

DAVID HOLUB  
ROMAN TELEROVSKÝ

# Úvodní rozhovor v psychoanalýze a psychodynamické psychoterapii

MASARYKOVA UNIVERZITA  
BRNO 2013

Tato publikace vznikla s podporou projektu OPVK CZ.1.07/2.2.00/15.0200.  
Inovace výuky na katedře psychologie (IKAPSY), realizovaného Katedrou  
psychologie Fakulty sociálních studií MU v Brně.



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,  
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



OP Vzdělávání  
pro konkurenceschopnost

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

© 2013 David Holub, Roman Telerovský  
© 2013 Masarykova univerzita

ISBN 978-80-210-6383-9

# Obsah

## A. Obecná část (David Holub)

<b>1. Úvodní psychodynamický rozhovor</b> .....	<b>7</b>
1.1. Na počátku... ..	7
1.2. Kontext prvního setkání .....	8
1.3. Terapeutická diagnostika .....	10
1.4. Úkoly a kompetence terapeuta během úvodního rozhovoru. ....	12
1.5. Formulace případu .....	16
<b>2. Odlišení deskriptivně-exploračního od vztahově-dynamického přístupu k diagnostickému rozhovoru</b> .....	<b>19</b>
<b>3. Subjektivita vyšetřujícího terapeuta</b> .....	<b>24</b>
3.1. Iniciální úzkost .....	24
3.2. Diagnostické nálepkování jako protipřenosové odehrání. ....	25
3.3. Odpor terapeuta během úvodního rozhovoru .....	26
<b>4. Kazuistická ukázka slečny Kateřiny</b> .....	<b>28</b>
<b>5. Psychoanalytické a psychodynamické přístupy k úvodnímu klinickému rozhovoru</b> .....	<b>34</b>
5.1. Psychoanalytické/psychodynamické vstupní interview. ....	34
5.2. Přehled psychoanalytických/psychodynamických pojetí vstupního rozhovoru .....	35
5.2.1. Zkusmá analýza (Freud, 1905, 1913) .....	36
5.2.2. Přístupy obohacující explorativní diagnostické interview o rozměr pacientovy vlastní asociativní aktivity, přenosu a protipřenosu a scénického rozehrání. ....	36
5.2.3. Scénické porozumění prvnímu rozhovoru podle Hermanna Argelanderu .....	39
5.3. Současné psychoanalytické přístupy ke vstupnímu interview .....	41
5.3.1. Psychoanalytické interview v pojetí Freda Busche .....	41
5.3.2. Psychoanalytické interview v pojetí Thomase Ogdena .....	42
5.3.3. Psychoanalytické interview v pojetí Jamese S. Grotsteina .....	43
5.3.4. Psychoanalytické interview v pojetí Arnolda Rothsteina .....	43

## **B. Speciální část (Roman Telerovský)**

<b>6. Operacionalizovaná psychodynamická diagnostika OPD-2</b> .....	<b>45</b>
<b>7. Vstupní rozhovor v OPD</b> .....	<b>45</b>
7.1. Základní předpoklady a principy vedení rozhovoru v OPD .....	48
7.2. Vedení rozhovoru v OPD a jeho průběh. ....	51
7.2.1. Úvodní část .....	51
7.2.2. Zachycení vztahových epizod. ....	52
7.2.3. Vnímání a prožívání sebe sama (zachycení biografických údajů) ....	56
7.2.4. Zkušenost s druhými (prožívání a vedení každodenního života) ....	57
7.2.5. Předpoklady pro psychoterapii (motivace, schopnost sebereflexe a náhledu) .....	59
<b>8. Vyšetřování jednotlivých dimenzí OPD a plánování léčby</b> .....	<b>64</b>
8.1. Prožívání obtíží a předpoklady pro léčbu (osa I) .....	65
8.1.1. Osa I a její zachycení v rozhovoru .....	67
8.2. Opakující se dysfunkční vztahový vzorec (osa II) .....	68
8.2.1. Vztahově dynamická formulace .....	69
8.2.2. Vazba na psychoterapii .....	70
8.2.3. Osa vztahy a její zachycení v rozhovoru. ....	72
8.3. Intrapsychický konflikt (osa III) .....	72
8.3.1. Osa konflikt a její zachycení v rozhovoru .....	73
8.4. Struktura osobnosti (osa IV) .....	83
8.4.1. Úrovně strukturální integrace a jejich charakteristiky .....	83
8.4.2. Jednotlivé strukturální dimenze a jejich zachycení v rozhovoru .....	85
8.5. Posouzení konfliktu a struktury – vazba na psychoterapii .....	92
<b>Literatura</b> .....	<b>94</b>

„Většina případů vedených psychodynamickou psychoterapií drhne, stává se neprůchodnou nebo se vůbec nedaří, protože pacientovu vhodnost k léčbě a jeho motivaci nikdo pořádně neposoudil. Zajisté, někteří psychoterapeuti jsou hrdí na to, že s pacientem začínají „za studena“, tj. bez předchozího formálního vyšetření pacientovy psychopatologie, jeho jáských schopností a psychologické otevřenosti. Tento přístup je oblíbený u „klasických“ psychoanalytiků a u těch, kteří je naivně napodobují, a často vede k nepříjemným překvapením. I když se neobjeví zásadnější fiaska, vede nedostatečná dohoda mezi pacientem a terapeutem o způsobu a cíli léčby k pozdějším obtížím. Zdá se mi proto užitečnější pacienta řádně vyšetřit před rozhodnutím o zahájení psychoterapie.“

*Salman Akhtar, 2009*



## A. Obecná část

### 1. Úvodní psychodynamický rozhovor

#### 1.1. Na počátku....

Psychoanalýza a psychoterapie nejsou pouze vědou ani výhradně řemeslem, nelze se je naučit obvyklým způsobem: jedná se o umění (Bleuler, 1906). Psychoanalýza/psychoterapie se odehrává v prostoru dvou paradoxů: a) v napětí mezi **řemeslem**, kterému je třeba se učit (a zprvu explicitní znalost postupně zvnitřňovat a automatizovat) a **uměním**, vnitřní tvořivou dispozicí terapeuta, jeho talentem, vlohami; b) v napětí mezi psychoanalýzou/psychoterapií jako **vědou založenou na důkazech** na jedné straně a **hermeneutickou disciplínou** na straně druhé. Psychoanalýza/psychoterapie jako amalgám vědy, řemesla a umění se nedá svázat pomocí jednoznačných, doslovných pokynů a konkrétních algoritmů. Psychoterapeut se ale také nemůže zcela a trvale ztratit v „ponoru“ svých nerefektovaných intuitivních stavů. To vše platí i pro úvodní rozhovor, který zůstává nedílnou součástí psychoterapie.

Praktické a didaktické důvody však opravňují vymezit první interview jako osobitý psychoterapeutický postup (Argelander, 1998, s. 4). Vstupní konzultace před zahájením psychoanalýzy/psychoterapie se totiž nepodobá ničemu známému, není to ani přátelské setkání ani běžná analytická či psychoterapeutická hodina. Úvodní rozhovor je obsazen dvojznačností: jeví se jako něco samozřejmého až banálního, ale současně se ukazuje být disciplínou nesnadnou a obtížně pojmově uchopitelnou, o níž se málo publikuje, opomíjí se ve výcvikových programech a pramálo se zkoumá. V omezeném čase úvodní konzultace si má terapeut utvořit názor na povahu pacientova duševního strádání a obhajitelně navrhnout, zda a proč pacient pravděpodobně bude nebo nebude těžit z psychoterapeutické intervence.

K dotvoření klinického názoru slouží široká paleta diagnostických metod. Psycho-diagnostickým testům, dotazníkům ani strukturovaným psychiatrickým postupům se však v tomto textu nebudeme věnovat a odkazujeme na příslušnou literaturu. Zaměřili jsme se na úvodní rozhovor jako svébytnou klinickou metodu v psychodynamických přístupech. Výsledky inteligenčních testů, dotazníkových šetření nebo přesné diagnostické zařazení podle MKN-10 poskytují sice užitečné informace, které ale pro vlastní klinickou práci s pacientem nepostačují. Vyšetřujícímu terapeutovi totiž neumožňují určit, jaká léčba je vhodná a jak ji plánovat. Vstupní konzultace sestává ze dvou úkolů pro terapeuta: učinit zkušenost a učinit si úsudek. Údaje z obou oblastí terapeutovi naznačují, zda jsou psychodynamicky orientovaná podpora, psychoanalytická psychoterapie nebo psychoanalýza metodou volby (Cooper a Alfillé, 2011).

Základním cílem textu, který držíte v ruce, je umožnit čtenáři, aby si udělal představu o psychodynamickém úvodním rozhovoru a porozuměl jeho specifikům. Ve všech našich úvahách jsme měli na paměti dvě otázky, které současně tvoří trvalé pozadí psychodynamického úvodního rozhovoru: 1) jaká je povaha pacientova trápení, jak mu terapeut rozumí? 2) je psychoanalýza/psychodynamická psychoterapie u daného pacienta vhodným a obhajitelným prostředkem ke zmírnění/odstranění jím sdělovaného trápení?

Oba autoři se hlásí ke svému psychoanalytickému vzdělání a k tomu, že psychoanalýza pro ně představuje východisko jejich klinického uvažování a způsobu terapeutické práce. Neplýne však z toho, že psychoanalytické vzdělání je nezbytné pro kompetentní vedení úvodního psychodynamického rozhovoru. Například dlouholetá zkušenost s výukou Operacionalizované psychodynamické diagnostiky (OPD-2) ukazuje, „že i kolegové bez předchozího vzdělání v psychodynamické diagnostice se naučí při práci s OPD myslet psychodynamicky“ (Cierpka et al., 2013). Psychodynamický styl vedení vstupního rozhovoru je možné učit postgraduální studenty, kteří stojí na počátku své klinické praxe a stejně tak frekventanty výcviků jiných psychoterapeutických směrů.

## 1.2. Kontext prvního setkání

Vyšetření před zahájením psychoterapie probouzí více nejistoty a úzkosti než jakákoliv jiná oblast v psychoanalytické psychoterapii (Garellick, 1994). Na počátku prvního rozhovoru přechází pacient i terapeut z chráněné do nechráněné situace (Wegner in Reith et al. 2012, s. 229). Terapeutova nechráněnost spočívá v tom, že čemukoliv novému, s čím se setkává, ještě nestačil porozumět a není jasné, zda tomu vůbec někdy porozumí. Pacient i terapeut musí zprvu snést to, co ten druhý neví a že řadě věcí nerozumí. Jedná se o proces navigování touto nejistotou, během něhož se vyjevují záblesky nevědomých konfigurací vnitřního světa pacienta (Cooper a Alfillé, 2011). Úvodní rozhovor tvoří dva lidé a každý z nich si dělá svůj vlastní obrázek, přitom dojednávají své rozdílné role. Pacientovo „vyšetřování“ terapeuta, jeho očekávání a naděje sehrává v psychodynamickém rozhovoru důležitou úlohu.

Pacient i terapeut se setkávají z mnoha rozličných důvodů, což přispívá k neopakovatelnosti a komplexnosti úvodního rozhovoru. Pacient se ocitl v životní krizi, je doporučený k léčbě svým lékařem nebo přichází na nátlak partnera. Jsou pacienti, kteří potřebují najít alibi, demonstrovat své selhání, být živoucím dokladem opakované nespravedlivosti světa, obstarat si důkazy pro oprávněnost invalidního důchodu či zmírnit vinu v civilním/trestním řízení. Také terapeut se nachází v rozmanitých kontextech: vyšetření pacienta se zájmem o psychoanalýzu/psychodynamickou psychoterapii, úvodní vyšetření na krizovém centru, konziliární vyšetření psychosomatického nemocného v nemocnici, příjem nemocného pacienta na psychiatrické oddělení nebo před vstupem do psychoterapeutického zařízení, soudně znalecký posudek nebo vyšetření odsouzeného apod.



Díky mnohosti faktorů určujících úvodní rozhovor, rozmanitosti pacientova trápení, jeho motivací a vnitřních zdrojů je zapotřebí, aby terapeut pružně přecházel mezi několika diagnostickými „styly“, četl proměnlivou interakci s pacientem a všiml si také oblastí, které pacient nevyjasňuje nebo se jim vyhýbá. Součástí úvodní diagnostiky je také posouzení specifických odporů, které mohou blokovat diagnostický proces i ochotu k léčbě (Argelander, 1998, s. 71). Mnoho tzv. nevyživných pacientů, které drží v šachu jejich odpory, terapeuta unavují a budí navenek dojem, že o rozhovor nemají zájem. Terapeut se nevyhne tomu, aby se podobných odporových fenoménů nedotkl, neodhadnul jejich dopad na léčbu a nezjišťoval, zda za nimi nejsou živé oblasti osobnosti, kvůli kterým by se terapeutické úsilí mohlo vyplatit.

Terapeut i pacient vstupují do neznámé, vzájemně se ovlivňující interakce a společně konstruují emoční a komunikační vzorce tvarované přenosově-protipřenosovými výměnami. Úvodní rozhovor umožňuje vyjavit některé rysy vztahové dynamiky. Výstižné zachycení nevědomého dění v průběhu úvodního rozhovoru není pokaždé snadné nebo možné. Pojmenování intrapsychické a interpersonální dynamiky navíc znesnadňuje teoretická pluralita, nejednotnost nebo protichůdnost výkladových modelů v psychoanalýze (Jiménez, 2005), narůstající fragmentace psychoanalytických znalostí (Fonagy, Target, 2005) a „bábelizace“ různých jazyků psychoanalytických škol (Anzieu, 1986). Pudová teorie, ego-psychologie, self-psychologie, teorie objektních vztahů nebo teorie attachmentu nabízejí vzájemně se překrývající terminologie. Žádný z existujících teoretických rámců nepokrývá všechny důležité aspekty pacienta (Mace, Binyon, 2005). Popis duševního fungování pacienta a jeho poruchy pomocí konceptů ze „stáří různých psychoanalytických škol“ pak může mást a zatemňovat. Metapsychologické konstrukty někdy dosahují takové roviny abstrakce, že se stávají téměř nepoužitelnými svou odtážitostí od klinického pozorování a nemožností je ověřovat. Takto vágní klinické závěry nezdůvodňují indikaci k psychoterapii, jakou psychoterapii zvolit a proč. Indikace se snadno promění v projektivní hádání „co pacient potřebuje“ založeném na privátní a (všeobecné) lidové psychologii podobající se spíše věštění z kávové sedliny (Holub, Telerovský, 2012). Zde se otevírá možnost pro standardizované polostrukturované rozhovory, jejichž ověřeným zástupcem je úvodní rozhovor v pojetí Operacionalizované psychodynamické diagnostiky (OPD-2). OPD-2 své koncepty definuje (operacionalizuje) a drží se pouze doložitelných jevů, které se v rozhovoru skutečně objevily a jsou klinicky pozorovatelné.

Výpovědní hodnotě vstupního rozhovoru přikládají různí autoři odlišný význam: od **optimistického** stanoviska, které věří v diagnostickou, terapeutickou a prediktivní hodnotou vstupního vyšetření (německá psychoanalytická tradice; Argelander, 1998) až po zcela **skeptickou** pozici na opačném konci, jež zpochybňuje smysluplnost úvodní diagnostiky a formalizované reflexe a navrhuje „zkusmou léčbu“, která sama ukáže vhodnost k léčbě (analyzovatelnost/terapeutizovatelnost) a případné její překážky (Rothstein, 2010). Současná převážně deskriptivní diagnostika, převládající

v klinické praxi, terapeuty jen minimálně informuje o vhodnosti terapie, jejích cílech, léčebné strategii a vhodných léčebných intervencích. Ruku v ruce s tím doporučující zprávy postrádají přesvědčivou a ze vstupního vyšetření zřetelně doložitelnou indikaci k léčbě. Současně je ale zapotřebí dodat, že každá vstupní psychodynamická formulace a každý odhad strukturální úrovně má status **hypotézy**, která se až v průběhu terapie potvrzuje nebo vyvrací (Wöller a Kruse, 2011, s. 56), případně se s postupující léčbou mění.

Je vůbec užitečné rozumět pacientovým problematickým tématům a zformulovat si pro sebe, proč pacienta do léčby přijímáme/doporučujeme? Má nějaký smysl po ukončení úvodního rozhovoru zformulovat terapeutovu reflexi, jeho názor na možnosti a meze psychoterapie u daného pacienta? Jak poznáme, že psychoterapie pacientovi prospívá? Nebo naopak: je každé setkání pacienta a terapeuta tak jedinečné a komplexní, že obecnější diagnostické nebo prediktivní úvahy postrádají smysl a vyplatí se spíše začít se s pacientem setkávat bez předběžných hypotéz, nechat terapeutický proces rozvinout a sledovat, jak to dopadne? Mohou být některá uvíznutí, „neprůchodnosti“, stagnace léčby výsledkem „ne-diagnostického“ přístupu (například neukončitelná léčba některých pacientů s poruchami osobnosti, fixace v neadaptivních vztahových uspořádáních, negativní terapeutická reakce)?

Úvodní rozhovor není společenské popovídání ani magické setkání (Cooper a Alfillé, 2011). Někdy k vyšetření přicházejí lidé hluboce sužovaní. Je třeba ale mít na paměti, že zoufalství je bídou známkou vhodnosti pro psychoanalýzu. Cílem psychodynamického vstupního rozhovoru je stanovit nevědomé reprezentace (nevědomé fantazie a vnitřní objektní vztahy), které charakterizují pacientův vnitřní život a jeho vztahy s ostatními lidmi (Cooper a Alfillé, 2011).

Sdílíme spolu s Wöllerem a Krusem (2011, s. 56) přesvědčení, že 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. V průběhu léčby dochází k rozvinutí regresivních jevů včetně přenosových reakcí, které mohou zamlžovat diagnostický pohled a komplikovat odhad pacientovy osobnostní struktury. V odkazu na Akhtarovo úvodní motto se domníváme, že řádné vstupní vyšetření snižuje riziko předčasného odchodu pacientů z léčby, negativních terapeutických reakcí u pacientů, kteří nejsou schopni léčbu využít nebo ji chronicky nevědomě sabotují. Negativní výsledky a selhávání psychoterapie vycházejí z nesprávné diagnostiky (Kächele a Schachter, 2013, v tisku).

### 1.3. Terapeutická diagnostika

Cílem psychodynamického vstupního rozhovoru je odhadnout povahu pacientova duševního fungování a psychopatologie (integrovatost osobnostní struktury a dostupnost psychických funkcí, povahu intrapsychických konfliktů a obran, dysfunkční vztahové vzorce, povahu symptomů a jejich subjektivní prožívání pacientem apod.)

a stanovit možnosti a meze další psychoterapeutické práce, srozumitelně objasnit indikace a zachytit překážky, které mohou stát v cestě účinné léčby. V našem textu se nezaobýváme situací, kdy o diagnostický rozhovor žádá třetí strana (vyšetření na žádost orgánů činných v trestním řízení, sociálních služeb, pojišťoven atd.) ani samoučelnými diagnostickými postupy a závěry, jež zůstávají odtržené od psychoterapeutické praxe. Klademe důraz na **terapeutickou diagnostiku** oproti **diagnostice nosologické**. Věříme, že na každé diagnostické uvažování má navazovat konkrétní léčba, její plánování a průběžné hodnocení. Nosologie jako nauka o třídění jednotlivých poruch, a zejména její dnešní deskriptivní podoba, má své místo spíše v akademicko-pedagogické sféře, odehrává se vesměs na nejvyšší úrovni abstrakce bez vztahu ke klinicko-terapeutické zkušenosti.

Záměrně zdůrazňujeme **propojení diagnostiky a léčby** (psychoanalýzy/psychodynamické psychoterapie). Mnohdy se totiž setkáváme s kvazidiagnostickým samoučelným užíváním odborného žargonu k popisu pacienta nebo klinické situace, který nejen neodráží skutečnou povahu pacientova strádání, ale nemá ani doložitelný vztah k léčbě ani nevysvětluje, proč pacient k léčbě není připravený nebo disponovaný, nebo naopak, proč se u pacienta zvolila taková a ne jiná léčba. Žargon často zakrývá ledabylé a rozbředlé myšlení (Mace a Binyon, 2005). Máme zato, že pseudodiagnostické halení pacienta do expertně znějící terminologie odráží spíše nesnáze na straně terapeuta. Taková pseudovysvětlení pak slouží například jako náhrada chybějícího porozumění pacientovi, jako terapeutova nedostatečná reflexe protipřenosové odmítající reakce, jako sebeochranná snaha o převahu terapeuta nad pacientem, jako výraz jeho indolence a vyhoření nebo jako výsledek jeho neúplného klinického vzdělání či krátké klinické zkušenosti.

Potřeba neztratit se během úvodního rozhovoru a přitom zachytit dynamické souvislosti pacientových potíží (které mají bezprostřední vztah k léčbě) vedla postupně od 30. let minulého století ke vzniku **psychoanalýzou inspirovaných diagnostických postupů a schémat**. Patří sem Deuschova asociativní anamnéza (1939), strukturovaný rozhovor „zúčastněného pozorovatele“ podle Sullivana (1953) nebo identifikace pacientovy motivace k léčbě podle Gilla, Newmana, Redlicha (1954). Diagnostický rozhovor Balinta (1961) zkoumá interpersonální vztah a zdůrazňuje diagnostický význam přenosu. Biografická anamnéza (Schultz-Hencke, 1951; Dührssenová, 1981) zkoumá duševní obtíže coby znovuoobnovení konfliktu pacientovy vývojové historie. Kernbergovo (1981, 1984) strukturální interview posuzuje úroveň osobnostní organizace. Argelander (1970) rozpracoval téma scénického rozměru úvodního interview. Sandler (1976) formuluje volně plynoucí vnímavost vůči roli nevědomě přidělené terapeutovi pacientem. Nedílnou součástí současné psychoanalytické praxe vstupního interview jsou různé způsoby scénického porozumění (Martens, 1992). K výzkumně zaměřeným rozhovorům patří například The Core Conflictual Relationship Theme method, CCRT (Luborsky/Crits-Christoph, 1998), The Structured Interview

for Personality Organization, STIPO, (Clarkin et al., 2004). Flexibilně strukturovaný rozhovor OPD-2 (2008) integruje několik přístupů a je podrobně rozveden ve druhé speciální části této práce. K bližšímu studiu odkazujeme na podrobná shrnutí problematiky **psychoanalytického interview** (Thomä, Kächele, 1993, 1996), **scénického interview** (Argelander, 1998), a **úvodního interview** v **OPD-2** (Cierpka et al., 2008, česky 2013).

Nedílnou součástí úvodního rozhovoru je i formulace případu, která pomáhá nejen třídit, hierarchizovat a dávat do vzájemných souvislostí údaje o pacientovi, ale slouží jako plán pro následnou léčbu a pro zaznamenání změn (Šnědr, 2011). **Psychodynamické formulaci případu** se přehledově věnuje Ingramová (2006).

Při psaní textu jsme museli svést určitý **terminologický** zápas o pojmenování osoby, která vede úvodní klinický pohovor. Jak jednoduše a trefně pojmenovat psychiatry, psychology, pedagogy, terapeuty s psychoterapeutickým vzděláním, kteří mají osobní průpravu a zkušenost s prováděním psychodynamického vyšetření? Pojem **diagnostik** se přičí základní myšlence víceosého pružně strukturovaného vyšetření, které terapii předchází a které je s ní neodmyslitelně propojeno. **Vyšetřující** probouzí konotace s policejním nebo detektivním vyšetřováním. **Klinik** nebo **klinický pracovník** není v českém úzu dosud pevně zažitý. **Profesionál** stále obsahuje značné stopy přejetého termínu zejména z kontextu komunitní péče o duševní zdraví. **Zdravotník** vychází z předpokladu, že se dynamické vyšetření odehrává v podmínkách státní zdravotní péče. Přiklonili jsme se nakonec k výrazu **terapeut**, který nejen podtrhuje implicitní terapeutické hledisko každého úvodního diagnostického rozhovoru, ale zachycuje též konečný cíl, kvůli kterému se na nás pacienti obracejí: poskytnout účinnou pomoc/ léčbu jejich strádání nebo přinejmenším ukázat cestu, která tímto směrem vede.

Za užitečné rovněž považujeme vymezit pojem **psychodynamický/dynamický**: Samotný pojem psychodynamický se používá v různých významech: a) protikladný vůči biologickému (v psychiatrii) nebo kognitivně behaviorálnímu (v psychologii a psychoterapii); b) vycházející z představy dynamiky psychického aparátu, vzájemného vztahu vědomých a nevědomých procesů a rovnováhy/nerovnováhy duševních sil; c) odkazující na představu tzv. dynamického nevědomí a procesů vytěšňování; d) vztahující se k psychoterapeutickým modifikacím psychoanalýzy; e) politicky korektnější a akceptovatelnější synonymum pro termín „psychoanalytický“ – ten je zejména v USA zabarven konotacemi na freudiánskou, mocenskou a netolerantní ortodoxnost. Řada autorů používá pojem psychodynamický a psychoanalytický ve shodném významu (Vybíral, Holub in Vybíral, Roubal, 2010, s. 81).

#### 1.4. Úkoly a kompetence terapeuta během úvodního rozhovoru

Vedení úvodního rozhovoru je na jednu stranu důležitou, ale současně zanedbávanou disciplínou (Charman, 2008). Vstupní rozhovor se zkoumá jen ojediněle. Doposud zjištěné souvislosti mezi technikou vedení vstupního rozhovoru a pozitivními

výsledky pozdější terapie jsou nepřesvědčivé (Bergin, Garfield, 1994)<sup>1</sup>. První setkání je právě pro svoji rozmanitost a účast mocných emočních a nevědomých sil nedostatečně zachycené, zmapované a vyučované. Většina začínajících kliniků improvizuje a učí se metodou pokusu a omylu, nápodobou kolegů a především na základě vnitřních čistě privátních, emočně zabarvených a implicitních schémat, skrze které pacienty hodnotí, posuzuje a někdy odsuzuje (viz kapitola o subjektivitě terapeuta). Jedním z klíčových principů psychodynamického způsobu práce je důsledné zabývání se jak prožitky pacienta, tak i terapeuta. Proto by se vstupní rozhovor neměl redukovat na jednoduché biografické snímání dat (Argelander, 1998, s. 4).

Lze definovat specifické úkoly a kompetence, které od terapeuta vyžaduje první rozhovor?

Zkuste odhadnout, co podle vašeho názoru patří k důležitým předpokladům kompetentního terapeuta, který vede vstupní rozhovor (dovednosti, znalosti, postoje). Co vy sami považujete za klíčovou dovednost pro vedení prvního rozhovoru?

Úvodní psychodynamický rozhovor vždy začíná navozením rozumějícího vztahu a sdíleného porozumění (MacKinnon a Michels, 1971; Thomä a Kächele, 1993). Prvním úkolem terapeuta je komunikovat pacientovi, že ho přijímáme, ceníme si ho a uznáváme ho jako jedinečnou osobu s jedinečnými problémy (Gabbard, 2005, s. 70), nabízíme mu spolupracující vztah a svým analytickým/terapeutickým postojem v situaci úvodního rozhovoru mu poskytujeme první představu o povaze případné psychoterapeutické práce.

---

1 Téma vstupního interview v psychoterapii mapovaly některé publikace (Benjamin, 1969; Budman, Hoyt, Friedman, 1992; Craig, 1989; Sullivan, 1954), kapitoly monografií (Matarazzo, 1965; Rudolph et al., 1991; Sanavio, 1998), časopisecké příspěvky (Adams, Peirce, Jurich, 1991; Cornell, 1986; Eisenthal, Lazare, 1976; Rudolph et al., 1993; Tryon, 1990) a disertační práce a výzkumné klinické projekty (Jenkins, 1982; Kordon, 1995; Leonardi, 1996). Někteří autoři v minulosti shrnuli výzkumné práce a anatomii vstupního interview (Matarazzo, 1965, 1978; Wiens, Matarazzo, 1983), později se objevila specifická strukturovaná interview vázaná na *Diagnostický a statistický manuál duševních poruch* (DSM) (Hersen a Turner, 1994). Některé práce se cíleně věnovaly fázím vstupního rozhovoru (Benjamin, 1969; Craig, 1989; Kanfer a Scheft, 1988; Sullivan, 1954), jiné se zabývaly úkoly terapeuta (Hill, 1989; Ivey, 1971, 1988; Rudolph et al., 1991; Sanavio, 1998). Podrobná práce o úkolech terapeuta během úvodního psychoterapeutického rozhovoru stále schází, a to zejména v oblasti krátkodobé psychodynamické psychoterapie. Na druhou stranu se psychodynamičtí teoretici rozsáhle zabývali výběrovými kritérii (Horowitz, 1986; Klerman, Weissman, Rounseville, Chevron, 1984; Malan, 1976; Sifneos, 1992), settingem a udržením terapeutického ohniska (Davanloo, 1980; Sifneos, 1992), aktivitou terapeuta (Bellak, 1984; Bloom, 1997; Davanloo, 1980), interakcí a dynamikou mezi terapeutem a pacientem (Luborsky, 1984; Sifneos, 1992; Strupp a Binder, 1984) a vytvořením, udržením a reparací terapeutické aliance (Crits-Christoph a Barber, 1991; Luborsky a Mark, 1991; Pinsky, Rosenthal, McCullough, 1991; Sullivan, 1954).

Zajímavé výsledky přináší přehled těch kompetencí/dovedností, které psychodynamicky uvažující autoři<sup>2</sup> uvádějí jako potřebné pro vedení vstupního rozhovoru. Provedená metaanalýza vedla ke stanovení čtrnácti různých kompetencí, které uvádějí alespoň dva autoři. Následující tabulka shrnuje jednotlivé kompetence specifické pro první interview a počet autorů, kteří tyto kompetence uvádějí.

**Tabulka 1:**

**Úkoly psychodynamického terapeuta v úvodním interview (Charman, 2008)**

Počet autorů definující kompetenci	Popis úkolu
20	stanovit cíl nebo ohnisko
15	reformulovat prezentovaný problém do ústředního tématu
15	poskytnout interpretace
12	zkoumat pacientův vztah a) s druhými, b) se sebou
12	odebrat anamnézu: úplnou nebo s proměnlivým ohniskem
10	konfrontovat negativní přenos
9	vytvořit bezpečné prostředí umožňující otevřít se
8	odhadnout míru pacientovy krize a případně jeho vhodnosti pro psychoterapii
7	zaměřit se na interakci mezi terapeutem a pacientem
7	konfrontovat obrany
6	tlumočit pacientovi očekávání náročné práce
6	kvantifikovat a určit klinické jevy
5	sledovat protipřenos
2	porozumět a komunikovat, jak příznaky zapadají do vzta- hových vzorců/osobních témat

Celkově se dá shrnout, že záplava terapeutických úkolů získaných z přehledových prací vytváří nepřehledný terén vzájemně provázaných faktorů. Charmanová (2008, s. 54) nabízí kategorizaci těchto faktorů do jednotlivých shluků (klastřů), které reprezentují terapeutické události úvodního rozhovoru a současně zohledňují fáze prvního setkání:

2 Strupp a Binder, 1984; Davanloo, 1980; Horowitz, Bellak, Small, 1965; Pinsker, Rosenthal, McCullough, 1991; Lewin, 1970; Pollack, Flegenheimer, Winston, 1991; Klerman et al., 1984; Baker, 1991; Bloom, 1997; Smith-Benjamin, 1991; Gustafson, 1986; Luborsky, 1994; Bauer a Kobos, 1987; Malan, 1976; Crits-Christoph a Barber, 1991; Mann, 1973; Sifneos, 1992; Wolberg, 1965; Alexandri a French, 1942.

- 1) vytvoření scény a struktury úvodního rozhovoru, pocitu bezpečí;
- 2) počáteční zapojení pacienta do účastného kontaktu a vyjevení problému;
- 3) hlubší zkoumání souvislostí a emoční vyjádření;
- 4) reflexe a pojmenovávání ohniska;
- 5) vyjasňování a prověřování ohniska;
- 6) utváření terapeutické aliance (které je spíše univerzálním úkolem přítomným ve všech fázích).

Uvedený sled fází vstupního interview je pouze schématem, nemá pevný řád. Jak autorka v závěru dodává, v prvním rozhovoru je všechno ovlivněno vším.

Při hodnocení literatury o prvním interview je také důležité mít na paměti rozdíl mezi tím, co terapeuti říkají o tom, co během setkání s pacientem dělají a tím, co skutečně dělají, což se nutně nemusí shodovat. Tento nesoulad mezi výpovědí terapeuta a jeho skutečným chováním také přispívá k tlaku na manualizaci psychotherapeutické techniky. Domníváme se, že nahrávání vstupních rozhovorů a jejich dodatečná analýza má klíčový význam pro rozvoj vlastní techniky vstupního pohovoru, výuku a slaďování jazyka terapeutických týmů i pro jeho systematický výzkum.

Dalším možným pohledem na fungování terapeuta během vstupního vyšetření je model kompetencí v psychoanalytické/psychodynamické terapii vypracovaný týmem pod vedením Alessandry Lemmy, Anthony D. Rotha a Stephena Pillinga (2008). Autoři rozlišují **základní psychotherapeutické kompetence** (například schopnost navázat důvěrný a bezpečný vztah, který je předpokladem všech dalších intervencí), **základní psychoanalytické/psychodynamické kompetence** (například schopnost zkoumat přenosové aspekty vztahu) a **specifické psychoanalytické/psychodynamické techniky** (například přenosové interpretace nebo využití protipřenosu). Do seznamu kompetencí se dále řadí použití **specifických technických adaptací** (například pro práci s pacienty s hraniční poruchou osobnosti) a **meta-kompetence** (přiměřené zapojování jednotlivých kompetencí, nikoliv mechanické používání jednotlivých operací, což předpokládá porozumění a vědomí souvislostí mezi teorií a praxí).

Situaci vstupního rozhovoru vytváří kromě základního uspořádání (čas, prostor, finanční ujednání) také terapeutův specifický postoj naslouchání a výcvikem kultivovaná osobnost. Domníváme se, že k důležitým kompetencím terapeuta patří jeho teoretická výbava, schopnost pozorovat a generovat hypotézy. Terapeutova práce s teorií určuje, jak pacientovi naslouchá, jak o něm přemýšlí a jak odhaduje jeho duševní fungování, na jehož základě volí své intervence (Holub in Vybíral, Roubal, 2010, s. 110–111). Aby mohl terapeut svým klientům pomoci, potřebuje „výbavu“, která mu pomůže pochopit, jakou dynamickou a vztahovou souvislostí je daný „problém“ sycen a udržován, a najít takovou intervenci, kterou budou pacienti schopni „strávit“ a využít ve svůj prospěch. Čím lépe terapeut rozumí pacientově a své vlastní situaci,

tím lépe může využít přenosu a protipřenosu a najít vhodnou intervenci. Toto „porozumění“ lze nazývat terapeutickou hypotézou, která není nikdy definitivní, v průběhu terapie se různě mění (Titl, 2004).

### 1.5. Formulace případu

Spolu s Macem a Binyonovou (2005) považujeme schopnost psychodynamicky zformulovat případ za klíčovou dovednost, kterou by měli všichni terapeuti uplatnit u každého případového materiálu. Případová formulace je totiž užitečná v mnoha směrech, nejen v propojení teorie s praxí. Pomáhá terapeutům udělat si představu, co vyšetřovaná osoba dělá, myslí si a cítí, a nabízí hypotézy, proč tomu tak je (Mace a Binyon, 2005). Případovou formulaci je nejlépe chápat jako hypotézu, kterou je nutné otestovat (Butler, 1998). Je to provizorní vysvětlení, jak se jedinec dostal do současné situace, proč se v daném období jeho života objevily určité symptomy nebo problémy (Weerasekera, 1996). Případová formulace pomáhá předvídat, jak by se mohl pacient chovat v budoucnosti, jak by mohl reagovat na onemocnění a odpovídat na různé terapeutické intervence. Tím je případová formulace užitečná při doporučování přiměřené léčby a vytváření „mapy léčby“, která slouží terapeutovi i supervizorovi, aby se „neztratili v případě“ a mohli hodnotit pokroky v léčbě (Mace a Binyon, 2005).

Je diagnóza a případová formulace synonymem, překrývají se, liší se? Zkuste odhadnout, co zachycuje diagnóza a co případová formulace.

Diagnóza i případová formulace mají společný cíl shrnout pacientovy obtíže a predikovat jejich vývoj. K zachycení toho, co je pro případovou formulaci specifické, se vyplácí načrtnout odlišnosti diagnózy a případové formulace (viz Tabulka 2).

**Tabulka 2: Základní odlišnosti mezi diagnózou a případovou formulací (podle Mace a Binyon, 2005)**

Charakteristika	Diagnóza	Případová formulace
Formát	Popisná nálepka	Vysvětlující shrnutí
Hledisko	Co je obecné, sdílené, společné?	Co je jedinečné?
Zdroj	Strukturované vyšetření	Interaktivní rozhovor
Používání teorie	(Pseudo) neutrální vůči teorii	Informovaná teorii (sofistikovanou/esoterickou)
Předpovídá	Průběh onemocnění	Odpověď na léčbu
Ve vztahu k léčbě	Identifikuje léčbu	Informuje léčbu



### Mapa psychoanalytických/psychodynamických kompetencí

Mapa organizuje kompetence do pěti oblastí a ukazuje jednotlivé aktivity, které dohromady tvoří doménu. Každá aktivita sestává ze souboru specifických kompetencí, které nejsou v grafu zachycené, ale lze se s nimi seznámit na webové stránce Centra pro výsledky, výzkum a účinnost (Centre for Outcomes, Research and Effectiveness CORE, [www.ucl.ac.uk/CORE](http://www.ucl.ac.uk/CORE)). Mapa ukazuje, jak aktivity do sebe zapadají a k jejich zvládnutí je třeba provádět je vcelku.

