

**FILOZOFICKÁ FAKULTA UNIVERZITY KARLOVY**

# **RIGORÓZNÍ PRÁCE**

**2012**

**Pavla Chodorová**

**FILOZOFICKÁ FAKULTA UNIVERZITY KARLOVY**  
KATEDRA PSYCHOLOGIE

# **RIGORÓZNÍ PRÁCE**

Pavla Chodorová

## ***FENOMÉN ZMĚNY V PSYCHOTERAPII.***

Phenomenon of change in psychotherapy.

Konzultant rigorózní práce: PhDr. V. Junková

Děkuji PhDr. Vendule Junkové za laskavé a trpělivé vedení při zpracování rigorózní práce.

Děkuji PhDr. Hedvice Boukalové za přínosný komentář k rigorózní práci.

*Prohlašuji, že jsem rigorózní práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.*

*v Plzni 30.8.2012*

Nesnažím se ani tak pronikat do reality nebo ireality, jako mne spíše zajímá ona tajemná stránka lidského nevědomí a jeho instinktivnost (Modigliany, 2010).

## **Přehled**

V této práci jsem se snažila přiblížit pojem změny v psychoterapii na úrovni teoretické a následně na praktické kvalitativní analýze terapeutických případů. Teoretická část přibližuje obecné pojmy jako je psychotherapeutický proces, vztah, přiblížení pojmu změna a změna v psychoterapii. Praktická část práce se zabývá rozbořem kazuistik, který má kvalitativní charakter.

Klíčová slova: Psychoterapie, psychotherapeutický proces, změna.

## **Abstract**

In this work I tried to outline the term “change in psychotherapy“at the theoretical level and subsequently in the practical qualitative analysis of therapeutic cases. The theoretical part explains general parts such as a psychotherapeutics process, relations, chase and chase in psychotherapy. The practical part of the work is analysis witch has a qualitative character.

Keywords: Psychotherapy, psychotherapeutic process, change.

## Obsah

<b>1. ÚVOD.....</b>	<b>9</b>
<b>2.TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>10</b>
2.1 HISTORIE PSYCHOTERAPIE .....	10
2.2 PSYCHOTERAPEUTICKÝ PROCES.....	17
2.3 PSYCHOTERAPEUTICKÝ VZTAH.....	20
2.4 FAKTORY V PSYCHOTERAPII .....	23
2.5 CO ROZUMÍM ZMĚNOU V PSYCHOTERAPII? .....	26
Kognitivně behaviorální pohled na změnu v psychoterapii. ....	27
Psychoanalytický pohled na změnu v psychoterapii. ....	28
Transteoretický model změny v psychoterapii. ....	31
2.6 ÚČINOST PSYCHOTERAPIE. ....	34
<b>3. PRAKTICKÁ ČÁST - KAZUISTIKY .....</b>	<b>37</b>
3.1 ZAMĚŘENÍ A CÍLE PRÁCE.....	37
3.2 FORMULACE ÚKOLŮ.....	38
3.3 VOLBA ZÁKLADNÍCH METOD A ZÍSKÁVÁNÍ DAT .....	38
3.4 KAZUISITKA č. 1 - paní A.....	42
3.5 KAZUISTIKA č.2 - slečna B. ....	50
3.6 KAZUISTIKA č.3 - paní M.....	58
3.7 KAZUISTIKA č.4 - pan I.....	72
3.8 KAZUISITKA č. 5 pan Č.....	79
3.9. KAZUISTIKA č.6 paní Q.....	88
<b>4. DISKUSE .....</b>	<b>96</b>
<b>5. ZÁVĚR.....</b>	<b>102</b>
<b>6. LITERATURA .....</b>	<b>103</b>

## **VYSVĚTLENÍ POUŽÍTÝCH TERMÍNŮ A ZKRATEK**

BCPSG	The Boston change process study
GIT	Gastrointestinální trakt
KBT	kognitivně behaviorální terapie
KB	kognitivní terapie
PT	psychoterapie
OCD	Obsedantně kompulzivní porucha



# 1. ÚVOD

Tato práce volně navazuje na moji diplomovou práci. Volným pokračováním myslím fakt, že diplomová práce se zabývala integrací v PT (psychoterapii). Prozkoumání fenoménu změny je pro mne logickým pokračováním. Práce znázorňuje vývoj v mé klinické praxi, hledání momentů změny, které vedou k úzdavě pacienta. Je další úrovní zkoumání psychoterapeutického procesu. V diplomové práci jsem se zabývala volbou metody. V této práci jsem se zaměřila na hledání změny bez ohledu na použitou psychoterapeutickou metodu. Nejprve jsem popsala koncepce mechanismů změny na teoretické úrovni. V praktické části jsem vybrala kazuistiky, které uvedené změny dobře znázorňují.

## 2. TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1 HISTORIE PSYCHOTERAPIE

Psychoterapie ve vztahu k ostatním vědám, leží na pomezí filozofie, psychologické vědy a lékařské vědy. Etymologicky dvojsloví znamená přibližně pečování o duši. Psyché původně znamenala duši a vyjadřovala vztah k životu vůbec, v dnešním pojetí je psychické významem pro lidskou subjektivitu a její projevy. Terapón byl ve svém významu služebník, průvodce a opatrovník bohů, dnes je význam slova léčbou – vědeckým postupem, kterým napomáháme uzdravení. V samém významu spojení obou slov je zřejmé propojení psychologického a medicínského (Vymětal, 2004).

Během vývoje vznikla celá řada psychoterapeutických škol, Prochaska s Norcrossem (1999) uvádějí ve své publikaci 36 různých terapeutických systémů. Různé zdroje uvádějí různá čísla, odhady jsou, že máme možnost čerpat asi ze 400 psychoterapeutických přístupů. Obecné definice psychoterapie jsou tedy vždy ovlivněny výchozím paradigmatem autora.

Pro obecné definování psychoterapie bych ráda uvedla definici, která konkrétněji pojmenovává psychoterapii jako takovou: Psychoterapie je odborná, záměrná aplikace klinických metod a interpersonálních postojů vycházejících z uznávaných psychologických principů se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení emoce a/nebo osobní charakteristiky směrem, který obě strany považují za žádoucí (Prochaska, Norcross, 1999).

Vymětal konkretizuje svůj lingvistický rozbor upřesněním, které je jen variací výše uvedeného. V psychoterapii jde o sled psychologických intervencí, které by ve svém výsledku měly navozovat žádoucí změny, vedoucí k prohloubení duševního zdraví. Jednou ze základních podmínek psychoterapie je aplikace vědecky podloženého jednání, které na jedné straně zabezpečuje účinnost terapie, na straně druhé její bezpečnost (Vymětal, 2004).

Podle Junga vznikala psychoterapie z praktických skrovných metod, a musela se dlouho snažit, aby přišla na své vlastní teoretické základy (Jung, 1994). Pro pochopení aktuálního stavu psychoterapie, bych se ráda zmínila o historii vývoje předmětu. Nechala jsem se

inspirovat Vymětalem pro jeho komplexní pojetí. Historii oboru schematicky rozděluje do tří částí:

Psychoterapeutické myšlení v dějinách člověka.

Začátky a rozvoj vlastní psychoterapie.

Současný stav.

Vzhledem k zaměření práce jsem se v této kapitole zaměřila jen tu část historie, která se váže k praktické části práce, zejména tedy kognitivně behaviorální, tedy také kognitivní a behaviorální terapie, integrativní psychoterapii, katatymně imaginativní terapii a psychoanalýza a některé psychoanalytické terapie. Bude se tedy tato část vztahovat nejvíce ke dvěma bodům Vymětalova pojetí: současný stav a počátky a rozvoj psychoterapie.

Je tomu tak, že psychoterapií stabilizujeme vnitřně rozkolísaného a nejistého jedince, ať již jsou důvody tohoto stavu jakékoliv. Rozvoj psychoterapie ovlivnily tři základní formující vlivy, mezi které se řadí hypnóza, experimentální psychologie, směry ovlivněné duchovním přístupem. Na hypnózu navazují v pozdější době dynamické terapie, na experimentální pak směry kognitivní a behaviorální na duchovní pak směry humanisticky orientované (Vymětal 2004).

Vlastní psychoterapie se jako samostatný obor začíná rozvíjet ve 20. st.. V této části budu uvádět spíše informace rozšiřující obecně známá fakta. V našem století dochází k tak rychlým proměnám života prakticky ve všech oblastech, že lidský jedinec světu obtížně rozumí, vytváří si četné iluze a není často schopen se novému dostatečně rychle přizpůsobit. K pocitu životní stability a porozumění světu musí být vyrovnaný poměr mezi stálostí a proměnlivostí prostředí, stejně tak jsme schopni vnímat a zpracovat jen omezené množství informací. Ztráta vyváženosti tohoto poměru vede k nestabilitě osobnosti. Této nestabilitě také napomáhá aktuální rozvolnění řádu a pravidel lidského společenství. Dochází k narušení tradiční rodiny, chybí přirozené autority, které zprostředkují porozumění světu, také dochází k oslabování vlivu vnitřně závazných hodnotových orientací, jež v našich podmínkách představovalo křesťanství a humanitní vzdělanost. To vše vede k zatížení člověka novými náročnými situacemi, které nedokáže včas a účinně sám či s pomocí nejbližších řešit, dochází u něho k akutní (manifestní) či posléze chronické (latentní) krizi, jež narušuje nejen psychiku, ale i biologickou funkci organismu a může vyústit v poruchu zdraví. Tento jev je natolik častý, že potřeba odborné psychoterapeutické pomoci vzrůstá (Vymětal 2004).

Vznik psychoterapie - dříve chápané spíše jako užití určitých metod a sugestivně působících postupů - je dáván do souvislosti s francouzským filozofem, psychologem a lékařem Pierrem Janetem a slavným rodákem z Příboru na Moravě, neuropsychiatrem a zakladatelem psychoanalýzy Sigmundem Freudem. Třeba ještě dodat, že psychoterapie vzniká především v souvislosti s léčbou hysterické poruchy a použitím sugesce a hypnoterapie. P. Janet (1859-1947) přednášel psychologii na pařížské Sorbonně. Vedle studia sugesce a hypnózy je znám tím, že vypracoval původní teorii o automaticky a nevědomě probíhajících psychických procesech, které vytvářejí v nevědomí samostatné útvary bez korekce vědomí a souvisí s duševním onemocněním. Cílem psychoterapie bylo dle P. Janeta navození rovnováhy mezi tím, co si člověk uvědomuje a nevědomou oblastí duševního života. Byl prvním, kdo vymezil psychoterapii jako léčení psychologickým působením majícím své zákonitosti. Předjímal diferencované pojetí názorem, že léčba se musí provádět individuálně a podle okolností pacientova života a typu osobnosti (Chertok, 1993).

S. Freud (1856-1939) vstoupil do dějin psychoterapie v mnoha směrech. Zejména tím, že objevil důležitost lidského nevědomí a vnitřních konfliktů pro chování a motivaci člověka, včetně vlivu na jeho zdravotní stav. Jako první zdůrazňoval význam vztahu mezi terapeutem (analytikem) a pacientem (analyzandem) pro celý průběh léčby, kdy se vlastně jedná o terapii vztahem a porozumění sobě (pacient si uvědomí, co dříve nevěděl) je předpokladem úzdravy a stabilního duševního života. S. Freud také objevuje (v návaznosti na židovskou tradici) pro psychoterapii výklad - interpretaci, jež je vedle určité podoby psychotherapeutického vztahu hlavním prostředkem léčby.

Přichází s prvním topografickým modelem neurózy a sleduje další vývoj představ v intrapsychickém rozměru a vztažnosti na pozadí historie psychoanalytické teorie a léčby (Mikota, 1995).

Technikou psychoanalýzy je práce s volnými asociacemi, pacient se učí postupně otevírat své asociace bez zábran, tak aby byly odrazem instinktů. Tímto způsobem se pacient postupně adaptuje na své pudové potřeby a ztrácí z nich strach. Terapeut pracující v psychoanalýze podle Freuda užívá ve své práci konfrontaci a objasňování, které jsou variantou ujištění, může užít interpretace, to je způsob, kterým se z nevědomého obsahu stává vědomí. Dalším způsobem je propracování. Vlastní fáze propracování začíná podle autora až od okamžiku, kdy pacient získá vhled v určitém rozsahu. Důsledkem propracování je učinit vhled účinný, to znamená navodit trvalé změny (Zweibel, 2008).

Během vývoje psychoanalýzy vznikla řada psychologických vysvětlení toho, jak funguje lidská psychika. Jedním z nich je objev nevědomí popsané Freudem, dalším může být externalizace v podobě vypořádávání se s nepříjemnými fragmenty psychiky tak, že je umístí do druhých osob, podle Klienové a také Sulivana (Mitchel, 1997).

Mezi hlubinné směry patří psychoanalýza, analytická psychologie C.G. Junga a individuální psychologie A. Adlera, neanalytické směry apod.. Terapie je založena zpravidla na vytvoření specifického vztahu mezi terapeutem a pacientem, a tento vztah je hlavním nástrojem změny (Prochaska, 1999).

C.G. Jung (1875-1961) inspirován psychoanalýzou si našel svůj vlastní způsob – analytické psychologie. Rozlišuje vědomí, individuální a kolektivní nevědomí. K pojmu kolektivního nevědomí se váží základní obrazy – archetypy společné celému lidstvu. Obohatil psychologii o pojem animus a anima, které se váží k předobrazu ideálního partnera. Libido chápe jako obecnou psychickou energii. Podle směřování energie do vnějšího nebo vnitřního světa zavedl pojmy extroverze a introverze (Bahbouh, 2002, pp. 187-197).

Představitel individuální psychologie A. Adler (1870-1937) vycházel s předpokladu, že rozvoj osobnosti je provázán se sounáležitostí s lidskou společností. Zdůrazňoval proces socializace ve vztahu k péči v primární rodině, poukazoval na význam sourozenecké dyády. Postupně rozvinul teorii orgánové méněcennosti a popsal způsoby kompenzací.

Behaviorální psychoterapie (BT) zahrnuje všechny přístupy, jež aplikují při léčbě ověřené poznatky psychologie experimentální, kognitivní a obecné (zvláště teorie učení). Základním momentem těchto přístupů je postoj, že vše je změnitelné přeúčením. Základem je pochopení faktu, kde potíže vznikají, proč jsou fixovány a v terapii je hledána strategie, která přinese změnu. Zde převažuje role terapeuta jako experta. Behaviorální terapie se rozvíjela postupně v reakci na intrapsychické modely maladaptivního chování (Durecová, 2004).

Burrhus Frederic Skinner (1904-1990) se zaměřoval v behaviorální terapii na modifikaci chování, která vychází z operantního podmiňování, pracuje tedy s konsekvencemi, které chování udržují. Vychází z předpokladu, že chování je motivováno získáním příjemných pocitů, nikoli pouhou reakcí na podnět (Procházka, 1999).

Josef Wolpe (1915-1997) je autorem teorie recipročního útlumu neboli protipodmiňování. Tento princip se zaměřuje na vysvětlení procesu podmiňování u symptomů úzkosti. Zavedl terapii systematické desenzibilizace (Durecová, 2004).

Cílem kognitivní terapie (KT) je modifikace myšlení klienta tak, aby rozpoznal své neadaptivní postoje názory a způsoby myšlení a aby je nahradil myšlením funkčním a adaptivním.

Albert Ellis (1913- 2007) je zakladatelem kognitivní terapie. Původně psychoanalytik, později v souvislosti s obecnou kritikou analytického období na základě získáním vlastních psychoanalytických zkušeností, přestal věřit, že nevědomé konflikty z raného dětství fixují neurotické symptomy. Začal nutit své klienty k aktivnímu zacházení s iracionální životní filozofií. Svým postojem byl direktivní terapeut, se snahou o zjednodušení života a nalezení potěšení (Prochaska, 1999).

Psychoterapeutický model kognitivně behaviorální terapie (KBT) je ve své podstatě integrací dvou směrů, k jejich postupnému slučování dochází od počátku 80 let. Těží ze systematickosti a precizní analýzy behaviorální terapie, z kognitivní terapie používá analýzu a modifikaci kognitivních funkcí. Celkově se kognitivně behaviorální terapie zaměřuje na analýzu a modifikaci kognice a chování. Ze současných studií vyplývá vzájemné propojení a doplňování se obou směrů.

Mezi hlavní charakteristiky kognitivně behaviorální terapie patří fakt, že je krátkodobou terapií do 20 sezení, sezení jsou strukturovaná, terapeutický vztah je na bázi spolupráce, terapeut poskytuje informace a podává vysvětlení každého kroku, klient je aktivní v řešení svých problémů a jeho zodpovědnost za výsledek terapie je zřejmá, kognitivně behaviorální přístup má teoretický základ, terapeutické postupy jsou definovány na dosažení stanoveného cíle.

Kognitivně behaviorální terapie je indikovaná pro celou řadu duševních poruch, například pro sociální fobie, panické, depresivní poruchy apod. Pro některá duševní onemocnění je tento přístup kontraindikovaný např. se jedná o psychotické deprese, také u poruch osobnosti je efektivita nižší.

Efektivnost kognitivně behaviorální terapie se zvyšuje v kombinaci s jinými terapiemi, například farmakoterapií, nebo psychoterapií jinak orientovanou.

V behaviorální analýze je základem popis vegetativních příznaků a potíží pacienta, jeho emoční reakce a konkrétní projevy chování. Součástí terapeutického postupu je hledání antecedentů a konsekvencí chování.

Práce na úrovni kognitivní terapie je zaměřená na rozpoznání automatických myšlenek, které rozvíjejí maladaptivní chování. Cílem kognitivní analýzy je tyto myšlenky rozpoznat, zmapovat a racionalizovat takovým způsobem, aby se přestaly podílet na rozvoji potíží.

V terapeutických sezeních bývá behaviorální a kognitivní přístup propojený. Výhodou tohoto terapeutického přístupu je přehlednost a v zásadě krátkodobost terapie (Prochaska, 1999).

Relaxační a psychofyziologické postupy vycházejí z předpokladu psychofyziologické jednoty organismu (Vymětal, 2004). V praxi to znamená, že přes tělesná a koncentrující cvičení dochází k ovlivnění psychických i somatických dějů. Mezi tyto techniky bývá řazen autogenní trénink, progresivní svalová relaxace, různá dechová cvičení, meditace, imaginativní techniky a mnoho dalších. Znalost těchto psychofyziologických postupů, je Vymětalem považována za užitečnou. U některých pacientů mohou nahradit medikaci anxiolytiky a hypnotiky. Bývá řazena jako součást KBT. Její zvládnutí významně posiluje kompetenci pacienta. Komplexnější bývá propojení relaxačních a imaginativních technik, kde dochází k posílení adaptivní funkce já. Tyto terapeutické techniky mají svá specifická pravidla, která jsou důležitá podle Reddemanna pro posílení strategií zvládnutí (Reddemann, 2009).

Eklektický přístup je v současné době v praxi nejrozšířenější, tedy nalézá při pomoci lidem psychologickými prostředky největší uplatnění. Odpovídá etymologii svého názvu (řecky eklektos: vybraný, vyvolený), neboť se jedná o výběr a kombinaci různých postupů a metod, bez ohledu na jejich původní teoretické východisko (Kratochvíl, 1995).

V souvislosti s tímto přístupem se setkáváme i s názvem "technický eklekticismus", který dobře vyjadřuje jeho podstatu, jíž je kombinace vybraných technik v jednu strategii. Psychoterapeuti zejména na základě vlastní zkušenosti, dále toho, co ovládají a dle svých objektivních pracovních možností přizpůsobují terapeutický postup problematice pacienta. Zmíněný pragmatický přístup je účinný, ovšem psychoterapeut si musí uchovat dostatečnou sebekritičnost vůči sobě i používaným technikám, velké nároky jsou kladeny na jeho svědomitost a odpovědnost.

Eklektický přístup vychází z praxe a jeho účinnost je potvrzována v "terénu". Zkušenosti praktiků vedou k závěru, majícího ráz až banální, avšak nesmírně důležité samozřejmosti:

při profylaxi, terapii a rehabilitaci poruch zdraví psychologickými prostředky je třeba stále diferencovat a postupovat dle osobnosti, zdravotní a sociální problematiky pacienta. Eklektické počínání, je-li reflektováno, vede k pokusům o teoretické propojování různých směrů mezi sebou a hledání účinných faktorů psychoterapie. Takto se dostáváme k diferencovaně integrativnímu pojetí psychoterapie, které odpovídá současným teoretickým snahám, jež pokračují ve směru vytváření obecného modelu psychoterapie.

Diferencovaně integrativní pojetí psychoterapie je paradigma, v němž klademe důraz na rozlišování uvnitř toho, co dříve bylo považováno za jednoduší. Na základě rozlišování a srovnávání pak provádíme syntézu a sjednocení v nový celek.

Diferenciace a integrace představuje základní pohyb procesu poznávání a každé vědy, kdy nalézáme a vytváříme nové souvislosti. Není bez zajímavosti, že patří mezi obecné vývojové zákonitosti - kupříkladu i vývoj osobnosti lidského jedince spočívá v diferenciaci stávajícího a postupné integraci v nové kvality.

Integrace znamená, že na teoretické úrovni spojujeme dva či více psychotherapeutických přístupů, čili "pod jednu střechu" dostáváme různé modely a vytvoříme novou, sjednocenou teorii. Jedná se tedy o způsob myšlení, které přesahuje a spojuje jednotlivé školy.

Historie Katatymně imaginativní terapie (KIP) sahá do roku 1949, kdy se Hanscarl Leuner (1939-1946) zaujal Happichovým pokusem použít imaginaci k terapeutickým účelům. Autor se začal zabývat experimentálním přezkoumáním hlubině psychologické symboliky snu (Leuner, 1999). Postupně prokázal terapeutickou účinnost pravidelného sezení s denním snem. První publikace základní metody je z roku 1955 (Leuner, 1999).

V roce 1960 přešel Luener na universitu v Göttingenu, kde založil katedru psychoterapie. V tomto roce byly vydány terapeutické možnosti vlivu halucinogenů na PT. Leuner inicioval první sympozium psychoterapie s LSD-25.

Postupně se proměnilo pojmenování přístupu na katatymním prožívání obrazů. Ve svém konceptu vychází KIP z tradice evropské hlubinné psychologie. Poznává v obsahu denního snu symbolická znázornění nevědomých příp. předvědomých konfliktů. Vytvoření kompromisu mezi afektivně-pudovými impulsy a obranými ději zrcadlí aktuální emoční problémy stejně jako genetické kořeny konfliktů, které jsou až do nejranějšího dětství (Leuner, 1999). Z hlediska konceptu je KIP blízké hlubinné psychologii, uznává symboliku snu, pudové impulsy Id, obrané formace self, instanci nadjá, regresivní postupy.



Fenomenologicky viděno vykazuje KIP přístup paralelu k psychodramatu, k elementům z gestalt terapie, také jsou přítomny elementy vedení rozhovorů podle rogersovské terapie a některé přístupu podle behaviorální terapie, jsou zde patrné vlivy jungiánského přístupu (Leuner, 1999).

Rozdílnost mezi denním a nočním snem vidí autor malé rozdíly z pohledu psychodynamického, ale významné rozdíly z pohledu fenomenologického. Obvykle bývá lépe zachována kontinuita denního snu, je přítomna silnější tematické centrování, převažuje spíše sekundární proces (Leuner, 1999).

## 2.2 PSYCHOTERAPEUTICKÝ PROCES

Psychoterapeutický proces je např. podle Norcross (1999) vnímán jako průběh psychoterapeutického dění v jeho obecné době. Proces z hlediska časového vymezení můžeme vnímat jako děj v rámci psychoterapeutické kariéry pacienta, který během rozvoje své poruchy projde i několika různými terapiemi. Proces můžeme také vnímat v rozmezí jedné terapie, ale i jen několika sezení. Můžeme tedy obecně rozdělit fáze terapeutického procesu na:

- Úvodní fázi.
- Fázi vlastní terapie.
- Fázi ukončení.
- Postterapeutickou fázi.

**Úvodní fázi** rozumíme období před zahájením terapie. Do této fáze patří celá řada faktorů, které ovlivňují průběh psychoterapie. Na straně terapeuta sem patří jeho vzdělání, odborné zkušenosti a vědomosti, osobnost, jeho motivace a také aktuální životní situace. Pacient je člověkem s určitou životní historií a s ní souvisejícím rozvojem aktuálních obtíží. Motivy pro zahájení psychoterapie mohou být rozličné a ne vždy jsou orientovány k úzdavě pacienta. Vlastní psychoterapie začíná v okamžiku, kdy člověk vyhledá pomoc. V této fázi se stává pacientem (klientem). V tomto bodě se také začíná formovat postoj k vlastním potížím a způsobu jejich pochopení (Praško, 2009).

**Vlastní terapie** začíná v okamžiku, kdy se pacient kontaktuje s odborníkem a ten zvažuje indikace k psychoterapii. Indikace jsou obecné, tedy zda je možné obecně pacientovy potíže ovlivnit, specifické, kde terapeut zvažuje osobnostní dispozice, tedy zda je pacient motivován. Výsledkem této fáze je uzavření psychoterapeutického kontraktu. Vlastní terapie začíná na bázi pracovního spojení. Tato fáze je charakterizována vzájemným respektem a společným cílem, tedy směřování k pacientově úzdavě (Sullivan, 2006).

Vlastní terapie je pak ovlivněna celou řadou faktorů, o kterých se zmiňuji níže v textu.

Během procesu psychoterapie, se efekt léčby dostavuje v podobě změny v chování, prožívání pacienta, nebo změnou v sociálních interakcích.

Tento efekt každý z terapeutických směrů definuje rozličně. Z pohledu psychodynamicky orientovaného terapeuta např. může docházet k postupnému odkrývání skrytých pocitů (Frederickson, 2004).

Za častý očekávaný efekt terapie na obecné rovině může být považována zvýšená míra sebezpoznání pacienta, kterou následně doprovází změna osobnosti (Vymětal, 2004). Za další očekávaný efekt může být považována regulace fyziologických stavů ovlivňovaných psychikou. Efektem terapie může také být krátkodobá podpora v podobě krizové intervence při řešení oslabené ho fungování adaptačních mechanismů v zátěžové životní situaci.

Fáze **ukončení léčby** především znamená ukončení terapeutického vztahu na formální úrovni (Vymětal, 2004).

Zjednodušením ukončovací fáze může být dohoda o délce trvání terapie, která je součástí terapeutického kontraktu.

Vlastní průběh ukončení terapie je ovlivněn tím, zda se jedná o ukončení zdárné terapie nebo zda se jedná o předčasné ukončení terapie nebo předání pacienta do péče jiného terapeuta.

Předčasné ukončení terapie může ovlivnit motivace pacienta nebo náhlá změna jeho stavu. Za důvody předání pacienta do péče jiného terapeuta jsou považovány zejména významné změny v terapeutově životní situaci, chybná indikace (špatný odhad, že je daný postup pro daného pacienta vhodný) nebo selhání terapeuta (nezvládnutí respektu k pacientovým potřebám v psychoterapeutickém vztahu). Psychoterapeutický nezdár jak jej popisuje Jakubů, vytváří nárok na adaptační mechanismy terapeuta jeho tzv. nezdolnost (Jakubů, 2011). Dalším důvodem ukončení terapie může být smrt pacienta.

Ale také ukončení psychoterapie, která naplnila své cíle, má také své komplikace. Například strachem ze ztráty psychotherapeutického vztahu. Analytické směry tomuto tématu věnují zvýšenou pozornost, zejména z důvodů potřeby propracování separačních témat (Hošková, 2011). Pevnost vztahu terapeut-klient souvisí s délkou psychoterapie.

**Postterapeutickou** fází se rozumí fáze po skončení psychoterapie, kdy terapeutický vztah pokračuje na intrapsychické úrovni. V průběhu doby po skončené psychoterapii se projevují efekty v běžném životě (např. změna zaměstnání, nové vztahy), které způsobil posun vnímání a prožívání. Nejistota pacienta pramení z novosti těchto efektů. V této době je významné pro pacienta vědět, že terapeut je k dispozici a je možné jej kontaktovat.

Feudova teorie procesu se odvíjí z postupné přeměny nevědomých obsahů do vědomých. Patologické projevy vnímá jako produkt nevědomých obsahů. Odstranit je může postupné porozumění pudové složce a uvědomění si odporu. (Zweibel, 2008).

Z psychoanalytického pohledu je popis terapeutického procesu základem psychoanalytické terapie. Ve výzkumech zaměřených na rozbor analytických terapií se objevují charakteristické znaky každé fáze. V úvodní fázi převažují popisné údaje, v této fázi jde především o upevnění vztahu a prohloubení pacientovy introspekce. Ve střední fázi jsou v popředí přenosové mechanismy, proměny na úrovni self a objektních vztahů a schopnost volné asociace. V závěrečné fázi je v popředí proces schopnosti separace (Dewald, 1976).

