kteří vyplňovali pouze BSL-23, byl dotazník taktéž administrován prostřednictvím platformy Qualtrics. Dotazníky respondenti vždy vyplňovali na klinice za přítomnosti psychologa, který do vyplňování nezasahoval. Tento způsob byl zvolen vzhledem k tomu, že pacienti na klinice zároveň absolvovali vyšetření nebo byli hospitalizováni. Položky byly administrovány všem respondentům ve stejném pořadí.

2.4 Analýza dat

Za účelem zjištění faktorové struktury škály byla provedena konfirmační faktorová analýza v programu R 4.1.2. Využity byly balíky „lavaan“ (Rosseel, 2012), „semTools“ (Jorgensen et al., 2021) a „Amelia“ (Honaker et al., 2011). Pro odhad parametrů byla použita robustní metoda maximální věrohodnosti, neboť BSL-23 je krátkou odpověďovou škálou a data nemají normální rozložení. Minimální velikost vzorku pro analýzu byla stanovena na 100 respondentů (Kline, 2005). Vzhledem k tomu, že se nepodařilo získat dostatečné množství odpovědí od pacientů, byla ana-

lýza provedena na vzorku zdravých respondentů. Kritéria pro posouzení shody modelu s daty byla: CFI a TLI $\geq 0,9$; RMSEA $\leq 0,1$ a SRMR $\leq 0,1$ (Hu & Bentler, 1999; Schemelleh-Engel et al., 2003).

Chí-kvadrát testem a t-testem byly zhodnoceny rozdíly mezi skupinami (zdraví respondenti vs. pacienti s HPO) v proměnné pohlaví a věk. Logistickou regresí byla zjišťována rozlišovací schopnost jednotlivých parametrů (pohlaví, věk a BSL-23), přičemž odhadovanou proměnnou byla příslušnost ke skupině. K posouzení vnitřní konzistence BSL-23 jsme využili Cronbachův koeficient alfa, zvláště pro zdravé respondenty a respondenty s HPO. Diskriminační validita byla zhodnocena t-testem (zdraví respondenti vs. pacienti s HPO). Konvergentní validita byla ověřena Pearsonovými korelacemi se skóry ostatních dotazníků na vzorku zdravých respondentů. Chí-kvadrát test, t-testy, logistická regrese, výpočet Cronbachovy alfy a Pearsonovy korelace byly provedeny v IBM SPSS 26.

Vzhledem k nízkému počtu respondentů na počet položek a zjištění narušení normálního rozložení vzorku zdravých respondentů, na kterém byla konfirmační faktorová analýza provedena, byla využita metoda parcelování. Za pomoci balíku „semTools“ a „Amelia“ byly položky náhodně přiřazeny k sedmi parcelám a na každé kombinaci byl vytvořen model. Finální model vznikl zprůměrováním parametrů všech modelů. Parcelování se u unidimenzionálních škál (kterou u metody na základě předchozích studií předpokládáme) ukazuje být jako vhodný pro snížení zkreslení strukturálních parametrů (Bandalos, 2002). Počet parcel byl zvolen adekvátně k počtu respondentů a položek.

3. VÝSLEDKY

3.1 Popisné statistiky

Z původních 245 zdravých respondentů bylo 54 vyloučeno, protože uvedlo osobní psychiatrickou diagnózu nebo bylo diagnostikováno závažné duševní onemocnění v jejich nejbližší rodině (rodiče a sourozenci). Vyloučení respondentů na základě těchto kritérií je ve výzkumu v psychiatrii běžné vzhledem k tomu, že některá závažná duševní onemocnění jsou dědičná, a i když respondentům samotným onemocnění diagnostikováno nebylo, mohou se u nich v určité míře psychické potíže či znaky daného onemocnění objevovat, a tím pádem i ovlivnit testové výsledky (např. Ross & Compagnon, 2001; Weissman et al., 2016). Tři respondenti byli vyloučeni, neboť neodpovídali věkovému limitu. Dva respondenti byli vyloučeni, protože vykazovali sebepoškozující chování v posledním týdnu (podle BSL-23). Ze zbývajících 186 respondentů jich 12 BSL-23 nedokončilo. Konečný vzorek se tak skládal ze 174 zdravých respondentů, z nichž bylo 124 žen (71 %; věk: $M = 26,75$, $SD = 9,44$) a 50 mužů (29 %; věk: $M = 27,36$, $SD = 10,36$). Vzorek pacientů se skládal z 57 respondentů: 52 bylo žen (91 %; věk: $M = 23,43$, $SD = 0,71$) a 5 bylo mužů (9 %; $M = 24,20$, $SD = 1,82$). Průměrné skóry zdravých participantů a pacientů s HPO jsou uvedeny v Tabulce 1. Kleindienst, Jungkunz a Bohus (2020) navrhli šest kategorií závažnosti symptomů HPO podle BSL-23 – žádná nebo nízká ($M = 0-0,3$), mírná ($M = 0,3-0,7$), střední ($M = 0,7-1,7$), vysoká ($M = 1,7-2,7$), velmi vysoká ($M = 2,7-3,5$), extrémně vysoká ($M = 3,5-4$). Klasifikace byla vytvořena na základě rozložení skóre 241 pacientů s HPO. Cut-offy a názvy pro kategorie žád-

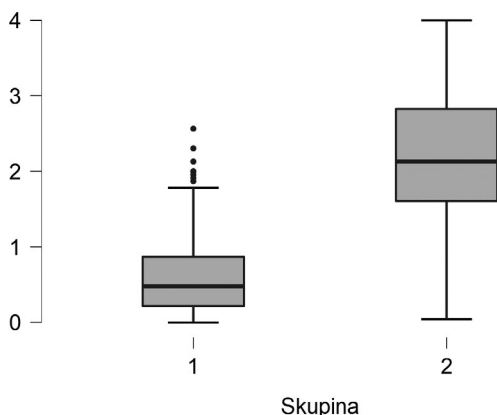
ná nebo nízká a mírná byly validovány pomocí rozložení vzorku zdravé populace ($N = 356$; 89 % skórovalo v kategorii žádná nebo nízká a 11 % v kategorii mírná) a dále byly potvrzeny na klinickém vzorku 176 respondentů s jinými potížemi než HPO (schizofrenie, poruchy nálady, úzkostné poruchy, obsedantně kompulzivní porucha, poruchy příjmu potravy, porucha s bludy). Ti dosáhli nejčastěji skóre v pásmu mírná (43,75 %) a střední (23,86 %). Použití ROC křivky podpořilo senzitivitu a specifitu jednotlivých kategorií.

Boxploty bylo ověřeno normální rozložení skóre zdravé populace a pacientů s HPO. Zatímco u zdravé populace normálnímu rozložení boxplot vizuálně neodpovídá (skupina 1), u pacientů ano (skupina 2). U klinických škál administrovaných na zdravé populaci bývá zešikmení zprava běžné, neboť mají málo klinických symptomů – tabulka 1.