Schopnost udržet analytický postoj		Specifické analytické / dynamické techniky	Kompetence vztažené ke specifickým problémům / jejich specifickým adaptacím	Metakompetence
Základní analytické / dynamické (A/D) kompetence	Základní psychoterapeutické kompetence			
Znalost duševních problémů a jejich porozumění	Znalost duševních problémů a jejich porozumění	Schopnost formulovat dynamické interpretace	Léčba založená na mentalizaci (MBT) pro pacienty s hraniční poruchou osobnosti (BPD) (Bateman a Fonagy)	Schopnost klinicky uvažovat při používání léčebných modelů
Znalost profesních a etických vodítek a schopnost působit v těchto rámcích	Schopnost odhadnout vhodnost a přiměřenost A/D přístupu	Schopnost pracovat s přenosem	Na přenos zaměřená psychoterapie pro pacienty s BPD (Clarkin)	Schopnost přizpůsobit intervence a reagovat na pacientovu zpětnou vazbu
Znalost a porozumění terapeutickému modelu a schopnost jej použít v praxi	Schopnost pacienta získat pro A/D léčbu	Schopnost pracovat s protipřenosem	Interpersonální skupinová psychoterapie pro pacienty s BPD (Mazrzaei)	<b>Analyticky-specifické metakompetence</b>
Schopnost zaažgovat pacienta	Schopnost odvodit A/D formulace	Schopnost rozpoznat obrany a pracovat s nimi	Na panickou poruchu zaměřená psychodynamická psychoterapie	Schopnost pracovat s terapeutickým vztahem jako s prostředkem navozujícím změny
Schopnost vytvořit a udržet dobrou terapeutickou alianci a pochopit pacientovu perspektivu a jeho pohled na svět	Schopnost ustanovit a držet terapeutický rámec a hranice	Schopnost doprovázet fázi ukončování léčby	Podpůrné expresivní terapie	Schopnost pružně používat model podle pacientových individuálních potřeb a kontextu
Schopnost zacházet s emočním obsahem sezení	Schopnost pracovat s nevědomou komunikací	Schopnost navozovat zkoumání nevědomé dynamiky ovlivňuje vztah	Psychodynamická interpersonální terapie	Schopnost nastavit přiměřenou rovnováhu mezi interpretativním a podpůrným působením
Schopnost ukončit léčbu	Schopnost držet se A/D ohniska	Schopnost pacientovi pomoci uvědomit si nevyjádřené nebo nevědomé pocity	Časově omezená interpretativní skupinová terapie pro patologické truchlení	Schopnost určit a dovedně použít nejvhodnější analytický / dynamický přístup
Schopnost vést základní vyšetření (relevantní anamnézu a určení vhodnosti terapeutických intervencí)	Schopnost zachytit obtíže v terapeutickém vztahu a reagovat na ně	Schopnost zacházet s vnější i vnitřní realitou pacienta		
Schopnost využít supervize				

Psychodynamická formulace nemá obecně přijatý formát a spíše se podobá shrnutí. Případová formulace je ale navýsost aktivní proces a jak uvádí Harry Stack Sullivan (1953): před shrnutím materiálu jej musíte prozkoumat a porozumět mu.

Podoba formulací se také mění v souvislosti s psychoterapeutickým zaměřením terapeuta. Psychodynamicky orientovaní terapeuti se budou více zaměřovat na nevědomé duševní procesy a konflikty, kognitivně zaměřená formulace se bude pravděpodobně více opírat o informace o maladaptivních myšlenkách a přesvědčeních pacienta o sobě, okolí a budoucnosti, a behaviorální formulace bude pravděpodobně zdroj problémů hledat v osobní historii pacientova učení se a v jeho prostředí. Současní autoři se nicméně shodují na tom, že se jedná o formulaci případu, pokud jde o proces hypotetického popisu, predikce a přiřazování určitých atributů a charakteristik jednotlivému případu. Je tedy irelevantní, zda terapeut tyto atributy pojmenovává jako proměnné, osobnostní predispozice, proměnné osobnosti, základní behaviorální repertoár nebo situačně specifické dispozice pro jednání (Westmeyer, 2003 in Šnědar, 2011).

I psychodynamické formulace se liší svojí důkladností, s jakou hledají porozumění, i teoretickým zdůvodněním klinického materiálu. Mnoho „formulací“ zůstává ve skutečnosti deskriptivním shrnutím bez dostatečného výkladu a predikce (Mace a Binyon, 2005).

Každá formulace případu se skládá ze tří odlišných komponent, které jsou důležité pro komplexní pochopení pacientova případu (zpracováno podle Šnědar, 2011). První komponentou je **diagnostická formulace**. Jde o popisnou část formulace, která reflektuje povahu a vážnost pacientem popsané klinické situace. Diagnostická formulace pomáhá odpovědět na tři důležité diagnostické otázky: zda je prezentovaná situace primárně psychotická, neurotická nebo souvisí s charakterem, zda je původ popsaných problémů primárně organický nebo psychologický a jak moc je popsaný problém závažný a zda vyžaduje akutní intervenci.

**Klinická formulace** jako další komponenta formulace případu je více vysvětlující komponentou a popisuje spíše události dlouhodobého charakteru. Její snahou je vystihnout mechanismy, které přispívají k rozvoji a přetrvávání symptomů a nefunkčních vzorců. Existuje mnoho podob těchto částí, stejně jako existuje mnoho teorií popisujících příčiny a vlivy vzniku psychických problémů. Klinická formulace odpovídá na otázku „jak se to stalo?“. Přináší představení a integraci intrapsychických, interpersonálních a systemických dynamismů za účelem smysluplného klinického vysvětlení klientových vzorců chování, emocí a zvládacích strategií. Jde o nejvýznamnější část formulace případu, protože přináší propojení diagnostických údajů s plánem dalšího postupu.

**Formulace postupu** zakončuje případovou formulaci, slouží jako podklad pro rozhodnutí o užitých intervencích. Obsahuje tedy cíle terapie, plán terapie, terapeutické techniky a podoby intervence a předpoklady o směru terapie a jejich výstupech (volně dle Sperry, 2005, in Šnědar, 2011).

Formulace případu je hypotézou o příčinách, původu a důvodech přetrvávání pacientových psychologických, interpersonálních a behaviorálních problémů. Formulace případu pomáhá organizovat informace o jedinci, zvláště pokud tyto informace obsahují neshody nebo nekonzistence v chování, emocích a dalších oblastech. V ideálním případě obsahuje takovou strukturu, která umožňuje terapeutovi tyto neshody pochopit a roztřídit důležité informace v dostatečně rozsáhlém pohledu na pacienta. Formulace také slouží jako plán pro následnou léčbu a pro zaznamenání změn. Měla by terapeutovi poskytnout větší míru vžití se do pacienta a předvídat možné trhliny v terapeutickém vztahu (Safran, Muran, Samstag & Stevens, 2002; Samstag, Muran & Safran, 2004 in Eells, 2007 in Šnědar, 2011).

Formulace případu se také často uvádí v souvislosti s psychopatologickými manuíaly. Psychodynamický Diagnostický Manuál (PDM Task Force, 2006) vznikl spoluprací velké skupiny psychoanalytických expertů. Přestože se v mnoha ohledech podobá v USA nejrozšířenějšímu deskriptivnímu manuálu DSM-IV, také se významně liší a DSM doplňuje. Autoři nezamýšleli nahradit zavedený manuál DSM-IV, ale pomocí dalšího pohledu na diagnostiku přinést větší validitu diagnóz, plánování léčby a formulace případu (Davis a Strawn, 2010). Eells (2007) připomíná, že jeden univerzální manuál vede k rigidním formulacím, jež se značně vzdalují subjektivitě pacienta, ke které by měla mít formulace blízko. PDM manuál umožňuje najít rovnováhu mezi klientovou subjektivitou a pozorováním ověřenými hypotézami. Takto vedená formulace je pak ideální pro další plánování léčby (Šnědar, 2011).

Uveďte, zda je výrok pravdivý/chybný.

K obvyklým chybám začínajících terapeutů při sestavování psychodynamické formulace patří:

- a) nadměrná popisnost
- b) nepřiměřené vysvětlování
- c) přehnaný důraz na specifčnost u daného pacienta
- d) nesprávné diagnostikování
- e) pejorativní pojetí pacienta

(Mace a Binyon, 2006)

## 2. Odlišení deskriptivně-exploračního od vztahově-dynamického přístupu k diagnostickému rozhovoru

Vstupní diagnostické interview doplácí na přinejmenším století trvající rozštěp v psychiatricko-psychologických vědách. Na jedné straně stojí **exploračně-medicínský přístup** (zobecňující a vysvětlující „objekt pozorování“, zdůrazňující opakující se zákonitosti a fenomenologii) postavený na modelu otázka-odpověď, který shromažďuje vyšetřené údaje. Diagnóza je v tomto pojetí pátráním po chorobě prostřednictvím sběru abnormálních příznaků. Když ale klademe otázky, nedostaneme víc než odpovědi. Proti tomu se staví přístup **vztahově-dynamický** (subjektivně rozumějící

a individuální, vystihující jedinečnost pacientovy osobnosti a jeho trápení), zapracovávající také scénická a neverbální data, pacientovy neuvědomované významy a sdělení. Vztahově-dynamický přístup nechává pacienta vyprávět jeho příběh. Terapeut pozoruje vznikající vztah a to, jakým způsobem pacient používá vstupní setkání a osobu terapeuta. Dívá se za hranice pacientovy nemoci a odhaduje jeho celou osobnost (Freud, 1905). Vytváří bezpečné uspořádání, ve kterém pacient dokáže projevit co nejvolněji sebe sama.

Letitá snaha vypudit z diagnostického procesu odborné předsudky a držet se výhradně empiricky pozorovatelných projevů vyústila v přehnaně formalizované, vyprázdněné a „vycištěné“ **redukcionistické diagnostikování a pojetí diagnóz**. Široce užívaná klasifikační schémata jsou například MKN-10 (oddíl duševních poruch a poruch chování Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize, připravuje se 11. revize) Světové zdravotnické organizace nebo DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manuals; IV. a nyní přicházející V. verze) Americké psychiatrické asociace. Tato diagnostická schémata sice zjednodušila odbornou komunikaci, pomohla k akceleraci výzkumného průmyslu a koncepčnímu zjednodušení, ale z vaničky vylila dítě pochopení pro komplexní a mnohočetně determinované klinické fenomény.

Navzdory redukcionistickým trendům v diagnostice psychoanalyticky/psychodynamicky zaměřeni psychologové, psychiatři a psychosomatické lékaři ve svých formulacích nadále zachycují konflikt, formulují důležité charakteristiky osobnostního fungování pacienta nebo se ve svých diagnostických závěrech zabývají podílem pacienta na vztahovém selhávání. Psychodynamičtí psychoterapeuti mají za to, že struktura osobnosti, intrapsychický konflikt a vztahové problémy spoluurčují pacientovo strádání. S deskriptivně a symptomově zaměřenými MKN nebo DSM klasifikacemi proto nevystačí (Holub a Telerovský, 2012). Perry a spolupracovníci (1987) přesvědčivě argumentují, že každá léčba (nejen dlouhodobá psychoterapie) v sobě obsahuje opatření a modifikace pacientovy osobnosti, proto se psychodynamické vyšetření hodí pro posouzení všech pacientů. Součástí psychodynamického hodnocení je například identifikace odporů vůči léčbě, jež vycházejí z osobnosti pacienta (z intrapsychického konfliktu nebo z omezení ego-strukturálních funkcí) a jež posléze sabotují i sebelépe vymyšlený léčebný plán. Některé příznaky jsou pevně zakotvené v osobnosti pacienta a nelze je léčit, aniž bychom obrátili pozornost k osobnostní struktuře (Gabbard, 2005, s. 25).

Rozdíl mezi deskriptivně-exploračním a vztahově-dynamickým vedením rozhovoru (a sběru údajů) vystihují anglické výrazy „history taking“ versus „history making“, tedy zda spolu s pacientem „ohledáváme“ jeho minulost a popisně (deskriptivně) zachycujeme neobvyklosti jeho chování a prožívání, nebo zda kromě zájmu o minulost věnujeme pozornost přítomné interakci, vztahu (dynamice obou, terapeuta a pacienta), specifické „scéně“, aranžmá prvního setkání a zachováváme volně plynoucí introspekci (Wegner, 1992) vůči svým (protipřenosovým) prožitkům i vůči roli, kterou nám pacient nevědomě přiděluje (Sandler, 1976).

Pacient se v **deskriptivně-exploračním** stylu vedení úvodního rozhovoru stává především svědkem a pamětníkem svého předchozího života, svých nemocí a trápení. Jeho hlavním úkolem je být spolehlivým informátorem a co nejdělejší historikem. Důraz se klade především na zachycení patologie: tj. všeho abnormálního, odchýlného, nápadného a neobvyklého, co se nějakým způsobem vztahuje k poruše. Navíc, pacient je objektem našeho pozorování. Ve **vztahově-dynamickém** modelu nás také zajímá pacientovo chování a fakta, avšak zasazená do kontextu psychického vývoje a emočních významů. Pacient se stává hercem svého života a intersubjektivním spoluhráčem na scéně vstupního interview: důsledně nás zajímá, jakou roli během vstupního rozhovoru pacient sehraává a do jaké obsadil nás (jak s námi zachází, jak se k nám vztahuje, jaké pocity a fantazie v nás probouzí).

Z hlediska vnějšího pozorovatele se rozhovor vedený psychodynamickým způsobem liší od medicínsko-exploračního vedení rozhovoru především množstvím a charakterem otázek. Explorační způsob práce zjišťuje informace (netoleruje absenci znalosti), klade otázky typu co, jak, kdy, kde. Psychodynamický styl je zprvu ochoten snést neúplnou znalost a obětovat informace pro to, aby se vyjevil způsob, jak pacient sám sebe a své potíže představuje, jak je vzájemně řadí, co vybírá a čemu se vyhýbá. Tento primárně nezjišťující způsob vytváří prostor pro projekce méně vědomých vzorců, postojů (k sobě, druhým, onemocnění) a reprezentací sebe, druhých a vztahů. Tento typ vedení rozhovoru odpovídá více na otázky Proč?, Co znamená...?, Jaký smysl má ...? Psychodynamický přístup zachycuje *způsob uvažování* – nejen o pacientovi ale i o nás, profesionálech, zapojených do interpersonálního pole mezi pacientem a terapeutem (Gabbard, 2005, s. 4). Oba přístupy se vzájemně nevyklučují, na psychodynamické posouzení se dá pohlížet jako na významné rozšíření a doplnění popisného psychiatricko-medicínského vyšetření (Gabbard, 2005, s. 69).

**Tabulka 3: Porovnání deskriptivní a psychodynamické perspektivy (zpracováno podle Stigler, 1995):**

Deskriptivní (MKN-10, DSM-IV)	Psychodynamická (OPD-2, PDM)
Výhody ve výzkumu, který vyžaduje velké srovnatelné (homogenní) skupiny	Umožňuje diferencovanější porozumění, a tím plánování individuální léčby jednotlivého případu
Zaměřuje se na symptom a syndrom, tj. na povrchové jevy (hledisko pozorovatelného)	Zaměřuje se na otázky, co je za symptomem (hledisko nevědomé struktury a dynamiky)
Pacienta je zapotřebí precizně popsat	Pacient je podněcován k introspekci a asociaci; význam má jeho subjektivní prožívání symptomu, nejen symptom samotný
Symptom nemá smysl	Symptom je intrapsychicky a interpersonálně smysluplný

Osobnost diagnostika/terapeuta zůstává „venku“ (např. použití dotazníků)	Plná subjektivní účast diagnostika/terapeuta včetně diagnostické hodnoty jeho prožívání
Terapeutický plán se dá vyvodit jen omezeně	Cíle a plány terapie jsou odvoditelné z diagnostického posouzení
K časovému faktoru se přihlíží omezeně	Vznik, vývoj a průběh obtíží jsou významné
Spektrum normální-patologické je předělené často arbitrárně výčtem počtu symptomů	Kontinuální spektrum normální-patologické
Snaha o ateoretičnost	Aktivní generování předběžných hypotéz: historicky-vývojových, konfliktových, vztahových, strukturálních
Těžiště ve velkých skupinách a souborech: statistika, kvantifikace, replikace, výzkum	Těžiště v jednotlivých případech: klinika
Re-medikalizace psychiatrie	De-medikalizace

Obě krajní perspektivy mají přirozeně svá omezení a nevyhnou se kritice. **Kritika deskriptivního přístupu** se zaměřuje především na zúženou perspektivu a redukcionismus v oblasti duševního zdraví, která jde ruku v ruce s tendencí definovat duševní problémy jen na základě výčtu pozorovatelných symptomů, chování a rysů s minimálním přihlédnutím k osobnostnímu fungování a úrovni adaptace (tj. nepřihlížení ke struktuře osobnosti, povaze objektivních vztahů, obran, afektivní regulace, pojetí sebe, intrapsychickým konfliktům atd.). Kritika deskriptivního přístupu také poukazuje na ignorování komplexnosti duševních dějů a funkcí, na kterou dnes poukazují zejména neurovědy a vývojové studie, a samozřejmě klinická zkušenost (srov. PDM, 2006). Navíc čistě deskriptivní, na symptom centrovaná diagnostika nabízí minimum vodítek, která by klinikům sloužila ke stanovení indikace a vedení psychoterapie (OPD-2, 2008, s. 6). Psychodynamicky orientovaní psychoterapeuti v deskriptivní diagnostice postrádají posouzení intrapsychických a interpersonálních konfliktů, úroveň strukturální integrace pacientovy osobnosti nebo jeho subjektivní prožívání nemoci. Diagnóza postavená na specifickém uskupení symptomů určených deskriptivním způsobem by ideálně měla informovat a rozhodovat o přiměřeném manualizovaném léčebném postupu (algoritmu), v případě psychoterapie to ovšem neplatí, protože deskriptivní diagnóza sama o sobě neposkytuje dostatečná vodítka pro utvoření si představy, v čem tkví pacientova problematika a jakým směrem by se terapie měla ubírat. V psychoanalýze a psychodynamické psychoterapii mají mnohem větší předpovědní hodnotu ohledně povahy a výsledku léčby základní charakteristiky psychoterapeutického vztahu, jakými jsou pracovní spojení, povaha přenosových jevů, osobnostní charakteristiky pacienta a terapeuta, jejich vzájemná interakce apod. Navíc deskriptivní diagnóza není nezbytně prediktorem terapeutického úspěchu, naopak bývá špatným vodítkem. Ukazuje se, že například kvalita objektivních vztahů nebo

obranný styl je lepším indikátorem účinné terapie (Perry, 1993). Nic na tom nemění provizornost počátečních psychodynamických formulací, kdy spolehlivou psychodynamickou diagnózu je často možné stanovit pouze na konci léčby (Greenson, 1967).

Nina Coltart (1988) tvrdila, že neprůstředné diagnózy uzavírají mysl. Přesto měla za to, že na konci rozhovoru by měl každý vyšetřující terapeut mít jasno, jestli je pacient obsedantní, hysterický, hraniční, psychotický nebo psychopatický. Jejím hlavním kritériem při posuzování vhodnosti pro psychoanalýzu/psychodynamickou psychoterapii je schopnost psychologického uvažování (psychological mindedness). Coltart se domnívala, že minimálně tři z devíti kvalit by měly být přítomné, aby se o pacientovi dalo uvažovat jako o vhodném do psychoanalytické psychoterapie:

1. Pacient přiznává, že jeho duševní život má i nevědomý rozměr. Například k vyšetření se dostavil psycholog, který popíral existenci čehokoliv nevědomého a pohrdavě komentoval vyšetřujícího, který mu nepřidělil žádnou diagnózu. Tento pacient-psycholog projevoval zjevnou úzkost, že se na něj vyšetřující dívá způsobem, který jemu samotnému není absolutně znám.
2. Schopnost popsat svou minulost, ze které je zřejmé, že si uvědomuje sebe sama, není nutné v chronologicky správném pořadí. Pacient popsal obsedantně jasně a detailně svoji historii, ale byl zcela odpojený od svého prožívání a jakékoliv emoce. Jeho vhodnost do psychoterapie byla sporná.
3. Schopnost popsat svoji minulost bez podpory nebo povzbuzování terapeutem, ze které je zřejmé, že si uvědomuje její emoční významy.
4. Schopnost vybavit si vzpomínky s jejich odpovídajícími emocemi.
5. Schopnost odpoutat se od vzpomínek a reflektovat je. Někdy se také nazývá „dostupnost“.
6. Ochota vzít za sebe odpovědnost bez jejího přemísťování nebo promítání na druhé.
7. Schopnost imaginace vyjádřená v představách, metaforách, snech, identifikacích s jinými lidmi, empatií.
8. Znamky určitého úspěchu v životě, naděje a realistické sebehodnoty. „Člověk, který selhává ve všem, selhává i v psychoanalýze“.
9. Celkový dojem vytvoření vztahu s terapeutem (zárodky přenosu).

Výpovědi absolventů po skončení kursu psychodynamiky pro postgraduální studenty psychiatrie v São Paulo, Brazílie ve školním roce 2005/2006:

*Před tím, než jsme kursem prošli, jsme k pacientům přicházeli a pátrali po diagnostických kritériích, skórovali jsme příznaky a dívali jsme se na to, jestli může být pacient klasifikován jako něco, co lze nebo nelze léčit. Pro mě to bylo v pořádku až do té doby, dokud jsem si neuvědomil, že za tím jsou další věci. ... začínáte odhalovat některé kořeny problémů. Jste trochu schopní číst pacienta mezi řádky. Zastavíte se a přemýšlíte, co se odehrává v této rodině, s tímto člověkem. Po tom, co jsme se v kursu setkali s mnoha pacienty, jsme najednou změnili své chování, změnili jsme způsob, jak se díváme na věci... vidíme celého člověka. Budeme nyní přemýšlet o dalších aspektech.*

*Může mít porozumění psychodynamickému fungování pacienta vliv na jeho léčbu?*

*Pomáhá nám to porozumět, který je nejlepší způsob zacházení s pacientovým trápením. Je zapotřebí se pacientovi a jeho osobnosti přizpůsobit, a toto hledisko mít na paměti, například když uvažujeme, jak pacientovi říkat věci, jak s ním utvářet vztahy, jak mu radit. Někdy pacienta požádáme, aby se dostavil za 2 měsíce, ale ve skutečnosti by to mělo být dříve, nikoliv proto, že tím vznikají nějaké nežádoucí reakce, ale protože tento konkrétní pacient s námi nebude dobře vycházet, pokud se bude cítit zanedbávaný. .... Tím, že porozumíme tomu, jak pacienti fungují, dokážeme vnímat a přemýšlet o tom., co nám přinášejí. Pomáhá to také terapeutickému vztahu: stáváte se empatickým s pacientem a on s vámi. Viděli jsme, jak je to často pro pacienty těžké procházet každodenním životem s nálepkou psychiatrických pacientů a docházet na psychiatrické kontroly. Psychodynamické porozumění dost výrazně zmírňuje náš negativní protipřenos a to pak pomáhá v klinickém vedení léčby, nemám pravdu?*

(Cardoso Zoppe et al., 2009).

### 3. Subjektivita vyšetřujícího terapeuta

#### 3.1. Iniciální úzkost

Pracovní skupina zabývající se zahájením psychoanalýzy Evropské psychoanalytické federace (Working Party on Initiating Psychoanalysis) pro první setkání pacienta a analytika užívá výmluvný Bionův pojem „**emoční bouře**“ (1979). Jedná se o hraniční situaci, v níž se střetávají dva cizinci s celou šíří různých očekávání (Gabbard, 2005, s. 70). Pacient i terapeut ještě před rozhovorem disponují svým vlastním předporozuměním a předběžnými představami o setkání. Úvodní setkání probouzí celé spektrum úzkostí (Bion, 1965), které mají různou podobu a různé emoční významy. Začínající terapeuti mají například sklon zaměřovat počáteční strach z toho, že pacient odejde z léčby za skutečnou a neuvědomovanou obavu, že v léčbě nakonec zůstane (Ogden, 1992). Úvodní klinický rozhovor svojí nepředvídatelností a vysokou mírou nejistoty dostává do hry řadu faktorů a je jedinečný v porovnání s budoucími (pravidelnými) terapeutickými setkáními. Iniciální úzkost se pro pacienta stává hybnou silou k sebevyjádření a současně zvládnutí úzkosti mobilizuje obrany (Hošková, 1999, s. 9). Rolla (1970) se tímto fenoménem zabýval a popsal rozličné modality úzkosti během prvního interview. Na počátku interview je úzkost spojena spíše se zvědavostí a pozorováním, v závěru interview má úzkost spíše separační charakter. Během samotného interview se hladina úzkosti mění, což může být cenný zdroj informací o zranitelných



oblastech v psychické struktuře pacienta. Liberman (1974) kladl důraz na to, jak pacient zachází s úzkostí v čase mezi prvním a dalším plánovaným interview.

Obecně lze tedy říct, že iniciální úzkost, do značné míry neuvědomovaná a defenzivně zpracovávaná, je přirozenou součástí každého úvodního rozhovoru a potýká se s ní nejen pacient, ale rovněž terapeut, který k výsledné podobě prvního setkání nemalou měrou sám přispívá.

### 3.2. Diagnostické nálepkování jako protipřenosové odehrání

Ukazuje se, že se nedostatečně doceňuje účast terapeuta (jeho subjektivity) na utváření závěrečného expertního názoru a diagnostických závěrů. Strukturálně-diagnostické zařazení pacienta neovlivňují pouze naše diagnostické znalosti, ale také protipřenosové reakce. Znáмым příkladem je přeceňování (vylepšování) strukturální úrovně fungování u pacientů, kteří jsou nám osobně blízcí (například mají stejné povolání nebo původ), naopak strukturální úroveň pacientů s osobnostními rysy, které odmítáme nebo s nimi bojujeme, snadno podceňujeme (Wöller a Kruse, 2011, s. 56). Fantazie všemohoucnosti a vševědoucnosti je popsán (avšak nedostatečně prozkoumaný) fenomén u lékařů s narcistickou nerovnováhou (Allison, 1975; Allison, Doria-Medina, 1999), u nichž tato skutečnost přispívá k nekritickému diagnostikování a zesílené projekci vlastní nehodnotnosti, poničenosti a selhávání na pacienty (Bennett, 1987; Groesbeck, 1975).

Psychodynamický přístup pomáhá rozumět každodenním protipřenosovým nesnázím terapeuta, které rušivě vstupují do přiměřeného posuzování pacientů a jejich účelné léčby (Gabbard, 2005, s. 26). Co se vlastně míní protipřenosovou nesnází?

Zkuste si představit, jak mohou pocity terapeuta zabarvit jeho úvahy o pacientovi, jeho hodnocení. Mohou například pocity zlosti, nudy, erotické přitažlivosti ovlivnit/změnit/zúžit pohled na pacientovy potíže? Zkuste si představit pacienta, který vás vytáčí, nudí nebo přitahuje.

Formulování pseudo-interpretací nebo diagnostikujících komentářů s psychoanalytickým obsahem jsou příkladem protipřenosového (nejčastěji hostilního) odehrání terapeuta. Patří sem zraňující, pokořující nebo obviňující interpretace (Gálvez, Maldonado, 2002) (např. „*vy jste symbioticky závislý na mateřské péči*“). Podobně může o terapeutově dyskomfortu, nudě, sexuálním vzrušení, závidi nebo ztrátě vnímavosti vypovídat jeho snaha „psychoanalyticky“ posuzovat pacienty pomocí klíšé nebo „diagnostických“ nálepek jako hraniční, narcistické, manipulativní, agresivní, psychopatické, infantilní nebo perverzní (Rothstein, 2002). Pacienty lze znevažovat, zahanbovat a urážet popisem jejich neurotických řešení, nezralostí, defektů, neschopností a inhibicí pod pláštíkem „terapeutického vysvětlení“. Lze je popisovat jako primitivní nebo maligní. Hodnotící a znehodnocující soudy se promítají do formulací jako např. „*pacient se neotevívá, jde o kastrující matku, neakceptující svoji ženskou roli,*

*nedokáže se oddat/vymezit/rozhodnout, projevuje odpor, uniká do nemoci, je nepřizpůsobivý*“. Obdobné šablony znemožňují nový a otevřený pohled na pacienta a jsou spíše známkou toho, že byl analytik/terapeut „chycen“ do **protipřenosového odehrání** a ztratil kontakt s pacientem. Negativní hodnocení odráží terapeutův emoční postoj a pravděpodobně také převzetí nevědomé role „špatného objektu“. Sadistické diagnostikování často doprovází pejorativní značkování a potenciálně destruktivní hodnocení, jako například posuzování pacientovy neanalyzovatelnosti (Rothstein, 2010). Ustálené užívání kritických pseudoodborných formulací bývá důsledkem terapeutických zklamání a připisování viny pacientovi za to, že se dostatečně neuzdravuje navzdory nejlepší snaze terapeuta (Dührssen, 1998).

O psychoanalytické diagnóze můžeme konstruktivisticky přemýšlet jako o společné konstrukci analytika a pacienta (Rothstein, 2010). Znamená to, že diagnostikování (jako podstatné **jméno slovesné** oproti podstatnému jménu diagnóza) je činnost, do které je analytik zapojen ve spolupráci s pacientem. Psychoanalytické diagnózy v tomto pohledu představují vzájemně utvořené fantazie ve smyslu kompromisních formací (Rothstein, 2010) a odpovídají přenosově-protipřenosovým výměnám.

### 3.3. Odpor terapeuta během úvodního rozhovoru

Již zmíněná Bionova metafora emoční bouře při prvním setkání probouzí odpory na straně pacienta i terapeuta (Vermote, 2012). Nikoliv manifestní emoční bouře, ale **nevědomá bouře**, k níž dochází dokonce u interview, která proběhla klidně a přímočaře. Oba účastníci jsou jí ovlivněni, aniž by si toho byli vědomi. Neexistuje dosud domluvený rámec a ani pacient ani analytik nevědí, co mohou očekávat. Analytik je do té míry konfrontován s neznámým v druhém člověku a v sobě samotném, tj. se svojí reakcí na neznámého člověka, že prodělává částečnou ztrátu identity. Analytik je neustálý začátečník (Ogden, 1992). Terapeut zažívá pocit, že nezvládá, „selhává“ v úsilí najít smysluplné souvislosti. Pacient ani analytik zprvu nedospívají k žádné formulaci ústředního problému, ale analytik v obecnějším procesu demonstruje schopnost tolerovat ne-porozumění a ochotu podílet se na hledání významu, snad nabízet pocit naděje, že něco chaotického a nesnesitelného může najít schránku (container) ve vztahu s analytikem. Měnit se vlivem bouře „**weathering of the storm**“ vyžaduje zapojení komplexních procesů na různých rovinách vnitřní duševní práce a symbolizace. Od spontánního volně plynoucího rozpracovávání (elaboration) k aktivnějším formám úsilí porozumět. Patří sem sebesledování a sebereflexe, poodstoupení a zaujetí postoje třetí osoby, která se pokouší rozumět rozvíjejícímu se vztahu mezi psychoanalytikem a pacientem (popsaná jako **free-floating introspectiveness** – Peter Wegner (1992), **empathic triadic relationship** – Josef Dantlgraber (1983), **triangular space** – Ron Britton (1989). Reith (2012) nazývá všechny tyto vnitřní procesy vnitřním rámcem (internal frame), který je nezbytný k tomu, aby mohl psychoanalytik tolerovat úzkost, neporozumění a udržet svou „konkávni“ funkci, nezbytnou k uchování

prostoru pro pacienta a vynoření významu. Analytikův rámec se může stát příliš ob-  
ranným, rigidním, análně retentivním.

Krátce nastíníme některé podoby analytika/terapeutova odporu, které, pokud  
jsou včas zachyceny a pochopeny, mohou uvolnit i pacientovo zaklesnutí v odporu  
vůči léčbě (volně zpracováno podle přednášky „Odpor pacienta je odporem analyti-  
ka“ (Vermote, 2012):

1. Často pozorovaným odporem je popření toho, že psychoanalytický/psychotera-  
peutický proces začíná již od prvního okamžiku setkání, někdy i před ním. Vy-  
platí se zaujmout analytický postoj hned od počátku, otevřený a ne-vědoucí, se  
snahou zůstat v kontaktu s tím, co setkání vyvolává v terapeutovi a v pacientovi.
2. Soud (souzení, posuzování, judgement) je klasické zjednodušení analytické  
funkce a dobře známou zkratkou analytického postoje. Bion se domníval, že se  
jedná o jednu z nejprimitivnějších forem myšlení – náhrada za psychické fun-  
gování (v žargonu Petera Fonagyho jde o „pseudomentalizaci“). Rutinizované  
nálepkování a automatizované operování s pojmy je kompromisní útvar, přináší  
úlevu z pseudoporozumění a současně dovoluje nevidět a vyhnout se nevědo-  
mým významům. Výrok „je to narcista“ definuje pacienta již předem a předjímá  
stereotyp jeho psychopatologické definice. Vermote cituje Biona a jeho technic-  
ká doporučení, jak s tendencí soudit zacházet:
  - a) zkoušet zahlédnout psychickou bolest pacienta skrytou za manifestními  
projevy;
  - b) dívat se binokulárním způsobem (na to, co vím a co nevím současně);
  - c) hledat neustále se objevující souvislosti/spojení (conjunctions) mezi psychic-  
kými prvky, spíše než pátrat po kauzálních souvislostech.
3. Není psychoterapeutická dimenze psychoanalýzy sama o sobě formou odporu?  
Často váháme, zda nezačít psychoterapií a pokračovat psychoanalýzou. Je důle-  
žité zůstat v kontaktu s nediferencovanou zónou a umožnit transformaci (Bion,  
1965).
4. Expertní pozice. V analytickém setkání se analytik stává učedníkem/žákem, ni-  
koliv mistrem (v což pacient doufá). Nabídnout falešnou uklidňující konejšivou  
zkušenost (mocného experta, který ví) pacienta svádí na falešnou cestu iluzorní  
útěchy. Změny a nové zkušenosti vznikají již od počátku a paradoxem je, že je  
jako psychoanalytici nemusíme chtít, můžeme pouze vytvářet příležitost, aby  
k nim došlo (udržovat si hravý odstup, být schopen nechat se překvapit).
5. Smyslová rovina. Máme tendenci připisovat důležitost tomu, co se odehrává  
na smyslové rovině, smyslovým datům (zejména zraku, tomu co vidíme) a uzavřít  
analytickou funkci – například pacientka vypadá a je oblečená jako malá holčička

(Bion toto úskalí srovnává s fotoaparátem, do kterého pronikají sluneční paprsky). Smyslové vjemy však mohou zaplavit a oslepovat. Otázkou směrem k pacientovi „Kdo jsi jako osoba?“ přesměrujeme svoji pozornost za to, co vidíme.

6. Myšlení, zejména kauzální myšlení, slouží odporu. Uzavírá to, co by mělo být prožíváno otevřeně, uzavírá analytickou funkci vybíráním a petrifikací faktů. Obvykle se pokoušíme vysvětlit, co pacient říká nebo dělá ve spojení s příčinou vztahující se k jeho minulosti nebo dokonce konstruuje pacientovu minulost, v extrému lze vidět analýzu jako přepisování pacientova románu.
7. Reverie. Opakem myšlení je reverie (zasnívání se), která se může také sama stát odporem. Když je analytik zaujatý svým zasníváním se, stává se to jistým druhem kontemplanace o vlastním pupku. Zasnění nevytváří jen analytik, jsou vyzářováním neznámého, nediferencovaného světa a jsou společným výtvozem pacienta a analytika.
8. Emoce. Afekty jsou současně motorem změny, mohou zároveň oslepovat. Emoční bouře prvního setkání může být tak intenzivní, že jeho podstatu analytik nevidí. Často následná reflexe, supervize nebo diskuse s kolegy (mimo emoční bouři) odhalí podstatu setkání.

#### 4. Kazuistická ukázka slečny Kateřiny

„Aby terapeut mohl čtenáři sdělit něco pravdivého o své emoční zkušenosti s pacientem, musí ji přeměnit ve „fikci“, která pravdu terapeutického prožitku komunikuje čtenáři. Kazuistika je „zkreslenou zprávou o terapeutově rekonstrukci klinických událostí“ (Ogden, 2005, in Holub, Kazuistika v současné psychoterapii, in Vybíral a Roubal, 2010, s. 422–429), která nezachycuje skutečné dění uvnitř terapeutovy pracovny objektivně nebo věrně dokumentaristicky. Čím abstraktnější a teoretičtější je prezentace klinického materiálu, tím větší prostor poskytuje ke spekulativním, myšlenkově neostrým debatám, jež často vypovídají více o privátních implicitních teoriích referujícího než o pacientově situaci. Protože existuje shoda, že teoretickou pozici je třeba posuzovat ve vztahu ke **klinické situaci**, která je „společnou půdou“ (Wallerstein, 1993; Sandler, Dreher, 1996), uvádíme konkrétní popis klinické situace.