Z pohledu BT je základem terapeutického přístupu teorie učení v podobě soustavy technik následné aplikace konceptuálních principů a uplatnění metodologického stylu. Množství behaviorálních technik umožňuje prostor pro divergentní uchopení vlastní terapie terapeutem. Pohled na terapeutický proces je tedy významně ovlivněn užíváním jednotlivých technik (Procházka, Norcross, 1999).

Z pohledu Racionálně emoční terapie je proces terapie rozdělen do fáze zvyšování vědomí, manipulace s následky, protipodmiňování. Také v tomto přístupu jsou teorie učení základními. V první fázi je svým přístupem podobná zejména v počátcích odborné konzultaci. V této fázi není pro terapeuta zásadní načasování interpretace, naopak o svých přesvědčeních informuje pacienta bezprostředně a otevřeně, tato konfrontace vede k postupné změně postoje pacienta. V celém procesu se terapeuti spoléhají na aktivní způsob učení. V jednotlivých fázích je možné užít celé řady technik.

Kognitivní strategie zacházejí také s postupnou eliminací symptomů a také se změnou poznávacích procesů odlišně od výše uvedeného racionálně emočního přístupu. Z tohoto pohledu je také možné méně konfrontační zacházení s pacientovými iracionálními přesvědčeními v podobě kognitivní restrukturalizace, jako modifikujícího procesu myšlení (Prochaska, Norcross, 1999).

Z pohledu katatymně imaginativní terapie je proces členěn do tří základních stupňů: základní, střední a vyšší. S technikou základního stupně a s doplňky přidanými ze středního stupně je možné provést plnohodnotnou léčbu s omezeným cílem. Těžiště tohoto přístupu je spíše v krátkodobých terapiích do 30 sezení. Technika základního stupně je pragmaticky orientovaná, je ve své podstatě vůči pacientovi protektivní (Leuner, 2007). Konkrétní průběh terapie je v navození imaginace u relaxovaného pacienta. Obrazy se spontánně rozvíjejí do scénických sledů, které může terapeut podle osvědčených pravidel strukturovat. Dialog pacienta s terapeutem během imaginace má velký význam, a vyděluje KIP od autistických imaginativních technik (Leuner, 2007).

K základním tématům patří Louka, potok, hora, dům, okraj lesa. K tématům středního stupně patří Průvodce, šípkový keř, autostop. K vyšším tématům např. jeskyně, močálová díra, foliant, sopka (Leuner, 1999).

## **2.3 PSYCHOTERAPEUTICKÝ VZTAH**

V širším filozofickém kontextu jsem se nechala inspirovat Machovcem, který vztah mezi dvěma lidmi považuje za vrchol pyramidu různých forem kontaktu lidských bytostí: Vedle práce je již jen jediný způsob, kterým může jedinec bytostně vyzrávat, a to právě kontakt s jinými lidmi, kontakt spolupráce, vzájemné pomoci či sporu, citového zalíbení či odporu (Machovec, 2002).

Již Freud považoval vztah mezi terapeutem a pacientem za významný. Osobnost lékaře je podstatná pro překonávání odporu. Je-li vztah narušen, dochází k produkci rozličných stížností, které se proti lékaři nahromadily (Freud, 1993).

Vztah je podle Vymětala definován jako součást celé sítě vztahů v daném prostoru referenčního bodu (pozorovatele). Vztah představuje určitou souvislost mezi jevy. Vztahy

nejsou pevné poměry mezi izolovanými subjekty, ale jsou výsledkem určitých dohod, a tedy jiných vztahů (Vymětal, 2004).

Člověk je tvor sociální. Naše lidství je tvořeno našimi vztahy k jiným lidem, tedy v systému vztahové sítě. Tato vztahová síť je tvořena různými druhy vztahů. Vztahy dělíme na osobní a neosobní.

Osobní vztahy jsou takové, na kterých se člověk sám podílí. Všechny vztahy a zejména rané jsou ovlivněny kvalitou vztahu k sobě a koncepcí sebe. Toto jsou ostatně klíčové vývojové úkoly.

Neosobní vztahy jsou takové, které vznikají automaticky. Vztah člověka k člověku může být jednostranný nebo mezosobní. Z hlediska psychoterapie posuzujeme vztahy jako zralé a nezralé. Za zralé jsou považovány vztahy otevřené, sloužící k uspokojování přirozených potřeb všech zúčastněných (Vymětal, 2004).

Psychoterapeutický vztah je vztahem mezi terapeutem a jeho pacientem. Je vztahem mezosobním a jako takový je tvořen souborem psychických obsahů a dynamikou vztahu. To znamená, že v případě přirozeně se vyvíjejícího vztahu odpovídá chování jeho skutečně vnitřnímu významu. Míra blízkosti a bezpečí ve vztahu je ovlivněna kontextem řetězce výměn. Základní psychoterapeutickou dovedností je tedy naslouchání. Sbírat informace od jiného člověka a vyhnout se reakcím ovlivněným vlastními problémy (Fromm-Reichmannová, 2003). Autorka dále pokračuje, že to, co ovlivňuje psychoterapeutický vztah, je schopnost terapeutovy empatie. Empatií rozumíme vnitřní zážitek sdílení a porozumění duševního stavu druhého, je to vědomí o prožitku pacienta.

Ráda bych se zde ještě zmínila o mechanismech posilujících vnitřní integritu. Naše identifikace se rozvíjí v rozličných modalitách, např.: zrcadlových, narcistních, adhezivních apod. Vytváření spojenectví vědomých i nevědomých je významné pro posilování pout. Každý z nás potřebuje toho druhého pro naplnění přání a fantazií, která jsou bez toho druhého nerealizovatelná (Kaës, 2009).

Pouze s odklonem od pudové teorie v psychoanalýze ke vztahové teorii vývoje self a objektních vztahů je možné vnímat druhého jako oddělený subjekt a tím se otevírá možnost studovat vztahy subjektu a objektu, ale také vztahy mezi dvěma subjekty (Aron, 2004).

Některé psychoanalytické směry chápou vztah mezi pacientem a terapeutem na modelovém znázornění vztahu matka a kojeneček. Vycházejí z faktu, že matčinou starostí je

rozpoznat úzkost a učinit vše potřebné, aby tísní dítěte ulevila. Dítě to vnímá tak, že do svého objektu promítlo cosi neúnosného, ale objekt to dokázal kontejnovat a vyrovnat se s tím. Dítě pak může introjiovat nejen svou původní úzkost, ale též úzkost modifikovanou tím, že byla kontejnována (Hinselwood, 2007).

Odlíšné pojetí terapeutického vztahu je ve fenomenologickém pojetí. Kde je chápán jako cíl terapeuta porozumění pacientovi, explorace světa nemocného, který je pouhou formou pobytu (Dasein), jenž má své původní neomezené formy. Fenomenologická analýza pak musí operovat bez jakýchkoliv apriorních předpokladů. Je třeba zůstat na zážitku nemocného. Cílem terapeuta je nalezení strukturálních konstant bez nároku na předběžnou analýzu a výklad (Borecký, 2003).

Z behaviorálního pohledu se terapeutickému vztahu nepřikládá velký význam. Při některých postupech např. u systemické desenzibilizace může být terapeut nahrazen počítačem. V tomto způsobu terapie je terapeut spíše modelující faktor a v pacientovi vyvolává pozitivní očekávání. Modelováním je myšleno učení se nápodobou, pak tedy musí behaviorální terapeut v procesu terapie zohledňovat své chování, které je vzorem pro pacienta (Procházka, Norcross, 1999).

Kognitivní terapie vymezuje terapeutický vztah do protikladu k terapii zaměřené na klienta, pouze bezpodmínečně přijímají pacienta a to i v situaci, kdy útočí na jeho iracionální názory, stejně tak poskytují jednoznačnou podporu i v situaci, kdy pacienti neplní svá zadání, chodí pozdě na sezení. Nabízejí méně pochopení k emočním projevům jako pláč, vztek, ale využívají těchto projevů jako indikátorů iracionálních postojů. Terapeut by měl ve svém projevu otevřený a autentický, měl by odlišovat napadání iracionálních představ od napadání pacienta (Procházka, Norcross, 1999).

Multimodální terapie, přistupuje k terapeutickému vztahu jako k základu, který umožňuje technikám jejich fungování. Uvažují o terapeutickém vztahu jako o předpokladu změny, ale není považováno za nutné starostlivý a vřelý přístup k pacientovi. Vztah v tomto pojetí nemá konstantní podobu, a flexibilně se proměňuje. Důležitým faktorem ve vztahu je připravenost pacienta ke změně a jeho míra odporu (Procházka, Norcross, 1999).

Na závěr přehledu rozličných definicí terapeutického vztahu uvádím Watzlawickovu ve které je oproti výše jmenovaným zohledněn faktor času. Vztah popisuje jako komunikační sekvence, které jsou součástí procesu. Řád a vzájemné vztahy komunikačního procesu probíhají v časovém úseku (Watzlawick, Bavelasová, Jackson, 1999).

## 2.4 FAKTORY V PSYCHOTERAPII

Výzkumy zaměřené na faktory ovlivňující výsledný efekt psychoterapie probíhají od jejího samotného vzniku. V počátku rozvoje integrativních tendencí v psychoterapii, byl původní motiv poznání společných a odlišných faktorů v terapeutických směrech a následné vytvoření teoretického modelu integrace. Četné analýzy, vycházející z celé řady empirických a výzkumných studií, přinesly dvě dílčí hypotézy:

Ve všech významných psychoterapeutických přístupech jsou společné ***obecné účinné faktory***

V různých přístupech mohou být různé ***specifické účinné faktory***, které vedou různou cestou ke stejnému cíli

Nejprve bych se ráda zaměřila na obecné faktory, jejichž existence v terapii ovlivňuje průběh a účinnost psychoterapie. Společné faktory jsou rozpoznatelné entity terapeutického procesu, které dohromady spojují různé terapeutické variace. Seskupení společných faktorů je významnou charakteristikou, která odlišuje oblast psychoterapie od jiných společenských a vědních disciplín. Ačkoli teorie společným faktorům nepřikládala zvláštní význam, byl potvrzen mnohými výzkumy opak.

Existuje celá řada výkladů a popisů obecných faktorů, které se vzájemně liší. V textu, který následuje, je možné se seznámit se dvěma pohledy na popis obecných faktorů. Podkladem pro první z nich je Norcrossův (1999) výzkum, ve kterém jsou uvedeny tyto faktory:

*Pacientovo pozitivní očekávání*

*Terapeutický vztah*

*Hawthonův efekt*

*Pacientovo pozitivní očekávání*

Pozitivní očekávání pacienta je komplex, který v sobě zahrnuje pacientovu víru v terapeutický proces, terapeuta a v konečný výsledek celého zápolení. Někteří odborníci zjednodušeně tvrdí, že psychoterapie je proces, v němž vyvoláváme u pacientů očekávání, že jim léčba pomůže a jakékoli zlepšení je funkcí klientova očekávání zlepšení. Očekávání je aktivní součástí terapeutických systémů. Nejde však o ústřední proces změny, ale o předpoklad terapeutického procesu. Očekávání může být vázána na jakoukoli komponentu terapeutického procesu délku léčby, osobnost terapeuta.

*Terapeutický vztah*

Je důležitým faktorem psychoterapie, podrobně jsem se tomuto tématu věnovala v samostatné části.

#### *Hawthonův. efekt*

Klient je motivován ke spolupráci zvláštní pozorností, která mu je věnována ze strany terapeuta.

Jiným systémem obecných faktorů je systém, který specifikoval Frank a Garfield (Kratochvíl, 1987). Zmínění autoři rozlišují oproti Norcrossově studii společné a specifické faktory a alternativní zdroje terapie.

Mezi **společné faktory** řadí vztah mezi terapeutem a pacientem. Ve vztahu by se měla odrazet vřelost, empatie, respekt, akceptace, identifikace, vhléd a racionální zpracování. Pacient očekává od terapeuta pomoc a měl by pociťovat, že terapeutovi na něm záleží, má o pacienta zájem. U terapeuta je významná schopnost akceptovat klienta a vcítit se do něj. Důležité je samozřejmě terapeutovo přesvědčení, že klientovi může pomoci.

Následují informace o systému společných faktorů podle Franka a Garfielda (1989). Do skupiny společných faktorů řadí:

#### *Výklady*

##### *Emoční uvolnění*

##### *Konfrontace s vlastními problémy.*

##### *Posílení.*

#### *Výklady*

Umožňují pacientovi, aby porozuměl svým symptomům, sám sobě a svým osobním problémům. Zdá se, že pozitivní účinek nezáleží na vědecké hodnotě výkladu, pokud jej terapeut podává přesvědčivě a pacient jej přijímá jako vysvětlení významné a smysluplné. Zde je výhoda pro eklektického terapeuta, který není omezen orientací na jedinou školu. Může tedy vybrat takový výklad, který nejlépe vyhovuje danému pacientovi. Pokud chceme pacientovi dodat naději, měla by být filozofie, ze které vycházíme, alespoň částečně optimistická.

##### *Emoční uvolnění.*



Pacient získává příležitost k ventilování traumatizujících minulých událostí i současných starostí či konfliktů. To vše za doprovodu příslušných emocí, jako je strach, úzkost, smutek, pocity viny, které nemohly být otevřeně projeveny. To vše vede v atmosféře pochopení a zájmu k abreakci a katarzi.

#### *Konfrontace s vlastními problémy.*

Pacient se vlivem terapie přestane vyhýbat problémům a situacím, které nezvládal. Naučí se jim čelit a zjišťuje, že nedochází k obávaným katastrofickým následkům. Terapeut mu pomáhá zajišťovat zážitky úspěchu.

#### *Posílení.*

Terapeuti bez ohledu na teoretickou orientaci posilují svými slovy a svým chováním žádoucí chování pacienta a pomáhají odstraňovat chování nevhodné. Behaviorální terapeuti na tento faktor kladou důraz a zadávají i konkrétní úkoly. Jednotliví zastánci hypotézy o společných faktorech se poněkud liší v počtu a pojmenování jednotlivých faktorů, ale rozdíly nejsou podstatné (Prochaska, Norcross, 1999).

Druhou uváděnou kategorií jsou **specifické faktory** v psychoterapii, které působí diferencovaně. Z výzkumných dat vyplývá, že existují přístupy, které jsou pro některé poruchy účinnější. Například pro pacienty s konkrétními fobiemi, s chyběním některých dovedností nebo patologickými návyky je prokazatelně nejúčinnější behaviorální terapie s desenzibilizací a zacíleným nácvikem. Ve srovnání s tím u pacientů s difúzními potížemi, kteří prožívají pocit odcizení a životní nespokojenost, může pomoci ujasnění si postojů k životu a nalezení kladných hodnot, například pomocí rogersovské terapie. U příznaků, které jsou spíše měnlivé a souvisejí s poruchami osobnosti, je vhodné pokusit se užít některý z hlubinných směrů nebo dynamicky orientovanou psychoterapii. Z tohoto pohledu by se mohla eklektická psychoterapie stát souborem specificky užívaných technik, které se budou diferencovaně používat.

**Alternativní cesty k uzdravení** se odvolávají na značnou skupinu přístupů, které přes svoji odlišnost mohou pacientovi pomoci. Podle Beutlera (Kratochvíl, 1994) to jsou:

sebeexplorace pacienta v empatickém terapeutickém vztahu,

náhled na neuvědomované souvislosti s minulými zážitky a vztahy za pomoci terapeutických interpretací  
intenzivní emoční korektivní prožitek  
dosažení nadhledu s nalezením životního smyslu a získání odstupů od problémů  
účinné řešení aktuálních problémů  
systematický nácvik žádoucího chování, sociálních dovedností, sebeprosazení nebo desenzibilizace  
hypnosugesce.

Yalom, popisující skupinové faktory terapie, se zmiňuje o některých faktorech, které jsou platné i pro individuální psychoterapii. Za účinné faktory v individuální psychoterapii považuje tyto: dodávání naděje, univerzalita, předání informací, altruismus, a existenciální faktory (Yalom, 1995). Zmíním ty, které jsem neuváděla z jiných zdrojů. Za podstatný faktor považuje dodání naděje, která je nutná k tomu, aby pacient zůstal v terapii a aby pak mohly působit další faktory. Významnost tohoto faktoru je prokázána studiemi, které poukazují na míru očekávání před zahájením terapie, která koreluje s pozitivním výsledkem. Podstatným mechanismem dodávání naděje je pozitivní oceňování i dílčích úspěchů pacienta, které následně posiluje pacientovo pozitivní očekávání. Universalita je velmi úlevným faktorem, který je podobný výše uvedenému pojmu edukace, kdy pacient získává vědomí toho, že se svými starostmi není sám, že jeho utrpení není jedinečné, že je tedy možné se svými starostmi žít a zapojit se mezi ostatní. O poskytování informací jsem se v textu již zmínila. Didaktické instrukce edukují pacienta o jeho problému, o významu symptomů o jejich vlivu a možné proměně v budoucnosti. Altruismus neboli dávání. Pacient bývá na počátku terapie inhibován a demoralizován faktem, že nemá okolí co dát, že je ostatním na obtíž. Pocit smyslu života a skutečného uplatnění je s altruismem úzce spjat (Yalom, 1995).

## **2.5 CO ROZUMÍM ZMĚNOU V PSYCHOTERAPII?**

Změna je společná podstata všech forem pohybu hmoty. Pojem změny odráží objektivní skutečnost, že všechny věci a jevy hmotného světa nejsou ve stavu věčné stnulosti, ale že se neustále proměňují. Změny lze rozlišovat podle toho, probíhají-li u věcí, vlastností nebo vztahů, zda jde o změnu struktur nebo vlastností, nebo zda jde o změnu časovou nebo

prostorovou. Zvláštní formou kvalitativní změny je vývoj. Stálá změna všech věcí a jevů je základní podmínkou lidského poznávání, které je samo spojeno s fyziologickými změnami nervového systému probíhajícími během poznávací činnosti (Bark, 1985).

Procesem změny rozumí Hájek ve Vymětalově publikaci (Vymětal, 2004) na nejobecnější úrovni přechod z jednoho stavu do druhého, kdy oba stavy jsou různé. Oblasti, ve kterých se stavy liší, můžeme považovat za druh změny. Teorie změny není v psychologii propracována, obecně jsou rozlišovány pouze úrovně a to psychických dějů, stavů, vlastností. Psychickými ději je rozuměn proces vnímání, myšlení, představování apod., psychickým stavem je jev, který trvá po nějakou dobu např. nálada, úroveň pozornosti a podobně, psychickou vlastností rozumí projev, který se opakuje.

Psychoterapeutickou změnou rozumí změnu osobnosti od patologie ve směru k duševnímu zdraví. To se podle autora projevuje kompetentním zvládnutím situací. Míra změny je různě reflektována pacientem samotným, jeho okolím a terapeutem (Vymětal, 2004).

V tomto textu se zabýváme třemi základními přístupy ke změně v psychoterapii kognitivně behaviorálním a psychoanalytickým a metateoretickým.

### **Kognitivně behaviorální pohled na změnu v psychoterapii.**

Prochaska ve své definici precizně popisuje, co považuje za změnu. Procesy změny jsou podle něj skryté a zjevné činnosti, které klienty přivedou ke změně prožívání, myšlení, chování či vztahů spojených s určitým problémem. Tyto procesy změny byly teoreticky odvozeny na základě komparativních analýz hlavních psychoterapeutických systémů (Prochaska, 1999).

Za procesy vedoucí ke změně Prochaska považuje zvyšování vědomí, vybírání, protipodmiňování a manipulace s následky.

Tyto procesy popíši jen teoreticky a podle nastudované literatury vysvětlím, protože je v praxi jsem se těmito procesy změny nesetkala.

Autor uvádí příklad léčby vaginismu u novomanželky s ambivalentním postojem k sexu. Zde aplikuje relaxaci jako reakci na sexuální vzrušení namísto svalové křeče, která se spontánně objevuje a dosud ji pohlavní styk vyvolával. Postupy zaměřené na ovládnutí podnětu zahrnují restrukturalizaci prostředí, která má za následek výrazné snížení pravděpodobného výskytu určitého podnětu (Norcross, 1999).

Další fenoménem změny je manipulace s následky, behaviorální technika vycházející z behaviorálních a systemických tradic. Užívají způsoby ovlivňování vnějších sil, které člověka omezují v pokroku a schopnosti změny. Zde autor uvádí příklad VŠ studenta, který se vyhýbá návštěvě veřejných záchodků a zároveň touží po zvýšení své životní úrovně. Za příklad manipulace s následky v práci s pacientem uvádí autor platbu za každé užití veřejné toalety. Zde se uplatňuje změna zkušenosti ve vztahu k očekávanému následku, který se změní. V situaci, kdy nedojde ke změně následku, je proces pojmenován jako přehodnocení (Norcross, 1999).

Změna bývá vztahována k účinným faktorům v psychoterapii, jak vyplývá z následně citované studie. Zkoumáním 27 pacientů týmem výzkumníků z centra pro aplikovaný výzkum v psychologii na Australské universitě v Canberra, byla charakterizována změna jako proces projevující se napříč třemi oblastmi – prožívání, myšlení a chování. Míra změny vyplývá z motivace, odhodlanosti, vnímavosti k situaci self, dovednostmi a strategií učení a také na terapeutickém vztahu (Carey, 2007).

Další studií, prováděnou na universitě v Torontu, byla prokázána predikce změny na úrovni změn chování, porozumění a chování na vzorku 66 pacientů, trpících depresivní poruchou. Pacienti zařazení do studie byli podle DSM-IV diagnostikováni jako trpící velkou depresivní poruchou, vyřazení byli pacienti nemluvící anglicky, dále pak s předchozími diagnózami z okruhu poruch příjmu potravy, závislostí, s disociální poruchou osobnosti a hraniční poruchou osobnosti. K terapeutickým přístupům: 15 pacientů bylo léčeno KBT, 7 pacientů BT (variantou PE – prodloužené expozice). Pacienti byly ve věku mezi 23-46 lety. Terapeuti byli vyškoleni pro dodržování postupů KBT a BT podle stanovených manuálů. Výsledkem bylo, že na základě uvedených faktů jsou schopni predikovat účinnou změnu navozenou během následné PT pomocí psychometrické škály CTSC-R ( Client task, specific change). Změna se manifestuje ústupem deprese a změnou chování, prohloubení vědomí a porozumění. Potvrzení účinnosti terapie bylo na Beckově inventáři (Watson, Schein, & McMullen, 2009).

### **Psychoanalytický pohled na změnu v psychoterapii.**

Podle Yaloma je psychoterapeutická změna výrazně komplexní proces, který se děje skrze vnitřní souhru lidských zážitků, které nazývá terapeutickými faktory (Yalom, 1995).

Podle Dewalda můžeme rozlišovat dva typy změn. Do první kategorie řadí dílčí změny, týkající se udržení psychoanalytické situace, vzrůstající schopnost pacienta volně asociovat, vzrůstající kapacitu pro regres, třibení procesu myšlení, vzrůstající odvahu testovat bezpečí a důvěru v analytika, prožívání a reflektování přenosu. Zároveň sem patří schopnost analytika naslouchat, být zdrženlivý, mít schopnost empatie k pacientovu proti přenosovému chování. Tyto dílčí změny vedou k oživení intrapsychieho konfliktu v novém kontextu (Dewald, 1990).

Vzhledem k bezpečnému terapeutickému vztahu se zvyšuje pacientova schopnost snášet úzkost. To dále zvyšuje pacientův vhled na úrovni kognice i emocí a posiluje jeho sebevědomí (Hošková, 2008).

Za definitivní změnu považuje Dewald modifikace, které jsou výsledkem nového řešení mentálního konfliktu. Vytváří se efektivnější kompromisní útvary, redukuje se patogenní očekávání ve fantaziích a objektních vztazích. Tyto změny se manifestují ve funkcích ega a superega (Dewald, 1990).

Na úrovni ega je změna ve zvýšené toleranci k afektům a pudovým impulsům, vytváří se zralejší obrany, zvyšuje se schopnost lépe rozumět tomu, co pacient myslí nebo koná, pacient se lépe vztahuje ke své minulosti, přítomnosti i budoucnosti, je schopen lépe prožívat své vztahy, vzrůstá tvořivá energie.

Podle Zweibel je vhled rozhodující faktor změny. Považuje tedy za významné porozumět odporu, který může bránit vhledu a odporu, který znemožňuje, aby vhled přivodil změny. Pak je tedy v psychoanalýze důležité pracovat na odporu (Zwiebel, 2008).

Čálek popisuje mechanismus cíle psychoterapie jako svobodu. Za klíčový mechanismus změny považuje vhled. Tímto pojmem nerozumí pouze intelektuální nahlížení, ale mechanismus, který vede ke změně způsobu bytí, nikoli jen vědomí. V tomto ohledu chápe tento děj jako fundamentální porozumění, které znamená vhled do pravdy lidského bytí, jako jeho akceptaci. Za stěžejní v tomto porozumění lze formulovat přijetí nevyhnutelnosti vzít vlastní existenci na sebe i přes to, že za co tu člověk přebírá odpovědnost, totiž plnost svého života, to nemá ve svých rukou a předem ani nemůže dohlédnout všech následků svých svobodných rozhodnutí. Bytostně klíčové je, že člověk o tomto svém údělu ví nebo o něm má alespoň tušení (Čálek, 2004).

Systematicky se změnou zabývá bostonská pracovní skupina (BCPSG), v centru jejich pozorování je zaměření se na přítomný okamžik, přítomný okamžik je chápán v souvislosti

s intersubjektivitou. Schopnost vztahování se je apriorně dána, protože hledáme souznění (Palková, 2011).

Principy vztahové psychoanalýzy se posunuly k výkladům o spoluvytváření mentálního světa s kontinuálním světem druhého. Někteří autoři z této skupiny například Stern, vnímá intersubjektivitu jako princip bytí člověka. Psychoterapii vnímá jako neuspořádaný proces, který v dyadické interakci může vytvářet podmínky pro možnou změnu. Proces změny spojuje s intersubjektivitou. Za základní charakteristiky intersubjektivity jsou považovány motivy ke zjištění, kde se v intersubjektivním poli nachází ten druhý, potřeba sdílení zkušenosti a potřeba vymezení se ve vztahu k tomu druhému. Tyto motivy se promítají do průběhu terapeutického procesu a jsou zdrojem nalézání nové polohy ve vztahu bytí s druhým člověkem. Tyto nové polohy bytí ve vztahu se stávají součástí implicitního vědění, toto je první krok změny na lokální úrovni. Přítomné okamžiky, které trvají jen krátce, se seskupují a podílejí se na terapeutické změně (Stern, 2008).

Přes rozličná teoretická vymezení je možné nalézt podobnost v definování změny v psychoterapeutickém procesu. Momenty změny jsou v rámci procesu velmi vzácné, ale přesto pohyb vpřed pokračuje v poklidném plynutí. (Palková, 2011)

Dramatické změny posilují intersubjektivní pole, které dostává jinou podobu, proměňují reagování, díky neplánované, autentické interakci dochází k posílení vztahu a postupnému vytváření změněného rámce chování (Stern, 2008).

Výsledky randomizované studie zabývající se rozbořením dlouhodobého efektu v oblasti interpretace přenosu. Studie ukazuje vliv motivace pacientů na posílení sebeochrany a zvládnání symptomů. Pacienti náhodně dostávali a nedostávali interpretace. Měření objektivními metodami proběhlo ve fázi před zahájením léčby, v průběhu léčby po léčbě se dvěma sledováními. Prokázali významné ovlivnění motivací jako faktoru ovlivňujícího změnu, schopnost adaptace na distress, významně vyšší schopnost dlouhodobě stabilních změn v souvislosti s délkou léčby (Marble, Hoglend and Ulberg, 2011).