3.2 Vliv demografických proměnných

T-test pro nehomogenní rozptyly ukázal významný rozdíl mezi skupinou zdravých respondentů a pacientů s HPO ve věku ($t = 3,33$, $p < 0,01$, $d = 0,43$). Chí-kvadrát

Průměrný skór v BSL-23



Adéla Látalová

Mgr. Pracuje jako psycholog ve zdravotnictví na Psychiatrické klinice FN Brno a LF MU, kde se věnuje dialektické behaviorální terapii u pacientů s hraniční poruchou osobnosti. V rámci doktorského studia se zabývá výzkumem emoční dysregulace u hraniční poruchy osobnosti a neurálními korelátů dialektické behaviorální terapie.

testem byla zjištěna rozdílnost skupin v proměnné pohlaví $\chi^2(1) = 9,43$; $p < 0,01$, $r = 0,20$). Vzhledem k odlišnosti skupin v demografických proměnných jsme použili logistickou regresi pro zjištění rozlišovací schopnosti jednotlivých parametrů, tedy věku, pohlaví a BSL-23. Odhadovanou proměnnou byla příslušnost ke skupině (zdraví respondenti vs. pacienti s HPO). Signifikantně významným prediktorem byl pouze skór respondentů v BSL-23 ($Z = 6,95$, $p < 0,001$, $OR = 12,49$, $R^2 = 0,48$). Korelace věku se skórem v BSL-23 byla statisticky významná ($r = -0,25$, $p < 0,001$).

3.3 Analýza validity

Jednofaktorová struktura škály byla ověřena konfirmační faktorovou analýzou. BSL-23 dosáhlo uspokojivé shody modelu s daty ($\chi^2 = 17,81$, $df = 14$; $\chi^2/df = 1,27$; $TLI = 0,98$; $CFI = 0,99$; $RMSEA = 0,04$; $SRMR$

= 0,03). Standardizované faktorové náboje a specifické rozptyly parcel jsou uvedeny v Tabulce 2. Všechny parcely byly faktory silně syceny a jejich specifické rozptyly nabývaly nízkých hodnot – tabulka 3.

Cronbachova alfa provedena na vzorku zdravých respondentů ($\alpha = 0,92$) naznačila vysokou vnitřní konzistenci škály a při

nifikanční rozdíl mezi skupinami ($t = -11,79$, $p < 0,001$) s vysokou velikostí účinku ($d = 2,03$). Respondenti s HPO skórovali výše než zdraví respondenti. Rozdíly mezi zdravými respondenty a pacienty s HPO byly zjišťovány i u obou doplňků dotazníku. T-testy (pro škálu životní spokojenosti pro homogenní a pro dotazník chování pro nehomogenní

Tabulka 1: Průměrné skóry zdravých respondentů a respondentů s HPO

	Zdraví			HPO		
	<i>N</i> *	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
BSL-23	174	0,61	0,53	57	2,14	0,92
BSL-23 D1	173	71,20	20,43	52	39,42	22,63
BSL-23 D2	171	1,49	2,09	56	5,87	4,96
PCL-5	141	0,75	0,75			
MDI	112	1,50	0,49			
DERS	129	2,09	0,57			
SAS	110	1,50	0,43			
UPPS-P (NU)	110	1,99	0,51			

* *N* se liší kvůli chybějícím datům

BSL-23: Borderline Symptom List 23, BSL-23 D1: Borderline Symptom List: škála životní spokojenosti, BSL-23 D2: Borderline Symptom List 23: dotazník chování, PCL-5: The Posttraumatic Stress Disorder Checklist, MDI: Multiscale Dissociation Inventory, DERS: Difficulties in Emotion Regulation Scale, SAS: Self-rating Anxiety Scale, UPPS-P: UPPS-P Impulsive Behaviour Scale, NU: Negativní urgence

analýze vyřazení položky nabývala hodnot v rozmezí od 0,91 do 0,92. Cronbachova alfa na vzorku respondentů s HPO byla taktéž vysoká ($\alpha = 0,94$).

Výsledky t-testu pro nehomogenní rozptyly porovnávající BSL-23 skóry zdravých respondentů a pacientů s HPO ukázaly sig-

gnifikanční rozdíl mezi skupinami jak ve škále životní spokojenosti ($t = 9,50$, $p < 0,001$) s vysokou velikostí účinku ($d = 1,46$), tak ve škále chování ($t = -6,43$, $p < 0,001$) s vysokou velikostí účinku ($d = 1,15$).

Konvergentní validita byla ověřována

Tabulka 2: Standardizované faktorové náboje a specifický rozptyl jednotlivých parcel

Parcel	Náboj	Specifický rozptyl
1	0,81	0,34
2	0,86	0,25
3	0,79	0,36
4	0,74	0,44
5	0,79	0,37
6	0,74	0,44
7	0,89	0,19

Tabulka 3: Pearsonovy korelace skóru BSL-23 s ostatními metodami (vzorek zdravých respondentů)

Metoda	N^*	r (BSL-23)
PCL-5	135	0,50**
MDI	109	0,61**
DERS	122	0,73**
SAS	108	0,66**
UPPS-P (NU)	110	0,49**

* N se liší kvůli chybějícím datům, ** $p < 0,001$

BSL-23: Borderline Symptom List 23, PCL-5: Posttraumatic Stress Disorder Checklist, MDI: Multiscale Dissociation Inventory, DERS: Difficulties in Emotion Regulation Scale, SAS: Self-rating Anxiety Scale, UPPS-P: UPPS-P Impulsivity Behaviour Scale, NU: Negativní urgence

Pearsonovými korelacemi skóre získaných v BSL-23 se skóre ostatních dotazníků. Po Bonferroniho korekci byla hladina významnosti stanovena na $p = 0,01$. Jak bylo očekáváno, korelace byly pozitivní a nabývaly hodnot od středních po vysoké ($r = 0,49$

až 0,73; $p < 0,001$). Vysoká korelace byla pozorována s DERS (emoční dysregulace; $r = 0,73$; $p < 0,001$), MDI (disociace; $r = 0,61$; $p < 0,001$) a SAS (úzkost; $r = 0,66$; $p < 0,001$) (tab. 3). BSL-23 dále pozitivně korelovalo s doplňkem chování



**Pavla
Linhartová**

Mgr., Ph.D. Pracuje na Psychiatrické klinice FN Brno a LF MU jako psycholog ve zdravotnictví a odborný asistent. Od roku 2019 je frekventantem psychoterapeutického výcviku v Gestalt terapii (Institut Dialog) a v letech 2019–2020 absolvovala intenzivní výcvik v Dialektické behaviorální terapii ve Velké Británii v institutu British Isles DBT Training, který je odnoží tréninkového institutu Marshy Linehanové. Je vedoucí DBT programu na Psychiatrické klinice FN Brno a zároveň aktivní DBT terapeutkou. Ve výzkumné praxi se věnuje zejména tématům hraniční poruchy osobnosti, impulzivity a emoční regulace a dále neurozobrazovacímu výzkumu v těchto oblastech a rozvoji nových možností terapie pro pacienty s poruchami regulace emocí (transkraniální magnetická stimulace, fMRI neurofeedback).