Jako příklad kazuistického sdělení jsme zvolili Freudův text (Freud, 1895). Freud slečnu Kateřinu (dále Kateřina) potkává ve Vysokých Tatrách v létě 1893. V roce 1895 tento úvodní (a jediný) rozhovor s pacientkou publikuje spolu s dalšími kazuistickými zlomky ve *Studiích o hysterii*. Freudovo setkání s Kateřinou vybíráme nejen proto, že Freud coby brilantní pozorovatel a zdatný literát zachycuje první rozhovor dostatečně barvitě a představitelně, ale jedná se současně o jeden z mezníků, kdy se z Freuda lékaře (jenž sbírá symptomy navádějící k diagnostice chorobného nebo dysfunkčního stavu) stává Freud analytik/terapeut (naslouchá, snaží se porozumět

významu) (Lagerlöf a Skaleová in Reith et al, 2012, s. 12). Příklad Kateřiny z roku 1895 je v první řadě úvodní konzultací, avšak lze se na ni dívat také jako na velmi krátkou analytickou léčbu, pokud předpokládáme, že pozorovaná úleva následovala po propracování vytěsněných vzpomínek. Kazuistika rovněž zaznamenává první vstupní interview, ve kterém je Freud nucen k vybavení pacientčiny vytěsněných vzpomínek použit metodu „volných asociací“ (Skaleová in Reith et al, 2012, s. 25). Ukázka z chorobopisu Kateřiny věrohodně přibližuje úvodní scénu a stává se jak dobovým zachycením zrodu psychoterapeutického uvažování, tak ilustrací rozdílu mezi deskriptivně medicínským a psychodynamickým způsobem práce. *Freudův záznam také obsahuje úryvky jeho vnitřních úvah, nápadů, komentářů, které Kateřině nesděloval.* Ke kazuistice se budeme v průběhu textu vracet (pro lepší strukturaci textu jsme tučně zvýraznili přímé vstupy Freuda a kurzívou jeho vnitřní myšlenkovou práci).

#### **Kateřina ...**

*O prázdninách roku 189... jsem podnikl výlet do Vysokých Tater, abych na chvíli zapomněl na medicínu a zvláště na neurosy. Málem se mi to podařilo, když tu jsem jednoho dne sešel z hlavní silnice, abych vystoupil na odlehlejší horu, která byla známa svou vyhlídkou i dobře vedenou chatou. Po namáhavém putování jsem došel nahoru, pojedl jsem, odpočínul si a seděl jsem tak zaujat kouzelným pohledem do dálky a tak pohroužen do sebe, že jsem zprvu ani nechtěl na sebe vztahovat otázku, kterou jsem zaslechl: „Pán je doktor?“*

*Otázka však patřila mně a přicházela od děvčete asi osmnáctiletého, které mě při obědě obsluhovalo s poněkud mrzutým výrazem ve tváři a na které hostinská volala „Kateřino“. Podle ustrojení a chování to jistě nebyla služebná, nýbrž spíše dcera nebo příbuzná hostinské.*

Vzpamatoval jsem se a odvětil jsem: „**Ano, jsem doktor, odkud to víte?**“

„Pán se zapsal do knihy hostů a tak jsem si myslela, kdyby pan doktor měl teď trochu času – jsem totiž nemocná na nervy a byla jsem už jednou u doktora v L..., něco mi taky dal, ale dobře mi ještě není.

*A tak jsem byl zase v neurosách, neboť sotva mohlo jít o něco jiného u tohoto velkého, statného děvčete s utrápenou tváří. Zaujalo mě, že by se neurosám tak dobře dařilo ve výšce přes 2000 metrů, a ptal jsem se tedy dál. Rozhovor, k němuž nyní mezi námi došlo, opakuji tak, jak se uchoval v mé paměti, ponechávaje pacientce její způsob mluvy.*

„**Co vás tedy trápí?**“

„Mám takový těžký dech, ne dycky, ale často mě to chytne tak, že myslím, že se zadusím.“

*To tedy zpočátku nevypadalo na neurosu, ale zdálo se mi hned pravděpodobné, že to asi bude jen náhradní označení pro úzkostný záchvat. Z pocitového komplexu úzkosti vyzvedla nepřiměřeně jen jeden moment, stísněnost dýchání.*

„**Přisedněte si a popište mi, copak to vlastně je, ten těžký dech?**“

„Najednou to na mne přijde. Pak si to sedne nejdřív jako tlak na oči, hlavu mám tak těžkou a hučí mi v ní, je to k nevydržení, a závratě mám, že myslím, že se skácím, a potom mě to smáčkne na prsou, že nepopadnu dech.

„**A v krku necítíte nic?**“

„Krk mi to stáhne, jako bych se měla zadusit.“

**„A dělá to jinak ještě něco v hlavě?“**

Jo, tam to buší až k prasknutí.“

**„Tak, a vůbec se při tom nebojíte?“**

„Dycky si myslím, že teď musím umřít, a to jsem jinak kurážná, všude chodím sama, do sklepa a tam dolů přes celý kopec, ale když je takový den, kdy to mám, to si netroufám nikam, myslím pořád, že někdo za mnou stojí a že mě znenadání chytí.“

*„Byl to opravdu úzkostný záchvat, a to uváděný známkami hysterické aury, či lépe řečeno, hysterický záchvat, jež obsahem byla úzkost. Není v tom snad ještě jiný obsah?“*

**„Myslíte si něco, vždy totéž, nebo vidíte něco před sebou, když ten záchvat máte?“**

„Ano, vždycky při tom vidím takový hrozný obličej, který se na mě škaředě dívá, toho se pak bojím.“

*Tu se snad nabízela cesta rychle proniknout k jádru věci.*

**„Poznáváte tu tvář, chci říci, je to nějaká tvář, kterou jste skutečně někdy viděla?“**

„Ne.“

**„Víte, z čeho ty záchvaty máte?“**

„Ne.“

**„Tedy, kdy jste je poprvé dostala?“**

„Poprvé před dvěma lety, co jsem ještě byla s tetou na druhém kopci, měla tam dříve chatu. Teď jsme už jeden a půl roku tady, ale pořád se to vrací.“

*Měl jsem se tu pokusit o analýzu? Hypnosu jsem se ovšem neodvažoval přenášet do těchto výšin, ale snad se to podaří v jednoduchém rozhovoru. Musil bych to uhodnout. Úzkost u mladých děvčat jsem tak často poznal jako následek zděšení, které přepadá panenskou mysl, když se před ní poprvé otevře svět sexuality.*

Řekl jsem jí tedy: **„Když to nevíte, tak vám řeknu, z čeho jste, jak myslím, své záchvaty dostala. Vy jste kdysi, tehdy před dvěma lety, uviděla nebo uslyšela něco, zač jste se velice styděla, co byste byla raději ani neviděla.“**

Ona nato: „Pro Krista, opravdu, já jsem přece nacytala strýce u děvčete, u Františky, mé sestřenice!“

**„Jaká je to příhoda s tím děvčetem, nechtěla byste mi ji vyprávět?“**

„Doktorovi se přece může říct všechno. Tedy víte, ten strýc, to byl muž mé tety, kterou jste tu viděl, měl tehdy s tetou hospodu nahoře, teď jsou rozvedeni a já jsem tím vinna, že jsou rozvedeni, protože kvůli mně to prasklo, že držel s Františkou. To bylo takhle. Před dvěma lety přišli jednou nahoru nějací páni a chtěli něco k jídlu. Teta nebyla doma a Františka, která vždycky vařila, nebyla nikde k nalezení. Také strýce jsme nemohli nalézt. Hledáme je všude, tu povídá kluk Alois, můj bratranec: ‚Nakonec bude Františka u táty.‘ Oba jsme se tomu zasmáli, ale na nic špatného jsme přitom nemysleli. Jdeme k pokoji, kde strýc bydlel, tam je zavřeno. To mi ale bylo divné. Alois povídá: ‚Na chodbě je okno, tudy se dá nakouknout do světnice.‘ Jdeme na chodbu. Ale Aloisovi se k oknu nechce, říká, že se bojí. Tu povídám: ‚Ty kluku hloupá, půjdu tam já, já se vůbec nebojím.‘ Také jsem na nic zlého nemyslela. Kouknu dovnitř, v pokoji bylo dosti šero, ale tu vidím strýce a Františku, a on na ní leží.“

**„A co dále?“**

„Hned jsem skočila od okna, opřela jsem se o zeď, začalo se mi ztěžka dýchat, jak to od té doby mívám, šly na mě mráčky, oči mi to smáčklo, v hlavě to tlouklo a hučelo.“

„Řekla jste o tom hned ten den tetě?“

„Kdepak, nic jsem neřekla.“

„Pročpak jste se tak polekala, když jste ty dva našla pohromadě? Pochopila jste snad něco? Myslíla jste si něco o tom, co se tu děje?“

„Ó ne, tehdy jsem ničemu nerozuměla, bylo mi teprve šestnáct let. Nevím, co mě tak vyděsilo.“

„Slečno Kateřino, kdybyste si teď dovedla vzpomenout, co se ve vás odehrálo tehdy, jak jste dostala první záchvat, co jste si tenkrát myslela, pak by se vám dalo pomoci.“

„Jo, kdybych to jen dovedla, ale já jsem se tak vylekala, že jsem všechno zapomněla.“

*(Přeloženo do řeči našeho „předběžného sdělení“, znamená to: Afekt sám vytváří hypnoidní stav a jeho produkty jsou pak vyloučeny z kontaktu s vědomím, s Já.)*

„Řekněte mi, slečno, je snad ta hlava, kterou vždycky vidíte, když vás to dusí, hlava Františky, jak jste ji tenkrát spatřila?“

„Ó ne, ta přece nebyla tak hrozná, a potom, vždyť je to přece mužská hlava.“

„Nebo snad strýcova?“

„Jeho tvář jsem vůbec neviděla tak zřetelně, ve světnici bylo příliš šero.“

„A pročpak by se tehdy tvářil tak strašlivě?“

„To máte pravdu.“

*(Tu se zdálo, že cesta se najednou ztrácí. Snad se však najde něco v dalším vyprávění.)*

„A co pak bylo dále?“

„No ti dva asi zaslechli šramot. Brzy vyšli ven. Mně bylo po celou tu dobu moc zle, musila jsem pořád na to myslet, za dva dny nato byla neděle, to bylo hodně práce, celý den jsem pracovala a v pondělí ráno, to jsem měla zase závratě a zvracela jsem, zůstala jsem v posteli a tři dny jsem v jednom kuse zvracela.“

*Srovnávali jsme často hysterickou symptomatologii s obrázkovým písmem, které dovedeme číst po rozluštění několika bilinguálních případů. V této abecedě značí zvracení hnus.*

Řekl jsem jí tedy: „Jestliže jste tři dny potom zvracela, domnívám se, že jste tehdy pocítila hnus, když jste se podívala do světnice.“

„Ano, asi se mi to ošklivilo,“ řekne zamýšleně.

„Ale proč jenom? Snad jste viděla část nahého těla? Jak to bylo s těmi dvěma ve světnici?“

„Bylo příliš tma, než aby bylo co vidět a ti oba byli přece oblečení. Jo, kdybych já jen věděla, co se mi to tenkrát zhnusilo.“

*To jsem nyní také nevěděl. Ale vyzval jsem ji, aby vyprávěla dále, co ji snad napadne, a očekával jsem bezpečně, že ji napadne právě to, co jsem potřeboval k objasnění případu.*

Děvče teď vypravuje, jak konečně řekla tetě, která na ní pozorovala změnu a tušila za tím nějaké tajemství, na co přišla, a že se potom odehrály velmi trapné výstupy mezi strýcem a tetou, že děti při tom uslyšely věci, které jim otevřely oči a které raději slyšet neměly; nakonec se teta rozhodla, že s dětmi a neteří převezme to hospodářství tady a nechá strýce samotného s Františkou, která mezitím otěhotněla. Potom však děvče k mému překvapení opustí tuto nit hovoru a začne vyprávět

dvě řady starších příběhů, které sahají o dva až tři roky zpět před traumatickou událost. První řada obsahuje případy, kdy týž strýc jí samotné činil sexuální nástrahy, když jí bylo sotva čtrnáct let. Jak jednou v zimě s ním podnikla výlet do údolí a tam v hostinci přenocovala. On zůstal sedět v lokále při pití a kartách, jí se chtělo spát a brzy odešla do jejich společného pokoje v poschodí. Nespala tvrdě, když přišel nahoru, potom znovu usnula a náhle se probudila a „ucítila jeho tělo“ v posteli. Vyskočila a vyčítala mu to. „Copak to děláte strýčku? Proč nezustanete ve své posteli?“ Pokoušel se ji umluvit: „Jdi, ty hloupá Káčo, buď zticha, dyť ani nevíš, jak je to dobrý.“ „Já o to vaše dobrý nestojím, člověka ani spát nenecháte.“ Zůstane stát u dveří, připravena utéci ven na chodbu, až ji nechá a sám usne. Potom si lehne do své postele a spí až do rána. Ze způsobu obrany, jak ho líčí, zdá se, že nerozpoznala jasně útok jako sexuální; na dotaz, zdali si uvědomila, co s ní zamýšlel, odpověděla: Tenkrát ještě ne, teprve později se jí to ujasnilo. Vzpírala se, protože jí bylo nepříjemné, že byla rušena ze spánku, a „protože se to neslušelo“.

*Musil jsem tuto událost vylíčit podrobně, protože je velmi důležitá pro pochopení všeho dalšího. – Vypravuje pak ještě zážitky z doby trochu pozdější, jak se mu znovu v jednom hostinci musila bránit, když byl namol opilý, a jiné případy. Na můj dotaz, zda při těchto příležitostech cítila něco podobného jako tu pozdější dušnost, odpovídá přesvědčivě, že pokaždé přitom pocítila tlak na očích a na prsou, ale zdaleka ne tak silný jako při scéně odhalení.*

Hned po skončení této řady vzpomínek začne vyprávět druhou, v níž jde o situace, kdy byla na seně na půdě a byla náhle probuzena jakýmsi šramotem: zdálo se jí, že strýc, který ležel mezi ní a Františkou, se odtláhl a že Františka si lehla naznak. Jak jindy přenocovali v hostinci ve vesnici N..., ona a strýc v jednom pokoji, Františka v druhém vedle. V noci se najednou probudila a uviděla u dveří velkou bílou postavu, jak se chystá zmáčknout kliku.

„Ježší, strýčku, to jste vy? Co děláte u těch dveří?“ – „Bud' zticha, já jsem jen něco hledal.“ – „Ven se jde přece druhýma dveřma.“ – „Tak jsem se tedy splet',“ atd.

**Ptám se jí, zda tehdy měla nějaké podezření.**

„Ne, nemyslela jsem si při tom vůbec nic, jenom mi to bylo vždycky nápadné, ale nic jsem v tom nehledala.“

**Zda při těchto příležitostech na ni přicházela také úzkost?**

Myslí, že ano, ale tentokrát si tím není tak jista. Když skončila obě tyto řady příběhů, odmlčela se. Je jako proměněná, mrzutá trpící tvář ožila, oči bystře zírají, ulehčilo se jí, nálada se pozvedla.

*Já však zatím pochopil její případ; co mi teď zdánlivě jen namátkou vyprávěla, vysvětluje výstižně její chování při scéně odhalení. Nosila tehdy v sobě dvě řady zážitků, na které se pamatovala, kterým však nerozuměla a z nichž si žádný závěr nedělala; když spatřila koitující dvojici, vytvořila ihned spojení nového dojmu s těmito dvěma řadami vzpomínek, začala jim rozumět a současně se bránit.*

*Potom následovala krátká perioda vypracování, „inkubace“, a pak se objevily symptomy konverse, zvracení, jakožto náhrada za morální a fyzický hnus. Záhada tím byla rozřešena, nehnusil se jí pohled na ty dva, ale vzpomínka, kterou v ní onen pohled vyvolal, a zvažíme-li všechno, mohla to být jediné vzpomínka na ono noční přepadení, kdy „ucítila strýcovo tělo“.*

**Řekl jsem jí tedy, když ukončila svou zповěd: „Teď už vím, co jste si myslila tenkrát, když jste se podívala do té světnice. Myslela jste si: Teď dělá s ní to, co tehdy v noci a jindy chtěl dělat se mnou. To se vám zhnusilo, protože jste si vzpomněla na ten pocit, kdy jste se probudila a ucítila jste jeho tělo.“**

Odpovídá: „Tak asi to může být, že se mi to ošklivilo a že jsem si to tehdy myslela.“



„Povězte mi tedy přesně, teď jste přece dospělé děvče a víte ledacos...“

„Jistě, teď ano.“

„Řekněte mi tedy přesně, co jste v té noci z jeho těla vlastně ucítila?“

*Nedává však určitější odpověď, usmívá se rozpačitě a jakoby z něčeho usvědčená, jako někdo, kdo musí přiznat, že se teď přišlo na kořen věci, o němž se už nedá mnoho dalšího říci. Mohu si domyslet, co bylo tím hmatovým počítkem, který se později naučila rozpoznávat, její výraz, zdá se mi, dává na srozuměnou, že už předpokládá, že mám to pravé na mysli, ale nemohu na ni dále naléhat; jsem jí však i beztak vděčen za to, že jsem s ní mohl hovořit daleko lehčeji nežli s upjatými dámami v mé městské praxi, kterým jsou všechna *naturalia turpia* (přirozené věci nemravné, přel. autor).*

*Tím by byl případ vysvětlen; ale co ta halucinace hlavy, která se v záchvatu opakuje a která jí nabánil hrůzu, odkud ta pochází? Na to se jí ptám nyní.*

Odpovídá promptně, jako by také ona v tomto rozhovoru začala lépe chápat: „Jo, teď už to vím, ta hlava je hlava strýcova, teď to poznávám, ale ne z té doby. Později, když potom začaly všechny ty spory, dostal na mne strýc šílený vztek; vždycky říkal, že já jsem vším vinna; kdybych prý nežvanila, nebylo by došlo k rozvodu; vždycky mi hrozil, že mi něco udělá; jakmile mě zdálky uviděl, jeho obličej se zkřivil vztekem a hnal se za mnou se zdviženou rukou. Vždycky jsem utekla a vždycky jsem se hrozně bála, že mě někde znenadání chytí. Obličej, který teď pokaždé vidím, je jeho obličej, když ho popadl vztek.“

*Toto vysvětlení mi připomíná, že opravdu první symptom hysterie, zvracení, vymizel, záchvat úzkosti zůstal a vyplnil se novým obsahem. Podle toho jde o hysterii z valné části odraegovanou. Skutečně nemocná také své odhalení brzy nato sdělila tetě.*

„Pověděla jste tetě také ostatní příběhy, jak vás sváděl?“

„Ano, ne hned, ale později, když už se mluvilo o rozvodu. Tehdy tetička řekla: To si schováme, jestli bude u soudu dělat těžkosti, pak řekneme i tohle.“

*Dovedu pochopit, že právě z poslední doby, kdy se množily v domě vzrušující scény, kdy její stav přestal zajímat tetu, kterou roztržka zaměstnávala víc než dost, že z této doby měštnání a retence afektu přetrvával vzpomínkový symbol. Doufám, že rozhovor se mnou přinesl dívce, jejíž sexuální citění bylo tak záhy zraněno, jistý prospěch: víckrát jsem ji nespátral.*

## Předběžné otázky k Freudovu způsobu vedení rozhovoru

- Jak byste hodnotili způsob vedení rozhovoru? Co vás zaujalo, čeho jste si všimli, jaký máte celkový dojem z úvodního rozhovoru Freuda s Kateřinou? Jak hodnotíte Freudovy otázky a komentáře?
- Mohla si Kateřina utvořit předběžné představy o Freudovi ještě před tím, než se setkali? Pokud ano, jaké máte představy o jejích fantaziích, jak mohla Kateřina Freuda imaginárně prožívat ještě před setkáním?
- Jakou roli mohla Kateřina na Freuda delegovat ve smyslu nevědomého přidělení role?
- Myslíte, že se Freud pokouší oslovit tzv. vůdčí afekt (leading affect) Kateřinina vyprávění? Na který pocit byste se vy zaměřili jako na nejdůležitější a který pocit jste v průběhu rozhovoru sledovali? Zkuste v textu najít, kde se Freud na vůdčí afekt ptá?

- Jakým způsobem se Freud ptá? Určuje aktivně směr rozvíjejícího se rozhovoru? Co si myslíte o jeho otázkách, o způsobu, jak je formuluje, jak je během setkání časuje, zda otázky klade spíše obecněji nezaostřené nebo naopak zaostřeně cílené?
- Po ukončení rozhovoru s Kateřinou Freud dodal: „Již jsem ji nikdy neviděl“. Co myslíte, že mohlo vést k tomu, že se Freud již nikdy s Kateřinou nesešel?

## Otázky zaměřené na deskriptivně explorační přístup (viz kapitola 2.)

- Popište příznaky a obtíže, kvůli kterým Kateřina navštívila doktora v L. a posléze se s nimi obrací i na Freuda, které jsou v textu explicitně uvedeny a které jsou naznačeny? Na které příznaky/potíže byste se potřebovali dále zeptat? Jak byste se na nejasné oblasti ptali, jaké formulace byste volili?
- Troufli byste si z orientačního Freudova náčrtu odhadnout předběžnou deskriptivní diagnózu (v souladu se stávajícím deskriptivním diagnostickým systémem MKN-10)? Existuje více možností, čemu by se uvedené příznaky mohly podobat (diferenciální diagnóza)?

## 5. Psychoanalytické a psychodynamické přístupy k úvodnímu klinickému rozhovoru

### 5.1. Psychoanalytické/psychodynamické vstupní interview

O technice úvodního psychoanalytického interview se začíná intenzivněji psát a diskutovat od poloviny 50. let minulého století, přestože významem vztahových aspektů, interakce s pacientem a jeho motivace v rámci úvodního interview se autoři zabývali již od 30. let minulého století. Michael a Enid Balintovi (1961) podstatně přispěli k tomu, že terapeut od prvních okamžiků setkání věnuje pozornost své interakci s pacientem, přenosu a protipřenosu, což mu umožňuje porozumět pacientovým konfliktům a jeho osobnostnímu uspořádání. Herman Argelander (1970) pak přispěl k důrazu na tzv. scénický rozměr úvodního setkání. S jistou mírou zjednodušení lze říct, že v psychoanalytickém úvodním interview analytik přenechává iniciativu pacientovi a přitom si zachovává analytický postoj. Vědomé a nevědomé aspekty vztahového a scénického uspořádání vytvářejí pole pro odehrání pacientovy nevědomé fantazie (Hošková, 1999), intrapsychického konfliktu nebo pro projevení zranitelnosti a omezení jeho psychických funkcí či slabé integrovanosti osobnostní struktury.

V kazuistické ukázce Freuda a Kateřiny by si analytik na Freudově místě na počátku sezení ve stavu volně plynoucí myslí mohl nechat procházet hlavou otázky týkající se úvodní scény, rysů rodičího se vztahu a nezaměřeně se jimi zabývat, jako například:  
Mladá žena Freuda oslovuje mimo kontext jeho terapeutické profese, za hranicemi jeho doktorské role (je zde na dovolené), může to být významné pro to, jak ona sama zažívá důležité věci mimo kontext, překračování hranic? Zaskakuje Freuda otázkou, a ten se po chvíli vzpomíná

(Vzpamatoval jsem se a odvětil jsem: „**Ano, jsem doktor, odkud to víte?**“). Odkazuje na moment překvapení, zaskočení, na něco, na co ona sama nebyla ještě připravená, čím byla zaskočená? První její otázka („Pán je doktor?“) zkoumá a prověřuje, kdo Freud je, kým se pro ni potenciálně může stát. Něco z jeho projevu, když ho Kateřina při obědě obsluhovala, ji zaujalo, když ji zvidavost vedla k tomu, že se šla podívat do knihy hostů. Co ji mohlo zaujmout, že je pán/muž nebo doktor? Do jaké role může Kateřina Freuda umísťovat: pečující a rozumějící mateřská postava, spasitel a nejlepší lékař, zklamávající lhostejná mužská autorita? Mohli bychom si na Freudově místě všimát způsobu, kterým Kateřina klade své otázky: naléhavě, s neodbytnou dotěrností, přátelsky, svádívě, rozverně, vystrašeně, zoufale? Dále bychom se mohli zabývat svými pocity, které v nás rozhovor s Kateřinou probouzí: zaskočeností, překvapeností, vzrušeným zájmem, popuzeným rozladěním, tlakem, lhostejnou zdvořilostí?

Pokud jde o techniku vedení rozhovoru, jsou Freudovy první dvě otázky ujišťující, povzbuzující a navozují bezpečný kontakt („**Co vás tedy trápí?**“ a „**Přisedněte si a popište mi, copak to vlastně je, ten těžký dech?**“), od třetí otázky („**A v krku necítíte nic?**“) se rozhovor začíná podobat spíše klasickému exploračnímu rozhovoru (medicinskému, psychiatrickému) nebo strukturovanějším fázím polostrukturovaného nebo pružně strukturovaného rozhovoru (například OPD-2). V úvodním psychoanalytickém interview s dobře integrovaným (neurotickým) pacientem by analytik nejspíše Kateřině vstřícně naznačil, že je připraven jí naslouchat a setrval by mlčky v analytickém postoji: naslouchání nejen příběhu a faktickému obsahu, ale i smyslovým vjemům, svým pocitovým a tělesným reakcím a intuitivně by zachycoval celek a také to, co pacientka neříká. U pacientů s nižší úrovní strukturální integrace (hraniční organizace) by nejspíš volil aktivnější, více povzbuzující a strukturovanější přístup.

Existují různé styly jak vést úvodní rozhovor. Klasický analytický přístup by se dal popsat tak, že analytik nic neinicuje ani pacientovi neříká, jak má postupovat, neujišťuje ho ani nereaguje na běžné společenské zdvořilosti. Umožňuje tímto postojem vynoření přenosových reakcí, často doprovázených úzkostí a prožitky ohroženosti, proti kterým se staví pacientovy obrany či typické charakterové a vztahové vzorce. Vnějšímu pozorovateli se tento styl může jevit jako „odtažitý“, ale díky němu se dá velmi přímočarým způsobem dostat k narušeným oblastem, které lze později podrobněji prozkoumat. Podobný styl také prověřuje vhodnost budoucí léčby. Ustojí pacient minimálně strukturovanou situaci podněcující regresi? Druhý způsob vedení rozhovoru je strukturovanější a terapeut se v něm aktivně zaměřuje na symptomy a pacientovu historii, aniž by podrobněji prozkoumával hlubší nevědomý a regresivní aspekt jeho prožívání. Tento druhý styl oslovuje spíše racionální, dospělou, vědomou část pacientovy mysli. Spíše s pacientem mluví o jeho obtížích, než by je přímo zakoušel během sezení (Cooper a Alfillé, 2011).

## 5.2. Přehled psychoanalytických/psychodynamických pojetí vstupního rozhovoru

Buchheim a jeho spolupracovníci (1987, 1994) a Janssen (1994) navrhují rozlišovat čtyři generace vstupních/diagnostických rozhovorů (cit. dle OPD-2, 2008). V následném stručném přehledu se jejich členění držíme.

Obecným cílem každého vstupního psychoanalytického/psychodynamického rozhovoru je 1) orientovat se v základní problematice pacienta, posoudit jeho osobnost (strukturu, konflikt, obrany, povahu úzkosti apod.) a určit jeho vhodnost pro psychoanalýzu/psychodynamickou psychoterapii; 2) domluva praktických podmínek léčby; seznámení se s léčebným rámcem a pravidly techniky. Součástí každého psychoanalytického rozhovoru je navození nestrukturované situace, v níž se jako na projekčním plátně či divadelní scéně promítnou typické přenosové charakteristiky pacienta (jeho konflikt, strukturální limity a dysfunkční vzorce), které může terapeut zkusmo interpretačně oslovit. Takto navozená situace umožní pacientovi udělat si první představu o tom, co je psychoanalýza/psychodynamická psychoterapie a analytikovi/terapeutovi zase poodhalí nevědomou dynamiku obtíží pacienta, ukáže silné a slabší stránky jeho fungování a naznačí jeho schopnost analyticky/psychoterapeuticky pracovat. Jednotlivá psychoanalytická pojetí se liší důrazem na míru strukturovanosti situace prvního rozhovoru, na význam interakčního (přenos a protipřenos) a scénického aspektu vyšetření a způsobem užití zkusmých interpretací.

### **5.2.1. Zkusmá analýza (Freud, 1905, 1913)**

Freud nepřikládal význam klasickému diagnostikování před zahájením psychoanalýzy. Nevěřil, že by psychiatrický explorativní rozhovor měl jakoukoliv prognostickou váhu ohledně posouzení analyzovatelnosti pacienta. Vzhledem k tomu, že psychoanalýza byla tehdy jedinou psychologickou metodou léčby, navrhol Freud jednoduše zkusmou analýzu (1–2 týdny), jež měla vyloučit latentní schizofrenní onemocnění, které by se mohlo ukrývat za neuroticky vyhlížejícími symptomy. Současně zkusmá analýza poskytovala informaci o schopnosti pacienta analyticky pracovat. V dnešní době, kdy existuje více terapeutických modalit (i v rámci psychoanalytických terapií), je nutné se přeci jen hlouběji zamýšlet nad volbou vhodného přístupu pro konkrétního pacienta, rozhodování se nedá redukovat na „psychoanalýza ano či ne“, a proto také se ukázalo jako důležité další rozpracování tématu vstupního rozhovoru.

### **5.2.2. Přístupy obohacující explorativní diagnostické interview o rozměr pacientovy vlastní asociativní aktivity, přenosu a protipřenosu a scénického rozehrání**

V první generaci psychoanalytických/psychodynamických vstupních rozhovorů zůstává důraz na sběr anamnestických údajů, na základě kterých je odhalován nevědomý konflikt a způsob jeho řešení. Parametry diagnostického rozhovoru však více či méně zdůrazňují psychoanalytický přístup s důrazem na význam vztahu, přenosu a protipřenosu, případně scénického rozehrání.

V Deutschově „asociativní anamnéze“ (Deutsch, 1939; Deutsch a Murphy, 1955) ustupuje lékař více do pozadí a nechává volný prostor pacientovým asociacím v představě, že tím svět jeho vnitřních konfliktů vystoupí autentičtěji a plastičtěji do popředí a bude tak lépe přístupný analytikovu zkoumání.

V Německu má dlouhou tradici „biografická anamnéza“ (Schulz-Henke, 1951; Dührssen, 1981, slovensky 1998), v níž terapeut na základě určení aktuálních životních okolností a anamnestického rozhovoru s pacientem (původní a současná rodina, milostné vztahy, škola a zaměstnání, vztah k majetku) hledá v blízké minulosti spouštěcí situace a v životní historii jedince fixované neurotické konflikty či konfliktní dispozice, které byly aktuálně oživeny a podmínily výskyt současných symptomů.

V Sullivanově „psychiatrickém interview“ (Sullivan, 1953, česky 2006) je úkolem psychiatra získat od pacienta rovněž biografická data a zorientovat se v jeho základních životních událostech, které mají souvislost s jeho obtížemi, důraz je ovšem položen také na samotný interakční (interpersonální) proces rozhovoru, přičemž lékař zaujímá roli zúčastněného pozorovatele.

Vztah mezi vyšetřujícím analytikem a pacientem a jeho zkoumání se stává ústředním v Gillově „vstupním psychiatrickém interview“ (Gill et al., 1954). Rozhovor není ani jen psychiatrickou explorací, ani už vlastní léčbou, ale obojím. Vstupní rozhovor má diagnostickou a terapeutickou funkci současně.

Důraz na diagnostický význam přenosových a protipřenosových reakcí zdůraznili Balint a Balintová v Tavistockém modelu „diagnostického interview“ navrhovaném pro psychiatrickou praxi (Balint a Balint, 1961) a úzce vázaném na plánování psychoanalytické/psychoterapeutické léčby. Terapeut v něm musí být citlivý a pozorný nejen k vynořujícím se přenosovým projevům pacienta, ale také ke svému protipřenosu, který je branou k pochopení pacientovy nevědomé reality (Heimann, 1950). Balintovi navrhuje zachytit v rozhovoru několik oblastí: jak se k nám pacient dostal (kdo ho doporučil, jaký má postoj k dosavadní léčbě/terapeutům, je schopný introspekce apod.), jaký máme z pacienta celkový dojem (verbální a neverbální aspekty jeho chování), čím pacient trpí (jaká je historie jeho potíží/symptomů, co je spouští, jak se k nim pacient emočně staví, motivují ho dostatečně ke změně, přinášejí nějaké sekundární zisky), jak se vyvíjel pacientův život (vztahy v původní rodině), jaká je pacientova nynější situace (jak vidí sebe, jak vidí důležité vztahové osoby, má představu o své budoucnosti), jak se vyvíjel vztah mezi pacientem a terapeutem (přenos a protipřenos), co bylo během rozhovoru nápadné (emoční projevy, vynechání, defenze apod.).

Hermann Argelander (1970) ve svém „vstupní interview v psychoterapii“ položil důraz vedle získávání objektivních informací (anamnestické dotazování) a subjektivních informací (subjektivní zkušenost a představy pacienta získané na základě spontánního dialogu mezi pacientem a terapeutem s využitím volných asociací pacienta) také na scénické informace, včetně přenosu a protipřenosu. Jeho pojetí přibližujeme v samostatné kapitole.

Druhá generace psychoanalytických/psychodynamických interview se začala prosazovat zejména v klinických institucích, kde bylo potřeba pro pacienty (s rozmanitou povahou psychopatologie a úrovní integrovanosti psychických funkcí) volit přiměřenou formu psychoterapie vybíranou z více možností. Nově pojaté úvodní rozhovory

v sobě integrují předchozí přístupy, přičemž se během nich cyklicky střídá explorační a vztahově-dynamické vedení rozhovoru.

Janssen (1994) ve své „technice psychoanalytického vstupního vyšetření“ integruje psychoanalytické vstupní interview, biografickou anamnézu a psychoanalytickou vývojovou diagnózu zaměřenou na zachycení strukturální úrovně fungování pacienta. Doering a Schlüsler (2004) spojují psychoanalytické iniciální interview, vyšetření psychopatologie a biografickou anamnézu.

)Třetí generace vstupních psychodynamických rozhovorů vzniká pod tlakem „evidence based“ vědy, která klade důraz na kvantifikovatelnost a ověřitelnost. Navrhována a zkoumána jsou výzkumně orientovaná strukturovaná či polostrukturovaná diagnostická interview. Příkladem je „Adult Attachment Interview (AAI, George et al., 1985), jehož cílem je zachytit současnou reprezentaci raných vazeb nebo „The Core Conflictual Relationship Theme Method (CCRT, Luborsky a Crits-Christoph, 1998), rozhovorová metoda, která zjišťuje na základě získaného narativního materiálu vztahové epizody determinované nevědomým konfliktem a povahou objektivních vztahů. Na Kernberga navazuje „Structural Interview for Personality Organisation (STIPO, Caligor et al., 2004; Clarkin et al., 2004), přístup, který rozpracovává a operacionalizuje Kernbergovo strukturální interview.

Čtvrtou generaci psychodynamického interview představuje rozhovor v OPD (OPD-2, 2008). Jako u předchozích rozhovorů se u něj cyklicky střídá nestrukturovaná procedura (dovoluje obsazení scény a interakce nevědomými významy) s explorativnějšími fázemi rozhovoru (zaznamenání symptomů a jejich subjektivního prožívání pacientem, zachycení biografických dat, explorace vztahových vzorců). OPD tak integruje některé prvky klasického prvního psychoanalytického interview, strukturálního interview, biografické anamnézy a psychiatrického vyšetření. Z hlediska klasičtějšího psychoanalytického přístupu je vedení rozhovoru v OPD vzhledem k zahrnutí explorativnějších fází rozhovoru částečně omezeno pokud jde o možnost rozvinutí přenos-protipřenosové situace a nevědomé scény, výhodou je, že při posuzování pacienta zůstává na úrovni pozorovatelných faktů. Je ovšem třeba dodat, že i mezi terapeuty využívajícími OPD rozhovor ve své praxi existují odlišnosti pokud jde o vedení rozhovoru. Na jednom pólu stojí klasičtější psychoanalytický způsob rozhovoru, na druhé straně rozhovor více využívající explorativnější fáze, to je závislé nejen na preferenci konkrétního terapeuta, ale také na povaze pacientova osobnostního fungování a jeho patologie.

### **5.2.3. Scénické porozumění prvnímu rozhovoru podle Hermanna Argelander**

Německá psychoanalýza rozvíjí od 70. let minulého století tradici vedení prvního rozhovoru s vůdčím principem tzv. *scénického porozumění*. Již několik generací německých psychoanalytiků a psychoanalytických psychoterapeutů absolvuje ve svém výcviku vzdělání v technice scénického porozumění. Psychoanalytici pracující ve frankfurtském Institutu Sigmunda Freuda byli zaujatí prvním interview a teoreticky

i výzkumně studovali komplexní dynamiku nevědomých jevů. Fascinovala je pestrost, významová přeplněnost a mnohvrstevnatost zkoumaných údajů, získávaných mimo jiné z doslovných přepisů prvních rozhovorů. Hermann Argelander (1920–2004) si všiml, že v určitém klíčovém okamžiku vstupního rozhovoru se nevědomý konflikt pacienta přemění díky spontánně se rozvíjícímu přenosovému vztahu v konfliktové ohnisko. Argelanderův článek „*Die szenische Funktion des Ichs und ihr Anteil an der Symptom- und Charakterbildung*“ vydaný v *Psyche*, později anglicky „*The Scenic Function of the Ego and its Contribution to Symptom and Character Formation*“ (1970), se zabývá schopností Já proměnit situaci vstupního rozhovoru ve „scénu“, a tím v přiměřenou reprezentaci nevědomé infantilní konfigurace, která je relativně stabilní a osobnostně vázaná. Tato nevědomá infantilní konfigurace má charakter latentních snových myšlenek a vytvoření „scény“ přiměřené situaci, podobající se tvorbě manifestního snu, je jediný způsob, jak vynést nevědomý obsah směrem k povrchu (Skaleová in Reith et al, 2012, s. 24). Skrze „scénické porozumění“ se dokáže analytik napojit na pacientovo nevědomí, čehož jiným způsobem (například logickým pochopením, vysvětlením nebo empatií) nelze jednoduše dosáhnout.