Studie dokladují účinnou změnu pro pacienty s poruchou osobnosti, dokazuje, že po 39 sezeních dynamické vedené skupinové terapie dochází ke změně symptomů. Autoři užíli k měření změny škálu, kterou vyvíjeli pro měření změny před 25 lety - Millon Clinical Multiaxial Inventory, která se používá jako hodnotící, screeningový nástroj. Ve skupině byli zařazení pacienti s rysy nebo poruchou osobnosti schizoidní, vyhýbavou, pasivně agresivní, efekt změny byl měřen 20 dní po ukončení léčby. Úvodní sezení provedení klinickým pracovníkem, psychiatrem, psychologem, bylo revidováno na diagnostické konferenci. Diagnóza byla dotvářena v dalších dnech během skupinové terapie a

pozorováním a pomocí dynamicky vedeného interview. Ve skupině převažovaly ženy, pacienti s poruchou osobnosti, úzkostnou poruchou a velkou depresivní poruchou. Zařazení pacienti absolvovali sezení skupinové, dynamické terapie v rámci psychoterapeutického programu, který zahrnoval sezení 3x týdně podobu 13 týdnů. Většina pacientů reagovala na farmakologickou léčbu – 48% (antidepresivní nebo anxiolytickou) v počátcích terapie. Všichni terapeuti měli ukončený výcvik a pracovali pod supervizí. Výsledky se lišily podle specifické poruchy osobnosti, ale studie v zásadě prokázala, že 39 sezeními dynamické skupinové terapie dosahuje většina pacientů nárůstu zlepšení. Míra zlepšení byla dosažena nejprokazatelněji u depresivních symptomů. Stejně tak u symptomů vázaných na interpersonální senzitivitu, včetně vyhýbavých projevů. Skupinová terapie dodala odvalu ke konfrontaci a možná stimulovala změnu osobnostních postojů u projevů agrese, autonomie, egocentrismu zejména u 25% histriónské, narcistické, asociální a agresivní osobnosti. Studie prokazuje nárůst zlepšení i po 2 letech sledování (Jensen, Morstensen, Lotz, 2008).

### **Transteoretický model změny v psychoterapii.**

Tento model má integrativní charakter, čerpá z celého spektra hlavních teorií, s plným zachováním rozmanitostí i jednoty systémů psychoterapie, zároveň tento model popisuje procesy změny i mimo terapeutický proces (Prochaska, Norcross, 1999).

Autoři rozlišují změnu na úrovni procesu, stadia a úroveň změny. První dimenze proces změny jsou zjevné či skryté aktivity, do nichž lidé vstupují, aby změnili emoce, chování, myšlení nebo vztahy (Prochaska, 1979). Uvedené **procesy** změny jsou empiricky ověřené, autoři uvádějí, že to jsou:

1. Zvyšování vědomí
2. Katarze/dramatická úleva
3. Přehodnocení sebe
4. Sebeosvobození
5. Sociální osvobození
6. Protipodmiňování
7. Ovládnutí podnětů
8. Manipulace s následky
9. Pomáhající vztah

Detailněji dělí autoři Prochaska, Di Clemente (1982) na dimenze:

1. Zvyšování vědomí zde rozlišují zpětnou vazbu a vzdělávání
2. Katarze na korektivní emoční zkušenost a dramatickou úlevu,
3. Podmiňování je ve dvou dimenzích protipodmiňování a ovládání podnětů
4. Ovládání následků v dimenzi přehodnocení a manipulace s následky.
5. Vybírání má dimenze sebeosvobození, sociální osvobození
6. Terapeutický vztah

Tyto dimenze procesu změny naznačují spíše konvergenci psychoterapeutických přístupů. Autoři se věnují přiřazení psychoterapeutického přístupu k jednotlivé dimenzi změny. Je zřejmé, že dimenze zvyšování vědomí je ta, na které se shodne nejvíce psychoterapeutických přístupů.

Behaviorální terapie považuje za důležité tyto dimenze: zvyšování vědomí v podobě vzdělávání, podmiňování/protipodmiňování, ovládání podnětů, manipulací s následky, sebeosvobození. Kognitivní terapie je zaměřená na zvyšování vědomí, vzdělávání, protipodmiňování, ovládání následků/přehodnocení. Psychoanalýza a analyticky zaměřené terapie pracují s dimenzí změny na úrovni zvyšování vědomí, vzdělávání, katarzi/korektivně emočním zážitkem a s terapeutickým vztahem.

Pro porozumění změny, kterou člověk prochází je důležité stadium změny (Prochaska, DiClemente, 1982).

Stadia změny jsou jedinečným příspěvkem integrativní psychoterapie (Prochaska, Norcross, 1999).

Stadia změny představují podle autorů specifické konstelace postojů, záměru a chování, které se vztahují k postavení jedince v cyklu změny (Prochaska, Norcross, 1999).

Autoři (Prochaska, Velicer, 1997) uvádějí, že každé stádium odráží časový úsek, ale také řadu úkolů, které je nutné splnit, aby došlo k posunu. Změna probíhá v několika sériích pěti stadií:

1. Prekontemplace
2. Kontemplace
3. Příprava
4. Akce
5. Udržení
6. Dokončení



Prekontemplace je stadium, ve kterém neexistuje žádný záměr změnit chování v dohledné budoucnosti. Často si lidé neuvědomují své problémy, na rozdíl od svého okolí (Prochaska, Norcross, 1999). Změna je spíše výsledkem tlaku okolí, díky tomu je změna spíše dočasná a závisí na tlaku okolí.

Kontemplace je stadium je stadium uvědomění si problému, ale bez rozhodnutí se k činu. Dalším stadiem je příprava. V tomto stadiu jedinci provádějí drobné změny v chování (Prochaska, Norcross, 1999). Navazující stadium akce, je stadium, v němž pozměňují jedinci své chování a zážitky, aby své problémy překonali (Prochaska, Norcross, 1999). V tomto stadiu potřebují jedinci určité dovednosti, aby si osvojili produktivnější způsoby chování. Konečným stadiem je udržení, které je pokračováním změny. Časovým kritériem po posunutí se do fáze udržení je doba šesti měsíců. Autoři dále uvádějí, že stadia jsou spíše spirálou, kdy se jedinec vrací do stádia prekontemplace a v dalším opakování využívají svých dříve získaných zkušeností, ukončení nastává ve fázi, kdy jedinec přestane prožívat pokušení se do problematického chování vrátit (Prochaska, Norcross, 1999).

Důležitou determinantou prognózy terapie je stadium změny, ve které se pacient před zahájením terapie nachází. Toto potvrdily studie autorů (Procházka, Norcross, 1999). Zejména pak studie (Meidero, Prochaska, 1993), které potvrdily úspěšnou předpověď předčasného ukončení terapie při doplnění demografických údajů o charakteristiku stádia změny, zde 93% správná predikce o ukončení terapie. Za důležité považují autoři (Prochaska, Norcross, 1999) integraci procesů a stádií a to zejména z důvodů usnadnění aplikace procesu. Je zřejmé, že ve stádiu prekontemplace užívají pacienti procesy změny nejméně, jsou zde také nejslabší emocionální reakce na sebe nebo o své okolí, v léčbě jsou tito pacienti označováni, že jsou ve fázi odporu. V této fázi jsou doporučovány techniky zvyšování vědomí, za které jsou považovány např.: pozorování, interpretace, konfrontace. Druhým procesem je katarze, která umožňuje prostřednictvím emocionálního zážitku pokles problémového chování. Tato fáze je často propojená se stádiem kontemplace, kdy jsou jedinci nejvíce otevření intervencím na zvyšování vědomí, např. biblioterapie, to zvyšuje uvědomění si sebe samotného a přehodnocení sebe (Prochaska, Norcross, 1999). V této fázi dochází k přehodnocení hodnot, které bude chtít jedinec aktualizovat. Zároveň dochází podle autorů (procházka, Norcross, 1999), k přehodnocení vlastního chování na okolí. V této fázi přechodu mezi stádií prekontemplace a kontemplace dochází zejména k užívání kognitivních postupů. Další fází je stadium přípravy, která je charakterizována malými pokroky, pro přechod do vlastního stádia akce, je důležité, aby jedinci jednali v souvislosti s pocitem sebeosvobození a prožitkem vlastní autonomie, že chtějí svůj život

v klíčových oblastech změnit (Prochaska, Norcross, 1999). V této fázi je vhodné využití převážně behaviorálních procesů jako je protipodmiňování, manipulace s následky a ovládání podnětů. Ve stádiu udržení je důležité objektivní zhodnocení podmínek, za nichž se mohou vrátit ke svému problematickému chování, zde musí klienti zhodnotit alternativy, kterými tuto situaci mohou zvládnout. Zde se tedy jeví jako vhodné uskutečňování správných procesů ve správném stádiu, proto, aby byla změna účinná a trvalá. Z této transteorie také vyplývá, že zdánlivě protikladné procesy se mohou stát komplementárními, jestliže je zasadíme do stádia změny (Prochaska, Norcross, 1999).

Izolované symptomy se v lidském chování objevují ve složitých a navzájem souvisejících úrovních lidského fungování. Z tohoto pohledu vnímají autoři pět navzájem odlišných úrovní změny, propojených úrovní psychologických problémů:

Symptomy a problémové situace

Maladaptivní kognitivní procesy

Současné interpersonální konflikty

Intrapersonální konflikty.

Tyto úrovně lze rozdělit pro behaviorální terapeutů zejména na oblast symptomů a problematických situací, na které se svými intervencemi zaměřují. Kognitivně zaměřeni terapeuti se zaměřují na úrovně maladaptivních poznávacích procesů, rodinní terapeuti na interpersonální konflikty a psychoanalytici na intrapersonální konflikty. Transteoretický model jako integrativní přístup uznává všechny úrovně. V rámci tohoto přístupu je obvyklé postupovat od symptomů k intrapsychickému konfliktu na úrovni uvědomování si, je postup od vědomého k nevědomému (Prochaska, Norcross, 1999).

Z výsledků transteoretických analýz pro popsání hlavních fází změny zejména k prokázání úspěšných adaptačních a individuálně cílených způsobů léčby vyplývá (na základě meta-analýzy 39 originálních studií), že schopnost dosahovat různé fáze změny souvisí s odhodláním, s fází před zahájením léčby, se schopností předvídat ukončení, se stanovením si realistických cílů. K těmto závěrům dospěli autoři revizí úspěšné léčby u pacientů, kteří dosáhli určité fáze změny. Účinnost léčby porovnávali také na změně tělesného zdraví (Norcross, 2011).

## **2.6 ÚČINOST PSYCHOTERAPIE.**

Podle Vymětala je účinnost psychoterapie prokázána mnoha systematickými výzkumy (Vymětal, 2004). Jednou z rovin, která podporuje výzkumy v oblasti psychoterapie je obhájení daného psychoterapeutického přístupu ve vztahu ke specifickým potížím pacienta a jeho osobnostní jedinečnosti. Proto jsou výzkumy zaměřené na účinnost psychoterapie také etickým zdůvodněním pro indikaci psychoterapie jako legálního postupu léčby.

Výzkumy zaměřené na účinnost psychoterapie porovnávají vlivy různých psychoterapeutických přístupů, jsou zaměřené například na rychlost, na mechanismus působení, na trvalost změny, na to jak se projevuje změna v osobnosti pacienta (Vymětal, 2004).

Dalším úrovní je sekundární analýza – v podobě metaanalýzy a box count postupu. Oba postupy zahrnují následné zpracování dat získaných nezávisle (Vybíral, Āimulák, 2009).

Možnost pro strukturované mapování psychoterapeutických procesů přináší výzkum P. Siegla a A. Demoster (2010), ze kterého vyplývá popis změn v maladaptivních projevech chování. V první části se autoři pokusili popsat sekvence chování a jeho regulaci emocemi a mezilidskými vztahy, testovali efektivní postupy, pro identifikaci tohoto maladaptivního chování ve druhé části se ukázali přeměnu maladaptivního chování na adaptivní chování v dlouhodobé terapii a identifikovali adaptivní změnu. V následné statistické analýze poukázali na redukci maladaptivního chování a narůst adaptivních změn. Popsali vývoj převážně pervazivních postupů a popsali je v detailu. V počátcích terapie popisují rozvoj osobnostní patologie na základě interpersonální interakce, ve variantách příběhů se opakovala interpersonální schémata, která považují za významná v porozumění osobnostní patologie. Nejprve identifikovali vzorce, následně je verifikovali a dále srovnávali rozdílná vyprávění. Přepis původního plného znění terapii kódovali do kategorií IT - chováním vyjádřená přání - např. pozitivní aktivní přání (podpora, láska, péče o) pozitivní pasivní přání (zájem o druhé), negativní aktivní přání (příkoří, hostilita k druhým) negativní pasivní přání (vyhýbání se) negativní pozitivní přání. Kategorie ME - emocionální stav – naplněné a nenaplněná přání např.: Pasivní - pozitivní emotivní stav spokojenost, negativní emoční stav neuspokojené, smutek, aktivní pozitivní – uspokojení, negativní – neuspokojení, úzkost. Bylo ukázáno, že pozitivní kategorie jsou spojeny s interpersonální atraktivností, negativní vyvolávají interpersonální nechut'. Autoři považují interpersonální schémata za významná pro určení osobnostní patologie, studie reprezentuje jedinečný test maladaptivního chování pacientů, protože studie byla desingnována jako výzva rivalizujících kliniky a rigorózní metodologie s ideografickými a nomotetickými postupy. Výsledkem je, že částečné postupy charakterizují typy v osobnostní patologii, protože

rozličné typy osobnostní patologie jsou charakterizovány částečnými maladaptivními mezilidskými vzorci, hypotézou je, že užití prototypů interpersonálních scénářů odvozených od určené osobnosti. Změna je zde prezentována na procesu diagnostikování problému, léčbě a ukončení léčby, kdy dochází k problému jak změnu měřit. Postup autorů částečně umožňuje převedení terapie do chronických sekvencí a vytváří strukturovanou příklad (Siegel, Demorest, 2010).

Na základě nejrozsáhlejší metaanalýzy uskutečněné v osmdesátých letech na Institutu psychologie univerzity v Bernu v týmu, který vedl Grawe vyplynulo, že psychoterapie je prokazatelně účinnější než placebo terapie či žádná terapie. Psychoterapeutické postupy vedou k podobným změnám ve svém rozsahu nikoliv však v kvalitě (Vybíral, Āimulák, 2009). Na základě této metaanalýzy se ukázalo, že je signifikantně účinná KBT, rogersovská terapie a psychoanalytická krátkodobá do 100 hodin.

Výzkum prováděný na Švýcarské universitě v Lausanne přinesl informace o změně v krátkodobé dynamické terapii. Studia zahrnuje 32 pacientů s poruchou přizpůsobení docházejících do dynamické terapie, po dobu nejvíce 40 sezení. Záznamy terapií byly přepisovány první dvě sezení jako první část terapeutického procesu. Výsledky potvrdily hypotézu pro copingové mechanismy. V úvodu prošli pacienti strukturovaným klinickým interview podle APA (American psychiatric association), diagnostikování podle DSM - IV, pacienti s psychózou a bipolární poruchou byli ze studie vyřazeni, věkový průměr pacientů byl 24 let. 7 pacientů mělo diagnostikováno nějakou osobnostní komorbiditu, 82% z nich byly ženy. Terapeuti byli zkušení, praktikující terapie nejméně 10 let, jako rámeček byl zvolen psychoanalytický přístup krátkodobé terapie. Studií bylo potvrzeno, že obrany a zvládání jsou dva rozdílné psychologické procesy. Nebyl potvrzen vztah mezi časnou změnou obranami a zvládacími aktivitami, stejně jako se uvádí pro vztah. Prokázání účinnosti pro změnu pomocí obran je v krátkodobé terapii omezené. Bylo potvrzeno, že terapeutický vztah vytváří podmínky pro proměnu a zvládání, které na rozdíl od obran souvisí s úrovní symptomů. Tato studie vytváří potenciální výhodu pro terapii zvládání a obran (Kramer, Roten, Michel, 2009).

Z výzkumů zaměřených na účinnost BT vyplývá na základě metaanalýzy, že u pacientů léčených těmito postupy Bylo dosaženo účinku bez ohledu na věk pacienta, typ jeho potíží nebo terapeutovu zkušenost. Účinnost tohoto bylo přístupu byla prokázána i specifických poruchnapř. U OCD (obsedantně kompulsivní poruchy), migrény, PPP (poruch příjmu potravy), u nespavosti (Procházka, Norcross, 1999).

Účinnost KT v podobě racionálně emoční terapie byla prokázána Ellisovými studiemi v r. 1957, zde došlo ke zlepšení nebo výraznému zlepšení u 63% pacientů, tato studie má své limity v chybění kontrolního vzorku neléčených pacientů. V klasické metaanalýze Smitová, Glass, Miller z r. 1980 bylo zkoumáno 475 studií, zde dosáhla racionálně emoční terapie průměrné míry účinnosti (Procházka, Norcross, 1999).

KT byla nejvíce zkoumaným přístupem v r. 1989 uvedl Dobson účinnost Beckovy KT u deprese, kdy průměrná míra účinnosti byla vysoká téměř 98% oproti kontrolnímu vzorku neléčených pacientů. Další studie Robinson, Berman, Neimeyer v r. 1990 prokázala, že depresivní pacienti se prokazatelně zlepšili a tyto výsledky byly srovnatelné s účinky antidepressivní farmakoterapie (Prochaska, Norcross, 1999).

Výzkumy univerzity v Amsterdamu přinášejí podrobnosti při srovnání účinnosti KBT a krátké psychodynamické podpůrné psychoterapie. Se shodnými poměry tzv. drop out pacientů do 8 sezení. Studie měla i katamnestickou část jeden rok po ukončení terapie. Zde bylo potvrzeno, že psychodynamická psychoterapie je srovnatelná s KBT co do účinnosti (Vybíral, 2011).

### **3. PRAKTICKÁ ČÁST - KAZUISTIKY**

V této části uvádím kazuistiky nebo kazuistická torza, na kterých chci demonstrovat průběh změn v konkrétních psychoterapeutických případech. Snažím se mapovat jednotlivé fenomény, které změnu potencují. Záznam je rozborem psychoterapeutického procesu.

#### **3.1 ZAMĚŘENÍ A CÍLE PRÁCE**

Ve své práci jsem se zaměřila na zmapování a utřídění pojmů vázících se k psychoterapeutickému procesu, psychoterapeutickému vztahu a popsala jsem fenomény, které ovlivňují změnu v psychoterapii.

Teoretické poznatky jsem mapovala v konkrétních případech pacientů.

## 3.2 FORMULACE ÚKOLŮ

Tato práce si klade dva základní úkoly.

Prvním je teoretické přiblížení psychoterapeutického procesu a seznámení s používanou terminologií.

Formulovala jsem otázky:

Co rozumíme psychoterapeutickým procesem?

Jak je chápána změna v psychoterapii z pohledu kognitivně behaviorální terapie, psychoanalýzy a transteortického přístupu?

Druhý úkol je zaměřen na analýzu kazuistik, je snahou o nalezení společných principů, nebo motivů v terapiích z mé klinické praxe. Kazuistiky jsou zaznamenány formou torza a slouží k demonstraci odlišných vnitřních motivů pacientů. Pokládala jsem si otázky:

Co je fenoménem psychoterapeutické změny?

Jaké fenomény působí v procesu psychoterapie a posouvají ji k úspěšnému zakončení?

Z jakých pohledů můžeme chápat smysluplné souvislosti v lidském životě a jak s nimi zachází psychoterapie?

## 3.3 VOLBA ZÁKLADNÍCH METOD A ZÍSKÁVÁNÍ DAT

V úvodu této kapitoly bych se ráda zmínila o některých základních charakteristikách výzkumu v psychoterapii se zaměřením na kvalitativní výzkum.

Aplikovaný výzkum je v oblasti psychoterapie obvyklým. Přístupem se rozlišuje na kvalitativní a kvantitativní, kdy obě výzkumné strategie zacházejí s předmětem zkoumání odlišným způsobem. Dále v textu bude zmíněn pouze kvalitativní přístup, který je tématem praktické části práce. Výběr metody zkoumání by měl být podřízen cíli zkoumání a nemělo by být její užití samovolné.

Za okruhy ve kterých je indikované užití kvalitativních metod považuje Miovský fázi předvýzkumu, kdy dochází k mapování a dokreslení cílů vlastního zkoumání, na probarvení výsledků statistických metod, zhodnocení výsledků výzkumných projektů případně u výzkumů, které vyžadují kvalitativní metody (Miovský, 2006). U kvalitativních výzkumů bývá frekventovaný celostní přístup a zkoumání v přirozených podmínkách. Nástrojem je obvykle pozorování, analýza např. audiovizuálních dat, není zdůrazňována objektivita a výzkum má spíše explorativní charakter (Kerlinger, 1972).

Mezi metody sběru dat kvalitativním způsobem patří pozorování, které má varianty introspekce a extrospekce. Dalším způsobem je vedení interview v podobě strukturované, polostrukturované a nestrukturované. Je možné užívat kvalifikované odhady, zpracovávat textové dokumenty, pracovat na analýze časových křivek nebo psychosémantických metod (Miovský, 2006).

Případové studie jsou řazeny mezi základní kvalitativní výzkumné projekty v psychologii. Případ je vnímán jako specifický projev v širším kontextu. Měl by zahrnovat komplexní hodnocení, deskripci a explanaci různých jevů souvisejících s případem a kontrolní mechanismy potvrzující zpětnou kontrolu dosažených výsledků. Případové studie mohou být jedno-případové, studie organizací, nebo životní příběhy. Zdrojem informací pro případové studie mohou být také zdravotnické dokumentace (Miovský, 2006). Dalšími výzkumnými projekty mohou být analýzy dokumentů, terénní výzkum a kvalitativní experiment.

Kvalitativním přístupem je na elementární úrovni studium kazuistik, které mohou být přímo využity v praxi nebo slouží jako zdroj informací pro základní výzkum (Vymětal, 2004).

Základní metodou této práce je kvalitativní analýza psaného textu, tedy zdravotnické dokumentace v delším časovém intervalu, mající longitudinální charakter s použitím nestandardizovaných metod, interpretativních, kvalitativních strategií. Práce je koncipována jako deduktivní porovnání teorie s daty, tedy logického odvození závěrů z premis. Svoji koncepcí je tato práce aplikovanou formu zkoumání, převážně popisného charakteru s rozšířením o predikci, aplikací teorie (Hendel, 2008).

První část je přehledem empiricky prokázaných psychoterapeutických teorií. Volně jsem navázala na svoji diplomovou práci, ve které se zabývala integrací v psychoterapii a téma rozpracovala.

Druhá část je analýzou psaného textu. Jedná se o analýzu dat. Tato celistvá entita je analyzována, následně jsou hledány konfigurace, konsekvence a asociace uvnitř případu. Tento přístup je vhodný při hledání konkrétních, historicky zdůvodnitelných konfigurací v malé množině případů (Hendel, 2008).

Uvedeny jsou kazuistické případy pacientů z mé klinické praxe. Kazuistiky jsou uvedeny v jednotné struktuře.

Podle autora se jednalo o sběr dat pro kvalitativní analýzu s předem navrženou kostrou zprávy, čímž byla určena transkripce dat (Hendel, 2008).

Jednotlivá terapeutická sezení jsou podle významnosti zapsána podrobně, nebo pouze heslovitě. Plné znění je uchováno ve zdravotnické dokumentaci. Pro transkripci původních dat sloužila osnova záznamu kazuistického případu.

Data jsou rozdělena do analytických jednotek, segmentace textu je cílena podle obsahu.

Popisy terapeutických sezení jsou doplňovány o teoretické bloky, které jsou použity pro doložení analýzy případu. Součástí komentářů, jednotlivých kazuistik jsou také průběžné supervizní komentáře. Tyto teoretické bloky a komentáře mají charakter interpretativní obsahové analýzy (Miovský, 2006).

Jedná se o záznamy psychoterapií, které jsem vedla ve své klinické praxi od roku 2000. Vznikaly postupně.

Uvedené kazuistiky jsou případy dlouhodobé i krátkodobé, úspěšné, ale také neúspěšné psychoterapie. Za úspěšnou terapii je považována ta, ve které došlo k naplnění terapeutického cíle stanoveného v úvodu léčby, jedna z kazuistik je ukončena předčasně. V průběhu terapie jsou hledány příčiny a konsekvence změny.

Kazuistiky jsem vybírala cíleně, se zaměřením na mapování fenoménů změny podle teoretického výkladu. Mezi jednotlivými terapiemi jsem volila podle zadání tak, aby uvedené případové analýzy dobře demonstrovaly mechanismus změny. Při vlastní volbě kazuistik jsem upřednostnila kritérium změny před způsobem vedení terapie.

K mapování procesů změny a fenoménů jsem použila kategorie:

ZVYŠOVÁNÍ VĚDOMÍ  
KATARZE  
PODMIŇOVÁNÍ  
OVLÁDÁNÍ NÁSLEDKŮ  
VYBÍRÁNÍ  
TERAPEUTICKÝ VZTAH

Zároveň v každé kazuistice jsem se snažila mapovat stádia a úroveň změny jako významné fenomény psychoterapeutického procesu.

Stádia:

PREKONTEMPLATE



KONTEMPLACE  
PŘÍPRAVA  
AKCE  
UDRŽENÍ  
DOKONČENÍ

Úrovní změny:

SYMPTOMY A PROBLÉMOVÉ SITUACE  
MALADAPTIVNÍ KOGNITIVNÍ PROCESY  
SOUČASNÉ INTEPERSONÁLNÍ KONFLIKTY  
INTRAPERSONÁLNÍ KONFLIKTY

Pro zachování obdobného terapeutického postupu jsem volila výběr kazuistik obecně z okruhu afektivních poruch a poruch osobnosti.

Struktura použitá pro zápis terapeutického torza, obvyklou strukturu pro vedení zdravotnické dokumentace:

RODINNÁ ANAMNESA.  
OSOBNÍ ANAMNESA.  
ŠKOLNÍ DOCHÁZKA A PRACOVNÍ ANAMNESA.  
VITA SEXUALIS.  
SOCIÁLNÍ ANAMNESA.  
CRIMINA.  
NÁVYKY.  
INDIKACE K PSYCHOTERPII.  
VLASTNÍ PRŮBĚH PSYCHOTERAPIE.  
SHRNUTÍ KAZUISTIKY.

### **3.4 KAZUISITKA č. 1 - paní A.**

**Pacientka 30 letá žena, profesorka na gymnáziu, vdaná, bezdětná – paní A.**

#### **RODINNÁ ANAMNESA.**

Matka pacientky v době zahájení PT byla 52 letá žena, středoškolačka, aktuálně zdráva.

Pacientka svoji matku popisovala jako laskavou a pečující osobu.

Otec v té době byl 57 letý, středoškolák o jeho stavu neměla žádné informace. Od rozvodu rodičů se nestýkali, nechtěla o něm hovořit.

Rozvod jejich rodičů proběhl asi v jejich 5 ti letech. Vztah po rozvodu hodnotila jako velmi konfliktní, postupně její kontakt s otcem ustal.

#### **OSOBNÍ ANAMNESA.**

Pacientka mladistvého zjevu plnoštíhlá, energická.

Pacientka byla v době terapie 30 letá, VŠ, profesorka gymnázia, aprobace NJ, ČJ, vdaná, bezdětná. Partnerský vztah se jevil jako spokojený. Vztahy v primární rodině jako velmi konfliktní a neuspokojivé, její rodiče byly rozvedeni.

Pacientka byla v době zahájení terapie 4 roky vdaná, v partnerství spokojená. Manželství bylo bezdětné, plánovala otěhotnění po skončení PT.

#### **ŠKOLNÍ DOCHÁZKA A PRACOVNÍ ANAMNESA.**

Do mateřské školy docházela od 3 let, bez adaptačních potíží, do školy nastoupila v řádném termínu, neměla potíže s adaptací na vzdělávací proces, ani ve vztahu k vrstevníkům.

V průběhu školní docházky dosahovala vždy dobrých studijních výsledků.

Netrpěla specifickými poruchami učení, nebyla nikdy terčem šikany. Nikdy neměla kázeňské potíže. Jak sama říkala, byla vždy pečlivým a zodpovědným studentem.

Ukončené vzdělání VŠ – pedagogického směru – aprobační NJ, ČJ.

Po absolvování studia nastoupila jako středoškolská profesorka na gymnázium.

V zaměstnání byla spokojená.

### **VITA SEXUALIS.**

Zahájení sexuálního života byla v 17 letech, vztahy měla tři, dlouhodobé ve vztahu s manželem byla celkem 6 let.

### **SOCIÁLNÍ ANAMNEZA.**

Aktuálně měla spíše okruh několika blízkých přátel. Vztahy vytvářela spíše dlouhodobě. Ráda cestovala, bavilo ji její zaměstnání.

### **CRIMINA.**

Nikdy nebyla trestána.

### **NÁVYKY.**

Paní A byla nekuřačka, neměla žádné zkušenosti s drogami, konzumace alkoholu byla na úrovni běžné konzumace, bez přítomných palimpsestů. Negovala gambling.

### **INDIKACE K PSYCHOTERPII.**

Pacientka byla doporučena do terapie svojí ošetřující psychiatrou, kterou navštívila asi před 4 měsíci. Po celou dobu psychiatrické péče užívala antidepresiva. Došlo k částečné úlevě potíží, ale z části potíže přetrvávají a pacientce snižují kvalitu života.

V prvním kontaktu byla velmi otevřená, ale v některých fázích hovoru mluvila velmi zdrženlivě až se studem.