($r = 0,42$; $p < 0,001$) a negativně s doplňkem životní spokojenosti ($r = -0,71$; $p < 0,001$) – tabulka 3.

4. DISKUZE

Cílem této studie bylo zhodnotit psychometrické vlastnosti české verze škály BSL-23 a poskytnout tak českou verzi validního nástroje pro hodnocení aktuální závažnosti symptomů hraniční poruchy osobnosti. Výsledky ukazují, že česká verze má stejně adekvátní psychometrické vlast-

nosti jako originální verze BSL-23 (Bohus et al., 2009) a její další cizojazyčné varianty (Nicastro et al., 2016; Soler et al., 2013; Yang et al., 2018).

Výsledky věnující se vlivu demografických proměnných naznačily, že s narůstajícím věkem klesá závažnost aktuálních symptomů, což je v souladu s vývojem HPO u pacientů (Gunderson et al., 2011; Zanarini et al., 2012). Nalezený rozdíl mezi skupinou zdravých respondentů a pacientů s HPO v pohlaví může být způsoben vyšší prevalencí HPO u žen (Gunderson, 2009).

Konfirmační faktorovou analýzou byla podpořena jednofaktorová struktura české verze BSL-23. Podpořena byla také diskriminační validita dotazníku porovnáním skóreů zdravých respondentů se skóreů pacientů s HPO. Pacienti s HPO skórovali výše se silnou velikostí účinku ($d = 2,03$). Zároveň se jedná o podobnou velikost účinku té, která byla zjištěna v předchozích studiích, ať už u originální BSL (Bohus et al., 2007) nebo u její zkrácené verze (Yang et al., 2018). Průměrné skóre respondentů této studie byly 2,14 ($SD = 0,92$) u pacientů s HPO a 0,61 ($SD = 0,53$) u zdravých respondentů. Podle klasifikace závažnosti symptomů Kleindiensta et al. (2020) se u pacientů projevila vysoká míra závažnosti, zatímco u zdravých respondentů mírná. Mírná míra závažnosti u zdravých respondentů může být dána přítomností některých otázek, které mohou souviset kromě HPO také například se stresem nebo aktuálně prožívanou nepříjemnou událostí (např. „Cítil/a jsem se znechuceně.“, „Bylo pro mě těžké se soustředit.“, „Cítil/a jsem se osamělá.“ apod.), nicméně rozdíl v závažnosti symptomů mezi skupinami škála zachycuje přesvědčivě.

Česká verze BSL-23 byla korelována s ná-

stroji měřícími PTSD, disociaci, emoční dysregulaci, úzkost a negativní urgenci. Předchozí studie našly vztah mezi závažností symptomů HPO a symptomy PTSD ($r=0,43$) (Marshall-Berenz et al., 2011), disociací ($r=0,53$) (Bohus et al., 2009), emoční dysregulací ($r=0,56$) (Salsman & Linehan, 2012), úzkostí ($r < 0,50$ až $r = 0,70$) (Bohus et al., 2009; Soler et al., 2013) a negativní urgencí ($r = 0,52$ až $r = 0,63$ pro různé HPO charakteristiky) (Peters et al., 2013). Všechny korelace v naší studii taktéž nabývaly středních až vysokých hodnot ($r = 0,49$ až $0,75$) a naznačily tak velmi blízké vztahy mezi HPO symptomy a skóry v BSL-23. Korelace s PTSD, disociací, emoční dysregulací, úzkostí a negativní urgencí jsou konzistentní se symptomy HPO, které jsou popsány v diagnostických manuálech. Výsledky také podpořily předpoklad, že BSL-23 pozitivně koreluje se svým doplňkem chování a negativně s doplňkem životní spokojenosti. Dá se tak předpokládat, že jednotlivé části BSL-23 jsou dobře integrované.

BSL-23 je jednou z validních a efektivních metodou pro měření závažnosti symptomů HPO v zahraničí (Yang et al., 2018). Její výhodou je, že se nejedná o diagnostickou metodu jako takovou, ale zjišťuje aktuální úroveň závažnosti symptomů HPO (Bohus et al., 2009). Sledování závažnosti symptomů je velmi důležité, neboť se jedná o proměnlivé onemocnění vyžadující dlouhodobou terapii (APA, 2013). Užitečné je také přímé dotazování na konkrétní problematické chování za poslední týden, které je pro terapeuty i lékaře důležité pro další postup v terapii. Vzhledem k četnému používání metody v zahraničních studiích a ve více jazycích je také možné porovnání výsledků se zahraničními studiemi.

Přínosem metody je tedy možnost sledovat změny v závažnosti symptomu jak v rámci klinické praxe, tak ve výzkumných studiích.

Limitem studie je ověření faktorové struktury a konvergentní validity pouze na zdravém vzorku a při generalizaci výsledků je třeba postupovat s vědomím těchto limitů. Faktorová struktura byla ověřována za pomoci parcelování, na které někteří autoři studií nahlíží kriticky pro možné zkreslení výsledků (Sterba, 2019). U jednodimenzionálních škál se tento postup zdá být adekvátní, a naopak výskyt možných zkreslení snižuje (Bandalos, 2002). V dalších studiích se nicméně nabízí ověřit strukturu dotazníku bez využití parcel. Korelace BSL-23 s metodami zjišťujícími specifické symptomy HPO v naší studii jsou nicméně porovnatelné s výsledky studií prováděných na klinickém vzorku (např. Bohus et al. 2009; Soler et al., 2013). Budoucí studie by bylo vhodné zaměřit na prozkoumání schopnosti škály BSL-23 rozlišovat pacienty s HPO od ostatních psychiatrických skupin. Dalším přínosem bude prozkoumání citlivosti dotazníku vůči změně, která je důležitá pro zjišťování efektu terapie nebo pravidelnou monitoraci stavu v klinickém prostředí.

V této prvotní studii byly ověřeny základní předpoklady pro použití metody BSL-23. Vzhledem k tomu, že parametry české verze metody mají adekvátní velikost a vycházejí podobně jako v zahraničních studiích, lze metodu s přihlédnutím ke zmíněným limitům využívat v klinické i výzkumné praxi s českými pacienty.

5. ZÁVĚR

Studie představuje českou verzi ověřené metody pro měření aktuální závažnosti symp-

tomů hraniční poruchy osobnosti (HPO). Studie ukazuje, že česká verze BSL-23 je validním nástrojem pro měření závažnosti HPO symptomů, a proto může být využita jak v českém výzkumu, tak klinickém prostředí. Dostupnost BSL-23 v rozdílných jazycích taktéž přispěje ke srovnatelnosti výsledků se zahraničními studiemi.

Studie byla podpořena grantem MZ ČR č. NU20-04-00410, projektem Specifického vysokoškolského výzkumu MŠMT č. MUN/A/1385/2021 a projektem Rozvoje výzkumné organizace MZ ČR (FNBr, 65269705).