Argelander (1998) didakticky odlišuje tři roviny informací, které zachycujeme v úvodním rozhovoru: objektivní, subjektivní a scénické. Spolehlivost celkového obrazu osobnosti pacienta a jeho potíží roste s integrací informací ze všech tří zdrojů („integrováný osobnostní tvar“). **Objektivními** informacemi rozumí osobní údaje, biografická, medicínská a sociální fakta, způsoby chování nebo osobnostní zvláštnosti, které jsou kdykoliv ověřitelné (stáří dětí, vztahy v rodině, životní události) a logicky zřejmé. Tento typ informací tvoří základ medicínského a psychiatrického odběru anamnézy a vyšetření. Pacient je pouhý poskytovatel informací. **Subjektivní** informace se vztahují výlučně k významu, který pacient přiděluje osobám, událostem, situacím, jevům. Významové souvislosti se dají získat pouze společnou prací s pacientem, pacient uvádí údaje a propůjčuje jim subjektivní význam. Pacient je garantem správné interpretace subjektivního významu. **Scénická** nebo **situacní** informace je založená na zážitku situace vyšetření se všemi pocity a představami. Nástrojem vnímání je osobnost terapeuta, který vede rozhovor a který je nastavený a vyladěný na nevědomé vztahové pole s pacientem (Argelander, 1998, s. 6). Pacient se stává partnerem ve vztahu s vyšetřujícím terapeutem. Propojení objektivních, subjektivních a scénických údajů utváří výpověď v tak zvaném kritickém, prahovém bodě. Po určité době rozhovoru se objeví/vynoří/obnaží dynamický útvar, který lze předběžně formulovat (viz následující ilustrace scénického porozumění na příkladu kazuistiky Kateřiny).

V návaznosti na Freudovu kazuistiku slečny Kateřiny lze pojetí tří rovin úvodního rozhovoru (objektivní, subjektivní, scénické) demonstrovat následovně (použito z článku H. Argelandera „A postscript to Freud's case ‚Katharina‘“ in Reith et al., 2012, s. 26–34): Předpolím samotného rozhovoru je „aranžmá scény“. Dcera majitelky chaty se obrací na Freuda – lékaře. Freud zkoumá, co je podstatou jejich obtíží: „Co vás trápí?“. Kateřina vyjmenovává jednotlivé

příznaky: zkrácení dechu, pocity dušení, stažení hrdla a tlak na hrudi. Svůj výčet spontánně uzavírá poznámkou „Pokaždé si myslím, že co nevidět zemřu (...).

Mám pocit, že za mnou neustále někdo stojí a že mě znenadání chytí“. Se svojí odbornou výbavou se Freud domnívá, že se „jednalo o hysterický záchvat, jehož obsahem byla úzkost“. Freud (zatím nezaměřeně, neostře) Kateřině nabízí svoji hypotetickou souvislost s její nemocí („před těmi dvěma roky jste musela vidět nebo slyšet něco, co vás velmi znepokojilo a co byste raději vůbec neviděla“) a Kateřina se rozpomíná, že do chaty dorazili dva muži a objednali si něco k snědku. Kateřina se sháněla po Františce a přistihla ji s otcem (v kazuistice anonymizovaný jako strýc) in flagranti. Kateřina o cizoložství zpravila svoji matku, která se posléze s otcem rozvedla. Ten se oženil s těhotnou Františkou. Kateřina Freudovi potvrzuje jeho hypotézu o panenském pohledu na svět sexuality, na který reagovala prvním hysterickým záchvatem (včetně disociací).

Setkání 18-leté Kateřiny a 39-letého Freuda se odehrálo nejspíš v roce 1892 během Freudova turistického výšlapu do Vysokých Tater. Na Freuda učinil rozhovor s Kateřinou dojem a opouští výhradně explorativní vedení interview a doplňuje jej o spontánní rozhovor, ve kterém pacient přebírá iniciativu a nechává se vést zcela subjektivním volným plynutím

Osobně považujeme koncept scénického porozumění za užitečný v tom, že již od prvních okamžiků facilituje pozornost vůči setkání s pacientem, vůči latentnímu významu zejména úvodních scén a docenjuje jejich důležitosti. Domníváme se, že pojem scénického porozumění podněcuje analytikovu schopnost asociovat vůči mlhavě se rodícímu uchopení celku prožívání analytického pole v jeho úplnosti, tedy nejen vůči vynořujícím se přenosově-protipřenosovým výměnám. Scénické porozumění vydvihuje důležitost smyslového prožitku bez předčasného uchýlení se ke spekulativním interpretacím.

### 5.3. Současné psychoanalytické přístupy ke vstupnímu interview

V současné psychoanalýze se prosazuje názor, že nelze jednoznačně vyjmenovat kritéria, která by dovolila určit, zda je pacient vhodný do psychoanalytické léčby. Musíme uznat, že do hry vstupuje řada proměnných, které během jednoho či několika vstupních rozhovorů nelze vždy jasně rozpoznat a posoudit jejich dopad na případnou léčbu. Řada proměnných stojí na straně pacienta: strukturální aspekty jeho osobnosti, povaha nevědomých konfliktů a obran, motivace, schopnost introspekce, schopnost rozvinout přenos, tolerance úzkosti a regrese, povaha psychopatologie, sociální kontext pacienta apod. Řada proměnných stojí na straně analytika: typ terapeutického přístupu, který volí, jeho kvalifikace a zkušenost, jeho slepá místa a vlastní přenos na pacienta. Řadu proměnných přináší samotná interakce analytika a pacienta. Pokud se pacient ukáže jako nevhodný pro práci s jedním analytikem nebo v daném okamžiku, neznamená to, že by nemohl profitovat ze spolupráce s jiným analytikem nebo v jiném období svého života.

#### 5.3.1. Psychoanalytické interview v pojetí Freda Busche

Cílem vstupního rozhovoru podle Busche (2013) je pacientovi poskytnout zkušenost s psychoanalytickým způsobem práce. Prvořadé je nechat prostor pacientovi a naslouchat nejen obsahové stránce, ale také scénické a přenosově-protipřenosové



stránce sdělení. Minimalizuje povzbuzování, kladení otázek v přesvědčení, že podstatou psychoanalýzy je zkoumání toho, co je nevědomé, což chceme pacientovi zprostředkovat. Když položíme otázku, vytváříme v pacientovi dojem, že pokud si bude klást správné otázky a usilovně o nich rozumem přemýšlet, nalezne odpověď na to, co mu způsobuje starosti. Tím bychom ale pacienta vedli na cestu toho, co již ví, zatímco v psychoanalýze hledáme vyjádření pro to, co je skutečně neznámé či nevědomé. Kladení otázek by pacienta spíš zavádělo do oblasti konkrétního, racionálního myšlení, psychoanalýzou naopak chceme podnítit myšlení asociativní, tvořivé, hravé a mnohdy iracionální. Do této oblasti ho zavádíme od první konzultace. Představujeme pacientovi psychoanalýzu jako specifický druh rozhovoru, ve kterém se může hodně dovědět o svém nevědomém fungování a skryté povaze svých obtíží. Nejde tedy o ukázání analytickovy schopnosti vzhledu ani empatie, ale spíš o nabídnutí prostoru pro pacientovo zkoumání sebe sama v přítomnosti druhého člověka, který mu naslouchá. Jinak řečeno, první konzultace má otevřít prostor a atmosféru, kde je možná vnitřní rozmluva pacienta, která je přerušena vlivem jeho patologie. Terapeutovo naslouchání a porozumění nevědomým významům plodí další rozmluvu, a tedy motivuje pacienta vstoupit do analytického procesu. Nejde o nic menšího než pomoci pacientovi zjistit, proč k nám přišel a jak bude moct odejít.

### 5.3.2. Psychoanalytické interview v pojetí Thomase Ogdena

Udržet vlastní mysl živou a analytickou práci svěží je motivem, který prostupuje celým dílem Thomase Ogdena (1995). To platí i pro úvodní rozhovor (Ogden, 1992). Analytik musí s každým pacientem poprvé znovu živě objevit to, co zachycují psychoanalytické koncepty. Musí se nechat nečekaně překvapit tím, co považoval za samozřejmé, musí si dovolit být neustálým začátečníkem.

Ogdenovo východisko je zřejmé: první setkání se neliší od jakéhokoliv jiného sezení v již rozběhnuté analýze, není to jen příprava na vlastní analýzu. V prvním setkání podobně jako v dalších Ogden zve pacienta, aby uvažoval o významu své zkušenosti. To, co bylo pacientovi doposud zřejmé, se zpochybní, podrobí údivu, aby se to mohlo nově stvořit v analytickém rámci. Analytik mluví nebo přestává mluvit proto, aby pacientovi komunikoval, že ho přijímá takového, jakým je, bez souzení. Pacient a analytik se chystají vstoupit do interpersonálního dramatu, pro které je scénář již rozepsán (pacientova a analytikova vnitřní dramata), a pokud má být společná práce tvořivá, musí spolu stvořit drama, které si oba nedokázali představit.

První rozhovor Ogden nazývá konzultací, kterou označuje fakt, že ne s každým pacientem se rozvine dlouhodobá analytická práce, i když každému pacientovi se pokoušíme zprostředkovat analytickou zkušenost. Pro Ogdena jedním z mnoha faktorů, které rozhodují o tom, zda pacienta vezme do léčby, jsou otázky, zda má celkově pacienta rád, zda má o něj starost a zda se o něj zajímá. Ogden první rozhovor s pacientem nenazývá „hodnocením“ nebo „posuzovací fází“, která podle něho pacienta staví do pasivní pozice. Ústřední funkcí úvodního rozhovoru je zahájení analytického

procesu, rozvinutí interakce, ve které se oba aktéři snaží otevřít analytický význam a stvořit analytickou zkušenost. Úkolem analytika není ulevovat od přenosové úzkosti, ale naopak nepromarnit příležitost a pacienta alespoň zčásti seznámit s jeho přenosovými myšlenkami a pocity, se kterými se utkává. Ogden v prvním setkání naslouchá „varovným příběhům“, tj. nevědomým vysvětlením, proč si pacienti myslí, že je psychoanalýza nebezpečným podnikem a skončí nezdarem. Odráží jimi svoji dětskou zkušenost, že každý jejich objektívni vztah skončí nevyhnutelně jako bolestivý, zklamávající, přehnaně stimulující, ničivý, nespolehlivý, dusící nebo nadměrně sexualizovaný atd.

Během počátečního interview je pro Ogdena důležité rozšíření psychologického prostoru a vytvoření „matrix myslí“. Takový analytický prostor pacientovi umožňuje myslet, cítit a žít a jeho vznik je vázaný na propracování přenosu. Vážněji (strukturálně) narušení pacienti zažívají analytický prostor jako vakuum, které hrozí tím, že jim vysaje veškeré duševní obsahy.

K problematice odebrání anamnestických dat je Ogden zdrženlivý a na minulost se přímo neptá. Snaží se naopak pacienty uschopňovat, aby mu sdělovali svým jedinečným způsobem vědomé a nevědomé verze své minulosti. Pacient často nezná povahu své bolesti ani ji neumí pojmenovat. Je proto podle Ogdena důležité, aby analytik tento proces nerušil a nezaváděl „svoji vlastní agendu“, jako například se dotazoval na minulost pacienta, poskytoval doporučení k léčbě nebo vysvětloval základní pravidlo psychoanalytické léčby. Zjišťování pacientovy historie (kladením otázek) je také způsob, jak přemáhat odpory. Aktivním dotazováním se připravujeme o důležité informace o pacientových vnitřních objektech a strachu například ze zrady, zranění, ztráty, žárlivosti nebo ztráty kontroly, pokud by začal pacient mluvit o minulých skutečnostech, o kterých mlčí.

### 5.3.3. Psychoanalytické interview v pojetí Jamese S. Grotsteina

Grotstein (2009) odlišuje vstupní (konzultativní) rozhovor od vlastní psychoanalýzy, čímž se blíží Etchegoyenově představě (1999), že je nutné jasně odlišit budoucí analýzu od realistického prvního rozhovoru tváří v tvář, který dává potenciálnímu pacientovi zakusit skutečnost analytikovy přítomnosti. Liší se tím od autorů postkleiniánské a bionovské tradice, kteří psychoanalýzu začínají ihned od prvního rozhovoru, a zaměřují se proto již od počátku na vytváření prostoru, jenž umožňuje vynošení minulosti, volných asociací a přenosu, který analyzují již od prvního setkání. Grotstein se nevyhýbá rozšíření úvodní konzultace až na šest po sobě následujících setkání, ve kterých odhaduje pacientovu vhodnost pro psychoanalytickou léčbu. Pokud jde o získávání anamnestických údajů, dává Grotstein přednost nezjišťování podrobných biografických údajů, ale u některých pacientů se ptá v duchu Bionova žertu: Je v pořádku odebrat anamnézu, pokud ji hned rychle zapomenete? Grotstein spíše nechává pacientovu historii vyplynout a vynořovat se v průběhu konzultace a další analýzy. Analytik naslouchá volně vyjadřovaným výrokům, dokud nemá představu,

co se nám nevědomá část pacientovy osobnosti snaží sdělit. Někdy se Grotstein zeptá na nějakou informaci, která mu chybí, někdy se pokouší si informace vyjasnit. Pacient bývá zprvu šokován vysokou frekvencí navržené analýzy a obává se, že četnost doporučené léčby odkazuje na závažnost jeho psychopatologie. Grotstein objasňuje, že psychoanalýza funguje optimálně při takto vysoké frekvenci. Probuzené emoce a myšlenky se díky tomu dají zpracovávat v jednotlivých sezeních a nevrací se zpět do nevědomí.

#### **5.3.4. Psychoanalytické interview v pojetí Arnolda Rothsteina**

Rothstein (1997) kritizuje psychoanalytický koncept analyzovatelnosti a odmítá selektování pacientů vhodných a nevhodných pro psychoanalytickou léčbu. Staví se za to, pacienta, který psychoanalýzu vyhledá, předem nevylučovat a nabídnout mu „zkusmou analýzu“, která může trvat týdny až roky. Rothstein se v úvodní konzultaci snaží analyzovat nevědomý odpor pacienta, který brání podstoupení plné psychoanalýzy. Přemýšlí o pacientovi, který ho jako analytika vyhledal, jako o vhodném pro podstoupení psychoanalytické léčby, dokud pacient nedokáže opak v průběhu zkusmé analýzy, v níž je práce s pacientovým odmítáním „optimální“ psychoanalytické léčby ústředním bodem. Jde mu o ustavení a udržení analytické spolupráce. Pokud pacient v průběhu vstupní konzultace souhlasí, že přes neochotu podstoupit regulérní psychoanalýzu je ochotný se zabývat nevědomými překážkami („Jak rozumíte tomu, že si pro sebe nemůžete dopřát optimální léčbu?“), které mu v tom brání, přijme Rothstein pacienta za pozměněných podmínek.

Pacienta, který například odmítá častou frekvenci setkání, ale uzná, že ve hře jsou nejspíš nevědomé obavy, které je ochotný spolu s analytikem analyzovat, pak takového pacienta Rothstein do zkusmé analýzy s nižší frekvencí přijme. Pokud pacient odmítá navrženou frekvenci, není zvědavý na možné nevědomé motivy takového odmítání a trvá na nižší frekvenci, Rothstein pacienta do léčby nepřijímá a odesílá do psychoterapie s nižší frekvencí setkání. Analytik si volí jistou míru pružnosti a dodržuje přitom striktní analytický rámec u analýzy odmítajících pacientů, aby mohl analyzovat jejich odmítání. Odmítání nabízené analýzy bere jako odehrání nevědomých přání a obran proti nim, které je možné analyzovat jen tehdy, pokud jim dovolíme se projevit a rozvinout. Analytikovým úkolem je pak přeložit řeč jednání do řeči slov a verbálního porozumění. Analytik tedy vychází do jisté míry vstříc pacientovým nevědomým odporům, ovšem proto, aby je mohl podrobit analytickému zkoumání.

Rothstein tedy od prvního setkání nabízí psychoanalytickou práci, specificky práci s nevědomým odporem a jeho vtělením do přenos-protipřenového odehrání a scénického uspořádání analytické situace.

Doposud jste se seznámili s různými aspekty vedení úvodního rozhovoru a s tím, jakých aspektů si terapeut všímá. Co vy sami považujete za klíčové prvky vstupního rozhovoru? Pokud byste měli sestavit vlastní „eklektickou“ stavebnici optimálního vstupního rozhovoru, které otázky považujete za zcela nepominutelné a zařadili byste je do takového modelového rozhovoru?

## B. Speciální část

### 6. Operacionalizovaná psychodynamická diagnostika OPD-2

OPD-2 představuje vícesý diagnostický a klasifikační systém založený na psychodynamických principech, který tvoří paralelu k psychiatrickým kategoriálním klasifikačním systémům MKN-10 a DSM-IV. Němečtí psychoanalytici a psychodynamicky orientovaní psychoterapeuti, psychiatři a psychosomatictí lékaři se pokusili rozšířit a obohatit deskriptivní a na symptom zaměřenou diagnostiku a klasifikaci duševních poruch, která sama o sobě neumožňuje přiměřeně indikovat a plánovat psychoterapeutickou léčbu.

V dnešní době má Operacionalizovaná psychodynamická diagnostika za sebou dvacet let klinického, výzkumného a pedagogického používání na mnoha německých psychoterapeutických a psychosomatických klinikách, slouží mimo jiné jako posuzovací nástroj při indikaci a ověřování účinnosti psychoterapie v řadě výzkumných projektů. Poslední revize obsáhlého manuálu vyšla v roce 2006 a manuál byl přeložen do několika jazyků (angličtiny, španělštiny, italštiny, maďarštiny, rumunštiny, ruštiny, čínštiny).

OPD-2 se skládá z pěti os, které mapují a posuzují jednotlivé aspekty duševního fungování a psychopatologie: I. subjektivní prožívání onemocnění a předpoklady pro psychoterapeutickou léčbu, II. interpersonální vztahy a opakující se dysfunkční vztahové vzorce, III. intrapsychické konflikty, IV. osobnostní strukturu a deficity jejího fungování, V. duševní a psychosomatické poruchy (dle MKN-10). Po vstupním rozhovoru s pacientem v trvání 1–2 hodiny hodnotí terapeut (případně výzkumník) pacienta z pohledu těchto pěti os. Na základě toho pak formuluje hlavní problémová ohniska, která mu umožní cíleně plánovat léčbu, volit konkrétní terapeutické postupy (zaměřené více na nevědomý konflikt nebo více na strukturální deficity) a následně měřit pokrok psychoterapie.

V následujících kapitolách se zaměříme na pojetí vstupního rozhovoru v OPD, jehož zvládnutí je předpokladem psychodynamické diagnostiky, na základě které je možné indikovat a plánovat psychoanalýzu nebo psychodynamickou psychoterapii. Konkrétní postupy posuzování jednotlivých dimenzí duševního fungování pacienta nejsou předmětem této práce a v tomto bodě odkazujeme čtenáře na manuál OPD-2 a kurzy, které poskytují výcvik v této metodě.

Co myslíte, že je důležité při zvažování vhodnosti jednotlivých psychotherapeutických forem a modalit? Jaké charakteristiky pacientovy osobnosti, jeho potíží, komunikačních rysů a vztahových vzorců, motivace, vzhledu jsou podle vás určující při volbě psychoterapie a jejích modalit (vztahová / na techniku orientovaná, podpůrná / rozšiřující sebeuvědomění, zaměřená na redukci symptomů / na poznání významu symptomů)?

Co si představíte pod plánováním psychotherapeutické léčby? Jaké s sebou může nést plánování psychoterapie přednosti a nedostatky? Co všechno se podle vašeho odhadu zvažuje při plánování, co by vám přišlo důležité?

## 7. Vstupní rozhovor v OPD3

OPD rozhovor bývá řazen do čtvrté generace psychodynamických interview. Představíme-li si kontinuum od strukturovaných (explorativních) rozhovorů po psychoanalytické nestrukturované (interpretativní) rozhovory, nachází se OPD rozhovor někde mezi nimi. Integruje v sobě principy vstupního psychoanalytického interview, biografické anamnézy, posuzování osobnostní struktury či jáských funkcí a vyšetření psychopatologie. V průběhu rozhovoru se pak cyklicky střídají nestrukturované fáze s explorativními strukturovanějšími fázemi vyšetření.

OPD rozhovor je tak dostatečně otevřený, aby pacientovi umožnil spontánně se projevit a rozprostit problematiku, která ho do léčby přivedla. Jinými slovy otevírá prostor pro pacientovo subjektivní představení problému, pro rozvoj specifické podoby pacientovy interakce a pro vynoření rané podoby objektivních vztahů (přenosu), konfliktu a strukturálních deficitů v přenos-protipřenosové situaci a ve scénickém odehrání.

Co znamená strukturovat rozhovor? Co rozhoduje o tom, že je rozhovor strukturovaný méně nebo více? Jakými opatřeními můžeme rozhovor více strukturovat nebo naopak vést k nestrukturovanosti?

Současně je OPD rozhovor v určitých svých fázích dostatečně strukturovaný, aby terapeutovi umožnil klást specifické otázky a vyjasnit si důležité momenty a oblasti pacientova fungování, jejichž znalost je nezbytná pro vlastní diagnostické posouzení (například podrobnější explorační vztahových epizod, psychopatologických symptomů, biografických údajů). Znalost a používání OPD kultivuje schopnost klinického

3 Pokud není uvedeno jinak, v dalších kapitolách vycházíme a ve svých formulacích do značné míry čerpáme z následujících zdrojů, aniž bychom na ně dál v textu odkazovali: Pracovní skupina OPD (Eds.). Operacionalizovaná psychodynamická diagnostika OPD-2. Manuál pro diagnostiku a léčbu. Praha, Testcentrum, 2013; Cierpka, M. Operationalized psychodynamic diagnostics: Basic course. Praha, 2011; Schauenburg, H. Operationalized psychodynamic diagnostics: Advanced course. Praha, 2011; Schauenburg, H. Operationalized psychodynamic diagnostics: New developments course. Praha, 2012. Ukázky z rozhovorů vycházejí z konkrétních videonahrávek, jejichž zdroj neuvádíme kvůli zachování anonymity pacientů.

pozorování, které tvoří neodmyslitelnou součást každého vstupního rozhovoru. V OPD se držíme toho, co je pozorovatelné a pro pacienta (byť o tom spontánně nemluví) uvědomitelné, pokud na to obrátíme jeho pozornost. Vyhýbáme se hypotézám o hlubších vrstvách nevědomého fungování a motivací.

OPD neposkytuje jasný „manuálově“ předepsaný návod na vedení rozhovoru. Jde o otevřený rozhovor, který zahrnuje jen několik vodítek, respektive položek, na které je v jeho průběhu nutné se zaměřit:

- explorace vztahových epizod,
- popis sebe sama a vlastního prožívání,
- popis významných druhých osob a zkušenost s nimi,
- motivace podstoupit psychodynamickou psychoterapii a zjištění kapacity k náhledu.

Motivace k léčbě je frekventovaný pojem vstupního vyšetření. Jak sami rozumíte motivaci k léčbě, podle čeho byste ji hodnotili, posuzovali, odhadovali? Co by pro vás bylo určující při hodnocení dobré motivace k léčbě?

Každý terapeut/diagnostik využívá svůj vlastní styl vedení OPD rozhovoru, který se liší mírou jeho aktivity. Někteří terapeuti zůstávají více věrni svému zdrženlivému psychoanalytickému postoji a přibližují situaci vstupního rozhovoru co nejvíce analytické situaci. Jiní terapeuti se aktivněji dotazují na pacientovo fungování v oblastech, které jsou pro OPD důležité.

Cílem vstupního rozhovoru je zachytit fungování pacienta v klíčových oblastech jeho niterného a vztahového života, o kterých předpokládáme, že mají co dělat s jeho onemocněním nebo problémy. Zajímá nás povaha jeho vztahů, intrapsychických konfliktů, osobnostní struktury a motivace či připravenost podstoupit psychodynamickou psychoterapii nebo psychoanalýzu. Posouzení těchto oblastí nám poskytne informace, na základě kterých formulujeme psychodynamickou hypotézu a určujeme povahu a zaměření navrhované psychoterapeutické léčby. V OPD tyto oblasti nazýváme osami, které pak dovolují určit ohniska léčby:

- Osa I – Prožívání onemocnění a předpoklady pro léčbu
- Osa II – Opakující se dysfunkční vztahový vzorec
- Osa III – Intrapsychický konflikt
- Osa IV – Struktura osobnosti
- Osa V – Duševní a psychosomatické poruchy

O subjektivním prožívání onemocnění nebo problému se dovídáme od pacienta většinou hned na začátku rozhovoru, kdy spontánně popisuje své obtíže. Na opakující se

dysfunkční vztahový vzorec usuzujeme z podrobné explorace vztahových epizod, které byly pro pacienta nějak emocionálně zatěžující či konfliktní, a současně je odečítáme z rozvíjejícího se přenosu pacienta a z našich protipřenosových reakcí. Na intrapsychický konflikt a na osobnostní strukturu (jáské funkce) se přímo doptat nelze a představu o nich si činíme z pacientem vylíčené biografie a z jeho popisu toho, jak vnímá sebe a druhé například v partnerském vztahu, v zaměstnání, v původní rodině, v sociálním kontextu apod. Při posouzení předpokladů a motivace pro léčbu se pak opíráme o posouzení fungování pacienta v jednotlivých oblastech a v rozhovoru můžeme například na základě zkusmé interpretace posoudit pacientovu otevřenost pro psychodynamický způsob práce. Určení formální diagnózy duševních a psychosomatických poruch se provádí běžným explorativním způsobem dle kritérií ICD-10 nebo DSM-IV.

### 7.1. Základní předpoklady a principy vedení rozhovoru v OPD

K tomu, aby terapeut mohl posoudit jednotlivé oblasti pacientova osobnostního fungování, volí v různých fázích rozhovoru různé strategie. Ty bychom mohli umístit na kontinuu od otevřeného nestrukturovaného přístupu k cíleným specifickým dotazům. V každém případě si však má terapeut udržet základní psychodynamický postoj, který jen dočasně opouští ve strukturovanějších částech rozhovoru. Myslíme tím takový postoj terapeuta, který je zdrženlivý, málo strukturující, neexplorativní a ponechávající dostatek prostoru pro rozvoj přenosu a protipřenosu na pozadí scénické situace vyšetření. Základními předpoklady pro vedení OPD rozhovoru jsou na straně terapeuta/diagnostika následující charakteristiky:

- schopnost empatie a rozpoznání vztahově přenosového aspektu v situaci vyšetření „tady a teď“,
- schopnost vidět spojení mezi symptomy/současnými obtížemi pacienta a jeho minulou situací „tehdy a tam“,
- otevřenost pro sledování vlastních protipřenosových reakcí anebo pro „přisouzení role“ (Sandler, 1976).

Z toho je zřejmé, že výhodou (ale ne nezbytnou podmínkou) pro vedení OPD rozhovoru je výcvik v psychoanalýze nebo v psychodynamické psychoterapii, který předpokládá kultivaci těchto klinických dovedností. Samozřejmě musí být dobrá znalost jednotlivých posuzovaných oblastí OPD, které terapeutovi během vyšetření poskytují určitou implicitní mapu, díky níž se může snáz orientovat v pacientově předkládaném materiálu a cíleně se zaměřit na ty oblasti, které z pacientova sdělení vypadávají nebo jsou nedostatečně pokryty.

Zopakujeme, že v OPD rozhovoru terapeut osciluje mezi vztahově-dynamickým a explorativním postojem s tím, že základ tvoří psychodynamický postoj, kterého se terapeut vzdává ve strukturovanějších částech rozhovoru. Terapeut tak pokud možno zůstává ve svém přístupu zdrženlivý, ale emocionálně zúčastněný. Nutno dodat, že



vyšší stupeň strukturovanosti neurčují jen povinné položky rozhovoru, na které se terapeut musí ptát podrobněji, ale také úroveň dosažené osobnostní integrace pacienta, případně povaha jeho psychopatologie. Je zřejmé, že u pacienta slabě integrovaného (hraničně organizovaného) nebo dezintegrovaného až psychotického budeme muset opustit neaktivní a nestrukturující postoj, který by pacienta vrhal do ještě většího chaosu, a volit aktivnější přístup, kterým mu umožníme se problémových oblastí snáz dotknout a o nich hovořit.

Obecně by se dalo říct, že míra strukturovanosti se postupně zvyšuje od úvodní po závěrečnou část rozhovoru. Současně platí, že v každém rozhovoru rozlišujeme několik fází, v nichž se spolu s pacientem zaměřujeme na závazné oblasti (identifikace vztahových epizod, vnímání sebe a druhých, motivace/náhled). Každou z těchto fází zahajujeme otevřenou otázkou či intervencí a necháváme prostor pro pacientovo sdělení a teprve následně případně položíme doplňující strukturující dotazy.

V OPD se rozlišují tři stupně strukturovanosti při vedení rozhovoru, míra strukturovanosti v průběhu různých fází rozhovoru kolísá.

### 1) Nestrukturovaný postup

Otevřené nestrukturované vedení rozhovoru nechává prostor pro sdělení pacientových niterných myšlenek a pocitů a otevírá scénu, na niž mohou vstoupit problematické aspekty jeho fungování (vztahové vzorce, přenosový potenciál, povaha defenzivních mechanismů, strukturální charakteristiky, kapacita k terapeutické spolupráci apod.). V tom odpovídá vstupnímu psychoanalytickému interview. Je na pacientovi, aby rozhodl, na co položí důraz, o čem bude mluvit a co z hovoru vynechá, co jen naznačí. Je na terapeutovi, aby sledoval rozvíjející se přenosové charakteristiky a zachycoval scénický materiál, který stojí mimo manifestní promluvu pacienta – jeho výraz obličeje, gesta, postoje, jednání, subjektivní postoj k řečenému, zdůraznění či opomenutí, rozpory a protichůdnosti v jeho sděleních, rozpor mezi řečeným a emocí, která sdělení doprovází, reakce na terapeuta. Terapeut si na základě toho vytváří hypotézy o pacientově fungování a osobnosti, o jeho neurotickém konfliktu, dysfunkčních vztahových vzorcích. Ty pak může podrobněji zkoumat ve strukturovanějších fázích rozhovoru. Pozorování toho, jak se pacient vypořádává s nestrukturovanou, a tedy poměrně nesnadnou a zátěžovou situací, nám dá nahlédnout do jeho strukturálních (jáských) schopností a limitů.

Nestrukturovaný přístup neznamená, že terapeut zůstává ve svém postoji pasivní a netečný. Naopak je pozorným a zúčastněným posluchačem pacienta a do jeho rozhovoru vstupuje specifickými intervencemi, které otevírají prostor pro další pacientovy asociace. Mluvíme o klarifikaci, konfrontaci a interpretaci.

**Klarifikaci** se snažíme objasnit to, co je v pacientově sdělení vágní, nejasné, rozporné prostým poukázáním na danou oblast. Pohybujeme se tu na věcné a vědomé rovině. Například pacientovi řekneme:

*„Řekl jste mi, že se jednou za čas rád sejdete s jinými ženami. Minulý týden jste měl se svojí partnerkou nepěknou hádku, při níž toto téma vyplavalo na povrch. Je vaše přítelkyně žárlivá, anebo je možné, že měla nějaký jiný důvod k podrážděnosti?“*

**Konfrontací** obrátíme pacientovu pozornost na konfliktní a problematické aspekty jeho života, které si neuvědomuje nebo které vnímá jako sobě vlastní a neproblematické. V reakci na konfrontaci může pacient jednak podkrýt povahu vnitřního konfliktu a současně se v ní zrcadlí jeho strukturální charakteristiky, například schopnost regulovat sebehodnotu a udržet soudržný a diferencovaný obraz sebe sama v situaci, kdy je zpochybněn jeho dosavadní pohled na sebe a jeho dosavadní způsoby jednání. Příkladem konfrontace může být následující intervence:

*„Jasně říkáte, že svoji partnerku nechcete ztratit. Zároveň udržujete intimní vztahy s jinými ženami a zmiňujete se o tom své partnerce. Jak jdou tyto dvě věci dohromady?“*

**Interpretací** se snažíme ve formě hypotéz osvětlit nevědomé motivy pacientova prožívání, myšlení či jednání, které mají symptomatický nebo jinak problematický charakter. Vzhledem k tomu, že se s pacientem vidíme poprvé nebo podruhé, měly by být takové interpretace formulovány tak, aby pacienta nezraňovaly a zaměřovaly se spíše na nevědomé defenzivní fungování než na přímé odhalení nevědomých pohnutek. Na zkusnou interpretaci může pacient zareagovat rozšířením a prohloubením terapeutovy hypotézy a tím dojít k hlubšímu porozumění vlastních nevědomých motivací. Jeho zacházení s interpretací nám poskytne důležitou informaci o schopnosti jeho náhledu, psychologické otevřenosti a motivaci k psychodynamické léčbě. Zkusmá interpretace může znít například takto:

*„Viděli jsme, že začínáte »vedlejší« vztahy, kdykoliv se cítíte zvlášť blízko své partnerce. Všiml jsem si také, že jste opakovaně v intenzivnějších chvílích našeho rozhovoru zdůraznil, že si budete hledat alespoň dva další terapeuty, abyste s nimi podstoupil úvodní rozhovor. Mohlo by tomu být tak, že »vedlejší« vztah začínáte pokaždé ve chvíli, kdy se v nějakém pro vás významném vztahu vytvoří příliš velká blízkost, která vás nějak ohrožuje?“*

## 2) Středně strukturovaný postup

Středně strukturované vedení rozhovoru zaměřuje rozhovor k určitým tematickým okruhům, obrací pacienta k jeho životní historii, ke vztahům, k vnímání a prožívání sebe a druhých atd. Terapeut postupuje od otevřených otázek přes konkrétnější dotazy až k detailnější exploraci, pokud je nutná k objasnění nějaké situace pacienta. Zvláště u pacientů se strukturální problematikou má tento styl vedení rozhovoru navíc funkci podpůrnou, navádějící, ujišťující. Zeptáme se například:

*„Můžete mi vyličit, jak vypadalo vaše dětství, jak a s kým jste vyrůstal?“*

Dotaz můžeme zkonkrétnit:

*„Jaký jste měli vztah s bratrem, můžete si vybavit nějaké konkrétní vzpomínky?“*

Anebo se ptáme na detaily:

*„A terorizoval vás bratr slovně nebo používal i fyzické násilí?“*

### **3) Strukturovaný postup**

Strukturované vedení rozhovoru cílí na specifické detaily, například podrobně zkoumá symptomy pacienta, průběh onemocnění, aby mohla být určena deskriptivní diagnóza, nebo cílenými dotazy identifikuje problematické vztahové vzorce pacienta, případně zkoumá, jak pacient vnímá sám sebe a druhé.

## **7.2. Vedení rozhovoru v OPD a jeho průběh**

Zmínili jsme, že v OPD rozhovoru můžeme rozlišit několik úseků, v nichž pacientovu pozornost zaměřujeme na ty oblasti jeho života a fungování, které souvisí s tzv. závaznými položkami. Na celý rozhovor obvykle stačí hodina až hodina a půl, ale může se stát, že v průběhu jednoho rozhovoru nezískáme dost potřebných informací. Potom je možné přidat další jedno až dvě konzultační sezení zaměřené na zmapování těch oblastí, které nám pro diagnostické posouzení a formulaci ohnisek léčby schází. Připomeňme, že na každou z těchto závazných oblastí obracíme pozornost otevřeným způsobem, kdy volně poukážeme na to, co pacient sám říká a necháme na něm, aby o dané oblasti sám hovořil. Teprve následně pokládáme doplňující otázky.

### **7.2.1. Úvodní část**

V úvodní části rozhovoru bychom měli pacienta informovat o cíli rozhovoru a časovém rámci a ponechat mu pokud možno co nejvíce prostoru pro vlastní sdělení. Začít se dá například větou:

*„Máme asi hodinu na rozhovor, ve kterém půjde o to, společně se pokusit lépe porozumět vašim potížím/ vašemu problému. Povězte mi, co vás k nám přivedlo?“*

Pokud pacienta vidíme podruhé anebo pokud pracujeme v rámci instituce a pacient byl již v kontaktu s některým z našich kolegů, můžeme rozhovor začít s mírnou obměnou:

*„Už jsme se spolu jednou bavili a dnes bych náš hovor chtěl trochu prohloubit. Máme opět hodinu času a můžeme jít více do hloubky v tom, co jste mi již povídal. Mohli bychom nejprve shrnout, co jste mi již pověděl o potížích, které jste měl a které Vás přivedly k nám. Abychom to nejprve ještě trochu vyjasnili.“*

*„Budeme mít asi hodinu času, abychom společně mluvili o věcech, o kterých jste myslím mluvila už při přijetí na naši kliniku, a abychom vašim obtížím lépe porozuměli. Trocha vaší životní historie, důležití lidé, důležité vztahy... Začneme tím, že znovu povíte, co se stalo, že jste přišla na naši kliniku.“*

Nebo můžeme v obdobné situaci zůstat méně strukturující:

*„Dnes bychom měli opět asi hodinu času, abychom pokračovali v tom, co jste povídal minule. Jak se vám daří?“*

Pacient v úvodní fázi rozhovoru obvykle začne líčit své obtíže. Někdy popisuje své psychologické či somatické symptomy, jindy se zaměří rovnou na oblast problematických vztahů nebo obtíží v citové oblasti. Ponecháváme pacientovi možnost mluvit o svých symptomech a problémech volně a otevřeně, sami si začínáme utvářet první hypotézy o pacientových obtížích, které ale v této fázi podrobně nevyšetřujeme. Nasloucháme stížnostem pacienta a popisu jeho životní situace. Postupně se před námi vynoří první kontury pacientovy problematiky. Získáváme představu o vážnosti jeho duševního nebo somatického onemocnění, případně emocionálního či vztahového problému, posuzujeme míru jeho subjektivního utrpení, vidíme, jaký dopad potíže mají na jeho každodenní fungování, jak dalece zasahují do jeho dosavadního života. Současně se začínáme dovídat něco o jeho sebepojetí, o jeho vztazích k sobě, k nemoci, k druhým lidem. Zachycujeme zmínky o spouštěcích situacích, což obvykle bývají významné životní události, jakými jsou například opuštění rodičů, ukončování studia a začátek profesní dráhy, profesní postup, plánování rodiny, narození dětí, odchod dětí z rodiny, odchod do důchodu apod. V této fázi tak získáme důležitý materiál, který budeme podrobněji zkoumat v dalších fázích rozhovoru. Naznačeny už zde bývají základní intrapsychické konflikty a případné deficity strukturálních funkcí Já (např. schopnosti diferencovaného vnímání sebe a vlastního prožitkového světa). Spolu s rozvíjejícími se přenosovými charakteristikami pacienta je nezbytné hned od počátku sledovat scénické rozehrání situace.