Paní A působila přiměřeně otevřeným dojmem, ale v zásadě byla ve své sdílnosti rezervovaná. Projevovala zájem spíše o krátkodobou terapii. Pacientka byla motivována pro terapii.

Potíže začaly asi před dvěma lety na dovolené. Následný rozvoj symptomů byl postupný, asi před půl rokem se stal neúnosným a ona vyhledala péči psychiatry.

V její péči úzkostné symptomy ustoupily částečně a paní A pochopila, že musí zkusit psychoterapii, aby se kvalita jejího života zlepšila.

V úvodním rozhovoru bylo zřejmé, že se jedná o pacientku s dobrou rozumovou kapacitou, která je schopna s jistou mírou rezervovanosti o svém prožívání hovořit. Pacientka se v kontaktu jevila jak komponovaná, nejistá s úzkostně depresivním vyladěním. Pro psychoterapii plně motivovaná.

Zároveň bylo zřejmé, že ji zaujalo to, jak s ním mluvím. Na mé dotazy reagovala zdrženlivě, ale se zájmem.

Jistá zdrženlivost přetrvávala po celou dobu terapie. Pacientka vyjádřila potřebu spíše krátkodobé terapie, spíše edukativně orientované, nechtěla se pouštět, jak sama říkala do „probírání babiček“, cítila se orientovaná na přítomnost. Domluvily jsme pravidla dalšího setkávání.

## **VLASTNÍ PRŮBĚH PSYCHOTERAPIE.**

Pacientka zahájila psychoterapeutickou péči v dubnu 2008. Celkově docházela na 9 sezení od 04/08 do 09/08. Sezení se konala 1x týdně od dubna do června, pak po prázdninách ještě jedno ukončující sezení.

### **První sezení**

Její potíže byly již v mírnější intenzitě, vzhledem k faktu, že užívala čtyři měsíce antidepresiva. Pacientka měla potíže s cestováním veřejnou dopravou, v rámci města a zejména pak meziměstsky a mezistátně. Při nástupu do dopravního prostředku docházelo k imperativnímu nucení k vyměšování.

Pacientka zahájila kognitivně behaviorální terapii.

Potíže se rozvinuly postupně po zahraniční dovolené před 2 lety. Zde při autobusovém transferu měla pacientka dysentérii a musela si opakovaně cestou žádat o zastavení autobusu. Během cesty se cítila trapně. Vadila ji upřená pozornost spolucestujících a strach z možné kolize byl paralyzující.

Pocit studu přetrvával i v dalších dnech a na dovolené se cítila velmi dyskomfortně.

Po návratu z dovolené zpočátku bylo vše bez potíží. Po nějaké době začala sledovat možnosti veřejných toalet cestou do zaměstnání a postupně během několika měsíců přestala zcela městskou veřejnou dopravou cestovat.

Meziměstsky mohla cestovat vlastním automobilem, nebo vlakem, v krajním případě autobusem s toaletou, ale to byla ryze teoretická varianta, autobusem mimo město v posledním půlroce necestovala.

Pacientka se v kontaktu jevila jak komponovaná, nejistá s úzkostně depresivním vyladěním. Pro psychoterapii plně motivovaná.

### **Další sezení.**

Podle instrukcí zpracovávala postupně situace, myšlenková schémata, mapovala emotivní doprovod v situacích, vyhýbavé mechanismy, konsekvence. Naučila se aplikovat regulační techniky na snížení vegetativních symptomů – autogenní trénink, regulované dýchání.

V prvním kontaktu je to tzv. edukace pacienta o jeho onemocnění. Tím se v zásadě snižuje sekundární úzkost z obavy z onemocnění a pacient získává větší jistotu, tzv. kognitivní korektivní zkušenost (Vymětal, 2004).

Mezi jednotlivými návštěvami pacientka sama pravidelně studovala v literatuře určené pro pacienty.

Samotná kognitivně behaviorální edukace o mechanismu rozvoje úzkosti jí velmi pomohla. Na jednoduché úrovni zde proběhlo to, s čím přišel Freud – „...učinit nevědomě vědomím...“ (Norcross, 1996).

Paní A začala a rozumět tomu, co se v ní děje na kognitivně behaviorální úrovni. Pochopila, že mechanismem úzkosti jsou potíže s cestováním. Tento mechanismus je podpořen teoretickými úvahami o tom, že člověk nereaguje na podnět jen reflexivně, ale v souladu s užíváním jazyka a řeči, které jsou obvykle vědomé procesy (Norcross, 1996). Zde tedy prošla procesem změny na úrovni zvyšování vědomí v podobě edukace i zpětné

vazby. V tomto bodě dosáhla pacientka úrovně změny: symptom a problémová situace a maladaptivní kognitivní schémata. Používáním postupů KBT zvládla vegetativní symptomy, iracionální úzkostné scénáře. Zároveň se postupnými expozicemi situací posunula z fáze přípravy do fáze akce.

Při podnětech, které k nám přicházejí, vždy zvažujeme i motiv, který k podnětu vedl, a na základě této analýzy reagujeme. Tedy poskytujeme-li svým klientům informace, zvyšujeme jejich míru vědomí a tím pacienti získávají pocit porozumění, jistotu, se kterou mohou s podněty lépe zacházet.

Pro pacienty s fobickými úzkostmi je úlevným mechanismem samotné pojmenování. Vytvoření racionální, kognitivní struktury je pro pacienty úlevné.

Úlevu navozuje zvýšené uvědomění. Samozřejmě i v psychoterapii, která je vedena, jako kognitivně behaviorální dochází k uvolnění silných emocí v důsledku zvýšení vědomí informací, které mají velmi osobní význam.

Zvýšená míra uvědomění dává komukoli z nás možnost uvědomit si své chování a postupně je změnit, pokud je to možné.

Pro paní A byl užitečný mechanismus zpětné vazby ve smyslu, když zacházím racionálně se svým myšlením, snižuji tělesné napětí, úzkost klesá.

Pokusila jsem se na potíže pacientky podívat z několika různých pohledů. Sama jsem měla dojem, že omezení cestování má velký význam v aktuálním kontextu života, bylo to jakýmsi náhradním vyjádřením momentální situace. Pacientka jako by se bála vykročit dále ve svém životě. Rezignace ilustruje převahu úzkostného prožívání nad potřebou dalšího vývoje.

Pacientka jako by se bála změny, ztráty kontroly nad událostmi, které nemá pod kontrolou, rychlost, autobusu, zastavování, množství spolupasajérů. Jako paralela k životní změně, sňatek, plánované rodičovství – vývojová změna – fáze mladší dospělosti – změna oproti studijnímu systému, ztráta jasného plánu - semestr, zkoušky apod.

Posun na úrovni rolí – středoškolský pedagog a role vzoru a také zodpovědné osoby. Tento vývojový posun může více zviditelnovat identifikaci s negativně vnímaným rodičovským vzorem.

Zároveň po několika sezeních bylo jasné, že se pacientka brání jakékoli zmínce o primární rodině, striktně se držela kognitivně behaviorálního modelu. Zde se objevovaly fantazie o obranných mechanismech ega a silné obavy ze ztráty kontroly a pravděpodobná obava z dezintegrace, kterou by mohlo vyvolat otevření časných traumat. Nezpracovaný rozpad rodiny. Vztah s matkou, zvládnutí separace a rozvoj vztahu dvou autonomních dospělých. Zároveň se vztah s otcem, o kterém neřekla pacientka v zásadě nic, jeví jako popřený a velmi konfliktní.

Předpokládala jsem přítomnost silných, ambivalentních a ohrožujících pocitů vůči oběma rodičům.

Vytěsněná agrese, pocity viny a strach z projevujících se vlastních, „negativních“ sil, strach ze smrti, bezmoc a proti nim nenaplněná potřeba blízkosti a opory, toto všechno mohlo být skryto za symptomem panické a sociální poruchy.

Symptom chápu jako přiléhavě monitorující životní postoj pacientky. Potřebu mít věci pod kontrolou, mít život uspořádaný podle správných pravidel a zároveň vykonávat vše v přiměřeném tempu.

Pacientka se v průběhu terapie snaží posílit své kontrolní mechanismy a schopnosti ovládat. Symptom se jeví jako mechanismus možného úniku, při opouštění bezpečných teritorií. Reálně jí brání vzdalovat se z bezpečných míst, vydávat se do nejistoty veřejné dopravy, potřebuje mít vše ve svých rukou.

Symptom má nyní v interpersonální rovině další význam, ochranu, aktuálně před realizací bližších přátelských vztahů. ...bojím se blízkosti, bojím se toho, jestli o mě budou stát, jestli se jim budu líbit, jestli dokážu udržet nějaký vztah, nebojím se sexuality ...bojím se, aby se to znovu neopakovalo, abych se znovu neztrapnila.

Ve svém nejprostším a komunikačním významu říká paní A svým symptomem také to, že potřebuje péči, pozornost a „léčení“, že si sama nemůže pomoci. Že to má být ona, kdo je schopen si se svou životní situací poradit, ale že se cítí slabá a ohrožená. V rozhovoru tyto své pocity neformuluje v jasné, v otevřené podobě.

Velmi pravděpodobně jsou v rovině interpersonální vztaženy k otci, jeho odchodu a opuštění paní A.

V době zahájení terapie byla pacientka emočně nestabilní, ale motivovaná. Žádala si krátkodobou psychoterapii, rozhodla jsem se tedy pro zahájení terapie v rámci kognitivně behaviorálního postupu.

Uvažovala jsem ve dvou rovinách. V první rovině krátkodobé terapie, ve které jsem byla připravena řešit hlavně stabilizaci aktuálních potíží a zaměřit se na zvládnutí situačních potíží, návrat k obvyklému způsobu cestování a zvládnutí úzkostí. Měla jsem v úmyslu pracovat více s pojmenováváním a změnou postojů.

Zároveň jsem zvažovala otevření dlouhodobé terapie, to je druhá rovina. Měla jsem v úmyslu otevřít téma úzkosti fobického charakteru, ale vzhledem k jejich intenzitě a zejména minimálnímu uvědomění jsem považovala za správné toto otevření až po vytvoření bezpečného terapeutického vztahu a v případě, že si pacientka bude přát změnit terapii na dlouhodobou.

První cíle byly stanovené na 12 sezení: zklidnění, stabilizaci nálady a zvládnutí cestování v postupném plánu.

Pro druhou etapu jsem formulovala cíle:

rozpoznat příčinu obtíží

pochopit dynamiku v primární rodině

K této druhé etapě se pacientka vyjádřila skepticky, neměla zájem se tímto směrem ubírat.

Na úrovni analýzy procesu, v terapii, která probíhala jako velmi krátkodobá, bylo realizováno zejména zvyšování vědomí a porozumění problému jako významný regulátor úzkosti. Pacientka v zásadě nedospěla k další technice a tou je aplikace desenzibilizace.

Aplikovala jen zvýšené uvědomění a racionalizaci úzkostných myšlenek. V době asi rok od ukončení terapie, podle tvrzení ošetřující psychiatry, pacientka zvýšila svoji schopnost regulovat úzkost a posílila se tím a plánuje otěhotnění. Zároveň nedošlo k vysazení antidepressivní medikace, je tedy předpokládané snížení úzkosti jen relativní.

Na úrovni obecných faktorů zcela jistě fungovalo pozitivní očekávání pacientky, spolupracovala, mezi jednotlivými sezeními na sobě pracovala.

V zásadě fungoval i faktor vztahu s terapeutem, ačkoli si uvědomuji, že terapeutický vztah a získání plné důvěry se vytváří spíše v dlouhodobém horizontu, ale na základě výzkumů



je možné očekávat posílení změny pomocí procesu terapeutického vztahu i v krátkodobé péči (Kramer, Roten, Michel, 2009). V tomto případě, ale spíše pacientka na formální úrovni důvěřovala mému vedení. Zcela jistě ve vztahu byla důvěra, ale limitovaná uspořádáním rolí terapeut expert – pacient. Pacientka dostávala dostatek pozitivní zpětné vazby, projevovala jsem ve vztahu k ní zřetelně svoji empatii.

Svoji roli jsem vnímala spíše jako expertní, je tedy zřejmé, že skutečná blízkost nenastala a proto účinek tohoto obecného faktoru byl významně limitovaný.

Za specifický faktor lze jmenovat například užití samotné metody, která je indikovaná jako účinná v léčbě panické poruchy, myslím tím zejména edukaci a částečné posílení.

Se svou prací jsem spokojena jen částečně. Uvědomuji, že přes ukončení terapie jako zdárné, proběhla jen na úrovni symptomu a projevů chování. To se ostatně projevilo v přesahu do běžného života, paní A zůstala i po terapii spíše uzavřenou, sociálně nejistou a to i situaci, kdy byla medikována antidepresivní léčbou.

K vlastní dynamice rozvoje úzkostné symptomatiky jsme se nedostaly. Pravdou je, že to pacientka nežádala a o zkoumání příčin nestála. Z hlediska zakázky je terapie pro pacientku ukončená a úspěšná.

Z hlediska hlubinného je zřejmé, že příčina potíží zůstala nedotčena.

Za optimistickou prognózu považuji stav, kdy by nedošlo k relapsu potíží. Struktura osobnosti pacientky je křehká, jako pravděpodobné se tedy jeví možné opakování potíží a to zejména v souvislosti s faktem, že při ukončení léčby stále užívala antidepresivní medikaci. V léčbě neprošla poměrně významnou zkušeností s desenzibilizací, která je z mé klinické zkušenosti velmi zásadní pro zvládnutí náhlé úzkosti. Zároveň také v jejím chování stále přetrvávají úzkostné scénáře, v kontaktu přetrvává zdrženlivost a nejistoty, tedy nezměněné sociální chování v kontaktu, které přetrvávala i po ukončení léčby.

Ale to je jen obecným soudem, který může být zavádějící, a proto je třeba uvědomit si nebezpečí, že můžeme zapomenout na rozmanitost světa lidí a duševního života (Freud, 1989) a svoji anticipací opomíjet možné nezávislé proměnné a nečekané proměny.

Vzhledem k faktu, že je úzkost regulována léky, je možné zvýšení hladiny úzkosti při jejich vysazení.

Při posledním sezení jsem s pacientkou mluvila o možnosti pokračovat v terapii jako prevenci relapsu. Tuto alternativu si nežádala.

Její zvýšené vědomí a také schopnost monitorovat případné potíže se zvýšila, je tedy pravděpodobné včasné vyhledání odborné pomoci a reálná možnost pro znovu zahájení terapie při případných potížích.

### **SHRNUTÍ KAZUISTIKY.**

**Pacientka po krátkodobé terapii dosáhla významné změny na úrovni procesu v podobě zvyšování vědomí - edukace. Rozumí kognitivně behaviorálnímu mechanismu úzkosti, dokáže pracovat s kognitivními schémata, rozpoznat automatické myšlenky a přerámovat je, částečně si osvojila relaxační techniky a techniku regulovaného dýchání. Zde zvládla úroveň změny v podobě zvládnutí symptomů problémové situace. To jí umožňuje bez potíží cestovat i v rámci veřejné dopravy, dokázala korigovat imperativní nucení k vyměšování i vylučování dosáhla naplnění terapeutického kontraktu.**

**Zároveň svojí schopností korigovat napětí na únosnou míru a zvládnout stavy panické úzkosti posílila své sebehodnocení. Tedy zvládla úroveň maladaptivních kognitivních schémat.**

**Nedošlo k proměnění pacientčina sociálního chování a byla zachována její nejistota v kontaktu. Tedy na úrovni změny nepokročila do úrovně interpersonální a intrapsychické. Toto vytváří nestabilitu pro fázi udržení.**

**Nejvýznamnějším přínosem této terapie pro mne bylo plné respektování zakázky pacienta. Zacházení s vlastní představou o léčbě tak, aby pacientku neparalyzovaly.**

### **3.5 KAZUISTIKA č.2 - slečna B.**

**Pac. 30 letá, SŠ, svobodná, pracující jako účetní, v dlouhodobém partnerském vztahu.**

#### **RODINNÁ ANAMNEZA.**

Matka pacientky je 50 letá středoškolačka, diabetička, aktuálně stále v plném pracovním poměru. Pacientka svoji matku hodnotí jako křehkou, slabou ženu, potřebující ochranu.

Otec je 54 letý středoškolák, pracující v technické oblasti, je zdravý. Otce vnímá jako silného, stabilního, podporujícího muže, který je podle ní charismatický.

Má o dva roky mladší setru, mají velmi blízký vztah, tráví spolu dovolené.

## **OSOBNÍ ANAMNEZA.**

Pacientka mladistvého, velmi atraktivního zjevu plnoštíhlá, energická, mírně koketní. Mluví o silné vazbě na primární rodinu. Separční fáze neprobíhaly vývojově přiléhavě. Pacientka ve společném spaní se svými rodiči do 12 let. Adolescentní konflikty se neobjevovaly, byla vždy poslušná.

## **ŠKOLNÍ DOCHÁZKA A PRACOVNÍ ANAMNEZA.**

Pacientka nedocházela do MŠ, až v posledním roce před zahájením školní docházky. Do ZŠ nastoupila s ročním odkladem pro emoční nezralost. V MŠ i ZŠ trpěla se svými spolužáky, bylo pro ni těžké integrovat se do vrstevnického kolektivu. Prospěchové potíže neměla, studovala průměrně, neměla kázeňské potíže, s učiteli vždy dobře vycházela. Neměla potíže z okruhu specifických poruch učení, neprošla školní šikanou v pravém slova smyslu, jen měla opakovaně potíže se začleněním, protože byla hezká a vycházela s pedagogy.

Aktuálně v pracovním poměru jako účetní. Je to druhé zaměstnání, ve kterém je dva roky. Pracovně je velmi vytížena, není plně spokojena. Po škole nastoupila do firmy jako účetní, kde pracovala krátce, práci změnila jen formálně, fúze společnosti. Zde se po nějaké době rozvinula šikana ze strany nadřízené, která trvala dva roky. V průběhu psychiatrické péče pracovní poměr ukončila. Nastoupila do současného zaměstnání. Aktuálně má obavu, protože její bývalá nadřízená začala v současné společnosti pracovat.

## **VITA SEXUALIS.**

Zahájení sexuálního života bylo v 18 letech, pacientka setrvala ve vztahu 2 roky.

Pacientka v době zahájení psychoterapie žila v partnerském vztahu asi 10 let, v zásadě se cítila spokojená. Konfliktní téma bylo plánování těhotenství. Partner se aktuálně početí dítěte bránil s tím, že by raději počkal ještě rok. Pacientka to vnímala jako odmítání.

Konflikty byly zdrojem silných dysforií, emoční labilit. Objevovala se silná potřeba ujištění, že ji má rád, že ji neopustí.

## **SOCIÁLNÍ ANAMNESA.**

Pacientka s rozvinutou sociální sítí mnoha kamarádek, se kterými docházela na sportovní, ale také společenské aktivity. Preferovala vždy kontakt jen s jednou osobou. Ve větší společnosti se dostávala do vnitřních konfliktů, nemohla vyhovět všem.

Blízké vztahy s muži neměla, byla jednoznačně monogamní s velmi jasnou představou o tom, jak může kontakt s jiným mužem vypadat. Přes tento až puritánský postoj vyvíjela v kontaktu bohatou, vřelou konverzaci, zcela jistě překračující tento rámeček. Vyvolávala dojem frivolního chování.

Nejpodstatnější sociální vazby pro ni byly vztahy v primární rodině. Několikrát týdně se vídala se svými blízkými, byla v každodenním telefonickém kontaktu s matkou, otcem i se sestrou.

## **CRIMINA.**

Nebyla nikdy trestána.

## **NÁVYKY.**

Zkušenosti s THC experimentálně asi jedenkrát na SŠ. Konzumace alkoholu bez palimpsestů, na běžné úrovni. Palimpsesty popisovala jednou po skončení SŠ. Byla kuřačka, denně vykouřila do 5 cigaret.

## **INDIKACE K PSYCHOTERPII.**

Pacientka byla doporučena do terapie svojí ošetřující psychiatrou, v její péči je asi 3 roky. Po celou dobu péče užívá antidepresiva, ale vždy po nějaké době maximálně 6 měsíců přestanou účinkovat.

V prvním kontaktu byla velmi otevřená, snaživá, podbízivá, mluvila velmi otevřeně, s nápadnou snahou nic netajit.

Projevovala zájem spíše o dlouhodobou terapii. Měla zkušenost, asi dva roky, ze skupiny, kde terapeut ukončil její péči. Skupina jí již nic nepřinášela.

Bylo zřejmé, že se jedná o pacientku s dobrou rozumovou kapacitou, která přes svoji otevřenost není v kontaktu se svým prožíváním. Její řečové tempo bylo zrychlené, snažila se předejít dotazům, mluvila spontánně, to trvalo asi první 3 sezení.

Pacientka okamžitě navodila pocit blízkosti, známosti, měla tendenci překračovat obvyklý rámec terapeutického vztahu, snažila se neformální blízkost. Do zdánlivé blízkosti vstupovala velmi rychle.

Domluvily jsme pravidla dalšího setkávání. Pacientka na první pohled vystupovala velmi motivovaně, byla dohodnuta sezení v intervalu 1x týdně.

## **VLASTNÍ PRŮBĚH PSYCHOTERAPIE.**

Pacientka zahájila psychoterapii v říjnu 2010. Terapie o 7 sezení, ale trvala bezmála 6 měsíců. Pacientka nedocházela na svá dohodnutá sezení - dohoda o intervalu byla 1x týdně, později prodlouženo na 1x za 2 týdny.

Před tím v létě 2010 ukončila psychoterapeutickou skupinu a dále pokračovala jen v psychiatrické ambulantní péči. A to ve smyslu psychofarmakologické medikace stavu, tato péče trvala celkem od r. 2007.

Zahájení ambulantní psychiatrické péče bylo pro vertebrogenní bolesti psychosomatického charakteru, které se rozvinuly v souvislosti s konfliktem s nadřízenou v práci – bossing. Konfliktní pracovní vztah trval 2 roky.

Po krátké době psychiatrické péče došla pacientka ke změně zaměstnání. Zaměstnání, které pacientka měnila, bylo první zaměstnání po ukončení školy.

Potíže po odchodu z práce odezněly a objevily se proměnlivé nálady a úzkostně depresivní dekompenzace. Proto zahájila skupinovou psychoterapii.

V době zahájení individuální psychoterapeutické péče pacientka stále trpěla potížemi v oblasti cestování.

Nemohla cestovat plným dopravním prostředkem, kabinou na lanovkách, metrem.

Dlouhé cesty veřejnou dopravou zcela míjela a vyhýbala se jim.

Dálkové cesty osobním vozidlem byly možné.

Nemohla cestovat letecky.

Z veřejné dopravy bylo možné, aby cestovala po železnici.

Potíže při cestování měly charakter panické poruchy.

Pacientka byla vedena jako somatoformní porucha s dekompenzacemi do panických úzkostí.

Z mého pohledu se osobnost pacientky jevila jako emočně závislá, vyhýbavá a také s histriónskými rysy.

Formulace zakázky ze strany pacientky a také psychiatry bylo KBT, které by umožnilo zvládnutí panických úzkostí.

Pro terapii se nezdála být plně komponovaná, zejména pro masivní proklamace a snahu o vytváření závislých vztahů.

Stav mladé ženy se jevil jako výsledek několika vlivů v jejím životě.

Jedním z nich bylo úzké propojení s primární rodinou. Její matka je diabetička, často se projevující nestabilně, je velmi atraktivní. Svět vnímá negativně, vytváří negativní hypotézy o tom, co se může stát.

Oproti tomu je otec stenický racionální muž. Ve kterém se pacientka vidí.

Má o dva roky mladší sestru, která je pro ni oporou.

Celá primární rodina funguje podle přání pacientky, podporuje ji, dávají jí najevo, že její potíže jsou a vždy byly to nejdůležitější na světě. I při popisu rodinné konstelace se projevuje jako malá dívenka, teatrálně manýruje. Je zřejmé, že je mladá žena od své primární rodiny oddělena na emoční úrovni jen částečně, projevuje zřetelně svoji emoční nezralost.

V kontextu tohoto faktu i sama pacientka popisuje manžela jako málo blízkého a podporujícího.

Druhým významným podílem na vzniku potíží je zážitek traumatického vztahu na pracovišti, kdy pacientka prožívala silné pocity odmítnutí, nepochopení a velmi intenzivní bezmoc. Nevěděla, co přinese další den, s čím nadřizená přijde a jí bude vytýkat. Došlo k navození stavu blízkému experimentální neurózy, kdy každý podnět mohl být negativní. Toto trauma zcela narušilo vnímání vlastního prožívání jako důležité informace, pacientka zcela ztratila důvěru ve své schopnosti a v sebe samotnou. Dosáhla převahy úzkostného

vnímání a podle Tischlerové konala dříve, než myslela, nechala se zaplavovat negativními úzkostnými scénáři a byla zcela paralyzována beznadějí (Tischlerová, 2011). Postupně snížit úzkost se jí povedlo za asistence psychiatry, ale pocity znehodnocení sebe zůstaly. Psychosomatické potíže, které se objevily po konfliktu s kolegyní v zaměstnání, byly jen pokračováním navyklého způsobu jak zacházet s vlastním prožíváním. Pacientka využívala i v minulosti somatizaci jako jeden ze způsobů jak zacházet se svými negativními prožitky.

Symptomy chápu, také jako možnost upoutání pozornosti a posílení závislých vztahů mezi nejbližšími rodinnými příslušníky.

Pro pacientku byly způsobem jako se pokusit nevědomě o zakonzervování dětského postoje v životě.

Tak svými symptomy získává péči a dává najevo svoji slabost.

Omezení v pohybu je také omezením v podobě ochrany před nekontrolovatelnými vlivy. Musí být jen tam, kde to zná a dokáže předvídat, co přijde s větší pravděpodobností než při pohybu mimo běžné teritorium.

Plánovaným cílem terapie bylo zvládnutí panických úzkostí v intencích KBT.

Zde byly hypotézy o průběhu terapie přehledné, postupný nácvik behaviorálních technik, mapování kognitivních schémat a přeformulování, expozice, desenzibilizace. Plánem bylo 12 sezení.

Při zvládnutí tohoto postupu nebo v případě, že by pacientka nebyla schopna pokračovat, jsem zvažovala dynamicky orientovanou dlouhodobou terapii.

Vzhledem k psychosomatickému rázu potíží pacientky jsem zvažovala zdůraznění vlastního prožívání, zvýšení míry sebereflexe a postupné zvýšení frustrační tolerance do míry, že bude schopna akceptovat i své negativní prožitky.

Zároveň jsem si byla vědoma rizika v podobě vytváření emočně závislých vazeb a tím potřeby blízkých symbiotických vztahů, tendenci ke kontrole situace bezmocí.

Slečna B absolvovala 7 sezení. Zcela v duchu KBT. Nejprve proběhla edukace – vysvětlení mechanismu rozvoje potíží. Edukaci pacientka rozuměla, dostala doporučení k dalším literárním zdrojům, které nebyly nutné, jen podpůrné pro zpracování zadaného úkolu.

Na další sezení měla pacientka přinést seznam situací, ve kterých se úzkosti objevují.

Pro pracovní povinnosti zrušila jedno sezení, na další přišla bez zpracovaného úkolu. Začaly jsme tedy řešit úkol v rámci sezení, to bylo možné, ale nechtěla nic zapisovat, raději až doma. Zároveň popřela, že by vlastní psaní patřilo mezi situace spouštějící úzkost.

Podobným způsobem probíhala další sezení. Modifikovala jsem zadávání úkolů tak, aby je vždy formulovala pacientka. Úkoly nikdy nepřinesla zpracované. Vlastní písemné zpracování při sezení nebylo také možné.

Relaxační a dechové techniky se dařily jen částečně. Nikdy nedošlo k plnému uvolnění. Mimo sezení nebylo možné relaxaci trénovat, nikdy nebyla vhodná příležitost. Dechové techniky jí nevyhovovaly.

Sezení opakovaně na poslední chvíli rušila, nebo na ně zapomínala.

Je nesnadné zabývat se nezdarem v psychoterapii, jak píše Jakubů a to z mnoha důvodů, je to přihlášení se k neúspěchu (Jakubů, 2011).

Přes poměrně dlouhý kontakt nedošlo k vytvoření stabilního vztahu. Terapie byla stále ve fázi testování. Zároveň toto blokování vytvářelo jakési quasi bezpečí.

Mimo nevytvořený terapeutický vztah se na ukončení terapie mohla podílet volba terapeutické techniky.

Již od počátku jsem byla skeptická k užití KBT, zejména pro závislé rysy v osobnosti, které jsou v případě KBT komplikujícím faktorem.