Role autorů: Autor 1 prováděl rešerši literatury a psal vlastní text článku. Autor 2 prováděl rešerši literatury a spolu s Autorem 1 prováděli analýzy zjišťující vnitřní konzistenci metody, diskriminační a konvergentní validitu. Autor 3 pomáhal se sběrem dat. Autor 4 analyzoval faktorovou strukturu metody a svými praktickými zkušenostmi přispěl do všech kapitol. Všichni autoři průběžně četli článek, navrhovali změny a podíleli se tak na vzniku jeho finální podoby.

Konflikt zájmů: Autoři vylučují jakýkoliv konflikt zájmů.

LITERATURA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Bandalos, D. L. (2002). The effects of item parceling on goodness-of-fit and parameter estimate bias in structural equation modeling. *Structural equation modeling*, 9(1), 78–102. https://doi.org/10.1207/S15328007SEM0901_5
- Beck, A. T., & Beck, J. S. (1991). *The personality belief questionnaire*. Unpublished assessment instrument. Bala Cynwyd, PA: The Beck Institute for Cognitive Therapy and Research.
- Benda, J. (2017). Krátká forma škály potíží v regulaci emocí: pilotní studie české verze. *E-Psychologie*, 11(1), 1–15.
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 489–498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>
- Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R. D., Domsalla, M., Chapman, A. L., ... & Wolf, M. (2009). The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology*, 42(1), 32–39. <https://doi.org/10.1159/000173701>
- Bohus, M., Limberger, M. F., Frank, U., Chapman, A. L., Kuehler, T., & Stieglitz, R.-D. (2007). Psychometric properties of the borderline symptom list (BSL). *Psychopathology*, 40(2), 126–132. <https://doi.org/10.1159/000098493>
- Briere, J. (2002). *Multiscale Dissociation Inventory Professional Manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- De La Ossa, S., Martinez, Y., Herazo, E., & Campo, A. (2009). Estudio de la consistencia interna y estructura factorial de tres versiones de la escala de Zung para ansiedad / Study of internal consistency and factor structure of three versions of the Zung's rating instrument for anxiety disorders. *Colombia Médica*, 40(1), 71–77.
- First, M. B., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. (2016). *Structured clinical interview for DSM-5 personality disorders (SCID-5-PD)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Grambal, A. (2017). *Hraniční porucha osobnosti a její léčba* (Vydání 1.). Praha: Grada Publishing.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidi-

- mensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gunderson, J. G. (2009). *Borderline personality disorder: A clinical guide*. American Psychiatric Pub.
- Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., ... & Skodol, A. E. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Archives of general psychiatry*, 68(8), 827–837. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.37>
- Honaker, J., King, G., Blackwell, M. (2011). “Amelia II: A Program for Missing Data.” *Journal of Statistical Software*, 45(7), 1–47.
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal*, 6(1), 1–55.
- Jorgensen, T. D., Pornprasertmanit, S., Schoemann, A. M., & Rosseel, Y. (2021). semTools: Useful tools for structural equation modeling. R package version 0.5-5. Retrieved from <https://CRAN.R-project.org/package=semTools>
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Kleindienst, N., Jungkunz, M., & Bohus, M. (2020). A proposed severity classification of borderline symptoms using the borderline symptom list (BSL-23). *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 7, 11. <https://doi.org/10.1186/s40479-020-00126-6>
- Krause-Utz, A., Erol, E., Broussianou, A. V., Cackowski, S., Paret, C., Ende, G., & Elzinga, B. (2019). Self-reported impulsivity in women with borderline personality disorder: The role of childhood maltreatment severity and emotion regulation difficulties. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 6. <https://doi-org.ezproxy.muni.cz/10.1186/s40479-019-0101-8>
- Lemons, P., & Lynn, S. J. (2016). Self-reports of trauma and dissociation: An examination of context effects. *Consciousness and Cognition: An International Journal*, 44, 8–19. <https://doi-org.ezproxy.muni.cz/10.1016/j.concog.2016.06.009>
- Linhartová, P., Látalová, A., Barteček, R., Širůček, J., Theiner, P., Ejova, A., ... & Kašpárek, T. (2020). Impulsivity in patients with borderline personality disorder: a comprehensive profile compared with healthy people and patients with ADHD. *Psychological medicine*, 50(11), 1829–1838. <https://doi.org/10.1017/S0033291719001892>
- Linhartová, P., Širůček, J., Barteček, R., Theiner, P., Jeřábková, B., Rudišínová, D., & Kašpárek, T. (2017). České verze sebeposuzovacích modelů impulzivní Barratovy škály a škály UPPS-P a jejich psychometrické charakteristiky. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 113(4).
- Linhartová, P., Širůček, J., Ejova, A., Barteček, R., Theiner, P., & Kašpárek, T. (2021). Dimensions of Impulsivity in Healthy People, Patients with Borderline Personality Disorder, and Patients with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Attention Disorders*, 25(4), 584–595. <https://doi.org/10.1177/1087054718822121>
- Loranger, A. W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S. M., ... & Regier, D. A. (1994). The international personality disorder examination: The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Archives of general psychiatry*, 51(3), 215–224. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950030051005>
- Marshall-Berenz, E. C., Morrison, J. A., Schumacher, J. A., & Coffey, S. F. (2011). Affect intensity and lability: the role of posttraumatic stress disorder symptoms in borderline personality disorder. *Depression*