*Pacientka například před domluveným sezením telefonuje terapeutovi do hodiny, že si není jistá, kde se nachází jeho ordinace, jestli by jí nemohl upřesnit cestu. Terapeut jí znovu sdělí adresu a nasměruje ji do ordinace. Rozhovor pacientka začne tím, že ukáže doporučující zprávu, na které je nečitelná diagnóza. Žádá terapeuta, aby záznam rozluštil a vysvětlil jí, co její diagnóza znamená.*

Tady vidíme, že pacientka se představuje jako neschopná, závislá a nevzdělaná a chce po terapeutovi, aby převzal za její kroky a porozumění sobě samotné odpovědnost. V dalších částech rozhovoru si může tuto hypotézu o závislých potřebách pacientky ověřit, pokud i v jiných oblastech života bude popisovat obdobné chování (ve vztahu k manželovi, dětem, otcí). Současně může uvažovat o tom, že za závislým a bezradným chováním se ukrývá pacientčina nevědomá tendence druhé kontrolovat a určovat jejich kroky ve směru starosti o ni. Anebo může uvažovat o tom, že se pacientka v situaci vstupního vyšetření brání otevřeně se nad sebou zamýšlet a hledá nějaký jasný a direktivní způsob léčebného vedení.

### **7.2.2. Zachycení vztahových epizod**

Důležitou a závaznou součástí úvodního rozhovoru v OPD je vyšetření těch navykklých vztahových vzorců, které se jako dysfunkční modely vztahového chování v pacientově životě a v různých oblastech jeho vztahů opakují a způsobují nebo udržují jeho těžkosti. To vyžaduje dvojí zaměření. Jednak musíme být schopni vnímat a rozumět, co se odehrává „tady a teď“ na nevědomé rovině mezi pacientem a námi,

jinými slovy umět zachytit přenosové a protipřenosové charakteristiky, které pacient do vztahu přináší. Na druhé straně musíme být pozorní k tomu, co pacient o vztazích s důležitými osobami svého života říká a všimát si toho, co se v aktuálních a minulých vztazích opakuje ve smyslu navyklého dysfunkčního chování a prožívání. K tomu je zapotřebí se pacienta na jeho vztahovou zkušenost podrobně vyptat. Zjistit, co je pro jeho vztahy typické, jak se obvykle vyvíjejí, jaké jsou mezi vztahy podobnosti, co je odlišuje apod. Pokud pacient sám mluví o problematických či konfliktních vztazích s druhými, stačí jej vyzvat k tomu, aby uvedl nějaký konkrétní příklad takové interakce, aby podrobně ilustroval zmíněnou problematickou či konfliktní situaci.

*Pacient například mluví o tom, že mu jeho partnerka nerozumí. V jiné části rozhovoru zmíní, že jeho matka se o něj dostatečně nestarala a preferovala jeho staršího bratra. Na tato sdělení můžeme ve fázi vyšetření vztahových epizod navázat například dotazem: „Na začátku našeho rozhovoru jste zmínil, že máte pocit, že vám vaše partnerka poslední dobou moc nerozumí, nyní říkáte, že vaši matku vnímáte jako ne příliš citlivou a starostlivou. Mohl byste mi uvést nějaký konkrétní příklad takové situace, kdy jste měl pocit, že se o vás matka dost nestará, nebo ilustrovat příkladem váš pocit, že vám manželka nerozumí?“*

Pokud pacient mluví o druhých osobách spíš neurčitým způsobem a nemáme se v dotazu na vztahovou epizodu čeho chytit, můžeme položit následující dotaz:

*Zmínil jste, že žijete sám jen se svou matkou ve společném domě. Z toho, co jste řekl, si neumím udělat dost jasný obrázek o vašem vztahu s ní. Mohl byste mi váš vztah s ní přiblížit na nějakém příkladu situace, která pro vás byla zatěžující, obtížná nebo něčím konfliktní. Můžete mi nějakou takovou situaci popsat?*

Zkušenost ukazuje, že někteří pacienti dokážou o svých vztazích poměrně plasticky hovořit, jiní zůstávají v obecnější rovině a někteří jiní vztahy vůbec nezmiňují. Je na terapeutovi, aby zvolil míru aktivity svého dotazování na oblast pacientových vztahů. Vyšetření vztahových epizod nicméně vyžaduje poměrně aktivní explorativnější přístup terapeuta, který by se měl ptát na pacientovo chování, očekávání, přání, obavy a nejistoty, které v dané vztahové situaci zažíval a projevoval, na reakce druhých na pacientovo chování a na jeho představu o jejich motivacích a postojích, které k dané reakci vedly. Z toho je zřejmé, že podrobné zkoumání nějaké problematické vztahové situace nám poskytne nejen informaci o dysfunkčním vztahovém chování, ale i materiál pro posouzení intrapsychických konfliktů (například o převažující potřebě soběstačnosti na úkor závislých potřeb ve smyslu přijímání péče druhých). Také se tím dozvíme něco o strukturálních funkcích. Pacientův popis vztahových epizod může třeba naznačit, že jen omezeně dokáže regulovat své hostilní impulsy a nemá daleko k fyzickému násilí anebo naopak své hostilní impulsy nadměrně kontroluje a jejich inhibice vede k tvorbě psychosomatických příznaků. Vágní, málo diferencovaný způsob popisu vztahových epizod zase naznačí deficit ve schopnosti sebereflexe, afektivní diferenciaci a prožívání afektů.

Zkuste formulovat otázky, které zjišťují, mapují, ozřejmují, dávají jasnější představu pacientových vztahových epizod. Jak byste formulovali otázky u pacienta, který zcela vynechává jakékoliv zmínky o vztazích? Jak byste postupovali u pacienta, který i přes vaše upozornění na absenci vztahových témat v jeho vyprávění dále oblast svých vztahů zcela vynechává nebo se ztrácí ve vágních, nesrozumitelných, intelektualizujících únicích?

Následující výňatek z rozhovoru s pacientem, v němž popisuje konflikt s kolegou v zaměstnání, je příkladem aktivní explorační konkrétní vztahové epizody. Názorně ukazuje, jak terapeut otevírá cestu k uvědomění si afektů a emočních reakcí, které má pacient ze svého líčení tendenci defenzivně vynechat.

*P: Kolegové, se kterými jsem si velmi dobře rozuměl, odešli z firmy před 3 lety a přidali se k nám dva noví kolegové, kteří jsou odborně dobře kvalifikovaní, ale mají obrovské nedostatky, co se týče jejich osobnosti. Jejich styl práce navíc není v souladu s celkovou identitou firmy. Jeden z nich je takový klidný a opatrný, zatímco ten druhý přistupuje ke každému problému a řešení s takovou mentalitou „basicího přístroje“, to znamená, že nalézá rychlá a špinavá řešení, která nás na chvíli rychle zbaví problému, ale na druhé straně nehlídá nalevo a napravo, a tak je neustále potřeba všechno upravovat. Zajaté a funkční postupy jsou pořád zpochybňované anebo podřývané, práce není nikde dokumentovaná, takže není možné rozumět, proč a kdy se něco udělalo nějakým konkrétním způsobem a v tak komplikované struktuře, která je velmi různorodá, to vede k tomu, že je téměř nemožné mít přehled. Ti dva kolegové navíc vnášejí do situace ještě osobní složku a s tím já se absolutně neumím ztotožnit, s jejich velmi negativním „mluvením o lidech“. Abych dal menší příklad: jedinou kvalitu, kterou jsou ti dva zřejmě schopní něčemu připsat, je „zkrivený“.*

*„Přines mi ten zkrivený software“, „abychom konečně mohli spustit tento zkrivený program na tomto zkriveném stroji“, a to samozřejmě výrazně ovlivňuje pracovní atmosféru a má to vliv na tým a mně došlo, že takto přicházím o veškerou radost i veškerý kontakt s mojí prací, protože já se s ní silně identifikuji. To vede k nedostatku radosti – to je jedna stránka, a druhá věc je to, jak se tito lidé chovají ke kolegům a jak o nich mluví, to je úplně stejné, opravdu to znechutí samotnou práci.*

**T: A máte pak dojem – že stejně jako software je „zkrivený“, tak jste pak vy „zkrivený člověk“.**

*P: Ano, pro oba jsem „zkrivený kolega“, protože jsem zatím jediný na oddělení, kdo se jim odváží oponovat a opravdu je napomenout. To jsem udělal bez podpory vedoucího oddělení a mělo to svoje důsledky v tom, že těm dvěma přišlo zajímavé vytlačit mě z místa. V poslední době, v posledním roce, byly ty útoky velmi silné a rozmluvy s vedoucím oddělení nebyly k ničemu. Ti dva jsou na příliš dlouhém vodítku a můžou si dělat, co chtějí a já už tam dál nemůžu ztrácet svoji energii a čas. A pak byly použity divoké a masivní kroky, jako osobní ponižení, zpochybňování mojí odborné kompetence, vyhrůžky fyzickým násilím a podobně. Tak jsem si uvědomil, že tam už nemůžu investovat svoji energii a práci. Vedlo to k tomu, že se moje práce přerušovala a podobně.*

**T: Můžete mi dát nějaký příklad, nějaký konkrétní příklad, který bych si mohl trochu představit, co se v takových chvílích u vás v práci děje, možná jako krátký klip z nějakého filmu...?**

*P: Přijde ke mně kolega a říká: „Plánujeme X, Y a Z. Mám v plánu udělat to nějakým konkrétním způsobem, myslíš, že bychom měli takto postupovat?“ Já řeknu: „Ano, to je možné, ale musíme vzít v úvahu ještě A a B, protože jinak se něco pokazí na dalším místě.“ On řekne „OK, udělám to tak.“ Za dva*

dny se dívám, co se udělalo – a oni to provedli úplně jinak, což mělo za následek, že jiný systém, který předtím fungoval po celá léta, stabilně z minuty na minutu přestal fungovat. Přímé principiální spojení mezi těmito dvěma událostmi je docela zjevné, takže já jdu za tím kolegou a on říká: „Víš, mluvil jsem s tebou o tom pouze proto, že mě zajímal tvůj názor, abych si to pak mohl udělat po svém.“ A takto se v týmu pracovat nedá. Potom následovala schůzka s vedoucím oddělení, který mu nakonec řekl, aby pracoval opatrněji a více důsledně. Když jsme odešli z kanceláře vedoucího, ten kolega mi okamžitě řekl: „Víš, to bylo tento týden, na příští týden mám pro tebe další nápad!“ Takovéto příběhy se odehrávají často. Takovýmto věcem se přece nemůžu vystavovat.

**T: To je dojem, který pak máte, že se tomu nemůžete vystavovat – anebo jinak: jaká je vaše reakce, když vám kolega řekne něco takového?**

P: Cítím se, jako by mě někdo praštil do hlavy. Tak za prvé, ukazuje dvě různé tváře, protože v kanceláři o tom mluvil úplně jinak. Zatímco v kanceláři se na věc díval z věcného a profesionálního hlediska, mimo kancelář byla jeho prohlášení pouze osobní. Jeho záměr byl zcela v duchu: „Já tě dostanu“. A to se pak dělo i v dalších situacích, kdy sabotovali mou práci, když jsem na něčem pracoval den nebo dva dny, na něčem, co jsem pak ve stabilním stavu pouštěl do oběhu. Po jednom anebo dvou dnech bylo jasné, že v tom někdo provedl změny, které celou tu práci zničily anebo ji udělaly nepoužitelnou.

**T: Vrátil bych se k té situaci před dveřmi. Když váš kolega začal mluvit osobně a – jak jste říkal – velmi zpříma a vy jste měl dojem, že nemáte nic, čím byste se mohl ubránit, co myslíte, že se s vámi v tu chvíli dělo?**

P: Na jednu stranu je tam pocit naprostého překvapení, šoku. Na druhou stranu také pocit bezmocnosti. Nakonec jakýkoliv důvod, jakýkoliv slušný způsob spolupráce je pak nemožný. Nemá to smysl mluvit s těmito lidmi, nezajímají se o tu věc samotnou, jde jim jen o osobní věci, chtějí se mě zbavit a jsou to cílené útoky a výbrůžky, proti kterým nakonec nemám co postavit, protože i když se takové schůzky odehrály, takové, kde to viděli i další lidé, po kterých jsem pak chtěl, aby mě podpořili, oni mi později řekli: „Víme, že jsi s nimi na nože, ale já tě nepodpořím... Z toho mě vynech, mám rodinu, mám dům, mám dluhy a to poslední, co bych tady chtěl dělat, je zaplést se do konfliktu, protože pak půjde o krk mně... Slyšel jsem to, je mi tě líto, ale vynech mě z toho, budu se tvářit, že o tom nic nevím.“

**T: A kdybyste se ještě jednou vrátil do té situace před dveřmi, nepochopil jsem ještě, jak jste se v tu chvíli doopravdy cítil, co vám běželo hlavou, co v tu chvíli cítíte, jaké fantazie byste mohl mít o tom, co dál dělat?**

P: Začneme těmi fantaziemi. Před sto lety by se celá věc vyřešila přes kolt ještě tam na chodbě. To by bylo uspokojivé a definitivní. Podle mě je tady dnes taková tendence, podle které se už konflikty neřeší. Místo toho jsou jednoduše ukončené. Tím, že se stanoví jasné závěry, jako ve válce, v rozvodu a podobně. Už nejde o vyřešení konfliktu.

**T: Mluvíte o násilí?**

P: Ano, přesně.

**T: Konflikt se ukončí násilným jednáním.**

P: Přesně tak. A co se týče mých hodnot ohledně lidí a života, není to atraktivní řešení z hlediska ideálů anebo hodnot, konflikty by se měly zvládnout a vyřešit.

**T: To je váš ideál, že byste tak jednal... a vaše fantazie by byla udělat to koltem.**

P: Jo. Samozřejmě. Ano!

**T: Pokud se ještě jednou vrátíte zpátky do té situace před dveřmi, když jste opustil tu místnost a váš kolega řekl to, co řekl, jak byste na něho nejraději zareagoval?**

*P: Nejradši bych jej nakopal do zadku. Ve chvíli když se otočil a šel pryč – rád bych byl na něj skočil a praštil jej do tváře, ale to nepokládám za řešení.*

**T: OK, chápu, ale váš pocit byl ten, že byste mu nejraději jednu vrazil. Řekl jste něco? Vnímali jste to ve svém těle?**

*P: V tu chvíli jsem ztratil řeč.*

**T: Takže jste tam, v té chvíli, beze slov.**

*P: Protože takový drzoun s tím svým drsným egoismem, s tím já se nemůžu vyrovnat.*

**T: Prožíváte v tu chvíli vztek?**

*P: Ano.*

**T: Anebo nenávisť?**

*P: To taky.*

**T: Cítíte vztek anebo nenávisť?**

*P: Obojí.*

**T: JAK je cítíte? Cítíte je ve svém těle?**

*P: Ano, oba ty pocity, tělesně a samozřejmě také vnitřně. Tělo jde jasně do útočné pozice a k tomu patří napětí. A mysl je taky v takovou chvíli v útočné pozici. Ale současně jsem tam jako někdo, kdo se stáhne.*

### **7.2.3. Vnímání a prožívání sebe sama (zachycení biografických údajů)**

V jisté fázi vedení rozhovoru se zaměřujeme na pacientovo vnímání a prožívání vlastní osoby. Žádost, aby pacient popsal sebe sama a to, jak se prožívá ve vztahu k druhým lidem a ke své životní historii, je druhým závazným postupem při vedení rozhovoru v OPD. Tuto fázi můžeme otevřít například otázkou:

*Už jste mi řekl docela dost o svých potížích / starostech / vztazích. Chtěl bych nyní trochu víc rozumět tomu, jak dnes vnímáte sám sebe a jak jste se na sebe díval dřív, v minulosti.*

Nebo můžeme plynule navázat na to, co již pacient o své osobě naznačil.

*Z toho, co jste doposud řekl, si představuji, že jste člověk, který má sklon starat se víc o druhé než o sebe a to vás nyní vyčerpává. Je to tak? Mohl byste mi říct víc k tomu, jak sám sebe vidíte, jaký jste byl dřív?*

Způsob, jakým pacient na naši otázku odpoví, nám poskytne informace důležité k posouzení jeho strukturálních charakteristik. Můžeme na jejich základě posoudit schopnost diferencovaně se popsat, jeho schopnost ohraničení se od druhých, jeho sebepojetí a prožitek identity, někdy také schopnost regulace afektů nebo vlastní hodnoty, schopnost prožívat a vést se sebou smysluplný dialog ad.

Obecně se dá říct, že pacienti na dobré a střední úrovni integrace (neurotické niveau) jsou schopni podat relativně ucelený a představitelný obraz sebe sama. Tato schopnost může kolísat pod vlivem nevědomého konfliktu. Pacienti se slabší integrací osobnosti (hraniční niveau) bývají otázkou zaskočení, nedaří se jim popsat se,



nenacházejí slova, případně je jejich popis neurčitý, rozporuplný nebo postavený na obecných klíších. Na dezintegrované rovině osobnostního fungování se můžeme navíc setkat s bizarnostmi v sebepojetí, s bludnými představami o sobě nebo se svévolným popisem sebe sama. Totéž platí u popisů druhých osob.

Jak se pacient o sobě rozhovoří, začne se přitom sám nebo veden dotazy terapeuta dotýkat různých oblastí svého života. Toho, jak se cítil v původní rodině, v současné rodině nebo partnerském vztahu, v zaměstnání, jak se cítí ve vztahu k rodičům, sourozencům, partnerovi, kolegům, nadřízeným. Jindy je tomu tak, že pacient spontánně uvádí biografické údaje a popisuje různá období svého života a je na terapeutovi, aby ve vhodný okamžik položil otázku, týkající se toho, jak pacient sám sebe vnímal a vnímá. To, jak sám sebe pacient v různých oblastech života prožívá, nám poskytne cenné informace, na základě kterých si utváříme představu rovněž o nevědomých konfliktech, které motivují a determinují jeho jednání a prožívání. Terapeut může aktivně zaměřit pozornost pacienta na oblasti, které spontánně nezmiňuje:

*Z toho, co jste mi řekl, si umím udělat představu o tom, jak jste se cítil doma s rodiči, ale nemám představu, co a jak jste prožíval nebo prožíváte v dalších oblastech vašeho života... (v současné rodině, ve vztahu, v zaměstnání, ve vztahu k přátelům, k vlastní nemoci).*

#### **7.2.4. Zkušenost s druhými (prožívání a vedení každodenního života)**

Většinou je popis sebe sama a pacientova fungování v různých oblastech jeho života úzce provázán s tím, jak pacient zažívá druhé osoby ve vztahu k sobě. Tím se dostáváme ke třetí závazné položce, kterou je výzva, aby pacient popsal, jak vnímá důležité osoby svého života. Většinou se o druhých osobách již zmínil, přesto ho vyzveme, aby se znovu pokusil je popsat a poskytnout jejich plastický obraz. Začneme například otázkou:

*Zmínil jste se už o tom, jak vnímáte a prožíváte sebe sama, v té souvislosti jste uvedl důležité osoby vašeho života, naznačil jste, jak vás vidí vaše současná žena. Mohl byste mi říct, jak vidíte vy ji? Jaká je to žena?*

V této fázi tedy většinou navazujeme na předchozí zmínky o druhých osobách. Pro ilustraci uvádíme výňatek z rozhovoru, v němž pacient v dosavadním průběhu rozhovoru častokrát zmiňuje v různých souvislostech svou matku:

**T: Hm. A co je vaše matka za ženu? Popisujete ji takřka jako oběť.**

*P: Ano.*

**T: No a jak byste ji popsal?**

*P: Ehm...*

**T: Říkal jste, že byla také velmi zbožná...**

*P: Ano.*

**T: A že se velmi starala o vaše dobro...**

*P: Ano. Skoro bych řekl, že moje matka žije jen pro mě. Že kdybych já nebyl, tak by její život asi měl o hodně menší smysl, skoro bych řekl žádný smysl.*

**T: Hm.**

*P: A... mám ji moc rád. A slovo „mít rád“ v jeho celém rozsahu také nejlépe vyjadřuje vztah mezi námi. ...A to nejen proto, že se o mě vždy... že vždy dělala, co mohla, ale i protože... no... mám a měl jsem pocit, že tu někdo je, komu mohu... ano, neomezeně důvěřovat.*

**T: Hm, ano, hm.**

*P: Možná bych ještě měl dodat něco jiného. V prvních třech letech mého života jsem dle vyprávění mé matky křičel ve dne v noci. A to vždy, když jsem neviděl buď ji nebo babičku nebo dědečka. To šlo tak daleko, že když se někdy během procházky posadila na lavičku a já jsem ji neviděl, tak jsem začal křičet. Ve věku několika měsíců jsem od dětské lékařky dostal předepsaný nějaký lék, protože lékaři říkali, že to dítě to fyzicky nevydrží, takto dlouho plakat. A porodní asistentka, která bydlela naproti, říkala mé matce: „Vaše dítě pláče nervózně“. A moje matka nějakých deset, dvanáct let zpátky slyšela přednášku jistého profesora, který říkal zhruba toto: jestliže jsou ženy během těhotenství mučeny nebo pod psychickým tlakem, pak se to často projeví i na dítěti, které se narodí už jako úzkostlivé dítě.*

Pokud pacient druhé osoby neuvádí, můžeme se zeptat, kdo jsou blízcí lidé v jeho životě a požádat, aby je blíže popsal.

Tato fáze rozhovoru je úzce propojená s předchozí fází a tvoří spolu s ní jeho nejpodstatnější část. Jde o to, udělat si představu o pacientově subjektivní zkušenosti s blízkými osobami. Můžeme tu dál prohloubit naše porozumění, jak pacient vnímá druhé ve vztahu k sobě a jak funguje v jednotlivých oblastech života v přítomnosti i v minulosti (původní rodina, současná rodina, milostný život, profesní život, přátelé, sociální vztahy ad.).

Pokud se k těmto oblastem, které nám poskytují vodítka pro posouzení konfliktu, pacient nedostal nebo je doposud líčil jen povrchně, je zapotřebí jej otázkami motivovat k tomu, aby o druhých osobách a vztazích s nimi v různých životních kontextech hovořil. Terapeut v tom může být poměrně aktivní. Pokud pacient například hovoří pouze o současném partnerském vztahu a nezmiňuje další oblasti svého života, můžeme položit následující otázku:

*Z toho, co jste mi dosud řekl, si umím udělat představu o tom, jak fungujete se svou ženou. Ale nemám dost jasnou představu, jak se vám daří v práci / mezi vrstevníky / jak se vám dařilo v původní rodině a jaký vztah máte s kolegy / se svou matkou / s otcem / se sourozenci). Můžete mi to přiblížit?*

V popisu druhých osob a vztahu k nim se samozřejmě opět zrcadlí strukturální funkce pacienta. Jeho kapacita rozlišovat sebe od druhých, schopnost vnímat druhé osoby realisticky a odděleně, schopnost regulovat vlastní zájmy a zájmy druhých, schopnost navazovat emocionální kontakt a vytvářet/opouštět vztahy, vyjadřovat své pocity, schopnost empatie ad.

\*\*\*

V předchozí i této fázi rozhovoru je zapotřebí počítat s dvěma překážkami. S nevědomým odporem na straně pacienta a případně s jeho nízkou osobnostní organizovaností. Nevědomý odpor se může podílet na tom, že pacient některé důležité situace nebo životní okolnosti jen naznačí, toho si všímáme, ale pacienta netlačíme násilně k tomu, aby mluvil o tom, co je mu nepříjemné. Někdy se stane, že se nezmíní o někom v jeho životě důležitém (například o otci). Můžeme na to poukázat s vědomím, že například vztah s otcem je natolik zatížený nevědomým konfliktem, že pacient se o vztahu k němu ani po našem poukázání na něj příliš nerozhovoří. Jinou situací je vedení rozhovoru s pacientem fungujícím na nízké úrovni integrace. Většinou se musíme vzdát otevřeného a nestrukturovaného postoje, být v dotazování aktivnější, doplňovat pacientovy deficitní funkce (například mu zkusmo nabízet, co by se v něm mohlo odehrávat) a snést to, že rozhovor bude působit chaoticky nebo to, že pro pacienta je nadměrně obtížné o sobě a svých niterných procesech vůbec hovořit. Z naší strany půjde o to, volně se naladit na míru dostupnosti a zralosti pacientových funkcí Já a osobnostní integrace a podle toho zvolit styl vedení rozhovoru, míru podpory, povahu otázek, komentářů a terapeutických intervencí.

### 7.2.5. Předpoklady pro psychoterapii (motivace, schopnost sebereflexe a náhledu)

Co se vám vybaví, když se řekne náhled? Co je to náhled? Náhled čeho? Co by vás napadlo, že se sleduje při jeho hodnocení? Z čeho usoudíte, že je náhled deficitní? Co myslíte, že spoluurčuje přítomnost nebo vymizení náhledu?

V závěrečné fázi rozhovoru bychom se měli zpětně ohlédnout za jeho dosavadním průběhem a na základě toho, co nám pacient říkal, jak se k nám vztahoval a jakou reakci v nás vzbuzoval, si vytvořit představu či hypotézu o jeho problému. Tu mu nabídneme formou, která zohledňuje úroveň jeho integrace osobnosti.

U dobře a středně integrovaných pacientů (neurotické niveau) můžeme pacientovi sdělit zkusmou interpretaci, která může zahrnovat i poukaz na nevědomou a přenosovou rovinu jeho fungování.

*Mluvíte o přání žít nezávisle, nepodvolovat se žádným pravidlům a překračovat je (v zaměstnání, v rodině), ale přitom se vnitřně podvolujete svým vlastním neměnným nárokům a přísné disciplíně, které z vás činí velmi adaptovaného a loajálního člověka. Něco podobného se ukázalo ve vztahu se mnou. Máte představu, že vám nabídnu nějakou metodu, které se podřídíte a která vnese řád a smysl do vašeho života.*

Podobným typem intervence na jednu stranu pacienta obracíme k problematickým, vnitřně konfliktním oblastem, které determinují jeho současnou situaci či obtíže, na druhou stranu tím pacienta podněcujeme k reakci, která nám prozradí mnohé o jeho připravenosti podstoupit objasňující psychoanalytický léčebný proces.

Pro pacienta může být podobná intervence podnětem k dalším asociacím a vlastním hypotézám o povaze jeho těžkostí, což by ukazovalo na jeho schopnost a ochotu zabývat se sebou dál tímto směrem. Pro jiného pacienta může daný komentář znít cize, odmítne ho či přehlédne, aniž by se pokusil o vlastní výklad, což ukazuje na jeho „uzavřenost“ pro daný typ smýšlení. Zdrojem takové uzavřenosti mohou být síly nevědomého odporu či defenze, které se můžeme pokusit oslovit nějakým komentářem:

*Všiml jsem si, že pokaždé, když vám nabídnu nějaký objasňující komentář, odmítnete ho, případně ho dál nerozvíjíte. Všiml jste si toho také?*

Pokud má pacient v průběhu rozhovoru malý zájem uvažovat o tom, co se v něm a v druhých lidech odehrává a neoslovují ho ani naše poukazy na obtíže v tomto směru, měli bychom to vzít do úvahy při zvažování vhodnosti psychoanalyticky zaměřené léčby. Neznamena to nutně, že je pacient pro tento typ léčby nevhodný, ale přinejmenším v danou chvíli a s daným terapeutem do hry vstupuje komplikující faktor v podobě silného odporu, který je potřeba při volbě přístupu vzít v úvahu. Může jít například o pacienta strukturálně křehkého, pro kterého jsou interpretativní komentáře natolik zatěžující a vnímané jako kritizující, že na ně nemůže v danou chvíli reagovat jinak než stažením. Nebo může jít o pacienta natolik zaměřeného na somatické vysvětlení svých potíží a natolik se děsícího svého nitra a emocionalitu, že nám jednoduše „nechce“ rozumět. Krátce řečeno, zkoumou interpretací si mapujeme oblast intrapsychieho konfliktu, úrovně osobnostní strukturovanosti a připravenosti podstoupit psychoanalyticky zaměřenou léčbu.

U pacientů, kteří se v průběhu rozhovoru ukážou jako strukturálně zranitelnější (nižší/hraniční úroveň organizace až dezintegrace), se většina terapeutů, kteří OPD používají, vyhýbá interpretativním zásahům, které by oslovovaly nevědomé motivace, a je ve svých závěrečných komentářích opatrnější. Zaměření nicméně zůstává stejné: získat pacienta pro léčbu.

*Měla jste to ve svých vztazích těžké. I když jste se opakovaně snažila začínat znovu a znovu, vztahy vám vždycky nevycházely, jak byste si přála. Stálo by za to pokusit se zjistit, proč tomu tak bylo. Možná jste něco důležitého u svých partnerů nebo u sebe přehlížela, co vztahy nakonec zkomplikovalo natolik, že už nebyly dál funkční.*

Interpretace patří v psychoanalýze ke klíčovým termínům. Myslíte si, že se psychoanalytická interpretace nějak liší například od zjišťujícího dotazu, podpůrného komentáře, rozumějícího parafrázování? Co je podle vás podstatou psychoanalytické interpretace a jak by mohla terapeuticky působit?

Shrňme si, že v závěrečné fázi rozhovoru si formulujeme hypotézu o pacientově problému a tuto naši představu je dobré pacientovi nabídnout formou, která zohledňuje úroveň jeho integrace osobnosti. Na základě jeho reakce si ověřujeme naše dosavadní hypotézy o oblasti jeho vztahů, konfliktu, osobnostní struktury a motivace.

Někteří terapeuti takový shrnující komentář formulují ke konci rozhovoru, jiní své dílčí hypotézy nabízejí průběžně.

Závěrečnou, více interpretativní část rozhovoru chceme ilustrovat následujícím výňatkem, který ukazuje na pacienta motivovaného podstoupit psychoanalytickou léčbu. Je zřejmé, že terapeut ve svých interpretujících komentářích nejde dál, než je pro pacienta v danou chvíli uvědomitelné a zkoumou interpretaci staví výhradně na tom, co pacient sám zmínil a nezatažuje ji jakýmkoliv spekulativními tóny. Pacientovu pozornost zaměřuje na uvědomění si společných rysů, které přisuzuje třem „otcovským“ autoritám svého života a na konflikt mezi vzdorem vůči nim na jedné straně a touhou po jejich uznání na straně druhé.

*P: Ačkoliv je život pod naším ředitelem opravdu šikanou. Jsou to... mimochodem, během tohoto rozhovoru mi ředitel dvakrát položil otázku, proč jsem už dávno nepožádal o přeložení...*

**T: Takže on vás chce vystrnadit.**

*P: Ano, a to s odůvodněním, že jak by on vypadal, kdyby se veřejnost dozvěděla, že na jeho škole jsou lidé, kteří tam nepatří, myšleno směrem k učitelskému oprávnění. On že potřebuje univerzálně využitelné učitele a že na rozdíl od kolegy, který sestavuje rozvrh a myslí jen v ročních nebo půlročních úsecích, musí on, řeknu to vlastními slovy, mít tu vizi, jak se to bude vyvíjet během následujících desetiletí. Neřekl to až tak drasticky, ale prý že musí myslet dlouhodobě, tak na pět nebo šest let nebo více. A on si musí také rozmyslet, jak pak bude někdo jako já vůbec využitelný a jak že jsem se vůbec na tuto školu dostal. Tak jsem mu řekl, že to mu přeci nemusím vykládat, že to přece ví, kvóty a tak dále, a... no, tak nějak. A co je také zajímavé, samozřejmě je ve správné politické straně a v obci, ve které bydlí, zastával i nějakou vyšší funkci. A jeden... hm... kolega z opoziční strany si ve čtenářském dopise v místních novinách stěžoval, jak pohrdavě jedná s lidmi v tomto, myslím, že to bylo městské zastupitelstvo.*

**T: Hm.**

*P: Tedy... jsou to různé úrovně...*

**T: Hm... a ono vám to nejde z myslí, že ano.**

*P: Ne, to tedy nejde.*

**T: Ředitel vaší školy pro vás teď znamená jakési pokračování vašeho otce a učitele a je tu i fakt, že jste v jakémsi trvalém vnitřním boji. Je to i znatelné a citelné, jak moc se vás to přímo dotýká.**

*P: Ano. A to právě nejvíce v posledních dvou týdnech, dříve se mě to netýkalo až tolik přímo.*

**T: Hm.**

*P: A také jsem říkal, klidně se na mě může zaměřit, já se před ním plazit nebudu.*

**T: Hm.**

*P: Sice nevím, jak to mám natrvalo vydržet, to opravdu nevím, ale nenechám si jím zlomit páteř.*

**T: Hm.**

*P: Když ho vidíte – vědomě teď budu polemický a nevěcný. Malá postava, nadutý obličej, je čím dál tím tlustší, jeho krevní tlak stoupá, jeho potíže se srdeční arytmií jsou stále silnější – k tomu říkají někteří kolegové, že je to důvod k naději.*

**T: Hm.**

*P: A jeho koníček – a to je to, co bych označil za polemické – je hnětení dvojité brady a vuřtovitých prstů.*

**T: Hm.**

*P: Tento pán před Vámi sedí a...*

**T: A vy byste mu tedy i přál, aby...**

*P: Ne, přál bych si vlastně, aby úplně seshora jednou přišlo znamení, kluku, odsud posud.*

**T: Hm... ale myslím si, že když jste tak pod tlakem, jak to popisujete, tak byste si přál, aby to... skončilo.**

*P: Ano.*

**T: Třeba tak, jak to bylo u otce a...**

*P: Ano, mimochodem, přejeme si všichni, aby to už skončilo.*

**T: Přejete si to všichni... a na druhé straně si přejete také, abyste mohl mít vztah plný důvěry. Popsal jste to tak, aspoň jsem to tak pochopil a můžeme si to takto zopakovat, že jste tento pocit měl u matky, ale ani tam ne tolik, abyste mohl mít důvěru, protože jste vždy měl strach.**

*P: Ke své matce jsem důvěru měl, ale měl jsem strach, protože...*

**T: Ale žádný pocit bezpečí...**

*P: Ano, právě. Bezpečí bylo reprezentováno mým otcem, protože můj otec měl peníze, měl moc a moji matku učil, že musí jednat a ne jen reagovat. A on vždy jednal, vždy dělal první krok. Však také byl v odpovídající pozici, kdy toto mohl dělat. A moje matka vždy mohla jen reagovat, a už jen tím se ocitla ve slabší pozici.*

**T: A tento problém si dodnes nesete s sebou...**

*P: Ano.*

**T: ...a nabání vám strach.**

*P: Nevím, jestli mi nabání strach. Myslím, že ta fáze, ve které se konalo moje zhroutení, které bych nyní označil za fyzické zhroutení, přišla ve chvíli, kdy se náš nový ředitel školy teprve rozkoukával. On je totiž čím dál tím horší a nepostupuje to lineárně, ale exponenciálně. A před pěti a půl roky to ještě nebylo tak hrozné.*

**T: Hm.**

*P: A se svým otcem jsem ukončil veškeré vztahy, prostě jsem jednou poznal... ještě mi daroval cestu, cestu do... cestu lodí po moři, kterou jsem měl nutně absolvovat a která také byla velmi krásná. Chtěl jsem mu pak ukázat diáky z této cesty a on řekl ne, že v tuto chvíli to nechce. To bylo na podzim, předtím, než přišlo ono zmíněné zhroutení. A pak jsem si říkal, ten tón hlasu přece znám, takto reagoval i dřív, vždy když v něm něco kvasilo. A on má partnerku, se kterou byl přes pětadvacet let, která je dnes stále na živu a se kterou jsem v kontaktu. A ta mi pak řekla, ano, něco ho žere. A já jsem pak řekl ne, tohoto se už účastnit nebudu. Celý svůj život jsem se podílel na tomhle divadle, teď to stačilo. Od toho okamžiku už nebylo nic – tedy, napsal jsem ještě vánoční pohlednici a přál jsem mu, abychom oba, navzdory všem rozporům, mohli strávit vánoční svátky v míru. Odpověděl mi pak, že ani po usilovném přemýšlení si nemůže vysvětlit, co že to myslím. Pak jsem mu ještě napsal pohlednici k narozeninám, jakmile jsem byl propuštěn z nemocnice, protože jsem si myslel, třeba se v mezidobě snažil mi zavolat. Od té chvíle jsem mu neposlal žádnou další zprávu, ani telefonicky, ani písemně, a také jsem neslyšel nic o něm. Oddech jsem si a opravdu jsem si myslel, že se cítím dobře. Také si nejsem jistý, jestli to zhroutení nebylo následkem, tedy kauzálním následkem tohoto zlomu, tedy toho přerušení vztahu.*

Následující ukázka ilustruje podobně jako předchozí příklad interpretaci, v které terapeut cílí na pacientův systém rigidních pravidel a zásad (jež pacient, aniž by si to uvědomoval, vnucuje svému okolí), ale současně cílí na jeho prožitkovou či emoční sféru, která se v průběhu celého rozhovoru ukazuje jako deficitní, a povzbuzuje pacienta k hlubší introspekci.

