

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

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

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

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

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

³ Psychosomatická klinika, Praha 6, CZ

⁴ Institut klinické psychologie, Praha, CZ

⁵ Soukromá psychoanalytická praxe, Praha, CZ

⁶ Denní psychoterapeutické sanatorium, Horní Palata, Praha, CZ

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

⁸ 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha, CZ

⁹ British Psychotherapy Foundation, Londýn, GB

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

ABSTRAKT

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

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

ABSTRACT

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

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

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

1. ÚVOD

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



David Holub

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

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

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

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

1.1 Vzájemné odehrání terapeuta a pacienta

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

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

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



**Roman
Telerovský**

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

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

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

1.2 Terapeut v emoční bouři

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

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

1.3 Zaměření studie a výzkumné otázky

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

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

2. METODOLOGIE

2.1 Stručná charakteristika případu a jeho kontext

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



Miroslava Benešová

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

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

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

Obrázek 1 – Definice kritérií pro výběr případu

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

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

2.2 Metoda sběru dat

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

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

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

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

Obrázek 2 – Operacionalizovaná psychodynamická diagnostika (OPD-2)

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

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

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

Obrázek 3 – Heidelberská škála strukturální změny (HSCS)

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

2.3 Zpracování a analýza dat

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

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

**Radim
Karpíšek**



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

KOMENTÁŘ

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



Michal Nondek

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

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

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

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

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

3. VÝSLEDKY

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

dává se mu, podřizuje a současně tomu vzdoruje.

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

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

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

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

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



Tomáš Peřich

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. DISKUSE

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

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

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

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

V naší studii mohla scénická konfigurace působit na více rovinách:

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

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

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

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

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

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



Michaela Viktorinová

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

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

5. ZÁVĚR

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

Lydia
Tischler



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

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

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

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

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

LITERATURA

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

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

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