- and Anxiety, 28(5), 393–399. <https://doi.org/10.1002/da.20798>
- Martin, S., Del-Monte, J., & Graziani, P. (2019). Impulsivity issues in borderline personality disorder and it's links with insight: the role of urgency. *Heliyon*, 5(10). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e02564>
- Nicastro, R., Prada, P., Kung, A. L., Salamin, V., Dayer, A., Aubry, J. M., ... & Perroud, N. (2016). Psychometric properties of the French borderline symptom list, short form (BSL-23). *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 3(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s40479-016-0038-0>
- Olatunji, B. O., Deacon, B. J., Abramowitz, J. S., & Tolin, D. F. (2006). Dimensionality of somatic complaints: factor structure and psychometric properties of the Self-Rating Anxiety Scale. *Journal of anxiety disorders*, 20(5), 543–561. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2005.08.002>
- Peters, J. R., Upton, B. T., & Baer, R. A. (2013). Brief report: relationships between facets of impulsivity and borderline personality features. *Journal of Personality Disorders*, 27(4), 547–552. https://doi.org/10.1521/pedi_2012_26_044
- Powers, A., Cross, D., Fani, N., & Bradley, B. (2015). PTSD, emotion dysregulation, and dissociative symptoms in a highly traumatized sample. *Journal of Psychiatric Research*, 61, 174–179. <https://doi-org.ezproxy.muni.cz/10.1016/j.jpsychires.2014.12.011>
- Pugach, C. P., Campbell, A. A., & Wisco, B. E. (2020). Emotion regulation in posttraumatic stress disorder (PTSD): Rumination accounts for the association between emotion regulation difficulties and PTSD severity. *Journal of Clinical Psychology*, 76(3), 508–525. <https://doi-org.ezproxy.muni.cz/10.1002/jclp.22879>
- Renneberg, B., Schmidt-Rathjens, C., Hippin, R., Backenstrass, M., & Fydrich, T. (2005). Cognitive characteristics of patients with borderline personality disorder: Development and validation of a self-report inventory. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36(3), 173–182. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2005.05.001>
- Rosseel, Y. (2012). lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. *Journal of Statistical Software*, 48(2), 1–36.
- Ross, R. G., & Compagnon, N. (2001). Diagnosis and treatment of psychiatric disorders in children with a schizophrenic parent. *Schizophrenia research*, 50(1–2), 121–129. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(00\)00043-8](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(00)00043-8)
- Salsman, N., & Linchan, M. (2012). An Investigation of the Relationships among Negative Affect, Difficulties in Emotion Regulation, and Features of Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment*, 34(2), 260–267. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2005.05.001>
- Scheiderer, E. M., Wood, P. K., & Trull, T. J. (2015). The comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder: revisiting the prevalence and associations in a general population sample. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 2, 11.
- Schemelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online*, 8, 23–74.
- Soler, J., Vega, D., Feliu-Soler, A., Trujols, J., Soto, Á., Elices, M., ... & Pascual, J. C. (2013). Validation of the Spanish version of the Borderline Symptom List, short form (BSL-23). *BMC psychiatry*, 13(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1144-7>
- Sterba, S. K. (2019). Problems with rationales for parceling that fail to consider parcel-allocation variability. *Multivariate behavioral research*, 54(2), 264–287.
- Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Gameroff, M. J., Warner, V., Pilowsky, D., Kohad, R. G., ... & Talati, A. (2016). Offspring of depressed parents: 30 years later. *American Journal of Psychiatry*, 173(10), 1024–1032. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15101327>
- Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2001). The Five Factor Model and impulsivity: using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual*

- Differences*, 30(4), 669–689. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00064-7](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00064-7)
- Yang, H., Lei, X., Zhong, M., Zhou, Q., Ling, Y., Jungkunz, M., & Yi, J. (2018). Psychometric properties of the Chinese version of the brief borderline symptom list in undergraduate students and clinical patients. *Frontiers in psychology*, 9, 605. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00605>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2012). Attainment and Stability, of Sustained Symptomatic Remission and Recovery Among Patients With Borderline Personality Disorder and Axis II Comparison Subjects: A 16-Year Prospective Follow-Up Study. *American Journal of Psychiatry*, 169(5), 476–483. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11101550>
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R., & Chauncey, D. L. (1989). The revised Diagnostic Interview for Borderlines: Discriminating BPD from other Axis II disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3(1), 10–18.
- Zung, W. W. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*, 12(6), 371–379. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(71\)71479-0](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(71)71479-0)

Došel do redakce 5. 2. 2021, v revidované verzi 7. 6. 2021, v druhé revizi 10. 1. 2022. K publikaci přijat 17. 1. 2022.

PRÁVNÍ ODPOVĚDNOST POSKYTOVATELE PSYCHOTERAPIE V MIMOZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH A S TÍM SOUVISEJÍCÍ SMRT PSYCHOTERAPEUTA Z POHLEDU PRÁVA

Tibor A. Brečka¹, Zdeněk Fiala²

¹ Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva FBMI ČVUT v Praze, CZ
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze, CZ;
Katedra řízení lidských zdrojů, ŠKODA AUTO Vysoká škola, CZ;
e-mail: tibor.brecka@seznam.cz

² Katedra správního práva a správní vědy, Policejní akademie České republiky v Praze, CZ;
e-mail: fiala@polac.cz

Psychoterapie. 16 (1), 102–106; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT

Tématem příspěvku je analýza vybraných právních aspektů právní odpovědnosti poskytovatele psychoterapie mimo zdravotnická zařízení a **právní konsekvence smrti takového psychoterapeuta v kontextu ochrany dat klientů.**

Klíčová slova: Psychoterapie, právo, ochrana osobních údajů, právní odpovědnost.

ABSTRACT

Legal liability of a psychotherapy provider in non-medical facilities and the related death of a psychotherapist from a legal point of view

The topic of the paper is an analysis of selected legal aspects of the legal liability of psychotherapy providers outside health care facilities and the legal consequences of the death of such a psychotherapist in the context of client data protection.

Key words: Psychotherapy, law, personal data protection, legal liability.

PRÁVNÍ ODPOVĚDNOST POSKYTOVATELE PSYCHOTERAPIE

Kdy a jakým způsobem nese poskytovatel psychoterapie právní odpovědnost? Opět myšleno mimo zdravotnické zařízení, tedy v rámci volné živnosti. Dělení volně vychází z díla Macha – Lékař a právo (Mach, 2010). Zacíleno je na typy odpovědnosti se specifickým vztahem k řešenému tématu. Poskytovateli služby mohou být jak jednotlivé fyzické, tak právnické osoby, které mají různé právní formy. V oblasti právní odpovědnosti za poskytování péče zdraví odborná literatura rozlišuje odpovědnost občanskoprávní, pracovněprávní, správní, disciplinární a trestněprávní (Císařová, Sovová, 2013).

V soukromém právu přichází v úvahu odpovědnost konkrétního psychoterapeuta i poskytovatele služeb. Pracovněprávní odpovědnost přichází v úvahu u toho psychoterapeuta, který je v pracovním poměru k poskytovateli zdravotní péče. Občanskoprávní odpovědnost je v tomto tématu jedna z nejdůležitějších, neb jde především

o odpovědnosti za škodu a zásah do práv na ochranu osobnosti. Zde se projevuje jedna z možných nevýhod poskytování psychoterapie mimo zdravotnické zařízení, protože zde jde celá odpovědnost přímo za poskytovatelem, tedy za OSVČ, nikoliv jako např. u lékařů, kde mimo význačných excesů jde odpovědnost za celým zdravotnickým zařízením a nikoliv za konkrétním lékařem.

Jak uvádí Telec: „*Smlouva o péči o zdraví nejčastěji má soukromoprávní povahu tzv. spotřebitelské smlouvy*“ (Telec 2018). Ta je tedy pak klíčová pro posuzování možných prohrěšků. Smlouva může mít podobu jak ústní, tak písemnou.

Správně právní odpovědnost je nejrozsáhlejším typem veřejnoprávní odpovědnosti, protože za přestupek při podnikatelské činnosti může být postižen jak poskytovatel služby péče o zdraví, tak konkrétní psychoterapeut jako osoba odborně způsobilá – odpovědný zástupce podnikatele. Škála přestupků je velmi rozsáhlá, například v oblasti účtovaných cen, ochrany osobních údajů nebo označení provozovatele a provozovny. Dle našeho názoru nemůže být poskytovatel služby postižen za nedovolené podnikání v oboru zdravotních služeb, protože psychoterapie k nim zařazena není. Proto se také na podnikatele mimo síť poskytovatelů zdravotních služeb nevztahuje odpovědnost za přestupky podle zákona o zdravotních službách č. 372/2012 Sb.