**T: Mám takový dojem, že máte pevný systém etických hodnot, takže si pro sebe představujete svět, který je spravedlivý a který se nějak vyznačuje jistou soudržností.**

*P: Ano, já nesnesu, když někdo sedí u stolu u snídaně, rozdává chléb s medem, a když přiletí moucha anebo vosa, tak ji jen tak zaplácne svými novinami. Tehdy si myslím: podívej, to zvíře chtělo to samé, co chceš ty, jíst, žít, co ti dává právo ukončit jeho život, i když je jenom tak malý?*

**T: Odkud to vychází, že se cítíte TAK zraněn a že jste tak připraven o to bojovat a že sám vnímáte, jak jste citlivý, když druzí lidé nepřemýšlejí jako vy, z čeho to pramení? Napadá vás k tomu něco?**

*P: No já myslím, že se tento systém hodnot rozvinul v průběhu mého života, neřekl bych, že mi jej vštěpili rodiče a podobně, je to prostě můj respekt k životu a k lidem.*

**T: Můžete mi přesto říct něco o svých rodičích? Jak jste vyrostl?**

[...]

**T: Možná se teď můžeme na pár minut zastavit, protože mám takový dojem, že náš rozhovor se teď vyvinul, za tu tříčtvrtěhodinu, co spolu mluvíme, do podoby, kdy už nejste nervózní.**

*P: Dal jsem to stranou.*

**T: Mám takový dojem, že mluvení vám hodně pomáhá zvládat nervozitu, mluvení je něco, co vám jde, mluvení je něco, co dává věcem srozumitelné místo, což vám hodně pomáhá vyrovnat se s vašimi prožitky a je to pro vás možnost, jak zvládat nervozitu, jakou jste měl na začátku našeho rozhovoru.**

*P: Ano, ten adrenalin se mezitím zpracoval.*

**T: Takže se zpracoval, to je dost škoda, protože jsme možná opomenuli příležitost porozumět tomu, proč jste byl tak nervózní. Mohl byste se k tomu ještě jednou vrátit? Co by zde mohlo být, co by vás mohlo emočně zasáhnout? Nakonec jde o to, co to pro vás asi celé znamená, že se chcete naučit, jak lépe zvládat vaše pocity a to, co se ve vás děje. Co se vás tady dotýká?**

Pokud si myslíme, že bychom již dokázali posoudit oblast pacientových dysfunkčních vztahových schémat, intrapsychických konfliktů, struktury a připravenosti k psychoterapii, hovor ukončíme s tím, že pacientovi sdělíme, co bude následovat. V zásadě bychom se měli dopracovat k indikaci pro ten či onen léčebný postup a pacienta s ním seznámit. Pokud nemáme dost informací k takovému posouzení a doporučení, je namístě domluvit si s pacientem další konzultaci. Další věcí, kterou musíme udělat, je určení klinické diagnózy (duševní a psychosomatické poruchy dle ICD-10). K té se dopracujeme obvykle v úvodní fázi rozhovoru, ale někdy je nutné doplnit potřebné informace buď z dalších zdrojů (psychiatrické vyšetření, dotazníky zachycující duševní a psychosomatické symptomy) nebo v následném explorativním rozhovoru zaměřeném cíleně na určení diagnózy. Vhodnější je, když takový typ strukturovaného deskriptivně diagnostického interview vede jiný diagnostik.

## 8. Vyšetřování jednotlivých dimenzí OPD a plánování léčby

Na konci úvodního rozhovoru terapeut uspořádává svá pozorování, okamžiky důležitých prožitků, myšlenkovou práci v průběhu rozhovoru i svá průběžná testování hypotéz. Terapeut stojí před úkolem formulovat pro sebe, pro pacienta a případně třetí stranu (klinické pracoviště, kolegy, instituce), co si o pacientovi myslí, ve změní různorodých poznatků rozlišit podstatné od nedůležitého, hierarchizovat a zvolit argumenty, které svědčí ve prospěch té či oné léčebné modality. Jak byste posuzovali důležitost jednotlivých problémů z různých oblastí pacientova fungování? Podle čeho byste se rozhodovali, které z nich jsou významné při návrhu léčby (subjektivní utrpení, zatěžující vztahové vzorce, omezující konflikty, mučivé osobnostní rysy, handicapující symptomy)? Co by pro vás samotné bylo směřujícím vodítkem k určení, co je vlastně pro pacienta oním klíčovým problémem přístupným léčbě?

OPD je především klinický nástroj, který nám pomáhá plánovat, strukturovat a hodnotit psychoterapeutickou léčbu. Cílem úvodního rozhovoru v OPD je shromáždit materiál z těch oblastí pacientova fungování, na základě jejichž posouzení budeme moci navrhnout povahu a zaměření léčby a v jejichž rámci určíme ohniska, na která bude léčba zacílena (dysfunkční vztahový vzorec, intrapsychický konflikt, strukturální deficity). Ohnisky se stávají ty charakteristiky osobnostního fungování pacienta, o kterých předpokládáme, že způsobují a/nebo udržují pacientovy obtíže, a tudíž hrají klíčovou roli v psychodynamice klinického obrazu. V OPD předpokládáme, že aby bylo dosaženo podstatného terapeutického pokroku, musí dojít ke změně v souvislosti s těmito ohnisky. Volba ohnisek léčby je žádoucí zejména u různých modalit psychodynamických psychoterapií, které jsou ve srovnání s psychoanalýzou různě limitovány, například délkou léčby, její frekvencí, skupinovým uspořádáním apod. Výběr ohnisek léčby nám v případě psychodynamických psychoterapií umožní určit, zda má být terapie zaměřena více na intrapsychický konflikt a uvědomění si nevědomých motivací pacienta nebo zda se má více soustředit na deficity v jeho osobnostní struktuře a na posilování deficitních funkcí Já. Mluvíme pak o uspořádání terapie zaměřené na konflikt nebo na strukturu. Oba typy uspořádání se liší v parametrech (například v uspořádání léčby, terapeutickém postoji, v typech používaných intervencí apod.).

V následujících kapitolách se stručně seznámíme s jednotlivými oblastmi, které v OPD posuzujeme, uvedeme příklady otázek a situací úvodního rozhovoru, které s danou oblastí souvisí, a naznačíme vazbu jednotlivých posuzovaných oblastí na vlastní postup psychoterapeutické léčby. Předem lze říct, že položky osy I (subjektivní prožívání obtíží a předpoklady pro léčbu) se vztahují k rozhodování, zda je psychoterapie indikovaná či nikoliv, osy II-IV (vztahy, konflikt, struktura) se týkají úvah o náplni, upořádání a cílech psychoterapie.



## 8.1. Prožívání obtíží a předpoklady pro léčbu (osa I)

Na této ose zachycujeme objektivní charakteristiky současných potíží, ale především jejich subjektivní prožívání pacientem. Subjektivní představy o obtížích, o jejich původu a představy o možnostech, jak dojít ke změně, se ukázaly jako velmi důležitý indikátor připravenosti podstoupit psychotherapeutickou léčbu. To, jakým způsobem pacient prožívá své obtíže a jak s nimi zachází, co si o nich myslí a jakou má představu o léčbě, je úzce provázáno s motivací podstoupit psychotherapeutický proces. Jednoduše řečeno, ať už jde o jakoukoliv léčbu, vyhlídky na její úspěch zvyšuje skutečnost, že pacient se na ni cítí být připravený a dostatečně informovaný, aby ji mohl akceptovat a spolupracovat.

Pro psychodynamickou psychoterapii je důležité, aby pacient:

- projevoval určitou míru utrpení,
- projevil kapacitu k vhledu do psychodynamiky svých obtíží,
- byl sám motivovaný pro daný typ psychoterapie,
- a měl dostatečné osobní a sociální zdroje.

O nezbytnosti určité míry utrpení jako předpokladu psychoanalytické léčby psal již Freud a současné poznatky mu v tom dávají zapravdu. Jde o motor, který pacienta žene k tomu, že chce se svým stavem něco udělat, projít nějakou změnou. Schopnost vhledu je specifickým předpokladem pro psychodynamické psychoterapie a psychoanalýzu, pro které vhléd představuje jeden z účinných faktorů léčby. Samotná schopnost vhledu a psychologického smýšlení může být dostupná do různé míry, někdy může být vlivem nevědomých obran značně limitovaná. Důležitá pak je ochota pacienta analyzovat v sobě, proč například hůř rozumí tomu, co se v něm odehrává, proč má o nějakém tématu obtíží hovořit nebo o něm přemýšlet. Tato ochota je spjata s motivovaností a otevřeností pro psychodynamický typ léčby. Osobními zdroji myslíme vnější projevy strukturálních funkcí. Čím je osobnostní struktura slaběji vyvinutá a zranitelnější, tím více bude pacient psychoanalýzu nebo psychodynamickou psychoterapii zažívat jako náročnou a zatěžující, většinou musí být voleny různé parametry léčby, které pacientovi léčbu umožní. Například sezení tváří v tvář namísto ležení v psychoanalýze.

Osa I nám pomůže zformulovat odpovědi na několik otázek, které úzce souvisí s rozhodováním o indikaci k psychotherapeutické léčbě:

- O jaké potíže jde? Jak vážné jsou potíže? Jak zasahují do pacientova života? Jak dlouho trvají? Kdy se objevily poprvé?
- Jaká je míra subjektivního utrpení pacienta? Jaké symptomy pacient popisuje především? Jaké oblasti se primárně týkají?
- Jak si pacient vysvětluje původ a povahu svých potíží? Je ochotný se zabývat psychodynamickými souvislostmi nemoci?

- Jakou má pacient představu o léčbě, jakou by preferoval? Jakou odmítá? S jakou má zkušenost? Je utrpení takové, že pacienta nutí ke změně a k podstoupení léčby? Je motivovaný pro psychoterapii, kterou můžeme nabídnout?
- V čem vidíme zdroje pacientovy změny? Má je k dispozici a je schopný je využít? Do jaké míry je rozvinutá schopnost psychologického smýšlení? Introspektivní kapacita?
- Jaké jsou překážky změny? Jaké faktory udržují poruchu/problém? Jaké jsou sekundární zisky?

V první řadě se rozhodujeme, zda jsou přítomny obtíže, které je třeba léčit, a zvláště takové, které vyžadují psychotherapeutickou léčbu. Dále na základě těchto otázek můžeme zhruba určit, jestli máme před sebou „psychotherapeutického“ pacienta, čímž je myšlen pacient, který:

- do značné míry trpí psychologicky podmíněnými obtížemi,
- hovoří převážně o psychologických a vztahových obtížích,
- jeho pojetí obtíží je zaměřené na psychologické a vztahové faktory,
- přeje si psychoterapii, ať už zaměřenou na redukci symptomů, objasnění nevědomých motivů a hlubší sebezpoznání, emoční podporu nebo aktivní vedení,
- má k dispozici psychické zdroje (dostupné funkce Já),
- může ve svém okolí čerpat psychosociální oporu,
- je schopný psychologického smýšlení či introspekce,
- ohledně změny mu nestojí v cestě překážky vnitřní (silné odpory, strukturální deficity) ani vnější (např. dostupnost léčby),
- jeho sekundární zisky z obtíží jsou minimální,

Na opačném pólu by stál pacient „somatický“ či „anti-psychotherapeutický“, jenž potřebuje před případným zařazením do psychoterapie určitou přípravu, která mu umožní otevřít se nabízené léčbě. Vyznačuje se následujícími charakteristikami:

- mluví především o somatických symptomech a obtížích
- jeho pojetí obtíží je orientované na somatické faktory
- vyžaduje somatickou léčbu
- jsou přítomny vnější nebo vnitřní překážky změny, případně obojí
- sekundární zisky z obtíží blokují možnost změny
- psychické zdroje jsou minimálně dostupné
- schopnost psychologického smýšlení je značně omezená

Zkuste odhadnout potíže, s jakými by se na vás obracel „somatický“ pacient, jak by je formuloval a jak by je vám coby terapeutovi komunikoval.

### 8.1.1. Osa I a její zachycení v rozhovoru

To, *jak pacient prožívá své obtíže*, jak je představí, jaká je intenzita jeho subjektivního utrpení, většinou popíše hned v úvodu rozhovoru. Pomáhá, když terapeut pacienta povzbudí, aby popsal své potíže, starosti či problémy. Mnohdy stačí otázka, co pacienta přivedlo. Někteří pacienti nemají jasnou představu, proč je například obvodní lékař nebo psychiatr poslal za psychoterapeutem nebo do psychoterapeutického zařízení a v rozhovoru se ukáže, že spíš plní přání lékaře, aniž by skutečně uvažovali o psychologické léčbě. Jindy pacient přichází sám, má již zjištěné některé informace o psychoterapii, které během rozhovoru rozvíjí. Dále se můžeme zeptat, nakolik pacienta jeho obtíže v životě omezují a zjistit, že pacient třeba své problémy bagatelizuje, i když je zřejmé, že je jimi vážně zasaženo jeho každodenní fungování, jindy zveličovaná závažnost pacientových stížností neodpovídá tomu, jak se projevuje během rozhovoru. Pacient může hovořit převážně o svých problematických vztazích, jiný pacient bude podávat podrobný výčet svých somatických symptomů a hovořit dlouze o předchozích somatických vyšetřeních.

Ke sdělení, *jak pacient pojímá své obtíže*, ho můžeme vyzvat otázkou, jak si své potíže vysvětluje, jaký je jejich původ. Nebo se můžeme pokusit ukázat na spojitost somatického a psychického a zeptat se, jestli o takové souvislosti přemýšlel a jak. „Somatický“ či „anti-psychoterapeutický“ pacient může odpovědět něco ve smyslu „já nevím, nejsem doktor, to musíte vědět vy“. Naopak „psychoterapeutický“ pacient odpoví: „Myslím, že mé bolesti hlavy a skleslost nějak souvisí se smrtí mého otce“. Všimáme si, zda pacient sám přichází s nějakým vysvětlením obtíží, zda naléhá na určitý typ diagnózy (například na únavový syndrom), která by mu přinesla úlevu v podobě sekundárních zisků, zda, pokud již absolvoval nějakou psychoterapii v minulosti, se tato zkušenost odráží ve způsobu vysvětlování obtíží anebo zda naléhá na hledání nějaké somatické příčiny. Sami se v duchu můžeme zamýšlet, jestli a nakolik se liší naše pojetí pacientova onemocnění od jeho, nakolik jasnou představu si dokážeme o původu jeho obtíží vytvořit apod.

Otázka, co si pacient myslí, že by mu pomohlo, nás může přivést k jeho *pojetí změny a představě o léčbě*. Somatickou léčbu hledá pacient, který řekne, že doufá, že mu předepíšeme nějaké účinné léky, vnější sociální podporu očekává pacient, který je přesvědčený, že jeho depresivní potíže zmizí, jakmile si najde novou práci. O psychoterapii uvažuje pacient, který říká, že sice zcela nedůvěřuje tomu, že by ho samotné povídání mohlo zbavit jeho úzkosti z cestování, ale možná by mu pomohlo slyšet, jak s podobnými potížemi zacházejí jiní lidé. Všimáme si, zda pacient stojí o nějaký specifický typ léčby či psychoterapie a proč, zda projeví zájem, když mu psychoterapii nabídneme, zda a jak je pro něho významná vztahová rovina v řešení životních

těžkostí. V protipřenosu můžeme zaregistrovat například pocit, že nás pacient nějakým způsobem využívá, dostává nás pod tlak, abychom mu poskytli určitý typ léčby, přičemž ve hře může být nějaký sekundární zisk. Jindy nás pacient chytne za srdce a sami se snažíme ho získat pro psychoterapii a přehlédneme, že víc než o změnu mu jde o to, na někoho se navázat. Ptáme se sami sebe, zda si myslíme, že bychom svým přístupem uměli a mohli pacientovi pomoci.

*Ke zdrojům a překážkám změny* nás dovede otázka, kdo nebo co pacientovi pomáhá zvládat jeho obtíže, co mu pomohlo v předchozí léčbě, co zabránilo tomu, aby do psychoterapie nastoupil již dříve, proč do terapie docházel jen jednou do měsíce. Sekundární zisky z nemoci osvětlí dotaz, zda se pacientovi finančně uleví, když dostane invalidní důchod nebo zda to naopak bude znamenat jeho sociální propad. Pacient například mluví o tom, že své úzkosti dokáže mírnit relaxací a dokáže s podporou rodiny zvládat každodenní fungování, jiný pacient mluví o tom, že už dál nemůže a nevidí naději na uzdravu, léčbu podstupuje jako poslední možnost před tím, než půjde před komisi, rozhodující o částečném invalidním důchodu. Všímací si toho, jestli pacient přišel sám, byl odeslán ošetřujícím lékařem, donucen partnerem, nakolik je otevřený nabízené psychoterapii a nakolik přináší další a další důvody, proč nemůže do léčby v danou chvíli nastoupit. V sobě můžeme zaregistrovat pocit, že chceme pacientovi pomoci a věříme, že bychom mohli být úspěšní, nebo máme pocit, že všechny naše nabídky odmítá a nestojí o vztah s námi.

## 8.2. Opakující se dysfunkční vztahový vzorec (osa II)

Co si představujete pod shrnujícím názvem dysfunkční vztahový vzorec? Čím se vztahové vzorce stávají dysfunkčními? Z čeho můžeme v průběhu vstupního rozhovoru usuzovat na „dysfunkčnost“? Uvedli byste ze své klinické zkušenosti nebo ze svého okolí příklady vztahových uspořádání, ve kterých se dají rozpoznat dysfunkční vzorce?

Vztahy a vztahový rozměr zkušenosti (zejména automatizované dysfunkční vzorce) se podílejí na utváření psychických obtíží a/nebo na jejich udržování. Někteří autoři na psychické poruchy nahlízejí jako na poruchy v oblasti vztahů. Proto se i v psychodynamické diagnostice a v následné psychoterapii zaměřujeme na přítomnost opakujících se dysfunkčních vzorců chování. V psychoanalýze hovoříme o přenos-protipřenosové dynamice, která je v průběhu léčby analyzována. Dysfunkční vztahový (přenos-protipřenosový) vzorec můžeme definovat jako relativně trvalý a opakující se „gestalt“ vztahového uspořádání, v němž se splétá vztahová patologie pacienta se vzorci chování vztahových osob. Pacientův typický vzorec vztahování vyvolává na straně druhých lidí opakovaně typickou odezvu, která je většinou pro pacienta nějak neuspokojivá či zraňující a potvrzuje mu jeho nevědomá očekávání ve vztahu. Dysfunkční vztahové vzorce jsou pozorovatelnou rovinou vztahového chování pacienta, ve kterém

se odráží jak jeho intrapsychické konflikty, tak možnosti a omezení jeho osobnostní struktury. Často má toto vztahové chování obranný charakter a vnáší do vztahu nesnáze jak pro pacienta, tak pro druhé osoby.

V OPD rozlišujeme rovinu zkušenosti pacienta (jak vnímá druhé a sebe) a rovinu zkušenosti druhých včetně terapeuta (jak vnímají pacienta a svou reakci na něj). Schéma vztahové diagnostiky má kruhový charakter.

- a) Vztahová diagnostika začíná u toho, jak pacient opakovaně zakouší a vnímá druhé. Většinou popisuje negativní jednání (prožitek útoku či zklamání), například má pocit, že ho druzí ignorují, manipulují, omezují, znehodnocují, obviňují.
- b) Na takové jednání ze strany druhých pacient většinou reaguje defenzivně a tato defenzivní reakce se stává součástí jeho sebeobrazu. Tady diagnostikujeme to, jak pacient opakovaně prožívá a vnímá sám sebe. Například se vidí tak, že se převážně stahuje, drží se zpátky, chce být nezávislý, harmonizuje konflikty a střety.
- c) Tato uvědomitelná rovina jeho sebevnímání ve vztahu k druhým má však i svou nevědomou stránku. Do vztahů pacient obvykle vnáší nevědomé vztahové (přenosové) charakteristiky, skrze které druzí pacienta opakovaně vnímají a které vztah s ním většinou komplikují a znesnadňují. Pacient si o sobě například myslí, že je starostlivý, snaží se druhým za každou cenu pomoci, druzí to ale vnímají jako zasahování do jejich kompetencí, jako kontrolu apod. Jindy ho mohou vnímat jako útočného, znehodnocujícího, izolujícího se apod., což si pacient neuvědomuje.
- d) Přenosová vztahová nabídka v druhých obvykle vyvolává více či méně nevědomou (protipřenosovou) reakci, která většinou potvrdí pacientovo původní přesvědčení o chování druhých vůči němu, například že ho odmítají, ignorují, znehodnocují apod. To, že svým chováním sám k takové reakci přispěl, si pacient sotva uvědomuje.

### **8.2.1. Vztahově dynamická formulace**

Vztahovou dynamiku zachycujeme ve vztahově dynamické formulaci, která se stává jedním z ohnisek léčby v psychodynamické psychoterapii. Ve formulaci zachycujeme způsob, jakým pacient (v kontrastu s jeho pohledem na sebe) ve skutečnosti zachází ve svých vztazích s druhými. Tento pro pacienta nevědomý způsob v nich opakovaně vzbuzuje reakce, které pacient prožívá jako nepříjemné, zklamávající a zraňující. Odpovídáme v daném pořadí na následující otázky:

- 1) jak pacient znovu a znovu prožívá druhé (jak vnímá druhé),
- 2) jak reaguje na to, co prožívá (jak vnímá sebe v reakci na druhé),

- 3) jaký vztah pacient druhým (nevědomě) touto reakcí nabízí,
- 4) jakou odpověď tímto způsobem (nevědomě) v druhých vzbuzuje,
- 5) jak pacient prožívá, když na něho druzí reagují podle jeho očekávání.

Uvedme příklad 44leté depresivní pacientky, která si stěžuje, že zůstává sama na domácnost. Musí se o všechno starat do nejmenšího detailu. Děti neplní své domácí povinnosti a její manžel, kterého dost podporuje v kariéře, ji nechává dělat všechna rozhodnutí. Z perspektivy pacientky se z ní stal pečovatel a strážce rodiny. Cítí se být jejím středem. Vyčerpalo ji to a je depresivní, protože se cítí být opuštěná. Z perspektivy vyšetřujícího je nepřehlédnutelné, že pacientka při vyšetření mluví bez přestání jen o sobě, a přitom se úzkostlivě ujišťuje o tom, jestli jí terapeut věnuje pozornost. Na konci hodiny se s očekáváním na terapeuta podívá a doufá, že jí poradí. Vztahově dynamická formulace by pak mohla znít takto:

*Pacientka je o sobě přesvědčená, že se o druhé stará a pomáhá jim. Ve skutečnosti tím druhým vyčítá jejich nadměrné nároky a přehlížení. Nejspíš si neuvědomuje, že tím druhé ovládá a kontroluje, což je možná skrytý způsob, jak si zajistit možnost citově se na ně upnout. Na takový tlak druzí mohou reagovat odstrižením se, stažením, což potvrdí její přesvědčení, že na všechno zůstává sama.*

Jiná vztahově dynamická formulace popisuje dysfunkční vztahový vzorec u 28leté pacientky, která trpí atypickou bulimií:

*Pacientka hodně touží po vztazích s druhými a po ocenění z jejich strany, ale opakovaně zažívá, že je opuštěná a znehodnocená. Reaguje na to s o to větší snahou zavděčit se druhým, přizpůsobit se a harmonizovat konfliktní momenty ve vztazích. V přenosu se ukazuje, že její prožitek bezcennosti ponechává značný prostor druhým. Ti pak snadno její osobu a nevyjádřené přání po bližším vztahu přehlédnou. Což zpětně potvrdí a vyvolá její pocit, že je přehlížená a bez ceny pro druhé.*

### 8.2.2. Vazba na psychoterapii

Tento typ vztahové diagnostiky nám v psychoterapii pomáhá rozumět dysfunkčnímu vztahovému „gestaltu“, který bývá znovu odehrán v terapeutické přenos-protipřenosi situaci a který pacienta nebo jeho blízké v životě sužuje. Při psychoterapeutickém zacílení na vztahové dysfunkční vzorce je nutné si nejdříve uvědomit, zda dysfunkční vztahy jsou výrazem neurotických konfliktů a neurotických obranných postojů, tedy zda za dysfunkčním vztahovým chováním stojí nevědomé motivace. Například nevědomý konflikt mezi touhou po moci a kontrole na jedné straně a podrobností na straně druhé může vést k tomu, že se pacient vnímá jako člověk přizpůsobivý, který se snaží stoprocentně zvládat nároky ostatních, jež vnímá jako přehnané, ale ve skutečnosti je možné jeho přehnané plnění úkolů a přizpůsobivost vnímat jako nevědomou tendenci kontrolovat a ovládat druhé. V případě pacienta, jehož problematika leží převážně na straně intrapsychického konfliktu a jehož osobnost je relativně dobře integrovaná, volíme spíše psychoanalytickou léčbu, která využívá

regrese, analyzuje přenos a ukazuje či interpretuje pacientovi hlubší motivace jeho chování, kterým se učí rozumět. Může tomu být ale také tak, že dysfunkční vzorec je vyústěním strukturálních deficitů a představuje vlastně způsob jejich zvládnutí, byť se jeví jako dysfunkční. Příkladem by mohl být pacient, který se v situacích zvyšující se citové blízkosti začne chovat hostilně a odmítavě, což je jemu dostupný způsob, jak zvládat svou hrůzu z pohlcení a ze ztráty sebe sama. V takovém případě je nutné nejdříve posílit strukturální jáské funkce pacienta a vzdát se interpretativního postoje, který by odkrýval nevědomé motivace pacientova hostilního chování. Konkrétně by to v uvedeném případě znamenalo zaměřit se na posílení prožitku vlastní identity a self-objektivní diferencovanosti, a nikoliv na interpretaci jeho pudových destruktivních impulsů.

Podle úrovně dosažené strukturovanosti a integrovanosti osobnostních funkcí Já můžeme odstupňovat povahu psychoterapeutických cílů a intervencí, které se týkají dysfunkčních vztahů.

- 1) Zejména u strukturálně křehčích pacientů se při práci se vztahovými schémata zaměřujeme na pacientovo vnímání vztahových zážitků a hledáme způsoby jak dosáhnout jejich větší diferencovanosti. Například ve skupinové psychoterapii můžeme k určitému opakujícímu se konfliktu mezi pacienty přistoupit tak, že pacienta pobídeme, aby pojmenoval své pocity a emoční reakce, které během sporu s druhým pacientem/skupinou zažíval (diferenciace emočního prožívání), vyzveme ho, aby si zkusil představit, co mohl ve stejnou chvíli prožívat jiný pacient (diferenciace vlastního pohledu a pohledu druhých). To mnohdy otevře pacientovi zcela novou perspektivu, kdy si s překvapením uvědomí, že druzí danou situaci mohou vnímat odlišně. Stojí před vypořádáním se s přijetím a tolerováním rozporů, které mezi různými pohledy mohou vznikat.
- 2) Na další úrovni intervencí nám půjde o to, pomoci pacientovi vnímat a porozumět účinkům a následkům vlastního chování ve vztahových situacích. Pacient si postupně osvojuje pohled, že každá akce je spjata s reakcí, že jeho chování má dopad na prožívání a chování druhých osob a jejich reakce zase zpětně dopadá na něj samotného. Tato cyklická podoba vztahů bývá pro mnohé pacienty překvapující.
- 3) Teprve v další rovině, zejména u pacientů, kteří se vyznačují poměrně stabilní a integrovanou osobnostní strukturou, můžeme pracovat na porozumění a integraci nevědomých úmyslů a motivů, které vztahové chování podmiňují a udržují jeho dysfunkční povahu. Pacient tak stojí před přijetím těch aspektů sebe sama, které do té doby zůstávaly nevědomé a kterým ve svém vztahovém jednání slepě podléhal.

### 8.2.3. Osa vztahy a její zachycení v rozhovoru

Pacient sám nebo povzbuzen terapeutem popisuje důležité interakce s druhými lidmi, mluvíme o popisu vztahových epizod. Jeho popis většinou zahrnuje chování druhých osob vůči němu a chování pacienta v reakci na druhé. Někdy je nutné se aktivně dotázat na pacientovu představu o úmyslech a záměrech druhých ve vztahu k němu a stejně se doptat, případně formou zkusmé interpretace poukázat na jeho vlastní motivace nebo pocity. Posuzujeme pak ty vztahové epizody, které se v různých oblastech pacientova života opakují a mají dysfunkční povahu. Pacientův popis vztahových epizod je v diagnostickém procesu doplněný pozorováním pacientova vztahového chování ve vlastní situaci rozhovoru, v níž terapeut sleduje přenosové a protipřenosové charakteristiky celé situace. Hypotézy, které si o vztahovém chování pacienta vytváříme na základě jeho popisu vztahů s druhými lidmi, by měly korespondovat s hypotézami, které vyplývají z naší zkušenosti s pacientem. Příklady intervencí terapeuta, které navádí pacienta k popsání vztahových epizod, jsme podrobně pojednali v kapitole „Zachycení vztahových epizod“, na kterou zde odkazujeme.

### 8.3. Intrapsychický konflikt (osa III)

Současné klasifikační systémy standardně užívané v psychiatrické diagnostice (MKN-10, DSM-IV) nekoncepíjí duševní, behaviorální a psychosomatické poruchy ve vazbě na intrapsychický konflikt. Myslíte si, že je (stále) zapotřebí identifikovat případné konfliktní napětí, schémata, konstelace, vzorce? Napadá vás nějaký identifikovatelný konflikt, který by se podílel na vzniku či udržování duševní poruchy, strádání, těžkostí? Jak byste konflikt v prvním rozhovoru vyšetřili a posoudili jeho povahu? Sahrává při stanovování psychoterapeutické léčby nějakou roli podrobnější rozbor doložitelných a opakujících se vnitřních konfliktů? Konflikt je nevyhnutelnou duševní realitou každého člověka. Kdy se podle vašeho názoru pacient konflikty začne zabývat jako něčím obtěžujícím, co vede k nepohodě, utrpení, omezení životních možností?

Podíl nevědomých konfliktů na vzniku psychických poruch, zejména neurotických, představuje v psychoanalýze oblast, jejíž zkoumání má dlouhou historii a sahá k samým jejím počátkům. Rozsah naší publikace nedovoluje jednotlivá pojetí představit, proto se zde omezujeme na pojetí intrapsychického konfliktu v OPD.

Jsme přesvědčeni, že konfliktní tendence uvnitř každého člověka a mezi lidmi navzájem tvoří přirozenou součást života a jsou něčím, co motivuje lidské chování. Nemáme zde na mysli vědomé konflikty typu „něco si přeji a současně se tomu chci vyhnout“. Myslíme tu nevědomé konflikty či konfliktní tendence, které zůstávají neintegrovány v sebepojetí pacienta a současně determinují jeho prožívání, myšlení a chování. Často způsobem, který vede k utváření specifických neurotických symptomů nebo charakteru a v terapeutické situaci ke specifickým přenosovým a protipřenosovým projevům. Jednoduše řečeno, nevědomé intrapsychické konflikty představují střet mezi protichůdnými motivy, které zůstávají pro pacienta nevědomé. Příkladem může být nevědomá touha po péči, proti které stojí touha po nezávislosti. Různá



konfliktní pnutí a vnitřní dilemata tohoto typu patří k duševnímu životu, neurotickými se stávají ve chvíli, kdy se určitý konflikt stane dominantní a začne se projevovat nápadnými trvalými (fixovanými) vzorci v prožívání a chování jedince. Je to situace, kdy pacient je v obdobných situacích znovu a znovu puzen chovat se obdobným způsobem, který není uspokojivý pro něj a/nebo pro jeho okolí.

Při posuzování konfliktů bychom měli hodnotit několik jeho úrovní. V rovině *relativního zdraví* hovoříme spíše o subklinickém konfliktním napětí, kdy v osobnosti mohou být akcentovány určité rysy, ale nedosahují patologické závažnosti. Případně může jít o konflikt podmíněný nějakou aktuální zátěží, který nemá opakující se (neurotický) charakter, mluvíme o *aktuálním konfliktu*. V rovině *neurotických poruch* může opakující se neurotický konfliktní vzorec či dilema vyústit v nějaké symptomové kompromisní řešení anebo se promítnout do neurotické (konfliktem podmíněné) poruchy osobnosti. V dřívější psychoanalytické literatuře se mluvilo o „charakterové neuróze“. U *strukturálních poruch* nenajdeme u většiny případů nějaký vyhraněný opakující se konfliktní vzorec, ale spíše několik naznačených konfliktních schémat s různou mírou závažnosti. Problematika, ať už symptomová nebo osobnostní, je u takových případů podmíněna strukturálními deficity více než nevědomými konflikty. V tomto posledním případě je ovšem možný také odlišný pohled než jaký nabízí OPD, totiž že zatížení intrapsychickými konflikty je natolik silné, že se pod jejich tíhou začnou narušovat strukturální schopnosti. V takovém případě někteří autoři nemluví o strukturálních poruchách, jejichž původ pramení ze strukturálních deficitů funkcí Já, ale o „těžkých neurózách“ (Wurmser, 2000; 2007), které se vyznačují právě masivní vnitřní traumatizací, jejíž původ leží v přetížení intrapsychickými konflikty. V klinické praxi se setkáme ještě s jednou skupinou pacientů, kteří vlivem silných obran nejsou schopni si uvědomit rozporné stránky svého života ani afekty a citové prožitky. Přehlížení konfliktních aspektů života, potřeb a přání, doprovázejících afektů, prochází u nich napříč všemi oblastmi. Někdy se mluví o alexithymii nebo o „psychosomatické“ osobnosti. V rozhovoru sdělují, že je vše normální, bez problémů, nemají potíže, necítí žádné zvláštní emoce, jsou tu, protože je poslal lékař; když mluví o svém životě, omezují se na věcnou, praktickou stránku událostí.

### 8.3.1. Osa konflikt a její zachycení v rozhovoru

V následující části představíme jednotlivé konflikty, jak je koncipuje OPD, včetně možného způsobu kladení otázek v rozhovoru. Samotné otázky a komentáře by měly mít spíše povzbuzující charakter, rozhodně by nemělo jít o strukturovanou a vyčerpávající explorační jednotlivých konfliktových oblastí. Určení konfliktů v OPD by mělo být založeno na posouzení biografického materiálu, na scénickém porozumění a samozřejmě na přenosových a protipřenosových charakteristikách, tedy na materiálu, který pacient převážně sám a spontánně do rozhovoru přinese. V OPD rozeznáváme následující ústřední intrapsychické konflikty:

- 1) individuace vs. závislost,
- 2) podřízení se vs. kontrola,
- 3) péče vs. soběstačnost,
- 4) konflikt sebehodnoty (sebehodnota vs. hodnota druhých),
- 5) konflikt viny (egoistické vs. prosociální tendence),
- 6) oidipický konflikt (sexualizace vs. desexualizace),
- 7) konflikt identity (identita vs. disonance v identitě).

U každého konfliktu posuzujeme způsob jeho zpracování:

- pasivní s použitím převážně regresivních obran,
- aktivní s použitím protifobických obran a reaktivních formací,
- smíšený.

Každý konflikt se přitom vyznačuje hlavním afektem, jehož rozpoznání nám pomáhá v diferencování mezi jednotlivými konflikty. Nutno dodat, že jeden konflikt se může stát obranou proti jinému konfliktu, čímž se celá dynamika osobnostního fungování značně komplikuje a vrství. Cílem diagnostiky v OPD je pouze vytvořit profil konfliktů. To je důležité při určování konfliktového ohniska léčby, kdy zejména v časově limitované psychodynamické psychoterapii se můžeme soustředit na analýzu určité konfliktní konstelace a ostatní hlouběji vnořené konflikty nechat pro danou chvíli stranou.

### **1. Individuace versus závislost**

Dilema tohoto konfliktu se vyznačuje napětím mezi tíhnutím jedince k blízkému (symbiotickému) vztahu, které má existenciální charakter (bez druhého člověka by byl jedinec zcela ztracen) na jedné straně a až existenčním děsem z blízkého vztahu (je nutné si udržet nezávislost a citovou neangažovanost ve vztazích) na straně druhé. V *pasivním* modu se nám představí člověk extrémně závislý a bezmocný, slabý, jenž hledá jakýkoliv vztah, ve kterém by mohl cítit bezpečí, nebo usiluje až o splynutí s druhým. Jde o typ závislosti na vztahu jako takovém, ne o závislost ve smyslu touhy po péči a lásce (která je charakteristická pro konflikt péče vs. soběstačnost). V *aktivním* modu se nám představí člověk, který se nápadně vyhýbá blízkosti ve vztazích nebo vztahům vůbec a buduje si svou citovou nezávislost na vztazích, odmítá všechna citová pouta. Úzkost tohoto typu konfliktu je nesena buď strachem ze ztráty vztahu, oddělení se a z osamělosti anebo strachem ze ztráty sebe sama, ze splynutí a pohlcení druhým. *Hlavním afektem* je až existenční úzkost jako reakce na blízkost nebo vzdálenost. Nejde tu o běžnou úzkost z oddělení či odloučení, ale toto dilema být nebo nebýt ve vztahu dosahuje existenčních kvalit, máme co do činění s tragédií osamělého člověka. Vyskytuje se častěji u slabě integrovaných osobností.