V terapii byla slečna B konfrontována s převzetím zodpovědnosti za svoje potíže. Byla nucena nerozebírat příčiny svých obtíží, ale podrobit se kognitivně behaviorální strategii a samostatně zpracovávat své potíže. Zde se objevily potíže z oblasti emoční nezralosti, selhávání motivace, volních vlastností.

Dalším mechanismem, který blokoval možnost změny v postoji pacientky, byla její výrazná potřeba ovládat situaci a mít vše pod kontrolou, tedy také dělat si co chce.

Na posledním sezení připustila, že psychoterapii zahájila zejména kvůli své lékařce, která si dala toto jako podmínku v pokračování ambulantní péče. Zde se tedy objevil další významný faktor v ukončení terapie a to byl fakt, že slečna B nebyla vnitřně motivována pro psychoterapeutickou péči.

Tento postoj se jeví jako velmi infantilní a nezralý, vzdorovitý. Zároveň je za těmito projevy také velká míra úzkosti, se kterou se slečně K nedaří zacházet, nemá možnost racionálního ovlivnění daného stavu.



Terapii hodnotím jako neúspěšnou.

Jediným pozitivním efektem terapii považuji závěrečný rozhovor, kde byla slečna B schopna formulovat důvody, které jí do psychoterapie přivedly.

Rozhodla se v terapii nepokračovat. Nechtěla nic řešit, ani se zabývat způsoby jak své úzkosti zvládne.

Spontánní úleva potíží se jeví jako téměř nepravděpodobná. Na teoretické úrovni je možné dozrání osobnosti a svébytné zacházení případnými potížemi.

Negativní vývoj je v podobě progredujících potíží a následné dekompenzace stavu.

Na základě katamnestické zkušenosti, ukončení pracovního poměru, je možné se domnívat, že u pacientky by mohlo dojít k přehodnocení postoje k psychoterapii, zde získala významnou podporu, která měla pro ni dobrý efekt, i v dalších situacích dokázala přemýšlet o své ochraně. Z důvodu posílení sebehodnocení, dokázala obhájit svůj názor. Druhá pozitivní zkušenost byla ve skupinové terapii, kde i vzhledem ke svým osobnostním rysům vyzkoušela, že podpora ve skupinové terapii je pro ni užitečná.

Na posledním sezení jsem doporučovala pacientce zvážení jiných možností terapie ambulantní nebo KBT za hospitalizace, kdy by bylo možné využít permanentní podpory terapeutického týmu. S výhodou skupinové péče, která je pacientkou hodnocena jako příznivější.

Za vhodnější přístup se jevil spíše přístup orientovaný na klienta, kde by bylo možné projít delší fází vzdoru za laskavé podpory terapeuta.

## **SHRNUTÍ.**

**Pacientka po krátké době ukončila psychoterapii. Částečně porozuměla kognitivně behaviorálnímu modelu panické úzkosti, získala představu o tom, jak kognitivně behaviorální terapie funguje.**

**Z praktických dovedností získala schopnost částečného uvolnění a dovednost zvládnout hyperventilaci.**

**Dosáhla tedy změny na úrovni náhledu z edukace.**

**Bohužel ji tyto znalosti a dovednosti neumožňují zvládnutí psychických potíží. Je to zřejmě způsobeno fází změny, ve které se nachází tedy fáze prekontemplace,**

nedosáhla úrovně fáze přípravy ani akce. Ve vztahu k účinnosti terapie, se na neúspěchu jistě podílely vyhýbavé osobnostní rysy, jak vyplývá z výzkumu P. Siegel a A. Demoster (2010).

Za jediný přínos celého pokusu o psychoterapii považují poslední sezení, kdy pacientka dokázala sdělit důvody, proč v terapii dále pokračovat nechce.

### **3.6 KAZUISTIKA č.3 - paní M.**

**Pacientka. 29 letá žena, SŠ, pracující v dělnické profesi, rozvedená, dvě dcery.**

#### **RODINNÁ ANAMNEZA.**

Matka 47 letá žena, vyučená, stále pracující, ale v ČID – vertebrogenní bolesti. Otec 47r., v ID, původní profese dělnická. Otčím 45r., vyučený, pracující, v zásadě zdravý. Sourozenci dva polorodná sestra o 10 let mladší, polorodný bratr o 8 let mladší. Biologičtí rodiče spolu žili jen několik měsíců. Matka následně žila u své matky, později se vdala, narodili se sourozenci. Nevlastní otec byl vůči pacientce vždy odmítavý, někdy asi do 15 let praktikoval i hojné fyzické tresty, stejně jako matka. Ze strany rodiny vždy odmítavé postoje, potřeba brzkého odstěhování, po ukončení SŠ se odstěhoval. Kontakty v rodině byly vždy napjaté, nejméně si rozuměla se svojí sestrou, žárlila na ni, otčím ji měl rád a matka také.

#### **OSOBNÍ ANAMNEZA.**

Jako dítě docházela do jeslí, do MŠ. Do ZŠ nastoupila v 6 letech, adaptoval se bez potíží, trpěla poruchou pozornosti a dyslexií, ve škole neměla nikdy úlevy. Neměla nikdy kázeňské potíže, prospěch měla průměrný, vždy byla ve stresu ze zkoušení. Ukončené vzdělání SŠ, gymnázium, přihlášku na VŠ si nikdy nedávala, ale přála si studovat.

V manželství se narodily dvě dcery, 10 a 7 let v době zahájení terapie.

Je spíše nenápadného, upraveného exteriéru, štíhlá, hezká. Vždy měla dojem, že byla vždy nadbytečná.

## **ŠKOLNÍ DOCHÁZKA A PRACOVNÍ ANAMNESA.**

Jako dítě docházela do jeslí, do MŠ. Do ZŠ nastoupila v 6 letech, adaptoval se bez potíží, trpěla poruchou pozornosti a dyslexií, ve škole neměla nikdy úlevy. Neměla nikdy kázeňské potíže, prospěch měla průměrný, vždy byla ve stresu ze zkoušení. Ukončené vzdělání SŠ, gymnázium, přihlášku na VŠ si nikdy nedávala, ale přála si studovat.

Po střední škole začala pracovat jako výpravčí u dráhy. Stejně jako po skončení MD. Následně byla přeřazena na jinou pozici u dráhy, později na ÚP, následně dělnické profese ve směnném provozu asi 3 roky.

## **VITA SEXUALIS.**

Po celou dobu střední školy a až do doby terapie byla platonicky zamilována do svého kamaráda, nikdy s ním nekonsumovala sex, vždy se trápila tím, že vztah má pouze kamarádský charakter.

Zahájení sexuálního života bylo v 19 letech, svého prvního partnera si vzala. V manželství setrvala asi 6 let.

Po rozvodu pacientka asi 2 roky žila ve vztahu. Do konce terapie následovali dva krátkodobé spíše sexuální vztahy s mladšími muži.

## **SOCIÁLNÍ ANAMNESA.**

V době střední školy měla hojné sociální kontakty ve sdružení okolo ochrany přírody, jezdila na časté přírodovědné expedice po Čechách.

Po ukončení školní docházky, měla sociální kontakty se svými pracovními kolegy. Od doby kdy byla na MD, její kontakty se postupně redukovaly.

V průběhu terapie se velmi snažila o nalezení sociálních kontaktů. Aktivně se vracela ke svým původním zájmům. Sociální vztahy byly spíše povrchní a málo četné.

## **CRIMINA.**

Nebyla trestána.

## **NÁVYKY.**

Nekuřačka, téměř abstinentka, neměla zkušenosti s drogami, ani potíže z okruhu gamblingu.

## **INDIKACE K PSYCHOTERPII.**

Pacientka: Paní M, tehdy 29 letá žena, přišla se žádostí o zahájení individuální terapie.

Do té doby navštěvovala ambulantní skupinovou terapii, ve které vytěžovala skupinový čas v takové míře, že jí to navrhli ostatní pacienti. Do skupiny byla doporučena svým ošetřujícím psychiatrem.

V prvním kontaktu byla vstřícná, ale uzavřená.

Sama si uvědomovala své zahlcení aktuálními problémy a žádala o krátkodobou terapii, ve které by opět zmobilizovala své síly.

Paní M na mě působila příjemně, její projev nebyl příliš otevřený, ale měla jsem dojem, že přichází s důvěrou. Na kladené otázky odpovídala ochotně, bylo patrné, že má zájem něco se svým problémem dělat a je schopna potřebné minimální otevřenosti.

Její potíže trvaly poměrně dlouhou dobu, téměř dva roky před suicidálním pokusem. Dlouhodobě nebyla spokojená se svou životní situací a nevěděla si sama rady jak dál, takže jsem předpokládala, že je pod tlakem svých úzkostí a nespokojenosti dobře motivovaná k terapii.

Z toho, jakým způsobem dávala do souvislostí jednotlivé informace a jak odpovídala na otázky položené během anamnestického rozhovoru, jsem měla dojem, že je inteligentní, že si uvědomuje poměrně diferencovaně své pocity a že bude schopná s nimi zacházet.

Navíc se po první hodině zdálo, že jí můj zájem těší, a že jí způsob uvažování o jejích problémech zaujal. V úvodu byla celkem přirozeně opatrná a nejistá. Zdrženlivost a

postupné otevírání problémů jí zůstala po celou dobu terapie. Na psychotherapeutický proces se adaptovala a vyjadřovala chuť tímto způsobem pokračovat.

Při prvním setkání jsem ji informovala rámcově o průběhu terapie, vysvětlila jsem jí základní principy a domluvily jsme se na podrobném sběru anamnestických dat, na zpracování jejího životopisu a prozatím na krátkodobé terapii.

## **VLASTNÍ PRŮBĚH PSYCHOTERAPIE.**

S paní M jsme se scházely s několika přestávkami tři roky. Paní M. přicházela pravidelně a včas, během celého setkávání poměrně s chutí prohlubovala proces sebepoznávání. Příznaky odeznívaly postupně.

Pacientka přišla v únoru 2002. Na podzim 2001 byla 2 měsíce hospitalizovaná na psychiatrickém oddělení po suicidálním pokusu. Vpíchla si do oblasti sternu desinfekci.

Tento pokus byl bilančním únikem z neúnosné situace v rodině. Manželství bylo od počátku spíše účelové. Brali se po krátké známosti, protože byla gravidní. Snažila se o vytvoření harmonického prostředí pro děti. To se příliš nedařilo, měli časté konflikty, plné dramatických emocí.

Bývalý manžel byl impulsivní, někdy ji i fyzicky napadal. Po celou dobu manželství byl v uzavřené koalici se svojí matkou.

Manželství bylo v poslední době, před pacientčíným suicidálním pokusem, zatíženo vlivem manželovy matky.

Tchýně vstupovala do rodinného života, kritizovala ji a pobízela proti ní děti. V té době manžel odmítal rozvod.

V době, kdy byla pacientka hospitalizována po sebevražedném pokusu, podal manžel žádost o rozvod a mediálně vše zveřejnil. Děti byly svěřeny do předběžné péče otce a tak to zůstalo i po rozvodu.

Manžel v době její hospitalizace oslovil pracovního psychologa na dráze, kde pracovala, pro posouzení její způsobilosti vykonávat práci průvodčí. Po krátké době byla klientka po

intervenci bývalého manžela přeložena na jinou pracovní pozici. Po krátké době byla tato pracovní pozice zrušena a ona začala pracovat ve směnném provozu jako dělnice.

V době hospitalizace se dva měsíce léčila antidepresivy. Když zahájila individuální psychoterapii, ještě přetrvávaly symptomy deprese. Plně odezněly po půl roce.

Pacientka byla vedena jako dekompenzace histriónské poruchy osobnosti po dlouhodobé zátěži diferenciálně diagnosticky jsem ještě uvažovala o dekompenzaci závislé poruchy osobnosti s přidruženým protrahovaným subdepresivním laděním.

Aktuálně v době zahájení psychoterapie byla pacientka komponovaná, plně orientovaná. Sebevražednému pokusu předcházelo velmi náročné období, které vedlo k depresivnímu vyladění pacientky. Aktuální stav zkreslil vidění celé situace a vedl k patologické volbě. S odstupem času viděla pacientka celou situaci realističtěji, zdála se mi motivovaná a žádostivá věci ovlivnit.

Pokusila jsem se na potíže pacientky podívat z několika různých pohledů. Jako první se nabízí suicidální pokus jako symptom. Sama jsem měla dojem, že měl velký význam v aktuálním kontextu života paní M., byl jakýmsi náhradním vyjádřením momentální neuspokojivé a ohrožující situace. Rezignace ilustruje převahu úzkostného prožívání nad potřebou dalšího vývoje.

Z mého pohledu se pacientka zastavila před rozhodnutím rozvést se s despotickým manželem a převzít za sebe a své dcery plnou zodpovědnost (zde se cítila insuficientní) nebo odejít z rodiny a zanechat dobrovolně dcery v péči otce a babičky a to pro ni bylo morálně neúnosné.

K druhému pohledu jsem dospěla v průběhu několika prvních sezení. Byl pohledem na interpersonální vztahovou dynamiku v primární rodině. Způsob života a celkové vyladění osobnosti pacientky mne vedlo k hypotéze, že se pravděpodobně jedná o rané trauma, kdy se nevytvořil odpovídající emočně stabilní vztah s matkou. Téma osamění, bylo tedy pro pacientku nabitě silnými emocemi. V tomto kontextu je tedy pravděpodobné, že volba odejít nebo zůstat vyvolávala silný vnitřní konflikt.

Předpokládala jsem přítomnost silných, ambivalentních a ohrožujících pocitů vůči matce.

Vytěsněná agrese, pocity viny a strach z projevujících se vlastních, „negativních“ sil, strach ze smrti, bezmoc a proti nim nenaplněná potřeba blízkosti a opory, toto všechno mohlo být skryto za symptomem suicidia.

Zde se objevují popsané mechanismy vytěsnění, kdy jsou blokována vědomá zpracování a ustavuje se vědomá, neměnná proměna já. Je energeticky náročné udržet protiobsazení, které muselo zachovat vytěsnění. To se projevilo na snížení aktivity pacientky, která byla vyčerpána. Svým vytěsněním se sekundárně rozvíjela neuróza (Freud, 2005). Takto popsaný mechanismu prohlubování úzkosti je popisem, vysvětlujícím vnitřní dynamiku závažné selhání.

Symptom chápu jako únik z náročné situace. Pro pacientku byl vyhnutím se, náročnému a nepředstavitelnému rozhodování.

Stále hledá chybu v okolí a činí jej zodpovědné za to co se děje, tento mechanismus jí umožňuje únik z neúnosné situace a zároveň je omluvou za to, co sama činí.

Hledání bezpečného prostředí v samotě (v průběhu dětství) vedlo k obtížím v oblasti partnerských a přátelských vztahů (v dospělosti) a na rozvoji obranných mechanismů ve smyslu popření.

Symptom má nyní v interpersonální rovině další význam: ...bojím se, abych to znovu neudělala, musím získat své děti, a tak nemám na nic jiného myšlenky...

Ve svém nejprostším a komunikačním významu, říká paní M svým symptomem také to, že potřebuje péči, pozornost a „léčení“, že si sama nemůže pomoci. Že to má být ona, kdo je schopen si se životní situací poradit, ale že se cítí slabá a ohrožená.

V rozhovoru tyto své pocity neformuluje v jasné, otevřené podobě, jsou ale možná nejovlivnitelnějším zdrojem úzkosti. Velmi pravděpodobně jsou v rovině interpersonální vztahy k otci, jeho odchodu a opuštění M.

Symptom byl potřebný, protože kromě jiného umožňoval M. omezené rozhodnutí bez porušení závislosti na náhradní vztahové osobě bývalého manžela a uchránil ji před

zaplavením úzkostí z opuštění. Symptom byl ochranou, ale za až příliš vysokou cenu a terapie měla vést k posílení sebereflexe a autonomie místo závislosti a popírání sebe sama v době autoagresivních aktivit.

V době zahájení psychoterapie byla pacientka emočně nestabilní, ale motivovaná. Byla zahlcena náročnou situací, dobře reagovala na vstupní test imaginace. Po úvodním rozhovoru jsem se rozhodla pro katatymně imaginativní terapii.

Uvažovala jsem ve dvou rovinách. V první rovině krátkodobé terapie, ve které jsem byla připravena řešit hlavně stabilizaci aktuálních potíží a zaměřit se na zvládnutí afektů a úzkostí. Zvýšení pocitu stability a bezpečí, k tomu jsem užívala témata „Bezpečného místa“ a „Ochranné bytosti“. Měla jsem v úmyslu pracovat více s pojmenováváním a změnou postojů.

Zároveň jsem zvažovala otevření dlouhodobé terapie, to je druhá rovina. Vzhledem k intenzitě vnitřních prožitků a prožívání nebezpečí z jejich zaplavení jsem považovala za správné řešení vnitřních témat až po vytvoření bezpečného terapeutického vztahu.

První cíle byly stanovené, ale nebyly časově omezené. Tato první fáze měla sloužit ke zklidnění, stabilizaci nálady a zvládnutí kontaktu s bývalým manželem při předávání dětí.

V druhé etapě jsme společně formulovaly cíle:

rozpoznat příčinu obtíží

pochopit dynamiku v primární rodině

pokusit se nedělat svým dětem stejné věci, jako jí dělali rodiče- to si přála sama pacientka.

### **První sezení.**

Pacientka byla v prvním kontaktu vřelá, kontaktní, kooperující, ale velice uzavřená

Své vnitřní obsahy pomalu odvíjí jako po spirále. Pokud dotaz překročil úroveň pocitu vnitřního bezpečí, neodpovídá a mluví o jiných obsazích. Vrací se k otázce s odstupem i několika sezení.



Mluví o úbytku hmotnosti, tendenci vše zaspát, omezení sociálních kontaktů, pocitech vnitřního napětí a nejistoty a pocitech viny.

Dohodly jsme se, že příští sezení bude věnováno sběru anamnestických údajů.

### **Následující sezení.**

Aplikace autogenního tréninku. Práce s úzkostí a pojmenováváním různých strachů, např. z osamění. Na teoretické úrovni je jako stálý zdroj úzkostí považován zápas mezi pudem k životu a pudem ke smrti (Kleinová, 2005). V průběhu prvního roku zvládla úroveň změny v podobě snížení symptomů a problémových situací a maladaptivních kognitivních schémat.

Pacientka uchopila své přežití jako nový život - tedy druhou šanci. Zatím si s ní neví rady, ale vynakládá velké úsilí k tomu, aby ji využila.

Imaginace jsem zahájila tématem bezpečného místa. Opakovaně jsem toto téma zadávala, pět sezení za sebou. Pokaždé to byla ulice u domu rodičů nebo svah za domem. Po tři imaginace se neodvažovala k domu přiblížit, poté co se odvážila do domu vejít, byla zaplavena obrovskou úzkostí, které nedokázala vzdorovat. Dalších několik sezení probíhalo na úrovni imaginace v mlžném oparu, v noční tmě husté jako pudinkový krém, reálně pacientka mluvila o krásách přírody a harmonické situaci v rodině.

Uvědomovala jsem si, že odpor v terapii má své opodstatnění. Byl obranou pro přechodně dezintegrované ego. Pacientce umožňoval postupné zpracování nevědomých úzkostí. Dával jí prostor pro nabrání nových sil a redukování vnitřního napětí.

Specifický prostor v psychoterapeutickém procesu zaujímala korektivní emoční zkušenost, neboli katarze. Po jedné imaginaci na počátku, kdy pacientka imaginovala idylickou krajinu v blízkosti jejího rodiště, následně mluvila o dobré rodinné konstelaci a paralelně k tomu kreslila obrázek z imaginace. Její kresby byly vždy dětsky naivně idealizované. Během malování se dlouze zadívala na obrázek, který začala trhat, hodila jej na zem a odešla. Na příštím sezení jsme se k události vrátily a ona s velkou lítostí začala mluvit o nejistotě, kterou v primární rodině zažívá. V takové intenzitě se nikdy proces katarze nezopakoval, ale byl to jeden ze zlomových bodů v terapii.

Po zaměření se na psychotherapeutický vztah začala postupně otevírat své úzkosti, pocity osamění, které si pamatuje od dětství. Vybavovala si emoční plochost své matky a měla obavy, že je stejná. Z toho se odvíjely pochybnosti, zda je dobré, aby byla se svými dcerami. Po 5 dalších sezeních onemocněla. Somatické obtíže trvaly téměř dva měsíce. Na dlouhou dobu o svém vztahu k matce nemluvila. Zde započala úroveň změna v podobě intrapersonálních konfliktů.

Na osmém sezení byla dohoda o rozšíření psychoterapie na dlouhodobou.

Po osmi sezeních došlo k dalšímu mírnému posunu, pacientka doma aplikovala autogenní trénink, snažila se asertivně reagovat na výpady svého bývalého muže, tedy spíše kognitivně behaviorální postup. To se do doby ukončení psychoterapie částečně zvládlo, jedenkrát za půl roku afekt nezvládne a s bývalým manželem se pohádají. V zásadě tedy prošla úrovní změny v podobě interpersonálních konfliktů.

Pak do sezení opět vrátilo téma-otec, polorodní sourozenci. Ke vztahu se svojí matkou se vrátila až po delší době s tím, že pojmenování, vyřešení a přijetí toho jaké to bylo, jí pomáhá řešit její potíže.

Častým tématem imaginací poslední doby před koncem psychoterapie jsou dva obrazy - jeden o rodinném životě a druhý o bezstarostném potulování se v přírodě. Rozpojení obrazu do dvou vnímám jako konfrontaci na několika rovinách. Chápu ji jako nevědomou konfrontaci pacientky, ve které se odráží její tři základní, intrapsychické rozpory:

úkol (toho co „mám dělat“) oproti potřebě (tedy tomu co „chci dělat“)

úkol (toho co „mám dělat“) oproti úniku (tomu, co „nechci dělat“)

úkol (toho co „mám dělat“) oproti vnitřnímu prožitku vlastních možností a sil (tomu co „mohu dělat“)

Vědomou podobou jedné z uvedených konfrontací je pacientčino ambivalentní vnímání a odsouvání rozhodnutí. Často pochybuje, zda by zvládla výchovu dětí a zda by je dokázala finančně zabezpečit. Zároveň se nedokáže této představě vzdát. Konkrétní podoba tohoto rozporu je patrná i v odkládání kroků nutných pro změnu aktuální situace. Toto znázorňuje významný intrapersonální konflikt.

Pokrok v psychoterapii je velmi pozvolný, opakovaně se zdánlivě zastaví, pacientka přestane kooperovat, mění termíny setkání, je somaticky nemocná. Po potřebné adaptační době opět postoupí v terapeutickém procesu.

Považuji tuto adaptační fázi za důležitou. Je sice v obrazu modelového chování pacientky - vyhýbání se nevědomým úzkostem, ale s postupem času se tyto fáze zkracují, pacientka dobře spolupracuje a míra jejího sebepoznání se prohlubuje.

V poslední době se tyto adaptační fáze obvykle projevují ve formě odporu v imaginacích, kdy se objevují nekonkrétní obrazy nebo obrazy v podobě vzpomínek. Bez ohledu na zadané téma se např. objevuje imaginace konkrétního výletu za endemity slovenských hor, vždy se stejným komentářem, že tam to ještě bylo hezké.

Často sama popisuje sebelítostné záchvaty smutku, kterým nedokáže vzdorovat, cítí se být obětí života, neví co, by s tím mohla dělat jiného. Zde se jedná již postupný vhléd do traumatu, kdy pacientka rozumí svým emocím, částečně, je schopna je propojit do kontextu svého minulého života, ale prožitek je s velkou intenzitou. Začíná se postupně otevírat možnost nebýt zaplavena úzkostí, v této fázi začíná zvolna mentalizovat svoji úzkost a to je známku možného dalšího pokroku (Tischlerová, 2011). Zde je popsána velmi významná dynamika interpersonální úrovně konfliktu, která nebyla do konce terapie plně ukončena.

V souvislosti s tím, jak popisovala své chování a život ve vztahu k matce, jsem jí pak nabídla otázku, jak prožívá a neprožívá – tak, jak symptom změnil pohled na hodnotu života. Mluvila o tom, jak by žít chtěla a o tom, jak by se mělo podle ní „žít správně“ a také o tom, jaké má možnosti změny.

V jednom sezení mluvila o své osamělosti, strachu z izolace, o tom, že by ráda víc vyjadřovala své emoce, o větší potřebě kontaktu s lidmi. Hodina pak vedla k uvažování o tom, jaká je ona sama, jak se vnímá jakoby izolovaná, zamrzlá, mrtvá,...o hledání vlastní identity.

V této fázi terapeutického procesu se posunula do fáze změny Akce a úrovně interpersonální a intrapersonální konflikt. Konkrétní podoba následujícího sezení byla s reálnými plány o odstěhování se od současného přítele. Hodina začala úvahou nad tím, jestli vlastně může o svých věcech rozhodovat sama – vnímala se jako „dobrý otrok“, kterého ani nenapadá, že by mohl být svobodný.

Paralelně s terapeutickým procesem řeší celou situaci na racionální úrovni, tzn. právní záležitosti majetkového vyrovnání. Našla si zaměstnání mimo České dráhy. To pro ni bylo stejně obtížné jako odejít z rodiny. Vnímala to jako prohru ve vztahu k bývalému partnerovi, že on zůstal a ona nemohla. Po fázi adaptace na novou práci nachází osvobození a větší volnost v uplatnění se i v jiné oblasti. Stejně jako pokrok v terapii, tak i faktické změny v životě běží velmi zvolna. Odvíjejí se postupně, jakoby mimochodem, ale přetrvávala hořkost, že nemůže pracovat tam, kde jí to těší.

Následně se rozhodla vyřešit svoji bytovou situaci, koupila svůj byt, do kterého se odstěhovala od partnera, se kterým vnímala partnerský vztah jako nenaplněný.

Terapii se rozhodla plánovaně ukončit s předstihem asi 3 měsíců. Měla odjet pracovat do UK. Rozhodla se odejít ze země, nechat zde své dcery, žít si po svém. V době před ukončením terapie sama sebe vnímala jako odvážnou, že si troufla a řekla všechno, co říci chtěla. Někde pořád vnímala svůj potenciál k úzkosti, není si úplně jistá, že se jí něco podobného ještě někdy nestane.

Snaží se nahlížet celou situaci z pohledu dcer a upravit své chování tak, aby vše co nejméně komplikovala.

Terapii jsme ukončily plánovaně, nicméně s mým intenzivním pocitem, že odchod je únikem, spíše iracionálním, zázemí v UK nebylo přehledné, vyvolávalo celou řadu otázek. Pacientka měla v plánu vyhledat podpůrnou skupinu a slíbila, že se ozve.

To se stalo asi po 6 měsících. Volala, že nakonec do ciziny neodjela, rozhodla se znovu podstoupit psychologické testy u dráhy, kde prošla. Volala v době, kdy se chystala na zkoušky na výpravčí, kontakt s dcerami fungoval přijatelně, znovu zvažovala otevřít soudní proces a svěření dětí do péče.

Nakonec se ukázala volba změny jako egosyntonní. Paní M. volila změnu, která ji posílila a prošla psychotesty. To způsobilo prohloubení pocitu sebedůvěry. Měla pocit znovupřijetí a rehabilitace křivdy, kterou jí manžel způsobil.

Vybírání je samo o sobě procesem změny – proces sociálního osvobození. Z pohledu teorie výběru jde o volbu mezi různými alternativami. Podle mnoha různých terapeutických systémů je širší výběr chápán jako výsledek zvýšeného vědomí (Norcross, 1999).

V průběhu léčení má radost ze sezení a často je vidět, že ji to baví. Je inteligentní a pohotová. Často se v terapeutickém procesu objevují různé pochybnosti, její přerušování terapie vnímám jako testování našeho vztahu a potřebu dávkovat a redukovat úzkost a zátěž.

I tato testování přispěla k vytvoření stabilního a bezpečného terapeutického vztahu, díky kterému dokázala pojmenovat některá svá intrapsychická traumata. K některým, také důležitým, jsme se ještě nedostaly.

Jako smysluplně se ukázalo rozhodnutí v post terapeutické fázi, kdy pacientka rozhodla ve svůj prospěch. Volba byla svébytná, racionální, s dávkou úzkosti a potřeby naplnit pocit zavržení. Zde dosáhla úrovně fáze udržení na úrovni řešení intra i interpersonálního konfliktu.

Po posledním telefonátu mi nepřipadalo podstatné, zda budou dcery svěřeny do její péče. Paní M je vnitřně bohatý člověk s dávkou schopnosti empatie. Po dlouhou dobu, kdy

hledala své vnitřní síly, opakovaně reagovala na základě výběru potřeby sebeobhájení, po posledním telefonátu mám dojem, že je se sebou spokojena, dokáže se reálně hodnotit, získala svoji sebeúctu.