Disciplinární odpovědnost je odpovědnost jedince své profesní organizaci, jíž je členem, za dodržování etických a vnitřních předpisů a norem dané organizace. Jelikož je vstup do dané profesní organizace dobrovolný a nevyplývá z platného práva, nejedná se tedy o tzv. nucené členství (So-



Tibor A. Brečka

Mgr., MBA, LL.M. Psychoterapeut (člen ČAP; ČPS ČLS JEP), akademický pracovník, doktorand 1. LF UK.

vová, 2011), je tato odpovědnost dobrovolná, resp. jedinec ji na sebe bere při vstupu do dané profesní organizace. Právě tato disciplinární odpovědnost je pak vyšší zárukou kvality poskytovaných služeb. Ovšem pozor, jelikož povinnost členství v profesní organizaci není dána zákonem a ani se žádný zákon o profesní organizaci nezmiňuje ve smyslu jejího zákonného zřízení a dalších úprav, je v tomto případě disciplinární odpovědnost nad rámec běžného práva a nezastupuje tak jiné formy odpovědnosti! Smluvní odpovědnost se týká odpovědnosti za dodržení smluvních závazků, stejně tak pracovněprávní odpovědnost a správní odpovědnost nemá z pohledu řešeného tématu zvláštní specifika, což však neznamená, že by jich psychoterapeut pozbyl, naopak je jimi stejně odpovědný jako každý občan.

Trestní právo je krajním prostředkem veřejného práva, který se uplatní jen v nejzávažnějších případech. Trestní odpovědnost nesou jak podnikatelé fyzické osoby, tak právnické osoby dle zákona č. 418/2011 Sb., o trestní odpovědnosti právnických osob.

Oběma osobám může být v souvislosti s poskytováním služeb vysloven trest zázkazu činnosti dle § 73 zák. č. 40/2009 Sb., trestní zákoník. Jelikož je však psychoterapie definována jen velmi vágně, takovýto trest nemusí plnit svůj účel, tj. nebude těžké se mu vyhnout tím, že dojde jen k lehké formální úpravě popisu poskytovaných služeb. Nicméně daleko častěji v souvislosti s pochybením při výkonu regulované profese jsou stíhány pouze fyzické osoby, zatímco u právnických osob jsou postihovány spíše delikty majetkového charakteru (Císařová, Sovová, 2016).

SMRT PSYCHOTERAPEUTA

Vše dosud vyřčené evokuje další důležitou otázku: co se stane se záznamy po smrti psychoterapeuta? Ve zdravotnickém zařízení je to systémově ošetřeno, protože zdravotnické záznamy nejsou ve vlastnictví lékaře, nýbrž zdravotnického zařízení. V žádném případě nejde o vlastnictví klienta, o čemž vypovídá mj. i rozsudek Nejvyššího soudu České republiky sp.zn. 25 Cdo 3562/2009, ze dne 30. 8. 2011. Navíc některé části zápisů mohou obsahovat informace nejen o klientovi, ale i o průběhu interakce mezi klientem a psychoterapeutem a také zmínky o vlastních intrapsychických procesech psychoterapeuta.

Pokud je psychoterapie poskytována v rámci zdravotnického zařízení, řeší nastolenou otázku ustanovení § 65 odst. 1. zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Nahlížení do dokumentace je tak vázáno na okruh vymezených osob a vždy v přítomnosti pracovníka poskytovatele.

Otázkou však je, zda lze toto ustanovení

vztahovat i na záznamy vzniklé v rámci poskytování psychoterapie mimo zdravotnická zařízení. Patrně nikoliv, a proto nezbyvá než hledat odpovědi v občanském zákoníku (z. č. 89/2012 Sb.), který upravuje v ustanoveních § 2636–2651 **smlouvu o péči o zdraví**. Jde o smlouvu příkazního typu, kterou se poskytovatel vůči příkazci zavazuje pečovat v rámci svého povolání nebo předmětu činnosti o zdraví ošetřovaného, ať již je jím příkazce nebo třetí osoba. V § 2647–2650 zakotvuje občanský zákoník **povinnost vedení dokumentace**, která se označuje jako **záznamy o péči o zdraví**, v rozsahu nezbytném pro řádné poskytování péče o zdraví. Základní obsah záznamů je uveden v § 2647. Poskytovatel musí, kromě základních identifikačních údajů o ošetřovaném, případně příkazci, založit podklady, které prokazují poučení a souhlas ošetřovaného. Součástí záznamů jsou údaje o zdravotním stavu, provedených vyšetřeních a zákrocích u ošetřovaného. Záznamy je možno vést formou listinnou i elektronickou, případně jejich kombinací. V rámci digitalizace záznamů i souhlasu ošetřovaného vyvstávají další problémy, zejména s jejich věrohodností (Sovová, O. 2019). Ošetřovaný má právo do záznamů nahlížet, pořizovat si z nich opis, výpisy či kopie. Do záznamů mohou nahlížet i jiné osoby za podmínek § 2649. Vždy je nutný souhlas ošetřovaného nebo jeho zástupce. Příkazce nemůže dát místo svéprávného ošetřovaného souhlas k nahlížení do záznamů nebo sám do nich nahlížet. Souhlas, či nesouhlas ošetřovaného s nahlížením se vždy do záznamů o péči o zdraví uvede (§ 2649, odst. 2). Do záznamů se též poznamená, kdo a kdy do nich nahlédl (§ 2647, odst. 3).

**Zdeněk
Fiala**



Doc. JUDr. PhDr., Ph.D. Akademický pracovník

Pokud je psychoterapie poskytována v rámci zákona o zdravotních službách, je ošetřeno, aby se pacient nedostal k citlivým záznamům psychoterapeuta o psychotherapeutickém procesu, občanský zákoník „pouze“ zmiňuje právo klienta nahlížet do záznamů o péči o zdraví.

Kromě toho je zažitou zvykovou praxí, že klient nemá možnost nahlížet do této části dokumentace, nahlížení se umožňuje jen ve výjimečných případech a jako součást psychotherapeutického procesu. Nastíněná aplikační praxe by mohla být argumentem pro výše uvedené tvrzení, tj. mohla by být vyložena jako **terapeutické privilegium**, tedy právo poskytovatele informaci pozdržet nebo omezit, protože nahlížení do takto citlivých záznamů by mohlo mít negativní dopad na psychotherapeutický proces, a tedy i na zdraví pacienta (odst. 1 § 2640 o.z.).