V *rozhovoru* může pacient sdělovat, jak je pro něj důležité všechno se svými nejbližšími sdílet a jak je pro něj těžké snášet i malá odloučení od členů původní rodiny. Jiný pacient v rozhovoru zdůrazňuje, jak vyhledává spíš samotou, nemá rád situace, kdy jsou mu druzí moc blízko a jak ho děsí představa, že by s někým žil. Sami se můžeme pacienta zeptat:

*Jste člověk, který vyhledává velmi blízké vztahy, anebo si potřebujete udržovat spíše odstup a nezávislost?*

*Jak hodně potřebujete blízkost a kontakt s druhými, případně jak moc si chcete udržovat odstup a nezávislost?*

Dál se v rozhovoru, pokud je to nutné, můžeme ptát, jak pacient snáší samotou, jak prožívá odlukové situace, jak jsou pro něj důležité blízcí lidé, nakolik například dává v zaměstnání přednost vztahům s lidmi a nakolik se věnuje výlučně práci, zda patří do nějakých společenství nebo raději tráví čas o samotě, zda trpí pocity opuštěnosti. Terapeutická intervence pak může mít třeba následující podobu:

*Z vašeho líčení jsem získal dojem, že jste člověk, pro něhož je velmi důležité mít svůj vlastní prostor, neudržovat příliš blízké vztahy a udržovat si svoji nezávislost. Je tomu tak?*

*V průběhu našeho rozhovoru jsem vnímal, že jste nejšťastnější, když můžete být ve velmi blízkém vztahu s druhými lidmi, zejména s vaší rodinou. Vidíte to podobně?*

Nepouštíme ze zřetele to, jak se pacient během rozhovoru projevuje, zda s námi snadno vytváří silnou citovou vazbu nebo si naopak drží emoční odstup. Jak ukončuje rozhovor, odchází téměř bez rozloučení, bez očního kontaktu apod. nebo naopak se mu nedaří překročit práh naší pracovny a má tendenci s námi setrvat v hovoru. Protipřenosově můžeme pacienta vnímat jako někoho, kdo se na nás značně citově upíná, až pohlcuje nebo naopak cítíme emoční chlad, distanci a osamělost. Můžeme cítit puzení pacienta už nepustit a vzít ho určitě do terapie nebo naopak uvažujeme o tom, jak ho odeslat jinam. Zvažujeme, zda převládá jeden nebo druhý pól, nebo se oba póly střídají.

## **2. Podřízení se versus kontrola**

Dilema tohoto konfliktu se vyznačuje napětím mezi tendencí kontrolovat druhé a ovládat je na jedné straně a sklonem podřizovat se, nechat se ovládat a kontrolovat druhými na straně druhé. Jde o krajní a vystupňovanou podobu obecného dilematu mezi přáním nechat se vést a přáním vést druhé. Úzkost se u daného typu konfliktu týká především strachu z podřízení se nebo strachu z pocitů viny a studu za překročení pravidel. *Vedoucím afektem* je zlost a úzkost. V *pasivním* modu máme před sebou člověka, který je poslušný, podrobný, podřizuje se druhým, principům, normám, povinnostem, mluvíme o pasivně-agresivním typu podrobení se s převažujícími afekty bezmocného vzteku, touhy podřít se, strachu, studu. V *aktivním* modu pak vidíme člověka, který bojuje o moc, nadvládu, práva, vliv či vedení, vzpírá se autoritám, převažujícím afektem u něho je vzdorovitá agresivita, touha po moci, hněv a vztek,

podrážděnost. Tento konflikt se často vyskytuje u pacientů s anankastickými rysy nebo charakteristikami.

V rozhovoru s pacientem se objevují témata dominance a submise, moci a bezmoci, rigidity, lpění na tradicích, pravidlech, hierarchii, pasivního odporu, zadržování, vzdoru, potřeby mít pravdu, servilnosti či poddajnosti apod. Pacient se může projevat podrážděně, vzdorovitě, pasivně-agresivně. Cítíme, že si svého vzdoru, nesouhlasu a z nich plynoucí převahy užívá. S takovým pacientem míváme pocit, že kontroluje nás nebo situaci vyšetření. Opakovaně nás nenechá nic říct s tím, že ho máme nechat domluvit. Jindy naopak nás aktivně pobízí, abychom se ho ptali, aby neřekl něco špatně, že my jsme odborníci a víme vše nejlépe apod. Někdy v sobě můžeme zachytit tendenci pacientovi neodporovat a podřídit se, jindy naopak má tendenci přimět nás k odporování a boji, ke snaze vnutit mu vlastní vůli nebo nás „svádí“, abychom ho řídili. Zeptat se na oblast daného konfliktu nebo ji komentovat můžeme následujícími způsoby:

*Jak důležité jsou pro váš život pravidla a řád?*

*Jak zacházíte s pravidly a předpisy?*

*Udělal jsem si o vás správný obrázek, když vás vnímám jako člověka, který se rád/nerad podřizuje pravidlům a nárokům autorit?*

*Mám dojem, že vaši opakovanou zkušeností ve vztazích je, že narážíte na názorové neshody s druhými lidmi, zejména s autoritami. Vidíte to podobně?*

*Zdá se mi, že ve vztazích při názorových střetech nakonec většinou přijmete pohled druhých a příliš se proti němu nevymezujete.*

### **3. Potřeba péče versus soběstačnost**

Dilema tohoto konfliktu se vyznačuje napětím mezi přáním, aby člověku druhí poskytli péči a pocit bezpečí na jedné straně, a tendencí být soběstačný a péči druhých nepotřebovat na straně druhé. V pozadí stojí obecné dilema potřeby lidí něco získat oproti potřebě něco odmítat. Konflikt předpokládá základní schopnost navázat a udržet vztahy. Na rozdíl od konfliktu individuace vs. závislost, v němž jde o existenční závislost nebo nezávislost na vztahu, zde jde o závislost nebo nezávislost na péči a poskytování lásky, která se odehrává uvnitř již existujícího vztahu. Problémem není vztah jako takový (být ve vztahu / nebýt ve vztahu), ale základní otázka, kdo o koho pečuje, kdo poskytuje bezpečí a podporu a v jaké míře. Převažuje *strach* ze ztráty pečujícího objektu, lépe řečeno ze ztráty jeho lásky a podpory. *Hlavními afekty* jsou zármutek a truchlení, závist. V *pasivním* modu před sebou máme člověka, který se dožaduje péče, silně se citově váže a upíná, jeho přání být objektem péče a ochrany vede k jeho silné závislosti ve vztahu, která může mít až vydírající či zneužívající charakter. V *aktivním* modu vidíme člověka, který přehnaně usiluje o soběstačnost, nedává najevo své potřeby a případné pomoci od druhých či svých nároků se zříká a naopak často

do roztrhání těla pečuje o druhé, nechce být nikomu přítěží. Že takový přehnaný altruistický postoj je obranou před nevědomým přáním získat péči a lásku anebo před předjímaným zklamáním, že by se lásky a starosti nedočkal, je zřejmé. S tímto konfliktem se často setkáváme u depresivní problematiky.

V *rozhovoru* se například pacientovy myšlenky točí kolem otázky, zda se o něj druzí (partner, rodiče, zaměstnavatel) dost a dobře starají nebo naopak, zda pacientovy nároky na péči a lásku nejsou příliš velké a neoprávněné a druhé neničí a nezatěžují. Obrázek o pacientově fungování v této oblasti si můžeme dokreslit následujícími otázkami nebo komentáři:

*Míváte opakovaně pocit, že se o vás druzí nedostatečně starají?*

*Jak přijímáte pomoc druhých?*

*Vypadá to, že jste člověk, který toho hodně dělá pro druhé, ale sám své potřeby nechává stranou.*

*Vyznívá to tak, že byste si od vašich rodičů a dnes od vašeho zaměstnavatele přál větší podporu a zajištění většího pocitu bezpečí.*

Během sezení můžeme vnímat, že se pacient projevuje jako někdo, kdo se na nás nebo na možnou léčbu u nás od samého počátku nadměrně upíná a dožaduje se jí. Nebo jej zakoušíme jako člověka, který se nabízenou péčí a porozumění zdráhá přijmout s poukazem na to, že jistě jsou na tom jiní pacienti hůře a že by jim nerad zabíral místo. Můžeme si povšimnout, že pacient je zklamán a posmutnělý, když mu sdělíme, že léčba je namístě, ale že mu vzhledem k naší časové kapacitě musíte doporučit jiného kolegu. Někdy se můžeme cítit pod tlakem pacientova citového „hladu“, který v nás budí zlost. Jindy si všimneme, že na rozdíl od jiných situací pacientovi poskytujeme nadměrnou péči, aniž by o ni on sám žádal.

#### **4. Konflikt sebehodnoty (sebehodnota versus hodnota druhých)**

Dilema tohoto konfliktu se vyznačuje napětím mezi přehnanou potřebou být druhými povzbuzován ve své vysoké sebehodnotě na jedné straně a zesíleným prožitkem znehodnocení na straně druhé. V pozadí stojí přirozená lidská potřeba být rozpoznán a uznán ve své hodnotě. Myšlenky a prožitky pacienta se u tohoto typu konfliktu točí kolem otázky, zda je jeho hodnota v očích druhých velmi vysoká nebo velmi nízká. Snaha získat ocenění vlastní osoby se v očích pacienta častokrát ukázala jako neúspěšná nebo nedostatečná. Převažuje *strach* ze znehodnocení. *Hlavním afektem* je stud, případně narcistický vztek. V *pasivním* modu se člověk představí jako někdo, kdo se znehodnocuje, ukazuje velkou citlivost na zranění své sebeúcty, ze srovnání s druhými vychází jako někdo méně hodnotný. *Aktivní* modus představuje kompenzační regulaci nerušeného prožitku vlastní hodnoty a projevuje se například přehnanou sebedůvěrou, pocitu nezranitelnosti a všemocnosti, ve vztazích pak specifickými typy vztažnosti, které mají sloužit k zakrytí nejistot ohledně vlastní hodnoty – patří sem idealizace druhých nebo jejich znehodnocování, vyžadování obdivných nebo

souhlasných reakcí. V OPD se rozlišuje mezi konfliktem sebehodnoty a strukturálním narušením regulací sebehodnoty. U strukturální problematiky destabilizuje prožitek sebehodnoty pacienta prakticky „cokoliv“, nenalézáme nějaký specifický a opakující se typ situací, ve kterých by k tomu docházelo, jako v případě konfliktu sebehodnoty. U konfliktu sebehodnoty také zachytíme spíš aktivní nebo spíš pasivní modus zvládnutí narušení rovnováhy v prožívání sebehodnoty, u strukturální problematiky podoba zvládnutí deficitů v regulaci sebehodnoty značně kolísá a mění se. Prakticky nebývá snadné rozlišit obě tyto polohy (konfliktní a strukturální), konflikt samozřejmě ovlivňuje strukturální schopnosti a naopak deficit ve strukturální funkci může přispívat ke specifickému typu konfliktního schématu. Daný typ konfliktu nacházíme u pacientů s určitým typem tzv. narcistické problematiky.

V rozhovoru se objevují všechna zmíněná témata: citlivost na dotčení vlastní hodnoty, sebeznehodnocování, znehodnocování druhých, prožitky selhání a menší ceny ve srovnání s druhými, nebo naopak idealizace druhých, prožitky a projevy vlastní grandiozity Pro doplnění našeho obrazu o této oblasti můžeme formulovat například tyto otázky:

*Jste člověk, který je citlivý na dotčení, který se urazí snadněji než druzí? Co to je, co se vás dotýká?*

*Cítíte se často méněcenně ve srovnání s druhými lidmi? Stydíte se za sebe?*

*Dělá vám dobře obdiv druhých lidí? Jak něco takového prožíváte?*

*Z toho co říkáte, na mě děláte dojem sebevědomého člověka. Existují situace, kdy si sebou nejste tak jistý?*

V rozhovoru můžeme pozorovat, že se pacient projevuje zahanbeně, cítí se méněcenně anebo se naopak během rozhovoru chová velmi sebejistě, ukazuje jak je skvělý a chce naše potvrzení, a pokud nezažívá zrcadlení své grandiozity z naší strany, cítí se být dotčen, případně reaguje podrážděně, zlostně, neodpustí si rýpnutí, která mají terapeuta znemožnit. Mnohdy jsou to jemné nenápadné poznámky, které se nás nicméně dotýkají. Na pacientovy prožitky méněcennosti můžeme reagovat jeho podporou, sycením jeho narcismu. U opačných projevů, kdy se pacient nad nás vyvyšuje či nás znehodnocuje, pak můžeme pocítovat nutkání pacienta usadit, zesměšnit, anebo naopak se sami cítit dotčení a pochybovat o sobě.

### **5. Konflikt viny (egoistické versus prosociální tendence)**

Dilema tohoto konfliktu se vyznačuje napětím mezi potřebou podléhat zvnitřněnému systému sociálně podmíněných hodnot a norem (vyšším normativním standardům) na jedné straně a potřebou uplatňovat vlastní egoistické nároky na straně druhé. Předpokladem je, že jedinec je schopný zakoušet pocity viny. Ústřední v tomto konfliktu je otázka: „Jsem vinen, nebo jsem v právu?“ V pozadí převažuje *strach*, že udělá něco špatně, poruší pravidla, která jsou sociálně a kulturně určená. Jejich porušení navozuje prožívání viny spolu se smutkem a depresivními prožitky u pasivního modu

a zlostí u aktivního modu. *Pasivní* modus řešení tohoto konfliktu se projevuje podléháním pocitům viny, snadným přebíráním odpovědnosti, až masochistickou submisí, trvalým sebeobviňováním, sebevýtčkami až sebetrestáním a silnou tendencí omlouvat druhé a obětovat se za ně. *Aktivní* modus řešení se projevuje odmítáním vlastní odpovědnosti nebo viny a obviňováním druhých, nadměrným egoismem, vyvyšováním se nad ostatní ve smyslu jsem ctnostnější a morálnější. Nutno říct, že pocity viny se objevují také v souvislosti s ostatními konflikty. Abychom určili konflikt viny, musí být sklon k sebeobviňování nebo obviňování druhých vystupňovaný, projevovat se v různých oblastech života a přesahovat srozumitelný podíl vlastní odpovědnosti nebo odpovědnosti druhých. Diferencovat bychom měli mezi konfliktem viny, u kterého pacient obviňuje sebe nebo druhé z chyb a špatností, a dalšími konflikty, kde obviňování může hrát svou roli, ale týká se něčeho jiného: obviňování z nedostatečné péče nebo sebeobviňování za chamtivost a závist (konflikt péče / soběstačnost), obviňování ve snaze získat nad druhým převahu nebo sebeobviňování v touze podřídit se (konflikt podřízení se / kontrola), obviňování motivované snahou druhého zostudit a znehodnotit (konflikt sebehodnoty), sebeobviňování za uspokojování sexuálních tužeb (základy Nadjá u oidipského konfliktu). Aktivní modus konfliktu viny ve vystupňované podobě nacházíme u některých paranoidně nastavených pacientů, s pasivním modem se v mírnější podobě setkáváme u pacientů, jejichž deprese je podmíněna prožitky viny (depresivní způsob zacházení s vinou) a u masochistických charakterů.

V *rozhovoru* se setkáme s opakovanými výčitkami, že druzí nedělají co mají, například si pacient stěžuje na neschopnost lékařů přijít na příčiny jeho obtíží a obviňuje je tím z jejich liknavého přístupu. Nebo se pacient obviňuje za něco, za co nutně nemusí být zodpovědný, například když je jeho manželka smutná, má okamžitě pocit, že něco udělal špatně. Dotazy na tuto oblast můžeme formulovat například takto:

*Jste člověk, který hledá zodpovědnost spíš u sebe, nebo u druhých, když se například něco nedaří v rodině, v zaměstnání?*

*Když vás někdo z něčeho obviní, jak reagujete? Spíš se bráníte nebo vinu vezmete na sebe?*

*Míváte často pocit, že jste se vůči druhým nějak špatně zachoval a máte tendenci se omlouvat? (Míváte často pocity, že se druzí zachovali špatně a máte sklon jim to předhazovat?)*

*Zdá se mi, že se ve vaší rodině chováte jako někdo, kdo na sebe přebírá odpovědnost za druhé, když se jim něco nepodaří.*

*Vypadá to, že jste přesvědčený, že za vaše životní nezdary mohou vaši rodiče.*

Obecně u tohoto typu konfliktu v různých oblastech života pacient nápadně často přisuzuje zodpovědnost/vinu sobě nebo druhým. V protipřenosu můžeme pocítovat tendenci pacienta omlouvat, uklidňovat, že za to či ono přeci nemůže, nebo naopak máme sklon odsuzovat určité jeho chování či postoje.

## 6. Oidipisko-sexuální konflikt (sexualizace versus desexualizace)

Dilema tohoto konfliktu se vyznačuje napětím mezi touhou být uznán a žít ve své dospělé sexuální identitě na jedné straně a přáním vyhnout se dospělé sexuální identitě, pocitům a chování, které s ní souvisí, na straně druhé. Převažuje *strach* z konfrontace s nejistotami ohledně sexuální identity, prožívání a chování. Hlavními *afekty* jsou rozpaky a pocity trapnosti, zmatek a úzkost v konfrontaci s otázkami vlastní sexuality, které mohou být v aktivním modu obranně kompenzovány dramatinizovanými emocemi a erotizovanými afektivními projevy. V *pasivním* modu se pacient v sexuální oblasti vyznačuje naivitou, nedotčeností, působí, jakoby byl bez erotických a agresivních charakteristik, vyhýbá se soupeření, tomu být nápadný, atraktivní, snaží se působit „asexuálně“, jinak řečeno, erotické a sexuální stránky života vnímá, nahlíží a prožívá nedostatečně. V *aktivním* modu naopak má pacient tendenci různé situace a vztahy sexualizovat, zevšeobecňovat sexuální témata, rivalizovat, projevovat se svádívě, nestoudně a současně nedostupně, přehánět vlastní sexuální roli či atraktivitu, být jako muž či žena centrem pozornosti, dosáhnout reálného sexuálního uspokojení se mu však nedaří. V pozadí je vlastně ve své sexuální roli takový člověk nejistý a sexualizace či erotizace jsou způsobem, jak se o své vlastní ženskosti nebo mužskosti neustále ujišťovat. V OPD je oidipický konflikt pojímán úžeji než v psychoanalýze, jde o zvýraznění jednoho výseku komplexní oidipické problematiky, který se týká schopnosti přijmout vlastní mužskou nebo ženskou sexuální identitu a to, co je s ní spojeno. Častěji tento konflikt podmiňuje hysterickou problematiku.

V *rozhovoru* častěji zachycujeme ve spojení s mužsko-ženským světem témata rivality, soupeření, idealizace/znehodnocení („Jsem nejatraktivnější žena v místnosti“ / „Jako muž za nic nestojím“). Vidíme, že pacient ve svém životě eliminuje, skrývá nebo se vyhýbá situacím a projevům, ve kterých by vyjadřoval svou ženskost či mužskost, nebo naopak tyto aspekty zveličuje, vkládá i tam, kde působí nepřiměřeně. Pacientka například s hořkostí hovoří o tom, že tatínek preferoval její mladší sestru, jindy nerozumí tomu, proč s ní muži chtějí jen spát, ale žádný s ní nevydrží v dlouhodobém vztahu, po kterém touží. Jiná pacientka, které v době dospívání zemřela matka, se dodnes zlobí na otce, že si krátce po smrti matky přivedl domů jinou ženu, pacientka sama vychovávala dceru bez partnera, nikdy se nevdala, žije v domě otce a jeho nové partnerky a udržuje dva neuspokojivé vztahy, v prvním z nich je zamilovaná do muže, se kterým sdílí řadu intelektuálních a estetických témat, ale nedovolí mu, aby ji byl jen políbil, s druhým udržuje sexuální poměr, ale sporadicky, protože muž žije na druhém konci republiky. Vlastní partnerský život zůstává nenaplněn, protože pacientka předpokládá, že se bude muset jednou starat o stárnoucího otce, aniž by brala v úvahu, že otec má oporu ve své o několik let mladší partnerce. Na danou oblast můžeme pacienta nasměrovat některou z následujících otázek:



*Řekněte mi, jaký je váš vztah k rodičům, sourozencům, sexuálnímu partnerovi/partnerce, kolegům/kolegyním v práci?*

*Co vy a vaše tělo, jaký vztah máte k sexualitě? Jak v této oblasti fungujete, nakolik vás sexuální život uspokojuje?*

*Je pro vás důležité být druhými vnímaný jako muž/žena? Dovedete si užít tento typ pozornosti? Cítíte se být atraktivní jako muž/žena?*

*Jaké to pro vás je, když se pro někoho stanete atraktivní jako žena /muž?*

*Jak reagujete, když někdo zpochybní vaši eroticko-sexuální přitažlivost?*

V rozhovoru můžeme pozorovat, že se pacientka prezentuje jako „šedá myš“ – neživá, nenápadná, hledající soulad, bezpečí, projevující se pseudoregresivně jako „malá holčička“, nebo naopak se představí jako svádějící žena, emocionalizující a dramtizující situaci vyšetření v erotickém slova smyslu, postrádající ostych. Vidíme, že se pacient chová stydlivě a nejistě, když se dostává k tématu sexuality nebo vlastní agresivity a rivalitních tendencí. Tělo a tělesné prožívání může v rozhovoru opomíjet, vnímat je jako neerotické, případně tělesné tužby a slast vnímat jako něco rušivého, co chce ze života vytlačit. Jindy zas tělo redukuje na objekt, který je jen zdrojem sexuálního uspokojení. V protipřenosu můžeme pocítovat silnou erotickou přitažlivost k pacientovi a cítit se přitom nejistě, trapně, stydět se za své fantazie a pocity, nebo naopak máme tendenci vnímat pacienta a celou situaci vyšetření jako nudnou, bez erotického náboje, což prozrazuje defenzi proti sexuálním pocitům. Můžeme si všimnout snahy zaujmout a soupeřit v pohlavně specifické oblasti. Pacient nás může idealizovat, svádět do pozice rodičovské autority, přičemž se cítíme zmatení, zda po nás pacient chce ochranu nebo vyjadřuje sexuální zájem. Následují příklady terapeutických formulací oslovujících danou oblast:

*Dělá to na mě dojem, že se považujete za člověka spíš nezajímavého a neatraktivního, že máte jako muž/žena sklon se raději nesměle držet zpátky pokud jde o druhé pohlaví.*

*Zdá se mi, že se hodně snažíte udržet harmonii ve svých vztazích, zejména pokud jde o rodiče /sourozence / partnera – je to váš způsob, jak se vyhnout napětím a nutným konfliktům, například žárlivosti nebo rivalitě?*

*Mám dojem, že pro vás není tolik důležitá vaše ženská/mužská přitažlivost, že spíš hledáte ve vztazích klid a bezpečí.*

*Vypadá to, že ze svého života a ze vztahů vylučujete erotické a sexuální aspekty – mohlo by to být tak, že se obáváte, že kdybyste se více projevovalla jako muž/žena, cítila byste se trapně, kdyby na to druzí reagovali nebo byste se naopak bála, že vás druzí v této oblasti dostatečně neocení?*

*Chápu to správně, že se obecně vnímáte jako poměrně atraktivní muž/žena a nemáte žádný problém přitáhnout k sobě pozornost?*

*Rozuměl jsem správně, že ještě dnes bojujete se svými sourozenci o místo oblíbeného/ho dcery /syna, a proto nemůžete matku/otce opustit?*

*Představuji si to správně, že jste rád středem pozornosti a dělá vám dobře, když můžete soupeřit se svou partnerkou / kolegy / dětmi a vycházet z toho jako schopnější, ale že to na druhou stranu vede k napětím a konfliktům ve vašich vztazích, protože to druhým není příjemné?*

*Mám takový dojem, že váš tělesný vzhled je pro vás velmi důležitý a že toho pro něj hodně děláte, např. fitness / péče o tělo / kosmetické operace..., že chcete být fyzicky atraktivní a možná atraktivnější než ostatní.*

*Zdá se mi, že opakovaně vyhledáváte (musíte vyhledávat) situace, v nichž vás druzí přijímají a vnímají jako ženu/muže – možná proto, že si nejste jistal/jist, zda jste v očích druhých schopný, přitažlivý a žádaný.*

*Zdá se mi, že sexualita je pro vás zvláště důležitá a že v sexuálních vztazích často hledáte uznání a potvrzení své ženské/mužské sexuální přitažlivosti, ale že ve skutečnosti nejste v této oblasti zcela uspokojená/uspokojený.*

## **7. Konflikt identity (identita versus disonance v identitě)**

Dilema tohoto konfliktu se vyznačuje napětím mezi potřebou žít v jasné sociální identitě na jedné straně a tlakem k loajalitě vůči vnitřním a vnějším požadavkům zastávat různé role na straně druhé. Hlavní obavou je *strach* z nemožnosti žít v jasné identitní roli, pacient v této oblasti prožívá nejistotu. V *pasivním* modu má pocit, že jeho identita není dostatečná, cítí se nejistě v různých rolích, nedaří se mu plně se s nimi identifikovat, ptá se sám sebe, kam vlastně patří. V *aktivním* modu se pacient kompenzačně snaží svou identitu posilovat například tím, že si vypůjčuje aspekty identity nějaké skupiny, partnera apod. Na rozdíl od problému v prožitku identity jako takové, kdy pacient nemá jasné směřování a nedokáže popsat sebe sama a to, jakým člověkem je (strukturální problematika), jsou u konfliktu identity jednotlivé okruhy identit jasně vymezeny, ale je mezi nimi nesoulad a rozpor, který pacient nedokáže řešit. To může vést například k tomu, že se nemůže ztotožnit se svým životním směřováním, prožívá nejistotu, kam patří. Ukázalo se, že se tento konflikt v klinické populaci vyskytuje velmi zřídka. Příkladem by mohl být pacient, který byl v rodině své ženy považován za outsidera kvůli svému náboženskému přesvědčení. Důsledkem bylo, že se kompenzačně ztotožnil s rodinnou historií a zvyky rodiny své ženy, stal se strážcem rodinných tradic, ale ve skutečnosti se trápil pocitem, že to vlastně není on.

V *rozhovoru* narážíme na rozporuplné představy o sobě samém a o svém životním směřování, které jsou zdrojem nepohody a napětí. Do rozporu se může dostávat identita tělesná, pohlavní, rodinná, etnická, náboženská, sociální, politická, emoční a profesní a jejich různé aspekty. Můžeme si například všimnout, že pacient se během rozhovoru vyhýbá těmto rozporným aspektům a zakrývá nesoulad ve svých různých identitních rolích. Komentář zacílený na tuto oblast může znít například takto:

*Přijde mi, jako byste byl rozpolcen mezi svou rolí otce a manžela a svým uměleckým zaměřením a životem herec.*

## 8.4. Struktura osobnosti (osa IV)

V tradici americké deskriptivní klasifikace (na rozdíl od evropské) se oddělují duševní potíže a strádání (osa I) od poruch osobnosti a úrovně jejího fungování (osa II). Myslíte si, že má toto oddělování a samostatné posuzování osobnosti pacienta nějaký praktický význam? Pokud ano, jaký? Čeho si všímáte při hodnocení osobnosti a jejího fungování, které projevy jsou pro vás určující? Proč má smysl hodnotit osobnostní strukturu či vývojovou úroveň fungování osobnosti při hledání optimální psychoterapeutické péče?

Pojetí struktury má v psychoanalýze dlouhou tradici, i když se její význam může u různých autorů lišit a neexistuje jednotné pojetí osobnostní struktury. V psychologickém smyslu strukturou rozumíme celkové uspořádání psychických funkcí a dispozic, které jsou vývojově podmíněné a tvoří poměrně stabilní a trvalou charakteristiku jedince. Osobnost (či charakter) v tomto kontextu je jen povrchový výrazem osobnostní struktury, kterou samu o sobě nemůžeme pozorovat. Struktura se vyvíjí a ustaluje kolem hlavních vývojových dimenzí (např. regulace afektů a objektivních vztahů, myšlení a percepce, citové komunikace), působí jako něco poměrně trvalého, co podléhá změně jen pomalu a omezeně. To dovoluje jak o struktuře, tak o jejích dílčích funkcích uvažovat v perspektivě dosažené vývojové úrovně od méně zralé po zralou, případně od méně integrované po integrovanou úroveň.

Pojetí struktury v OPD nabízí popis psychických funkcí Já z hlediska vztahu k sobě (self) a k druhým (objektům). Struktura je definována jako způsob, jakým „já“ utváří sebe samo a své funkce ve vztahu k druhým (objektům). Jedná se o jednodimenzionální konstrukt, který zahrnuje různé dílčí psychické funkce, ty ovšem fungují propojeně a v závislosti jedna na druhé. Zajímá nás, nakolik jsou dostupné jednotlivé psychické funkce, které regulují vztah „já“ (self) k sobě samému a k vnitřním a vnějším objektům. Jinými slovy můžeme říct, že struktura má funkci chránit zkušenost dané osoby, udržovat její identitu a soudržnost a umožnit zvládnout a integrovat novou zkušenost, která přichází z vnitřního i vnějšího světa (Kinston a Cohen, 1988). Předpokládáme, že čím vyšší je úroveň strukturální integrace, tím dostupnější budou jednotlivé psychické funkce.

### 8.4.1. Úroveň strukturální integrace a jejich charakteristiky

V OPD rozlišujeme čtyři úrovně integrace osobnosti, které tvoří kontinuum:

- Dobrá integrace
- Střední integrace
- Nízká integrace
- Dezintegrace

### **Dobrá integrace**

Na úrovni dobré integrace psychické struktury předpokládáme celkem autonomní Já, které zprostředkovává určitou rovnováhu mezi vnitřními pudovými tlaky, internalizovanými normami a vnější realitou. Napětí mezi různými tlaky je zpracováváno intrapsychicky. To předpokládá diferencovaný vnitřní duševní prostor, který je člověk schopný dobře vnímat. Mluvíme o intrapsychické podobě konfliktů. Dílčí psychické funkce jsou dostatečně zralé a dostupné, například schopnost sebereflexe a prožitku jasné identity, na realitě založené vnímání druhých a sebe, schopnost prožívat celou škálu emocí a připustit si celé spektrum myšlenek a představ, schopnost seberegulace a regulace objektivních vztahů, schopnost empatie či možnost opřít se o vnitřní dobrou zkušenost (objekty) v situaci zátěže, včetně schopnosti říct si o pomoc druhých a přijmout ji, člověk je schopen nalézt v sobě zdroje k zvládnutí konfliktních napětí a navodit ztracenou rovnováhu. Ústředním strachem je strach ze ztráty lásky objektu. Mezi mechanismy či styly zvládnání zátěže patří například anticipace, humor, sublimace.

### **Střední integrace**

Na úrovni střední integrace psychické struktury (někdy se označuje jako neurotická úroveň fungování osobnosti) stále předpokládáme diferencovaný vnitřní psychický prostor a intrapsychickou podobu řešení napětí a konfliktů. Strukturální funkce jsou v zásadě dostupné, ale mohou být omezeny vnitřním konfliktem a jeho neurotickým řešením. Konflikty mezi různými pudovými tlaky a nároky přísného a rigidního Nadjá, ideály Já a vlivu vnější reality jsou tu naléhavější, vzbuzují úzkost, která spouští specifické obranné mechanismy založené převážně na vytěsnění. Obrany bývají málo flexibilní a v případě jejich selhání dochází k tvorbě neurotických symptomů či charakterových obran, které tvoří jakýsi kompromis oněch protichůdných tendencí a tlaků. Tyto obranné vzorce a případně symptomy však omezují dostupnost strukturálních funkcí. Narazíme například na obtíže v udržení realistického sebeobrazu nebo realistického obrazu druhých osob, na nadměrnou a omezenou seberegulaci (kontrolu pudových impulsů, toleranci negativních afektů anebo regulaci vlastní hodnoty), snižovat se může schopnost empatie a schopnost vést se sebou smysluplný dialog, rozumět si a prožívat plnou škálu afektů a fantazií. Ústředním strachem je strach z vlastních intenzivních impulsů a z odloučení od důležitého objektu, případně strach ze svědomí (přísného Nadjá).

### **Nízká integrace**

Na úrovni nízké integrace psychické struktury (někdy se označuje jako hraniční úroveň fungování osobnosti) je vnitřní psychický prostor slabě vyvinutý a chudý, psychická struktura je málo diferencovaná a její regulující funkce jsou omezeně dostupné, což neumožňuje intrapsychické zvládnání konfliktů a jejich řešení se přesouvá do interpersonální oblasti. Převažují obrany založené na štěpení a projektní identifikaci.

Dílejší strukturální funkce jsou dosti zranitelné nebo schází, například chybí schopnost sebereflexe, identita je vágní, selhává testování reality a regulace afektů a impulsů, malá je tolerance negativních afektů a naopak zesílená je citlivost k emočním zraněním a dotčením, minimální je schopnost intrapsychicky zpracovat psychickou bolest, odtud sklon k impulsivnímu jednání, agresivním či sebedestruktivním činům, které mají redukovat masivní tenzi. Dobrá vnitřní zkušenost (objekt), která by pomohla zvládnout duševní trýzeň, schází nebo je nahrazena idealizovaným objektem, který se při konfrontaci s realitou ukazuje jako nefunkční. Ve vztahu k druhým chybí empatie, schopnost vžít se do jejich perspektivy, emocionální komunikace je omezená jak směrem k objektům, tak směrem k sobě, vnitřní svět stísňuje perzekuční a trestající objekty či primitivní Nadjá. Ústředním strachem je strach ze zničení špatným objektem nebo tím, že se ztratí dobrý objekt.

### **Dezintegrace**

Na úrovni dezintegrace psychické struktury (někdy se označuje jako „psychotická“ úroveň fungování osobnosti) jsou strukturální funkce trvale výrazně omezeny nebo nefunkční natolik, že nedokážou zprostředkovat smysluplný vztah k sobě a vnějšímu světu objektů. Soudržnost vnitřního psychického prostoru a self je ohrožována rozpadem, zahlcením afekty nebo zaplavením nezvladatelnými kvanty rozrušení vnitřními/vnějšími stimuly. Nedostatek soudržnosti self a jeho náchylnost k rozpadu a stavy, jimž schází psychická reprezentace, bývají zvládnány ochrannými vzorci či restitucními pokusy, které mají „bizarní“ či „psychotickou“ anebo „perverzní“, případně „posttraumatickou“ podobu. Pacient například v bytě hromadí odpadky, které třídí a touto magickou operací zajišťuje soudržnost svého prožitku celistvosti a chrání se před propadem do nesnesitelného vnitřního chaosu („vše je na svém místě“). Nebo jindy se v rámci přechodných dekompenzací objeví masivní psychotická bludná projekce, halucinatorní popření ad. Pacient neprožívá, že by byl aktérem dění, věci se mu prostě dějí. Dochází ke splétání obrazů sebe a druhých, vnímání druhých je buď nemožné nebo nese znaky hrubého zkreslení reality. Ústředním strachem je strach ze stísňujících objektů, ze ztráty „já“ (self) a rozpadu.

### **8.4.2. Jednotlivé strukturální dimenze a jejich zachycení v rozhovoru**

V rozhovoru posuzujeme jednotlivé strukturální dispozice podle toho, jak se v životě pacienta projevovaly v posledních dvou letech v interpersonálním chování (ve vztahu k sobě a k druhým) a všímáme si samozřejmě také toho, jak jsou tyto funkce dostupné v situaci rozhovoru. Zaměřujeme se tedy na to, jak se jednotlivé strukturální dimenze odrážejí v popisu sebe a druhých, v popisu pacientových interakcí s druhými a se sebou. Přitom si všímáme jak obsahové stránky (pacient například popisuje obtíže se zvládnutím svých hostilných impulsů), tak schopnosti využít dané funkce v situaci rozhovoru (pacientovi se například nedaří v průběhu rozhovoru popsat, co se v něm odehrává).

Rozlišujeme čtyři strukturální dimenze, které hodnotíme na škále od dobré úrovně fungování po dezintegrovanou. Každou z dimenzí posuzujeme s ohledem na vztah k sobě a vztah k objektům, přičemž v každé dimenzi rozlišujeme další subdimenze.

*1. Vnímání a reflexe*

Schopnost sebereflexe

Schopnost vnímat druhé realisticky a uceleně

*2. Regulace*

Schopnost regulovat vlastní impulsy, afekty a sebehodnotu

Schopnost regulovat vztah k druhému

*3. Emocionální výměna (komunikace)*

Schopnost vnitřně komunikovat prostřednictvím afektů a fantazií

Schopnost komunikovat s druhými

*4. Objektívni vazby*

Schopnost využít dobré vnitřní objekty při seberegulaci

Schopnost vytvořit vazbu a schopnost odpoutat se

**1a Vnímání sebe**

Jde o schopnost vytvořit si diferencovaný obraz sebe sama, uvědomovat si ho a odlišovat od druhých (*sebereflexe*), diferencovaně a v celé škále vnímat vlastní afekty (*diferenciace afektů*), utvořit si a udržet souvislý a trvalejší sebeobraz, pokud jde o jeho sociální a psychosexuální aspekt (*identita*).