Terapie byla dlouhodobá a skončila jako úspěšná. Pacientce se podařilo reintegrovat traumatické zážitky tak, že se staly posílením.

Paní M významně proměnila svůj život. Ona sama se pustila do nového zaměstnání, upravila vztah s bývalým manželem na únosný, začala žít samostatně. Myslím si, že tyto reálné změny jsou pro ústup potíží velmi podstatné. Mohu jen spekulovat, jestli by se tyto změny staly, nebo o tom, jestli by probíhaly stejně, kdyby do terapie nechodila.

Je možné, že prostor společných sezení využila k tomu, aby prohlédla a probudila své připravené spící síly a že v kontaktu s nimi získala dojem, že je to dobré a že jim může věřit.

Je také možné, že jsem první „cizí člověk“, se kterým zkoušela být taková, jaká si přeje být dál v životě – otevřenější, ve větším a citovějším kontaktu.

Toto je možné především v empatickém prostředí, zejména když se objevují silné ambivalentní pocity.

Snažila jsem se poskytnout M. pochopení a vést jí k většímu porozumění a přijetí těchto rozporů. Tímto způsobem pravděpodobně vznikalo na našich setkáních přechodné bezpečné místo, ze kterého se mohla na reálný život z bezpečí, které jí umožnilo postupný vhled a porozumění.

Další faktor, který je pro M. užitečný a úlevný, je poskytování informací o vnitřním zrání psychiky, o času, který je potřebný k objevení vlastní zralejší identity. Moje akceptace a ocenění tohoto procesu jí pomáhalo k pozitivnějšímu hodnocení celého dosavadního děje, na který se zpočátku dívala více než kriticky a ze kterého neviděla žádné východisko.

Terapii paní M. považuji za velmi náročnou. S momentální mírou vnitřního sebepoznání pacientky jsem spokojená. Je v plném souladu s tím co by „měla“ a s tím co „může“.

Uvědomuji si některá svá terapeutická váhání a to především v úvodní části terapie. K jejich zvládnutí jsem využila opakovaně individuální supervizi. Ta mi pomohla, zvládnout moji nejistotu v práci s odporem, vytěsněním a hlavně ve vztahu ke smrti.

Terapii považuji za ukončenou.

Sezení jsou aktuálně ukončená. Pacientka dosáhla spokojenosti ve svém životě.

Odpověděla si na důležité otázky z minulosti a dokázala lépe zacházet s přítomností.

To je ostatně demonstrováno faktem, že dělá co je důležité pro ni, snaží se realizovat své sny.

Pokud se na dosaženou míru sebepoznání pacientky podívám z hlediska intrapsychického vývoje, uvědomuji si, že pacientka je ve fázi, kdy se orientuje, rozumí a učí se nakládat s časným traumatem. Vnitřní bolesti z pocitů osamění se jí podařilo znovu prožít při rozhodování o tom, zda odejde nebo zůstane. Vnitřně posílena volila stenickou variantu, která sekundárně posílila její sebehodnocení.

Zároveň jako projev zvýšené míry sebereflexe a přiměřenějšího nakládání s vlastním prožíváním je pro mne postupně rostoucí somatické zdraví. Během léčby postupně vymizely její vertebrogenní potíže, zvýšená dráždivost GIT, tenzní bolesti hlavy zcela zmizely.

Vzhledem k jejímu reálnému vývoji a vzhledem k průběhu terapie si uvědomuji, že dalším velkým traumatem je nevytvoření dobrého vztahu s otcem i otčímem.

Toto zranění je pro ni natolik náročné, že se k jeho otevření v průběhu psychoterapie odhodlala jen dvakrát. Je ovšem zřejmé a to např. ze způsobu, jakým nakládá se svými partnerskými vztahy, že pro plnou integraci osobnosti je toto důležité téma aktuálně méně významné.

Předpokládám, že v případě znovu objevení potíží je paní M schopna vyhledat odbornou pomoc.

## **SHRNUTÍ KAZUISTIKY.**

**Pacientka prošla během terapie procesem, fází a úrovní změny. Dosáhla fáze udržení, úrovně interpersonálního a intrapersonálního konfliktu ve významné míře, procesu změny na úrovni zvyšování vědomí, katarze, manipulace s následky, terapeutického vztahu. V konkrétní podobě:**

**Postupně získávala pocit bezpečí, který se rozvíjel na základě prohlubování terapeutického vztahu, který dokázala ukončit.**

**Pomocí imaginací se učila porozumět svému prožívání. Prošla opakovaně katarzí.**

**Behaviorálními technikami se naučila zvládat napětí na somatické úrovni pomocí autogenního tréninku a pomocí dechových technik.**

**Kognitivními technikami se ve specificky těžkých situacích naučila užívat asertivitu jako ochranu před emočním vypětím a explozivními reakcemi.**

**Naučila se respektovat své tempo. V terapii se opakovaně objevovaly rozličné projevy obran, které zpomalovaly nebo zastavovaly průběh celé terapie. Díky tomu se naučila vnímat své prožívání a respektovat aktuální situaci. Celkově se významně posílilo její sebehodnocení a respektování i negativních emocí.**

**Významnou součástí změny byla část po skončení terapie. Tato změna proběhla díky reálně změněným podmínkám ve skutečném životě. Nejprve rozhodnutí vycestovat do nejistoty v podobě nejasné pracovní možnosti v zahraničí a následné rozhodnutí podstoupit psychologické testy a požádat o znovu zařazení do pracovního poměru u dráhy, bylo naplněním jejího snu, na který si opakovaně netroufala.**

**Práce s touto pacientkou byla pro mne velmi přínosná. Na jedné straně, hledání způsobů jak zacházet s obrannými mechanismy na straně druhé věřit v pozitivní síly každého pacienta a nechat přirozený průběh i reálně nepříznivým skutečností. Důležité bylo také uvědomění si, že nalezení reálných, stabilních bodů v životě je významnou podporou pro vnitřní síly a stabilitu člověka.**

### **3.7 KAZUISTIKA č.4 - pan I.**

**Jedná se o kazuistické torzo 44 letého pacienta, VŠ, pracujícího jako projektant, svobodného bezdětného.**

#### **RODINNÁ ANAMNESA.**

Pacient vyrůstal v úplné rodině se svými rodiči a dvěma staršími bratry. Rodina zvýšeně podporující. Matce v době zahájení terapie 71 let, středoškolačka, ve starobním důchodu, relativně zdravá. Matku hodnotí jako laskavou, pečující, otažitou. Otec 74 letý středoškolák, zdravý, je již několik let ve starobním důchodu. Otce hodnotí jako uzavřeného, hodného pracovitého člověka.

Má dva starší bratry o 5 a 3 roky. Oba mají své rodiny a děti. S rodinou je rád, ale i s nimi se cítí velmi nejistý.

#### **OSOBNÍ ANAMNESA.**

Pacient velmi rezervovaného projevu. Štíhlý vysoký muž, nenápadně oblečený. Pacient žije sám, je bezdětný, svobodný. Stále pravidelně sporuje, rád fotí.

#### **ŠKOLNÍ DOCHÁZKA A PRACOVNÍ ANAMNESA.**

Pacient docházel od jednoho roka do jeslí, následně do MŠ. Opakovaně plakal, chodil tam nerad. Zahájení školní docházky bylo v 6 letech. Zvykal si obtížně také ve škole. Byl terčem šikany, neuměl se jí bránit, šikana nebyla řešena.

Školní docházka byla bez obtíží, prospíval dobře, neměl kázeňské potíže. Netrpěl specifickými poruchami učení. Ukončené vzdělání má VŠ technického charakteru.

Po vysoké škole začal pracovat v projekční kanceláři, ve které byl dosud. Profesně byl spokojený. Vztahy na pracovišti nerozvíjel, s nikým se mimo oficiální pracovní povinnosti nestýkal.



## **VITA SEXUALIS.**

Partnerské soužití vnímal jako velmi složité, sexuální život zahájil po 20. roce života, vztahy měl spíše krátkodobé, rozchody pro něj byly vždy velmi těžké.

Během střední školy se žádnou ženou nechodil.

Aktuálně v době terapie byl krátkou dobu po rozchodu, cítil se velmi zranitelný a opuštěný, vztah trval asi 2 roky, nikdy spolu nebydleli, stále žil ve společné domácnosti s rodiči.

První vztah trval několik měsíců, po rozchodu byl několik let sám.

V průběhu terapie byl opakovaně v kontaktu s poslední partnerkou, stále se pokoušel vztah obnovit.

Po nějaké době se seznámil na inzerát, byl to několikátý pokus. Během terapie byl ve vztahu celkem spokojený.

## **SOCIÁLNÍ ANAMNESA.**

Během dospívání byl aktivní sportovec, zde měl nejčetnější sociální kontakty, sám je hodnotil jako povrchní. Neměl žádného blízkého kamaráda, nejužší vztahy měl s rodinnými příslušníky, ale nebyly skutečně důvěrné.

## **CRIMINA.**

Nebyl nikdy trestán.

## **NÁVYKY.**

Nikdy nepil, nekouřil, zkušenosti s drogami nigoval, stejně jako gambling.

## **INDIKACE K PSYCHOTERPII.**

Pan I. byl na psychoterapii doporučen svojí ošetřující psychiatrou. Do psychiatrické ambulance v té době docházel asi měsíc a užíval antidepresiva. Byla to jeho druhá ambulantní léčba.

Remise potíží trvala necelé dva roky a v té době byl pacient zcela bez medikace antidepresivy, ale jen v částečné remisi potíží. Do ambulantní péče se vrátil pro dekompenzaci sociální úzkosti.

Ihned se rozhodl a vyžádal si doporučení k psychoterapii.

Pacient štíhlý, zjevně úzkostný.

V prvním kontaktu byl velmi rezervovaný, obtížně hovořil, velmi se styděl, měl zřetelný třes horních končetin.

Ve vztahu k délce terapie a její formě byl zcela otevřený.

Pacient byl motivován pro terapii, jeho potíže začaly již ve školním věku a s různou mírou intenzity trvaly celý jeho dospělý život.

Během první ambulantní léčby, která trvala asi rok, došlo po nasazení medikace k ústupu potíží, přibližně po roce léčby se s ošetřující lékařkou dohodli na ukončení farmakoterapie.

Pan I. podle návodu léky vysadil, nějakou dobu přetrvával stabilizovaný stav.

Asi po 6 týdnech se začaly objevovat drobné nejistoty, vrátil se mírný třes horních končetin v zátěži.

Pan I. se postupně začal vyhýbat jednání s klienty, měl potíže při veřejných prezentacích své práce, a v poslední době, nemohl vůbec jíst v závodní jídelně. Vyhýbal se kolegům, postupně na obědy přestal chodit.

V té době se rozhodl znovu navštívit psychiatra. Na prvním sezení si vyžádal doporučení k psychoterapii, protože si nepřál zopakování své negativní zkušenosti.

V úvodním rozhovoru bylo zřejmé, že se jedná o pacienta s dobrou rozumovou kapacitou, který je, ale velmi rezervovaný a nerad o sobě hovoří. Bylo, ale zřejmé, že je velmi motivovaný.

Vnímala jsem jeho úlevu, která pravděpodobně souvisela s možností mluvit o svých potížích. V reakcích byl formální, téměř hypomimický.

Jistá míra zdrženlivosti přetrvávala po celou dobu terapie.

## **VLASTNÍ PRŮBĚH PSYCHOTERAPIE.**

Pan I. zahájil ambulantní péči v r. 2006, v té době byly jeho potíže masivní, byla diagnostikována sociální fobie. Pacient dobře reagoval na medikaci. Remise po vysazení léků, trvala jen krátce.

Terapie trvala 17 měsíců, 34 sezení. V první části terapie docházel pacient jedenkrát týdně, později asi po 6 měsících se prodloužil interval na jedenkrát za dva týdny. Ke konci terapie přišel 2x jedenkrát za měsíc. Sezení byla vždy hodinová.

Potíže trvaly od dětství, nejprve se projevovaly jen v podobě stydlivosti, později vyhýbání se lidem. Úzkost byla doprovázena třesem horních končetin, červenáním se, zadržáváním v řeči, stavem nekontrolované úzkosti, který potencoval zárazy v řeči. Stav byl pro pana I velmi nepříjemný.

Stav mírné úzkosti v podobě pocitů viny, prožívání svého chování jako nepřijatelného trval nepřetržitě.

V době zahájení psychoterapie byl pacient 44 letý muž, vysokoškolák, technického zaměření, svobodný, bezdětný, v době krátce po ukončení partnerského vztahu.

Primární rodina bez nápadností, bezkonfliktní vztahy. Rodiče žili společně, starší bratři měli vlastní rodiny.

V kontaktu byl plně komponovaný, úzkostný, pro psychoterapii plně motivovaný.

Jedním z možných pohledů na rozvoj potíží bylo porozumění rodinné konstelaci a to zejména z důvodů rozvoje úzkosti v dětství.

Pan I. popisoval svoji rodinu jako velmi soudržnou. Jako dítě chodil asi od necelého roka do jeslí. Jeho starší bratři byli různě problematičtí, zlobiví, moc se neučili.

On popisoval velmi blízký vztah se svojí matkou. Měl tendenci ji vždy ochraňovat. Vztah se jevil jako velmi blízký a závislý. Jeho popis naplňuje pojem symbiotické vazby tak, jak jej užívá Mahlerová (Mahlerová, 2006).

Obraz potíží pana I. vnímám jako projev časného narušení pocitu bezpečí a stability.

Potřeba permanentního bezpečí, projevující se přetrváváním v rodičovském bytě, navzdory faktu, že má svůj vlastní byt. Prožívání masivní nejistoty, zda je dost dobrý a neztrapní se před svým okolím.

Předpokládala jsem přítomnost silných, ambivalentních a ohrožujících pocitů k vlastní osobě, které pan I. halil do obrazu, bojím se svého okolí.

Symptom chápou jako ochranu před zklamáním: „Raději se do dalších vztahů nepouštím, protože když by skončily, bylo by to pro mne moc nepříjemné.“

Je ochranou pastí, protože prohlubuje pocit osamění a tím prožívání sebe s negativní konotací.

Symptom také umožňuje společné soužití s rodiči. Je tedy zdrojem péče a komfortu, který soužití poskytuje.

Umožňuje setrvání v quasi dětské poloze – „moje zodpovědnost je částečná“

Symptom také umožňuje setrvání ve společném prostoru s matkou, kterou může chránit.

Dohodli jsme se na KBT. Postupné zvládání soc. situací podle modelu KBT.

Plánem krátkodobé péče byl ústup symptomů sociální fobie.

V případě dlouhodobé péče bylo cílem nalezení příčin časně se rozvíjející sociální úzkosti. Zahájení terapie formou kognitivně behaviorálních postupů jsem volila také pro významnou rezervovanost pacienta a pro možnost v první fázi pracovat podle návodu v racionální poloze.

K této druhé etapě se pacient vyjádřil zdrženlivě.

První část terapie probíhala zcela v intencích KBT. Pan I velmi dobře kooperoval. Zpracovával postupně jednotlivé situace, praktikoval expozice a v postupném plánu s podporou medikace zvládl všechny situace, které mu činily potíže. Prošel změnou na úrovni maladaptivních kognitivních schémat a symptomů a problémových situací.

V okamžiku odeznění symptomů sociální úzkosti se rozhodl pokračovat v další terapii, protože pocíval úlevu ze společných rozhovorů.

Dále pokračovala terapie jako spíše dynamická. Pacient mluvil o svých vztazích v rodině. Snažil se porozumět zdrojům své úzkosti.

Později se objevilo téma vnitřního napětí agrese, mluvil o nepřijatelnosti vzteku.

Téma agrese a vnitřní zloby se objevovalo opakovaně. Na jednom sezení pan I. mluvil o záplavě zuřivosti, která je popadla, když něco opravoval na chatě. Byl tam sám, nedařilo se mu, přestal se kontrolovat, a začal součástku rozbíjet. Stav trval jen několik minut. Následně pocítil úlevu. Katarze se dostavuje v okamžiku uvědomění si falešné hry v sociální roli a odmítání přítomného okamžiku. Je vyvrcholením útěku před sebou samotným a reakcí na prožitek bezmoci. V té chvíli je silný prožitek strachu ze ztráty kontroly. Postupně dojde k přijetí nežádoucích emocí a možnosti postupně je uvolňovat bez ohledu na reakci okolí (Prochaska, 1999).

V následujících sezeních hodně mluvil o ztrátě strachu z vlastní agrese. O obrovské úlevě, že něco zničil. Byl rád, že jej nikdo neviděl, ale dokázal si představit, že by zvládl i situaci v přítomnosti jiné osoby. Prošel procesem změny katarzí, která je posunula do fáze akce, s částečnou mírou úrovně interpersonálních konfliktů.

Po tomto sezení se odhodlal navštívit psychoterapeutickou skupinu, kterou jsem mu již nějakou dobu doporučovala.

Ke katarznímu zážitku se vracel mnoho sezení, potřeboval porozumět širšímu kontextu celé situace. Uvědomil si dramatické zážitky svého dětství, kdy starší bratři procházeli adolescentní fází a on byl přítomen dramatickým konfliktům, zde se objevila potřeba ochrany matky a strach z neovládnuté impulsivní reakce. Byl konfrontován se svými strachy a postupně jim porozuměl, jeho úzkost, pocity studu a nejistoty se začaly proměňovat.

Během souběhu individuální a skupinové terapie byl zřejmý pokrok. Velmi se sociálně otužil, dokázal běžně konverzovat, pokud potřeboval, dokázal se vymezit svému okolí a prosadit své potřeby. Cítil se velmi dobře, pokud se objevilo napětí v nějaké nezvyklé nebo nové situaci, dokázal jej zvládnout. Cítil se být rovnocenným svému okolí. 3 měsíce před ukončením individuální terapie, ukončil po dohodě s psychiatrou užívání léků.

Jevil se stabilizovaný, chtěl ještě rok docházet do skupiny a pak ukončit i tento druh péče. Ze skupinové terapie velmi profitoval, cítil posílení, podporu ostatních členů, zažíval silné, dobré prožitky z přijetí svým okolím.

V terapii, která probíhala jako středně dobá proběhlo postupně zvyšování vědomí a porozumění problému jako významný regulátor úzkosti.

Pacient prošel desenzibilizací, byl schopen racionalizovat případné úzkostné myšlenky.

Dokázal aplikovat behaviorální techniky. Prošel katarzním zážitkem, prošel emočně korektivní zkušeností opakovaně v různých situacích individuální i skupinové terapie.

Nyní asi rok po ukončení péče ve skupinové psychoterapii se mu vede dobře, cítí se být integrovaný, bydlí samostatně ve svém bytě, úzkosti se neobjevují. Žije v partnerském vztahu, s partnerkou žijí odděleně, ale po vzájemné dohodě a ke vzájemné spokojenosti.

Tráví spolu většinu volného času. Na úrovni partnerského soužití se cítí velmi zranitelný, ale snaží se být otevřený.

Zpětně se zdá, že zahájení terapie v duchu KBT, bylo velmi účelné. Pan I. mohl fungovat v rámci výkonového systému. Během tohoto přístupu postupně získával pocit důvěry a

bezpečí s terapeutem. V okamžiku, kdy zvládl vlastní úzkosti, naučil se s ní zacházet, mohl postupně začít mluvit o svých vnitřních prožitcích. Procházel procesem zvyšování vědomí, prohluboval terapeutický vztah. Opakovaně procházel fází akce a ukončení. Dosahoval také úrovně symptomů a problémové situace, maladaptivní kognitivní schémata měnil velmi zvolna.

Tedy během počátečních měsíců terapie získal pocit bezpečí, postupně mohlo dojít sebeotevření, ke sdílení vlastního prožívání. Zcela neplánovaně prošel katarzním zážitkem, pochopil, že jeho agrese je ovlivnitelná, přestal se bát.

Prošel emoční korektivní zkušeností a byl schopen tento svůj prožitek reintegrovat do svého intrapsychického prostoru.

Další významnou změnou v prožívání pacienta byla zkušenost ze skupiny. Reálné přijetí okolím, prožitek podpory – tak o tom hovořil na individuálních sezeních. Procházel tedy změnou na úrovni intrapersonálního a interpersonálního konfliktu.

Zvládnutí ukončení terapie v postupných krocích, včetně plánovitého vysazení AD.

Je zřejmé, že významnými obecnými účinnými faktory byla motivace pacienta, postupné získání bezpečí v terapeutickém vztahu. Na úrovni specifických účinných faktorů považuji za velmi významné získání praktických dovedností v oblasti zvládnutí sociální úzkosti, dále emoční uvolnění v podobě katarze a velmi významné bylo posílení v individuální terapii na úrovni přijetí vlastního prožívání, ve skupinové psychoterapii zážitek přijetí okolím.

Terapie byla ukončena jako spíše středně dobá. S momentální mírou vnitřního sebepoznání pacienta jsem spokojená. Je v plném souladu s tím co by „měl“ a s tím co „může“.

V době ukončení individuálního procesu ještě pokračoval ve skupinové psychoterapii, je tedy zřejmé, že v případě objevení tématu, které by bylo vhodné k podrobnějšímu zpracování, bude skupinovým terapeutem doporučen zpět do péče.

Uvědomuji si v průběhu tohoto procesu zejména svoji netrpělivost a to hlavně v době, kdy se zdánlivě nic dělo.

Tyto své pochybnosti jsem podrobně probírala na supervizních sezeních.

Supervize mi přinesla uvědomění, jak je důležité vydržet pacientovo váhání a pasivní testování a neustále podporovat jeho nejistotu a umožnit mu pozvolný průběh podle jeho individuálních potřeb.

Během individuální psychoterapeutické péče dosáhl pacient významné změny v postojích v životě. Dokázal nalézt posílení svého vnitřního já. Dokázal posílit svůj vnitřní prostor. Dokázal tuto změnu postoje uplatnit v sociální interakci, nejprve v chráněném prostředí analytické skupiny, později i ve skutečném životě. Odstěhoval se od rodičů, žije v partnerském vztahu, necítí omezení v sociální interakci ve svém profesním životě.

### **SHRNUTÍ KAZUISTIKY.**

**Pacient v době terapie 44 letý, VŠ přicházející na doporučení psychiatry pro relaps sociální fobie s potížemi v oblasti komunikace. V průběhu terapie dosáhl významného pokroku. Zpočátku aplikace kognitivně behaviorálních technik.**

**Kognitivními technikami se ve specificky těžkých situacích naučil užívat asertivitu jako ochranu před emočním vypětím. Na úrovni behaviorálních technik katarze, desenzibilizace a postupné získání schopnosti regulovat úzkost.**

**Postupně spíše dynamické zpracování vlastních příčin vzniku obtíží a zároveň pomocí paralelního procesu v analytické skupinové terapii.**

**Díky těmto přístupům získal pan I. větší respekt k sobě samotnému, respektuje své prožívání, snaží se mu lépe rozumět.**

**Podařilo se mu zvýšit své adaptační mechanismy. Začal žít zcela samostatně, s plnou péčí o své záležitosti. Jeho partnerský život se proměnil, začal žít ve vztahu, který vnímá jako spokojený. Profesní život je pro něj snazší dobře a bez potíží zvládá situace upřené pozornosti, kontakt formální i neformální se známými i neznámými lidmi.**

### **3.8 KAZUISITKA č. 5 pan Č.**

**Pacient 35 let, SŠ, pracující jako masér, v partnerském vztahu, jedno dítě 3letý syn.**

### **RODINNÁ ANAMNESA.**

Otec pacienta 57 letý, vyučený muž, aktuálně v předčasném starobním důchodu, přiměřeného somatického zdraví. Podle pacienta agresivní, výbušný, zlý muž, pečlivý,

dogmatický. Matka 57 letá žena, dlouhodobě v ID pro vertebrogenní potíže. Matku hodnotí jako věcnou, racionální, emočně odtažitá.

Je druhým ze tří sourozenců, má o tři roky staršího bratra, a o dva roky mladší sestru.

V rodině jsou narušené vztahy, on cítí k otci odpor, je sním nerad sám. Navštěvuje své rodiče minimálně. Nemá rád svoji sestru, která byla vždy u otce oblíbena.

## **OSOBNÍ ANAMNEZA.**

Pacient mladistvého vzhledu, plnoštíhlý, působící exhaustivním dojmem.

V době zahájení terapie je pacient 35 r., SŠ, pracující jako masér, o své profesi nechce hovořit. Žije v partnerském vztahu, má téměř tříletého syna a během terapie se narodila dcera. Partnerský vztah je velmi neuspokojivý.

## **ŠKOLNÍ DOCHÁZKA A PRACOVNÍ ANAMNEZA.**

MŠ nenavštěvoval, ve škole si zvykal obtížně, byl terčem šikany, později se hodně pral. Ke konci základní školy hodně držel diety, byl hospitalizovaný na dětském oddělení PK. Do školy chodil nerad, učil se celkem dobře. Trpěl poruchou pozornosti, ve škole neměl žádné úlevy. Na střední školy chodil na gymnázium.

## **VITA SEXUALIS.**

Zahájení sexuálního života byla po střední škole, s první partnerkou trval vztah asi 3 roky, pak začal chodit se svojí současnou partnerkou, byl s ní velmi rád, vše fungovalo podle jeho představ, pak zjistil v těhotenství, že kouří, že mu

## **SOCIÁLNÍ ANAMNEZA.**

Má přátele, se kterými pravidelně sportuje. Má spíše méně blízkých přátel. Aktuálně je pro něj důležité fungování v rodině a pracovní povinnosti. Cítí se velmi vytížený. V minulosti se stýkal se skupinou známých, praktikujících meditace.



## **CRIMINA.**

Nebyl trestán.

## **NÁVYKY.**

Pacient je kuřák, kouří 15 cigaret denně, pije příležitostně, palimpsesty neguje, zkušenosti s drogami také. Gambling neguje.

## **INDIKACE K PSYCHOTERPII.**

Pacient se dostavil k psychoterapii na doporučení ošetřující psychiatry, v jejíž péči byl již druhým rokem. Pro psychoterapii se rozhodl zejména kvůli synovi. Má vleklé potíže z okruhu OCD.

V prvním kontaktu velmi zdrženlivý, nemluvný, s projevy studu, ale se zjevným zájmem. Pacient sportovního vzhledu.

Se zvýšenou servilností. V úvodu projevující zájem o spíše dlouhodobou péči se zájmem něco se svými potížemi dělat.

Jeho potíže trvaly poměrně dlouhou dobu, téměř dvacet let, různě se proměňovaly, se změnou jeho životního stylu. Dlouhodobě se necítil spokojený, ale odvahu k zahájení terapie hledal v celém posledním roce.

Z reakcí v průběhu anamnestického rozhovoru bylo zřejmé, že nad svými odpověďmi přemýšlí, že o celé řadě svých prožitků z pochopitelných důvodů nemůže mluvit, ale vnímá dotazy a pokud může, odpovídá.

Celá řada anamnestických dotazů pro něj znamenala nový směr uvažování o vlastních potížích.

V průběhu rozhovoru byl stále přítomný stud, podílející se na rezervovaném projevu.

Na počátku byl uzavřen terapeutický kontrakt. Terapie byla zahájena jako kognitivně behaviorální. Pacient se nechtěl pouštět do podrobného anamnestického rozhovoru, přes plánovanou dlouhodobou péči.

## **VLASTNÍ PRŮBĚH PSYCHOTERAPIE.**

Pacient aktuálně dochází do terapie rok, absolvoval 37 sezení v zásadě v intervalu 1x týdně. V posledních měsících požádal o prodloužení intervalu. Rámec terapie je KBT.

Pacient zahájil psychoterapeutickou péči v srpnu 2011. Tehdy jeho aktuální míra potíží byla neuspokojivá, ale stabilizovaná po 2 letech užívání antidepresiv. Stabilizaci pojmenovával, ustoupení obsedantních rituálů na kratší dobu.

Aktuální potíže v partnerském vztahu a hrozba ukončení vztahu a ztráta syna byly důvodem k zahájené léčbě. O situaci v primární rodině nebyl schopen hovořit.

Nutkové rituály se rozvinuly postupně od hospitalizace v jeho 15 letech, v průběhu téměř 20 let. Pacient o rozvoji potíží nebyl schopen hovořit. K první psychiatrické péči byl velmi kritický, vnímal léčbu jako poškozující. Připouštěl, že nejedl a vážil 39kg., to považuje za adekvátní věku. Aktuálně se cítí se svým tělem spokojený.

### **První setkání.**

Mezi situace, které řadí do zátěžových, patří oblékání – triko, kalhoty, ponožky, otevírání dveří, kontrola spotřebičů, kontrola uzávěrů, kontrola obalů s jídlem v lednici a podobně. Vzhledem k profesi fyzioterapeuta jej tyto rituály zaneprazdňují do té míry, že stávají vážně limitujícími v běžném fungování. Rituály v případě pana Č, mají atypickou podobu, jsou strnutím v nečinnost a čekáním na snížení úzkosti, nikoli opakováním činnosti. Naučil se tímto způsobem neopakovat kontrolu. Někdy drží oblečení před tělem i několik minut.