Dokumentace je součástí pozůstalosti. Pro úpravu toho, co se má stát se záznamy o péči po smrti psychoterapeuta, se nabízí řešení formou **závěti**, dle § 1494 občanského zákoníku. To však může být problematické v případě odmítnutí dědictví dle § 1485 až 1489 tohoto zákona. Jinou (patrně

vhodnější) variantou se proto jeví vytvoření **dědické smlouvy** dle § 1582 tohoto zákona. Tou je možné ošetřit další správné zacházení či zničení dokumentace. Zejména se zde vytváří místo pro profesní sdružení, které by toto svým členům mohlo za určitých podmínek zajistit. Nicméně i zde by se dalo věcně namítnout, že je možné za určitých okolností odmítnout dědictví. Další možné řešení představuje **institut odkazu** ve smyslu ustanovení § 1477 a § 1594 a násl. občanského zákoníku. Přestože institut odkazu předchází právní úprava neobsahovala, nejedná se o novum. Tento institut je zakotven v mnoha evropských právních úpravách, např. v německé, rakouské, francouzské, polské či rumunské, na českém území byl v minulosti upraven např. v obecném zákoníku občanském (Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch für die gesammten Deutschen Erbländer der Österreichischen Monarchie -ABGB). Odkazovníkem je ten, komu zůstavitel odkázal jen jednotlivou věc, případně několik věcí určitého druhu – tedy např. dokumentaci pacientů. Z tohoto vymezení vyplývají stěžejní rozdíly mezi odkazovníkem a dědicem. Odkazovník na rozdíl od dědice neodpovídá za dluhy zůstavitele. Jelikož odkazovník není účastníkem řízení o pozůstalosti, má právo domáhat se, aby mu byl vydán předmět odkazu mimo pozůstalostní řízení. Nicméně je nutno vzít v potaz, že odkaz je jednostranné právní jednání a chybí tedy definování závazků odkazovníka – jinými slovy, jak má s dokumentací nakládat. Vícestrannost jednání lze vyřešit například **darováním pro případ smrti** ve smyslu ustanovení § 2063 a násl. občanského zákoníku, které se institutu odkazu v mnoha aspektech blíží.

Proto pro vyřešení otázky, jak zabezpečit

nakládání s dokumentací po smrti psychoterapeuta, bude patrně vhodné zvážit výhody odkazu a darování pro případ smrti, případně tyto instituty správně nakombinovat a sepsat inominátní smlouvu (tj. smlouva, která není upravena jako zvláštní smluvní typ, viz § 1746 odst. 2 občanského zákoníku).

Je jasné, že mrtvého nelze nijak stíhat za porušení povinností, na druhou stranu pokud má být profese vykonávána opravdu profesionálně a co nejlépe, je nutné toto zabezpečit. Zdůrazněme, že klient nevyslovuje souhlas s přechodem dokumentace, avšak má právo vědět, kdo vede jeho osobní a zejména citlivé údaje o zdravotním stavu. Dále pak klient vysloví souhlas s přechodem k novému terapeutovi. Souhlas lze vyslovit i konkludentně, tedy účastí na terapii.

ZÁVĚR

Každý poskytovatel psychoterapie mimo zdravotnická zařízení by si měl být vědom všech aspektů své právní odpovědnosti. S tím souvisí i starost o správné zajištění všech relevantních dat spjatých s výkonem této činnosti po úmrtí psychoterapeuta. Jako vhodné vidíme větší zapojení odborných společností a asociací a včasné informování o této problematice již v rámci výcviku psychoterapeutů.

Role autorů: První autor provedl rešerši a analýzu literatury, druhý autor poskytoval

odborné konzultace. Všichni autoři přispěli ke vzniku textu článku a schválili jeho konečnou podobu.

LITERATURA

- CÍSAŘOVÁ, Dagmar., SOVOVÁ, Olga. Odpovědnost právnických osob za poskytování zdravotní péče. In Jelínek, J. a kol. *Trestní odpovědnost právnických osob v České republice. Bilance a perspektivy*. Praha: Leges 2013. ISBN 978-80-87576-58-8.
- CÍSAŘOVÁ, Dagmar., SOVOVÁ, Olga. Interdisciplinární problematika stíhání trestných činů ve zdravotnictví. *Kriminalistický sborník 1/2016*. S. 41. Praha: Kriminalistický ústav (Ministerstvo vnitra ČR).
- Česko. Zákon č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).
- Česko. Zákon č. 40/2009 Sb., Zákon trestní zákoník.
- Česko. Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník.
- MACH, Jan. Lékař a právo: praktická příručka pro lékaře a zdravotníky. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 320 s. ISBN 978-80-247-3683-9.
- SOVOVÁ, Olga. Zdravotnická praxe a právo: praktická příručka. Vyd. 1. Praha: Leges, 2011. 299 s. Praktik. ISBN 978-80-87212-72-1.
- TELEC, Ivo. (2017). Psychoterapie a právo. *Psychotherapy and Law. Časopis Zdravotnického Práva A Bioetiky*, 7(2), 16–28. Retrieved from <http://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php>
- TELEC, Ivo. Právo přírodního léčitelství. Vydání první. Praha: Leges, 2018. 336 stran. Praktik. ISBN 978-80-7502-306-3.

JAK ZPOMALIT

Brinkmann, S. (2021). Nesnesitelná rychlost života. Jak zpomalit ve světě, který se řítí kolem nás. Praha: Portál, s. 143.

Alena Plháčková

Nakladatelství Portál vydalo v roce 2021 pod názvem *Nesnesitelná rychlost života* úspěšnou knihu dánského sociálního psychologa Svenda Brinkmanna, která vyšla v originále (*Stå fast*) už v roce 2014. Do češtiny ji přeložila Magdalena Jírková, jejíž text se mi jeví jako čtivý, plynulý a výstižný.

V úvodní kapitole Brinkmann kriticky popisuje způsob života v soudobé západní kultuře, jejímž charakteristickým rysem je podle něj neustále se zvyšující tempo. Projevuje se to mimo jiné ve „vymoženostech“ současnosti, jakými jsou *fast food*, *speed dating*, zavádění různých forem krátké terapie nebo metod ke zrychlení čtení. Duchu doby odpovídá také snaha využívat krátká zdřímnutí (*power naps*) ukončená před začátkem hlubokého spánku, která by měla vést k rychlé obnově fyzických i psychických sil. Podle Brinkmanna se jedinec pod vlivem mnohdy nereflktovaných společenských tlaků snaží udržet krok s ostatními i s rychlým technologickým rozvojem a dosáhnout co největší výkonnosti. K tomu má přispět jeho zaměření na přítomnost a na budoucnost, zdravá strava, pravidelné cvičení a v neposlední řadě také pozitivní myšlení a důvěra ve vlastní schopnosti, kterou podporují terapeuti, koučové nebo četba motivačních knih o osobním rozvoji. Na pracovišti je obvykle kladně hodnoceno stále vytváření nových projektů umožňujících rozvoj a pokrok. Podle Brinkmanna



vede tato situace u mnoha lidí k pocitům vykořeněnosti, ke ztrátě smyslu života nebo prostě k nepříjemnému pocitu, že o něco přicházejí nebo že ostatním nestačí. Technický pokrok, který měl šetřit náš čas, se paradoxně projevuje tím, že ho máme čím dál tím méně.