V rozhovoru se může pacient projevit bezradně, když se má popsat a ztrácí se, když má pojmenovat, co se v něm odehrává. Nebo se mu nedaří zamyslet se nad rozpory ve vlastním prožívání nebo v obraze, který o sobě podal. Jak se na danou oblast ptát, jsme uvedli v kapitole o fázích rozhovoru, doplnit můžeme příklady dalších využitelných dotazů či komentářů:

*Můžete se mi ještě víc popsat, abych si mohl udělat jasnější představu o tom, jaký jste člověk?*

*Říkáte, že jste hodný člověk, co si pod tím mohu konkrétně představit?*

*Co jste cítil v situaci, kterou popisujete? Co se ve vás odehrávalo?*

*Stává se někdy, že nedokážete říct, jak se vlastně cítíte a co se ve vás děje?*

*Zdá se mi, že jste člověk, který o sobě hodně přemýšlí; existují situace, ve kterých se vám to nedaří?*

*Zdá se, že vaše žena vás vidí zcela odlišně, než jak se vidíte vy. Co si o tom myslíte?*

*Zdá se, že tyto pocity jsou pro vás tak neúnosné, že o nich ani nemůžete hovořit.*

V průběhu rozhovoru si všímáme vlastních reakcí, které mohou být rozličné a prozrazovat leccos o pacientově sebepojetí. Pacientovým popisem můžeme být zaujati a je

pro nás dobře představitelné, o čem hovoří, daří se nám snadno a se zaujetím sledovat jeho duševní procesy. Nebo naopak se můžeme cítit zmatení, je obtížné představit si, jaký pacient vlastně je, můžeme mít dojem, že popisy jsou vágní, povrchní, že pacient používá nicneříkající klišé. Nebo jeho popisy působí bizarně a neuvěřitelně. Rozhovor se zdá být prázdný, nebo naopak je plný silných emocí.

### **1b Vnímání druhých**

Jde o schopnost rozlišit sebe od druhého, tzn. rozeznávat vlastní myšlenky, potřeby, pocity a impulsy od těch, které patří druhým (*rozlišení subjektu a objektu*), vnímat druhého člověka uceleně v různých jeho aspektech a jako někoho, kdo má své vlastní individuální charakteristiky, své zájmy a potřeby (*vnímání celých objektů*), utvořit si realistický obraz druhé osoby (*realistické vnímání druhých*).

V rozhovoru můžeme pozorovat, že pacient nedokáže podat jasný, představitelný a plastický obraz druhé osoby. Jindy popisuje například partnera charakteristikami, které předtím uváděl u sebe. Vlivem konfliktu může být pacientův popis blízké osoby zkrácený či jednorozměrný a ani po upozornění terapeuta se pohled nemění. Také naše postoje a záměry může pacient vnímat zkráceně nebo nerealisticky, je třeba přesvědčeny, že je také dobrý psycholog a že také dokáže druhé zmanipulovat a zničit. Položit můžeme některý z následujících dotazů nebo komentářů:

*Zmiňujete se o své dospělé dceři, můžete mi ji víc popsat?*

*Tuto stránku vaší matky si neumím dobře představit. Řekněte mi o tom víc.*

*Mluvil jste o tom, že byl na vás otec přísný a trestal vás a nyní říkáte, že vás otec měl rád. Jak to jde dohromady?*

*Říkáte, že jste si v řadě věcí s manželkou podobní, v čem se lišíte?*

*Myslíte si, že znáte dobře druhé lidi?*

*Když popisujete své hádky s manželem a s kolegy v práci, dělá to na mě dojem, že je těžké si představit, co se v nich v tu chvíli odehrává, o co jim vlastně jde. Vidíte to také tak?*

Všímáme si toho, jestli si umíme živě a plasticky představit osoby, o kterých pacient mluví, zda se nám nemísí představa o pacientovi s představou o jeho blízkých osobách. Někdy můžeme mít dojem, že popisovaná osoba je nereálná nebo příliš zploštělá, aby mohla být skutečná. Ptáme se, zda jsou pro nás předpokládané motivy druhých osob srozumitelné a vyznívají pravděpodobně, zdali bychom se do nich uměli vžít.

### **2a Seberegulace**

Jedná se o schopnost regulovat a integrovat vlastní pudové impulsy a potřeby a odkládat je (*kontrola impulsů*), tolerovat úzkost a afekty, snášet ambivalenci (*tolerance afektů*) a schopnost regulovat vlastní sebehodnotu a dokázat si udržet odstup od citových dotčení, respektive znovuzískat ztracenou rovnováhu v této oblasti (*regulace sebehodnoty*). Jinými slovy jde o schopnost regulovat vnitřní prožívání a schopnost

prožívat se jako původce vlastního jednání a odvozovat z této seberegulace prožitky sebedůvěry a sebevědomí. Setkat se tu můžeme s nadměrnou seberegulací, která omezuje schopnost jednat a citově komunikovat, nebo se slabou seberegulací, která znemožňuje integraci afektů a impulsů a vede často k agování.

V rozhovoru se může pacient projevat impulsivně nebo naopak inhibovaně. Vidíme, že je snadno dotčený a nedaří se mu se přes citová dotčení přenést nebo přemýšlet o nich (urazí se a nemluví). Jindy hovoří o tom, že je nezdrženlivý v sexu, v alkoholu, v jídle. Nebo cítíme, jak kontroluje situaci celého rozhovoru, včetně terapeuta, je precizní ve svých formulacích, schází mu spontaneita. Jindy se během rozhovoru výrazně mění jeho nálada nebo chování. Pokud si myslíme, že je to vhodné, můžeme se na tuto oblast dotázat nebo ji komentovat některým z následujících způsobů:

*Co děláte, když se cítíte v napětí?*

*Popište mi nějakou situaci, při které jste prožíval silné emoce, a jak jste ji zvládal.*

*Mění se vám často nálady? Můžete mi to popsat?*

*Říkáte, že jste citlivý na kritiku. Jak se s takovou situací, kdy vás někdo zneváží nebo urazí, vyrovnáváte?*

*Dokážete udržet kontakt s lidmi, kteří se vás nějak dotkli / zkritizovali / urazili?*

*Popisujete, že jste se v té chvíli cítila trapně. Jak se vám daří podobné situace ustát? Leží vám to v hlavě dlouho?*

*Daří se vám být v životě spontánní?*

*Mám dojem, že jste byl v té chvíli zaplaven silnými pocity, s kterými jste si tak docela nevěděl rady. Stává se vám to i jindy?*

*Možná teď mlčíte proto, že nechcete, abych se vás dál na tyto věci vyptával.*

*Působíte jako silná žena, kterou jen tak něco nerozhodí, která své pocity drží v sobě a i nyní se mi zdá, že zadržujete slzy.*

*Mám dojem, že se vás nějak dotklo, co jsem právě řekl.*

V protipřenosu si můžeme všimnout naší tendence chodit kolem některých témat po špičkách ve snaze nedotknout se pacienta nebo vyhnout se jeho impulsivní reakci. Můžeme pacienta nebrat dost vážně. Cítit tlak na to, abychom mu pomohli regulovat jeho negativní afekty, například ho utěšovat, že v takové chvíli by se cítil trapně každý, zlehčovat popisovanou situaci. Může se stát, že se postupně začneme ve svých komentářích cítit nekompetentně, hloupě. Překvapí nás pacientovo nevhodné chování (pacient například křičí, odchází z místnosti). Pacient může mít tendenci vše sám vysvětlit, zpřesňovat naše komentáře, pokud nás pustí ke slovu, a tím situaci rozhovoru kontrolovat.

## **2b Regulace objektních vztahů**

Jedná se o schopnost ochránit vztahy před vlastními impulsy, přičemž mají převažovat intrapsychické obrany nad interpersonálními (*ochrana vztahu*), schopnost



přiblížit se i udržet odstup ve vztazích, vyvážit své zájmy a zájmy druhých (*vyváženost zájmů*) a o schopnost předvídat jejich reakce a záměry a podle toho korigovat vlastní jednání (*anticipace*). Jinými slovy, jedná se o schopnost nenechat se ve vztazích příliš pohlit nebo příliš odstrčit, ale udržet si přiměřenou vzdálenost od toho, co se děje a co se dané osoby týká, a o možnost činit ve vztazích svobodná rozhodnutí.

V rozhovoru můžeme cítit, že se nám pacient až příliš snadno přizpůsobuje a nebere v úvahu své zájmy, zatímco další pacient bude vznášet jeden požadavek za druhým, aniž by bral v úvahu naše možnosti. Jiný pacient se může chovat nepřátelsky, vyvyšovat se nad nás, znehodnocovat naši práci, zpochybňovat naše vzdělání. Nebo může mlčet v obavě, aby neřekl něco špatně, aby se nás nějak nedotkl. Využít můžeme některou z následujících otázek nebo některý z komentářů:

*Když vám jde o stejnou věc jako někomu jinému, jak se domluvíte?*

*Dokážete ustoupit / hájit si své?*

*Z toho, co říkáte, se zdá, že musíte být na vaše kolegy naštvaní. Je to tak? Jak s tím vztekem ve vztahu k nim zacházíte?*

*Mám dojem, že se přehnaně obáváte reakce vaší matky, kdybyste jí řekla, jak vám vadí její vměšování se do vašeho života.*

V protipřenosu se můžeme cítit pod tlakem pacientových nároků nebo naopak nám může pacient přenechávat velký prostor pro naše návrhy a prosazení. Cítit můžeme silnou potřebu nenarušit vznikající terapeutický vztah. Nebo se snažíme říkat věci způsobem, který nám není ve snaze pacienta ochránit vlastní.

### **3a Vnitřní komunikace**

Jde o schopnost vést se sebou vnitřní dialog a rozumět si a dovolit si u toho prožívat afekty, jinými slovy být v kontaktu se svou emocionální stránkou (*prožívání afektů*), o schopnost snít a používat fantazii, která je zprostředkovatelem mezi impulsy, afektivními stavy a jednáním a která rozšiřuje prožitkový svět a připravuje nová řešení (*fantazijní život*), o schopnost vnímat vlastní tělo realisticky a prožívat vlastní tělesnost jako něco živého a vitálního (*tělesné „já“*).

V rozhovoru před námi může sedět pacient, který je orientovaný výhradně na vnější události a ty dopodrobna popisuje, aniž by se zmínil, co prožívá, jak se cítí. Na vyzvání nedokáže popsat své pocity a vnitřní duševní stavy. Když se snaží odpovědět, působí jeho věty jako prázdná klišé. Jindy si pacient nedokáže vzpomenout na jediný sen nebo naopak sny vypráví, ale způsobem, který je popisný, bez prožitku a jako něco, co s ním nemá nic společného. Svě tělo může prožívat jako něco, co ho jen zatěžuje, všechno tělesné je mu cizí. Nebo své tělo ničí sebedestruktivním jednáním. Nebo se cítí vnitřně a tělesně vyhořelý, jakoby mu došly baterky. Vhodné mohou být některé z následujících otázek nebo komentářů:

*Jste člověk, kterého zajímá, co se v něm odehrává, nebo se spíš zaměřujete na praktické věci?*

*Rozumíte si?*

*Pamatujete si své sny? Příkladáte jim nějaký význam?*

*Jak prožíváte svoje tělo?*

Během rozhovoru se můžeme cítit emočně netknuti pacientovým povídáním, nudit se, pocítovat prázdno a neživo. Nebo naopak jsme zaujati pacientovým líčením, rozhovor vnímáme jako něco radostného, emočně plného a uspokojivého. Můžeme si všimnout, že nás přitahuje nebo odpuzuje pacientova tělesnost anebo si uvědomit, že se otázce na tělesné prožívání vyhýbáme.

### **3b Vnější komunikace**

Jde o schopnost emocionálně oslovit druhé, navázat s nimi kontakt a přiblížit se jim, to znamená, jedinec si může dovolit k druhým něco cítit, emocionálně se angažovat a spoluprožívat (*navazování emočního kontaktu*), dále je to schopnost na emoční rovině s druhými komunikovat plodným a podněcujícím způsobem (*vyjadřování emocí*) a přitom se emocemi druhých nechat zasáhnout, rozumět jejich emočním reakcím a být schopný se do jejich rozpoložení dočasně vcítit (*empatie*).

Během rozhovoru pacientovi nemusí činit potíže vstoupit s námi do emocionálně živého a podnětného rozhovoru. Jiný pacient zůstává neiniciativní, vyhýbá se komunikaci, kontakt s ním je náročný. Další pacient druhé včetně terapeuta přehlíží, chová se k nim necitlivě a vůbec si neuvědomuje, že by je svým chováním mohl zraňovat. Položit můžeme některý z následujících dotazů nebo komentářů:

*Darí se vám snadno navazovat emoční kontakt s druhými lidmi?*

*Mám dojem, že jste člověk, pro kterého není samozřejmé navenek se emočně projevovat.*

*Co si myslíte, že v danou chvíli vaše přítelkyně prožívala?*

*Říkal jste, že ve vaší původní rodině nebylo zvykem dávat najevo své emoce. Řekl byste mi k tomu víc?*

*Zdá se mi, že ani vy během našeho rozhovoru své emoce neprojevujete, protože na to nejste zvyklý.*

*Je možné, že jste se své emoce naučila skrývat, protože jejich vyjádření ve vašem životě opakovaně vedlo k odmítnutí, kterému se chcete nyní vyhnout?*

Na konci rozhovoru si můžeme položit otázku, jestli se nám podařilo s pacientem vytvořit pocit „my“, jestli jsme v pacientovi našli spojence pro práci na jeho obtížích. Můžeme mít pocit, že nás do svého světa nepouští a emočně se od nás distancuje. Sami se můžeme cítit vůči jeho sdělení lhostejní, všimnout si toho, že o něj ztrácíme zájem, že nás ničím emočně neoslovuje.

### **4a Vazba s vnitřními objekty**

Vazbou s vnitřními objekty myslíme schopnost vyvinout vnitřní obrazy důležitých vztahových osob (objektní reprezentace), obsadit je převážně pozitivními afekty a tyto zvnitřněné dobré objekty a dobrou zkušenost s nimi si udržet (*internalizace*);

k tomu patří schopnost tyto dobré vnitřní objekty či zkušenost využít k uklidnění se, utěšení se a ochránění se ve chvíli, kdy se jedinec cítí být pod tlakem. Jinými slovy jde o schopnost s láskou o sebe pečovat, umět se vnitřně zklidnit a nést za sebe odpovědnost (*použití introjektů*). Třetí důležitou schopností je zde schopnost vytvářet a udržovat bohaté a rozmanité (triangulární) vazby oproti vazbám dyadickým (*rozmanitost vazeb*).

Pacientka například na rozhovor přichází v doprovodu přítele a také z jejího povídání si můžeme utvořit představu, že ve svém životě vytváří výlučně dyadické vazby. Vůči terapeutovi se tato tendence projevuje v tom, že pacientka naléhá na individuální terapii, i když ví, že léčba, kterou je možné jí nabídnout, má stacionární skupinový charakter (ve skupině se pak naváže na jinou pacientku, se kterou tráví hodně času, na skupinách ale nemluví). Jiný pacient hovoří výlučně o traumatických zkušenostech ve vztazích, nevybavuje si nikoho, za kým by v životě mohl se svými trápeními zajít, kdo by ho utěšil. Ptát se nebo komentovat pacientova sdělení můžeme například takto:

*Když se dostanete v životě do trablů, jak si s tím poradíte? Pomáhá vám vybat si minulé situace, kdy jste něco takového zvládli?*

*Jak se cítíte, když jste sámsama?*

*Mluvíte o sobě jako o opuštěném člověku, cítíte se tak?*

*Z toho, co jste řekl, to vypadá, že ve vašem životě není nikdo, na koho byste se mohl spolehnout, kdo by vám byl v těžkých chvílích oporou. Opravdu nikdo takový není?*

*To, co jste mi řekl, vyznívá, jako byste si se sebou nevěděl rady. Říkám si, jestli to není podobné situaci ve vašem dětství, kterou jste popsal tak, že vaši rodiče byli ve vaší výchově bezradní.*

*Váš popis partnerky a vaší matky se mi zdá být podobný, liší se v něčem?*

V protipřenosu se mohou objevit tendence pacientovi poskytnout podporu, utěšovat ho, nebo naopak pohnutky se ho zbavit, úlek z jeho těsné vazby a nároků na blízkost.

#### **4b vazba s vnějšími objekty**

Internalizace a dobrá vztahová zkušenost je předpokladem schopnosti vytvářet a udržovat emoční vazby s druhými lidmi v reálných vztazích nebo jinak řečeno, emočně se vázat, přičemž by sem patřilo vyjádření doprovázejících afektů, jakými jsou vděčnost, milující péče, vina, smutek (*schopnost vytvořit vazbu*). Stejně důležitá je schopnost přijmout podporu, péči, zájem, omluvu druhých (*přijetí péče*). A neméně důležitá je schopnost vazby opouštět, tzn. vztahy ukončit a tolerovat odloučení (*schopnost opustit vazbu*).

V průběhu rozhovoru například zjistíme, že pacient ve svém životě neudržel žádný delší vztah nebo že se dlouhodobějším vztahům vyhýbal ve snaze zůstat nezávislý. U jiného pacienta je patrné že udržuje výhradně těsné dyadické vztahy téměř za každou cenu. Další pacient zjevně odmítá všechnu pomoc v podobě návrhů na různé

možnosti léčby a i z jeho biografie je zřejmé, že není člověkem, který dokáže pomoc přijmout. Jindy se setkáme s tím, že se pacient vyhýbá zmínkám o konci svých vztahů, situace opuštění přehlídí nebo se u této oblasti odmlčí s tím, že je pro něho těžké se k rozchodu, úmrtí apod. znovu vracet. Pro pacienta může být obtížné ukončit hovor s námi. Položit můžeme období některého z následujících dotazů nebo komentářů:

*Jak snášíte odloučení / rozchody?*

*Zmínil jste, že váš otec zemřel před rokem, jak jste se s jeho smrtí vyrovnával?*

*Stává se vám, že se nemůžete ze vztahů vyvázat?*

*Jsou ve vašem okolí lidé, kteří vám jsou schopni pomoci, a dokážete se na ně obrátit?*

*Jaké to je být v roli pacienta a přijímat pomoc od druhých?*

*Představuji si to dobře, že do vztahů raději nevstupujete v obavě z možného odloučení / rozchodu?*

*Působí to na mě, jako byste si život bez vašeho partnera nedovedla představit.*

*Všiml jsem si, že se zdráháte mluvit o pocitech v souvislosti s vaším rozvodem, možná je to podobné, jako když jste po rozvodu rodičů nevěděla, jestli se jako malá holka smíte bavit o tom, co se stalo, nebo se to nehodí.*

*Vypadá to, že byste měl stále co říct, možná je pro vás obtížné teď, když jsme se blíž poznali, skončit.*

V protipřenosu můžeme prožívat smutek v souvislosti s tím, jak pacient popisuje umírání své matky, pacient sám nicméně žádné emoce neprojevuje ani nesděljuje. Z jiného pacienta máme dojem, že se na nás upíná a jindy zakoušíme tíseň z nepojmenovatelného prázdna. Máme dojem, že pacientovi nelze pomoci, nebo mu naopak svou pomoc vnucujeme.

## **8.5. Posouzení konfliktu a struktury – vazba na psychoterapii**

Konflikt se má ke struktuře jako figura k pozadí. V OPD se ujala divadelní metafora, která vzájemný vztah konfliktu a struktury zobrazuje jako divadelní představení s dramatickým obsahem (konflikt), které se odehrává na jevišti, které musí splňovat určité parametry (struktura). Jeviště je předpokladem představení. Struktura a konflikt jsou v neustálé vzájemné interakci.

S vědomím velkého zjednodušení můžeme chápat psychickou poruchu jako výraz neintegrováného nevědomého konfliktu, který omezuje fungování dané osoby, nebo jako výraz omezené psychické kapacity (strukturální deficit), který limituje možnost jedince nakládat s vnitřními a vnějšími nároky. Případně může být psychická porucha vyústěním smíšeného narušení, kdy zvládnutí vnitřního konfliktu je ztěžováno strukturálními deficity.

Podle toho, o jaký typ narušení u konkrétního pacienta jde, volíme tzv. parametry psychoterapeutické léčby. Parametry se týkají několika oblastí:

- *uspořádání léčby* (individuální / skupinové, ambulantní / stacionární / lůžkové, podporující regresi a vynoření přenosu: pohovka a vysoká četnost setkání / zamezující regresi a vynoření přenosu: sezení tváří v tvář, nižší frekvence setkání)
- *postoj terapeuta* (zdrženlivý / aktivně podpůrný / jednající)
- *hierarchie zvolených ohnisek* (práce na deficitech v oblasti strukturálních funkcí Já: vyspravování deficitních a posilování dostupných funkcí / práce na intrapsychických konfliktech)
- *práce s dysfunkčními vztahovými vzorci* (zaměřená více na prohloubení a diferenciaci vnímání sebe a druhých / zaměřená více na náhled dysfunkčního kruhového jednání)
- *typ intervencí* (interpretace / povzbuzení / empatické ocenění / rada)

Obecně se dá říct, že posouzení pacienta na základě OPD nám dovoluje stanovit indikaci k psychoanalýze a psychodynamickým formám psychoterapie a zdůvodnění, jaká léčba z psychodynamických modalit je pro daného pacienta nejvhodnější a případně jaké parametry zvolit (nejde tedy jen o určení analyzovatelnosti při volbě psychoanalytické léčby). Zopakujme, že na základě první osy se rozhodujeme, zda je psychoterapie vůbec indikovaná a získáváme představu o tom, jaké postoje a očekávání pacient ohledně léčby má. Na základě dalších os stanovujeme terapeutický fokus a cíle léčby, které se skládají z formulace nejdůležitějších ohnisek v oblasti intrapsychického konfliktu, strukturálních deficitů a dysfunkčního vztahového vzorce. Léčba je pak zaměřena více buď na analýzu nevědomých konfliktů a přenosu/protipřenosu, v kterém se ztělesňují, nebo na posilování struktury a jáských funkcí. Případně je léčba založená na práci s intrapsychickými konflikty, jejichž řešení je znemožňováno strukturálními omezeními. Také se vztahovými patologickými vzorci se pak pracuje dle úrovně strukturální organizace osobnosti pacienta.

## Literatura

- Akhtar, S. (2009). *Turning Points in Dynamic Psychotherapy: Initial Assessment, Boundaries, Money, Disruptions and Suicidal Cases*, by Salman Akhtar, London: Karnac Books.
- Allison, G.H. (1975). Talking with Patients. *Psychoanal. Q.*, 44:478-479.
- Allison, G. a Doria-Medina, R. (1999). New Reproductive Techniques. *Int. J. Psycho-Anal.*, 80:163-166.
- Anzieu, D. (1986). Introduction. In *Freud's Self -Analysis. The International Psycho-Analytical Library*, 118, s. 1–596.
- Argelander, H. (1970). *Das Erstinterview in der Psychotherapie*. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt.
- Argelander, H. (1998). *Prvé interview v psychoterapii*. Vydavateľstvo F, Trenčín.
- Balint, M. a E. (1961). *Psychotherapeutic Techniques in Medicine: By Michael and Enid Balint*. London: Tavistock, 1961.
- Bennett, G. (1987). *The Wound and the Doctor*. Seeker & Warburg.
- Bergin, A.E. and S.L. Garfield, eds. (1994). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 4th Edition. New York: Wiley.
- Bion, W.R. (1965). Transformations. , 1-172. London: Tavistock, s. 58.
- Bion, W.R., (1979). Making the best of a bad job. In: W.R. Bion 1987 *Clinical Seminars and Four Papers*. Abingdon: Fleetwood Press.
- Bleuler, E. (1906/07). 'Freudsche Mechanismen in der Symptomatologie von Psychoosen'. *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift*, 8: 316-18, 323-25 a 338-40.
- Britton, R. (1989). Chapter Two: The Missing Link: Parental Sexuality in the Oedipus Complex. *The Oedipus Complex Today Clinical Implications*, 83-101.
- Buchheim, P., Cierpka, M., Kächele, H., Jimenez, J.P. (1987). Das 'Strukturelle Interview' – ein Beitrag zur Integration von Psychopathologie und Psychodynamik im psychiatrischen Erstgespräch. *Fundamenta Psychiatrica* 1:154-161.
- Buchheim, P., Dahlbender, R.W., Kächele, H. (1994). Biographie und Beziehung in der psychotherapeutischen Diagnostik. In: Janssen, P.L., Schneider, W. (Hrsg.): *Diagnostik in Psychotherapie und Psychosomatik*. Fischer, Stuttgart.
- Butler, G. (1998). Clinical formulation. In A.S.Bellack a M. E. Hersen (Eds.), *Comprehensive Clinical Psychology* (ss. 1-23). New York: Pergammon Press.
- Busch, F. (2012). Inviting patients into psychoanalysis. *Meetings of the European Psychoanalytic Federation*. Paris, Francie.
- Busch, F. (2013). *Facing the Pain*. IPA Congress, Praha. Presentace.

- Caligor, E., Stern, B., Buchheim, A., Doering, S., Clarkin, J. (2004). Strukturiertes Interview zur Erfassung von Persönlichkeitsorganisation (STIPO) - wie verhalten sich Objektbeziehungstheorie und Bindungstheorie zueinander? *Persönlichkeitsstörungen*, 8:209-216.
- Cardoso Zoppe, E.H.C., Schoueri, P., Castro, M., Neto, F.L. (2009). Teaching Psychodynamics to Psychiatric Residents through Psychiatric Outpatient Interviews. *Acad Psychiatry*, 33 (1):51-55.
- Charman, D.P. (Ed.) (2008). *Core Processes in Brief Psychodynamic Psychotherapy: Advancing Effective Practice*. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers /Taylor and Francis/Routledge, s. 47-68.
- Clarkin, J. F., Caligor, E., Stern, B., Kernberg, O. F. (2004). Structured Interview of Personality Organization (STIPO), Weill Medical College of Cornell University. Unpublished.
- Coltart, N. (1988). The assessment of psychological-mindedness in the diagnostic interview. *British Journal of Psychiatry*, 153: 819–820.
- Cooper, J., Alfillé, H. (2011). *A Guide to Assessment for Psychoanalytic Psychotherapists*. Karnac Books, London.
- Dantlgraber, J. (1983). Observations on the Subjective Indications for Psychoanalysis. *Psyche*. XXXVI, 1982. *Psychoanal. Q.*, 52:491.
- Davis, E. B., Strawn B. D. (2010). The Psychodynamic Diagnostic Manual: An Adjunctive Tool for Diagnosis, Case Formulation, and Treatment. *Journal of Psychology and Christianity*, 29:109-115.
- Deutsch, F.(1939). The associative anamnesis. *Psychoanalytic Quarterly*, 8:354-381.
- Deutsch, F.,Murphy,W. F. (1955). The clinical interview. Volume one: diagnosis. International Universities Press, New York.
- Doering, S., Schüsler, G. (2004). Theorie und Praxis der psychodynamischen Diagnostik, Indikationsstellung und Therapieplanung. In: W. Hiller, S. Sulz, F. Leichtenring (Hrsg.): *Lehrbuch der Psychotherapie – Ausbildungsinhalte nach dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG)*. CIP Medienverlag, München.
- Dührssen, A.: Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischen Aspekten. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1981. (ve slovenštině vyšlo: Dührssen, A.: Biografická anamnéza z hlbinne-psychologického aspektu. Vydavateľstvo F, Trenčín 1998.).
- Eells, T. D. ed. (2007). *Handbook of Psychotherapy Case Formulation*. New York: The Guilford Press.
- Etchegoyen R.H. (1999). *The fundamentals of psychoanalytic technique*. London: Karnac Books, 28-73.
- Fonagy, P., Target, M. (2005). *Psychoanalytické teorie*. Praha: Portál.
- Freud, S. (2000). *Sebrané spisy Sigmunda Freuda. Spisy z let 1892–1899*. První kniha. Psychoanalytické nakladatelství, Praha, s. 150–158.

- Freud, S. (2000). *Sebrané spisy Sigmunda Freuda. Spisy z let 1904–1905*. Pátá kniha. Psychoanalytické nakladatelství, Praha.
- Freud, S. (2002). *Sebrané spisy Sigmunda Freuda. Spisy z let 1913–1917*. Desátá kniha. Psychoanalytické nakladatelství, Praha.
- Gabbard, G.O. (2005). *Psychodynamic Psychiatry in clinical practice*, 4th edition. American Psychiatric Publishing, Inc., Arlington.
- Galvez, M. J., Maldonado, J. L. (2002). Recrimination in the analytic situation: A hypothesis about its influence on psychoanalytical groups. *International Journal of Psycho -Analysis*, 83, s. 1095–1110.
- Garelick, A. (1994). Psychotherapy assessment: theory and practice. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 8(2): 101–116.
- George, C., Kaplan, N., Main, M. (1985). *Adult attachment interview*, University of California. Unpublished.
- Gill, M. M., Newman, R., Redlich, F. C. (1954). *The initial interview in psychiatric practice*. International Universities Press, New York.
- Greenson, R.R. (1967). *The Technique and Practice of Psycho-Analysis*, Vol. 1., London, Hogarth Press.
- Groesbeck, C.J. (1975). The archetypal image of the Wounded Healer, *Analyt. Psychol.* 20: 123-45.
- Grotstein, J.S. (2009). „...but at the same time and on another level...“. *Clinical Applications in the Kleinian/Bionian Mode*. Karnac, London.
- Heimann, P. (1950). On counter-transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 31:81–84.
- Holub, D., Telerovský, R. (2012). Recenze: Operationalized Psychodynamic Diagnosis OPD-2: Manual of Diagnosis and Treatment Planning. *Operacionalizovaná psychodynamická diagnostika OPD-2: Manuál pro diagnostiku a plánování léčby*. *Revue psychoanalytická psychoterapie*, XIV/1, 63.
- Hošková, M. (1999). Psychoanalytické interview a jeho přenosové a protipřenosové aspekty. *Revue psychoanalytická psychoterapie*, I/2, 9–10.
- Ingram, B.L. (2006). *Clinical Case Formulations. Matching the Integrative Treatment Plan to the Client*. John Wiley and Sons, New Jersey, 287–339.
- Janssen, P.L. (1994). Zur psychoanalytischen Diagnostik. In: Janssen, P.L., Schneider, W. (Hrsg.): *Diagnostik in Psychotherapie und Psychosomatik*. Fischer, Stuttgart.
- Jiménez, J. P. (2005). The search for integration or how to work as a pluralist psychoanalyst. *Psychoanalytic Inquiry*, 25, s. 602–634.
- Kächele, H. a Schachter, J. (2013). On Side Effects, Destructive Processes and Negative Outcomes in Psychoanalytic Therapies – Why is it Difficult for Psychoanalysts to Acknowledge and Address Treatment Failures? *Contemporary Psychoanalysis*, v tisku.
- Kernberg, O. F. (1981). Structural interviewing. *The psychiatric clinics of North America*, 4:169–195.



- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders. Psychotherapeutic strategies.* Yale University Press, New Haven.
- Kinston, W., Cohen, J. (1988). Primální vytěsnění a jiné psychické stavy. *Psychoanalytický sborník*, roč. 3, č. 1, 1991, s. 66–81.
- Klimpl, P. (2005). Zahájení v psychodynamické psychoterapii. *Psychiatria pre prax*, 1; 13–19.
- Lemma, A., Roth, A., Pilling, S. (2008). The competences required to deliver effective psychoanalytic/ psychodynamic therapy. [www.ucl.ac.uk/CORE](http://www.ucl.ac.uk/CORE)
- Lemma, A. (2003). *Introduction to the Practice of Psychoanalytic Psychotherapy.* Chichester: Wiley.
- Lewin K. (1951). *Field theory in social science: Selected theoretical papers.* New York, NY: Harper & Row.
- Liberman, D. (1974). Verbalization and Unconscious Phantasies. *Contemporary Psychoanalysis* 10: 41–55.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P. (1998). Understanding transference. *The Core Conflictual Relationship Theme method.* Basic Books, New York.
- Mace, C., Binyon, S. (2005). Teaching psychodynamic formulation to psychiatric trainees. Part 1: Basics of formulation. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11:416–423.
- Mace, C., Binyon, S. (2006). Teaching psychodynamic formulation to psychiatric trainees. Part 2: Teaching Methods. *Advances in Psychiatric Treatment*, 12:92–99.
- MacKinnon, R., Michels, R. (1971). *The Psychiatric Interview in Clinical Practice,* Philadelphia: W.B. Saunders.
- Mertens, W. (1992). *Kompendium psychoanalytischer Grundgedenke.* Quintessenz, München.
- McWilliams, N. (1999). *Psychoanalytic Case Formulation.* New York: Guilford Press.
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic Diagnosis, Second Edition: Understanding Personality Structure in the Clinical Process.* New York: Guilford Press.
- Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. *Duševní poruchy a poruchy chování: Diagnostická kritéria pro výzkum (1996).* Praha: Psychiatrické centrum, 1996, Zprávy, 134, s. 179.
- Ogden, T.H. (1992). Comments on Transference and Countertransference in the Initial Analytic Meeting. *Psychoanal. Inq.*, 12:225–247.
- Ogden, T.H. (1995). Analysing Forms Of Aliveness And Deadness Of The Transference-Countertransference. *Int. J. Psycho-Anal.*, 76:695-709.
- 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.

- Perry, S., Cooper, A. M. & Michels, R. (1987) The psychodynamic formulation: its purpose, structure, and clinical applications. *American Journal of Psychiatry*, 144, 543–550.
- Perry, J. C. (1993) Defenses and their effects. In *Psychodynamic Treatment Research: A Handbook for Clinical Practice* (eds N. E. Miller, L. Luborsky, J. Barber, et al.), s. 274–307. New York: Basic Books.
- PDM Task Force (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Bethesda: PDM.
- Reith, B. (ed) et al. (2012). *Initiating psychoanalysis : perspectives*. New library of psychoanalysis teaching series. New York : Routledge.
- Rolla, E. H. (1970). Symbol Formation in Phobias. *Contemporary Psychoanalysis* 6: 160–168.
- Rothstein, A. (1997). Turning Points In Psychoanalysis. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 45:1271–1284.
- Rothstein, A. (2002). Reflections on creative aspects of psychoanalytic diagnosing. *Psychoanalytic Quarterly*, 71, s. 301–326.
- Rothstein, A. (2010). *Making Freud More Freudian*. Karnac Books, London.
- Sandler, J. (1976). Countertransference and role-responsiveness. *International Review of Psycho-Analysis*, 3, s. 43-47.
- Sandler, J., Dreher, A. U. (1996). *What Do Psychoanalysts Want? The Problem of Aims in Psychoanalytic Therapy*. London: Routledge.
- Stigler, M. (1995). Deskriptivní versus psychodynamická diagnostika. Brněnský institut psychoterapie. Přednáška.
- Schultz-Hencke, H. (1951). *Lehrbuch der analytischen Psychotherapie*. Thieme, Stuttgart.
- Sullivan, H. S. (1953). *The Psychiatric Interview*. New York: Norton. Česky: *Psychiatrické interview*. Praha: Triton, 2006.
- Šnědar, P. (2011). *Konceptualizace případu jako nástroj výuky a výzkumu v psychoterapii*. Diplomová práce, obor psychologie, Katedra psychologie, fakulta sociálních studií Masarykovy university.
- Thomä, H., Kächele, H. (1993). *Psychoanalytická praxe I.*, Mach, Hradec Králové.
- Thomä, H., Kächele, H. (1996). *Psychoanalytická praxe II.*, Pallata, Praha.
- Titl, S. (2004). Hledání terapeutické hypotézy a vhodné intervence v párové a rodinné terapii. *Revue psychoanalytická psychoterapie*, 4 (2), s. 51–65.
- Vermote, R. (2012). Preliminary sessions: the resistance of the patient is the resistance of the analyst (paper). *The Initial Psychoanalytic Interview and the Treatment Process*. 25th Annual Conference of European Psychoanalytic Federation. Paris, 29 / 3 – 1 / 4 / 2012.
- Vybíral, Z., Roubal, J. (Eds.) (2010). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál.
- Wallerstein, R. S. (1993). Between chaos and petrification: A summary of the fifth IPA conference of training analysts. *International Journal of Psycho -Analysis*, 74, s. 165–178.

- Wegner, P. (1992). Zur Bedeutung der Gegenübertragung im psychoanalytischen Erstinterview. *Psyche* 46:286–307.
- Weerasekera, P. (1996). *Multiperspective Case Formulation: A Step Towards Treatment Integration*. Melbourne Fla: Krieger Publishing.
- Wöller, W., Kruse, J. (2011). *Hlbinná psychoterapia. Základy a návody pre prax*. Vydavateľstvo F, Pro mente sana s.r.o., Trenčín.
- Wurmser, L. (2000). *The Power of the Inner Judge. Psychoanalytic Treatment of the Severe Neuroses*. Jason Aronson, New York.
- Wurmser, L. (2007). *Torment Me, but Don't Abandon Me. Psychoanalysis of the Severe Neuroses in a New Key*. Jason Aronson, New York.

DAVID HOLUB  
ROMAN TELEROVSKÝ

**ÚVODNÍ ROZHOVOR V PSYCHOANALÝZE  
A PSYCHODYNAMICKÉ PSYCHOTERAPII**

Na obálce použito výřezu z koláže Františka Dryjeho  
Návrh obálky, grafická úprava: Metoda spol. s r. o., Hluboká 14, 639 00 Brno  
Jazyková korektura: Jitka Žáková

Vydala Masarykova univerzita v roce 2013  
1. vydání, 2013  
Náklad 400 výtisků  
Tisk: Tiskárna Helbich, a.s., Valchářská 36, 614 00 Brno

ISBN 978-80-210-6383-9