V kontaktu byl plně komponovaný, nejistý s úzkostně depresivním inhibovaným projevem. Pro psychoterapii plně motivovaný.

Silná potřeba kontroly, neustálé ujišťování, zda jsou věci dobře uzavřené, otevírá fantazie o velmi slabé konceptu ega.

Bylo zřetelně jasné, že každé mé mlčení nebo jen zamyšlení, vnímal pacient s velkým napětím a následnou úlevou, že nepřichází kritika. Asi na čtvrtém sezení byl schopen vyslovit úžas nad tím, že jej chápu a nekritizuji.

Z této mé zkušenosti s ním, se odvíjely pracovní hypotézy o vzniku potíží.

Předpokládala jsem silnou potlačenou agresi, v primární rodině zaměření na kontrolu, tedy strach, aby chování pacienta obstálo před kritikou dospělých, pravděpodobně rodičů.

Zároveň byly silné pochybnosti na úrovni jistoty o sobě samém, zda jej může chápat okolí a plně jej akceptovat.

Silný důraz na dobře fungující živnost, ocenění ze strany klientů, pocit vlastního smyslu a potřeba, aby všechny věci, byly v naprostém pořádku, aby vytvářel dokonalý dojem, jen posilovaly moje hypotézy o silně vyvinutém konceptu superega.

Intenzivní strach ze ztráty kontroly, strach ze selhání a toho co bude následovat, obava, aby se stále dobře choval.

### **Další sezení.**

Zároveň po několika sezeních bylo jasné, že se pacient brání jakékoli zmínce o primární rodině. Striktně se snažil pracovat podle KBT schématu. Bylo zřejmé, že jsou jeho obranné mechanismy velmi silné. Že se snaží plně držet představu dokonalosti celého systému.

Silný důraz na ochranu syna, strach ze selhání ve vlastní otcovské roli, vyvolával představu narušeného vztahu s vlastním otcem.

Silným mechanismem se mi jevila intenzivní potlačená lítost, pocity křivdy, ublížení, neexistence jistoty a bezpečí, pravděpodobná byla, jak jsem uvažovala přímá konfrontace se silnými agresivními projevy.

Bylo zřejmé, že pacient je velmi silný, ve smyslu zvládnání životních obtíží a že prošel velmi dramatickým vývojem, který silně ovlivnil jeho aktuální stav.

Předpokládala jsem přítomnost silných, ambivalentních pocitů, zejména vůči otci.

Vytěsněná agrese, popřená lítost, strach z projevujících se vlastních, „negativních“ sil, v kontrastu s pocitem osamění, nejistoty jsou vnitřní komponenty rozvinutých OCD symptomů pacienta.

Tato vnitřní dynamika, rozvíjející se jako velmi časné trauma, potvrzená také anamnestickými údaji – psychiatrická hospitalizace s poruchou příjmu potravy, ve smyslu mentální anorexie v adolescenci.

Symptom v tomto případě chápu jako posílení. Je zřejmé, že kontrolní mechanismy rozvinuté v obsedantně kompulsivním obraze pana Č jsou posílením jeho narušené integrity.

Vytvářejí pro něj ochranu před vlastní agresí a jsou důkazem, že je pacient silný. Zároveň je tento projev obrazem silných autoagresivních postojů. Stále hledá chybu u sebe.

Symptom má nyní v interpersonální rovině další význam, ...bojím se, abych se neztrapnil, aby mne okolí nevnímalo jako bezcenného...

Ve vztahu k synovi ... nechci být tak zlý a bezcitný jako můj otec... u

V době zahájení psychoterapie se pacient projevoval emočně velmi zdrženlivě, byl uzavřený, zahlcený svojí náročnou situací, terapii jsem zahájila jako KBT, protože mi připadala povzbuzující, bezpečná a účinná.

Obecně je kognitivně behaviorální přístup posilující, pokud pacient aktivně spolupracuje, postupně získává dovednosti pro zvládnutí potíží.

Uvažovala jsem rovněž krátkodobé terapie, ve které jsem plánovala zvládnutí některých obsesí, posílení pacienta, následné porozumění dynamice obtíží.

Plán byl v dlouhodobém rámci více se zaměřit na pojmenovávání prožívaného, tedy zvýšení sebereflexe, porozumění i negativním prožitkům a jejich akceptování, pokud to bude možné.

U OCD je míra vnitřního napětí často s dezintegrujícím charakterem, proto jsem považovala zkoumání prožívání jako možnou fázi až době vytvoření bezpečného vztahu a získání částečné stability v podobě ústupu většiny obsedantních rituálů.

První cíle nebyly časově omezené, plánem bylo zvládnutí edukace o problému, zvládnutí některých situací, ve kterých se objevuje nutkavá úzkost, až v dalším plánu zvýšení sebereflexe.

Zvýšení sebereflexe, tedy rozpoznání příčiny obtíží, zvýšení vědomí o dynamice v primární rodině, porozumění strachu z vlastní role otce, jsem vnímala jako silné dezintegrující témata a jejich řešení plánuji na významně pozdější dobu.

V kontaktu je pacient velmi nedůvěřivý, opatrný velmi rezervovaný.

Přes pochopení mechanismu, se nedařila praktická aplikace postupu podle kognitivně behaviorální terapie. Přicházel se záznamy úzkostí, seznam hierarchicky uspořádal, v sezení se učil racionální přerámování, v praxi k jeho aplikaci vůbec neodvážil - tedy vlastní expozice nebyla možná.

Při prvních 5 sezeních pacient přicházel s neúspěchem, při nácviu v sezení se situace částečně dařily, doma nebylo možné expozici zvládnout.

Na pátém sezení se pacient začal zvolna rozčilovat. Nejprve velmi zdrženlivě pojmenovával svoji nemožnost, neschopnost, postupně se akcent na sebe zlobu zintenzivnil. Pacient, začal vyjmenovávat své neúspěchy v životě – špatný, prospěch, neschopnost, nepečlivost, nespolehlivost, postupně se začala zloba obracet k jeho otcizitě, zvyšoval hlas, používal vulgarismy. Katarze trvala asi 25 minut, po asi 5 minutách, klesla intenzita produkce, znovu si sedl a jen mluvil, hleděl do země před sebe a mluvil o pocitech, jak se cítil, když jej otec opakovaně bil, když mu nadával. Jak se bál, když se měl vrátit domů. Po asi 30 minutách sezení utichl, neměl potřebu dále mluvit.

K celému sezení jsme se vraceli asi po další 3 sezení, ta byla svou náplní spíše hlubině zaměřena, ale spíše ve formální podpůrné rovině, s částečnou edukací o vývojových fázích o dynamice prožívání. Po postupném propracování emočně korektivního prožitku, jsem akceptován, i když zuřím, se charakter sezení vrátil zpět ke kognitivně behaviorálnímu postupu. Zde došlo k procesu katarze ve fázi prekontemplace, která pacienta posunula do fáze kontemplace. Umožnila uvolnění vnitřních ambivalentních pocitů k pozvolnému zahájení KBT. Na úrovni změny došlo postupnému proměňování symptomů a maladaptivních kognitivních schémat.

Pacient po katarzním prožitku, začal spontánně cvičit expozice situací, v terapii o nich mluví jen na počátku sezení. KBT postup aktuálně realizuje spíše svépomocně. Čas terapie využívá také k ujasnění si příčin rozvoje OCD, ale spíše velmi vágně na obecné rovině edukace.

Pacient prošel dramatickou katarzí v intencích učení o změně, jak ji popisuje ve svém článku (Palková, 2011), kdy dochází k reorganizaci minulosti na základě přítomného okamžiku, vycházející z teorií paměti, která je spíše souborem fragmentů zkušenosti. Její podoba odpovídá kontextu přítomného vybavování. Kontextem může být jakákoli směs vjemů, pocitů, myšlenek, afektů a jednání, které se nám dějí. Pak tedy vnímá auto vybavení vzpomínek spíše jako záležitost přítomnosti, napomáhají v přítomném vidět smysluplnou celistvost děje (Damasio, 2004). Na základě tohoto pojetí je možné vytvoření dvou odlišných fragmentů jedné situace.

Některé teorie osvětlují vliv přítomného okamžiku na minulost v podobě neuronální změny engramu vzpomínky na základě aktuálního prožitku. (Endelman, 2010)

Prožitek přítomného v terapii se stal výchozím bodem pro katarzi negativních traumatických zážitků fyzické a psychické represe ze strany otce.

Katarze byla nutným ventilem, abreakce umožnila pacientovi vnímat sebe sama reálněji.

Mezi jednotlivými návštěvami pan Č velmi přemýšlí o svém dětství, mluví o svých prožitcích se svojí matkou. Tyto hovory mu přinášejí velkou úlevu, slyší od své matky potvrzení nepřiměřenosti chování svého otce. Může se více zlobit. Zároveň cítí jistotu a podporu, kterou dříve nevnímal.

Vytvoření racionální, kognitivní struktury je pro pacienty úlevné.

Úlevu přinesla katarze, která umožnila změnu postoje k sobě samotnému, po uvolnění silných emocí došlo k posílení sebehodnocení, reálnému hodnocení úspěchů a neúspěchů v životě, s intenzivním osobním významem pro pacienta.

Pacient na sezení dochází pravidelně, zpočátku sezení bývá neklidný, postupně jeho neklid klesá, často bývá zřetelná jeho úleva při sdělní podpory, posílení.

Aktuálně terapie stále ve fázích testování terapeutického vztahu. Pacient často mění termíny sezení, snaží se docházet, v posledních několika měsících prodloužil interval sezení. Důvodem jsou zřetelně obranné mechanismy ega. Ačkoli došlo k vnitřnímu posílení, nyní se daří postupně zvládnání nutkavých rituálů.

Myslím, že aktuální fáze této terapie je na počátku a popisovaná změna je výsledkem také úvodní terapeutické fáze, ve které pacient prošel již výše popisovanými způsoby léčby a zejména se sám věnoval meditacím a tím podporoval všímavost tak, jak ji popisuje Benda (2008). Podle kterého je všímavost obecnou schopností mysli, kterou do určité míry disponuje každý člověk. Má charakter vhledu, je spíše receptivním projevem a zároveň nemá hodnotící charakter. S tímto postojem přišel pacient do léčby a zřejmě ovlivnil poměrně rychlý průběh počáteční fáze.

Potíže pacienta vznikaly v průběhu celého jeho dětského života a dospívání. Za velmi přínosné pro pacienta jsem vnímala výklady, které mají pro něj uvolňující ráz. Obecné pojmenování a zdůvodnění jeho potíží přijímal jako úlevné. Cítí se více chráněný.

Podpora a posílení jeho potíží, sdílené porozumění pro jeho těžkosti, mu umožnily oddálit stud, který permanentně prožíval. Empatická edukace je pro něj velmi důležitým zdrojem proměny postoje k sobě samotnému.

V souvislosti s tímto následně došlo ke katarznímu prožitku.

Vlastní první katarzní zážitek byl intenzivní, dramatický, pro pacienta bylo významné, že jsem dokázala s ním tuto zkušenost sdílet. Vlastní katarzní zážitek vedl k prohloubení důvěry. Podle Pálkové je takovýto zážitek okamžikem, který ve vztahové analýze nazývají karois a je testováním terapeutického vztahu i také testování terapeuta (Palková, 2010).

Silné emoční uvolnění, odventilování vnitřního silného náboje, přineslo prostor pro následnou změnu. Mohl začít zpracovávat témata podle KBT modelu. Opakovaně se tento postup vrací. Pacient aplikuje KBT, podaří se mu zvládnout jednu úroveň situací, na dlouhou dobu se pokrok zastaví, přijde katarzní zážitek a po té může pokračovat v dalších expozičních. Proces katarze se objevil např.: při úklidu zimmých pneumatik, rozbil kompoty v polici, kde mu překážely, v situaci konfliktu s manželkou, rozbil talíř, který držel. Postupně se učí svoji agresii kultivovat. Díky procesu katarze je schopen na úrovni změny

postupně měnit maladaptivní kognitivní schémata, ovlivňovat symptomy a problémové situace.

Stále se průběžně objevuje rezonance snadno přecházející do mírné agrese v podobě vulgárních formulací.

Terapii pana Č. považuji za velmi náročnou, zejména v budoucím horizontu. Zejména ve vztahu ke kontextu rozvoje jeho potíží. Aktuálně dochází k postupnému zpracování prožitého a terapie probíhá spíše v rámci KB postupu.

Zpomalení terapie je z mého názoru vhodné. Míra vnitřního sebepoznání pacienta je v nerovnováze to co „může“ a to co by „měl“.

Tento rozpor je důvodem proč je aktuálně důležitá podpora bezpečí v terapeutickém vztahu, získávání vnitřní jistoty, tím, že zvládne své symptomy pomocí kognitivně behaviorálních postupů.

Vlastní terapie je v počátcích. Sezení jsou aktuálně naplánována v pravidelném intervalu dvakrát měsíčně.

Předpokládám spíše dlouhodobou péči a to zejména ve vztahu k závažnosti obtíží.

Lze předpokládat komplikovaný průběh s možnými i psychotickými relapsy a proto vnímám zpomalování terapie jako zásadní moment.

Aktuálně je terapie v počátcích, proběhlá změna je posílením pacientova sebevědomí, přináší mu úlevu od nutkavých symptomů, je jasné, že pro fixování změny je nutné následné, postupné zpracovávání vnitřních témat. To se děje spíše okrajově.

## **SHRNUTÍ KAZUISTIKY.**

**Muž SŠ, 35r., který zahájil terapii jako KBT. Přichází do ambulance na doporučení psychiatry a je zde farmakoterapie antidepresivy a neuroleptiky pro úporné potíže v rámci diagnostické kategorie OCD.**

**Po krátké době terapie prošel zásadní změnou kvalitativního postoje k sobě. Po prožití katarzi – vyplavení negativních zážitků, negativních emocí, zloby, kterou cítil, došlo k posunu sebehodnocení do reálnější polohy. Bezprostředně po katarzním prožitku mohl reálně zahájit expozice obsedantních potíží podle KBT. Mohl v terapii**

začít hovořit o svých traumatických prožitcích v dětství. Projít počáteční úroveň intrapersonální změny.

Pocítil velkou úlevu, která přispěla k emočně korektivní zkušenosti a on může hodnotit svůj život také pozitivně.

Aktuálně dokáže používat kognitivní i behaviorální techniky, kterými reguluje své napětí. Prochází tedy zvolna z fáze přípravy do fáze akce. Mění svá maladaptivní kognitivní schémata. Částečně snižuje míru symptomů. Stav je nestabilní.

Aktuálně je pro něj posilující podpora jeho matky, porozumění jeho potížím, které se mu nedostávalo v dětství, tedy posilující vliv mimo vlastní terapeutický proces.

Terapie je v počátcích, zřetelně reflektuje míru připravenosti pacienta, který se dlouhou dobu svépomocně snažil porozumět svému životu.

### **3.9. KAZUISTIKA č.6 paní Q.**

**Pacientka. 32 letá žena, VŠ, pracující v oblasti kultury, vdaná, jedna 5 letá dcera.**

#### **RODINNÁ ANAMNEZA.**

Matka pacientky je 62 r., je ve starobním důchodu, je podruhé vdaná, žije v SRN, je v zásadě zdravá. Matku vnímá jako velmi úzkostnou, plachou, ale zároveň samostatnou. Otec zemřel v pacientčiny devíti letech, po několika letech maligního onemocnění colonu. Byl nemocný několik let, poslední 2 roky svého života trávil v LDN. Otce vnímala jako zábavného, příliš si jej nepamatovala, protože v době zahájení školní docházky onemocněl a býval často hospitalizovaný.

Uvedla, že žila v harmonickém prostředí. Má o 8r starší sestru. O svých rodičích začala mluvit po několika měsících.

#### **OSOBNÍ ANAMNEZA.**

Exteriér pacientky byl velmi upravený, spíše konvenční.

Osobnost se v prvním kontaktu jevila jako introvertní, sociálně nejistá, ale se schopností v sociálním světě se prosadit.



Má čtyř letou dceru. Po mateřské dovolené změnila zaměstnání, cítí se zde i po roce stále cizí, má obavu zda obstojí.

Po svatbě měla potíže s početím, to se podařilo po 3 letech, nyní se snaží znovu otěhotnět, zatím neúspěšně. D

## **ŠKOLNÍ DOCHÁZKA A PRACOVNÍ ANAMNESA**

MŠ si zvykala bez obtíží, začala chodit ve 3 letech, školní docházku nastoupila v 6 letech, neměla potíže z okruhu specifických poruch učení, nebyla terčem šikany, do školního dění se příliš nezapojovala.

Během školní docházky neměla kázeňské problémy, dosahovala velmi dobrého prospěchu. Je VŠ, technického směru, pracovala v oblasti kultury. Po MD nastoupila do druhého zaměstnání. V dospělosti změny se zvýšenou nejistotou a úzkostí.

## **VITA SEXUALIS.**

Vdávala se po dlouholeté známosti, se svým manželem začala chodit ve 3. ročníku střední školy. V té době zahájila sexuální život, neměla jiného sexuálního partnera.

## **SOCIÁLNÍ ANAMNESA.**

Po celý svůj život hodně sportovala, měla ráda divadlo, film. Měla několik kamarádek, se žádnou neměla důvěrný blízký vztah, nejbližším člověkem pro ni byla její sestra.

Ostýchala se i kontaktu s manželovou rodinou a to přesto, že bydleli na v různých domech na jednom pozemku.

V kontaktu s kolegy v zaměstnání zažívala silnou nejistotu, měla potíže s ochranou svého prostoru, často, se jí stávalo, pracovala více než její kolegové.

## **CRIMINA.**

Nebyla trestána.

## **NÁVYKY.**

Nekuřačka, téměř abstinovala, neměla zkušenost s drogami, negoval a gambling.

## **INDIKACE K PSYCHOTERPII.**

Pacientka: Paní Q, tehdy 32 letá žena, přišla se žádostí o zahájení individuální terapie.

Pacientka byla vedena jako panická úzkostná porucha u spíše astenické úzkostné osobnosti.

Její dynamogénie byla snižena a působila spíše subdepresivním dojmem.

Osobnost se v prvním kontaktu jevila jako introvertní, sociálně nejistá, ale se schopností v sociálním světě se prosadit.

Do té doby navštěvovala psychiatrickou ambulanci, ve které stále konzultovala antidepressivní medikaci, které se bránila.

Přišla pro možnou úlevu od panických úzkostí a chtěla pomoci se svou obavou z těhotenství. K délce terapie se nevyjadřovala, ale zároveň koncipovala své zadání spíše jako dlouhodobé.

Bylo zřejmé, že má zájem svým potížím porozumět. Byla velmi zdrženlivá, uzavřená. Pregnantně formulovala a bylo zřejmé, že je velmi nejistá. Pacientka se zájmem o rozpoznání vnitřní dynamiky, se silnými obranami ega.

Potíže se rozvíjely postupně asi rok. Ale i před tím vnímala sebe sama jako uzavřenou, introvertní sociálně nejistou.

Sama dodávala, že je ve svém životě v podstatě spokojená, vážila si svého partnera. Cítila se nejistě v širších sociálních skupinách – zaměstnání, širší rodina, vztah k matce.

Pro terapii se zdála motivovaná, indikovaná. Ze způsobu hovoru bylo zřejmé, že bude potřeba vytvořit velmi bezpečný vztah, který umožní postupné odkrývání obranných mechanismů a řešení primárních příčin potíží.

Ve svých pocitech se příliš nevyznala, diferenciací vlastního prožívání byla limitovaná.

Mé dotazy a pozornost vnímala, reagovala s mírným studem, zdrženlivě.

Na psychoterapeutický proces se adaptovala a vyjadřovala chuť tímto způsobem pokračovat.

Při prvním setkání jsem ji informovala rámcově o průběhu terapie, vysvětlila jsem jí základní principy a domluvily jsme se na podrobném sběru anamnestických dat, na zpracování jejího životopisu.

## **VLASTNÍ PRŮBĚH PSYCHOTERAPIE.**

Terapie byla od počátku plánována jako dlouhodobá. Zahájení pomocí kognitivně behaviorálních postupů bylo jen účelové pro posílení pacientčina sebehodnocení a zvládnutí panických atak, které se objevovaly zejména v noci a budily ji.

S paní Q jsme se scházely čtyři roky, 57 sezení. Na sezení chodila pravidelně a včas, po asi tří měsíční počáteční fázi, ve které opakovaně termíny měnila nebo rušila.

Terapie byla zahájena jako KBT. Postupně zvládala své panické úzkosti. Naučila se kognitivní a také behaviorální postupy a během asi 15 sezení své panické stavy zvládala.

Během celé péče pracovala velmi zdrženlivě, ale s upřímným zájmem o prohloubení svého sebepoznání a plně soustředěně.

Symptomy úzkosti odeznívaly v postupných vlnách s drobnými relapsy.

V plánu bylo nejprve vytvoření stability v psychoterapeutickém vztahu a následně pak rozpoznání zdrojů úzkosti a vnitřní nejistoty. Obávala jsem se možnosti přechodné dekompenzace.

Společně formulované cíle:

rozpoznat příčinu svých obtíží

porozumět vztahu ke své matce

rozpoznat postoj pacientky k možnému těhotenství

Pokusila jsem se na potíže pacientky podívat z několika různých úhlů. Panické úzkosti se jevily jako možná forma projevu úzkosti, byly reakcí na vnímání limitů v životě. Úzkost byla vyjádřením jádrového strachu ze života, jevila se jako ochrana před těžkostmi života.

Zároveň byla podoba úzkostí jasně korespondující s ranou zkušeností ze ztráty rodiče, s pocitem osamění, úzkosti, kterým byla jako dítě vystavena. K tomuto druhému pohledu, spíše na úrovni terapeutického vhledu jsem dospěla až po 15. sezeních, kdy pacientka začala o smrti svého otce mluvit.

V této souvislosti se objevila její osobnostní senzitivnost a úzkostlivé ladění jako následek traumatické ztráty v dětství.

Bylo zřejmé, že je mladá žena velmi osamělá, že je pro ni náročné sdílet blízkost. Předpokládala jsem chybění blízkého raného vztahu s matkou. Který postupně odkrývala terapie.

Symptom chápu jako ochranu v těžké situaci, strach umožnil pacientce racionalizovat oddálení reprodukce.

Dále je symptom posílením individualismu, faktu, že jediný na koho se může spolehnout je ona sama. To vytváří distanci k druhým lidem a posiluje obavu z gravidity.

V kontextu vlastní zkušenosti je úzkost projevem obavy, aby její dcera nezažila stejnou ztrátu jako ona.

Symptom byl potřebný, prohluboval závislost na partnerovi, zároveň udržoval jistou rezervovanost a distanci ve vztahu.

Distance byla potřeba pro strach ze zkušenosti, blízké vztahy jsou nebezpečné z důvodů možné ztráty.

Proto bylo cílem terapie zvýšení vhledu a porozumění vlastnímu prožívání.

### **První sezení.**

Pacientka byla v prvním kontaktu velmi zdrženlivá, rezervovaná, formálně kooperující.

Důvod léčby uvedla v nepřekonatelné nechuti užívat antidepresiva a zároveň v úpornosti obtíží, které zažívala. Aktuálně medikace vysazena pro nežádoucí účinky.

Potíže omezila na popis vegetativních projevů úzkosti.

Rodinné prostředí popisuje jako klidné harmonické, v širší rodině svého muže se necítí být akceptována.

Aktuálně cítila zátěž v životě kumulaci různých událostí, které obtížně zvládá.

Panické úzkosti, kterými trpí, se vztahují k obavě o dítě, kdo by v případě její smrti zabezpečil péči.

Je po operaci štítné žlázy.

Dohodly jsme se, že příští sezení bude věnováno sběru anamnestických údajů.

### **Následující sezení.**

Byla věnována sběru anamnestických dat.

Terapie byla zahájena jako KBT. Postupně zvládala své panické úzkosti. Naučila se kognitivní a také behaviorální postupy a během asi 15 sezení své panické stavy zvládala.

Po této úvodní fázi došlo k první výrazné změně, pacientka prošla emočně korektivní zkušeností – mohla mírně přehodnotit svůj vztah k sobě. Reálně proběhla emočně korektivní zkušenost po jednom sezení, kdy doma chtěla svému muži sdělit, že dochází na terapii, po několika větách se rozplakala. Nedokázala svoji emoci zastavit. Později mluvila o obrovském pocitu lítosti, z faktu, že se má panické úzkosti. Emočně korektivní zkušenost byla realizována v okamžiku, kdy pacientka pocítila důvěru v své vnitřní pozitivní síly. Zažila plnou podporu a empatii svého muže. Poprvé ve svém životě projevila „zakázanou emoci“ a manžel ji nezvrhl. Prošla procesem změny – katarzí.

Je zřejmé, že prošla traumatickým vývojem a její mysl, nemohla být plně konfrontována s obsahem své rané zkušenosti. (Tischlerová, 2011). V Některých konceptech traumatu je podle autorky zdůrazňována úzkostná linie, kdy dítě prožívá totální bezmoc a úplnou závislost na matce a následné nevhodné nebo nepřiměřené pečování stojí v cestě zdravému vývoji a stává se základem pro patologii. Pak je možná konfrontace s traumatickými obsahy nevědomí až v situaci posílení vnitřních struktur, jak se to stalo i paní Q.

Tedy zvládnutím panické úzkosti, posílila své sebehodnocení, díky tomu mohla začít řešit vlastní příčinu úzkostí. V této fázi se objevila existenciální noogenní neuróza (Frankl, 1996). Rozvíjela se v souvislosti se zahájením další fáze terapie a s objevováním vnitřních zdrojů úzkosti v podobě dětské traumatické zkušenosti o té začala mluvit v následných sezeních. O své dětské konfrontaci se smrtí. V 10 letech zemřel její otec. V té době byl 4 roky onkologicky léčen, poslední období života strávil ve zdravotnickém zařízení. Procházela úrovní změny v podobě intrapersonálního konfliktu jako po spirále.

V kontextu tohoto zjištění se obava z vlastní smrti, strach o dceru a její spokojený život objevily ve srozumitelné perspektivě. Přes porozumění svému strachu, její prožívání bylo dlouhou dobu ve stejné intenzitě. Paní Q dlouhou dobu setrvala v posttraumatickém prožívání. Uplatnila v praxi prohlubování vzhledu na základě postupného zpracování tak, aby získal propojení mezi reálnou životní situací a vzhledem do situace (Zweibel, 2008).

Objevil se strach z existence, který byl trvale přítomný a kdy v hlavním pohledu na život vnímala pacientka strach ze smrti. Pacientka se bránila odkrývání svých silných negativních postojů vůči matce a trvalo poměrně dlouho, než odkryla obecně platný filozofický základ, který např. popisuje Kratochvíl, když pojednává o domestikaci přirozenosti a jejím začleňování do vztahů okolí. Člověk jako bytost světa může zakoušet

zakrývající stránku každého uchopení, ale může se také pokusit zcela fixovat některou vrstvu své uchopené věci, aby se tak stal pánem světa. (Kratochvíl, 1994) Tedy postupný ústup patologických fantazií. Měnila se její maladaptivní kognitivní schémata, stejně jako míra symptomů, docházelo tedy ke změně úrovně.

Psychoterapeutické dovednosti naučené v počátku terapie užívala selektivně v případě potřeby, většina obsahu sezení se nyní vztahoval k jejímu prožívání.

Během terapie se velmi intenzivně objevovaly pocity osamění, které si pamatovala od dětství. Vybavovala si emoční distanci své matky. Prožívala silně svoji bezmoc a beznaděj. Zřetelně se tedy objevoval konflikt na úrovni toho co „mám dělat“ a tomu co „nechci dělat“ a také na úrovni toho co „mám dělat“ oproti vnitřnímu prožitku vlastních možností a sil tomu co „mohu dělat“.

Díky prohloubení sebereflexe a uvědomění si uvedených mechanismů se začaly ve srozumitelné poloze objevovat strach z blízkosti s matkou, zde se objevil rozpor v konfrontaci vlastní mateřské role a mateřské role matky.

Paní Q mohla postupně objevovat vnitřní zlobu ze ztráty blízkosti. Otevřela se konfrontace mezi úrovní toho co je správné a toho co je možné.