Brinkmann chce ve své knize nabídnout cestu těm lidem, kteří chtějí znovu „získat pevnou půdu pod nohama“ a nepodléhat dobovým požadavkům (s. 17). Opírá se při-

tom především o antickou stoickou filosofii, zejména o mladší římskou stou, reprezentovanou osobnostmi Senecy, Epikteta a Marca Aurelia. V souladu s myšlenkami těchto filosofů čtenářům doporučuje, aby si uvědomili omezený rozsah svých možností a schopností, naučili se disciplíně, ovládali své emoce a podle zásady „*memento mori*“ měli na paměti svou smrtelnost. Vývoj antické stoické filosofie autor bohužel stručně prezentuje teprve v poslední kapitole, takže čtenář, který myšlenky tohoto směru už pozapomněl, je nucen je průběžně vyhledávat.

Ačkoliv je Brinkmann velkým kritikem různých rádooby odborných brožurek nabízejících osobní rozvoj v sedmi či deseti krocích, sám také rozdělil svou poměrně krátkou knihu do sedmi kapitol. V první z nich, nazvané „Přestaňte se pozorovat“, upozorňuje na to, že čím víc člověk sleduje své pocity, tím hůř se mnohdy cítí. Také spoléhání na různé tělesné signály při přijímání závažných rozhodnutí pokládá za poněkud ošidné. Namísto sebeopozorování doporučuje lidem, aby alespoň občas jednali s určitým sebezapřením a řádně plnili své povinnosti vůči ostatním, i když to nemusí být vždy příjemné. K této myšlence, která mi připomněla Kantův kategorický imperativ, se autor opakovaně vrací.

Ve druhé kapitole jsou čtenáři nabádáni k tomu, aby se zaměřili na negativní aspekty svého života, a zbavili se tak „pozitivních iluzí“ i nutnosti srovnávat svůj ne vždy úspěšný život s životy ostatních. Brinkmann je poměrně kritický k pozitivní psychologii, která se podle něj stala široce přijímanou lidovou psychologií, takže člověk dnes ze všech stran slyší, aby „myslel pozitivně“, v práci se „orientoval na zdroje“ a „přijímal výzvy“ (s. 40). Brinkmann kritizuje dobře

známé myšlenky jednoho ze zakladatelů pozitivní psychologie Martina Seligmana. Ten například v knize *Opravdové štěstí* zdůrazňuje, že vnější okolnosti jen minimálně ovlivňují, zda je člověk šťastný, či nikoli a že osobní pohody lze dosáhnout zaměřením na kladné emoce a vztahy, smysluplnými a autentickými aktivitami a v neposlední řadě úspěšnými výkony. Brinkmann předpokládá, že neúspěšní, nemocní nebo chudí lidé pak nejenže špatně snášejí svou nepříznivou situaci, ale ještě si ji kladou za vinu. Cituje také z díla známé kritičky pozitivní psychologie, americké psycholožky Barbary Heldové, která hovoří o „tyranii pozitivního postoje“ a v bestselleru *Stop smiling, start kvetching* vyzývá ke kreativním stížnostem, jež nejenže přinášejí úlevu, ale mohou být prvním krokem ke zlepšení nepříznivých vnějších podmínek.

V dalších kapitolách Brinkmann doporučuje pochybovat, naučit se říkat ne a ovládat své emoce. Současná „emoční kultura“ (s. 73) podle něj kladně hodnotí autentické vyjadřování citových prožitků. V souladu se stoickou filosofií autor navrhuje umírněné vyjadřování nejen záporných, ale i kladných emocí, a to například proto, že příliš častá chvála ztrácí na významu. Vyjadřování negativních citů, jakými jsou závist, hněv a pohrdání, často vede k jejich eskalaci a k narušení sebeúcty i osobní důstojnosti. Člověk, který zaujme stoický postoj, je schopen registrovat negativa, aniž by se zlobil. Další klíčovou metodou k odstranění hněvu je humor. V návaznosti na amerického sociologa Richarda Sennetta, který popsal v 70. letech tzv. „pád veřejného člověka“, autor považuje za žádoucí nosit mezi lidmi masku zdvořilého a slušného člověka. Toto chování podle něj nelze pokládat za ne-

autentické nebo dokonce zkažené, ale naopak za vysoce kulturní a civilizované.

V páté kapitole Brinkmann protestuje proti koučování, které je v Dánsku pravděpodobně mnohem rozšířenější a populárnější než u nás. Kouč podle něj káže rozvoj, pozitivitu a úspěch, nikdy nekončící stále zlepšování. Paradoxně to může vést k tomu, že se vyčerpaný člověk dál vyčerpává tím, že usiluje o seberozvoj. V šesté kapitole autor navrhuje nahradit četbu motivačních knih a biografii, které často oslavují triviální úspěchy čím dál mladších lidí či celebrit (např. členů královských rodin), četbou románů, jež podle něj komplexně, polyfonně (Bachtin) znázorňují svět bez pozitivních iluzí. Doporučuje také díla některých autorů, včetně Cervantese, Murakamiho, Knausgärda nebo kontroverzního francouzského romanopisce Houellebecqa.

V sedmé kapitole Brinkmann radí lidem lpět na minulosti, jejíž poznání pokládá za předpoklad stabilní identity a sebedůvěry. Myšlenka pokroku je podle něj stará teprve několik set let a je poměrně destruktivní. Autor se domnívá, že ve vývoji lidského společenství nemusí mít největší význam nové objevy, ale spíše opakování. Příkladem je renesance, která byla do určité míry opakováním antiky. V minulosti také vznikaly cenné předměty, jaké dnes už ani nedokážeme vyrobit (např. Stradivariho housle). V současnosti produkujeme především nekvalitní výrobky určené k rychlé spotřebě.

Brinkmannova útlá kniha je čtivá a místy i vtípná. Občas na mě rušivě působilo autorovo přesvědčení o správnosti jeho přístupu i příliš jednoduchý způsob argumentace. Například na str. 42 se dozvíme, že Martin Seligman se „vrhl“ na pozitivní psychologii proto, že ho začalo zmáhat týrání psů (při výzkumu naučené bezmocnosti), takže se radši zaměřil na něco veselejšího.

Lze předpokládat, že úspěch psychologických teorií do určité míry závisí na jejich schopnosti reflektovat aktuální psychické rozpoložení obyvatelstva. Pravděpodobně není náhoda, že se pozitivní psychologie rozvíjela v relativně dlouhém období ekonomické prosperity i stability západních zemí. Je možné, že současného člověka, nuceného čelit ekonomickým problémům a hrozbě ekologické i válečné katastrofy, oslovuje stoické nabádání ke klidu a zachování osobní důstojnosti víc než dobře míněné návody k pozitivnímu myšlení. Zachovat si duševní optimismus s Putinem „za humny“ může být poměrně nesnadné. Ostatně také římská stoa se rychle rozvíjela za vlády krutého, náladového a nevypočitatelného císaře Nerona. Domnívám se, že psychologové by si měli obtížnou situaci současného člověka, danou téměř neovlivnitelnými globálními problémy, uvědomovat a brát ji v úvahu při svých terapeutických intervencích. Brinkmannova kniha jim k tomu může nabídnout některé inspirativní náměty.

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 úbozích 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 jí 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).