Téma chybění blízkosti se objevilo jako dlouhodobé a velmi silné. Opakovaně zjišťovala, že projevení emocí je pro ni strachem z odmítnutí a následného zranění, které by nezvládla. Tento strach ji vedl do izolace vůči okolnímu světu, měla pocit, že oproti svému okolí je insuficientní. Během dalších asi 2 let postupně proměňovala postoj k sobě samotné. Znamenalo to postupné vyřešení vnitřního úkolu, toho co „mám dělat“ oproti potřebě, tedy tomu co „chci dělat“.

Srozumitelným se postupně stával její ambivalentní postoj k faktu mít další dítě. Zároveň, ale nemožnost opustit tuto představu. Konkrétní podoba tohoto rozporu je patrná i v odkládání kroků nutných pro změnu aktuální situace, například vyšetření a konzultace s gynekologem.

Téma se pro ni uzavřelo po 35 narozeninách, tuto věkovou hranici si stanovilo pro možné otěhotnění. V okamžiku, kdy necítila tlak okolí, postupně otevřela svůj ambivalentní postoj k manželovi. Cítila, že touží po jiném muži, že prožívá vnitřní konflikt, který jí byl nepříjemný. Popisovala potřeby blízkosti a zároveň nechut' z blízkosti s manželem.

Postupně mohla tyto své silné ambivalentní pocity propojit s traumatickými fantaziemi z dětství. Pak pocítila úlevu. Mohla se svým patologickým fantaziím postavit v síle

reintergovovaných vnitřních sil. Pacientka zpočátku na sezeních prožívala silnou úzkost, velmi se snažila pregnantně formulovat, její obličej byl téměř hypomimický. Odpovídala po latenci, neustále byla konfrontována s pochybností.

Postupně se vytvářel bezpečný terapeutický vztah, ten se začal vytvářet na základě posílení struktury superega při zvládnutí kognitivně behaviorálních postupů. Pak mohla paní Q začít mluvit o tom, co ji skutečně trápilo. Tím, že zvládla své úzkosti, mohla pozitivně hodnotit sebe sama. Zvládla kognitivní techniky, behaviorální techniky, desenzibilizaci, tím posílali svoji schopnost regulovat úzkost.

V další fázi procházela postupnými změnami na úrovni vnitřních změn, jejich výsledkem bylo znovu přiblížení v partnerském vztahu, zvládnutí blízkosti a distance v sociálních vztazích, schopnost regulovat vztahy na základě svých reálných potřeb nikoli na základě potřeby vyhovět svému okolí.

Pacientka v průběhu terapie procházela spíše klidnou fází ve svém životě. Tento reálný klid v životě umožnil nárůst pocitu bezpečí.

To ji umožnilo věnovat se psychoterapeutickému procesu.

Zcela jistě došlo k posílení vnitřních sil pacientky, k prohloubení jejího sebehodnocení a sebedůvěře.

Pro sociální posílení se jevila jako velmi důležitá moje podpora, kdy došlo jejímu otevření v bezpečném rámci psychoterapeutického procesu, tuto zkušenost pak postupně mohla aplikovat i v běžném životě. Získala emoční podporu v reálném životě, dokázala reflektovat na svá vnitřní přání a snažila se je prosazovat ve vztahu k okolí.

Terapie paní Q je ukončená, došlo k naplnění zadání terapie.

V tomto případě byla supervize důležitou zejména v otázce zpracování časného dětského traumatu ze ztráty otce.

Za jedno s nejvýraznějších uvědomění považuji zpomalování terapeutického procesu a umožnění postupného reintegrovaní časných bolestných zážitků a řešení existenciální úzkosti.

Terapii považuji za ukončenou.

## **SHRNUTÍ KAZUISTIKY.**

**Během terapie se pacientka naučila zvládat symptomy úzkosti na vegetativní úrovni. Zde prošla změnou postoje k úzkostem, přestala se vlastních panických záchvatů obávat. Zvládla úroveň změny maladaptivních kognitivních schémat, redukce symptomů.**

**Dokáže zastavit úzkostné, katastrofické scénáře.**

**Díky několika emočně korektivním zkušenostem dokázala porozumět svému prožívání. Prošla procesem změny katarzí.**

**Dovolila si respektovat své prožívání, a upřednostňovat jej před nároky okolí. Posílila své sebehodnocení. Částečně prošla úrovní řešení interpersonálních konfliktů.**

**Postupným zpracováním časného traumatu je schopna být v kvalitativně jiném vztahu se svým parterem.**

**Dokáže být v blízkosti a vnímání rizik je aktuálně na běžné úrovni. Posílila svoji autonomii. Do určité míry proměnila svůj postoj k intrapsychickým konfliktům.**

**Důležité bylo také uvědomění si, že nalezení reálných stabilních bodů v životě je podporou vnitřní síly a stability člověka. Změna na úrovni chování je spíše stabilního charakteru, došlo ke změnám na ose úrovně, procesu, stádium změny je udržení.**

## **4. DISKUSE**

Obsahem této práce je katamnestická sumarizace mých vlastních zkušeností, zasazených do teoretického rámce. Práce je v zásadě systémem poznatků, kterým vyjadřuji a popisuji propojení psychoterapeutické praxe a teorie. Snažila jsem se popsat prožitou zkušenost vztahující se ke specifickému fenoménu změny v psychoterapii u pacientů z mé klinické praxe. Toto zaměření práce vymežilo metodologické principy, které asi nejlépe popisuje fenomenologické zkoumání (Hendl, 2008).

Teorie definují psychoterapeutický proces zejména jako proces z hlediska časového vymezení jedné terapie, doby kdy pacient dochází za účelem zlepšení kvality svého života na psychoterapeutická sezení. Psychoterapeutický proces má své fáze úvodní, vlastní terapii, ukončení a postterapeutickou fázi. Úvodní fáze je doba, než pacient vyhledá odbornou pomoc, do sezení přichází se svojí životní zkušeností, stejně jako terapeut. Následně dochází k domluvě o podmínkách terapie. Proces terapie je ovlivněn specifickými a účinnými faktory, a pokud je léčba efektivní dochází postupně k úzdavě, která se projevuje změnou chování, dochází k ukončení terapie. V postterapeutické fázi



může dojít k dalším změnám, ke kterým léčba mohla přispět, tak jak to uvádím v kazuistice paní M, která zvládla v postterapeutické fázi náročnou konfrontaci a potvrdila tím reálně posílenou strukturu ega, která jí umožnila změnu postoje v životě. Z hlediska fází byla u pana Č důležitá fáze úvodní, díky které mohl projít významným posunem, zejména pro svoji předchozí aktivita a rozvoj všímavosti. Ostatní uvedené kazuistiky přinášejí informace o změně ve fázi vlastní terapie.

Proces změny je různými terapeuty vnímán odlišně. Za přehlednou považují formulaci, že to jsou zjevné i skryté činnosti, které pacienta přivedou ke změně chování, prožívání, myšlení, nebo vnímání problematických vztahů (Vymětal, 2004).

Trasteoretický přístup řadí mezi fenomény, které změnu ovlivňují proces v podobě zvyšování vědomí, katarzi, přehodnocení sebe, sebeosvobození, sociálního osvobození, protipodmiňování, ovládání podnětů, manipulaci s následky a pomáhající vztah. Za fáze změny jsou považovány fáze prekontemplace, kontemplace, přípravy, akce udržení a dokončení. Za úroveň změny jsou považovány symptomy a problémové situace, maladaptivní kognitivní schémata, současné interpersonální konflikty a intrapersonální konflikty. Svým pojetím je tato teoretické vymezení komplexní pro znázornění změny jako dynamického procesu.

Z psychoanalytického pohledu je změna na úrovni vnitřního uspořádání posun pacienta k nadhledu a schopnost vlastní reintegrace, která zahrnuje vnímání libovolné situace za změněného stavu vnímání, vedoucí k zvýšení pacientovy frustrační tolerance. Zde dochází ke ztrátě patologických fantazií, které významně ovlivňují pacientovo očekávání a vedou ke zvýšenému sebehodnocení. Tato poslední kategorie fenoménu změny je nejlépe dosažitelná postupným prohlubováním vhledu (Zweibel, 2008). Významně ji ovlivňuje osobnost pacienta nebo také terapeutický vztah.

Kognitivně behaviorální vnímání zahrnuje pouze výše jmenovaný proces změny. V kazuistikách je zjevné, že toto vymezení je redukcí skutečných fenoménů změny. Zcela opomíjí fenomény úrovně a fáze, tedy charakteristiky, které popisují změnu její trvalost a hloubku.

Studium při psaní této práce mne přivedlo k poznatku, že změna je jev, který, je fenoménem psychoterapeutického procesu, v každém terapeutickém případě jedinečný. Má své zákonitosti, dokonce je možné jak vyplývá z uvedených výzkumů predikovat úspěšnost terapie, ale přesto zůstává jedinečným procesem.

Změna je, ale také přirozeným jevem. Má své zákonitosti v podobě na příklad vývojových změn. I v procesu vývoje je změna jev, vedoucí k destabilizaci a vyžaduje nároky adaptačních mechanismů, do míry vedoucí k opětovné integraci jedince.

Pro hodnocení smysluplných souvislostí v lidském životě mi připadá jako vhodné vývojové kritérium. Vztahování se pacienta k obvyklým vývojovým fázím a potřebám a porovnávání případné odchylky. Psychoterapie je zaměřená na hledání souvislostí v lidském životě, hledá i skryté souvislosti a snaží je zviditelnit pacientovu vědomí a tím zmírnit zátěž působenou jeho problémy.

Je celá řada fenoménů, které posouvají psychoterapii k pokroku. Celá řada z nich má svůj prazáklad v běžném lidském životě. Mluvení o životě, hledání jiných pohledů, tedy na úrovni terapeutické techniky zvyšování vědomí. Procesy katarze známé z minulosti v podobě rituálních obřadů, vedoucích k uvolnění městnaného napětí.

K dalším způsobům jak dosáhnout změny je manipulace s následky, pozitivní podmiňování.

Popisované vnitřní změny, posun na úrovni kvality mi velmi připomínají vývojové, adaptačními mechanismy zvládnuté změny. Kdy dojde k integraci zkušenosti s vývojem, která se projeví ve změněném chování.

Pokud se vztahuji k metodologickému rámci ve své práci, narážím zde na jednu z obecných nevýhod kvalitativní analýzy a to je, že získaná znalost nemusí být zobecnitelná (Hendl, 2008). Tím myslím fakt, že přes obecné vymezení PT procesu, předpokládaných fází, je každá terapie svým způsobem jedinečná.

Popsané kazuistiky této práce jsou spíše praktickým potvrzením jednotlivých fenoménů změny. Již první princip pozitivistické vědy – objektivizace důkazů (Hendl, 2008) naráží v této rigorózní práci na limity, které se vztahují k psychoterapeutickému procesu. V celé práci jsem se setkávala s obecným faktem subjektivizace a potřeby odlišit skutečná fakta od jejich interpretace a hodnocení a to zejména z důvodů vlastního zaujetí všemi případy. Pro vytvoření nadhledu dobře sloužila supervize a také vztahování se k teoretickému rámci. Díky tomu jsem byla schopna lépe kategorizovat jednotlivé změny a více vnímat vlastní psychoterapeutický proces a tyto své reflexe formulovat na obecnější rovině.

Bylo obtížné vzhledem k charakteru práce zajistit její celkovou úroveň, tak aby splňovala teoretické podmínky validity. Částečně je toto ošetřeno v úvodu praktické části kapitoly. Na tomto místě bych se ráda věnovala způsobu sběru dat.

Vybrala jsem kazuistiky, na kterých je možné přehledně demonstrovat jednotlivé změny. Pro vlastní zpracování jsem čerpala ze svých záznamů a průběh dlouhodobých terapií jsem opakovaně konzultovala v supervizi. V porovnání případu slečny B a ostatních případů je zřejmé, že významnou proměnou v procesu psychoterapie je motivace pacienta. Tento faktor významně ovlivňuje dosaženou úroveň změny. To koreluje i s výsledky studií Marble (2011), Norcross (2011) a Carey (2007). Motivace je velmi komplikovaným souborem charakteristik – vědomých a nevědomých, které se podílejí na volní činnosti člověka.

Za další metodologická úskalí této práce je možné považovat redukcionalismus (Timuřák, 2005). Přes ryze kvalitativní analýzu dat, jsou uvedena psychoterapeutická torza zkrácenou verzí vlastního dialogu s pacientem. Ve vztahu k běžně vedeným výzkumům, je ale tento popis detailní a díky tomu přináší čtenáři dobrou informaci o jednotlivých fázích psychoterapeutického procesu. Míra detailního nebo stručného záznamu je závislá na vlastním průběh změny.

Ráda bych se ještě zmínila o principu nelinearity v psychoterapii tak, jak ji popisuje Timuřák. Ten uvádí, že neexistuje aktivní složka, která by měla jednoduchý lineární vliv na efekt terapie. Proto je tak obtížné identifikovat terapeutickou změnu (Timuřák, 2005). V záznamu případových studií se tento fakt objevuje v případě paní M, kdy docházelo k postupnému ubývání a nárůstu úzkostných symptomů například opakované somatické potíže, které bránily pokračování terapie

Jediné, co lze v širším rámci využít ve vlastní terapii a nyní se vztahují k filozofickým principům pozitivismu (Hendl, 2008). Zejména pak ke kauzálnímu hledisku - explanace a predikce, na jejichž základě je možné odhadnout, kterou úroveň změny pacient prochází a kterou by měl projít v budoucnu. Tento mechanismus umožňuje vytvářet odhad o prognóze. Nejzřetelnější je to v případě pana Č, kdy se jedná o neukončenou terapii, ale také o případ slečny B, kdy se jedná o neúspěšnou, ale ukončenou terapii. Mechanismy predikce a explanace jsou nutnými principy kvalifikovaného přístupu k pacientovi.

Jednotlivé kazuistiky se liší způsobem vedení terapie. Přes tuto odlišnost je možné obecně hodnotit PT přínos, případně změny, které nastaly.

V metateoretické klasifikaci fází změny jsem našla propojení kategorií změny z kognitivně behaviorální terapie, behaviorální terapie a psychoanalytické terapie. K tomu mne vedla potřeba vztahování se ke změně kvalitativní, tak jak je popisována např.:

Hoškovou. (Hošková, 2008) a zároveň jasná kategorizace změny užívaná v behaviorální terapii (Norcross, 1999) a kognitivně behaviorální terapii (Prochaska, 1999). Čerpala jsem z dostupné literatury a rozdílné přístupy mi připadaly zásadní pro moji práci.

Užití psychoanalytického hodnocení je pro mne limitováno faktem, že nejsem psychoanalytik a tudíž nesplňuji podmínky vedení terapie tímto způsobem. Psychoanalytické teorie považuji za dobře a detailně popisující intrapsychické procesy, ale také dynamiku psychoterapeutického vztahu a proces terapie.

Výběr pacientů je v úvodu práce definován tak, že jsem nebrala v úvahu ani diagnostickou kategorii ani vlastní psychoterapeutický postup. Zde jsem se vztahovala k obecnému faktu, že změna je dějem, který se v běžné realitě vyskytuje. Odlišnosti ve způsobu vedení terapie jsem považovala na této úrovni práce za nepodstatnou.

Naopak mi různé způsoby vedení terapie sloužily k demonstraci odlišné úrovně změny. Tak jak uvádím v přehledu v kapitole o terapeutické změně, neexistuje universální přístup, který by zaručil všechny fáze změny.

Využila jsem kazuistiku, která byla vedena jako kognitivně behaviorální terapie z důvodu teoretického vymezení procesu změny na základě procesu edukace u paní A, se kterým pracují jen některé psychoterapeutické přístupy cíleně např. kognitivně behaviorální terapie (Prochaska, 1999).

Důvodem pro zařazení pacientů s rozličnými diagnostickými kategoriemi byl také fakt, že zařazené kategorie přibližně znázorňují skladbu pacientů v mé ambulanci a to také koresponduje s běžně dostupnou statistikou o prevalenci duševních onemocnění (Höschl, 2002). Zároveň je tato skladba pacientů v psychoterapeutických výzkumech běžná.

Na úrovni poznání se v práci podařilo zaznamenat a popsat jednotlivé procesy změny a přiřadit je teoretickým systémům. Uváděný vzorek kazuistik je statisticky nevýznamný, slouží jako praktická demonstrace teoretických tezí, slouží spíše k potvrzení či demonstraci různé míry změny, která je teoreticky v literatuře popisována.

Nabídnutý vzorek pacientů je představením možností, nikoli důkazem účinnosti a správnosti postupu. Zacházení s fenomény změny je spíše aktivací divergentní složky myšlení, je tvořivým přístupem k pacientovi a jeho potížím. Za nutné považuji zdůraznit fakt konvergentní složky. Pojem, který mi v tuto chvíli slouží jako abstrakce pro vztahování se k realitě. Zahrnuje obecné předpoklady klinického psychoterapeuta – jeho vzdělání a etické zacházení s pacientem, jeho snahu o aktivaci dobrých, pozitivních sil

pacienta, zohledňování možností pacienta a všechny atributy a předpoklady pro kvalitní vedení psychoterapie, za kterou nese zodpovědnost terapeut.

V oblasti psychoterapie je dostupná celá řada studií, uvedu, že výsledkem jedné meta studie je fakt, který potvrzuje, že za účinnější je považována spíše dlouhodobá terapie nad 15 sezení, bez ohledu na psychoterapeutický směr (Vybíral, 2011). S tím korespondují i výsledky této práce, kdy ke kvalitativní změně v postoji pacientky například paní Q a paní M dochází po dlouhodobé terapii.

Krátkodobá terapie přináší změnu na úrovni projevů chování, jak to demonstruje případ paní A, které vycházejí z edukace pacienta a jsou jen částečnou změnou odpovídající celkovému stavu pacientky. Zde je pravděpodobnost relapsu významně zvýšená.

Je vhodné uvést také negativní aspekty změny, přes kompetentní péči, může dojít vlivem terapie k negativní změně, relapsu potíží. Pro zvládnutí relapsu je přínosný dobrý terapeutický vztah. Díky kterému může pacient o svém stavu hovořit, nebo schopnost vhledu, empatie terapeuta, který dobře svému pacientovi rozumí a vnímá jeho proměny.

Další kategorií je ukončení terapie, jak to pojednává Jakubů v podobě nezdaru. Je nárokem na terapeuta při zvládnání nezdaru. Nárokem na jeho nezdolnost a „copingové“ zvládající aktivity (Jakubů, 2011).

## 5. ZÁVĚR

Práce je věnována tématu změny v psychoterapii. Je rozdělena do dvou základních částí: teoretické části a praktické části, analýzy kazuistik.

V teoretické části této rigorózní práce může čtenář získat informace o obecném vymezení pojmu psychoterapie, o historii předmětu, o psychoterapeutickém procesu, vztahu, o účinných faktorech a vymezení pojmu změna v psychoterapii.

Část práce zabývající se rozbohem šesti kazuistik představuje schémata kazuistik běžně používaná v klinické praxi. Schéma je zaměřeno spíše na kvalitativní popis.

Terapie jsou zapsány jako torza nebo shrnutí, doplněna o komentáře autorky, informacemi ze supervizí nebo z odborné literatury.

Rigorózní práci vnímám jako volné pokračování své diplomové práce, snažila jsem se o záznam kvalitativní změny ve své klinické práci s pacienty. Uvedené kazuistické případy jsou výhradně z mé klinické praxe, oproti diplomové práci je zde zmapována dynamika různých terapií.

Práce nabízí informace k posouzení odlišného přístupu v krátkodobé a dlouhodobé terapii, v přístupu kognitivně behaviorálním a dynamickým.

Je možné posoudit možnosti změny v závislosti na čase. Tím myslím délku terapie i trvalost změny.

Rigorózní práce mapuje dynamicky vedené terapie a ukazuje průběh změny. Dlouhodobým sledováním různých případů svých pacientů jsem posunula svůj zájem o efektivitu terapie od rychlosti k trvalosti změny. Z tohoto pohledu se jeví dlouhodobé tzv. dynamicky orientované terapie jako postupy nesoucí trvalejší změnu.

Tato trvalost je vykoupěna dlouhodobou a systematickou prací, klade nároky především na volní vlastnosti pacienta.

Oproti tomu krátkodobé terapie přinášejí významně rychlejší úlevu, jsou méně invazivní, ale kladou vysoké nároky na spolupráci pacienta.

Cílem mé terapeutické práce je posun ve vnímání vlastního intrapsychického konfliktu pacientem a prohloubení jeho schopnosti lépe snášet zátěž. To by mělo přispět ke zvýšení vlastního sebehodnocení a přinést zkvalitnění jeho života.

## 6. LITERATURA

- Aron, L. (2004). Pacientova zkušenost s analytickou subjektivitou. In Mitchell, S.A., Aron, L. *Vztahová psychoanalýza – zrození tradice, 2.díl. Příspěvky z let 1991-1994: Sborník příspěvků* (1st ed., pp. 15-46). Praha: Triton.
- Bahbouh, M. (2002). Teorie osobnosti. In Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. *Psychiatrie*. (1st ed., pp.187-197). Praha: Tigris.
- Bark, K., Bartsch, G., Bauer, I., Beyer, W.R., Buhr, M., Burmeister, B. ...Wüstneck, K. D.(1985). *Filozofický slovník o...z*. Praha: Nakladatelství Svoboda.
- Benda, J. (2008). Abhidhamma v psychoterapii. *Psychoterapie*, 2(2), 285- 293.
- Borecký, V. (2003). *Porozumění symbolu*. (1 st ed.). Praha: Triton.
- Carey, T.A., Carey, M., Stalker, K., Mullan, R.J., Murray, L.K. & Spratt, M.B. (2007). Psychological change from the inside looking out: A qualitative investigation. *Counselling and psychotherapy research*, 7,178 - 187. 10.1080/14733140701514613
- Čálek, O. (2004). *Skupinová daseinanalýza*. (1 st ed.). Praha: Triton.
- Damasio, A.R. (2004). *Hledání Spinózy. Radost, strast a citový mozek*. Praha: Dybuk.
- Durecová, K. (2004). Behaviorální terapie. In Vymětal, J. a kol.. *Obecná psychoterapie*. (2nd ed., pp.183-207). Praha: Grada publishing, a.s.
- Endelman, G. (2010). *Širší než obloha-fenomenální dar vědomí*. Praha: Paseka.
- Frankl, V.E. (1996). *Lékařská péče o duši*. Praha: Cesta Brno.
- Frederickson, J. (2004). *Psychodynamická psychoterapie: Jak dobře naslouchat*. Praha: Triton.
- Freud, A. (2005). *Já a obranné mechanismy*. Praha: Portál.
- Freud, S. (1989). *O člověku a kultuře*. Praha: Odeon.
- Freud, S. (1993). *Vybrané spisy II.-III.*. (2nd ed.). Praha: Avicenum.
- From-Reichmanová, F. (2003). *Principy intenzivní psychoterapie*. Praha: Triton.
- Hájek, K. (2004). Psychoterapeutická změna a její zjišťování. In Vymětal, J. a kol. *Obecná psychoterapie*. (2nd ed., pp. 47-65). Praha: Grada publishing.
- Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum*. (2nd ed.). Praha: Portál.
- Hinshelwood, R. D. (2007). Protipřenos a terapeutický vztah: Současný vývoj v kleiniánské technice. *Revue psychoanalytická psychoterapie*, X.(1),5-13.
- Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. (2002). *Psychiatrie*. Praha: Tigris.
- Hošková, M. (2008). *Psychoanalytický proces jako koncept*. *Revue psychoanalytická psychoterapie*, X(1), 4-11.

- Hošková, M. (2011). *Terminace a ukončení v psychoterapii*. Revue psychoanalytická psychoterapie, XIII(2), 25-34.
- Chertok, L., Stengers, I. (1993). *Hypnóza, narcistická rána*. Hradec Králové: Konfrontace.
- Jakubů, J. (2011). Nezdár v psychoterapii. *Psychoterapie*. 5(3-4), 152-167.
- Jensen, H.H., Mortensen, E.L., Lotz, M. (2008). Do change on MCMI-II personality disorder scale in short-term psychotherapy reflect trait or state change? *Nord J Psychiatry*, 62, 46-54. 10.1080/08039480801970015
- Jung, K.G. (1994). *Duše moderního člověka*. Praha: Atlantis.
- Kaës, R. (2009). Nevědomá spojenectví. Revue psychoanalytická psychoterapie, XI.(2), 6-15.
- Kerlinger, F. (1972). *Základy výzkumu chování*. Praha: Academia.
- Kleinová, M. (2005). *Závist a vděčnost*. Praha: Triton.
- Kramer, U., Roten, Y., Michel, L. & Despland, J.N. (2009). Early change in defence mechanisms and coping in short-term dynamic psychotherapy: relations with symptoms and alliance. *Clinical psychology and psychotherapy* 16, 40-417.
- Kratochvíl, S. (1987). *Psychoterapie*. Praha: Avicenum.
- Kratochvíl, Z. (1994). *Filozofie živé přírody*. Praha: Heraman a synové.
- Leuner, H. (2007). Katatymně imaginativní psychoterapie. Praha: Portál.
- Leuner, H. (1999). Katatymní prožívání obrazů: studijní texty k psychoterapii. Brno: vydavatelství MU.
- Mahlerová, M.S. (2006). *Psychologický zrod dítěte*. Praha: Triton.
- Machovec, M. (2002). *Smysl lidské existence*. (2nd ed.). Praha: Akropolis.
- Marble, A., Hoglend, P. and Ulberg, R. (2011). Change in self-protection and symptoms after dynamic psychotherapy: The influence of pretreatment motivation. *Journal of clinical psychology*, 67(4), 355-367. 10.1002/jclp.20771
- Mikota, V. (1995). *O ovlivňování duševních chorob*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Modigliani, A. (2011). *Úvodní citát výstavy*, Praha, Obecní dům, 9.12.2010- 28.2.2011.
- Norcross, J.C., Krebs, P.M., Prochaska, J.O. (2011). Stages of change. *Journal of clinical psychology*, 67(2) 143-154. 10.1002/jclp.20758



- Palková, M. (2011). *Přítomný okamžik jako průvodce změny v psychoterapii podle D. Sterna a jeho kolegů z Boston Change Process Study Group*. *Revue psychoanalytická psychoterapie*, XIII.(2), 34-44.
- Praško, J. (2009). Kognitivně behaviorální terapie a její integrativní síla. *Psychoterapie*, 3, 2, pp.108-115.
- Prochaska, J.O. (1999). Prescribing to the stage and level of phobic patients. *Psychotherapy*, 28(3), 463 – 469. 10.1037/0033-3204.28.3.463
- Prochaska, J.O. (1979). *Systems o psychotherapy: transtheoretical ananlysis*. Chicago: Dorsey.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integratve model of change. *Psychotherapy: Theory, research and practice*. 19, 276-288. 10.1037/h0088437
- Prochaska, J.O., Velicer, W.F. (1997). The transtheoretical model of health behavioral Change. *American journal of health promotion*. 12(1), 38-48. 0890-1171/97
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C. (1999). *Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi*. Praha: Grada.
- Reddemann, L. (2009). *Léčivá síla imaginace*. Praha: Portál.
- Siegel, P., Demorest, A. (2010). Affective scripts: A systematic case study of change in psychotherapy. *Psychotherapy research*, 20(4), 369-387. 10.1080/10503300903544240
- Stern, D.B. (2008).“One never knows, do one?“ Comentary on paper by the Boston change process study group. *Psychoanalytic dialogues*, 118, 168-196. 10.1080/10481880801909542
- Sullivan, H.S. (2006). *Psychiatrické interview*. Praha: Triton.
- Timuľák, L. (2005). *Současný výzkum psychoterapie*. Praha: Triton.
- Tischlerová, L. (2011). Koncept traumatu dříve a nyní. *Revue psychoanalytická psychoterapie*, XIII(1), 5-15.
- Vybíral, Z. (2011) Mezi kvantitativními a kvalitativními výzkumy, mezi psychoterapií a vzděláním v ní. *Psychoterapie*, 5, 113- 118.
- Vybíral, Z., Timuľák, L. (2009). Odkud víme, že je psychoterapie účinná? *Psychoterapie*, 3, 21-30.
- Vymětal, J. a kol. (2004). *Obecná psychoterapie*. Praha : Grada publishing, a.s.
- Watson, J.C., Schein, J., & McMullen, E. (2009). An examination of clients' in-session changes and their relationship to the working alliance and outcome. *Psychotherapy research*, March 2010, 20 (2), 224-233. 10.1080/10303300903311285

- Watzlawick, P., Bavelasová, J.B., Jackson, D.D. (1999). *Pragmatika lidské komunikace*. Hradec Králové: Konfrontace.
- Yalom, I.D. (1995). *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Hradec Králové: Konfrontace.
- Zweibel, R. (2008). O psychické práci analytické dvojice: zpracování -propracování- přepracování. *Revue psychoanalytické psychoterapie*, X.(1), 12-24.